



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień 2011

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 184

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

**Baśniowych
Świąt
i do Siego Roku!**



No i stało się – niespostrzeżenie nadszedł koniec roku! Już odliczamy dni do Wigilii, a za nią Święta, Sylwester i... zaczynamy Nowy 2012 Rok!!

Jaki był miniony rok? Trudno o jednoznaczne oceny. Dla każdego z nas był inny. Jedni wchodzili w swoje życie zawodowe po zdanym LEP-ie lub LDEP-ie z nowymi nadziejami i planami. Drudzy oddychali z ulgą, otrzymując wreszcie upragnione „majstrowskie papiery” (czyli dyplom specjalizacyjny). Inni wreszcie, ze znużeniem przyglądali się trwającemu od lat kontredansowi (a może bardziej pasuje tutaj określenie dance macabre?) polityków, których kulminacją były ostatnie wybory.

A jaki będzie ten nadchodzący Nowy Rok? Najprawdopodobniej będzie podobny do tych poprzednich. Będziemy się dalej borykać z genialnymi w swej głupocie pomysłami różnych gremiów politycznych, będziemy usiłowali zachować resztki zdrowego rozsądku w tym oceanie szalonych, komicznych i takich, że „aż boli” pomysłów władzy. O tym pisze choćby dalej Prezes Jakubiszyn.

Mam tylko nadzieję, że pomimo wszystko zdołamy odziedzić cały ten szum informacyjny, dobiegający do nas z „Warszawki” od naszej codziennej, pełnej ludzkiego cierpienia, radości i smutku pracy w oddziałach, przychodniach i gabinetach. Już o tym pisałem, że to tutaj jest prawdziwa

Polska i zwykli ludzie ze swoimi marzeniami, ambicjami, kłopotami i sukcesami. Tutaj, a nie tam!!

Póki co, w imieniu wszystkich Koleżanek i Kolegów członków organów naszej Opolskiej Izby Lekarskiej, a przede wszystkim w swoim własnym życzę Wam tylko słonecznych dni, samych uśmiechniętych pacjentów, zadowolonych ich rodzin, mądrych i dobrych szefów oraz zasobnych kas szpitalnych księgowych. Dużo zdrowia i radości dla wszystkich Was!!!

Przechodząc zaś do zawartości ostatniego w tym roku numeru Biuletynu, to mam nadzieję, że udało mi się zmieścić w nim trochę ciekawym materiałów. Cieszy zwłaszcza znaczna, jak na nasze opolskie warunki, obecność tekstów traktujących o naszych regionalnych sprawach. Myślę, że ciekawych.

Pragnę także przypomnieć, że do końca grudnia można zgłaszać do Izby swoje kandydatury Koleżanek i Kolegów do tytułu Prymariusza Opolskiego. Poniżej drukuję regulamin przyznawania tej nagrody, a wewnątrz numeru znajdziecie kwestionariusz zgłoszenia.

Życząc przyjemnej lektury, żegnam się z Wami do następnego roku!

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy!

Zgodnie z tym, o czym pisałem w poprzednim numerze, rozpoczęliśmy akcję zbierania podpisów pod petycją, domagającą się zmiany zapisów w ustawie o refundacji leków. Tekst tej petycji zamieszczamy wewnątrz numeru (*do wycięcia i wypełnienia – przyp. Redakcji*). Jeżeli do dnia, w którym będziecie czytać ten Biuletyn, nie mieliście okazji podpisać tej petycji (podpisy będą zbierane przez delegatów), ani też nie potwierdziliście wsparcia dla niej drogą mailową, podpiszcie ją jak najszybciej, nie zapominając przy tym o wpisaniu numeru prawa wykonywania zawodu i przekażcie do biura Izby.

Wspomniałem powyżej o drodze mailowej. Otóż poparcie dla naszej akcji można wyrazić poprzez wejście na stronę Naczelnej Izby Lekarskiej – www.nil.org.pl/petycja - gdzie należy wpisać numer prawa wykonywania zawodu i kliknąć przycisk „Popieram petycję”.

APELUJĘ GORĄCO O POWSZECHNE WSPARCIE TEJ AKCJI. TYLKO KONSOLIDACJA NASZEGO ŚRODOWISKA MOŻE DOPROWADZIĆ DO WYKREŚLENIA Z USTAWY ZAPISÓW, GROŻĄCYCH LEKARZOM NICZYM NIEUZASADNIONYMI SANKCJAMI.

Jakby rządzącym było mało konfliktowania się ze środowiskiem, zaproponowany został projekt nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich. I tutaj mamy kolejne „kwiatki”:

- rozbudowana została lista kodów uprawnień dodatkowych pacjenta (żeby się w niej połapać, trzeba mieć cały czas pod ręką ustawę fundusзовą oraz być na bieżąco z umowami międzynarodowymi, podpisanymi przez rząd),
- wpisując lek, należy podać listę odpłatności, na której znajduje się dany lek (a listy mogą się zmieniać nawet kilka razy w ciągu roku)!!!!!!
- wpisując adres pacjenta należy podawać kod pocztowy.

Oczywiście projekt ten został już oprotestowany przez Prezydium NRL. Mam nadzieję, że nowy Minister Zdrowia wykaże się większym rozsądkiem i zrozumie, że „nie tędy droga”. Na razie jednak tym bardziej apeluję o popieranie petycji.

Jerzy JAKUBISZYN

Sprawozdanie z posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w dniu 26 października 2011 r.

Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Podjęcie uchwał w sprawie powołania komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu.
8. Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 8.10.2011 oraz Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich w dniu 15.10.2011.
9. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
10. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1

Na wstępie Prezes powitał zebranych i poinformował członków Rady, że w związku z uprawomocnieniem się wyroku Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu w sprawie kol. L.K., ograniczającego go czasowo w wykonywaniu określonych czynności (udzielania świadczeń z zakresu medycyny pracy), podpisał stosowne zarządzenie. Zostanie ono przekazane do wiadomości różnym instytucjom, zgodnie z dyspozycją, zawartą w zapisie ustawy o izbach lekarskich, a także – ze względu na charakter ograniczenia – do Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy.

Kol. Lach z kolei stwierdził, że nie ma nowych wniosków o wpis do rejestru OIL.

Następnie Prezes przedstawił wniosek Przedsiębiorstwa Zaopatrzenia Medycznego „Marku” z Częstochowy, które zamierza przeprowadzić w dn. 9 listopada br. szkolenie dla lekarzy dentystów pt. „G-Enial – nowy wymiar estetyki”. Na wniosek Komisji Stomatologicznej Rada przyznała szkoleniu 4 punkty edukacyjne.

Na samym początku tej części posiedzenia Rady kol. Jakubiszyn stwierdził, że w Dzienniku Ustaw w dniu 17.10.2011. zostało opublikowane rozporządzenie Ministra Zdrowia, dotyczące zasad prowadzenia rejestru praktyk lekarskich. Rozporządzenie wejdzie w życie

po 14 dniach czyli w dniu 2 listopada br. W związku z tym, powinna zostać uchylona uchwała Rady Okręgowej z września br., która była „protezą”, wynikającą z braku rozporządzenia. Rada jednogłośnie podjęła stosowną uchwałę.

Następnie Prezes przedstawił sprawę lek. dent. Bartosza Grossa – członka DIL, któremu w marcu br. nasza Rada Okręgowa nie wyraziła zgody na rejestrację gabinetu stacjonarnego w Nysie. Lekarz wniósł odwołanie od tej decyzji do NRL. W międzyczasie doszło do zmiany zapisów ustawowych (regulacje, dotyczące praktyk lekarskich zostały przeniesione z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty do ustawy o działalności leczniczej, bez przepisów przejściowych) i NRL przekazała odwołanie do Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo z kolei uchyliło uchwałę ORL i skierowało sprawę do ponownego rozpatrzenia przez naszą Radę. Nowe regulacje nie dają już Radzie prawa do odmowy rejestracji praktyki lekarza, członka innej izby. Prezes przekazał, że w sytuacji, w której wniosek spełnia wymogi formalne, on musi wydać zarządzenie o wpisie do rejestru. I tak zakończy się ta sprawa.

W dalszej części tego punktu obrad Prezes przedstawił 5 wniosków o wyrejestrowanie praktyk:

- praktyki dentystycznej Marii Ristic w Opolu,
- specjalistycznych praktyk dentystycznych Katarzyny Kwiecień-Drab (w Kozłowicach), Anny Boguniewicz (w Głuchołazach), Marka Habelaka (w Kędzierzynie-Koźlu),
- specjalistycznych praktyk lekarskich Andrzeja Walorskiego (w Grodkowie), Aleksandry Sitko-Sauchy (w Kędzierzynie-Koźlu), Rafała Olejnika (w Kędzierzynie-Koźlu).

Rada we wszystkich tych przypadkach jednogłośnie przyjęła uchwałę.

W dalszej części obrad Rady kol. Jakubiszyn Do Izby wpłynęły cztery wnioski o zapomogi. W trzech przypadkach Rada jednogłośnie poparła wnioski o wsparcie finansowe. W czwartym przypadku, ze względu na przyczyny zwrócenia się do Rady o zapomogę (przegrany proces w sądzie powszechnym o niedopełnienie obowiązków oraz toczący się aktualnie proces cywilny w tej samej sprawie o odszkodowanie), Rada podjęła decyzję o odroczeniu rozstrzygnięcia do czasu uzyskania opinii w tej sprawie od miejscowej Delegatury.

Następnie Prezes przedstawił dwa wnioski o pożyczki szkoleniowe dla małżeństwa lekarskiego Elżbiety i Jakuba Bednarów. Wnioski te (przy jednym głosie wstrzymującym się) zostały przez Radę zaakceptowane.

Kol. Jakubiszyn zapoznał członków Rady z opinią Zespołu Radców Prawnych NIL, do których zwrócił się z zapytaniem czy i na jak długo można odwlekać powołanie przedstawicieli Izby do składu komisji konkursowej na stanowisko ordynatora oddziału. Ze względu na negatywne stanowisko radców, dotyczące przewleknięcia sprawy, Prezes stwierdził, że Rada powinna zaproponować swoich przedstawicieli do komisji konkursowej na stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM w Opolu.

Kol. Kowarzyk proponował, aby przedstawicielami OIL w Opolu były te same osoby, które uczestniczyły w poprzedniej komisji konkursowej, tzn.:

- przewodniczący – Jerzy Jakubiszyn
- członkowie: Piotr Jastrzębski, Andrzej Mazur oraz Andrzej Salij.

Rada (przy jednym głosie wstrzymującym się) zaakceptowała tę propozycję.

Do rady wpłynęło pięć wniosków o zwolnienie z obowiązku opłacania składek:

- Anny Boguniewicz,
- Iriny Owczarek,
- Wiktorii Terleckiej,
- Magdaleny Skiby (w okresie X 2010 – II 2012),
- Agaty Pros (w okresie X – XII 2011),

oraz dwa wnioski o zmniejszenie wysokości składek do 10 zł:

- Janiny Pędich,
- Stanisława Habita.

Wszystkie te wnioski zostały jednomyślnie zaakceptowane.

W tej części posiedzenia Rady Prezes powrócił do sprawy kol. J.W. Przypomniawszy, że w jego sprawie wpłynęło do izby pismo, w którym autorka (nie lekarz) kwestionowała jego zdolność do wykonywania zawodu lekarza, przytaczając – jako argument – fakt leczenia się na Oddziałach Psychiatrycznych w Opolu i Branicach. W odpowiedzi na to pismo, Prezes zwrócił się do jego autorki o podanie konkretnych faktów, które uprawdopodobniłyby potrzebę powołania komisji oceniającej zdolność do wykonywania zawodu. Wówczas z prośbą o spotkanie wystąpił mąż autorki (prawnik z zawodu) i został przez Prezesa zaproszony na posiedzenie Prezydium. W czasie jego trwania poinformował on członków Prezydium, że przygotował pismo, dokładnie opisujące sytuację dające podstawy – jego zdaniem – do podjęcia przez Izbę stosownych działań dla oceny stanu zdrowia lekarza. Kol. Jakubiszyn poprosił więc o przesłanie tego pisma do Izby, by Rada mogła zapoznać się z jego treścią. Prezes wystosował jednocześnie pisma do dyrekcji szpitali w Branicach i w Opolu z zapytaniem,

czy powody hospitalizacji dają podstawę do kwestionowania zdolności tego kolegi do wykonywania zawodu. Z odpowiedzi, jaka nadeszła ze szpitala w Branicach wynikało, że lekarz ten w ciągu ostatnich trzech lat nie leczył się w tym szpitalu (wbrew temu, co pisała autorka listu). Natomiast z odpowiedzi dyrekcji szpitala w Opolu wynikało, że rzeczywiście lekarz ten przebywał na takim leczeniu. Aby więc wyjaśnić do końca całą tę sprawę, Prezes zaproponował powołanie komisji dla oceny zdolności do wykonywania zawodu. Rada, przy jednym głosie wstrzymującym się, powołała komisję.

Kol. Jakubiszyn stwierdził jednocześnie, że powołana we wrześniu br. komisja Rady mająca orzekać w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu innego z lekarzy, któremu cofnięto zgodę na staż specjalizacyjny z psychiatrii we Wrocławiu z powodu występujących u niego zaburzeń psychicznych, musi zostać rozwiązana z powodu śmierci tegoż lekarza. Rada jednogłośnie rozwiązała tę komisję.

W dalszej części posiedzenia Rady Prezes Jakubiszyn przedstawił krótką informację z ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej z 8.10 br.), na którym, ze strony członka władz OZZL, padła propozycja ograniczenia tygodniowego czasu pracy lekarzy do 48 godzin bez względu na formę zatrudnienia lekarza. Propozycja ta wywołała burzliwą dyskusję członków Rady Naczelnej.

Z kolei na ostatnim posiedzeniu Konwentu Przewodniczących Izby lekarskich (15.10 br.) dyskutowano nad ustawą o refundacji leków, która jest niezwykle restrykcyjna w stosunku do lekarzy. W związku z tym Konwent przyjął stanowisko, z którym kol. Jakubiszyn zapoznał Radę.

Członkowie Rady w trakcie dyskusji w pełni poparli to stanowisko, proponując jednocześnie przyjęcie przez Radę apelu w tej sprawie. Dokument został przyjęty jednogłośnie. Prezes zobowiązał się do przesłania go do wszystkich delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy oraz do mediów (*apel znajdziecie poniżej – przyp. Redakcji*).

Kol. Chowaniec przekazał krótką informację dotyczącą uczestnictwa 11-osobowej delegacji Komisji ds. lekarzy emerytów naszej Izby w zorganizowanej, pod patronatem Prezesa NRL Macieja Hamankiewicza, przez Świętokrzyską Izbę Lekarską w Ciekotach k. Kielc w dniu 16 września 2011 r. Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Choroby wieku podeszłego”. Cała konferencja odbywała się w odtworzonym dworku, w którym przez kilka lat mieszkała rodzina Żeromskich (*szerzej o tym pisze jej uczestnik w dalszej części biuletynu – przyp. Redakcji*).

Kol. Misiak z kolei przedstawił sprawę bulwersującej wypowiedzi Wicemarszałka Województwa Opolskiego Romana Kolka dotyczącej oddziałów chirurgicznych kilku szpitali powiatowych – m. in. w Kluczborku. Sprawa

ta ma być przedmiotem obrad najbliższej Rady Powiatu Kluczborskiego. Jednocześnie zaprosił wszystkich chętnych na kolejny XX „Bal Lekarza” organizowany przez Delegaturę Kluczborską w Byczynie.

Kol. Kowalik w uzupełnieniu wypowiedzi kol. Misiaka powiedział, że sprawa pracy poszczególnych oddziałów chirurgicznych była przedmiotem spotkania ordynatorów oddziałów chirurgicznych z całego województwa, na którym Marszałek Kolek dokonał dokładnej analizy funkcjonowania tych oddziałów. Wypowiedź dla prasy, o której wspominał kol. Misiak była efektem właśnie tego spotkania. Ocena pracy oddziału kluczborskiego nie była najlepsza i stąd taka o nim opinia.

W odpowiedzi kol. Misiak stwierdził, że w ostatnim czasie doszło do pełnej wymiany personelu lekarskiego na tym oddziale i rozpoczął on już normalne funkcjonowanie.

Natomiast kol. Latała poinformował Radę o kolejnym szkoleniu zorganizowanym niedawno wspólnie przez Komisję Stomatologiczną i PTS.

Następnie kol. Jakubiszyn przekazał członkom Rady informację, że po konsultacjach z prawnikami NI-L-u, opracowane zostały zasady postępowania w stosunku do członków izby, zalegających z opłacaniem składek.

Zgodnie z obowiązującymi w tej kwestii zapisami ustawowymi, dłużnicy powinni otrzymać wezwanie do zapłaty zaległych kwot wg określonego wzoru. W przypadku braku w ciągu 7 dni reakcji z ich strony (czyli spłacenia zaległości), sprawa zostaje przekazana do windykacji przez Urząd Skarbowy. Jednocześnie stwierdził, że ten tryb postępowania zostanie podjęty w stosunku do tych wszystkich, których zaległości w stosunku do Izby sięgają kwoty powyżej 500 zł.

Na koniec Prezes zapoznał członków Rady z pocztą, jaka napłynęła do Izby w ostatnich dniach. Na tym posiedzenie zakończono.

Jerzy B. LACH

Apel Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 26 października 2011 r.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu, biorąc pod uwagę:

- zbliżając się datę wejścia w życie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. nr 122, poz. 696),
- wprowadzenie do tej ustawy zapisów, które grożą zastosowaniem wobec lekarzy i lekarzy dentystów, wypisujących refundowane recepty, niczym nie uzasadnionych sankcji,
- stanowisko Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich z dnia 15 października 2011 r. odnoszące się do tej ustawy,

apeluje do lekarzy i lekarzy dentystów, członków Opolskiej Izby Lekarskiej, o powstrzymanie się z podpisywaniem nowych umów na wystawianie refundowanych recept do czasu wprowadzenia do ustawy odpowiednich zmian.

*Sekretarz ORL
Lek. Jerzy LACH*

*Prezes ORL
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

Kolejne spotkanie Komisji Stomatologicznej

Dnia 24.10.2011 odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej Opolskiej Izby Lekarskiej. Dr Barbara Hamryszak przekazała zaproszenie Przewodniczącej Komisji Etyki Lekarskiej OIL, dr Marty Kabarowskiej, na spotkanie, które odbędzie się 18.11.2011 o godzinie 18.00 w siedzibie Izby. Będzie ono nosiło tytuł „Czy dziś z Przysięgą Hipokratesa jest jak z przysięgą małżeńską?”. W zebraniu będzie uczestniczył profesor Wiesław Łukaszewski, specjalizujący się w psychologii osobowości, psychologii społecznej, psychologii motywacji, profesor w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej.

Przewodnicząca przypomniała, iż istnieje konieczność potwierdzenia danych Świadczeniodawcy na Por-

talu Świadczeniodawcy. Dodatkowo NFZ wymaga, aby przesłać pisemne oświadczenie o zmianie, bądź braku zmiany w/w danych.

Dr Hamryszak poinformowała, że 07.10.2011 odbyło się spotkanie przedstawicieli NFZ i Komisji Stomatologicznej NRL. Przedstawiciele Komisji Stomatologicznej NRL postulowali, aby podczas zawierania umów z NFZ:

- w kryterium „jakość”, wyżej oceniać kwalifikacje lekarzy niż personelu pomocniczego, poprzez przyznanie większej ilości punktów lekarzom,
- podczas konkursu nie brać pod uwagę negatywnych wyników kontroli – lekarze są karani dwukrotnie

za to samo – raz podczas kontroli, drugi – podczas zawierania umów,

- przyznać punkty za I i II stopień specjalizacji każdej specjalności,
- nie traktować deklaracji pracy w sobotę, jako kryterium rankingującego,
- wprowadzić dodatkowe punkty za staż pracy.

W dalszej części zebrania przewodnicząca przytoczyła treść pisma Wiceprezes NRL dr Anny Lella, kierowanego do Ministra Zdrowia (*patrz poniżej – przyp. Redakcji*). Dr Lella w imieniu NRL wyraża poparcie dla nowelizacji przepisów dyrektywy 76/768/EWG, która ogranicza dostępność do preparatów wybielających zawierających stężenia H_2O_2 pomiędzy 0,1 a 6%. W/w preparaty, po przeprowadzeniu badań klinicznych, będą dopuszczone do użytku wyłącznie przez lekarzy dentystów lub pod ich ścisłym nadzorem. Dr Lella wyraża również nadzieję, iż przepisy dyrektywy znajdą swoje odpowiedniki w prawie polskim.

Kolejnym punktem zebrania było odczytanie pisma kierowanego przez dr Annę Lella do członków Komisji Stomatologicznych (*patrz poniżej – przyp. Redakcji*), w którym przypomina, iż zgodnie z zapisami Ustawy o wyrobach medycznych, wyroby wykonywane w pracowniach techniczno-dentystycznych należy klasyfikować jako wyroby klasy IIb. Oznacza to, iż wytwórca (technik dentystyczny) powinien do nich dołączyć oświadczenie o zgodności z wymaganiami zasadniczymi wyrobu wykonywanego na zamówienie. Oświadczenie to powinno zostać wydane po przeprowadzeniu, odpowiedniej dla danego wyrobu, procedury oceny zgodności i powinno zawierać nazwę i adres wytwórcy, dane umożliwiające identyfikację wyrobu medycznego, oświadczenie, że wyrób jest przeznaczony wyłącznie do użytku przez określonego pacjenta, nazwisko lekarza (nazwę zakładu), który sporządził opis zlecenia, szczególne właściwości wyrobu medycznego wskazane w zleceniu. Ponadto w dokumencie tym powinno być zawarte oświadczenie, że wyrób jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi, oraz wskazanie wymagań zasadniczych, które nie zostały w całości spełnione wraz z podaniem przyczyn. Tak sporządzone oświadczenie lekarz powinien przekazać pacjentowi. Po stronie wytwórcy dokumentacja dotycząca wytwarzania produktu medycznego, jak i oświadczenia powinny być przechowywane przez okres 5 lat. W świetle przepisów Ustawy, stomatolodzy powinni wymagać od techników w/w oświadczeń. Jednocześnie NRL wystosowała apel do Ministerstwa Zdrowia, aby z rozporządzenia „w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych” z dnia 12 stycznia 2011 r., zostały usunięte zapisy obligujące techników dentystycznych do przeprowadzania badań klinicznych wytwarzanych

wyrobów, gdyż nie prowadzą oni takich badań i nie posiadają wiedzy o wynikach tych badań.

Na tym zakończono posiedzenie.

Sekretarz J. DRZYŻGA

Przewodnicząca B. HAMRYSZAK

* * *

Warszawa, dnia 20 października 2011 r.

Ewa Kopacz

Minister Zdrowia

Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej z zadowoleniem przyjęła nowelizację przepisów dyrektywy 76/768/EWG dotyczącej produktów kosmetycznych, która nastąpiła na posiedzeniu Rady Unii Europejskiej w dniu 20 września br.

Nowelizacja, której celem jest regulacja dostępności produktów wybielających zęby oraz zasad ich używania przez konsumentów, w pełni realizuje zalecenia zawarte w opinii Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich (SCCP) w odniesieniu do stosowania nadtlenu wodoru w produktach do wybielania zębów.

