



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Kwiecień 2013

ISSN 1426-661X

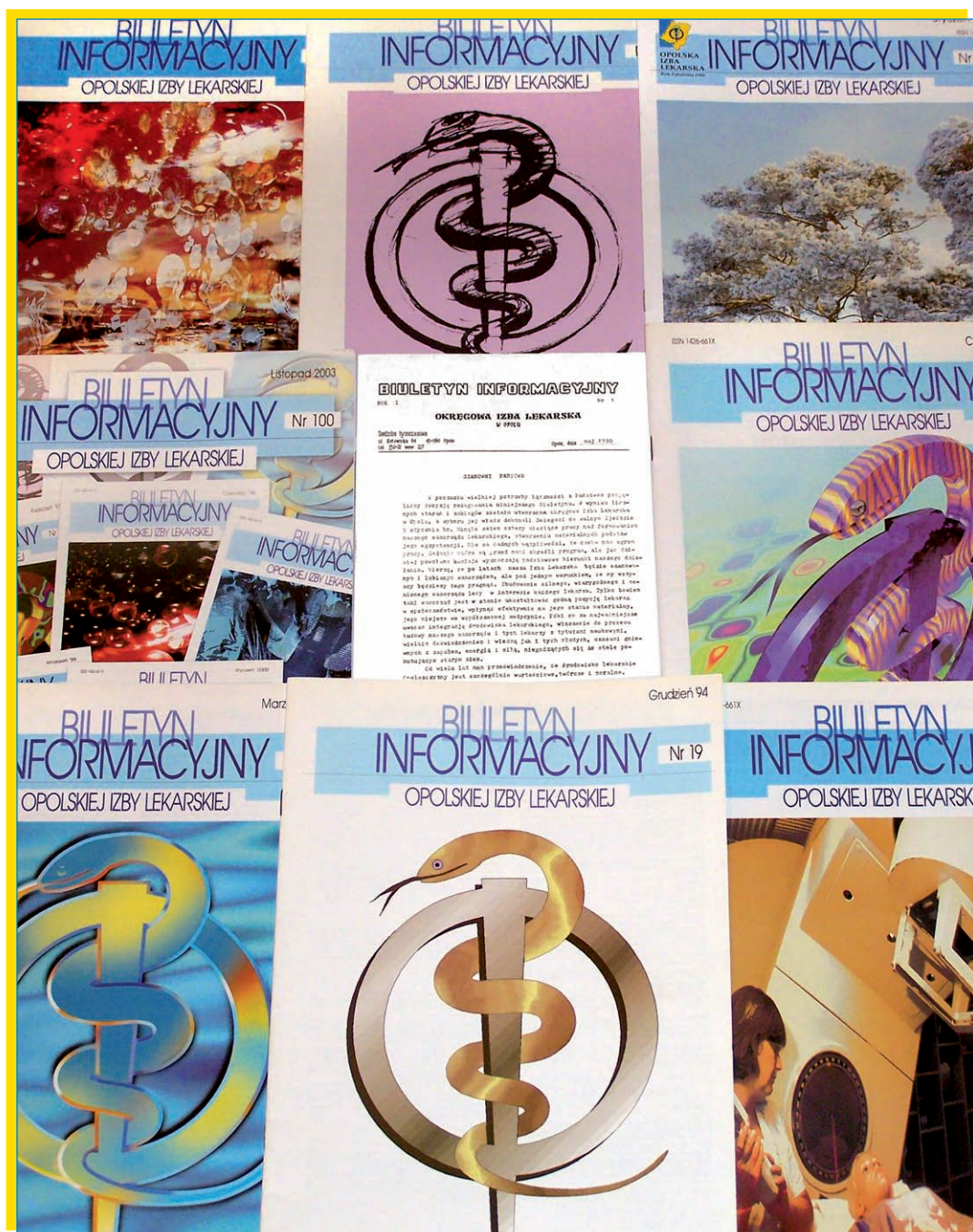
# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 200

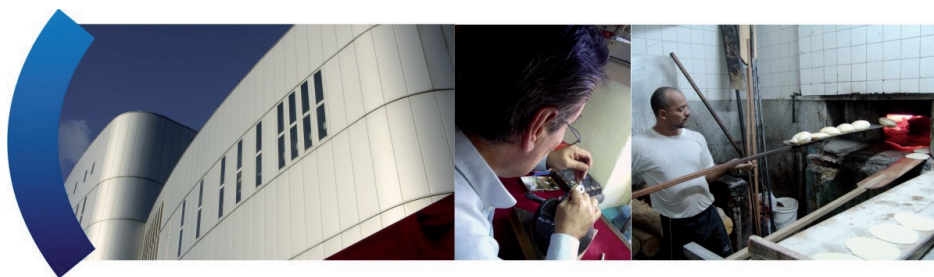
OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

## 23 lata i 200 numerów



Fot. Jerzy B. Lach



## UBEZPIECZENIE DLA FIRM

W związku z posiadanymi ubezpieczeniami w PZU SA, chcielibyśmy zaproponować skorzystanie z naszej oferty ubezpieczenia majątkowego.

Każdy z nas życzy sobie poczucia bezpieczeństwa i stabilności finansowej.

Mając w pamięci powódź z 1997 roku, zagrożenie powodziowe w 2010 roku, a także skutki huraganu, które przeszły również przez Polskę, oglądając w telewizji pożary firm, słysząc o włamaniach i rozbojach na pewno zastanawiacie się Państwo, czy zrobiliście wszystko, aby móc spokojnie patrzeć w przyszłość. Właściciele firm wiedzą najlepiej na jakie ryzyka może być narażona ich działalność, a naszym zadaniem jest sprostać Państwa potrzebom i stworzyć elastyczny, wszechstronny produkt.

Przedmiotem ubezpieczenia może być wszelkiego rodzaju mienie będące w posiadaniu firmy, odpowiedzialność cywilna oraz usługi Assistance.

### Zakres ubezpieczenia:

- **Ogień i inne żywioły** z możliwością rozszerzenia o klauzule przepięć, rozmrożenia, wandalizmu – dewastacji, dodatkowych i stałych kosztów działalności gospodarczej
- **Kradzież z włamaniem, rabunek**
- **Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej** (szkody wyrządzone osobie trzeciej, szkody powstałe w wyniku niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, szkody wyrządzone w mieniu z którego ubezpieczający korzysta na podstawie umowy najmu, dzierżawy itp., szkody powstałe w następstwie wypadków przy pracy i inne)
- **Stłuczenie, rozbicie szyb i innych przedmiotów** (szyby okienne, szyldy reklamowe, neony i inne)
- **Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego** (sprzęt komputerowy, graficzny i inne)
- **Ubezpieczenie mienia w transporcie krajowym (cargo),**
- **Ubezpieczenie Assistance**

**oraz inne ubezpieczenia.**

Przy zawieraniu umowy każdego klienta traktujemy indywidualnie, biorąc pod uwagę nie tylko ilość ryzyk ubezpieczeniowych – dodatkowe zniżki, ale również sposób zabezpieczenia przeciwpożarowego oraz przeciw kradzieżowego.

## **Dla Państwa chcemy zaoferować dodatkową zniżkę pozataryfową **do 30%****



Drodzy Czytelnicy! Otworzyliście właśnie kolejny numer naszego Biuletynu Informacyjnego. Spostrzegawczy spośród Was zapewne zauważyli liczbę 200 na stronie tytułowej. Tak, tak! Nie mylicie się – przed Wami leży już 200. numer naszego miesięcznika.

Pierwszy numer Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu ukazał się w maju 1990 r. Był redagowany zespołowo, choć w nr 8 pojawił się zapis, że Biuletyn opracował członek Komisji Informacji i Wydawnictw, a równocześnie ówczesny Sekretarz ORL – Marek Sabat. Jednakże ostateczny swój kształt, niestety bardzo siermiężny – co wynikało z ówczesnych naszych możliwości (dogorywająca kserokopiarka) zawdzięczał, kierującej wtedy Biurem naszej Izby, p. Urszuli Czarneckiej oraz p. Barbarze Oborskiej. To one cierpliwie powielaly kolejne strony Biuletynu, kompletowały je w numery, przygotowując do wysyłki do poszczególnych Delegatur.

Gdy w II kadencji rozpocząłem swoją przygodę z Samorządem, Koledzy powierzyli mi zadanie przygotowywania i wydawania Biuletynu. I tak od 16 numeru (styczeń 1994 r.) zacząłem swoje „pisanie”. Za punkt honoru przyjąłem wtedy gruntowną zmianę wyglądu naszego pisma. Poprosiłem więc mojego serdecznego przyjaciela artystę plastyka Adama Bagińskiego o zaprojektowanie logo naszej izby oraz o projekt graficzny Biuletynu i zaprojektowanie okładek do niego. Dzięki jego pracy numer 18 Biuletynu (listopad 1994 r.) ukazał się już w nowej szacie graficznej, z bardzo ciekawym logo naszej Izby, a przez następne kilka lat mieliście okazję podziwiać również biuletynowe okładki zaprojektowane właśnie przez niego.

Mijały lata i różne zawirowania spowodowały, że ostatnim podpisanym przeze mnie numerem Biuletynu był numer 102, choć miesiąc potem ukazał się jeszcze w pełni przygotowany przeze mnie jeden numer.

Trud i obowiązek wydawania Biuletynu przejął dr Aleksander Wojtyłko, który przez kolejne lata (w sumie 58 numerów Biuletynu) zajmował się z wielkim sukcesem prowadzeniem naszej izbowej działalności wydawniczej. Biuletyn zmienił wtedy nieco swój kształt. Pojawiły się w większej ilości materiały przygotowywane przez członków naszej Izby, a na stronach tytułowych kolejnych numerów (i w ich wnętrzu) zagościło sporo fotografii.

Wskutek zawiłości tego najlepszego ze światów, w 2010 roku moje losy skrzyżowały się ponownie z cyklem wydawniczym Biuletynu Informacyjnego. I tak od nr 163 do chwili obecnej ponownie w słowie wstępnym od Redakcji widnieje moje nazwisko.

To czym jest dzisiaj nasz Biuletyn, to owoc wysiłków kilkunastu osób, które na przestrzeni minionych lat starały się o realizację jednego z podstawowych praw członków Samorządu Lekarskiego – prawa do informacji. Oglądając się wstecz na nasze przeszłe dokonania nie mamy się czego wstydzić. Jesteśmy jedną z kilku zaledwie Izb, które wydają swój Biuletyn regularnie co miesiąc. Wszyscy redagujący go przykładali bardzo dużą wagę do tego, aby zamieszczane w nim materiały były ciekawe, intrygujące i skierowane do możliwie najszerszego kręgu czytelników. Czy to się nam udało? To Wy możecie na to pytanie odpowiedzieć najlepiej.

Nam wszystkim, wydającym do tej pory Biuletyn bardzo zależało również na tym, abyście mogli znaleźć w nim sporo materiałów dotyczących naszego opolskiego środowiska medycznego. Z tym jednak bywało różnie – członkowie naszej Izby nie garną się do pióra. Mimo to od jakiegoś już czasu stale obcujecie z tekstami niezawodnych naszych autorów: dr Agnieszki Kani, która rozbudza niestrudzenie naszą wrażliwość na piękno i prof. Janusza Kubickiego, który z kolei uzupełnia naszą wiedzę historyczną. Zapewnie niewielu pamięta o tym, że w przeszłości na łamach Biuletynu sporadycznie pojawiały się także i wiersze, których autorem był dr Mirosław Misiak. Na dowód tego przypominam Państwu jeden z jego ówczesnych wierszy.

### Bossanowa

Taki byłem romantyczny,  
Nastrojowy, wręcz liryczny.  
A ty byłaś, jak majowa  
Bzem pachnąca bossanowa.

I wszystko było pierwsze -  
Szeptane cicho wiersze  
I księżycowe trele słowika  
I słów twych słodka muzyka,  
Wyznania przy winie w „Peszcie”  
I cień nadziei, że wreszcie...

Inny kalendarz, zmiana dat.  
Mój Boże, to już tyle lat!  
Zmarszczki na czole i dzieci  
I księżyc inaczej świeci.  
W kobiercu wspomnień srebrna nić –  
Zamykam oczy, by śnić.

Niestety, mimo moich usilnych prób nie mogę namówić Go na kolejne próby literackie – a przyznacie sami, że szkoda.

Pisząc o historii Biuletynu nie można pominąć ogromnej roli, jaką w jego powstawaniu odegrało także Wydawnictwo i Drukarnia Św. Krzyża w Opolu. To, jak Biuletyn wygląda obecnie jest również wielką zasługą pracujących w niej ludzi, a zwłaszcza Małgorzaty Radzimskiej – Kierownika Produkcji i jej Zastępcy – Jacka Śnigórskiego oraz przygotowującego od lat Biuletyn do druku – Alfreda Poloka. Biuletyn „dorastał” graficznie wraz z rosnącym potencjałem Wydawnictwa i dziś jest drukowany na jednych z najnowocześniejszych maszyn w kraju.

Od samego początku umówiliśmy się też z oficynami księgarskimi, które przesyłały nam swoje bieżące oferty wydawnicze, że po ukazaniu się ich w Biuletynie będziemy otrzymywać pozycje sygnałne. Muszę stwierdzić, że w większości nasi partnerzy sumiennie wywiązywali się z tej dżentelmeńskiej umowy, a nadsyłane w ten sposób książki od szeregu już lat przekazywane są do zbiorów Opolskiej Filii Głównej Biblioteki Lekarskiej działającej w siedzibie naszej Izby przy ul. Grunwaldzkiej. Pozwala to w bezkosztowy sposób wzbogacić jej zasoby – ku pożytkowi wszystkich potrzebujących. Strasznie się rozpisalem o Biuletynie pora więc za prof. mniemanologii stosowanej – Janem Ta-

deuszem Stanisławskim powiedzieć: „*I to by było na tyle w sprawie jubileuszu*”.

Pora więc przejść do bieżącego numeru Biuletynu. Znajdziecie w nim obiecane obszerne sprawozdanie z XXXI Okręgowego Zjazdu Lekarzy wraz ze wszystkimi dokumentami zjazdowymi. Są także sprawozdania z posiedzenia Rady Okręgowej oraz szkolenia ultrasonografistów i lekarzy POZ. Oprócz tego znajdziecie w nim zaproszenie na niezwykle ciekawie zapowiadające się Interdyscyplinarne Sympozjum poświęcone etyce lekarskiej w licznych jej aspektach. Zamieszczam też plan szkoleń lekarskich na najbliższe półrocze. Dr Kania i prof. Kubicki również i tym razem nie zawiedli, a rezultaty ich pracy znajdziecie wewnątrz numeru.

W części „zagranicznej” zamieszczam kilka materiałów dotyczących sytuacji w ochronie zdrowia, rzecz o antybiotykach i szczepionkach, a także o nowomowie i zadowoleniu pacjenta w gabinecie stomatologicznym. Zamieszczam też przypomnienie sylwetki dr Biegańskiego.

W części prawnej pierwsza część tekstu o wyrobach medycznych, a numer kończą – jak zawsze – ogłoszenia i nowości wydawnicze. Licząc na to, że pomimo szalejącej za oknem wiosny zechcecie przeglądnąć ten numer Biuletynu, życzę miłej lektury.

Jerzy B. LACH

## SZPALTA PREZESA

### Koleżanki i Koledzy,

W dalszej części Biuletynu znajdziecie relację z ostatniego Okręgowego Zjazdu Lekarzy wraz z przyjętymi wówczas dokumentami. Jest wśród nich stanowisko odnoszące się do sprawy kontroli przeprowadzanych przez Urząd Kontroli Skarbowej i informacji, które wokół tej kontroli się pojawiły. Zjazd zobowiązał mnie do pilnego wyjaśnienia tej sprawy.

Piszę te słowa w 10 dni po Zjeździe. W tym czasie dwukrotnie spotkałem się z Dyrektorem Opolskiego Oddziału NFZ Filipem Nowakiem.

Mogę z pełnym przekonaniem (i ulgą) stwierdzić, że żadne kserokopie recept nie zostały przez Fundusz przekazane Urzędowi Kontroli Skarbowej. Wykonywanie w pewnych aptekach kserokopii recept było reakcją na prośbę lekarza, którego kontrola UKS niesłusznie o pewne rzeczy posądzała. Na tym etapie wyjaśniania sprawy nie widzę potrzeby kierowania zawiadomienia do organów wymienionych w stanowisku zjazdowym. Jestem umówiony na jeszcze jedno spotkanie z Dyrektorem Nowakiem, ale o tym napiszę już w następnym numerze Biuletynu.

Przy okazji tych kontroli (zresztą nasz Opolski UKS nie jest wyjątkiem) odżyła dyskusja na temat zakresu tajemnicy lekarskiej. Pozwolę sobie wobec tego zacytować fragment z opinii Biura Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej: „...*istnieją podstawy normatywne, aby twierdzić, że tajemnica lekarska rozciąga się na wszelkie informacje dotyczące pacjenta, pozyskane w czasie leczenia; do informacji takich zalicza się również sam fakt, że dana osoba korzystała ze świadczeń medycznych udzielanych przez lekarza. Co więcej, z wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 listopada 2004 r. wynika, że celem ustanowienia tajemnicy lekarskiej jest ochrona ważnych interesów pacjenta. Oznacza to, że – przy założeniu racjonalności prawodawcy – gwarancją zachowania w tajemnicy informacji o leczeniu powinno być, nie tylko nałożenie na lekarza obowiązku jej nieujawniania, ale także wprowadzenie mechanizmów prawnych zapewniających, że informacji o leczeniu nie można zdobyć w inny sposób.*” (wyłuszczenie moje).

Jerzy JAKUBISZYN

## SPRAWOZDANIE Z XXXI OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

W sobotni, słoneczny poranek 2 marca 2013 r. w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu rozpoczął się XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolszczyzny.

Zjazd otworzył Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Jerzy Jakubiszyn, który serdecznie przywitał gości Zjazdu oraz wszystkich przybyłych nań delegatów. Pośród zaproszonych gości znaleźli się:

- Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej – Maciej Hamankiewicz,
- Wicemarszałek Województwa Opolskiego (członek naszego Samorządu) – Roman Kolek,
- członek Prezydium Śląskiej Rady Lekarskiej – Janusz Heyda,
- Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Opolu – Tomasz Uher,
- Członek Rady Opolskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej – Andrzej Sadowski.

Po tej wstępnej części przystąpiono do wyboru Przewodniczącego Zjazdu. Na tę funkcję Prezes Jakubiszyn zaproponował kol. Jerzego Lacha, którego kandydatura została zaakceptowana przez delegatów. Po przejęciu prowadzenia obrad kol. Lach przedstawił w imieniu Rady kandydatury pozostałych członków Prezydium: na sekretarzy – kol. kol. Anny Adamskiej oraz Zbigniewa Leszczyńskiego, a na protokolanta kol. Martę Rodziewicz-Kabarowską. Wszystkie te propozycje zostały zaaprobowane przez Zjazd.

Po ukonstytuowaniu się Prezydium, jego Przewodniczący przedstawił projekt regulaminu i porządku obrad Zjazdu, a po stwierdzeniu braku uwag co do ich treści oraz propozycji zmian, poddał je kolejno pod głosowanie delegatów. Zjazd przyjął jednomyślnie zaproponowany regulamin i porządek obrad.

Następnie delegaci przegłosowali składy dwóch komisji Zjazdowych. Do Komisji Mandatowej powołano kol. kol. Ewę Nociń-Firlej, Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską i Krzysztofa Stempniewicza (przewodniczący), a do Komisji Uchwał i Wniosków – kol. kol. Pawła Sługockiego (przewodniczący), Mirosława Misiaka i Adama Bąka. Także i te kandydatury uzyskały aprobatę Zjazdu. Kol. Lach poprosił więc członków Komisji Mandatowej o sprawdzenie listy delegatów przybyłych na Zjazd i dalej kontynuował obrady.

W kolejnej części obrad Przewodniczący udzielił głosu gościom Zjazdu. Jako pierwszy przed delegatami wystąpił Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej kol. Maciej Hamankiewicz. Na początku podziękował kol. Jakubiszynowi za wielkie zaangażowanie oraz dotychczasową pracę na rzecz Samorządu Lekarskiego i wręczył mu w upominku piękną grafikę. Następnie przedstawił delegatom krótką prezentację podsumowującą miniony rok działalności władz naczelnych Izby. Wystąpienie Prezesa podzielone było na trzy części.

W pierwszej omówił pokrótce działania Naczelnej Rady Lekarskiej związane z aktywnością legislacyjną Rządu. Ze smutkiem stwierdził, że rządzący w dalszym ciągu nie liczą się ze zdaniem Samorządu. Jednym z dowodów na to jest choćby liczba 36 wszczętych postępowań sądowych dotyczących treści różnych zapisów prawnych. Kuriozalnym jest fakt, że w przypadku skargi NRL do Trybunału Konstytucyjnego na zapisy ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych (tzw. ustawy funduszowej) Trybunał uznał, że Samorząd Lekarski może reprezentować tylko swoich członków i nie ma legitymacji do występowania w imieniu pacjentów i skargę już na wstępnym etapie odrzucił. Jednocześnie w przypadku innej skargi, dotyczącej ustawy o prawach pacjenta, ten sam Trybunał skargę przyjął do rozpatrzenia. Kontakty z ministrem zdrowia są aktualnie „prawie żadne”. Jako przykład podał, że na rozmowę z ministrem Arłukowiczem wcześniej umawiać się muszą jego zastępcy. Pojawiło się jednak światło w tunelu i Naczelna Rada Lekarska została zaproszona przez wiceministra zdrowia Igora Radziewicza-Winnickiego do rozmów nad nowym kształtem rozporządzenia o receptach. Samorząd zaproponował w trakcie rozmów, m. in. aby do wystawiania recept refundowanych nie była potrzebna umowa z NFZ. Wynika to m.in. z faktu zbliżającego się wejścia w życie unijnych przepisów transgranicznych, w których Polska zobowiązuje się wobec ubezpieczonych obywateli naszego kraju do refundacji leków wypisanych przez zagranicznych lekarzy, którzy przecież nie posiadają żadnych umów z NFZ na ich wypisywanie (nota bene trwają obecnie wyliczenia, ile tak naprawdę oszczędności z tytułu refundacji pozostało na koncie NFZ – mówi się o kwocie od 1,5 do 2 mld zł!!!). Stanowisko Samorządu wynika również z konstatacji, że prawo do refundacji leków mają chorzy ubezpieczeni



ni, a nie lekarze leki te wypisujący. Drugim istotnym problemem, o którym rozmawiano była sprawa zlikwidowania zapisu o refundacji leków wyłącznie w ramach ich charakterystyki zawartej w rejestracji leku.

