



Nr 3/2015 (296) marzec 2015

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



KIEDY LEKARZ MÓWI

NIE

**Etyczne i prawne aspekty
odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego**

s. 5-21

Reklama



WROCLAW

Klinika Leczenia Niepłodności nr 1 w Polsce!



53% średnia skuteczność programu in vitro
w Klinikach INVICTA

dr Joanna Liss, Kierownik Laboratorium In Vitro INVICTA



Klinika Leczenia Niepłodności INVICTA
Wrocław, ul. Grabiszyńska 208,
T: 58 58 58 801, E: klinika.wroclaw@invicta.pl

www.invicta.pl
www.invitro24.com



SPIS TREŚCI

GRANICE AUTONOMII LEKARZA:

- » Autonomia lekarza versus autonomia pacjenta 5
- » Autonomia lekarska a protest lekarzy 8
- » Zaniechanie przez lekarza udzielenia pomocy lub świadczeń zdrowotnych 11
- » Prawne aspekty odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego 16
- » Ryzyko zakażenia wirusem ebola a odmowa udzielenia przez lekarza pomocy 20

KONTROWERSJE WOKÓŁ PAKIETU ONKOLOGICZNEGO:

- » Teoria daleka od praktyki 22

CHARYTATYWNE OSTATKI 24

NASI STOMATOLODZY:

- » Delegacja z Komisji Stomatologicznej na konferencji w Kołobrzegu 26

WYDARZYŁO SIĘ:

- » Dzieci niczyje? 27
- » Wspólnie wpływać na decydentów 29
- » Czy nowy system kształcenia to felczeryzacja naszego zawodu? 30
- » Spotkanie opłatkowe lekarzy seniorów 31
- » VI Bal Lekarza w Zgorzelcu 31

Prawo na co dzień 32

Z KART HISTORII:

- » Początek I „Solidarności” na Dolnym Śląsku z udziałem lekarzy 33

Obcy język polski 35

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu 36

Uchwały DRL i Prezydium DRL 37

Kursy 38

Konferencje i szkolenia 39

Konferencje i szkolenia stomatologiczne 40

Felietony 41

Pro memoria 43

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE:

- » prof. dr hab. med. Wanda Klinowska 44

- » lek. Antoni Spyрка 45

Ogłoszenia 46



Fot. z archiwum „Medium”

Niech żyje bal...

Od dłuższego czasu obiecuję sobie, że w końcu napiszę optymistyczny felieton. Odkładam więc na bok problemy związane z pakietem onkologicznym, sprawę raportów dotyczących „chłopca z helikoptera”, wiadomość o ponownym przesunięciu terminu otwarcia Nowego Szpitala Wojewódzkiego na Stabłowicach itd. O tych i o innych ważnych sprawach Koleżanki i Koledzy poczytają w tym numerze „Medium”. Mamy nowy rok i trzeba go zacząć optymistycznie. Do mojego pozytywnego nastroju przyczynił się VI Bal Lekarza, który odbył się 14 lutego, czyli w dzień św. Walentego. Przysnaję szczerze – nie lubiłem kiedyś dnia zakochanych. Byłem do tego święta nastawiony negatywnie, bo uważałem, że to kolejny „sztuczny produkt” zaimportowany z Ameryki. Taki „obyczajowy McDonald’s”. Bliższa mi była (i jest nadal) noc świętojańska, zwana też nocą kupały, obchodzona z 23 na 24 czerwca. Święto, które sięga głęboko w obyczaje słowiańskie. Jest świętem jedności, połączenia ognia i wody, słońca i księżyca, mężczyzny i kobiety, urodzaju i płodności, miłości i radości, pełnym magii i wróżb.

Przygotowując się do balu (a wiadomo, prezes musi go otworzyć i coś mądrego powiedzieć), poszperałem w internecie, aby zdobyć jak największą wiedzę na temat walentynek. Zaskoczyła mnie informacja, że tradycja święta zakochanych wywodzi się z XIV-wiecznej Anglii. Św. Walenty, patron zakochanych, był chrześcijańskim kapłanem, który według legendy, za czasów cesarza rzymskiego Klaudiusza II, udzielał potajemnie ślubów wbrew cesarskiemu edyktowi. W tamtych czasach Imperium potrzebowało młodych mężczyzn do zaciągu do wojska. Za swe praktyki kapłan został pojmany i zamordowany w 270 r. Brytyjczycy uważają to święto za własne z uwagi na fakt, że rozślawił je na cały świat sir Walter Scott (1771-1832). Potem zwyczaj ten, wraz z osadnikami, trafił do Ameryki, gdzie stał się szczególnie popularny. W przeszłości najsłynniejszym walentynkowym upominkiem było jabłko pokryte różowym lukrem, ułożone w hebanowej szkatułce wysadzanej perłami – takie król brytyjski Henryk VIII podarował Annie Boleyn. A jak zapewne pamiętamy z historii, ten król należał do dość kochliwych. Tradycja walentynek była na tyle powszechna, że nawet Szekspir poczynił do niej nawiązania w „Hamlecie”. Tak o tym dniu śpiewa Ofelia: „Dzień dobry, dziś święty Walenty, dopiero co świtać poczyna, młodzieniec snem leży ujęty, a hoża doń puka dziewczyna”. Tylko proszę Szanownych Czytelników nie sądzić, że w jedno sobotnie popołudnie przeczytałem całą tragedię w poszukiwaniu stosownego cytatu. Zwyczaj wysyłania kartek z okazji walentynek wymyśliła już Amerykanka w 1848 r. Panna Esther Howland z Worcester w stanie Massachusetts założyła firmę produkującą specjalne kartki na dzień św. Walentego. Niezależnie od tego, czy wysłała się je dla żartu, czy daje upust swoim prawdziwym, skrywanym uczuciom – nadawca musi pozostać anonimowy. I z takim słowem wstępnym otworzyłem VI Bal Lekarza. Od razu napiszę: każda z par na balu płaciła za siebie. Izba nie dofinansowuje tej cyklicznie organizowanej imprezy.

Byłem w dobrym nastroju nie tylko dlatego, że bawiliśmy się wspaniale do wczesnego ranka, że orkiestra nam pięknie grała, że wszelakiego jadła nie zabrakło. Patrzyłem na uczestników balu, często dużo ode mnie starszych, i widziałem w tym dniu Koleżanki i Kolegów naprawdę szczęśliwych i zadowolonych. W końcu nie można żyć tylko samymi problemami. Przy okazji spełniliśmy swój szlachetny obowiązek, bo odbyła się aukcja obrazów naszych Koleżanek lekarek: p. dr Anny Dębickiej i p. dr Magdaleny Sławińskiej oraz p. Marka Gołębińskiego. Wylicytowaliśmy 4.450 zł na rzecz Fundacji Lekarze Lekarzom, która została ustanowiona przez NRL. Jej głównym zadaniem jest pomaganie lekarzom w trudnej sytuacji życiowej. Patrząc na obrazy, myślałem sobie – jakie to piękne, że w tym szaleństwie zawodowym mamy czas na realizację naszych pasji: malujemy, śpiewamy, fotografujemy, piszemy wiersze i książki, uprawiamy sport... Czegoż więc chcieć więcej... Życie jest piękne! I zawsze w takich okolicznościach wybrzmiewają mi w głowie słowa piosenki Maryli Rodowicz: „Niech żyje bal! Bo to życie to bal jest nad bale! Niech żyje bal! Drugi raz nie zaproszą nas wcale! Orkiestra gra! Jeszcze tańczą i drzwi są otwarte! Dzień warty dnia! A to życie zachodu jest warte!”

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 798 80 50, fax 798 80 51, redakcja: 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl Plus Bank: 25 1680 1235 0000 3000 2153 4508

Józef Lula – redaktor naczelny
Magdalena Janiszewska – redaktor/korekta/oprac. graf./reklama
Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie
Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący, Alicja Marczyk-Felba,
Andrzej Kierzek, Krzysztof Wroniecki, Paweł Wróblewski

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 24 lutego 2015 r.

Druk: Zakłady Poligraficzne GREG, ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice, tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70



UWAGA!

1 stycznia 2015 roku zmieniła się wysokość obowiązkowej składki członkowskiej!

Zgodnie z uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII z 5 września 2014 r. 1 stycznia 2015 r. zmieniła się wysokość składki członkowskiej na rzecz izby lekarskiej.

Uchwała ustala wysokość składki obowiązującej lekarza lub lekarza dentyzę, członka Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na **60 zł miesięcznie**. Lekarz/lekarz dentysta **posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu** opłaca składkę w wysokości **10 zł miesięcznie**. **Stałe zwolnienie** z obowiązku opłacania składki przysługuje lekarzowi, który ukończył **75 lat** lub został skreślony z rejestru członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. **Czasowe zwolnienie** z opłacania składki przysługuje lekarzowi, który złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. Czasowe zwolnienie przysługuje tylko na okres nieosiągania powyżej opisanych przychodów.

Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 złotych, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki.

Wszelkie zmiany mające wpływ na wysokość składki członkowskiej należy zgłaszać w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej w terminie do 30 dni. Zmiany te skutkują od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym DRL podjęła stosowną uchwałę.

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem.

UWAGA!

Składki – indywidualne numery kont

Dolnośląska Izba Lekarska informuje, iż wprowadzony został nowy system umożliwiający dokonywanie wpłat składek lekarskich za pomocą indywidualnych kont lekarskich. W tym celu każdy członek Izby otrzymuje indywidualny numer rachunku bankowego, na który należy wpłacać składki. Dzięki takiemu rozwiązaniu składki członkowskie wpływające od Państwa będą natychmiast księgowane przez bank na przydzielonych Państwu indywidualnych (o unikatowym numerze) rachunkach bankowych.

Indywidualne konto w celu odprowadzania składek na rzecz DIL nie dotyczy tych lekarzy, którzy opłacają składki za pośrednictwem pracodawcy. Deklaracja dla zakładu pracy dostępna na stronie DIL, zakładka składki.

Aby poznać swój indywidualny numer rachunku bankowego należy:

1. wejść na stronę: http://www.dilnet.wroc.pl/index.php?co=skladki_konta
2. w białe pole wpisać numer prawa wykonywania zawodu i kliknąć w przycisk: **POKAŻ INDYWIDUALNY NUMER KONTA.**

PROJEKT PROGRAMU XXXIV ZJAZDU DELEGATÓW DIL

7 marca 2015 r., ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław

1. Godz. 9.00 – rejestracja delegatów
2. Godz. 9.30 – otwarcie obrad przez prezesa DRL – Jacek Chodorski
3. Wprowadzenie sztandaru DIL – zastępca sekretarza DRL – Józef Lula
4. Hymn państwowy
5. Pro memoria – wspomnienie o zmarłych lekarzach
6. Wręczenie odznaczeń państwowych, resortowych, medali DIL
7. Wybór przewodniczącego zjazdu, jego zastępców i sekretarza
8. Przyjęcie porządku obrad
9. Wybór Komisji Uchwał i Wniosków, Skrutacyjnej oraz Mandatowej
10. Komunikat Komisji Mandatowej
11. Wybory uzupełniające: zastępcy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej DIL – przewodniczący Komisji Wyborczej DIL Andrzej Wojnar
12. Wystąpienie prezesa DRL Jacka Chodorskiego – sprawozdanie z działalności Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
13. Sprawozdanie finansowe – skarbnik DRL Małgorzata Niemiec
14. Wystąpienie Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej DIL Piotra Piszko – sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej DIL
15. Wystąpienie przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego Włodzimierza Wiśniewskiego – sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL
16. Wystąpienie przewodniczącego Komisji Wyborczej DIL Andrzeja Wojnara – sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Wyborczej DIL
17. Wystąpienie przewodniczącego Komisji Rewizyjnej DIL Piotra Laski – sprawozdanie z działalności Komisji Rewizyjnej DIL
18. Dyskusja nad przyjęciem sprawozdań: Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, skarbnika DRL, Komisji Rewizyjnej DIL, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowej Komisji Wyborczej DIL – podjęcie stosownych uchwał
19. Głosowanie nad udzieleniem absolutorium dla Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
20. Ogłoszenie wyników wyborów uzupełniających do organów DIL
21. Przedstawienie preliminarza budżetowego na rok 2015 – skarbnik DRL Małgorzata Niemiec
22. Głosowanie nad budżetem DIL na rok 2015
23. Dyskusja nad aktualną sytuacją w ochronie zdrowia
24. Podjęcie uchwał i wniosków – Komisja Uchwał i Wniosków
25. Zamknięcie zjazdu – godz. 15.00

Autonomia lekarza versus autonomia pacjenta

Tekst Magdalena Orlicz-Benedycka

Dawniej wystarczała przysięga Hipokratesa. Obecnie lekarze wskazują liczne problemy praktyczne, z którymi zmagają się w codziennej pracy. Bez wątplenia temat zyskuje na znaczeniu, szczególnie w obliczu ożywionej ostatnimi miesiącami debaty nad prawem lekarza do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, z różnych przyczyn. Na łamach „Medium” wypowiadają się w tej sprawie: prof. Marek Ziętek – rektor UM we Wrocławiu, prof. Andrzej Kúblér – kierownik Katedry i I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM we Wrocławiu, lek. dent. Małgorzata Nakraszewicz – Rzecznik Praw Lekarza ds. Delegatury Wrocławskiej oraz lek. Wiktor Wolfson – przewodniczący Zarządu Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska.

Lekarz – pacjent

Prawo do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych regulują ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeks etyki lekarskiej. Zawód lekarza powinien cechować się niezależnością. Oznacza to, że wykonując tę profesję należy kierować się przede wszystkim zasadami, wiedzą i dobrem chorego, a dopiero później zarządzeniami, przepisami i poleceniami administracyjnymi. Zasadę tę opisuje art. 4 Kel. Tymczasem mamy sprzeczności pomiędzy zasadą autonomii lekarza związanej z wykonywaniem wolnego zawodu, a prawem pacjenta do leczenia. – Pacjent, zgodnie z definicją WHO, to również osoba zdrowa, która może mieć różne oczekiwania w obszarze opieki medycznej, zwłaszcza w systemie tzw. bezpłatnej opieki zdrowotnej z nieograniczonym koszykiem świadczeń. W takiej sytuacji lekarz ma prawo odmówić świadczenia zgodnie z zasadami wykonywanego zawodu i z art. 7 Kel. Również art. 38 i 39 ustawy o zawodzie lekarza daje mu prawo do odmowy porady, jeśli u pacjenta nie występuje ryzyko uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zagrożenie życia. Odmowa może mieć miejsce wtedy, kiedy pacjent nie realizuje zaleceń, niwecząc efekty leczenia, kiedy zachowuje się agresywnie lub obraźliwie, wreszcie kiedy brak odpowiedniego sprzętu lub doświadczenia uniemożliwiają wykonanie konkretnej procedury. Korzystając z prawa do odmowy rozpoczęcia lub kontynuacji leczenia należy pamiętać o zasadzie wskazania możliwości skorzystania z porady u innego lekarza lub w innej placówce oraz uzasadnienia tej decyzji w dokumentacji medycznej. W przypadku osób związanych umową o pracę potrzebna jest zgoda przełożonego na odmowę udzielenia świadczenia. Bezwarunkowym obowiązkiem lekarza jest udzielenie pomocy osobie w stanie zagrożenia życia, o czym mówi art. 7 i 69 Kel – wyjaśnia lek. W. Wolfson.

Zdaniem większości obywateli naszego kraju lekarz, w ramach powołania, powinien spełniać każde „życzenie” pacjenta. Takie podejście jest nadużyciem ze strony chorych i wyrazem nierespektowania prawa lekarza do pracy zgodnie z zasadami zawodu. Jak mówi dr Wolfson jest to relikwyt przeszłości z okresu państwowej służby zdrowia, której lekarze byli częścią. Obecnie zdrowotne potrzeby obywateli realizowane są przez lekarzy i personel medyczny. Obowiązek zapewnienia opieki medycznej należy do kompetencji państwa, tworzy ono system opieki zdrowotnej, który funkcjonuje w oparciu o kontraktowanie limito-





wanych usług medycznych. Zbyt mała liczba lekarzy, niedofinansowanie świadczeń zdrowotnych, jeden z najsłabszych w UE systemów opieki zdrowotnej, prowadzą często do odmowy udzielenia pacjentowi świadczenia i wydłużenia kolejki. Większość odmów wynika z ograniczeń systemowych. – Inną kwestią jest niezgoda na proponowane warunki kontraktu przez stronę umowy, tj. firmę ubezpieczeniową lub publicznego płatnika. Jeśli warunki proponowanej umowy zagrażają bezpieczeństwu pacjentów i stabilności finansowej podmiotu, lekarz ma prawo nie przyjąć kontraktu zgodnie z konstytucyjną zasadą swobody gospodarczej. Nie oznacza to jednak odmowy udzielenia świadczeń, ponieważ lekarze pozostają nadal do dyspozycji pacjentów w innej formie – dodaje dr W. Wolfson.

Lek. dent. Małgorzata Nakraszewicz – wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej, wiceprzewodnicząca Komisji Stomatologicznej, Rzecznik Praw Lekarza ds. Delegatury Wrocławskiej, członek Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w województwie dolnośląskim – Obowiązuje nas ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz Kel. Trzeba znaleźć równowagę między przepisami, które czasami mają charakter ogólny a praktyką. Coraz częściej mamy do czynienia z tzw. pacjentem trudnym, w sensie nie diagnozowania ale zachowania, rzucania obelg, a nawet stosowania przemocy wobec lekarzy. Nawet jeśli medyk zgłosi się na obdukcję, to potem nic z tym nie robi. Spójrzmy na proces leczniczy. Jego kluczowym elementem jest zaufanie między lekarzem a pacjentem. I to jest sprawa, którą urzędnicy absolutnie lekceważą. Jestem na to bardzo wyczulona. Podczas protestu lekarzy na przełomie roku minister Arłukowicz jakby zapomniał, że te relacje są podstawą działania praktyki lekarskiej. Problem występuje rzadziej w szpitalach. Natomiast w podstawowej opiece zdrowotnej to wręcz codzienność. W poz relacje są zupełnie inne i bez wzajemnego zaufania leczyć nie można. Trudno wymagać od lekarza, aby przyjmował pacjenta, gdy wie, że ten za moment obrzuci go obelgami. W takich sytuacjach lekarz może odmówić leczenia, ale musi wskazać placówkę, w której pacjent ma realną możliwość skorzystania z leczenia. W przypadku deklaracji do lekarza poz nie jest to takie łatwe. Nie da się zmusić pacjenta, aby poszedł w inne wskazane miejsce. Pacjent wybiera sam – mówi dr M. Nakraszewicz.

Gdy wiedza lub sprzęt nie pozwalają na prowadzenie leczenia też trzeba powiedzieć pacjentowi nie. – Jest jeszcze jeden ważny aspekt odmowy udzielenia świadczenia. To sytuacja, kiedy lekarz wie, że oczekiwania pacjenta co do zabiegu są dla niego szkodliwe. Widać to szczególnie w chirurgii pla-

stycznej. Np. kobiety, które chcą powiększyć biust do rozmiaru niezgodnego z własną budową ciała i względami zdrowotnymi. Wtedy trzeba powiedzieć nie i wytłumaczyć dlaczego. W pracy stomatologa zdarzają się sytuacje, kiedy pacjenci chcą coś wymusić i wtedy mówię otwarcie, że czegoś nie zrobię, tłumacząc dlaczego. Najprostszym przykładem jest wybielanie zębów u młodych ludzi, którzy mają naprawdę piękne i białe uśmiechy. Wyjaśniając pacjentowi powody naszej decyzji, nigdy nie będziemy w stanie ocenić, na ile nas zrozumiał. Jestem członkiem wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Bywa tak, że pacjent tłumaczy się, że nie zrozumiał przeczytanej treści albo zrozumiał opacznie treść zgody na zabieg. Pacjent spotyka się z odmową także wtedy, gdy usiłuje wymusić wypisanie recepty z niższą odpłatnością – tłumaczy dr M. Nakraszewicz i dodaje, że Rzecznik Praw Pacjenta nie jest wyłącznie od tego, aby rozpatrywać skargi na lekarzy. Powinien przede wszystkim zająć się sytuacjami naruszającymi prawa pacjenta, wynikającymi z systemu. Potrzebne są akcje edukacyjne we wszystkich środkach masowego przekazu, choćby w związku z ostatnimi zmianami.

NIE STRAJKI, ALE NEGOCJACJE

Prof. dr hab. Marek Ziętek – rektor UM we Wrocławiu

W mojej ocenie lekarz nie powinien odmawiać świadczenia zdrowotnego. Niedawny strajk lekarzy rodzinnych zdenerwował mnie, mimo że popieram ich postulaty. Jestem jednak przeciwny zamykaniu praktyk i nieprzyjmowaniu pacjentów. Mamy państwo prawa i strajki nie powinny się zdarzać. Trzeba negocjować, rozmawiać i przedstawiać propozycje aż do skutku. Lekarze jako elita społeczeństwa powinni rozumieć nasze uwarunkowania ekonomiczne, socjalne i prawo obowiązujące w kraju. Forma wymuszania pewnych rzeczy, kiedy jedna ze stron znajduje się pod ścianą, nie jest fair. Taki mamy zawód, który można zmienić, a lekarze rodzeni nie należą do najmniej zarabiających lekarzy. Są też sytuacje, kiedy lekarz może odmówić przyjęcia czy leczenia pacjenta. Kiedy zjawia się pacjent trudny, uprzykrzający życie różnym lekarzom, trzeba być na to przygotowanym. Nikt nie powiedział, że w naszym zawodzie będzie łatwo. Można znaleźć drogę dojścia do takiego człowieka, choć kosztuje to więcej czasu. Nie jest to łatwe. Można też poprosić o konsultację psychologa.

Czy brak zaufania do pacjenta może wpływać na decyzje lecznicze lekarza?

Nie zapominajmy o czasie, który lekarz może poświęcić pacjentowi. Rozmowa o jego sytuacji zdrowotnej i socjalnej, o rodzinie, prowadzi do nawiązania więzi. W stomatologii mamy na jedną osobę 7 mi-

nut. To jest kuriozalne. W praktyce lekarza rodzinnego nie ma czasu na takie rozmowy i wysłuchanie chorego. Stajemy się prawie komputerami, robimy szereg różnych czynności podczas przyjmowania danej osoby, stawiamy diagnozę, wypełniamy papiery itd. Nie tego oczekuje od nas pacjent.

A co z odmową świadczeń ze względu na limity?

Istnieje duża grupa osób, które stać na opłacenie zabiegu bez kolejki czy po prostu przyspieszenie przyjęcia, ale szpital publiczny nie może prowadzić działalności odpłatnej. To jest nonsens i niezgodność prawna. Jeżeli mamy równość wobec prawa, to dlaczego prywatne placówki mogą udzielać świadczeń odpłatnych, mając też kontrakt z NFZ, a szpital publiczny może przyjmować tylko na kontrakt z NFZ. Można by poprawić kondycję publicznych placówek, gdyby mogły prowadzić działalność komercyjną. Lekarze tam pracujący chętnie wykonaliby takie zabiegi, a pacjent byłby w pełni chroniony.

„NIE” W INTENSYWNEJ TERAPII

Prof. dr hab. Andrzej Kübler – kierownik Katedry i I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM we Wrocławiu

– Opublikowaliśmy niedawno stanowisko zespołu lekarzy anestezjologów, prawników i etyków ws. postępowania lekarzy na oddziałach intensywnej terapii, kiedy jesteśmy przekonani, że terapia nie daje efektów, a pacjent nie może sam podjąć decyzji w tym zakresie, z uwagi na brak lub ograniczenie świadomości. Ten dokument dotyczy określonej grupy pacjentów w określonym miejscu. Na oddziałach intensywnej terapii ponad 90 proc. pacjentów nie może podjąć autonomicznej decyzji. Powstaje zatem pytanie, jak zdecydować o tym, żeby nie leczyć nieskutecznie, niecelowo i zbyt agresywnie, aby im to nie zaszkodziło. Mamy bardzo duże możliwości techniczne dla podtrzymania funkcji życiowych, ale to musi mieć sens. Jeśli pacjent jest świadomy, może powiedzieć, że nie chce takiego leczenia. Jednak bardzo rzadko na oddziałach intensywnej terapii pacjenci są w stanie podejmować takie decyzje – mówi prof. A. Kübler i dodaje: Dlatego wypracowaliśmy konsensus, aby niepotrzebnie nie przedłużać agresywnych sposobów podtrzymywania czynności narządów, które w sumie nie służą interesowi pacjenta. Zorganizowaliśmy również konferencję na ten temat. Nasze działania mają na celu zbliżenie się do krajów, które takie wytyczne opublikowały wcześniej. Różnimy się prawodawstwem, które jest inne niż w Szwecji, Anglii czy Niemczech. Nasze prawodawstwo nie nadąża za światowymi zmianami w medycynie. Prawnicy współpracujący z nami chcieliby to zmienić, ale nie mogą tego zrobić dopóty, dopóki lekarze nie ustanowią pewnych reguł. Zmiany te dotyczą kilku istotnych spraw.

Po pierwsze są to uprzednie oświadczenia pacjenta określane jako „testament życia”, które nie mają regulacji prawnej w Polsce. Dotyczy to wyrażenia woli pacjenta, że nie życzy sobie w przyszłości takich czy innych procedur medycznych. Mam wrażenie, że wielu z nas chciałoby móc określić w życiu, na jakie postępowanie czy zabiegi się zgadza, a na jakie nie. Druga niezwykle ważna rzecz to ustanowienie możliwości powoływania pełnomocników medycznych jako przedstawicieli prawnych pacjentów w Polsce. W naszym kraju, jeśli osobie dorosłej coś się stanie, np. straci przytomność, decydującą za nią instytucją jest sąd opiekuńczy, a nie najbliższa osoba. Walka o posiadanie pełnomocnika prawnego jest wciąż przed nami. Każdy z nas powinien upoważnić kogoś bliskiego do bycia naszym przedstawicielem medycznym. Z moich doświadczeń wynika, że trzeba rozmawiać z rodziną o możliwości śmierci pacjenta, o tym jakie podjąć decyzje. Osobiście rozmawiam z najbliższymi chorego, traktując ich trochę po amerykańsku, jak przedstawicieli prawnych. Tak naprawdę oni nimi nie są. Jeśli pacjent jest w pełni świadomy to szanujemy jego opinię, zgodnie z naszym prawem. Kiedy pacjent tę świadomość traci, wszystko się zmienia i mamy sprzeczne postępowanie utrudniające leczenie. Zgodnie z przysięgą Hipokratesa mamy zrobić wszystko dla ratowania życia pacjenta, ale w warunkach intensywnej terapii okazuje się, że pewne działania są daremne, bezsensowne, nie służą interesowi pacjenta. W naszych wytycznych dość ostro „powiedzieliśmy”, że takie przedłużanie terapii, która nie służy żadnemu celowi, jest błędem postępowania lekarskiego. Z mojej praktyki wynika, że lekarze na oddziałach intensywnej terapii postępują tak, bo boją się odpowiedzialności prawnej. Strach bierze górę i przestrzeganie zasad staje się drugorzędne. Natomiast Kodeks etyki lekarskiej mówi, że jeśli nie jesteśmy przekonani, że nasze działania służą interesowi pacjenta, to możemy od nich odstąpić. A ustawa o zawodzie lekarza mówi, żeby udzielać wszelkiej możliwej pomocy pacjentowi dla ratowania życia. Wobec tego nigdy nie wiadomo, jak sąd ustosunkuje się do przypadku zaskarżenia lekarza o zaniedbanie, nieuratowanie życia pacjenta i spowodowanie śmierci. Obecnie często „niepewne” sprawy trafiają do sądu, a część prawników zachęca kolejnych pacjentów lub ich rodziny do oskarżania lekarzy. Często robią to ubezpieczyciele dla korzyści finansowych.

Kilka lat temu prof. A. Kübler poszukiwał odpowiedzi na pytanie: czy lekarze anestezjologii i intensywnej terapii ograniczali kiedykolwiek w swojej praktyce leczenie, uznając je za nieskuteczne i nie służące pacjentowi? Badania (anonimo-

wa ankieta), jakie przeprowadził w Polsce w tym zakresie, pokazały m.in., że 90 proc. lekarzy postępowало w ten sposób, co korespondowało z praktykami w Europie Zachodniej. Niestety tylko 10 proc. polskich lekarzy odnotowało ten fakt w dokumentacji medycznej, a w Europie Zachodniej 60 proc. Jeśli ktoś nie odnotowuje czegoś w aktach, oznacza to, że robi to nieoficjalnie. Może chce coś ukryć? Z tego powodu do wytycznych dołączony został protokół postępowania. Obowiązuje on od dwóch miesięcy. Otrzymuję telefoniczne potwierdzenia, jak bardzo jest przydatny. Dokument ten opisuje całość postępowania lekarza w konkretnym przypadku, rozwiewając jednocześnie wątpliwości i niejasności, opisując dokładnie czynności podjęte w postępowaniu z konkretnym pacjentem. Obecnie przy agresywnej terapii podejmowanej często przez lekarzy, robi się krzywdę pacjentowi, lekceważąc jego tożsamość – podkreśla prof. A. Kübler i dodaje: Protokół podpisywany jest przez trzy osoby, wszystko omawiamy w grupie opiekującej się pacjentem oraz z rodziną. Jest duża grupa pacjentów, którym intensywna terapia przestaje pomagać. Leczymy wiele osób w zaawansowanym wieku, poddając ich bardzo agresywnej terapii zabiegowej, a potem, niestety, postępuje niewydolność narządów. Chcemy zapewnić pacjentowi w stanie krytycznym godną śmierć, nie przedłużając cierpienia. Kiedy sytuacja trwa tygodniami, chcemy też uwolnić rodzinę od cierpienia. Odejście jest i tak nieuniknione. Oczywiście takie postępowanie jest niemożliwe bez bardzo dokładnej oceny stanu pacjenta i jego perspektyw. Określamy to dokładnie w naszych wytycznych.

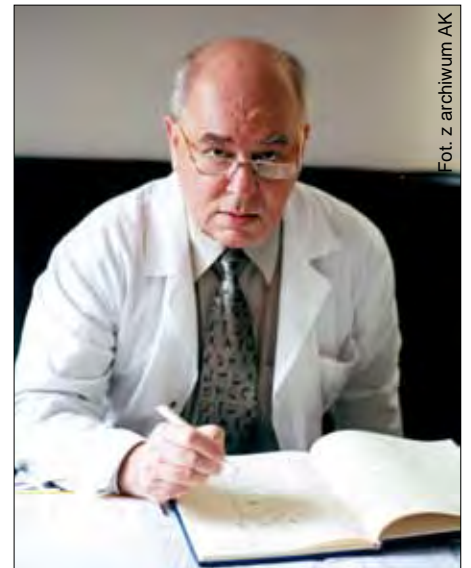
W pewnym momencie agresywne podtrzymywanie czynności narządów staje się bezsensowne i daremne. Zatem lekarz powinien przerwać uporczywą terapię. Jeśli postępuje inaczej, popełnia błąd. To nie zwalnia lekarza od zapewnienia pełnej opieki paliatywnej. Te wszystkie działania służą interesowi pacjenta i nie można tu włączać jakichkolwiek myśli i działań, które służą przyspieszeniu śmierci. To nas nie interesuje. Chcemy, aby pacjent umarł śmiercią naturalną przy zapewnieniu pełnego komfortu. Niestety społeczeństwo w tym względzie nie jest wyedukowane i myśli schematami, na skróty. Czy istnieje potrzeba edukowania ludzi w tym obszarze? Bólczą naszego systemu opieki zdrowotnej jest brak dobrej komunikacji lekarza z pacjentem. Dlatego w naszej klinice prowadzimy zajęcia również z opieki paliatywnej. Studenci dopiero na VI roku słyszą o komunikacji z pacjentem. To jest ogromna wada polskiego systemu szkolenia lekarzy. U nas nie ma dobrej komunikacji również z rodzinami pacjentów. Często są one traktowane bezosobowo. Zorganizowałem specjalny



Fot. z archiwum „MEDIUM”

Prof. dr hab. Marek Ziętek – rektor UM we Wrocławiu

W mojej ocenie lekarz nie powinien odmawiać świadczenia zdrowotnego. Niedawny strajk lekarzy rodzinnych zdenerwował mnie, mimo że popieram ich postulaty. (...) Trzeba negocjować, rozmawiać i przedstawiać propozycje aż do skutku.



Fot. z archiwum AK

Prof. dr hab. Andrzej Kübler – kierownik Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM we Wrocławiu

Mankamentem opieki zdrowotnej w Polsce jest bez wątpienia instrumentalne podejście do pacjenta i jego rodziny, szczególnie w obszarach zabiegowych. Nie mamy czasu rozmawiać!

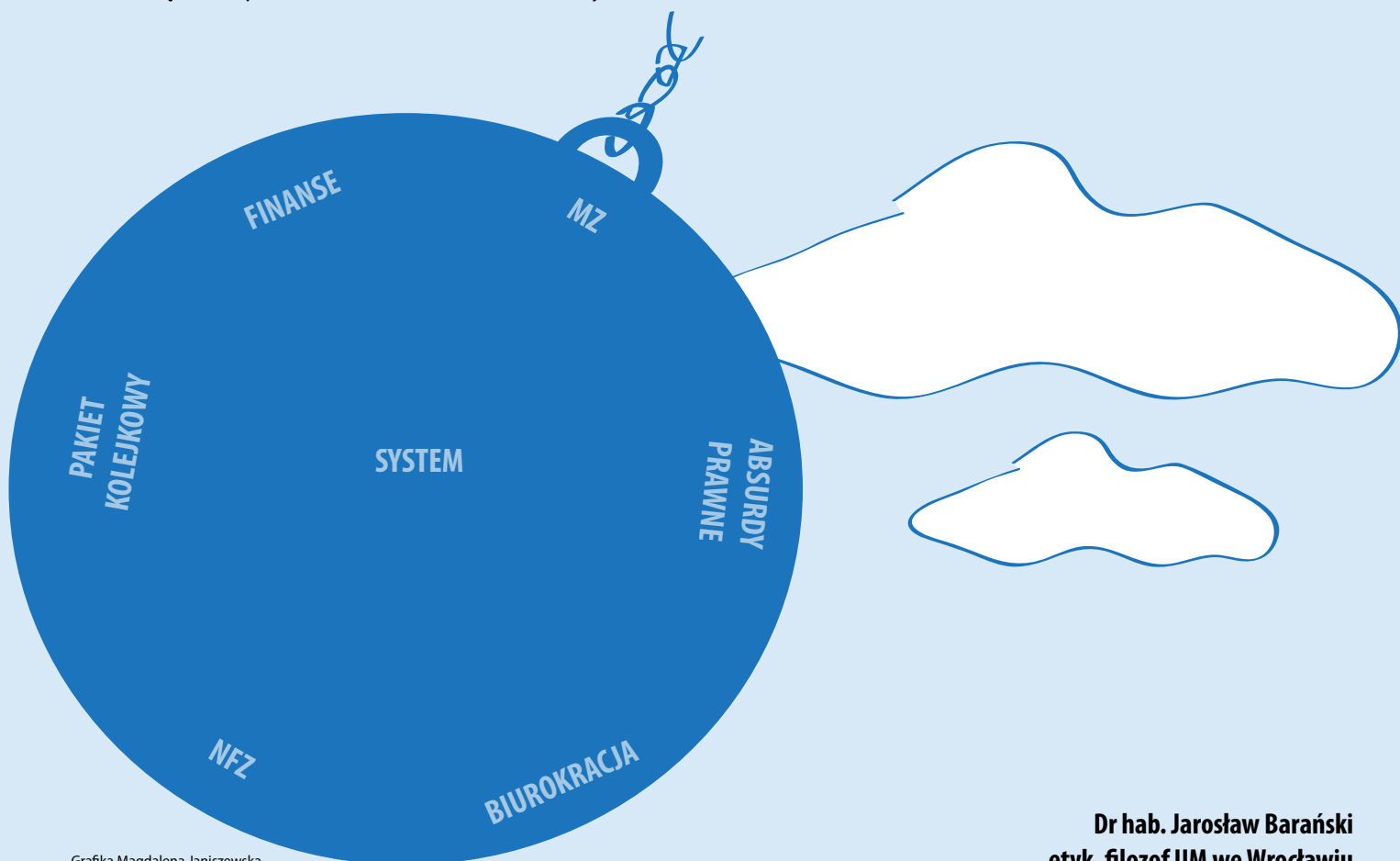
pokój do rozmów z rodzinami. Dzięki temu łatwiej znoszą ostateczne rozstanie z bliską im osobą. Bez tego czują się zagubieni i uważają, że na oddziale „manipuluje się życiem”. Mankamentem opieki zdrowotnej w Polsce jest bez wątpienia instrumentalne podejście do pacjenta i jego rodziny, szczególnie w obszarach zabiegowych. Nie mamy czasu rozmawiać!