W świetle nowelizacji, nadal bez ograniczeń ogólnodostępne będą produkty do wybielania zębów o maksymalnym stężeniu 0,1% nadtlenu wodoru, natomiast produkty wybielające zęby zawierające między 0,1 a 6% nadtlenu wodoru będą dostępne na rynku po przeprowadzeniu badań klinicznych i będą przeznaczone do sprzedaży wyłącznie przez lekarzy dentystów, a pierwsze ich zastosowanie u danego pacjenta będzie przeprowadzał tylko lekarz dentysta lub odbywać się to będzie pod jego bezpośrednim nadzorem.

W dyskusji nad tym zagadnieniem środowisko lekarzy dentystów brało od wielu lat czynny udział – zarówno na poziomie krajowym jak i unijnym – wskazując, że produkty wybielające zęby zawierające między 0,1 a 6% nadtlenu wodoru nie są na tyle bezpieczne, aby mogły być sprzedawane bez recepty do bezpośredniego korzystania przez pacjenta. Natomiast można je bezpiecznie stosować pod kontrolą lekarza dentysty.

Omawiana nowelizacja ma istotne znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów, zwłaszcza w obliczu coraz częściej pojawiających się na rynku niesprawdzonych naukowo środków o wysokim stężeniu nadtlenu wodoru i szeregu niewykwalifikowanych podmiotów oferujących pacjentom stosowanie tego rodzaju środków.

Państwa członkowskie UE mają 12 miesięcy od daty publikacji w Dzienniku Urzędowym UE dyrektywy zmieniającej na wdrożenie znowelizowanych przepisów do przepisów prawa wewnętrznego poszczególnych państw. Mam jednak nadzieję, że cel nowelizacji, jakim jest zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów, spowoduje, że przepisy te zostaną wdrożone do prawa polskiego w najkrótszym możliwym terminie.

Apeluję do Pani Minister o bezzwłoczne podjęcie odpowiednich działań legislacyjnych w tym zakresie lub zwrócenie się w tej sprawie do właściwego resortu.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Anna LELLA

* * *

INFORMACJA DLA STOMATOLOGÓW W SPRAWIE OBOWIAZKÓW WYNIKAJĄCYCH Z PRZEPISÓW USTAWY O WYROBACH MEDYCZNYCH DOTYCZĄCYCH WYROBÓW MEDYCZNYCH WYKONYWANYCH W PRACOWNIACH TECHNICZNO-DENTYSTYCZNYCH

W związku z licznymi pytaniami i pojawiającymi się nadal niejasnościami Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej przypomina Koleżankom i Kolegom.

Zgodnie z przepisami nowej ustawy o wyrobach medycznych, która weszła w życie w dniu 18 września 2010 r., oraz wydanych na jej podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia wyroby wykonywane w pracowniach techniczno-dentystycznych, takie jak protezy dentystyczne czy aparaty ortodontyczne, należy klasyfikować jako wyroby klasy IIb.

Zgodnie zaś z art. 11 ust. 3 ustawy do wprowadzanych do obrotu i wprowadzanych do używania wyrobów wykonanych na zamówienie, które są wyrobami klasy IIb, dołącza się oświadczenie wytwórcy (wytwórcą jest pracownia techniczno-dentystyczna, a nie lekarz dentysta) lub autoryzowanego przedstawiciela o zgodności z wymaganiami zasadniczymi wyrobu wykonanego na zamówienie. Oświadczenie to wystawia się po przeprowadzeniu odpowiedniej dla danego wyrobu procedury oceny zgodności, które potwierdza, że wyrób spełnia odnoszące się do niego wymagania zasadnicze, lub wskazujące, które z wymagań zasadniczych nie zostały spełnione, z podaniem przyczyn.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia oświadczenie dla wyrobu wykonanego na zamówienie zawiera co najmniej następujące informacje:

- a) nazwę i adres wytwórcy,
- b) dane umożliwiające identyfikację wyrobu medycznego,
- c) oświadczenie, że wyrób medyczny jest przeznaczony wyłącznie do użytku określonego pacjenta, zawierające nazwisko, akronim lub kod jednoznacznie wskazujący pacjenta,
- d) nazwisko lekarza lub innej uprawnionej osoby, która sporządziła opis zlecenia oraz – w razie potrzeby – nazwę zakładu opieki zdrowotnej,
- e) szczególne właściwości wyrobu medycznego wskazane w zleceniu, o którym mowa w lit. d,
- f) oświadczenie, że wyrób medyczny jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi oraz wskazanie wy-

magań zasadniczych, które nie zostały w całości spełnione, z podaniem przyczyn.

Oświadczenie wytwórcy powinien przekazać zleceńdodawcy (lekarzowi), który następnie przekazuje je pacjentowi, dla którego przeznaczony jest wyrób, zidentyfikowanemu za pomocą nazwiska, akronimu lub kodu liczbowego.

Ponadto wytwórcą wyrobu wykonanego na zamówienie albo jego autoryzowany przedstawiciel przechodzi do dyspozycji Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych dokumentację wskazującą miejsce lub miejsca wytwarzania i pozwalającą na zrozumienie projektu, procesu wytwarzania i działania wyrobu, w tym określającą przewidywane parametry działania, przygotowaną w sposób umożliwiający przeprowadzenie oceny zgodności wyrobu z odnoszącymi się do niego wymaganiami; wytwórcą podejmuje wszelkie niezbędne środki, aby proces wytwarzania zapewniał, że wyroby medyczne są wytwarzane zgodnie z tą dokumentacją. Dokumentacja i oświadczenie są przechowywane przez okres 5 lat.

Lekarze dentyści powinni w świetle tych przepisów bezzwzględnie wymagać, aby pracownie techniczno-dentystyczne sporządzały i przekazywały im omawiane powyżej oświadczenie, które należy następnie przekazywać pacjentowi – nawet jeżeli pacjent wyrażnie tego nie żąda. Jest to, z punktu widzenia lekarzy, tym bardziej istotne, że z jednej strony zapewnia lekarzom większe „bezpieczeństwo” w przypadku ewentualnych roszczeń ze strony pacjentów, a z drugiej strony jest spełnieniem obowiązku wynikającego z przepisów ustawy, która dodatkowo zawiera szereg przepisów karnych przewidujących sankcje – najczęściej w postaci grzywny.

Jednocześnie informuję że odbyłam spotkania, wspólnie z kolegami z zespołu ds. praktyk lekarskich, z organizacjami techników dentystycznych w celu wypracowania propozycji wzoru w/w dokumentów. O przepisach dotyczących wyrobów medycznych informowaliśmy już w marcu br. Szerzej temat będzie omówiony również na najbliższym posiedzeniu KS NRL.

Anna LELLA

* * *

APEL NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ DO MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ZMIANY ROZPORZĄDZENIA Z DNIA 12 STYCZNIA 2011 R. W SPRAWIE WYMAGAŃ ZASADNICZYCH ORAZ PROCEDUR OCENY ZGODNOŚCI WYROBÓW MEDYCZNYCH

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o nowelizację rozporządzenia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. 2011 nr 16 poz. 74) w części dot. załącznika nr 8.

Obowiązujące przepisy ww. rozporządzenia w § 4 ust. 7 nakładają na wytwórcę wyrobów wykonanych na zamówienie, przed wprowadzeniem każdego egzemplarza wyrobu do obrotu, obowiązek przeprowadzenia oceny jego zgodności i sporządzenia oświadczenia zgodnie z załącznikiem nr 8.

Jak wynika z treści załącznika nr 8 pkt 5, wytwórca wyrobu medycznego wykonanego na zamówienie obowiązany jest między innymi do oceny klinicznej prowadzonej zgodnie z § 5 ww. rozporządzenia. Tymczasem wytwórcą wyrobu medycznego wykonanego na zamówienie jest technik dentystyczny, który nie tylko, że nie prowadzi badań klinicznych, ale także nie posiada wiedzy o wynikach tychże badań. Badania kliniczne wyko-

nywane są bowiem przez lekarzy dentystów zlecających technikom dentystycznym wykonanie wyrobu medycznego na zamówienie przeznaczonego do wyłącznego stosowania u określonego pacjenta.

W świetle powyższych argumentów zapis pkt. 5 załącznika nr 8 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia nie ma jakiegokolwiek uzasadnienia faktycznego i w praktyce będzie obowiązkiem niemożliwym do wypełnienia przez technika dentystycznego.

Z tych też względów Naczelna Rada Lekarska apeluje o wykreślenie z zapisów pkt. 5 załącznika nr 8 do omawianego rozporządzenia obowiązku dokonywania oceny klinicznej przez wytwórcę wyrobu medycznego wykonanego na zamówienie.

40 lat Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

Ze względu na skąpe materiały archiwalne, zalane podczas powodzi i trącone zębem czasu, przedstawiam 40-lecie naszego oddziału w formie kalendarium i wyliczanki. Jednakże zapewniam, że życie Oddziału było bardzo bujne i ciekawe, a zaangażowanie jego członków – wielkie.

Na przestrzeni lat Oddział liczył pomiędzy 150 a 300 członków (obecnie 2507 osób). Na posiedzenia, w ostatnich latach, przychodziło średnio ponad 140 lekarzy stomatologów. To daje jeden z największych procentowo udziałów naszych kolegów w zebraniach w stosunku do liczby pracujących w naszym województwie lekarzy-dentystów.

Na początku, w latach 1962–71 na Opolszczyźnie działało Koło Terenowe Opole Oddziału PTS w Katowicach. Jego ówczesnym Przewodniczącym był dr n. med. Jan Pogorzelski.

W 1971 r. na wniosek Oddziału PTS w Katowicach i jego Koła Terenowego w Opolu, decyzją Zarządu Głównego PTS z dnia 23.IV.1971 r. powstaje z dniem 1.VI.1971 r. Oddział Opolski PTS. Przekształcenie Koła w Oddział następuje bez wyborów i Prezesem zostaje dr n. med. Jan Pogorzelski. W 2 lata później odbywają się pierwsze wybory w nowo powstałym oddziale.

Na przestrzeni tych minionych lat Oddziałowi prezesowali:

- 1973–1976 – dr Leszek Sawiński,
- 1976–1987 – dr n. med. Jerzy Werner,
- 1987–1989 – dr Zbigniew Kowalczyk,
- 1989–1997 – dr Stanisław Chruszczyk,
- 1997–2001 – dr Anna Szczombrowska,
- 2001–2010 – dr Wiesław Latała
- i od 2010 r. do dziś – dr Tomasz Latała.

W ciągu tych 40 lat Oddział Opolski PTS zorganizował szereg konferencji naukowych:

- XII Krajowa Konferencja Naukowa Sekcji Ortodoncji PTS, 8–9.06.1973 r. – głównym organizatorem z ramienia Oddziału był dr Leszek Sawiński,
- Międzynarodowa Konferencja Naukowa PTS „Współczesna diagnostyka radiologiczna części twarzowej czaszki, a implikacje w terapii”, 27–28.09.1991 r. – głównym organizatorem był dr Wiesław Latała,
- Ogólnopolska Konferencja Naukowa PTS „Profilaktyka w stomatologii”, 7–8.10.1994 r. – głównymi organizatorami byli dr Stanisław Chruszczyk i dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Koleżanki i Koledzy skupiali się w licznych kołach naukowych działających przy Opolskim Oddziale PTS:

- Koło Terenowe w Raciborzu, które w latach 1975–97 skupiało 30–40 członków; działało bardzo prężnie, jednak „Powódź Stulecia” przyczyniła się do zakończenia jego działalności,
- Koło Sekcji Protetyki Stomatologicznej, którego organizatorem i pierwszym przewodniczącym (w latach 1973–81) był dr Józef Liszowski; później Koło rozpadło się i dopiero po 7 latach zostało reaktywowane przez jego następnego przewodniczącego dr Wiesława Latałę (1988–97); od 2005 r. Koło przewodniczy dr n. med. Piotr Wiśniewski,
- Koło Sekcji Chirurgii Stomatologicznej, którego organizatorem i pierwszym przewodniczącym był dr Bronisław Fischer (1973–81); także i to koło zaprzestało na jakiś czas swej działalności i dopiero w 1997 r. zostało ponownie powołane do życia przez jego kolejnego przewodniczącego – dr Rafała Pędicha (1997–2005); jego następczynią jest obecnie dr Beata Mazurek-Gmirek,

- Koło Sekcji Periodontologii i Protetyki Stomatologicznej, którego szefem w latach 1997–2005 był dr Krzysztof Malottki,
- Koło Sekcji Ortodoncji, któremu od 2002 r. przewodniczy dr Danuta Hoszowska,
- Koło Sekcji Protetyki Stomatologicznej, któremu od 2005 r. prowadzi dr n. med. Piotr Wiśniewski,
- Koło Sekcji Periodontologii, któremu od 2005 r. przewodniczy dr Tomasz Latała.

Posiedzenia Oddziału Opolskiego PTS odbywały się na początku 5–7 razy do roku, następnie 8–9, a od 2005 roku – 9 razy w roku, w tym 4-krotnie z Komisją Stomatologiczną OIL i zespołem Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Opolu. Miejscami tych spotkań były m. in. Miejski Dom Kultury, Szkoła Muzyczna, Filharmonia Opolska i hotel „Festiwal”.

W posiedzeniach, w charakterze wykładowców, uczestniczyli początkowo pracownicy naukowcy Akademii Medycznych z Wrocławia i Zabrze, a następnie – coraz częściej – także z innych uczelni, przede wszystkim profesorowie – Kierownicy Katedr i Zakładów Akademii Medycznych, m. in.:

- ze Szczecina – prof. Jadwiga Banach i prof. Zbigniew Jańczuk,
- z Gdańska – prof. Barbara Adamowicz-Klepalska i prof. Edward Witek,
- z Poznania – prof. Stefan Włoch, prof. Kazimierz Stawiński i prof. Stefan Flieger,
- z Warszawy – prof. Maria Wierzbicka, prof. Janusz Piekarczyk i prof. Eugeniusz Spiechowicz,
- z Wrocławia – prof. Stanisław Potoczek, prof. Adam Masztalerz, prof. Bogumił Płonka i prof. Tadeusz Paweł,
- z Zabrze – prof. Maria Barańska-Gachowska, prof. Leszek Ilewicz i prof. Antoni Karasiński,
- z Krakowa – prof. Stanisław Majewski i prof. Bartłomiej W. Loster,
- z Łodzi – prof. Danuta Piątkowska, prof. Włodzimierz Józefowicz i prof. Stanisław Suliborski.

Ponadto na spotkaniach prezentowali swoje wykłady:

- Prezydenci Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, poza wcześniej wymienionymi, także prof. Marek Ziętek,
- Redaktorzy Naczelni Czasopism PTS: prof. Eugeniusz Piechowicz z „*Protetyki Stomatologicznej*”, prof. Tomasz Konopka z „*Dental and Medical Problems*”, prof. Ryszard Koczorowski z „*Dental Forum*” i prof. Stanisław Majewski z „*Implantoprotetyki*”,
- Prezesi wszystkich sekcji działających przy Polskim Towarzystwie Stomatologicznym (Protetyki Stomatologicznej, Periodontologii, Ortodoncji, Pedodoncji oraz Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej),

- Konsultanci Krajowi ze wszystkich dyscyplin stomatologicznych,
- Konsultant Krajowy (spoza stomatologii) w dziedzinie chorób zakaźnych – prof. zw. dr hab. Andrzej Gładysz,
- Rektorzy Akademii Medycznych z Warszawy i Wrocławia,
- kolejni Przewodniczący Sekcji Polskiej Akademii Pierre Faucharda (Światowa Honorowa Organizacja Dentystyczna) – w tym prof. Elżbieta Mierzińska-Nastalska,
- kolejni Przewodniczący Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej: dr n. med. Andrzej Fortuna, dr n. med. Zbigniew Żak i dr Anna Lella,
- Przedstawiciele firm wspierających PTS i nasz Oddział, m. in.: VIVADENT – doc. Krzysztof Niewiadomski, W&H POLAND – Adam Siodłowski, AMADAR – mgr Dariusz Kalinowski i mgr Mariusz Sadowski, J&J DENT Sp. c. z Opola – Jerzy Substelny i Jacek Grzybowski oraz firma AMADER z Opola.

Bardzo ważnymi wydarzeniami w historii naszego Oddziału były także niewątpliwie:

- powstanie w 1990 roku Klubu Stomatologa przy naszym oddziale PTS, którego Honorowym Przewodniczącym został dr n. med. Jerzy Werner, a z którego to klubu w 1993 roku wyłoniła się Komisja Stomatologiczna Opolskiej Izby Lekarskiej,
- podpisanie w 2004 roku na sali balowej Zamku w Kamieniu Śląskim w obecności członka Prezydium Zarządu Głównego PTS – prof. dr hab. Zdzisława Krysińskiego i Prezesa OIL w Opolu dr n. med. Jerzego Jakubiszyna oraz naszych Koleżanek i Kolegów lekarzy-stomatologów Listu Intencyjnego o współpracy pomiędzy naszym Oddziałem i Komisją Stomatologiczną naszej Izby; list ten podpisali: Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej – lek. stom. Jolanta Smerkowska-Mokrzycyca i Prezes Oddziału Opolskiego PTS – lek. stom. Wiesław Latała,

Równie ważnym dla dalszej działalności Opolskiego Oddziału PTS jest od 2005 roku również możliwość zdobywania przez stomatologów punktów edukacyjnych bez konieczności wydawania pieniędzy na drogie kursy i szkolenia. Dzieje się tak dzięki bardzo dobrej współpracy Towarzystwa i Samorządu Lekarskiego w naszym województwie. Do takiej współpracy zaczynają się powoli przekonywać lekarze także z innych regionów Polski.

Na koniec pragnę przypomnieć również, że nieprzerwanie od 23 lat organizowany jest w karnawale przez nasz Oddział BAL STOMATOLOGA.

Lek. stom. Wiesław LATAŁA

XV Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego

W dniach 15–18.09. 2011 roku odbył się w Zamościu XV Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego. Jak co roku, tak i tym razem grupa ortodontów z Opolszczyzny stawiała się niemal w komplecie. Ponieważ większość z nas nie miała wcześniej okazji poznać tego istniejącego od ponad 400 lat, wpisanego w 1992 roku na listę Światowego Dziedzictwa Kultury UNESCO renesansowego miasta, a na trasie znajdował się również ciekawy Sandomierz, postanowiliśmy połączyć przyjemne z pożytecznym i udać się tam całą grupą wynajętym małym autokarem. Wyjechaliśmy więc w środę rano, tak aby spędzić kilka godzin w Sandomierzu. Czekaliśmy tam na nas zamówiony wcześniej obiad w pięknym zajęzdzie z sympatycznym akcentem w postaci menu adresowanym specjalnie do nas.

Zwiedzanie miasta z przewodnikiem zaczęliśmy od podziemi, a skończyli podziwiając panoramę Sandomierza i okolic z wieży. Po wypiciu fantastycznych herbat z domowym ciastem na tarasie kawiarni w rynku sandomierskim, gdzie po zejściu z planu odpoczywają bohaterowie serialu „Ojciec Mateusz” – wyruszyliśmy do Zamościa. Późnym wieczorem dotarliśmy szczęśliwie do Motelu „Polak”, którego gospodarze ujęli nas trwającą przez cały okres pobytu wyjątkowo miłą atmosferą i wspaniałą kuchnią (niezapomniany suflet czekoladowy!).

Rano okazało się, że i lokalizacja w bliskim sąsiedztwie miejsca obrad Zjazdu jest bardzo dobra. Część z nas udała się na przedzjazdowy kurs na temat leczenia wad szkieletowych prowadzony przez prof. Urbana Haggę z Hongkongu, a pozostali zwiedzili miasto z przewodnikiem. Wszyscy jesteśmy pod ogromnym wrażeniem i nie wiadomo – czy bardziej tego, co stworzył Jan Zamojski, czy tego w jak świetnej formie przetrwało do naszych czasów, dając niepodważalne świadectwo europejskości tego na wskroś renesansowego człowieka. Co zaś wiry historii zatarły, współcześnie wielkim nakładem kosztów i z pieczołowitością zostaje wydobyte i prezentowane.

Wieczorem, już i tak pełni wrażeniami wzięliśmy udział w ceremonii otwarcia obrad XV Zjazdu PTO i powitaniu gości. Na tę okoliczność wyświetlony został niemy film (komedia), której akompaniowała najstarsza w Polsce działająca nieprzerwanie od ponad 130 lat Orkiestra Symfoniczna im. Karola Namysłowskiego. Po tzw. „Get together” ruszyliśmy na podbój Zamościa.

Piątek i sobotę spędziliśmy uczestnicząc w obradach. Wykładowcami były krajowe i zagraniczne sławy ortodontyczne: prof. Athanasiou, prof. Hagg, prof. Bantleon, dr Ludwig, dr Antoszevska, dr Czochovska, prof. Kawala. Wiodącymi tematami posiedzeń naukowych były

biomechanika leczenia aparatami ortodontycznymi, oraz leczenie wad szkieletowych. W foyer Centrum Kultury Filmowej można było odwiedzać stoiska firm ortodontycznych. Jednym z ważniejszych wydarzeń każdego rocznego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego jest Walne Zebranie PTO. Tegoroczne było wyjątkowo burzliwe i dokończono je dopiero dnia następnego, gdyż oprócz spraw bieżących zdominowane zostało dwoma ważnymi problemami, które są ze sobą powiązane. Chodzi o powstanie Studium Doskonalenia Praktycznego w Ortodoncji. Uczestnikom tego Studium jego wykładowcy obiecują, że po jego ukończeniu będą się legitymować certyfikatem potwierdzającym nabycie umiejętności w dziedzinie ortodoncji. Wygląda na to, że wiedzą oni coś, o czym reszta środowiska nie wie, a mianowicie na dzień dzisiejszy umiejętności ortodontycznych brak w wykazie umiejętności w dziedzinie stomatologii. Uczestnicy Walnego Zebrania wyrazili swój sprzeciw wobec możliwości dopisania takich umiejętności. Zgłoszono wniosek o konieczności spotkania Zarządów Kół Regionalnych i wystosowania pism w tej sprawie do władz. Konieczność powstania nowej umiejętności pani Minister Zdrowia uzasadnia potrzebą zwiększenia dostępności do lekarza specjalisty – ortodonta. Wygląda na to, że Pani Minister jest wprowadzana w błąd, jeśli chodzi o to, skąd bierze się problem ograniczenia w ilości przyjęć. Otóż z naszej wiedzy i praktyki wiemy, że jest to ograniczona pula środków, jakie NFZ może przeznaczyć na ten rodzaj leczenia. W jaki sposób mnożenie półspecjalistów ma zwiększyć zatem dostępność?

Zwiększy za to, na pewno chaos na rynku usług ortodontycznych, gdzie obok specjalistów leczeniem wad zgryzu zajmują się nasi koledzy stomatolodzy po kursach klejenia zamków, a do tego dojdą ci, posiadający „umiejętność” leczenia aparatami po wspomnianym Studium. Dane GUS-owskie oraz EFOSA (Europejski Związek Lekarzy Ortodontów, którego jesteśmy członkami) potwierdzają, że w Polsce stosunek liczby ortodontów do ilości mieszkańców jest zgodny ze średnią w Europie. Program zaś kształcenia specjalisty ortodonta dostosowany jest również do standardów unijnych (system Erasmus) i takich surogatów z umiejętnościami tam nie uwzględniono.

Kolejnym ważnym tematem były zmiany w programie specjalizacji w dziedzinie ortodoncji, dotyczące m. in. skrócenia czasu jej trwania z 4 do 3 lat oraz zmianie sposobu egzaminowania. Problem relacjonowany przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie Ortodoncji prof. Grażynę Śmiech-Słomkowską również wzbudził wiele emocji.