Drugim wątkiem wystąpienia Prezesa Hamankiewicza była przeprowadzona szeroka analiza statystyczna przekroju wiekowego lekarzy różnych specjalności w naszym kraju. Jej wyniki są bardzo pesymistyczne – starzejemy się na potęgę!!! Praktycznie we wszystkich specjalnościach ok. 1/3 wszystkich specjalistów stanowią lekarze po 60. roku życia. W 19% wszystkich specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych nie ma w ogóle żadnego młodego specjalisty!!!. Wnioski płynące z tych analiz są zastraszające – za kilka lat nie będzie miał nas wszystkich kto leczyć.

I wreszcie trzecim omawianym tematem było szkolenie lekarzy. Ponad 60% ankietowanych młodych lekarzy jest zdania, że to w gestii Samorządu powinna znaleźć się całość szkolenia podyplomowego lekarzy. Na ten cel w funduszach Unii Europejskiej zostały przeznaczone środki i dla polskich lekarzy jest tych pieniędzy całkiem sporo, bo ok. 8,5 mln zł. Szkolenia kierowane są przede wszystkim do zaczynających swoją życiową przygodę z zawodem – do lekarzy do 35 r. ż. (zarówno w trakcie stażu, jak i specjalizacji).

Po Prezesie Hamankiewiczu głos zabrał Janusz Heyda – członek Prezydium Śląskiej Izby Lekarskiej, który odczytał list Prezesa swojej izby, kol. Jacka Kozakiewicza, z życzeniami owocnych obrad.

Kolejnym zabierającym głos był marszałek Roman Kolek, który w swoim krótkim wystąpieniu mówił o dotychczasowej dobrej współpracy Urzędu Marszałkowskiego z naszą Izbą – zwłaszcza w zakresie kształcenia młodych lekarzy. Ponadto potwierdził dane kol. Hamankiewicza co do starzenia się lekarzy z perspektywy Opolszczyzny. Wspominał również o „trudnej” współpracy samorządów wojewódzkich z obecnym kierownictwem Ministerstwa Zdrowia.

W trakcie tych wystąpień Komisja Mandatowa dokonała stosownych obliczeń i jej Przewodniczący Krzysztof Stempniewicz przedstawił sprawozdanie Komisji. Wynikało z niego, że na ogólną liczbę 147 delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolszczyzny, na XXXI Zjazd przybyło 77 spośród nich, co stanowi 52,4% ogółu delegatów. Tak więc XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolszczyzny jest władny podejmować decyzje. Po wysłuchaniu tego protokołu powrócono do porządku obrad.

Następnym z gości zabierającym głos był Dyrektor Medyczny OOW NFZ Tomasz Uher, który podziękował za zaproszenie na Zjazd i poinformował delegatów, że Oddział rozliczył już wszystkie kontrakty za ubiegły rok, zapłacił także za nadwykonania z ubiegłego roku i lat poprzednich (2010 i 2011) – tak więc Fundusz nie ma już żadnych zaległości finansowych wobec

świadczeniodawców. Mówił również o czekającym nas wszystkich nadchodzącej jesieni konkursie ofert, który będzie trudny ze względu na nałożenie się na siebie restrukturyzacji samego Funduszu oraz zapowiadanych zmian zapisów niektórych aktów prawnych i konkursu ofert.

Ostatnim mówcą w tej części obrad był członek Rady Izby Lekarsko-Weterynaryjnej w Opolu Andrzej Sadowski, który przekazał pozdrowienia od naszych Kolegów lekarzy „braci mniejszych” i również złożył życzenia owocnych obrad i trafnych decyzji.

Na zakończenie tej części obrad kol. Lach odczytał jeszcze list Prezesa Opolskiej Rady Aptekarskiej Andrzeja Prygla – również z życzeniami dla delegatów.

Po oficjalnej części obrad rozpoczęła się część robocza Zjazdu. Przewodniczący przypomniał delegatom, że każdy z nich miał okazję wcześniej zapoznać się ze sprawozdaniami wszystkich organów Izby, znajdującymi się w materiałach zjazdowych. W związku z czym zaproponował, by nie odczytywać ich treści. Jednocześnie zwrócił się do autorów poszczególnych sprawozdań z pytaniem, czy mają jakieś dodatkowe informacje uzupełniające sprawozdania.

Jako pierwszy głos zabrał Prezes Jakubiszyn, który poinformował, że Okręgowa Rada Lekarska w trakcie swojego posiedzenia przed 3 dniami zaproponowała przedstawienie Zjazdowi dwóch projektów stanowisk. Jedno dotyczy „Założeń do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw”, które zostało rozesłane przez Ministerstwo Zdrowia do konsultacji. Mówiąc „po polsku” dotyczy ona planów wprowadzenia od 2015 r. elektronicznych druków zwolnień lekarskich ZUS ZLA. W stanowisku tym Samorząd stanowczo sprzeciwia się kolejnemu przerzucaniu kosztów reform na lekarzy. Prezes przekazał projekt stanowiska do Komisji Uchwał i Wniosków. O przedstawienie tła drugiego stanowiska Prezes poprosił kol. Stanisława Kowarzyka.

Kol. Kowarzyk wyjaśnił, że chodzi o sprawę kontroli Urzędu Kontroli Skarbowej u jednego z lekarzy, od którego przeprowadzający kontrolę urzędnicy żądali okazania dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w jego gabinecie. Po odmowie ze strony lekarza, UKS zwrócił się do OOW NFZ w Opolu o dostarczenie kserokopii recept wystawionych przez tego lekarza jego pacjentom i prawdopodobnie takie dokumenty od Funduszu uzyskał. Zdaniem Okręgowej Rady Lekarskiej jest to naruszenie ustawy o ochronie danych osobowych, a przede wszystkim złamanie tajemnicy lekarskiej. Kol. Kowarzyk przedstawił projekt stanowiska i także przekazał je do Komisji Uchwał i Wniosków.

Po tych wystąpieniach, zarówno Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczący Okrę-

gowego Sądu Lekarskiego, Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej, Przewodnicząca Komisji Kształcenia Medycznego, Rzecznik Praw Lekarza, jak i Przewodniczący Komisji Bioetycznej nie mieli dodatkowych informacji, czy komentarzy do swoich sprawozdań.

Przewodnicząca Komisji Etyki kol. Marta Rodziewicz-Kabarowska uzupełniła swoje sprawozdanie o zaproszenie na organizowane wspólnie przez dwie Komisje – Kształcenia i Etyki – Interdyscyplinarne Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej”, które odbędzie się 12 kwietnia w Opolu. Przedstawiła bardzo bogaty program tego seminarium, zachęcając do udziału w nim.

Ze względu na nieobecność Przewodniczących Komisji Młodych Lekarzy oraz Lekarzy Emerytów i Rentistów również nie przedstawiono dodatkowych informacji uzupełniających.

W związku z tym, że ze strony delegatów także nie było żadnych uwag do przedstawionych sprawozdań, Przewodniczący Zjazdu zamknął dyskusję nad nimi i oddał głos Przewodniczącemu Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Kol. Adam Martyniszyn przedstawił sprawozdanie swojej Komisji pozytywnie oceniające działalność finansową Okręgowej Rady Lekarskiej. W związku z wnioskiem Komisji Rewizyjnej, kol. Lach przedstawił delegatom projekt uchwały zjazdowej dotyczącej udzielenia Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za miniony rok.

## UCHWAŁA NR 1

### XXXI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 2 marca 2013 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu i udzielenia jej absolutorium

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 219, poz. 1708) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 1223, z późn. zm.) uchwala się co następuje:

**§ 1** Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2012, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 2.390.019,68 zł

**§ 2** Nadwyżkę w kwocie 182.361,50 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

**§ 3** Po zapoznaniu się z całokształtem działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu oraz po dokonaniu oceny wykonania budżetu Izby, działając na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej, XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXX a XXXI Zjazdem Lekarzy.

**§ 4** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY XXXI OKRĘGOWEGO  
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Jerzy B. LACH

SEKRETARZ XXXI OKRĘGOWEGO  
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

Zbigniew LESZCZYŃSKI

Zjazd przy jednym głosie wstrzymującym się przyjął powyższą uchwałę.

Następnie Zjazd przystąpił do obrad nad finansami Izby. Ponieważ preliminarz budżetowy Opolskiej Izby Lekarskiej został przedstawiony delegatom w materiałach zjazdowych, Skarbnik izbowy – kol. Zbigniew Kowalik ograniczył się jedynie do krótkiego skomentowania jego ogólnego kształtu. Na początku zwrócił uwagę delegatów na to, że planowana jest w bieżącym roku strata w wysokości ponad 33,5 tys. zł, która ma bezpośredni związek z koniecznością przeprowadzenia w nowej formule (korespondencyjnej) wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy nowej kadencji. Ponadto ze względu na wzrastającą liczbę wniosków o zapomogi napływającą do Rady, postanowiono trzykrotnie zwiększyć zarezerwowaną na ten cel kwotę. Kolejną pozycją, która pojawiła się w preliminarzu jest kwota 300 tys. zł, która została przeznaczona na wykup działki, na której znajduje się siedziba naszej Izby. I wreszcie ze względu na dotychczasowy brak potrzeb zmniejszona została kwota zarezerwowana dla Rzecznika Praw Lekarza do 10 tys. zł.

W uzupełnieniu wypowiedzi Skarbnika Prezes Jakubiszyn stwierdził, że trwają działania na rzecz wykupienia na własność działki. Koszt tej operacji został wyceniony na kwotę 300 tys. zł, jednakże czynione są starania, aby – ze względu na zaliczenie budynku do zabytków – zmniejszyć tę kwotę o połowę. W związku z tym postępowaniem nie została wykorzystana w ubiegłym roku kwota 100 tys. zł na konieczne w budynku remonty, ale Prezes ma nadzieję, że po przeprowadzeniu wykupu będzie można także i te pieniądze uruchomić.

Kolejnym uzupełnieniem była wypowiedź kol. Kowarzyka, który jako Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej przypomniał po raz kolejny ogólne zasady wyborów w nowej formule oraz zaapelował o aktywny w nich udział, a zwłaszcza o zgłaszanie kandydatów na delegatów ze swoich rejonów wyborczych.

W dyskusji głos zabrał kol. Pędich, który zaproponował zwiększenie kwoty przeznaczonej na dofinansowanie imprez kulturalnych i sportowych, argumentując to świetnie rozwijającą się działalnością naszego izbowego chóru. Poproszony przez kol. Lacha o wskazanie źródeł tego zwiększenia, zaproponował zmniejszenie budżetu Rzecznika Praw Lekarza.

Kol. Jakubiszyn zaproponował, aby na razie nie dokonywać takiego przesunięcia, ponieważ jesienią zbierze się kolejny – tym razem Sprawozdawczo-Wyborczy

Zjazd Okręgowy – na którym, w razie potrzeby – będzie można zmienić plan finansowy Izby. Kol. Pędich zgodził się na takie rozwiązanie i wycofał swój wniosek.

Ponieważ żaden z pozostałych delegatów nie zgłosił zastrzeżeń do preliminarza, Przewodniczący poddał go pod głosowanie.

## **UCHWAŁA NR 2**

### **XXXI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 2 marca 2013 r. w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2013 r.**

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 219, poz. 1708) uchwala się co następuje:

**§ 1** Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2013 przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwala budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2013 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

**§ 2** Preliminarz budżetowy, o którym mowa w § 1 niniejszej uchwały, stanowi jej załącznik.

**§ 3** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2013 r.

PRZEWODNICZĄCY XXXI OKRĘGOWEGO  
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

*Jerzy B. LACH*

SEKRETARZ XXXI OKRĘGOWEGO  
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

*Zbigniew LESZCZYŃSKI*

Zjazd jednogłośnie przyjął plan finansowy Opolskiej Izby Lekarskiej na rok bieżący.

Przechodząc do kolejnej części Zjazdu kol. Lach przekazał głos Przewodniczącemu Komisji Uchwał i Wniosków. Kol. Paweł Sługocki stwierdził, że do Komisji wpłynęły jedynie projekty dwóch stanowisk, o których wcześniej mówili kol. kol. Jakubiszyn i Kowarzyk. Wobec powyższego kol. Lach przedstawił projekt pierwszego z dokumentów, jakie wpłynęły do Komisji podczas obrad XXXI Zjazdu.

W dyskusji nad pierwszym ze tych stanowisk (dotyczącym druków ZUS ZLA) zgłoszono dwie uwagi redakcyjne, które Prezes przyjął jako autopoprawki. Innych uwag nie było. Przewodniczący poddał projekt stanowiska pod głosowanie i Zjazd przyjął to stanowisko jednogłośnie.

## **STANOWISKO Nr 1**

### **XXXI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 2 marca 2013 r. w sprawie założeń do ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa**

XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy stwierdza, że założenia do ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby

i macierzyństwa są niestety kolejnym – po ustawie refundacyjnej – przykładem na to, że rząd szukając oszczędności w budżecie Państwa, stara się to robić kosztem lekarzy i lekarzy dentystów.

Obowiązkiem lekarza, wynikającym z zapisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jest wydawanie orzeczeń, między innymi o niezdolności pacjenta do pracy. Natomiast nie należy do kompetencji lekarza ustalanie czy płatnik składek pacjenta ma swój profil informacyjny, jak też decydowanie o tym, czy fakt niezdolności do pracy przełoży się na jakieś świadczenie pieniężne.

XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy rozumie, że uszczelnianie całego systemu orzekania o zdolności do pracy leży w interesie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i jednoznacznie stwierdza, że ZUS powinien ponosić koszty finansowe funkcjonowania tego systemu.

PRZEWODNICZĄCY XXXI OKRĘGOWEGO  
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

*Jerzy B. LACH*

SEKRETARZ XXXI OKRĘGOWEGO  
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

*Zbigniew LESZCZYŃSKI*

Następnie kol. Lach przedstawił projekt drugiego stanowiska (dotyczącego sprawy przekazywania dokumentacji medycznej pacjentów przez NFZ do UKS).

Jako pierwszy zabrał głos kol. Krzysztof Stempniewicz, który uważał, że mamy do dyspozycji Kodeks Karny oraz rozporządzenia w sprawie dokumentacji lekarskiej, jako niezbędne narzędzia do podjęcia działań prawnych przeciwko Funduszowi – nie ma więc potrzeby podejmowania takiego stanowiska. Jeśli jednak zdanie delegatów byłoby odmienne, to proponuje dopisanie obok Rzecznika Praw Pacjenta i Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych także Rzecznika Praw Obywatelskich. Kol. Kowarzyk przyjął tę propozycję i wprowadził ją jako autopoprawkę.

Kolejny dyskutant kol. Paweł Olszewski był zdania, że kierowanie sprawy do Prokuratury jest przedwczesne i że należy poczekać na odpowiedź OOW NFZ w tej sprawie. Ponadto był również zdania, by w drugim akapicie zmienić zapis na „*leki im zaordynowane*”. Także i w tym przypadku tą uwagę redakcyjną przyjęto jako autopoprawkę.

Z kolei kol. Tomasz Rekucki stwierdził, że stanowisko jest zbyt łagodne w swoim wydźwięku. Prezes odpowiedział, że w sprawie są ciągle jeszcze pewne niejasności i znalazło to swoje odzwierciedlenie w treści stanowiska.

W dalszej części dyskusji kol. Paweł Mielczarek proponował, aby doniesieniem do Prokuratury objąć nie tylko działania urzędników NFZ, ale i Urzędu Kontroli Skarbowej. Kol. Lach zwrócił jednak uwagę na to, że UKS ma szerokie uprawnienia, których my nie znamy do końca i takie postępowanie „na ślepo” mogłoby osłabić



siłę tego stanowiska. Kol. Mielczarek zgodził się z tym stwierdzeniem i wycofał swoją propozycję.

W związku z brakiem innych uwag do projektu oraz uwzględnieniem autopoprawek w tekście Przewodniczący poddał go pod głosowanie. Zjazd przy jednym głosie przeciwnym i jednym wstrzymującym uchwalił ostateczny tekst stanowiska.

## **STANOWISKO Nr 2**

### **XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu z dnia 2 marca 2013 r. w sprawie kontroli prowadzonej przez Urząd Kontroli Skarbowej w Opolu**

XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy z niepokojem przyjął informację o tym, że Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia udostępnił Urzędowi Kontroli Skarbowej kserokopie recept, wystawionych przez lekarza, którego praktyka lekarska jest aktualnie przedmiotem kontroli skarbowej. W odczuciu Zjazdu stanowi to naruszenie tajemnicy lekarskiej oraz może godzić w bezpieczeństwo pacjentów w przypadku ujawnienia danych związanych z ich stanem zdrowia.

XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy zobowiązuje Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej do niezwłocznego wystąpienia do Dyrektora OOW NFZ o wyjaśnienie czy taki fakt miał miejsce, a jeżeli tak to o podanie podstawy prawnej, na mocy której udostępniono instytucji niezwiązanej z procesem diagnostyczno-leczniczym dane personalne pacjentów wraz z nazwami leków dla nich ordynowanych.

XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy zobowiązuje Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej, aby – w przypadku potwierdzenia tego faktu – złożył zawiadomienie do pro-

kuratury o możliwości popełnienia przestępstwa przez urzędników OOW NFZ z jednoczesnym powiadomieniem Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

PRZEWODNICZĄCY XXXI OKRĘGOWEGO  
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

*Jerzy B. LACH*

SEKRETARZ XXXI OKRĘGOWEGO  
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU

*Zbigniew LESZCZYŃSKI*

W części poświęconej wolnym wnioskom Prezes Jakubiszyn przedstawił propozycję firmy Medbroker, dotyczącą nowego produktu ubezpieczeniowego – ubezpieczenia związanego z błędami przy wystawianiu recept. Komisja ds. Ubezpieczeń Lekarzy Naczelnej Rady Lekarskiej prowadzi jeszcze w tej sprawie negocjacje. Ich wyniki znajdują się w jednym z najbliższych numerów Biuletynu.

Wspomniał również o firmie DSA (ogłaszała się już w naszym Biuletynie przed kilkoma miesiącami) oferującej szereg rozwiązań finansowych dla praktyk prywatnych, w tym zarządzanie finansami prywatnymi i emerytalnymi.

Wobec wyczerpania programu Zjazdu kol. Jakubiszyn podziękował delegatom za udział w ostatnim – w tej kadencji – Zjeździe Okręgowym, a także jeszcze raz zaapelował o aktywny udział w wyborach i zgłaszanie delegatów na kolejną kadencję. Po tych słowach Przewodniczący Zjazdu dokonał zamknięcia XXXI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Opolszczyzny.

*Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA*

*Jerzy B. LACH*

# **SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ**

W dniu 27 lutego 2013 r. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Okręgowej naszej Izby. Obrady rozpoczął Sekretarz Rady kol. Lach, który przedstawił wniosek lekarki Mai Rusek-Skóry o wydanie duplikatu PWZ w związku z jego zaginięciem. Następnie zaprezentował wnioski o:

- wpisanie na listę członków Izby w związku z uzyskaniem obywatelstwa polskiego Osamy Alghusseina (przeniesienie z DIL w związku z rezydenturą z kardiologii),
- wpisanie na listę członków Izby Asasa Izzata (posiadającego obywatelstwo polskie, pracującego ostatnio w Syrii, skąd uciekł wraz z rodziną),
- wydanie prawa wykonywania zawodu Dorocie Rutkowskiej w związku z ukończeniem przez nią stażu podyplomowego.

Rada jednogłośnie zaaprobowwała wszystkie wnioski, przystąpił do realizacji punktów programu posiedzenia.

W części dotyczącej rejestracji podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy Prezes przedstawił wnioski firm:

- PSYCHOEDUKACJA I PSYCHOTERAPIA z Krakowa, która 22 marca br. przeprowadzi w siedzibie izby szkolenie „Psychologia dla lekarzy” – Rada przyjęła jednogłośnie ten wniosek, przyznając jednocześnie 4 pkt. edukacyjne;
- Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Nauczycieli NPR chce zorganizować konferencję „Naprotechnologia w diagnozowaniu i leczeniu niepłodności – szanse, wyzwania, efekty” w Centrum Konferencyjnym na Górze Św. Anny w dniu 9 marca br.

Po przedstawieniu programu tej konferencji rozgorzała żywa dyskusja, w której członkowie Rady (m. in. kol. kol. Mazur, Chowaniec i Kowarzyk) przedstawili swoje wątpliwości, co do tego, czy Izba Lekarska powinna firmować taką konferencję oraz w związku z tym, czy należy przyznać punkty edukacyjne. Wątpliwości dotyczyły przede wszystkim tego, że przedmiotem tej konferencji są kwestie etyczne związane z zapłodnieniem in vitro prezentowane z pozycji przeciwników tej procedury. W związku tymi wątpliwościami kol. Jakubiszyn zadał członkom Rady dwa pytania:

- czy Rada uważa, że szkolenie spełnia warunki, by przyznawać mu punkty akredytacyjne (za było 8 członków Rady, przeciw – 1, wstrzymało się od głosu – 8);
- czy przyznać maksymalną przewidzianą liczbę 7 punktów edukacyjnych (za było 7 członków Rady, przeciw – 2, wstrzymało się od głosu – 8).

Następnie Prezes poinformował, że firma MIP-Pharma z Gdańska (zarejestrowana w NIL) przeprowadzi dwa szkolenia: 8 marca br. – „Współczesne trendy w leczeniu endodontycznym zębów” i 12 kwietnia br. – „Jak zlikwidować skutki choroby przyzębia, czyli profilaktyka trzeciorzędowa”.

