



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Listopad 2015

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 229

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fotografia: Janusz Lewandowski

WDZIĘCZNA, PIĘKNA JAK JÓZEF



Nie znosiła Gülbahar. Nie cierpiała Ibrahima. Pierwszą żonę sułtana kazała wysłać na daleką prowincję, wielkiego wezyra udusić. Ponoć sprowadziła też śmierć na Mustafę – pierworodnego syna władcy Imperium Osmańskiego; spiskowała, mataczyła i knuła intrygi. Ale w wolnych chwilach kierowała budową szpitala dla kobiet i stołówki dla bezdomnych, patrzyła, jak rośnie medresa, i spotykała się z Sinan Bejem. Architekt odkrywał przed nią tajemnice proporcji, mnożył kopuły meczetów, rozkładał światła i cienie, ona zaś zachęcała go do tworzenia z kamieni hymnów, pamiętek dziękczynienia. I pisała listy do króla Zygmunta, korespondowała zresztą z moznymi całej Europy, tu wspomniała Hansa Holbeina, tam wyrwało jej się słówko o Botticellim. Składała obietnice do niespełnienia, powiększała kolekcję sztuki i owinęła sobie Sulejmana Wspaniałego wokół małego palca. Kim była?

Mówiono, że urodziła się pod Sieną. Już miała wyjść za księcia, uczyła się ukłonów, trzepotania rzesami i muzykowania, sporo wiedziała o rękawiczkach, o brwiach, wstążkach i bufiastych rękawach. Dwórki wyszykowały dla niej ineksprimable z koronkami, halki i gorsety, gdy nagle w Castello di Collecchio pojawili się osmańscy piraci i uprowadzili niedoszlą księżnę. Niemcy i Francuzi też chcieli ją mieć za swoją, ci ostatni zrobili o niej operetkę



„i odtąd ta sławna piękność za Francuzkę po świecie uchodzi” – żalił się w 1896 roku Szymon Askenazy. Niepotrzebnie się zamartwiał, bo ambasadorzy weneccy przebywający w Konstantynopolu w XVI wieku zgodnie oświadczyli, że czwarta żona Sulejmana Wspaniałego pochodziła z północnych krain. Panowie Bragadino, Navagero i Trevisano kręcili się po pałacu Topkapy, bywali w okolicy haremu, oglądali turnieje i popisy kuglarzy, jadali też wieczerze z sędziami szariatu. Może od nich dowiedzieli się, że kiedyś wzięto ją w jasyr? Na imię miała Hürrem, co oznacza pogodna, kwitnąca, roześmiana; posłowie nadali jej przydomek Roksolana, czyli Rusinka. Bragadino nie cenił wysoko jej urody: „piękną nie była – opowiadał dożom – ale miła i powabna”.

Mimo to sułtan-poeta zwracał się do niej: *Tajemnicza przyjaciółko, mieniąca się rybko, kochanko! Sekretne powiernico, królowo piękności, sułtanko! [...] Cudnowłosa, pięknobrewa, luba, zalotna wybranko!* Kiedy jechał walczyć z gaurami, przyrzekał ponoć swojej „róży Kipczału”, że nawet nie spojrzy na niewierne. Rozciągające się nad Morzem Czarnym stepy Kipczału zamieszkiwali w tamtych czasach Rusini i Tatarzy; do haremu nie trafiały raczej muzułmanki, Roksolana mogła być więc Słowianką, poddaną króla polskiego. Samuel Twardowski, pisząc swoją *Przeważną legację* (1622), nie miał wątpliwości, że „podlego z Rohatyna popa była córką”. Tylko czy bliska krewna księdza umiałaby z taką gracją nosić ozdobne turbany, szeleszczące tafty i mięsiste atłasy?

Padyszacha i *haseki sułtan* nie łączyła jakaś tam *amitié amoureuse*, jak Francuzi nazywają przyjaźń z nutką miłości. Musiała to być głęboka, namiętna zażyłość. Przez trzydzieści lat wzajemnie wzrastali. On rządził Imperium leżącym na trzech kontynentach; w granicach osmańskiego państwa znajdowała się twierdza Bedery nad Dniestrem, Kafa na Krymie, Basra nad Zatoką Arabską, Aden na południu Półwyspu Arabskiego i Oran na zachodnim afrykańskim wybrzeżu Morza Śródziemnego. Jerzy Łątka obliczył, że odległość z Oranu do Basry wynosi ponad pięć tysięcy kilometrów! Ona władała jego sercem. *Radości, upojenie [...] Jak żyć bez ciebie?* – pytał.

W Krakowie można było do niedawna oglądać wystawę: „Ottomania”, zaś w Muzeum Śląska Opolskiego wisi obraz Maksymiliana Phanfausera przedstawiający bladolicą, pięknobrewą niewiastę o nosie *à la Roksolana*. Narzekał kiedyś Pascal na nas Kleopatry: „gdyby był krótszy, całe oblicze świata wyglądałoby inaczej”. Kto wie, jak wyglądałby świat, gdyby wdzięczna, piękna jak Józef nie zadzierała nosa?

PS. Fragmenty wierszy pochodzą z gazeli Sulejmana Wspaniałego. Używał on pseudonimu Muhibbi (Miłośnik).

Agnieszka KANIA

(tekst ukazał się w „Magazynie Gazety Wyborczej”)

* * *



W chwili, gdy piszę te słowa jest dokładnie 6 dni do wyborów. Wy będziecie czytali ten tekst jak już wszystko będzie wiadomo. Ciekaw jestem, czy w poniedziałek 26 października obudzimy się w bardzo, czy tylko trochę innej Polsce? Cóż jak zawsze będzie tak, jak sobie sami wybierzemy. Czy w związku z wyborami czeka nas – lekarzy – coś nowego? Nie sądzę. Przyglądając się kampanii wyborczej nie znalazłem nic nowego na temat ochrony zdrowia. Żadna formacja polityczna w tym kraju nie ma pomysłu na nas. To smutne, ale co zrobić.

Wróćmy jednak do nowego numeru Biuletynu. W części opolskiej znajdziecie tylko kilka informacji i prośbę P. Dyrektora Biura naszej Izby o odbiór zalegających legitymacji lekarskich. Jest też – i to już absolutna prywatność!! – informacja o kolejnym reaktywowanym Stresowym Złazie Medyka. Gorąco zachęcam – zwłaszcza absolwentów AM we Wrocławiu, do udziału w tej imprezie. Jeśli nie wierzycie, czy warto – zapytajcie tych, którzy bawili się razem z nami przed 2 laty.

W części krajowej zamieszczam szereg ciekawym (jak sądzę) materiałów dotyczących różnych aspektów wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. Jest m.in. ważny tekst o kontaktach lekarzy z firmami, sztuce słuchania i o jakości. W sumie myślę, że każdy znajdzie coś dla siebie ciekawego w tym numerze. A ja żegnam się do następnego Biuletynu.

Jerzy B. LACH

Opolski Oddział Polskiego
Towarzystwa Stomatologicznego
serdecznie zaprasza

na

27 BAL STOMATOLOGA

który odbędzie się
w salach hotelu „Festiwal”

23 stycznia 2016 r.

Kontakt: 77/452-09-24 lub 606-665-202

UWAGA LEKARZE SENIORZY!!!

Komisja d/s Lekarzy Seniorów zaprasza na coroczne SPOTKANIE OPŁATKOWE w dniu 19 grudnia 2015 r. (sobota) o godz. 14.00, które odbędzie się w lokalu „WILLA MŁYNÓWKA”, przy ul. Korfańskiego 4 w Opolu.

Prosimy o zgłaszanie swego uczestnictwa w spotkaniu do Biura Izby Lekarskiej (77/454-59-39), do dnia 16 grudnia Br. (środa).

*Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC*



Koleżanki i Koledzy,

Odbyło się kolejne postępowanie konkursowe dotyczące otwierania specjalizacji. Ministerstwo Zdrowia dotrzymało słowa i przyznało

Opolszczyźnie aż 140 miejsc rezydenckich (ubiegłej jesieni było tylko 67). Ale wniosków o rozpoczęcie specjalizacji w trybie rezydenckim było mniej niż połowa tej kwoty. Przy okazji wyszedł na jaw kolejny nieżyłowy przepis związany z otwieraniem specjalizacji.

W jednej ze specjalności było wolne 1 miejsce szkoleniowe. Konsultant wojewódzki w odpowiednim czasie wystąpił do Wojewody Opolskiego z wnioskiem o uruchomienie tego miejsca w trybie pozarezydenckim. Była też osoba, która w tym trybie tę specjalizację chciała robić i która w odpowiednim terminie ten wniosek złożyła. Natomiast Minister Zdrowia – mimo że takie-

SZPALTA PREZESA

go wniosku ze strony konsultanta nie było – przyznał na to wolne miejsce szkoleniowe rezydenturę, oddając i konsultantowi i kandydatowi do otwarcia specjalizacji niedźwiedzią przysługę. Wojewoda może bowiem uruchamiać miejsca szkoleniowe w trybie pozarezydenckim tylko wówczas, jeżeli nie przydzielono na nie rezydentury. Niestety było to jedyne miejsce szkoleniowe i teoretycznie do północy z 30 września na 1 października ktoś mógł wniosek o rezydenturę w tej specjalności złożyć. Nikt nie złożył. Ale też Wojewoda nie mógł otworzyć furtki dla trybu pozarezydenckiego. Nasuwa się oczywisty wniosek – należy oddać rezydenturę i natychmiast uruchomić miejsce pozarezydenckie, bowiem postępowanie weryfikujące wnioski o otwarcie specjalizacji i podające ostateczną listę osób, które rozpoczną specjalizację (we wszystkich trybach) trwa do końca października. Niestety zapis rozporządzenia w sprawie specjalizacji nie pozwala na taką zamianę.

I miejsce szkoleniowe przez pół roku musi pozostać niewykorzystane a osoba, która chciała rozpocząć specjalizację (mogła tylko w trybie pozarezydenckim, bowiem jedną rezydenturę już z powodzeniem zakończyła) musi obejść się smakiem.

Jest to kolejny przyczynek do dyskusji o problemie niedoboru lekarzy, zwłaszcza w pewnych specjalnościach. Zaczynamy naprawę sytuacji od rozwiązania najtrudniejszego, wręcz karkołomnego (powstanie kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Opolskim) a pozostawiamy zapisy w ustawach i rozporządzeniach, których zmiana nie jest aż takim wyzwaniem, a poprawiłaby sytuację już teraz a nie za 8 lat.

W ostatnich tygodniach pewna grupa lekarzy, głównie stomatolodzy, otrzymali z firmy Remondis, odbierającej odpady medyczne, pisma, które sugerowały konieczność wnoszenia opłaty za wydawanie dokumentu, potwierdzającego ostateczne unieszkodliwienie odpadów (tzw. DPU). Razem z Przewodniczącą Komisji Stomatologicznej oraz prawnikiem Izby spotkałem się z prawnikiem firmy. Poinformowaliśmy go, że:

- zgodnie z brzmieniem umowy, którą lekarze i lekarze dentyści podpisali z firmą Remondis, firma zobowiązała się do wykonania usługi w zakresie *odbioru, transportu i unieszkodliwienia odpadów*,

- zgodnie z brzmieniem art. 95 ust.4 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach, posiadacz odpadów, który je unieszkodliwia jest zobowiązany do wydania na wniosek wytwórcy odpadów dokumentu, potwierdzającego ostateczne unieszkodliwienie odpadów,
- nie ma podstawy prawnej, żeby za wydanie takiego dokumentu żądać opłaty.

Prawnik firmy stwierdził, że Remondis nie dysponuje spalarnią odpadów i ma podpisane umowy z różnymi spalarniami i to one domagają się od Remondisu opłat za wystawianie dokumentu. Przekazałem prawnikowi firmy, że w oparciu o zapis umowy (między lekarzem a firmą) problemy na linii firma-podwykonawca nie mogą wpływać na bieżącą realizację umowy. Uprzedziłem go, że jeżeli lekarze nie będą otrzymywali dokumentów DPU, oznaczać to będzie złamanie umowy i spowoduje skierowanie sprawy do sądu.

Proszę więc nie podpisywać żadnych dodatkowych dokumentów, które nadsyłać będzie firma Remondis, bez uprzedniej konsultacji z prawnikiem Izby, dr Mokrzycką lub ze mną. Proszę też o sygnały, jeżeli będziecie mieli problemy z uzyskaniem DPU.

Radzę też śledzić wpisy na stronie internetowej izby (dotyczące nie tylko tej sprawy). Jest to bowiem najszybsza droga przekazywania Wam istotnych informacji.

Jerzy JAKUBISZYN

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 23 września br. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej naszej Izby. Przedmiotem obrad były:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy, dofinansowanie udziału w imprezach sportowych oraz dofinansowanie zdarzeń kulturalnych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Zmiany w wysokości składki członkowskiej.
7. Przedstawienie oferty pomocy prawnej dla członków OIL.
8. Podjęcie uchwały w sprawie powołania komisji do oceny stanu zdrowia lekarza (w związku z uchYLENIEM przez NRL poprzedniej uchwały ze względów formalnych).
9. Sprawozdanie Przewodniczącego Komisji ds. Remontu Izby.
10. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.

11. Sprawy różne i wolne wnioski.

Zebranie prowadził kol. Jakubiszyn

Ad 1. O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. Michał Witek – przeniesienie z Izby Lekarskiej w Częstochowie;
- lek. Arkadiusz Macha – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej.

Ponadto przyznano Prawo Wykonywania Zawodu lek. dent. Marcinowi Stańskiemu. Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.

Ad 2. Do Izby zwróciły się następujące podmioty szkolące z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych:

- USG Trener sp. z o.o. w dn. 24–25.10.br. w Brzegu, przeprowadzi szkolenie dla lekarzy pt. „*Ultrasonografia jamy brzusznej i miednicy, tarczycy, przytarczyc i węzłów chłonnych*” – przyznano 12 pkt. edukacyjnych;
- AMADER s.c. przeprowadzi w dn. 24.10.br. w Opolu szkolenie dla lekarzy dentyków pt. „*Protetyka bez metalu – nieodwracalny kierunek współczesnej stomatologii*” – przyznano 4 pkt. edukacyjne;
- AMADER s.c. przeprowadzi w dn. 26.09.br. w Opolu szkolenie dla lekarzy dentyków pt. „*Wypełnienie ka-*



nałów na zimno lub ciepło. Liczy się skutek” – przyznano 4 pkt. edukacyjne;

- AMADER s.c. w dn. 5.12.br. w Opolu przeprowadzi szkolenie dla lekarzy dentystów pt. „Odbudowa estetyczna po leczeniu endodontycznym z wykorzystaniem wkładów z włókna szklanego” – przyznano 5 pkt. edukacyjnych;
- Firma Meditrans Sp. z o.o. – podmiot posiadający uchwałę NRL o spełnieniu warunków do prowadzenia szkolenia, poinformowała o przeprowadzeniu dwóch kursów dla lekarzy dentystów
 - 13.11.br. – „7 kroków endo – kompleksowe leczenie endodontyczne przy zastosowaniu nowoczesnych technik”,
 - 17.10.br. – „Implanty w każdym gabinecie. Procedura wszczepiania implantów jednofazowych do natychmiastowej stabilizacji protez oraz uzupełnienia pojedynczych zębów lub mostów”.

Ad 3. Z powodu śmierci lekarza wyrejestrowano jedną praktykę lekarską, natomiast dwie inne praktyki zostały wyrejestrowane na wniosek lekarzy, którzy zgłosili zaprzestanie ich wykonywania – uchwały podjęto jednogłośnie.

Ad 4. Do Funduszu Samopomocy wpłynęły wnioski czterech lekarzy o wypłatę zapomóg z powodów zdrowotnych. W trzech przypadkach uchwały przyjęto jednogłośnie. Czwarty wniosek pozostał na razie bez rozpatrzenia (bo 8 miesięcy od wypłaty ostatniego świadczenia upływa dopiero w marcu 2016).

Jeden z lekarzy zwrócił się z prośbą o wsparcie finansowe dla pokrycia kosztów, poniesionych przy składaniu wniosku do Ministra Zdrowia o uznanie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii zdobytej w innym kraju spoza UE (ok. 5.000 zł). Z pisma wynikało jednak, że znalazł on pracę, wobec czego (przy 1 głosie wstrzymującym się) Rada odmówiła mu przyznania tego świadczenia.

Dofinansowano udziału dwójki lekarzy w Olimpiadzie Lekarzy w Zakopanem w 2015 r. Uchwałę przyjęto przy poparciu 4 osób i reszcie wstrzymujących się.

Ad 5. Brak wniosków.

Ad 6. O całkowite zwolnienie z opłacanych składek zwróciła się jedna osoba – uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Ad 7. Prezes przedstawił ofertę pomocy prawnej złożoną naszej Izbie przez firmę Expert Legal Service z Wrocławia, ale z powodu braku kilku szczegółów sprawa ta będzie poruszana na kolejnym posiedzeniu Rady.

Ad 8. W związku z uchyleniem ze względów formalnych przez NRL uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej w sprawie powołania komisji dla oceny zdrowia jednego lekarza Rada podjęła kolejną uchwałę w tej sprawie spełniającą już wszystkie wymogi formalne.

Ad 9. Kol. Kowarzyk poinformował członków Rady o wysłaniu zapytań dotyczących przeprowadzenia

remontu siedziby naszej Izby do 6 firm, na które odpowiedziały tylko 2 z nich. Do 5 października br. firmy te mają złożyć pełne dokumentacje, a 14 października Komisja ostatecznie podejmie decyzję o wyborze wykonawcy.

Ad 10. Kol. Mazur brał udział w spotkaniu Rzeczników Praw Lekarzy organizowanym przez NIL.

Kol. Latała przedstawił informację o kursie naukowo-szkoleniowym organizowanym przez Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Komisję Stomatologiczną naszej Izby oraz Wojewódzką Przychodnię Stomatologiczną pt.: „Wybrane metody leczenia niezaawansowanych postaci zaburzeń czynności układu stomatognatycznego”, który poprowadziła dr hab. n. med. Halina Ey-Chmielewska z Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Ponadto w imieniu Oddziału Opolskiego PTS zaprosił na 27 Bał Stomatologa, który odbędzie się w salach hotelu „Festiwal” dnia 23 stycznia 2016 r.

Kol. Smerkowska-Mokrzycka wzięła udział w konferencji z udziałem pielęgniarek i położnych pt. „Ostatni dyżur”, na której podkreślono m. in. wysoki średni wiek pracujących pielęgniarek, tj. ok. 48 lat.

Ad 11. Kol. Suzanowicz przedstawiła sprawę konkursu na Z-cę Dyrektora Brzeskiego Centrum Medycznego, który odbył się mimo braku przedstawiciela OIL w Komisji Konkursowej. Rada nie wytypowała swego przedstawiciela, ponieważ nie zgadza się z odwołaniem poprzedniego dyrektora, tj. lek. Barbary Suzanowicz, która jest członkiem Rady. Kol. Olejnik zwrócił uwagę na fakt, że nie było pisma skierowanego przez Dyrektora szpitala w Brzegu do Izby z prośbą o desygnowanie przedstawiciela do komisji konkursowej, wystosowanego po 30 kwietnia br., a więc po dacie podjęcia przez Radę Powiatu uchwały w sprawie ogłoszenia konkursu. Jest to zatem wystarczająca przesłanka do oprostowania postępowania konkursowego i wnioskowania o jego unieważnienie. Prezes Jakubiszyn zobowiązał się wobec tego, że wystosuje w tej sprawie pismo do Starosty, z powiadomieniem Wojewody.

Natomiast do Dyrektora BCM Prezes wystosuje pismo z zapytaniem o plany likwidacji oddziałów zabiegowych w BCM, o których informują opolskie media.

Rada (przy 4 głosach wstrzymujących się) podjęła uchwałę o braku zastrzeżeń do kandydatury dr n. med. Marka Czernera na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Wobec wyczerpania programu spotkania, na tym posiedzenie Rady zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

KOLEJNE LEGITYMACJE LEKARSKIE

Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej zaprasza po odbiór legitymacji lekarskich następujące Koleżanki i Kolegów.