Piątkowy wieczór spędziliśmy na uroczystej kolacji w Restauracji „Sarmacka” w bastionie VIII fortów, słuchając Zespołu Muzyki Dawnej „Capella all’ Antico” i oglądając pokazy walk rycerskich Zamojskiego Bractwa Rycerskiego. Po sobotnich obradach wieczór spędziliśmy na imprezie plenerowej w Zagrodzie Guciów w Guciowie koło Zwierzyńca.

Wyjeżdżaliśmy z Zamościa zrelaksowani miłą atmosferą, ale przede wszystkim mnogością wrażeń. Obiecaliśmy sobie i naszym gospodarzom, że wrócimy, gdyż roztoczańska ziemia zauroczyła nas. Pogoda również dopisała. Kilkugodzinną drogę powrotną w większości wykorzystaliśmy na planowanie tematyki naszych kolejnych posiedzeń naukowych, ustalaniu nazwisk wykładowców, których chcemy zaprosić, problemów, które stawia przed nami nasza profesja. I tak np. obowiązek certyfikowania wyrobów medycznych, jakimi są m. in. aparaty ortodontyczne, czy wymóg zatrudnienia wyłącznie wyszkolonych asystentek i higienistek stomatologicznych, który okazuje się być trudny do spełnienia, gdyż – przy prze-

cież dość dużym bezrobociu, zwłaszcza młodych kobiet – brak na rynku opolskim szkoły kształcącej na przyzwoitym poziomie w poszukiwanych zawodach.

Już za dwa lata obowiązkowe będzie prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w formie cyfrowej. W tym kontekście konieczność przechowywania modeli gipsowych przez lat 20, a przed ich utylizacją obowiązek powiadomienia o tym zamiarze pacjenta wydaje się być absurdalna. W innych krajach Unii jest to co najwyżej lat kilka.

Pierwsze po Zjeździe zebranie Koła to wybory nowego zarządu, a jego pierwsze zadanie to reprezentowanie środowiska na zebraniu zarządów kół regionalnych w Warszawie dnia 23 października.

Anna ADAMSKA

Sekretarz Sekcji Ortopedii Szczękowo-Twarzowej PTS

Jolanta JARKA

*Przewodnicząca Śląskiego (Opolskiego)
Regionalnego Koła PTO*

Sandomierz



Zamość

Sprawozdanie z zebrania Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego

W dniu 15.10.2011 r. o godz.10 odbyło się coroczne zebranie Oddziału Opolskiego PTU oraz konferencja naukowo szkoleniowa pt. „Miejsce ultrasonografii w postępowaniu diagnostycznym”. Plan zebrania i konferencji obejmował:

1. Sprawy organizacyjne:

a) sprawozdanie z działalności ustępującego Zarządu Oddziału Opolskiego PTU za 4-letnią kadencję 2007–2011. Sprawozdanie przedstawił ustępujący prezes dr n. med. Aleksander Szlachta. Jego kadencja zbiegła się w czasie z początkiem kryzysu ekonomicznego, co spowodowało trudności z organizacją posiedzenia OO PTU w roku 2007 i skromniejszą, niż do tej pory, formę spotkań w latach następnych (wsparcia udzieliła m. in. Izba Lekarska nieodpłatnie udostępniając salę konferencyjną). Podobnie, jak w innych tego typu towarzystwach lekarskich spadła ilość członków. Aktualnie Oddział Opolski PTU liczy 38 członków.

b) wybór nowego Zarządu OO PTU na kadencję 2011–2014 oraz nowego Prezesa-Elekta. Po powołaniu Komisji Wyborczej w składzie: dr Beata Rzeszut-Wnęk i dr Robert Klecha, w głosowaniu tajnym wybrano Prezesa-Elekta na nową kadencję 2015–2018 dr n. med. Zdzisława Juszczyka. W głosowaniu jawnym wybrano Zarząd OO PTU na kadencję 2011–2014 w składzie:

- Wiceprezes : dr n. med. Jacek Miarka,
- Sekretarz: lek. med. Krystyna Bedyńska-Tołstych,
- Skarbnik: lek. med. Robert Klecha.

Wybrano także w głosowaniu jawnym Komisję Rewizyjną w składzie: lek. med. Danuta Kazeł-Pastwa, lek. med. Elżbieta Baran oraz lek. med. Małgorzata Łuszczńska-Ostrowska.

c) Przez aklamację wybrano Delegata OO PTU w osobie dr Aleksandra Szlachty na Walne Zgromadzenie Delegatów na zjazd PTU w maju 2012 r. w Olsztynie. Ponadto Prezes OO PTU dr Ireneusz Bogusz poinformował zebranych o inicjatywie zorganizowania w roku 2012 kursu podstawowego z ultrasonografii konwencjonalnej i dopplerowskiej dla lekarzy z uzyskaniem certyfikatu PTU. W historii OO PTU kurs z ultrasonografii konwencjonalnej z wielkim sukcesem zorganizował pierwszy raz dr Zdzisław Juszczyk w Białej. Nowy kurs wychodziłby naprzeciw

potrzebom dużej grupy młodych lekarzy, pragnących zająć się ultrasonografią, których nie stać na bardzo drogie kursy komercyjne, często o wątpliwej jakości. Kurs dostępny będzie wyłącznie dla członków Oddziału Opolskiego PTU, co ma poszerzyć liczbę jego członków oraz zaktywizować działalność oddziału. O terminie i sposobie rekrutacji poinformujemy wcześniej na portalu Opolskiej Izby Lekarskiej oraz w Biuletynie OIL.

2. Po przerwie na kawę odbyła się część naukowo-szkoleniowa spotkania.

- „Przypadek zespołu Budd-Chiari typu I - przykład trudności diagnostycznych w ustaleniu rozpoznania” przedstawił dr Ireneusz Bogusz. Rzadka anomalia żylna ŻGD i żył trzewnych ujawniła konieczność interdyscyplinarnej współpracy oraz przestrzegania algorytmów diagnostycznych i bardzo wnikliwej analizy wyników badań obrazowych.
- Wykład „Ciekawe przypadki ultrasonograficzne” z dokładną interpretacją kliniczną przedstawiła dr hab. n. med. Joanna Ścieszka. Szczególnie ciekawy okazał się przypadek aerocholii w przebiegu glistnicy.
- Pani dr Bożena Widz-Tomala w niezwykle sugestywny i przyciągający uwagę sposób wystąpiła z tematem „Zmiana ogniskowa sutka – algorytm diagnostyczny”. Pozornie banalny problem wyboru metody diagnostycznej w zależności od typu budowy sutka i wieku kobiety w dalszym ciągu okazuje się powszechny, co niestety skutkuje często opóźnieniem w postawieniu rozpoznania.

Spotkanie odbyło się dzięki wsparciu firm: MIROMED, GEMED, PFIZER oraz LEK-AM. W trakcie spotkania 4 lekarzy zgłosiło chęć zapisania się do PTU i wypełniło stosowne deklaracje. Spotkanie zakończył obiad w Klubie Lekarza. Miejszem obrad była, jak co roku, sala Izby Lekarskiej w Opolu. Uczestnicy zebrania otrzymali po 3 punkty do certyfikatu PTU.

Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie za rok.

Prezes OO PTU

Lek. med. Ireneusz BOGUSZ

Sekretarz OO PTU

Lek. med. Krystyna BEDYŃSKA-TOLSTYCH

„KARDIOBAND” – muzyka naszych serc

Wszyscy zabiegani w tym maratonie codziennych obowiązków najczęściej nie mamy minuty wytchnienia, aby pomyśleć o chwili dla siebie. Czy tak być musi? Niekoniecznie. Ludzie mają różne pasje i zainteresowania. Dotyczy to także lekarzy. Jedni są sportowcami, inni malują, piszą wiersze. A my... my gramy, bo mamy „Kardioband”.

Wiele razy zastanawiałem się, jak to się zaczęło. Może wtedy, gdy z torbą pełną nut i małymi skrzypkami pod ręką, tam i z powrotem jeździłem do Szkoły Muzycznej niemalże codziennie wyglądając czerwonego „ogórka” z napisem 3, zawsze na tym samym przystanku. Może wtedy, gdy w akademiku na studiach, wpadł przez drzwi balkonowe Janusz, student szóstego roku, i powiedział – a teraz zagramy bluesa. I graliśmy, długo.

Teraz, będąc lekarzem, gdy myślę o muzyce, zawsze jak bumerang wracają do mnie dwa wspomnienia. Jedno, ze Stanów, gdy zagrałem na skromnym urodzinowym spotkaniu szefa Laboratorium Ultrasonograficznego Wake Forest University w Winston-Salem w Północnej Karolinie. Podszedł do mnie potem, podziękował i powiedział – „*All of Your life music will make You people friendly*”. I miał rację.

Drugie, gdy jako młody lekarz rozpoczynający pracę w zawodzie, pracowałem w Poradni Rejonowej Zakładu Opieki Zdrowotnej. W trakcie wizyty domowej u ciężko chorego, starszego, samotnego pacjenta z niewydolnością krążenia, zobaczyłem przy jego łóżku piękne skrzypce w otwartym futerale. Przechwycił moje spojrzenie. Zapytał czy gram, a po konsultacji, gdy wychodziłem cicho westchnął i powiedział smutnym głosem: „*Pograloby się jeszcze*”. Po dwóch tygodniach umarł. Dzisiaj, gdy o tym myślę wiem, że za pięć dwunasta też tak powiem.

„Kardioband” powstał bardzo prosto. Chciałem grać, a nie miałem z kim, postanowiłem więc poszukać takich jak ja, lekarzy-muzyków. I znalazłem.

Czym jest projekt muzyczny „Kardioband”?

Jesteśmy grupą lekarzy, których połączyła wspólna pasja. Są wśród nas stażyści, rezydenci, specjaliści i profesorowie. Śpiewamy i gramy na różnych instrumentach: skrzypkach, altówce, gitarze, pianinie, harmonijce, perkusji i saksofonie. Interesujemy się muzyką rozrywkową i poważną. Występowaliśmy już w klubach muzycznych i scenach operowych w kraju (Poznań, Wrocław, Warszawa), ale również za granicą (Stuttgart, Madryt). Recenzje naszych koncertów, także te profesjonalne, znalazły się w prasie ogólnopolskiej. Mamy swojego kompozytora, a nasza artystyczna działalność stała się tematem malarskich wizji. „Kardioband” z założenia ma charakter nieformalny.

Spotykamy się od 2007 roku, najczęściej w jeden wieczór, w trakcie Międzynarodowego Kongresu Kardio-

logicznego, przywożąc na kongres swoje instrumenty. Nasze zjazdy do 2009 roku miały formę jam-session. W 2010 roku znacznie rozszerzyliśmy swoją działalność – doroczne spotkanie „Kardiobandu” miało znacznie bogatszy program, a sami kardiologzy-muzycy włączyli się aktywnie w życie muzyczne lekarzy w Polsce.

Pierwszym dużym wyzwaniem za granicą był dla nas, realizowany po raz pierwszy na świecie, projekt muzyczny, w którym brali udział lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych z 15 krajów. W ciągu 2 lat utworzyliśmy ponad 100-osobowy zespół operowy Philharmonic Doctors Opera i przygotowaliśmy kompletną operę W. A. Mozarta „Czarodziejski flet”. Prawykonanie (koncert charytatywny) odbyło się w Stuttgarcie w lipcu 2010 roku.

Pierwszym dużym wyzwaniem w kraju był dla nas Galowy Koncert Lekarzy w Teatrze Muzycznym „Roma” w Warszawie (4.04.2011), którego głównym organizatorem był prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. „Kardioband” wszedł na polską lekarską scenę muzyczną szerokimi drzwiami. Reprezentowali nas na tym koncercie: zespół bluesowy pod tą samą nazwą złożony wyłącznie z kardiologów, który zagrał covery E. Claptona i J. Hendrixa, polsko-hiszpański klasyczny kwintet smyczkowy „Czarodziejski Kwintet”, który wykonał wybór fragmentów z opery „Czarodziejski flet” W. A. Mozarta, muzycy „Kardiobandu” wspólnie z Kameralną Orkiestrą Lekarską „Operacja Muzyka” z Poznania grali utwory K. Komedy i J. Haydna, tworząc załączek Polskiej Orkiestry Lekarskiej, a ja miałem przyjemność znaleźć się w wąskim gronie organizatorów tego, niezwykle prestiżowego dla środowiska lekarskiego, wydarzenia.

Ostatnim, a zarazem największym pod względem wielkości widowni (ponad 2000 osób), wydarzeniem artystycznym z udziałem „Kardiobandu”, był koncert naszego zespołu „KardioBand Rock&Blues” na spotkaniu „Get Together” w ramach XV Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, 6.10.2011 w Hali Stulecia we Wrocławiu.

Na naszych scenach wystąpiło już około 20 lekarzy-muzyków. Każdy z nas jest na co dzień zabiegany, w tym – doskonale znanym każdemu – slalomie gigancie między pracą zawodową i rodziną. A mimo to, potrafi znaleźć czas na próbę na drugim końcu Polski, gdy trzeba przygotować się do ważnego koncertu. Bo to lubi. I to jest piękne, bo „Kardioband” to Muzyka Naszych Serc.

Kardioband po opolsku?

Muzyka i medycyna splata się w naszym życiu w tańiec codziennych wydarzeń. Wspólne spotkania i muzyka, którą gramy, zbliżają nas, ale ponieważ jesteśmy otwarci i wiemy, jak trudno samemu sięgnąć po odłożony w kącie instrument, dlatego proponujemy Wam

spotkanie muzyki i medycyny w 2012 roku pod hasłem „Kardioband po opolsku”. Docelowo, w ciągu jednego weekendu chcielibyśmy zorganizować trzy rodzaje muzyczno-medycznej aktywności:

1. Bardzo ekskluzywny koncert charytatywny na imienne (i wcale nie tanie) zaproszenia, na którym wystąpią najlepsi znani nam lekarze-muzycy;
2. Warsztaty instrumentalne (skrzypcowe, gitarowe, wokalne i inne), na których będzie można podszkolić technikę pod okiem wybitnych muzyków-profesjonalistów;
3. Spotkanie muzyki i medycyny w formule „open stage”, na którym będzie można zaprezentować swoją muzykę szerokiej publiczności samemu, z akompaniamentem lub w formie jam-session.

Zainteresowanych każdym z tematów serdecznie zapraszamy do współpracy. Wiemy, że jest wśród Was wiele nie odkrytych talentów. Bardzo liczymy na Waszą aktywność, a fakt, czy do wydarzenia dojdzie, jego wielkość i ranga, zależy w dużej mierze od Was.

Jeśli suszycie więc w kącie dawno nie używany instrument, a przez głowę Wam przemknęło w tym momencie, że warto z Nami zagrać, czekamy na Was. Wszyscy lekarze – muzycy są mile widziani.

Wszystkich zainteresowanych proszę o kontakt e-mailem.

Marek KANIA

mk@marekkania.com

Więcej informacji znajdziecie na naszych stronach:

www.kardioband.pl lub **www.facebook.com/projekt-kardioband**



Lipiec 2010, Wilhelma Theater Stuttgart/Niemcy – prapremiera opery W. A. Mozarta „Czarodziejski flet”. Philharmonic Doctors Opera (w składzie orkiestry zagrali lekarze-muzycy „Kardiobandu”)



26.03.2011 – koncert w Hospital de Escorial Madryt/Hiszpania. „Czarodziejski Kwintet / El Quinteto Magico” – polsko-hiszpański kwintet utworzony przez muzyków „Kardiobandu” (od lewej: M. Kania, M. Sobisz-Błachowiak, I. Cuadrado Lopez, M. Łasocha, Z. Pytel) gra wybór fragmentów z opery „Czarodziejski flet” W. A. Mozarta



4.04.2011 – Galowy Koncert Lekarzy w Teatrze „Roma” w Warszawie. Kameralna Orkiestra Lekarska „Operacja Muzyka” z Poznania w składzie poszerzonym o muzyków „Kardiobandu” gra „Komeda Reflections” w opracowaniu Huberta Kowalskiego – dyryguje Dawid Sadowski



6.10.2011, Hala Stulecia, Wrocław – koncert na Międzynarodowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. „KardioBand Rock& Blues” (od lewej: M. Kania, B. Głowicki, J. Fedorowski, J. Węglowski)

Kolejna nagroda naszego kolegi

Niedawno informowaliśmy naszych Czytelników o nagrodzie naszego Kolegi dr Jana Sagana z Kędzierzyna-Koźła – zapalonego fotografa – o jego sukcesach, a tu kolejna niespodzianka.

W rozstrzygniętym pod koniec października I Konkursie Fotograficznym Lekarzy „Koło życia”, współor-

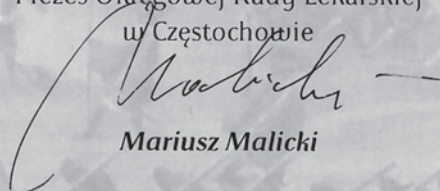
ganizowanym przez Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie i Naczelną Izbę Lekarską, zdjęcie Pana Jana zdobyło wyróżnienie w kategorii „Człowiek”. Po raz kolejny serdecznie gratulujemy następnego sukcesu. Poniżej zamieszczam nagrodzone zdjęcie.

Jerzy B. LACH

Wyróżnienie dla *Jana Sagana*

w
I Ogólnopolskim
Konkursie Fotograficznym Lekarzy
„Koło życia”
przy
Okręgowej Izbie Lekarskiej w Częstochowie
w kategorii „Człowiek”

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Częstochowie


Mariusz Malicki

Częstochowa, dn. 22 października 2011 r.



Wspomnienia o doktorze Tadeuszu Pisarskim

Minęło już 15 lat od śmierci Dr Tadeusza Pisarskiego, ale nadal nie zapominają o nim Jego pacjenci, koledzy i przyjaciele. Był wspaniałym lekarzem z powołania. Był ceniony przez swoich pacjentów, przez pracowników służby zdrowia i całe społeczeństwo Opola i Opolszczyzny. Posiadał wiele cech etyczno-moralnych i bardzo dużo kultury osobistej i zawodowej. Był autorytetem dla młodych lekarzy. Leczył chorych nieraz kosztem własnego zdrowia i skracaniem własnego życia (o tym pisali już wcześniej dr A. Wojtyłko i M. Łuszczynska-Ostrowska).

Ja z Tadzkiem pracowałem dziesiątki lat w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu. On jako specjalista w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym, a ja w Oddziale Chirurgii Ogólnej. Pełniliśmy razem setki razy ostre dyżury. Wielokrotnie w czasie ich trwania jeden pomagał drugiemu. Tadeusz zajmował się urazami układu kostno-stawowego, a ja ostrymi schorzeniami z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej i urologii (te oddziały nie miały w tamtych czasach swego dyżurnego lekarza).

Byliśmy nie tylko kolegami, ale i przyjaciółmi. Poza tym obaj pochodziliśmy z Kresów Wschodnich - on z Buczacza, a ja z Tarnopola. Tarnopolszczyzna to Podole, to Kraina płynąca mlekiem i miodem. To tereny nieskażone ekologicznie. Na łąkach rosły zielone soczyste trawy z polnymi kwiatami, tam na polach były łąny wspaniałych zbóż, cudowne ogrody i sady z owocami o nie zapomnianym smaku i zapachu. Lasy były liściaste, a w nich rosły orzechy laskowe, maliny, dzikie czereśnie i rajskie jabłuszka na ulegalki. Rzeka Seret z kryształowo czystą wodą, zarybiona, z brzegami obrosniętymi wierzbą i olszyną. Często wspominaliśmy nasze dzieciństwo z tej cudownej Krainy. Myślami zawsze byliśmy na naszych Kresach Wschodnich, na ziemi odwiecznie polskiej. Na dyżurach często śpiewaliśmy piosenki z tego regionu takie, jak: „*Szum Prutu, Czeremoszu, Seretu*”, „*Hej sokoły*”, „*Czerwony pas*”, „*Kalina*” oraz piosenki lwowskie – te patriotyczne i te batiarskie. Dr Pisarski pięknie śpiewał i miał duży repertuar piosenek. Zawsze śpiewaliśmy na dwa głosy. On w młodym wieku był ministrantem więc potrafił zaśpiewać także całą mszę po łacinie ku zdziwieniu siostry zakonnej, która pracowała na bloku operacyjnym.

Dyżury były bardzo ciężkie, ponieważ w Opolu był wówczas tylko jeden szpital, który przyjmował wszystkie ostre przypadki z Opola i bardzo ciężkie z całego województwa. Nie było anestezjologa, a po godz. 15⁰⁰ także laboratorium i Rentgena. Sami musieliśmy robić analizę moczu, leukocytów, oznaczać grupę krwi i robić próby krzyżowe. Zdjęcia Rtg robiła siostra zakonna, ale schodząc kłęba jak szewc. Dyżur kończyliśmy o godz. 7⁰⁰ i bez przerwy nadal pracowaliśmy.

Jeżeli mieliśmy dyżur w sobotę i niedzielę plus poniedziałek, to bez przerwy pracowaliśmy 55 godzin. A pła-

ca? Wtedy to były marne grosze. Mimo ciężkiej pracy na dyżurach i zmęczenia, Tadzio był zawsze pogodny, uśmiechnięty. Imponował humorem i energią w pracy, ale nie tolerował brudasów, a szczególnie pijaków. A oto kilka zdarzeń ze wspólnie pełnionych dyżurów.

Pewnego dnia ja operowałem piękny wrzód żołądka, a Tadzio mi asystował. Była godzina 6 rano, na salę weszła siostra zakonna Cerbonia (to było jej imię zakonne), a my zaczęliśmy śpiewać na dwa głosy „*Kiedy ranne wstają zorze*”. Siostra stanęła, jak wryta, a Tadzio odwrócił się i powiedział do niej: „*Siostro śpiewać razem z nami*”. Ona po chwili wyszła. Po operacji idziemy do pokoiku odpoczynku, a tam – ku naszemu zdziwieniu – na stoliku stoją wspaniałe wiejskie chleb ze smalcem i skwarkami, wspaniała kawa z mlekiem i dobre ciasteczka upieczone przez zakonnicę (oczywiście kawa w wersji „turbo” – z dodatkiem rumu).

Innym razem Tadzio powiedział do instrumentariuszki, żeby podała pewne narzędzie, ale chwilowo zapomniał, jak ono się nazywa, więc powiedział: „*Daj mi to pierdolitko*” (chodziło o Wolszczana). Od tej pory te narzędzie zostało już na stałe ochrzczone „pierdolitkiem”.

Na jednym z dyżurów przywieziono nam 30-letniego pijaka w stanie upojenia alkoholowego z licznymi ciętymi ranami. Awanturujący się pijaczek rozbił szklaną szafkę lekarską, zarzygał salę operacyjną i wyzywał nas najgorszymi wulgarnymi słowami. Podstępem i siłą przywiązaliśmy go do stołu. Ale jak pijaczek kopnął nogą Tadzia, to ten już nie wytrzymał i odwdzieczył się także własnymi przekleństwami. Należały do nich m. in.: „*Ty Kitajcu zas..., ty blada twoja figura, oby cię chudy Mojżesz wyrąbał, ty k... na kaczych nogach*” i wiele innych mocnych przekleństw od cara Mikołaja. Tłumaczenia i łajania nie pomagały. Pijaczek stawał się coraz bardziej agresywny. Wtedy Tadzio wyrwał spod jego ręki drewnianą szynę i zastosował „węgierską narkozę”. Pacjent natychmiast uspokoił się. Rany pozszywaliśmy i delikwenta oddaliśmy pod opiekę pielęgniarek. Rano pijaczek wytrzeźwiał, tylko nie mógł zrozumieć skąd na czole ma guza wielkości cytryny. Powiedzieliśmy mu, że to sprawił mu jego napastnik, a on stwierdził wtedy, że sprawi mu straszny odwet.