Ponadto firma MIKRO-STEF z Mazowsza proponowała przeprowadzenie odpłatnych szkoleń dla lekarzy, dotyczących zakażeń i antybiotykoterapii. Rada stwierdziła, że firma może przedstawić swoje propozycje w Biuletynie oraz na stronie internetowej naszej izby, jak również przekazać te propozycje poszczególnym jednostkom ochrony zdrowia.

Kolejny punkt posiedzenia dotyczył rejestru indywidualnych praktyk lekarskich. Kol. Jakubiszyn przedstawił w nim wnioski o wyrejestrowanie praktyk następujących lekarzy

- Jacek Kłós,
- Hanna Andrysiak,
- Helena Cichocka,
- Ewa Napierała
- Krzysztof Malottki,
- Czesław Zawiejski.

Wszystkie uchwały zapadły jednogłośnie.

Następna część obrad obejmowała przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych. Prezes zapoznał Radę z 5 wnioskami o przyznanie zapomóg, które zostały przez Radę zaakceptowane w maksymalnej wysokości.

Przy tej okazji kol. Kowalik zwrócił uwagę na fakt wzrastającej liczby podań o zapomogi, przy jednocześnie ograniczonym budżecie Izby na ten cel. W związku z tym jest zdania, że należy zastanowić się, czy nie przyznawać tych zapomóg w szczególnych sytuacjach, co niesie ze sobą konieczność dokonania zmian z Regulaminu Funduszu.

Członkowie Rady (kol. Chowaniec, Karoń, Misiak, Mazur, Wojtyłko, Suzanowicz i Olejnik) w dyskusji stwierdzili, że jest to jedna z zasadniczych form wsparcia dla członków naszej Izby, więc nie należy ograniczać do niej dostępu. Jednocześnie jednak podzielili pogląd, że należy każdy z wniosków poddawać większej analizie. Kol. Jakubiszyn zaproponował, że na Radzie marcowej przedstawiona zostanie analiza zapomóg, przyznanych w ciągu ostatnich dwóch lat – dająca odpowiedź na pytanie, co było powodem ubiegania się o zapomogę.

Dalej Rada wyznaczyła swoich przedstawicieli do komisji konkursowych na stanowisko ordynatorów trzech oddziałów szpitala w Nysie:

- Oddział Chirurgii Ogólnej – Zbigniew Kowalik jako przewodniczący oraz członkowie – Wojciech Rębisz i Andrzej Mazur,
- Oddział Neurologii – Stanisław Kowarzyk jako przewodniczący oraz członkowie – Wojciech Rębisz i Wojciech Derkowski,
- Oddział Internistyczno-Kardiologiczny – Stanisław Kowarzyk jako przewodniczący oraz członkowie – Andrzej Wester i Elżbieta Krzymowska.

Uchwały zapadły jednogłośnie.

Następnie Rada podjęła decyzje o zmianie wysokości składki członkowskiej. Do Rady wpłynęło 7 wniosków o obniżenie do 10 zł wysokości opłacanych składek członkowskich, wynikających z osiągnięcia wieku emerytalnego oraz 4 wnioski o całkowite zwolnienie z opłacania składek z powodu zaprzestania zarobkowego wykonywania zawodu lekarza. Wszystkie wnioski zostały przyjęte jednogłośnie

W tym punkcie obrad Prezes udzielił głosu Przewodniczącemu Okręgowej Komisji Wyborczej kol. Kowalikowi, który przedstawił wniosek komisji o ustalenie i zatwierdzenie liczby mandatów w poszczególnych okręgach wyborczych. Wspomniał, że doszło co prawda do przesunięć na listach w poszczególnych okręgach, jednakże były to w istocie tylko „kosmetyczne” zabiegi, które nie spowodowały istotnych zmian w liczebności okręgów.

Rada jednogłośnie podjęła uchwałę o liczbie mandatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy VII kadencji. Zjazd będzie liczył 158 delegatów.

### **Okręgi lekarskie:**

1. Brzeg – 6 mandatów,
2. Głubczyce – 4,
3. Kędzierzyn-Koźle – 11,
4. Kluczbork – 5,
5. Krapkowice – 5
6. Namysłów – 3,
7. Nysa – 12,
8. Głuchołazy – 3,
9. Olesno – 5,

10. Prudnik – 5,
11. Strzelce Op. – 6,
12. WCM – 16,
13. Szpital Wojewódzki Opole – 6,
14. Opolskie Centrum Onkologii – 3,
15. Zespół Matki i Dziecka – 2,
16. Szpital Neuropsychiatryczny w Opolu – 2,
17. Szpitale MSWiA i Wojskowy – 3,
18. Kup, Pokój i MEGAVITA – 2,
19. Opole Powiat – 4,
20. Opole SP ZOZ-y – 4,
21. Opole NZOZ-y – 3,
22. Opole tzw. „reszta” – 9,
23. Pro Homine – 2,

#### **Okręgi lekarzy dentystów:**

24. Brzeg – 3,
25. Kędzierzyn-Koźle – 4,
26. Kluczbork, Namysłów, Olesno – 5,
27. Nysa – 4,
28. Strzelce Op. – 3,
29. Prudnik, Głubczyce – 3,
30. Opole Powiat, Krapkowice – 4,
31. Opole Miasto – 11.

Przy tej okazji kol. Chowaniec zapytał, od kiedy można składać swoje propozycje kandydatów na delegatów na jesienny Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy. Kol. Kowarzyk stwierdził, że od momentu uchwalenia liczby mandatów – co się właśnie stało – można podawać kandydatury. Zwrócił ponadto uwagę na to, by w pełni wykorzystać liczbę miejsc mandatowych przysługujących poszczególnym okręgom.

W kolejnej części posiedzenia Prezes zaapelował do członków Rady o liczny udział w zbliżającym się Okrę-

gowym Zjeździe Lekarzy oraz o szeroką informację przekazywaną delegatom na Zjazd.

Jednocześnie zapytał członków Rady, czy mają jakieś materiały mogące znaleźć się na Zjeździe. Wywołało to dyskusję, w której mówiono o problemach i wątpliwościach związanych z planowanym wprowadzeniem w niedalekiej przyszłości elektronicznych zwolnień lekarskich. Prezes zaproponował, że roześle drogą mailową członkom Rady projekt dokumentu w tej sprawie.

W punkcie obrad poświęconym sprawozdaniom członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami Prezes Jakubiszyn poinformował o propozycji Ministerstwa Zdrowia skierowanej do NRL o wspólne opracowanie nowego rozporządzenia w sprawie recept i przedstawił wstępne propozycje NRL nowych zapisów w tym rozporządzeniu.

Kol. Latała z kolei przekazał informację o ostatnim wspólnym posiedzeniu Oddziału PTS i Komisji Stomatologicznej OIL, które odbyło się 16 lutego br. Gościem, a zarazem wykładowcą tej konferencji był dr n. med. Klaudiusz Łuczak z Katedry Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej UM we Wrocławiu.

W sprawach różnych i wolnych wnioskach kol. Łuszczzyńska-Ostrowska przedstawiła stanowisko Komisji Etyki dotyczące sprawy jednego z naszych kolegów. Kontrolujący jego praktykę prywatną urzędnicy Urzędu Kontroli Skarbowej zażądali od niego dokumentacji dotyczącej pacjentów leczonych w tym gabinecie i recept im wystawionych. Lekarz odmówił tej prośbie, wobec czego UKS zwrócił się o pomoc do OOW NFZ. Sprawa ta zbulwersowała członków Rady, wywołując dyskusję. W jej wyniku postanowiono przedstawić całą sprawę na najbliższym Zjeździe. Kol. Kowarzyk zobowiązał się do przygotowania stanowiska Zjazdu w tej sprawie.

*Jerzy B. LACH*

## **PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W OPOLU NA I PÓŁROCZE 2013 r.**

<b>Termin</b>	<b>Kierownik naukowy</b>	<b>Temat</b>	<b>Miejsce szkolenia</b>
12.04.2013 r. PIĄTEK godz. 11:00	Komisja Etyki Lekarskiej i Komisja Kształcenia OIL w Opolu	Symposium pt. „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej”	Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu ul. Katowicka 68
19.04.2012 r. PIĄTEK godz. 10:00	Firma VOKO – Wrocław	„Materiałoznawstwo w stomatologii” (dla dentystów)	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
17.05.2013 r. PIĄTEK godz. 10:00	Inspektor BHP Jerzy Nowosielski Opole	Aktualne przepisy BHP dla lekarzy dentystów	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
08.06.2013 r. SOBOTA godz. 10:00	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Ratownictwa Medycznego Dr Marek Dryja	Ratownictwo Medyczne dla lekarzy dentystów (dla 20 osób)	WCM Opole al. Witosa 26 Sala konferencyjna

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 4 pkt. edukacyjne.

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*



# SPRAWOZDANIE Z KURSU ULTRASONOGRAFICZNEGO PTU W NYSIE W DNIACH 22–25.11.2012 R.

Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego uprzejmie informuje, że w dniach 22–25.11.2012 r. odbył się kurs podstawowy z ultrasonografii jamy brzusznej, tarczycy, węzłów chłonnych i sutków, pod patronatem naukowym PTU, z przyznaniem stosownej ilości punktów do certyfikatu PTU. Kurs ten był kolejnym, po poprzednio zorganizowanym przez nasz Oddział pod egidą PTU, który odbył się w dniach 23–27.04.2003 r.

Współorganizatorem kursu była Opolska Izba Lekarska i jej Komisja Kształcenia, które zapewniły dotację finansową, bez której kurs nie doszedłby do skutku. Zarząd Oddziału Opolskiego PTU wyraża wdzięczność Prezesowi OIL Panu dr n. med. Jerzemu Jakubiszynowi i przewodniczącej Komisji Kształcenia OIL Pani dr Małgorzacie Łuszczynskiej-Ostrowskiej za wsparcie tej idei. Kurs odbył się pod kierownictwem naukowym Pani dr hab. n. med. Joanny Ścieżki. Ponadto osobami szkolącymi byli doświadczeni ultrasonografisci, członkowie Oddziału Opolskiego PTU, eksperci z USG w swoich specjalnościach medycznych: dr n. med. Aleksander Szlachta, dr n. med. Jacek Miarka, dr n. med. Zdzisław Juszczak, lek. med. Ireneusz Bogusz oraz lek. med. Elżbieta Krzymowska.

Kurs miał miejsce w Szpitalu Rejonowym w Nysie, w oparciu o ich pacjentów, także pochodzących z przychodni specjalistycznych w Nysie. Na miejscu współorganizatorem kursu był Pan dr n. med. Jacek Miarka Ordynator Oddziału Wewnętrznego i zarazem Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Kursanci zakwaterowani byli w gościnnym hotelu „Piast”, a prawdziwie domowe wyżywienie zapewniła uczestnikom kursu kuchnia szpitala w Nysie. Sprzęt (4 aparaty USG) i serwis aplikacyjny zapewniła firma MIRO z Warszawy. W kursie wzięli udział lekarze – członkowie PTU z województwa opolskiego, 2 lekarzy z Wrocławia i 1 lekarz z Warszawy. Kurs był odpłatny w kwocie 500 zł, ale koszt dla uczestników był znacząco niższy, niż w przypadku innych tego typu kursów USG, gdyż podstawowym celem tej inicjatywy było praktyczne przeszkolenie dużej grupy lekarzy – w przewadze młodych – jaka pojawiła się w ostatnich latach, ale także grona doświadczonych lekarzy, którzy chcieli zweryfikować swoje umiejętności i pozbyć się ewentualnych złych nawyków w metodyce badania ultrasonograficznego.

W trakcie kursu oprócz wykładów skoncentrowano się na praktycznym przeszkoleniu lekarzy i utrwaleniu przez nich prawidłowych nawyków z zakresu metodyki badania USG. Stąd przewaga zajęć praktycznych i ćwiczeń.

Plan kursu podstawowego z ultrasonografii jamy brzusznej, miednicy, sutków, tarczycy i węzłów chłonnych pt. „Pierwsze kroki w ultrasonografii”

## Czwartek

- 08.00–10.00 Podstawy fizyczne diagnostyki ultrasonograficznej. Anatomia ultrasonograficzna narządów jamy brzusznej – dr n. med. Z. Juszczak.
- 10.00–12.00 Choroby miększu wątroby. Diagnostyka zmian ogniskowych w wątrobie. Choroby pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych – dr hab. n. med. J. Ścieżka
- 12.00–14.00 Prezentacja techniki badania USG
- 14.00–15.00 Przerwa obiadowa
- 15.00–19.00 Zajęcia praktyczne
- 19.00 Kolacja

## Piątek

- 08.00–10.00 Diagnostyka ultrasonograficzna chorób trzustki. Diagnostyka ultrasonograficzna chorób śledziony. Nadciśnienie wrotne – dr hab. n. med. J. Ścieżka
- 10.00–12.00 Diagnostyka ultrasonograficzna nerek i układu moczowego. Diagnostyka USG nadnerczy i przestrzeni zaotrzewnowej – dr n. med. J. Miarka
- Diagnostyka ultrasonograficzna aorty brzusznej, węzłów chłonnych. Choroby przewodu pokarmowego. Diagnostyka ultrasonograficzna ostrego brzucha – lek. med. E. Krzymowska.
- 12.00–14.00 Prezentacja techniki badania USG
- 14.00–15.00 Przerwa obiadowa
- 15.00–19.00 Zajęcia praktyczne
- 19.00 Kolacja

## Sobota

- 07.00–08.00 Śniadanie
- 08.00–11.00 Diagnostyka ultrasonograficzna tarczycy, przytarczyc i węzłów chłonnych szyi – lek. med. I. Bogusz
- Diagnostyka USG miednicy mniejszej – dr n. med. A. Szlachta

- 11.00–13.00 Prezentacja techniki badania USG
- 13.00–14.00 Obiad
- 14.00–15.30 Diagnostyka ultrasonograficzna sutków – dr n. med. A. Szlachta
- 15.30–19.00 Zajęcia praktyczne
- 19.00 Kolacja.

## Niedziela

- 08.00–9.00 Śniadanie
- 09.00–13.00 Zajęcia praktyczne
- 12.00–13.00 Przerwa obiadowa

Zakończenie kursu – rozdanie certyfikatów

Jak wynika z przedstawionego harmonogramu zajęć były bardzo intensywne. Znalazł się także czas na uroczystą kolację w piątek wieczorem w restauracji hotelu „Piast”, gdzie przy wybornym menu i winie czas na rozmowach upływał szybko, a ostatni uczestnicy rozeszli się o północy. Dzięki osobistym kontaktom dr Miarki z ks. prałatem bazyliki pod wezwaniem św. Jakuba i św. Agnieszki w Nysie uczestnicy kursu mogli wcze-

śniej zwiedzić jej dzwonnice, gdzie na 3 poziomach wyeksponowany jest unikatowy tzw. skarb św. Jakuba, czyli arcydzieła sztuki złotniczej, zwłaszcza sakralnej.

Zaświadczenie PTU ukończenia kursu podstawowego z ultrasonografii uprawniające do przystąpienia do egzaminu do certyfikatu PTU otrzymało 26 osób. Ogółem przebadano ponad 200 pacjentów, którym wystawiono wyniki. Uczestnicy kursu zgodnie podkreślali jego wybitnie praktyczny charakter, z czym do tej pory na szkoleniach z USG rzadko się spotykali. Najlepszą rekomendacją dla przyjętej przez Zarząd Oddziału Opolskiego PTU formuły kursu USG i sposobu jej realizacji w czasie kursu w Nysie jest liczba zapytań od zainteresowanych lekarzy w kwestii ponownego zorganizowania kursu podstawowego z ultrasonografii konwencjonalnej lub z ultrasonografii dopplerowskiej.

*Sekretarz Oddziału  
Opolskiego PTU  
lek. med. Krystyna  
BEDYŃSKA-TOLSTYCH*

*Prezes Oddziału  
Opolskiego PTU  
lek. med. Ireneusz BOGUSZ*

# SZKOLENIA DLA LEKARZY POZ – INFORMACJA Z PRZEBIEGU KONFERENCJI

Dnia 21.02.13 r. odbyła się w Opolu konferencja informatyczno-promocyjna w ramach projektu systemowego pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”. Na wykładach omówiono stan geriatry w Polsce, aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (w tym na przykładzie naszego województwa) oraz stan realizacji projektu.

W 2012 r. w Polsce społeczeństwo osiągnęło poziom starości demograficznej. Obecnie w Polsce osoby w wieku > 65 lat i starsze stanowią ok. 14–15% ludności, tj. 5 milionów.

Projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Projekt jest realizowany przez Ministerstwo Zdrowia (Departament Pielęgniarek i Położnych) w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Jest to projekt ogólnopolski, realizowany w okresie od 01.01.2012 r. do 30.06.2015 r. Ogólny cel projektu to poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym (76–85 lat; wiek sędziwy > 86 lat, a potem to już mamy długowieczność) w Polsce poprzez szkolenie kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej.

Szkoleniami objętych zostanie:

- 2000 lekarzy POZ,
- 2000 pielęgniarek POZ,
- 1000 fizjoterapeutów,
- 200 opiekunów medycznych,
- 200 terapeutów środowiskowych.

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego przeszkoli 2000 lekarzy i 1000 fizjoterapeutów. Dla lekarzy czas trwania kursu to 21 godz. (16 godz. wykładów, 4 godz. zajęć warsztatowo-seminaryjnych i 1 godz. na zaliczenie kursu – egzamin testowy) – 3 dni (piątek-niedziela). Szkolenia dla uczestników projektu są bezpłatne ze zwrotem kosztów (zakwaterowanie+dojazd). W IV kwartale 2012 r. przeszkolono 46 osób.

Dokładne informacje dotyczące rekrutacji na kurs doskonalący dla lekarzy POZ poniżej (dzięki uprzejmości jednego z wykładowców dr Jacka Putza – Wicedyrektora Szkoły Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej w CMKP).

Rekrutację na kursy doskonalące dla lekarzy POZ prowadzi Studium Medycyny Rodzinnej CMKP w oparciu o wypełniony i przesłany drogą elektroniczną, drogą pocztową lub faksem formularz zgłoszenia uczestnika (druk dostępny na stronie internetowej CMKP). Wykonawcami kursów dla lekarzy POZ jest CMKP oraz podmioty wyłonione w drodze zamówień publicznych.

Kryteria kwalifikacji uczestników do kursu – Lekarz POZ

Do kursu może przystąpić lekarz, który:

- ma prawo wykonywania zawodu,
- jest zatrudniony w ramach umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej na stanowisku lekarza w pełnym wymiarze godzin, niezależnie od posiadanej specjalizacji, w podmiocie leczniczym będącym lub

niebędącym przedsiębiorcą, realizującym świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

- Dodatkowo uczestnik składa do CMKP:
- deklarację uczestnictwa w kursie,
- zgodę na przetwarzanie danych osobowych,
- ankietę z danymi osobowymi,
- dokument potwierdzający wykształcenie, np. kopię dyplomu,
- dokument potwierdzający uprawnienia do wykonywania zawodu, np. kopię prawa wykonywania zawodu,
- dokument potwierdzający zatrudnienie w podstawowej opiece zdrowotnej, np. zaświadczenie pracodawcy lub oświadczenie uczestnika.

Lekarz zakwalifikowany przez CMKP zostaje skierowany do odbycia kursu. W przypadku większej liczby zgłoszeń na daną edycję kursu, niż określona w programie, o przyjęciu na kurs decydować będzie kolejność zgłoszeń. Złożenie powyższych dokumentów jest warunkiem koniecznym do uczestnictwa w projekcie! Formularz zgłoszenia na kurs wystarczy przesłać elektronicznie na adres: [smr@cmkp.edu.pl](mailto:smr@cmkp.edu.pl) lub [smr2@cmkp.edu.pl](mailto:smr2@cmkp.edu.pl) lub listownie na adres: Studium Medycyny Rodzinnej Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa.

Pozostałe dokumenty, ze względu na ochronę danych osobowych, należy przestać listem poleconym (na kopercie należy dopisać nr kursu).

Osoba zakwalifikowana do uczestnictwa w kursie otrzyma od CMKP powołanie na kurs z informacją o terminie i miejscu odbywania się zajęć.

Uczestnik kursu zobowiązany jest do złożenia podpisu na liście obecności w każdym dniu odbywania się kursu i wypełnienia anonimowej ankiety Ministerstwa Zdrowia. Zobowiązany jest również do przystąpienia do egzaminu końcowego.

Każdej osobie pracującej na stanowisku lekarza POZ przysługuje prawo do wzięcia udziału tylko w jednym kursie doskonalącym w ramach projektu.

Osoby upoważnione do kontaktu:

• Teresa Witkowska – tel. (22) 56-01-080, e-mail: [smr2@cmkp.edu.pl](mailto:smr2@cmkp.edu.pl)

• Izabella Grabowska – tel. (22) 56-01-082, e-mail: [smr@cmkp.edu.pl](mailto:smr@cmkp.edu.pl)

Tel. kom. 608-590-580, Marzena Grabowska – [poz@cmkp.edu.pl](mailto:poz@cmkp.edu.pl)

Szczegółowe informacje o projekcie dostępne są pod adresem: [www.geriatria.mz.gov.pl](http://www.geriatria.mz.gov.pl) oraz [www.cmpk.edu.pl](http://www.cmpk.edu.pl)

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

## ODWRÓCIĆ KOTA OGONEM

**Na grafice Fukuhary Teiko najbardziej zdumiewająca jest owca. To ona nosi na grzbiecie tę całą menażerię: pomyłone wilki, szczeżuje i niedźwiedzie.**

No i proszę, ledwie wzięłam do ręki *Inicjał z offu* Agnieszki Wolny-Hamkało, już się natknęłam na fragment, który śmiało można odnieść do próby zrozumienia sztuki współczesnej. Trawestując poetkę: *Grafika to nie jest równanie do rozwiązania, albo inaczej: to równanie z nieskończoną liczbą rozwiązań. Może się zmienić w jednej chwili: ta sama grafika może stać się wezwaniem do rewolucji, wyznaniem miłosnym, trenem ku pamięci. W tej pozbawionej reguł grze wszystko zależy od ciebie.*

Oto *Zniekształcenia* japońskiego artysty Fukuhary Teiko. Na linorycie kłębią się zwierzęta. Każdy je zna z sąsiedztwa, widział w atlasach szkolnych lub pamięta z wycieczek do ogrodów zoologicznych. Ale kiedy się przyjrzeć z bliska, to widać, że coś poszło tu nie tak. Bo pewien ssak ma wydrowaty łeb, grubą szyję, włochaty grzbiet i końskie kopyta. Jakież ryby, chyba makrelowate, linieją w locie. Tracą nie tylko łuski, ubywa im też brzuchów, a przecież każdy musi jeść, aby przeżyć. Obok nich świnia ustawiła się w pionie, chwali się porożem i ogonem z warkocza złotowłosej albo warkoczem DNA z kardą na jednym zwoju, chyba tym od ojca.

