



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Listopad 2017

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 253

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot.
Janusz
Lewandowski

ANIELSKOŚĆ

Z aniołami tylko kłopot. Mimo, że ich naturą jest duchowość, ciągle się przebierają. Stoją się w piórka i zwiewne szaty, noszą aureole, zbroje i maski. Bo tradycja podpowiada kostiumy. Chcąc zaistnieć w świadomości człowieka potrzebują czegoś w rodzaju fartucha roboczego. Potem wracają do swych zwykłych form (przeźroczystych, niewidocznych); przypominają o sobie poruszoną firanką czy pajęczyną, której wczoraj nie było. Nawet jeśli wierzymy, że zaludniają świat, mało kto je spotyka. Objawiają się tylko nielicznym i to najczęściej sam na sam. Chociaż bywają wyjątki. Kiedy w roku 583 szalała w Rzymie zaraza, anioł z ognistym mieczem wstrzymał procesję prowadzoną przez Grzegorza Wielkiego i na oczach tłumu, schował broń do pochwy. Dał znak, że pomór właśnie się skończył (niektórzy uważają, że zobaczył go jedynie papież, zebrani zaś -przekonani o nieomyślności ojca kościoła -potwierdzili obecność świetlistego).

Upadłe anioły poruszają się natomiast stadami. Jean Bodin – sędzia królewski, profesor prawa na uniwersytecie w Tuluzie i autor *Demonomanii czarowników* – opowiadał, jak pewnego dnia 1542 roku na placu w Konstantynopolu zebrało się sto pięćdziesiąt demonów. Skąd się tam wzięły? Z uroków oczywiście. Dawniej bez trudu można było kogoś zaczarować, rzucić zaklęcie, sprawić, że nieuczciwy rejent kładł się spać jako urzędnik państwowy, a budził się jako zmora. Czarodziejów było wielu. Niechby tylko ktoś spojrzał inaczej, włożył koszulę na lewą stronę, wypił psią juchę, potknął się o wystający korycie, a wróż natychmiast zabierał się do pracy i robił wszystko, by obrócić człowieka w diabła.

Wszędzie roilo się od zmór. Anthony Masters znalazł aż czterysta osiemdziesiąt sześć przyczyn, dla których zwykły nieboszczyk mógł się stać upiorem. Wystarczyła mała pomyłka, zaniechanie, niedopełnienie rytuału przejścia, a umrzyk szukał pomsty, wył, straszył i nawiedzał żyjących. W demony przeobrażały się także – jak utrzymywał Jean-Claude Schmitt – ofiary gwałtownej śmierci, dusze skalane, nieoprzebani (*inseputi*), samobójcy (*biothanati*) i kobiety zmarłe w połogu. Jeśli dodać ekskomunikowanych, nieochrzczonych, pozbawionych ostatniego namaszczenia, dzieci ze związków kazirodczych, urodzone jako siódme w rodzinie i – o dziwo – w czepku urodzone, to okazuje się, że na każdym rogu pomieszkował jakiś diabeł.

Sztuka nie może się obejść bez aniołów i szatanów. Zaludniają one kościoły, cmentarze i obrazy, występują w filmach, zaglądają do opery i teatru. Bo artystów zawsze pociągały byty niepoznawalne zmysłami. Co robią anioły? Doradza-

ją, prowadzą przez życie i wiodą w zaświaty, dają znaki, wskazówki, przestrogi, czasem też odwrócą się od człowieka. Czesław Miłosz zwierzył się kiedyś: *Słyszałem ten głos nieraz we śnie / I co dziwniejsze, rozumiałem mniej więcej? Nakaz albo wezwanie w nadziemskim języku. Cóż to za „nadziemski język”, słyszalny, ale zrozumiały tylko dla nielicznych?*

* * *

W latach czterdziestych zeszłego stulecia psychiatrzy Leo Kanner z Baltimore i Hans Asperger z Wiednia opisali osoby wycofane z życia, zapadnięte w siebie, przebywające w innym świecie. Doktorzy bacznie przyglądali się pacjentom, którzy wybrali wyobcowanie.

Lekarzom zdawało się, że oni wciąż wątpią i nie dowierzają, że skrywają się coraz głębiej i głębiej. Żyli osobni, mieli oczy pozbawione wyrazu, rozmyte, wyglądali jakby zabłądzili we własnym „ja”, przenicowali się do środka, odgradzili od tego, co na zewnątrz. I próbowali przetrwać w drugiej przestrzeni. Nieprzynależni.

Uczeni zastanawiali się czy oddzielenie od drugiego jest wyborem czy też przekazywaną rodzinnie powinnością, możliwością czy narzuconym bez biologię przymusem i wreszcie – wyróżnieniem czy skazą. Jakimś niezwykłym zbiegiem okoliczności obaj lekarze (nic nie wiedzący o sobie) znaleźli dla osób dotkniętych tą chorobą określenie „autystyczny”. Nie był to przypadek, bo *autos* po grecku znaczy sam, i już na początku XX wieku psychiatra Eugen Bleuler nazwał autystycznymi schizofreników, którzy starali się zawęzić relacje z innymi, wycofać się i wykluczyć świat zewnętrzny, obejść go, uczynić niepotrzebnym.

A może to wcale nie psychiatrzy, ale Bolesław Leśmian jako pierwszy opisał autyzm? Przecież on, zanim jeszcze pojawiły się jakiekolwiek wzmianki o osobach naznaczonych, przekonywał, że po *cienistym istnieć bezładzie* błąka się Znikomek, który *nie widzi świata tak samo*. Tłumaczył, że na rozstajach dróg mieszka *snem trącony* Dżnanada, po łąkach krąży Zmierzchun, a nad rzekami wędruje Śnigrobek, co się *wsnuł do krainy półduchów i półciał*. I wierzył w rusalki – one *żyją by istnieć mniej więcej*, przeczuwał, że gdzieś na tym świecie jest Srebroń – *Niepoprawny Istnieniowiec*. Czyżby to poeta rozumiał chorobę i już przed wojną opowiedział o niej? Pojął nieprzynależność, potrzebę zanurzenia się we własnym „ja”, widział rzewność, oderwanie się od rzeczywistości i chęć przetrwania w sobie. Anielskość.

Agnieszka KANIA



Cimitero Monumentale w Mediolanie
Zdjęcie: Agnieszka Kania

Nieruchomości
OPTIM
www.optim.opole.pl

OBIEKT NA SPRZEDAŻ Opole, ul. Budowlanych

- 464 m2 pow. handlowej, usługowej i biurowej,
- po remoncie w 2012 roku,
- działka 15 arów, parking dla klientów.

Opole, ul. Sosnkowskiego 40-42/222 (budynek Zarządu SM),
tel.: 77 544 3130, 606 325 777, e-mail: m.cykowski@optim.opole.pl



Drodzy Czytelnicy! Macie przed sobą przedostatni w tym roku numer Biuletynu. Po raz kolejny przeżywamy gorący czas. Protest naszych młodych kolegów rozszerza się na całą Polskę, a na dodatek – decyzją Porozumienia Zawodów Medycznych – przyłączają się do niego członkowie innych organizacji zrzeszających wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Gdy piszę te słowa (połowa października) trudno jest wyrokować jak rozwinie się cały protest i czy znaj-

dzie satysfakcjonujące nas zakończenie. Zobaczymy. Pośród materiałów tego numeru zamieszczam Nadzwyczajną Rezolucję Rady Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA) w sprawie sytuacji w Polsce oraz wywiad z Sekretarzem Porozumienia Rezydentów OZZL dr Kacprem Gajdą.

Mimo, że powyższe teksty są niezwykle „gorące”, zachęcam również do lektury innych, zamieszczonych w naszym Biuletynie. Życzę ciekawej i pouczającej lektury.

Jerzy B. LACH

* * *

ELEKTRONICZNE ZWOLNIENIA LEKARSKIE

Oddział ZUS oraz Opolska Izba Lekarska zamierzają zorganizować w siedzibie Izby przy ul. Grunwaldzkiej 23 cykl spotkań z pracownikami ZUS, którzy na miejscu oferują możliwość założenia osobom zainteresowanym profilu na PUE ZUS oraz profilu zaufanego ePUAP (bezpłatnego podpisu elektronicznego).

Trzeba przypomnieć, że od II połowy przyszłego roku obowiązywać będą już wyłącznie elektroniczne zwolnienia. By móc je wystawiać lekarze muszą posiadać swój profil na PUE ZUS. I właśnie temu celowi mają służyć te spotkania.

Planujemy kilka takich spotkań w miesiącu październiku i w następnych. Najpierw jednak oczekujemy na zgłoszenia Koleżanek i Kolegów, którzy będą chętni do wzięcia udziału w tych spotkaniach (zależy nam na odpowiedniej liczbie uczestników). Prosimy więc o zgłoszenie chęci uczestnictwa w Biurze naszej Izby Lekarskiej. O terminach spotkań będziemy informować głównie na naszej stronie internetowej.

Szczegółowe informacje dotyczące elektronicznych zwolnień można uzyskać w Oddziale Opolskim ZUS pod numerem 77/45-11-794.



Koleżanki i Koledzy,

Piszę te słowa w bardzo gorącym okresie trzeciego tygodnia protestu głodowego lekarzy rezydentów, do których zaczęli dołączać przedstawiciele innych zawodów medycznych. Protestujący otrzymali pełne poparcie ze strony Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz wszystkich Okręgowych Rad Lekarskich. Ich główny postulat jest całkowicie zbieżny ze stanowiskami władz Samorządu Lekarskiego, prezentowanymi od wielu lat – zdecydowane zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do poziomu, którego nie będziemy musieli się wstydzić w Europie (średnia europejska to 9% PKB, u nas w 2017 roku wynoszą 4,7%). Również oczekiwania płacowe nie są żadnym ich wymysłem i są zgodne ze stanowiskami, prezentowanymi przez aktualnego Ministra Zdrowia w okresie, kiedy był Prezesem czy Sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej.

SZPALTA PREZESA

Młodzi lekarze słusznie uznali, że dłużej już nie można czekać, że dłużej nie można praktykować siermiężnej medycyny, ograniczanej brakiem środków na odnawianie sprzętu, że dłużej nie można ryzykować zdrowia pracą przekraczającą znacznie 48 godzin tygodniowo. Oby ich poświęcenie i determinacja nie zostały zmarnowane – i jest to apel nie tylko do rządzących, ale także do nas samych, do całego środowiska, niestety ostatnio coraz bardziej podzielonego.