Była niedziela, godzina 11⁵⁰. Karetka przywiozła chorego z rozpoznaniem wstrząśnienia mózgu. Badany był przytomny i nie miał żadnych objawów neurologicznych. Podawał, że był w kościele i w czasie kazania na ramię księdza wskoczył mały diabeł, który na znak krzyża wskoczył badanemu przez usta do jamy brzusznej. A teraz pali mu wewnątrzności, co powoduje straszne bóle. Po przebadaniu stwierdziliśmy, że pacjent jest psychicznie chory. Dr Pisarski postanowił „wypędzić diabła z jego

brzucha”. Pacjent został rozebrany i ułożony na kozetce w pozycji kolankowo-łokciowej. Następnie nakryto go prześcieradłem i polecono otworzyć usta i patrzeć przez otwarte okno. Po zaaplikowaniu 3-ch czopków z lodu, Tadzio odmówił nad nim 5 minutową mszę po łacinie. Gdy w czasie tego „wypędzania” poprosił pielęgniarkę o wodę święconą, to ona stwierdziła, że jej nie ma. Tadzio wskazał ręką na szyję – i już było „święcenie”. Po-

tem jeszcze gwizdnął i krzyknął: „*Precz Szatanie*” – i „diabeł” uciekł. Po całej tej „ceremonii” pacjent wstał z kozetki i bardzo Tadziovi dziękował, ale niestety zaraz potem został przekazany na psychiatrię.

Są to skromne wspomnienia, ale są one pamięcią o tak wspaniałym Przyjacielu, jakim był Dr Tadeusz Pisarski.

Ryszard PICHURSKI

Czy Barbara Radziwiłłówna zmarła na raka szyjki macicy?



Pierwsze małżeństwo ostatniego Jagiellona Zygmunta II Augusta (1520–72) z Elżbietą Habsburżanką (1526–45) zakończyło się tragicznie. Ojciec Elżbiety cesarz Ferdynand Habsburg ukrył fakt, że jego najstarsza córka cierpi na padaczkę.

Dwa lata po ślubie z Zygmuntem Augustem, w wieku zaledwie 19 lat, Elżbieta zmarła w przebiegu kilkunastu ciężkich napadów padaczkowych (*status epilepticus*). Pochowana została w Katedrze Wileńskiej obok jedynego pochowanego tam króla polskiego Aleksandra Jagiellończyka.

Po śmierci Elżbiety Zygmunt August większość czasu spędzał na Litwie (był przecież również Wielkim Księciem Litewskim) i tam poznał piękną Barbarę Gasztołdową (ur. 1520) wdowę po wojewodzie nowogrodzkim Stanisławie Gasztołdzie (ich małżeństwo trwało 5 lat, nie doczekali się potomstwa; Stanisław Gasztołd zmarł w wieku 35 lat w roku 1542 i na nim wygasł starożytny ród litewski Gasztołdów), która przeszła do historii jako Barbara Radziwiłłówna.

Barbara Radziwiłłówna była córką kasztelana wileńskiego i Hetmana Wielkiego Litewskiego Jerzego Radziwiłła (nosił on tytuł Victora Litewskiego, dzięki licznym zwycięskim bitwom, zmarł niespodziewanie w roku 15410).

Na podstawie opisów, wizerunków oraz portretów można przyjąć, że w ówczesnych czasach, Barbara była wyjątkową piękną, której uroda roznosiła się po całej Litwie. Była, jak na owe czasy, wysoka (miała około 160 cm wzrostu, na tle przeciętnej damy dworu mierzącej 150 cm). Po śmierci męża zasłynęła z niezwykle bujnego życia seksualnego nawet z ludźmi z plebsu (wg kronikarzy byli wśród nich: „... senator, szlachcic, bogaty, biedny, znany, nieznany, braciszek zakonny, mieszczanin, wieśniak, masztalerz...”).

Kiedy Zygmunt August poznał Barbarę Radziwiłłównę został oczarowany jej urodą. Barbara Radziwiłłówna miała dwóch braci: rodzonego Mikołaja zwanego Rudym (sama była blondynką) oraz stryjecznego również Mikołaja zwanego Czarnym. Obaj bracia, licząc na wielkie korzyści majątkowe i stanowiska, wymusili na Zygmuncie Augustcie ślub z Barbarą, który odbył się potajemnie na dworze radziwiłłowskim w roku 1547 pod pozorem, że Barbara jest w ciąży. Być może Barbara poroniła, być może symulowała ciążę, ale potajemny ślub z Zygmuntem Augustem wywołał szok, zarówno na Litwie, jak i w Polsce. Szczególnie jego matka, królowa Bona, była przeciwna temu małżeństwu. Zygmunt August mimo powszechnego sprzeciwu, grożąc nawet oddaniem korony polskiej doprowadził do tego, że jego małżeństwo z Barbarą Radziwiłłówną uznane zostało podczas Sejmu Piotrkowskiego w roku 1550, zaś 7 grudnia 1550 roku Barbara Radziwiłłówna w Katedrze Wawelskiej została koronowana na królową Polski.

Ta zgoda królowej Bony, episkopatu oraz możnowładców spowodowana była tym, że Barbara była już poważnie śmiertelnie chora. Otóż cierpiała ona na postępujące bardzo szybko owrzodzenia zewnętrznych narządów rodnych z wyciekami ropy oraz „*cuchnącym smrodem*” (prawdopodobnie chodziło więc o zaawansowane zmiany martwicze tkanek). Nikt tego smrodu nie mógł wytrzymać z wyjątkiem samego Zygmunta Augusta, który w jej komnacie na Wawelu opiekował się nią aż do śmierci (vide słynny obraz Józefa Simmlera). Równocześnie postępowało u niej wyniszczenie całego organizmu (*cachexia*), czego dowodem jest list brata Radziwiłła Czarnego, że Barbara „... *wychudła tak, że jeno kości ostali, a ciała snać mało...*”.

31-letnia Barbara zmarła na Wawelu w dniu 8 maja 1551 roku w dniu patrona Polski biskupa Stanisława ze Szczepanowa.

Za trumną Barbary Radziwiłłówny z Krakowa do Wilna szedł pieszo na czarno ubrany król Zygmunt August. Ciało Barbary spoczęło w kryptach Katedry Wileńskiej, obok pierwszej żony Zygmunta Augusta Elżbiety Habsburżanki. Niestety w połowie XVIII wieku runął jej grobowiec i szczątki Barbary zmieszały się

z prochami innych pochowanych w podziemiach Katedry Wileńskiej. Nie pozostał do dzisiaj żaden ślad trumny ani szczątków Barbary.

Wśród historyków istnieją różne hipotezy dotyczące przyczyny śmierci Barbary Radziwiłłówny. Przede wszystkim odrzucana jest hipoteza zatrucia Barbary przez jej teściową królową Bonę, która faktycznie Barbary nienawidziła. Królowa Bona była nazywana „trucielką”, ponieważ wiele osób z jej otoczenia nagle i niespodziewanie umierało (korespondowała z słynną włoską „trucielką” Lukrecją Borgia), ale ta teoria nie wchodzi w rachubę, ponieważ Zygmunt August szczególnie ochraniał Barbarę przed ludźmi Bony.

Najczęściej podawaną przyczyną zgonu Barbary Radziwiłłówny jest zakażenie kiłą (syphilisem) przywleczonym z wyprawami Kolumba do Ameryki w roku 1492. Nieznany dotąd w Europie krętek błady znalazł doskonałe warunki środowiskowe i szerzył się nie tylko drogą płciową, ale również dotykową i kropelkową, powodując prawdziwe epidemie. Syphilis przetoczył się przez Włochy (choroba neapolitańska), Francję (choroba galijska), Niemcy (choroba francuska), Polskę (choroba niemiecka), Ruś (choroba polska). Choroba ta przede wszystkim ogarnęła dwory królewskie, książęce i możnowładców z uwagi na swobodę życia seksualnego. Dlatego też nic dziwnego, że nadworny lekarz króla Stefana Batorego Wojciech Oczko z Lublina nazwał ją w pierwszej polskiej książce dotyczącej syphilisa „Przymiotem dworskim”.

Choroba ta dawała zmiany patologiczne, nie tylko w obrębie narządów rodnych, ale również zmiany ogólnoustrojowe (wysypka, guzy kilakowate twarzy, tułowia, kończyn), była więc łatwo rozpoznawalna przez ówczesnych medyków i leczona głównie maściami rtęciowymi.

W przypadku Barbary Radziwiłłówny brak jakichkolwiek opisów innych zmian poza owrzodzeniami narządów rodnych. Nie podejmowano również żadnych



prób obowiązujących w przypadku tzw. „Przymiotu dworskiego” leczenia rtęcią. Dlatego też należy przyjąć hipotezę, że Barbara Radziwiłłówna zmarła na zaawansowaną postać raka szyjki macicy (w IV stopniu zaawansowania klinicznego, gdzie mogą występować przerzuty do pochwy i sromu). Tej hipotezie sprzyja burzliwe życie płciowe Barbary i częsta zmiana partnerów seksualnych (obecnie przyjmuje się, że za występowanie raka szyjki macicy odpowiedzialny jest wirus HPV). Potwierdzeniem tej teorii może być również fakt, że nadworny kronikarz Zygmunta Augusta Stanisław Orzechowski napisał, że „...Barbara zmarła na ciężką chorobę zwaną rakiem...”. W tamtych czasach rak był znany, istniało jednak przeświadczenie, że leczenie raka jest beznadziejne, a nawet szkodliwe dla chorego. Dlatego też w tych przypadkach nie stosowano żadnego leczenia, co potwierdza przypadek Barbary Radziwiłłówny.

Niestety tego dylematu nie rozstrzygnie już historia, ponieważ nie ma możliwości dotarcia do materiału DNA najkrócej panującej Królowej Polski (7 grudnia 1550 – 8 maja 1551).

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
Profesor PMWSZ w Opolu*

NADCHODZI KARNAWAŁ

Opolski Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zaprasza po raz kolejny na tradycyjny **BAL STOMATOLOGA**, który odbędzie się w 18 lutego 2012 r. (sobota) o godzinie 20⁰⁰ w salach hotelu „Festival” w Opolu. Zgłoszenia – tel. kontaktowy 77/45-20-924, kom. 606-665-202.

* * *

XX BAL LEKARZA organizowany przez **Delegaturę Opolskiej Izby Lekarskiej w Kluczborku** odbędzie się 18 lutego 2012 r. (sobota) o godzinie 20⁰⁰ w restauracji hotelu „Adler” w Byczynie.

Zaproszenia w cenie 150 zł od osoby (300 zł od pary) rozprowadzają w dniach 15 stycznia – 10 lutego 2012 r.:

- Róża Bruzi-Bużowicz – Szpital w Kluczborku, Oddział Noworodkowy tel. 77/417-35-53, 662-288-515,
- Edyta Misiak – Szpital w Oleśnie, Oddział Ginekologiczno-Położniczy,
- Mirosław Misiak – Szpital w Kluczborku, Oddział Laryngologiczny tel. 77/417-35-54.
- W programie balu:
- „W krainie operetki” – recital w wykonaniu zespołu „Wojciech Poprawa i przyjaciele”,
- muzyka na żywo – zespół muzyczny „Omega”,
- niespodzianki z nagrodami.

Pokoje hotelowe można rezerwować w recepcji hotelu „Adler”, tel. 77/418-50-26, Byczyna, Rynek 17, www.HotelAdler.pl

Wniosek o nadanie „Prymariusza Opolskiego”

Imię i nazwisko osoby zgłaszanej

Miejsce pracy osoby zgłaszanej

Tytuł zawodowy osoby zgłaszanej

Tytuł naukowy osoby zgłaszanej

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej

Numer prawa wykonywania zawodu osoby zgłaszającej

Uzasadnienie wniosku

(opis szczególnych zasług osoby zgłaszanej dla opolskiego samorządu lekarskiego):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data złożenia wniosku

Podpis osoby zgłaszającej

.....

.....

REGULAMIN NADAWANIA „PRYMARIUSZA OPOLSKIEGO”

Postanowienia ogólne

1. „Prymariusz Opolski”, będący najwyższym wyróżnieniem Opolskiej Izby Lekarskiej, nadawany może być lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla opolskiego samorządu lekarskiego.
2. Wyróżnienie nadaje Okręgowa Rada Lekarska w Opolu.
3. Wręczenie wyróżnienia odbywa się na Okręgowym Zjeździe Lekarzy, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W wyjątkowym przypadku, w którym osoba wyróżniona ze względu na stan zdrowia nie może być obecna na zjeździe, wręczenie to może odbyć się w innym miejscu.
5. Wyróżnienie może być nadane maksymalnie dwóm osobom rocznie, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Dopuszcza się, aby przy inauguracyjnym nadawaniu wyróżnienia uwzględnić większą liczbę osób, które zasłużyły się dla opolskiego samorządu lekarskiego w minionych 20 latach.

Wszczęcie postępowania

7. Wniosek o nadanie wyróżnienia złożyć może każdy członek Opolskiej Izby Lekarskiej.
8. Wzór wniosku o nadanie wyróżnienia stanowi załącznik nr 1 do regulaminu.
9. Do wniosku dołączony może być list promocyjny, podpisany przez osobę posiadającą wyróżnienie.
10. Wnioski o nadanie wyróżnienia na dany rok składa się w biurze Opolskiej Izby Lekarskiej do 31 grudnia.

Rozpatrywanie wniosków i nadanie wyróżnienia

11. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej ocenia kompletność wniosków, tworzy listę osób proponowanych do wyróżnienia i przedstawia ją na styczniowym posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej.
12. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej może udzielić rekomendacji poszczególnym osobom z listy.
13. Okręgowa Rada Lekarska dokonuje wyboru osób, którym nadane zostanie wyróżnienie, w drodze głosowania tajnego.
14. Wyróżnienie przyznawane jest osobom, które uzyskają nie mniej niż 90% głosów w obecności co najmniej 2/3 członków Okręgowej Rady Lekarskiej.
15. Opis trybu głosowania stanowi załącznik nr 2 do regulaminu.
16. Po zakończeniu głosowania Okręgowa Rada Lekarska podejmuje uchwałę o nadaniu wyróżnienia.
17. Kandydatury osób, które nie uzyskały wyróżnienia przechodzą na rok następny. W przypadku nieuzyskania wyróżnienia w drugim roku, kandydatura wygasa, ale może być powtórnie zgłoszona i wpisana na nową listę.

Wręczenie wyróżnienia

18. Wręczenia wyróżnienia dokonuje Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej lub jeden z jego zastępców.

Ewidencja nadanych wyróżnień

19. Nadanie wyróżnienia odnotowywane jest w aktach osobowych lekarza, poprzez dołączenie kopii uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej, a także w rejestrze Opolskiej Izby Lekarskiej, poprzez wpisanie nr i daty uchwały.
20. Biuro Opolskiej Izby Lekarskiej prowadzi rejestr osób wyróżnionych, do którego wpisuje się:
 - numer wyróżnienia,
 - imię i nazwisko osoby wyróżnionej,
 - numer prawa wykonywania zawodu,
 - numer i datę uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej,
 - adnotacje o wręczeniu duplikatu lub pozbawieniu wyróżnienia.

Postępowanie w razie zagubienia statuetki lub dyplomu

21. W razie zagubienia, zniszczenia lub kradzieży statuetki lub dyplomu należy niezwłocznie powiadomić o tym fakcie biuro Opolskiej Izby Lekarskiej.
22. Osoba wyróżniona może uzyskać duplikat statuetki lub dyplomu po złożeniu pisemnego oświadczenia, opisującego okoliczności zdarzenia oraz po wniesieniu opłaty, pokrywającej koszt wykonania statuetki.
23. Oświadczenie, o którym mowa w pkt.22 dołączane jest do akt osobowych lekarza.
24. Adnotację o wydaniu nowej statuetki lub dyplomu odnotowuje się w rejestrze, o którym mowa w pkt. 20.
25. Okręgowa Rada Lekarska informowana jest o zdarzeniu na swoim najbliższym posiedzeniu.

Pozbawienie wyróżnienia

26. Okręgowa Rada Lekarska może pozbawić wyróżnienia, jeżeli jego nadanie zostało dokonane na podstawie fałszywych danych.
27. Uchwała o pozbawieniu wyróżnienia podejmowana jest w trybie, o którym mowa w pkt.12 i 13.
28. Kopię uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej dołącza się do akt osobowych lekarza.
29. Pozbawienie wyróżnienia odnotowuje się w rejestrach, o których mowa w pkt.19 i 20.

.....
Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentystry

.....
Nr prawa wykonywania zawodu

PETYCJA

w sprawie przepisów regulujących zasady wystawiania recept na leki refundowane

Z powodu wprowadzenia w polskim systemie ochrony zdrowia, w szczególności w ustawie o refundacji leków, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry i w aktach niższego rzędu przepisów narzucających lekarzom i lekarzom denty stom liczne biurokratyczne obowiązki, w tym i takie, których spełnienie nie jest możliwe, a także z powodu wyjątkowo represyjnego charakteru tych przepisów, które w połączeniu z samowolą NFZ umożliwiają obciążanie osób wystawiających recepty bardzo wysokimi karami finansowymi, żądam:

1. Zmiany przepisów w taki sposób, aby uprawnienie pacjenta do otrzymania leku refundowanego było realizowane przez płatnika refundującego koszty leków, natomiast, lekarze i lekarze dentyści zajmowali się wyłącznie wskazywaniem na receptę, jakiego leku pacjent potrzebuje.
2. Zniesienia kary zwrotu „nienależnej” refundacji. Refundacja przepisanych leków jest prawem pacjenta i obowiązkiem płatnika. Jeżeli płatnik zrefunduje pacjentowi lek „nienależnie”, nie może obciążać tym problemem lekarzy.
3. Wprowadzenia przejrzystych zasad kontroli prowadzonych przez płatnika, opartych o powszechnie obowiązujące przepisy i zasady wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry, a nie o „powielaczowe” prawa NFZ, a także zagwarantowania możliwości rozpatrzenia odwołania od decyzji kontrolerów przez niezależny organ i zakazu podejmowania przez płatnika działań represyjnych (jak kary umowne, ograniczenie możliwości zawierania kontraktu) do czasu ostatecznego i prawomocnego sądowego rozstrzygnięcia sporu ze świadczeniodawcą.

Kontynuowanie dotychczasowych praktyk NFZ i dalsza represyjna biurokratyzacja przepisów wprowadzana ustawą o refundacji mogą spowodować, że przez lekarze i lekarze dentyści będą zmuszeni do wystawiania recept na leki za pełną odpłatnością.

.....
podpis



Medyczne Noble 2011

3 października 2011 roku, już po raz 102 w historii Fundacji, prestiżowe wyróżnienie w dziedzinie medycyny trafiło do trzech naukowców. Nagrodą Nobla zostali uhonorowani: amerykański immunolog i genetyk Bruce Beutler, francuski immunolog Jules Hoffman oraz pracujący do tej pory w USA i zajmujący się immunologią Kanadyjczyk, Ralph Steinman (naukowiec zmarł 30 września na raka trzustki, o czym nie wiedzieli członkowie komitetu przyznającego nagrodę). Tegoroczna nagroda w dziedzinie medycyny została przyznana za odkrycia dotyczące funkcjonowania układu odpornościowego. Oprócz prestiżowego wyróżnienia, nagrodzeni otrzymali do podziału kwotę 10 milionów koron szwedzkich (ok. 4,8 mln zł). Zgromadzenie Noblowskie Instytutu Karolińskiego podjęło decyzję podziału nagrody na dwie części. Pierwszą z nich przyznano wspólnie Bruce'owi Beutlerowi i Julesowi Hoffmannowi za odkrycia dotyczące wrodzonego układu odporności (*innate immune system*), będącego pierwszą linią obrony działającą tuż po wtargnięciu patogenów do organizmu. Badana i opisana przez nich reakcja immunologiczna jest nieswoistą odpowiedzią natychmiastową (nie jest skierowana przeciwko konkretnym patogenom). Druga część nagrody została przyznana Ralphowi Steinmanowi za odkrycia dotyczące komórek dendrytycznych oraz ich roli w odporności nabytej. Naukowiec zajmował się badaniem odporności swoistej, zwanej również adaptacyjną (*adaptive immune system*). System odporności swoistej, w odróżnieniu do poprzedniego, charakteryzuje się zdolnością do ciągłej adaptacji procesu rozpoznawania nowo pojawiających się antygenów, a także przechowywania informacji o antygenach już rozpoznanych. Kim są tegoroczni laureaci?

Bruce Alan Beutler (ur. 29. 12. 1957 r. w Chicago) jest jednym z pionierów badań nad procesami zapalnymi i odpornością wrodzoną. Jako pierwszy w historii wyizolował z organizmu myszy czynnik martwicy nowotworów alfa (TNF- α) oraz udowodnił jego rolę w procesie powstawania reakcji zapalnej oraz w szoku septycznym, wywoływanym endotoksyną produkowaną przez bakterie Gram ujemne. Jest również odkrywcą błonowych receptorów TLR 4 (Toll-like receptor 4), za pośrednictwem których odpowiedzialna za wstrząs septyczny endotoksyna aktywuje komórki odporności ssaków. W 1998 roku na łamach prestiżowego czasopisma „Science” naukowiec opublikował pracę dotyczącą m.in. funkcji tych receptorów jako jednego z „czujników” infekcji bakteryjnej.

Dzięki badaniom Beutlera udało się opracować etanercept – rekombinowane białko receptorowe p75 Fc, które wiąże się z TNF- α , przeciwdziałając wywoływanym przez niego efektom.

Prof. Beutler, wykorzystując powstające w komórkach rozrodczych mutacje, odkrył również liczne cząsteczki sygnałowe pośredniczące w rozwoju procesu zapalnego. Razem ze swoim zespołem zidentyfikował także geny pełniące ważną rolę w innych procesach biologicznych, takich jak regulacja wchłaniania żelaza, zdolność słyszenia i rozwój zarodkowy.

Prof. Beutler jest laureatem wielu nagród i członkiem prestiżowych towarzystw naukowych, np. Amerykańskiej Akademii Nauk, Stowarzyszenia Amerykańskich Lekarzy, Amerykańskiego Towarzystwa Badań Klinicznych, Europejskiej Organizacji Biologii Molekularnej (EMBO). Opublikował ponad 250 oryginalnych artykułów i prac poglądowych, które cytowane były ponad 41 tys. razy! Odkrycia prof. Beutlera dają nadzieję na opracowanie nowych, skuteczniejszych od dotychczasowych metod leczenia chorób o etiologii zapalnej i autoimmunologicznej.

Jules Alphonse Hoffmann (ur. 2. 08. 1941 r. w Echternach w Luksemburgu), wyjeżdżając na studia na Uniwersytecie w Strasburgu, zdecydował się na przyjęcie francuskiego obywatelstwa. W 1969 roku uzyskał stopień doktora nauk biologicznych. W latach sześćdziesiątych XX w. był m.in. współtwórcą Laboratorium Odpowiedzi Odpornościowej i Rozwoju Insektów (*Réponse immunitaire et développement chez les insectes*), działającego przy francuskim Krajowym Centrum Badań Naukowych. Placówką kierował od 1978 do 2006 roku.