Nieco dalej podsypiają wilki, też podejrzane – trochę szczurowate, z małymi uszami i nosami jak żołnierskie guziki. Nawet ptakom ktoś zrobił psikusa, wyprasował im dzioby i powyrywał pióra, więc latają półnagie. Drzewa zaś porosły cekinami, prosto ze sklepu z artykułami różnymi. Wydawałoby się, że się wybierają na bal, ten najważniejszy w życiu, z drwalem o gołęmbim sercu. Te dziwaczne dęby i jesiony zamiast suszyć liście, prostować gałęzie, szumieć, kiwać się wraz z podmuchami wiatru, wystawiają do słońca korzenie. Ktoś podarował im podwójne wnętrza, zwielokrotnił podziemność, pozbawił je tego, co nazywamy pozorem albo wyglądem zewnętrznym.

Co to za niepokojące pomieszanie! Co za zapętlenie form! Pułapka. Jak to się stało, że zwierzęta na grafice powpadały na siebie, że straciły spójność, pozamieniały się częściami ciała? Przecież zamieszkują swoje krainy: ryby pływają w wodzie, ptaki wylatują w powietrze, świnie przesiadują w chlewach. A jednak załapały te same współrzędne, wspólną morfologię. I wszystkie naraz przybyły pod drzewo, jak niegdyś Adam i Ewa, i patrzą tymi swoimi smutnymi oczami i czekają na sąd, zupełnie jak tamtych dwoje na początku świata.

A najbardziej zdumiewająca jest owca. Rozpłaszczyła się pod kopytami, racicami, pazurami zwierząt. Przecież to chodząca Matka Teresa od psów, okoni i wypłoszów.



To ona nosi na grzbiecie tę całą menażerię: pomyłone wilki, szczeżuje i niedźwiedzie. Czy jest taka dobra, czy po prostu głupia? Artysta wymyślił dla niej wielkie, sarnie oczy, podkrążone od nieskończonych przemyśleń. I dopowiedział głęboką zmarszczkę od coraz to nowych zmartwień.

Deformacja kojarzy się z oszpeceniem. Ale tutaj zwierzęta wypiękniały. Otrzymały od artysty nowe walory, znaki szczególne, ciekawe kształty. Ryby pływają w welonach ze spadających łusek i stanowią prapoczątek wszystkich ryb, zamysł gatunku. Wydro-wilki, które pozbawiono nadmiarów, przywodzą na myśl ideę wszystkich ssaków. Teiko przedstawił zniekształcenia jako upiększenia. Pamiętajmy jednak, że w tej grze wszystko zależy od nas. I zawsze możemy odwrócić kota ogonem.

Agnieszka KANIA



Pierwotnie tekst ukazał się w opolskim dodatku Gazety Wyborczej.

## CO POWINNIŚMY PAMIĘTAĆ O POWSTANIU STYCZNIOWYM?

Kilkanaście dni temu obchodziliśmy 150 rocznicę wybuchu najtragiczniejszego polskiego powstania narodowego – Powstania Styczniowego. Niestety ogólnopolskie obchody tej rocznicy (w II Rzeczypospolitej rocznica wybuchu Powstania Styczniowego była zawsze wielką manifestacją patriotyczną) były zakłócone dwiema opcjami politycznymi. Również w Opolu rocznica ta minęła bezbarwnie, dlatego też dla P.T. miłośników naszej historii kilka słów o tym Powstaniu.

Powstanie Styczniowe ogłoszone zostało przez Tymczasowy Rząd Narodowy w dniu 22 stycznia 1863 r. wobec nasilającego się terroru carskiego i ogłoszonej na dzień 25 stycznia 1863 r. „branki” młodych Polaków do wojska rosyjskiego.

Powstanie objęło tylko zabór rosyjski, tj. Królestwo Polskie (aczkolwiek cieszyło się poparciem zwłaszcza w zaborze austriackim). Naprzeciwko 100.000 żołnierzy rosyjskich stacjonujących w Królestwie Polskim stanęło początkowo 10.000 Powstańców, źle uzbrojonych (często tylko postawione na sztorc kosy). Był to powrót do tradycji Insurekcji Kościuszkowskiej z roku 1794, zaś sam generał Ludwik Mierosławski opracował taktykę walki kosami. Stoczono ponad 1.200 bitew, początkowo zwycięskich – zwłaszcza na terenie obecnego województwa świętokrzyskiego, mazowieckiego, podlaskiego



Romuald Traugutt

i na Litwie. Skłócone dowództwo Powstania (istniały dwa wrogie obozy „Białych” i „Czerwonych”) spowodowało, że Powstanie Styczniowe miało aż trzech Dyktatorów:

Generała Ludwika Mierosławskiego (1814–78) – zmarł i pochowany jest w Paryżu,

Generała Mariana Langiewicza (1827–67) – zmarł i pochowany jest

w Konstantynopolu (tam również zmarł Adam Mickiewicz),

Romualda Traugutta urodzonego w roku 1826.

Ostatni Dyrektor Powstania Styczniowego Romuald Traugutt był żołnierzem wojsk carskich. Brał udział w korpusie generała Paszkiewicza w tłumieniu Powstania Węgierskiego w okresie Wiosny Ludów w roku 1846 oraz w Wojnie Krymskiej przeciwko Turcji w roku 1853. Dosłużył się stopnia pułkownika. Kiedy wybuchło Powstanie Styczniowe przystąpił do niego w kwietniu 1863 r.





*Maksymilian Gierymski – Patrol powstańczy – pikietą (olej na płótnie – Muzeum Narodowe w Warszawie).*

Wkrótce otrzymał awans na stopień generała, a w dniu 17 października 1863 r. został ostatnim Dyktatorem Powstania Styczniowego. W tym okresie prowadził korespondencję z bohaterem Włoch, Giuseppe Garibaldim, który również walczył o zjednoczenie Włoch.

Niestety w dniu 10 kwietnia 1864 r. został aresztowany (zresztą zdradzony przez jednego z towarzyszy) i w dniu 5 sierpnia 1864 r. powieszony wraz z 4 innymi towarzyszami w X Pawilonie Cytadeli Warszawskiej (wybudowanej po upadku Powstania Listopadowego w roku 1831).

Wkrótce jesienią 1864 r. Powstanie Styczniowe upadło (trwało ponad półtora roku) i nastąpiła gwałtowna eskalacja terroru rosyjskiego. Przyjmuje się, że w walkach powstańczych zginęło ponad 20.000 Polaków, a ponad 40.000 wywieziono na Sybir w słynnych „kibitkach”. Zniesiono Królestwo Polskie, a szczególnie spacyfikowano powstańcze Wilno, gdzie Michał Żurawjew – zwany „Wieszatkiem” – powiesił około 1000 Powstańców.

Z Powstaniem Styczniowym nierozdzielnie związana jest postać arcybiskupa metropolity warszawskiego Zygmunta Szczęsnego Felińskiego (1823–95). W czasie Powstania Styczniowego protestując przeciwko terrorowi w listach do cara został zesłany do Jarosławia, a po upadku Powstania Styczniowego zabroniono mu powrotu do Warszawy. Osiadł w Krakowie, a po śmierci w roku 1895, ostatecznie spoczął w kryptach Archikatedry pod wezwaniem Św. Jana Chrzciciela w Warszawie. W dniu 18 sierpnia 2002 r. na Krakowskich Błoniach papież Jan Paweł II ogłosił arcybiskupa Felińskiego błogosławionym, po czym jego szczątki przeniesione zostały do ołtarza w Archikatedrze Warszawskiej. Na jego miejscu spoczął kilka dni temu Prymas Polski Józef Glemp zmarły w styczniu br.

Powstanie Styczniowe zostało uwiecznione na zawsze nie tylko w literaturze („Wierna rzeka” Stefana Żeromskiego, „Noce i dnie” Elizy Orzeszkowej), ale również w malarstwie. Tutaj należy wymienić przede wszystkim:

Maksymiliana Gierymskiego (1846–74). Jako 17-latek uczestniczył w powstaniu Styczniowym. Namalował w ciągu zaledwie 4 lat liczne sceny batalistyczne z Powstania Styczniowego, m. in. słynny „Patrol Powstańczy” znajdujący się w Muzeum Narodowym w Warszawie. Zmarł w 28 roku życia z powodu gruźlicy płuc w Bawarii. Bardziej znanym był jego brat Aleksander Gierymski (1850–1901), który zmarł w Szpitalu Psychiatrycznym w Rzymie i tam jest pochowany.

Artura Grottgera (1837–67) autora słynnego cyklu obrazów „Polonia”, która przedstawiona jest w kajdanach. Artur Grottger zmarł również z powodu gruźlicy płuc we Francji (podobnie jak Fryderyk Chopin) i został pochowany na cmentarzu Łyczakowskim we Lwowie. Je-



*Artur Grottger – Polonia (kredka na kartonie – Országos Magyar Szépművészeti Múzeum, Budapeszt).*

go piękny monumentalny pomnik można podziwiać na Krakowskich Plantach nieopodal Teatru Starego.

Jedynym akcentem pamięci o Powstaniu Styczniowym w Opolu jest ulica Romualda Traugutta w opolskich Groszowicach, ale marzy mi się, aby takim ulicom jak „Batalionów Chłopskich” w Opolu lub „Gwardii Ludowej” w Kędzierzynie nadać bardziej patriotyczny

wydzźwięk. Istnieją bowiem w wielu miastach ulice „Powstańców Śląskich”, „Powstańców Warszawskich”, „Powstańców Wielkopolskich”. Można by pomyśleć i w ten sposób uczcić pamięć – zwłaszcza dla naszych potomków Powstania Styczniowego.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## UWAGA! SKŁADKI CZŁONKOWSKIE!

Kierownik Biura Opolskiej Izby Lekarskiej przypomina Szanownym Koleżankom i Kolegom, że na lekarzu ciąży obowiązek pisemnego zgłaszania następujących informacji:

- o dacie i miejscu rozpoczęcia pracy po zakończeniu stażu podyplomowego,
- o zmianie miejsca zatrudnienia,
- o terminie rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego,
- o dacie rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej,
- o dacie przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS),
- o dacie zaprzestania pracy zarobkowej (oświadczenie),
- o zmianie adresu zamieszkania i adresu do korespondencji,
- o dacie wyrejestrowania praktyki indywidualnej bądź grupowej,
- o dacie zawieszenia praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę.

Z kolei Skarbnik Opolskiej Izby Lekarskiej informuje, że na każdym członku Izby – zgodnie z uchwałą 8/08/V z 4 kwietnia 2008 r. Naczelnej Rady Lekarskiej – ciąży obowiązek odprowadzania na konto Izby comiesięcznej składki członkowskiej. Składka ta wynosi:

- **40 zł dla lekarza/lekarza dentysty;**
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty emeryta,** który:
  - 1) ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
  - 2) ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny albo 60 lat w przypadku kobiety oraz złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
    - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
    - b) kopię decyzji emerytalnej,
    - c) zaświadczenie o przychodach za rok poprzedni (ew. PIT 36 lub 37 z roku poprzedzającego złożenie wniosku), w którym udokumentowane jest, iż nie został przekroczony przychód w wysokości 24.084 zł, nie wliczając świadczenia emerytalnego;

• **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty rencisty,** który:

- 1) ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
- 2) złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
  - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
  - b) kopię decyzji rentowej;

**10 zł dla lekarza stażysty/lekarza dentysty stażysty,** z wyłączeniem członków OIL, którzy już posiadają pełne prawo wykonywania zawodu.

• **Zwolniony z opłat członkowskich** może być:

- 1) lekarz/lekarz dentysta, który złoży podanie do Okręgowej Rady Lekarskiej o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej z zaznaczeniem okresu wnioskowanego oraz:
  - a) udokumentuje brak przychodów za okres wnioskowany (zaświadczenie o przychodach, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawania osobą bezrobotną (od – do),
  - b) jest emerytem w pełnym wieku emerytalnym (65 lat w przypadku mężczyzny, 60 lat w przypadku kobiety) i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
  - c) jest rencistą i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
- 2) lekarz/lekarz dentysta, który zrzeknie się prawa wykonywania zawodu.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich lekarze wyjeżdżający za granicę, którzy nie zrzekli się w Rzeczypospolitej Polskiej prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, a tym samym nadal pozostają członkami Okręgowej Izby Lekarskiej, są zobowiązani do opłacania składki członkowskiej na rzecz Izby. Jednocześnie informujemy, iż fakt skreślenia lekarza z listy członków Izby Lekarskiej z powodu zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu, nie powoduje automatycznego anulowania należnych składek członkowskich. Ww. dokumenty należy składać w Opolskiej Izbie Lekarskiej,

**Składki należy wpłacać na następujący numer konta: Opolska Izba Lekarska, PKO BP I Oddział Opole 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277.**



# SPOTKANIE WIOSENNE LEKARZY SENIORÓW

OIL w Opolu i Komisja ds Lekarzy Emerytów i Rencistów zapraszają  
na Wiosenne Spotkanie lekarzy-seniorów 10 kwietnia br. (środa), o godz.14,  
do Klubu Lekarza w Opolu, przy ul. Grunwaldzkiej 23.

W czasie spotkania zostaną wręczone okolicznościowe medale i dyplomy  
lekarzom-seniorom, którzy przed 50 laty uzyskali dyplomy lekarskie.

Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa w Biurze OIL (tel.77/45-45-939) do dnia 8 kwietnia br.

*Przewodniczący Komisji  
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC*

## CO PISZĄ INNI

# OCHRONA ZDROWIA – CO POPRAWIĆ?

Pacjenci nie leczeni, lekarze niezadowoleni, zarządy placówek zdesperowane, Narodowy Fundusz Zdrowia bierny, Ministerstwo Zdrowia... No właśnie, co myśli i robi Ministerstwo Zdrowia? Zajmuje się dopłatami do leków, ściganiem ewusiwych przestępców, wyceną procedur w pediatrii, incydentalną reorganizacją medialnie ważnych szpitali, elektroniczną dokumentacją medyczną i szeregiem innych ważnych spraw, którymi Ministerstwo Zdrowia nie powinno się zajmować. To powinny robić określone służby i instytucje. Nie chodzi o sprawne działanie jednego czy drugiego szpitala, ale o wypracowanie zasad, systemu funkcjonowania i finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Zróbmy przegląd sytuacji poszczególnych „graczy” w domenie zdrowia: obywateli-pacjentów, świadczeniodawców (placówek medycznych), NFZ i Ministerstwa Zdrowia.

### Pacjenci

Wszyscy płacimy składkę na NFZ. Ile? Każdy może sprawdzić. W krajach o zaawansowanej opiece medycznej wydaje się „na głowę” 3–3,5 tysiąca euro rocznie. NFZ wydaje na każdego z nas ok. 370 euro. To, licząc na okrągło, 10 razy mniej niż np. we Francji.

Nie ma szans na opiekę medyczną na poziomie Niemiec czy Francji, nie ponosząc zbliżonych kosztów. Nie ma tańszych leków, tomografów, rezonansów. Nasza kadra medyczna nie ma magicznych sposobów na uzdrawianie bez wydatków. Wynika z tego zasadnicza prawda – musimy (my obywatele – potencjalni pacjenci) płacić więcej, żeby otrzymać więcej. Nie ma innej drogi!

Osobnym pytaniem jest, jak zorganizować system płatności tak, by był sprawiedliwy i zgodny z po-

trebami i możliwościami obywateli. Właśnie zdefiniowaliśmy zadanie dla Ministerstwa Zdrowia.

Pacjent, bez względu na deklaracje Ministerstwa Zdrowia, ma znikomą możliwość wyboru placówki i lekarza. Pacjent nie decyduje o tym, kto dostanie jego pieniądze. Nie może wybrać miejsca leczenia, które gwarantuje mu większą szansę przeżycia! Proszę spojrzeć na statystyki śmiertelności publikowane przez NFZ. Śmiertelność w określonych grupach JGP jest nawet 2 razy wyższa w niektórych województwach, w porównaniu z pozostałymi, np.:

- <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/GrupaSzczegoly.aspx?id=1qQUz2koajUkmtqLkEBBA2ITs7lt8KEa>,
- <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/GrupaSzczegoly.aspx?id=pkTcMxEuJGPtyg9HmYK8QQpKk-KL%2bo6AK>,
- <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/GrupaSzczegoly.aspx?id=OGWTLPhFrSz0Bn0vn5oLUbPByKt-CyHfY>.

Dlatego też powinno nastąpić upodmiotowienie pacjenta i racjonalizacja finansowania świadczeń medycznych tak, by najlepsi świadczeniodawcy otrzymywali więcej, a pacjent nie był wystawiany na zbędne ryzyko.

Na razie wygląda to tak, jakby każdemu z nas, za te same pieniądze, sprzedawano raz fiata, a raz mercedesa, w zależności od adresu zamieszkania. Choć myślałem, że erę dóbr z przydziału mamy już za sobą.

### Placówki medyczne

Szpitala i specjalistyczna ambulatoryjna mają kontrakty z NFZ mniejsze od swoich możliwości. Kończy się to co

roku nadwykonaniami i pustymi łózkami lub zamkniętymi gabinetami pod koniec roku.

Wracając do porównań z samochodami, szpitale są w sytuacji taksówkarza, który dostaje miesięcznie paliwo na 1000 km, co wystarcza na 20 dni pracy, ale ma obowiązek wozić pasażerów przez cały miesiąc. Przecież to nie ma sensu – każdy to powie! No i co z tego?

Co ma robić ten szpital-taksówkarz? Może jeździć w oszczędny sposób, nie przekraczać prędkości, wyłączyć ogrzewanie, jeździć najkrótszymi trasami itp. Dzięki temu zaoszczędzi paliwo na dodatkowy dzień. Nic to nie zmienia w jego sytuacji – poza tym, że długi rosną odrobinę wolniej. Taksówkarz oszczędza na przeglądach i remontach, nie odkłada pieniędzy na kolejny samochód. Po pewnym czasie oferuje usługi rozlatującym się wrakiem.

Oczywiście trzeba też spojrzeć, czym ten szpital jeździ (świadczy usługi). Czy potrzebuje super limuzyny z dwunastoma cylindrami i miejscami dla 10 osób? Może jeździ prawie pusty i marnuje paliwo? Widzimy to bardzo często. Oddziały pediatryczne, chirurgiczne itp. obłożone w 50%. Najnowszej generacji tomografy wykorzystywane do prostych badań, najwyższej klasy specjaliści leczący proste przypadki itp.

Zmienia się medycyna! Czas pobytu w szpitalu w ciągu ostatnich lat skrócił się o połowę. To oznacza, że na tej samej bazie łózkowej możemy leczyć 2 razy tyle pacjentów. Rodzi się mniej dzieci, a na dodatek szereg chorób dziecięcych leczy się ambulatoryjnie. Szereg schorzeń leczonych wyłącznie w szpitalu zniknęło lub przeszło do lecznictwa otwartego. Pamiętają Państwo np. chorobę wrzodową żołądka – uznanym postępowaniem było częściowe wycięcie żołądka – teraz wystarczy ambulatoryjne przeleczenie odpowiednim antybiotykiem. Kamica nerkowa, leczenie zawałów itp. Codziennie mamy nowe możliwości.

Trend pozostaje niezmienny – medycyna wychodzi ze szpitali do ambulatoriów lub małych wyspecjalizowanych ośrodków typu „chirurgia jednego dnia”. Konieczne jest dopasowanie szpitali i lecznictwa otwartego do tego trendu. Uparto trzymanie pustych oddziałów z pełnym personelem i oprzyrządowaniem ciągnie szpitale pod wodę. Nie ma możliwości ani sensu, tak dla szpitali, jak dla pacjentów, utrzymywania struktur i stanowisk pracy, na które nikt nie czeka. Podczas, gdy z drugiej strony istnieje duża i stale rosnąca potrzeba ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rośnie potrzeba długoterminowej opieki medycznej, pielęgnacyjnej i terminalnej.

Część szpitali musi zniknąć, część musi zmienić swoje specjalizacje. W to miejsce mają powstać nowe jednostki nakierowane ściśle na potrzeby pacjentów. Oczywiście tu zaraz podniosą się głosy, że NFZ, że wymogi kontraktu, że szpital potrzebny, że następny jest 30 km dalej, że nie można wyrzucać pracowników na bruk.

Wszystko prawda, tyle że rolą szpitala jest leczenie pacjentów, którzy do niego trafiają. Nie jest rolą szpitala zabezpieczenie opieki zdrowotnej dla danego regionu, nie jest nią też zapewnienie pracy pracownikom.

Polskie szpitale wydają rocznie ok. 3–4 mld zł na utrzymanie personelu i struktur, które nie pracują. To jest czyste marnotrawstwo, które wymuszają po części NFZ, pracownicy, podmioty tworzące, a w końcu Ministerstwo Zdrowia niemo akceptując tę sytuację.

## NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi niespójną i ślepą politykę wydawania pieniędzy z naszej składki. Lecznictwo zamknięte – w przeważającej większości publiczne – to kompletny chaos. Jak inaczej nazwać sytuację, w której szpitale co roku skarżą NFZ i na drodze sądowej dochodzą zapłaty za świadczone usługi. To się dzieje od lat!

Jak tolerować tak wadliwy system? Jak można akceptować przepisy, które zabraniają szpitalom publicznym odpłatnie świadczyć usługi, nawet jeśli kontrakt skończył się i NFZ głośno deklaruje, że nie zapłaci za nadwykonania? To oznacza, że nie możemy leczyć się w wybudowanych i wyposażonych za nasze pieniądze szpitalach, nawet jeśli chcemy za to leczenie dodatkowo zapłacić.