Powoli, ale niestety nieuchronnie, zbliżają się daty, po których poszczególne zakresy dokumentacji medycznej będą musiały być prowadzone wyłącznie w formie elektronicznej (e-recepta, e-zwolnienie, e-skierowanie). Opolski Oddział ZUS proponuje zorganizowanie w siedzibie Izby Lekarskiej szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentyстів, dotyczącego e-zwolnień. Bardzo proszę, aby chętni do uczestnictwa w takim szkoleniu zgłaszali się swój udział w biurze Izby do 20 listopada.

Jerzy JAKUBISZYN

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 20 września br. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które poprowadził Prezes Jakubiszyn.

Przyznanie praw wykonywania zawodu.

Jednogłośnie postanowiono wydać duplikat prawa wykonywania zawodu jednej osobie oraz przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty jednej osobie, która zakończyła staż podyplomowy.

Ponadto przyjęto uchwały o wpisaniu do rejestru OIL oraz przyznające prawo wykonywania zawodu dla realizacji stażu podyplomowego 29 lekarzom oraz 8 lekarzom dentystom.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.

Jednogłośnie przyznano 11 pkt edukacyjnych dla firmy Orthomed s.j., która przeprowadzi szkolenie dla lekarzy pt. „Wprowadzenie do systemu Cannon Ultra” w dniach 29-30.09.2017 w Rzeszowie. Również jednogłośnie przyznano 6,5 pkt dla organizatora „VII Oleskich Spotkań z Medycyną” w dniu 21.10.2017.

Przyjęto informację o organizowaniu w dniu 28.10. w Opolu szkolenia internistycznego przez firmę VM Media z Gdańska (uchwała PNRL o spełnieniu wymogów).

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.

Z powodu zaprzestania działalności wykreślono z rejestru trzy praktyki, a z powodu śmierci lekarza – dwie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły 4 wnioski o przyznanie zapomóg – jedno podpisane przez wnioskującego lekarza oraz trzy złożone w imieniu lekarzy przez dwie osoby z Delegatury. Świadczenia zostały przyznane jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.

Brak wniosków od dyrektorów placówek medycznych.

W tym punkcie Prezes przedstawił pismo, które wpłynęło do Izby od Rektora Uniwersytetu Opolskiego z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela Samorządu Lekarskiego do Rady Społecznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. Przy 2 wstrzymujących się głosach wytypowano Prezesa Jerzego Jakubiszyną.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.

O zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nie osiągnięcia przychodów zwróciły się do Izby dwie osoby. Uchwały przyjęto 1-głośnie.



Stan przygotowań do wyborów delegatów nowej kadencji.

Kol. Chruszczyk poinformował, iż w zakończonych wyborach drogą korespondencyjną frekwencja była słaba. W 3 rejonach wyborczych nie osiągnęła 20%, w pozostałych ten próg 20% został przekroczony nieznacznie. Aktualnie mają miejsce zebrania wyborcze w poszczególnych rejonach, wszystkie powinny odbyć się do końca października.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL oraz Naczelnej Rady Lekarskiej.

Prezes poinformował, iż podczas posiedzenia Konwentu omawiano projekt zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wg którego czeka nas od 2018 r. wymiana praw wykonywania zawodu na dokumenty elektroniczne. Ponadto zaakceptowano propozycje Ministerstwa Zdrowia, dotyczące umów na refundację kosztów zadań administracyjnych.

Natomiast podczas posiedzenia Rady spotkano się z Ministrem Zdrowia Konstantym Radziwiłłem, gdzie omawiano m.in. problemy związane z finansowaniem placówek medycznych od października 2017 r.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.

Kol. Smerkowska-Mokrzycka poinformowała o szkoleniu zorganizowanym przez Opolski Oddział PTS, podczas którego wykład „Pacjent senioralny w gabinecie stomatologicznym” wygłosiła dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek, Kierownik Zakładu Stomatologii Zachowawczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Sprawy różne i wolne wnioski.

Prezes przedstawił problem, z jakim zaczynają się stykać pracownicy USK w Opolu, pełniący funkcje samorządowe. Otóż Dyrekcja USK postanowiła skorzystać z zapisu ustawowego, który mówi o potrącaniu wynagrodzenia za czas pracy na rzecz samorządu. Prezes przekazał re-

lację ze spotkania z Dyrektorem USK, w trakcie którego ustalono, że zgłaszane będą „całodniowe” nieobecności w pracy, związane z wyjazdami na różne posiedzenia. Prezes zapowiedział przygotowanie na następne posiedzenie Rady projektu uchwały, która regulować będzie kwestię wyrównywania tych potrażeń przez OIL.

Kol. Mijas poruszył sprawę zapisów z projekcie ustawy o poz, która wprowadza dla lekarzy pediatrów pracujących w poz limit wiekowy dla przyjmowanych pa-

cientów (7 lat), co nie znajduje uzasadnienia w żadnych regulacjach prawnych. Poprosił o wystąpienie do NRL w tej sprawie. Odniósł się też do problemów związanych z funkcjonowaniem SMK.

Wobec wyczerpania programu spotkania, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

WORLD MEDICAL ASSOCIATION W SPRAWIE SYTUACJI W POLSCE

Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (WMA) przyjęło Nadzwyczajną Rezolucję w sprawie sytuacji w Polsce o następującej treści:

Nadzwyczajna Rezolucja Rady Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA) w sprawie sytuacji w Polsce

przyjęta na 207. Sesji Rady WMA w Chicago w październiku 2017 roku

WPROWADZENIE

Lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w Polsce (lekarze rezydenci) protestują przeciwko niedofinansowaniu świadczeń zdrowotnych, którego skutkiem jest ograniczony dostęp społeczeństwa do opieki zdrowotnej oraz niskie zarobki lekarzy rezydentów. Obecnie ogólne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynoszą 6,1 % PKB (średnia światowa to ok. 9,8 %). Zarobki lekarzy rezydentów są na poziomie pomiędzy 510 a 580 euro miesięcznie netto, wobec czego wielu z nich podejmuje dodatkowe zatrudnienie, aby móc się utrzymać.

Od ponad 8 dni grupa młodych lekarzy prowadzi w Warszawie strajk głodowy, podczas gdy prowadzone są negocjacje z Ministrem Zdrowia. Negocjacje te zostały obecnie zerwane.

REZOLUCJA

Światowe Stowarzyszenie Lekarskie z poważnym zaniepokojeniem przyjmuje do wiadomości spór, jaki ma miejsce w Polsce pomiędzy lekarzami odbywającymi szkolenie specjalizacyjne a rządem, dotyczący finansowania opieki zdrowotnej oraz wynagrodzeń lekarzy rezydentów, spośród których wielu musi podejmować dodatkowe zatrudnienie, aby pozyskać odpowiednie środki do życia.

Zauważamy ponadto, że część z tych lekarzy od kilku dni prowadzi strajk głodowy oraz że negocjacje z Ministrem Zdrowia zostały zerwane.

Konieczne jest dojście do porozumienia, zanim ci lekarze doznają nieodwracalnej szkody na zdrowiu albo któryś z nich umrze, dążąc do poprawy warunków pra-

cy swych koleżanek i kolegów oraz do polepszenia finansowych podstaw zapewniania opieki zdrowotnej społeczeństwu.

Apelujemy do Prezes Rady Ministrów, aby włączyła się do negocjacji w celu wypracowania możliwych do zaakceptowania rozwiązań chroniących życie lekarzy rezydentów, zwłaszcza tych, którzy uczestniczą w strajku głodowym, jak również prowadzących do poprawy finansowania świadczeń zdrowotnych dla całego społeczeństwa.

My, lekarze reprezentowani przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie, jesteśmy solidarni z lekarzami w Polsce.

Stanowisko Konwentu

Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich z dnia 14 października 2017r.

Prezesi Okręgowych Rad Lekarskich, zebrani w Warszawie w dniu 14 października 2017 roku, wyrażają wszystkim głodującym lekarzom podziękowania za podjęcie dramatycznej decyzji o rozpoczęciu akcji protestacyjnej.

Deklarujemy pełne wsparcie dla tego protestu, zapewniając pomoc prawną, logistyczną i finansową.

Życzymy protestującym wytrwałości w walce o wprowadzenie normalności do polskiej ochrony zdrowia, a polskim pacjentom – jak najszybszej możliwości skorzystania z efektów tych zmian.

Przewodniczący Konwentu – Jerzy JAKUBISZYN

WRACAMY DO SIEBIE

Komisja ds Lekarzy Seniorów zaprasza na coroczne SPOTKANIE OPŁATKOWE, które odbędzie się 16 grudnia (sobota) 2017 r. o godz. 13, w budynku Opolskiej Izby Lekarskiej, przy ul. Grunwaldzkiej 23 (dla zmotoryzowanych – własny parking izbowy, dla słabowitych winda).

Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do 13 grudnia (środa), tel.77/454-59-39. Jest to, tym razem, szczególnie ważne, gdyż ułatwi rozmieszczenie uczestników w aktualnych pomieszczeniach i usprawnić catering.

Przewodniczący Komisji – Tadeusz CHOWANIEC

PhotoArtMedica 2017 • 21 października 2017 r. • Częstochowa

KOLEJNE WYRÓŻNIENIA DLA NASZEGO KOLEGI

Jak zawsze z wielką przyjemnością pragnę poinformować naszych czytelników, że nasz fotografujący od lat Kolega dr Jan SAGAN z Kędzierzyna-Koźła na V Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2017 został podwójnie uhonorowany.

Po pierwsze: „za udział i przedstawianie swoich prac w kolejnych Międzynarodowych Salonach Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica w Częstochowie” oraz z okazji piątej edycji tego konkursu organizatorzy postanowili uhonorować najbardziej aktywnych Uczestników, którzy wzięli udział w 5 lub 4 Salonach. I właśnie

dr Sagan został wyróżniony Honorowym Medalem PhotoArtMedica za: „wkład i zaangażowanie w rozwój pasji fotografii artystycznej środowiska medycznego oraz udział w czterech Salonach PhotoArtMedica 2014–2017”



Ponadto jego praca pt. „Pani 2” otrzymała Honorowe Wyróżnienie w kategorii „Temat wolny”.



PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2017 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
17–19.XI.17 r. ¹	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Kurs 05-730/3-43-130-2017 „Prawo medyczne” (dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
8.XII.17 r. (piątek) 1 grupa; godz. 9.00–11.30 ² 2 grupa; godz. 12.00–14.30 ²	Dr Waldemar Kozłowski	„Odbudowa kl. II” (maks. dla 20 lekarzy dentystów)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

1 – Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: 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.

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

W imieniu firmy Dentsply Sirona zapraszamy 8.XII.17 r. na szkolenie „Bezstresowo, bezpiecznie i szybko – odbudowa zębów w odcinku bocznym”

- Prowadzący: dr Waldemar Kozłowski
- Program szkolenia

1. Diagnostyka ubytków II klasy – zdjęcia skrzydłowo zwraciowe, detektor próchnicy, izolacja;
2. Wybór właściwego materiału wypełniającego oraz systemu wiążącego;
 - preparacja adhezyjna;

3. Techniki aplikacyjne (pokaz na modelu);
 - anatomia i topografia powierzchni żującej zęba 16,
 - odbudowa i rozkład punktów kontaktu,
 - kalibracja okluzyjna,
 - prawidłowa odbudowa punktu stycznego;
4. Polerowanie – minimalne opracowanie, maksymalny efekt;
5. Przypadki kliniczne okiem Eksperta;
6. Ćwiczenia praktyczne na modelach.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

JAK WYGLĄDAŁY POGRZEBY OSTATNICH JAGIELLONÓW ZYGMUNTA I STAREGO I ZYGMUNTA II AUGUSTA



Zygmunt I Stary (1467-1548) pod koniec życia cierpiał na zwyrodnienie stawów. Od roku 1545 miał duże kłopoty z chodzeniem, dlatego był przenoszony w specjalnej lektyce. Audjencji udzielał zazwyczaj leżąc w łóżku zlecając te obowiązki żonie Bonie (bardzo lubiła mieszać się do polityki) lub jednemu synowi Zygmuntowi Augustowi.

Zygmunt Stary zmarł w Wielkanoc 1 kwietnia 1549 r. w wieku 82 lat. Był najdłużej żyjącym królem polskim na tronie królewskim zasiadał od roku 1507, panował więc czterdzieści jeden lat.

Po zabalsamowaniu zwłok biskup Samuel Maciejewski ubrał ciało króla w szaty koronacyjne, (które używano tylko dwukrotnie do koronacji i pogrzeb królewski), na głowę założył koronę, a przy nim położył berło, jabłko królewskie oraz miecz. Ciało wystawiono na dziedzińcu wawelskim na specjalnie zbudowanym tronie pod baldachimem. Po dwóch dniach ciało złożone zostało do trumny, przy czym zgodnie z obyczajem insygnia królewskie zamieniono na drewniane. Na kolejne trzy miesiące trumna królewska spoczęła w jego sypialni na Wawelu, przy której czuwała Bona, Zygmunt August i jego trzy siostry.

Sam pogrzeb odbył się trzy miesiące później w dniu 25 lipca 1548 r. Na dziedzińcu uformował się długi orszak żałobny. Pochód otwierali studenci Uniwersytetu Jagiellońskiego wraz z profesorami, księża. Następnie szło dwustu nędzarzy ze świecami ubranych w czarne płaszcze z kapturami, żołnierze w zbrojach, trzydzieści koni bez jeźdźców z kapami, na których znajdowały się herby królewskie. Za nimi podążało dwóch pojedynczych rycerzy, jeden w zbroi Zygmunta Starego, drugi odziany w płaszcz koronacyjny króla. Za nimi szli senatorowie, zagraniczni posłowie. Dopiero po nich niesiono trumnę z ciałem króla, za którą szedł Zygmunt August, królowa Bona, Rada Miasta Krakowa i wresz-

cie nieprzebrany tłum mieszkańców Krakowa. Wg ówczesnych kronikarzy przejście konduktu pogrzebowego trwało ponad dwie godziny, zaś pogrzeb Zygmunta Starego był najpiękniejszy w historii Polski.

Po wprowadzeniu trumny do Katedry Wawelskiej została ona spuszczone do krypty pod posadzką Katedry. Jednym z uczestników spuszczenia trumny Zygmunta Starego poza senatorami był Zygmunt August, co miało symbolizować przejście władzy po ojcu.

Następnego dnia po pogrzebie uformowała się procesja, która przez trzy dni wstępowała do wszystkich kościołów i okrążała Rynek krakowski. Zamiast trumny niesiono insygnia władzy królewskiej, które w każdym kościele były składane na specjalnie przygotowanym tronie. Trzeciego dnia procesja dotarła do Katedry Wawelskiej, gdzie nastąpiło oficjalne przekazanie władzy Zygmuntowi Augustowi. Koronacja nie odbyła się ponieważ Zygmunt August jako ośmioletni chłopiec z inicjatywy swojej matki Bony został już koronowany na króla Polski, mimo że żył jego ojciec Zygmunt (któremu nadano przydomek Starego, mimo że był w sile wieku).

Zygmunt August, który równocześnie był Wielkim Księciem Litewskim większość życia spędził na Litwie. Tam w Katedrze Wileńskiej pochował swoją pierwszą żonę Elżbietę Habsburżankę oraz drugą Barbarę Radziwiłównę. Zmarł w wieku 52 lat w dniu 7 lipca 1572 r. w drodze do pobliskiego Tykocina. W piwnicach tego zamku złożył swoje kosztowności: złote i srebrne zastawy i sprzęt, kolekcje pereł uwielbianych przez Barbarę Radziwiłówną, skrzynie wypełnione złotymi dukatami. Przyczyną jego śmierci była niewydolność nerek, która doprowadziła do mocznicy, zdarzały się również często przypad-



Zygmunt I Stary



Zygmunt August

ki wydalania kamieni moczowych z silnymi dolegliwościami bólowymi. Równocześnie Zygmuntowi Augustowi dokuczała podagra i niedowład nóg, dlatego po koniec życia – podobnie jak ojciec – noszony był w lektyce. Król umierał niestety w całkowitej samotności, nikt nie obmył zwłok i nikt nie ubrał ich w szaty królewskie, ponieważ wszyscy z jego otoczenia rzucili się do piwnic zamkowych, aby ukraść jak najwięcej kosztowności królewskich.

W końcu z jego ciała usunięto wszystkie wnętrzności i zabalsamowano. Skromny jego pogrzeb odbył się dopiero po dwóch latach po przewiezieniu zwłok z Litwy do Krakowa tuż przed koronacją Henryka Walezego w roku 1574.

Pochowany został w kryptach Katedry Wawelskiej obok swojego ojca. Ironią losu jest fakt, że zmarł pięć miesięcy po śmierci swojej trzeciej żony Katarzyny Habsburżanki (28 lutego 1572), która została przez niego wydalona z Wawelu w roku 1566 i zamieszkała w Austrii (Linz).



Sarkofagi Zygmunta I Starego i Zygmunta Augusta w Kryptyce Zygmuntowskiej na Wawelu

Metalowe trumny Zygmunta Starego i Zygmunta Augusta znajdują się w kryptach Katedry Wawelskiej, przy czym uwagę zwraca masywna trumna Zygmunta Starego z uwagi na jego wielką posturę (w serialu o królowej Bony jego postać grał Jerzy Bińczycki).

Anna Jagiellonka, najmłodsza córka Zygmunta Starego i Bony, która już jako stara panna wyszła za mąż za Henryka Walezego, a później – z woli magnaterii polskiej – za Stefana Batorego ufundowała przepiękną kaplicę Zygmuntowską, z rzucającą się z daleka złotą kopułą. Znajdują się w niej w pozycjach półleżących, wykonane z żółtego marmuru postacie Zygmunta Starego, Zygmunta Augusta oraz samej fundatorki – Anny Jagiellonki.

P. S. Anna Jagiellonka ufundowała również mauzoleum swojej matki Bony w kościele św. Mikołaja w Bari.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

TRZEBA Z MŁODYMI NAPRZÓD IŚĆ

O uporze i znakach zapytania z **Kacprem GAJDĄ**, lekarzem stażystą, sekretarzem Porozumienia Rezydentów OZZL, rozmawia Ewa SZARKOWSKA

MT: W momencie rozpoczęcia studiów wierzył pan w świetlaną przyszłość?

KACPER GAJDA: Pochodzę z uzdrowiska Nałęczów, gdzie lekarz uważany jest za kogoś niezwykle wykształconego, no i oczywiście bogatego. Przez trzy lata studiów świadomość tego, co mnie czeka po ich ukończeniu, ograniczała się do opinii najbliższego środowiska. Wszyscy mówili, jakie szczęście mnie spotkało. Było to budujące, bo wiedziałem, ile rodziców kosztuje utrzymanie mnie na tych studiach, zwłaszcza że mój

dwa lata starszy brat też studiował. Byłem przekonany, że szybko się im odwdzięczę. Kiedy na czwartym roku zaczęły się przedmioty kliniczne, powoli zaczęło do mnie docierać, jak to wygląda naprawdę. Wśród wykładowców i asystentów nie było osoby, która doradzałaby nam pozostanie w kraju po otrzymaniu dyplomu. Ni-

gdy nie zapomnę, jak asystent, który właśnie zdobył tytuł doktora, powiedział nam, że dzięki temu jego pensja wzrośnie o 50 zł miesięcznie.

Jak wygląda rzeczywistość początkującego lekarza?

Odbywam roczny staż podyplomowy w szpitalu powiatowym w Garwolinie. Codziennie dojeżdżam do pracy ok. 60 km w jedną stronę. Z powodu braków kadrowych często pracuję samodzielnie, choć zawsze mogę liczyć na rady starszych lekarzy. Podczas cząstkowego stażu na internie przyjmowałem pacjentów na oddział, miałem od 4 do 12 chorych na stałe pod swoją opieką, wydawałem zlecenia lekarskie, robiłem podstawowe zabiegi i wypisy. Miewałem proste przypadki, ale i takie, które musiałem konsultować telefonicznie z kierownikami instytutów, bo możliwości diagnostyczne szpitala powiatowego są ograniczone. Teraz jestem na chirurgii, stoję na I asyście do operacji, w sumie każdej jaka jest, bo brakuje lekarzy na oddziale, a ktoś z tytułem specjalisty musi wykonywać pozostałe obowiązki. Jeśli ktoś uważa, że staż pody-

plomowy to nieco bardziej zaawansowane praktyki wakacyjne, gdy chodzi o szpital nieakademicki, zdecydowanie się myli. Ma to jednak swoje zalety. Wiem, że po ukończeniu takiego stażu będę gotowy do samodzielnego wykonywania zawodu.