Autonomia lekarska a protest lekarzy

Tekst Jarosław Barański

Zamknięcie przez lekarzy rodzinnych przychodni przed chorymi wzbudza nie tylko dyskusję nad rolą zawodową lekarza, jego powinnościami, uprawnieniami i przywilejami, ale także pogłębia wątpliwości etyczne odnoszące się do tej formy protestu, jak i namnaża dotkliwie dla pacjentów problemy w korzystaniu ze świadczeń medycznych. Co gorsze, **im bardziej te problemy stają się dokuczliwe dla pacjentów**, tym – paradoksalnie – coraz trudniej odnaleźć właściwe rozwiązania. Choćby i z tego powodu, że oto podsycane są absolutne wręcz roszczenia wobec medycyny, nadto wzrastają prawne, administracyjne i finansowe wymagania wobec lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a jednocześnie ograniczane są środki przeznaczone na świadczenia medyczne.



Protest lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego, polegający na niepodjęciu i odstąpieniu od leczenia pacjentów poprzez zamknięcie przychodni, był przede wszystkim protestem w obronie autonomii lekarskiej, protestem słusznym i... jednocześnie złym. Ta sprzeczność jest wynikiem zależności lekarzy, z jednej strony od NFZ i Ministerstwa Zdrowia, z drugiej zaś od pacjentów. W społeczeństwie liberalnym występuje bowiem sieć wzajemnych zobowiązań grup społecznych i instytucji, które mają często odmienne interesy, co powoduje, że zależność między sobą opierają owe grupy i instytucje na konflikcie interesów. Co dla jednej społeczności jest słuszne, dla innej wcale być nie musi. W relacji z NFZ i Ministerstwem Zdrowia lekarze chronili bowiem swój interes, który wyraża się w zachowaniu autonomii lekarskiej, gwarantującej przede wszystkim zdolność do postępowania lekarskiego, które umożliwia podejmowanie działań lekarzy w najlepszym interesie pacjentów. Zabiegali więc również o dobro pacjentów (np. przywrócenie dotychczasowego sposobu finansowania leczenia chorych na cukrzycę i z chorobami układu krążenia, przywrócenie prawa do wizyt u dermatologa i okulisty bez skierowania) przez działania, które – niestety – to dobro na czas protestu podważyły.

Z pewnością jest to sytuacja konfliktu etycznego, który określony jest przez, najkrócej rzecz ujmując, obowiązek chronienia dobra pacjenta i obowiązek ochrony autonomii lekarskiej. Można więc wykazać, że czasowe odstąpienie od leczenia pacjentów ramach protestu przynosi skutki łagodniejsze od akceptacji konsekwencji tych ograniczeń swobody działań zawodowych lekarza, które nie gwarantują właściwej opieki medycznej nad pacjentem. Tym niemniej, odpowiedzialność za zaistnienie tego konfliktu spada na Ministerstwo Zdrowia i NFZ, choć to lekarze stają przed trybunałem, który każe im się usprawiedliwiać z działań, jakie zostały na nich wymuszone.

Jednakże rozstrzygnięcie tego typu konfliktów zmusza do akceptacji wątpliwych wymiarów nowoczesnej moralności, która polega na bonizacji zła – *bonum* przez *malum*: zło odejmowany jest absolutny charakter, bo zło prowadząc do dobra, samo staje się dobrem (O. Marquard). W ten oto sposób tworzy się ludzka instancja usprawiedliwiająca człowieka, na podobieństwo dawnej teodycei: zło odejmuje znamiona zła. Działania, które przynoszą zło, nabierają właściwości dobra, ponieważ albo poprzedzone były korzyścią, która to zło równoważy, albo przyniosą korzyść zło równoważącą. Dobrem staje więc to, co jest efektem kalkulacji negatywnych skutków, czyli to, co jest rezultatem funkcjonalizacji zła.

Poza przedmiotem dyskusji pozostaje jednak zdolność nie dopuszczenia do wystąpienia negatywnych skutków. A to dlatego, że zakłada się, iż jest to nierealne. Za tym typem argumentacji kryje się więc znane twierdzenie: takie są jedynie możliwe warunki finansowania świadczeń medycznych, co dawniej znaczyło: taki jest los lub takie są wyroki nieba, taka jest wola boska etc. I tu zło odejmujemy znamiona zła, po czym usta urzędników Ministerstwa Zdrowia wypowiadają znane również inne twierdzenie, że żyjemy w świecie najlepszym z możliwych.

Autonomia lekarska

W rozważaniach nad lekarską autonomią najczęściej przedmiotem staje się wyłącznie integralność moralna lekarza, która zazwyczaj chyli się ku interpretacjom sumienia lekarskiego. Choć zakresowo pojęcia te – autonomia, integralność i sumienie – mogą na siebie zachodzić, to jednak nie są ekwiwalentne. Traktowanie tych pojęć jako ekwiwalentnych prowadzi niejednokrotnie do sporów wyłącznie światopoglądowych.

W rozumieniu autonomii lekarskiej chodzi o coś nadto, a mianowicie: o swobodę działań zawodowych, gwarantującą niezależność lekarskiego osądu, samodzielność decyzji oraz pełną odpowiedzialność za podjęte działania diagnostyczne i lecznicze. Tę swobodę Kodeksy etyki lekarskiej określa następująco:

- art. 2: Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.
- art. 4: Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.
- art. 6: Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

”

Protest lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego, polegający na niepodjęciu i odstąpieniu od leczenia pacjentów poprzez zamknięcie przychodni, był przede wszystkim protestem w obronie autonomii lekarskiej, protestem słusznym i... jednocześnie złym. Ta sprzeczność jest wynikiem zależności lekarzy, z jednej strony od NFZ i Ministerstwa Zdrowia, z drugiej zaś od pacjentów. W społeczeństwie liberalnym występuje bowiem sieć wzajemnych zobowiązań grup społecznych i instytucji, które mają często odmienne interesy, co powoduje, że zależność między sobą opierają owe grupy i instytucje na konflikcie interesów. Co dla jednej społeczności jest słuszne, dla innej wcale być nie musi. W relacji z NFZ i Ministerstwem Zdrowia lekarze chronili bowiem swój interes, który wyraża się w zachowaniu autonomii lekarskiej, gwarantującej przede wszystkim zdolność do postępowania lekarskiego, które umożliwia podejmowanie działań lekarzy w najlepszym interesie pacjentów. Zabiegali więc również o dobro pacjentów (np. przywrócenie dotychczasowego sposobu finansowania leczenia chorych na cukrzycę i z chorobami układu krążenia, przywrócenie prawa do wizyt u dermatologa i okulisty bez skierowania) przez działania, które – niestety – to dobro na czas protestu podważyły.

“

Dobro chorego, a zatem podjęcie leczenia zgodnie z jego potrzebami i zgodnie z aktualną wiedzą lekarską, jest zagrożone, jeśli lekarz pozbawiony jest swobody działań zawodowych. Brak tej swobody narusza integralność moralną lekarza, jeśli lekarz zmuszony jest – ze względu na presję rynkową lub administracyjną – do zastosowania metod terapeutycznych, które nie są efektywne lub skuteczne. Przyjmuje się, że takie ograniczenia swobody działań lekarskich są niezasadne, czyli takie, pisze J. Pawlikowski, które „nie wynikają z troski o dobro pacjenta i nie są oparte na zasadach sprawiedliwej alokacji środków finansowych, ale są efektem niewłaściwej organizacji pracy na oddziale lub w całym szpitalu, niewłaściwego planowania na poziomie zarządzania opieki zdrowotnej, braku koordynacji działań różnych podmiotów w systemie ochrony zdrowia, nacisków ze strony podmiotów administracyjnych, ze strony



zwierzchników, podmiotów ubezpieczeniowych (np. narzucanie określonego sposobu leczenia przez płatnika publicznego) czy producentów środków i wyrobów medycznych. Przyczyną niewłaściwych ograniczeń mogą być także błędne założenia systemowe, np. utożsamianie dobrego gospodarowania finansami placówki opieki zdrowotnej z generowaniem zysku, co nie zawsze jest możliwe bez uszczerbku dla jakości opieki nad chorym („O swobodzie działań zawodowych”).

Problem ograniczenia autonomii lekarza podjęła w swoim stanowisku Naczelna Rada Lekarska, która wyraziła „zaniepokojenie działaniami niektórych lekarzy pełniących funkcje publiczne, szczególnie tych zajmujących wysokie stanowiska państwowe, którzy swoim działaniem zmuszają lekarzy do wykonywania świadczeń zdrowotnych w warunkach, które mogą być oceniane jako sprzeczne z zasadami etyki zawodowej (stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie ograniczania autonomii lekarzy oraz w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarzy pełniących funkcje publiczne). Odwołała się przy tym do Deklaracji Warszawskiej o autonomii lekarza, w której przyjęto m.in., że:

- sprawowanie opieki nad pacjentem i autonomia lekarza są zagrożone wszędzie tam, gdzie ogranicza się wolność zawodową przez powstrzymywanie lub wydziałanie środków z przyczyn ekonomicznych;
- autonomia wykonywania zawodu niezbędna jest, aby lekarze mogli podejmować decyzje kliniczne dotyczące sprawowania opieki nad pacjentem;
- wszyscy lekarze powinni mieć prawo do samodzielnej praktyki;
- lekarz nie powinien być karany finansowo, ani w żaden inny sposób wtedy, gdy działa w imieniu chorych i słabych pacjentów, aby zagwarantować im: jednakowy dostęp do efektywnego leczenia, dostęp do odpowiednich środków potrzebnych do sprawowania opieki nad każdym pacjentem.

Każde więc ograniczenie autonomii skutkuje podejmowaniem nie w pełni obiektywnych decyzji czy działań w najlepszym interesie pacjentów. Lekarz autonomiczny w swych działaniach zawodowych zatem to ten, który postępując zgodnie z etyką lekarską oraz potrzebami i autonomiczną wolą pacjenta, realizuje cel terapeutyczny bez presji zewnętrznej ograniczającej obiektywizm, niezależność osądu lekarskiego i samodzielność podejmowanych decyzji diagnostycznych i leczniczych. Jest to autonomia kliniczna, dzięki której kompetencje zawodowe lekarza uprawniają do podjęcia niezależnej decyzji klinicznej i monitorowania jej wykonania.

Autonomię lekarskiego postępowania warunkuje integralność moralna, która polega na zdolności do odmowy spełnienia życzeń lub żądań innych, jeśli ich spełnienie wiązałoby się z sprzeniewierzeniem własnym przekonaniom (wartościom i zasadom etycznym), z którymi lekarz się identyfikuje. To wierność wyznawanym normom (Beauchamp, Childress), która wyraża się bodaj jako sumienie lekarskie – to bycie w zgodzie z sobą nie tylko deklarowane, ale realizowane w postępowaniu lekarskim. Każde więc naruszenie integralności moralnej lekarza ogranicza jego autonomię – jest presją, która ingeruje w niezależność postępowania lekarskiego. Każde ograniczenie autonomii narusza integralność moralną lekarza – jest presją, która zmusza lekarza do postępowania w niezgodzie z własnymi wartościami.

Protest lekarzy

W obronie tej autonomii, jak i integralności moralnej, lekarze mogą, a nawet mają obowiązek protestować. Byłby to bowiem uzasadniony przypadek niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia. Kodeks etyki lekarskiej wypowiada się następująco:

- art. 7: W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej.
- art. 11: Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem.
- art. 20: Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy.
- art. 73: Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia.

Staranie lekarzy o właściwą opiekę medyczną, zabieganie o zapewnienie odpowiedniej jakości tej opieki uprawnia (w sytuacji, gdy te starania są daremne, a opieka nie z winy lekarzy jest lub może być niewłaściwa) do podjęcia protestu w formie, która nie narazi pacjenta choćby na pogorszenie jego stanu zdrowia. Istnieje wątpliwość, czy protest lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego ten warunek wypełnił. Obowiązek udzielania pomocy lekarskiej wynika z kontraktu, jaki zawarli lekarze podstawowej opieki zdrowotnej z pacjentami; kontraktu opartego na wzajemnym zaufaniu, które zostało podważone przy zaryglowanych drzwiach przychodni – dla dobra pacjenta podjęto ryzyko naruszenia tego dobra.

Jednakże ta funkcjonalizacja zła została na lekarzach wymuszona – była wynikiem administracyjnej, finansowej i politycznej presji. A jeśli tak, to moralna odpowiedzialność za negatywne skutki protestu ponosi NFZ i Ministerstwo Zdrowia. Gdyby bowiem lekarze nie podjęli tego protestu, naraziliby pacjentów na niską jakość świadczeń medycznych. Zgadzając się na nieuzasadnione ograniczenia swobody zawodowej, nie mogliby chronić wystarczająco dobra pacjenta. Przekonująco pisze o tym L. Niebrój w kontekście poprzednich protestów lekarzy: „Reguły etyczne wynikające ze specyfikacji zasady sprawiedliwości zdają się więc zobowiązywać do podjęcia protestu wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z nieuczciwym dzieleniem profitów lub nieuprawnionym nakładaniem obciążeń na poszczególne osoby. De facto, polscy lekarze podejmujący akcje protestacyjne podkreślali, że zmierzają one do poprawy systemu, tak aby pacjenci nie byli pozbawieni opieki zdrowotnej, do której mają prawo (...) i aby błędy w finansowaniu tego sektora nie stały się źródłem obciążeń zrzuconych przez odpowiednie instytucje życia publicznego na barki lekarzy i pacjentów” („Strajk lekarzy: bioetyka pryncypializmu”).

W tej sytuacji konfliktu obowiązków lekarze nie mogli podjąć innej decyzji. Niekoniecznie dlatego, że więcej racji stoi za intencjami ich działań, ale dlatego, że nikt inny nie podjąłby jakiegokolwiek skutecznego protestu dla polepszenia medycznej opieki nad pacjentem. Trudno bowiem oczekiwać, aby pracownicy NFZ lub Ministerstwa Zdrowia uczestniczyli kiedykolwiek w proteście lub strajku w imię dobra pacjenta.

ZANIECHANIE PRZEZ LEKARZA UDZIELENIA POMOCY LUB ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Tekst Andrzej Malicki



Fot. z archiwum autora

Andrzej Malicki – adwokat, członek Naczelnej Rady Adwokackiej, wykładowca prawa medycznego na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, współnik założyciel Spółki Adwokatów Malicki i Wspólnicy sp.j. Od wielu lat współpracuje z DIL w zakresie organizacji konferencji umożliwiających wymianę myśli i poglądów środowisku medycznemu oraz prawniczemu.

Lekarz w sidłach neoliberalizmu

Lekarz to z pewnością zawód zaufania publicznego (art. 17 Konstytucji RP), podobnie jak np. zawód adwokata, i pomimo różnych regulacji zawsze należy kłaść nacisk na misję tego zawodu, a nie upatrywać w działalności lekarskiej, jedynie działalności gospodarczej. Regulacja prawna takich zawodów narzuca na ogół obowiązek zachowania najwyższych standardów moralnych, zobowiązuje do najwyższej staranności oraz niesienia pomocy osobom potrzebującym.

Dokonujące się zmiany społeczno-gospodarcze w Polsce, powszechna akceptacja realizacji zasady *homo oeconomicus* w krajach Unii Europejskiej, a także aktualizacja koncepcji ekonomicznej szkoły prawa¹ – sprawiają, że przepisy prawa medycznego, nie eliminując wprawdzie obowiązku bezwzględnego niesienia pomocy w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjenta – wprowadzają pojęcie świadczenia zdrowotnego (właściwe dla prawa cywilnego), które należy traktować jako element wzajemnych i ekwiwalentnych zobowiązań, w ramach których lekarz finansowany przez NFZ poprzez gabinet, ZOZ lub NZOZ wykonuje określone świadczenie zdrowotne na rzecz pacjenta, które jest stypizowane, określone i formalnie wycenione, a więc sprzedaje produkt w postaci usługi medycznej. Z drugiej jednak strony oczekiwania społeczne względem lekarzy zawsze będą przekraczały możliwości ich realnego zaspokojenia.

Jak pisze słusznie Jacek Sobczak, profesor prawa i sędzia Sądu Najwyższego: „Osoba przybywająca do lekarza oczekuje, że spotka w jego osobie przyjaciela, spowiednika, któremu będzie mogła się

zwierzyć, nie tylko ze swych dolegliwości, lecz także z problemów, które ukrywa nawet przed najbliższymi. Chce spotkać szamana, który spowoduje, że znowu poczuje się zdrowa, młoda, a po wyjściu z jego gabinetu ustąpią u niej objawy choroby”² Rzeczywistość, jak zauważa profesor, różni się z takim oczekiwaniami, albowiem w dzisiejszych warunkach lekarz to przede wszystkim przemęczony³, spieszący się urzędnik, dla którego pacjent nie jest częstokroć człowiekiem, a tylko przypadkiem, z którym nie warto rozmawiać, gdyż i tak niczego nie zrozumie i nie ma sensu tłumaczenie mu wszystkich aspektów medycznych wykonywanych świadczeń. Niestety nadregulacja obowiązków lekarskich doprowadza do eliminacji lekarza jako człowieka realizującego szlachetne powołanie, misję. Ta profesja zaczęła być traktowana podobnie jak zawód bankowca, księgowego czy inżyniera. Nie jest to dobry kierunek i słusznie podlega krytyce.

Granice autonomii lekarza – uwarunkowania prawne

Analizując ujętą w tytule problematykę aspektów prawnych umowy udzielenia przez lekarza pomocy lub świadczenia zdrowotnego, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na różne wyrażenia i zwroty zawarte w aktach prawnych. I tak: w art. 68 Konstytucji RP przewiduje się, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, niezależnie od sytuacji materialnej. Obywatelom gwarantuje się w art. 68 pkt 2 Konstytucji RP równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych stosownie do warunków



ustawowych. W przepisie pkt. 3 powoływanego artykułu Konstytucji władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Przepis Konstytucji jest adresowany także do organów władzy publicznej, które w sposób ustawowy powinny regulować zakres i warunki świadczeń zerowanych. Z kolei w uchwalonym Kodeksie etyki lekarskiej (uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 roku z późn. zm.) lekarz zobowiązuje się m.in. służyć ochronie życia i zdrowia ludzkiego, realizować swoje powołanie, a więc, zapobiegać chorobom, leczyć chorych oraz nieść ulgę w cierpieniu. Lekarz w swojej praktyce nie może uchylać misji i godności zawodu. Za Hipokratesem najwyższym prawem lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.

Z kolei ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry stanowi, że wykonywanie zawodu lekarza polega na udzieleniu świadczeń zdrowotnych, a więc badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu, rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń (art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku). W tej samej ustawie w art. 30 znajdujemy zwrot ustawy: „Lekarz ma udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Powszechnie wiadomo, że lekarz nie może szkodzić pacjentowi i w swym postępowaniu powinien kierować się zasadą *primum non nocere*. Ta zasada deontologiczna zawodu i jej rozwinięcie implikuje szereg rozstrzygnięć w konkretnych przypadkach praktycznych.⁴ Pojawiają się jednak przypadki, w których lekarz może powstrzymać się od udzielenia świadczenia zdrowotnego, a nawet pomocy lekarskiej, choć przypadki tego typu muszą być wyjątkowe i ściśle określone, sprecyzowane przepisami prawa, a także zasadami Kel. Analizując takie sytuacje warto odnieść się do następujących zagadnień: prawo lekarzy do strajku; odmowa leczenia na podstawie art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry; obowiązek odmowy udzielenia świadczenia oraz przekroczenie limitu świadczeń jako przyczyna odmowy ich wypełnienia; klauzula sumienia; prawo lekarza do odstąpienia od obowiązku reanimacji lub uporczywej terapii i stosowanie środków nadzwyczajnych w stanach terminalnych; granice autonomii lekarza.

Z pewnością zasada bezwzględności obowiązku udzielania pomocy w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia człowieka winna być bardziej interpretowana ku jej bezwzględności niż określana przypadkami zwalniającymi lekarzy od obowiązku ratowania życia i zdrowia. Lekarze nie chcą i nie mogą być bogami (mimo nagłośnionego ostatnio filmu o lekarzach poświęconego prof. Zbigniewowi Relidze), przedłużającymi życie i zdrowie, co jest jednak dzisiaj mocno uzależnione od finansowania świadczeń zdrowotnych. W zawodzie lekarza, podobnie jak i w zawodzie adwokata, mogą się zdarzać też przypadki, w których dochodzi do odmówienia pomocy, przy czym przypadki te muszą być określone ustawowo, w ramach dozwolonych zachowań (kontratypów prawnych, a także przyczyn, które mieszczą się w pojęciu zwrotów ustawowych takich jak: „przypadek zaistnienia poważnych powodów” czy wreszcie zasadę deontologicznych warunków wykonywania zawodu lekarza.

Czy lekarz ma prawo strajkować?

Przepisy o sporach zbiorowych przewidują prawo pracownika do strajku w przypadku wszczęcia sporu zbiorowego, przy spełnieniu warunków ustawowych określonych w art. 20 ustawy z dnia 23 maja 1991 roku o rozwiązywaniu sporów zbiorowych (Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 z późn. zm), a to: strajk zakładowy ogłasza organizacja związkowa po uzyskaniu zgody większości głosujących pracowników, jeżeli w głosowaniu wzięło udział co najmniej 50 proc. pracowników zakładu pracy; strajk wielozakładowy ogłasza organ związku wskazany w statucie po uzyskaniu zgody większości głosujących pracowników w poszczególnych zakładach pracy, które mają być objęte strajkiem, jeżeli w głosowaniu w każdym z tych zakładów wzięło udział co najmniej 50 proc. pracowników; ogłoszenie strajku powinno nastąpić co najmniej na 5 dni przed jego rozpoczęciem.

Są zawody, w których prawo do strajku byłoby swoistym nadużyciem w wykonywaniu ich misji, szczególnie odnośnie zawodów zaufania publicznego, jakim niewątpliwie jest zawód lekarza. Konstytucja w art. 59 pkt 3 zapewnia prawo związkowi zawodowemu do organizowania strajków pracowniczych i innych form protestów określonych w ustawie. Konstytucja przewiduje w przywołanym przepisie, że ze względu na dobro publiczne, w drodze ustawy, można ograniczyć prowadzenie strajku lub wręcz zakazać go w odniesieniu do określonych kategorii pracowników.

W świetle ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych strajk polega na zbiorowym powstrzymaniu się pracowników od wykonywanej pracy w celu rozwiązaniu sporu. Należy zauważyć, że strajk jest środkiem ostatecznym i powinien być poprzedzony działaniami bez strajku prowadzonymi do rozwiązania sporu (mediacje, rokowania). W art. 19 ust. 1 cytowanej ustawy zawarty jest przepis, w świetle którego niedopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu, zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu.

Odpowiadając więc na pytanie, czy strajk w służbie zdrowia jest dopuszczalny, stwierdzić należy, że jest dopuszczalny z tym jednak, że konieczne jest zapewnienie odpowiedniej opieki w przypadku przystąpienia przez lekarza do strajku. Z obowiązków lekarskich zwolnić można się jedynie wtedy, kiedy kierownik zakładu opieki zdrowotnej będzie miał realną możliwość zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów. Za niedopuszczalny trzeba uznać strajk w poszczególnych oddziałach czy klinikach, takich jak oddziały intensywnej opieki medycznej, oddziały ratownictwa medycznego. Nie jest też dopuszczalne korzystanie z prawa do strajku, w następstwie którego doszłoby do przesunięcia zabiegów planowych, ratujących życie i zdrowie.⁵ W przypadku pracy w bezpośredniej opiece medycznej, a więc w pogotowiu ratunkowym, oddziałach dyżurnych, szpitalnych oddziałach ratunkowych, oddziałach intensywnej terapii możliwość strajku powinna być wykluczona. Warto powtórzyć za prof. Andrzejem Zollem, że lekarz, który jest gwarantem bezpieczeństwa pacjenta, nie przestaje nim być nawet w przypadku przystąpienia do strajku.

Prawo do strajku przysługuje przede wszystkim zatrudnionym na podstawie umowy o pracę. Natomiast w przypadku zatrudnionych na kontraktach bardziej można mówić o akcji protestacyjnej albo o braku umowy zobowiązującej do świadczenia usług medycznych. Nawet strajkujący lekarz, niezależnie od formy zatrudnienia, powinien wskazać pacjentowi, gdzie może uzyskać pomoc lekarską. Postawa lekarza odmawiającego pomocy medycznej w pewnych sytuacjach może uzasadniać jego odpowiedzialność zawodową z powodu naruszenia art. 7 Kel. Ważne jest też, że lekarze odmawiający pracy w przychodniach, biorąc udział w akcjach protestacyjnych i uczestnicząc w negocjacjach z ministrem zdrowia, faktycznie pozbawiają pacjentów nie tylko prawa do leczenia, ale eliminują ich prawo dostępu do dokumentacji medycznej, co utrudnia kontynuację leczenia przez innego lekarza. Godzi się podkreślić, że ostatnio ok. 5 tysięcy lekarzy w Polsce, zrzeszonych w Porozumieniu Zielonogórskim, nie otworzyło swoich przychodni i gabinetów, co w skrajnych przypadkach może być uznane za sprzeniewierzenie się złożonej przysiędze, zwłaszcza wtedy, kiedy zachodziła potrzeba udzielenia pomocy w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia.

W konkluzji stwierdzić można, że lekarz w wyjątkowych sytuacjach może skorzystać z prawa do strajku, o ile zabezpieczone są potrzeby pacjentów przez innych lekarzy i nie prowadzi to do ich narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia. Jeśliby nawet przyjął, że lekarz korzysta z przysługującego mu prawa do strajku i nie podlega odpowiedzialności karnej, to nie da się wykluczyć, że w pewnych sytuacjach może ponosić odpowiedzialność zawodową za naruszenie przepisów Kodeksu etyki lekarskiej (art. 7 Kel).

Ocena moralna udziału lekarzy w strajku jest trudna. W świetle art. 73 Kodeksu etyki lekarskiej, lekarz biorący udział w strajku nie jest zwolniony od udzielania pomocy lekarskiej, jeśli zaniechanie tej pomocy może narażać pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia. Podstawową zasadą działania lekarzy jest reguła *salus populi suprema lex esto* (najwyższym prawem dobro chorego). Według Andrzeja Murzynowskiego lekarze protestujący przeciwko warunkom pracy nie mogą swoich spraw przedkładać nad obowiązek rzetelnego

leczenia pacjentów. Postawa roszczeniowa lekarzy może w konkretnej sytuacji naruszać godność zawodu.⁶

Lekarze z Porozumienia Zielonogórskiego posiłkowali się argumentem, że zamknięcie przychodni było podyktowane interesem pacjentów. Ta racja znajdzie nie tylko zwolenników, ale i przeciwników. Zwłaszcza że można było, w sytuacjach kryzysowych, takie przychodnie otwierać, choćby w celu udostępnienia dokumentacji medycznej... Interpretacja omawianej sytuacji zawsze zależeć będzie od konkretnych przypadków, w jakich znajdowali się poszczególni pacjenci.

Odmowa leczenia na podstawie art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry

W świetle przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a szczególnie art. 38 pkt 2, lekarz może tylko wyjątkowo odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie łączyłoby się to z niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia albo w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 30), wskazując jednocześnie na realną możliwość uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym. Art. 38 ust. 3 cytowanej ustawy mówi o tym, że jeśli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie umowy o pracę lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. W ustawie zawarty jest zwrot „jeżeli istnieją poważne ku temu powody”. Zwrot ten nie jest zdefiniowany ustawowo i kwestia jego interpretacji została pozostawiona nauce i praktyce prawa medycznego.

Rodzi się pytanie, w jakim kontekście da się interpretować zwrot ustawowy „poważne powody”. Z pewnością interpretacja powinna być zależna od konkretnej sytuacji, tak lekarza, jak i pacjenta. Trzeba też w tej sferze mieć na uwadze podporządkowanie w pracy względem przełożonego. Przykładami takich sytuacji mogą być: emocjonalny stan lekarza do pacjenta, stopień jego kwalifikacji, aktualna forma lekarza i jego kondycja psychofizyczna. Lekarz odmawiający leczenia z uwagi na poważne powody działa w płaszczyźnie art. 38 ust. 3 w ramach regulacji szczególnej w odniesieniu do art. 162 § 2 k.k., który określa zwolnienie z odpowiedzialności karnej lekarza niebędącego gwarantem bezpieczeństwa pacjenta w sytuacji, w której nie może sam przeprowadzić zabiegu albo możliwa jest niezwłoczna pomoc osoby do tego powołanej. Zwolnienie z obowiązku leczenia przez przełożonego, który przejmując rolę gwaranta bezpieczeństwa pacjenta, może jednak spotkać się z sytuacją postawienie zarzutu z art. 162 § 1 k.k., w przypadku kiedy realnie po zwolnieniu określonego lekarza z obowiązku leczenia pacjenta, nie otrzyma pomocy lekarskiej. Przykładami z art. 38 ust. 3 nie są objęte zagadnienia związane z tzw. klauzulą sumienia, która będzie przedstawiona w odrębnej części artykułu.⁷

Obowiązek odmowy udzielenia świadczenia oraz przekroczenie limitu świadczeń jako przyczyna odmowy ich wypełnienia

We współczesnym prawie medycznym podstawowym prawem pacjenta jest autonomia chorego i konieczność wyrażania zgody na podejmowane leczenie i zabiegi medyczne. Jeśli lekarz przeprowadzi zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, to naraża się na odpowiedzialność karną w świetle art. 192 § 1 k.k. Na podstawie tego przepisu: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”. Stosowanie do § 2, ściganie za opisany czyn zabroniony następuje na wniosek pokrzywdzonego, przy czym sprawa ma charakter z oskarżenia publicznego.

Także przekroczenie granic zabiegu może się łączyć z odpowiedzialnością karną, choć jeśli owe przekroczenie było podyktowane ratowaniem życia i zdrowia, to w sytuacji takiej trudno mówić o spełnieniu znamion strony podmiotowej przestępstwa, gdyż można domniemywać zgodę pacjenta na poszerzenie granic zabiegu. Aktualnie obowiązujące orzecznictwo w tej mierze przyjmuje stanowisko, że nie jest dopuszczalne uwolnienie lekarza od odpowiedzialności za zmiany z zakresu zabiegu operacyjnego bez zgody pacjenta, na podstawie art. 26 § 1 lub § 5 k.k. w sytuacji niespełnienia warunków określonych w art. 35 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, gdyż oznaczałoby to zignorowanie woli pacjenta.⁸

W orzecznictwie podkreśla się wiążący charakter stanowiska pacjenta wyrażony na wypadek utraty przytomności. Chodzi w tej mierze o oświadczenia składane *pro futuro*, które są klasycznymi oświadczeniami woli, materializującymi możliwość skorzystania z praw pacjenta (art. 60 i nast. k.c.)⁹.

W pewnych sytuacjach także limity świadczeń zdrowotnych, uregulowane w umowach o świadczenie opieki zdrowotnej, mogą uzasadniać odmowę udzielania takich świadczeń, z tym że odmowa świadczenia nie może nastąpić w warunkach zagrażających życiu i zdrowiu. W takiej sytuacji możliwe jest dochodzenie przez świadczeniodawców roszczenia o zapłatę wynagrodzenia ze środków publicznych. Jeśli natomiast pewne przypadki nie łączą się z potrzebą natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, to wówczas charakter wiążący mają limity. Potwierdzeniem poglądu, że limity świadczeń zdrowotnych nie mogą skutkować odmową udzielenia świadczenia w warunkach zagrażających życiu i zdrowiu jest wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 18 kwietnia 2014 roku (sygn. akt I ACa 54/13, Lex nr 1353935).

Warto przytoczyć pogląd obowiązujący na tle uchylonej ustawy z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, zwłaszcza jej art. 7, że to na świadczeniodawcy spoczywa ciężar udowodnienia, że dochodzone przez niego od NFZ wynagrodzenie za świadczenie udzielone w warunkach zagrożenia życia pacjenta zostało udzielone w niecierpiących zwłoki okolicznościach. Chodziło o taki stan, w którym ewentualne odroczenie pomocy medycznej mogłoby skutkować utratą zdrowia albo życia.¹⁰ W świetle orzecznictwa sądowego zasadą jest, że umowy o świadczenie usług zdrowotnych związane są limitami ilości, względnie wartości usług medycznych, które zostały zakontraktowane. Zatem w sytuacji braku zagrożenia życia lekarz może odmówić świadczenia z uwagi na przekroczenie limitu. Jeśli jednak dochodzi do stanu nagłego i zgłoszenie pacjenta ma charakter nieoczekiwany, to wówczas świadczenie takie jest konieczne, ale być może zostanie udzielone w koszty zakładu. Przewidywalność bowiem i planowość zabiegów wynikających ze stanu zagrożenia zdrowia i życia eliminuje możliwość uznania ich za wykonywane w stanach nagłych w rozumieniu art. 7 uchylonej ustawy z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.¹¹

Klauzula sumienia

Problem wolności lekarza w zakresie światopoglądu i wyznawanej religii to jedno z węzłowych zagadnień prawa medycznego, będący przedmiotem wielu kontrowersji, ustawicznej dyskusji, przy czym regulacje prawne, pomimo prób ustawowego ich doskonalenia, nadal zawierają określoną niepewność treści prawa, a nawet jego systemową sprzeczność. Nie można zgodzić się ze stanowiskiem, że lekarze o światopoglądzie chrześcijańskim, którzy mogą realizować swoje przekonania w kościele i w życiu rodzinnym, powinni z tego powodu być w życiu zawodowym pozbawieni prawa zatrudnienia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. To byłaby przecież dyskryminacja ludzi wierzących i uprzywilejowanie w zakresie prawa do zatrudnienia ludzi obojętnych religijnie. Ostatnio nagłośniona została sprawa prof. Bogdana Chazana, który został posądzony o nadużycie klauzuli sumienia przez odmowę przeprowadzenia badań stwarzających szansę do realizacji przez pacjentkę prawa do aborcji. Z tego też powodu prof. Chazan stracił stanowisko dyrektora Szpitala im. Świętej Rodziny w Warszawie. Obecnie trwa proces o przywrócenie go do pracy przed sądem w Warszawie.

Podstawą prawną klauzuli sumienia, wbrew wielu poglądom i informacjom medialnym, nie jest art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Artykuł ten stanowi, że lekarz może powstrzymać się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem z zastrzeżeniem art. 30 (konieczności działania w nagłych przypadkach), z tym że ma obowiązek wskazać możliwość uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby zdrowia (kontrakt) ma ponadto obowiązek powiadomić na piśmie przełożonego. Ten przepis nie jest źródłem klauzuli sumienia. Określa on jedynie sposób działania lekarza, który wewnętrznie pozostaje w sprzeczności z wolnością przekonań.