Według NFZ marnotrawstwo jest lepsze, a odpowiednie zapisy w umowach z NFZ stoją na jego straży. To się kiedyś nazywało „pies ogrodnika”. Oczywiście swoją rolę odgrywa tu również Ministerstwo Zdrowia i obowiązujące przepisy prawne.

W swoich działaniach NFZ jedynie sporadycznie kieruje się podstawowym interesem obywateli – powszechnym dostępem do efektywnej opieki medycznej. W zasadach finansowania brak jakichkolwiek odniesień do jakości świadczeń. Wspomniane już wyżej drastyczne różnice w śmiertelności nie powodują żadnych różnic w wysokościach zapłaty, czy wielkości zawieranego przez NFZ kontraktu. Wszyscy otrzymują te same pieniądze. Po cóż więc wysilać się, inwestować w lepsze wyposażenie, personel, itp.?

Brak jest też szerszego spojrzenia ekonomicznego. NFZ zapewnia np. endoprotezy stawów, ale otrzymanie niezbędnej przecież rehabilitacji jest odraczane o wiele miesięcy, co powoduje „wylanie dziecka z kąpielą” – pacjent pozostaje niesprawny. Podobnie wygląda sytuacja z ograniczeniem terapii planowych, które są odraczane do momentu, gdy osiągną stadium zagrożenia życia. Ale wtedy leczenie jest znacznie droższe, bardziej ryzykowne, a rezultaty gorsze. NFZ nie ocenia, jaki jest całkowity koszt takich decyzji. Ilu pacjentów zamiast pełnego powrotu do zdrowia i do pracy (czytaj do płacenia podatków) pozostaje na długotrwałych zwolnieniach lekarskich lub w ogóle nie wraca do pracy, przechodząc na rentę?

Na koniec przychodzi, szeroko kontestowana, wadliwa wycena świadczeń medycznych. Część jest przepłaconą, część wycenioną głęboko poniżej kosztów. NFZ wie o tym od lat i nie ma żadnych realnych działań w kierunku poprawy.

NFZ powinien dbać o zakup świadczeń medycznych w jakości, cenach i lokalizacjach, odpowiadających potrzebom pacjentów. Zakres i sposób świadczeń ma gwarantować szybki powrót pacjentów do zdrowia i do pracy.

## **Ministerstwo Zdrowia**

Ministerstwo Zdrowia powinno zajmować się zdrowiem wszystkich mieszkańców, kształtować politykę zdrowotną, planować organizację ochrony zdrowia i jej finansowanie, by jak najefektywniej chronić zdrowie obywateli.

MZ trzeba traktować tu jako wyspecjalizowane ramie rządzących. Zaniechania rządu w reformie ochrony zdrowia są permanentne. Wszystkie duże problemy leżą odłogiem, a Ministerstwo targuje się z dostawcami leków z wątpliwym sukcesem oszczędności 2 mld zł, które, jak się okazało, ubyłły z kieszeni obywateli.

Ministerstwo Zdrowia powinno pracować nad określeniem zasad i zakresu opieki zdrowotnej realnie gwarantowanej przez Państwo tak, żeby obywatele jak najszybciej wracali do zdrowia i pracy. Inicjować programy zdrowotne, podnoszące kondycję zdrowotną obywateli. Dbać i mierzyć efektywność usług zdrowotnych finansowanych z obowiązkowych składek. Kolejnym zadaniem jest otwarcie rynku ubezpieczeń, które zwiększy dopływ pieniądza i upodmiotowi pacjenta, dając mu decyzję o wydatkowaniu jego pieniędzy. Tam, gdzie dopuszczono płacenie/współpłacenie pacjentów (np. ambulatoryjna stomatologia, ginekologia), rynek wyregulował problemy.

Ministerstwo Zdrowia powinno wyznaczyć standardy zabezpieczenia zdrowotnego na terenie całego kraju. Ile

lat mówi się o sieci szpitali, o wielostopniowej organizacji, która dopasuje strukturę i wyposażenie placówek do potrzeb mieszkańców danego regionu? Proste określenie odległości lub czasu, w jakim ma być dostępna określona usługa zdrowotna, pozwoli szybko określić, co ma być dostępne w szpitalu miejskim, co w wojewódzkim, co w instytucie itd. Zamiast tego mamy dyskusje o tym, że prywatne placówki „zabierają” publicznym proste, wysokopłatne przypadki. Nikt nie zwraca uwagi na nas – pacjentów i obywateli.

## **Podsumowanie na koniec roku**

Rok 2012 już minął. Dla polskiej ochrony zdrowia był to kolejny stracony rok. Niczego istotnego nie zrobiono, niczego nie poprawiono ani nie zaplanowano zmian na przyszłość. Ochrona zdrowia dryfuje już od kilku lat. Wśród rządzących nie ma najmniejszej woli zmiany. Medialnie głośne katastrofy jednego czy drugiego szpitala lub protesty lekarzy zmuszają NFZ i Ministerstwo Zdrowia do deklaracji szerszych działań, za którymi, niestety, nie idą czyny.

Podmioty zarządzające szpitalami też w dużej mierze dryfują i nie mogą zdobyć się na odważne decyzje oraz reorganizację podległych im jednostek, które z roku na rok coraz głębiej toną. Poszczególne jednostki medyczne i ich personel też nie mają woli zmian. Wszyscy obawiają się nowego: nowych zakresów odpowiedzialności i obowiązków. Każdy już sobie wydeptał własną ścieżkę przez życie.

Szkoda tylko tych pacjentów! Telewizja znowu pokazuje stojące od 4 rano kolejki do poradni, zrozpaczonych pacjentów, którym przerwano terapię, bo kontrakt się wyczerpał itd. Ci pacjenci to MY. Nie wszyscy mamy znajomości, które pozwolą nam przeskoczyć nad tym tłumem.

*Marek WESOŁOWSKI*

(przedruk z „Medicusa” nr 1–2/13)

# **MIĘDZY SUMIENIEM A „ROZSĄDNĄ CENĄ”**

Wyzwania dla polityki społecznej i zdrowotnej wobec starzenia się populacji

Jaka jest „rozsądna cena” za uratowanie życia starego człowieka? Jak określić „plan wydatków” oddziału geriatrycznego szpitala na podstawie... sumienia? Czy trzykrotna wysokość rocznego PKB (w przeliczeniu na głowę mieszkańca) to cena rozsądna, gdy chodzi o głowę siwą?

Takie właśnie dramatyczne pytania stawiano niedawno na konferencji naukowej „Wyzwania dla polityki społecznej i zdrowotnej wobec starzenia się populacji”, zorganizowanej z inicjatywy prof. Stanisławy Golinowskiej z Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UJ oraz prof. Beaty Tobiasz-Adamczyk z Kate-

dry Socjologii Medycyny i Medycyny Zapobiegawczej Wydziału Lekarskiego CM UJ.

## **Powstaje Departament Polityki Senioralnej w MPiPS**

Obrazy, w których uczestniczył Minister Pracy i Polityki Społecznej Władysław Kosiniak-Kamysz otworzył prorektor UJ ds. CM prof. Piotr Laidler, odczytano też obszerny list Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza, który śmiało odebrać można jako głos w konferencyjnej dyskusji.

– Po międzynarodowym spotkaniu ministrów krajów UE na Cyprze poświęconym doświadczeniom za-



*dekretowanego przez władze Unii Europejskiej „Roku Aktywności Osób Starszych” – powiedział minister Kosiński-Kamysz – powołano w MPiPS Departament Polityki Senioralnej, powstaje też Rada Ekspertów, która do grudnia 2013 r. ma opracować polską strategię postępowania w tej dziedzinie.*

Osiągnięcia minionego dwudziestolecia są niepodważalne. Mężczyźni żyją w Polsce o 6 lat dłużej, kobiety o lat 5. To jest główna przyczyna, dla której rząd zmuszony był przeforsować podniesienie o dwa lata wieku emerytalnego oraz powód, dla którego władze państwowe przykładają tak dużą wagę do organizacji pozarządowych budujących aktywność społeczną ludzi starszych. W roku 2012 skierowano na ten cel 20 mln zł, w roku 2013 suma ta ma być dwukrotnie wyższa. Mowa tu o Uniwersytetach III Wieku (jeden z nich otwarto niedawno w Gdowie przy współpracy CM UJ i Politechniki Krakowskiej), rozwija się wolontariat osób starszych, który ma znaczącą rolę środowiskową, ale też pomaga utrzymać społeczną aktywność emerytów – zauważył minister.

### **Jak opóźnić nieuniknione?**

Prawdziwie brawurowy wykład inauguracyjny podczas konferencji wygłosił prof. Jerzy Vetulani, który, jak żartobliwie podkreślił, sam jest doskonałym przykładem aktywnego funkcjonowania „starców”.

*– Cywilizacja od zawsze usiłuje wyeliminować śmierć. Niestety jednak, jak dowodzą nieudane usiłowania w tej mierze, jest to, przynajmniej jeszcze dziś, niemożliwe. Możliwe jest natomiast „szczęśliwe życie” i odsunięcie starości, na co dowodem może być istnienie gatunków zwierząt, u których starość w ogóle nie występuje! –* powiedział profesor.

Oczywiście długowieczności przysługują się inżynieria genowa i neurobiologia, ale nic nie zastąpi starszemu człowiekowi aktywności – od roweru (choćby stacjonarnego) poczynając, a kończąc na komputerze, którego opanowanie jest dla osoby starszej procesem twórczym. Wydaje się też (tzw. „hipoteza babci”), że istotną rolę w „uczłowieczeniu człowieka” odegrały kobiety po okresie rozrodczym. Skoro wydłużył się okres dzieciństwa, niezbędny był ktoś, kto zająłby się kilkuletnim dzieckiem, gdy jego matka będzie zajęta kolejnym potomkiem. Taka była rola starej kobiety, która wydłużając swoje życie wspomagała szansę przetrwania grupy. Efekty widzimy dziś, bo wśród słuchaczy Uniwersytetów III Wieku kobiety to ogromna większość!

### **Kosztowna starość**

Sesję na temat nauk medycznych o procesie starzenia się poprowadził prof. Tomasz Brzostek, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UJ. Koncepcję zdrowego starzenia się przedstawiła prof. Matilde Leonardi z Włoch. Wedle danych europejskich, w roku 2000 w krajach obec-

nej UE było 18,2 mln osób, które przekroczyły 80 lat, co stanowiło 4% społeczeństwa. W roku 2014 będzie to już 24,1 mln, czyli 5,12% populacji, a to zmusza nas do poważnej reorientacji polityki społecznej ze względu na wzrost znaczenia pewnych schorzeń, takich jak demencja, depresja etc.

W Karcie Praw Podstawowych UE znajduje się art 21 ust. 1 zakazujący wszelkiej dyskryminacji, w szczególności ze względu na niepełnosprawność lub wiek, a art. 25 uznaje prawo osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia oraz uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym. Zamierzenia te wspiera szereg programów szczegółowych, w tym koordynowany przez prof. Leonardi program COURAGE – Collaborative Research on Aging in Europe, w którym uczestniczy także Polska.

O stanie zdrowia starzejącej się populacji w Polsce, podczas konferencji mówił prof. Tomasz Grodzicki, dziekan Wydziału Lekarskiego CM UJ, konsultant krajowy ds. geriatryi. Okazuje się, że stanowiąca 13% ogółu populacji grupa osób starszych stanowi aż 25% osób hospitalizowanych i pochłania 30% wydatków szpitali. To sporo, ale warto wiedzieć, że w USA koszty leczenia szpitalnego osób starszych to 40–50% całkowitych wydatków szpitali!

Wydatki NFZ na osobę po 65. roku życia rosną trzykrotnie i bynajmniej nie wynika to z faktu, że emeryci „mają czas” na chorowanie. Ponad 2 mld zł rocznie, co równa się 4% wydatków NFZ, przeznaczamy na osoby starsze. Są to głównie koszty hospitalizacji i nie ulega wątpliwości, że najdroższe są ostatnie lata chorego. Leki to niewielki procent tej sumy, choć podeszły wiek powoduje oczywiście gwałtowny wzrost współwystępowania rozlicznych schorzeń. Jak przyznali dyskutanci, po przekroczeniu pewnego poziomu nawet najbardziej doświadczony lekarz nie jest w stanie uniknąć błędów wynikających z kumulowania interakcji przepisanych pacjentowi leków...

W szpitalu UJ, na oddziale kardiologicznym, osoby po 65. roku życia to ponad połowa pacjentów. Tu warto wspomnieć prowadzone przez kilka lat badania „Pol-Senior”, które wykazały, że po 75 roku życia, gdy „stan choroby” u osób starszych osiąga apogeum, to następnie stopniowo spada. Okazuje się, że do 90-ki dobijają najzdrowsi...

### **Kwestia solidarności**

W ramach sesji poświęconej jakości życia starzejącej się populacji (w tym problemy dyskryminacji, racjonowania świadczeń oraz eutanazji) przedstawił prof. Cezary Włodarczyk, dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ – Lekarz musi kierować się „roztropnością”, wedle filozoficznych wskazań od Platona i św. Tomasza z Akwinu po (toutes proportions gardées) Marcina Króla z „Tygodnika Powszechnego”. Niemniej jednak waż-

ne są wskazania Rady Europy, która deklarowała w 2006 roku, że leczenie powinno cechować „powszechność, dostępność i solidarność...”, a wbrew sugestiom Giddensa, który sformułował w 1994 r. egoistyczną „odmowę angażowania się”. Nieprzypadkowo chyba w Wielkiej Brytanii istniała praktyka oznaczania na kartach pacjentów literkami DNR „niecelowości podejmowania resuscytacji”.

U nas trudności o podobnym charakterze pogłębia kryzys finansów publicznych, ale także rozterki lekarza, dla którego ostateczną instancją, czyli – jak to określił profesor – „ogólną normą wykluczającą” jest sumienie, które winno działać także w drugą stronę. Wspomniano oto bowiem w dyskusji, że w niektórych szpitalach pojawiła się tendencja do podejmowania kosztownych (aczkolwiek wątpliwych w długofalowych skutkach) procedur, przynoszących placówkom punkty dla NFZ...

Obok kwestii „być albo nie być”, życie starego człowieka to także pytanie o jakość jego egzystencji. Tu warto zwrócić szczególną uwagę na głos prof. Beaty Tobiasz-Adamczyk, współautorki badań IACS dotyczących dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych. Pani Profesor akcentowała rolę relacji społecznych, takich jak udział we wspólnocie religijnej, integrację rodziny itp. Wedle przytoczonych przez referentkę badań terenowych pracowni PBS ustalono rzecz oczywistą: ocena jakości życia obniża się wraz z wiekiem, ale te negatywne odczucia słabną po 85. roku życia. Istnieje w tej dziedzinie wyrazista korelacja między wykształceniem a poczuciem zadowolenia z życia (w tym również ze stanem zdrowia). Istotną rolę odgrywają tu relacje społeczne – lepsze na wsi, niż w mieście, o czym decyduje tradycyjny model rodziny, ale również bliskość obiektów użyteczności publicznej, w tym domu kultury oraz kościoła.

Ale oto, dla odmiany, wbrew powszechnym przekonaniom, mężczyźni powyżej 80 roku życia dobrze oceniają jakość swego życia – zauważył prof. Jan Hartman. Pojawia się też wyraźna tendencja do zawierzania ponownych małżeństw w wieku podeszłym, co sprzyja długowieczności. Inna sprawa, że w Polsce mamy, w porównaniu z sytuacją Hiszpanii, Finlandii czy innych rozwiniętych krajów UE, fatalne wyniki w integracji

społecznej ludzi starych. Jasne staje się też, że żadna polityka społeczna nie sklei ponownie „rodzin wielopokoleniowych”, które zdają się już przeżytkiem i muszą zostać zastąpione inną formą integracji społecznej.

W dodatku, co otwarcie powiedział prof. Hartman, z leczeniem w Polsce jest fatalnie! System nakierowany jest na przypadki ostre oraz... jednostki o dużej sile przebicia. Takim tendencjom sprzyjać będzie przejmowana do nas z krajów wyżej rozwiniętych presja prawna, która preferuje te same grupy i spycha myślenie o ochronie zdrowia jako o służbie społecznej do głębokiej defensywy.

Jak się więc starzeć, zachowując zdrowie i sprawność, aby nie było potrzeby nadmiernego korzystania z licznych i drogich usług medycznych? Czy możliwa jest korzystna zmiana w traktowaniu osób starszych i ich specyficznych potrzeb we współczesnej gospodarce zdominowanej kultem młodości, sprawności i urody?

Na konferencji mówiono wiele o „sztuce starzenia się”, o holistycznym podejściu do człowieka, o poświęceniu uwagi raczej wychowaniu fizycznemu, aniżeli fizykoterapii. Oczekujemy też wyrazistego postępu w dziedzinie „ortogeriatрії”, która coraz wyraźniej różni się od ortopedii. To ważne, gdy mówimy o leczeniu jednostki, gdy jednak spojrzymy na zagadnienie całościowo widać wyraźnie charakterystyczne dla naszego kraju mankamenty, które muszą brać pod uwagę rządzący.

Generalnie liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych jest haniebnie niska, trzeba też zauważyć, że gdy najbiedniejsze województwa – łódzkie, podlaskie czy świętokrzyskie – mają średnio najstarszą populację, bo młodzi wyjechali za chlebem, to najwięcej miejsc w szpitalach geriatrycznych mają Śląsk i Małopolska – prężne ośrodki nauki i przemysłu...

Wszystko co napisałem powyżej to tylko kilka notatek z tej wyjątkowo intensywnej konferencji, której dyskusja połączyła obszar medycyny, socjologii, zdrowia publicznego, polityki społecznej i ekonomii, a w dyskusji głos zabrała też Marzena Breza dyrektor nowo powołanego Departamentu Polityki Senioralnej MPiPS, która zapowiedziała znaczne zaangażowanie ministerstwa w tę nową dla MPiPS dziedzinę.

*Filip RATKOWSKI*

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 2/13)

## SI VIS PACEM, PARA BELLUM

A jednak stara zasada wciąż żywa – albo się ciebie ludzie będą bali, albo będą się z ciebie śmiali... Nie sposób bać się lekarza, ale czy to już powód, by nas lekceważyć?

Obserwując ostatnie wydarzenia widzę, że nie mamy na co liczyć... Mam na myśli wynalazki cywilizacji, jak na przykład dialog, negocjacje czy szacunek dla naszego zawodu. Ku powyższemu wnioskom skłaniają mnie

wymienione niżej ostatnie obserwacje z życia codziennego, którymi chciałem się podzielić.

### 1) „Lepiej skrócić o głowę niewinnego, niż zawahać się w czasie wojny” – jak powiedział J. Stalin

Ostatnimi czasy 3000 lekarzy otrzymało obraźliwe pisma oskarżające ich o nadużycia w sprawie pisania

recept refundowanych... (koszt samej wysyłki to 3000 x 3,75 co daje 11 250 zł – stać nas?). Po ostrej reakcji prezesa ŚIL (adresata jednego z listów) pan dyrektor NFZ nas przeprosza. Wysłał oskarżenie na wszelki wypadek do wszystkich, bo nie wie, kto jest winny...

*Nic się nie stało panie dyrektorze... Przywykamy... Do obraźliwego traktowania, do kłamliwych pomówień, do szykanowania i zastraszania. Widocznie taki nastał teraz czas i taka moda. Szokuje mnie, że po ostatniej burzy o kary za leczenie (czyli wypisywanie refundowanych leków), jakie chce nam wymierzać NFZ – urzędnicy nie wahają się grozić nam nadal. Czy jest to prowokacja, czy pokaz siły?*

## 2) „Tych klientów nie obsługujemy” czyli Mistrz Bareja wiecznie żywy

Ostatnio odbyłem wizytę w NFZ. Opiszę z niej obrazki. Po lewej wysoki budynek, po prawej barak... Gdzie drogi lekarzu masz kierować swoje kroki? Do baraku oczywiście. Wchodzę więc. Wąski korytarz zastawiony szafami, czynne stanowisko w jednym(!) pokoju... Uchylone drzwi, a przed nimi scena, jak z innej epoki – kolejka „doktorków”, a ja w niej. Ciasno tak, że przejść się nie da, stoimy karnie w płaszczach (wieszak jest tu zbędny), duszno. Krzesel „niet”. Za mną pani doktor, senior... Płaszcz rozpięty, kapelusz w ręce, skarży się, że ciężko tak długo stać.

Szybko jednak przywykamy. Nikt nie pyta czemu. Siadam potem w pokoiku owego baraku. Współczuję tonącemu w chaosie własnej firmy paniom przyjmującym nas. Widać, że zesłane są w to miejsce i męczą się, jak i my... Może łatwiej wywiesić nam od razu tabliczkę: „Tych klientów nie obsługujemy”?

*Jest sprawą niebywałą, by w siedzibie NFZ nie przewidzieć miejsca, w którym petent, lekarz może usiąść i poczekać. Co powiedziałby Rzecznik Praw Pacjenta, gdyby tak pacjent właśnie stał w dusznym pomieszczeniu bez krzeseł, czekając na wizytę? Jaką karę (NFZ tak lubi to słowo) wymierzylby winnym?*

## 3) Gdyby nie lekarze i pacjenci, system opieki zdrowotnej w Polsce byłby doskonały! Niestety istnienie tych dwóch grup niszczy to misternie wypracowane dzieło

Wspaniała ustawa refundacyjna święci triumfy – MZ oszczędza naszymi rękami na lekach, które **boimy się** zapisywać jako refundowane ze względu na kary, jakimi jesteśmy straszeni. Codziennie natomiast słyszę o nowszej i „lepszej” liście leków refundowanych. Opracowany przez IMS Health dokument „Wpływ listopadowych list refundacyjnych na odpłatność pacjenta i wydatki NFZ w 2012 roku” pokazuje że: NFZ oszczędzi na pacjentach (naszymi rękami, podkreślam) niemało, bo zmniejszając budżet na refundację aż o 23,6% (względem roku 2011) czyli o prawie 2,0 mld PLN. Dalej czytamy dla

przykładu takie dane: **testy paskowe do glukometrów**: NFZ oszczędzi 363 mln PLN, pacjenci zapłacą więcej 53 mln PLN; stosowanie **leków przeciwzakrzepowych**: oszczędność NFZ: 186 mln PLN, pacjenci zapłacą więcej 2 mln PLN... itd.