Ile zarabia stażysta?

Za pracę bez dyżurów od poniedziałku do piątku, po 7 godz. 35 min. dziennie, otrzymuję 1.460 zł netto. Zgodnie z programem stażu mam też 40 godz. 20 min. dyżurów miesięcznie, za które łącznie dostaję 390 zł netto. Około 1/3 pensji wydaję na dojazdy do pracy, ponad drugie tyle na mieszkanie. Mam 26 lat i dyplom lekarza, ale jestem zmuszony dalej być na garnuszku rodziców.

Po stażu chyba będzie lepiej?

Nic bardziej mylnego. Specjalizacja trwa od 4 do 7 lat, a pensja lekarza rezydenta w trakcie specjalizacji na najlepszych warunkach wynosi ustawowo 70% średniej krajowej, czyli obecnie ok. 2,4 tys. zł na rękę. Mam bliżej niż dalej do trzydziestki. To zdecydowanie najlepszy czas na założenie rodziny. Powstaje tylko pytanie, czy gdybym miał żonę i dzieci, byłbym w stanie ich utrzymać, nie dorabiając?

W której dziedzinie medycyny chce się pan specjalizować?

Chcę zostać psychiatrą. Na ten wybór wpłynęły przede wszystkim zainteresowania i pasja, a nie szansa zdobycia miejsca specjalizacyjnego. Nie jest to ta pierwsza, ale w tej chwili bez wątpienia wymarzona specjalizacja.

Jak ocenia pan swoje szanse na otrzymanie rezydentury?

Gdybym chciał zostać neurologiem – jak planowałem na początku – prawdopodobnie w ogóle nie znalazłbym rezydentury, chyba że miałbym jeden z najlepszych wyników LEK w kraju. Niestety, moja rezydentura z psychiatrii też stanęła pod znakiem zapytania, bo liczba miejsc szkoleniowych została ograniczona o blisko połowę i nie wiem, w jakim stopniu cięcia dotkną mojej specjalizacji. Zadaję sobie pytanie dlaczego, skoro w naszym kraju tak bardzo brakuje specjalistów.

Był pan 19 lipca na demonstracji pod Sejmem?

Uczestniczyłem tylko w początku i końcu demonstracji, ponieważ byłem członkiem delegacji PZM w Sejmie, gdzie odbywało się w tym czasie pierwsze czytanie naszego projektu ustawy o warunkach zatrudnienia w ochronie zdrowia, pod którym zebraliśmy blisko 240 tys. podpisów. Zarówno frekwencja, jak i przebieg demonstracji, m.in. wystąpienia reprezentantów poszczególnych zawodów medycznych, które potem obejrzałem w sieci, były świetne.

A jak pan ocenia to, co się działo w Sejmie?

Zgodnie z oczekiwaniami mieliśmy pełne wsparcie opozycji, natomiast posłowie PiS usilnie próbowali wytknąć błędy w naszej ustawie. Wypowiadali się, że „ *mimo szczegółowego przesłедzenia projektu nie znaleźli różnych informacji, przez co projekt jest niedopracowany*”. Sęk w tym, że gdyby to była prawda, marszałek Sejmu nie przyjąłby naszego projektu do procedowania, a jak słusznie zauważyli posłowie opozycji, tzw. braki, o które nas oskarżano, nie różniły się niczym od tych w rządowym projekcie.

Posłowie większością głosów zdecydowali, że projekt PZM nie będzie rozpatrywany w trybie pilnym, podczas gdy złożona w tym samym czasie ustawa rządowa została dzień wcześniej podpisana przez prezydenta.

Projekt PZM już na początku wywołał popłoch w rządzie – dowodzi tego ekspresowe procedowanie projektu ministra zdrowia, a następnie odrzucenie propozycji wspólnego rozpatrywania naszego i rządowego projektu zgodnie z tradycjami i kulturą sejmową. Gdyby nie wniosek opozycji o rozpatrywanie w trybie pilnym i o skierowanie projektu do komisji zdrowia i finansów, posłowie PiS wyrzuciliby nasz projekt do kosza. Nie zdziwiłem się, że dokument nie będzie procedowany w trybie pilnym, bo przy obecnym rozkładzie mandatów w Sejmie wydawało się to oczywiste. Wielkim zaskoczeniem była jednak dla mnie tak niewielka różnica w rozłożeniu głosów. Za wnioskiem było 211 posłów, przeciw 234, a 3 wstrzymało się od głosu. Z kolei wniosek o skierowanie naszego projektu do dwóch komisji: zdrowia i finansów, poparło 436 posłów, a to otwiera dalsze pole do działania. Jeżeli naszym przedstawicielom uda się spotkać przy jednym stole z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Finansów, jest szansa, że przestaną odbijać nas między sobą jak piłeczkę pingpongową i przejdą do rzeczowych rozmów prowadzących do uzdrowienia choryjącego na błędne zarządzanie i niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia.

Czy podobne odczucia mają inni młodzi lekarze?

Oczywiście ile osób, tyle opinii. Z komentarzy, które słyszałem i czytałem, daje się wyczuć zaskoczenie, żalenie, rozczarowanie, a nawet złość. Wszyscy bardzo liczą na nasz projekt ustawy, bo chcą leczyć w Polsce i być ze swoimi rodzinami. Niestety, sporo już planuje bądź jest na końcowym etapie przygotowań do wyjazdu za lepszymi warunkami szkolenia i pracy. Jeżeli sytuacja się nie poprawi, a nasze postulaty nie będą spełnione, odsetek wyjeżdżających z Polski na pewno się zwiększy. Ci, którzy zostaną, będą się przygotowywać do strajku generalnego w ochronie zdrowia.

Co robi Kacper Gajda?

Chciałbym móc leczyć w Polsce. Hobbystycznie chciałem w trakcie specjalizacji zaangażować się w rozwój polskiej psychiatrii i destygmatyzację pacjenta psychiatrycznego, ale okazało się, że najpierw trzeba się wzięć za polską ochronę zdrowia holistycznie, bo cała bardzo cierpi. I dlatego, mimo że znam biegle język angielski, podstawy niemieckiego i japońskiego, nie wyjadę z kraju. Jeżeli nasze postulaty zostaną po raz kolejny zignorowane, będę brał udział w koordynowaniu protestu głodowego.

Czy wraz z eskalacją działań nastanie dzień, w którym odejdziecie od łóżek pacjentów?

Zacytuję fragment uzasadnienia naszego projektu ustawy: „*My tego nie chcemy, ale jeżeli rozsądne i mądre propozycje pokojowe, rozmowy, akcje społeczne nic nie dają, a politycy wprost sugerują, że ma być strajk, że mamy odejść z pracy, to dopiero wtedy coś się zmieni, inaczej ochrona zdrowia nigdy nie będzie priorytetem, to szanowni Państwo, przypomnijcie sobie te słowa, kiedy do tego dojdzie*”.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 9/17)

CZY BĘDZIEMY DRUGĄ HOLANDIĄ?

Polska stoi właśnie u progu dużych zmian systemowych w ochronie zdrowia. Jednak kierunki czy podstawy naszych rozwiązań są mało zbieżne z holenderskim systemem, który znajduje się na szczycie międzynarodowych rankingów. Czy idziemy w dobrą stronę?

Holandia gruntowną reformę wdrożyła ponad dekadę temu, czego efektem jest to, że w ostatnim rankingu Euro Health Consumer Index po raz kolejny zdobyła pierwsze miejsce, uzyskując 916 punktów na 1000 możliwych. W jakim stopniu możemy korzystać z holenderskich doświadczeń? – o tym m.in. dyskutowali eksperci podczas Polsko-Holenderskiego Szczytu Zdrowia.

Pierwsza, podstawowa bariera, której w żaden sposób szybko nie przeskoczymy, to finanse. Udział całkowitych wydatków na zdrowie w PKB Holandii wynosi ok. 10,9% (w 2014 według OECD przekładało się to na 5276 \$ na osobę), a w Polsce ok. 6,4% PKB (1624 \$ na osobę).

– Obecnie Holandia coraz więcej wydaje na opiekę nad osobami starszymi, mniej z kolei w porównaniu z innymi krajami na leki czy leczenie szpitalne – podkreślił Erik Peninga, program manager z konsorcjum Task Force Health Care.

Regulowany, ale scentralizowany

Druga rzecz to organizacja finansowania. Tutaj nasze drogi rozejdą się całkowicie. W Polsce jesteśmy w trakcie rezygnacji z systemu ubezpieczeniowego w ochronie zdrowia. W 2018 r. wprowadzimy system budżetowy, utrzymywany w znacznej mierze z podatków. Nastąpi likwidacja odrębnej składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Holandia poszła w innym kierunku. – W 2006 r. wprowadziliśmy zasadniczą reformę, wprowadzając jeden kompleksowy program ubezpieczeniowy. Ten system realizują podmioty prywatne – ubezpieczyciele i szpitale, ale jest on koordynowany i gwarantowany przez rząd – wyjaśniał Erik Peninga.

W kraju funkcjonuje 24 ubezpieczycieli, którzy zarządzają obowiązkową składką, ale też dają możliwość do ubezpieczenia się i uzyskania ponadstandardowej opieki. Działają w większości jako instytucje non-profit. System ubezpieczeniowy oparty jest na wpływach z dwóch źródeł – prywatnych i państwowych. Dodatkowy wkład pieniężny zapewniają pracodawcy.

Państwo negocjuje z tymi dostawcami świadczeń, w rezultacie mamy więc do czynienia w Holandii z całkiem niezłą, choć regulowana konkretną. – Co najważniejsze, ubezpieczyciele nie mogą odmówić nikomu ubezpieczenia – podkreślał manager z Task Force Health Care. Mają ustawowy obowiązek zapewnienia opieki każdemu, niezależnie od jego stanu zdrowia, wieku itd.

Holenderski system ochrony zdrowia wyróżnia się więc z całą pewnością bliską współpracą między sekto-

rem prywatnym a publicznym oraz ośrodkami naukowymi. W Polsce takiej współpracy między różnymi elementami systemu ochrony zdrowia brakuje; co więcej – następuje coraz większa centralizacja.