Znane powiedzenie głosi, że kiedy człowiek przestaje żyć tak, jak myśli, to zaczyna w końcu myśleć tak, jak żyje. Przepis art. 39 przywołanej ustawy chroni pewną integralność moralną lekarza pozwalającą mu na rozwiązanie konfliktu między jego światopoglądem, a treścią powszechnej normy prawnej, która jest z założenia pluralistyczna. W przepisie tym chodzi o pewnego rodzaju przywilej lekarza, ale z drugiej strony chroni też interes pacjenta, wyrażający się np. w nieurodzeniu dziecka z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem.¹² Warto też dodać, że z klauzuli sumienia mogą korzystać również sędziowie, nie tylko lekarze, którzy jednak w praktyce częściej powołują się na swoje poglądy religijne i etyczne, dając im prymat w stosunku do odmiennych wartości zawartych w prawie.¹³

Wielu lekarzy odmawia więc informacji, np. o możliwości aborcji, korzystając z klauzuli sumienia. Nie oznacza to wcale, że pacjenci są pozbawieni swoich praw. Art. 39 jest swoistym ograniczeniem klauzuli sumienia lekarza, a nie źródłem tej klauzuli. W prawach podstawowych każdego człowieka jest zawarta klauzula sumienia, a więc w prawie do wolności, które jednak musi być ograniczone ze względu na pojmowanie wolności przez innych ludzi wyznających odmienne wartości etyczne. Jeśli lekarz nie poinformował pacjentki o osobie lub placówce opieki zdrowotnej, w której można było dokonać aborcji, to trzeba zauważyć, jak słusznie podkreśla prof. Andrzej Zoll, lekarz ten miał do czynienia z matką i dzieckiem jako pacjentami. Zgodzić się należy ponadto z prof. Zollem, że art. 39 w swej regulacji nakazującej lekarzowi skierowanie na badania w celu dokonania aborcji narusza jego wolność, i w tym sensie jest sprzeczny z Konstytucją. Prof. Andrzej Zoll dalej wywodzi, że to na państwie, dopuszczającym aborcję w określonych sprawach, powinien ciążyć obowiązek zapewnienia pacjentowi świadczeń u innego lekarza. Dalej prof. Andrzej Zoll uważa, że organem do tego powołanym powinien być, ze względu na kompetencje już określone w ustawie, Rzecznik Praw Pacjenta.¹⁴

W art. 30 Konstytucji RP¹⁵ czytamy, że „przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło godności, i praw człowieka, i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Jak słusznie zauważa mec. Kożuch treść tego artykułu znalazła swą wykładnię w orzeczeniach TK, w których podkreślono, że: „Ustawodawca nadał godności człowieka znaczenie konstytucyjne, czyniąc z niej płaszczyznę odniesienia do systemu wartości, wokół którego zbudowano Konstytucję, a zarazem fundament całego porządku w państwie”¹⁶. Zdając sobie sprawę z możliwości konfliktu określonych wartości, upatrując potrzebę rozwiązań zachowujących wolność każdego człowieka w granicach prawa, należy przyjąć, że o możliwości aborcji, wcześniejszych badań prenatalnych powinien informować Rzecznik Praw Pacjenta. Sprzeczność aksjologiczna systemów chronionych przez prawo wymaga przyznania określonej normie prawnej pierwszeństwa z uwagi na chronioną przez tę normę szczególną wartość. Trzeba, więc znaleźć takie rozwiązanie, które z jednej strony spowoduje zachowanie integralności moralnej lekarza powołującego się na klauzulę sumienia, a z drugiej strony nie wyeliminuje świadczenia zdrowotnego, które uniemożliwia narodzenie dziecka z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem. Przyznać trzeba, że jest to trudne, nie można jednak stwierdzić, że jest to wykluczone. Wymaga to wzajemnego poszanowania ludzi różnych światopoglądów, mających równe prawa do realizacji swoich praw podmiotowych i podstawowych. Liczne orzecznictwo SN powstałe na tle opóźniania badań prenatalnych, uniemożliwienia aborcji, braku trybu formalnego odwołania się od odmowy aborcji – sprawiają, że klauzula wolności sumienia lekarzy staje się przedmiotem nie tylko dyskusji merytorycznej, ale swoistych „nagonek prasowych”. Warto w tej mierze zauważyć, że klauzula sumienia jest prawnym instrumentem służącym realizacji osobistej wolności człowieka, przed prawem, z którym on się nie zgadza, pomimo że jest ono legalnie ustanowione. Przyjmuje się pogląd, że bezprawne odmówienie wykonania zabiegu aborcji uprawnia kobietę do dochodzenia wyrównania szkody wynikłej z tego zdarzenia. Może to też uzasadniać odpowiedzialność majątkową lekarza w zakresie szkody związanej z narodzeniem upośledzonego dziecka.¹⁷

Wchodzić tu może też w grę pewne ryzyko prawne ponoszenia sankcji za niedające się wykluczyć nieposłuszeństwo obywatelskie wobec przydania prymatu wartościom światopoglądowym i etycznym. Eliminacja możliwości ponoszenia takich sankcji jest zawsze warun-

kowana sprawnie działającą informacją o świadczeniach zdrowotnych w szpitalach i przychodniach, a także aktywnością rzeczników praw pacjenta w zakresie budowania świadomości praw pacjentów, w tym także możliwością legalnej aborcji. Rzecznik Praw Obywatelskich prof. Irena Lipowicz apelowała do ministra zdrowia o zmianę przepisów klauzuli sumienia. Stosownie do jej propozycji lekarze mogliby nadal korzystać z tej klauzuli, ale musieliby informować administrację szpitala. Obowiązek wskazanie miejsca, w którym pacjent mógłby skorzystać np. z prawa do aborcji spoczywałby na dyrekcji placówki. Profesor Irena Lipowicz przychyliła się do poglądu, że obecnie lekarze mogą uważać, że prawo nie pozwala im na pełne korzystanie z wolności sumienia. Kolizje mogą wywoływać również legalne świadczenia zdrowotne, do których pacjenci mają prawo. Także Naczelna Izba Lekarska zauważyła niedoskonałość regulacji, wyrażając pogląd, że wskazanie innego lekarza do dokonania aborcji jest współsprawstwem.¹⁸

Bez wątplenia należy powiedzieć, że klauzula sumienia jest prawem każdego człowieka, a szczególnie lekarza, który realizując swoją wolność przekonań religijnych nie może być zmuszany do takiego sposobu wykonywania zawodu, który narusza jego przekonania. Z drugiej jednak strony należy zagwarantować prawo do legalnych świadczeń zdrowotnych pacjentom, co częstokroć musi eliminować takich lekarzy np. z udziału w zabiegach aborcji. Nie oznacza to jednak, że pacjent pod względem prawnym musi mieć zabezpieczoną sferę skorzystania z takich zabiegów, jak np. aborcja i badania prenatalne.

Prawo lekarza do odstąpienia od obowiązku reanimacji lub uporczywej terapii i stosowanie środków nadzwyczajnych w stanach terminalnych

Poruszając zagadnienie odstąpienia od uporczywej terapii w stanach terminalnych, należy podkreślić, że problem ten nie doczekał się jednoznacznych i wyrazistych ram ustawowych. Podstawowym obowiązkiem lekarza jest zawsze udzielanie pomocy i ratowanie życia oraz zdrowia. Czasami takie działania stają się bezsensowne, jeśli kontynuacja leczenia nie służy interesom pacjenta. Art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej wskazuje, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia uporczywej terapii, a także stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Zdarza się, że w tej kwestii, na podstawie opinii zespołu lekarzy o możliwości zaniechania uporczywej terapii, orzekają też sądy. Jednak zdaniem wielu prawników, zwłaszcza sędziów, kwestia ta powinna być pozostawiona do decyzji lekarza intensywiisty.

Zdarza się, że osoba bliska pacjentowi wnosi o zaprzestanie intensywnego leczenia. Rodzi się dylemat – od kiedy można mówić o stanie terminalnym?, od którego momentu terapia ma charakter uporczywy?, czy terapia ma charakter uporczywy dla matki czy dla córki?¹⁹ Każdorazowo o stanie terminalnym i uporczywym charakterze terapii orzekać powinien lekarz lub zespół lekarski. Przyjmowanie koncepcji rozstrzygnięć sądowych może być podyktowane potrzebą kontroli formalnej tych orzeczeń, ale nie można stracić z pola widzenia, że to głównie lekarze mają z tego zakresu wiedzę merytoryczną. W następstwie zastosowania tej wiedzy lekarz może udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące terminalnego stanu pacjenta i ewentualnej uporczywej jego terapii, która powinna być przerwana.

Uporczywa terapia nie doczekała się definicji prawnej, ale w zgłoszonym projekcie ustawy przez taką terapię rozumie się: „Stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem; uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”²⁰. Stan pacjenta, a więc granica życia w czasie kiedy nie dobiegło ono końca, które zawsze należy chronić, a także stan, którego statut nie budzi wątpliwości”. W tej mierze wypowiedział się Jacek Hołówka. Podkreśla on, że rezygnacja z życia nieodwracalnie chorego, cierpiącego, bezbronno nie jest pozbawiona sensu.²¹ Jest to oczywiście liberalny punkt widzenia, obcy wartościom chrześcijańskim, w świetle których życie powinno być za wszelką cenę chronione i nie wyklucza zaprzestania uporczywej terapii w przypad-



kach beznadziejnych. Jan Paweł II miał powiedzieć tuż przed śmiercią: „Pozwólcie mi odejść do domu Ojca”. Może to oznaczać, że zaniechanie uporczywej terapii jest dopuszczalne.

Granice autonomii lekarza

Zawód lekarza musi być wykonywany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością. Lekarz jest samodzielnym w zakresie sposobu leczenia pacjenta i w tej mierze pozostaje suwerenny. Nie może jednak ignorować przepisów prawa czy etyki zawodowej. Ma prawo do powołania się na klauzulę sumienia, z tym że jego wolność nie może eliminować wolności innych osób w zakresie prawa korzystania z publicznych świadczeń zdrowotnych. Prawo do samostanowienia pacjenta stymuluje aktywność zawodową lekarza, a wręcz wyklucza jego aktywność w leczeniu i ratowaniu życia, w przypadku gdy takiej zgody nie ma i nie ma też zgody zastępczej ani oświadczeń pacjenta *pro futuro*. W praktyce lekarskiej, w szpitalach ginekologiczno-położniczych, obserwuje się przeprowadzanie zabiegów cesarskiego cięcia nie tyle za zgodą pacjentek, co wręcz na ich żądanie. Lekarz ratując życie dziecka, wobec braku współpracy matki z położną lub ginekologiem-położnikiem, przeprowadza więc zabieg cesarskiego cięcia, co w konsekwencji rodzi problem, kto ma zapłacić za taki zabieg, jeśli nie był on konieczny i czy fundusz lub szpital nie może zwrócić się z roszczeniem o zwrot kosztów za zabieg cesarskiego cięcia.

Przypisy:

1. W świetle tej analizy, według szkoły Posnera, kryteria ekonomiczne wyznaczają pozycję człowieka i możliwości zaspokajania jego potrzeb, jak również możliwości finansowe państwa, które wpływają na zakres świadczeń publicznych i realizują prawa jednostki. J. Stelmach, W. Zaucki, B. Brożek: *10 wykładów o ekonomii prawa*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2007, s. 74-84.
2. J. Sobczak: *W kwestii ochrony praw lekarza*, Medyczna Wokanda Poznań 2010, nr 2, s. 27-28.
3. „Warto tu przytoczyć, iż Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 20 lipca 1961 roku (sygn. akt V K 87/61) uniewinnił chirurgów, którzy pozostawili w polu operacyjnym szpatułkę metalową, powodując tym samym poważny rozstrój zdrowia pacjentki w operacji o argumentację, iż prowadzili oni operację o godzinie 23.30, mając za sobą dwie ciężkie operacje w stanie poważnego zmęczenia, które uniemożliwiło im koncentrację uwagi. M. Filar: *Odpowiedzialność karna za niepowodzenie w leczeniu*, Lexis Nexis 2004, s.134.
4. Patrz szerzej: J. Kornobis: *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz*. Wydanie II. Aforyzm Myśli, Poliform, Wrocław 2001.
5. Patrz szerzej: prof. A. Zoll: *Obowiązek udzielania pomocy lekarskiej a prawo lekarza do strajku*, PiM 2008, nr 1, s. 6 i nast.
6. A. Murzynowski: *Jak rozwiązywać problemy placowe służby zdrowia?*, PiM 1999, nr 2, s. 96-97.
7. Patrz szerzej: M. Filar: *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego*, PiM 1999/3/33, teza 6 i 7.
8. Patrz w tej mierze wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 2007 roku (sygn. akt V KK 81/07 OSNKW2008/2/14), Biuletyn SN 2008/2, poz. 19.
9. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 roku (sygn. akt III CK 155/05 OSNC2006), zeszyt 6, 7, poz. 137.
10. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2008 roku (sygn. akt V CSK 139/08); wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 31 lipca 2013 roku (sygn. akt I Aca 451/13); wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 grudnia 2006 roku (sygn. akt IV CSK 412/05); wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 18 kwietnia 2013 roku (sygn. akt I Aca 54/13).
11. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 1997 roku (sygn. akt II CSK 43/07 Lex nr 590209); obowiązki wynikające z uchylonego art. 7 mają charakter bezwzględny i wyprzedzają limity wynikające z umów por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 roku (sygn. akt V CSK 272/08 Lex 530613; w tej mierze Sąd Najwyższy w uzasadnieniu prawnym wskazał na postanowienia art. 56 k.c., zgodnie z którym czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również takie, które wynikają z ustawy, zasad współżycia społecznego i ustalonych zwyczajów. Interpretacja tych przepisów powinna następować także zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, która przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia i świadczeń; taka też jest linia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1991 roku (sygn. akt K II 98 OTK 1999) Nr 3, poz. 38 oraz z dnia 7 stycznia 2004 roku (sygn. akt K 1403 OTK 2004) Nr 3, poz. 1.
12. A. Wojciechowa-Nowak: *Etyczno-prawne aspekty korzystania przez lekarza z klauzuli sumienia*, seminarium – Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii UW, Państwo i Prawo 2002, nr 7, s. 97.
13. Art. 66 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku Prawo o ustroju sądów powszechnych (tekst jednolity Dz. U z 2015 roku Nr 0, poz. 133 ze zm.). Przy powoływaniu sędziego składa ślubowanie wobec prezydenta RP według następującej roty: „Ślubuję uroczysto jako sędzia sądu powszechnego służyć wiernie RP, stać na straży prawa, obowiązków sędziego wypełniać sumiennie, sprawiedliwość wymierzać przepisami prawa, bezstronnie według własnego sumienia, dochować tajemnicy prawnie chronionej, a w postępowaniu kierować się zasadami godności i uczciwości”; składający ślubowanie może dodać na końcu: „Tak mi dopomóż Bóg”.
14. Prof. A. Zoll: *O błędach lekarskich i klauzuli sumienia*, Palestra 10/2014, s. 52.
15. Źródłem wolności jest także art. 53 ust. 1 Konstytucji RP, który zapewnia wolność sumienia i religii oraz art. 9 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z dnia 4 listopada 1950 r.
16. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 kwietnia 2001 roku (sygn. akt K 11/00), Dz. U. Nr 32, poz. 386). Szerzej: M. Koźuch: *W obronie wartości nie tracić z oczu człowieka*, Palestra 2014, zeszyt 9, s. 229 i nast.
17. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 2003 roku (sygn. akt V CK 167/03), Monitor Prawny 2004, 10/468; uchwała Sądu Najwyższego z dnia 22 lutego 2006 roku (sygn. akt III CZP 8/06 OSNC 2006/78/123); wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 maja 2010 roku (sygn. akt II CSK 580/09 Lex 602234).
18. Rzecznik Praw Obywatela *O klauzuli sumienia*, Rzeczpospolita, 12 czerwca 2014 r.
19. T. Kaiser, A. Kübler: *Dylematy medyczne i prawne. Intensywna terapia bezpieczna dla lekarza i pacjenta*, s. 50-51.
20. Projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw z dnia 17 grudnia 2008 r., www.nencki.gov.pl/cytobiologia/projekt_ustawy_bioetycznej.pdf, konsultacja 11 stycznia 2010 r.
21. Jacek Hołówka: *Śmierć w filozofii i operze*, Przegląd Filozoficzny 2002 r., zeszyt 2, s. 569-570.

Pełna wersja artykułu dostępna na stronie internetowej: medium.dilnet.wroc.pl

REKOLEKCJE WIELKOPOSTNE WROCŁAWSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA

V Niedziela Wielkiego Postu

22-25 marca 2015 r.

**DLA LEKARZY, FARMACEUTÓW,
DIAGNOSTÓW LABOLATORYJNYCH,
PIELĘGNIAREK, PIELĘGNIARZY, POŁOŻNYCH,
RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
I INNYCH PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA**

Tradycyjnie w kościele św. Franciszka z Asyżu
przy ul. Borowskiej 174 we Wrocławiu

Prowadzi – ks. dr hab. Andrzej Muszala, prof. UPJPII w Krakowie (bioetyk)

22.03.2015 r. (niedziela)

godz. 15.00 Msza św. z homilią (kaplica szpitalna)

godz. 18.30 Msza św. z homilią

godz. 19.30 Rozważanie rekolekcyjne: modlitwa lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego (po nauce możliwość spotkania z rekolekcjonistą w Rotundzie św. Franciszka)

23.03.2015 r. (poniedziałek)

dla I grupy:

godz. 8.30 Msza św. z homilią

godz. 9.30 Rozważanie rekolekcyjne:
O sensie choroby, cierpienia i śmierci

dla II grupy:

godz. 18.30 Msza św. z homilią

godz. 19.30 Rozważanie rekolekcyjne: *O sensie choroby, cierpienia i śmierci* (po nauce możliwość spotkania z rekolekcjonistą w Rotundzie św. Franciszka)

24.03.2015 r. (wtorek)

dla I grupy:

godz. 8.30 Msza św. z homilią

godz. 9.30 Rozważanie rekolekcyjne: *Jezus Chrystus jako lekarz*

dla II grupy:

godz. 18.30 Msza św. z homilią

godz. 19.30 Rozważanie rekolekcyjne: *Jezus Chrystus jako lekarz* (po nauce możliwość spotkania z rekolekcjonistą w Rotundzie św. Franciszka)

25.03.2015 r. (środa) – Zwiastowanie Pańskie

dla I grupy:

godz. 8.30 Msza św. z homilią na zakończenie rekolekcji

dla II grupy:

godz. 18.30 Msza św. z homilią. Przewodniczy ks. abp Józef Kupny, metropolita wrocławski

Okazja do spowiedzi: wtorek i środa,
godz. 7.45-8.30 i godz. 17.45-18.30

Spotkanie po Eucharystii – Agapa w Rotundzie (w przyziemiu kościoła)

W imieniu Duszpasterstwa Służby Zdrowia

Archidiecezji Wrocławskiej

zaprasza

ks. prałat Kazimierz Sroka,

archidiecezjalny kapelan służby zdrowia



PRAWNE ASPEKTY ODMOWY UDZIELENIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

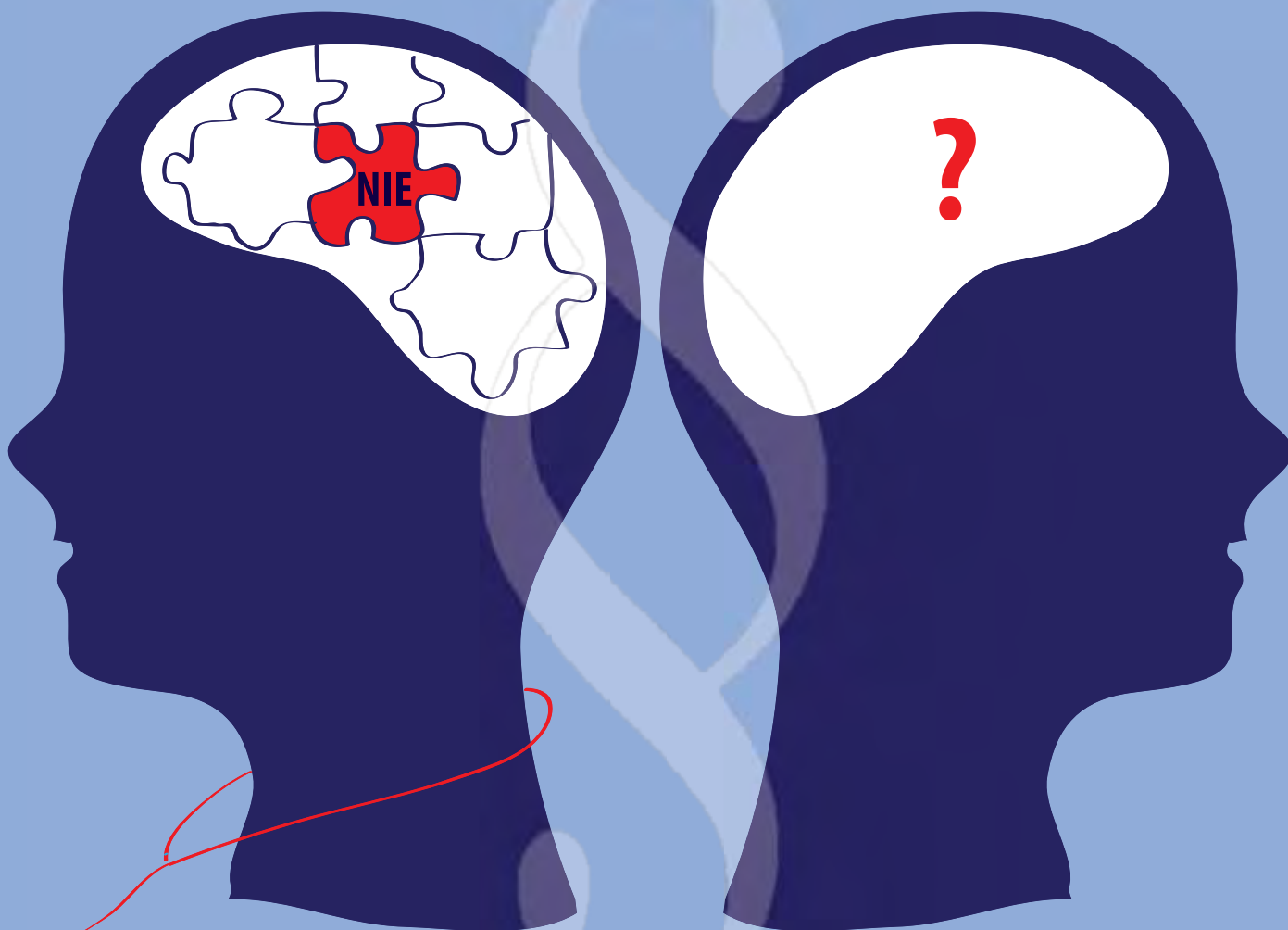
Tekst Agata Wnukiewicz-Kozłowska

Wprowadzenie

Pytanie o zakres obowiązków lekarza z perspektywy współczesnego, odhumanizowanego podejścia do zawodu oraz wykonywanych czynności wydaje się zasadne i istotne. Z jednej strony faktem jest funkcjonowanie lekarza w systemie ochrony zdrowia opartym o zasady wolnego rynku, z drugiej zaś, oczywistością jest specyfika zawodu lekarza, polegająca, przede wszystkim, na podmiocie i przedmiocie jego działań. Wszelkie czynności lekarz podejmuje bowiem wobec człowieka w celu poprawy jakości jego życia i zdrowia. W związku z tym funkcjonowanie w przyjętym systemie, w którym lekarz jest świadczeniodawcą (finansowanie ze środków publicznych) lub usługodawcą (finansowanie ze środków prywatnych), a pacjent – świadczeniobiorcą lub usługobiorcą, stanowi poważne zagrożenie dla interesu chorego, prawdziwe wyzwanie dla lekarza, a przede wszystkim konieczność stawienia czoła problemowi pogodzenia takich wartości, jak dobro pacjenta, dobro lekarza i funkcjonalność systemu opieki zdrowotnej. Dlatego też warto wyjaśnić pewne istotne kwestie z perspektywy prawnej, pamiętając jednakże, że żadne prawo nie jest doskonałe i nie da bezrefleksyjnych odpowiedzi na dylematy relacji międzyludzkich. Tu w sukurs musi przyjść etyka lekarska i ludzka przyzwoitość.

Odmowa udzielenia świadczenia

Kwestia odmowy udzielenia świadczenia może być różnie interpretowana przez praktyków, natomiast prawo w tej materii daje raczej jasny przekaz. Każdy lekarz, na mocy art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (uzl), zobowiązany jest do udzielania pomocy lekarskiej. Oznacza to, że wobec każdej osoby, która potrzebuje interwencji lekarskiej, lekarz powinien podjąć wszelkie czynności, które są niezbędne do zlikwidowania przyczyn powodujących potrzebę pomocy. Pomoc ta powinna być udzielona adekwatnie do stanu pacjenta i z uwzględnieniem możliwości technicznych lekarza. Obowiązek ratowania innych osób ma charakter ogólnoludzki i adresowany jest do każdego człowieka, co wyraźnie wyartykułowane jest w przepisach Kodeksu karnego (k.k.). Art. 162 § 1 przewiduje, że: „Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Różnica polega na tym, że od lekarza jako profesjonalisty wymaga się działania o wyższym standardzie opartym na kryterium



wiedzy, doświadczenia zawodowego oraz dostępności środków. Stąd wnioski, że lekarz musi udzielić pomocy, podobnie jak każda osoba, ale jego działania lub zaniechania będą oceniane wg standardów profesjonalnych. Należy pamiętać, że przepis art. 30 uzl obejmuje zarówno czas wykonywania obowiązków zawodowych przez lekarza, jak i jego czas wolny. Jeśli zatem ma miejsce jedna z trzech opisanych w art. 30 sytuacji, lekarz musi działać. Chodzi o przypadki, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Dodatkowo art. 30 wprowadza bardzo pojemną i otwartą klauzulę: „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Należy ją odczytywać w ten sposób, że obowiązek udzielenia pomocy następuje, gdy zwłoka w podjęciu akcji ratunkowej może pogorszyć stan pacjenta, utrudnić diagnostykę, spowodować wydłużenie terapii czy rehabilitacji. Motywem przewodnim przy ocenie, czy tego rodzaju sytuacja ma miejsce, jest odpowiedź na pytanie: czy nieudzielenie pomocy może spowodować poważne negatywne skutki dla zdrowia pacjenta. Tego rodzaju oceny dokonuje lekarz, jako osoba legitymująca się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami. Dla zilustrowania problemu przykłady z praktyki.

Przykład 1: lekarz przebywa na urlopie wypoczynkowym. W zasięgu jego działania pojawia się chory z symptomami wskazującymi na zawał serca. Lekarz ma obowiązek podjąć czynności ratownicze i wezwać fachową pomoc wyposażoną w odpowiedni sprzęt (karetka pogotowia ratunkowego). W tej samej sytuacji, gdy lekarz przebywający na urlopie znajduje się w stanie po spożyciu alkoholu, jego obowiązek ograniczy się do wezwania karetki, ponieważ jego osobiście udzielona pomoc będzie niosła istotne ryzyko nieprawidłowości ze względu na osłabione i ograniczone reakcje jego własnego organizmu. Innymi słowami wskaźnikiem działania powinna być wiedza i umiejętności oraz dostępność środków i metod w połączeniu z rozsądkiem.

Przykład 2: lekarz pracujący w przychodni dostaje wezwanie telefoniczne do chorego, z którego wynika, że uległ on poparzeniu. Lekarz odmawia przyjazdu, tłumacząc się brakiem samochodu. Na propozycję podwiezienia przez rodzinę pacjenta, odmawia. Pacjent umiera, a sekcja zwłok wykazuje, że ewentualna pomoc lekarska i tak byłaby nieskuteczna. Mimo to lekarz będzie odpowiadał za nieudzielenie pomocy, ponieważ jego interwencja mogłaby zmniejszyć zakres cierpień pacjenta.

Należy pamiętać, że obowiązek leczenia, udzielania pomocy nie ma jednakże charakteru bezwzględny, co oznacza, że prawo przewiduje sytuacje, w których lekarz może odstąpić od leczenia. Zgodnie z art. 38 uzl lekarz ma prawo nie podjąć lub odstąpić od leczenia. Rozwiązanie to potwierdza również Kodeks etyki lekarskiej: „W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki” (art. 7). Na mocy takiej regulacji lekarz może w ogóle nie podejmować leczenia lub też przerwać leczenie. Takie postępowanie wymaga oczywiście spełnienia warunków, które ustawodawca definiuje następująco: brak sytuacji scharakteryzowanych w art. 30 uzl, wcześniejsze uprzedzenie pacjenta, wskazanie realnej możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, sporządzenie stosownego wpisu w dokumentacji medycznej.

Analizując zatem poszczególne przesłanki umożliwiające odstąpienie od leczenia, należy pamiętać, że nie jest ono możliwe, gdy, jak przewiduje to art. 30 uzl: „Zwłoka w (...) udzieleniu (pomocy) mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (pacjenta), oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. W pozostałych sytuacjach lekarz ma prawo odmówić leczenia w ogóle lub przerwać dalsze leczenie, wypełniając związane z odstąpieniem obowiązki. Przede wszystkim lekarz musi zadośćuczynić obowiązkowi informacyjnemu, który polega na uprzedzeniu pacjenta o woli odstąpienia od jego leczenia na tyle wcześniej, aby mógł on realnie skorzystać z pomocy innego lekarza lub innego podmiotu leczniczego. Kryterium odpowiedniego czasu powinno uwzględniać stan zdrowia pacjenta, możliwość ustalenia przejęcia opieki nad pacjentem przez alternatywnego lekarza, limity świadczeń kontraktowanych (gdy rzecz ma miejsce w publicznej ochronie

zdrowia). Ponadto lekarz musi wskazać pacjentowi realną możliwość uzyskania pomocy medycznej u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, co wymaga od niego stosownej wiedzy i orientacji. Realizacja zatem tego warunku może w praktyce powodować poważne trudności. Wreszcie, fakt odstąpienia od leczenia, lekarz musi udokumentować pisemnie w dokumentacji medycznej, uzasadniając swoją decyzję, czyli racjonalizując sytuację. W przypadku odmowy leczenia w ogóle lekarz powinien poinformować pacjenta o tym fakcie i przedstawić rzeczowe uzasadnienie. Informacji tej lekarz nie zamieszcza w dokumentacji, ponieważ takowej pacjent, u którego de facto nie rozpoczęto leczenia, nie posiada. Tak przewiduje regulacja ustawowa, jednakże, z procesowego punktu widzenia, nie wydaje się nadinterpretacją prawa wskazówka, zgodnie z którą dobrze byłoby sporządzić przynajmniej notatkę na temat faktu odmowy leczenia wraz z uzasadnieniem jej przyczyn.

W przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ustawodawca wprowadza dodatkowy wymóg towarzyszący odmowie – zaistnienie poważnych powodów oraz uzyskanie zgody przełożonego.

” —
Lekarz pracujący w przychodni dostaje wezwanie telefoniczne do chorego, z którego wynika, że uległ on poparzeniu. Lekarz odmawia przyjazdu, tłumacząc się brakiem samochodu. Na propozycję podwiezienia przez rodzinę pacjenta, odmawia. Pacjent umiera, a sekcja zwłok wykazuje, że ewentualna pomoc lekarska i tak byłaby nieskuteczna. Mimo to lekarz będzie odpowiadał za nieudzielenie pomocy, ponieważ jego interwencja mogłaby zmniejszyć zakres cierpień pacjenta.

Odmowa działania sprzecznego z sumieniem

Lekarz ma prawo odmówić leczenia, powołując się na klauzulę sumienia (art. 39 uzl). Podobnie jak przy zwykłej odmowie odstąpienie od leczenia może nastąpić tylko wtedy, gdy nie zachodzą przesłanki z art. 30 uzl, czyli nie mamy do czynienia z sytuacją, w której zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz z innym przypadkiem niecierpiącym zwłoki. Wyeliminowawszy tego typu sytuacje, lekarz może odmówić leczenia, gdy uzna, że jest ono sprzeczne z jego sumieniem, pamiętając o dalszych warunkach odmowy, do których prawo, podobnie jak przy odmowie na warunkach z art. 38 uzl, zalicza: obowiązek wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym oraz uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej. Ponadto lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. W stosunku do zwykłej odmowy różnica wyraża się zatem w tym, że, powołując się na klauzulę sumienia, lekarz nie potrzebuje zgody na odmowę, a tylko o fakcie tym powiadamia.

Teoretycznie zatem warunki skorzystania z klauzuli sumienia są dość jasne. Praktyka pokazuje jednak, że jest to mylne wrażenie. **Jak wynika z orzecznictwa najczęstszymi błędami są: brak stosownych wpisów w dokumentacji medycznej, brak uzasadnienia zastosowania klauzuli, brak wskazania realnej możliwości skorzystania z pomocy innego lekarza lub innego podmiotu leczniczego i wreszcie brak powiadomienia przełożonego. Czyli klauzula sumienia stosowana jest całkowicie lub częściowo wbrew wymogom zdefiniowanym w ustawie. Sąd Najwyższy konsekwentnie (np. wyrok z 13 października 2005 r. – IV CK 161/05, wyrok z 12 czerwca 2008 r. – III CSK 16/08,) podkreśla, że lekarz ma prawo, powołując się na klauzulę sumienia, odmówić wykonania czynności lekarskich, ale zawsze pod warunkiem spełnienia przesła-**



nek wymienionych w art. 39 uzl. W sprawach, które znalazły swój finał przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w Strasburgu (np. wyrok z 26 maja 2011 r. w sprawie R.R. przeciwko Polsce, skarga nr 27617/04, wyrok z 30 października 2012 r. w sprawie P. i S. przeciwko Polsce, skarga nr 57375/08), ten sąd międzynarodowy również potwierdził prawo lekarza do skorzystania z klauzuli sumienia, ale w ramach przewidzianych prawem warunków. Ponadto zwrócił uwagę na istotną rolę państwa, które wprowadzając pewne rozwiązania prawne do systemu, ma obowiązek zadbać, aby istniały odpowiednie procedury pozwalające pacjentowi na skorzystanie z przysługujących mu praw i świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej. Chodzi tu np. o sytuację, w której lekarz ze względu na konflikt sumienia odmawia dokonania aborcji dozwolonej prawem, a kobieta nie ma możliwości odwołania się od jego decyzji (teoretycznie, zgodnie z art. 31 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo wnieść sprzeciw wobec opinii lub orzeczenia lekarza, ale procedura przewiduje 30 dni na złożenie tego rodzaju odwołania oraz kolejne 30 dni na odpowiedź Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta,



Na oddział ortopedyczny trafia 90-letnia pacjentka ze złamaniem szyjki kości udowej. Stan internistyczny pacjentki jest ciężki (chora 5 dni wcześniej przeszła zawał mięśnia sercowego). Z wywiadu wiadomo, że przed urazem pacjentka nie poruszała się samodzielnie. Po konsultacji z kardiologiem oraz anestezjologiem, ordynator kwalifikuje pacjentkę do zabiegu wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego. W oparciu o swoją wiedzę i doświadczenie lekarz, który ma operować, odmawia wykonania zabiegu, powołując się na klauzulę sumienia. Tłumaczy swoją decyzję poważnym zagrożeniem dla życia pacjentki i brakiem zasadności leczenia operacyjnego. Jest to przykład prawidłowej postawy lekarza i właściwej interpretacji instytucji klauzuli sumienia.



co w praktyce może istotnie zablokować dokonanie zabiegu aborcji, ponieważ dopuszczalny ustawowo termin określono w ten sposób, że usunięcie płodu, w zależności od przyczyny, możliwe jest do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej lub do 12 tygodnia ciąży) ani uzyskania tego rodzaju świadczenia od innego lekarza bądź podmiotu leczniczego. Na poziomie Europejskiej Konwencji Praw Człowieka nieprawidłowe stosowanie klauzuli sumienia może narazić na naruszenie prawa pacjenta do poszanowania jego prywatności, wolność pacjenta od tortur i niehumanitarnego traktowania, wolność pacjenta od wszelkiej dyskryminacji.

Klauzula sumienia przywoływana jest najczęściej w tzw. „sprawach ginekologicznych”. Takie ograniczanie stosowania klauzuli nie jest jednak właściwe. Warto zwrócić uwagę, że klauzula sumienia może mieć np. zastosowanie w sytuacji niezgody lekarza na polecenie przełożonego (ordynatora, kierownika zespołu), opartej na przesłankach merytorycznych. Gdy dochodzi do konfliktu między przekonaniem lekarza o celowości stosowania danej metody leczniczej, opartym na aktualnej wiedzy medycznej, nakaz postępowania w zgodzie z tym przekonaniem przeważa nad obowiązkiem respektowania poleceń przełożonego. Dobrem najwyższym bowiem jest zawsze dobro pacjenta. Jeśli lekarz ma całkowite i uzasadnione przekonanie, że wykonanie polecenia stoi w sprzeczności z dobrem chorego, może, a nawet powinien, odmówić realizacji nałożonego nań polecenia. Dla zilustrowania problemu przykłady z praktyki.

Przykład 3: na oddział ortopedyczny trafia 90-letnia pacjentka ze złamaniem szyjki kości udowej. Stan internistyczny pacjentki jest ciężki (chora 5 dni wcześniej przeszła zawał mięśnia sercowego). Z wywiadu

wiadomo, że przed urazem pacjentka nie poruszała się samodzielnie. Po konsultacji z kardiologiem oraz anestezjologiem, ordynator kwalifikuje pacjentkę do zabiegu wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego. W oparciu o swoją wiedzę i doświadczenie lekarz, który ma operować, odmawia wykonania zabiegu, powołując się na klauzulę sumienia. Tłumaczy swoją decyzję poważnym zagrożeniem dla życia pacjentki i brakiem zasadności leczenia operacyjnego. Jest to przykład prawidłowej postawy lekarza i właściwej interpretacji instytucji klauzuli sumienia.

Przykład 4: 25-letni pacjent zwraca się do lekarza o usunięcie kilkunastu zębów, tłumacząc swoją prośbę dolegliwościami bólowymi oraz nieskutecznością stosowanych środków farmakologicznych mających ten dyskomfort zmniejszyć bądź zlikwidować całkowicie. Lekarz, po zbadaniu pacjenta, stwierdza, że wskazane zęby, ze względu na niewielkie zmiany próchnicowe, można leczyć zachowawczo, nie okaleczając bezpowrotnie pacjenta. Pacjent upiera się jednak, aby zęby usunąć, stwierdzając, że jest to najlepsza dla niego metoda. W świetle aktualnej wiedzy medycznej i w odczuciu lekarza taka metoda nie ma obiektywnego uzasadnienia medycznego i prowadzi do okaleczenia pacjenta oraz wywołuje skutki ostateczne. Te przesłanki, przy założeniu spełnienia pozostałych warunków skuteczności klauzuli sumienia, pozwalają na jej zastosowanie.