*Wprowadzenie kar dla lekarzy (obecnie 200 zł za błędną receptę, co przy wypisywaniu ich setkami może spowodować bankructwo nas i naszych rodzin), a z drugiej strony niezrozumiały i skomplikowany system refundacji spowodował, że obawiamy się zapisywać leki refundowane. Dzięki temu budżet państwa oszczędza znaczne środki. Błędne przepisy zmienia się sukcesywnie, by uniknąć większego skandalu, ale czas mija i każda złotówka niewydana przez MZ to złotówka wydana przez pacjenta, a tym samym oszczędności. MZ ogłosi wkrótce zwycięstwo i wyjaśni, jak osiągnięto ten sukces: to niedouczeni lekarze rujnują budżet państwa, zapisując nieprawidłowo leki, a pacjenci z lubością gromadzą je w szafach, szafkach i szaflikach...*

## 4) „Czy prasa poczytna jest zawsze poczytalna?” – Edward Jokeł

Czwarta obserwacja dotyczy zainteresowania mediów „Listem Młodych Lekarzy” wystosowanym ostatnio przez naszych Kolegów. List opisuje chaos panujący w polskiej służbie zdrowia i prostuje szereg kłamstw rozpowszechnianych względem naszego środowiska. Z kilkunastu (!) gazet, do których dotarł, zainteresowały się nim dwie. W tym tylko jedna szukała kontaktu z autorami... Dlaczego? Bo modnie jest opisywać nasze środowisko jako milionerów żyjących z łapówek, a do tego pijaków („bo każdy pijak to złodziej”). Jakież to łatwe i chwytliwe (numer sprzeda się w całym nakładzie!). Dociekanie prawdy się nie liczy.

*Obawiam się, że artykuły piszemy sami dla siebie. Prawda o służbie zdrowia nie przebija się do ogólnopolskich mediów. Dlatego bez znalezienia niezależnych, szukających prawdy dziennikarzy, nie możemy naiwnie liczyć na pomoc i pokazanie realiów, gdy pojawią się kolejne ataki na nasze środowisko.*

## 5) „Oszczędzajcie wodę! Bo zabraknie na ślinę, by opluwać innych...” – Tomasz Rybak

Byłem wreszcie w Teatrze. I to był błąd... Sztuka nazywa się „Położnice szpitala św. Zofii” i - oprócz piosek składających się z wulgaryzmów – dostarcza takiego oto obrazu świata: niedouczeni ginekolodzy zatajają swoje liczne powikłania, ksiądz jest erotomanem, a dyrektor szpitala jest niedorozwinięty. Jak może czuć się potencjalny pacjent, który po przedstawieniu opuszcza teatr? Sądzę, że jest przerażony. Inny przykład to reklama świetlna w centrum Katowic... Oglądałem całą, bardzo ciekawą. Jest to bajka animowana – ludzik chirurg (bo w masce i z nożem) podchodzi do pacjenta, operuje, a potem robi zdziwioną minę i ucieka... Pacjent zmienia ko-



lory (na sine). Po tym wielkie litery: BŁĘDY MEDYCZNE! Zgłoś się do nas – reklamuje pewna firma...

*Szerzenie oskarżeń i kpienie z naszego zawodu stało się nagminne, zaufanie do nas i etos naszej pracy są sukcesywnie niszczone. Opluwanie i niszczenie autorytetów jest sposobem, by zawsze znaleźć niewybredną publikę... Wszystko to prowadzi do sytuacji, że nikt nikomu nie ufa... Po czasie upadają wszystkie autorytety, a potem można sobie swobodnie rzucać żarówkami z farbą w Jasnogórską Madonnę (bo czemuż nie? Mamy przecież „wolność”). Gratulacje reżyserom.*

### Co więc robić mamy robić?

Czas się obudzić, bo żarty skończyły się już dawno: jesteśmy zagrożeni destabilizacją finansową nas i naszych rodzin w przypadku kar za leczenie (nazywajmy rzeczy po imieniu), które przewiduje dla nas NFZ,

nasz głos jest lekceważony, mimo publicznych debat, m. in. organizowanych cyklicznie przez Śląską Izbę Lekarską, wskazujących wyraźnie na rzeczywiste przyczyny problemów naszych i naszych chorych,

medialnie tuszuje się katastrofę w organizowaniu opieki zdrowotnej przez zrzućanie winy na lekarzy, których przedstawia się jako zbyt dużo zarabiających, skorpumpowanych, a często niekompetentnych,

służba zdrowia jest traktowana jako resort, którego można używać do gier politycznych i podniesienia słupków wyborczego poparcia przez opowiadanie narodowi bajek – populizmów. Nie widzę woli jej realnej i odważnej reformy w żadnym dotychczas rządzącym ugrupowaniu,

jak możemy się bronić? Strajki „przerobiłem” już dwa lub trzy, są bez sensu – nie umiemy odmówić leczenia, bo jest to nieetyczne. Wiedzą o tym nasi adwersarze i dlatego kpią z naszych „szmat”, jak określają transparenty strajkowe,

marsze w Warszawie – „przerobiłem” też dwa. Nie żałuję, bo wiem, że też nie mają sensu. Nigdy wcześniej nie uwierzylibym, że można zamknąć się w budynkach rządowych i nie wyjść do delegacji lekarzy i pielęgniarzek z całej Polski. Nigdy wcześniej nie uwierzylibym, że zobaczę pędzące plutony policji z butlami z gazem łzawiącym, które dają nam, LEKARZOM, pokaz siły! Teraz wierzę i wiem...

Wiem też, że co chwila zaskakiwani szaleńczymi pomysłami, które mają na celu zmniejszenie wydatków i zmniejszenie dziury budżetowej, a nie dbałość o dobro pacjenta – nie umiemy się wystarczająco skutecznie bronić. Skoro więc nie ma na co liczyć – liczymy na siebie. Nasi liderzy powinni opracować możliwości zgodnego z prawem i jasnego dla nas wszystkich, a przez to skutecznego protestu. Byłby to „plan awaryjny” – używany na zasadzie „w razie potrzeby zbić szybko”. W przypadku zagrożenia uniknęlibyśmy nerwowej niepewności i zaskoczenia, nie musielibyśmy gorączkowo wymyślać sposobu wyrażenia sprzeciwu. Zamiast tego wystarczyłoby użyć po prostu wcześniej wypracowanych schematów. Myślę, że już sama świadomość istnienia takich rozwiązań pomoże uniknąć konfrontacji i wzmocni nasze stanowisko negocjacyjne.

*Si vis pacem, para bellum...*

Tomasz MELHUNDO

(przedruk z „Pro Medico” nr 2/13)

## STRZEŻ SIĘ ANTYBIOTYKÓW

Szanowny Czytelniku!

„Siedzimy na zdrowotnej bombie” – powiedział Daniel Lenoir, zapytany 5 lipca 2011 roku o antybiotyki. Dyrektor francuskiego urzędu ds. zdrowia w regionie Nord-Pas-de Calais i koordynator kampanii *Antybiotyki – nie z automatu!* (*Les antibiotiques, c'est pas automatique*) uważa bowiem, że skuteczność antybiotyków jest coraz mniejsza, ponieważ sięgamy po nie za często. W ten sposób ryzykujemy, że zdarzy się katastrofa.

Ale czy zwykły obywatel, który chciałby sobie pomóc, ale nie umie zrezygnować z leczenia antybiotykami zapalenia ucha u swojego dziecka, ma posłuchać władz i poddać się tej powszechnej panice przed antybiotykoterapią?

Nasuwa się odpowiedź: „Oczywiście, że nie”. Pewne środki ostrożności są jednak konieczne, żeby uniknąć zakażenia superbakterią. Są konieczne ze względu na to, że bezsprzecznie jesteśmy coraz bardziej naraże-

ni na kontakt z superbakterią odporną na wszystkie antybiotyki, a zarazić możemy się w każdych okolicznościach: przebywając w szpitalu, prowadząc dziecko do żłobka czy nawet – od niedawna – jedząc sałatkę.

Zanim jednak przejdę do możliwych rozwiązań, proponuję krótki wstęp na temat antybiotyków i związanych z nimi problemów.

### Powtórka z antybiotyków

Przed antybiotykami ostrzegano Cię już wiele lat temu na lekcjach biologii:

„Gdy nasz organizm zaatakują szkodliwe bakterie, można je szybko i skutecznie zwalczyć, stosując antybiotyki. Antybiotyki to cząsteczki, które zabijają bakterie. Na ogół są one wytwarzane przez grzyby i inne naturalne mikroorganizmy.

*Problem polega na tym, że antybiotyki nigdy nie są w stanie zlikwidować wszystkich złych bakterii, zwłaszcza*

cza tych najsilniejszych. Zawsze część bakterii przeżyje, ponieważ nieco odróżniają się od pozostałych, na przykład kodem genetycznym, przez co są odporne na antybiotyki.

Właśnie dlatego do antybiotyków należy podchodzić z rezerwą: likwidując większość bakterii chorobotwórczych, zatrzymują one infekcję. Chory wraca do zdrowia. W ten sposób najniebezpieczniejsze bakterie antybiotykooporne otrzymują ogromną wolną przestrzeń do skolonizowania. Jeśli im się to uda, choroba znów się rozpanoszy, jednak tym razem zaatakują nas bakterie odporne na antybiotyki. Jeśli nie znajdziemy lepszej metody leczenia, równie dobrze możemy już szkodzić sobie trumną”.

Cała klasa była absolutnie przerażona. Wszyscy przyglądaliśmy się sobie uważnie, czy aby naszych organizmów nie kolonizuje właśnie jakiś antybiotykooporny szczep bakterii.

Później nie było roku, żeby prasa nie obwieszczała rychłego końca ery antybiotyków lub nie straszyła wybuchem epidemii podobnej do „czarnej śmierci”, która w 1348 roku zabiła trzy czwarte mieszkańców Florencji i spowodowała łącznie 25 milionów zgonów w Europie.

W 2007 roku ukazała się książka specjalisty w tej dziedzinie, doktora Antoine Andremona, zatytułowana *Le triomphe des bactéries: la fin des antibiotiques?* (*Triumf bakterii: koniec antybiotyków?*), w której autor przedstawia nieco apokaliptyczną wizję nieuchronnego triumfu bakterii nad gatunkiem ludzkim.

O ile takie czarne wizje niewątpliwie dobrze się sprzedają, nie zmienia to faktu, że w dalszym ciągu miliony Francuzów rokrocznie leczą się antybiotykami w przypadku każdej infekcji uszu, nosa, gardła czy dróg moczowych. Jednak antybiotyki nadal z pozoru dobrze spełniają swoje zadania.

Oczywiście trzeba niekiedy zwiększyć dawkę, przedłużyć terapię lub zastosować inne niż tylko penicylinowe antybiotyki. Trzeba również przyjmować probiotyki, by odbudować spustoszoną florę bakteryjną jelit (podejmę ten istotny temat innym razem).

Błędem byłoby jednak niedocenienie zagrożenia związanego ze spadkiem skuteczności antybiotyków.

## Skrytobójca MRSA

Problem tkwi w tym, że od dwudziestu pięciu lat nie wprowadzono do obrotu żadnej nowej klasy antybiotyków zwalczających wcześniej nieznane szczepy bakterii. Dzisiaj nasz arsenał antybiotyków – około pięćdziesięciu penicylin, dziesiątka tetracyklin, tyle samo makrolidów, cefalosporyny, chinolony i wiele innych – już nie wystarcza. Niektóre szczepy patogenów uodporniły się na wszystko.

Jednym z najbardziej niebezpiecznych jest metycylinooporny *Staphylococcus aureus*, w skrócie MRSA

(Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*), czyli gronkowiec złocisty odporny na metycylinę (jeden z najsilniejszych antybiotyków). Szczególnie często występuje w szpitalach, więc można się nim zarazić przy okazji operacji lub innego pobytu w szpitalu.

W Stanach Zjednoczonych już połowa wszystkich gronkowców złocistych jest odporna na penicylinę, metycylinę, tetracyklinę i erytromycynę. Dwie trzecie pozaszpitalnych zakażeń gronkowcem w 2005 roku spowodowały szczepy metycylinooporne.

Według badań opublikowanych w październiku 2007 r. przez *Journal of the American Medical Association*, w 2005 r. odnotowano w USA prawie 100.000 przypadków inwazyjnego zakażenia MRSA, które doprowadziły do 18.600 zgonów! Jeśli chcemy pokusić się o przerażające porównanie – w tym samym roku na AIDS zmarło 17.000 osób?

Jeśli chodzi o Francję, więcej niż jedna trzecia zakażeń gronkowcem złocistym nie poddaje się antybiotykoterapii i skutkuje amputacją (tak jak choćby w przypadku Guillaumea Depardieu – syna Gerarda Gepardieu) lub zgonem. Wikipedia sugeruje, że trzy czwarte z 4200 zgonów w wyniku zakażeń szpitalnych spowodowały bakterie wielooporne.

Badanie kanadyjskie z 2008 r. wykazało, że wystąpienie MRSA w przypadku posocznicy (zakażenie ogólnoustrojowe wywołane obecnością bakterii we krwi) podwyższa śmiertelność, co zresztą wcale mnie nie dziwi.

## Problem dotyczy Cię bezpośrednio

Antybiotyki nie są jednak wyłącznie zagrożeniem publicznym, są problemem także dla Ciebie, za każdym razem, gdy po nie sięgasz.

Rozległe badania opublikowane w 2008 r. w *British Medical Journal* sugerują, że antybiotyki podwyższają prawdopodobieństwo zachorowania na nowotwór. Ustalono w nich, że ryzyko wystąpienia raka skóry (z wyjątkiem czerniaka), raka dwunastnicy (początkowego odcinka jelita), raka trzustki, raka nerki, raka pęcherza moczowego, raka męskich narządów płciowych (z wyjątkiem prostaty), raka tarczycy, szpiczaka lub białaczki jest 1,5 raza wyższe u uczestników badania, którzy przeszli ponad sześć antybiotykoterapii, niż u osób w najmniejszym stopniu narażonych na kontakt z antybiotykami.

I dotyczy to nie tylko raka. Badacze angielscy ustalili, że leczenie antybiotykami kaszlu, kataru lub infekcji dróg moczowych zwiększa odporność bakterii, które mamy w organizmie, zwłaszcza w ciągu miesiąca po terapii, jednak efekt ten utrzymuje się aż przez rok.

Podwyższamy zatem własne ryzyko zakażenia daną bakterią i stajemy się nosicielem opornych drobnoustrojów, które możemy przekazywać innym. Morał z tego prosty: antybiotyki powinno się stosować tylko wtedy, jeśli jest to absolutnie konieczne.

## Co zatem robić?

Dziś, Szanowny Czytelniku, pewnie Cię rozczaruje, ponieważ nie znam żadnego cudownego rozwiązania tego problemu. Możesz jednak znacząco obniżyć skłonność do infekcji, stosując elementarne zasady higieny. Radzę zatem, abyś ich ściśle przestrzegał i to samo wpoił swoim dzieciom, jeśli je masz.

## Myj ręce i zadbaj, by mył je także Twój lekarz

Mycie rąk jest jedną z najstarszych i najskuteczniejszych metod walki z bakteriami. Gdzie te czasy, gdy dobrze wychowanej osobie nawet nie przyszłoby do głowy, by zasiąść do stołu bez umycia rąk? Według badań przeprowadzonych na uniwersytecie Johnsa Hopkinsa w Baltimore (USA) najlepszym sposobem na uniknięcie zakażeń jest mycie rąk przez lekarzy i pielęgniarki przed dotknięciem pacjenta. I choć ta rada może wyda Ci się banalna, faktem jest powszechne łamanie tej zasady w szpitalach.

Prawidłowe mycie rąk powinno przebiegać w następujących etapach:

- 1) Włóż ręce pod ciepłą wodę;
- 2) Użyj prawdziwego mydła (nie mydła w płynie ani innego myjącego „roztworu antybakteryjnego”),
- 3) Myj ręce mydłem przynajmniej przez 15 sekund;
- 4) Usuń z dłoni wszystkie zabrudzenia, także spod paznokci;
- 5) Obficie opłucz dłonie pod kranem;

W miejscach publicznych używaj papierowego ręcznika do otwierania drzwi, gdyż klamki publicznych toalet to jedno z miejsc o największym prawdopodobieństwie skażenia zarazkami.

## Unikaj dzielenia się rzeczami osobistymi

Skażone mogą być wszystkie rzeczy osobiste takie jak ręczniki, bielizna, pościel, maszyny do golenia, sprzęt

sportowy (np. rakieta tenisowa). Używając wyłącznie swoich rzeczy i nie pożyczając ich innym osobom, wyeliminujesz jedno z ważnych źródeł zakażenia.

## Jedz czosnek

Wyciąg z pestek grejpfruta jest silnym naturalnym środkiem bakteriobójczym. Można go kupić w sklepach ze zdrową żywnością i aptekach. Wystarczy kilka kropli na szklankę wody. Ten naturalny antybiotyk skutecznie pomoże Ci zwalczyć anginę, kaszel i katar, nie powodując żadnych efektów ubocznych.

Wielu lekarzy propagujących medycynę naturalną, jak na przykład dr Joseph Mercola, zaleca spożywanie czosnku. Zawiera on allicynę – składnik czynny, któremu tradycyjnie przypisuje się właściwości przeciwważne. Doktor Mercola radzi spożywać czosnek na surowo, ponieważ allicyna uwalnia się w ciągu godziny od roztarcia ząbka czosnku. Nie warto połykać ząbków czosnku w całości, ponieważ wówczas allicyna wcale się nie uwolni.

Skuteczność czosnku nie jest jednoznacznie dowiedziona: w badaniu przeprowadzonym w Chinach na populacji spożywającej duże ilości czosnku ustalono, że może on ograniczać zakażenia bakterią *Helicobacter pylori*. Wyników tych jednak nie potwierdzono w innym badaniu klinicznym, którego uczestnicy spożywali dziennie dwa ząbki świeżego czosnku.

Zdrowia życzę!

Jean-Marc DUPUIS

(przedruk z internetowego newslettera „Poczty Zdrowia”)

Bezpłatny newsletter elektroniczny Poczty Zdrowia jest polskojęzycznym wydaniem francuskiego newslettera Santé et Nutrition.

# PRAWO A SZCZEPIENIA – KONTROWERSJE

Na stronie Fundacji Lex Nostra można znaleźć wniosek do Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Ireny Lipowicz w sprawie zaskarżenia „ustawy o szczepieniach” (czyli ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi) do Trybunału Konstytucyjnego. W celu – oczywiście – uznania jej za niekonstytucyjną. Na stronie fundacji nie ma jednak odpowiedzi na ten wniosek. Prof. Lipowicz za pośrednictwem biura prasowego poinformowała zaś „Puls”: „*W tej sprawie Rzecznik Praw Obywatelskich nie stwierdził podstaw do podjęcia interwencji*”.

## Ruchy antyszczepionkowe w natarciu?

Coraz głośniejsze ruchy antyszczepionkowe. Nie można lekceważyć tych grup, choć medialna nośność ich haseł nie świadczy o skuteczności, wyszczepialność szczepionkami obowiązkowymi nadal jest w Polsce wysoka. Przynajmniej na razie. Lekarze mają dużą wiedzę medyczną o szczepieniach, warto jednak, by wiedzieli, na jakim gruncie prawnym tu stoją.

## Szczepienia a prawa człowieka i obywatela

Przedstawiciele ruchów antyszczepionkowych argumentują czasem, że państwo nie może zmuszać obywa-



tela do poddania się szczepieniom. W przeciwnym razie narusza jakoby, zarówno Konstytucję RP, jak i Konwencję o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (taki m. in. argument został użyty we wspomnianym wniosku do RPO). Warto wiedzieć, że Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu, wydając wyrok w jednej ze spraw dotyczących odmowy zaszczepienia dziecka szczepionkami obowiązkowymi (sygn. akt IV SA/Po 999/10), oddalił skargę w tym względzie, jako niezasadną.

„Oba akty dopuszczają bowiem możliwość ustawowe-  
go ograniczania praw i wolności w zakresie niezbędnym  
w demokratycznym państwie, m. in. z uwagi na ochronę  
zdrowia (art. 31 ust. 3 konstytucji, art. 8 ust. 2 konwen-  
cji). A takie właśnie względy legły u podstaw ustawowej  
regulacji o obowiązkowych szczepieniach ochronnych,  
której celem jest eliminacja niebezpieczeństwa szerze-  
nia się w społeczeństwie chorób zakaźnych” – czytamy  
w uzasadnieniu. Tego typu interpretacja jest powszechna  
wśród ekspertów prawnych, którzy zajmują stanowisko  
w sprawie rzekomo niedopuszczalnej kolizji prawnej  
obowiązkowych szczepień z prawami człowieka i oby-  
watela.

### Szczepienia a prawo administracyjne

Prawdą jest natomiast, że kilka sądów administracyjnych, w tym cytowany wyżej, wydało postanowienia na korzyść rodziców, którzy, mimo braku przeciwwskazań medycznych, odmówili poddania swego dziecka szczepieniu. Jednak przyczyną wydania takich wyroków nie były wymienione względy, ani źle interpretowane przez stacje sanitarno-epidemiologiczne przepisy ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz wydane na ich podstawie rozporządzenie.

Powodem wydania niekorzystnych dla sanepidów wyroków były błędy formalne i proceduralne popełnione przez stacje w trakcie wydawania decyzji administracyjnej nakładającej karę grzywny na rodzica, który odma-

wiał zaszczepienia swojego dziecka. Przy czym w pęczęjącym orzecznictwie dotyczącym odmowy szczepień są jednak i takie wyroki, które zapadły na niekorzyść rodziców, jak ten z marca 2012 r. w Wojewódzkim Sądzie Administracyjnym w Gorzowie Wielkopolskim (II SA/Go 62/12).