Fundamentem holenderskiego systemu zdrowia jest oczywiście podstawowa opieka zdrowotna (POZ). – W przyszłości priorytetem dla nas będzie substytucja opieki. Czyli mocniejszy nacisk na leczenie w ramach pierwszego kontaktu oraz opieki środowiskowej, specjaliści tylko w ostateczności – zapowiadał Guido Danen, project manager z Task Force Health Care.

Jak czytamy w raporcie Philipsa i ambasady holenderskiej „Polska i Holandia – zdrowe relacje” (Warszawa 2017), wśród rozwiązań, które przyczyniły się do sukcesów Holandii, a których wdrażanie zaczęła lub zamierza wdrażać Polska, jest m.in. „zwiększenie roli opieki przedszpitalnej, która jest zdecydowanie tańsza niż hospitalizacja, co osiągnięto dzięki wzmocnieniu podstawowej opieki zdrowotnej”.

– Oczywiście są też problemy, są niezadowoleni pacjenci, koszty leczenia rosną, społeczeństwo się starzeje, jest jeszcze nad czym pracować – podsumował opinie o holenderskiej ochronie zdrowia Raphael Varga van Kibed, wiceambasador Królestwa Niderlandów w Polsce.

Regulowany i scentralizowany system?

A w jakim kierunku pójdą zmiany w polskiej ochronie zdrowia? Po pierwsze jesteśmy świeżo po stworzeniu sieci szpitali, która jest istotą reformy ochrony zdrowia. – Sieć szpitali jest tym elementem, który nie bardzo odpowiada temu porównaniu ze zdecentralizowanym systemem holenderskim. Pozornie tak to może wyglądać, ale dlaczego wprowadzamy tę sieć? – inicjował dyskusję Zbigniew Król, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Jak wyjaśniał, przez lata od wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego i płacenia za określone procedury doszło do mocnego „zatomizowania kontraktów”. – W zasadzie teraz ten system zrobił nam się z jednej strony niespecjalnie efektywny, z drugiej strony mocno kosztowny, z trzeciej strony – niekorzystny dla pacjenta.

– Od wielu lat – przypominał wiceminister zdrowia – na konferencjach jakościowych mówi się również, że ten sposób finansowania i taka konstrukcja systemu sprzyjają raczej tworzeniu kolejek, a nie ich redukowaniu. Te kwestie, jego zdaniem, były przyczyną idei zmiany systemowej.

– Równolegle do sieci szpitali bardzo mocno pracujemy nad tym, aby w tym samym mniej więcej czasie zafunkcjonowała ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej. Ostatecznie jest pewna szansa, że będziemy szli w kierunku rozwiązań, które mają Holendrzy – sugerował Zbigniew Król.

Koordinacja i POZ+

W Holandii lekarz rodzinny jest przewodnikiem chorego po systemie i koordynatorem leczenia. Takie podejście pozwoliło lepiej zorganizować przebieg leczenia i obniżyć koszty. Zgodnie z planami Ministerstwa Zdrowia tak ma być również w Polsce.

– *Od około dwóch lat NFZ we współpracy z Bankiem Światowym realizuje projekt związany z przygotowaniem systemu zmiany ochrony zdrowia, który wprowadziłby opiekę koordynowaną na poziomie POZ, AOS oraz szpitalnictwa i leczenia poszpitalnego* – opisywała na konferencji (22 czerwca br. w Warszawie) Katarzyna Wiktorzak, naczelnik wydziału ds. strategii i projektów rozwojowych w NFZ.

Projekt „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK)” ma na celu przygotowanie rozwiązań optymalizujących proces udzielania świadczeń zdrowotnych. W efekcie pacjent ma płynnie przechodzić między różnymi etapami leczenia i typami świadczeniodawców.

– *W tej chwili nasze prace koncentrują się przede wszystkim na opracowaniu i przygotowaniu do pilotażowego wdrożenia modelu POZ+, czyli opierającego się na opiece podstawowej* – wyjaśniała Wiktorzak.

Czym będzie się różnił POZ+ od zwykłego POZ? Przede wszystkim chodzi o to, żeby była możliwość szybkich konsultacji z wybranymi specjalistami, również z wykorzystaniem telemedycyny. – *Chcielibyśmy, żeby w ramach tej opieki znaleźli się nie tylko lekarze rodzinni, ale cały zespół ludzi – współpracujący z nimi lekarze specjaliści, dietetycy, psychologowie, edukatorzy zdrowotni i pielęgniarki* – wyliczała przedstawicielka NFZ.

Placówka POZ miałaby zapewniać dostęp do specjalistów w dziedzinie diabetologii, endokrynologii, kardiologii, pulmonologii, neurologii i ortopedii oraz do świadczeń rehabilitacyjnych. W projekcie planowane jest

opracowanie minimum trzech modeli opieki koordynowanej, w których zasadniczą rolę będzie odgrywała podstawowa opieka zdrowotna.

W Polsce możemy również mówić o próbach koordynowania opieki medycznej w onkologii czy kardiologii. Jak przypominają eksperci, opieka koordynowana może przyczynić się do redukcji zbędnych kosztów, co w dobie niekorzystnych zmian demograficznych wydaje się niezbędne w każdym systemie opieki zdrowotnej.

Innowacje w systemie

– *Nie można w tym działaniu pominąć niezwykle ważnego czynnika, jakim jest wykorzystanie najnowszych technologii wspierających komunikację, diagnostykę i rehabilitację* – powiedział Michał Kępowicz, dyrektor ds. relacji zewnętrznych w Philips Polska.

Jednym ze źródeł sukcesu Holandii w obszarze ochrony zdrowia jest wykorzystanie innowacyjnych rozwiązań i technologii na różnych poziomach opieki medycznej, począwszy od środowiskowej, w domu pacjenta, kończąc na szpitalnej.

– *Najnowsze technologie stanowią jeden z najważniejszych czynników umożliwiających poprawę skuteczności opieki zdrowotnej i polscy pacjenci powinni w coraz większym stopniu korzystać z najnowszych osiągnięć technologicznych zarówno w zakresie farmakologii, jak urządzeń i systemów medycznych* – dodał Kępowicz.

– *Dystans Polski do Holandii jest kolosalny: w jakości, finansowaniu i we wrażliwości systemu, tzn. traktowaniu pacjenta jak partnera. Tego często nam brakuje. Z konkretnych problemów najbardziej dotkliwe okażą się wkrótce braki kadrowe, nawet nie lekarzy, ale pielęgniarek, które są fatalnie opłacane* – podsumował prof. Mirosław Wysocki, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego.

Daniel KUROPAS

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 9/17)

Potrzeby inwestycyjne publicznej służby zdrowia

OD PRZYPADKU DO PRZYPADKU

W każdym regionie Polski są szpitale, które bardziej lub mniej potrzebują doinwestowania. W umowach z NFZ nie ma przewidzianych środków na inwestycje czy nowe technologie – i to się nie zmieni także przy nowym sposobie finansowania ryczałtowego. Sytuacja ta zmusza zarządzających i ich organy nadzorcze do poszukiwania innych źródeł realizacji potrzeb inwestycyjnych.

A jest ich sporo, zważywszy na fakt, że od lat w żadnym województwie nie ma spójnej polityki inwestycyjnej dla wszystkich podmiotów (bez względu na rodzaj organu tworzącego) ani centralnej strategii przeznacza-

nia określonych pieniędzy na budowę, przebudowę, modernizację czy zakupy nowych środków trwałych.

Skąd ten chaos?

Ministerstwo Zdrowia co roku tworzy programy przeznaczone do pracy z wykorzystaniem konkretnej aparatury medycznej, a fundacje i stowarzyszenia przekazują w formie darowizny różny sprzęt – ale to nie jest wystarczające. W niektórych częściach Polski budynki szpitalne mają ponad sto lat, a aparatura i sprzęt zakupione zostały w poprzednim wieku. Szpitale, aby nie stracić kontraktu z NFZ i nie przegapić szansy, składają wnioski o tę po-

► moc, nie zawsze kierując się faktyczną potrzebą. Często wynika to z łapania okazji lub presji organu nadzorującego czy personelu danego oddziału. Kiedy jest wiele potrzeb, a szpital duży, trudno określić tę jedną, jedyną, najważniejszą, która może otrzymać dofinansowanie.

Działanie bez planu

Powyższe działanie nie ma nic wspólnego z właściwym postępowaniem przy zapotrzebowaniu inwestycyjnym, bo nie jest to wcześniej planowane. Jest działaniem *ad hoc* – bierzemy to, co nam sfinansują lub czego wymaga NFZ. Trochę lepiej jest przy budowie lub modernizacji szpitala, choć i tu największym problemem pozostaje źródło finansowania. Nie ma zbyt wielu możliwości, bo oprócz środków z budżetów: państwa i samorządu, przy dobrej kondycji finansowej szpitala można jeszcze starać się o kredyt bankowy. I na tym opcje finansowania się kończą. Często też na ostateczną zgodę na rozpoczęcie inwestycji czeka się wiele lat, nie mając gwarancji, czy później, w trakcie budowy, finansowanie nie zostanie wstrzymane. Dalej cały proces przebiega tak jak w każdej innej branży: od określenia koncepcji i wizualizacji inwestycji, poprzez studium wykonalności, analizę ryzyka inwestycji, opracowanie budżetu i dokumentacji projektowej, uzyskanie odpowiednich pozwoleń, wybór wykonawców inwestycji i dostawców wyposażenia, sprzętu i aparatury oraz nadzór nad realizacją robót budowlano-montażowych aż do zakończenia budowy, uruchomienia nowego obiektu i rozliczenia inwestycji.

Analiza efektywności

Przy inwestycjach realizowanych przez prywatne podmioty najważniejszym elementem jest analiza efek-

tywności finansowej, stanowiąca narzędzie procesu planowania i realizacji przedsięwzięcia inwestycyjnego. Wskazuje ona jednoznacznie, czy inwestycja jest rentowna, znajduje się na granicy opłacalności, czy też powinno się ją odrzucić, ponieważ nie przyniesie w przyszłości zwrotu poniesionych nakładów. Dla publicznych podmiotów służby zdrowia stosowane narzędzie analizy efektywności nie ma warunku koniecznego – zwrotu z inwestycji, ale powinno wskazywać korzyści dla pacjentów w postaci realizowania lepszej jakości świadczeń medycznych.