Prowadzone przez niego badania dotyczyły m.in. molekularnych i komórkowych mechanizmów odporności muszki owocowej. Wraz z zespołem odkrył rolę ekdyzonu, steroidowego hormonu produkowanego przez larwy i poczwarki stawonogów. Naukowca najbardziej jednak interesowało zagadnienie odporności wrodzonej, która zabezpieczała owady przed atakami mikroorganizmów. Efektem tych badań było m.in. odkrycie, że ciało tłuszczowe (funkcjonalnie odpowiadające wątrobie i tkance tłuszczowej kręgowców), w którym przebiegają procesy kontrolowanych hormonalnie przemian metabolicznych, może w przypadku urazu produkować peptydy charakteryzujące się bardzo silnym działaniem mikrobójczym. W 1996 roku jego zespół w badaniach nad muszką owocową udowodnił udział receptorów TLR w produkcji bakteriobójczych peptydów w odpowiedzi na infek-

cję. Odkrycie to, w świetle badań opublikowanych dwa lata wcześniej przez Nomurę i wsp., dotyczących obecności receptorów TLR w organizmie człowieka nabrało większego znaczenia i pozwoliło lepiej zrozumieć zasady działania układu immunologicznego.

Ralph Marvin Steinman (ur. 14. 01. 1943 r. w Montrealu, zm. 30. 09. 2011 r. w Nowym Jorku) w 1968 r. ukończył studia medyczne na Uniwersytecie Harvarda. Przez wiele lat był pracownikiem i wykładowcą na Uniwersytecie Rockefellera. Zasadą Steinmana było odkrycie komórek dendrytycznych, pełniących kluczową rolę w drugiej linii obrony immunologicznej (odporności nabytej), czyli w tzw. adaptacyjnym układzie odpornościowym (*adaptive immune system*).

Naukowiec zajmował się również immunoterapią z udziałem komórek dendrytycznych, mającą zastosowanie w indukcji odpowiedzi odpornościowej na komórki nowotworowe. Jak twierdzą jego współpracownicy, dzięki dokonaniom przez niego odkryciom i zastosowaniu terapii z użyciem komórek dendrytycznych, pomimo nowotworu trzustki udało mu się o kilka miesięcy przedłużyć własne życie. Dzięki poznaniu mechanizmu

działania komórek dendrytycznych udaje się skuteczniej hamować nadmierne procesy zapalne w chorobach autoimmunologicznych lub wzbudzać odpowiedź immunologiczną przeciwko komórkom nowotworowym. Za pomocą odpowiednio spreparowanych komórek dendrytycznych można również zahamować reakcję odrzucania przeszczepów. Niestety, na obecnym etapie badań konieczne pozostaje rozwiązanie problemów zmniejszających skuteczność immunoterapii.

Doktor Steinman był wielokrotnie nagradzany za swoją pracę i osiągnięcia naukowe; otrzymał m.in. nagrodę im. Alberta Laskera w dziedzinie podstawowych badań medycznych, międzynarodową nagrodę Fundacji Gairdnera i nagrodę Williama B. Coleya za badania nad rakiem. Został też wybrany członkiem Amerykańskiego Instytutu Medycyny i Narodowej Akademii Nauk.

Pozostaje nam mieć nadzieję, że wiedza ta będzie dalej pogłębianą, co pozwoli na opracowanie i rozwój nowych metod leczenia.

Marek DERKACZ
marekderkacz@interia.pl
(przedruk z „Medicusa” nr 11/11)

DEFINICJA I SMUTNE FAKTY

Czym jest polityka zdrowotna i kto powinien ją prowadzić?

Państwo lepiej lub gorzej realizuje zapisane w Konstytucji prawo każdego obywatela do równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz zapewnienia szczególnej opieki dzieciom, kobietom ciężarnym, niepełnosprawnym i ludziom w podeszłym wieku. Tworzy system ubezpieczeń zdrowotnych i setki przepisów sanitarnych. Czy to wystarcza? Czy nie jest także potrzebna lokalna polityka zdrowotna?

Odpowiedź twierdząca wynika z obserwacji, że nasze zdrowie zależy od miejsca zamieszkania. Przy czym odmienności manifestują się pomiędzy województwami, powiatami, być może gminami. I to nie tylko nasz problem. Parlament Europejski przyjął 8 marca br. „*Raport na temat nierówności w zdrowiu*”. W dokumencie tym zwraca się uwagę na nierówności zdrowotne między państwami naszej części świata, jak też wewnątrz nich.

Niepokojące różnice

Polityka zdrowotna to rozpoznawanie problemów zdrowotnych priorytetowych dla danej społeczności, a następnie wybór celów, grup do objęcia działaniami i interwencji, jakie powinny być podjęte (Jardel). Tak zdefiniowana polityka zdrowotna jest w Polsce realizo-

wana na najniższym i najwyższym szczeblu organizacji społeczeństwa. W rodzinie matka obserwuje stan zdrowia dziecka i zwraca się do lekarza, gdy podejrzewa nieprawidłowości. Decyduje się lub nie na jego zaszczepienie. Podejmujemy lub nie działania ograniczające u siebie nadwagę, rezygnujemy z wyjazdu na atrakcyjny urlop, żeby mieć środki na uzupełnienie implantem ubytku w uzębieniu itp.

Ważnym, syntetycznym wskaźnikiem zdrowotności populacji jest przewidywany przeciętny czas życia noworodka. Oblicza się, że przy dzisiejszym stanie czynników warunkujących zdrowie, noworodek płci męskiej urodzony w latach 2005–2010 żyłby średnio:

- 80,2 roku w Islandii,
- 78,7 roku w Szwecji,
- 76,5 roku w Niemczech,
- 73,4 roku w Czechach,
- 71,3 roku w Polsce.

To, że w Polsce krócej niż w Europie Zachodniej, jest problemem ministra zdrowia. Ale GUS przewiduje, że mężczyzna urodzony w 2009 r. i mieszkający w Krakowie przeżyje średnio 74,2 roku, a w Łodzi o ponad 5 lat mniej (68,7). I to powinno spędzać sen z oczu władzom

Łodzi. No, bo dlaczego w kraju jednolitym etnicznie, w którym wszyscy obywatele są ubezpieczeni, a potrzeby zdrowotne refunduje ten sam ubezpieczyciel, mogą występować tak duże różnice? Drażąc temat... W roku 2008 na 100 tysięcy mieszkańców województwa łódzkiego umarło z powodu chorób układu krążenia 568,5 osób, w województwie pomorskim 318,3.

Przykłady można mnożyć. W 2009 r. odsetek amputacji kończyn z powodu niedokrwienia był na Śląsku o 30% wyższy niż średnio w Polsce i o 60% wyższy – przy uwzględnieniu różnic w wielkości populacji – niż w województwie mazowieckim. W woj. świętokrzyskim w 2009 r. umieralność niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniosła 4,2, w woj. śląskim 7,2.

Znaczne są różnice w dostępności świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W 2006 roku odsetek osób, które „załapały się” na zabieg endoprotezo-plastyki stawu biodrowego różnił się między powiatami pięciokrotnie (0,26 promila populacji w powiecie polkowickim i 1,23 promila w powiecie brzeskim), w zakresie leczenia zaćmy poprzez wszczepienie protezy soczewki ośmiokrotnie (0,88 promila populacji w powiecie grodziskim i 6,81 promila w Koszalinie), w zakresie koronarografii trzynastokrotnie (0,40 promila populacji w powiecie włoszczowskim i 5,24 promila w powiecie obornickim).

Odwrotnie niż z dostępem do plastyki stawu biodrowego zgłaszalność do badań cytologicznych szyjki macicy była w latach 2003–2007 we wspomnianym powiecie brzeskim dziesięciokrotnie mniejsza, niż w pobliskim Tarnowie. Jednocześnie rozwiązywanie porodu cięciem cesarskim – nie ze wskazań medycznych, a na życzenie rodzącej – naganne wg FIGO (Federacja Ginekologicznej- Położniczej), bo zwiększające ryzyko powikłań przy kolejnych ciążach, miało miejsce w Legnicy u 46% rodzących, w nieodległym powiecie wałbrzyskim tylko u 10%.

Bez planu

Przykłady te są wyzwaniem dla władz województw, dużych miast, powiatów, których mieszkańcy mają mniejsze szanse na zdrowie niż mieszkańcy innych regionów Polski.

Bo trudno się zgodzić, że nie wystarczy na Śląsku zwykła troska o zdrowie, pójście do lekarza, gdy boli noga, aby ostatecznie nie trzeba było jej amputować. Ktoś powinien być odpowiedzialny za te 30% chorych z niedokrwieniem kończyn, u których finałem choroby jest trwałe inwalidztwo tylko dlatego, że mieszkają oni w złym miejscu.

Zasługuje tu na przypomnienie wpisana w naszą Konstytucję zasada pomocniczości. Problemy do rozwiązania na miejscu powinny być rozwiązywane na miejscu... Także dlatego krótsze życie mężczyzn w Łodzi nie jest problemem ministra zdrowia, ale jest problemem władz

Łodzi. Wiem, nie zawsze recepta na poprawę jest na miejscu. Ale na miejscu trzeba podejmować starania, aby ją znaleźć.

Wypada wobec tego postawić pytanie – czy dziś lokalne samorządy problemami zdrowotnymi swoich społeczności się zajmują? I czy prawo je do tego zobowiązuje? I czy mają ku temu możliwości?

Nie zajmują się. Czasem gmina rzuci trochę pieniędzy na dodatkowe szczepienia lub badania poziomu cholesterolu, ale są to działania sporadyczne i bez wyraźnego planu.

Prawo nie zobowiązuje samorządów terenowych do działań, na rzecz poprawy tych wycinków zdrowotności, w których sytuacja danej społeczności jest gorsza niż średnio w kraju. Uchwalone w 1998 r. ustawy o samorządach województwa i powiatu wprowadziły ją przed nimi zadanie – „promocja i ochrona zdrowia”, ale nigdy nie zostało ono rozpisane w zasługującym na to zakresie na konkretne akty wykonawcze. I kompetencje samorządów w tej ważnej dziedzinie życia nie znaczą dużo.

Powiatowi zadano kilka, na pewno potrzebnych, ale raczej szczegółowych, zadań (np. przeciwdziałanie narkomanii i alkoholizmowi). Powiat pełni nadzór właścieli nad podległymi mu placówkami medycznymi (zadanie to wkrótce się skurczy). Ma zapewnić społeczeństwu danego terenu dostęp do opieki ambulatoryjnej. Ale obowiązku przeciwdziałania przytoczonym różnicom nie zapisano.

O tym, jaką wagę przywiązuje się w starostwach do ochrony zdrowia, świadczy ranga komórek, którym dziś ta problematyka jest przypisana. Zdrowie jest doczepiane do wydziałów oświaty, kultury, sportu i turystyki (np. w Rzeszowie czy Opolu Lubelskim), do wydziałów spraw obywatelskich i zarządzania kryzysowego (Cieszyn), do wydziałów organizacyjno-administracyjnych i spraw obywatelskich (Przemyśl) lub zupełnie nie wiadomo gdzie w organizacji starostwa jest owo zdrowie ukryte (Polkowice).

Są pozytywne wyjątki

W starostwie czarnkowskim działa biuro promocji i ochrony zdrowia. Co więcej, w zakresie jego obowiązków zapisano zadania kluczowe dla dostrzegania i usuwania zacofania w zdrowiu wobec reszty kraju, takie jak: „analiza wskaźników zdrowotnych i epidemiologicznych populacji powiatu” i „nadzór nad zabezpieczeniem odpowiedniej liczby i jakości świadczeń zdrowotnych (kontrola dostępności i poziomu udzielanych świadczeń dla mieszkańców powiatu)”.

W Czarnkowie uznano, że skoro prawodawca takich zadań nikomu nie przydzielił w sposób wyraźny, mógłby samorząd powiatu skorzystać – jak to nazywają konstytucjoniści – z zasady domniemania kompetencji i sprawą się zająć. Ale... Czy te wyprzedzające polską

epokę zadania to nie tylko słowa? Na prośbę o szczegóły nie odpowiedzieli.

Moje obawy mają źródło w tym, że nie ma w Czarnkowie ani w żadnym polskim powiecie wiedzy, jak w szczegółach przedstawia się ich sytuacja zdrowotna na tle kraju. Nie ma, bo w starostwie nie mają gdzie się o tym dowiedzieć. I nie ma prawem uznanych dróg postępowania, gdy już wiadomo, że z czymś jest źle.

Co trzeba zrobić?

Trzeba przełożyć płynące z ustawy ogólnie zapisane zadania samorządów terenowych w zakresie promocji i ochrony zdrowia na konkretne przepisy wykonawcze – to po pierwsze. I potrzebna jest wieża obserwacyjna, z której marszałkowie i starostowie mogliby widzieć, jak wygląda ich miejsce w szeregu, jak prezentują się wskaźniki zdrowotności populacji pod ich opieką na tle kraju.

Pilnie potrzebne są materiały statystyczne opisujące zdrowotność populacji wszystkich polskich województw i powiatów poprzez możliwie liczne wskaźniki. Czyli minister zdrowia powinien sprawić, aby podległe mu Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia poszerzyło w znacznym stopniu swą działalność i udostępniało on line maksymalnie szczegółowy informator, określający obecną sytuację zdrowotną w polskich powiatach i województwach.

Dziś opracowania tego typu robione są w wojewódzkich centrach zdrowia publicznego (nie wszystkich), ale w ograniczonym zakresie, przy czym doborem poruszanych tematów rządzi pomysł redaktora. Chaos absolutny. W jednych są dane o świeżo rozpoznanych przypadkach schizofrenii, w innych prawie nic z psychiatrii, a dużo o częstości owsicy i świerzbu. Nawet w kolejnych rocznikach biuletynów z tego samego województwa zakres tematów bywa różny.

Pierwszym krokiem dla działań naprawczych jest więc uświadomienie sobie, że jest sprawa. Ale co dalej? Starosta nie wie, jak zaradzić konkretnemu problemowi zdrowotnemu. Ale i matka dziecka, które ma gorączkę, nie wie, jak je leczyć, więc zwraca się po radę do lekarza, starosta po radę mógłby się zwracać do konsultanta wojewódzkiego we właściwej dziedzinie medycyny. Od niego powinien się dowiedzieć, jakie podjąć działania, aby np. zmniejszyła się umieralność niemowląt na jego terenie. I z pytaniem, czy niska częstość zabiego-

wego leczenia choroby wieńcowej wśród mieszkańców jego powiatu spowodowana jest tym, że ich potrzeba jest akurat wyjątkowo mała, czy może wiedza kardiologiczna miejscowych lekarzy niedostateczna.

W oparciu o takie informacje samorząd oferuje zachęcające do osiedlenia się warunki dla brakującego specjalisty, organizuje spotkanie lokalnego ordynatora z konsultantem, interweniuje w NFZ itp.

Pytanie bez odpowiedzi

Niestety, urząd konsultanta wojewódzkiego jest dziś bardziej fasadowy niż przynoszący korzyści. Już wysokość wynagrodzenia oferowanego wysokiej klasy specjalistom (kilkaset złotych miesięcznie) zakłada, że może to być urząd „nicnierobienia”. Gdyby chcieć wykorzystać jego eksperckie możliwości na miarę rzeczywistych potrzeb, należałoby go wzmocnić i kadrowo, i finansowo. Ponadto, gdyby pojawił się popyt na rady, jak problemy zdrowotne w danych populacjach rozwiązywać, zaczęłyby zapewne powstawać prywatne grupy konsultantów medycznych zdolnych do skutecznej pomocy.

Przyczyny lokalnych różnic w zdrowotności nie zawsze są oczywiste i mogłyby być przedmiotem prac doktorskich czy studiów sponsorowanych przez samorządy terenowe.

Warto zauważyć, że pojawia się już w samorządach świadomość niedookreśloności ich roli w ochronie zdrowia. I niewykorzystania ich możliwości. We wrześniu ub. r. odbył się w Poznaniu I Samorządowy Kongres Zdrowia. Jego uczestnicy wystosowali do władz memorandum, w którym m.in. apelują, aby te określiły „*za co i za kogo w systemie ochrony zdrowia odpowiadają jednostki samorządu terytorialnego, jakie są prawa i obowiązki gmin, powiatów i województw oraz jakimi narzędziami dysponować będą samorządy w realizacji lokalnej lub regionalnej polityki zdrowotnej*”. O ile wiem, pytanie pozostało bez odpowiedzi.

Wspomnę, kończąc, że jednym z priorytetów polskiej prezydencji w Radzie UE jest zmniejszenie różnic w zdrowiu pomiędzy jej krajami. To dodatkowy powód do podjęcia wysiłków na rzecz stworzenia systemu prowadzącego do zmniejszenia różnic wewnątrz kraju.

Maciej KRZANOWSKI

senator RP I kadencji,

były dyrektor ZOZ w Cieszynie

(przedruk z „Rynku Zdrowia” październik 2011)

Wyciągnijmy wnioski

W Międzynarodowym Instytucie Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie zaprezentowano 15 września br. wyniki raportu z interdyscyplinarnego i wielośrodkowego projektu PolSenior – największego w Polsce badania populacji osób starszych. Raport przedstawił Piotr Błędowski, profesor SGH oraz prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Projekt został zamówiony przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w celu oceny jakości życia osób w podeszłym wieku oraz zaproponowania rekomendacji dotyczących aspektów medycznych i socjoekonomicznych starzenia się społeczeństwa.

Coraz starsi

Osoby powyżej 65. roku życia to znaczna część polskiego społeczeństwa, a średnia wieku w naszym kraju jest coraz wyższa. Jak jednak wygląda starość? Jaki jest stan zdrowia i... portfela polskich seniorów? Czy państwo jest przygotowane na postępujące zmiany demograficzne?

Te pytania stały się punktem wyjścia do największego w Polsce badania populacji osób starszych. Nigdy dotąd w Polsce nie zrealizowano tak obszernego badania dotyczącego tej grupy. W badaniu wzięło udział 5695 osób – 4979 respondentów po 65. roku życia i grupa na przedpolu starości – 716 badanych w wieku 55–59 lat.

Dzięki współpracy różnych ośrodków powstał multidyscyplinarny projekt poświęcony medycznemu, biologicznemu, społecznemu i ekonomicznemu aspektom starzenia się społeczeństwa.

- Atutem badania jest połączenie wiedzy i doświadczenia wielu badaczy z różnych dziedzin medycyny, m.in. geriatrici, kardiologii, neurologii, nefrologii, psychiatrii, endokrynologii, epidemiologii, reumatologii, biologii molekularnej, a także socjologii, psychologii, ekonomii, demografii i wielu innych – mówi prof. Piotr Błędowski, kierownik projektu PolSenior.

- Dzięki interdyscyplinarnej współpracy miała szansę powstać wielowymiarowa analiza, pokazująca pełny obraz starości i związanych z nią zadań dla społeczeństwa, administracji publicznej, rodzin oraz organizacji pozarządowych – dodaje prof. Błędowski.

Prognoza GUS

Zakłada, że udział osób w wieku poprodukcyjnym w 2035 r. wzrośnie o blisko 11% w stosunku do 2007 r. i wyniesie 26,7%. GUS szacuje również, że każdego roku przybywać będzie średnio ponad 100 tys. osób w wieku poprodukcyjnym. W latach 2010–2020 wzrost ten będzie nawet dwukrotnie wyższy.

Jak pokazuje badanie PolSenior, prawie 30% badanych ma stałe objawy depresji, która nie jest zdiagno-

zowana ani leczona. Co trzeci respondent powyżej 65. roku życia ma zaburzenia pamięci i często wymaga stałej opieki.

Prawie połowa seniorów ma źle skorygowane wady wzroku, a niemal 2% widzi bardzo słabo albo wcale. Podczas wywiadów z respondentami okazało się, że na zaćmę cierpi prawie co trzeci senior, na jaskrę co 14, a co 50 ma zdiagnozowane zwyrodnienie plamki żółtej (AMD), które w rzeczywistości występuje zapewne znacznie częściej.

Starcze osłabienie ostrości słuchu jest upośledzeniem specyficznym dla podeszłego wieku. Co trzecia osoba po 65. roku życia słyszy gorzej niż dotychczas, a 1,3% respondentów całkowicie utraciło słuch.

Zaburzenia poznawcze

Choroby osób w wieku podeszłym w dużej mierze są także związane z psychiką. Pamięć wraz z myśleniem, procesami postrzegania, funkcjami językowymi i wzrokowo-przestrzennymi wchodzi w skład funkcji poznawczych, które wraz z wiekiem ulegają pogorszeniu.

Problemy z pamięcią mogą się stać początkiem zespołów otępiennych, które są dominującą przyczyną utraty samodzielności w podeszłym wieku. Chorzy wymagają stałej opieki i pielęgnacji, co się wiąże z dużymi nakładami finansowymi oraz stałą dyspozycyjnością ze strony opiekunów. Jedną z przyczyn otępienia jest choroba Alzheimera.

Badanie PolSenior wykazało, że u prawie 28% badanych osób po 65. roku życia występuje lekkie lub umiarkowane otępienie. Prawie co 20 respondent ma znacznie zaburzone funkcje poznawcze, które uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie.

Serce seniora

Nadciśnienie tętnicze występuje we wszystkich grupach wiekowych. Jednak najczęściej dotyczy osoby po 65. roku życia. Badanie PolSenior potwierdziło, że wśród seniorów nadciśnienie występuje u prawie 75% populacji.

Większość osób w podeszłym wieku zdaje sobie sprawę z tej przypadłości (ponad 75%) i jest leczona (około 70%). Celem leczenia nadciśnienia tętniczego u osób starszych powinno być uzyskanie najniższych dobrze tolerowanych wartości ciśnienia, optymalnie poniżej 140/90 mmHg. Jednak dobra kontrola ciśnienia ma miejsce zaledwie u co czwartej starszej osoby.

Konsekwencją nieleczzonego lub niewłaściwie leczonego nadciśnienia może być m.in. silny przerost lewej komory serca, postępujące niedokrwienie i upośledzenie kurczliwości mięśnia sercowego oraz pojawienie się komorowych zaburzeń rytmu. Brak właściwej kontroli nad-

ciśnienia może doprowadzić do tzw. zastoinowej niewydolności krążenia lub nagłej śmierci sercowej.

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej szczególnie często występują u osób po 65. roku życia. Co czwarty senior pomiędzy 65. a 80. rokiem życia i co piąty powyżej 80. roku życia ma cukrzycę. Co piąty respondent badania PolSenior ma również zaburzenia glikemii na czczo.

Prawie 45% respondentów badania PolSenior chorych na cukrzycę ma powikłania tej choroby. Najwięcej z nich, bo aż 40%, cierpi na powikłania okulistyczne, prawie 7% na nerkowe. U co 25 chorego występuje również tzw. stopa cukrzycowa.

Problem ekonomiczny

Jak pokazują badania PolSenior, populacja osób po 65. roku życia nie jest jednorodna. Należą do niej zarówno osoby cieszące się dobrym zdrowiem i w pełni aktywne, jak i schorowane oraz niesamodzielne.

Z jednej strony wydłużanie się czasu trwania życia jest sukcesem, z drugiej jednak stanowi problem, przede wszystkim natury ekonomicznej. Wiąże się bowiem z większymi obciążeniami systemu emerytalnego i zdrowotnego oraz innymi kosztami związanymi z opieką medyczną nad osobami starszymi.

Zgodnie z unijnymi standardami, na 10 tys. mieszkańców powinny przypadać dwa łóżka geriatryczne. W Polsce powinno ich być więc około 7,6 tys., a jest jedynie 600. Jak twierdzi prof. Tomasz Grodzicki, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, dzisiaj największym problemem polskiej geriatrii jest niedoszacowanie.