– *Szczepienia są obowiązkowe, ale to nie znaczy, że mają być wykonywane z zastosowaniem przymusu bezpośredniego. Za odmowę poddania się obowiązkowemu szczepieniu grozi jednak sankcja administracyjna w postaci grzywny* – mówi p.o. głównego inspektora sanitarnego Marek Posobkiewicz. Przy czym kara ta wynika z kodeksu wykroczeń, a nie z ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Warto też wiedzieć, że to na sanepidach ciąży obowiązek sprawdzania wyszczepialności na podległym terenie. Marek Posobkiewicz mówi, że przepisy wprost nie nakładają na lekarza obowiązku powiadomienia sanepidu o odmowie poddania się szczepieniu obowiązkowemu, choć też nie ma takiego zakazu. Lekarz ma zaś bezwzględny obowiązek wpisania do dokumentacji medycznej informacji o fakcie odmowy poddania dziecka szczepieniu obowiązkowemu.

Choć ruchom antyszczepionkowym stosunkowo często udzielany jest głos w mediach, to nadal rodzice uchylający się od zaszczepienia dzieci stanowią margines. Rocznie w Polsce rodzi się 350–400 tys. dzieci, a zatem mamy ok. 5 mln dzieci w wieku 0–12 lat. GIS podaje, że niezaszczepionych jest zaledwie około 3 tys. dzieci z tej grupy wiekowej. Szkoda jednak, że wyszczepialność szczepionkami zalecanymi we wszystkich grupach wiekowych jest bardzo niska. Ich promowanie to olbrzymie pole do popisu dla wszystkich: lekarzy, ekspertów, władz różnych szczebli i dziennikarzy.

Justyna WOJTECZEK

(przedruk z „Puls” nr 2/13)

## MISSION IMPOSSIBLE?

### CZYLI O ZADOWOLENIU PACJENTA W GABINECIE STOMATOLOGA

Kiedy prywatnymi gabinetami rządzą zasady marketingu i wolnego rynku, zadowolony pacjent jest ważny w dwójnasób. Wraca on bowiem do tego samego gabinetu i poleca go innym, staje się także podstawą dobrego samopoczucia i zadowolenia samego stomatologa oraz całego jego zespołu.

W dobie rozbudowanej konkurencji problem dobrego samopoczucia i komfortu pacjenta jest szczególnie aktualny. Sprzyja temu postęp wiedzy z zakre-

su stomatologii, medycyny ogólnej, rozwój techniki i materiałów, z których korzystają stomatolodzy. Dzięki tym wszystkim elementom można zaproponować pacjentom leczenie bardzo wyrafinowane i bezbolesne. Brakujące uzupełnienie może być zastąpione *ad integrum* implantami, estetykę zoptymalizować można leczeniem ortodontycznym, wybielaniem lub porcelanowymi licówkami, a całości dopełnić mogą iniekcje z kwasu hialuronowego w czerwień wargową

lub botoksu w okoliczną skórę. Perfekcyjny uśmiech w świecie perfekcyjnej technologii! Wszechobecny progres zapewnia stomatologowi efektywność i niezawodność, a pacjentowi gwarantuje komfort, szybkość i estetykę zabiegów.

Czy oby jednak czasami ten idealizm nie rozczarowuje pacjenta i nie zawodzi stomatologa? Czy faktycznie zawsze stomatolog potrafi sprawić, by pacjent wychodząc z gabinetu był zadowolony?

Aby osiągnąć cel, z pewnością należy zwrócić uwagę na szereg elementów. Ważne jest zindywidualizowanie decyzji terapeutycznych, wysoki profesjonalizm ich wykonania, ale także osiągnięcie wzajemnego porozumienia i zaufania. Nie bez wpływu pozostaje także miła atmosfera gabinetu, uśmiech personelu, kolorystyka i wyposażenie wnętrza, całokształt zarządzania przedsiębiorstwem, jakim niewątpliwie jest dzisiaj gabinet stomatologiczny.

Bywa jednak, że swoistego rodzaju „układ” między pacjentem i stomatologiem kończy się niepowodzeniem. A może raczej jest konsekwencją wzajemnego braku porozumienia i zrozumienia, tak werbalnego, jak i tego spoza świata widzialnego.

Jakże często nie zdajemy sobie sprawy z faktu, że wielu pacjentów przychodzi do gabinetu oczekując, że wizyta u stomatologa będzie lekarstwem na jego chorobę... duszę. Ekspresowe metamorfozy, kiedy w ciągu nawet jednego dnia pacjent realizuje swoje estetyczne potrzeby stomatologiczne (równoczesna wymiana wielu wypełnień, wybielanie zębów, klejenie licówek, jednoczasowa implantacja usuniętych zębów, itp, itd...) są przykładem próby wyjścia branży stomatologicznej naprzeciw takim oczekiwaniom pacjenta. Jaka jest jednak cena za często nieodwracalne decyzje terapeutyczne? I czy sztuczne zęby wystarczą, by zmodyfikować wnętrze pacjenta, a co za tym idzie jego całe życie?

Zrealizowanie nieskazitelnego uśmiechu przez stomatologa warte jest, tak w sensie finansowym, jak i nieodwracalnych decyzji terapeutycznych tylko wtedy, jeśli idzie ono w parze z transformacją wewnętrzną pacjenta. Można wtedy mówić o długoterminowych pozytywnych efektach leczenia. Inaczej trzeba liczyć się z ryzykiem „recydywy” problemu, niezadowolaniem pacjenta, często multiplikowanym przez jego najbliższych i osoby z otoczenia.

Czyżby więc pojawiła się potrzeba wprowadzenia nowego przedmiotu nauczania? Stomatologia intuicyjna. Przedmiot, który nauczyłby nas, stomatologów, patrzeć na uśmiech pacjenta w sposób symboliczny, aby zrozumieć jego emocjonalne, psychologiczne i fizyczne potrzeby. W dzisiejszych czasach uśmiech jest wizytówką, dodaje wiary w siebie i optymizmu. Ktoś, kto się uśmiecha, jest lepszym kandydatem na partnera, przyjaciela czy pracownika, wzbudza zaufanie, a inni chcą przebywać w jego towarzystwie. To jeden z głównych atrybutów piękna i zdrowia, mądrości i dobroci! Nieprzypadkiem w baśni o Śpiącej Królownie główne role grają cudna królowna o gołębim sercu i uśmiechu z olśniewającymi, jak perły, zębami oraz wredna, szczerbata czarownica. To jeszcze nie wszystko. Osoby mające nieestetyczne uzębienie wysyłają komunikat, który jest przez środowisko odbierany następująco: uwaga, ta osoba jest chora, nie zbliżaj się do niej! Wysyłanie takich sygnałów utrudnia znalezienie przyjaciół, partnera i pracy. To także wymierny powód, dla którego pacjent wybiera się do stomatologa i chce ustalić z nim program naprawczy. Eliminacja widocznego, somatycznego problemu, dotyczącego uśmiechu, ma często rozwiązać szereg problemów pacjenta niewidzialnych tak dla stomatologa, jak i niezwerbalizowanych nawet przez samego pacjenta. Poznanie ich przez obie strony i sprecyzowanie to podstawa procesu uzdrawiania. Samo uzębienie może się okazać przecież jedynie elementem właściwego problemu, z jakim boryka się pacjent (nieprawidłowe relacje w pracy, problemy z partnerem, nieporozumienia z najbliższymi).

Realizowanie więc dzisiaj celu, jakim jest zadowolony pacjent, okazać się może, mimo uczestnictwa w wielu szkoleniach, kursach, konferencjach, wcale nie takie łatwe. Nie należy także zapomnieć, że również i sam stomatolog, który będzie zestresowany, otoczony przeciwnościami, mający poczucie uciekającego czasu i braku pieniędzy, nie będzie mógł dbać skutecznie o dobre samopoczucie i komfort swoich pacjentów. Warto, by on sam był szczęśliwy, aby mógł zadbać o szczęście innych...

*Dr n. med. Agnieszka A. PAWLIK*

(przedruk z „Pro Medico” nr 2/13)

# O „NOWEJ NOWOMOWIE”, NORMACH JĘZYKOWYCH I JĘZYKU WŁADZY

Kilka pytań do dr hab. Aldony SKUDRZYK, profesora nadzwyczajnego w Zakładzie Socjolingwistyki i Społecznych Praktyk Komunikowania UŚ.

Nowomowa jest pojęciem stworzonym przez Georga Orwella, który opisał język urzędowy Oceanii, totalitarnego państwa z antyutopii „Rok 1984”. Nowy język stworzono w celu kontroli myśli obywateli. Z jednej strony wyrażał światopogląd zgodny z obowiązującą ideologią Oceanii – „angsocem” (angielski socjalizm), z drugiej uniemożliwiał sformułowanie jakichkolwiek samodzielnych zdań. Usuwano słowa niepożądane przez władzę (np. moralność, honor, sprawiedliwość) dążono do minimalizacji słownictwa, istniały wyrazy wyłącznie o zabarwieniu pozytywnym. Ten sztuczny język miał wypierać z użycia normalną mowę i myśli, a przez to stworzyć bezkrytyczne spojrzenie obywateli na rzeczywistość społeczno-polityczną.

Kiedy współcześnie czytamy: *„W wycenie grup procedur oraz wprowadzonych warunków rankingujących nie uwzględniono uwag, które wpłynęłyby niekorzystnie na jakość i kompleksowość udzielanych świadczeń, a dotyczących możliwości zawierania umów z bardzo dużą liczbą podmiotów (...) posiłkujących się umowami podwykonawczymi przy realizacji procedur”* – zastanawiamy się, jakiej dziedziny te zdania dotyczą i co właściwie znaczą? Gdyby nie docelowe źródło (tekst pochodzi ze strony internetowej Ministerstwa Zdrowia), trudno byłoby się dopatrzyć jakichkolwiek związków z leczeniem, lekarzami i chorymi. Czy mamy do czynienia z nowym zjawiskiem we współczesnej polszczyźnie?

**Grażyna Ogródowska:** *Język jest narzędziem przekazywania informacji, ale i przekonywania odbiorców. Ta druga funkcja chyba we współczesnej polszczyźnie przeważa?*

**Prof. Aldona Skudrzyk:** Przywykliśmy myśleć o języku jako o podstawowym narzędziu komunikacji między ludźmi. Taka byłaby też najpewniej potoczna definicja języka, gdyby odnieść się do naszej intuicyjnej o nim wiedzy. Bo po cóż nam język? Możliwość porozumiewania się uznajemy za realizację jego podstawowej funkcji. Tymczasem temu intuicyjnemu przekonaniu jakże często zdaje się zaprzeczać praktyka i ta codzienna, i ta w mediach, i ta w kontakcie z instytucjami.

Język pełni szereg funkcji – z tych częściej wymienianych wskażmy: komunikatywną (przekazywanie in-

formacji), ekspresywną (ujawnianie postaw nadawcy, jego emocji, nastawienia do tematu), impresywną (nastawienie na pozyskiwanie odbiorcy) i fatyczną (nawiązanie i podtrzymywanie kontaktu). Wydaje się, że dziś dominująca stała się w obiegu publicznym funkcja impresywna, zwana też perswazyjną: przekonuje reklama, działa marketing, zachęca PR. Język nie służy informowaniu, służy przekonywaniu!

*„Nowomowa” to określenie związane z PRL-em. Czy jej elementy obserwujemy dziś w języku władzy, urzędników, polityków? Czy językoznawcy uznają to za nadużycie językowe?*

Spotykamy się dziś z określeniem nowa nowomowa. Cóż było istotą tamtej PRLowskiej nowomowy? Sprowadzając do najważniejszej cechy – było to odebranie znaczenia słowom. Władza mówiła do społeczeństwa tak, by nic nie powiedzieć. (Znany jest „Uniwersalny kod przemówień z lat 80.”, który łatwo odnaleźć w internecie).

Dowolne połączenie dowolnych fraz daje w efekcie zdanie sensowne i gramatycznie poprawne, które jednak nie wnosi żadnej treści. Dziś podobnie myślimy o wielu wypowiedziach publicznych, zdaje się, że wieloma obszarami komunikacji zawładnęła mowa urzędniczo-ekonomiczno-marketingowa.

*Czy zdaniem Pani profesor to politycy i urzędnicy „nadają ton” wypowiedzi, który jest potem przejmowany, czy raczej ten język jest odbiciem tego, którym posługuje się społeczeństwo?*

To jest sprawa bardziej skomplikowana, bo zależność jest w jakimś stopniu obustronna. Język w przestrzeni publicznej zwykle staje się wzorcem dla mówiących. Przecież w sytuacjach oficjalnej, publicznej komunikacji większość z nas bierze udział raczej rzadko. Podstawową przestrzenią komunikowania się, mówienia dla większości jest potoczność, język potoczny, codzienność bezpośrednich rozmów.

Szukamy więc wzorca. A tymczasem w mediach znajdziemy wzorce bardzo różne. Demokratyzacja życia, szeroki dostęp do wiedzy i kultury, w tym także do mediów, interaktywny charakter wielu już programów sprawiają, że i tam w komunikacji oficjalnej znajdujemy ludzi do tego zawodowo nieprzygotowanych. Z pewnością przekłada się taki stan rzeczy na poziom poprawności i sprawności językowej, na poziom kultury wypowiedzi publicznej. Taki właśnie językowy i kulturowy



tygiel medialny staje się wzorcem dla wielu odbiorców. Ponadto zauważmy, że wszelaki luz, w tym także luz językowy, jest niejako w modzie. Nie ma więc konieczności dbania o normę, bo kategorią ważniejszą jest indywidualizm, „zaistnienie”.

Na przeciwnym biegunie komunikacyjnych wzorców będzie komunikacja oficjalna. Dla większości z nas – komunikacja z urzędem, urzędniczy sposób używania języka. Język urzędowy charakteryzuje nadmierna formuliczność, powtarzalność schematów frazeologicznych i składniowych, a nade wszystko odpersonalizowanie. W tekstach urzędowych nie ma człowieka, nie ma komunikowania się z człowiekiem: są podmioty, usługodawcy, strony, interesariusze, klienci.

*Kiedy jakieś sformułowanie, uznawane za niepoprawne, staje się normą? „W dniu dzisiejszym, w dniu wczorajszym”, „konferencja odnośnie tematu”, „w miesiącu wrześniu”, „w projekcie pisze, że” itd.*

Wszystkie wymienione tu sformułowania są błędne. Zdecydowanie niezgodne z normą językową współcześnie obowiązującą. Ale poziom czy zakres tej niepoprawności jest niejednorodny. Sprawne posługiwanie się językiem wymaga świadomości jego zróżnicowania i umiejętności dostosowania do sytuacji użycia języka. W pismach urzędowych sformułowania: dzień dzisiejszy, miesiąc lipiec są zasadne ze względu na precyzję i jednoznaczność – ale tylko tam, tylko w języku urzędniczym, nie poza nim! A pozostałe: odnośnie czegoś (!) zamiast poprawnego odnośnie do czegoś oraz w gazecie pisze (!) zamiast poprawnego jest napisane są formami, których akceptacji nie spodziewamy się w żadnym użyciu. Są błędami gramatycznymi, czyli nieuzasadnionym odejściem od normy. Ale językoznawca może jedynie pouczać, rozmawiać o wartości normy, o wartości tradycji – innych sankcji nie ma.

Język jest wytworem społecznym i służy społeczeństwu, więc kiedy jakiś błąd jest nad miarę rozpowszechniony i stan taki się utrzuca, z czasem dochodzi do zmiany normy. Ale jest to proces dość długi. Jednocześnie zatem część z nas, dla których język jest wartością samą w sobie, trzyma się wzorcowej polszczyzny, część zaś tych, dla których język to tylko narzędzie, które powinno się upraszczać, stawiać łatwe „w obsłudze”, pomija wszelkie trudne wyjątki, dające się wybierać warianty i korzysta z uboższej wersji języka.

*Jeśli lekarzy powszechnie nazywać się będzie wyłącznie „świadczącym”, leczenie chorych „świadczaniem ambulatoryjnym lub szpitalnym” albo „kontraktowaniem świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” lub po prostu „usługą”, a szpitale „podmiotami” – z jakim procesem możemy mieć do czynienia?*

Ten typ urzędniczego mówienia śmiało można nazwać nową nowomową. Rzeczy nie nazywa się po imieniu, nie używa się nazw bezpośrednio określających. Odpodmiotowanie komunikacji to główne zagrożenie tego jednostronnego mówienia. To jest język władzy – on musi odbiorcę obezwładniać. A z czego wynika? Z lęku przed mówieniem wprost. Nazwane wprost jest zwykłe, codzienne, zrozumiałe, ma pewne asocjacje, przywołuje emocje: chory, choroba, życie. Nie uzasadnia niezwykłej ważności urzędu i instytucji. Niebezpieczne jest także pozbawianie języka jego pierwszej funkcji – komunikowania, budowania relacji. W zawodach medycznych, w przestrzeni ludzkich relacji w sytuacjach często trudnych jakoś szczególnie niedobrze to brzmi.

**Prof. UŚ dr hab. Aldona Skudrzyk** – profesor nadzwyczajny w Zakładzie Socjolingwistyki i Społecznych Praktyk Komunikowania UŚ. Zainteresowania naukowe to socjolingwistyka, językoznawstwo pragmatyczne, stylistyka językoznawcza, wpływ nowych mediów na współczesną polszczyznę, glottodydaktyka i dialektologia. Jest członkiem Komisji Kultury Komitetu Językoznawstwa PAN, Towarzystwa Miłośników Języka Polskiego, Polskiego Towarzystwa Językoznawczego. Jako pracownik naukowo-dydaktyczny prowadzi zajęcia z zakresu komunikacji społecznej, kultury języka polskiego, językoznawstwa pragmatycznego, języka promocji oraz dialektologii. Od wielu lat związana ze Szkołą Języka i Kultury Polskiej. W pracy naukowej zajmuje się różnorodnymi aspektami zróżnicowania współczesnej polszczyzny, a wyniki swych badań publikuje w artykułach i rozprawach dotyczących, m. in. komunikacyjnych przeobrażeń współczesności (zagadnienia kompetencji interakcyjnej, wspólnot dyskursu), przemian współczesnej polszczyzny pisanej – w tym także polszczyzny artystycznej, języka podręczników szkolnych, funkcjonowania polszczyzny regionalnej, ortografii. Jest autorką ponad stu publikacji naukowych, książek, podręczników i słowników ortograficznych.

*Oprac. Grażyna OGRODOWSKA*

(przedruk z „Pro Medico” nr 2/13)

# WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI

Był jednym z największych medyków przełomu XIX i XX wieku. Choć przez wiele lat związany był z Ziemią Piotrkowską, największe życiowe sukcesy osiągnął w Częstochowie, która do dziś czci jego pamięć. Jednak Piotrków Trybunalski też o nim nie zapomina, wszak tutaj uczęszczał do słynnego gimnazjum, którego znakomite tradycje kontynuuje I Liceum Ogólnokształcące im. Bolesława Chrobrego.

Władysław Biegański urodził się 28 kwietnia 1857 r. w Grabowie nad Prosną (pow. ostrzeszowski) w wielodzietnej rodzinie ślusarza. Jak sam wspominał, *„ciężkie warunki bytu zmuszały rodziców moich do emigracji, to też w roku 1862 przeniesli się do Królestwa i osiedlili się w Piotrkowie Trybunalskim, gdzie ojciec mój prowadził warsztat ślusarski”*. Dzięki niezwyklej pracowitości ojca, Władysław mógł kształcić się początkowo w prywatnej szkole Jaworskiego, a od 1867 r. w gimnazjum rządowym.

Jak sam mówi po latach, nauka sprawiała mu sporo problemów i nawet musiał powtarzać klasę, ale później jego edukacja nabrała przyspieszenia i znalazł się wśród najlepszych uczniów. Sporo czyta ówczesnych gazet i czasopism, co pod koniec szkoły średniej budzi w nim zamiłowanie do nauk przyrodniczych. Jego praca maturalna pt. *„Miej serce i duszę, a będziesz człowiekiem”* zyskuje wielki rozgłos wśród piotrkowskiej inteligencji, w czym władze carskie dostrzegają akcenty antypaństwowe i niewiele brakuje, by pozbawiony został świadectwa. Na szczęście w obronie Biegańskiego stają profesorowie i w 1875 r. może on ostatecznie opuścić gimnazjum i mimo namów ojca, by wybrał studia politechniczne, wstąpić na Wydział Lekarski Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego.

W 1880 r. posiada już dyplom lekarza, ma też za sobą studia filozoficzne, ale trudna sytuacja materialna zmusza go do podjęcia pracy we wsi Kcynia, w guberni kałuskiej. Jednocześnie odczuwa głód wiedzy, dlatego pod koniec 1882 r. – za zaoszczędzone pieniądze – wyjeżdża do Berlina, a później Pragi, by doskonalić swoje umiejętności. Całymi dniami przebywa w klinikach, podpatruje metody diagnostyczne i lecznicze, słucha też wykładów autorytetów medycznych, pasjonuje się również rozwiązaniami sanitarnymi w Berlinie. To właśnie w tym mieście postanawia poświęcić się pracy naukowej.

W 1883 r. powraca do kraju, osiada na stałe w Częstochowie, gdzie otwiera praktykę prywatną, a pod koniec roku obejmuje posadę lekarza szpitalnego, a później miejskiego. Kieruje Szpitalem Najświętszej Maryi Panny i jest jego jedynym lekarzem przez dwanaście lat, zmieniając charakter placówki z internistycznego na internistyczno-chirurgiczny. Jest też lekarzem fabrycznym, ponadto lekarzem tzw. oddziałowym na kolei warszawsko-wiedeńskiej (do 1910 r.). Pełni funkcję prezesa w Towarzystwie Lekarskim Częstochowskim, którego jest współzałożycielem (1901–1917), prezesuje Towarzystwu Dobroczynności dla Chrześcijan (1899–1901), w 1906 r. zakłada i przez lata kieruje Oddziałem Częstochowskiego Polskiego Towarzystwa Krajoznawcze-

go, powołuje też Towarzystwo Higieniczne i popularyzuje zagadnienia higieny, inspirował założenie Biblioteki Miejskiej, która dziś nosi jego imię.