Szpitaly publiczne powinny w sposób ciągły wymieniać zużyty sprzęt i aparaturę, a budynki szpitalne dostosować do wymogów unijnych. Ponadto stosowanie innowacyjnych metod leczenia sprawia, że zapotrzebowanie na kapitał w służbie zdrowia będzie rosło. Dobrym rozwiązaniem byłoby więc stworzenie wieloletnich planów inwestycyjnych w każdym województwie – zarówno w zakresie zakupów aparatury i sprzętu, jak i tych budowlanych – na podstawie map potrzeb zdrowotnych i faktycznych potrzeb szpitala, z zabezpieczeniem ich finansowania w budżecie danego województwa.

Brak zaplanowanych odpowiednich środków finansowych na leczenie, ale również na infrastrukturę i sprzęt będzie stale wywoływał dylematy zarządzających szpitalami: „przyjmujemy, co dają, czy radzimy sobie jakoś i reanimujemy stare”.

Ewa KSIĄŻEK-BATOR

Autorka jest członkiem zarządu Polskiej Federacji Szpitali.

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 6-7/17)

WSPÓŁPŁACENIE – POMYSŁ DOBRY, ALE NIEDOSKONAŁY?

Propozycja ministerstwa zdrowia zakładająca, że publiczne szpitale będą mogły pobierać od pacjentów opłaty za udzielone im świadczenia podzieliła środowisko. Uważa się, że po wejściu zmian w życie realnie podzieliłaby także pacjentów na „lepszyc” i „gorszych”. Mimo wycofania założeń z konsultacji społecznych i konieczności ponownego przedyskutowania pomysłu, co zadeklarował resort, komentarze w tej sprawie nie milkną.

– To wykorzystanie mocy przerobowych szpitali – mówił Konstanty Radziwiłł. Ale propozycja ta, to także odejście od dotychczasowej linii resortu. Po wycofaniu projektu, prace resortowe rozpoczęły się niejako na nowo. Możemy spodziewać się dopracowanej wersji pomysłu lub zupełnie odbiegającej od pierwotnej. Czy danie pacjentom wyboru i możliwości dostępu do odpłatnych świadczeń w dysponujących wykwalifikowaną kadrą i doskonale wyposażo-

nych publicznych szpitalach jest rzeczywiście nietrafionym pomysłem? Poprosiliśmy dyrektorów, prawników oraz organizacje pacjenckie i Naczelną Izbę Lekarską o komentarze dotyczące koncepcji płatnych świadczeń w publicznych szpitalach.

Taki pomysł to wyrównanie szans szpitali funkcjonujących w systemie

W systemie ochrony zdrowia funkcjonują podmioty w pełni publiczne, tzn. SPZOZ oraz szpitale-spółki, które po przekształceniu oprócz realizacji świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego mają możliwość realizacji świadczeń komercyjnych, czyli odpłatnych. Podczas dyskusji nad projektem pojawiły się głosy, że wprowadzenie możliwości udzielania świadczeń odpłatnie byłoby wyrównaniem szans dla wszystkich placówek w systemie. Środki

od pacjenta byłyby także dodatkowym zastrzykiem gotówki dla borykających się z zadłużeniem szpitali.

– W przedstawionym projekcie z dnia 9 czerwca 2017 r. zmian do ustawy o działalności leczniczej założono, że pacjenci będą mogli korzystać z odpłatnych świadczeń zdrowotnych również w publicznych placówkach ochrony zdrowia. Ponieważ świadczeniodawcy – publiczne placówki ochrony zdrowia – zostałyby zobowiązane do: udzielania takich świadczeń w sposób nie ograniczający dostępu do leczenia w ramach kontraktu z NFZ oraz dopilnowania, aby prawa pacjentów, zapisanych na listach oczekujących nie zostały naruszone, wydaje się, że takie rozwiązanie mogłoby wyrównać szanse podmiotów publicznych względem spółek, przy jednoczesnym zwiększeniu dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów – przekazuje nam Waldemar Styło, dyrektor Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.

– Dotychczas, na gruncie przepisów ustawy o działalności leczniczej wielokrotnie pojawiały się wątpliwości co do możliwości prowadzenia działalności komercyjnej przez szpitale będące stroną umów z NFZ. Wiele osób wskazywało dotychczas na nierówność w traktowaniu podmiotów leczniczych polegającą na niemożności dodatkowego „zarabiania” przez szpitale. Teraz sytuacja się odwróci – mówi mecenas Juliusz Krzyżanowski z Kancelarii WKB Wierciński, Kwieciński, Baehr Sp. k.

Tak dla udziału pacjenta w kosztach, nie dla opłat za świadczenia

– Partycypacja w kosztach leczenia – jak najbardziej tak, nawet symboliczna, od wizyty, osobodnia, czy tzw. hotelowe, czy też zastosowanie ponad standardowych technik, czy materiałów, ale wcześniej te standardy miałyby być określone. Opłaty za świadczenia nie – uważa Dorota Gałczyńska-Zych, dyrektor Szpitala Bielańskiego w Warszawie.

„Wynikające z założeń ministerstwa zdrowia wspomaganie finansowe szpitali poprzez umożliwienie im realizacji świadczeń odpłatnie będzie źródłem konfliktów i lawiny skarg kierowanych na szpitale do Rzecznika Praw Pacjenta. Rozsądniejszym byłoby wprowadzenie zasadny współpłacenia przez wszystkich pacjentów niewielkich kwot za realizację świadczeń, np. X zł za każdy dzień hospitalizacji, Y zł za każdą udzieloną poradę. Jednakowe dla wszystkich zasady współpłacenia uchroniłyby przed poczuciem niesprawiedliwości i niejednokowego traktowania poszczególnych pacjentów” – czytamy w przesłanym nam oświadczeniu Andrzeja Zieleniewskiego, wiceprezesa zarządu Szpitali Pomorskich Sp. z o. o.

– Mam wrażenie, że istnieje duże niezrozumienie w temacie dopłat. Projekt w tak ważnym zakresie, dotyczącym każdego pacjenta powinien być poprzedzony szeroką kampanią informacyjną. Tak się nie stało i póki co mamy upadek czegoś, co wcale nie musiało być pomysłem złym. Samorząd lekarski w przeszłości podawał przykłady dopuszczalnego współpłacenia w zakresie podnoszenia komfortu leczenia pacjenta. Szpitale publiczne powinny mieć możli-

wość pobierania dopłaty za tzw. warunki hotelowe, czyli np. dopłat do pojedynczej sali – tak jak to już się dzieje w sanatoriach, lub na przykład dopłat za znieczulenie do zabiegów. Takie znieczulenie to nie tylko sprawa samego preparatu, ale również obecności zespołu medycznego w tym lekarza anestezjologa, co generuje koszty. Nie oznacza to, że pacjent, który może i chce zapłacić musi być pozbawiony znieczulenia. A tak się dzieje. Dzisiaj mamy sytuację, że w szpitalach prywatnych pacjent może wykupić znieczulenie do zabiegu, a w publicznych nie może dopłacić i – co za tym idzie – nie może z tego przywileju skorzystać. Pacjent powinien mieć możliwość dopłaty bez względu na strukturę własnościową szpitala – uważa dr Maciej Hamankiewicz, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Propozycja resortu niebezpieczna?

Opłaty w szpitalach to prosta droga do nadużyć. Zdaniem dr. Macieja Piroga, doradcy zarządu Konfederacji Lewiatan, propozycja resortu to absolutna rewolucja w dotychczasowym systemie ochrony zdrowia, a właściwie powrót do wcześniejszych praktyk rodem z PRL i wczesnych lat 90-tych. – Umożliwienie szpitalom będącym w sieci pobierania pieniędzy za usługi zdrowotne po tzw. wyczerpaniu ryczałtu jest prostą drogą do nadużyć. Pacjenci będą „wypychani” ze sztucznie tworzonej kolejki do działalności komercyjnej, będą tym zainteresowane szpitale publiczne i ich pracownicy, z pewnością nie pacjenci – uważa M. Piróg. Zdaniem Piroga, najnowsza nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, to sposób ministerstwa zdrowia na niedobory w ochronie zdrowia, ratowanie publicznych szpitali i przeciągnięcie pracowników z sektora prywatnego do publicznego, za prywatne środki pacjentów. – Oczywiście ceny w placówkach publicznych będą „konkurencyjne” (niższe) niż w prywatnych, ponieważ mogą być poniżej kosztów ze względu na działalność na publicznym sprzęcie, często zakupionym ze środków UE, oraz niższych kosztów pracy, gdyż pracownikom wystarczy dopłacić, a nie zapłacić za ich pracę – podkreśla doradca.

Rozwiązanie podzieliłoby pacjentów na „lepszych” i „gorszych”?

– Nie znamy szczegółów a podczas spotkania, które miało miejsce w ubiegłym tygodniu w ministerstwie zdrowia także ich nam nie przekazano. Ja osobiście jako pacjent czułabym się bezpieczniej, gdyby dyskutowano o konkretach, bo dla mnie w tej chwili nie ma rozwiązania na rozładowanie kolejek. Tutaj pojawia się problem etyczny dzielenia pacjentów, na tych którzy mogą płacić a którzy nie. Cały czas jest także problem braku kadr. Z informacji przekazanych przez wiceministra Tombarkiewicza wynikało, że pacjenci chcący skorzystać z odpłatnych świadczeń będą przyjmowani po godzinach pracy lekarzy. Nasuwa się pytanie, czy będzie miał kto to robić, jeśli mamy takie niedobory kadry. Musimy zacząć od podstaw, przyjrzeć się czy sprostą temu personel, za jakie świadczenia pacjent będzie mógł zapłacić, jak

to wszystko będzie się odbywało – tłumaczy Monika Zien-tek, rzecznik Stowarzyszenia „3majmy się razem”

– Trudno dzielić pacjentów na kategorie czy „sorty” – uważa zaś dyrektor Szpitala Bielańskiego w Warszawie.