Odstąpienie od uporczywej terapii w stanach terminalnych

Kwestia dopuszczalności przerwania terapii w stanach terminalnych budzi poważne kontrowersje i jest przedmiotem wielowątkowych interdyscyplinarnych komentarzy w literaturze przedmiotu. Stąd w tym miejscu tylko podstawowe wyjaśnienia o charakterze prawnym. **W obowiązującym stanie prawnym brak jest regulacji kwestii związanych z odstąpieniem od uporczywej terapii.** Ustawa o zawodach lekarza przewiduje jedynie w art. 36 ust. 1, że „lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta”. Nakaz ten znajduje rozwinięcie w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którą: „Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień” (art. 20 ust. 2). Z tak przyjętego rozwiązania wynika jedynie, że lekarz ma obowiązek nieść pacjentowi w stanie terminalnym ulgę w cierpieniu. Co to oznacza w praktyce, pozostaje kwestią poniekąd otwartą, choć w pewnym stopniu ograniczoną przepisami Kodeksu karnego. Art. 150 § 1 k.k. definiuje bowiem przestępstwo eutanazji, zakazując zabijania człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, a w razie dokonania tego czynu, przewidując karę pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Pewnym rozwiązaniem jest też posłuszenie się Kodeksem etyki lekarskiej, który rozwija nieco wątek uporczywej terapii w ten sposób, że nakazuje lekarzowi dołożenie wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania oraz do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia (art. 30 Kel). Równocześnie dopuszcza w stanach terminalnych zwolnienie z obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych, którą to decyzję podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę kryterium oceny szans leczniczych (art. 32 Kel).

Z braku klarownych regulacji prawnych można odwołać się do doktryny. Przekonująca wydaje się argumentacja przyjęta przez dwóch znawców problematyki – profesorów Andrzeja Zolla oraz Marka Safjana. Obaj stoją na stanowisku, zgodnie z którym lekarz nie ma obowiązku podejmowania czynności za wszelką cenę, gdy nie przyniosą one efektów terapeutycznych, a jedynie przedłużają umieranie chorego i towarzyszące mu cierpienie. Wynika to z prostej konstatacji, że norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, czego on, jako jej adresat, nie jest w stanie wykonać.

Ponadto, podchodząc do wykładni prawa systemowo, nie można nie zauważyć, że przy założeniu autonomii pacjenta, na którym opiera się współczesne prawo medyczne, legalność terapii uzależniona jest od zgody pacjenta. Jeśli zatem chory nie godzi się na dalsze leczenie, a de-

cyjza ta ma charakter świadomy (pacjent jest poinformowany i zdolny prawnie oraz faktycznie do wyrażenia woli), lekarz nie ma obowiązku kontynuować uporczywej terapii. Praktyka podejmowania tego typu decyzji jest jednak niezwykle trudna i delikatna. Wymaga zatem dużej wiedzy popartej doświadczeniem oraz wrażliwości i delikatności. Z prawnego zaś punktu widzenia wymaga głębszej analizy.

Prawo lekarza do strajku

To bardzo drażliwa i trudna kwestia. Z perspektywy prawa należy rozważyć dwie zasadnicze kwestie: obowiązki lekarza wobec pacjenta oraz prawo lekarza jako pracownika do protestu wobec pracodawcy. Zaczynając od tego drugiego aspektu, należy przyznać, że zgodnie z Konstytucją RP, polskie prawo przewiduje prawo do strajku. Art. 59 ust. 3 Konstytucji wskazuje, że: „Związkom zawodowym przysługuje prawo do organizowania strajków pracowniczych i innych form protestu (ale! – przyp. aut.) w granicach określonych w ustawie”. Jednakże ten sam artykuł wprowadza ograniczenie prawa do strajku raz ze względu na dobro publiczne, dwa – podmiotowo – w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub – przedmiotowo – w określonych dziedzinach: „Ze względu na dobro publiczne ustawa może ograniczyć prowadzenie strajku lub zakazać go w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub w określonych dziedzinach”. **Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych jasno wskazuje w art. 19 ust. 1, że: „Niedopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu lub zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu państwa”.** Jeżeli zatem z powodu strajku zagrożone byłoby życie lub zdrowie ludzkie, tego rodzaju forma protestu będzie miała charakter nielegalny. W praktyce można przyjąć, że ewentualny strajk w podmiocie leczniczym typu np. przychodnia, przy założeniu spełnienia warunku zapewnienia bezpieczeństwa zagrożonym pacjentom, nie kolidowałaby z obowiązkiem poszanowania życia i zdrowia ludzkiego. Jednakże już np. w szpitalu, w wypadku strajku lekarzy z tzw. „odejściem od łóżek”, czyli zaniechaniem czynności leczniczych, następuje zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego, co powoduje, że protest tego typu ma charakter zachowania bezprawnego. Wobec czego w przypadku strajku jego organizator oraz osoba kierująca protestem będą ponosić odpowiedzialność karną na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, który przewiduje, że: „Kto w związku z zajmowanym stanowiskiem lub pełnioną funkcją: przeszkadza we wszczęciu lub w prowadzeniu w sposób zgodny z prawem sporu zbiorowego, nie dopełnia obowiązków określonych w tej ustawie – podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności. Tej samej karze podlega ten, kto kieruje strajkiem lub inną akcją protestacyjną zorganizowaną wbrew przepisom ustawy”. Uczestniczący zaś w strajku lekarze będą pociągnięci do odpowiedzialności w zakresie przepisów prawa pracy lub, zależnie od formy zatrudnienia, przepisów prawa cywilnego.

Nawet jeżeli, z perspektywy pracowniczej, uznalibyśmy prawo lekarza do strajku (niektórzy autorzy uważają, że wobec braku bezpośredniego wyliczenia tej profesji w ustawie jako wyłączonej z prawa do strajku, wśród których są jedynie następujące instytucje oraz kategorie pracowników: Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencja Wywiadu, Służba Kontrwywiadu Wojskowego, Służba Wywiadu Wojskowego, Centralne Biuro Antykorupcyjne, jednostki policji i sił zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, służby więziennej, Straży Granicznej, służby celnej oraz jednostki organizacyjne ochrony przeciwpożarowej oraz zatrudnieni w organach władzy państwowej, administracji rządowej i samorządowej, sądach oraz prokuraturze, lekarz ma prawo do strajku), to z punktu widzenia praw pacjenta i obowiązków lekarza wobec chorego, innymi słowy, z natury zawodu lekarza, z jego powołania, wynika poważne ograniczenie możliwości protestowania. Bardziej adekwatne formy rozwiązywania sporów z pracodawcą przewidziane są w art. 7-14 cytowanej ustawy i obejmują: rokowania, mediacje i arbitraż.

Konkludując wątek prawa lekarza do strajku, można przedstawić dwa rodzaje wnioskowania. Część przedstawicieli doktryny, w braku bezpośredniego wyartykułowania zawodu lekarza jako profesji wyłączonej z podmiotowego zakresu prawa do strajku, uznaje to prawo, ale z zastrzeżeniem zapewnienia pacjentowi

bezpieczeństwa życia i zdrowia na wypadek akcji protestacyjnej, co w praktyce oznacza obowiązek kierującego akcją protestacyjną lub/oraz osoby kierującej podmiotem leczniczym, w którym protest ma miejsce, do zapewnienia tego bezpieczeństwa. Odmienne wykładnia prawa lekarza do strajku wyklucza tego rodzaju uprawnienie ze względu na wymienione w treści art. 19 ust. 1 ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych zagrożenie życia i zdrowia jako przesłanki negatywnej.

Ze względu na wysoką pozycję w katalogu praw człowieka takich dóbr jak rzezione życie i zdrowie ludzkie, należałoby raczej przychylić się do interpretacji, zgodnie z którą lekarz nie powinien wykorzystywać jako metody rozwiązywania sporu z pracodawcą strajku, lecz powinien ograniczyć się do metod niezagrażających zdrowiu i życiu pacjentów, czyli rokowań, mediacji i arbitrażu.

Podsumowanie

Podsumowując kwestie poruszone w poszczególnych punktach, można dojść do wniosku, że prawo do odmowy leczenia mieści się w katalogu praw lekarza. Z oczywistych względów podlega ono ograniczeniom prawnym. Ich celowość uzasadnia konieczność ochrony najwyższych dóbr przynależnych człowiekowi, jakimi są życie i zdrowie. Lekarz może zatem odmówić rozpoczęcia lub kontynuacji leczenia pacjenta, o ile zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej nie spowodowałaby niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Ponadto warunkiem skutecznej prawnie odmowy jest spełnienie takich wymogów jak: poinformowanie pacjenta o tym fakcie, wskazanie choremu realnych możliwości uzyskania pomocy od innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, udokumentowanie i uzasadnienie odmowy w dokumentacji medycznej, a w przypadku wykonywania zawodu na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, uzyskanie zgody przełożonego lub, w przypadku powołania się na klauzulę sumienia, poinformowanie przełożonego.

W odniesieniu do kwestii odstąpienia od uporczywej terapii należy odnotować istotnie niesatysfakcjonujący stan regulacji prawnej, zmuszający do raczej intuicyjnego niż uregulowanego postępowania. Niemniej jednak nie można nie zauważyć, że w koncepcji szanującej prawo pacjenta do autonomii nie da się zaprzeczyć prawu pacjenta do podjęcia decyzji o przerwaniu uporczywej terapii, a co za tym idzie, prawu lekarza (czy obowiązkowi – wciąż pozostają wątpliwości natury etycznej) do jej zaprzestania.

Wobec pytania o prawo lekarza do strajku można wyprowadzić wniosek, że w braku bezpośrednio wyrażonego zakazu tego rodzaju formy protestu przez osoby wykonujące ten zawód, lekarz może przystąpić do strajku. Równocześnie jednak należy podkreślić, że prawo to ograniczone jest obowiązkiem poszanowania życia i zdrowia ludzkiego oraz realnego zabezpieczenia realizacji ochrony tych dóbr. Brak takiego zabezpieczenia skutkuje bowiem odpowiedzialnością prawną, zarówno w aspekcie karnym, jak i cywilnym oraz pracowniczym.

Odnosząc się generalnie do prawa lekarza do odmowy leczenia nie sposób nie przypomnieć, że zawód lekarza należy do kategorii zawodów zaufania publicznego oraz ma charakter służebny wobec pacjenta, stąd wszelkie ograniczenia w udzielaniu pomocy choremu muszą znaleźć podstawę prawną, być racjonalnie uzasadnione i usprawiedliwione i nie mogą mieć arbitralnej formy. Wybór zawodu lekarza determinuje wykonywanie go z szacunkiem dla drugiego człowieka.

**Dr n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska
adiunkt w Katedrze Prawa
Międzynarodowego i Europejskiego,
kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni
Prawa Medycznego i Bioetyki,
kierownik Studiów Podyplomowych
Prawa Medycznego i Bioetyki
Wydział Prawa, Administracji
i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego**



Fot. z archiwum autorki



Ryzyko zakażenia wirusem ebola a odmowa udzielenia przez lekarza pomocy

i (lub) zapewnienia opieki osobie podejrzanej o zakażenie albo choremu na tę lub inną wirusową gorączkę krwotoczną

Tekst: Andrzej Gładysz, Elwira Marszałkowska-Krześ, Weronika Rymer, Sławomir Krześ

Źródło grafiki: www.flickr.com/UK Department of International Development

Ebola. Co wiemy o tym wirusie?

Choroba wirusowa ebola, z którą mamy obecnie do czynienia, będąca najgroźniejszą epidemią gorączki krwotocznej spośród dotąd obserwowanych, rozpoczęła się w 2013 roku i obejmuje szczególnie kraje Afryki Zachodniej. Do dzisiaj panikę wywołuje choćby ryzyko zakażenia tym wirusem, co może być zrozumiałe wobec ciągle napływających informacji o nowych zakażeniach. Pamięta się też o zachorowaniach i zgonach osób spoza Afryki – dotkniętych infekcją. Sytuacja staje się tym bardziej niepokojąca, że pojawił się w mediach raport brytyjskiego ministra obrony, częściowo tylko odtajniony, mówiący o ryzyku potencjalnego wykorzystania śmiertelnej eboli przez terrorystów.

W grudniowym numerze „European Hospital” (t. 23, nr 6/14) ukazał się artykuł pod znamienym tytułem „Ebola. Reports of panic among medics”. W przeciwieństwie do, nie mniej groźnej – w swoim czasie (XIX wiek) – żółtej gorączki (febry), też choroby wirusowej, ale przenoszonej przez jeden z gatunków komarów, przed którą obecnie skutecznie chroni nas szczepionka, wciąż nie dysponujemy szczepionką profilaktyczną przeciwko eboli. Nie mamy też, jeszcze, leków o etiotropowym działaniu na wirusa, choć są już intensywnie testowane określone preparaty – także na ludziach – ale nadal w ramach badań eksperymentalnych.

Warto uświadomić Czytelnikom, że ebola, podobnie jak HIV czy wirus grypy, należy do retrowirusów, a te często ulegają mutacji. Są to drobnoustroje atakujące, zarówno ludzi, jak i zwierzęta. Duża zdolność do zmienności umożliwia tego typu wirusom łatwiejszą adaptację do zmieniających się warunków bytowania i zasiedlania różnych organizmów. Dlatego nie dziwią informacje francuskich wirusologów z Instytutu Pasteura w Paryżu wskazujących na znaczną mutację, jakiej uległ wirus ebola. Naukowcy z tegoż Instytutu przeanalizowali próbki wirusa pochodzące z pierwszego okresu epidemii z 2014 roku, nadesłane z Gwinei, gdy ona tam wybuchła i pracują nad kolejnymi próbkami, pobranymi od chorych w późniejszych etapach epidemii. Badania te pozwolą wnioskować o kierunku dalszego mutowania wirusa ebola. Czy stanie się bardziej zaraźliwym i zabójczym, czy też jego zjadliwość osłabnie? Na razie wiemy, że wirus, który spowodował obecną epidemię, uległ znacznej mutacji. Zakażenie ebolą następuje wskutek bezpośredniego kontaktu

z krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami i z wydaliniami osób chorych oraz ze zwłokami. Nie jest kategorycznie wykluczona transmisja zakażenia drogą kropelkową. Nie jest też do końca poznana interakcja patomechaniczna wirusa z gospodarzem (osoba zakażona). Okres wylegania choroby mieści się w granicach 2-21 dni, średnio wynosi około 8-10 dni. Pierwsze objawy są mało charakterystyczne, przypominają grypę, malarię bądź inwazyjną chorobę meningokokową. Dominuje gorączka powyżej 38°C, bóle mięśni i stawów, przemożne osłabienie. Dopiero po kilku dniach dołączają się objawy dyspeptyczne z biegunką wodnisto-krwistą i następnie grudkowo-rumieniowa wysypka skórna (twarz, szyja, tułów).

Czy lekarz ma prawo odmówić leczenia chorego z ebolą?

Mimo, że jest to wirus osłonkowy i wykazuje dużą wrażliwość na standardowe środki dezynfekcyjne, to jednak łatwość zakażenia, nawet przy rygorystycznym przestrzeganiu procedur higieniczno-sanitarnych, budzi lęk personelu medycznego przed kontaktem z chorym, a nawet z podejrzanym o wirusową chorobę ebola, co podsyłały ostatnie zdarzenia zakażeń wśród lekarzy i pielęgniarów w USA i w Europie.

Mając na uwadze obecny przebieg i rozwój epidemii gorączki eboli, nie można wykluczyć, choć ryzyko jest niewielkie, że wirus w fazie zakaźnej dotrze do Polski. Otwarte pozostaje pytanie, czy lekarz z obawy o własne bezpieczeństwo może odmówić leczenia osoby, u której podejrzewa zakażenie ebolą. Sygnały płynące od pracowników medycznych świadczą o tym, że to niemały problem. Mamy tu do czynienia nie tylko z dylematem etycznym, ale i zawodowym. Powyższe przesłanki skłoniły nas do analizy stosownych przepisów prawnych i przedstawienia określonej wykładni oceniającej „konflikt” obowiązku zawodowego z prawem każdego obywatela do ochrony własnego zdrowia i życia.

Wirus ebola należy do patogenów mogących wywołać groźne choroby i stanowiących poważne zagrożenie dla życia człowieka. Zaliczany jest do najwyższej kategorii (IV) niebezpiecznych drobnoustrojów. Z tego powodu lekarz, pielęgniarka, personel medyczny, którzy sprawują opiekę nad chorym, czy zakażonym wirusem ebola, muszą zachować wszelkie środki ostrożności.

Bez odpowiedniego stroju ochronnego narażają bezpośrednio i w stopniu znacznym swoje zdrowie.

W związku z tym, po analizie obowiązujących w Polsce przepisów prawnych uważamy, że personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) ma prawo odmowy udzielenia pomocy choremu, zakażonemu wirusem ebola, w przypadku gdy podmiot leczniczy, w ramach którego działa, nie zapewnił zgodnego ze standardami IV stopnia hermetyczności kombinezonu ochronnego i wynikających z tego procedur higieniczno-sanitarnych. Za takim stanowiskiem przemawiają następujące argumenty prawne: stosownie do art. 207 § 2 Kodeksu pracy, pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Z kolei, w myśl art. 210 § 1 k.p., w razie gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika, pracownik ma prawo powstrzymać się od wykonywania pracy, zawiadamiając o tym niezwłocznie przełożonego, jednak przepis ten nie dotyczy pracownika, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego lub mienia (§ 5).

W sprzeczności z powyższym pozostaje stanowisko Sądu Najwyższego, który w uzasadnieniu wyroku z 15.05.2001 r. (III UKN 395/00/opubl. OSNAPIUS 2003 r., nr 3, poz. 70) stwierdził, że: „Personelowi lekarsko-pielęgniarskiemu w zakresie obowiązków pracowniczych nie przysługuje uprawnienie do powstrzymania się od wykonywania pracy niebezpiecznej (art. 210 § 5 w związku z art. 210 § 1 k.p.).” Na podstawie orzeczenia SN można by wyciągnąć wniosek, że lekarzowi czy pielęgniarce nie przysługuje prawo odmowy udzielenia świadczenia choremu z ebolą nawet wtedy, gdy podmiot leczniczy, w którym jest zatrudniony (na umowę o pracę) nie zapewnił im odpowiednich kombinezonów ochronnych. Jednak z taką jednoznaczną wykładnią zgodzić się nie sposób. **Dr hab. Teresa Wyka** ([w:] *Kodeks pracy. Komentarz*. Red. naukowa prof. dr hab. Krzysztof W. Baran, Warszawa 2012 r., s. 1074) wywodzi i uzasadnia, powołując się na dotychczasowy dorobek doktryny, że wyłączenia przewidzianego w art. 210 § 5 k.p. nie należy traktować absolutnie bezwzględnie i jeżeli wskutek niezapewnienia przez pracodawcę środków ochrony indywidualnej, przekroczona zostałaby dopuszczalna granica ryzyka, to pracownikom (w tym medycznym – przyp. autorów) przysługuje prawo powstrzymania się od pracy.

Równie zdecydowane stanowisko zajął **dr Krzysztof Walczak** ([w:] *Kodeks pracy. Komentarz*. Redaktor prof. dr hab. Wojciech Muszalski, Warszawa 2007, s. 970), który wskazuje, że prawo powstrzymania się od pracy przez pracowników objętych dyspozycją art. 210 § 5 k.p. ma miejsce w przypadku konieczności podjęcia przez nich ryzyka nieakceptowalnego. Pogląd powyższy znajduje oparcie w wywodzie Sądu Najwyższego: „Nałożony przez prawo na personel medyczny szpitala obowiązek udzielania pacjentom pomocy medycznej nawet w warunkach zagrożenia zdrowia i życia lekarza lub pielęgniarki nie może być utożsamiany z takim ich ryzykiem zawodowym jako pracowników, które wyłącza odpowiedzialność pracodawcy za brak zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy” (z uzasadnienia wyroku I PKN 584/99 z 13.04.2000 r., publ. OSNAPIUS 2001, nr 21, poz. 636). Ze zdaniem tym zdaje się w pełni zgadzać **prof. dr hab. Andrzej Marian Świątkowski** ([w:] *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 2006 r., s. 824, nb. 12 zdanie ostatnie).

Stanowisko zajęte przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15.05.2001 r. (III UKN 395/00) bezkrytycznie przyjmuje **Eliza Maniewska** ([w:] *Kodeks pracy. Komentarz* pod red. Kazimierza Jaśkowskiego. Tom I, Warszawa 2009, s. 617, teza 10). Z kolei **Ryszard Celeda** ([w:] *Kodeks pracy. Komentarz* pod red. prof. dr hab. Ludwika Florka, Warszawa 2009, s. 1095, teza 4) wymienia grupy pracownicze, które obejmuje dyspozycją art. 210 § 5 k.p. i nie ma wśród nich pracowników medycznych.

Konkluzje

Dotychczasowe rozważania pozwalają stwierdzić, że lekarze i pielęgniarki zatrudnieni przed podmioty lecznicze na umowy o pracę mogą odmówić udzielenia pomocy medycznej pacjentowi

zakażonemu wirusem ebola, jeżeli pracodawca nie zapewni im odpowiednich kombinezonów ochronnych i bezpiecznych procedur wykonywania ich obowiązków. Taka odmowa nie będzie sprzeczna z normami prawa pracy.

Oczywiście obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki) wynika wprost z art. 12 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Przepisów tych nie można jednak interpretować w oderwaniu od art. 38 Konstytucji, w myśl którego Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Z normy tej wynika, iż ustawodawca zobowiązany jest do takiej regulacji prawnej, aby lekarz/pielęgniarka nie był zobowiązany do **oczywistego**, z medycznego punktu widzenia, narażenia własnego życia w przypadku, gdy podmiot leczniczy, w ramach którego osoba ta działa, nie zapewni jej standardowych i skutecznych środków ochrony życia.

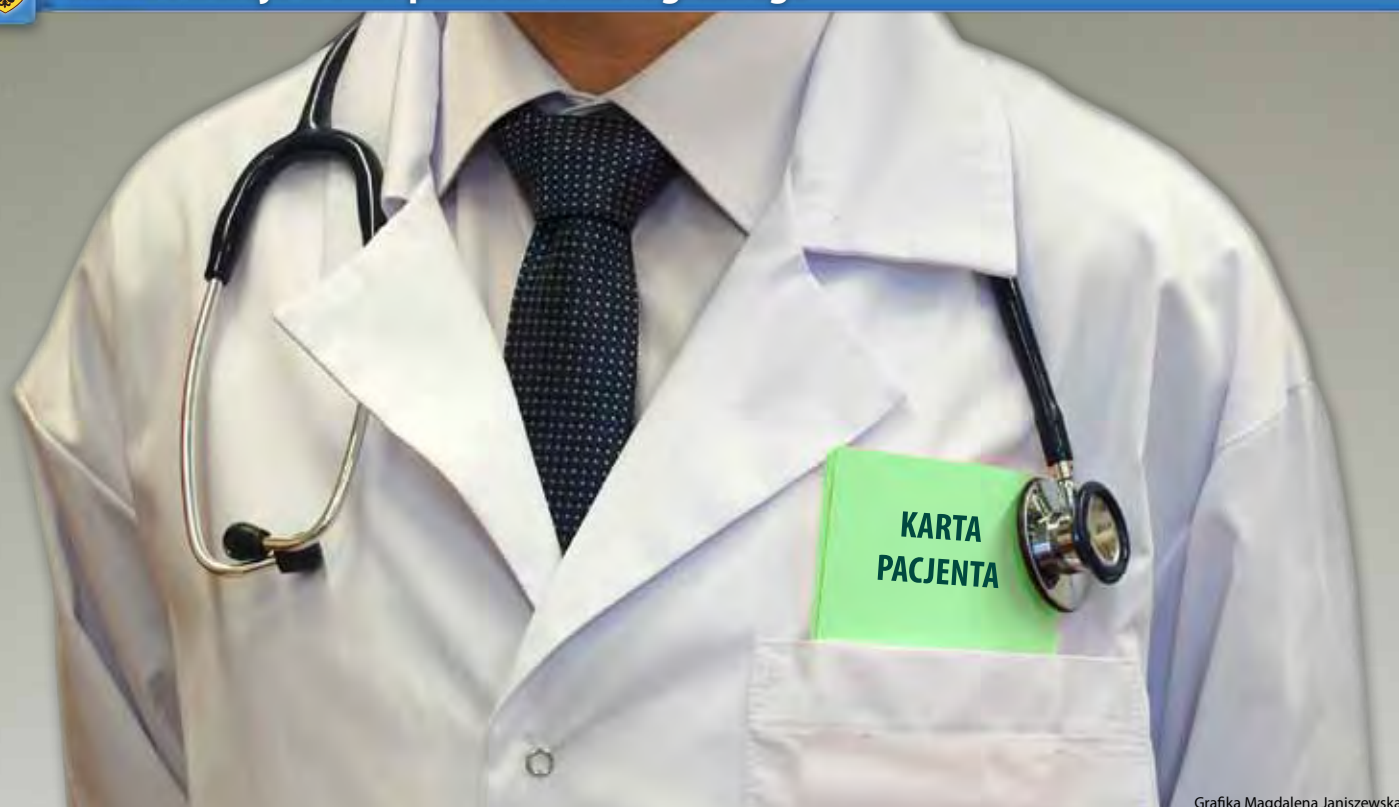
Ustawodawca, a w konsekwencji podmiot leczniczy mają **bezwzględny obowiązek** zapewnienia lekarzom i pielęgniarkom skutecznych środków ochrony, wynikających z powszechnie przyjętych standardów, a bez zapewnienia tych środków podmiot leczniczy nie może egzekwować obowiązku leczenia pacjenta, żądając narażenia życia przez personel medyczny. Nikt nie może od nikogo żądać, aby w imię ratowania cudzego życia poświęcał własne. Z uwagi na sposób szerzenia się, zakaźność i śmiertelność wirusa ebola, w analizowanym przypadku nie można mówić tylko o potencjalnym narażeniu własnego życia. Takie oczekiwanie ze strony podmiotu leczniczego wobec lekarza/pielęgniarki jest sprzeczne ze sformułowanym w Konstytucji prawem do życia i nie znajduje podstaw w regulacjach ustawowych.

Wywód ten jest zgodny z wykładnią art. 38 Konstytucji, w myśl której: „W ujęciu konstytucyjnym prawo do ochrony życia ma charakter nie tyle prawa podmiotowego, co wolności jednostki. Artykuł 38 nakłada na organy państwowe obowiązek podjęcia działań eliminujących bądź przynajmniej minimalizujących wszelkie zagrożenia życia. W tym aspekcie szczególne zadanie do spełnienia ma ustawodawca, na którym ciąży obowiązek realizacji programu zawartego w Konstytucji i tworzenia prawa będącego jego konkretyzacją” (prof. dr hab. Bogusław Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012 r., s. 256-257, nb. 1 i 2).

W konsekwencji wykładnia przepisów art. 12 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nakładająca na lekarza/pielęgniarkę obowiązek leczenia pacjenta zakażonego wirusem ebola, bez zapewnienia personelowi medycznemu odpowiednich kombinezonów ochronnych, co stwarza realne, bezpośrednie zagrożenie życia tych osób – jest sprzeczna z Konstytucją.

Podsumowaniem tych wywodów jest pogląd **prof. dr hab. Eleonory Zielińskiej** (*Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz* pod red. prof. dr hab. Eleonory Zielińskiej, Warszawa 2008 r., s. 448-449, teza 36), która konkluduje: „Kwestia szczególna, czy lekarz (tym bardziej pielęgniarka – przyp. autorów) udzielający pomocy choremu w ramach zakładu opieki zdrowotnej ma prawo uzależnić wykonanie ryzykownej czynności od uzyskania dostępnych środków profilaktyczno-zabezpieczających, powinna być każdorazowo rozstrzygana *in concreto*. Gdyby jednak lekarz (pielęgniarka – przyp. autorów) był przekonany, że udzielenie pomocy w konkretnej sytuacji oznacza poświęcenie własnego zdrowia, może powstrzymać się od jej udzielenia, powołując się na „**stan wyższej konieczności**”.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz, dr n. med. Weronika Rymer, prof. dr hab. n. praw. Elwira Marszałkowska-Krzes, adw. Sławomir Krzes. Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; Zakład Postępowania Cywilnego Instytutu Prawa Cywilnego Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego; Okręgowa Izba Adwokacka we Wrocławiu



Grafika Magdalena Janiszewska

Teoria daleka od praktyki

Tekst Marcin Murmyło

Założeniem pakietu onkologicznego było poprawienie dostępu chorych do diagnostyki i leczenia przeciwnowotworowego. To teoria. W praktyce okazało się, że nowe rozwiązania wprowadziły chaos w opiece zdrowotnej, dodały dodatkowych, często zbędnych obowiązków lekarzom, a także podzieliły chorych na „lepszych i gorszych”. W tym przypadku sprawdziło się stare powiedzenie: chcieliśmy dobrze, ale wyszło jak zwykle.

Według Fundacji Watch Health Care średni czas oczekiwania na świadczenie onkologiczne w Polsce, po wprowadzeniu od początku tego roku tzw. pakietu onkologicznego, wynosi dokładnie miesiąc. Rok temu, w lutym 2014 roku, wynosił 1,1 miesiąca. Czy dla średnio trzech dni różnicy warto było wracać do góry nogami cały system opieki zdrowotnej nad pacjentami onkologicznymi w Polsce? Z praktycznego punktu widzenia statystyczne trzy dni nie mają dla pacjenta chorego na nowotwór żadnego znaczenia. W takim razie może dzięki nowym rozwiązaniom zwiększy się wykrywalność nowotworów w Polsce we wcześniejszym stadium? Chociaż z oczywistych powodów nie ma jeszcze badań na ten temat, to raczej nie należy się tego spodziewać. Bo czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej dostał wystarczające pieniądze, by szerzej i aktywniej poszukiwać u swoich podopiecznych chorób nowotworowych, kierować ich na badania laboratoryjne, USG, zdjęcia RTG czy badania endoskopowe? Również nie. A może dzięki nowym rozwiązaniom przybyło w Polsce aparatów do radioterapii, oddziałów chemioterapii czy chirurgii onkologicznej, mamy więcej lekarzy kształcących się na onkologów? Odpowiedź jest wciąż ta sama: nie.

Nadzieje na to, że w efekcie nowych urzędniczych rozwiązań Polska pod względem opieki onkologicznej nad chorymi przestanie wreszcie okupować ostatnie miejsca w Europie, są niewielkie. A już na pewno dużo mniejsze niż optymizm decydentów.

Złe założenia

Dlaczego jest więc tak źle, chociaż miało być tak dobrze? Przecież projekt pakietu onkologicznego konsultowany przez specjalistów, w tym lekarzy onkologów, powstawał przez wiele miesięcy. Przeznaczono na jego realizację duże środki finansowe, zarówno nowe, jak i te przesunięte z innych rodzajów świadczeń medycznych. Stworzono system informatyczny, który wprawdzie jest skomplikowany i przez pierwsze tygodnie nie funkcjonował dobrze, utrudniając lekarzom wpisywanie danych chorych, ale ostatecznie pozwolił na wydanie przez pierwszych 6 tygodni około 50 tys. kart DİLO (Kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego). W końcu przeprowadzono akcję marketingową w mediach, angażując w nią, być może nie bez powodu, świetnego karykaturzystę Henryka Sawkę. Powód niepowodzenia jest jeden, zasadniczy: złe założenia reformy.

Pakiet onkologiczny jest nadregulacją obowiązującego systemu opieki zdrowotnej. Reformą głęboko zmieniającą zasady diagnostyki, leczenia i finansowania pacjentów z kartą DİLO. Nakładających szereg dodatkowych, zwykle administracyjnych i formalnych obowiązków na lekarzy i jednostki opieki zdrowotnej, preferujących kosztem innych grup pacjentów jedną grupę chorych. Można się zastanawiać, gdzie jest tu konstytucyjna równość wszystkich Polaków i ich prawo do opieki zdrowotnej.

Założmy jednak, że chcemy, by chorzy diagnozowani i leczeni onkologicznie mieli lepiej niż inni, np. czekający na przeszczep narządu, leczenie interferonem, na zabieg ratujący wzrok lub leżący na przepelnionych oddziałach internistycznych. Czy można było wprowadzić rozwiązania, które nie łamiąc zasad obowiązującego systemu opieki zdrowotnej, poprawiłyby opiekę onkologiczną nad nimi? Oczywiście, wystarczyłoby znieść limity w onkologii, płacąc nadwykonania za usługi lekarskie związane z diagnostyką i leczeniem no-

wotworów, określić ściśle kryteria kierowania pacjentów na ambulatoryjne badania diagnostyczne w trybie „pilnym”, tworząc równocześnie standardy postępowania diagnostycznego i leczniczego w onkologii i sprawdzając ich realizowanie, pod groźbą zmniejszenia finansowania w razie ich nieprzebrzegania.

Zdecydowano się jednak na „protezę onkologiczną”, która ma skrócić ma poprawić los pacjentów onkologicznych, poprzez dodanie nowych biurokratycznych obowiązków lekarzom i jednostkom służby zdrowia. Jest to zabieg czysto PR-owy, mający pokazać, że coś się robi w tym zakresie, nie zaś rozwiązujący konkretne problemy.

Ciemność widzę

Przepisy wprowadzone w wyniku wejścia w życie pakietu onkologicznego powinny być logiczne, przejrzyste, zarówno dla lekarzy, placówek medycznych, jak i pacjentów, by nie budziły wątpliwości. Dobrze by były również wcześniej sprawdzone. Tymczasem nie tylko lekarze, szpitale czy przychodnie nie wiedzą, jak interpretować nowe przepisy, nie wie tego nawet Narodowy Fundusz Zdrowia i odsyła do Ministerstwa Zdrowia, który odpowiada na pytania dotyczące pakietu onkologicznego. W momencie pisania artykułu mój szpital zwrócił się do resortu już z blisko dwudziestoma pytaniami, mniej więcej na połowę uzyskując odpowiedzi. Pytań pewnie będzie jeszcze więcej.

Nowe rozwiązania nie podobają się również konsultantom wojewódzkim. Protest do ministra Arłukowicza skierowała m.in. prof. Halina Batura-Gabryel, konsultant krajowy w dziedzinie pulmonologii, która wytknęła szereg wad w przyjętych rozwiązaniach, m.in. to, że w zakresie chorób płuc założono, że w ramach pakietu cała diagnostyka, zarówno wstępna jak i pogłębiona, będzie realizowana w trybie ambulatoryjnym (bronchoskopia, biopsja płuca, opłucnej etc.), a przecież nie każdy pacjent może być w ten sposób diagnozowany. Do tej pory większość chorych ze względu na swój stan zdrowia, obciążenia chorobowe czy specyfikę badań miała je wykonywane w trakcie hospitalizacji. Ale, jak widać, urzędnicy wiedzą lepiej, co jest dobre dla chorych.

Pacjent pacjentowi wrogiem

Pakiet onkologiczny podzielił chorych na tych z kartą DİLO i pozostałych. Ci pierwsi mają lepiej, szybciej wykonają badania diagnostyczne, będą skonsultowani przez lekarza czy otrzymają terapię, pozostali natomiast będą mieli gorzej, bo ich kolejka wydłuży się, gdyż miejsca przed nimi zajmą „wybrańcy” z kartą DİLO. Celowo nie piszę „pacjenci z chorobą nowotworową”, bowiem tylko część z nich spełni kryteria pozwalające korzystać im z przywilejów pakietu. Pozostali muszą czekać jak dotychczas lub dłużej. Mam nadzieję, że ktoś przeprowadzi badania (w tym na długość oczekiwania na diagnostykę i leczenie), jakie skutki, będzie miała powyższa reforma dla pacjentów poza systemem pakietu onkologicznego. Podejrzewam, że wnioski mogą być smutne.

Po pierwszych tygodniach obowiązywania nowych przepisów należy uznać, że skorzystać z pakietu onkologicznego nie będzie łatwo. To trochę tak, jak z kwalifikacją do badania klinicznego: nie spełniasz jego ścisłych kryteriów, zostajesz z uczestnictwa w nim skreślony. Tutaj jest jednak trochę inaczej, bo to ogólnopolskie „onkologiczne badanie kliniczne” dotyczy całego społeczeństwa, co więcej organizuje im je, za ich własne pieniądze, państwo polskie.

Zmiany w systemie opieki zdrowotnej, które wprowadził pakiet onkologiczny zaszyły już bardzo daleko. Pomimo ewidentnych wad przyjętych rozwiązań nie należy się jednak spodziewać, że zostaną one wycofane, a jedynie będą zmieniane. Może to jednak nie wystarczy.