1. Andrejczuk Andrzej
2. Babiak Justyna
3. Babiak Marek
4. Bac Grażyna
5. Bartczyszyn Marcin
6. Basista Magdalena
7. Bazgier Karol
8. Bednarczyk Barbara
9. Brzęczek Włodzimierz
10. Buchowiecka Antonina
11. Drukowski Andrzej
12. Falenta-Hitnarowicz Małgorzata
13. Gizowski Ryszard
14. Grzegorska Aldona
15. Janków-Roszczyca Marzena
16. Kapel Aleksandra

17. Kleszcz Anna
18. Kobylińska Ewa
19. Kopa Janusz
20. Korjat Jolanta
21. Kornacka-Saczek Dominika
22. Koronczok Paweł
23. Kosela-Gatkowska Dorota
24. Kostyla Jarosław
25. Koziej Jacek
26. Kraczo Bronisław
27. Krzemiński Artur
28. Kupis-Koziej Kinga
29. Lubczyńska-Krzemińska Barbara
30. Machowska Ewa
31. Major-Kocorek Anna
32. Matusiak-Brzęczek Lila
33. Michalska-Rokosa Katarzyna
34. Ocharski Bartosz
35. Pawłowska-Ocharska Małgorzata
36. Pazera Błażej
37. Polaczek-Dorocka Ewa

38. Praski Wojciech
39. Pszczółka Jerzy
40. Rapa Przemysław
41. Romaniuk Janusz
42. Roszczyca Dariusz
43. Rusek-Skóra Maja
44. Sadowska Elżbieta
45. Sadowski Roman
46. Siennicki Marek
47. Skutnik-Rapa Marta
48. Szymków Ryszard
49. Trojan-Kochet Katarzyna
50. Trojnak Jan
51. Warmużńska Alina
52. Wawrzekiewicz Mariola
53. Wilk Urszula
54. Woroniecka Danuta
55. Wójcik Ewa
56. Zasańska Marzena

Barbara OBORSKA
Dyrektor Biura Izby

STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA – KOMUNIKAT 2

Kolejny **Reaktywowany Stresowy Złaz Medyka** odbędzie się w dniach **27–29 maja 2016 r.** Zarezerwowaliśmy dla wszystkich chętnych noclegi w ośrodku Vital & SPA Resort SZAROTKA w Zieleńcu (www.szarotka.eu) położonym w Kotlinie Kłodzkiej, na wysokości ok. 950 m n.p.m. w paśmie Gór Orlickich, gdzie panuje unikatowy mikroklimat zbliżony do alpejskiego.

Wstępnie przewidujemy trzy trasy: ambitną, mniej ambitną i wybitnie emerycką. Tak naprawdę zależeć to będzie od pogody, woli walki i siły ducha uczestników, bo trzeba pamiętać, że za „dawnych czasów” czyste wędrowanie zajęłoby odpowiednio 8, 4 lub 2 godziny. Wszystkie trasy mają w planie piwko w Czechach!!!

Program Złazu obejmuje:

27 maja (piątek) – rozłokowanie się i „nocne Polaków rozmowy” z grillowaniem przy ognisku, gitarach, śpiewie i...;

28 maja (sobota) – po śniadaniu wymarsz na trasy, następnie powrót do Zieleńca i wieczorem koncert. Będzie się on składał z dwóch części: najpierw „Karawana Marzeń” – czyli poezja śpiewana autorstwa znanego wszystkim Kazia Pichlaka w wykonaniu karkonoskiego zespołu folkowego SZYSZAK z Zachełmia, a potem nasi starzy znajomi „Wolna Grupa Bukowina” (granie i śpiewanie do oporu);

29 maja (niedziela) – śniadanie, tradycyjne zdjęcia i rozjazd do domów.

Opłata wpisowa wynosi 450 PLN i obejmuje: znaczek, śpiewnik z niespodzianką, 2 noclegi, śniadania w sobotę i niedzielę, piątkowe grillowanie z piwem, obiadokolację w sobotę oraz koncert.

Istnieje możliwość przyjazdu w Boże Ciało, tj. w czwartek 26 maja z dodatkową trasą w piątek. Dodatkowa opłata za nocleg z czwartku na piątek – indywidualnie. Dla tych, którzy mogą wziąć udział w Złazie dopiero od soboty opłata wynosi 350 PLN i obejmuje obiadokolację i koncert w sobotę oraz nocleg i śniadanie w niedzielę.

Wpłaty należy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: m17-1540-1030-2001-7753-6075-0001 do 31 marca 2016 r. z dopiskiem „Złaz Medyka”

W razie wątpliwości prosimy o kontakt.

Czekamy na Wasze zgłoszenia!!!

Jerzy B. LACH
jerzy.lach@poczta.onet.pl

Ryszard ŚCIBORSKI
sciborski@poczta.onet.pl

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2015 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
6–8.XI.15 r. piątek-niedziela Część I ²	Konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie Publiczne (dla lekarzy/lekarzy dentystów zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
13–14.XI.15 r. piątek-sobota część I – c.d. ²	Konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie Publiczne (dla lekarzy/lekarzy dentystów zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
20–22.XI.15 r. piątek-niedziela część II ²	Konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie Publiczne – orzecznictwo lekarskie (dla lekarzy/lekarzy dentystów zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
20.XI.15 r. piątek, godz. 10:00 ¹	mgr Wojciech Krówczyński Grawena Edu – Kraków	Rodzinne prowadzenie praktyki stomatologicznej	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
27.XI.15 r. piątek godz.10:00 ¹	Mgr inż. Mariusz Szlachetko	Prowadzenie dokumentacji medycznej za pomocą programu mMedica (dla 25 lekarzy)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
4–6.XII.15 r. piątek-niedziela ²	Konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego Dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie Publiczne – prawo medyczne (dla lekarzy/lekarzy dentystów zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

¹ Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

² Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: www.opole.szkolenia.@hipokrates.org; informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne); będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia – szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

* * *

Szkolenie z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej za pomocą programu mMedica 27 XI 2015 r. szkolenie dla lekarzy i lekarzy dentystów

Program: Ogólna prezentacja oprogramowania.

1. Przedstawienie modułu stomatologicznego (dla lekarzy dentystów).
2. Realizacja wizyty (dla lekarzy).
3. Generowanie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej.
4. Komunikacja pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ.
5. Pytania i dyskusja.

W dniu 14 września 2015 r. zmarł w wieku 85 lat

Marian Jeremi KOSICKI

Lekarz – Specjalista Chorób Płuc

Były:

Dyrektor Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc w Szymiszowie,

Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Strzelcach Opolskich,

Państwowy Terenowy Inspektor Sanitarny w Strzelcach Opolskich.

Zgodnie z wolą zmarłego, wynikającą z jego laickiego światopoglądu, zwłoki zostały przekazane dla celów dydaktyczno-naukowych do Uniwersytetu Medycznego.

O czym zawiadamia, pogrążona w żalu, żona zmarłego Krystyna Kamińska

...I JEJ POLSKI BOHATER KAWALER MALTAŃSKI BARTŁOMIEJ NOWODWORSKI

Morska bitwa pod Lepanto była bitwą pomiędzy flotą „Świętego Przymierza Chrześcijańskiego” z niepokonaną dotąd flotą Turków Osmańskich. Aby poznać przyczyny tej bitwy należy sięgnąć do historii nowożytnej Europy.

Otóż w roku 1454 turecki osmański sułtan Mehmed II zwany Zdobywcą zdobywa wschodnią stolicę Imperium Rzymskiego – Konstantynopol (dawne Bizancjum, obecnie Istantbul).

W roku 1492 władcy Hiszpanii Ferdynand Aragoński i jego żona Izabela Kastylijska (zwana Katolicką), po zdobyciu Grenady, wypędzają Arabów z Półwyspu Iberyjskiego do północnej Afryki.

W tym samym roku Krzysztof Kolumb na trzech statkach: „Santa Maria”, „Pinta” i „Niña” odkrywa Amerykę (a właściwie Wyspy Karaibskie). Ten 1492 r. uważa się za początek ery nowożytnej Europy po mrocznych wiekach średniowiecza.

W tym samym czasie na tronie tureckim w Istantbulu zasiada najwybitniejszy sułtan w historii Turcji Sulejman I Wspaniały (1495–1566), który podbija Gruzję, Mezopotamię, Jemen, Tunis i Algierię. Jego niepokonana flota morska panuje na Morzu Śródziemnym, blokując dostęp do Egiptu. Jego meczet w Istantbulu, w którym spoczywa można porównać wielkością i pięknem do meczetów Hagia Sophia i Błękitnego. Jego następca – syn Selim II – zdobywa Famagustę na strategicznej wyspie Morza Śródziemnego – Cyprze.

Nic też dziwnego, że ówczesny papież Pius V organizuje tzw. Świętą Ligę do walki z Turcją Osmańską, do której włączają się: Hiszpania, Genua, Sabaudia, Toskania, Zakon Maltański, a przede wszystkim najbogatsza republika Adriatyku Wenecja, która finansuje Świętą Ligę. Mimo zaproszenia, do Ligi nie przystąpił polski król Zygmunt August mający problemy rodzinne: trzy żony Elżbietę i Katarzynę Habsburżanki oraz Barbarę Radziwiłłównę.

W dniu 7 października 1571 r. olbrzymia flota hiszpańsko-włoska natknęła się na niezwycięzoną dotąd flotę turecką pod Lepanto (obecnie Naupaktos), u wejścia do Zatoki Korynckiej, niedaleko – obecnie uniwersyteckiego miasta Patras (posiada on obecnie również wydział lekarski – jedyny po Atenach). Flotę chrześcijańską dowodził książę Juan de Austria, przyrodni brat króla hiszpańskiego Filipa II, a okrętami genueńskimi dowodził jeden z najwybitniejszych postaci tego miasta Andrea Doria (przed kilkunastu laty okręt noszący jego imię zatonął po zderzeniu ze statkiem „Stockholm”).



Bitwa pod Lepanto

PS. Oczywiście najwybitniejszym genueńczykiem był Krzysztof Kolumb.

Flota chrześcijańska pod Lepanto liczyła 294 okrętów. Dowódcą floty tureckiej był admirał Ala Pasza na statku „Sułtan” dysponujący 265 okrętami. Bitwa pod Lepanto zakończyła się całkowitym rozbiciem floty tureckiej po tym, kiedy marynarze chrześcijańscy po abordażu znaleźli się na statku „Sułtan”, zamordowali admirała Ali Paszę, a jego głowę odcięli i powiesili wraz krzyżem na głównym maszcie. W czasie bitwy zginęło około 8 tys. chrześcijan, a zniszczonych zostało 15 okrętów. Natomiast straty tureckie to 25 tys. zabitych i zatopionych 30 okrętów – pozostałe umknęły z pola walki.

Zwycięstwo floty Świętej Ligi zostało entuzjastycznie przyjęte w Europie. Dzień 7 października papież Pius V uznał za święto Matki Boskiej Różańcowej, do której stale się modlił. Również w Wenecji dzień 7 października został jednym z największych świąt.

Niestety Święta Liga wkrótce się rozpadła, ponieważ rosnąca w siłę Wenecja stanowiła wielkie zagrożenie dla króla hiszpańskiego Filipa II, Habsburgów austriackich oraz nowo wybranego papieża Grzegorza XIII. Jej upadek pozwolił na dalszą ekspansję Turków Osmańskich, którzy zajęli wkrótce Bułgarię, Dalmację, Rumunię. I dopiero zwycięstwo pod Wiedniem w roku 1683 króla Jana III Sobieskiego zahamowało dalszy marsz turecki.

Mimo zwycięstwa pod Lepanto twierdza turecka w tym mieście nie została zdobyta. Udało się ją zdobyć dopiero dzięki wysadzeniu głównej bramy prowadzącej do twierdzy przez jednego z najwybitniejszych w tamtejszych czasach minerów (obecnie nazywanych sape-rami), Polaka Bartłomieja Nowodworskiego Kawalera Maltańskiego, o którym wkrótce napiszę.

PS. W bitwie pod Lepanto brał udział Miguel de Cervantes autor słynnego „Don Kichota”

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

MIAŁA BYĆ REWOLUCJA. KOŃCZY SIĘ KOMPROMITACJĄ

Recepta w SMS-ie, zapisy przez internet czy historia choroby jak konto bankowe. Na razie tak nie będzie: projekt, nad którym pracowano siedem lat, nie zadziałał.

Jak mówią nieoficjalnie osoby związane z projektem, nikt nie chce podpisać faktur i potwierdzić odbioru „produktu”. Bo nic jeszcze nie działa. Tymczasem jeżeli nie zostanie to zrobione do końca roku, nie otrzymamy pieniędzy z KE, która współfinansuje projekt.

Choć część systemów już powstała, to nie ma nadal szyny spajającej całość, tak by poszczególne funkcje mogły się między sobą komunikować – np. lekarz wypisujący e-receptę widzi równocześnie historię choroby i może wypisać e-skierowanie do lekarza specjalisty.

Prace nad szyną trwają już od 2012 r. Wówczas były rozstrzygnięte pierwsze przetargi. Z powodu zawirowań firma, która miała skończyć prace do końca 2014 r., wycofała się. Zatrudniono nową, która miała skończyć prace do końca tego roku. Już wiadomo, że tak się nie stanie.

Jedyne, co działa, to Platforma Publikacyjna, na której będą gromadzone informacje o refundacji leków, prowadzonych konsultacjach społecznych dotyczących ochrony zdrowia, o kolejkach oczekujących na świadczenia medyczne czy też komunikaty Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego. Jest też szansa, że do końca roku powstanie internetowe konto pacjenta. Dzięki niemu pacjent będzie miał dostęp do danych o tym, gdzie, kiedy, u jakiego lekarza był, z jakim rozpoznaniem wyszedł i jaką mu zalecono terapię. To jednak zaledwie około jednej trzeciej całości planowanej cyfrowej służby zdrowia.

Nie działa choćby Główna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. W końcowej fazie prac głównym problemem był brak przepisów, które decydowałyby o kształcie przygotowywanych produktów. Na przykład w przypadku e-recepty firma przygotowująca rozwiązania informatyczne musi znać szczegóły konkretnych rozwiązań, np. kto ją będzie wystawiał (lekarz czy pielęgniarka), jakie dane mają się na niej znaleźć, co będzie się działo z receptą w przypadku awarii systemu etc. Część z tych rozwiązań dopiero określa rozporządzenia. Mogą one powstać po przyjęciu ustawy i muszą zostać notyfikowane państwu członkowskiemu UE. Czas przyjęcia w procedurze europejskiej wynosi od 3 do 6 miesięcy. Do tego należy jeszcze doliczyć okres opraco-

wania i skonsultowania rozporządzeń w kraju. W sumie potrzebnych jest jeszcze ok. 30 rozporządzeń.

– *Ta ustawa (nowela ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia – red.) powinna być przyjęta już dwa lata temu, bez niej jakieś tam prace nad systemem PI trwały, ale nie można było wielu zadań porządnie wykonywać* – ocenia Grzegorz Siwiec ze Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego. – *Co więcej, w czasie prac w podkomisji posłowie narobili nam nadziei, że przywrócone zostaną zapisy dotyczące kart ubezpieczonych. Ostatecznie jednak tego nie zrobiono. Czyli nie rozwiązano podstawowego problemu tego systemu, czyli braku jednolitego, łatwego sposobu identyfikacji i autoryzacji pacjenta* – dodaje Siwiec.

Bez tej nowelizacji groziła nam konieczność zwrotu części unijnych funduszy, jakie otrzymaliśmy m. in. na uruchomienie e-recepty, e-skierowania, e-zlecenia, a także internetowego konta pacjenta. Teraz, jak uważa Siwiec, jest szansa, że do końca roku część systemu zostanie „oddana i rozliczona”. – *Wszystko zależy od tego, kto wygra wybory i czy będzie mu zależało na tym, by ten system przed Komisją rozliczyć. Co nie oznacza jego uruchomienia. Nie ma co się oszukiwać. Dopóki nie będzie rozwiązanego problemu identyfikacji, nie mamy co liczyć na to, że zadziałają e-recepty, e-skierowania czy e-zlecenia lekarskie* – dodaje ekspert.

Kolejną przeszkodą na ostatnim odcinku prac jest zwykły brak ludzi. Jak mówią nam pracownicy CSIOZ – osoby pracujące w zespołach projektowych odchodzą z pracy.

– *Wiedzą, że nie będzie dla nich etatów, więc szukają nowego zatrudnienia* – twierdzi jeden z pracowników. Do tego wraz z objęciem urzędu przez nowego ministra zdrowia prof. Mariana Zembalę wprowadzono wiele zmian. W lipcu utworzono departament infrastruktury i e-zdrowia, który przejął nadzór nad CSIOZ oraz wszystkimi sprawami związanymi z telemedycyną i koordynacją tworzenia rejestrów medycznych oraz prowadzeniem spraw legislacyjnych dotyczących e-zdrowia. – *Co ważne, ten właśnie departament będzie też odpowiadał za zadania związane z funkcją instytucji pośredniczącej w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko, czyli za rozliczanie przyszłych projektów wdrażanych właśnie przez CSIOZ. Wtedy też zaczęto dokładniej sprawdzać, jak idą prace w tej jednostce* – opowiada nam osoba zatrudniona w resorcie cyfryzacji.

Zdaniem pracowników w efekcie z dnia na dzień zaproponowano m. in. nowego kierownika zespołu realizującego projekt. To był jeden z powodów rezygnacji szefa CSIOZ.

Czarne chmury nad projektem gromadzą się od początku. Największym problemem okazało się zorganizowanie przetargu. Odpowiedzialny za wdrożenie rewolucji CSIOZ przetarg o wartości blisko 400 mln zł ogłosił w 2011 r. Zamówienie podzielono na cztery części: szynę usług, portal informacyjny, bazę danych medycznych oraz hurtowni danych wraz z systemem wykrywania nadużyć. Nadużycia w tym przetargu wykrył jednak Urząd Zamówień Publicznych, według którego firmy, jakie zgłosiły się do konkursów, tak grały między sobą referencjami, aby dokonać ustawki.

W efekcie podejrzeń UZP Komisja Europejska wstrzymała certyfikację środków unijnych, z których finansowana jest e-rewolucja. Krajowa Izba Odwoławcza odrzuciła to oskarżenie i pieniądze udało się odzyskać. Jednak nie był to koniec kłopotów.

– *W środowisku już nikt nie wierzy, że kiedyś doczekamy się tego systemu. Jeszcze trzy lata temu, gdy prowadziłem szkolenia, ludzie byli pełni nadziei i zainteresowani. Dziś na hasło PI tylko się gorzko uśmiechają – dodaje Siwiec. – W najgorszej sytuacji są te jednostki, które naprawdę starały się działać zgodnie z planami, inwestowały w sprzęt i oprogramowanie niezbędne do obsługi tego systemu. Dziś zostały ze starzejącymi się, niepotrzebnymi zakupami – dodaje.*

Bolesław Piecha, były wiceminister zdrowia w rządzie PiS, uważa, że w pracach nad e-zdrowiem popełniono wiele błędów, czego najgorszym skutkiem może być utrata finansowania unijnego. – *Niezależnie od wszystkiego i tak każdy kolejny rząd będzie musiał dokończyć prace. Bez informatyzacji nie da się sprawnie zarządzać ochroną zdrowia – kwituje Piecha. Pytanie, czy za pieniądze polskie, czy unijne.*

Ambitny plan przejdzie do historii jako wielka porażka.

Sylvia CZUBKOWSKA, Klara KLINGER

(przedruk z „Dziennika Gazety Prawnej” z 7.X.15)

CZEGO JAŚ SIĘ NIE NAUCZY, TEGO JAN NIE BĘDZIE UMIAŁ

Zbyt rzadko mówi się o tym, że wielu lekarzy specjalistów w dzisiejszych czasach podchodzi do kształcenia podyplomowego w sposób całkowicie skomercjalizowany, traktując szkolących się kolegów jako potencjalną konkurencję, która może w przyszłości ograniczyć ich dochody. Znaczna część młodych lekarzy, szczególnie tych w trakcie specjalizacji zabiegowych, kończąc szkolenie specjalizacyjne w rzeczywistości niewiele potrafi. O ile medycyny niezabiegowej można nauczyć się z podręczników, o tyle uzyskanie w środowisku i wśród pacjentów opinii dobrego zabiegowca, w dużej mierze uzależnione jest od tego, na ile starsi koledzy-mistrzowie wykażą się wolą przekazania własnej wiedzy i umiejętności. Bardzo często zdarza się, że nauczyciele do nauki swoich podopiecznych są niechętni, a kończący zabiegową specjalizację lekarz ...boi się samodzielnie zoperować pacjenta. Niestety, rola starszego lekarza, jako mentora i opiekuna młodych szkolących się lekarzy powoli odchodzi do lamusa. Wyraźnie widać, że coraz mniejsza liczba lekarzy specjalistów wyraża chęć wspierania młodych w rozwijaniu nie tylko wiedzy, ale przede wszystkim umiejętności praktycznych. Warto postawić sobie pytanie o przyczyny tego zjawiska. Tych oczywiście jest wiele. Wśród nich wymienić można: zabójcze wręcz tempo pracy i związany z nim nadmiar stresu, przeładowanie obowiązkami, chroniczne przemęczenie, czy brak odpowiedniej gratyfikacji, ale również niechęć

do stwarzania sobie konkurencji. Niestety, szlachetnego i bezinteresownego podejścia do szkolenia młodych lekarzy, jakie było na porządku dziennym jeszcze ćwierć wieku temu, można by szukać ze świecą w ręku. Czy biorąc pod uwagę dzisiejszą „twarz medycyny” jesteśmy w stanie to zmienić?