- *NFZ zdaje się nie dostrzega tego, że starszy pacjent jest obciążony kilkoma schorzeniami, w związku z tym wymaga zwiększonej opieki pielęgniarstwa i rehabilitacyjnej, co musi generować określone koszty – tłumaczył Rynkowi Zdrowia prof. Grodzicki.*

Przygotować się na starość

W opinii prof. Tomasza Grodzickiego, NFZ traktuje pacjenta geriatrycznego na równi z każdym innym. Z tym wiąże się właśnie niedoszacowanie kontraktów przez płatnika, które w ramach systemu Jednorodnych Grup Pacjentów sięga – według konsultanta krajowego – 30%. Rozliczanie pacjenta geriatrycznego w ramach JGP uniemożliwia płacenie za całościową ocenę stanu pacjenta. To powoduje, że w każdym szpitalu oddział geriatryczny jest deficytowy.

- *Stosunek do osób starszych jest pewnym odzwierciedleniem demokratycznej dojrzałości społeczeństwa – uważa dr Jarosław Derejczyk, konsultant w dziedzinie geriatrii w województwie śląskim. Jego zdaniem, problem niedofinansowania opieki długoterminowej będzie narastał, głównie z powodu zjawiska tzw. siwienia starości, czyli przyspieszonego wzrostu grupy osób po 80. roku życia z najwyższymi wskaźnikami niesprawności.*

Badanie PolSenior ma więc stać się przydatnym narzędziem dla decydentów, którzy będą zmuszeni do podjęcia działań minimalizujących koszty niekorzystnych procesów demograficznych.

Jacek JANIK

(przedruk z „Rynku Zdrowia” październik 2011)

Głosem Związku

CZAS TO PIENIĄDZ!

Już marksiści wiedzieli, że czas jest najdroższym towarem. Twierdzili, że wartość produktu należy mierzyć ilością czasu, potrzebnego na jego wykonanie. Mentalni spadkobiercy tej filozofii postępują, przynajmniej w ochronie zdrowia, wbrew jej zasadom i wmawiają pracownikom, że niskie wynagrodzenia można zrekompensować większą ilością pracy.

Rejon Europy, w którym przyszło nam żyć, jest od dawna zapóźniony pod wieloma względami. Ma to zapewne związek z licznymi wojnami, ale także z wielorakim wpływem szeroko rozumianych kultur Wschodu. Dawanie jałmużny w islamie jest cnotą i obowiązkiem zarazem. Trochę bliższy Wschód do perfekcji opanował branie i dawanie łapówek, jako normę codziennego życia. Uwarunkowania te mocno odcisnęły się na warunkach pracy w ochronie zdrowia, choć nie tylko, a ich korzenie sięgają już wczesnego PRL-u. Zupełnie nie przystaje to do standardów demokracji typu zachodniego, choć i one, jak słyszymy w licznych

enuncjacjach medialnych, też ulegają pewnego rodzaju orientalizacji.

Jakość kosztuje!

Już w czasach niewolnictwa zauważono, że jakość pracy, tzn. wytwarzanych dzięki niej towarów i usług, pozostawia często wiele do życzenia. Wolna praca, dobrze wynagradzana, stała się fundamentem rozwoju cywilizacji zachodniej. Dojrzałe demokracje, społeczeństwa obywatelskie – to pojęcia nierozzerwalnie związane z wolną, dobrze wykonywaną i wynagradzaną pracą. Ludzie, którym ich praca daje godziwe utrzymanie, tzn. rozwiązuje ich problemy i zaspokaja potrzeby, szanują ją i wykonują z zaangażowaniem, jak można najlepiej. W naszym kręgu kulturowym często spotykamy postawę – jaka płaca, taka praca, którą w spadku zostawił nam system komunistyczny. Powoduje to ciągle jeszcze wiele problemów, nieznanymi w prawdziwych demokracjach, jak choćby niska jakość dróg (odwieczny problem

studzienek kanalizacyjnych, konieczność remontowania nawierzchni po roku – dwóch od wybudowania drogi), odwieczne opóźnienia pociągów, złe funkcjonowanie administracji, właściwie każdego szczebla, powszechne brakoróbstwo w budownictwie, a także wiele innych tzw. niemożności.

Przykład przyszedł ze wschodu

Po II wojnie światowej odziedziczyliśmy zrujnowaną gospodarkę, kraj sklecony z trzech zaborów i problemy, związane z niechcianym sowieckim protektorem. Do tego doszły olbrzymie braki fachowców, właściwie w każdej dziedzinie. W nauce, rolnictwie czy przemyśle jeszcze dało się jakoś połatać. W końcu nie każdy musiał mieć dom, czy nawet mieszkanie, nie każdy musiał mieć całe buty, czy nowe spodnie. Gorzej było w ochronie zdrowia. Komunistyczna propaganda musiała szybko i dużo obiecać, żeby zdobyć poparcie tzw. mas. O ile w innych dziedzinach trudno było te obietnice egzekwować (np. na mieszkanie trzeba było czekać kilkanaście, na kupno samochodu też kilka dobrych lat), to w ochronie zdrowia takie terminy kończyłyby się często zgonem chorego i mogłyby bardzo zaszkodzić ówczesnej propagandzie. Przy drastycznie małej ilości lekarzy nie można było znaleźć dobrego rozwiązania, więc sięgnięto po wzorce sowieckie. Stalin mawiał, że dobry lekarz się utrzyma zawsze, więc po co utrzymywać darmożjadę. Tak więc system postanowił weryfikować umiejętności lekarzy, oferując im bardzo niskie, wręcz symboliczne, płace. Lekarze z kolei, żeby przeżyć musieli pracować w wielu miejscach, w wymiarze właściwie nieograniczonym. Z czasem niektórzy z nich zaczęli oczekiwać dobrego wynagrodzenia za dobrą pracę. Ponieważ pracodawcą było państwo totalitarne, ich oczekiwania i nadzieje były konsekwentnie lekceważone. Władza, mrużąc okiem, dawała jednoznaczny sygnał: wiemy, że mało zarabiacie, ale państwo jest biedne i nie może dać więcej, ale przecież jesteście inteligentni i zaradni, więc potraficie o siebie zadbać. I wielu z nas dbało, lepiej lub gorzej, ale tylko dzięki tym umiejętnościom polska medycyna przetrwała, a nawet mogła się trochę rozwijać. Jedni z nas tworzyli nieformalny system dochodów nieoficjalnych, w różnych rozmiarach, czasami monstrualnych, inni poszli na ilość i pracowali po 300, 400 i więcej godzin w miesiącu. Władza życzliwie przyglądała się jednemu i drugiemu, podziwiając u jednych obrotność i zaradność, dzisiaj ładniej zwane przedsiębiorczością, u drugich – zdolność do nadludzkiego wysiłku, ale też naiwność i brak wyobraźni. W społeczeństwie funkcjonował stereotyp zamożnego lekarza, który w praktyce obligował do dawania wyższych napiwków czy honorariów za świadczone nam usługi, a na pewno zobowiązywał do eleganckiego ubioru i dużego mieszkania czy wręcz domu. Hasło – pokaż lekarzu, co masz w garażu, jest dobrym przykładem tej zakłamaniej mentalno-

ści, dla której pożywką były plotki i komunistyczna propaganda. Taki stan, z pobłażliwością tolerowany przez władze, trwał kilkadziesiąt lat, aż część z lekarzy zbuntowała się i podniosła głowę.

Strajk! – niemożliwe!

Na początku 2006 roku doszło do poważnych zaburzeń w tym sprawnie i tanio działającym systemie. Nie były to wprawdzie pierwsze perturbacje, ale pierwsze dobrze zaplanowane i zorganizowane, a także skuteczne. Z dzisiejszej perspektywy widać wyraźnie, że ówczesna władza nie wierzyła, że zaplanowana w OZZL akcja strajkowa znajdzie poparcie wśród szerokich kręgów braci medycznej. Dlatego też ogłoszenie strajku w siedmiu podkarpackich szpitalach było sporym zaskoczeniem dla władz, a także przykrym policzkiem dla specsłużb, które na czas nie ostrzegły o zbliżającym się niebezpieczeństwie. Dzięki elementowi zaskoczenia udało się strajkującym szpitalom wymusić jedyną systemową zmianę – tzw. ustawę wedlowską, która przewidywała podwyżki płac o 30% dla wszystkich sp zoz-ów, także tych niestrajkujących.

Imperium kontratakuje!

W roku następnym zaskoczenia nie było. O strajku mówiliśmy dużo i chętnie. Przygotowaliśmy sporą część naszych kolegów do działań strajkowych, ale władze przygotowały się lepiej. Upokorzone naszą akcją w roku 2006, służby specjalne, tym razem nie zlekceważyły przeciwnika. Zastosowano socjotechniki, podsłuchy telefonów, w mediach publikowano kłamliwe teksty, dezawuuujące naszych kolegów. Wsparto także fachowo tych dyrektorów, którzy mieli niewielką wprawę w manipulowaniu załogi i robieniu wody z mózgu najmniej zorientowanym. Skończyła się także życzliwość władzy, tolerująca dochody niejasnego pochodzenia. Nie miała tu znaczenia wysokość ani forma kwestionowanej korzyści – liczył się sam fakt. Do jednego worka wrzucono rzeczywiste, choć bardzo rzadkie, przypadki przyjmowania nawet wielotysięcznych łapówek, za czyny strictly przestępcze, oraz przypadki przyjęcia koniaku, wiecznego pióra czy choćby oskubanej kury, od zadowolonych pacjentów, którzy byli świadomi niskiego wynagradzania tych, którym zawdzięczają powrót do zdrowia. Przez media przetoczyła się fala spektakularnych aresztowań „przestępców”, zakuwanych w kajdanki przed obiektywem publicznej telewizji i wyprowadzanych w towarzystwie antyterrorystów ze szpitala czy przychodni. Dobra władza, która tyle lat tolerowała takie zjawiska, nie mogła nam wybaczyć buntu i sięgnęła po środki, wydawałoby się, zarezerwowane dla mafii pruszkowskiej czy wołomińskiej. Poza kolejnym aktem zohydzenia stanu lekarskiego przed społeczeństwem w mediach, mogliśmy zaobserwować nerwowe nawoływania niektórych naszych „kolegów” do zaprzestania akcji strajkowej i wy-

cofania się z postulatów płacowych w ogóle. Na pierwsze efekty nie trzeba było długo czekać. Mimo szeroko zaplanowanej akcji i powszechnego poparcia lekarzy, zwłaszcza młodych, do strajku doszło tylko w połowie szpitali publicznych. Mimo dobrej organizacji, zapewniającej bezpieczeństwo pacjentów, jak i strajkujących, uzyskano efekty dość odległe od zaplanowanych, choć niemałe, ale nie miały one zasięgu i charakteru systemowego. Zostały jednak szeroko i na wyrost rozpropagowane w mediach, żeby w głowie przeciętnego widza zostawić wrażenie ich „zniewalającego ogromu”. Pojawiały się również często informacje, że brakuje na leczenie, bo pieniądze poszły na płace lekarzy (tak, jakby leczenie mogło odbywać się bez udziału lekarza!).

Liczy się tylko rzeczywistość medialna!

Od tamtego czasu każda próba kontynuacji walki o lepsze warunki płacy i pracy napotyka w mediach ogromną falę krytyki w stylu – „jeszcze im mało?” Wszelkie działania, zmierzające do ucywilizowania warunków pracy i płacy spotykają się ze zmasowanym odporem. Nie pomagają nam także ci, którzy pracują po 400 i więcej godzin w miesiącu i bardzo bronią się, żeby im tego nie zabrać. Z jednej strony władze chętnie pokazują ich „przykładowe” zarobki, judząc opinię publiczną przeciw nam, z drugiej – ktoś, kto mało zarabia – może po prostu za mało pracuje i sam sobie jest winien.

Przekonać nieprzekonanych!

Od 2 miesięcy OZZL prowadzi akcję mającą na celu ucywilizowanie pracy lekarskiej w Polsce, polegające na ograniczeniu czasu pracy do norm unijnych i kodeksowych. Ma to oczywisty związek z niedawną śmiercią kolegi-anestezjologa, w trakcie 5-tej doby dyżuru. Oczy-

wiście ogromne znaczenie ma również bezpieczeństwo pacjentów, które nie wszyscy chcą dostrzegać, ale także względy odpowiedzialności za ewentualne błędy. Nie było jeszcze precedensu, żeby firma ubezpieczeniowa odmówiła wypłaty odszkodowania z powodu przekroczenia norm czasowych pracy przez lekarza, ale nie czekajmy na nieszczęście, tylko spróbujmy mu zapobiec.

Wielu z naszych kolegów, skrupulatnie podliczających zarobione na pseudokontraktach pieniądze, nie zdaje sobie sprawy, jaką cenę rzeczywiście płacą, pracując 300, 400 i więcej godzin. Przyjdzie czas, kiedy ich rodziny wystawią im rachunek nie do zapłacenia. Dzięki takim postawom, ciągle pracodawcy rozdają karty na rynku pracy, bo „Stachanowcy” i różnej maści „Pstrowscy” wykonają każdą ilość, nawet najniższej płatnej pracy. To droga donikąd! Musimy uwierzyć, że ograniczenie ilości naszej niskopłatnej pracy spowoduje wzrost jej wartości, że pracując mniej, możemy zarabiać więcej. Już dziś w niektórych ośrodkach tak jest i honoraria rzędu 120 – 150 zł/godz. nie są szokujące, ale to na razie pierwsze jaskółki, które wiosny nie czynią, choć pokazują, że jest ona możliwa.

Spróbujmy spojrzeć na naszą pracę trochę inaczej. Mimo wielkiego jej znaczenia dla społeczeństwa, nie może być ona jedynym wypełnieniem naszego życia. Wiemy, że w nieodległych przecież krajach jest to możliwe, i to od wielu lat. Nie dajmy zwieść się propagandzie władzy, która od lat wmawia nam, że kraj nie ma pieniędzy, bo ten sam kraj buduje najdroższe na świecie drogi czy stacje. Uwierzmy, że także my możemy żyć, nie tylko jako lekarze, ale także jak cywilizowani ludzie.

Zdzisław SZRAMIK

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 5/11)

Refleksje w 10. rocznicę ataków węglkowych w USA

Listy z przetrwalnikami zarazków wąglika w USA i trupy zmarłych na dżumę Tatarów katapultowanych do średniowiecznej Kaffy – to różne oblicza tego samego bioterroru.

W tym roku przypada 10. rocznica lotniczych ataków terrorystycznych w USA. Po kilku dniach po atakach rozpoczęły się, do dziś niewyjaśnione, działania bioterrorystyczne polegające na przesyłaniu listów ze sproszkowanymi przetrwalnikami zjadliwego szczepu zarazka wąglika. Konsekwencją tych przesyłek było 11 przypadków zachorowań na wąglik płucny, z których 5 zakończyło się zejściem śmiertelnym i 11 wyleczonych przypadków wąglika skórno-

Przesyłki listów z zarazkami wąglika w USA w 2001 roku były, jak dotychczas, ostatnią akcją bioterrorystyczną. Inne, budzące grozę i o większej skali konsekwencji, były podejmowane w różnych okresach dziejów ludzkości.

Najbardziej spektakularny atak bioterrorystyczny miał miejsce w XIV wieku, w okresie wojen między chanatem Tatarów na Krymie a włoskimi miastami kolonialnymi na północnych wybrzeżach Morza Czarne- go. Główne walki, ze zmiennym szczęściem, toczyli Tatarzy z Kaffą, założoną przez kupców genueńskich na miejscu starożytnej greckiej kolonii Teodozji. Kaffa była portem utrzymującym dostęp do morza nawet w czasie

długotrwałych oblężeń. Było to miasto mocno ufortyfikowane, otoczone podwójnymi wałami murów obronnych. Wał wewnętrzny obejmował 600, a zewnętrzny 11 000 domów. Mieszkańcy byli kosmopolitami, obok Genuńczyków byli tam Wenecjanie, Grecy, Ormianie, Żydzi, Tatarzy i Turcy.

W 1343 roku, w czasie jednej z tych wojen, Tatarzy oblegli Kaffę. To oblężenie przeciągnęło się do następnego roku. Straty wojsk tatarskich były ogromne. Przy wsparciu odsieczy z innych kolonialnych miast włoskich zabito łącznie 15 000 Tatarów i zniszczono ich maszyny oblężnicze. Mimo to, w następnym roku, Tatarzy ponowili oblężenie, ale zostali zmuszeni do rezygnacji z dalszych działań, tym razem za sprawą epidemii dżumy, która zdziesiątkowała ich armię. Rezygnując z dalszych prób zdobycia Kaffy, podjęli perfidne pozbywanie się tysięcy trupów swoich wojowników zmarłych na dżumę przez katapultowanie ich do oblężonego miasta. Obrońcy próbowali ratować się zrzucając trupy do morza. Mimo tych rozpaczliwych działań, odór z gnijących trupów był przerażający, zostały zatrute dostawy wody, a w mieście zaczęła szerzyć się dżuma. Ostatecznie mieszkańcy Kaffy zostali zmuszeni opuścić swoje miasto drogą morską, a dotarłszy do portów włoskich zawlekli tam dżumę. Zdarzenia te opisał naoczny świadek, genueński kronikarz Gabriele de'Mussi, a amerykański epidemiolog Marek Wheelis opublikował tłumaczenie tych relacji, zaopatrując je własnym komentarzem (*Biological Warfare at the 1346 Siege of Caffa*. *EID* 8 (9), 2002, 971–5). Zdaniem Wheelisa, de'Mussi dokonał trafnych sprostowań, że dżuma została przeniesiona do oblężonego miasta przez katapultowane trupy i że mieszkańcy Kaffy zawlekli zarazę do portów włoskich. Wheelis podkreśla jednak, że oblężenie Kaffy i jego przerażający finał nie wydają się być jedyną drogą szerzenia się dżumy w Europie. Tak samo kupieckie karawany lądowe przemierzające stepy Rusi stwarzały możliwość szerzenia się zarazy. Z tych względów uciekinierzy z Kaffy stanowili prawdopodobnie tylko jedno z kilku źródeł pandemii dżumy w Europie.

Był to największy kataklizm epidemiologiczny w pisanej historii ludzkości. Straty Europy są oceniane na 1/4 do 1/3 ówczesnej populacji.

Opis oblężenia Kaffy jest pełnym grozy przypomnieniem straszliwych konsekwencji skutecznego wykorzystania choroby, jako broni. Należy podkreślić, że był to niepierwszy i nie jedyny przypadek atakowania przeciwnika przez katapultowanie śmiercionośnego materiału biologicznego. Już w IV wieku przed Chrystusem Hannibal pokonał flotę Pergamonu katapultując na jej okręty naczynia gliniane wypełnione jadowitymi węzami. Jeszcze w XVIII wieku Rosjanie, przy zdobywaniu szwedzkiej twierdzy Twer (dzisiejszy Tallin), przeprowadzili skuteczny atak dżumowy, podobny do tego tatarskiego z XIV wieku.

W dzisiejszych publikacjach względnie mało uwagi przywiązuje się szeroko pojętym aspektom psychologicznym terroryzmu biologicznego. A trzeba pamiętać, że w tamtej pandemii dżumy skala śmiertelności i szybkość szerzenia się zarazy były przerażające. Powszechnie sądzono, że nadszedł Sąd Ostateczny. Oblężenie Kaffy, z całym jego dramatyzmem, jest jednym ze zdarzeń, na których doświadczeniach ludzkość zbudowała wiedzę o groźbie chorób pandemicznych. Na zdarzeniach tych powstawały legendy, które mają swoje odniesienia nawet w poezji (przykład „*Alpuhara*” Mickiewicza). Do dziś odmawia się modlitwę „*Od powietrza, głodu, ognia i wojny – zachowaj nas Panie*”. I nie będzie błędne stwierdzenie, że strach przed dżumą a nie słabość obrony, były przyczyną ucieczki mieszkańców Kaffy.

Dzisiaj, po upływie sześciu wieków od tragedii Kaffy i dziesięciu lat, jakie upłynęły od pamiętnych listów wąglikowych w USA, możemy dopatrywać się podobieństwa tych zdarzeń. Listy ze sproszkowanymi przetrwalnikami zarazków wąglika i katapultowane trupy wojowników tatarskich zmarłych na dżumę, to różne oblicza tego samego bioterroru, odnoszącego zwielokrotniony skutek psychologiczny, nieproporcjonalny wielki do zaistniałych zdarzeń. Pamiętamy, jak wielka była psychoza społeczna w USA powstała po atakach wąglikowych. Szerzyło się mniemanie o możliwości masowego narażania się na zakażenie rozpylonymi przetrwalnikami zarazków.

U niektórych osób narażonych na kontakt z zarazkami rozpylanymi przy otwieraniu listów, wystąpiły zaburzenia psychiczne. Prawie 30% osób ankietowanych, nie mających żadnego kontaktu z rozpylonymi zarazkami, sądziło, że było na nie eksponowane, a 18% domagało się opieki lekarskiej.

Tak wielkie niepokoje społeczne zostały wywołane zaledwie przez kilka listów zawierających gramowe (niektórzy autorzy oceniają, że nawet miligramowe) ilości sproszkowanych zarazków wąglika. To niewielkie wydarzenie bioterrorystyczne odbiło się szerokim echem na całym świecie. Społeczność światowa uświadomiła sobie, co to jest terror biologiczny, a lekarze musieli ponownie uczyć się leczenia i zapobiegania wąglikowi notowanemu już tylko sporadycznie. Ekstrapolacja konsekwencji takiego zdarzenia na potencjalnie duży atak bioterrorystyczny i przypomnienie horroru zadżumionej Kaffy wskazują na groźbę sytuacji, jaka mogłaby zaistnieć w funkcjonowaniu zdrowia publicznego i innych służb i instytucji państwowych odpowiedzialnych za opanowywanie sytuacji katastroficznych.

Jerzy MIERZEJEWSKI

(przedruk ze „Skalpela” nr 5/11)

KILKA WĄTPLIWOŚCI

Kontynuacja stosunku pracy po przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Wokół ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która w zasadniczej części weszła w życie 1 lipca 2011 r., jeszcze na etapie opracowywania jej projektu narosło sporo wątpliwości. Jedną z nich dotyczy warunków i zasad, na jakich kontynuowane są po przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ) stosunki pracy zatrudnionych w nim pracowników.

Omawiana ustawa ustanawia dwa sposoby przekształcania SPZOZ-u:

Połączenie zakładów – poprzez przejęcie (co najmniej jeden zakład przejmowany jest przez drugi) albo inkorporację (dwa lub więcej zakłady tworzą nowy); zakład przejmujący lub nowo utworzony nadal będzie miał status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Przekształcenie SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego – w trybie określonym w art. 69 i nast. ustawy.

Przekształcenie SPZOZ-u w spółkę, z mocy art. 80 ust. 4 ustawy, skutkuje wstąpieniem przez spółkę z dniem przekształcenia we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był przekształcany SPZOZ. Powstaje wobec tego pytanie, czy przekształcenie takie na gruncie prawa pracy stanowi przejście zakładu pracy na innego pracodawcę?

Kluczowe kwestie

Sytuacja przejścia zakładu pracy na innego pracodawcę nie została zdefiniowana w przepisach, wskazuje się wyłącznie na skutki takiego przejścia. W myśl art. 23¹ § 1 KP pracodawca przejmujący zakład pracy innego pracodawcy staje się z mocy prawa stroną w dotychczasowych stosunkach pracy. Kodeks pracy przewiduje także zasady, na jakich za zobowiązania ze stosunku pracy odpowiadają dotychczasowy i nowy pracodawca.