Lek. Marcin Murmyło
specjalista chorób płuc
i chorób wewnętrznych, ordynator
Oddziału IV i kierownik medyczny
Izby Przyjęć Dolnośląskiego Centrum
Chorób Płuc we Wrocławiu,
były dziennikarz Gazety Wyborczej



Fot. z archiwum autora

KOMUNIKAT W SPRAWIE MONITOROWANIA REALIZACJI PAKIETU ONKOLOGICZNEGO

Koleżanki i Koledzy!

W związku z wejściem w życie 1 stycznia 2015 roku przepisów dotyczących pakietu onkologicznego zwracam się z prośbą o zgłaszanie uwag na temat jego funkcjonowania w formie pisemnej na adres: Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław; e-mail: dil@dilnet.wroc.pl lub za pośrednictwem strony internetowej DIL – link pod nazwą „pakiet onkologiczny”. Informację proszę opatrzyć imieniem i nazwiskiem oraz miejscem zatrudnienia.

lek. Jacek Chodorski – prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

NACZELNA RADA LEKARSKA ZASKARŻY PAKIET ONKOLOGICZNY DO TRYBUNAŁU KONSTYTUCYJNEGO

NIL przygotowuje wniosek do Trybunału Konstytucyjnego w celu sprawdzenia zgodności zapisów pakietu onkologicznego z Konstytucją RP. Taką decyzję członkowie NRL podjęli jednogłośnie na posiedzeniu 13 lutego 2015 r. Zajęli też stosowne stanowisko w tej sprawie. Jak zapowiadają władze samorządu lekarskiego prace nad treścią skargi rozpoczną się niechybnie, a sama skarga zostanie zgłoszona do TK najprawdopodobniej w kwietniu br.

Naszą decyzję w tej sprawie uzasadniają nie tylko wątpliwości prawne, ale także pierwsze doświadczenia wynikające z wprowadzania pakietu w życie. Chaos, ograniczenia finansowe i naciski administracyjne wynikające z wdrażania zapi-

sów pakietu zagrażają wielu pacjentom. Szczególne trudności w leczeniu chorych dostrzegamy w przypadku schorzeń nowotworowych, z których wiele – jak się okazuje – z różnych powodów nie kwalifikuje niektórych pacjentów do objęcia ich szybką ścieżką diagnostyczną w ramach pakietu. Narastają także problemy w leczeniu pacjentów nieonkologicznych. Leczenie i opieka nad chorymi zostały w wielu aspektach utrudnione, a zamiast skrócenia kolejek, w wielu placówkach kolejki wydłużyły się. Życie i zdrowie pacjentów nie może być przedmiotem eksperymentów politycznych, a lekarze nie mogą tracić zaufania chorych przez chaos spowodowany niedopracowaną rewolucją systemową” – czytamy w komunikacie prasowym prezesa NRL Macieja Hamankiewicza.

Stanowisko NRL ws. wstępnej oceny niezgodności z Konstytucją pakietu onkologicznego dostępne na stronie NIL oraz „Medium”.



VI Bal Lekarza, 14.02.2015 r.

CHARYTATYWNE OSTATKI

Do białego rana bawili się 14 lutego goście VI Balu Lekarza, który po raz drugi odbył się w nowej siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45. W karnawałowej imprezie wzięło udział prawie 100 osób. Do tańca przygrywał znakomity zespół muzyczny, wszystkim dopisywały humory, a smaczne potrawy z restauracji „Nelson catering&events” dopełniały całości.

Szampańskiej zabawie towarzyszyła aukcja charytatywna na rzecz Fundacji Lekarze Lekarzom, która powstała w 2003 r. z inicjatywy Naczelnej Rady Lekarskiej. Jej celem jest m.in. udzielanie wsparcia finansowego medykom i ich rodzinom. W walentynkowy wieczór zlicytowano trzy obrazy olejne Marka Gołębińskiego – malarza z Trzebnicy, dwa obrazy olejne lek. Anny Dębickiej – specjalisty medycyny rodzinnej, absolwentki podyplomowych studiów: na ASP we Wrocławiu i Wydziale Filozofii z Etyką UW oraz trzy akwarele lek. Magdaleny Sławińskiej, pracującej na co dzień w lecznictwie otwartym. Dzięki szczodrości dolnośląskich lekarzy udało się zebrać 4.450 zł.

Fot. E. Chmiel,
M. Gołębiński

MJ

1. Podczas VI Balu Lekarza aukcję prowadzili: lek. dent. Alicja Marczyk-Felba – przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL oraz lek. Jacek Chodorski – prezes DRL.
2. Autorzy obrazów przekazanych na aukcję. Od lewej: lek. Magdalena Sławińska, Marek Gołębiński, lek. Anna Dębicka.





W XIII Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Najnowsze trendy w stomatologii” wzięły udział 4 przedstawicielki Komisji Stomatologicznej DRL.



Przemówienie powitalne dr. n. med. Macieja Hamankiewicza – prezesa NRL, który objął patronat nad konferencją.

Fot. z archiwum A. Ruchalby-Tyszler

Delegacja z Komisji Stomatologicznej na konferencji w Kołobrzegu

W dniach 6-8 lutego br. odbyła się w Kołobrzegu XIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Najnowsze trendy w stomatologii”. Została ona zorganizowana przez Komisję Stomatologiczną Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, pod honorowym patronatem prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Dolnośląską Izbę Lekarską reprezentowały przedstawicielki Komisji Stomatologicznej: Alicja Marczyk-Felba, Małgorzata Nakraszewicz, Joanna Gajos, Agnieszka Jaształ-Wojtczak.

Wykładowcy z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego oraz innych polskich ośrodków naukowych przedstawili szereg ciekawych wykładów i poprowadzili warsztaty z zakresu nowoczesnej stomatologii. Poruszone zagadnienia dotyczyły: endodoncji, periodontologii, pedodoncji, protetyki oraz dziedzin interdyscyplinarnych.

6 lutego mieliśmy przyjemność wysłuchać referat prof. Mariusza Lipskiego o prawidłowym postępowaniu w przypadku obliteracji kanałów korzeniowych zębów przednich. Prowadzący zwrócił uwagę na właściwą trepanację komory, by uniknąć ryzyka perforacji siekaczy oraz pomocną diagnostycznie funkcję tomografii wolumetrycznej. Kolejna prelekcja dr. n. med. Wojciecha Bednarza dotyczyła najnowszych wytycznych w niechirurgicznym leczeniu chorób przyzębia. Obydwa wykłady poparte były bogatą bazą zdjęć przypadków klinicznych.

Pierwszego dnia konferencji odbył się panel wykładowy dotyczący medycyny ogólnej w kontekście gabinetu stomatologicznego i nie tylko. Dr n. med. Magda Wiśniewska zaprezentowała schematy przygotowania do leczenia stomatologicznego pacjentów z chorobami ogólnoustrojowymi. Natomiast dr n. med. Łukasz Tyszler omówił zabiegi medycyny estetycznej w zakresie twarzy z zastosowaniem botoksu i kwasu hialuronowego.

W sobotni poranek prof. Katarzyna Emerich oraz dr n. med. Anna Jarząbek edukowały słuchaczy w temacie stomatologii dziecięcej obejmującym takie zagadnienia jak: urazy zębów mlecznych i stałych oraz leczenie i wskazania do ekstrakcji zębów mlecznych. Zwrócono uwagę na właściwą edukację rodziców i nauczycieli w zakresie pierwszego etapu postępowania po wybiciu zęba, a mianowicie przechowywania zęba w środowisku wilgotnym do czasu wizyty w gabinecie stomatologicznym (ślina, mleko, sól fizjologiczna, specjalne płyny). Godną polecenia jest strona internetowa prof. Andreasena:

www.dentaltraumaguide.org, na której znajdziemy wskazówki, jak postępować w różnych przypadkach pourazowych u dzieci. Prelegentki przypomniały, że nie należy stosować tzw. leczenia otwartego zębów mlecznych. Ząb, którego nie można skutecznie wyleczyć, powinien zostać usunięty, gdyż jest źródłem infekcji dla organizmu dziecka. Nie stanowi on utrzymywacza przestrzeni, bo nie spełnia swojej funkcji – nie odtwarza już prawidłowo kontaktów zwarciovych ani stycznych. Po takiej ekstrakcji korzystnie jest wykonać protezę dziecięcą.

Podczas kolejnego panelu wykładowego dr n. med. Piotr Fabjański oraz technik dentystryczny Tomasz Ciaputa przedstawili nowoczesne rozwiązania wykorzystywane w retencji protez ruchomych bezklamrowo. Polecano różne systemy zasów, zatrzasków, belek, rygli do uzupełniania braków zębowych i prace na implantach. Zastosowanie tych precyzyjnych elementów retencyjnych (PER), oprócz dobrego efektu kosmetycznego i stabilnego utrzymania protezy ruchomej, pozwala na fizjologiczne pionowe obciążenie filarów i jednokierunkowy tor wprowadzania protezy. Zaleca się ich zastosowanie w brakach skrzydłowych, oskrzydłonych, na dobrze umocowanych w zębodołach zębach filarowych. Wykonując prace z zastosowaniem PER należy pamiętać o umocowaniu go do minimum dwóch koron zablokowanych, frezowanych – nie dotyczy to zatrzasku Ceka Revax.

Kolejne wykłady dotyczyły: zapobiegania zakażeniom w stomatologii, postępowania podczas udzielania pierwszej pomocy w warunkach gabinetu stomatologicznego, marketingu w gabinecie stomatologicznym i porad prawnych.

Części naukowej spotkania towarzyszyła część rozrywkowa. Pierwszy dzień zakończył się uroczystą kolacją. Podczas otwarcia gali wieczoru przemawiali przedstawiciele władz Naczelnej Izby Lekarskiej, w tym m.in. prezes dr n. med. Agnieszka Ruchalby-Tyszler. Miłą niespodzianką był występ Urszuli z zespołem. Wszyscy wyśmienicie się bawili. W sobotę natomiast zorganizowano dyskotekę w hotelu „Aquarius”. Uczestnicy konferencji mieli do dyspozycji nowoczesny basen oraz spa, a Kołobrzeg zachęcał do spacerów.

Delegacja z Wrocławia mile wspomina konferencję i dziękuje organizatorom za efektywnie spędzony czas.

Joanna Gajos

Dzieci niczyje?

Najciężej ranni pacjenci powinni trafiać do centrów urazowych, w Polsce jest 14 takich ośrodków. Jedyne na Dolnym Śląsku działa we Wrocławiu, tyle że zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia ma przyjmować poszkodowanych powyżej 17 roku życia. Co z młodszymi? – wygląda na to, że o nich zapomniano. Wprawdzie w planach jest stworzenie oddzielnych centrów urazowych dla dzieci, to jednak na razie tylko plany.

5 miesięcy od śmierci ośmiolatka z Oleśnicy, dziś nadal nie wiadomo, kto powinien ratować ciężko rannego chłopca. Wszyscy mówią: „To nie my”. W takim razie kto? – wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi. Nadal trwa prokuratorskie śledztwo. Na razie jest kara finansowa dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, który odesłał dziecko do innej placówki. NFZ uznał, że USK ma zapłacić 65 tys. zł. Szpital się broni: *Nie popełniliśmy błędów organizacyjnych, a dziecko miało niewielkie szanse na przeżycie. Nie powinno do nas trafić* – przekonują lekarze.

NFZ nakłada karę finansową na USK – szpital się broni

Dyrekcja i lekarze z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, na godzinę przed ogłoszeniem raportu Narodowego Funduszu Zdrowia, zwołali specjalną konferencję prasową, na której przekonywali, że placówka nie popełniła błędów organizacyjnych. Do tego ich zdaniem dziecko nie powinno trafić na Borowską, bo wprawdzie jest tam centrum urazowe, ale dla dorosłych, a dzieci leczy się inaczej. Problem w tym, że osobnych centrów urazowych dla dzieci w Polsce nie ma.

Dziecko nie powinno wyjechać z Oleśnicy – mówi prof. Piotr Szyber z USK. Na pytanie, kto opowiada za zamieszanie z akcją ratunkową, odpowiada: *Bardzo wiele osób. Być może pierwszy błąd został popełniony już na etapie koordynatora. Trzeba było jechać do najbliższego SOR-u, a nie czekać na śmigłowiec. Winą naszych lekarzy jest jedynie to, że jak wylądował helikopter, trzeba było dziecko przyjąć i ratować, bez względu na to jakie były jego szanse na przeżycie.*

Ministerstwo Zdrowia w ujawnionym projekcie swojego wystąpienia pokontrolnego, w kwestii dotyczącej skierowania dziecka do USK, powołuje się na opinię konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej Piotra Kalicińskiego. Według niego ratownik ze śmigłowca LPR słusznie sugerował, że dziecko powinno trafić do szpitala im. Marciniaka przy ul. Traugutta, gdzie jest chirurgia dziecięca. Kierujący akcją wybrał jednak Centrum Urazowe. Według nieoficjalnych informacji koordynator telefonował tam z pytaniem: „Czy jest u was dyżur neurochirurgii dziecięcej?”. Odpowiedź była krótka: „Nie” – i na tym rozmowa się skończyła. Zapisu tej rozmowy nie ma. Rejestr rozmów między koordynatorem, a śmigłowcem i szpitalem przy Borowskiej jest w rękach śledczych, którzy go nie ujawniają.

Warto dodać, że po drodze z Oleśnicy do Wrocławia był jeszcze SOR przy ul. Kamińskiego, ale nie wiadomo, dlaczego koordynator nie zdecydował się na transport karetką, tylko uznał, że lepszym rozwiązaniem będzie śmigłowiec Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

NFZ w swoim raporcie decyzji lekarzy nie ocenia

Nie zajmowaliśmy się tym, jak przebiegała akcja ratunkowa i leczenie chłopca, to sprawa prokuratury – mówiła Wioletta Niemiec, dyrektor DOW NFZ, prezentując wyniki kontroli przeprowadzonej w szpitalu przy ul. Borowskiej. Kontrolerzy mieli zastrzeżenia do pracy placówki. Jak wynika z raportu jedyne na Dolnym Śląsku centrum urazowe nie miało w dniu wypadku specjalisty medycy-



Źródło grafiki: www.freeimages.com/422002_42433574

- **22 września 2014 r.:** śmigłowiec Lotniczego Pogotowia Ratunkowego zostaje wezwany do wypadku w Oleśnicy. Zabiera ciężko rannego dziecko i transportuje do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, gdzie działa jedyne na Dolnym Śląsku Centrum Urazowe. Na płycie lądowiska lekarze z SOR przy Borowskiej każą lecieć dalej. Maszyna podrywa się do lotu i znowu ląduje, tym razem w szpitalu wojskowym, tam mimo reanimacji dziecko umiera.
- **Śledztwo, kontrole i zwolnienia – co wiadomo do dziś – stan na luty 2015 r.**

1. Prokuratura dalej prowadzi śledztwo i niewiele mówi: trwa postępowanie, przesłuchiwanie są kolejni świadkowie.
2. Dobiaża końca kontrola prowadzona przez Ministerstwo Zdrowia – na razie znany tylko fragment projektu wystąpienia pokontrolnego.
3. Swoją kontrolę zakończył Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu: wnioski były dwa: 1. Dziecko nie powinno trafić do tego szpitala, a jeśli już trafiło powinno być przyjęte. 2. Potrzebne są zmiany systemowe.
4. Dwaj lekarze, którzy zdecydowali, aby śmigłowiec z ciężko rannym dzieckiem leciał do innego szpitala, nie pełnią już dyżurów przy Borowskiej. Jak się okazało jeden z nich był wcześniej karany za błędy medyczne, miał dwuletni wyrok więzienia w zawieszeniu, ale nie powiedział o tym pracodawcy.
5. Za „grafik którego nie było” pracę stracił szef Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Edward Kostecki. To on zatwierdził grafik dyżurów neurochirurgicznych, podpisując dokument „Z upoważnienia wojewody”. Wojewoda twierdzi, że nic o tym nie wiedział. Jak wiadomo jednak urzędnik nie zrobił tego jednoosobowo, ustalenia zapadły na spotkaniu w UW z szefami i ordynatorami trzech szpitali posiadających SOR-y, pogotowia i konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurochirurgii. NFZ także twierdzi, że o dyżurach neurochirurgicznych nic nie wiedział, choć obowiązywały one od wielu miesięcy.



ny ratunkowej i to nie był incydentalny przypadek. *Takie sytuacje zdarzały się częściej* – dodaje Wioletta Niemiec. Jej zdaniem bez takich lekarzy, placówka nie powinna w ogóle pełnić roli centrum urazowego, które w założeniach ma przyjmować najczęściej chorych i być w pełnej gotowości, 24 godziny na dobę.

Grafiki, których nie było

I tu wracają słynne „grafiki dyżurów neurochirurgicznych”. Niewykluczone, że właśnie dlatego śmigłowiec latał od szpitala do szpitala. Zaraz po tym jak wylądował na Borowskiej, ratownicy mieli usłyszeć: „My nie mamy dyżuru”. W pierwszym komentarzu, zaraz po tym jak sprawa wyszła na jaw, zastępca dyrektora USK Bogusław Beck mówił: *Optymalnym rozwiązaniem dla ratowania życia tego dziecka było przekazanie pacjenta do szpitala, który dysponował tego dnia pełną gotowością do wykonania zabiegu. U nas proces zebrania zespołu trwałby dłużej. Szpital wojskowy znajduje się od nas w odległości około 200 metrów. Ściągnięcie drugiego neurochirurga trwałoby pół godziny, do 40 minut.*

Kilka dni później stanowisko szpitala było już inne. Dyrektor zapewniał, że w placówce przebywało w tym czasie dwóch neurochirurgów, a decyzja lekarzy podyktowana była dobrem pacjenta. Znowu warto dodać, że w szpitalu wojskowym też nie ma chirurgii dziecięcej, ale tego dnia – 22 września – miał miejsce dyżur neurochirurgiczny – zgodny z grafiką, którego oficjalnie nie było.

W styczniu 2015 roku USK znowu zmienia zdanie

Dyrektor szpitala Piotr Pobrotyn przyznaje, że nie jest w stanie zapewnić w Centrum Urazowym pełnej obsady specjalistów, bo jest ich za mało. Na dowód podaje liczby: *na Dolnym Śląsku jest 36 lekarzy ze specjalizacją z medycyny ratunkowej, a SOR-ów jest 15. Chętnie zatrudnimy takich specjalistów – dodaje dyrektor USK.*

Nigdy wcześniej szpital nie informował nas, że ma kłopoty z kadrą – odpowiada szefowa NFZ. Bycie centrum urazowym nie było narzucone „z góry”. Szpital starał się o taki status. *Może warto było zgłosić wcześniej, że nie jest się w stanie spełnić warunków stawianych przez Ministerstwo Zdrowia?* – pyta dyrektor Niemiec.

Centrum czy nie centrum?

Dyrekcja USK zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia z pytaniem o możliwość zastąpienia w centrum urazowym lekarzy medycyny ratunkowej innymi specjalistami. Rzecznik resortu Krzysztof Bąk na pytanie czy możliwe jest takie odstępstwo,

w piśmie przysłanym do redakcji Radia Wrocław odpowiada: *(...) obecność w zespole urazowym lekarza SOR posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej jest warunkiem koniecznym. W dalszej części pisma rzecznik tłumaczy: Nie możemy podzielić stanowiska dyrektora USK we Wrocławiu, iż udzielenie świadczeń zdrowotnych pacjentom po urazach wielonarządowych i mnogich nie wymaga posiadania oddzielnej specjalizacji lekarskiej, a dowolny lekarz systemu może zastąpić w zespole urazowym lekarza SOR – specjalistę medycyny ratunkowej.*

Resort zdrowia nie odpowiedział na pytanie, co to oznacza dla szpitala. Czy nadal jest centrum czy nim nie może być? Przy czym dla Ministerstwa Zdrowia SOR i centrum urazowe to jest to samo. A zgodnie z wytycznymi resortu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym do 2020 roku można zastępować specjalistów medycyny ratunkowej innymi lekarzami, a w centrum urazowym tego robić nie wolno.

Nie pierwszy raz odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia nie są jednoznaczne. Na pytanie, czy jedyne centrum urazowe na Dolnym Śląsku powinno przyjmować dzieci, w styczniu odpowiada: *Zarówno w ustawie o ratownictwie medycznym jak i w rozporządzeniu w sprawie centrum urazowego nie opisano wymagań w odniesieniu do centrów urazowych dedykowanych dzieciom. Nie oznacza to jednak, że w tych centrach nie mogą być zaopatrywane osoby poniżej 18 roku życia. W lutym na to samo pytanie, tyle że zadane przez szpital odpowiada: (...) Istniejące w Polsce centra urazowe w liczbie 14 zostały powołane do udzielania świadczeń głównie pacjentom urazowym po 17 roku życia. (...) Natomiast leczenie urazów wielonarządowych u dzieci powinno się odbywać na oddziałach chirurgii dziecięcej. MZ dodaje, że w każdym przypadku decyzje powinny być podejmowane indywidualnie przez koordynujących akcję. Dodaje też, że w planach jest stworzenie centrów urazowych dla dzieci. Już pojawiają się opinie, że może to być zbyt kosztowne i niemożliwe do zrealizowania. Znowu trzeba by zapewnić całonocową gotowość zespołu specjalistów. Czy dziś akcja ratunkowa po tragicznym wypadku w Oleśnicy wyglądałaby inaczej?, czy podobna sytuacja się nie powtórzy? Dziś wszyscy są mądrzejsi, bo mieli czas na przemyślenia i analizy, ale pewności nie ma.*

Zdaniem wielu ekspertów, którzy zabierali głos w tej sprawie, między innymi Piotra Karnieja z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, przepisy są nieprecyzyjne i pozwalają na zbyt wiele interpretacji. To może powodować chaos organizacyjny w sytuacji, kiedy liczy się każda sekunda.

Elżbieta Osowicz
dziennikarka Radia Wrocław



Dolnośląska Rada Lekarska zaprasza Koleżanki i Kolegów na VI Polsko-Niemieckie Sympozjum „Przeszłość zrozumieć – przyszłość kształtować”

które odbędzie się w dniach 23-25 kwietnia 2015 r. w Görlitz.

Uczestnik sympozjum otrzyma 4 punkty edukacyjne.

Uczestnictwo w sympozjum jest odpłatne. **Koszt uczestnictwa dla lekarzy** – członków DIL wynosi **200 zł** i obejmuje nocleg w Görlitz w terminie 23-25 kwietnia 2015 r., udział w wykładach sympozjum, obiedzie, przerwach kawowych, komplet materiałów konferencyjnych. **Koszt uczestnictwa osoby towarzyszącej**, niebędącej lekarzem, wynosi **1700 zł** i obejmuje nocleg w Görlitz w terminie 23-25 kwietnia 2015 r., udział w wykładach sympozjum/udział w programie towarzyszącym, obiedzie, przerwach kawowych, komplet materiałów konferencyjnych. Koszty dodatkowe (np. minibar, opłaty za korzystanie z telefonów oraz wszystkie nieujęte w programie usługi) uczestnik ponosi we własnym zakresie.

Zgłoszenia prosimy kierować poprzez formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie <http://sympozjum2015.dilnet.wroc.pl/rejestracja.html> **do 20 marca 2015 r.**, natomiast dowód wniesienia opłaty prosimy dostarczyć w terminie najpóźniej 2 tygodni od daty rejestracji. **Ilość miejsc ograniczona.**

Opłatę konferencyjną należy wnieść na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: Plus Bank S.A. o/Wrocław 25 1680 1235 0000 3000 2153 4508, w tytule przelewu „Sympozjum 2015-imię i nazwisko”

Informacji na temat sympozjum udziela mgr Agnieszka Szymków, tel.: 71 798 80 54, e-mail: sympozjum2015@dilnet.wroc.pl

Program dostępny na stronie: sympozjum2015.dilnet.wroc.pl



Fot. M1

Pierwsze spotkanie lekarzy i przedstawicieli organizacji pacjenckich odbyło się 5 lutego 2015 r. w Sali Prezydialnej DIL.

WSPÓLNIE WPŁYWAĆ NA DECYDENTÓW

Z przedstawicielami organizacji pacjenckich spotkały się 5 lutego 2015 r. władze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Przyczynkiem do nawiązania dialogu stał się pakiet ministra Arłukowicza. O problemach będących następstwem wdrożenia w życie flagowego projektu szefa resortu zdrowia i innych systemowych bolączkach reprezentanci pacjentów oraz lekarze dyskutowali w siedzibie DIL przez półtora godziny. Efekt? Obie strony wyraziły wolę dalszej współpracy, która może zwiększyć siłę oddziaływania na decyzje rządzących.

W spotkaniu zainicjowanym przez Dolnośląską Radę Lekarską wzięli udział: Elżbieta Magdalena Salamon – przewodnicząca wrocławskiego Stowarzyszenia Amazonek „Femina-Fenix”; Jolanta Łopyta – przewodnicząca Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego; Beata Pawłowska-Lenart – prezes Dolnośląskiego Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Łuszczycę; Ryszard Mróz – członek i współzałożyciel wrocławskiego Stowarzyszenia Chorych na Schorzenia Autoimmunologiczne, Choroby Rzadkie, Choroby Ultrazadkie i Osób Wspierających IMMUNO oraz lek. Danuta Wrona – prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Koła Wrocław-Centrum. Dolnośląski samorząd lekarski reprezentowali: lek. Jacek Chodorski – prezes DRL, lek. Małgorzata Niemiec – skarbnik DRL i dr n. med. Paweł Wróblewski – wiceprezes DRL ds. finansowych, lek. Bożena Kaniak – przewodnicząca Komisji Socjalnej DRL, lek. dent. Barbara Polek – wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej i lek. Dorota Radziszewska – wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej. Osią spotkania były wystąpienia zaproszonych gości, którzy omówili specyfikę i zakres działania ww. organizacji pacjenckich. Lista problemów, z jakimi borykają się na co dzień, jest naprawdę długa...

Istniejące od 23 lat Stowarzyszenie Amazonek „Femina-Fenix” samo musi dbać o kompleksową rehabilitację kobiet po mastektomii, bo dla gmin to zbyt duży wydatek. Opieka psychologiczna nad pacjentkami onkologicznymi pozostawia również wiele do życzenia. *To pięta achillesowa systemu* – przekonywała E. Salamon. Przewodnicząca stowarzyszenia zauważyła, że przychodnie niechętnie zatrudniają wysoko wykwalifikowanych specjalistów do drenażu limfatycznego, a zastępowanie ich pracownikami nieposiadającymi tak specjalistycznej wiedzy często kończy się u chorych obrzękiem. Na Dolnym Śląsku jest obecnie 2300 pacjentek onkologicznych, w tym 160 z Wrocławia. Czy mają szansę na szybszą terapię? Zdaniem E. Salamon nie. Dlaczego? Podstawę diagnostyki raka stanowi m.in. rezonans magnetyczny. Pacjentki czekają na niego miesiącami, tymczasem warunkiem zakwalifikowania się do programu lekowego jest aktualny wynik badania.

W kolejce do leczenia interferonem beta czeka obecnie na Dolnym Śląsku 121 osób chorujących na stwardnienie rozsiane. Największy program lekowy prowadzi w tym zakresie 4. Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu. Ograniczony dostęp do leków immunomodulujących to problem w skali całego kraju. Nie mniejszy stanowi rehabilitacja pacjentów z tym schorzeniem w warunkach domowych. *NFZ refunduje zaledwie 80 dni takiej rehabilitacji, tymczasem potrzebna jest całoroczna. Sytuacja wygląda najgorzej w małych miejscowościach. Za Warszawą znajduje się jedyny w Polsce ośrodek wyspecjalizowany w rehabilitacji osób z SM. Fundusz pokrywa 70 proc. kosztów pobytu (wg dochodów), ale z powodu odległości wielu pacjentów o bardzo mocno ograniczonych możliwościach ruchowych nie jest w stanie tam dotrzeć* – mówiła podczas spotkania J. Łopyta. Dodała też, że w województwie dolnośląskim funkcjonuje od 25 lat tylko jedna poradnia dla chorych na SM. Mieści się ona przy ul. Lotniczej 37 (w budynku NZOZ „Creator”) i ma pod opieką 3 tys. pacjentów, także z województw: opolskiego, lubuskiego i wielkopolskiego.

O kuriozach finansowania opieki zdrowotnej i trudnym leczeniu chorych na cukrzycę mówiła lek. Danuta Wrona. Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Koła Wrocław-Centrum wśród systemowych niedorzeczności wymieniła m.in.: nieuwzględnienie pakietu diabetologicznego w projekcie ministra zdrowia, brak dietetyków i psychologów w specjalistycznych przychodniach/klinikach oraz skierowania do okulisty, które obowiązują od 1 stycznia 2015 r. Istniejące od 10 lat Koło, zrzeszające 300-400 stałych członków, stara się tę „lecniczą lukę” uzupełniać.

Szeregi Dolnośląskiego Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Łuszczycę nie są tak liczne, ale skala problemów nie ustępuje pozostałym organizacjom pożytku publicznego. Na leczenie w ramach programów lekowych cierpiący na to schorzenie czekają miesiącami, a nawet latami. *W ubiegłym roku Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło 2 mln zł na leczenie pacjentów z ciężką postacią łuszczycy plackowatej. Do refinansowanego programu zakwalifikowano w Polsce 196 osób, tymczasem w całym kraju boryka się z tą chorobą 1500 osób. 4. Wojskowy Szpital Kliniczny, ze względu na ograniczenia finansowe, nie przyjmuje już do programu nowych pacjentów, choć rok dopiero się zaczął. Spośród długiej listy oczekujących zakwalifikowana została tylko jedna osoba* – wyjaśniała B. Pawłowska-Lenart. Mówiła też o bardzo ograniczonym dostępie do światłolecznictwa. Tylko 9 poradni dermatologicznych na Dolnym Śląsku wydaje skierowania na naświetlania. Miesięcznie może z nich korzystać maksymalnie 20 osób. Są one wykonywane jedynie w 3 wrocławskich klinikach mieszczących się przy ulicy: Weigla, Kamińskiego i Chałubińskiego. Od 2012 r. pacjenci „dermatologiczni”, w tym chorzy na łuszczycę, nie mogą też liczyć na poszpitalne leczenie uzdrowiskowe. Koszt leczenia łuszczycy to ok. 4-5 tys. zł miesięcznie. DSPChnŁ wchodzi w skład tzw. Unii Stowarzyszeń posiadającej zespół parlamentarny ds. łuszczycy. Wszystkie ww. organizacje są organizacjami pożytku publicznego, wszystkie prowadzą szeroko zakrojoną działalność informacyjno-edukacyjną i starają się utrzymywać kontakty z konsultantami wojewódzkimi.

Mieliśmy świadomość, że reforma ministra Arłukowicza utrudni funkcjonowanie wszystkim pacjentom, nie tylko onkologicznym. Pakiet oparty został na błędnym założeniu, że uda się skrócić kolejki i poprawić jakość opieki zdrowotnej bez dodatkowych funduszy. Tymczasem system się zoptymalizował – powiedział w ramach podsumowania dr n. med. Paweł Wróblewski. *Los pacjentów nie jest nam obojętny. Mamy nadzieję, że nasz wspólny głos stanie się lepiej słyszalny* – dodał lek. Jacek Chodorski. Przedstawiciele Dolnośląskiej Rady Lekarskiej zadeklarowali wolę dalszej współpracy. Jaką formę przyjmą spotkania z organizacjami pacjenckimi, jeszcze nie wiadomo. Pewnym jest jednak, że podjęty dialog przysłuży się i lekarzom, i pacjentom.



Lek. Dorota Radziszewska

Czy nowy system kształcenia to felczeryzacja naszego zawodu?

Z prac Komisji Kształcenia NRL



Grafika: MJ i WW

Dołnośląską Izbę Lekarską w Komisji Kształcenia Naczelnej Rady Lekarskiej reprezentują w tej kadencji lek. dent. Alicja Marczyk-Felba i lek. Dorota Radziszewska. Ostatnie miesiące 2014 roku były dla członków Komisji czasem wzmożonej pracy, bowiem weszła w życie nowa ustawa o kształceniu przed i podyplomowym lekarzy i lekarzy dentyistów. Zawarte w niej rozwiązania legislacyjne budzą wiele wątpliwości. Odnoszę wrażenie, że przyszłość naszego zawodu stoi pod znakiem zapytania.

W październiku ubiegłego roku przedstawicielka Ministerstwa Zdrowia p. A. Dąbek wzięła udział w posiedzeniu Komisji. Mówiła na nim o nowym systemie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyistów, poczynając od postępowania kwalifikującego. Zgodnie z Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów obowiązuje obecnie system modułowy. Pięć modułów podstawowych to: chirurgia ogólna – 2 lata, choroby wewnętrzne – 3 lata, otolaryngologia – 2 lata, patomorfologia – 3 lata, pediatria – 3 lata. Wykaz specjalności posiadających wspólny moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej obejmuje 6 specjalizacji: dla chorób wewnętrznych 21 specjalizacji, dla otolaryngologii 3, dla patomorfologii 2, dla pediatrii 9. Moduły jednolite obejmują 28 specjalizacji, natomiast dla szkolenia specjalistycznego (lekarsko-dentystycznego) wykaz modułów jednolitych obejmuje 9 specjalizacji. Warunkami koniecznymi do wprowadzenia szkolenia specjalistycznego w systemie modułowym było opracowanie 86 programów specjalizacji i aż 280 wariantów, oraz akredytacja ponad 5 tys. jednostek szkolących. W większości specjalizacji przyznawane będą rezydentury (wyjątek stanowi 8 specjalizacji). W październikowym postępowaniu kwalifikacyjnym minister zdrowia przyznał 2,5 tys. rezydentur. Nowością jest możliwość uzyskania rezydentury w nowych specjalizacjach pediatrycznych (choroby płuc dzieci, endokrynologia, nefrologia, gastroenterologia dziecięca, pediatria metaboliczna) oraz w dziedzinach, które do tej pory były dziedzinami szczegółowymi, realizowanymi poprzednio tylko w trybie pozarezydentur. Ponadto w nowym systemie umożliwiono kontynuację szkolenia tzw. „jedynkowiczom”. Zachętą do podejmowania specjalizacji z zakresu geriatry i onkologii jest priorytet w przyznawaniu rezydentur w tych dziedzinach. Ponadto planowane jest też utworzenie Narodowego Instytutu Geriatry umożliwiającego opiekę nad osobami starszymi i uruchomienie innych form pomocy.

Prezentacja przedstawicielki Ministerstwa Zdrowia wywołała ożywioną dyskusję. Najwięcej wątpliwości wzbudziło znaczące skrócenie i uszczuplenie programów specjalizacyjnych. W kontekście skrócenia studiów medycznych i likwidacji stażu podyplomowego takie decyzje doprowadzą do obniżenia jakości kształcenia. Dalekosiężną konsekwencją będzie zaś felczeryzacja naszego zawodu. Znacznym uproszczeniem dla lekarza specjalizującego się jest możliwość zaliczenia modułu podstawowego przez kierownika specjalizacji (brak kolokwium czy egzaminu końcowego) i akredytacji podmiotów szkolących, które zatrudniają jednego specjalistę. Na pytanie, czy Ministerstwo rozważa wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, p. Dąbek odpowiedziała, że nie ma takich planów i że finansowa gratyfikacja dla kierowników specjalizacji odbyłaby się kosztem liczby rezydentur. Szans na większą pulę pieniędzy po prostu nie ma. Członkowie Komisji mówili przy tej okazji o roli, jaką w procesie kształcenia odgrywają kierownicy specjalizacji, ich odpowiedzialności i zaangażowaniu. Podniesiono problem nieadekwatnego do zapotrzebowania terytorialnego przyznawania rezydentur, co pogłębia nierównomierny dostęp pacjentów do specjalistów, zwłaszcza w mniejszych miastach oraz na obszarach

wiejskich. Pani Dąbek wyjaśniała, że na limity rezydentur w poszczególnych dziedzinach mają wpływ konsultanci wojewódzcy i krajowi. Podczas posiedzenia dyskutowano o systemie kształcenia specjalistycznego w Niemczech (różniącego się znacznie od polskiego systemu), gdzie podjęcie specjalizacji jest równoznaczne z uzyskaniem etatu na danym oddziale szpitalnym lub klinicznym (tak, jak to było kiedyś w Polsce) i nadzór izb lekarskich nad kształceniem/egzaminowaniem lekarzy. Wydaje się, że system kształcenia u naszych sąsiadów jest prostszy, bardziej przyjazny i ekonomiczny.