Kiedy jakiś czas temu byłem na stażu z neurochirurgii, kierownik jednej z warszawskich klinik na porannym raporcie powiedział bez ogródek, że mało którego ze świeżo upieczonych neurochirurgów można rzeczywiście nazwać specjalistą. Zapytany o przyczynę stwierdził, że leży ona w złym systemie szkolenia podyplomowego, który powoduje, że dyplom otrzymują ludzie nieposiadający praktycznych umiejętności. Jak powiedział – w dzisiejszych czasach wyszkolenie dobrego specjalisty nie leży w interesie szkolących go starszych kolegów, a niewielu młodych ma szczęście trafić na prawdziwego mistrza.

Prawda boli, choć doskonale ją znamy i skrętnie od lat przez nasze własne środowisko zamiatana jest pod dywan. Duża część specjalistów z dopiero co uzyskanym dyplomem nie wykonywała samodzielnie wielu operacji, które lekką ręką poświadczono im w indeksach wykonanych procedur i zabiegów. Pytanie retoryczne – ilu neurochirurgów w Polsce potrafi dobrze zoperować przysadkę? Tych bardzo dobrych, do których my, endokrynolodzy, skierowalibyśmy pacjenta, można policzyć na

palcach jednej, no... może obydwu rąk. Część z Państwa zapewne powie, że prawdziwe doświadczenie nabywa się w trakcie pracy zawodowej. Oczywiście, ale potrzebne są ku temu jakieś podstawy, a te nabywa się (lub nie) w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Wielu lekarzy nie wykonało nigdy samodzielnie części zabiegów, czy operacji, niezbędnych do realizacji programu specjalizacji. Dlaczego? Bo po prostu nie dano im takiej szansy.

Całkowicie zwątpiłem w polski system podyplomowego szkolenia lekarzy, kiedy to wracając z tego samego stażu usłyszałem historię kończącego gdzieś w Polsce specjalizację z kardiochirurgii lekarza, który nigdy w życiu nie wykonał samodzielnie (sic!) żadnej operacji kardiochirurgicznej. Pomimo to, wszystkie wykonane „samodzielnie” zabiegi, wymagane do ukończenia specjalizacji, miał pisemnie potwierdzone w indeksie.

Powyższe przykłady pokazują, jak wielkim błędem była wprowadzona kilka lat temu w życie decyzja o likwidacji egzaminów praktycznych, na których sprawdzane były umiejętności przyszłych specjalistów. Mając świadomość, jak wygląda system kształcenia medyków w Polsce, strach ogarnia na samą myśl, że człowiek może nagle, bez możliwości wyboru operatora, trafić na stół operacyjny, przy którym stanie niemający żadnego doświadczenia lekarz.

Nie jest rzeczą normalną, że w Lublinie – liczącym prawie 350 tysięcy mieszkańców największym polskim mieście leżącym po wschodniej stronie Wisły – z czystym sumieniem można wymienić dosłownie kilka nazwisk chirurgów, których endokrynolodzy mogliby polecić jako dobrych operatorów, jeśli chodzi o operację tarczycy. Są tacy, którzy mają dobrą rękę i niewiele powikłań, ale są również i specjaliści, którym przy okazji strumektomii dość często zdarza się np. usunięcie przytarczyc, czy uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego. Część z nich po prostu ma kiepską rękę (do specjalizacji zabiegowych trzeba mieć też predyspozycje), ale duża część z nich nie została podczas specjalizacji odpowiednio przeszkolona. Niedawno podczas rozmowy z młodszym kolegą – świeżo upieczonym specjalistą chirurgiem – usłyszałem, że bałby się przeprowadzić samodzielnie operację tarczycy, bo... podczas specjalizacji nigdy takiego zabiegu samodzielnie nie wykonał. Lekarz jest trochę jak dom. Ten, który ma słabe fundamenty, pomimo starań i wysiłków pracujących nad nim murarzy nigdy nie będzie do końca bezpieczny. Tak samo specjalista, który niewiele nauczył się w trakcie specjalizacji ma małe szanse na zostanie kiedyś bardzo dobrym i cenionym przez pacjentów lekarzem.

Wynikiem obecnie obowiązującego systemu szkolenia jest kształcenie tysięcy „specjalistów”, którym nie przekazuje się wiedzy i umiejętności, a którzy rozpoczynając samodzielną pracę z dyplomem specjalisty mogą narażać na poważne niebezpieczeństwo zdrowie i życie pacjentów. W ciągu ostatnich lat wykształcili-

śmy pokolenie ludzi, którzy niewiele potrafią, a operacje, które przeprowadzali „samodzielnie” w trakcie szkolenia specjalizacyjnego są jedynie operacjami „na papierze”. Tak, niestety, wygląda polska rzeczywistość, którą my, jako środowisko w dużej mierze tworzymy, dając ciche przyzwolenie rzeczom, które nie powinny mieć miejsca.

Niewielu w trakcie szkolenia specjalizacyjnego miało szczęście trafić na ludzi, którzy włożyli serce w przekazanie im swojej wiedzy i umiejętności. Niestety, duża część lekarzy pewnych umiejętności musi nauczyć się w życiu sama. Nie da się tego zrobić dobrze, nie mając odpowiedniego nauczyciela. Wówczas poligonem doświadczalnym stają się szpitale, a królikami doświadczalnymi nieświadomi tego pacjenci. Kolejnym problemem, o który młodzi lekarze prosili mnie, abym napisał jest zjawisko „faworyzowania wybrańców”. Niestety, w wielu oddziałach i klinikach do niektórych, szczególnie tych „intratnych” zabiegów i operacji dopuszczane są tylko wybrane osoby (często skoligacone ze swoimi nauczycielami), a reszcie specjalizujących się lekarzy, przy okazji łamiąc prawo, potwierdza się jedynie ich samodzielne wykonanie. Choć Ministerstwo Zdrowia, już wiele lat temu obiecywało, że problem postara się rozwiązać zwiększając nadzór nad kształceniem specjalizacyjnym, to do chwili obecnej nie zrobiło praktycznie nic. Planowano wprowadzenie ankiet, w których specjalizujący się lekarze mogliby anonimowo oceniać kształcące ich ośrodki. Rozważano również wprowadzenie wirtualnych indeksów procedur i zabiegów, dzięki którym na bieżąco można byłoby monitorować proces kształcenia medyków.

Z obietnic, które składano nam kilka lat temu, gdy pytaliśmy o to przedstawiciele MZ, na razie nic nie wyszło. Pozostaje mieć nadzieję, że po zbliżających się wyborach, zasiadający w nowym parlamencie lekarze, pochylą się nad tematem i podejmą się rozwiązania palących, bo przecież w głównej mierze decydujących o jakości polskiego systemu ochrony zdrowia, problemów. Tymczasem dbając o wysoki poziom medycyny, każdy z nas lekarzy specjalistów powinien myśleć w kategoriach dobra wspólnego, odsuwając na bok wszechogarniający współczesną medycynę komercjalizm. Właśnie taką filozofię obok wiedzy i umiejętności powinniśmy również przekazywać szkolonym przez nas studentom medycyny i lekarzom. Bo przecież nikt inny, tylko oni w przyszłości będą leczyć pacjentów. To również nasi obecni uczniowie będą kiedyś również leczyć nas i naszych najbliższych. Już teraz zadbajmy więc o wysoki poziom polskiej medycyny. Bo właśnie my w naszej codziennej pracy każdego dnia go kreujemy.

Marek DERKACZ
marekderkacz@interia.pl

(przedruk z „Medicusa” nr 8–9/15)

LEKARSKA EMIGRACJA NIEJEDNO MA IMIĘ

– Gdybym dziś zaczynała swoje lekarskie życie, uciekłabym do normalnego kraju. Ale już za późno, tam już nikt mnie nie chce. Medycyna w Polsce to bardzo kosztowne hobby, a solidarność jest tu wypisana tylko na flagach – z rozgoryczeniem stwierdza Krystyna, lekarka rodzinna z Lubelszczyzny, po 34 latach pracy w zawodzie.

W połowie minionej dekady, kiedy jeszcze ostrożnie otwierał się przed nami europejski rynek pracy, a napięcia pomiędzy rządem a lekarzami były rozpalone do białości, chętnych do zarobkowania poza krajem było 1711 lekarzy. Falę lekarskiej emigracji, po akcesji do Unii Europejskiej, zatrzymała w latach 2006–07 roztropna decyzja władz o wzroście wynagrodzeń lekarzy. W 2010 r. zaledwie już tylko 363 lekarzy uważało, że bez Polski będzie im lepiej. Dziś gotowość do wyjazdów znów powraca. Okręgowe izby lekarskie w 2014 r. wydały lekarzom 820 zaświadczeń o potwierdzenie uznania kwalifikacji zawodowych, umożliwiających podjęcie pracy w krajach Unii Europejskiej. A przecież wciąż jeszcze oblegane są kierunki do USA i Kanady, Emiratów Arabskich, Australii i Nowej Zelandii. Nasi lekarze wyjeżdżają poza granice kraju głównie z powodu mizeroty finansowej i nieznośnego poczucia kompletnego chaosu. Można oczywiście i w Polsce zarobić niezłe pieniądze, ale na kontrakcie, czyli niewolniczo, bo bez żadnego zabezpieczenia socjalnego i to tylko dzięki nieprawdopodobnej liczbie wypracowywanych godzin. Taki sposób na życie to prosta droga do zawału lub udaru. Rzeczywista relacja ceny pracy lekarzy tu i tam ma się jak 1:5.

Do młodzieży lekarskiej w Polsce raczej nie uśmiecha się: nepotyzm, układy, przestarzały system zdobywania specjalizacji, brak jakiegokolwiek nadzoru i przez tzw. opiekuna specjalizacji. Rezydent, według nich stanowi w dzisiejszych czasach brakujące ogniwo systemu, wypełnia wszystkie możliwe dziury. Program specjalizacji stworzony na papierze, w prawdziwym życiu być może u internistów pokrywa się z rzeczywistością. *Praca tylko i wyłącznie w miejscu zatrudnienia* – mówi 28-letni Leszek, od roku specjalizujący się w Sheffield. – *Klarowny zakres obowiązków w Anglii to świętość. Odpowiedzialność od samego początku do końca za pacjenta. Relacje interpersonalne na innym poziomie, tam nie ma takich sytuacji, że ktoś coś komentuje, odmawia wykonania procedur. Kierownik specjalizacji to rzeczywisty opiekun. Jest dostępny, ocenia rozwój podopiecznych. Sam prowadzi znacznie mniej pacjentów. Ale coś za coś!*

Czy trudno się tam załapać?

– *To zależy. Podobno korzystniejsze warunki można wynegocjować samemu, jeśli się bardzo dobrze posługuje językiem kraju pracodawcy. Idealny wiek to 34–*

38 lat, zaraz po specjalizacji. Po pięćdziesiątce raczej można sobie pomarzyć o wyjeździe – wyznaje nam Zdzisław, chirurg z Enniskillen w Północnej Irlandii, który załapał się tylko dlatego, że wcześniej 12 lat pracował w RPA. Lekarzy z zagranicy rekrutują niemal wyłącznie szpitale na niemieckiej prowincji, w miastach 40-tysięcznych lub podobnej wielkości. Niemiecka pensja 5000–5700 euro miesięcznie, nie jest, jak kiedyś, wabikiem dla polskiego specjalisty. Owszem, można dodać różne gratyfikacje, ale odjąć trzeba 40% podatku. I jeśli nawet pomniejszyć go o ulgę rodzinną, czy jakąkolwiek inną to saldo nie wypada atrakcyjnie. Niemieccy lekarze uciekają do Szwajcarii, gdzie płaci się im trzykrotnie lepiej. Polscy lekarze z emigracji solidarnościowej i stanu wojennego, nie mogą dziś znaleźć nabywców na swoje świetnie przez lata wyposażane praktyki specjalistyczne w Zagłębiu Ruhry. – *Odroczyłem swoją decyzję o przejściu na emeryturę, bo nie chcę, aby prawo pierwokupu mojej praktyki przysługiwało np. repatriantce o korzeniach niemieckich z Kaczachstanu* – zwierza się nam proktolog z Wuppertalu. Wolałby po przystępnej cenie przekazać praktykę młodemu chirurgowi z Polski. Ale na razie, polska młodzież ma inne plany.

Nie wszystko naraz

Droga do Szwecji prowadzić może przez podwarszawski Konstancin, gdzie każdy lekarz, zainteresowany wyjazdem, musi przejść kurs i zdać egzamin z języka szwedzkiego z terminologią medyczną, organizowany przez firmę Medena Rek Polska. Język przy pierwszym kontakcie pobrzmiewa, jak mieszanka węgierskiego i chińskiego, podobno łatwiejszy do nauczania dla tych, którzy już znają niemiecki i angielski. – Istna masakra – wspominają początki uczestnicy kursu. Kurs prowadzą zawodowi lektorzy szwedzcy. – *Dają wycisk, ale są bardzo życzliwi, nie pozwalają się nudzić, nigdy nie stresują i nie serwują niepotrzebnych uwag ani docinków pod naszym adresem* – mówi neurolog Andrzej, który przed dwunastu laty wyjechał na północne terytoria Szwecji. W międzyczasie zrobił specjalizację z psychiatrii. Zimowy urlop spędził w lutym w rozgrzanym Dubaju. Potem poleciał do Edynburga na lekarskie sympozjum. Wszystko sobie odpisze od podatku.

Grupa lekarzy Medeny systematycznie od 2000 r. rozrasta się i liczy już 450 osób. – *Nikt nikogo do Szwecji*

nie ciągnie na siłę – przekonywała mnie przed laty Kristina Podolak-Andersson, polityk komunalny w Kalmarze, z pochodzenia Polka, rodem z Wybrzeża. Lekarze przed podpisaniem umowy przyjeżdżają tam na parę dni, oglądają miejsca pracy, mieszkania, przedszkola i szkoły dla swoich dzieci, rozmawiają z przyszłymi szefami i z ludźmi, którzy przeszli tę samą drogę. Te rozmowy decydują czy dostaną pracę i czy są przekonani, że jej naprawdę chcą. – *Byłem oczarowany. Klinika na najwyższym poziomie: pięć gabinetów, w każdym rentgen, komputer, nowoczesny fotel, praca na cztery ręce z wykwalifikowanym personelem, wszystko zaplanowane* – wspomina Sebastian ze Strömsund (15 tys. mieszkańców). – *Wykształcenie lekarza w Szwecji kosztuje sześć razy drożej niż przysposobienie polskiego lekarza do pracy* – wyjaśniał mi tajniki dobrego interesu bez cienia zażenowania Hakan Petersson, dyrektor ds. personalnych urzędu wojewódzkiego w Kalmarze. – *Polacy są największą grupą w szwedzkiej służbie zdrowia, pochodzącą spoza Skandynawii. Ich referencje są bardzo pozytywne. Mówią lepiej po szwedzku niż Duńczycy* – chwali ich Petersson. – *Wiemy, że poziom nauczania w polskich uczelniach medycznych jest wysoki i w pełni odpowiada standardom europejskim. Z drugiej strony wiemy też, że Polska dysponuje obecnie nadwyżkami kadr w tym zawodzie* – dodaje.

A w sąsiedniej Danii? – *Zakładaliśmy, że wyjedziemy do Danii na co najmniej dziesięć lat. Jeśli będzie trzeba, to nawet sprzedamy nasz dom w Krośnie. Wykształcimy dzieci w dobrych szkołach i wtedy pomyślimy o powrocie i jakiejś stabilizacji dla siebie* – opowiada urolog Piotr Banaś. – *Ale bardzo szybko pozbyliśmy się fascynacji dobrobytem, który nas otaczał. Różnice z Polską nie były już tak drastyczne. Duńczycy są nauczani skromności i oszczędzania. Bardzo źle widziane jest obnoszenie się z zamożnością i szpanowanie bogactwem.*

Na chwilę, czy na całe życie?

Jacek, internista z Wrocławia, który przyjechał do Eskilstuna, 100 km na zachód od Sztokholmu, wolałby pracować w bogatej Polsce niż w bogatej Szwecji. Bał się rozstania z krajem, ale bał się też, że nie tylko po trzech, ale nawet po dziesięciu latach pracy w Szwecji, Polska nie zachęci go do powrotu. I na razie nie zachęciła. Jacek zasmakował jeszcze kariery w bogatszej Norwegii, wprawdzie w Tromsø, 350 km za kołem podbiegunowym.

Lekarze, którzy wyjechali, jeszcze się cieszą. Refleksja przyjdzie później, nie zabraknie chwil zwątpienia, niektórych nie ominie psychiczne wypalenie. – *Na pewno wyjazd przed dziesięciu laty nie był tylko spowodowany sytuacją ekonomiczną. Pragnienie normalności i zapewnienia lepszej przyszłości dzieciom to chyba najważniejszy powód* – przyznaje Dariusz z położonego

na północy Härnösand. Jego 13-letni syn został właśnie mistrzem Szwecji w kolarstwie górskim.

– *Szef jak to szef, zawsze mógłby być gorszy lub lepsz. Ten szwedzki jest na pewno bardziej wyrozumiały i pozwala robić wszystko, co jest dozwolone. A dozwolone jest niemało. Po pierwsze, doksztalcenie. Po drugie, pewny jak w banku urlop w okresie wakacyjnym. Nie mówiąc już o chorobie. Nie tak jak w Polsce, kiedy slaniając się z wycieńczenia należało się zgłosić na porannym raporcie oddziałowym. Uwierzcie, że czasem stabilizacja i zasiedzenie to najlepsza opcja, bo nieprawda, że wszędzie dobrze, gdzie nas nie ma* – przekonuje Kamil, ortopeda z Kalmaru.

Szczerze o kasie

O swoich zarobkach rozmawiamy niechętnie. Ale z Elżbietą, okulistką od 10 lat w Szwecji, udało się. Szwecja jest dobrą ofertą, jeśli się tam chce żyć i pracować. Najlepsze propozycje czekają na lekarzy rodzinnych i psychiatrów. Ale pamiętajmy, że większość lekarzy rodzinnych usuwa tu ciała obce z rogówki. Zarobki na początku dla specjalisty to 20 tys. złotych. Lepsze stawki można pertraktować na północy, gdzie są ekstremalne niedobory, ale to po zdobyciu doświadczenia w Szwecji i z dobrą znajomością języka – opowiada Ela. – *Przyjmuję w dużej przychodni, w której zwykle pracuje kilku lekarzy i kilkakrotnie więcej pielęgniarek, z systemem komputerowym jednolitym dla całego województwa. Tu się mówi do dyktafonu, potem anamnezę spisują sekretarki, lekarz musi tylko sprawdzić. Na początku zaskakuje, jak szerokie kompetencje i umiejętności mają tam pielęgniarki, co przeradza się potem w przerażenie, bo one w systemie typowo socjalistycznym generują tobie i sobie pracę. Chodzi o to, żeby czas pracy jak najbardziej efektywnie wykorzystać przez 5 dni w tygodniu od 8 do 17, z godzinną przerwą obiadową. Wbrew temu, co się w Polsce sądzi o biurokracji, w Szwecji dokumentacja musi być w najlepszym gatunku. Nie ma miejsca na bazgrały, których potem nawet ich autor nie potrafi odszyfrować.*

– *W Danii kontrola jest wnikliwa, choć bardziej dyskretna* – uważa Ewa Zalichta-Banaś, pulmonolog z Krosna, która tam pracowała przez 3 lata. – *Ordynator, który w przeciwieństwie do polskiego szefa oddziału, bardzo niewiele operuje, skupia się głównie na logistyce i harmonogramach zajęć pracowników, tak, aby oni na miesiąc do przodu wiedzieli, co mają robić dzień po dniu, a nie dowiadawali się o tym po przyjeździe. Tam specjalista nie ma żadnej komisji na plecach, z dykcją też praktycznie nie ma kontaktu. Ale to się czuje przez skórę, że praca i jej wykonanie są obserwowane i oceniane. Na całkowity kredyt zaufania nie można liczyć* – ostrzega Ewa. Za 37 godzin tygodniowo w Danii wykwalifikowany specjalista może zarobić nawet 36 tys. koron (20.300 złotych) miesięcznie netto. Płace dla

lekarzy szpitalnych w Danii są najwyższe w porównaniu z resztą społeczeństwa. Zdarzają się nadgodziny, ale tylko kiedy trzeba kogoś zastąpić. Duńskie szpitale wolą wtedy zapłacić swojemu lekarzowi niż szukać kogoś z zewnątrz.