Pasjonuje go filozofia medycyny, teoria poznania i geneza moralności, prowadzi badania naukowe, co przynosi mu określenie „profesor bez katedry”. Jest autorem wielu artykułów naukowych i książek. Spod jego pióra wychodzi jedna z pierwszych prac o metodologii nauk, pisze m.in. podręcznik *„Diagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych”* (1891), *„Zagadnienia ogólne w teorii nauk lekarskich”* (1897), *„Logika medycyny”* (1894) i największe dzieła filozoficzne, m.in.: *„Zasady logiki ogólnej”* (1903), *„Traktat o poznaniu i prawdzie”* (1910), *„Prewidyzm i pragmatyzm”*. Pośmiertnie ukazuje się drukiem *„Etyka ogólna”* (1918). Dziwi ten olbrzymi zakres działalności, wiedzy i badań, prowadzonych przecież na prowincji, daleko od ośrodków akademickich.

Dorobek naukowy doktora Władysława Biegańskiego to jednak nie tylko liczne książki i artykuły, ale także wysokiej klasy polemiki. Dyskutując z poglądami wielu naukowców twierdzi na przykład, że schorzenie jest ogólną aktywną reakcją organizmu na nadmiar bodźców, którym nasz organizm nie potrafi stworzyć niezbędnych mechanizmów przystosowawczych, że zdrowie i choroba to tylko różne objawy adaptacji organizmu do otoczenia, że w koordynacji czynności życiowych najważniejszy jest układ nerwowy.

Rzadko się zdarza, by naukowiec tej miary pozostał, oprócz dzieł naukowych, także liczne cytaty, będące w obiegu do dziś. Jest ich sporo, dlatego przywołamy tu tylko kilka najtrafniejszych:

*„Medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrestynymi były miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszym, a może wstrętnym nawet rzemiosłem”;*

*„Dobrego lekarza, tak jak dobrego żeglarza, poznasz tylko podczas burzy i niebezpieczeństwa”;*

*„Choroba jest to wielki strychulec, który niweluje nierówności społeczne”;*

*„Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem (...) kogo nie wzrusza niedola ludzka, kto nie ma miękkości i słodyczy w obejściu, kto nie ma dość siły woli, aby zawsze i wszędzie panować nad sobą”;*

*„Opinie tworzą nie najmądrzejsi, lecz najgadatliwsi”;*

*„Człowiek, który lubi swój zawód, zawsze wybić się musi”.*

I na koniec jeszcze jedna ważna myśl: *„Jest to zła ta zasada w życiu: wymagać mało od świata, a dużo od siebie”.*

Wielki lekarz i filozof umiera na dławicę piersiową 29 stycznia 1917 r. w Częstochowie, tam też zostaje pochowany. Miasto, któremu poświęcił kilkadziesiąt lat życia, uczciło go kilkoma pomnikami, imię Doktora nosi także wiele szpitali w kraju, m.in. w Łodzi.

Ryszard PORADOWSKI

(przedruk z „Panaceum” nr 9/12)

## O WYROBACH MEDYCZNYCH

W dniu 20 maja 2010 r. uchwalona została nowa ustawa o wyrobach medycznych, która zastąpiła dotychczas obowiązującą z dnia 20 kwietnia 2004 r. Potrzeba uchwalenia nowego aktu w tym zakresie wynikała przede wszystkim z konieczności uwzględnienia licznych zmian przewidzianych przez prawo unijne, w szczególności obowiązku implementacji do polskiego porządku prawnego dyrektywy 90/385/EWG – w sprawie aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, dyrektywy 93/42/EWG – dotyczącej wyrobów medycznych i dyrektywy 98/79/WE – w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*.

Ustawa o wyrobach medycznych jest więc aktem prawnym regulującym rynek wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* oraz aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, spójnym z uregulowaniami prawnymi przyjętymi w tym zakresie w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej.

Wyrobem medycznym – zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych – jest narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:

- a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby,
- b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia,
- c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego,
- d) regulacji poczęć – których zasadnicze zamierzone działanie w ciele lub na ciele ludzkim nie jest osiąganym w wyniku zastosowania środków farmakologicznych, immunologicznych lub metabolicznych, lecz których działanie może być wspomagane takimi środkami.

Zasadą jest, iż lekarz i lekarz dentysta jest uprawniony do ordynowania tylko tych wyrobów medycznych,

które zostały dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej.

W ustawie o wyrobach medycznych jest zdefiniowany incydent medyczny. Incydem medycznym jest:

- a) wadliwe działanie, defekt, pogorszenie właściwości lub działania wyrobu, jak również nieprawidłowość w jego oznakowaniu lub instrukcji używania, które mogą lub mogły doprowadzić do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub użytkownika wyrobu, a w przypadku wyrobu medycznego do diagnostyki *in vitro* lub wyposażenia wyrobu medycznego do diagnostyki *in vitro* – pośrednio także innej osoby, lub
- b) techniczną lub medyczną przyczynę związaną z właściwościami lub działaniem wyrobu, która może lub mogła doprowadzić do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub użytkownika, a w przypadku wyrobu medycznego do diagnostyki *in vitro* lub wyposażenia wyrobu medycznego do diagnostyki *in vitro* – pośrednio także innej osoby, i prowadzącą z tego powodu do podjęcia przez wytwórcę zewnętrznych działań korygujących dotyczących bezpieczeństwa.

Do czasu wejścia w życie ustawy o wyrobach medycznych, tj. 18 września 2010 r., lekarz zobowiązany był zgłosić wytwórcy lub autoryzowanemu przedstawicielowi, a w przypadku trudności z ustaleniem tych podmiotów – Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, zaistniały incydent medyczny wyrobu medycznego.

Obecnie kwestię tę reguluje w/w ustawa, zgodnie z którą incydent medyczny może zgłosić Prezesowi Urzędu każdy, kto powziął informację o incydencie medycznym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Nie ma więc w tym zakresie obowiązku, a jedynie możliwość. Obowiązek zgłoszenia incydentu ma natomiast świadczeniodawca, u którego doszło podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Świadczeniodawca dokonuje zgłoszenia wytwórcy lub autoryzowanemu przedstawicielowi, a kopię zgłoszenia przesyła Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Jeżeli nie można ustalić adresu wytwórcy lub autory-



zowanego przedstawiciela, incydent medyczny zgłasza się dostawcy wyrobu, a kopię zgłoszenia przesyła Prezesowi Urzędu.

Zgłoszenie incydentu medycznego wyrobu medycznego należy sporządzić na formularzu zgłoszenia incydentu medycznego, który stanowi załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie kryteriów raportowania zdarzeń z wyrobami, sposobu zgłaszania incydentów medycznych i działań z zakresu bezpieczeństwa wyrobów. Rozporządzenie to przede wszystkim określa sposób zgłaszania incydentów w/w.

Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych reguluje kwestie związane ze zgłaszaniem incydentu medycznego. Szczegółowe kryteria raportowania zdarzeń z wyrobami medycznymi, sposób zgłaszania incydentów medycznych oraz działania z zakresu bezpieczeństwa wyrobów, z uwzględnieniem potrzeby ochrony życia, zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów, użytkowników i osób trzecich oraz biorąc pod uwagę konieczność harmonizacji sposobu wymiany z Komisją Europejską i państwami członkowskimi informacji dotyczących bezpieczeństwa wyrobu, opisane zostały w wydanej na podstawie ustawy o wyrobach medycznych – rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie kryteriów raportowania zdarzeń z wyrobami, sposobu zgłaszania incydentów medycznych i działań z zakresu bezpieczeństwa wyrobów (Dz. U. Nr 33, poz. 167).

Zgodnie z w/w rozporządzeniem, zdarzenie z wyrobem medycznym podlega raportowaniu, jeżeli spełnia łącznie następujące kryteria raportowania:

- a) wystąpiło zdarzenie lub stwierdzono sytuację, która może powodować zagrożenie dla pacjenta lub użytkownika, w szczególności gdy wyniki badań wyrobu, analiza informacji dostarczonych wraz z wyrobem lub informacje naukowe wskazują czynnik, który może doprowadzić do takiego zagrożenia;
- b) istnieje uzasadnione podejrzenie, że zdarzenie lub sytuację mógł lub może spowodować wyrób;
- c) doprowadziło, mogło lub może doprowadzić do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, użytkownika lub w przypadku wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro – pośrednio także innej osoby.

Jednocześnie ustawodawca wskazał, iż obowiązek raportowania nie dotyczy zdarzeń z wyrobem medycznym, takich jak:

- a) niezdatność wyrobu, która jest zawsze możliwa do stwierdzenia i która nie mogłaby być niewykryta przez użytkownika przed użyciem wyrobu;

- b) zdarzenie wynikające ze stanu, w którym pacjent znajdował się przed użyciem wyrobu lub w którym znalazł się w trakcie stosowania wyrobu, o ile wytwórca powziął informację, że wyrób działał, tak jak powinien, i nie spowodował, ani nie przyczynił się do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia;
- c) zdarzenie wynikające z przekroczenia terminu ważności, czasu lub krotności bezpiecznego używania albo terminu okresowego przeglądu lub obsługi serwisowej, podanych w oznakowaniu lub instrukcji używania wyrobu, jeżeli rodzaj niezdatności jest znany lub spodziewany;
- d) zdarzenie, które nie doprowadziło do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, ponieważ zadziałały, zgodnie z zastosowaną normą lub udokumentowanymi danymi wejściowymi do projektowania cechy konstrukcyjne chroniące przed niezdatnością stwarzającą zagrożenie, o ile pacjent nie był narażony na niebezpieczeństwo oraz typ alarmu zastosowanego jako środek ochronny jest powszechnie uznany w przypadku danego rodzaju wyrobów;
- e) działania niepożądane, rozumiane jako każde niekorzystne i niezamierzone działanie wyrobu, które spełniają łącznie następujące warunki:
  - są wyraźnie określone w oznakowaniu lub instrukcji używania wyrobu,
  - są dobrze znane z piśmiennictwa naukowego, badań klinicznych lub praktyki klinicznej jako przewidywalne, oraz określono, jakościowo lub ilościowo, prawdopodobieństwo ich wystąpienia podczas zgodnego z przeznaczeniem użycia i działania wyrobu,
  - zanim wystąpiły, zostały opisane w dokumentacji wyrobu, w tym oszacowano ich ryzyko,
  - są klinicznie akceptowalne, gdyż korzyści z zastosowania danego wyrobu u pacjenta przeważają nad ryzykiem związanym z działaniami niepożądanymi;
- f) zdarzenie, które nie doprowadziło do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia i w przypadku którego oceniono, że ryzyko śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia jest bardzo małe oraz, jeżeli takie ryzyko w ocenie ryzyka zostało określone i udokumentowane jako klinicznie akceptowalne.

W przypadku wątpliwości, czy zdarzenie spełnia kryteria raportowania, należy uznać, że spełnia takie kryteria.

Zgodnie z w/w rozporządzeniem, incydent medyczny podlega raportowaniu, jeżeli doprowadził, mógł lub może doprowadzić do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, użytkownika lub w przy-

padku wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro – pośrednio także innej osoby. Wzór formularza zgłoszenia incydentu medycznego został określony w załączniku nr 1 do w/w rozporządzenia.

Zgłoszenie incydentu medycznego przesyła się Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych pocztą elektroniczną, faksem, listem poleconym, przesyłką kurierską lub składa się w siedzibie Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

W w/w rozporządzeniu określone zostały również wzory formularza raportu wytwórcy o incydencie medycznym, formularza raportu o FSCA, notatki bezpieczeństwa, formularza NCAR, jak również szczegółowy tryb postępowania podmiotów biorących udział w działaniach dotyczących incydentu medycznego, FSCA i innych działaniach z zakresu bezpieczeństwa wyrobów.

Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK  
Radca prawny BIL

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 8–9/12 i 1/13)

## OGŁOSZENIA



### Zjazd Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego

W czasie Zjazdu Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, który odbędzie się w Warszawie 23–25 maja br., będą poruszane zagadnienia wirusowych zapaleń wątroby typu B i C, a także zakażeń mieszanych i koinfekcji z wirusem HIV. Planowana jest sesja poświęcona toksycznym uszkodzeniom wątroby – problemowi, z którym spotykają się zarówno hepatolodzy, jak i interniści na wszystkich szczeblach służby zdrowia. Poruszone zostanie zagadnienie chorób serca i układu naczyniowego u pacjentów z przewlekłymi chorobami wątroby, a zwłaszcza z marskością wątroby. Omówiony zostanie również problem kamicy pęcherzyka i dróg żółciowych zarówno w aspekcie czynników predysponujących do ich powstawania, jak i metod leczenia zachowawczego, endoskopowego i chirurgicznego.

**Termin:** 23–25 maja 2013 r.

**Miejsce:** Warszawa, hotel Sheraton, ul. B. Prusa 2,

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Joanna Pawłowska,

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** dr hab. n. med. Marek Wojnarowski,

**Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Hepatologiczne, wydawnictwo *Termedia*,

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\* \* \*

**Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwo-wo i Psychicznie Chorych w Branicach** zatrudni lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, lekarza internistę, lekarzy w trakcie specjalizacji, bądź chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz zakwaterowanie. Kontakt pod numerem telefonu: 77/40-34-307 lub e- mail: [sws.kadry@op.pl](mailto:sws.kadry@op.pl)

\* \* \*

**SP Zespół Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z/s w Kup** (46-082 Kup, ul. K. Miarki 6) zatrudni lekarzy internistów, geriatrów, ortopedów i lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej. Szczegółowe informacje : Kierownik Działu Personalno-Płacowego Sylwia Skuterka, tel. 77/40-32-859.

\* \* \*

**Sprzedam aparat HD3 marki Phillips**, rok produkcji 2006 – pierwszy użytkownik. Aparat cyfrowy szerokopasmowy, 3 głowice: convex, linia, endovaginal, Dopler, 3D z wolnej ręki. Informacje pod numerem 602-172-695.

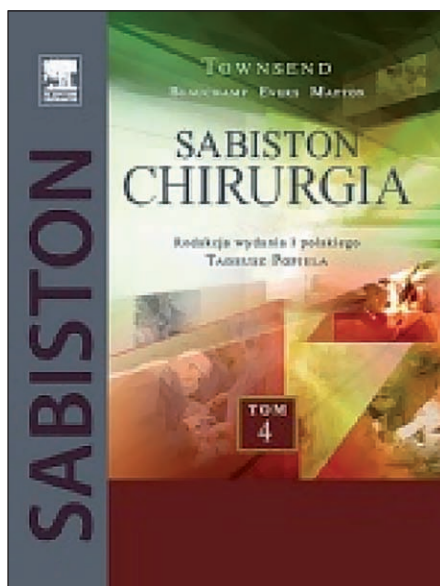
**Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.**  
**50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29**  
**Zamówienia: [www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl)**  
**tel. 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86**  
**e-mail: [zamowienia@elsevier.com](mailto:zamowienia@elsevier.com)**

## **Chirurgia Sabistona. Brzuch. Tom 4.**

C.M. Townsend Jr, R.D. Beauchamp, B.M. Evers, K.L. Mattox; wyd. I polskie, red. T. Popiela.

ISBN: 978-83-7609-162-4, format: 225x280, opr. twarda, 570 stron, cena: 168.29 zł, (396 ELS pkt).

Czwarty z pięciu tomów podręcznika. Chirurgia Sabistona to od ponad 60 lat jeden z najlepszych na świecie podręczników medycznych. Najnowsze, 18 wydanie tej książki w znakomity sposób kontynuuje tę tradycję, bazując na latach doświadczeń poprzednich edycji. Od pokoleń pozycja ta jest



przewodnikiem dla lekarzy chirurgów, wytyczając kierunki działania na mapie współczesnej chirurgii.

Podręcznik podzielony jest na 13 głównych rozdziałów i skupia się na kilku obszarach tematycznych: zasa-

dy leczenia chirurgicznego, specyfika zabiegów w chirurgii poszczególnych narządów oraz wybrane specjalizacje chirurgiczne.

W książce pojawiły się również zupełnie nowe zagadnienia, takie jak rola lekarza w zapewnieniu bezpieczeństwa terapii pacjentów na oddziale chirurgicznym czy chirurgia rekonstrukcyjna. Autorzy poszczególnych rozdziałów w bardzo przystępny i zrozumiały sposób przedstawiają najnowsze doniesienia z dziedziny współczesnej chirurgii. Liczne kolorowe zdjęcia i ryciny są doskonałym uzupełnieniem całości. Podręcznik dedykowany jest studentom, rezydentom oraz specjalistom z zakresu chirurgii. We współczesnym świecie nowoczesnej medycyny chirurgia wciąż pozostaje dyscypliną nauki, w której wiedza i umiejętności łączą się w walce o dobro pacjentów.

## OGŁOSZENIA



### **Intensywna Terapia Kardiologiczna na XXI Wieku**

Zapraszamy na konferencję *Intensywna Terapia Kardiologiczna XXI Wieku*, której głównym pomysłodawcą i animatorem jest obecny prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prof. Janina Stępińska. W programie: intensywna terapia kardiologiczna w ostrych zespołach wieńcowych (chory z uszkodzoną komorą, z nawracającymi zaburzeniami rytmu, chory z niewydolnością nerek, chory z ostrą

niedomykalnością mitralną), intensywna terapia kardiologiczna w ostrej niewydolności serca (młody chory z bardzo dużym, wcześniej nierozpoznanym uszkodzeniem mięśnia serca – scenariusze przebiegu, chory z obrzękiem płuc – diagnostyka różnicowa i postępowanie, chory we wstrząsie kardiogenym), intensywna terapia kardiologiczna w wadach zastawkowych (zakrzepica sztucznej zastawki, infekcyjne zapalenie wsierdzia, ostry zespół wieńcowy), intensywna terapia kardiologiczna po nagłym zatrzymaniu krążenia (chory z ciasnym zwężeniem zastawki aortalnej, chory nieprzytomny z uniesieniem odcinka ST w EKG, chory z burzą elektryczną) oraz intensywna terapia kardiologiczna w leczeniu powikłań (chory

po wszczepieniu układu stymulującego, chory po interwencji wieńcowej, chory po operacji kardiochirurgicznej).

**Termin:** 6 kwietnia 2013 r.

**Miejsce:** Warszawa, Hotel Sofitel Warsaw Victoria, ul. Królewska 11,

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** dr Marek Banaszewski

**Organizatorzy:** Sekcja Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Resuscytacji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wydawnictwo *Termedia*

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

### **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](http://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





## III Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej „Nowe Trendy w Ginekologii Onkologicznej”

Zapraszamy do udziału w III Kongresie PTGO „Nowe trendy w ginekologii onkologicznej”. Spotkanie odbędzie się na Podlasiu, w Białowieży, 17–18 maja 2013 roku.

Program naukowy obejmuje zagadnienia z praktycznie wszystkich obszarów ginekologii onkologicznej. Kongres będzie okazją do zaprezentowania aktywności naukowej i klinicznej środowisk zarówno krajowych, jak i zagranicznych. Zaproszeni wybitni przedstawiciele myśli onkologicznej w ginekologii przedstawią najnowsze wytyczne i standardy postępowania. Regularny charakter tych spotkań i przekazywana podczas nich wiedza wpłyną niewątpliwie na polepszenie wyników leczenia kobiet z chorobą nowotworową w Polsce.

**Termin:** 17-18 maja 2013 r.

**Miejsce:** BIAŁOWIEŻA. Best Western Hotel Żubrówka, ul. Olgi Gabiec 6

**Komitety naukowe:** prof. dr hab. Janina Markowska, prof. dr hab. Piotr Knapp

**Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, wydawnictwo *Termedia*

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)



## Serce i mózg. Choroby naczyniowe serca i mózgu: różnice i podobieństwa

O tym jakie różnice i jakie podobieństwa są charakterystyczne dla chorób serca i mózgu będą mówić eksperci podczas konferencji *Serce i Mózg*, która odbędzie się 23 kwietnia br. w Warszawie. Ciekawym eksperymentem będzie przedstawienie w każdej sesji punktu widzenia zarówno kardiologa jak i neurologa. W programie ujęto m.in.: *Czynniki ryzyka, Migotanie przedsionków, Postępowanie przy ostrym udarze mózgu, Profilaktykę wtórną – zabiegi interwencyjne*.

Konferencja odbędzie się w Warszawie pod naukowym przewodnictwem prof. Anny Członkowskiej i prof. Andrzeja Budaja.

**Data:** 23.04.2013. r.

**Miejsce:** Radisson Blu Centrum Hotel, ul. Grzybowska 24, Warszawa,

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Anna Członkowska, prof. dr hab. Andrzej Budaj

**Organizatorzy:** Instytut Psychiatrii i Neurologii, II Klinika Neurologiczna, Klinika Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Szpitala Grochowski, wydawnictwo *Termedia*

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)



## Opieka Paliatywna w Polsce 2013

Zapraszamy do udziału w konferencji *Opieka Paliatywna w Polsce 2013*, która odbędzie się już po raz drugi 12–13 kwietnia 2013 r. w Warszawie, pod patronatem redakcji czasopism „Medycyna Paliatywna” i „Menedżer Zdrowia” oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

Tematami wiodącymi będą zagadnienia organizacyjne. Na pierwszej konferencji zapoczątkowaliśmy dyskusję dotyczącą standardów w opiece paliatywnej, jej finansowania, jakości oraz problemów organizacji pozarządowych. Chcemy ją kontynuować. W czerwcu 2012 r. w kilku ośrodkach stacjonarnych opieki paliatywnej odbyło się liczenie kosztów. Na konferencji zostaną przedstawione wyniki oraz wnioski z prac zespołu zajmującego się analizą kosztów w paliatywnej opiece stacjonarnej.

Drugim ważnym tematem są nowości dotyczące metod oraz wybrane problemy terapeutyczne w medycynie paliatywnej.

Chcielibyśmy także przeprowadzić dyskusję nad zagadnieniami etycznymi związanymi z końcem życia.

**Termin:** 12-13 kwietnia 2013 r.

**Miejsce:** Warszawa, Hotel Sofitel Warsaw Victoria, ul. Królewska 11

**Kierownik naukowy:** dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz

**Organizatorzy:** wydawnictwo *Termedia*, Redakcja czasopisma *Medycyna Paliatywna*, Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)



ultrasonografy.pl  
ECHOSON