Dla pracowników uznanie, iż mamy do czynienia z przejściem zakładu pracy w trybie art. 23¹ KP również wiąże się z określonymi konsekwencjami. Dlaczego konkretnie dla pracowników SPZOZ-ów tak ważna jest ocena, czy omawiane przekształcenie jest przejściem zakładu pracy na innego pracodawcę? Powody są co najmniej dwa:

W przypadku transferu pracowników w trybie art. 23¹ KP będzie im przysługiwało prawo do rozwiązania

stosunku pracy z nowym pracodawcą w szczególności sposób, tj. za siedmiodniowym uprzedzeniem. Przepisy nakazują traktować takie rozwiązanie umowy o pracę, jak dokonane za wypowiedzeniem przez pracodawcę. Jeśli zaś przekształcenie nie wywoływałoby ww. skutku na gruncie prawa pracy, to pracownicy nie uzyskaliby takiego uprawnienia.

Nowy pracodawca, który przejął zakład pracy, jest przez okres jednego roku od tego przejęcia zobowiązany stosować w stosunku do przejętych pracowników postanowienia układu zbiorowego pracy, którym byli oni objęci u dotychczasowego pracodawcy (art. 241⁸ KP). Nowy pracodawca nie staje się jednak stroną tego układu, a po upływie ww. okresu układ ten przestaje go wiązać.

Jeśli po tym czasie nowy pracodawca nie chce już stosować wobec przejętych pracowników postanowień ich dotychczasowego układu, to wystarczy, że wypowie im go indywidualnie – nie musi zatem wypowiadać całego układu (gdyż nie jest jego stroną). Jeśli zaś przekształcenie nie stanowiłoby zmiany pracodawcy w trybie art. 23¹ KP, to spółka powstała z przekształcenia SPZOZ-u wstąpiłaby w prawa i obowiązki strony zawartego wcześniej układu zbiorowego pracy.

Już powyższe uwagi wskazują, iż prawidłowe zakwalifikowanie przekształcenia SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego jest jedną z kluczowych kwestii związanych z takim przekształceniem.

Przesłanki, jakie decydują o tym, że mamy do czynienia z przejściem zakładu pracy, zostały wskazane w orzecznictwie i doktrynie prawa pracy. Wymagane w tym względzie jest występowanie dwóch pracodawców, pomiędzy którymi dochodzi do transferu, oraz zaistnienie podstawy stanowiącej przyczynę przejścia pracowników.

Odrębni pracodawcy?

Analizując podstawę prawną dla transferu zakładu pracy, wskazać należy na bardzo szerokie jej rozumienie zarówno w doktrynie prawa pracy, jak i w judykaturze. „Podstawą przejścia zakładu pracy na innego pracodawcę jest każda czynność prawna lub zdarzenie, które powoduje objęcie zakładu pracy przez innego pracodawcę w następstwie sprzedaży, wydzierżawie-

nia, przekształcenia zakładu w spółkę lub spółdzielnię, spadku po osobie fizycznej, która była poprzednim pracodawcą, fuzji z innym przedsiębiorstwem itd.” (tak w: R. Celeda, L. Florek i in., Komentarz do art. 23¹ Kodeksu pracy, LEX/el. 2011). Jeżeli przedmiotową podstawą jest każda czynność lub zdarzenie, prowadzące do zmiany pracodawcy, to uznać należy, iż może nią być także przepis ustawy.

Określone wątpliwości mogą się pojawić przy dokonywaniu oceny, czy SPZOZ i spółka prawa handlowego mogą być oceniane jako dwaj odrębni pracodawcy, czy raczej należałoby je postrzegać jako jeden podmiot na różnych etapach procesu przekształceniowego. Poglądy opowiadające się za tożsamością podmiotową po stronie pracodawcy w omawianej sytuacji wskazują, iż sama tylko zmiana formy organizacyjnej pracodawcy nie oznacza przejścia zakładu na innego (odrębnego) pracodawcę.

Odmienne z prezentowanych stanowisk odwołuje się z kolei do tego, iż – zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z 7 lipca 2000 r. (III ZP 16/00) – w przypadku wcześniejszych przekształceń zakładów publicznych prowadzonych w formie jednostki budżetowej w SPZOZ uznawano, że mamy do czynienia z dwoma odrębnymi pracodawcami, zatem i obecne przekształcenia angażują de facto dwóch pracodawców.

Rozstrzygnięcie powyższej rozbieżności w ocenie zmiany podmiotowej w razie przekształcenia SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego nie jest sprawą prostą. Wydaje się przy tym, iż argumentowanie poglądu o występowaniu w takiej sytuacji dwóch odrębnych pracodawców poprzez „analogię” z sytuacją rozstrzyganą w ww. uchwale Sądu Najwyższego nie jest do końca uprawnione.

Pytanie o zamiar ustawodawcy

Jeszcze więcej wątpliwości co do zakwalifikowania omawianego przekształcenia na gruncie prawa pracy – poza pytaniem o liczbę zaangażowanych w nie podmiotów – rodzi samo brzmienie nowej ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie z art. 5 KP, „jeżeli stosunek pracy określonej kategorii pracowników regulują przepisy szczególne, przepisy kodeksu stosuje się w zakresie nie uregulowanym tymi przepisami”. Nie jest przy tym jasne, czy odnośny przepis ustawy o działalności leczniczej należy traktować właśnie jako przepis szczególny, który wyłączałby stosowanie całego art. 23¹ KP. Mając na uwadze kierunek linii orzeczniczej Sądu Najwyższego, należałoby raczej przyjąć, iż ustawa o działalności leczniczej jedynie częściowo reguluje sytuację objętą normą z art. 23¹ KP, zatem w pozostałym zakresie stosować należałoby przepisy Kodeksu pracy. Tym samym omawiana ustawa wyłączałaby zastosowanie art. 23¹ § 1 KP, jednak nadal należałoby stosować pozostałe paragrafy tego artykułu, z jednym wyjątkiem. Wskazać bowiem należy, iż wśród tych pozostałych pa-

ragrafów zawarta jest norma, zgodnie z którą nowy pracodawca powinien zaproponować nowe warunki pracy pracownikom zatrudnionym na innej podstawie niż umowa o pracę (tj. na podstawie mianowania, powołania czy spółdzielczej umowy o pracę).

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje z kolei, że stosunki pracy pracowników powołanych z dniem przekształcenia wygasają (art. 81 ust. 2 ustawy). Zatem, uznając, że przekształcenie jest zmianą pracodawcy w trybie art. 23¹ KP, regulacje kodeksowe stosowane byłyby w zakresie, który nie został wprost unormowany w nowej ustawie o działalności leczniczej.

Warto także zauważyć, iż zgodnie z art. 66 ust. 7 ustawy, w przypadku połączenia zakładów pracy dwóch lub więcej SPZOZ-ów, „do pracowników zakładu przejmowanego oraz do pracowników zakładów łączących się stosuje się art. 23¹ KP”. Takie wyraźne odesłanie do Kodeksu pracy w przypadku połączenia SPZOZ-ów, przy jednoczesnym braku analogicznego przepisu w przypadku przekształcenia SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego, nasuwa pytanie o zamiar ustawodawcy.

Czy dążył on do wyłączenia pracowników przekształcanego w spółkę SPZOZ-u spod regulacji art. 23¹ KP? Czy ujęte w art. 66 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej odesłanie do Kodeksu pracy było w ogóle konieczne (czy bez niego nie stosowalibyśmy tego przepisu)? Brak takiego odesłania w przypadku przekształcania SPZOZ-u w spółkę, przy uznaniu, iż mamy do czynienia cały czas z tym samym pracodawcą, potwierdzałby pogląd, iż przekształcenie to nie stanowi przejścia zakładu pracy na innego pracodawcę.

Pole do interpretacji

Niestety, do czasu poznania wykładni analizowanych przepisów przyjętej przez Sąd Najwyższy, trudno ostatecznie ocenić charakter omawianego przekształcenia. W takiej sytuacji wskazuje się, iż „w razie przekształceń organizacyjnych pracodawców opartych na ustawach szczególnych, art. 23¹ ma zastosowanie w zakresie w nich nieuregulowanym. Wątpliwości interpretacyjne powstałe przy stosowaniu tych ustaw powinny być wyjaśnione przez wykładnię zmierzającą do ich zgodności z art. 23¹, będącym regulacją podstawową (zasadą)” (tak w: K. Jaśkowski, E. Maniewska, Komentarz aktualizowany do art. 23¹ Kodeksu pracy, LEX/el. 2011).

Jednak w omawianym przypadku, gdy z jednej strony możemy mówić o przejściu zakładu pracy w trybie art. 23¹ KP, a z drugiej o wstąpieniu przez spółkę we wszystkie prawa i obowiązki SPZOZ-u, zastosowanie powyższej „wskazówki interpretacyjnej” może ostatecznie zmniejszyć ochronę pracowników przekształcanej jednostki.

Anna CZYŻEWSKA

Kancelaria Prawna Piszcz, Norek i Wspólnicy

(przedruk z „Rynku Zdrowia” październik 2011)

VAT w ochronie zdrowia – ciekawostki

Od niedawna w ochronie zdrowia obowiązują nowe przepisy dotyczące podatku od towarów i usług (VAT). Zainteresowani podatnicy wystąpili już do ministra finansów o interpretacje indywidualne. Przedstawiamy jedną z nich, której lektura zwraca uwagę na istotną nowość: to, czy usługa medyczna podlega zwolnieniu z podatku od towarów i usług, zależy m. in. od jej celu. Warto też zastanowić się, czy zawsze można zwolnić z VAT-u usługi, bądź dostawy towarów świadczone na rzecz lekarzy współpracujących z podmiotem gospodarczym. W następnych numerach omówimy kwestię implantów w kontekście VAT-u, a także opodatkowania zaświadczeń lekarskich.

Do dyrektora Izby Skarbowej w Poznaniu z wnioskiem o indywidualną interpretację zwrócił się w kwietniu br. zakład opieki zdrowotnej. ZOZ ten dostarcza współpracującym z nim lekarzom sprzęt medyczny, udostępnia sale operacyjne i zapewnia opiekę medyczną hospitalizowanym pacjentom po zabiegach. Lekarze przeprowadzają zabiegi i świadczą inne usługi medyczne, a ZOZ wystawia im faktury z umówioną stawką na podstawie otrzymanego od lekarza zestawienia zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w danym okresie rozliczeniowym. ZOZ jednocześnie nie wnika, czy wykonane świadczenia służą ochronie zdrowia (profilaktyce, przywracaniu zdrowia, czy ratowaniu życia), czy też tylko poprawie wyglądu.

Wnioskodawca argumentował, że niezależnie od rodzaju usługi świadczonej przez lekarza ZOZ zapewnia kompleksową opiekę medyczną wszystkim pacjentom, którzy są hospitalizowani: udostępnia sale operacyjne, zapewnia opiekę lekarską i pielęgniarską po wykonanych zabiegach, wyżywienie pacjentów, badania diagnostyczne itp. Opieka ta jest sprawowana przez osoby wykonujące zawody medyczne. „Zauważyć bowiem należy, że niezależnie czy pacjent poddał się zabiegom chirurgii plastycznej koniecznym z uwagi na korekcję zmian chorobowych, czy też mających na celu poprawę wyglądu, to spółka i tak po każdym takim zabiegu musi zapewnić opiekę lekarską i pielęgniarską” – argumentował ZOZ.

W związku z tym uznał, że wszystkie świadczone przez współpracujących z ZOZ-em lekarzy usługi medyczne są zwolnione z VAT-u, niezależnie od rodzaju.

Izba Skarbowa w Poznaniu uznała to stanowisko za nieprawidłowe. Dyrektor izby przypominał, że – zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług (Dz. U. nr 54, poz. 535 ze zm.) – opodatkowaniu podatkiem od towarów i usług podlegają odpłatna dostawa towarów i odpłatne świadczenie usług na terytorium kraju. Dostawa

towarów to także przeniesienie prawa do rozporządzania towarami jak właściciel. Przez świadczenie usług rozumie się natomiast każde świadczenie na rzecz osoby fizycznej, osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie mającej osobowości prawnej, które nie jest dostawą towarów.

Stawka podatku od towarów i usług wynosi 23%, a na mocy ustawy niektóre dostawy towarów i usługi są z niego zwolnione (lub stawka podlega obniżeniu). Zakres i zasady zwolnienia zostały określone m.in. w art. 43 ustawy.

Należy pamiętać, że na mocy tego artykułu od podatku zwolnione są jedynie usługi opieki medycznej, które służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a także dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz świadczone na ich rzecz na ich terenie. Kolejną przesłanką, konieczną do zwolnienia usług i dostawy towarów z VAT-u, jest wykonywanie ich przez osoby o zawodzie medycznym.

Reasumując: zwolnienie z podatku obejmuje tylko świadczenia medyczne wykonywane w określonym celu przez określone osoby (podmioty).

Izba skarbową podkreśliła, że przepisy, zarówno krajowe, jak i wspólnotowe, nie dają podstaw do tego, aby zakresem opieki medycznej podlegającej zwolnieniu objąć wszystkie działania medyczne wynikające z procesu leczenia. Zatem czynności, których celem nie jest ochrona zdrowia, nie mogą być uznane za świadczenia opieki medycznej i nie mogą podlegać zwolnieniu z VAT-u.

W interpretacji czytamy, że należy każdorazowo analizować, jaki cel przyświecał danej usłudze świadczonej pacjentowi, nie w każdym bowiem przypadku działania podejmowane na jego rzecz mają na celu zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawę jego zdrowia. W przypadku, gdy świadczone usługi nie będą związane z ochroną zdrowia i takiego celu nie będą realizować, nie mogą korzystać z omawianego zwolnienia. Z analizy przepisów oraz orzecznictwa UE wynika, że zwolnieniu z podatku podlegają wyłącznie operacje plastyczne o charakterze rekonstrukcyjnym, przywracające kształt i wizerunek po urazie lub chorobie, mające na celu poprawę lub przywrócenie zdrowia. Natomiast operacje plastyczne dla poprawy wyglądu nie spełniają podstawowego warunku umożliwiającego zastosowanie zwolnienia z podatku, bowiem ich bezpośrednim celem nie jest profilaktyka, zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawa zdrowia.

Kwestia opodatkowania hospitalizacji

Nie podlegają zwolnieniu z podatku także usługi hospitalizacji i opieki medycznej po operacji plastycznej służącej poprawie wyglądu. ZOZ w swoim pytaniu do izby skarbowej podkreślał, że traktuje usługi kompleksowo, czyli każdemu pacjentowi, niezależnie od tego, czy miał wykonaną operację plastyczną służącą poprawie wyglądu, czy też celowi terapeutycznemu, zapewnia opiekę medyczną podczas hospitalizacji.

Izba skarbowa stoi na stanowisku, że świadczenia te także nie podlegają zwolnieniu podatkowemu, ponieważ nie spełniają wymogów umożliwiających zastosowanie zwolnienia, tj. *„nie są one usługami ściśle związanymi oraz niezbędnymi do świadczenia opieki medycznej, służącej profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, bowiem nie przyczyniają się bezpośrednio do zachowania osiągniętych rezultatów leczenia szpitalnego”*.

Z kolei usługi polegające na zapewnieniu opieki medycznej hospitalizowanym pacjentom po zabiegach służących ochronie zdrowia, wykonywane przez zakład opieki zdrowotnej, korzystać mogą ze zwolnienia z VAT-u. Spełniają bowiem wymogi umożliwiające zastosowanie zwolnienia, tj. są usługami ściśle związanymi oraz niezbędnymi do świadczenia opieki medycznej, służącej profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, gdyż przyczyniają się bezpośrednio do zachowania osiągniętych rezultatów leczenia szpitalnego.

Jak opodatkować dostarczanie współpracującym lekarzom sprzętu medycznego

Izba skarbowa odniosła się także do kwestii opodatkowania świadczenia przez wnioskodawcę przedmiotowych usług na rzecz innych podmiotów – lekarzy. Według jej interpretacji ZOZ występuje tu jako podmiot świadczący te usługi na zewnątrz.

Urzednicy skarbowi uznali, że świadczone przez wnioskodawcę usługi, polegające na dostarczaniu lekarzom sprzętu medycznego i udostępnianiu sal operacyjnych, nie są ściśle związane z usługami w zakresie opieki medycznej. Usługa może zostać uznana za ściśle związaną z opieką medyczną jedynie w przypadku, gdy jest wykonywana w toku opieki medycznej związanej z profilaktyką, zachowaniem, ratowaniem, przywracaniem czy poprawą zdrowia, jako usługa wewnętrzna lub w oparciu o przepis art. 43 ust. 1 pkt 18a ustawy – na terenie zakładu opieki zdrowotnej.

W interpretacji wydanej przez izbę skarbową czytamy, że nie można zwolnić z VAT-u usług ściśle związanych z usługami podstawowymi, jeśli:

1. nie są niezbędne do wykonania usługi podstawowej, zwolnionej zgodnie z odpowiednimi przepisami, lub
2. ich głównym celem jest osiągnięcie dodatkowego dochodu przez podatnika, przez konkurencyjne wykonywanie tych czynności w stosunku do podatników nie korzystających z takiego zwolnienia.

Izba skarbowa uznała, że w omawianym przypadku ZOZ występuje w stosunku do innych podmiotów (nie będących zakładami opieki zdrowotnej), świadcząc tożsame usługi, jako podmiot konkurujący z nimi o rynek.

„Biorąc pod uwagę przytoczone przepisy oraz opis sprawy, wskazać należy, że z uwagi na konkurencyjność tych usług z innymi podatnikami, którzy świadczą usługi tego samego rodzaju, świadczone przez Wnioskodawcę usługi – polegające na dostarczaniu lekarzom sprzętu medycznego i udostępnianiu sal operacyjnych – nie korzystają ze zwolnienia od podatku VAT na podstawie art. 43 ust. 17 w zw. z art. 43 ust. 1 pkt 18 ustawy” – czytamy w interpretacji.

Justyna WOJTECZEK

Uwaga! Artykuł jest omówieniem interpretacji indywidualnej, zamieszczonej na stronie Ministerstwa Finansów. Materiał zawiera jedynie informacje natury ogólnej, nie wyczerpujące omawianych zagadnień. Nie należy zatem traktować ich jako porad księgowych, podatkowych, inwestycyjnych, konsultingowych, prawnych czy też porad lub usług innego rodzaju.

Nie należy także wyłącznie na podstawie otrzymanych informacji podejmować jakichkolwiek decyzji, które mogą dotyczyć czytelnika lub jego działalności. Przed podjęciem jakichkolwiek decyzji lub działań dotyczących kwestii finansowych czy biznesowych należy skonsultować się z wykwalifikowanym profesjonalnym doradcą, aby indywidualnie omówić swoją sprawę.

Interpretacja indywidualna jest wydawana na wniosek zainteresowanego i co do zasady wiąże organ podatkowy, który ją wydaje, a zastosowanie się do niej nie może szkodzić podatnikowi, który o nią wystąpił.

(przedruk z „Pulsu” nr 11/11)

Dehumanizacja medycyny

Przeogromny kulturalny dorobek ludzkości, miał zawsze swoje natchnienie w człowieku. Z tego źródła czerpały niezliczone pokolenia. Lecz któż go lepiej zna niż lekarze? Nieustanny kontakt profesjonalny, związany z naszym zawodem, daje lekarzom tworzywo dla wszelkiej twórczości poza zawodowej. I właśnie dlatego jest wśród nas tylu muzyków, kompozytorów, malarzy, poetów i literatów, którzy opiewają piękno istnienia. Codzienne spotykanie się z cierpieniem uszlachetnia nas, ucząc zarazem pokory wobec – jakże często – bezsilny, mimo coraz bardziej wysublimowanych odkryć i możliwości współczesnej medycyny.

Minione lata doprowadziły do dehumanizacji naszego zawodu, który z humanizmu wyrósł i przez wieki wspaniale się rozwijał. Jednym z objawów daleko posuniętej dehumanizacji jest legalizacja eutanazji w Belgii i Holandii, gdzie została usankcjonowana ustawą parlamentarną. Większość była „za”. Decyzja ta znajduje sprzeciw u ludzi, zarówno chorych i cierpiących, jak i lekarzy będących w opozycji do popierających eutanazję. Natychmiast nasuwa się dalsza wątpliwość – co będzie z mniejszością, która głosowała przeciwko? Czy ktoś o tym pomyślał?

W naszym kręgu kulturowym trudno sobie wyobrazić, aby ustawa o eutanazji mogła być w ogóle poddana głosowaniu. Mimo, że upłynęło już kilka lat od tej chwili, nadal nasuwają się poważne wątpliwości, jakie czynniki w tych rozwiniętych cywilizacyjnie i gospodarczo krajach, mogły zadecydować w parlamencie o poddaniu głosowaniu ustawy o eutanazji? Czym kierowali się wnioskodawcy? Czyżby tylko zimnym wyliczeniem korzyści i strat? Wiele rzeczy można poddać głosowaniu, nawet wybory prezydenckie można wygrać choćby jednym głosem, ale jak można przegłosować legalizację eutanazji?

Jeden z najznakomitszych filozofów-stoików rzymskich Lucjusz Anneusz Seneka Młodszy (4 r. p.n.e. – 65 r. n.e.), mentor Nerona pisał, że wybrałby rodzaj śmierci, mając odejść z tego świata. Porównywał rodzaj śmierci do wyboru statku, którym udałby się w podróż, czy mieszkania w którym chciałby zamieszkać. Posądzony przez Nerona o spisek, wybrał dla siebie samobójstwo. Problem jest więc stary jak świat. Lecz jest to co innego niż eutanazja. (*Listy moralne do Lucyliusza, PWN, 1961, Listy LXX*).

Bez względu na ustawę – jeżeli już o tym mówimy – w każdym wypadku decyzję o zakończeniu życia może tylko podjąć świadomy chory, po zapoznaniu się i prze-

myśleniu swojej sytuacji. Innej możliwości po prostu nie ma i być nie może. Tylko, że w tych dwóch krajach odbywać się to będzie w majestacie prawa. A są jeszcze inne kraje.

Podobny sprzeciw budzą u nas amerykańskie standardy mówienia wprost choremu na nieuleczalną chorobę nowotworową, że „ma pan raka” itp.

Byłem świadkiem takiego zdania przy łóżku chorego, które głęboko utkwiło w mojej świadomości, jako coś niedopuszczalnego. Z niepokojem zauważam, że ten model obcych duchowo nam wypowiedzi, często obcesowych, raniących psychikę chorego, nie jest czymś wyjątkowym.

Można z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że jeśli nie będziemy się temu przeciwstawiać, jeśli nie będziemy o tym mówić studentom na wykładach, młodym lekarzom na naszych oddziałach, stanie się to wkrótce bardzo złym standardem. Zupełnie czym innym są indywidualne sytuacje, które tego rzeczywiście wymagają, wtedy gdy dzisiejsza medycyna zapewnia wyleczenie, albo gdy trzeba choremu powiedzieć o najgorszym, aby zdecydował się na leczenie. Lecz nawet wtedy zawsze należy posłużyć się oględną i najdelikatniejszą formą informacji. Nasz piękny język podsunie nam odpowiednie słowa.