Jak żyć?

To kultowe pytanie wpisane jest już w nasz język wzajemnego porozumiewania się. Czy za taką kwotę będę w stanie przeżyć z dwójką dzieci i mężem, który nie jest lekarzem i dopiero będzie szukać pracy? – pyta niejedna chętna do wyjazdu. Wyjazd z dziećmi i mężem, który ma pracę w Polsce, jest ryzykownym rozwiązaniem. Mało prawdopodobne, by w przeciągu 2–3 lat znalazł sobie pracę. Na własną rękę opanowanie języka do B2/C1 zajmuje co najmniej dwa lata, ale jeśli jednocześnie się pracuje. Jeszcze gorzej jest w Danii. – Najgorzej, kiedy rozmawia się przez telefon, kiedy odpada ekspresja ust, oczu i rąk. Starsi pacjenci bywają głusi i mówią gwarą której nigdy nas nie uczono – odpowiada dr Piotr Banaś.

Wynajem mieszkania to w Szwecji 3–4 tys. złotych. Żywność dla takiej dużej rodziny kolejne cztery tysiące miesięcznie. Tak czy owak, małżeństwo lekarzy specjalistów zarabia tu bardzo dobrze. Jeśli nawet po latach wrócą do Polski, będą bardzo dobrze zabezpieczeni na przyszłość.

– *Tu, w Szwecji, mamy socjalizm w czystej formie. Wszyscy są równi: i śniady, i bezrobotny, lekarz i pielęgniarka* – zwierza się nam Leszek, neurolog z Lubelszczyzny, który porzucił ongiś nawet stanowisko dyrektora szpitala powiatowego, a od 10 lat praktykuje w Szwecji. – *Tu nikt nie kłania się w pas panu doktorowi. A więc pielęgniarka może kazać lekarzowi coś zrobić. Popularne są też raporty i donosy, które robi tu każdy pracownik i sąsiad. I co gorsza, są z tego dumni. Kontrola w Szwecji jest niemal wszechobecna. Po paru miesiącach ma się wrażenie, że każdy w pracy wszystko wie o tobie. Socjalizowanie się tutaj to podstawa bytu i osobistego, i zawodowego sukcesu. Ludzie, którym to nie odpowiada narażają się niemal automatycznie na ostracyzm. Tutaj raczej trzeba udawać, bo jeśli głośno powiesz, że kogoś nie lubisz, to twoje dni w tej pracy są policzone. Prywatność w Szwecji praktycznie nie istnieje. I pamiętajcie, że jeśli wyjazd z Polski jest uмотywowany politycznie albo z nienawiści do władzy, to dajcie sobie spokój. Nawet nie próbujcie wyjeżdżać. To już nie ta epoka – ostrzega Leszek.*

– *Duńczycy z kolei akceptują odmiennność, ale również nie pragną asymilacji z ludźmi, których zaprosili do swojego kraju* – opowiada Ewa Banaś. – *Są uprzejmi, uśmiechają się, ale ich uśmiech nagle tężeje, kiedy po naszym akcencie wnioskuje, że jesteśmy cudzoziemcami. Delikatnie mówiąc, mają nieciekawe doświadczenia z emigracją muzułmańską która woli swoje niedostęp-*

ne kulturowo getta i bardzo opornie albo wcale nie asymiluje się z Europejczykami. – Spraw zawodowych nie zabiera się do domu. Po pracy są kręgle, wycieczki rowerowe, zakupy, dzieci, znajomi – dodaje Piotr Banaś. – *Administracja szpitala nie naciska na lekarzy, by pracowali więcej, bo musi dużo więcej im zapłacić. Ale i lekarze nie chcą więcej pracować, bo wpadają w pułapkę podatkową.*

Powroty wcale nieradosne

Choć wielu polskich lekarzy prawdopodobnie nie wróci na stałe nad Wisłę, ich związki z Polską pozostają silne. Duża grupa regularnie odwiedza kraj urodzenia. Żeby zobaczyć rodzinę, mówić po polsku, zrobić zakupy i wyleczyć zęby. Zderzenie z polską rzeczywistością bywa bolesne. Dodatkowo dochodzi bardzo znaczące pogorszenie sytuacji materialnej, co pogłębia frustrację. Nie wszyscy chętnie rozmawiają o prawdziwych powodach swoich powrotów.

Z oficjalnych prognoz wynika, że w ciągu następnych 10 lat w Danii zabraknie około 2,5 tys. specjalistów, a tymczasem Ewa i Piotr Banasiowie wrócili stamtąd po niespełna trzech latach. Dlaczego? – *Nie da się tego skwitować jednym zdaniem. Może pozostawiony w Polsce dom, przyjaciele, dorastające dzieci, duńska obyczajowość, z której cieszyliśmy się tak naprawdę tylko w dniu wypłaty* – wyznaje Ewa. – *Może to znacznie lepsze obecnie zarobki lekarzy w Polsce, a może zwykły przypadek i zbieg okoliczności. Wszystkiego po trochu. Najbardziej za krajem tęskniły nasze dzieci.*

Ewa obecnie pracuje w Uzdrowisku Rymanów, a Piotr w Podkarpackim Centrum Onkologii w Brzozowie. Nie żałują decyzji o wyjeździe, ani o powrocie z Danii. Jako specjaliści realizują się na całego, stać ich na utrzymanie 5-osobowej rodziny, domu i gosposi. Piotr, zapalony myśliwy, może spokojnie zapakować swoje fuzje i sztucery i jechać na spotkanie... z dzikami. Tego właśnie zabrakło mu w Danii, prestiżu. Co więcej, syn państwa Banasiów właśnie rozpoczął studia na skandynawistyce w Gdańsku. Kolejne wakacje cała rodzina spędzi w Skandynawii. A więc jednak coś zostało z tego wyjazdu.

Zdaniem niektórych polskich ekspertów i polityków, emigranci to stracony potencjał, rzesza specjalistów, którzy „odpłynęli” z kraju do Skandynawii i innych części Europy. Jednak czy tylko? Emigranci i migranci, to ludzie, którzy zyskali cenną wiedzę i doświadczenie. Znają interesujące lokalne rozwiązania, języki obce, mają wiedzę, która w różnych kontekstach może się okazać przydatna. Gdyby tylko stworzyć skuteczne narzędzia do wymiany doświadczeń, mogliby stać się siłą a nie słabością Polski.

Marek STANKIEWICZ

(przebieg z „Medicusa” nr 6-7/15)

WYNAGRODZENIE JEST WAŻNE DLA WSZYSTKICH, O ROZWOJU ZAWODOWYM MYŚLĄ NIELICZNI

Pracujący Polacy, bez względu na wiek, najwyżej cenią sobie wysokość wynagrodzenia – to ono determinuje większość ich działań. Z badania „Polacy a rozwój” przeprowadzonego przez Millward Brown dla Benefit Systems wynika, że dla osób powyżej 45. roku życia w pracy ważne jest wynagrodzenie (38%) oraz rzetelność i profesjonalizm (32%). Dla przedstawicieli pokolenia X (wiek 35+) liczą się zarobki (47%), atmosfera (36%) oraz rzetelność i profesjonalizm (31%). Największe różnice widać w podejściu najmłodszego pokolenia pracowników. Badani w wieku 18–24 lat doceniają przede wszystkim zarobki (60%), atmosferę (50%) i podejście przełożonego (35%), a w wieku 25–34 lat – zarobki (46%), atmosferę (41%) i... dogodne godziny pracy (23%).

– *Młodsze pokolenia zwracają większą uwagę na takie sprawy, jak podejście przełożonego czy dogodne godziny pracy. Dla nich także ważna jest atmosfera. Nie dziwią zatem zmiany, które wprowadzają pracodawcy w swoich firmach – większe nastawienie na rozwój, atmosferę, zdrowie pracowników, ciekawe i inspirujące benefity, pokoje relaksu czy drzemki w pracy* – mówi Izabela Pipka, dyrektor HR w Benefit Systems.

Blisko połowa nie rozwija się zawodowo

Niepokoić może fakt, że rozwój zawodowy jest ważny jedynie dla 4% ogółu badanych. Blisko połowa Polaków (43%) nie podjęła w ciągu ostatniego roku żadnych działań na rzecz rozwoju umiejętności potrzebnych w pracy zawodowej. W firmach zatrudniających minimum 10 osób odsetek jest znacznie niższy i wyniósł 16%.

Rozwój zawodowy w opinii Polaków to przede wszystkim podnoszenie kwalifikacji oraz zdobywanie nowych umiejętności (63%), a w dalszej kolejności również awans (21%) czy zdobywanie dodatkowych przywilejów w pracy (18%).

Nieco trudniej przyszło badanym zdefiniować rozwój osobisty. Spontanicznie wymieniali wiele określeń, a co trzecia osoba w ogóle nie potrafiła określić, czym jest dla niej rozwój osobisty. Z wyników badania wy-

nika, że najczęściej pojawiającymi się definicjami rozwoju osobistego są zdobywanie nowych umiejętności (23%), realizowanie marzeń i celów (17%) czy dbanie o relacje z innymi ludźmi i dbanie o swoją rodzinę (po 12%). Co trzeci Polak nie podjął w ciągu ostatniego roku działań na rzecz swojego rozwoju osobistego.

Filozofia złotego środka

Większość Polaków na równi stawia rozwój zawodowy i osobisty (59%), dla co trzeciego (34%) ważniejsza jest sfera osobista, a jedynie dla 5% – zawodowa. Rodzina i przyjaciele to główne osoby wspierające Polaków w rozwoju – 87% badanych wymienia ich wśród najważniejszych osób, szczególnie wsparcie ze strony rodziny dostrzegają kobiety.

Bariery i blokady

Przede wszystkim brak pieniędzy (18%) i brak czasu (14%). Zdecydowana większość Polaków przyznaje, że rozwijają się po to, aby być lepszymi ludźmi (82%) oraz aby być coraz lepszymi w tym, co robią (77%). Większość jest też zdania, że rozwój wymaga dużo samodyscypliny (76%), ale z drugiej strony traktują go jako przyjemność (76%).

Natomiast w życiu pozazawodowym zdecydowanie najważniejsze dla Polaków są: rodzina, dzieci, związek – spontanicznie wymienia je 72% badanych. Co trzecia osoba w tym kontekście wskazuje też na odpoczynek, zainteresowania i hobby, a także zdrowie. Co zaskakujące, najmniej istotnym aspektem życia poza pracą jest Kościół – wskazało go jedynie 2% badanych.

– *Na rynku pracy pojawiają się przedstawiciele kolejnych pokoleń, których podejście do pracy, rozwoju oraz życia, a także oczekiwania różnią się diametralnie od podejścia ich starszych współpracowników. To wielkie wyzwanie dla pracodawców i działów HR, by dostosować politykę firmy do coraz większej różnorodności* – mówi Izabela Pipka.

Katarzyna PATALAN
(przedruk z „Benefit” nr 7-8/15)

Ig NOBLE Z HARVARDU

Jak co roku na Harvardzie przyznawane są nagrody Ig Nobel. Pisaliśmy o nich kilkakrotnie. Zawsze przyznawane są za badania, które na pierwszy rzut oka wydają się pozbawione sensu, niepotrzebne, nawet bzdurne, choć z czasem skłaniają do myślenia oraz zrewidowania pierwotnych ocen.

Kilka lat temu nagrodę przyznano za rozstrzygnięcie spędzającego od wieków sen z oczu ludzkości dylema-

tu, czy prędkość pływania zależy od środowiska, w którym prowadzony jest eksperyment. Napelniono więc basen wodą, a potem... kisielą. W obu przypadkach prędkość pływania była taka sama... Ig Noble są żartobliwym przeciwieństwem prawdziwych Nobli. Przez organizatorów traktowane są z powagą, aczkolwiek nie bez przymrużenia oka.

Prowadzącymi uroczystość nagradzania są światowej rangi naukowcy, choć – jeżeli pamięć mnie nie zawodzi – dwa czy trzy lata temu profesor zwykle prowadzący imprezę musiał z niej zrezygnować, pojechał bowiem odebrać przyznanego mu „prawdziwego” Nobla... Nie pierwszy raz okazuje się, że poczucie humoru jest nieodłączną częścią wielkości... Oto kilka dziedzin, w których uhonorowano naukowców w 2015 r.

Z fizyki nagrodę dostali uczeni z Georgia Institute of Technology. Odkryli oni „uniwersalne prawo sikania”. Pokazuje ono, że wszystkie ssaki, niezależnie od wielkości ciała, a co za tym idzie – także pęcherza moczowego, oddają mocz w tym samym czasie, ok. 21 sekund...

W literaturze nagrodę zgarnęli uczeni z Holandii za odkrycie, że słowo „huh”, czyli nasze polskie „he”, jest najpopularniejszym słowem świata i występuje praktycznie we wszystkich, nawet najbardziej egzotycznych językach.

W dziedzinie zarządzania – profesorowie ze szkół biznesu z Singapuru, Eugene i Cambridge otrzymali nagrodę za wykrycie korelacji działalności prezesów wielkich firm z przeżyciami z dzieciństwa. Okazało się, że ci z nich, którzy za młodu przeżyli tragiczne katastrofy, takie jak trzęsienia ziemi, tsunami, pożary czy erupcje wulkanów, w biznesie działają dużo ostrożniej, starają

się trzymać większe rezerwy niż ich koledzy, których życie w młodości usłane było różami...

W medycynie japońscy badacze odkryli nowe, niezwykle sympatyczne remedium na alergię. W czasie eksperymentu badawczego poprosili, aby wolontariusze przez 30 minut, w intymnych warunkach, przy romantycznej muzyce... całowali się. Wyniki były rewelacyjne. U wszystkich uczestników eksperymentu zanotowano spadek we krwi przeciwciał odpowiedzialnych za alergię. Szkoda, że to nie działa np. w kamicy nerkowej...

W matematyce – badacze z Uniwersytetu Wiedeńskiego zbadali, czy jest możliwe, aby legendarny sułtan Maroka Mulaja Ismaila, który zasiadł na tronie w 1672 r., mógł mieć miał 1171 dzieci. Ułożono algorytm uwzględniający między innymi liczbę nałożnic w haremie, częstotliwość stosunków, dni płodne i niepłodne. Okazało się, że liczba 1171 dzieci nie musi być fantazją. Wystarczyło, aby sułtan miał 10 stosunków tygodniowo i około 100 nałożnic... Przy okazji warto zwrócić uwagę, jak przyrost naturalny reguluje natura. Na 1171 dzieci prawie dokładnie połowa, bo 600, to synowie...

Jakie znaczenie wszystkie te odkrycia będą miały dla ludzkości, dopiero się okaże...

AB

(przedruk z Biuletynu Informacyjnego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 10/15)

SZPITALE RÓŻNIĄ SIĘ JAKOŚCIĄ, CZYLI W JAKI SPOSÓB PŁACIĆ ZA EFEKTY LECZENIA

Należy płacić nie tylko za sam fakt leczenia pacjentów, ale też dodatkowo wynagradzać te placówki, które robią to na najwyższym poziomie. Co do tego zgodni byli uczestnicy dyskusji o możliwości wdrożenia systemu premiującego jakość terapii, podczas zakończonego niedawno XXV Forum Ekonomicznego w Krynicy.

Czy nasz kraj rzeczywiście jest już gotowy do wkroczenia na drogę, na której dwa z pozoru identyczne szpitale, prezentujące jednak inne efekty kliniczne i jakość opieki, otrzymają zróżnicowane wynagrodzenie?

O szansach na wdrożenie systemu Pay-for-Performance (PFP), czyli zapłaty za efekty leczenia, mówiła m. in. dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, wiceprzewodnicząca Rady NFZ. Zaznaczyła, że PFP stosowane jest tylko w jednostkach chorobowych, w których można jednoznacznie zdefiniować proces terapeutyczny i zmierzyć jego efekty.

Jesteśmy na początku drogi

Czego brakuje w Polsce, aby wprowadzić takie mechanizmy finansowania? – *Przed wszystkim doświadczenia*

w tym zakresie. Na szczęście możemy się tego uczyć od innych. W wielu krajach taki system funkcjonuje, są tam eksperci, którzy na pewno podzielą się z nami swoją wiedzą – powiedziała Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Zastrzegła, że do wdrożenia takiego rozwiązania muszą być spełnione odpowiednie warunki. Przede wszystkim w placówce musi zapaść decyzja o prowadzeniu rejestru, w którym szczegółowo raportowane będą wszelkie informacje o procedurach – m. in. dotyczące sposobu postępowania z pacjentem oraz o tym, kto realizuje dane świadczenie (dokładna identyfikacja specjalisty, łącznie z numerem wykonywania zawodu) oraz w jakich warunkach.

Oczywiście do gromadzenia tego rodzaju danych potrzebny jest odpowiedni budżet. Są kraje, w których płatnik nagradza już samo raportowanie przez szpitale takich informacji.

– *Polska jest dopiero na początku tej drogi, ale warto przypomnieć, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji płaci już podmiotom leczniczym za przekazywanie odpowiednich danych, niezbędnych do przeprowadzenia wyceny punktowej (taryfikacji) świadczeń* – wskazała Gałązka-Sobotka.

Najpierw decyzja ministerstwa

Jak przyznała, najpierw jednak musi zapaść decyzja regulatora (resort zdrowia, NFZ), że nadszedł już czas, aby płacić nie tylko za samo wykonanie procedury, ale też jej efekty terapeutyczne.

Wiceprzewodnicząca Rady NFZ podkreślała, że ważne jest prowadzenie tzw. rejestrów kontraktowych, czyli gromadzących informacje przekazywane następnie do Funduszu.

– *Pierwszy taki rejestr będzie dotyczył endoprotezo-plastyki stawów. Jest już odpowiednie rozporządzenie koszykowe w tej sprawie* – dodała Małgorzata Gałązka-Sobotka. Zaznaczyła, że należy przeprowadzić pilotaż takiego rejestru, natomiast analiza gromadzonych danych musi być w pełni obiektywna i transparentna.

System powinien premiować lepsze szpitale

Zdaniem Roberta Mołdacha, wiceprzewodniczącego Rady ds. Taryfikacji, doradcy prezydenta Pracodawców RP, do właściwego nagradzania za efekty leczenia konieczna jest powszechna akceptacja faktu, że szpitale różnią się pod względem jakości realizowanych świadczeń.

– *Jedni leczą lepiej, inni robią to gorzej. To pewna nierówność w dostępie do zdrowia. Ta kwestia ma więc także wymiar wręcz konstytucyjny, gdyż w ustawie zasadniczej mówi się o równym dostępie do świadczeń zdrowotnych* – zauważył Mołdach.

Jednocześnie wskazał, że bardzo ważne jest, aby ci, którzy wyróżniają się lepszymi od pewnego określonego, średniego poziomu wyników terapii, byli za to odpowiednio premiowani.

– *Skoro pacjent ma prawo wyboru lepszej placówki, to czy nie warto też pomyśleć o dopłatach za wyższy – ponad określone minimum – standard leczenia?* – pytał Robert Mołdach, przyznając, że wprowadzenie takich dopłat jest bardzo trudne politycznie.

Potrzebujemy rzetelnych rejestrów medycznych

Na pytanie, czy jesteśmy już gotowi na powszechne wdrożenie PFP, czyli systemu premiującego wysoką jakość leczenia, odpowiadał także podczas krynickiej debaty dr Jerzy Hennig, dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Zwrócił uwagę, że ku rozwiązaniu PFP „kroczymy powoli i mało skutecznie”.

– *W 2004 r. mieliśmy w kraju tylko 70 szpitali z certyfikatem akredytacyjnym. Dzisiaj jest ich wprawdzie już 225, ale problem wciąż tkwi w tym, że wysiłek całych zespołów pracujących na wysoką jakość nie jest odpowiednio doceniany przez płatnika* – stwierdził dyrektor Hennig.

Jego zdaniem NFZ „nie powinien kupować wszystkiego tylko dlatego, żeby tylko zapłacić”. – *Aby motywować do podnoszenia jakości, za posiadanie akredytacji*

płatnik powinien przyznawać 1 cały punkt, a nie – jak obecnie – jego ułamek według określonego algorytmu – mówi dr Hennig.

Podkreśla, że skuteczne i miarodajne mierzenie efektów leczenia nie jest możliwe bez prowadzenia szczegółowych, rzetelnych rejestrów obejmujących poszczególne zakresy świadczeń. Umożliwiają one między innymi obiektywną analizę przeprowadzonych procedur i porównywanie wyników leczenia osiągniętych przez poszczególne ośrodki medyczne.