Kolejne posiedzenie Komisji Kształcenia NRL odbyło się 12 grudnia 2014 r. Zostało ono poświęcone szkoleniu przed i podyplomowemu lekarzy dentyistów. Prof. Jerzy Kruszewski – przewodniczący KK NRL przedstawił w ramach wprowadzenia dane statystyczno-demograficzne dotyczące lekarzy dentyistów. W Polsce jest obecnie 39.708 stomatologów, w tym bez specjalizacji 21.206, z I stopniem – 10.761, z II stopniem – 7.741. Dentyści stanowią mniej niż jedną czwartą wszystkich lekarzy. Dominują kobiety (87 proc.), aktywnie wykonuje zawód 34.849 osób, w tym 19.963 bez specjalizacji, z I stopniem – 8.888, z II stopniem – 5.999 lekarzy dentyistów. Lekarze dentyści posiadający specjalizację z zakresu stomatologii zachowawczej i ogólnej przeważają w grupie wiekowej 41-50 lat. Natomiast wśród chirurgów stomatologicznych brakuje „dwojkowiczów”. Następnie szef Fundacji „Be Active Dentist” lek. dent. Maciej Michalak przedstawił wyniki ankiety, w której wzięło udział 921 młodych adeptów stomatologii (lekarze dentyści, którzy pracują od 3 lat oraz studenci stomatologii). 82 proc. ankietowanych optowało za zmniejszeniem naboru na studia dentyistyczne, ponieważ ostatnio o 77 proc. wzrosła ilość miejsc na uczelniach dla studentów, jest więcej absolwentów stomatologii. Niestety rynek pracy jest już tak przesycony, że brakuje miejsc akredytowanych do prowadzenia specjalizacji. Respondenci sugerowali również, że młodzi lekarze dentyści są gotowi płacić za szkolenie specjalizacyjne.

Uczestniczący w spotkaniu konsultanci krajowi i wojewódzcy zwrócili uwagę na problemy w kształceniu specjalizacyjnym w swoich dziedzinach. Wśród nich wymienili: brak ośrodków akredytowanych, brak finansowania procedur wymaganych do specjalizacji przez NFZ, brak specjalistów do uczenia młodych dentyistów (ucieczka specjalistów do gabinetów prywatnych). Podkreślono dobitnie, że tam, gdzie nie ma uczelni medycznych, sytuacja szkolenia specjalistycznego jest najgorsza. Trzeba mobilizować kolegów zarządzających placówkami, aby zgodzili się na postępowanie akredytacyjne. Od odpowiedzialności i dobrej woli szefów oraz pracowników naukowych uczelni i szpitali zależy los szkolenia specjalistycznego dentyistów. Oni bowiem dofinansowują prowadzenie szkolenia. Jest fikcją, że gabinety i podmioty prywatne będą zainteresowane prowadzeniem szkolenia, bowiem nie jest to zgodne z rachunkiem ekonomicznym.

Członkowie Komisji apelowali, by skupić się na ratowaniu polskiej medycyny i stomatologii poprzez przywrócenie stażów podyplomowych. Podjęto również polemikę ws. publikacji bazy pytań egzaminacyjnych PEŚ oraz przejścia na tzw. system europejski egzaminów, jak to ma miejsce np. w urologii.

Podczas grudniowego spotkania mec. Marek Szweczyński przedstawił znowelizowaną dyrektywę 2005/36/WE dotyczącą uznawania kwalifikacji zawodowych. Obowiązujący od 2012 r. nowy egzamin został nostryfikowany przez Komisję Europejską. W zawodach sektorowych uznawanie kwalifikacji odbywa się na dwóch poziomach, automatyczna zasada obowiązuje na poziomie kwalifikacji specjalistycznych. W przypadku uznawania kwalifikacji lekarskich można dołączyć nowe specjalizacje, jeżeli występują w dwóch piątach krajów UE. W Unii nie ma niektórych specjalności pediatrycznych. Na 52 specjalizacje, 44 obo-

wiążują w Polsce. Uznawane są dwie specjalizacje lekarsko-dentystyczne – ortodoncja i chirurgia stomatologiczna. Ortodoncja (na 28 państw unijnych) jako specjalizacja istnieje w 24 państwach, chirurgia stomatologiczna w 20 krajach. Chirurgia czaszkowo-twarzowo-szczękowa w UE to domena lekarzy. Stomatolodzy nie mają możliwości specjalizowania się w tej dziedzinie. Tryb włączania nowych specjalności w system automatycznego uznawania kwalifikacji związany jest z ustaleniem, czy zakres specjalizacji pokrywa się w różnych krajach. Automatyczne uznawanie specjalizacji jest sukcesem, ale również implikuje szereg problemów. Proliferacja specjalizacji stała się problemem europejskim, np. medycyna ratunkowa jest tylko w 9 krajach, a nowe specjalizacje pediatryczne nie będą uznawane w UE.

Poszczególni konsultanci krajowi i wojewódzcy przedstawili problemy związane z kształceniem podyplomowym w zmienionym systemie. Zauważono, że programy specjalistyczne zawierają kosztowne procedury, których realizacja jest trudna ze względu na niezbędną zgodę pacjenta, jak również brak tych procedur w pakiecie NFZ, nie ma np. w pakiecie NFZ traumatologii zębów (unieruchomienie zębów dla dzieci, protezy dla dzieci, implantacje, nacięcie wędzidełka). Wykonanie tych procedur jest konieczne, brak natomiast środków na ich finansowanie. Od zasobności portfela pacjenta nie może zależeć szkolenie specjalistyczne lekarza dentyści – to była kolejna konkluzja tego spotkania. Ponadto konsultanci krajowi zostali „zmuszeni” do skrócenia czasu specjalizacji, co negatywnie wpłynie na jakość szkolenia. Niektóre kursy, zawarte w programach CMKP, nie są merytoryczne, są czasochłonne i kosztochłonne dla specjalizantów, np. obowiązkowy kurs z medycyny publicznej.

Mecenas Michał Kozik omówił problemy związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. „Fantom czy żywy pacjent, czyli analiza prawna obecnej sytuacji zmian w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym” – taki tytuł nosił jego referat. Zmiana modelu dostępu do zawodu lekarza i lekarza dentyści polega na likwidacji stażu i ograniczonego prawa wykonywania zawodu.

W 2017 roku na rynku pracy pojawią się lekarze kształceni wg nowego modelu, a rok wcześniej lekarze dentyści. Na ostatnim roku będzie dwusemestralne praktyczne nauczanie zawodu, budzące wiele kontrowersji ze względu na rozproszenie prawne (5 ustaw, 2 niespójne ze sobą rozporządzenia). Obecność studentów w trakcie świadczeń zdrowotnych wymaga zgody pacjenta, musi być przestrzegane prawo pacjenta do poszanowania intymności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (ustawa o prawach pacjenta, ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentyści, KEL oraz art. 47 Konstytucji – każdy ma prawo do ochrony prywatności). Zgodnie z obowiązującym prawem czynności medyczne mogą być podejmowane tylko przez osoby wykonujące zawód medyczny, a do takich nie można zaliczyć studentów. Art. 24 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta mówi: „Lekarze, pielęgniarki i położne są uprawnione do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 25”. Studenci nie mogą więc przetwarzać danych wrażliwych w dokumentacji medycznej, w razie kontroli GIODO muszą mieć upoważnienie. Problemem prawnym jest także ujawnienie studentowi danych objętych tajemnicą lekarską. W poprzednim modelu lekarz stażysta posiadał ograniczone prawo wykonywania zawodu, czynności medyczne, które mógł wykonywać samodzielnie czy pod okiem lekarza specjalisty były ściśle określone. Obecnie ustawodawca nie przewidział przepisów regulujących udział studenta w procesie diagnostyczno-leczniczym. Problemy związane z praktyczną nauką zawodu przez studentów będą dotyczyły także wielu innych lekarzy, np. praktyki wakacyjne, których program ustalają uczelnie – 480 godz. studenci oddziałów stomatologicznych, 600 godz. – studenci medycyny. Z programów wynika, że student musi nabyć umiejętności samodzielnego wykonywania pewnych procedur. Jak ma to wyglądać w praktyce?, kto ma pokrywać koszty?, kto ponosi odpowiedzialność za ewentualne niezgodności, roszczenia chorych, dokumentację medyczną, umowy z NFZ? (procedury, które mają w programie do wykonania studenci nie są refundowane przez NFZ). Problemy te wymagają szczegółowej regulacji. Należy pilnie dopracować całą obudowę prawną nowych zmian w systemie specjalizacyjnym lekarzy i lekarzy dentyistów – to jest w tej chwili najważniejszy cel legislacyjny.



Fot. z archiwum autorki

SPOTKANIE OPŁATKOWE LEKARZY SENIORÓW

3 stycznia 2015 roku lekarze z Koła Seniorów DIL we Wrocławiu zorganizowali spotkanie opłatkowe. Poprzedziła je uroczysta msza św. odprawiona w Archikatedrze św. Jana Chrzyciela we Wrocławiu przez ks. Arkadiusza Krzyżoka, który wygłosił piękną homilię. Następnie udaliśmy się do Auli Papieskiego Fakultetu Teologicznego, gdzie gospodarze uroczystości – prof. Kotschy, dr Makuch i dr Bednarek – powitali wszystkich zgromadzonych.

Ks. Krzyżok w serdecznych słowach przywitał obecnych, pobłogosławił opłatek i rozpoczął kolędę. Dzielił się opłatkiem, życząc sobie zdrowia i śpiewając kolędy. Miłym akcentem był występ nauczycieli i uczniów Szkoły Muzycznej im. Grażyny Bacewicz.

Przy wigilijnych potrawach, przy gwarze rozmów, wspomnieniach miło mijał czas. Mogliśmy choć na chwilę zapomnieć o chorobach i samotności. Rozstawaliśmy się w świątecznych nastrojach, zrelaksowani, z ciepłem w sercu, znów połączeni wspólnotą. Dziękujemy organizatorom corocznych spotkań opłatkowych za pielęgnowanie tradycji.

Izabella Czajkowska



Fot. z archiwum autorki

VI BAL LEKARZA W ZGORZELCU

W tym roku zęgnaliśmy karnawał w rytmach południowoamerykańskich. To już szósty Bal Lekarza organizowany przez TK DIL w Zgorzelsku. 115 osób w bajecznych, kolorowych strojach (piraci, hiszpańscy macho, seniority, hawajki i awanturnicy wszelkiej maści) bawiło się do białego rana we wnętrzu pałacu w Łagowie. Piękne dekoracje, wysokie palmy wykonane z balonów, liany, kwiaty i prawdziwy (wypchany) lew stanowiły tło dla występów formacji tanecznej Jose Torresa, która porwała do szalonej zabawy wszystkich, od pierwszych taktów salsy.

Ewa Motyka
przewodnicząca TK DIL w Zgorzelsku

Marta Wójcik
wiceprzewodnicząca TK DIL w Zgorzelsku



Fot. z archiwum „Medium”



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

1 stycznia 2015 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, opublikowane w Dz. U. z 2014 r., poz. 1751.



1 stycznia 2015 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 grudnia 2014 r. w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów, opublikowane w Dz. U. z 2014 r. poz. 1810.

Rozporządzenie określa: sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów. **Indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów jest ustalany raz w miesiącu jako iloraz: liczby świadczeniobiorców**, którym lekarz udzielający świadczeń z zakresu poz w ramach umowy z NFZ wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, w wyniku diagnostyki onkologicznej **rozpoznano nowotwór złośliwy** (nie dotyczy nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka skóry), oraz **liczby świadczeniobiorców**, którym wym. lekarz wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, **wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie**.

Minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów wynosi 1/15. Ustalenia indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów dokonuje się po raz pierwszy w powyższy sposób po 1 marca 2015 r.



1 stycznia 2015 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2014 r., poz. 1914.

Zmiana przepisów rozporządzenia dotyczy świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Badania biochemiczne i immunochemiczne obejmują dodatkowo (żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), FT3, FT4, PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity). Wykaz został poszerzony o diagnostykę ultrasonograficzną: USG tarczycy i przystarczyc; USG ślinianek; USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego; USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego (USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej); obwodowych

węzłów chłonnych (USG węzłów chłonnych) oraz spirometrię. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawiać skierowanie na badania endoskopowe: gastroskopię i kolonoskopię.

Lekarz przyjmujący deklaracje wyboru: a) lekarz, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej; posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej – przyjmujący deklaracje wyboru świadczeniobiorców; posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych – przyjmujący deklaracje wyboru świadczeniobiorców dorosłych; posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii – przyjmujący deklaracje wyboru świadczeniobiorców do ukończenia 18 roku życia, b) lekarz, o którym mowa w art. 14 ust. 1 i 3 ustawy z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa z 5 grudnia 2014 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej, opublikowana w Dz. U. z 2014 r., poz. 1877.

Ustawa wprowadza następujące zmiany do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wojewoda przekazuje niezwłocznie ministrowi zdrowia informację o: 1) niewykorzystanych miejscach szkoleniowych objętych rezydenturą; 2) lekarzach, którzy brali udział w postępowaniu kwalifikacyjnym na te miejsca szkoleniowe i zajęli kolejne najwyższe miejsca na liście rankingowej, obejmującą dane zawarte we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego i miejsce na liście rankingowej. Niewykorzystane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą, przyznane na dane postępowanie kwalifikacyjne dla danego województwa w danej dziedzinie medycyny, minister zdrowia może dodatkowo przyznać lekarzom, o których mowa w pkt. 2, uwzględniając wszystkie dziedziny, w których były przyznane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą. Wojewoda, a w przypadku miejsc szkoleniowych objętych rezydenturą – minister zdrowia, może dodatkowo przyznawać miejsca szkoleniowe, nie później niż w terminie 2 miesięcy od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego. Minister zdrowia niezwłocznie informuje o przyznaniu miejsca szkoleniowego objętego rezydenturą właściwego wojewodę, który kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

Rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Lekarz nie może złożyć ponownie wniosku o odbywanie rezydentury, jeżeli uży-



skął potwierdzenie realizacji programu. Lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, nie może złożyć ponownego wniosku o odbywanie rezydentury, z wyjątkiem przypadku, gdy posiada on orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji. Lekarz, który dwukrotnie został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, nie może złożyć kolejnego wniosku o odbywanie rezydentury. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, może zmienić miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie wcześniej niż po upływie roku od dnia zakwalifikowania się do odbywania tego szkolenia specjalizacyjnego. Powyższego przepisu nie stosuje się, jeżeli jednostka organizacyjna, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, uległa likwidacji lub przestała spełniać wymagania do uzyskania akredytacji do szkolenia specjalizacyjnego. W roku 2015 rezydentura jest finansowana przez ministra zdrowia ze środków budżetu państwa do wysokości 60,75 mln zł oraz ze środków Funduszu Pracy. W roku 2015 szkolenie specjalizacyjne jest dofinansowywane przez ministra zdrowia ze środków Funduszu Pracy.

1 stycznia 2015 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Środowiska z 12 grudnia 2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów, opublikowane w Dz. U. z 2014 r., poz. 1973.

Rozporządzenie ustala wzory dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów: wzór **karty przekazania odpadów** jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia; wzór karty ewidencji odpadów jest określony w załączniku nr 2; wzór karty ewidencji odpadów niebezpiecznych jest określony w załączniku nr 3.

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1980

Drogie Koleżanki! Drodzy Koledzy!

Nasze 35-lecie ukończenia studiów i uzyskania dyplomów lekarza będziemy świętować w pensjonacie „Szarotka” w Zieleńcu (www.szarotka.eu, tel. 74 869 71 00) w dniach **30-31. 05.2015 r.**

Dla szczególnie stęsknionych istnieje dodatkowa opcja zjawienia się dzień wcześniej tj. 29.05.2015 r. Tę dobę zamawiamy i opłacamy indywidualnie. Mamy już ponad 50 zgłoszeń i czekamy na dalsze pod adresami e-mailowymi:

renia@mp.pl lub **ddjp@ies.com.pl**

Wpłaty w wysokości **350 zł** prosimy przelewać na konto: Bank Zachodni WBK S.A., 35 Oddział we Wrocławiu, pl. Solny 14, 50-062, **nr konta: 49 1500 1793 1217 9003 0630 0000**. Dla wpłat z zagranicy – IBAN: PL 49 1500 1793 1217 9003 0630 0000, SWIFT: WBKPPLPP

Opłata obejmuje: nocleg 30-31.05.2015 r., posiłki i bankiet wieczorem – 30.05.2015 r.

Szczegółowy program dostarczymy e-mailowo po dokonaniu wpłat.

Do zobaczenia w Zieleńcu!
Renata Tuchendler, Andrzej Szuba,
Dariusz Patrzalek



Fot. z archiwum autora

Początek I „Solidarności” na Dolnym Śląsku z udziałem lekarzy

cz. 1

Tekst Edmund Kuzinowicz

Historia, pisana przez wielką literę i tak rozumiana, jest trwałym ciągiem, powiązanych ze sobą zdarzeń nie zawsze układających się zgodnie z oczekiwaniem jej twórców. Zdarzały się często następstwa przeciwne zamierzeniom. Tak bywało w tamtych latach panowania władzy ludowej. Z intencją ich przedstawienia wprowadzony jest maksymalnie skondensowany opis naszej historii na wiele lat przed tematem zasadniczym, jakim jest tworzenie się „Solidarności” we Wrocławiu z udziałem lekarzy. Pokoleniu mojemu i następnemu przypomną przeżyty czas. Ludzie młodzi mogą traktować poniższy opis historii jako jeszcze jedną dodatkową informację podaną przez świadka historii, potrzebną do zrozumienia warunków umożliwiających pojawienie się „Solidarności”, pod nadzorem „Wielkiego Brata”. Różniły się kompletnie od warunków powstałych po I wojnie światowej, po rozpadzie państw zaborczych.

Trzydziesty szósty rok sprawowania władzy z obcego nadania nie obiecywał jej umocnienia. Następstwa odwilży politycznej 1956 roku, oficjalnie ogłoszone odnową, okazały się sezonowe. Odnowa się nie utrzymała i nie doszło do spodziewanego jej pogłębienia. Przeciwnie, reżim wzmocniony powrotem w szeregi partii Władysława Gomułki (ps. Wiesław), byłego pierwszego sekretarza, więzionego i represjonowanego w okresie stalinizmu. Po otrzymaniu dawnego stanowiska powracał do poprzednio stosowanych metod. Strajki studentów po połowie lat sześćdziesiątych w Europie Zachodniej nie powstrzymała żelazna kurtyna, dzieląca kontynent europejski na dwie, wrogie sobie połowy. W marcu 1968 r. prawie na wszystkich wyższych uczelniach PRL wybuchły strajki studentów, przyszyłych członków warstwy inteligencji zniszczonej w większości przez najeźdźców z zachodu i wschodu. Postulaty studentów, maksymalnie streszczone, można ująć ogólnie jako żądanie powrotu demokracji we wszystkich sferach życia narodu i państwa. Władza uznała, że nawoływanie do zmiany ustroju jest aktem wrogim, godzącym w ustalony ustrój. Zastosowanie zemsty oznaczało pierwsze objawy nieporadności rządzących. Przywódców strajku wydalano z uczelni, a niektórych wcielano, jako poborowych, do odbycia służby wojskowej. Za przywódców strajków i organizatorów rozruchów uznano Polaków żydowskiego pochodzenia. Organizowana nagonka pochodziła ze szczytów Centralnego Komitetu partii, z inspiracji Mieczysława Moczała, ówczesnego ministra spraw wewnętrznych, przywódcę tzw. grupy partyzantów. Nie brano pod uwagę, że przodkowie Żydów polskich byli dobrze widziani i chętnie przyjmowani przez książąt piastowskich od XII wieku po wyproszeniu ich z Hiszpanii i poszczególnych księstw narodu niemieckiego. Nie uwzględniono faktu, że literaturę polską w okresie dwudziestolecia w połowie napisali polscy Żydzi. W I Brygadzie Legionów Polskich Józefa Piłsudskiego, z zaciągu ochotniczego, służyło wielu Polaków-Żydów. Nie wzięto pod uwagę, że historii Polski nie można rozpatrywać z pominięciem narodu żydowskiego. W następstwie nierozumnej, złej akcji, z punktu widzenia racji państwa, zwalniano z pracy oficerów Wojska Ludowego, oficerów policji lub przenoszono na wcześniejszą emeryturę. Z aparatu administracyjnego i handlowego zwalniano w trybie przyspieszonym. Zakres ksenofobii objął ludzi pracujących dotąd na stanowiskach wymagających zwiększonej odpowiedzialności.

Nic więc dziwnego, że doszło do masowego wyjazdu z Polski ludzi wykształconych, którym się udało przeżyć szczęśliwie tragedię II wojny światowej i mogli objąć ważne stanowiska w aparacie państwowym, dotąd wolne, z braku odpowiedniego kandydata. Inteligentni ludzie całymi rodzinami, nieraz mieszanymi, udawali się tam gdzie dłuższy pobyt uważali za właściwy. Otrzymali paszporty zezwalające przekroczenie granicy tylko w jedną stronę, uniemożliwiające powrót.

W gospodarce PRL zwiększały się kłopoty zaopatrzeniowe. Kolejki do sklepów systematycznie się wydłużały. Miesięczne zarobki jednej osoby nie wystarczały na utrzymanie rodziny. Po to, by zasilić budżet domowy imano się prac wykonywanych po godzinach przepracowanych w firmie podstawowej. W poszczególnych zakładach pracownicy wyrażali głośno swoje



niezadowolenie. Dochodziło do strajków niezorganizowanych, które gaszone były szybko przez etatowych pracowników komitetów powiatowych PZPR.

W grudniu 1970 roku władza, konkretnie premier Piotr Jaroszewicz, bez uprzedniej konsultacji z narodem, ogłosił w telewizji i radiu znaczne podwyżki cen, nie tylko towarów spożywczych. Podwyżki były tak znaczne, że przeraziły wszystkie grupy pracownicze. W Gdańsku i Gdyni natychmiast doszło do czynnego sprzeciwu załóg pracowniczych dużych zakładów wyrażonego na ulicach. Zapłonęły budynki komitetów PZPR. Wobec ogromu sprzeciwu oddziały milicyjne były bezradne. Władza użyła wojska wspartego czołgami, z zezwoleniem na użycie broni. Byli ranni i zabici. Liczba zabitych nigdy nie została ujawniona. Władysław Gomułka oświadczył, że władza raz zdobyta nigdy nie zostanie oddana. Jacek Kuroń, kiedyś członek partii, obecnie przeciwnik jej polityki rzucił hasło: „Zamiast palić komitety zakładajmy własne, nowe”.

W wyniku rewolty na wybrzeżu Gomułka stracił stanowisko. Pierwszego sekretarza Komitetu Centralnego PZPR. Partia ogłosiła „czas odnowy,” już drugiej. Pierwszym sekretarzem został Edward Gierek. Swoją kadencję zaczął od rozmowy ze stoczniovcami, prosząc o pomoc w poprawie gospodarki w sposób bezpośredni. Odwołał zapowiedziane podwyżki. Znowelizował Konstytucję w 1976 roku, zmieniając nazwę ustroju z demokratycznego na socjalistyczny. Wprowadził zależność państwa polskiego od Związku Radzieckiego. Wprowadził nowy podział administracyjny na 29 województw. Dolny Śląsk rozdrobnił na cztery województwa: wrocławskie, wałbrzyskie, legnickie i jeleniogórskie.

Zaproponował szybszy rozwój gospodarczy systemem pożyczek uzyskanych od państw Europy Zachodniej na budowę własnych fabryk, które produkując wyroby na eksport mogłyby spłacać pożyczki. Niestety nasze wyroby nie wytrzymały konkurencji z zachodnimi, które były ulepszone w trybie ciągłym. Nie było popytu na produkty pochodzące z nowo budowanych fabryk i nikt nie chciał kupować przestarzałych wyrobów. Sytuacja gospodarcza z roku na rok się pogarszała. Zadłużenie państwa sięgnęło 20 miliardów dolarów, które należało spłacać.

Kapitalistyczny pomysł Gierka zastosowany w systemie nakazowo-rozdzielczym nie wypalił. Natomiast zapowiedziana, przez władzę „odnowa” została wykorzystana przez ludzi myślących samodzielnie. Ożyły Kluby Inteligencji Katolickiej w każdym większym mieście. Przy uczelniach powstały legalne Studenckie Komitety „Solidarności” i nielegalne kluby dyskusyjne, omawiające niewydolność systemu nakazowo-rozdzielczego. Po ogłoszeniu ponownej podwyżki w czerwcu 1976 r. na ulice wyszli robotnicy: Radomia, Ursusa i Płocka. Pojawiły się nowe strajki na Dolnym Śląsku i w południowej-środkowej części kraju. Wszystkie zostały brutalnie stłumione z konsekwencją kilkuletniej kary więzienia dla wielu uczestników protestu. W odpowiedzi na gwałtowność władzy, zorganizował się w tym samym roku Klub Obrony Robotników KOR z inspiracji grupy Jacka Kuronia, dysydenta PZPR. Przemianowany wkrótce na Komitet Samoobrony Społecznej z utrzymaniem wcześniejszego skrótu -KOR. KSS-KOR powstał przy udziale autorytetu moralnego tamtych czasów, księdza Jana Zieja. Korowcy działali legalnie w oparciu o aktualnie obowiązującą Konstytucję, właściwie interpretując jej paragrafy. A pomimo tego służba bezpieczeństwa różnymi sposobami, bezprawnymi i pseudoprawnymi, utrudniała wykonywanie zadań każdemu z poszczególnych członków komitetu. Jedną z takich metod, często stosowanych, było zatrzymanie wybranej osoby i przetrzymywanie jej w areszcie przez 24 godziny. Dłuższe areszty stosowane bezprawnie były częste.

KSS powstał w Warszawie, ale działalnością swoją objął poszczególne miejscowości, gdzie bezkarnie dławiono miejscowe inicjatywy i wykorzystywano pracę najemną. Poszczególni członkowie KOR-u występowali w zarządzonych rozprawach sądowych przeciw robotnikom biorącym udział w strajkach, jako obrońcy w oparciu o prawa obywatelskie, zapisane w ustawie zasadniczej. Wśród wielu znanych członków KOR-u deklarujących demokratyczne poglądy, znanymi wsparciem działalności pozarządowej grupy ludzi, którym „nie było wszystko jedno” co działo we własnym kraju, była obecność, sędziwego już, księdza Jana Zieja, byłego nauczyciela religii w liceum w Słupsku w 1946 r., który pozostawił trwały ślad w moim pojmowaniu religii i świata na całe życie. Sylwetka księdza-filozofa jest opisana w książce „Z królewskiego miasta Dzisiaj przez Słupsk do Wrocławia.”

Niemal równoległe do KOR-u powstały satelickie ugrupowania demokratyczne po zastojach w okresie stalinowskiej dyktatury. Miały one mniejszy wpływ na budzące się społeczeństwo. Takie jak: Ruch Obrony Praw Człowieka i Obywatela – ROPCIO (1976 r.), którego współzałożycielem był działacz opozycji demokratycznej Leszek Moczulski, późniejszy twórca Konfederacji Polski Niepodległej, KPN (1979 r.) Towarzystwo Kursów Naukowych TKN, skupiało ludzi zainteresowanych rozwojem nieskrępowanej nauki i prowadziło „Uniwersytet Latający.” Tak nazwany z powodu braku własnej siedziby, a wykłady wygłaszane były za każdym razem w innych salach. Te formacje budzące ruch demokratyczny były również tępiące przez PZPR, jej prasę i Służbę Bezpieczeństwa, posługującą się powszechnie tajnymi agentami.

W wyniku zwiększającej się działalności KOR-u na Dolnym Śląsku również dochodziło, w tym czasie, do krótkich strajków i tak zwanych „przerw w pracy” z powodów ekonomicznych, uciszanych przez własne dyrekcje, zgodą na uznanie częściowe zgłaszanych postulatów.

Tyle wstępu koniecznego dla ułatwienia czytelnikowi młodszemu, ale również i starszemu, zapoznanie się z przebiegiem zdarzeń w latach siedemdziesiątych i początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku.

Początek roku 1980 nie zapowiadał poprawy gospodarki. Pomimo zapowiedzi rządu Mieczysława Rakowskiego rozluźnienia gorsetu przepisów gospodarczych, co umożliwiłoby uwłaszczenie części gospodarki. Zadyszka gospodarza ciągle postępowała w całym kraju, nie wyłączając i Dolnego Śląska, regionu bardziej uprzemysłowionego od innych, chociaż nie na tyle, by górować nad Górnym Śląskiem. W narodzie narastało niezadowolenie z poczynań władzy, co skutkowało zaostreniem poczynań bezpieki. Jednak robotnicy wielkich zakładów np. górnicy Lublińsko-Głogowskiego Okręgu Miedziowego zastrajkowali już w lipcu 1980 r., po podwyżce niektórych gatunków mięsa i wędlin. Robotnicy wrocławskiego Dolmelu zażądali wyrównania zasiłków rodzinnych do poziomu zasiłków wypłacanych w MO i SB oraz 100 proc. zasiłku chorobowego. W innych zakładach: Elwro, Fadromie, Pafawagu, Hutmenie żądania robotników były podobne, oparte przemyśleniami w pracy.

W gdańskiej stoczni Lenina, największym zakładzie na wybrzeżu, zatrudniającym 20 tysięcy pracowników, już istniał skrycie nowy związek zawodowy, niezależny od podległej PZPR-owi, centrali ZZ. Przyczynił się do powstania strajku okupacyjnego, który wybuchł w połowie sierpnia bez wychodzenia załogi na ulicę.

W tym zakładzie dyrekcja, zamierzając opanować sytuację w pierwszych dniach, zgodziła się na żądania płacowe. Dyrygujący komitetem strajkowym był ten sam człowiek, aktywny podczas krwawych wydarzeń strajkowych na ulicach miasta w 1970 r. Przez megafon zakładowy poinformował o zakończeniu strajku i zachęcał robotników do podjęcia pracy od jutra. Widząc, że tłum zgromadzony na sali związkowej zawodowych zaczął rzędnąć, dwie kobiety, członkinie nowego związku, stanęły w bramie wejściowej. Już niemłoda Anna Walentyłowicz, suwnicowa i młoda pielęgniarka zakładowa Alina Pienkowska tłumaczyły robotnikom, że obietniczki mogą pozostać tylko obietnicami. Inne zakłady jeszcze strajkują, a popierając zamiary dyrekcji ukończeniem strajku, wierząc obietnicom drobnych podwyżek, nie można strajkujących w innych zakładach zostawić samych. Młodzi chłopcy będący w pobliżu poparli kobiety. Wrota bramy zostały zablokowane i większość strajkujących, godząc się z usłyszczanymi argumentami, pozostało na sali. Człowiek, który deklarował zakończenie strajku szybko zorientował się w nowej sytuacji i przyłączył do pozostałych. Odwołał i uznał za niebyłą własną wypowiedź przez megafon. Po wznowieniu strajku szybko awansował wykazując wrodzone, wyjątkowe uzdolnienia do polityki i dyplomacji. Na zebraniu ogólnym przekonał do siebie załogę i Lechosław Wałęsa został wybrany przewodniczącym komitetu strajkowego z upoważnieniem do rozmów z władzą. Towarzyszące mu otoczenie skróciło imię na Lech. Lechem Wałęsa został na zawsze. Wkrótce do strajkujących dotarli wysłannicy KOR-u: Tadeusz Mazowiecki, Bronisław Geremek (dysydent PZPR) i szereg innych osób z intencją pomocy prawnej oraz dziennikarzy rodzimi i zagraniczni. Wymienieni z nazwiska zostali na dłużej jako doradcy komitetu strajkowego, zalecając stosowanie w dalszej walce tylko protestu pokojowego.

Pomogli wypracować 21 postulatów strajkowych. Władza utrzymywała nadal kurs oparty na wypowiedzi Władysława Gomułka, że raz zdobytej władzy nie oddaje się nigdy. Jednak wydelegowała kilka osób z wicepremierem Mieczysławem Jagielskim do rozmów z komitetem strajkowym, który przedstawił przygotowane wcześniej postulaty.



Zawierały one nastroje społeczeństwa niemożące dalej zgadzać się na poniżającą vegetację, bez widoku na polepszenie sytuacji ekonomicznej. Wszystkich żądań strajkujących nie sposób tu wymienić. Jednym z ważniejszych postulatów było żądanie zezwolenia na powstanie Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego. Drugi wymagał zwolnienia z aresztu więźniów politycznych. Przedłużające się rozmowy w stoczni gdańskiej bezwzględnie wymagały wsparcia. Tak też rozumowała opozycja demokratyczna we Wrocławiu.

26 sierpnia 1980 r. zastrajkowała załoga komunikacji miejskiej. Tego dnia autobusy nie wyjechały w trasę. Tramwaje, które już były na trasie wróciły, każdy do swojej zajezdni. Ulice zaludniły się przechodniami spieszącymi do pracy. Ulotki pisane na maszynach informowały o strajku solidarnościowy z załogą stoczni gdańskiej. Komitet strajkowy pod przewodnictwem Jerzego Piórkowskiego ulokował swoją siedzibę w zajezdni autobusowej przy ulicy Grabiszyńskiej.

Tego dnia po godzinie 14.00 przed zajezdnią zaczęli gromadzić się ludzie. Z własnej inicjatywy, bez niczyjej zapowiedzi. Tłum nieustannie gęstniał. Gdy dotarłem z rodziną na miejsce o godzinie 16.00, ulica na całej swej szerokości, razem z chodnikami była zatłoczona, głowa przy głowie. Na dziedzińcu zajezdni uwijali się ludzie szykując księdzu miejsce na odprawienie nabożeństwa. Nieco z boku orkiestra przygrywała marsze. W tłumie szeptało z ust do ust: grają muzyki z Opery Wrocławskiej. Nigdzie w otoczeniu nie widać było mundurowych milicjantów, ani też ich wozów służbowych. Przepychanek, jak zawsze w tłumie, nie było widać, ani słów nieprzyzwoitych, wulgarnych kłństw też nie było słycać. Natomiast co chwila pojawiał się „las wyciągniętych w górę rąk” w wymownym geście oznaczającym zwycięstwo. W miejsce zmęczonych rąk pojawiały się nowe z takim samym znakiem. I tak na zmianę. Za ogrodzeniem zajezdni komitet strajkowy wysłuchał krótkiej mszy i odmówił modlitwę w intencji uzyskania zamierzonych celów. Jest w trakcie mszy taka część, w której poszczególni wierni wypowiadają swoje intencje lub życzenia. W wypowiedziach tej mszy zauważyłem młodego chłopca, wyróżniającego się zgrabną sylwetką, którego poznałem w późniejszym czasie na zebraniach MKZ jako Władysława Frasyniuka. Wypowiadał się rzadko, rzeczowo, nie nudząc słuchaczy. Po zakończeniu mszy przemówili pokrótce poszczególni członkowie komitetu strajkowego, uzasadniając potrzebę wsparcia postulatów z Gdańska, które obejmują też i wrocławskie postulaty. Na koniec uroczystości zabrał głos Wojciech Dzieduszycki, dziękując muzykom za uświetnienie uroczystości.

Część 2. w kwietniowym wydaniu „Medium”

Edmund Kuzinowicz

Doktor nauk medycznych, emerytowany adiunkt Kliniki Ortopedycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Dzieciństwo i pierwsze lata młodości rozpoczął w Dziśnie nad Dźwiną, mieście najbardziej wysuniętym na północny wschód Kresów Wschodnich II RP. Brał czynny udział w powstawianiu Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich, a 20 lat później powstaniu pierwszej „Solidarności” we Wrocławiu. Przeżył okupację radziecką i niemiecką. Podczas emerytury zaczął opisywać życie własne i swoich bliskich m.in. w książkach: „Z królewskiego miasta Dziśna przez Słupsk do Wrocławia” czy „Już zakwitły przebiśniegi – spóźniona opowieść”.



Kilka uwag o odmianie polskich nazwisk męskich

Dr n. hum. Anna Szewczyk – językoznawca, członek Krakowskiego Towarzystwa Popularyzowania Wiedzy o Komunikacji Językowej „Tertium”, autorka prac poświęconych językowi polityki i mediów

W naszej codziennej praktyce językowej bardzo często używamy nazwisk męskich w różnych formach. Ich odmienianie sprawia wielu osobom problem, czego konsekwencją jest wielokrotnie rezygnacja z odmiany. Zwolennicy nieodmienności są zdania, że nazwisko to pewien symbol, rodzaj identyfikatora i dlatego powinno mieć zawsze stałą, niezmienną postać. Twierdzą także, że każda próba odmiany to deformacja formy podstawowej, która świadczy o braku szacunku dla osoby, która je nosi. Niestety, okazuje się, że jest wprost przeciwnie. To właśnie rezygnacja z odmiany może prowadzić do upowszechnienia się zdeformowanej wersji nazwiska.

Ponieważ usunięcie nazwisk z naszych wypowiedzi jest niemożliwe, musimy poradzić sobie z ich odmianą. Na kilku przykładach pokażę więc, w jaki sposób uniknąć błędnych form i swobodnie odmieniać nazwiska. Przystwojenie zasad ich deklinowania nie jest bowiem powiązane z poznawaniem zupełnie nowych, specjalnych schematów odmiany. Cała trudność polega tylko na tym, aby dostrzec analogię między tą klasą rzeczowników a rzeczownikami pospolitymi i nauczyć się włączać nazwiska do odpowiednich, znanych wszystkim dobrze, wzorów odmiany.