Dehumanizacja medycyny postępuje, zagraża pośrednio lub bezpośrednio nam i naszym chorym, jak gdyby wszystko było w porządku, jakby problem nie istniał. Obawiam się, że nie zauważają tego młodzi koledzy, na zbyt często zafascynowani Zachodem, nie tylko dlatego właśnie, że są jeszcze młodzi, ale również dlatego, że nie ma w programie nauczania medycyny wystarczająco dużo psychologii. Jest jej o wiele za mało. A przecież dramatyczna obcesowa wypowiedź, jest przysłowiowym gwoździem, albowiem chory załamany psychicznie niczego już się nie spodziewa i na nic nie ma nadziei. Zginie, jak ucięty kwiat. Dlatego nadziei nie wolno nigdy odbierać, a słowo może zabić, gasząc nadzieję.

Im jesteśmy starsi, my lekarze, doświadczeni przez obcowanie z cierpieniem, tym większą wagę przywiązujemy do potęgi psychiki chorego. To że świat i społeczeństwa się zmieniają, niczego nie usprawiedliwia. Zapomina się, albo się nie wie, że zawsze jest w nas coś, co nazywamy iskierką nadziei. Ta iskierka, to płomień, który płonie tak długo, jak długo nie padnie słowo, o którym myśli chory i które zna lekarz. Jakże łatwo w ten sposób zgasić te iskry głęboko ukrytą w psychice człowieka! Pomyślmy, że chory przez długie godziny i dni

zostaje sam ze swymi myślami, strzegąc tego tłącego się płomyka. Innym problemem jest frustracja pacjentów, przybierająca formy agresywności, gdy lekarz nie ma czasu, bo się spieszy. Nie zdaje sobie sprawy z tego, że pacjent, który zgłasza się do nas, pragnie o swoich dolegliwościach szczegółowo opowiedzieć i usłyszeć pociechę. *Consoler toujours* – francuskie pocieszyć zawsze, niezmiennie jest aktualne.

Uważam, że zarówno humanizm w medycynie współczesnej, zagubiony w zawirowaniach najnowszej historii, jak też poruszone problemy powinny się znaleźć w programie studiów lekarskich. To niezwykle ważne zadanie, choć nie jest nigdzie zapisane, jest naszym zobowiązaniem wobec przyszłych pokoleń. Mamy naprawdę bardzo dużo do zrobienia, lecz czy znajdują się ludzie, czas i miejsce, aby wrócić do tych tak bardzo ważnych problemów, aby je przypominać. Żebyśmy mogli wykreślić znamiona dzisiejszej dehumanizacji naszego zawodu.

Mamy doskonałych dydaktyków odchodzących na emeryturę, którzy zabierają ze sobą ogrom wiedzy. To oni, nasi starsi koledzy, są gotowi przekazywać swoje doświadczenie, bo starsi zawsze uczyli młodych. Niestety

zatrudnia się ich dosłownie wyjątkowo, nie ze względu na ich wiedzę, ale „po uważaniu”, i myślę, że słowo to będzie tu najbardziej odpowiednie.

W bogatych krajach nowi kierownicy klinik za wszelką cenę pragną ich zatrzymać, zdając sobie sprawę z ich wiedzy i doświadczenia. Nawet w naszym kraju w prawie dwustuletnim Uniwersytecie Warszawskim, zatrudnia się takie osoby na roczne kontrakty z możliwością przedłużenia, o ile lekarz tego chce, a stosunki z nowym szefem są dobre. Opowiadała mi osoba ze stołecznego szpitala klinicznego, że u nich jest to zjawisko normalne. Zdumiała się, gdy okazałem zdziwienie. Może za pięćdziesiąt, sto lat, też będzie się u nas cenić, poszukiwać i zatrzymywać tych, którzy odchodzą na emeryturę, zabierając ze sobą ogrom wiedzy i doświadczenia. Może wtedy, wraz z rehumanizacją medycyny, zapanuje w naszym kraju dobór pozytywny, nie tylko w medycynie. Bo tylko wiedza pozwala nam zdać sobie sprawę z niewiedzy. (lipiec 2011)

Jan PIETRUSKI

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku nr 4/11)

Oderwani

Kiedy frank szwajcarski poszedł w górę, został głównym bohaterem mediów. W każdej stacji, każda niemal rozmowa i „materiał” filmowy dotyczyły tego faktu. To ma wpływ na gospodarkę i ważnym problemem jest. Ale to też przywilej felietonisty, patrzeć także pod innym „kontem”. Kredytów we frankach nie zaciągnęli wszak wszyscy Polacy. Tym czasem nie zauważony przeszedł raport organizacji pozarządowej Anti-Poverty Network i Social Watch, wg którego aż 13 mln ludzi w Polsce ledwo wiąże koniec z końcem, z powodu biedy. W najgorszej sytuacji materialnej są polskie dzieci. Według raportu OECD – w Polsce wydaje się na nie najmniej spośród wszystkich 32 krajów należących do organizacji.

W podobnych badaniach przeprowadzonych w 21 krajach europejskich przez UNICEF, Polska również zajęła ostatnie miejsce. Według UNICEF, w całej Polsce w skrajnej biedzie żyje średnio 15,4% dzieci. Jakoś nie dostrzegłam równie gorących dyskusji w studiach na ten temat. Za to od długiego czasu obserwuję, jak trudno jest osobom, które zdobyły już niezłą pozycję materialną, zapanować nad postępującym oderwaniem od rzeczywistości. Zupełnie, jak w tym dialogu z dowcipu: „*Bogaty spotyka znajomego, dziś biedaka. – Jak ci się wiedzie? – Od dwóch dni nic nie jadłem. – Jak tak można? Trzeba się zmuszać!*”

Jednej ze znanych dziennikarek trzeba było zwrócić uwagę, że nie powinna ubierać się w długie białe futro, kiedy jedzie na zdjęcia reporterskie w tzw. „teren”. Do upadającego zakładu pracy na przykład. Sławna autorka

rubryki kulinarnej z kolei wnosi larum, że w stołówkach szkolnych nie ma szwedzkich stołów sałatkowych. Wskazuje, jak zdrowe byłyby krewetki. Ano byłyby, ale gdyby nie fruwała ponad nami, wiedziałaby, że polskim problemem jest chroniczne niedożywienie dzieci. One czasem jedzą tylko bułkę przez cały dzień, proszę pani.

Niedawno jeden ze świetnych specjalistów przekonywał mnie, że niedługo zamkną nam oddział lokalnej telewizji, bo przecież „wszyscy mamy już tablety i tradycyjna telewizja nie jest już nam do niczego potrzebna”. Jednak nie wszyscy mieszkańcy tego kraju mają telewizory plazmowe, laptopy i tablety, a nawet dostęp do Internetu. Wielu lekarzy na rentach i emeryturach mogłoby coś dorzucić na ten temat. Wiemy już z telewizyjnych i tabloidalnych (co na jedno wychodzi) przekazów, że naszym obowiązkiem jest być trendy i posiadać najnowsze gadzety. Tymczasem prawie jedna trzecia osób w Polsce, które korzystają z pomocy społecznej i przeróżnych form zasiłków, to są ludzie, którzy pracują, ale ich pensje są zbyt niskie, by wystarczyć na rachunki, jedzenie, ubranie czy lekarstwa. Nową grupę pogrążonych w nędzy stanowią absolwenci wyższych uczelni. Coraz więcej osób z dyplomem nie może znaleźć pracy lub zatrudnia się za wynagrodzenie, za które nie może zaspokoić podstawowych potrzeb życiowych.

Poważne rozwarstwienie materialne naszego społeczeństwa staje się faktem. Wielu lekarzy, szczególnie w miejskich szpitalach i osiedlowych poradniach, coraz częściej słyszy od swoich pacjentów nie tylko to, że

ich boli, ale i o tym, że nie mają za co żyć. Zapominają o tym czasem ci, do których trafiają pacjenci bardzo dobrze uposażeni. Poradziłam znajomej, żeby zapytała o tańsze zamienniki leków.

I co? Ano, elegancka pani doktor podczas prywatnej wizyty rzuciła długopisem o biurko. „Skoro pani nie stać, to nie wiem, jak mam leczyć”. Czy nauczanie medycyny będzie musiało być wzbogacone o osobny fakultet: „leczenie biednych”?

Oderwanie od rzeczywistości grupy ludzi (nie mylić z „odklejeniem” – które jest przywilejem pogubionych dusz artystycznych) ma już swoje trwałe miejsce w historii, by wspomnieć tych, którzy podali mięso z robakami marynarzom na pancerniku „Potiomkin” i pewnie gorzko potem tego żalowali, szczególnie po 1917 roku. To dziś specjalność przywódców i polityków, a ich za-

dziwienie, że lud się jakoś „sam nie wyżywił” utrwalają potem filmy i zdjęcia.

Faktem jest, że nie zatrzymamy procesu, w którym także środowisko lekarskie dość dramatycznie zaczyna się dzielić. Jedni mają problemy finansowe, inni mogą się o to już nie martwić do końca życia. Jednocześnie tylko wyjątkowym ludziom udaje się zatrzymać w sobie cierpliwość i wyrozumiałość dla tych pozostałych, od których oddalają się z prędkością światła.

Także wśród moich znajomych są tacy, którzy od czasu, gdy zdobyli wiele, zmienili się diametralnie, tracąc resztki zrozumienia i współczucia dla bliźnich. Nie zmienił im się jednak niestety zawód, w którym praca z tym bliźnim zdaje się odgrywać niemałą rolę?

Grażyna OGRODOWSKA

(przedruk z „Pro Medici” nr 10/11)



BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl;
nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

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



Nowości w chorobach wewnętrznych

Zapraszamy serdecznie do udziału w kolejnej już Konferencji *Nowości w chorobach wewnętrznych*, która odbędzie się 28 stycznia 2012 r. w Poznaniu. **Konferencja jest bezpłatna**

Inspiracją do regularnego organizowania tego tradycyjnego spotkania jest fakt olbrzymiego przyrostu wiedzy i dokonań w szerokiej dziedzinie chorób wewnętrznych. Lekarzowi praktykowi niekiedy trudno na bieżąco śledzić aktualne trendy i zalecenia sygnowane przez rozmaite towarzystwa naukowe. Konferencja, na którą serdecznie Państwa zapraszamy, będzie zatem wyjątkową okazją do wspólnego zastanowienia się nad zadaniami i kierunkami rozwoju interny. Planujemy zorganizowanie dwóch sesji obejmujących problemy związane z aktualnymi standardami leczenia nadciśnienia tętniczego, wybranych chorób przewodu pokarmowego, otyłości, alergii i szeregu innych.

Miejsce: World Trade Center (WTC) ul. Bukowska 12, Poznań **Organizatorzy:** Towarzystwo Internistów Polskich, wydawnictwo *Termedia* **Przewodniczący Oddziału Poznańskiego Towarzystwa Internistów Polskich:** dr hab. n. med. Wiesław Bryl **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl



Ortopedia i reumatologia dla lekarzy praktyków

Zapraszamy w styczniu do Poznania na konferencję „Ortopedia i reumatologia dla lekarzy praktyków” organizowaną przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Reumatologiczne, Sekcja Chirurgii Ręki Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego oraz wydawnictwo *Termedia*. W programie konferencji: etiologia, rozpoznawanie i leczenie zmian zwyrodnieniowych stawów, zmiany przeciążeniowe narządu ruchu oraz neuropatie uciskowe – zespół kanału nadgarstka. **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 20-21 stycznia 2012 r. **Miejsce konferencji:** Poznań **Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** prof. dr hab. Leszek Romanowski, prof. dr hab. Włodzimierz Samborski **Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *

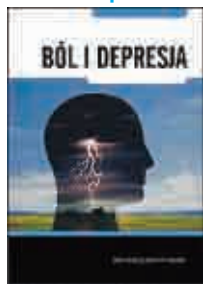
Naczelna Rada Lekarska oraz **Rada Języka Polskiego** zapraszają na konferencję „Zdrowie w słowie”, która odbędzie się 15 grudnia 2011 r. o godz. 11⁰⁰ w siedzibie NIL w Warszawie przy ul. Sobieskiego 110. Tematem przewodnim będzie używanie języka polskiego w ochronie zdrowia. Udział w konferencji zapowiedzieli prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Maciej Hamankiewicz, wiceprzewodniczący Rady Języka Polskiego prof. dr hab. Jerzy Bralczyk oraz prof. dr hab. Ewa Kołodziejek, prof. dr hab. med. Jan Doroszewski, przewodniczący Rady Etyki Medyków - Ryszard Bańkiewicz i lek. med. Zbigniew Kostrzewa.

Szczegóły i zgłoszenia: Milena Kruszewska, tel.: (22) 559 13 27, m.kruszewska@hipokrates.org

www.ultrasonografy.pl

NOWOŚCI WYDAWNICZE

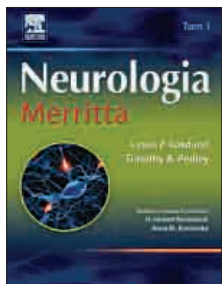
TERMEDIA sp. z o.o. 61-615 Poznań, ul. Kleeberga 2, tel./faks: +48 61 656 22 00, e-mail: ksiazka@termedia.pl, książka do nabycia na www.termedia.pl



Ból i depresja pod redakcją Dominiki Dudek ISBN: 978-83-62138-58-6, format: B5, oprawa miękka, stron 208, cena: 58,80 zł

Książka „Ból i depresja” pod redakcją dr hab. Dominiki Dudek wypełnia istotną lukę na polskim rynku wydawniczym. Dotychczas bowiem ukazało się niewiele prac dotyczących współwystępowania zespołów depresyjnych i objawów bólowych.

W publikacji tej Czytelnik znajdzie aktualne, wyczerpujące dane zarówno na temat neurobiologicznego podłoża omawianego problemu, jak i jego następstw klinicznych u pacjentów należących do różnych grup wiekowych. Szczegółowo omówiono metody farmakoterapeutyczne i psychoterapeutyczne pozwalające pomóc chorym cierpiącym z powodu depresji i bólu.



Neurologia Merritta. III wydanie. Tom 1, oprac. L.P. Rowland, T.A. Pedley; wyd. III polskie, red. H.H. Kwieciński, A.M. Kamińska ISBN: 978-83-7609-519-6, format: 220x282, opr. twarda, 440 stron, cena detaliczna: 139.00 zł, twoja cena: 125.10 zł (278 ELS pkt.)

Podręcznik przeznaczony jest dla szerokiego kręgu odbiorców. Odda usługi nie tylko tym, którzy rozpoczynają dopiero naukę neurologii, ale także tym, którzy zechcą poszerzyć uprzednio zdobyte wiadomości. Zawiera wyczerpujące informacje o częstych schorzeniach, z którymi stykamy się codziennie w naszej praktyce. Wymówiono w nim aktualne zagadnienia nie tylko medyczne, ale także prawne i etyczne, dotyczące np. terminalnego okresu życia. Autorzy nie zapominają też o chorobach rzadkich. W tym wydaniu

podręcznika pojawiły się nowe rozdziały poświęcone np. niedoborom przekazników glukozy czy zaburzeniom naprawy, transkrypcji i translacji DNA – jednostkom, które rozpoznajemy dzięki zastosowaniu najnowocześniejszych metod diagnostycznych.

Znakomicie zaplanowany, unowocześniony układ tej edycji pozwala na szybkie odnalezienie wszystkich informacji. Walory dydaktyczne podręcznika, uznawanego za jeden z najlepszych podręczników neurologii na świecie sprawiły, że jest on polecany w Polsce jako główne źródło wiedzy dla lekarzy przygotowujących się do państwowego egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie neurologii.



Intensywna terapia wadecum. Lek w intensywnym leczeniu (redaktorzy: Tero Ala-Kokko, Juha Perttilä, Ville Perttilä, Esko Ruokonen) Lek w intensywnym leczeniu; (redaktorzy: Esko Ruokonen, Irma Kivila, Ilkka Parviainen, Juha Perttilä) Redaktorzy wydania polskiego: Andrzej Kański, Jan Adamski ISBN: 978-83-62138-77-7, format: 132x210 mm, stron: 640, oprawa miękka, cena: 78,85 zł

Niniejsze wademecum zawiera ogólnie przyjęte zasady postępowania w intensywnym leczeniu. Autorzy i redaktorzy fińskiego wydania reprezentują multidyscyplinarną grupę lekarzy zajmujących się na co dzień zagadnieniami intensywnego leczenia w Finlandii.

Wydanie wzbogacone zostało o informacje dotyczące następujących zagadnień: • zaburzeń wentylacji i utlenowania, • stosowania preparatów krwipochodnych, leczenia zaburzeń krzepnięcia po operacjach na otwartym sercu, • stosowania hipotermii leczniczej po zatrzymaniu krążenia, • organizacji postępowania i leczenia urazu wielonarządowego, • leczenia zaburzeń stanu świadomości, w tym delirium tremens, • stosowania sondy Sengstakena-Blakemore'a.

W założeniu autorów i redaktorów wademecum – zawierające podane w zwięzłej formie informacje dotyczące zaburzeń funkcji poszczególnych organów oraz zagadnień z dziedziny leczenia infekcji, urazów i zatruc – ma pełnić funk-

cję łatwego w użyciu narzędzia dla lekarza pracującego na oddziale intensywnego leczenia. Wademecum jest skierowane przede wszystkim do lekarzy dyżurujących na oddziałach intensywnej terapii, może być jednak z pożytkiem wykorzystywane przez wszystkich parających się tą dyscypliną, a szczególnie osoby na początku drogi zawodowej. Lek w intensywnym leczeniu

Informator Lek w intensywnym leczeniu zawiera klasyfikację, krótki opis działania, informacje o objawach ubocznych oraz sposobie przygotowania do podania i dawkowania leków najczęściej stosowanych na oddziałach intensywnej terapii.

Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a, tel. 22 535 80 00, e-mail: obsługa.klienta@wolterskluwer.pl, księgarnia internetowa: e-mail: profinfo@wolterskluwer.pl



Etyczne aspekty decyzji medycznych

Jan Hartman, Marcin Waligóra Format: B5, oprawa miękka, str. 208, cena: 44,10 zł

„Etyczne aspekty decyzji medycznych” to publikacja, która porusza niezwykle ważne, a wręcz kluczowe zagadnienia prawne i regulacyjne (m.in. działalność szpitalnych komisji etycznych, stosowanie klauzuli sumienia przez lekarzy etc.), jak również kwestię relacji lekarz-pacjent. Omawia także trudną sztukę komunikacji w medycynie.

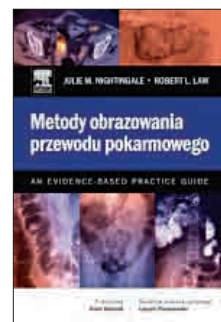
Tematy opisywane w książce poruszone zostały podczas II Konferencji Bioetycznej, organizowanej przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum i wydawnictwo Wolters Kluwer Polska w październiku 2010 r. Obecni na konferencji specjaliści z wielu dziedzin, przedstawili różne punkty widzenia odnośnie zagadnienia etyki w zawodzie lekarza, co pozwoli czytelnikowi szerzej przyjrzeć się tej problematyce.

Publikacja skierowana jest przede wszystkim do pracowników służby zdrowia poszukujących praktycznych komentarzy na pograniczu etyki i obowiązującego prawa. To także cenna pozycja dla studentów medycyny oraz pielęgniarstwa.

Wolters Kluwer Polska jest częścią międzynarodowego koncernu wydawniczego Wolters Kluwer. Na rynku polskim jest największym wydawcą publikacji prawniczych i biznesowych. Niezmiennie od wielu lat wydaje produkty najwyższej jakości. Obecnie pod markami ABC, LEX i Oficyna wydawane są produkty elektroniczne, książki i czasopisma. W ofercie wydawnictwa znajdują się również szkolenia i konferencje. www.wolterskluwer.pl

Wolters Kluwer jest globalną i wiodącą firmą wydawniczą i dostawcą usług informacyjnych. Globalnie zapewnia swoje usługi i produkty profesjonalistom w sektorach: prawa, firm, podatków, księgowości, usług finansowych, audytu, zarządzania ryzykiem, organów regulacyjnych oraz zdrowia. Wolters Kluwer osiąga roczne przychody (2010) w wysokości 3,6 miliarda euro, prowadzi działalność w Europie, Ameryce Północnej i Południowej oraz regionie Azji i Pacyfiku, zatrudnia około 19 000 osób na całym świecie. Centrala Wolters Kluwer znajduje się w Alphen aan den Rijn w Holandii. Więcej informacji o naszej pozycji rynkowej, klientach, markach i organizacji na stronie www.wolterskluwer.com

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o., 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29; zamówienia: www.elsevier.pl; tel. 42/680-44-09, fax. 42/680-44-86; e-mail: zamowienia@elsevier.com



Metody obrazowania przewodu pokarmowego. An Evidence-Based Practice Guide, F. Nightingale, R.L. Law; wyd. I polskie, red. L. Paradowski ISBN: 978-83-7609-594-3, format: 160x240, opr. twarda, 436 stron, cena det.: 130.00 zł, twoja cena: 117.00 zł (260 ELS pkt.)

Redaktorzy tego podręcznika, wiodący eksperci w kształceniu i praktyce klinicznej w radiologii, zgromadzili grupę specjalistów o różnorodnym doświadczeniu klinicznym i zawodowym, dlatego też znajdują się tu rozdziały opracowane przez chirurgów, lekarzy praktyków, patomorfologów, terapeutów, radiologów i techników radiologicznych tworzących w rze-

czywistości kompletny, wielodyscyplinarny zespół zaangażowany w opiekę nad pacjentem z chorobami przewodu pokarmowego. W rozdziałach tych poruszono problematykę szerokiego zakresu schorzeń gastroenterologicznych – od jamy ustnej do odbytu – oraz ich diagnostyki – od badania radiologicznego z kontrastem barytowym do kolonografii TK i PET-TK. Zwrócono uwagę na odpowiednią charakterystykę podstaw klinicznych, jak i dowody naukowe dotyczące każdego badania.

Podręcznik z założenia ma charakter wielodyscyplinarny i wielospecjalistyczny. Umiejętne wkomponowanie poszczególnych rozdziałów nadało mu zwarty i zwięzły styl oraz czytelny przekaz. Istotą tego przekazu jest stwierdzenie, że pacjenci z problemami gastroenterologicznymi powinni być diagnozowani i leczeni przez wielodyscyplinarny zespół, który wykorzystuje w pełni wiedzę i umiejętności wszystkich członków, niezależnie od ich profesji.



Zaburzenia ruchowe u dzieci H.S. Singer, J.W. Mink, D.L. Gilbert, J. Jankovic; wyd. I polskie, red. S. Jóźwiak ISBN: 978-83-7609-393-2, format: 170x245, opr. twarda, 390 stron, cena det.: 136.00 zł, twoja cena: 122.40 zł (272 ELS pkt.)

Autorami książki są wybitni amerykańscy neurologi i neurologi dziecięcy od lat zajmujący się tą grupą zaburzeń neurologicznych. Ich głównym celem była chęć wypełnienia luki w neuropediatrycznym piśmiennictwie medycznym, ponieważ zaburzenia ruchowe są jednymi z częstszych objawów występujących u dzieci z problemami neurologicznymi, a jednocześnie stosunkowo słabo zbadanymi i poznawanymi.

Najnowsza wiedza z zakresu anatomii, patofizjologii, klasyfikacji i metod diagnostycznych stosowanych w zaburzeniach ruchowych • Omówienie poszczególnych zaburzeń ruchowych • Najświeższe dane z genetyki molekularnej • Przegląd leków stosowanych w terapii zaburzeń ruchu • Płyta DVD zawierająca filmy przedstawiające różnorodność zaburzeń ruchowych u dzieci.