Dyrektor CMJ przypominał, że w Polsce funkcjonuje tak naprawdę jeden rejestr z prawdziwego zdarzenia; jest nim Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych (KROK), prowadzony od 2005 r.

– *Dla porównania – w Danii jest 70 rejestrów, w Szwecji ok. 100* – informował Jerzy Hennig. – *Tworzenie rejestrów jest bardzo pracochłonne, dane do nich muszą wprowadzać lekarze. To jest ich dodatkowa praca, za którą w naszym kraju nie otrzymują żadnej gratyfikacji.*

Zdaniem zarządzających szpitalami

Również Marek Haber, dyrektor Szpitala Rejonowego w Suchej Beskidzkiej, były wiceminister zdrowia, uważa, że potrzebne są centralnie podejmowane decyzje pozwalające na wdrożenie w Polsce systemu PFP.

– *Wydaje się, że na razie wycena punktu (w umowach z NFZ – red.) nie zostanie podniesiona. Może więc warto wprowadzić rozwiązanie polegające na kupowaniu przez Fundusz większej liczby świadczeń w szpitalach gwarantujących wysoką jakość leczenia* – proponował Marek Haber.

Agnieszka Szpara, prezes EMC Instytutu Medycznego i wiceprezes Związku Pracodawców Medycyny Prywatnej Pracodawców RP, zwraca uwagę, że kolejnym elementem jakości, który powinien być premiowany przez płatnika, jest zachowanie kontynuacji leczenia oraz koordynowanie terapii między szpitalem, podstawową opieką zdrowotną (POZ) oraz opieką w warunkach domowych.

– *W Polsce nadal mamy do czynienia z nieefektywnym leczeniem wskutek swoistej segmentacji – po wypisaniu ze szpitala opieka często nie jest kontynuowana ani w POZ, ani w domu* – tłumaczy Agnieszka Szpara.

– *W Stanach Zjednoczonych przeprowadzono analizę wyników programu opieki koordynowanej, który obejmował: szpitale, gabinety POZ oraz opiekę domową. Okazało się, że właściwe relacje między tymi ogniwami systemu oraz skuteczny model kontynuacji opieki po wypisie przynoszą szpitalom ok. 30% oszczędności* – informowała prezes EMC Instytutu Medycznego.

Wojciech KUTA

(przedruk z internetowej wersji „Rynku Zdrowia” z 14 września 2015)

ŻYWIENIOWE WSPOMAGANIE MĘSKIEJ PŁODNOŚCI

Obecnie w Polsce z problemem niepłodności boryka się 15-20% par i w połowie przypadków problem ten wiąże się również z czynnikiem męskim. Zaleca się, aby u mężczyzn przygotowanie przedkoncepcyjne obejmowało co najmniej trzymiesięczny okres przed planowanym poczęciem potomstwa. Przygotowanie to powinno uwzględniać zarówno prawidłowy stan odżywienia, jak i sposób żywienia, gdyż czynniki te wpływają na status hormonalny ustroju, produkcję i żywotność plemników, ich jakość oraz zdolność do zapłodnienia.

W Polsce propagowane były w kolorowych czasopiśmiech diety pod nazwą „Menu dla twojego Casanowy” lub „Dieta dla Twojego faceta”, które wg ich autorów miały sprzyjać poprawie potencji i płodności. Jednak diety te nie są zbilansowane pod względem wartości energetycznej i odżywczej.

Efektom badań Nurses' Health Study II (NHS II) było m. in. opracowanie wzorca „diety płodności”, która propaguje wyższe spożycie przez osoby starające się o potomstwo m. in. jednonienasyconych kwasów tłuszczowych przy ograniczonym spożyciu izomerów trans kwasów tłuszczowych, większe spożycie białka roślinnego niż zwierzęcego, odpowiednie spożycie żelaza oraz niski indeks i ładunek glikemiczny spożywanych produktów, co zapewnia również utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia.

Wykazano, że prawidłowy stan odżywienia mężczyzn (BMI 20,0-24,9 kg/m²) istotnie wpływa na zdolności prokreacyjne. Nadmierna masa ciała u mężczyzn przyczynia się do: obniżenia stężenia testosteronu we krwi i globuliny wiążącej hormony płciowe (SHBG), wzrostu stężenia estradiolu, zmniejszenia (nawet o 25%) ogólnej ilości plemników na skutek zmniejszenia liczby komórek Sertoliego oraz do zwiększenia odsetka plemników o nieprawidłowej morfologii. Szczególnie na pogorszenie płodności u mężczyzn ma wpływ otyłość brzuszna skorelowana z insulinoopornością, hiperinsulinemią, hiperandrogenemią, zwiększeniem aromatyzacji androgenów do estrogenów oraz zmniejszeniem wydzielania gonadotropin i SHBG. Natomiast niedowaga u mężczyzn (o BMI < 20 kg/m²) sprzyja zmniejszonej (o 28,1%) koncentracji plemników i ich całkowitej liczbie, pogorszonej morfologii plemników, a nawet oligozoospermii u 29% mężczyzn.

Do nieprawidłowego stanu odżywienia przyczynia się nieracjonalny sposób odżywiania, w tym m. in. nieodpowiednia ilość posiłków w ciągu doby, zbyt długie odstępy czasowe pomiędzy nimi, dojadanie między posiłkami i/lub po kolacji w godzinach nocnych oraz nieprawidłowa struktura spożycia produktów spożywczych

przekładająca się na niedobory i/lub nadmiary składników diety.

Dlatego zaleca się spożywanie 4-5 posiłków dziennie, z 3-4-godzinną przerwą między nimi, co umożliwia utrzymanie prawidłowego stężenia glukozy we krwi i zapobiega dojadaniu w ciągu dnia. Dłuższe przerwy między posiłkami są przyczyną zmian tempa metabolizmu, wówczas organizm oszczędza spożyte pożywienie, gromadząc jego część w postaci tkanki tłuszczowej. Dlatego, uwzględniając okołodobowy rytm biologiczny oraz związane z nim wydzielanie enzymów trawienych i hormonów, zaleca się spożywanie I śniadania w godz. 6:00-8:00, II śniadania w godz. 9:00-11:00, obiadu 12:00-14:00, podwieczorku w godz. 15:00-17:00 oraz kolacji pomiędzy godziną 18.00 – 20.00 (najpóźniej 3 godziny przed planowanym snem).

Wartość energetyczna diety (WED) mężczyzn powinna być dostosowana do wieku, płci, masy ciała oraz rodzaju wykonywanej aktywności fizycznej (od 2000 kcal do 4000 kcal) i rozłożona na poszczególne posiłki: I śniadanie 25-30%; II śniadanie 5-10%, obiad 30-35%, podwieczorek 5-10% oraz kolacja 15-20%. Ponadto żywieniowe wspomaganie męskiej płodności opiera się na doposażeniu diety mężczyzn w:

1. odpowiednią ilość płynów niezbędnych do procesów przemiany materii, prawidłowej termoregulacji i funkcjonowania układu nerwowego, w ilości 30-35 ml/kg masy ciała/dobę (np.: osoba o masie 60 kg x 35 ml = 2100 ml), w tym 1,5 l w postaci czystej wody (przegotowanej, mineralnej niegazowanej) pomiędzy posiłkami. Źródłem płynów w ciągu dnia mogą być również kompoty, niesłodzone soki, herbata, kawa inka, kawa zbożowa, kawa naturalna i zupy.
2. pełnowartościowe białko, którego zapotrzebowanie wynosi 0,9 g/kg masy ciała/dobę, a jego udział powinien stanowić 10-15% WED. Źródłem białka powinny być: chudy nabiał, chude mięso, drób, ryby oraz jaja, gdyż uzyskane z niego aminokwasy stanowią prekursorzy do syntezy białek nasienia, m. in. spermidyny, sperminy, transferryny, laktoferryny i semenogeliny. Wykazano, że spożycie ww. produktów wywiera znaczny wpływ na ilość i ruchliwość plemników. Równie ważnym jest dostarczenie białka pochodzenia roślinnego (nasiona roślin strączkowych, warzywa), aby nie doprowadzić do nadmiernego spożycia białka zwierzęcego, bogatego m. in. w metioninę, która przy niskiej podaży w diecie witaminy B₆ oraz kwasu foliowego może być przekształcana w aterogenną homocysteinę. Należy również wziąć pod uwagę fakt, że pomimo wielu walorów produktów sojowych wy-

**PRZYKŁADOWY JADŁOSPIS
DLA MĘŻCZYZNY W WIEKU 31-50 LAT,
O MASIE CIAŁA 70 KG, O UMIARKOWANEJ
AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ (PAL 1,75)**

Po obudzeniu (6:00-6:30) na czczo 500 ml wody przegotowanej lub mineralnej niegazowanej

7:00 I śniadanie:

Herbata (bez cukru) 250 ml

Chleb żytni pełnoziarnisty lub chleb graham – 3 kromki (3 x 40 g)

Masło extra 15 g (3 x 5 g na kromkę)

Salata zwykła lub lodowa na chleb 3 liście (3 x 10 g)

Szynka z piersi indyka 45 g (3 plastry po 15 g)

Pomidor 100 g (pokroić na kanapki)

Papryka czerwona lub żółta ½ sztuki (pokroić na kanapki) ok. 80 g

Rzodkiewka (2-3 kulki) pokroić w plasterki na kanapki 30 g

Szczypiorek 1-2 łyżki (pokroić na kanapki) 10 g

8:00 Woda mineralna niegazowana 250 ml

10:30 II śniadanie

Truskawki 500 g

Maślanka 0,5% tłuszczu 150 ml

12:00 Woda mineralna niegazowana 250 ml

13:30 Obiad

Zupa kapuśniak ze słodkiej kapusty 300 ml

Ziemniaki młode gotowane z wody posypane koperkiem 4 szt. (300 g)

Łosoś pieczony z rusztu 150 g

Surówka z kapusty pekińskiej 150 g

Kompot z wiśni 250 ml

15:00 woda mineralna niegazowana 250 ml

16:30 Podwieczorek

Jabłko -200 g

Kisiel porzeczkowy 250 g

Ciasto drożdżowe z owocami sezonowymi, np. ze śliwkami 100 g

Kawa naturalna/herbata bez cukru 250 ml

18:00 woda mineralna niegazowana 250 ml

19:30 Kolacja

2 gołąbki z kapusty włoskiej z kaszą gryczaną i mięsem drobiowym (200 g)

sos pomidorowy 100 ml

herbata bez cukru 250 ml

Wartość energetyczna diety (WED) – 2853 kcal;

białka – 14,2% WED, tłuszcze – 29,1% WED, węglowodany – 56,7% WED, płyny – 2794 ml

kazano negatywny wpływ fitoestrogenów na układ rozrodczy męski, który objawia się spadkiem masy jąder, najądrzy i gruczołu krokowego, nieprawidłowym przebiegiem spermatogenezy.

3. węglowodany (około 300-400 g/dobę), których udział powinien wynosić 55-65% WED. Zaleca się przede wszystkim produkty węglowodanowe zawierające błonnik (20-40 g/dobę), który poprzez wpływ na regulację stężenia glukozy we krwi warunkuje prawidłową gospodarkę hormonalną ustroju, zapobiegając

rozwojowi insulinooporności skorelowanej z obniżonym stężeniem testosteronu we krwi mężczyzn. Źródłem węglowodanów powinny być: pieczywo pełnoziarniste (razowe, graham); produkty zbożowe (kasza gryczana, pęczak, jęczmienna, jaglana, kuskus); ryż brązowy oraz makaron razowy. Owoce natomiast powinny dostarczać fruktozę, która jest podstawowym cukrem redukującym nasienia. Równie istotnym jest ograniczenie spożycia cukrów prostych (poniżej 10% WED) zawartych w słodyczach, pieczywie cukierniczym i słodzonych napojach. Charakteryzują się one wysokim indeksem i ładunkiem glikemicznym, przyczyniając się do nieprawidłowej glikemii i insulinooporności, co predestynuje do zakłócenia równowagi w stężeniu hormonów płciowych.

4. tłuszcze (około 55-133 g/dobę) powinny stanowić 25-30% WED i zawierać: cholesterol (prekursor do syntezy hormonów steroidowych), fosfolipidy (składnik plazmy nasiennej i plemników) oraz jedno- i wielonienasycone kwasy tłuszczowe, szczególnie EPA (eikozapentaenowy) i DHA (dokozaheksaenowy). Wykazano, że stosunek tych kwasów do zawartości kwasu arachidonowego jest skorelowany z całkowitą liczbą plemników, ich morfologią i ruchliwością. Ponadto cennym jest dostarczenie z dietą kwasu α -linolenowego (ALA), który w jądrze pod wpływem enzymów elongazy i desaturazy jest przekształcany do kwasu DHA, a witamina B₆ oraz cynk są ich ko-faktorami. Dlatego najlepszym źródłem tłuszczów powinny być: tłuste ryby morskie, oleje roślinne (rzepakowy, oliwa z oliwek), jaja oraz orzechy. Zasadnym jest ograniczenie spożycia przez mężczyzn izomerów trans kwasów tłuszczowych (zawartych głównie w margarynach, daniach typu fast-food, daniach typu instant), które mogą niekorzystnie oddziaływać na proces spermatogenezy.
5. witaminy z grupy B: B₁ niezbędna do prawidłowego metabolizmu glukozy (źródło: wątróbka z kurczaka, wątroba wieprzowa i wołowa, jaja, pieczywo pełnoziarniste, kasze, ziemniaki, nasiona strączkowe, kapustne, ryby); B₅ (źródło: wątroba wołowa i wieprzowa, ziemniaki, groch, orzechy włoskie, jaja) i B₆ (źródło: otręby pszenne, łosoś, kasza jaglana, pstrąg, kasza gryczana, wątroba wieprzowa, soczewica, drób, fasola biała, ryż brązowy, papryka), które minimalizują stres, co pozytywnie wpływa na jakość nasienia oraz libido; B₁₂ bierze udział w komórkowej replikacji (źródło: mięso i produkty mięsne, szczupak, łosoś, sardynki, śledzie, jaja, produkty nabiałowe); kwas foliowy bierze udział w syntezie białek oraz DNA, a jego źródłem w diecie powinny być: otręby pszenne, szpinak, natka pietruszki, brukselka, groch, fasola biała, szparagi, buraki, kalarepa i pomidory.
6. witaminy antyoksydacyjne A, E, C, które wywierają korzystny wpływ na błony śluzowe narządów

płciowych, chronią plemniki przed szkodliwym działaniem metali ciężkich i stresu oksydacyjnego, tj. uszkodzeniem błon komórkowych i DNA, a tym samym przed nekrozoospermia, astenozoospermia i fragmentacją DNA. Cennym źródłem β -karotenu są marchew, jarmuż, natka pietruszki, boćwina, szczaw, szczypior, szpinak, papryka czerwona, dynia oraz morele świeże, brzoskwinie, natomiast źródłem retinolu wątroba drobiowa i wołowa, twaróg, masło, śmietana oraz jaja. Naturalnym źródłem witaminy E powinny być pełne ziarna zbóż, zielone warzywa liściaste, oliwa z oliwek, olej rzepakowy, orzechy laskowe, migdały i ryby. Dobrym źródłem witaminy C są: czarne porzeczki, natka pietruszki, chrzan, brukselka, kalafior, brokuły, truskawki, poziomki, ziemniaki i pomidory.

7. składniki mineralne takie jak: Mg, K, Na, Zn, Se, Cu, Ca, Fe, biorą udział w metabolizmie hormonów, są składnikami nasienia, niektóre antyoksydantami oraz regulują żywotność i ruchliwość plemników. Źródłami cynku w diecie mogą być pestki dyni, wołowina, kasze, migdały, pieczywo pełnoziarniste oraz owoce morza. Natomiast selen znajduje się w: rybach morskich, wątrobie drobiowej, pieczywie pełnoziarni-

stym, otrębach pszennych, jajach i drobiu. Cennymi źródłami wapnia i magnezu są: pieczywo pełnoziarniste razowe, kasze z pełnego przemiału, ryż brązowy, warzywa kapustne, orzechy, migdały, jogurty naturalne oraz twarogi.

W aspekcie okresu prokreacji substancją niezbędną u mężczyzn do syntezy plazmy nasiennej oraz jako materiału energetycznego dla plemników jest L-karnityna, której stężenie jest wprost proporcjonalne do ilości obecnych w nim plemników oraz stopnia ich ruchliwości. Jej synteza w ustroju przebiega wieloetapowo z lizyny i metioniny, przy udziale enzymów, które wymagają obecności kofaktorów takich jak Fe, witaminy C, B₆ oraz niacyna. Niedobór w organizmie choćby jednego z wymienionych związków powoduje obniżenie syntezy karnityny.

Dopełnieniem zalecanego wspomagania żywieniowego męskiej płodności niezbędna jest aktywność fizyczna, która nie tylko reguluje masę ciała, ale korzystnie modyfikuje glikemię i profil lipidowy, a tym samym reguluje gospodarkę hormonalną mężczyzn oraz poprawia samopoczucie i nastrój.

Dr inż. Zuzanna GOLUCH-KONIUSZY

(przedruk z „Vox Medici” nr 3/15)

MEDYCYNĄ PO DYPLOMIE

KORZYŚCI, NIEPOKOJE, KONTROWERSJE

FAKTY I MITY O SZCZEPIENIACH U DZIECI

Szanowni Państwo Lekarze – pediatrzy, neonatolodzy i specjaliści medycyny rodzinnej, lekarze POZ.

Szczepienia ochronne są prawdziwym dobrodziejstwem w walce z chorobami zakaźnymi – tego zdania nie trzeba szerzej rozwijać, jest całkowicie jasne i zrozumiałe. Program Szczepień Ochronnych (PSO), ogłaszany rokrocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego, opracowano profesjonalnie i obowiązuje powszechnie, objaśniając dokładnie zarówno szczepienia obowiązkowe, a także zalecane (kwestie doboru szczepionek, jak i terminów ich podawania).

Trzeba rozmawiać z rodzicami

Odsetek dzieci, które realizują obowiązujący PSO jest w naszym kraju wysoki i wynosi ponad 90%. Jednakże coraz częściej obserwuje się liczbę dzieci nie szczepionych, która zwiększa się z roku na rok; rodzice tych dzieci świadomie rezygnują ze szczepień bądź ich wykonawstwo jest bardzo opóźnione. Wiąże się to przede wszystkim z aktywnością tzw. ruchów antyszczepionkowych, któ-

rych członkowie głoszą przeróżne opinie na temat szkodliwego wpływu szczepień na zdrowie dzieci [...]

Głównym zadaniem osób zajmujących się opieką zdrowotną dzieci i młodzieży jest zatem udzielanie informacji na temat potrzeby i istotnego znaczenia szczepień ochronnych oraz wyjaśniania wątpliwości rodziców, w tym przede wszystkim obaw związanych z rzekomą ich szkodliwością szczepień i postrzeganiu jako niepotrzebnych (...) Większość niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) wynika z przypadkowego wystąpienia objawów chorobowych czasowo związanych z momentem szczepienia (koincydencja). Lekarze nie zawsze mogą wykryć okres wylęgania infekcji w dniu wykonania szczepienia – tu uwaga: trzeba dokładnie zbierać wywiad, bo czasem jest ważniejszy od objawów badania przedmiotowego, szczególnie w przypadku braku tych objawów. Z wystąpieniem NOP wiąże się też indywidualna reakcja organizmu na konkretne szczepienie.

Istotnym argumentem w każdej z takich rozmów jest wyważenie realnych korzyści ze szczepienia z potencjal-

nym ryzykiem działań niepożądanych. Objawy niepożądane, które mogą pojawić się w związku z niektórymi szczepieniami są Państwu dobrze znane, dlatego nie będę się o nich tutaj rozpisywać (...)

Wielkie fałszerstwo Wakefielda

Najwięcej niepokoju wśród rodziców, ale nawet także wśród lekarzy, wzbudzają informacje o niebezpieczeństwie szczepionek zawierających żywe drobnoustroje, w tym przede wszystkim wirusy. Na pierwszym miejscu wśród nich należy wymienić szczepionkę przeciw odrze, śwince i różyczce (w PSO figuruje jako MMR). Do zaprzestania jej stosowania doszło w Wielkiej Brytanii i następnie w Kanadzie po opublikowaniu w 1998 r. w czasopiśmie „The Lancet” artykułu dr. Andrew Wakefielda (wraz z grupą lekarzy), w którym dowodzono, że u dwunastu dzieci pojawiły się objawy autyzmu w ciągu jednego miesiąca po szczepieniu MMR. Mimo zaprzestania stosowania tej szczepionki, co spowodowało gwałtowny wzrost zapadalności na odrę z najcięższym jej przebiegiem, zachorowania na autyzm wzrastały. Stało się to przyczyną wnioskowania o braku zależności pomiędzy zachorowaniem na autyzm a szczepieniem MMR.