Podstawowe kryterium klasyfikacyjne stanowi głoska, którą zakończony jest nazwisko. To kryterium pozwala wyodrębnić w odmianie polskich nazwisk męskich pięć grup:

1. nazwiska męskie zakończone na spółgłoskę twardą (oprócz -ch, -g, -k, -l), czyli: -b, -d, -f, -ł, -m, -n, -p, -r, -s, -t, -z, np. Norwid, Prokop, Kolat. Nazwiska te odmieniamy jak rzeczownik pospolity profesor.
2. nazwiska zakończone na:
 - a. spółgłoski twarde -ch, -g, -k, -l: Cieślík, Skotarczyk, Leleweł
 - b. spółgłoski miękkie -ć, -dź, -j, -ń, ś: Kuliś, Bugaj, Knieć
 - c. spółgłoski stwardniałe -c, -cz, -dź, -sz, -rz, ź: Małysz, Nosewicz, Stolarz
 - d. samogłoskę -o po spółgłosce miękkiej: Bunio, Hyzio

Nazwiska z podgrupy a, b i c odmieniamy jak rzeczownik więzień, a z podgrupy d jak rzeczownik wujcio.

M.	więzień	Cieślík	Kuliś
DB.	więźni-a	Cieślík-a	Kulis-i-a
C.	więźni-owi	Cieślík-owi	Kulis-i-owi
N.	więźni-em	Cieślík-i-em	Kulis-i-em
Ms.	więźni-u	Cieślík-u	Kulis-i-u

M.	wujci-o	Hyzi-o
DB.	wujci-a	Hyzi-a
C.	wujci-owi	Hyzi-owi
N.	wujci-em	Hyzi-em
Ms.	wujci-u	Hyzi-u

3. nazwiska zakończone na -a i -o po spółgłosce twardej, oprócz -l: Czuba, Gemza, Popiełuszko, Kościuszko. Odmieniamy je jak rzeczowniki wojewoda lub włóczęga.

M.	włóczęg-a	Popiełuszko	wojewod-a	Gemz-a
D.	włóczęg-i	Popiełuszk-i	wojewod-y	Gemz-y
C, Ms.	włóczęgdz-e	Popiełuszcze	wojewodzi-e	Gemzi-e
B.	włóczęg-ę	Popiełuszk-ę	wojewod-ę	Gemz-ę
N.	włóczęg-ą	Popiełuszk-ą	wojewod-ą	Gemz-ą

4. nazwiska zakończone na -a po spółgłosce miękkiej i stwardniałych oraz po -l: Kania, Kobiela, Trela, Kulesza. Odmieniamy je jak rzeczowniki pospolite kaznodzieja i basza.

M.	kaznodziej-a	Kani-a	basz-a	Kulesz-a
D., C., Ms.	kaznodziei-i	Kani-i	basz-y	Kulesz-y
B.	kaznodziej-ę	Kani-ę	basz-ę	Kulesz-ę
N.	kaznodziej-ą	Kani-ą	basz-ą	Kulesz-ą

5. nazwiska zakończone na samogłoski -e, -i, -y: Linde, Wilhelmi, Kwiatkowski, Korfanty. Odmieniamy je jak przymiotniki duży lub średni.

M.	średni-i	Wilhelm-i
D., B.	średni-ego	Wilhelmi-ego
C.	średni-emu	Wilhelmi-emu
N.	średni-im	Wilhelm-im
Ms.	średni-im	Wilhelm-im

Doskonale widać na powyższych przykładach, że wzory odmiany pokrywają się niemal całkowicie. Aby uniknąć błędów musimy jednak pamiętać, że w narzędniku i miejscowniku nazwiska zakończone na -e zachowują tę samogłoskę, którą kończy się forma mianownika, np. (z) Lindem, (o) Lindem (nie: (z) Lindym).

Odrębną grupę stanowią męskie nazwiska dwuczłonowe, np. Bachleda-Curus, Korwin-Mikke, Wieniawa-Długoszowski. Ich odmiana opiera się na dwóch zasadach:

1. zawsze odmieniamy drugą część nazwiska.
2. części pierwszej nie odmieniamy tylko wtedy, gdy jest nazwą herbu lub zawołaniem bojowym: Korab-Brzozowskiego, Korwin-Mikkego, ale: Wieniawy-Długoszowskiego, Bachledy-Curusia.

Gdy nie jesteśmy pewni genezy pierwszej części nazwiska, lepiej uznać ją za odmienną. Prawdopodobieństwo popełnienia błędu będzie wtedy o wiele mniejsze niż przy założeniu odwrotnym.

A na zakończenie, jak zawsze, trochę humoru:

**Przychodzi pacjent do lekarza i mówi:
– Panie doktorze, tak mnie strasznie wątroba boli!
Na to lekarz:
– A pije pan wódkę?
– Piję, ale to nie pomaga!**



ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1967

UWAGA!!! ZMIANA TERMINU SPOTKANIA z przyczyn niezależnych od organizatorów!!! Program i koszt uczestnictwa pozostają bez zmian.

Spotkanie odbędzie się 16 maja 2015 r. we Wrocławiu.

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1965

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 3 października 2015 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

3 października 2015 r. (sobota)

- godz. 10.00 Msza święta (kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1)
Część oficjalna – Uniwersytet Wrocławski, Aula Leopoldina
- godz. 11.00 Śniadanie studenckie – foyer Auli Leopoldina UWr
- godz. 12.00 Otwarcie zjazdu – Aula Leopoldina UWr
- godz. 12.15 Wystąpienie chóru Medici Cantantes Uniwersytetu Medycznego
Przemówienie JM rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów
Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcia pamiątkowe
- Godz. 14.00 Zwiedzanie Wieży Matematycznej i wystawy „300 lat Uniwersytetu Wrocławskiego”
- Godz. 18.00 Uroczysta kolacja – hotel „Gem”, ul. Mianowskiego 2B, Wrocław (boczna al. Kochanowskiego)

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
całkowity koszt – 300 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 150 zł,
tylko część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 30.04.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1965” lub bezpośrednio w DIL u p. Patrycji Malec przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu).

Rezerwacja noclegów: recepcja, tel. 71 372 90 13, wew. 8 lub 536 956 602, hasło „Izba Lekarska” (www.gemhotel.pl, e-mail: hotel@hotelgem.com.pl).

Blizszych informacji udzielają:

Krystyna Januszkiewicz-Mielecka, kom. 693 328 993,
Aleksandra Prandota-Schoepp, kom. 609 232 632,
Ligia Socha, kom. 625 505 071.

Za Komitet Organizacyjny
Krystyna Januszkiewicz-Mielecka,
Aleksandra Prandota-Schoepp, Ligia Socha

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1970

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 45-lecia ukończenia Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 19-20 czerwca 2015 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

19 czerwca 2015 r. (piątek)

godz. 16.15-18.45 Rejs statkiem „Driada” po Odrze (grill na statku)
Rozpoczęcie i zakończenie rejsu – przystań k. Hali Targowej, bulwar Dunikowskiego, Wrocław

20 czerwca 2015 r. (sobota)

godz. 10.00 Msza św. – kościół pw. Najświętszego Serca Jezusowego, pl. Grunwaldzki 3, Wrocław (tuż za mostem Grunwaldzkim)

Część oficjalna

Collegium Anatomicum, Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej UM we Wrocławiu
ul. Chałubińskiego 6A, Wrocław

godz. 11.00 Śniadanie studenckie
godz. 12.00 Wykład okolicznościowy
godz. 13.00 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 19.00 Bankiet – restauracja „Pergola” ul. Wystawowa 1, Wrocław (Hala Stulecia)

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej (zakwaterowanie we własnym zakresie):
całkowity koszt – 300 zł,
sobota (część oficjalna + bankiet) – 200 zł,
tylko statek (piątek) – 150 zł,
tylko część oficjalna (sobota) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 10.04.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1970” lub bezpośrednio w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Komitet Organizacyjny
Barbara Bruzewicz-Miklaszewska, Henryk Lisiak

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1977

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w dniach 5-7 czerwca 2015 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy-Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

5 czerwca 2015 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie w pensjonacie „Beata”
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

6 czerwca 2015 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Polanicy-Zdroju
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed pensjonatem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny, zwiedzanie Polanicy-Zdrój
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

7 czerwca 2015 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 400 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 300 zł,
piątek-niedziela bez noclegów – 250 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 200 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 10.04.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1977 L” lub bezpośrednio w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Za Komitet Organizacyjny
Małgorzata Rudnicka, Danuta Sidor

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 30-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 29-31 maja 2015 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy-Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

29 maja 2015 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie w pensjonacie „Beata”
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

30 maja 2015 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Polanicy-Zdroju
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed pensjonatem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny, zwiedzanie Polanicy-Zdrój
godz. 18.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 19.00 Bankiet

31 maja 2015 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 400 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 300 zł,
piątek-niedziela bez noclegów – 250 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 200 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 10.04.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1985 S” lub bezpośrednio w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Blizszych informacji udzielają:

Aneta Łojewska, tel. 505 941 615,
e-mail: aneta.lojewska@gmail.com
Waldemar Jarosiewicz, tel. 601 796 749,
e-mail: wj@dentist.pl

Za Komitet Organizacyjny
Aneta Łojewska, Waldemar Jarosiewicz

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 22-24 maja 2015 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy-Zdroju (ul. Rybna 9).



Program zjazdu

22 maja 2015 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie
w pensjonacie „Beata”
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

23 maja 2015 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer
po Polanicy-Zdroju
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
przed pensjonatem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny, zwiedzanie
Polanicy-Zdrój
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

24 maja 2015 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 400 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 300 zł,
piątek-niedziela bez noclegów – 250 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 200 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 10.04.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1985 L” lub bezpośrednio w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Za Komitet Organizacyjny
Dorota Radziszewska, Jacek Chodorski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROZCZNIK 1995

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 18-20 września 2015 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy-Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

18 września 2015 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie
w pensjonacie „Beata”
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

19 września 2015 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer

godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed pensjonatem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny, zwiedzanie Polanicy-Zdrój
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

20 września 2015 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 400 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 300 zł,
piątek-niedziela bez noclegów – 250 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 200 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 30.04.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1995 L” lub bezpośrednio w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Za Komitet Organizacyjny
Radosław Tarkowski

**Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu,
tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl**

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 8 stycznia 2015 roku

NR 2/2015

*w sprawie wyrażenia opinii o kandydacie
na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie dermatologii i wenerologii*
§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr n. med. Aliny Jankowskiej-Konsur na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie dermatologii i wenerologii.

NR 3/2015

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 4-9/2015

w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z powodu śmierci

NR 10/2015

w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w związku z zawieszeniem prawa wykonywania zawodu
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu podejmuje uchwałę w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą praktyki lekarskiej wykonywanej przez lekarza (...), wpisanego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem księgi rejestrowej (...), z powodu zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na podstawie Zarządzenia nr 273/Z/2014 r. prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu z dnia 17.12.2014 r. w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na podstawie wyroku sądu.

§ 2

Od uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu lekarzowi przysługuje odwołanie do ministra zdrowia, za pośrednictwem Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, w ciągu 14 dni od jej doręczenia.

NR 11/2015

w sprawie sprawdzianu z bioetyki i prawa medycznego oraz orzecznictwa lekarskiego dla lekarzy stażystów
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyznacza lek. Małgorzatę Niemiec i dr n. med. Jakuba Trnkę do przeprowadzenia sprawdzianu z bioetyki i prawa medycznego oraz lek. Wiesławę Niemiec-Gmerek do przeprowadzenia sprawdzianu z orzecznictwa lekarskiego dla lekarzy stażystów, którzy rozpoczęli staż 01.10.2014 r. oraz rozpoczną staż 01.03.2015 r.

działu z orzecznictwa lekarskiego dla lekarzy stażystów, którzy rozpoczęli staż 01.10.2014 r. oraz rozpoczną staż 01.03.2015 r.

NR 12-13 i 15-22/2015

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej

NR 14/2015

w sprawie wysokości miesięcznej składki członkowskiej

NR 23/2015

w sprawie zawarcia umowy zlecenia z doradcą podatkowym
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na zawarcie umowy zlecenia z doradcą podatkowym, p. Barbarą Mieczkowską, dotyczącą rozliczenia podatkowego za 2014 rok, w okresie II-IV 2015 r. z kwotą wynagrodzenia (...) zł netto + VAT miesięcznie oraz umowy o doradztwo podatkowe dla lekarzy, na okres I-XII 2015 r. z kwotą wynagrodzenia ryczałtowego (...) zł brutto miesięcznie.

NR 24/2015

w sprawie spłaty pożyczki zaciągniętej w Śląskiej Izbie Lekarskiej
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na spłatę pożyczki otrzymanej od Śląskiej Izby Lekarskiej, zaciągniętej na podstawie uchwały nr 88/2013 DRL z dnia 28 marca 2013 r.

NR 25/2015

w sprawie zmiany uchwały nr 37/2010 DRL z dnia 21 stycznia 2010 r. dot. diet za udział w posiedzeniach i pracy członków organów izby lekarskiej, zmienionej uchwałą nr 44/2011 DRL z dnia 27 sierpnia 2011 r. oraz uchwałą nr 326/2013 DRL z dnia 19 grudnia 2013 r.
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 37/2010 DRL z dnia 21 stycznia 2010 r., dot. diet za udział w posiedzeniach i pracy członków organów izby lekarskiej, zmienionej uchwałą nr 44/2011 DRL z dnia 27 sierpnia 2011 r. oraz uchwałą nr 326/2013 DRL z dnia 19 grudnia 2013 r., w następujący sposób: w załączniku nr 1 do uchwały nr 37/2010 DRL z dnia 21 stycznia 2010 r. ze zmianami, w pozycji prezes limit miesięczny: słowa „do ilości dni roboczych” zmienia się na „do ilości dni w miesiącu”; w pozycji wiceprezes dopisuje się „ds. finansowych”.

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie internetowej: bip.dilnet.wroc.pl

**Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska**

Katedra Medycyny Ratunkowej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

NAGŁE ZAGROŻENIA W NASTĘPSTWIE URAZÓW (stary i nowy tryb)**Termin kursu: 23-27.03.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr Krzysztof Dudek
Miejsce kursu: Katedra Medycyny Ratunkowej UMW, ul. Bujwida 44a, Wrocław
Liczba miejsc: 20 osób
Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 15 marca 2015 r.

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

CHIRURGIA ENDOKRYNOLOGICZNA**Termin kursu: 24-27.03.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr Beata Wojtczak
Miejsce kursu: I Katedra Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UMW, ul. Skłodowskiej-Curie 66, Wrocław
Liczba miejsc: 20 osób
Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 15 marca 2015 r.

Katedra i Klinika Neonatologii UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w neonatologii oraz lekarzy pediatrów dyżurujących na oddziałach noworodkowych do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

ZASADY RESUSCYTACJI NOWORODKA (stary i nowy tryb)**Termin kursu: 13.05.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr Małgorzata Czyżewska
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Neonatologii UMW, ul. Borowska 213, Wrocław

Liczba miejsc: 12 osób
Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 20 kwietnia 2015 r.

Katedra Medycyny Ratunkowej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

NAGŁE ZAGROŻENIA WIEKU DZIECIĘCEGO (stary i nowy tryb)**Termin kursu: 18-22.05.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Jan Godziński, prof. nadzw.
Miejsce kursu: Katedra Medycyny Ratunkowej UMW, ul. Bujwida 44a, Wrocław
Liczba miejsc: 20 osób
Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do końca kwietnia 2015 r.

Katedra Medycyny Ratunkowej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

NAGŁE ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA W CHOROBY ONKOLOGICZNYCH (stary i nowy tryb)**Termin kursu: 25-26.05.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Jan Godziński, prof. nadzw.
Miejsce kursu: Katedra Medycyny Ratunkowej UMW, ul. Bujwida 44a, Wrocław
Liczba miejsc: 20 osób
Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do końca kwietnia 2015 r.

Katedra i Klinika Neonatologii UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w neonatologii do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

PROMOCJA ZDROWIA W PERINATOLOGII (stary i nowy tryb)**Termin kursu: 08-10.06.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik, prof. nadzw.
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Neonatologii UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba miejsc: 15 osób
Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 10 maja 2015 r.

Katedra Medycyny Sądowej, Zakład Technik Molekularnych UMW zapraszają lekarzy specjalizujących się w medycynie sądowej na kurs specjalizacyjny z listy CMKP:

BADANIA GENETYCZNE W SPRAWACH USTALANIA OJCOSTWA**Termin kursu: 08-12.06.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Tadeusz Dobosz
Organizator kursu: Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, Zakład Technik Molekularnych
Miejsce kursu: Zakład Technik Molekularnych, ul. Chałubińskiego 2a, Wrocław
Liczba uczestników: 12 osób
Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 15 maja 2015 r.

Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Rozwojowej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w rehabilitacji medycznej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

REHABILITACJA DZIECI RYZYKA**Termin kursu: 08-12.06.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Ludwika Sadowska
Miejsce kursu: Dolnośląska Izba Lekarska, al. Matejki 6, Wrocław
Liczba miejsc: 25 osób
Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 10 maja 2015 r.

Programy kursów oraz zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl**Szczegółowych informacji udziela mgr Anna Zawłódzka, tel. 71 784 11 60 oraz e-mail: anna.zawlodzka@umed.wroc.pl**

Katedra i Klinika Neurologii UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w neurologii na kurs obowiązkowy do specjalizacji z dotychczasowym programem z listy CMKP:

ELEKTROENCEFALOGRAFIA (EEG)**Termin kursu: 15-17.06.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Anna Pokryszko-Dragan
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Neurologii, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba miejsc: 30
Kurs bezpłatny – 11 punktów edukacyjnych
Zgłoszenia do 15 kwietnia 2015 r.

Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii Lekarskiej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych oraz innych zainteresowanych tematyką na kurs z listy CMKP:

CHOROBY PASOŻYTNICZE I TROPIKALNE**Termin kursu: 16-17.04.2015 r., godz. 9.00**

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Brygida Knysz, dr Maria Wesołowska
Miejsce kursu: ul. Wszystkich Świętych 3, Wrocław
Liczba uczestników: 20
Kurs bezpłatny – 10,5 punktu edukacyjnego
Zgłoszenia na kurs do 15 marca 2015 r.

KURSY – STOMATOLOGIA

Katedra i Zakład Periodontologii UMW zaprasza lekarzy dentyków specjalizujących się w periodontologii na kursy z listy CMKP:

PODSTAWY DIAGNOSTYKI I LECZENIA W PERIODONTOLOGII**Termin kursu: 8-12.06.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Marek Ziętek
Miejsce kursu: Katedra i Zakład Periodontologii, ul. Krakowska 26, Wrocław
Liczba miejsc: 15
Kursy bezpłatne

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej UMW zaprasza lekarzy dentyków specjalizujących się w stomatologii dziecięcej z nowym programem specjalizacji na kursy z listy CMKP:

EDUKACJA PROZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA JAMY USTNEJ U DZIECI, MŁODZIEŻY ORAZ KOBIET W CIĄŻY**Termin kursu: 01-03.06.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Urszula Kaczmarek

PODSTAWY DIAGNOSTYKI I POSTĘPOWANIA PROFILAKTYCZNO-LECZNICZEGO W STOMATOLOGII WIEKU ROZWOJOWEGO**Termin kursu: 21-25.09.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Urszula Kaczmarek

USZKODZENIA POURAZOWE ZĘBÓW I CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI U DZIECI I MŁODZIEŻY**Termin kursu: 28.09-02.10.2015 r.**

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Urszula Kaczmarek

Miejsce kursów: Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej, ul. Krakowska 26, Wrocław
Liczba miejsc: 20
Kursy bezpłatne

Program oraz zapisy elektroniczne na stronie www.zapisy.umed.wroc.pl**Szczegółowych informacji udziela mgr Elżbieta Adamczyk, tel. 71 784 11 57 oraz e-mail: elzbieta.adamczyk@umed.wroc.pl**

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu
oraz Interdyscyplinarna Pracownia Prawa Medycznego
i Bioetyki Uniwersytetu Wrocławskiego
zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową

pt. „INFORMOWANIE PACJENTA I UZYSKIWANIE ZGODY NA LECZENIE”

która odbędzie się **30 marca 2015 r. (poniedziałek)**
w godz. **9.00-14.30**

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji – dr hab. Andrzej Wojnar
Uczestnikowi konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych.

**Szkolenie adresowane
jest wyłącznie do lekarzy medycyny.**

Program konferencji

- godz. 9.00-10.00 Prawne wymogi i znaczenie informacji przekazywanej pacjentowi przez lekarza prowadzący – dr n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska, kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki Uniwersytetu Wrocławskiego
- godz. 10.00-11.30 Prawne aspekty zgody pacjenta na leczenie (rodzaje zgody, forma zgody, skutki prawne zgody lub jej braku) prowadzący – dr n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska, kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki Uniwersytetu Wrocławskiego
- godz. 11.30-12.00 PRZERWA
- godz. 12.00-13.30 Psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem prowadzący – dr Agnieszka Olchowska-Kotala, Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
- godz. 13.30-14.30 Praktyczne aspekty informowania pacjenta i uzyskiwania zgody na leczenie prowadzący – dr n. med. Witold Wnukiewicz, Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Osoby zainteresowane udziałem w konferencji proszone są o pisemne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz Polskie Towarzystwo Żywnościowe, Dojelitowego i Metabolizmu
(POLSPEN)

zapraszają na kurs medyczny

pt. „LECZENIE ŻYWIENIOWE DLA ZESPOŁÓW ŻYWIENIOWYCH”

który odbędzie się **10 kwietnia 2015 r. (piątek)** w godz. **9.00-16.00**
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji
– dr n. med. **Elżbieta Koczur-Szozda**, dr hab. **Jacek Sobocki**
Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program kursu

- godz. 8.45-9.00 Otwarcie konferencji
dr n. med. **Elżbieta Koczur-Szozda**, dr hab. **Jacek Sobocki**
- godz. 9.00-9.30 *Niedożywienie: występowanie, przyczyny, następstwa. Rodzaje niedożywienia. Ocena stanu odżywienia*
dr hab. **Jacek Sobocki**
- godz. 9.30-10.00 *Planowanie interwencji żywieniowej; wybór drogi leczenia, określenie zapotrzebowania*
dr hab. **Jacek Sobocki**
- godz. 10.00-10.30 *Wskazania do żywienia dojelitowego. Prowadzenie i nadzór żywienia. Podstawy wyboru diet*
dr n. med. **Elżbieta Koczur-Szozda**
- godz. 10.30-11.00 *Systemy podaży diet. Opieka nad dostępem do przewodu pokarmowego*
dr n. med. **Anna Zmarzły**
- godz. 11.00-11.30 *Dostęp do przewodu pokarmowego w żywieniu dojelitowym*
dr n. med. **Roman Massopust**
- godz. 11.30-12.00 *Powikłania żywienia dojelitowego*
dr n. med. **Konrad Matysiak**
- godz. 12.00-12.30 PRZERWA KAWOWA
- godz. 12.30-13.00 *Planowanie interwencji żywieniowej; żywienie pozajelitowe*
dr n. med. **Marek Kunecki**
- godz. 13.00-13.30 *Dostęp do układu naczyniowego w żywieniu pozajelitowym. Zasady opieki nad dostępem centralnym*
dr n. med. **Katarzyna Matysiak-Luśnia**
- godz. 13.30-14.00 *Leczenie żywieniowe u dzieci*
lek. **Katarzyna Świątek**
- godz. 14.00-14.30 *Zasady bezpiecznego przygotowywania mieszanin. Rola farmaceuty w zespole żywieniowym*
dr hab. **Katarzyna Małolepsza-Jarmołowska**
- godz. 14.30-15.00 *Powikłania żywienia pozajelitowego*
dr n. med. **Marek Kunecki**
- godz. 15.00-15.30 *Nadzór nad leczeniem żywieniowym. Prowadzenie dokumentacji. Wymogi MZ i NFZ – rozliczanie i współpraca*
dr n. med. **Anna Zmarzły**
- godz. 15.30-16.00 Test i zakończenie kursu

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są o pisemne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz Katedra i Zakład Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na konferencję

pt. „ZAKAŻENIA U PACJENTÓW POZASZPITALNYCH”

która odbędzie się **15 maja 2015 r. (piątek)** w godz. **9.00-15.00** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji – prof. dr hab. **Grażyna Gościńskiak**
Uczestnikowi konferencji przysługuje 5 punktów edukacyjnych.

Program konferencji

- godz. 9.00-10.00 *Wpływ diety bezglutenowej na zmianę flory bakteryjnej pacjenta*
prof. dr hab. **Grażyna Gościńskiak**
- godz. 10.00-11.00 *Nużycza oczna w praktyce lekarza rodzinnego*
dr n. med. **Jolanta Rusiecka-Ziółkowska**
- godz. 11.00-12.00 *Aktualne wskazania do eradykacji *Helicobacter pylori**
dr n. med. **Monika Biernat**
- godz. 12.00-12.30 PRZERWA
- godz. 12.30-13.30 *Badania mikrobiologiczne w diagnostyce zakażeń pozaszpitalnych*
dr n. med. **Małgorzata Fleischer**
- godz. 13.30-14.30 *Biegunka poantybiotykowa u pacjentów leczonych ambulatoryjnie*
dr n. med. **Katarzyna Jermakow**
- godz. 14.30-15.00 Dyskusja i zakończenie konferencji

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o pisemne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.



Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na konferencję, która odbędzie się

14 marca 2015 r. (sobota) w godz. 10.00-14.30
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

„POSTĘPOWANIE W TRUDNYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH W STOMATOLOGII”

Kierownik konferencji – dr hab. Marzena Dominiak, prof. nadzw.
Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Program konferencji

W codziennej praktyce lekarskiej zdarzają się sytuacje wymagające nieszablonowego postępowania stomatologicznego, szczególnie jeżeli chcemy zapewnić pacjentowi funkcję i estetykę, a pacjent wymaga inwazyjnego postępowania, np. usunięcia zęba lub zębów.

godz. 10.00-11.30 **dr n.med. Paweł Witek**

- Czy zawsze należy usunąć całego zęba? Czy da się wykorzystać jego część?
- Protezy ruchome – jak postępować, gdy pojawiają się dolegliwości bólowe? Czy podścielać? Czy korygować powierzchnię okluzyjno-artykulacyjną? Jak i czym?
- Czy da się wykorzystać uzupełnienie ruchome, gdy zachodzi konieczność usunięcia zęba?

- Uszkodzenie uzupełnienia stałego – co możemy zrobić? Wymieniać, czy naprawiać i jak?
- Ważne wydarzenie dla pacjenta a zęby zniszczone i jak w krótkim czasie polepszyć estetykę uśmiechu?

godz. 11.30-12.00 przerwa

godz. 12.00-13.00 **dr n.med. Paweł Witek**

- Zdarzają się przypadki bólowe, gdzie trudno wskazać przyczynę dolegliwości, która może ukrywać się w przyzębiu, np. w zainfekowanej furkacji, jak rozpoznać przyczynę bólu i jak postępować, by zęba pozostawić w łuku zębowym?

godz. 13.00-14.30 **dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska**

Zakład Badania i Leczenia Bólu Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, sekretarz Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

- Ból ostry w stomatologii
- Diagnostyka pacjenta z bólami jamy ustnej i twarzy w ujęciu Poradni Leczenia Bólu
- Pourazowa neuropatia nerwu trójdzielnego w ujęciu IASP

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o e-mailowe lub telefoniczne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcentia@dilnet.wroc.pl, tel. 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się **17 kwietnia 2015 r. (piątek) w godz. 9.00-13.30** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Temat:

„MOŻLIWOŚCI ROZWOJU PRYWATNYCH PRAKTYK STOMATOLOGICZNYCH W KONTEKŚCIE PRAWA MEDYCZNEGO”

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.
Kierownik naukowy kursu – lek. dent. Alicja Marczyk-Felba

Program kursu

- godz. 9.00-10.00 *Ryzyko prawne związane z wykonywaniem zawodu lekarza – prawo medyczne*
dr Katarzyna Schmidt-Kwiecińska, radca prawny
- godz. 10.00-10.15 PRZERWA
- godz. 10.15-12.00 *Komunikacja marketingowa, czyli jak przekonać pacjenta do usług placówki medycznej*
mgr Marcin Kowalski
- godz. 12.00-12.30 PRZERWA
- godz. 12.30-13.30 *Zewnętrzne źródła finansowania działalności firmy medycznej. Dotacje, pożyczki z Unii Europejskiej, granty*
mgr Martyna Dąbrowska

Podczas kursu istnieje możliwość skorzystania z bezpłatnego doradztwa w obszarach: dotacje, pożyczki z Unii Europejskiej, szkolenia pracowników, rozwój firmy z branży stomatologicznej.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są o e-mailowe lub telefoniczne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcentia@dilnet.wroc.pl, tel. 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

Katedra i Klinika Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Delegatura Ostrowsko-Krotoszyńska

Wielkopolskiej Izby Lekarskiej,

Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej

w Ostrowie Wielkopolskim,

Oddział Wielkopolsko-Lubuski PChD

oraz Stowarzyszenie „Chirurgia Dzieciom” – Poznań zapraszają na konferencję pt.

II WIELKOPOLSKIE SPOTKANIE CHIRURGÓW Z PEDIATRAMI

i

I FORUM MŁODYCH PEDIATRÓW I CHIRURGÓW

które odbędą się w dniach **29-30 maja 2015 r.** w Ostrowie Wielkopolskim.

Bliższe informacje dotyczące programu i rejestracji znajdują się na stronie: <http://www.szpital.osw.pl>, zakładka konferencje, tel. 62 595 12 91, Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim. Program konferencji dostępny na stronie DIL.

dr hab. med. Przemysław Mańkowski
kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego we współpracy z wojewódzkim konsultantem w dziedzinie pediatrii dla województwa dolnośląskiego zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową

pt. „DOLNOŚLĄSKIE SPOTKANIE PEDIATRÓW”

która odbędzie się **14 marca 2015 r. (sobota) w godz. 9.30-14.30** w hotelu „Radisson Blu”, ul. Purkyniego 10 we Wrocławiu.

Program

- | | | |
|-------------------|---|--|
| godz. 9.30-9.35 | Otwarcie konferencji | dr n. med. Patrycja Krzyżanowska-Berkowska |
| godz. 9.35-10.00 | <i>Pakiet onkologiczny – nowe wyzwania dla pediatry</i>
prof. dr hab. n. med. Bernarda Kazanowska | godz. 12.05-12.30 <i>Astma przez wiek</i>
dr n. med. Ewa Willak-Janc |
| godz. 10.00-10.25 | <i>Co pediatra powinien wiedzieć na temat urologii dziecięcej?</i>
prof. dr hab. n. med. Wojciech Apoznański | godz. 12.30-12.40 Wystąpienie przedstawiciela firmy |
| godz. 10.25-10.50 | <i>Neuroinfekcje u dzieci</i>
prof. dr hab. n. med. Leszek Szenborn | godz. 12.40-13.35 <i>Trudności diagnostyczne i terapeutyczne – prezentacja przypadków przy czynnym udziale słuchaczy</i> |
| godz. 11.00-11.10 | Wystąpienie przedstawiciela firmy | godz. 13.35-13.50 Komunikaty wojewódzkiego konsultanta w dziedzinie pediatrii |
| godz. 11.10-11.40 | Przerwa kawowa | godz. 13.50-14.00 Zamknięcie konferencji. Wręczenie certyfikatów |
| godz. 11.40-12.05 | <i>Wybrane zagadnienia okulistyki dziecięcej</i>
dr n. med. Katarzyna Maścianica, | |

przewodnicząca Komitetu Naukowego
przewodnicząca Dolnośląskiego Oddziału PTP
prof. dr hab. D. Zwolińska

przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
sekretarz Dolnośląskiego Oddziału PTP
dr n. med. A. Medyńska

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

(Kn) Utarte w szerokich kołach mniemanie, że opisy towarzyszących śmierci męczarni często grzeszą przesadą, jest błędem, jak twierdzi jeden z oficerów armii niemieckiej w piśmie specjalnym. Przy zdaniu swem autor stoi mocno, tam zwłaszcza, gdzie mówi o konaniu na polu bitwy. Prawie wszyscy zranieni śmiertelnie, o ile nie znieczuli się ich sztucznie, odczuwają arcydokładnie do ostatnich chwil postępujące zmniejszanie się sił żywotnych, śmierć szybką i nieuchronną i z życiem rozstają się bardzo ciężko. Horacy mylił się stanowczo i bitwy nie widział nigdy, gdy pisał słynny aforyzm swój: dulce et decorum est pro patria mori. Zdrowotność i siła narządów, które z pełni życiowej sprawności swej przechodzą nagle w stan zagłady, czynią zgon cięższym jeszcze, niż po chorobie.

Frazezem również jest następujący, ulubiony przez autorów, okres efektowny: „Dowódzca szedł do ataku na czele kolumny szturmującej. Trafiony kulą, padł i skonał w tej chwili” i t. d. Otóż rzadko, niesłychanie rzadko kula zabija od razu, nie mówiąc już o tem, że tego rodzaju atak odkryty przeszedł



zupelnie w krainie wspomnień. Razoni pociskiem walczą ze śmiercią długie nieraz godziny lub chwile i wyjątkowo tylko kula zabija od razu. Bitwa dzisiejsza, pozbawiona całkiem pierwiastków grozy poetyckiej, nie nęci nikogo swą dramatycznością, jak mniema skłonny do idealizowania twórca obrazów wojennych. Również grzeszą nieprawdą opisy zachowania się rannych po otrzymaniu ciosu, a bajką jest nieodczuwanie bólu w chwilach początkowych pod wpływem batalistycznej ekstazy. Strzelanina odbywa się dziś najczęściej przecie z kilkometrowego dystansu, pocisk przebiega do 200 metrów w sekundę i, torując sobie drogę w mięsie ludzkim, wyrządza rany szarpane, co do których nonsensem byłoby mniemać, że nie sprawiają bólu. Zresztą, i ból ten, jak twierdzi autor z własnego doświadczenia, nie jest wyłącznym jakimś objawem urazu, gdyż daleko ciężiej ranny cierpi od następstw porażenia lub wstrząsu.

**„Kronika Lekarska” 1906,
XXVI, 652**

**excerpta selegit
Andrzej Kierzek**

Zapiski emeryta

Panie na lewo, panowie na prawo

Dawno, dawno temu, w ubiegłym wieku, w czasach, gdy w Polsce były jeszcze chodzące kury (o żubrach i niedźwiedziach nie wspomnę), w czasie wycieczek autobusowymi „ogórkami”, nie było przydrożnych zajazdów i toalet, wycieczka przystawała w lesku i padała tradycyjna tytułowa komenda dotycząca leczenia zastoju moczu.

Podobnie było w szpitalach, gdzie po jednej stronie korytarza był oddział męski, po drugiej żeński. I nagle wszystko uległo zmianie. Nie było uroczystego ogłoszenia, ani w TV, ani w prasie. Na jednym oddziale obok siebie znajdują się pokoje męskie i żeńskie, ba... czasem co kilka dni zmieniają płciową zawartość! Na oddziałach intensywnej terapii nie ma nawet podziału na sale, muszą wystarczyć parawany. Na razie oddzielne są jeszcze toalety, ale... Ostatnio przyjęto do szpitala osobnika, który kategorycznie domagał się (domagała się) położenia na sali męskiej, bo jej dowód osobisty cierpi na samą myśl, że mógłby przebywać na sali żeńskiej. Przecież czuje się prawdziwym mężczyzną. Na przytomne (jakżeż niestosowne) pytanie pielęgniarki, czy ma miesiączki, wzdrygnął się i zatrzęsł cały z oburzenia i obrzydzenia. Zgodnie więc z podawaną preferencją spoczął wśród genetycznych mężczyzn.

W nocy doszło do sceny jak z filmu „Seksmisja”. Potęgą męskich feromonów wywołała mensis! Natychmiast na oddziale przywrócono porządek prawny zgodny z aktualnym peselem (nieparzysta przedostatnia cyfra).

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Sri Lanka oznacza w sanskrycie „olśniewający kraj”. Tak nazywa się od roku 1972 wyspa na Oceanie Indyjskim u wybrzeży Indii, znana od wieków jako Cejlon. Nazwę tę, nawiązującą do tradycji kraju, wprowadziła pani Sirimavo Bandaranaike, pierwsza na świecie kobieta sprawująca wówczas funkcję premiera, którą objęła po swoim mężu zamordowanym przez fanatycznego, buddyjskiego mnicha. A tradycje ów kraj ma długie, bo liczą one 25 wieków. Ta piękna wyspa była w tym roku celem naszej wyprawy. Od kilku lat z grupą dojrzałych wiekowo przyjaciół „dajemy odpocząć od siebie” studentom w czasie sesji zimowej i sami też odpoczywamy. Rozsądek wyeliminował z naszych planów urlopowych wyjazdy narciarskie, stąd ciepłe kraje. Nigdy w czasach słusznie minionych nie myślałem, że sub finem vitae będę mógł wypoczywać nad Oceanem Indyjskim. Jako młody człowiek zazdrościłem niemieckim emerytom, którzy podróżowali po całym świecie. Nie sądziłem, że dołączę do ich grona. Szczęśliwie tak się jednak stało.