Pacjenci zabiegają o inne rozwiązanie

– Wyraźnie podkreślono, że pacjenci będą mogli zapłacić w szpitalu publicznym wyłącznie za wizyty, badania lub zabiegi wykonywane poza systemem świadczeń NFZ, realizowane po godzinach i w dni wolne. Pacjenci tymczasem od lat zabiegają o możliwość dopłacania do zaopatrzenia medycznego takiego jak soczewki, stenty czy implanty, o możliwość dopłacenia za podanie w szpitalu leku nierefundowanego lub leku który pacjent stosuje ale nie jest on dostępny w receptariuszu szpitalnym – np. za droższe insuliny czy leki nowszej generacji. Projekt ustawy nie przewiduje jednak możliwości takich dopłat. Ogranicza się do umożliwienia pacjentom pokrycia całkowitych kosztów świadczenia poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Podkreślono, że udzielania świadczeń komercyjnych w szpitalach publicznych nie będzie regulowała ustawa, ponieważ prawo obejmuje regulacje wyłącznie świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego a nie świadczeń komercyjnych – informuje Ewa Borek, Prezes Fundacji MY PACJENCI.

Propozycja zagrożeniem dla podmiotów prywatnych?

W rozmowie z Radiem Kraków Konstanty Radziwiłł, na pytanie dotyczące obaw, że rozwiązanie uderzyłoby w prywatny sektor, bo ceny zaoferowane w szpitalu publicznym byłyby niższe, minister zdrowia przyznał, że to ciekawy głos w tej sprawie. – To pokazuje, że beneficjentami takiego rozwiązania realnie okazać mogą się publiczne szpitale a pacjenci byłiby beneficjentami takiego rozwiązania. To zaś mogłoby przesunąć część prywatnych usług medycznych do placówek publicznych – przyznał minister zdrowia.

– Wydatki prywatne na zdrowie wynosiły wg Narodowego Rachunku Zdrowia GUS w 2014 roku 31,5 mld PLN. Stanowi to około 23% całkowitych wydatków (publicznych i prywatnych) na zdrowie. Większość wydaliśmy z prywatnej kieszeni na leki – aż 62% (najwięcej w UE), 6% na wyroby medyczne, 15% na opiekę stomatologiczną a 17% na opiekę medyczną. Ostatnia pozycja – około 5,4 mld PLN, to wydatki pacjentów na wizyty w prywatnych gabinetach lekarzy specjalistów, drobne zabiegi i badania diagnostyczne. To właśnie tę część strumienia prywatnych środków zasilających co roku opiekę zdrowotną chce przekierować do publicznych szpitali Minister Radziwiłł. Nie wskazano jednak w ustawie żadnych mechanizmów kontrolujących czy poprawiających jakość świadczeń w placówkach publicznych w warunkach gdy zniknie z rynku główny konkurent pod postacią placówek prywatnych. Placówki publiczne będą mogły więc świadczyć usługi komercyjne w warunkach braku konkurencji i braku społecznego nadzoru – uważa Prezes Fundacji MY PACJENCI.

Pacjenci zyskają prawo czy obowiązek płacenia?

– Zastanawiające jest, jaki jest cel wprowadzanych zmian, szczególnie wobec wprowadzanej z dniem 1 października br. nowej struktury lecznictwa zamkniętego czyli sieci szpitali i sposobu ich rozliczania z NFZ, który zamiast dotychczasowego kontraktowego, głównie będzie miał charakter ryczałtowy – mówi Katarzyna Sabiło, prezes Fundacji Lege Pharmaciae. Oznacza to, że ściśle określona – na podstawie przyjętych kryteriów – kwota będzie przydzielana danej placówce niezależnie od liczby przyjętych pacjentów. – Co w sytuacji, kiedy ryczałt de facto wyczerpie się pomimo że teoretycznie obejmuje cały rok? Jeśli współpłacenie miałyby być interpretowane, jako sposób na finansowanie leczenia w przypadku braku środków przyznanych szpitalowi w ramach ryczałtu, to byłaby to kolejna niekonstytucyjna interpretacja, wprowadzająca nakaz współpłacenia, a nie prawo do niego. Dywersyfikowałyby jednak przede wszystkim chorych, dzieląc ich na tych, którzy zdążą przed wyczerpaniem ryczałtu i na tych, którzy zachorują później, pomimo że wszyscy oni mają zagwarantowany konstytucyjnie równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – mówi Katarzyna Sabiło.

Podobne wątpliwości ma mecenas Juliusz Krzyżanowski. – Pojawia się pytanie, które świadczenia i w jakich przypadkach będą mogły być udzielane odpłatnie. Pojawiają się głosy, że miałyby to mieć miejsce po wykorzystaniu ryczałtu, co jednak wydaje się błędnym podejściem, ponieważ ryczałt, w swej istocie, nigdy się nie kończy – jest to określone wynagrodzenie, niezależne od liczby wykonanych świadczeń – uważa.

Jaki właściwie był cel resortowej propozycji?

Minister zdrowia już przy okazji propozycji sieci szpitali wielokrotnie podkreślał, że istotą zmian jest zahamowanie selekcji pacjentów, wywołanej mniej lub bardziej korzystnymi wycenami świadczeń. W opinii resoru dochodziło do sytuacji, że dla szpitala byli pacjenci dobrze opłacani oraz tacy gdzie wycena zastosowanego świadczenia wymagała doszacowania. Kolejny pomysł ujawniony przez resort w postaci nowelizacji ustawy o działalności leczniczej nie do końca był zgodny z założeniem „nie dzielenia” pacjentów. Jak wytłumaczyć zatem choremu, że będzie tak samo traktowany za publiczne i prywatne pieniądze? Należy jednak zwrócić uwagę, że już teraz pacjenci chętnie korzystają z rynku usług świadczeń prywatnych, co z powodzeniem odciąża wypracowany system publiczny. W Polsce nakłady na ochronę zdrowia są niskie, zabezpieczają świadczenia, jednak w niewystarczającej ilości, przez co system łudzi pacjentów powszechnym dostępem i niejako zmusza do trwania w kolejkach. Pomysł być może miał być remedium na kolejki w systemie, zadłużenie szpitali lub zryczałtowanie „pustą kasę” ministerstwa. Czekamy zatem na jego ostateczną i przedyskutowaną wersję.

Anna GRELA

(przedruk z www.politykazdrowotna.com)

LEKARZE ZŁAPANI W SIECI

Ministerstwo Zdrowia zaserwowało lekarzom po studiach kolejny e-bubel. W dodatku naszym kosztem.

W tym roku rekrutacja lekarzy na miejsca specjalizacyjne przebiega z wyjątkowymi kłopotami, ponieważ resort zdrowia uruchomił niedopracowany System Monitorowania Kształcenia. System przygotowany przez agendę ministerstwa, czyli Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, miał wprowadzić nową jakość: uwolnić lekarzy od osobistego dostarczania dokumentów do urzędów wojewódzkich, sprawić, że po zalogowaniu ze swojego komputera będą mogli przekazać właściwym organom niezbędne informacje potrzebne przy ubieganiu się o rezydenturę.

– *Miał być XXI w., a jest gorzej, niż było, ponieważ program się zawiesza i jest w nim mnóstwo luk, które uniemożliwiają dokonanie rejestracji* – mówi Natalia Jakacka, kolejny tydzień czekająca na rzeczowe instrukcje z resortu, jak ma przejść procedurę rejestracji i zamieścić w formie plików wszystkie dokumenty, które wymagane są do złożenia wniosku o przyznanie rezydentury.

Wcześniej kłopoty mieli przystępujący 23 września do Lekarskiego Egzaminu Końcowego podczas przymusowego już składania wniosków poprzez system. Najpierw 250 osób (spośród ok. 6 tys. składających aplikacje) otrzymało wskutek błędu oprogramowania informację, że na egzamin muszą się zgłosić w zupełnie innych miastach, a gdy ten problem udało się (już nie komputerowo, lecz telefonicznie!) rozwiązać, wyszło na jaw, że wiele z nich nie doczekało się na automatyczną weryfikację prawa do zdawania egzaminu, więc musi aplikować powtórnie dopiero za pół roku. Stracą 6 miesięcy pozostawieni bez

nauki i pracy. Czy raczej to my będziemy musieli czekać o pół roku dłużej na młodych specjalistów?

Dominik Ngyuen, kończący staż w jednym z warszawskich szpitali, wymienia niedopatrzenia w programie: – *System nie przewiduje dołączenia w formie pliku zaświadczenia o średniej ze studiów*. Absolwentki, które w ostatnim czasie wyszły za mąż i zmieniły nazwisko, nie mogą uaktualnić swoich personaliów.

Na wpisanie wyniku egzaminu końcowego nie przewidziano miejsc po przecinku, choć podaje się je do setnych procentu, gdyż nieraz niewielkie różnice decydują o pierwszeństwie w zdobyciu etatu. Już pod koniec kwietnia, gdy minister Konstanty Radziwiłł podjął decyzję o starcie nowego systemu, przyznał bez ogródek: „*Zdaję sobie sprawę, że lekarze w zasadzie będą rozpoznawali sytuację bojem*”. Mimo znanych problemów z systemem urzędnicy departamentu nauki i szkolnictwa wyższego MZ nie widzą możliwości, aby zadośćuczynić prośbom lekarzy i przesunąć obowiązujący termin składania dokumentów (30 września) choćby o dwa tygodnie. Wygląda to, jakby Ministerstwo Zdrowia znalazło sposób, by nie tylko ostudzić zapał młodych lekarzy do pracy w Polsce, ale i zaoszczędzić trochę pieniędzy na rezydenturach, które umożliwiają absolwentom medycyny zdobywanie specjalizacji na etatach finansowanych z budżetu państwa. Nie są to specjalnie wielkie gaże, bo lekarz rezydent otrzymuje co miesiąc 2200 zł netto, ale lepszy rydz niż nic – rezydentur jest i tak mniej (4097), niż wynosi liczba aplikujących medyków (ok. 5–6 tys.). Ministrze, cura te ipsum!

Paweł WALEWSKI

(przedruk z „Polityki” z dn. 20.9.2017)

DO KOGO NALEŻY MARTWE CIAŁO?

Wokół pobierania narządów ze zwłok, jak również wokół stanu śmierci pnia mózgu, krąży wiele przesądów i lęków. Dlatego wypowiedzi niechętnie transplantologii mogą je wzmacniać. Trudno jednak jednoznacznie orzec, tym bardziej dowieść, czy kontrowersyjne opinie, a nawet te fałszywe, odnoszące się do przeszczepiania narządów od zmarłych dawców, mają jakikolwiek wpływ na postawy społeczne, czy raczej są one wyrazem tych postaw.