Wiele lat musiało upłynąć zanim naukowcy i klinicyści udowodnili, że artykuł Wakefielda i współautorów był jednym wielkim fałszerstwem, a jego autorzy byli przekupieni przez firmę konkurencyjną z tą, która produkowała bardzo rozpowszechnioną wówczas szczepionkę. Dowody obalające hipotezę Wakefielda [...] doprowadziły do tego, że w 2010 r. „The Lancet” usunął artykuł ze swoich zbiorów archiwalnych. Artykuł wiążący szczepionkę MMR z autyzmem okazał się oszustwem spreprowowanym przez lekarza; udowodniono to bezsprzecznie i w 2012 r. pozbawiono Wakefielda prawa wykonywania zawodu lekarza.

Jednakże tak silna i długotrwała opinia została ślad wykorzystywany i dzisiaj przez przeciwników szczepień niezależnie od ich wieku, zawodu i wykształcenia. Stało się to przyczyną coraz częstszego nieszczepienia dzieci, głównie szczepionką MMR, co wiąże się z kolei ze wzrostem zachorowań na odrę, różyczkę, a nawet świnkę. I tak w Polsce w 2010 r. rozpoznano 13 przypadków odry, w 2011 r. – 39, w 2012 r. i 2013 r. odpowiednio: 70 i 80 zachorowań, natomiast w 2014 r. zachorowało już 110 osób; wszystkie nieszczepione przeciw tej chorobie. Ważna i bardzo pozytywna jest informacja, że w Polsce przeciw odrze zaszczepionych jest jak dotąd prawie 95% dzieci i młodzieży (...)

Z faktami trudno polemizować

Kolejnym mitem wykorzystywanym w opiniach podważających bezpieczeństwo szczepień ochronnych jest hipoteza o toksycznym działaniu tiomersalu, który jest środkiem znajdującym się w niewielkich ilościach, w niektórych szczepionkach, jako utrwalający aktywność an-

tygeny. W licznych badaniach prowadzonych w niezależnych ośrodkach, nie potwierdzono szkodliwego wpływu tiomersalu na zdrowie [...] Interesująca jest długofalowa ocena występowania zachorowań na autyzm w Kalifornii, udowadniająca wzrost zachorowań na tę chorobę, pomimo wycofania szczepionek zawierających tiomersal [...] Obecnie stosowane w Polsce szczepionki, które zawierają tiomersal w ilościach nie przekraczających dobowego limitu ekspozycji rtęci ze środowiska, to: DTPw, DT, Td, T – są one uznane za całkowicie bezpieczne.

Wpływ szczepień na wywołanie chorób atopowych jest także mitem, który obalają badania naukowe [...] Przedstawia się w nich dowody na to, że zarówno liczba szczepień, jak i ich rodzaj nie wpływają na nasilenie objawów alergii (nie zwiększają ryzyka uczulenia na składniki pokarmowe lub alergeny wziewne) u dziecka oraz na zwiększenie aktywności atopii (stężenie IgE). Międzynarodowe towarzystwa naukowe,

zajmujące się m.in. szczepionkami (CDC, ACIP, AAP, WHO), potwierdzają brak związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy szczepionkami a zwiększoną chorobowością z powodu alergii. Udowodniono również brak związku między szczepieniem BCG lub przeciwko krztuścowi a występowaniem astmy w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym [...]

Kontrowersje dotyczą też wpływu szczepionek na układ immunologiczny. Przeciwnicy szczepień podnoszą kwestię osłabienia układu immunologicznego dziecka lub/i jego wyczerpywania się w związku z podawaniem licznych antygenów w szczepionkach. Otóż szczepienia nie „przeciążają” tego układu; podawane szczepionki angażują zaledwie małą część pamięci immunologicznej człowieka. W badaniach klinicznych potwierdzono jednoznacznie brak negatywnego wpływu na układ odpornościowy wielu szczepień wykorzystywanych jednocześnie [...]

Proszę pamiętać, że podanie więcej aniżeli jednej szczepionki w tym samym czasie jest absolutnie bezpieczne dla zdrowia dziecka. Podając jednocześnie szczepionki, angażuje się zaledwie 0,1% układu odpornościowego – to są fakty. Nowoczesne szczepionki zawierają bardzo zredukowaną, w stosunku do wcześniejszych, ilość antygenów (białek, polisacharydów).

Szczepienia – jak ubezpieczenia OC

Na zakończenie chciałabym zwrócić uwagę Państwa na kwestię logicznego wyjaśniania rodzicom/opiekunom potrzeby szczepienia niemowlęcia, a nawet noworodka. O tych najważniejszych (BCG, anty HBV) decyduje sytuacja epidemiologiczna (możliwość zachorowania, brak odporności od matki) przy w pełni zdolnym do odpowiedzi układzie odpornościowym. W kolejnych miesiącach szczepienia są konieczne, gdyż wygasa odporność matczyna i zwiększa się zapadalność dziecka, z cięższym przebiegiem w niemowlęctwie. Odporność poszczepien-

na wytwarza się od najwcześniejszych tygodni życia – więc nie trzeba czekać, aby było bezpieczniej (...)

Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii – prof. Teresa Jackowska przedstawia zdecydowanie swoje stanowisko, uważając, że lekarze i pielęgniarki, które odradzają lub zniechęcają rodziców do szczepień, powinny być pozbawieni prawa wykonywania zawodu, gdyż postępują wbrew aktualnej wiedzy medycznej. O ogromnej potrzebie szczepień dzieci pisze w artykule zatytułowanym „Szczepienia dzieci jak ubezpieczenie OC – powinny być obowiązkowe” („Medycyna Praktyczna”. Szczepienia. 2015, 2, 7–11 i 29).

*prof. dr hab. n. med. Danuta CHLEBNA-SOKÓŁ
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pediatrii*

PS. W artykule wykorzystałam materiały z „Warsztatów wakcynologicznych” opracowane przez dr n. med. Ilonę Małecką i Joannę Stryczyńską-Kazubską z Katedry i Zakładu Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, reprezentujące Polskie Towarzystwo Wakcynologii.

Od redakcji „Panaceum”: Artykuł publikujemy z niewielkimi skrótami dokonanymi w tekście oraz pominięciem odniesień do publikacji, omawiających dane zagadnienie – wszystkie skreślenia zostały zaznaczone wielokropkiem w nawiasie (te drugie – w kwadratowym). Śródtytuły pochodzą od redakcji.

(przedruk z „Panaceum” nr 8–9/15)

ETYKA

NEGATYWNE ASPEKTY WSPÓŁPRACY Z PRZEMYSŁEM, CZYLI NA CO UWAŻAĆ W RELACJACH Z FIRMAMI?

W 2009 r. świat dał się ponieść czemuś, co socjologzy nazywają paniką moralną. Opinia publiczna (bogactw) państw, rozpalona pospiesznym i niespodziewanym ogłoszeniem przez Światową Organizację Zdrowia pandemii świńskiej grypy, doniesieniami o zbliżającej się fali zachorowań i wizją milionów zgonów, z przerażeniem wyczekiwała najgorszego. W obliczu paniki grypy rządu USA i wielu krajów europejskich wydały wg szacunków banku inwestycyjnego JP Morgan między 7 a 10 mld dolarów na zakup szczepionek – z których zdecydowana większość nie została nigdy użyta. Jak do tego doszło? Kluczowe w podejmowaniu tych decyzji, przez WHO i szereg rządów, były tzw. „ekspertkie” rekomendacje. O bardzo bliskich powiązaniach ekspertów WHO z przemysłem farmaceutycznym alarmowała wielokrotnie niezależna organizacja antykorupcyjna Transparency International, a przemożny wpływ producentów szczepionek na decyzje i wytyczne dotyczące grypy H1N1 potwierdził późniejszy raport Rady Europy. Ogromne zyski czerpane przez doradców rekomendujących zakupy szczepionek ze współpracy z ich producentami opisywały też – bez szerszego odzewu – media w Wielkiej Brytanii i Niemczech, krajach, które obok wielu innych szczepionki zakupiły. Jaki był wpływ firm na co najmniej kontrowersyjne ogłoszenie przez Światową Organizację Zdrowia pandemii grypy, wybuch paniki świńskiej grypy i lawinę wynikających z nich działań już na poziomie rządowych decyzji? Czy bez tzw. „niezależnych ekspertów”

żyjących ze współpracy z przemysłem w ogóle doszłoby do tej sytuacji?

Czy to niezbyt odległy przykład? Wprost przeciwnie. Lekarze na całym świecie, poczynając od rodzinnych, aż po autorytety medyczne, są wystawieni na działanie tej samej, choć działającej w innej skali, maszyny „promocyjnej” firm medycznych. Wytwarza ona sytuację konfliktu interesów, gdzie współpracujący z firmą lekarz stoi pomiędzy interesem publicznym – tu każdego pacjenta (oczekiwanie najlepszej i w miarę możliwości nie najdroższej terapii, co jest także interesem płatnika, czyli de facto państwa) i prywatnym – ramię w ramię własnym i firmy. W sytuacji tej dążenie do realizacji interesu prywatnego może godzić w dobro publiczne (pacjentów, państwa), jak również mieć negatywny wpływ na wykonywanie obowiązków (dobór leczenia). Wybór powinien być jasny, lecz w obliczu systemu mniej lub bardziej zgodnych z prawem i etyką zachęt i nagród, często przechyla się na stronę płacącej firmy. Dlaczego zatem lekarze decydują się na współpracę – od luźnej i niemal bez zobowiązań, aż po bycie „ambasadorem” płacącej im firmy? Przyjrzyjmy się kilku typowym wymówkom, dzięki którym lekarze usprawiedliwiają swoją współpracę z przemysłem.

„*Przecież ja piszę najlepsze leki*” – czyli to, że ktoś mnie za to wynagradza, nie jest w żadnym razie czymś złym, skoro i tak pisałbym to samo. Ot, taki niewielki bonus, rodzaj wdzięczności. Dlatego też można jechać na zagraniczny kongres, krajową konferencję, mały wy-

pad weekendowy ze spotkaniem promocyjnym leku. To nawet dobrze, że przy okazji dowiedzieć się będzie można dlaczego to on, właśnie ten najnowszy i najmocniej promowany lek, jest najlepszy, jakie przynosi korzyści – pacjentom oczywiście! – w porównaniu ze starszymi preparatami. To wszystko jeszcze bardziej utwierdza w przekonaniu, że „piszę najlepszy lek”. Rzeczywistość nie rysuje się jednak w aż tak różowych barwach. Czy na pewno wiadomo, że to najlepsze leki? Liczne niezależne analizy ukazały, że wyniki badań klinicznych przedstawiane są nie do końca obiektywnie, negatywne dane nie są publikowane, a wiele z nowych leków nie przynosi aż tak wielkich korzyści, jak obiecują ich producenci (i wysoka cena). W amerykańskiej tradycji mówi się, że nie ma czegoś takiego jak darmowy lunch. Co to oznacza? Po prostu, że nie ma relacji z firmami bez zobowiązań – każda współpraca wiąże się z pewnymi oczekiwaniami, których niewypełnianie szybko ją zakończy. Dlatego przed podjęciem współpracy należałoby odpowiedzieć sobie przynajmniej na kilka pytań: czego zapraszający oczekują w zamian? Dlaczego tak bardzo im zależy? Czy celem współpracy nie jest zaskarbiecie sobie przychylności (lekarza czy autorytetu medycznego), wzrost świadomości i promowanie (nieraz spornych) korzyści leku, a w efekcie wzrost jego sprzedaży? Odpowiedzi na takie pytania mogą wywołać pewne wątpliwości co do czystości intencji firm i etyczności bezrefleksyjnej współpracy z nimi. Nie mamy przecież do czynienia, co nie będzie żadnym odkryciem, z organizacjami charytatywnymi. Wprost przeciwnie, współpraca z przemysłem to podawanie dłoni przedstawicielom najbardziej dochodowego sektora gospodarki z rocznymi nakładami największych firm na marketing i promocję w wysokości miliardów dolarów. Znamienne, według najnowszych analiz GlobalData, w niektórych przypadkach, np. Johnson&Johnson, Glaxo-SmithKline czy Pfizer, dwukrotnie przekraczają one koszty badań i rozwoju, tak często przez koncerny pokazywane jako największe wydatki, mające usprawiedliwiać horrendalnie wysokie ceny najnowszych leków.

„Przecież nikt na tym nie traci”. A jednak. Ktoś ponosi koszty, swymi wydatkami pokrywa ogromne budżety na marketing, sprzedaż i promocję leków – zarówno innowacyjnych, jak i istniejących od dawna na rynku tzw. generyków. Kto za to płaci? Pacjent, to oczywiste, ale też i płatnik, NFZ – w uproszczeniu państwo lub każdy z nas. Wydatki, które pociąga za sobą nadmierna preskrypcja nowych, objętych jeszcze patentami leków, są ogromne. Według opierających się na oficjalnych danych NHS analiz Prescribing Analytics, system służby zdrowia w Wielkiej Brytanii mógłby rocznie oszczędzać nawet miliard funtów, gdyby tylko lekarze rozważniej korzystali z możliwości zapisywania tańszych zamienników leków.

„Przecież pozostaję obiektywny”. Znow, czy aby na pewno? Obejmujące 330 tys. amerykańskich lekarzy badanie z 2014 r. (Engelberg, Parsons i Tefft) potwierdziło, że korzyści otrzymywane od firm farmaceutycznych wpływają na to, jakie leki przepisują lekarze. Dodatkowo, gdy przekraczały one rocznie \$1000, wypisywali średnio o 60 recept więcej. Motywowani przez firmy lekarze są bardziej skory do ordynowania droższych leków, łatwiej zacieśniają współpracę i chętnie przystają na kolejne jej formy (kongresy, wykłady, spotkania promocyjne, badania kliniczne, konsultacje, udział w ukrytych kampaniach promocyjnych itd.).

„Bo słabo mi płacą”. Być może tak było, choć dziś zarobki większości polskich lekarzy są na szczęście co najmniej godziwe. Taki argument moglibyśmy też postawić w jednym szeregu obok usprawiedliwiania przyjmowania łapówek od pacjentów czy od firm medycznych, wdzięcznych za „stosowne” opisanie specyfikacji przetargu. Co więcej, współpraca z przemysłem lekowym nie omija żadnego rejonu świata, ot chociażby USA, gdzie w pierwszej dziesiątce najlepiej płatnych zawodów są sami lekarze. A to tam właśnie globalne koncerny farmaceutyczne płacą najwyższe kary finansowe za nielegalny marketing leków i korupcję.

„A jak mam sobie zapłacić za kongres?”. To argument częsty i w dużym stopniu niestety słuszny. Mało który lekarz jest w stanie lub chce z własnej kieszeni zapłacić kilka lub kilkanaście tysięcy złotych za wyjazd na dużą krajową lub międzynarodową konferencję. Jeszcze mniej osób prowadzi jednocześnie niezależną od przemysłu działalność badawczą i mogłoby wyjazd opłacić z grantu. Brakuje innych źródeł finansowania – kongresów, szkoleń, dostępu do najnowszej literatury medycznej, którą dostarczają koncerny. Mowa tu oczywiście tylko o prawdziwych edukacyjnych celach i autentycznych konferencjach lub szkoleniach. Na szczęście w zapomnienie wydają się odchodzić czasy, gdy rzekomy wyjazd na konferencję okazywał się tygodniem na egzotycznej plaży lub pełnym wrażeń weekendem w górach, a w trakcie szkolenia brakowało już czasu na prawdziwą część edukacyjną. A takie atrakcje były przez ponad 2 dekady działalnością firm farmaceutycznych w Polsce niemalże normą.

„Przecież to zgodne z prawem”. Tak, lecz do pewnego stopnia. Prawo farmaceutyczne pozwala na niewielkie związane z praktyką lekarską podarunki o wartości do 100 zł. Jednak to przecież tylko kropla w morzu. Dodatkowe gratyfikacje ukrywane są skrzętnie w jak najbardziej legalnych umowach na „badania marketingowe”, faktyczne lub rzekome konsultacje, wykłady. Niektóre z nich podpisywane są tylko po to, by móc zainkasować od firmy pieniądze, np. za wypisywanie recept.

Co więcej, nie wszystko to, co zgodne z prawem, jest etyczne i przyzwoite. Przed podjęciem współpracy i w jej trakcie powinno się pojawiać pytanie – czy mój

partner czegoś chce w zamian? Jeżeli tak, to czego? Już takie proste pytania powinny pozwolić na nabranie dystansu do propozycji firm i przyjrzenie się, czy na pewno należy taką propozycję przyjmować.

W ostatnich latach dużo zrobiono w kierunku zwiększenia przejrzystości w relacjach przemysłu ze służbą zdrowia. Firmy farmaceutyczne chętnie podkreślają swoją aktywną w tym rolę, przywołując kodeksy i inicjatywy na poziomie globalnym i europejskim – a co za tym idzie, i krajowym, jak wprowadzany właśnie w Polsce rejestr płatności dla lekarzy stowarzyszenia Infarma (będący konsekwencją członkostwa tejże w europejskiej organizacji zrzeszającej największe koncerny EFPIA, a nie ze szczególnej proaktywności polskich filii międzynarodowych firm). Inicjatywy takie nie są jednak konsekwencją nagłej, altruistycznej chęci oczyszczenia środowiska, a raczej efektem fatalnego image'u całej branży, wynikającego m. in. z szeregu gigantycznych skandali korupcyjnych (np. w USA, Francji, Chinach, a nawet na Bliskim Wschodzie) czy coraz silniejszej fali krytyki związanej z dostępnością leków w biedniejszych rejonach świata; z cięcia wydatków w obliczu prognozowanego obniżenia przychodów oraz wprowadzanych w wielu państwach zmian prawnych, mających na celu ograniczenie „samowolki” w relacjach przemysłu i lekarzy. Te ostatnie zwykle koncentrują się właśnie na upublicznianiu korzyści finansowych czerpanych ze współpracy z przemysłem przez lekarzy i instytucje służby zdrowia. Wśród najważniejszych z nich jest amerykańska ustawa „Sunshine Act” z 2010 r. To właśnie USA wytacza największe działa przeciwko korupcji i nadużyciom firm, stosując zarówno sankcje karne, jak i gigantyczne kary finansowe, tak jak rekordowa w wysokości 3 mld dolarów, nałożona w 2012 r. na GlaxoSmithKline. Należy też pamiętać, że na koncerny lekowe nałożono 13 z 20 najwyższych kar za oszustwa – w ostatnich latach w wysokości ponad miliarda każda. Podobne prawo ujawniające relacje firm z przedstawicielami służby zdrowia w Europie wprowadziły m. in. Słowacja (2011), Portugalia (2013) i Francja (2011), ta ostatnia po gigantycznym skandalu z lekiem Mediator, który mógł spowodować śmierć nawet 2000 osób. Niestety nie ma planów wprowadzenia podobnych rozwiązań prawnych w Polsce, gdzie jedynym podjętym krokiem było rozporządzenie z 2008 r. ograniczające „fałę” przedstawicieli medycznych w placówkach służby zdrowia.

Zwiększanie przejrzystości na pewno jest dobrym krokiem w kierunku uświadamiania opinii publicznej skali problemu, a samym lekarzom, że należy dokładniej zastanawiać się nad tym, na ile zgodne z prawem, etyczne i po prostu przyzwoite są różne formy korzystania z – nieraz zbyt szerokich – możliwości oferowanych przez firmy. Powszechnie dostępne rejestry, wystawiające na widok publiczny wszelkie płatności na linii przemysł – służba zdrowia (lekarze, instytucje medyczne,

organizacje pacjentów) na pewno pohamują chęć oferowania i czerpania zwłaszcza tych już niezdrowych korzyści. To, co wydawać się może początkowo krokiem przeciwko firmom i lekarzom, może przyczynić się do ucywilizowania ich relacji, a przez to i oczyszczenia ich z odium korupcji.

„Przecież to niezobowiązująca rozrywka za darmo”. Znow, tak jak nie istnieją darmowe lunchy, tak i nie ma ot tak sobie organizowanych wieczornych „spotkań promocyjnych” w dobrych restauracjach z otwartym rachunkiem, nie ma „szkolenia” z obiadem, spektaklem teatralnym i innymi weekendowymi atrakcjami, czy też darmowych obiadów przynoszonych na oddział przez elegancką i zawsze uśmiechniętą przedstawicielkę medyczną. Biorąc udział w takich atrakcjach, lekarze wchodzą we współpracę z przemysłem – współpracę, która nie będzie kontynuowana, jeżeli nie spotka się z dobrym przyjęciem i przychylnością ze strony „odbiorcy”.