Dzięki temu mogłem z niemieckimi emerytami wymieniać poglądy przy szklaneczce lankijskiego piwa o wdzięcznej nazwie Lion.

Minusem takich wypraw jest odległość, ale chluba naszego lotnictwa boeing, zwany dreamlinerem, dzięki swoim udogodnieniom czyni trwającą ponad 10 godzin podróż znośną. Mężczyca lot rekompensują: łagodny, równikowy klimat, wysokie temperatury, piękne plaże i ocean. Ludzie są biedni, ale przyjaźni. Dzieci uczęszczają do szkół od piątego roku życia. Noszą piękne, białe mundurki. Zanim wybraliśmy się na Cejlon, myśleliśmy, że ten kraj to „miniatura” Indii. Nasze przypuszczenia okazały się dalekie od rzeczywistości. Dominuje tu buddyzm, który jest w istocie bardziej systemem filozoficznym niż religią. Pozostaje on w ścisłej symbiozie z religią i bóstwami hinduistycznymi. Przez trzydzieści lat kraj rozdzierała wojna domowa o podłożu narodowościowym i religijnym. Walczące o swoje prawa „Tamilskie Tygrysy” uznawane były przed kilkunastu laty za najgroźniejszą organizację terrorystyczną

na świecie. Od kilku lat panuje na szczęście pokój. Tamilowie stali się równoprawnymi obywatelami i kraj szybko się rozwija.

Cejlon to przede wszystkim kraj herbaty i szafirów. Herbatę sprowadzili pod koniec XIX wieku Anglicy. Muszę przyznać, że w pochwałach smakoszy nie ma ani trochę przesady. Zwiedziliśmy plantację herbaty i zaopatrzyliśmy się w taką jej ilość, na jaką pozwoliły nasze schowki w torbach podróżnych. Łatwiej było z szafirami, które są nie tylko, jak myślałem, niebieskie, ale prawie we wszystkich możliwych kolorach i które bez problemów mieszczą się w każdym bagażu. Panie oczywiście „oszałały”, dokonując trudnych wyborów. Ale sesja się skończyła, studenci wrócili na zajęcia, my wróciliśmy do pracy. Pozostały wspomnienia, opalenizna i plany na przyszłość. Pijąc właśnie filiżankę dobrej cejlońskiej herbaty, życzę Wam wspańniętych planów urlopowych...

Wasz Bywalec



II Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squashu

0 Puchar Prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

11 kwietnia 2015

ROZGRYWKI W KATEGORIACH:
- Open
- +45
- Kobiet
Kategoria zostanie rozegrana przy min. 8 uczestnikach.

ZAPEWNIAMY:
- posiłek w trakcie rozgrywek
- herbatę, kawę, owoce
- koszulki turniejowe dla uczestników

NAGRODY:
- Dla pierwszych trzech miejsc: puchary oraz nagrody rzeczowe
- Poczesnia: nagrody rzeczowe do rozlosowania wśród uczestników

MIEJSCE ROZGRYWEK: Centrum Sportowe Hasta la Vista, ul. Górska 5, 53-610 Wrocław
Zapisy: turnieje@hastalavista.pl **Szczegóły:** www.hastalavista.pl

DentaFlex

UNITY STOMATOLOGICZNE

Pod każdym względem. Wyjątkowy.

elmedes Wrocław
ul. Sienkiewicza 54-56
www.elmedes.pl elmedes@elmedes.pl **601 41 51 51**

www.DentaFlex.pl

NIERUCHOMOŚĆ NA SPRZEDAŻ

MOŻLIWOŚĆ NEGOCJACJI CENY!

Działka zagospodarowana, prostokątna, ogrodzona. Na działce domek gospodarczy o pow. 7 m². Ogrzewanie: 2 piece – na koks i na gaz. Ciepła woda – podgrzewacz przepływowy.

Pełna własność. Bez obciążeń. Bryła budynku umożliwia rozbudowę oraz przebudowę wg własnej aranżacji.

Nieruchomość idealnie nadaje się:
– dla rodziny,
– na siedzibę firmy, jak również na gabinety lekarskie.

Doskonała lokalizacja:
– 10 min. od pl. Grunwaldzkiego,
– szybki wyjazd w kierunku Jelczan-laskowic, Oławy, Opola,
– dzięki obwodnicy szybki dojazd do południowej części wrocławia,
– dobra komunikacja z każdą częścią miasta.

Lokalizacja: wschodnia część – Wrocław-Strachocin
Budynek mieszkalny o pow. 100 m², działka o pow. 67 m²

Dom wybudowany w 1978 r. w technologii mieszanej. Dom składa się z 3 poziomów: podpiwniczenia, parteru i piętra. **Podpiwniczenie:** garaż, pomieszczenia gospodarcze i kotłownia. **Parter:** kuchnia: 2 pokoje, wc, wiatrołap, przedpokój. **Piętro:** 3 pokoje, łazienka, schowek, przedpokój. Okna drewniane, na podłogach mozaika dębowa, w łazience kafle. Na ścianach tynk cementowo-wapienny, dach płaski, po kapitalnym remoncie, elewacja – tynk.

Mieszkanie do wynajęcia
W celach mieszkalnych lub na działalność gospodarczą (gabinet, kancelaria) Lokalizacja: Wrocław, okolice pl. Grunwaldzkiego (zbieg ulic Czerwonego Krzyża i Bujwida). Powierzchnia: 67,5 m² : 3 pokoje, kuchnia, garderoba, przedpokój, 2 balkony. IV piętro, winda, budynek z 2002 r.

DOKŁADNE INFORMACJE:
tel. +48 608 633 437, e-mail: biuro@m-home.pl

ELMEDEQ mgr inż. Marcin Białek
Wrocław, ul. Stanów Zjednoczonych 35
marcinb@elmedeq.pl 601 058 819

Profesjonalne narzędzia dla stomatologów i protetyków

www.SAESHIN.pl

SERWIS
AUTOKLAWY
MYJNIE-DEZYNFEKTORY



Z żalem zawiadamiamy, że 7 lutego 2015 roku zmarła,
w wieku 102 lat,
prof. dr hab. n. med.

Noemi

Wigdorowicz-Makowerowa

wieloletni kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej
Akademii Medycznej we Wrocławiu i nauczyciel
kilkudziesięciu pokoleń stomatologów.

Wychowankowie i uczniowie Pani Profesor
oraz członkowie Komisji Historycznej i Kultury DRL

Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Męza

lek. Petroneli Gorajewskiej

składają
lekarze z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

7 lutego 2015 roku odeszła od nas
prof. dr hab. n. med.

Noemi

Wigdorowicz-Makowerowa

specjalista z dziedziny protetyki stomatologicznej,
emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Protetyki
Stomatologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie
składają byli i obecni pracownicy Katedry Protetyki
Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Pani doktor Annie Chodorowskiej
wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

Syna

składają
pracownicy EMC Instytutu Medycznego S.A.

Z wielkim bólem przyjęliśmy wiadomość
o przedwczesnym odejściu naszej Koleżanki

lek. stom. Hanny Wąsowicz

Haniu!

Będzie nam brakowało Twojej niezwyklej energii,
uśmiechu i spontaniczności.

Człowiek odchodzi, pamięć pozostaje!

Szczere wyrazy współczucia Mężowi, Dzieciom, Rodzicom
i najbliższej Rodzinie

składają przyjaciele: Hania, Janka, Maryla i Toni

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie zmarłej

prof. dr hab. Noemi

Wigdorowicz-Makowerowej

składa Zarząd Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

Koleździ **dr. n. med. Kamilowi Jurczyszynowi**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci
Mamy

Marii Mikołajczyk-Jurczyszyn

zm. 23 grudnia 2014 r.

składają
koleżanki i koledzy z Koła Stomatologów DIL
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

prof. dr hab. Noemi

Wigdorowicz-Makowerowej

Wyrazy współczucia Rodzinie
składają kierownik i pracownicy Katedry i Zakładu
Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Koleżance **Marioli Pulce**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i koledzy
z Koła Lekarskiego DIL przy DCChP

Lek. Danucie Daroszewskiej
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności DIL,
przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL
oraz pracownicy kancelarii OROZ i OSL

Koleżance **Ewie Kucharczyk**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają koleżanki i koledzy
z Koła Lekarskiego DIL przy DCChP

Koleżance **Ewie Kucharczyk**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają koleżanki z Oddziału VI B

Dr Annie Chodorowskiej
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Syna

składają koleżanki i koledzy
z Koła Lekarskiego DIL przy DCChP



Fot. z archiwum autorki

Prof. dr hab. med. Wanda Klinowska

08.12.1916-24.03.1985 r.

**wieloletni kierownik II Katedry i Kliniki Pediatrii
AM we Wrocławiu, kontynuatorka wrocławskiej
szkoły pediatrycznej zapoczątkowanej
przez prof. Hannę Hirszfelową
i prof. Marię Prokopowicz-Wierzbowską**

24 marca 2015 r. mija 30 lat od śmierci prof. dr hab. Wandy Klinowskiej, kierownika II Katedry i Kliniki Pediatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Prof. dr hab. Wanda Klinowska, z domu Godlewska, urodziła się w Alma Ata (obecnie Kazachstan, dawniej Wiernyj – Turkiestan). Jej ojciec Roman Godlewski był sędzią, który po ukończeniu studiów na paryskiej Sorbonie, za swoją działalność polityczną został zesłany do azjatyckiej Rosji. Tam pracował m.in. w sądzie okręgowym w Kiszyniowie, Alma-Ata i innych miastach. Po tułaczce (opisanej w książce pt. „Przez płonący wschód” Ferdynanda Goetla) przez Turkiestan oraz Indie, rodzina Godlewskich powróciła do Polski w 1922 r.

Wanda Klinowska świadectwo dojrzałości uzyskała w Krakowie, po ukończeniu gimnazjum humanistycznego w 1934 r. Studia lekarskie odbyła w Krakowie na Uniwersytecie Jagiellońskim w latach 1934-1939, ukończyła je w 1943 r. we Lwowie, uczestnicząc w tajnych kompletach. Dyplom nostryfikowała w 1945 r. na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

W czasie wojny dr Wanda Klinowska pracowała początkowo jako wolontariuszka w Szpitalu Dziecięcym w Tarnowie (1940-1941). Od 1942 r. pracowała w Szpitalu Powszechnym w Tarnowie – również jako wolontariusz, a od 1944 do 1946 r. jako asystent na Oddziale Wewnętrznym i Zakaźnym.

W sierpniu 1946 r. Wanda Klinowska przeniosła się do Wrocławia. Przez rok pracowała jako wolontariuszka w I Klinice Pediatrycznej, a od sierpnia 1947 r. jako starszy asystent. Wzorem i mistrzem dla dr Wandy Klinowskiej była prof. Hanna Hirszfelową, kierownik i twórcza I Kliniki Pediatrycznej. Klinika składała się z 6 oddziałów, wyposażono ją w laboratorium oraz kuchnię mleczną, co było w tym czasie dużym osiągnięciem i postępem. Klinika aktywnie działała na rzecz ludności, a w 1947 r. uruchomiono przy niej żłobek.

Stopień doktora medycyny Wanda Klinowska uzyskała na podstawie rozprawy pt. „Histologiczne zmiany w nadnerczu jeża w ciągu cyklu rocznego” i po złożeniu egzaminów, z wynikiem celującym, na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie w maju 1947 r. Odniosła wielkie zasługi w organizowaniu leczenia pediatrycznego, zwłaszcza w ciężkich latach

powojennych. Wyszkołiła wielu pediatrów. Była współtwórcą Oddziału Pediatrycznego (1954-1964), prowadząc jako zastępca profesora Katedrę Diagnostyki. W grudniu 1963 r. przeprowadziła habilitację („Uszkodzenie wątroby u dzieci z chorobą reumatyczną w świetle gospodarki węglowodanowej”), a w 1965 r. uzyskała stopień docenta. Profesorem nadzwyczajnym została mianowana uchwałą Rady Państwa w 1974 r. Posiadała specjalizację II stopnia z zakresu pediatrii i podspecjalizację z gastroenterologii.

W 1964 r., po śmierci prof. Marii Prokopowicz-Wierzbowskiej, prof. Wanda Klinowska została kierownikiem II Katedry i Kliniki Pediatrii. W latach 1970-1973 była organizatorem i pierwszym dyrektorem Instytutu Pediatrii oraz kierownikiem Kliniki Zaburzeń Odżywiania Niemowląt, która po kilku latach wróciła do starej nazwy: II Katedra i Klinika Pediatrii.

Była również autorką i współautorką ponad 190 prac naukowych. W obszarze jej zainteresowań badawczych znalazły się: gastroenterologia, nefrologia, hematologia. Była promotorem 11 doktoratów, opiekunem 4 przewodów habilitacyjnych, recenzentem ok. 30 prac doktorskich i habilitacyjnych. Pracowała w licznych komisjach uczelnianych. Przez szereg lat była przewodniczącą Towarzystwa Pediatrów Ziemi Zachodnich. Uczestniczyła w wielu zjazdach naukowych, a niektóre organizowała. Brała udział w szkoleniach zagranicznych w Czechosłowacji, Francji, Szwajcarii, Była aktywnym członkiem Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Hematologicznego, Towarzystwa Gastroenterologicznego.

W pierwszych latach pracy w klinice pediatrycznej była także lekarzem szkolnym, lekarzem żłobka Pafawag, konsultantem sanatorium dziecięcego w Czerniawie-Zdroju. Wysoko ceniła sobie współpracę ze studentami Akademii Medycznej, przez szereg lat była opiekunem Domu Studenckiego Bliźniak. Posiadała wiele odznaczeń państwowych i resortowych.

Najbardziej kochała jednak swoich małych pacjentów. Często wspominała, że najważniejsza dla Niej była praca przy łóżku chorego dziecka. Dużo lepiej czuła się w takiej roli niż jako kierownik wśród papierów. Była ciepłą, serdeczną osobą, zawsze chętną do pomocy innym. Do historii przeszły Jej wizyty ordynatorskie, kiedy analizowała przy łóżku chorego wszystkie jego problemy i odchylenia od normy. Niejednokrotnie wizyty trwały kilka godzin, ale były doskonałą szkołą dla młodych lekarzy, którzy uczyli się analizowania i diagnozowania chorób.

Praca w klinice stanowiła dla prof. Wandy Klinowskiej istotę życia, była jej całkowicie oddana. Chorowała kilka lat, a przewlekła niewydolność krążenia doprowadziła do śmierci. Zmarła 24 marca 1985 r.

Pod koniec życia prof. Wandy Klinowskiej „Polski Tygodnik Lekarski” (10.12.1984 r., t. 39, nr 50, s. 1656) przytoczył nieznaną fakt z czasów okupacji. Dr Franciszek Podgórnik z Tarnowa i dr Józef Siuda z Kalisza jako żołnierze oddziału dywersyjnego AK „Teresa” zostali ciężko ranni. Lekarze Szpitala Powiatowego w Tarnowie z Oddziału Chirurgicznego dla Polaków pomimo stałej kontroli przez Gestapo przeprowadzili operację i leczyli, ukrywając ten fakt przed Niemcami przez kilka miesięcy. Prof. Wanda Klinowska była lekarzem niezależnie od okoliczności. Za leczenie chorych z ranami postrzałowymi groziła w razie dekonspiracji kara śmierci. Prof. Wanda Klinowska nigdy o tym nie wspominała.

Należy jednak pamiętać, że była przede wszystkim lekarzem pediatrą, kochała swój zawód, a jedną z Jej uczennic byłam ja, córka.

dr n. med. Jolanta Klinowska-Skupniewska

**CZEŚĆ
ICH
PAMIĘCI!**



Fot. z archiwum autora

Lek. Antoni Spyrka
07.02.1920-26.04.2014 r.
**specjalista chorób wewnętrznych
i reumatologii**

Urodził się w Brzezince w województwie katowickim. Był jednym z pierwszych absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Dyplom lekarza uzyskał 15 czerwca 1951 roku.

Niemal całe życie po dyplomie spędził w Cieplicach. Głównym miejscem jego długoletniego zatrudnienia był Szpital Miejski (przekształcony w szpital wojewódzki Jelenia Góra-Cieplice), gdzie przeszedł wszystkie stopnie swej kariery zawodowej – od asystenta do ofiarnej ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych. Uzyskał to, co było możliwe w ramach ciężkiej pracy w terenie.

Antoni Spyrka ustawicznie się kształcił. Uzyskał drugi stopień specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych i reumatologii. Uczestniczył w licznych kursach i szkoleniach dokształcających, które odbywały się w Warszawie (Instytut Kształcenia Podyplomowego), na Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz na ziemi jeleniogórskiej.

Na późniejszych stronach ukazującego się w Krakowie „Polskiego Tygodnika Lekarskiego” czytamy m.in., że dr Antoni Spyrka wygłosił referat nt. gruźlicy pozapłucnej (1965 r., XXI, s. 409-410). To ślad Jego działalności w prasie ogólnopolskiej, wiele innych dokonań nie zapisano lub, niestety, o nich zapomniano. Dr Spyrka był ponadto czynnym działaczem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Środowisko lekarskie ceniło Jego ciągłą gotowość do niesienia pomocy chorym. Był człowiekiem nadzwyczaj życzliwym, nie tylko dla pacjentów, ale dla wszystkich, którzy mieli przyjemność z nim współpracować. Dr Antoni Spyrka żyć będzie w pamięci koleżanek i kolegów oraz wdzięcznych pacjentów. Nie zapomną o Nim również historycy medycyny z ziemi jeleniogórskiej!

prof. Zbigniew Domostawski

**„Można odejść na zawsze,
by stale być blisko”.**

ks. Jan Twardowski

BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30
czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

mgr Katarzyna Nazaruk – kierownik sekretariatu
tel. 71 798 80 52

inż. Magdalena Tatuch – specjalista

tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr Agnieszka Szymkowiak – starszy referent
tel. 71 798 80 54

Księgowość

Główny księgowy mgr Tomasz Lener

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa

mgr Joanna Mariturzyk – starsza księgowa

mgr Agnieszka Szymura – starszy referent,
tel. 71 798 80 72,

Kadry, Komisja Stomatologiczna

mgr Agnieszka Jamrozik – starszy specjalista

tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy

i Prywatny Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru

tel. 71 798 80 55,

mgr Weronika Pawełkiewicz – starszy referent,
tel. 71 798 80 57,

Joanna Żak – specjalista, tel. 71 798 80 60,

mgr Magdalena Jasien – referent, tel. 71 798 80 61,

mgr Kamila Kaczyńska – referent

Pośrednictwo pracy, konkursy

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej

Barbara Nuckowska – starsza księgowa

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskiej

BGZ O/Wrocław

64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Kasa

Elżbieta Chmiel – starszy kasjer

poniedziałek, środa, piątek 8.00-14.30

wtorek 8.00-15.30, czwartek 8.00-16.00

Komisja Kształcenia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81, godz. 8.00-15.00

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Komisja Bioetyczna

mgr Aneta Walulik – specjalista, tel. 71 798 80 74

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu:

mec. Beata Kozyra-Lukasiak

poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62

środa, piątek 9.30-13.00

wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bielońska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

mgr Aleksandra Kolenda – specjalista,

tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – specjalista,

tel. 71 798 80 76

Grażyna Rudnicka – referent

tel. 71 798 80 75,

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – specjalista, tel. 71 798 80 66,

Jolanta Kowalska-Jóźwik – referent, tel. 71 798 80 58

Składki na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65

Informatyk

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Małgorzata Nakraszewicz

czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek

wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54

Eugenia Serba – starszy referent

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej

Dorota Radziszewska

wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Czołowska – specjalista

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00

piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa

wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica,

tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆Przychodnia zatrudni lekarza stomatologa (z min. 3-letnim stażem), lekarza dermatologa, ginekologa, okulistę ze specjalizacją, tel. 71 31 64 028.

◆Centrum stomatologiczne Dental Studio w Lubinie zatrudni lekarza stomatologa, tel. 76 752 19 86 lub 609 640 930.

◆Zatrudnię lekarza rodzinnego, internistę na etat lub umowę zlecenie w poradni POZ, Wrocław, ul. Strachocińska 84, tel. 603 957 134.

◆Zatrudnię lekarza okuliste w prywatnym gabinecie na umowę zlecenie, Wrocław, ul. Strachocińska 84 (przychodnia), tel. 603 957 134.

◆Klinika Stomatologii Estetycznej Supradent w Jeleniej Górze zatrudni lekarza stomatologa. Kontakt: tel. 667 751 989, e-mail: praca@supradent.com.pl

◆Praca dla lekarza dentysty w bardzo dobrze wyposażonej przychodni w Lubaniu (woj. dolnośląskie). Praca na 4 ręce, gabinet wyposażony m.in. w mikroskop Zeiss, RTG, OPG, tomografię. Bardzo dobre warunki pracy i wynagrodzenia. Oferujemy pomoc w znalezieniu mieszkania.

Zainteresowanych proszę o przesłanie CV na adres: stomatologijastrzebacy@gmail.com

◆Gabinety stomatologiczne w Świdnicy nawiążą współpracę lub zatrudnią lekarza stomatologa, tel. 664 93 22 46 lub 668 445 163.

◆Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii „Celestyn” w Mikoszewie k. Strzelina zatrudni na dogodnych warunkach lekarza psychiatrę dzieci i młodzieży. Wymiar czasu pracy do uzgodnienia. Kontakt: tel. 71 395 81 01, kom. 785 405 000,

e-mail: sekretariat@celestyn.pl

◆Praca dla lekarza dentysty, na NFZ oraz prywatna praktyka, pełny etat, umowa o pracę, wynagrodzenie do uzgodnienia. Praca okolice Wrocławia, tel. 502 343 364.

◆Nowoczesna klinika ortodontji i stomatologii estetycznej w Legnicy nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem z min. 3-letnim doświadczeniem. Praca od maja 2015 r. Forma współpracy do uzgodnienia. Prosimy o przesyłanie CV na adres: proortolegnica@wp.pl

◆Zatrudnię lekarza stomatologa – okolice Wrocławia, Kotlina Kłodzka (wymagana własna działalność oraz staż min. 3 lata), pacjenci tylko prywatni, CV prosimy na e-mail: freshdent@wp.pl, tel. 604 44 97 43.

◆Prywatny gabinet stomatologiczny we Wrocławiu (Krzyki/Klecina) poszukuje do współpracy lekarza stomatologa, wymagana własna działalność gospodarcza. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Więcej informacji pod nr tel. 503 383 403, e-mail: info@dentystka.wroc.pl

◆Zarząd Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o., ul. Szpitalna 3 w Jaworze, zaprasza do składania ofert na stanowisko: kierownika Oddziału Pediatricznego. Kandydaci proszeni są o składanie dokumentów potwierdzających kwalifikacje oraz przebieg pracy zawodowej na adres: Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o., 59-400 Jawor, ul. Szpitalna 3. Więcej informacji można uzyskać pod numerem tel. 76 870 30 11, dyrekcja@nzojcm.pl

◆Oferty należy składać do dnia 30 marca 2015 r. w sekretariacie Zarządu.

◆Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Krzełowie zatrudni lekarza: specjalistę medycyny rodzinnej, specjalistę chorób wewnętrznych, pediatrę w Ośrodku Zdrowia w Wińsku. Zapewniamy dobre warunki płacowe. Kontakt: tel. 71 389 91 81 – dyrektor Grażyna Matkowska lub tel. 726 049 666 – gł. księgowa Teresa Dolniak.

◆Zatrudnię lekarza stomatologa z minimum 3-letnim doświadczeniem w Oleśnicy, tel. 600 426 172 (po godz. 18.00).

◆Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów i Stomatologów „VITA”, Przychodnia Ogólnolekarska z siedzibą w Legnicy, 59-220 Legnica, ul. Reymonta 7, nawiąże współpracę z lekarzami: okulistą, kardiologiem, endokrynologiem oraz radiologiem-ortopedą wykonującym badanie USG stawów i mięśni, na warunkach obowiązujących w Spółdzielni. Kontakt: tel. 76 85 60 257, e-mail: biuro@vita.legnica.pl

◆Poradnia stomatologiczna we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa (specjalistę stomatologii zachowawczej) – 2 dni w tygodniu. Praca na NFZ i prywatnie, tel. 607 883 139.

◆Szpital w Branicach zatrudni lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe, tel. 77 40 34 307 lub e-mail: sws.kadry@op.pl

◆PZLA w Strzelinie, ul. Mickiewicza 20, pilnie zatrudni lekarza pediatrę na umowę zlecenie lub kontrakt. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia, tel. kontakty: 71 39 22 240 lub 71 39 22 985.

◆Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu zatrudni lekarzy ze specjalizacją: choroby płuc, choroby wewnętrzne, onkologia kliniczna. Proponujemy umowę o pracę na oddziałach pulmonologicznych oraz oddziale onkologii klinicznej Centrum we Wrocławiu. Szczegółowych informacji udziela Dział Polityki Kadrowo-Płacowej, tel. 71 334 95 29, 334 95 28, e-mail: dcchp@dcchp.pl

◆Centrum Stomatologiczne w Lubinie zatrudni lekarza stomatologa, praca w prywatnym Pogotowiu Stomatologicznym, tel. 502 661 523 lub 76 842 47 50.

◆Prywatny gabinet zlokalizowany w ścisłym centrum Wrocławia zatrudni lekarza stomatologa z min. 3 letnim stażem. Proszę o przesłanie CV na adres: rejestracja@artmedis.pl

◆SPZOZ Powiatowe Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy, ul. Leśna 31, zatrudni lekarzy pediatrów w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej, głównie w niedzielę i święta. Lekarze realizują w ramach ww. opieki również wizyty domowe, tel. 74 85 00 990.

◆Prywatny gabinet stomatologiczny poszukuje osoby na stanowisko – technik elektroradiolog. Wymagania: sumienność, komunikatywność, umiejętność pracy w zespole, emfaticzne podejście do pacjenta, kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu technika elektroradiologa oraz certyfikat kursu ochrony radiologicznej pacjenta, tel. 606 374 550.

◆Zatrudnimy lekarza rodzinnego/POZ do przychodni w Bledzewie (w. lubuskie), pełen wymiar czasu pracy lub współpraca godzinowa, b. dobre warunki finansowe, zapewniamy mieszkanie służbowe, tel. 600 012 351, e-mail: iwona@grabieniec.pl

SZUKAM PRACY

◆Lekarz stomatolog ze specjalizacją z protetyki stomatologicznej nawiąże współpracę z gabinetem stomatologicznym na terenie Wrocławia lub/i okolicach, tel. 606 242 123.

◆Poszukuję pracy w sektorze medycznym. Posiadam wieloletnie doświadczenie w zarządzaniu administracyjnym jednostkami medycznymi, znam rozporządzenia MZ, zarządzenia prezesa NFZ, ustawy: o działalności leczniczej; wyrobach medycznych; ochronie danych osobowych, prawo pracy i przepisy sanitarne. Czas pracy oraz forma zatrudnienia do uzgodnienia, tel. 517 059 217.

◆Lekarz dentysta – specjalista chirurgii stomatologicznej podejmie współpracę we Wrocławiu lub okolicy, tel. 601 141 299.

◆Asystentka stomatologiczna z doświadczeniem przy chirurgu poszukuje pracy we Wrocławiu, tel. 604 821 446.

INNE

◆Do wynajęcia wyposażone gabinetylekarskie, stomatologiczny i kosmetyczny, informacje: tel. 71 357 77 31, 71 351 64 03, kom. 513 711 726.

◆Przychodnia „Okomed” w Lubinie przy ul. Budowniczych LGOM 61b posiada do wynajęcia pomieszczenia na gabinet lekarski. Powierzchnia 40 m², własny węzeł sanitarny, pokój przyjęć i sala zabiegowa. Zainteresowane osoby lub firmy prosimy o kontakt pod numer telefonu: 76 744 18 92 lub kom. 601 582 757 lub 609 602 109.

◆Do wynajęcia gabiny lekarskie, tel. 604 141 423, www.med-az.pl

◆Sprzedam, Legnica – centrum, 3 gabinety lekarskie z zapleczem i wyposażeniem, tel. 880 107 380.

◆Do podnajęcia wyposażony gabinet stomatologiczny we Wrocławiu. Dni i godziny do uzgodnienia, tel. 697 389 055.

◆Sprzedam czynną praktykę stomatologiczną dwustanowiskową wraz z lokalem 63 m² w centrum Jeleniej Góry, tel. 603 910 905.

◆Użyczę, wynajmę lub sprzedam gabinet stomatologiczny – Śródmieście, okolice ul. Wyszyńskiego – Nowowiejska, kom. 603 918 616.

◆Sprzedam tanio nowo, nieużywany unit implantologiczny – SURGIC PRO SG20 NSK. Możliwość wystawienia faktury, tel. 503 140 169.

◆Wynajmę gabiny konsultacyjne w nowo otwartym budynku przy ul. Łubinowej 12 (budynek Medical Spectrum). Cena do uzgodnienia, tel. 502 045 561.

◆Wynajmę lub sprzedam wyposażony gabinet stomatologiczny w centrum Wrocławia, tel. 608 209 528.

◆Ekonomed – kompleksowa obsługa księgowa dla działalności medycznych. Gwarancja pełnej odpowiedzialności i profesjonalizmu, tel. 607 671 761, www.ekonomed.pl

◆Sprzedam klinikę stomatologiczną we Wrocławiu. 4 gabinety stomatologiczne w pełni wyposażone, pracownia RTG, pracownia protetyczna. Powierzchnia 200 m². Wysoki standard. Umowa z NFZ. Może być z częścią mieszkalną 200 m², działka 992 m², tel. 601 701 550.

◆Sprzedam urządzenia z gabinetu stomatologicznego, kom. 662 290 663.

◆W związku z likwidacją gabinetu sprzedam jego wyposażenie m.in.: dwie białe szafy oszklone na narzędzia i materiały opatrunkowe, 2. białe biurka i 2. małe, białe szafka, 2. kozetki lek., dużą lampę Bioptron, urządzenie do płukania uszu „Otillo”, autoklaw „Prestige”, urządzenie do foliowania narzędzi, 2. fotele obrotowe, biały parawan jednoskrzydłowy, butle tlenową z nabilizatorem i manometrem, narzędzia do zabiegów ambulatoryjnych (laryngologicznych) i nie tylko, kom. 601 737 737.

◆Kupię łuk twarzący Amann Girrbach Artex, tel. 600 785 885.

◆Do wynajęcia lokal na usługi medyczne medycyna ogólna, rehabilitacja, badania psychotechniczne, w tym wyposażenie specjalistyczne w centrum Wrocławia. Moduły o powierzchni 2x240 m², w tym wyposażenie, tel. 502 504 945.

◆Sprzedam działającą przychodnię lekarską w Głogowie. Lokal łączny 600 m², własność, tel. 668 132 624.

◆Do wynajęcia w Lubinie pomieszczenie 20 m² na gabinet lekarski. Duża wspólna poczekalnia z działającym gabinetem stomatologicznym, tel. 698 819 722.

◆Jelenia Góra. Sprzedam używane wyposażenie gabinetu dentystycznego: unit, fotel, asystor, autoklaw ze zgrzewarką oraz narzędzia, tel. 606 295 774.

LOKALE

164 m², 123 m², 100 m²

WROCŁAW-SMOLEC

OŁTASZYN

TEL.: 609 010 881, 608 032 136

Renomowana i dynamicznie rozwijająca się sieć klinik stomatologicznych, poszukuje lekarzy/lekarek stomatologów. Doskonałe warunki pracy w sympatycznym i młodym zespole. Zapewniamy pracę z wykwalifikowaną asystą. Praca na 4 ręce. Gwarancja stabilności pracy. Możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Atrakcyjny system wynagrodzeń.

Miejsce: woj. dolnośląskie – Bolesławiec, Zgorzelec, Lubań, Jel. Góra

Kontakt: tel. 661 408 060,
e-mail: medelitegroup@gmail.com

„Miedziowe Centrum Zdrowia” S.A. z siedzibą w Lubinie zatrudni w przychodni lekarskiej w Głogowie lekarzy specjalistów:
lekarza rodzinnego – internistę, laryngologa, ortopedę, endokrynologa.

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt osobisty lub telefoniczny z dr. Markiem Ścieszka, wiceprezesem – dyrektorem ds. medycznych, w siedzibie „Miedziowego Centrum Zdrowia” S.A. w Lubinie przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 66, tel. 76 84 60 110.



Lekarzom posiadającym certyfikat językowy co najmniej B2 oferujemy pracę w klinikach na terenie Niemiec. Pomagamy w uzyskaniu aprobacji.

EuroContact
Sławomir Kosmalski
tel. 22 883 12 88, kom. 535 996 888,
e-mail: eurocontact.kosmalski@gmail.com

Centrum Stomatologiczne (NZOZ) nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem ogólnym, endodontą we Wrocławiu. Praca z pacjentami prywatnymi. Praca w naszych gabinetach odbywa się z udziałem asystentek i higienistek stomatologicznych, tel. 500 064 083, 501 785 090.

Klinika Stomatologii Estetycznej Supradent w Jeleniej Górze nawiąże współpracę z lekarzem endodontą, jeden dzień w tygodniu, e-mail: praca@supradent.com.pl, tel. 667 751 989.

Wynajmę lokal na gabinet lekarski, w kompleksie przy działającym gabinecie stomatologicznym – okolice pl. Grunwaldzkiego we Wrocławiu, tel. 502 779 297.

Terminy dyżurów

prezes DRL **Jacek Chodorski**
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.

wiceprezes DRL ds. stomatologii
Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30

wiceprezes DRL **Paweł Wróblewski**,
poniedziałek, 15.00-16.00
sekretarz DRL **Urszula Kanaffa-Kilijańska**,
poniedziałek, 15.00-16.00

skarbnik **Małgorzata Niemiec**,
wtorek i czwartek, 15.00-16.00

Delegatura Wrocław

wiceprezes **Małgorzata Nakraszewicz**,
czwartek, 14.00-15.00

Delegatura Jelenia Góra:

wiceprezes **Barbara Polek**, wtorek, 10.00-11.00

Delegatura Legnica:

wiceprezes **Ryszard Kępa**, wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych:

wiceprezes **Dorota Radziszewska**, wtorek, 15.00-16.00
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko, czwartek, 14.00-17.00

przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Włodzimierz Wiśniewski,
piątek, 11.00-13.00

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego 14 stycznia 2015 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskali:

1. **lek. Anna Kołtowska**,

2. **lek. Dorota Piechnik-Resler**;

stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie biologia medyczna uzyskał:

1. **mgr biologii Maurycy Pawlak**.

NOMINACJE PROFESORSKIE DLA DOLNOŚLĄSKICH LEKARZY

28 stycznia 2015 r. prezydent Bronisław Komorowski wręczył w Belwederze akty nominacyjne nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki. Tytuł naukowy profesora otrzymali m.in. dolnośląscy lekarze: **Wojciech Apoznański z UM we Wrocławiu** i **Marek Bębenek z DCO we Wrocławiu**. Serdecznie gratulujemy!

Dolnośląska Rada Lekarska

Informujemy, że w miesiącach: luty, marzec, kwiecień,
w każdą środę, w godzinach 13.00-16.00,
w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45,
sekretariat (II piętro), mgr Barbara Mieczkowska będzie
udzielała porad z zakresu prawa podatkowego.

Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Żmigrodzie przy ul. Lipowej 4 zatrudni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dysponujemy mieszkaniem. Kontakt osobisty lub telefoniczny, tel. 795 421 399 lub 71 385 35 14.

NOWY LEXUS **NX** TURBO

tylko w **przedsprzedaży** od

158 000 PLN



Zapraszamy do salonu:
Lexus Wrocław
ul. Legnicka 164
Telefon +48 71 359 85 85
salon@lexus-wroclaw.pl

www.nowy-nx.pl

LEXUS BUSINESS
SMARTPLAN

RATA LEASINGOWA
OD **1100 PLN NETTO**

PODWÓJNA MOC HYBRYDY

LEXUS
creating amazing

Podana cena nie jest ceną wariantu przedstawioną na zdjęciu. Oferta przedsprzedażowa obowiązuje do 31.03.2015 r. lub do wyczerpania zapasów.
Lexus NX 200t – zużycie paliwa oraz emisja CO₂ w cyklu mieszanym odpowiednio: 7,7 do 8,1 l/100 km oraz 178 do 187 g/km, w zależności od wariantu.
Informacja o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl

Szeregdy u autoryzowanych dealerów Lexusa.