„Jak ja nie skorzystam, to weźmie ktoś inny”. To już niestety argument pokazujący niedobłą kondycję środowiska lekarskiego, o której wspominają tylko nieliczni. Bardzo ważny jest zarówno klimat braku przyzwolenia w środowisku, jak i u samych lekarzy umiejętność trzeźwego spojrzenia na otrzymywane propozycje, odrzucania tych etycznie dwuznacznych, mogących narazić na szwank dobre imię i uderzających w elementarne wręcz poczucie przyzwoitości. Pamiętajmy, że w relacji lekarz – firma farmaceutyczna mamy do czynienia ze szczególną nierównością stron. Z jednej strony stoi przedstawiciel medyczny – dobrze wyszkolony, uzbrojony w wysublimowane techniki perswazyjne, przygotowany na odmowę i niezrażający się koniecznością wielokrotnego powracania do lekarza, chętny do pracy w weekendy i wieczorami, zawsze gotowy do pomocy. Z drugiej strony jest lekarz – słabo przygotowany do radzenia sobie z perfekcyjnie wyuczonymi „narzędziami promocji”, zwykle niedostrzegający problemów mogących wynikać z relacji z firmami, dający się przekonać do coraz to kolejnych form współpracy, od przyjmowania drobnych podarunków, przez korzystanie z różnych form gościnności, a w skrajnych przypadkach startujący w wyścigu o to, kto wypisze najwięcej recept na promowany aktualnie lek lub stający się nieformalnym rzecznikiem firmy wśród lekarzy i w ukrytych kampaniach promocyjnych. Szkoda, że nikt nie uczy lekarzy, jak radzić sobie w obliczu tej agresywnej, a zarazem doskonale przemyślanej i „sformatowanej” promocji. Są ku temu możliwości – w ramach studiów i kursów w ramach specjalizacji wprowadzenie takich zajęć mogłoby być obligatoryjne, a w trakcie pracy mogłoby się stać po prostu przyjętą dobrą praktyką.

Lekarze nie są świadomi istnienia konfliktu interesów. Według badań NIL z 2013 r. zdecydowana większość lekarzy nigdy nie zetknęła się osobiście z tym

pojęciem, tylko 11% składało kiedykolwiek deklarację konfliktu interesów, a dodatkowe 5% wyłączało się z działań, w których konflikt ten mógł się ujawnić. Co więcej, zdecydowana większość (93% ankietowanych lekarzy) chce, by w sytuacji konfliktu interesów lekarz sam czuwał nad swą obiektywnością. Naiwność czy obłuda? Trudno chyba liczyć, że bez rozwiązań prawnych i faktycznie przestrzeganych wewnątrzśrodowiskowych regulacji ktokolwiek zacznie nagle ujawniać swe powiązania z przemysłem i czerpane od firm korzyści w publikacjach lub na konferencjach, nie mówiąc już o wyłączeniu się z podejmowania decyzji lub innych działań, w których stawką są już duże pieniądze.

Konieczne jest przyznanie, że korzyści czerpane przez lekarzy ze współpracy z firmami wpływają na ich obiektywność i podejmowane przez nich decyzje. To pierwszy krok na drodze do uregulowania i ucywilizowania relacji z przemysłem. Silne państwo, faktycznie i w sposób

kontrolowany ograniczający się przemysł, a także samo środowisko medyczne muszą być zdeterminowane do walki z korupcją i nieetycznymi zachowaniami w opisywanych relacjach. Dwa pierwsze powzięły kroki, które z pewną dozą optymizmu i zaufania można przyjąć jako idące w dobrym kierunku. Jednak bez ujawniania, piętnowania i odrzucania przez środowisko medyczne patologicznych zachowań, nie można liczyć, ani na czystą współpracę, ani na polepszenie społecznego odbioru relacji lekarzy z przemysłem.

Dr Paulina POLAK
adiunkt w Instytucie Socjologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego

Autorka zajmuje się analizami socjologiczno-prawnymi problemów i patologii życia publicznego. Jest autorką książki „Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce”.

(przedruk z „Medium” nr 6/15)

O SZTUCE SŁUCHANIA

„Być mędrce – to słuchać innych i rozumieć siebie, to brać od każdego i dawać wszystkim.”

WŁADYSŁAW GRZESZCZYK

Tematem przewodnim kwietniowych Gdańskich Spotkań z Etyką Lekarską była etyka słuchania. Tym razem zmieniono konwencję konferencji. Po wykładzie wprowadzającym przewidziano dyskusję panelową w gronie lekarzy reprezentujących różne specjalizacje. Spotkanie otworzyła i przywitała zebranych gości prof. Grażyna Świątecka. Wykład inaugurujący pt.: „Wartość i sztuka słuchania” wygłosił ks. prof. dr Krzysztof Grzywocz – psycholog z Uniwersytetu Opolskiego.

Na początku wykładowca zaznaczył, że istotą wartości jest to, że chcemy się z nią podzielić. Każdy człowiek ma swoją wartość, nie wszyscy jednak są jej świadomi. Następnie stwierdził, że słuchanie niesie za sobą dwa zasadnicze aspekty: po pierwsze, jest podstawą do postawienia prawidłowej diagnozy, po drugie, służy stworzeniu odpowiedniej więzi między lekarzem a pacjentem, co jest szczególnie ważne u chorego niedawno przyjętego na oddział. Często u takich osób występuje zjawisko regresji. Prelegent tłumaczy je w następujący sposób: pacjent w szpitalu czuje się zagubiony, osamotniony; cofa się wówczas do bezpiecznego okresu (często jest nim dzieciństwo). Mechanizm ten ma swoje wady i zalety, ale pokazuje to, co jest w nas najbardziej wartościowe. Osoba słuchająca powinna wyjść temu naprzeciw. Jednocześnie, podkreślona została waga zwrotu „zamieniam się w słuch” oznaczającego „słucham całym sobą”. Wykładowca, wychodząc od niemieckiego słowa *die Wahrnehmung* – tłumaczonego dosłownie jako „przyjęcie prawdy”, stwierdził, że dogłębne słucha-

nie pacjenta realizuje się w kilku sferach. Pierwsza to postrzeganie pacjenta – zwrócenie uwagi na to, jak jest ubrany, jak się zachowuje, czy dba o siebie. Kolejna to sfera uczuć. Tu zaznaczono, że nie ma uczuć dobrych ani złych, wszystko jest kwestią naszej interpretacji. Następna sfera dotyczy tego, jak rozumiem swojego pacjenta, jak rozumiem jego objawy i zachowanie? Podsumowując swoją prelekcję, ks. prof. stwierdził, że słuchanie jest ważnym elementem spotkania, bardzo głęboko wpływa na proces leczenia.

Po wykładzie słuchacze mieli okazję zadać prowadzącemu kilka pytań. Jako pierwsza pytanie o aktywność obojga stron w rozmowie zadała prof. Suchorzewska. W odpowiedzi ks. prof. podał, że bardzo istotne jest zachowanie dla dynamizmu rozmowy aktywności obu stron, co nie zawsze jest łatwe. Podkreślono, że wielu nauczyło się świetnie słuchać, ale mimo to budzą lęk u pacjenta.

Prof. Zdrojewski spytał z kolei o kwestię ułożenia odpowiedniego planu rozmowy z chorym. W odpowiedzi ksiądz wyjaśnił, że to w dużej mierze zależy od osoby pacjenta. Nie ma jednego, gotowego planu. Inaczej się rozmawia, gdy słucha się o problemach somatycznych, inaczej o psychicznych czy duchowych.

Ksiądz profesor wyjaśnił również, że podział uważanego słuchania na 3 sfery jest podziałem metodycznym. Można dodać jeszcze 4. sferę – sferę duszy. Tu jednak zaznaczono, że na początku należy w ogóle założyć, że taka sfera istnieje. Nie zawsze lekarz prowadzący ją akceptuje, ale dla pacjenta może ona być bardzo istotna.

Seria pytań zamknęła część wykładową, a po krótkiej przerwie zaproszeni do panelu dyskusyjnego goście zastanawiali się m. in. nad następującymi kwestiami: jak

nawiązać relacje z pacjentem? jak radzić sobie z limitem czasu narzuconym przez NFZ na rozmowę z pacjentem? jak radzić sobie z pacjentem agresywnym? czy zdarza się nam zaprzyjaźnić z pacjentem i jego rodziną?

Jako pierwsza głos w dyskusji zabrała dr hab. Jolanta Wierzbą – pediatra. Zwróciła przede wszystkim uwagę na to, jak nie powinno się przekazywać pacjentom trudnych informacji. Przede wszystkim należy zadbać o właściwe miejsce, nie używać medycznego żargonu. Docent zauważyła, że pracując z małymi pacjentami pracuje się też równolegle z ich rodzicami i nierzadko trzeba się zmierzyć z ich problemami – przemocą w rodzinie, rozwodami lub innymi trudnymi sprawami, które obciążają również dziecko.

Z kolei dr n. med. Aleksandra Kicińska – internista, stwierdziła, że na studiach medycznych nie ma możliwości nauki rozmowy z pacjentem, stąd studenci uczą się takich kontaktów podczas przyglądania się pracy starszych kolegów. Doktor przypomniała również, że 7% naszego przekazu to przekaz werbalny, pozostałe 93% stanowi „mowa ciała”, stąd tak ważna jest umiejętność synchronizowania naszego ciała z treścią przekazywanych przez nas informacji. Osobną sprawą pozostaje kwestia poglądów. Nie należy na siłę przekonywać pacjenta do swojego światopoglądu, ale też nie ma potrzeby odżegnywania się od własnych zasad. Kończąc wystąpienie, prelegentka w kilku punktach przedstawiła reguły dobrej rozmowy. Należy zatem: nawiązać kontakt wzrokowy; potakiwać, dopytywać, wykazywać empatię, na kolejnej wizycie zapytać o wcześniejsze problemy, wcześniej zgłaszane skargi, zwracać się personalnie do pacjenta (beziemienny jest najbardziej agresywny). Nigdy nie powinno się wchodzić w dyskusję z pacjentem pobudzonym, a na pewno nie wolno na niego krzyczeć. Należy również pamiętać o dostosowaniu swojego przekazu do poziomu wykształcenia chorego (70% naszego społeczeństwa nie rozumie treści nadawanych w programach informacyjnych).

Pani dr n. med. Barbara Sęp-Kowalikowa – psychiatra, podkreśliła, że każda rozmowa z pacjentem to nie tylko diagnostyka, ale też leczenie. Chcąc zaznaczyć nieprzeceńioną wartość terapeutycznego kontaktu z pacjentem zauważyła, że chorego można wyprowadzić nawet z najcięższej psychozy, ale trzeba najpierw nawiązać ten kontakt.

Dr Małgorzata Kaczmarek – specjalista medycyny paliatywnej, dodała, że sama kieruje się podczas rozmowy ze swoimi chorymi dwiema zasadami. Pierwsza z nich mówi: „bądź człowiekiem, potem lekarzem”, druga zaś „traktuj tak, jak sam chciałbyś być traktowany”. Podając własne wskazówki na wartościowy kontakt z pacjentem, zaznaczyła, że zwykle dba o to, by podczas rozmowy z chorym był obecny ktoś z rodziny. To ułatwia później właściwe przestrzeganie zaleceń lekarskich.

Jako ostatni głos zabrał dr Mirosław Batko – chirurg, specjalista medycyny paliatywnej. W swoim wystąpieniu podkreślił, że zawsze na początku stara się dowiedzieć, ile pacjent wie o swojej chorobie. Potem stara się nawiązać z chorym taki kontakt, by ten poczuł się przy nim swobodnie, otworzył się. Powiedział również, że nigdy nie mówi choremu, kiedy ten może umrzeć. I najważniejsze: „*Nigdy nie odbieram też nadziei. Bo nadzieja to oczekiwanie czegoś lepszego w przyszłości, a dla każdego to coś innego znaczy*”.

W swoich wystąpieniach uczestnicy podkreślali również wartość modlitwy za swoich pacjentów, traktując niektóre z wyzdrowień jako przykłady cudów.

Konferencję zakończyła tradycyjnie już dyskusja między uczestnikami spotkania. Warto dodać, że frekwencja towarzysząca kwietniowej edycji, pokazuje, że temat relacji lekarz – pacjent nie został jeszcze wyczerpany i spotyka się ze zrozumiałym zainteresowaniem ze strony środowiska medycznego.

Wojciech PĄCZEK

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 6-7/15)

PRAWO NA CO DZIEŃ

SOLIDARNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ PODMIOTU LECZNICZEGO I LEKARZA ZA BŁĘDY W SZTUCE LEKARSKIEJ

W ostatnich latach zauważalna jest tendencja do wzrostu roszczeniowych postaw pacjentów, którzy coraz częściej kierują swoje żądania odszkodowawcze wobec lekarzy i podmiotów leczniczych. Skłania to do przedstawienia analizy przepisów prawnych regulujących zasady odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzo-

ne przez personel medyczny na skutek błędu w sztuce lekarskiej.

Obecnie lekarze najczęściej udzielają świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotów leczniczych na podstawie umów cywilno-prawnych, a nie umów o pracę. Zdecydowana zaś większość pozwów, które poszkodowani

pacjenci kierują przeciwko podmiotom leczniczym i lekarzom, dotyczy szkód wyrządzonych w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Z tej też przyczyny artykuł koncentruje się na omówieniu odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych i lekarzy, których łączą umowy cywilno-prawne, za szkody wyrządzone w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w związku z umową zawartą z podmiotem leczniczym.

Zasady odpowiedzialności lekarza i podmiotu leczniczego wobec pacjenta za błędy w sztuce lekarskiej zostały określone w przepisach rangi ustawowej i to one – a nie umowa łącząca lekarza i podmiot leczniczy – określają warunki i granice tej odpowiedzialności względem pacjenta.

W przypadku lekarza, jego odpowiedzialność wobec pacjenta wynika z przepisu art. 415 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2014 r. poz. 121 z późn. zm., dalej określany skrótowo jako KC). Przepis ten stanowi, że *kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia*.

Warunkiem zaistnienia tej odpowiedzialności jest jednoczesne ziszczenie się trzech przesłanek, tj.: zawnionego działania lub zaniechania lekarza (1), szkody po stronie pacjenta (2) oraz związku przyczynowego pomiędzy zawnionym działaniem lub zaniechaniem lekarza, a powstałą po stronie pacjenta szkodą (3).

Odpowiedzialność podmiotu leczniczego wobec pacjenta określa natomiast art. 430 KC, zgodnie z którym *kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności*. Przepis ten wprowadza odpowiedzialność podmiotu leczniczego za szkodę wyrządzoną przez lekarza (lub innego członka personelu medycznego), podlegającego podmiotowi leczniczemu. Dla uznania, że mamy do czynienia z podporządkowaniem lekarza podmiotowi leczniczemu, wystarczy stwierdzenie, że podlega on ogólnemu, czy organizacyjnemu kierownictwu tego podmiotu lub też, że wiąże go ogólne wskazówki wydawane przez ten podmiot leczniczy. Odpowiedzialności tej nie wyłącza natomiast zasada niezależności zawodowej lekarza w zakresie sztuki medycznej.

Opisana powyżej odpowiedzialność lekarza oraz podmiotu leczniczego za błędy w sztuce lekarskiej zaliczana jest do tzw. odpowiedzialności deliktowej, czyli takiej, której źródłem jest wyrządzenie pacjentowi szkody czynem niedozwolonym. Odpowiedzialność deliktową należy odróżnić od odpowiedzialności kontraktowej, w przypadku której mamy do czynienia z umową łączącą pacjenta z lekarzem lub podmiotem leczniczym i kiedy strona niezadowolona z niewłaściwego wykona-

nia umowy może żądać odszkodowania za nienależyte jej wykonanie. W przypadku odpowiedzialności deliktowej, lekarz oraz podmiot leczniczy są zobowiązani do naprawienia pacjentowi szkody, choćby nie zawarli z pacjentem umowy.

Zgodnie z art. 441 § 1 KC, *jeżeli kilka osób ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym* (a więc np. odpowiedzialność opisaną w art. 415 i 430 KC), *ich odpowiedzialność jest solidarna*.

Przepis ten wprowadza zatem zasadę solidarnej odpowiedzialności lekarza oraz podmiotu leczniczego za szkodę wyrządzoną błędem w sztuce lekarskiej. Niezależne, alternatywne podstawy odpowiedzialności solidarnej lekarza i podmiotu leczniczego zostały przewidziane również w art. 27 ust. 7 i art. 33 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.), niemniej jednak przepisy te odnoszą się do zawężonego katalogu przypadków.

Pojęcie solidarnej odpowiedzialności prowadzi czasem do nieporozumień. Wbrew potocznemu rozumieniu, nie oznacza ona odpowiedzialności lekarza i podmiotu leczniczego „po połowie”. Czym jest więc odpowiedzialność solidarna i jakimi zasadami się rządzi? Odpowiedzi na te pytania dostarczają art. 366 KC i następne. Zgodnie z art. 366 § 1 KC *kilku dłużników może być zobowiązanych w ten sposób, że wierzyciel może żądać całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna, a zaspokojenie wierzyciela przez któregośkolwiek z dłużników zwalnia pozostałych (solidarność dłużników)*. W myśl § 2 tego artykułu *aż do zupełnego zaspokojenia wierzyciela wszyscy dłużnicy solidarni pozostają zobowiązani*. W praktyce oznacza to tyle, że poszkodowany pacjent może żądać odszkodowania w całości lub części od podmiotu leczniczego i lekarza łącznie, osobno od podmiotu leczniczego i osobno od lekarza albo wyłącznie od podmiotu leczniczego albo wyłącznie od lekarza. Decyzja, przeciwko komu i w jakiej części skierować roszczenie, należy do poszkodowanego pacjenta.

Zaspokojenie żądań finansowych pacjenta przez jednego z dłużników zwalnia z obowiązku naprawienia szkody pacjentowi drugiego dłużnika. Cechą solidarności jest więc to, że kilku dłużników odpowiada wspólnie za jeden dług, przy czym każdy z dłużników może zostać zobowiązany przez poszkodowanego do pokrycia tego długu w całości.

Kwestia spłaty długu prowadzi do dalszej części rozważań. Zgodnie z art. 376 § 1 KC *jeżeli jeden z dłużników solidarnych spełnił świadczenie, treść istniejącego między współdłużnikami stosunku prawnego rozstrzyga o tym, czy i w jakich częściach może on żądać zwrotu od współdłużników. Jeżeli z treści tego stosunku nie wynika nic innego, dłużnik, który świadczenie spełnił, może żądać zwrotu w częściach równych. Jeżeli była wynikiem działania lub zaniechania kilku osób, ten, kto szkodę na-*

prawil, moze zydac od pozostalych zwrotu odpowiedniej czesci zaleznie od okolicznosci, a zwlaszcza od winy danej osoby oraz stopnia, w jakim przyczynila sie do powstania szkody (art. 441 § 2 KC). Ten, kto naprawil szkode, za ktora jest odpowiedzialny mimo braku winy, ma zwrotne roszczenie do sprawcy, jezeli szkoda powstala z winy sprawcy (art. 441 § 3 KC).

Z cytowanych przepisów wynika, że w razie spłacenia wierzyciela (pacjenta) przez któregośkolwiek z dłużników solidarnych (podmiot leczniczy lub lekarza), dłużnicy muszą rozstrzygnąć między sobą kto i w jakiej części ma ponieść ciężar spłaty pacjenta. W relacji wierzyciel-dłużnik, wierzyciel może wymusić

spłatę całego długu od któregośkolwiek z dłużników. Po takiej spłacie, w relacjach dłużników między sobą pojawia się obowiązek, aby ten kto spłacił dług wierzycielowi, został – przynajmniej częściowo – zaspokojony przez pozostałych współdłużników. Tego rodzaju roszczenia nazywamy roszczeniami regresowymi.

Podstawowe kryterium oceny rozmiaru regresu to wewnętrzny stosunek prawny istniejący pomiędzy dłużnikami – lekarzem, a podmiotem leczniczym, którym może być umowa cywilnoprawna łącząca oba te podmioty. W przypadku, gdy podmioty te nie uregulują tej kwestii, zakres roszczeń regresowych ustalany jest wedle reguł kodeksowych, czyli w oparciu o art. 441 § 2 i 3 KC.

Dla oceny roszczeń regresowych istotne znaczenie ma to, że co do zasady lekarz, zawierając umowę cywilnoprawną z podmiotem leczniczym zobowiązuje się przede wszystkim do jej wykonywania ze szczególną

starannością. Gdyby więc podmiot leczniczy zapłacił pacjentowi odszkodowanie, za szkodę wyrządzoną z winy lekarza, z którym łączy go umowa cywilnoprawna, to podmiotowi leczniczemu przysługiwałoby przeciwko

lekarzowi roszczenie regresowe (zwrotne). Gdyby natomiast to lekarz zapłacił pacjentowi odszkodowanie, a podmiot leczniczy nie ponosiłby winy za wyrządzoną pacjentowi szkodę (nie byłoby podstaw do przypisania

podmiotowi leczniczemu odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego), to lekarz nie miałby podstaw do żądania od podmiotu leczniczego zwrotu wypłaconego pacjentowi odszkodowania. Z kolei gdyby podmiot leczniczy ponosił, razem z lekarzem, odpowiedzialność z tytułu czynu zabronionego (szkoda na osobie pacjenta zostałaby spowodowana zarówno przez czyn niedozwolony lekarza jak i czyn niedozwolony podmiotu leczniczego), podmiot leczniczy i lekarz na zasadzie przepisu art. 441 § 1 KC ponosiliby odpowiedzialność solidarną wobec pacjenta, a więc lekarz mógłby dochodzić od podmiotu leczniczego zwrotu uiszczanego na rzecz pacjenta odszkodowania w odpowiedniej części – zależnie od okoliczności, a zwłaszcza od winy podmiotu

leczniczego oraz stopnia, w jakim podmiot ten przyczynił się do powstania szkody. Ocena tego, w jakiej części w tym wypadku lekarz będzie mógł dochodzić

zwrotu wypłaconego pacjentowi odszkodowania, będzie musiała być rozpatrywana oddzielnie i niezależnie dla każdego przypadku.

Krótkiego komentarza wymaga również kwestia umieszczania w niektórych umowach cywilno-prawnych zawieranych pomiędzy lekarzami, a podmiotami leczniczymi, postanowień, które mają na celu wyłączenie odpowiedzialności solidarnej obu tych podmiotów za szkody wyrządzone na skutek błędów w sztuce lekarskiej. Dla przykładu można chociażby wskazać na takie postanowienie umowne, zgodnie z którym za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiedzialność ponosi wyłącznie lekarz. Zapis ten należy uznać za sprzeczny z przepisem art. 430 § 1 KC, a więc nie wywołuje on żadnych negatywnych skutków dla poszkodowanego pacjenta. Może on natomiast zostać uznany za zapis określający zasady wzajemnych roszczeń regresowych pomiędzy podmiotem leczniczym a lekarzem.

W kwestii odpowiedzialności lekarza za szkody wywołane błędem medycznym pojawiają się również pytania dotyczące możliwości umieszczania w umowach cywilno-prawnych, zawieranych przez lekarzy z podmiotami leczniczymi, klauzul ograniczających odpowiedzialność lekarza np. do określonej kwoty, za szkodę wywołaną zawinionym przez niego błędem medycznym. Co do zasady – w opinii autora artykułu – takie zapisy są dopuszczalne. Strony umowy cywilno-prawnej, zgodnie z art. 3531 KC mają znaczną swobodę w określaniu wzajemnych praw i obowiązków umowy. Mimo to, taki zapis umowny dotyczyłby tylko relacji podmiot leczniczy – lekarz i siłą rzeczy nie miałby ujemnego wpływu na możliwość dochodzenia przez pacjenta odszkodowania bezpośrednio od lekarza w wysokości odpowiadającej szkodzie. Po drugie zaś, zgodnie z przepisem art. 473 § 2 KC *nieważne jest zastrzeżenie, iż dłużnik nie będzie odpowiedzialny za szkodę, którą może wyrządzić wierzycielowi umyślnie*. Zastosowanie zatem jakichkolwiek ograniczeń umownych nie wywołuje skutków wobec szkód wywołanych umyślnie, ani w relacji dłużnik-wierzyciel, ani w relacji wewnętrznej pomiędzy dłużnikami. Z punktu widzenia obowiązku szczególnej dbałości o finanse podmiotów leczniczych (głównie tych, które obracają pieniędzmi publicznymi), wyrażenie zgody przez kierownictwo podmiotu leczniczego na umowne ograniczanie odpowiedzialności lekarzy za błąd w sztuce (w porównaniu do regulacji kodeksowych), będzie jednak rzadkością, bo może zostać uznane za działanie na szkodę podmiotu leczniczego. Z punktu widzenia zatem chęci zabezpieczenia się przez lekarzy przed odpowiedzialnością za szkody wyrządzone wskutek błędów medycznych, wskazane byłoby ewentualne oznaczanie w umowach cywilno-prawnych, zawieranych z podmiotami leczniczymi, okoliczności, za które lekarz będzie lub

nie będzie odpowiadać. Okoliczności te, przy uwzględnieniu oczywiście konkretnych stanów faktycznych, będą miały wpływ na kształt ewentualnych roszczeń regresowych w stosunkach prawnych pomiędzy lekarzem a podmiotem leczniczym, w razie uiszczenia przez któryś z tych podmiotów odszkodowania na rzecz poszkodowanego pacjenta.

Kończąc powyższe wywody warto jedynie wskazać, że poszkodowany pacjent może dochodzić odszkodowania za szkodę wyrządzoną błędem w sztuce lekarskiej również bezpośrednio od ubezpieczyciela podmiotu leczniczego lub ubezpieczyciela lekarza. Przepisy prawa przewidują bowiem obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez podmioty lecznicze oraz lekarzy prowadzących działalność leczniczą w postaci indywidualnych lub grupowych praktyk lekarskich. Co prawda przepisy prawa przewidują mini-

malne sumy gwarancyjne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, niemniej jednak oprócz ubezpieczeń obowiązkowych podmiot leczniczy i lekarz mogą wykupić dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z odpowiednią sumą gwarancyjną jest bowiem jednym z narzędzi, którego lekarz potrzebuje do wykonywania swojej pracy w poczuciu bezpieczeństwa. W przypadku roszczeń majątkowych kierowanych przez pacjentów przeciwko lekarzom polisy ubezpieczeniowe opiewające na odpowiednie sumy gwarancyjne są w stanie ochronić lekarza w coraz szerszym zakresie od finansowych skutków zdarzeń, za które ponosi on odpowiedzialność.

Katarzyna BEDNAREK
radca prawny

(przedruk z „Vox Medici” nr 2/15)

OGŁOSZENIA

Post EULAR & ACR
to konferencja, podczas której zaprezentowane zostaną najnowsze i najbardziej interesujące doniesienia dotyczące patogenety, diagnostyki i leczenia najczęstszych chorób reumatycznych, przedstawione podczas dwóch największych na świecie konferencji reumatologicznych: EULAR 2015 i ACR 2015.

Termin: 11–12 grudnia 2015 r.

Miejsce: IBB Andersia Hotel, pl. Andersa 3, Poznań

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Członkowie Klubu Termedicus otrzymują do 40% zniżki na udział w konferencji. Więcej informacji o wydarzeniu oraz formularz rejestracji znajdują się na stronie konferencji.

* * *

Już 20 listopada rozpocznie się w Zakopanem konferencja **Pułapki w neurologii**. Tym razem będziemy dyskutować o najważniejszych chorobach neurologicznych: udarze, padaczce, stwardnieniu rozsianym, migrenie, bólu i chorobach zwyrodnieniowych mózgu – najczęściej występujących i najczęściej na co dzień stawiających przed nami wyzwania. – zachęca prof. dr hab. Maria Barcikowska

Termin: 20–21 listopada 2015 r.

Miejsce: Hotel Belvedere, ul. Droga do Białego 3, Zakopane

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Maria Barcikowska kierownik Zespołu Kliniczno-Badawczego Chorób Zwyrodnieniowych



wych CUN Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, Kliniki Neurologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partner merytoryczny i nadzór naukowy: Klinika Neurologii – Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Warszawie

Strona www: <http://www.termedia.pl/Konferencje?Intro&e=362&p=2739>

* * *

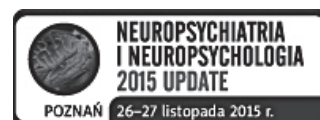
Konferencja **Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2015** odbywa się w dniach 26–27 listopada 2014 w Poznaniu, w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37A. Tematyka tegorocznej konferencji, podobnie jak i poprzednich, dotyczy najnowszej wiedzy z zakresu neurobiologii, neuropsychiatrii i neuropsychologii, w tym patofizjologii (z uwzględnieniem genetyki molekularnej) i leczenia farmakologicznego chorób ośrodkowego układu nerwowego.

Wykładowcami są wybitni przedstawiciele psychiatrii, neurologii, neuropsychologii i neurobiologii z naszego kraju. W tym roku jako gość zagraniczny występuje prof. Leonardo Tondo, psychiatra pracujący na Uniwersytecie Cagliari (Sardynia) oraz Uniwersytecie Harvarda w Bostonie. Prof. Tondo jest wybitnym specjalistą w zakresie chorób afektywnych, w tym również leczenia litem. Jego tegoroczny wykład dotyczyć będzie zagadnienia samobójstwa widzianego z perspektywy historycznej.

Termin: 26–27 listopada 2015 r.

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

Kierownik naukowy: prof. dr hab. med. Janusz Robakowski



Organizator: Wydawnictwo Termedia, wydawca czasopisma Neuropsychiatria i Neuropsychologia

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Sekcja Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Strona www: <http://www.termedia.pl/Konferencje?Intro&e=391&p=2900>

* * *

Druga edycja konferencji **Hot Topics Diabetologia**, skierowanej do diabetologów i wszystkich lekarzy zajmujących się chorymi na cukrzycę, tak w szpitalu, jak i w poradni, odbędzie się w Międzyzdrojach. Sukces ubiegłorocznej skłonił organizatorów do organizacji kolejnej konferencji będącej podsumowaniem bieżącego roku. W 2015 r. zostaną ogłoszone pierwsze wyniki długoterminowych badań nad wpływem leków inkretynowych i inhibitorów SGLT-2 na choroby układu krążenia (TECOS, ELIXA, EMPA-REG), a także badań oceniających skuteczność i bezpieczeństwo łącznego stosowania długodziałających analogów insuliny z agonistami GLP-1. Podczas konferencji uczestnicy będą zapoznawać się z insulinami biosymilarnymi oraz lekami inkrety nowymi. Dwa największe zjazdy naukowe – EASD i ADA – na pewno dostarczą dużo materiałów do dyskusji i kontrowersji do roztrząsania.

Termin: 27–28 listopada 2015 r.

Miejsce: Międzyzdroje, Hotel Aurora, ul. Boh. Warszawy 17

Kierownik naukowy: prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak

Organizator: Wydawnictwo Termedia

* * *

Inspiracją do zorganizowania konferencji **Zachodniopomorskie Dni Hipertensjologiczne** jest fakt, że w XXI wieku stanęliśmy w obliczu epidemii nadciśnienia i jego powikłań. Schorzenie to według WHO stanowi najistotniejszą epidemiologicznie pośrednią przyczynę zgonów na świecie, ponieważ zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych. W 2006 r. hipertensjologia stała się w Polsce specjalizacją lekarską. Ten fakt świadczy o tym, że do walki ze skutkami nadciśnienia tętniczego przywiązuje się coraz większą wagę. Zapraszamy do Szczecina 7 listopada 2015 roku.

Termin: 7 listopada 2015 r.

Miejsce: Hotel Radisson Blu, plac Rodła 10, Szczecin

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: prof. dr hab. n. med. Krystyna Widecka

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partner merytoryczny i nadzór naukowy: Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

* * *



W imieniu dr n. med Krzysztofa Bidasa przewodniczącego Komisji ds. Kształcenia i Nauki Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej, dr n. med. Edyty Radomskiej przewodniczącej Oddziału Kieleckiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Renaty Segiecińskiej przewodniczącej Wojewódzkiego Zespołu Do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności w Kielcach chciałbym zaprosić w Góry Świętokrzyskie na spotkanie andrzejkowe z EKG i ABPM oraz zasadami orzecznictwa w ramach **IX Świętokrzyskich Warsztatów EKG, Holtera EKG i 24 Godzinnego Monitorowania Ciśnienia Tętniczego Krwi** już 27.11.2015 roku w Ameliówce koło Kielc

Udział w szkoleniu jest bezpłatny. Zakwaterowanie i wyżywienie można rezerwować za pośrednictwem Hotelu Ameliówka (www.ameliowka.pl). Koszt pobytu:

Nocleg ze śniadaniem w pokoju 2 osobowym – 70,00 zł

Obiad – 40,00 zł

Spotkanie koleżeńskie (27.11.15) – 50,00 zł

Wieczór Andrzejkowy (28.11.15) – 80,00 zł

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach (www.sil.apsnet.pl). Za udział w szkoleniu – zgodnie z Rozp. Ministra Zdrowia ws sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów – przysługuje 20 punktów edukacyjnych.

* * *

Absolwenci Śląskiej Akademii Medycznej (obecnie ŚIUM) rocznika 1990!!!! Spotkanie koleżeńskie z okazji 25. rocznicy ukończenia studiów odbędzie się dnia 7 listopada 2015 r. w Ustroiniu w ORW „Muflon”. Zainteresowanych prosimy o kontakt z organizatorem – szef@med-service.net.pl, tel. kom. 660-356-368.

* * *

Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Opolu – SP ZOZ zatrudni od zaraz lekarza chorób zakaźnych (specjalistę, w trakcie specjalizacji, bądź lekarza który planuje specjalizować się z zakresu chorób zakaźnych) do pracy w ODDZIALE I PORADNI CHOROBY ZAKAŻNYCH. Forma zatrudnienia i wynagrodzenia do uzgodnienia. Prosimy o kontakt: tel. 77/44-33-100, fax. 77/44-33-110, e-mail: sekretariat@szpital.opole.pl lub kadry.kierownik@szpital.opole.pl, adres: Szpital Wojewódzki w Opolu – SP ZOZ, ul. Kośnego 53.

* * *

NZOZ Ośrodek Zdrowia w Graczach Jacek Ciepluch i wsp. s.j. podejmie współpracę (umowa o pracę, kontrakt) z **lekarzem stomatologiem**. Data rozpoczęcia współpracy 1 stycznia 2016 r. Atrakcyjne warunki finansowe. Kontakt: 77/460-98-22 lub 77/460-90-11.

* * *

Lux Med Sp z o.o Centrum Medyczne Medycyna Rodzinna w Opolu ul. Fieldorfa 2 **poszukuje stomatologa** do pracy w nowo otwartym gabinecie. Zapewniamy nowoczesny sprzęt, miłą atmosferę i wysokie wynagrodzenie.

Tel. kontaktowy: 661-963-081.

* * *

Sprzedam unit Gnatus Syncrus GLX 500 multimedia, kupiony w grudniu 2011 r. Tel.: 693-629-034

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE I DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426–661X

W imieniu Komitetu Organizacyjnego **KONFERENCJI PT. „KROK ZA KROKIEM DO UCZESTNICTWA”** mamy przyjemność zaprosić do uczestnictwa w naszej konferencji, która odbędzie się w Zamościu w dniach 11–12 grudnia 2015 roku.

Mamy nadzieję, że to spotkanie będzie okazją do interdyscyplinarnej i międzynarodowej dyskusji o problemach dzieci z mózgowym porażeniem w odniesieniu do biopsychospołecznego modelu niepełnosprawności i ICF. Mózgowe porażenie dziecięce i inne neurorozwojowe niepełnosprawności są obszernym problemem i wymagają wszechstronnego i holistycznego podejścia. Celem naszych działań jest prawdziwe zwiększenie uczestnictwa osób z porażeniem mózgowym w życiu społecznym na równi z innymi ludźmi.

Do udziału w naszej konferencji zapraszamy lekarzy, terapeutów, nauczycieli i innych specjalistów oraz organizatorów interdyscyplinarnego wsparcia zajmujących się kompleksowo problematyką niepełnosprawności osób z mózgowym porażeniem dziecięcym.

WSTĘPNY PROGRAM:

11 grudnia 2015 r.

1. P. Rosenbaum (Kanada) - „Koncepcje Niepełnosprawności Rozwojowych u dzieci : Nowe pomysły na XXI wiek”.
2. Z. Kułakowska (Belgia) – „Jak to wszystko zaczęło się w Zamościu?”
3. A. Coates, L. Watson (Wielka Brytania), - „Fundacja Percy Hedley z Newcastle jako model całościowego wsparcia dla osób z MPD i ich rodzin”.
4. E. Feketene Szabo (Węgry) – „Holistyczny model kształcenia nauczycieli / konduktorów w Instytucie Pető w Budapeszcie”.
5. P. Csuka (Węgry) – „Holistyczne spojrzenie w metodzie Pető”.
6. M. Król (Polska) – „Holistyczny model wsparcia dla osób z MPD w Zamościu - 25 lat doświadczeń”.
7. Panel dyskusyjny prowadzony przez wychowanków Stowarzyszenia „Krok za krokiem” i ich rodziców na temat warunków koniecznych do włączenia w życie społeczne.

12 grudnia 2015 r.

1. J. Dutkowsky (USA) – „Porażenie mózgowe a dorastanie”.
2. V. Schiariti (Kanada) – „Zestawy Podstawowe ICF dla dzieci i młodzieży z MPD: uwzględnienie możliwości i różnic kulturowych”.
3. M. Józwiak (Polska) – „Cele i strategia leczenia dźwigniowo-zależnych deformacji kończyn u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym”.

4. A. Majnemer (Kanada) – „Propagowanie uczestnictwa w rekreacji: od raczkowania do dużych kroków”.
5. H. Ten Napel (Holandia) – „Przykłady skutecznego wdrażania ICF w doświadczeniach europejskich”.
6. D. Fraser (Szkocja) – „AAC usprawniające funkcjonalne umiejętności komunikacyjne i udział osób z porażeniem mózgowym w społeczeństwie”.
7. B. Batorowicz (Kanada) – „Wspieranie znaczenia uczestnictwa w aktywności dziecięcej: terapia zajęciowa i transdyscyplinarne podejście”.

Konferencja została objęta patronatem Prezydenta Miasta Zamościa. O zakwalifikowaniu do udziału w Konferencji decyduje spełnienie wymagań zawartych w zasadach rekrutacji oraz kolejność zgłoszeń (www.spdn.pl oraz www.szkoleniaicf.pl).

Jednocześnie zapraszamy zainteresowanych uczestników Konferencji na Koncert Orkiestry Symfonicznej im. Karola Namysłowskiego i kanadyjskiej solistki Suzanne Shulman (flet) w dniu 11 grudnia 2015 r.

*Lek. med. Maria Król
Przewodnicząca „Krok za krokiem”*


Falck
Centrum Medyczne


Falck jest największym dostawcą usług ratownictwa medycznego w Polsce oraz istotnym podmiotem zapewniającym opiekę medyczną osobom prywatnych, firmom i instytucjom publicznym.

Na terenie całego kraju Falck posiada 63 stacje pogotowia ratunkowego, 27 placówek medycznych i zatrudniając 3000 osób zapewnia usługi dla ponad 2,5 miliona osób.

W związku z rozwojem struktur organizacyjnych Centrum Medycznego w **Kędzierzynie-Koźlu** poszukujemy:

- **Lekarza POZ**
- **Lekarza NPL**
- **Lekarza Medycyny Pracy**
- **Lekarza Laryngologa**

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod numerem **510 202 208** lub o przysyłanie aplikacji na adres: kadry@falck.pl z dopiskiem „Lekarz Kędzierzyn-Koźle”.

FALCK Medycyna Sp. z o.o.
ul. Jana Olbrachta 94
01-102 Warszawa
NIP 527-243-59-38
KRS 0000213143
Kapitał zakładowy: 17.500.000 zł

www.falck.pl

IX CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA PRZYJACIOŁ FUNDACJI OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE PRO SENIORE

*Poprowadzi
Jacek Borkowski
Wystąpi
zespół „Drugi Tydzień”*

*23 stycznia 2016 roku
Double Tree by Hilton
w Warszawie
ul. Skałnicowa 21*

cena biletu - 350 zł/os.

**DAROWIZNĘ MOŻNA ODPISAĆ OD PRZYCHODU
nr konta: 34 2030 0045 1170 0000 0330 4290**

ODBEDĄ SIĘ LICYTACJE I LOTERIE FANTOWE

**więcej informacji:
tel. 22 542 83 02, 668 398 719
fundacja.proseniore@gmail.com
www.proseniore.pl**

Zapraszamy

Fundacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
PRO SENIORE
im. Lekarzy Polskich
Poległych i Pomordowanych w Czasie II Wojny Światowej
POMÓŻMY TYM, KTÓRZY POMAGALI NAM



Mazowieckie Forum®
Samorządów Zawodów
Zaufania Publicznego