Dla przykładu przywołać można dwie, dość odmiennie, opinie. Pierwszą z nich jest pogląd prof. Bogusława Wolniewicza, który istotę przeszczepień *ex mortuo* sprowadził do kanibalizmu, choć medycznego. Według niego w kanibalizmie i w transplantologii istota jest ta sama, a mianowicie: chęć uratowania życia (kanibalizm głodowy) i chęć wzmocnienia sił witalnych (kanibalizm religijny). Dlatego wprowa-

dzono definicję śmierci opartą na diagnozie śmierci pnia mózgu, aby umożliwić, jak twierdzi prof. Bogusław Wolniewicz, współczesne ludożerstwo. Poza jednak analogią, związaną z wykorzystaniem ludzkich zwłok, różnice wydają się oczywiste: nie zjadamy martwych (ich organy nie ulegają zniszczeniu) i nie konsumujemy (nie użyczamy) tych organów w celu nabycia określonych własności lub cech osoby zmarłej, jak to jest w kanibalizmie rytualnym. Argumenty te są jednak intrygujące, ponieważ wypowiadają sprzeciw przed wkraczaniem w sferę kulturowo tabuizowaną pod naporem bezwzględnie realizowanej wartości życia. Odmienna opinia została wypowiedziana przez prof. Jana Talara. Twierdzi on, że nigdy nie udało się pobrać organów od martwego człowieka, *eo ipso* pobiera się od żywych, także dlatego, że kryteria śmierci pnia mózgu są fałszywe. Przesłanką wniosku prof.

Jana Talara jest, z jednej strony, odrzucenie współczesnej wiedzy medycznej, z innej zaś zastosowanie przez niego terapii polisensorycznej (bazalnej). I choć terapii polisensorycznej przyznaje się pewną ograniczoną skuteczność, to jedynie wtedy, gdy jest stosowana, przede wszystkim wobec pacjentów młodych, z urazem czaszkowo-mózgowym, najczęściej będącymi ofiarami wypadków komunikacyjnych.

Problemy tkwią jednak gdziekolwiek indziej. W kontekście procedury pobierania narządów ze zwłok lekarze zwracają uwagę na trudności, z których bodaj pierwsze dotyczą niewłaściwych relacji z rodzinami zmarłych oraz braku doświadczenia i umiejętności w prowadzeniu z nimi rozmów. To zaś, co może sprzyjać zwiększeniu pobrań, wiąże się z wiedzą i doświadczeniem lekarzy, jak i lepszą organizacją czy wypracowanymi standardami postępowania w przypadku podejrzenia śmierci mózgu. Sytuacja trudna, w jakiej znajduje się rodzina zmarłego i sam lekarz podejmujący wyjaśnienie przyczyn, z powodu których należy uznać pacjenta za zmarłego, także jako potencjalnego dawcę narządów – nie jest przeszkodą. Przeszkodą są bowiem bariery instytucjonalne, organizacyjno-administracyjne, względnie kompetencje lekarzy. W roku 2015, według danych Poltransplantu, zmniejszyła się liczba szpitali, w których pobrano narządy od więcej niż 10 zmarłych dawców, także liczba dawców z 277 w roku 2014 do 211 w następnym. Spadła więc liczba przeszczepionych narządów o 100. W 2015 roku dokonano 1.474 przeszczepień narządów, a oczekujących jest ponad 5 tysięcy.

W roku 2015 dawców z diagnozą śmierci pnia mózgu było 706, rzeczywistych 526. Oznacza to, że odstąpiono od pobrań ze 180 zwłok. Brak autoryzacji pobrania uniemożliwił pobranie narządów u stu zmarłych (14,2%). Odstąpienie to było rezultatem braku zgody samego dawcy za życia, odmowy rodziny, braku zgody prokuratora. Jeśli więc przyjąć możliwość pobrań wielonarządowych (nerki, serce, płuca, wątrobę, trzustkę, jelito), przy założeniu, że ok. 10% odstąpień jest z powodów medycznych, oznacza to, że nie dokonano – w przybliżeniu – do 90 pobrań, w tym wielonarządowych, a zatem wobec kilkukrotnie więcej pacjentów nie zaistniała możliwość terapeutyczna, aby znacząco polepszyć im jakość życia, względnie uratować im życie. Warto nadmienić, że okres życia pacjentów po przeszczepie nerki, wątroby czy serca jest znaczący i u większości przekracza 5 lat (odpowiednio: 87%, 73%, 61%).

Jedną z wielu przyczyn uniemożliwiających pobranie narządów ze zwłok jest sprzeciw wyrażony za życia, względnie odmowa rodziny – w Polsce liczba zgłoszeń w rejestrze sprzeciwów, zgodnie z danymi Poltransplantu, wynosi dziś ponad 27 tysięcy (cofnięto 286). Aby usunąć tę przyczynę – wyraże-

nie sprzeciwu, uniemożliwiającą pobranie narządów, proponuje się w bioetyce rozwiązanie polegające na rutynowym wykorzystaniu zwłok w celach transplantacyjnych. Zwolennicy tego podejścia argumentują utylitarystycznie, że nie ma pożytku ze zmarłego (oczywiście, prócz przeszczepienia narządów); że zmarły, jego martwe ciało, nie decyduje już o przetrwaniu rodziny; że, wreszcie, pobierając organy nie wyrządza się zmarłemu żadnej krzywdy. Dlatego zwłoki należy traktować jako „rzecz społeczną”, którą można użyć dla dobra wspólnego. Rutynowe zatem pobieranie organów nie wymagałoby zgody nikogo, w tym za życia zgody sformułowanej przez zmarłego. Tłem tych argumentów jest kalkulacja korzyści, która ignoruje wszelako obecność odmiennych wartości, odmiennego doświadczenia śmierci i zakładająca reifikację ludzkiego ciała na podobieństwo „grubego” kartezjanizmu, który traktuje cielesność jako coś obcego, odrębnego wobec człowieka. Zastanawiające jest to, że odwołując się nadto do przekonania o tym, że martwe ciało nie jest rzeczą, że nie stanowi masy spadkowej rodziny, zwolennicy rutynowego pobierania narządów traktują de facto zwłoki jako własność państwa i jego instytucji. Dowodzą również, że oddanie po śmierci organów nie należy interpretować jako dar, ale jako obowiązek moralny wobec wspólnoty zgodnie z zasadą wzajemnej korzyści jej członków. Byłaby to rekompensata dóbr, jaką zmarły uzyskał od tej wspólnoty za życia. Problem tkwi jednak w tym, że zwolennicy rutynowego pobierania narządów nie potrafią wyodrębnić tej wspólnoty, prócz najczęściej formalnego kryterium przynależności do społeczeństwa, ani wskazać na wartości, które tę wspólnotę zakładają i mogą stanowić uzasadnienie moralnego obowiązku przekazywania organów po własnej śmierci.

Rutynowe pobieranie jest sprzeczną wewnętrznie koncepcją, ponieważ zakładającą w społeczeństwie liberalnym – z dominującą wartością autonomii jednostki – poczucie wspólnotowości, którego kryteria toną w mroku domniemań. Bo przecież z poczucia wspólnoty obywatelskiej w grze partykularnych interesów opartych na konsensusie prawnym nie wyprowadzi się obowiązku moralnego, a jedynie arbitralnie zadekretuje go jako formułę prawną. Nadto, koncepcja rutynowego pobierania narządów ignoruje autonomiczną zdolność do decydowania o sobie, tzn. że ludzie mogą mieć (a przecież mają w najprzeróżniejszych aspektach, nie tylko spadkowych) życzenia, które sięgają także czasu po ich śmierci, choćby w wyrażeniu woli dotyczącej ich własnego ciała. Ignorowanie tych życzeń jest sprzeczne z zasadą szacunku dla ludzkiej autonomii.

Dlatego etyczne uzasadnienia donacji organów mają charakter mieszany: z jednej strony traktuje się

zwłoki jako dostępny rezerwuuar narządów, z innej zaś warunkuje się dostęp do nich poprzez uwzględnienie tego, czy zmarły za życia nie wyraził niezgody na pobranie. Dlatego ci, którzy mają zastrzeżenia co do pobrania organów ze swoich zwłok, wyrażają sprzeciw poprzez wpis w rejestrze sprzeciwów, względnie w postaci oświadczenia pisemnego bądź też ustnego w obecności świadków i przez nich pisemnie potwierdzonego. Jeśli tego nie uczynią, domniema się, że wyrażają zgodę. Ta postać zgody domniemanej odnosi się do osoby żywej i tylko pod takim warunkiem ma swą etyczną ważność – osoba martwa nie wyraża jakiegokolwiek zgody albo niezgody. Trudno bowiem założyć, że zachodzą tu przypadki tych czynności lekarskich, które mają charakter niezwłoczny, a zaniechanie ich prowadziłoby do poważnego zagrożenia życia pacjenta, co do którego zgody zachodzi domniemanie. Status tej postaci zgody na działania medyczne budzi więc wątpliwości, podobnie jak wyrażenie niezgody na działania medyczne poprzez zgłoszenie w rejestrze sprzeciwów: ma ono bowiem charakter czysto formalny, a że nie jest poprzedzone wyjaśnieniem, również zawiera w sobie wadę (R. Veatch).

Lekarze stoją więc w obliczu sytuacji sprawiającej trudność, ponieważ ich dalsze działania są warunkowane sprawdzeniem w rejestrze sprzeciwów, a jeśli takiego sprzeciwu nie ma, mają obowiązek zapytać rodzinę, czy zmarły nie wyraził sprzeciwu w innej postaci. W praktyce ta procedura może przyjmować postać uzyskania zgody rodziny na pobranie narządów od zmarłego. Jest to sytuacja, w ramach której dyskretnie zakłada się, że rodzina ma moralne uzasadnienie dla wyrażenia preferencji odnoszących się do postępowania ze zwłokami jej krewnego wraz z domaganiem się ich respektowania. To pośredni dowód na to, że związek łączący rodzinę ze zwłokami zmarłego nie powinien być ignorowany i ma swoją etyczną ważność (E. Sgreccia). Można tę konstatację wyrazić śmieiej: o możliwości pobrania narządów od zmarłego powinna decydować rodzina, chyba że zmarły za życia wyraził swoją wolę, którą rodzina jest zobowiązana uszanować. Takie rozstrzygnięcie rodzi bodaj najmniej wątpliwości etycznych, choć trudno prognozować, jak wpłynęłoby ono na praktykę pobierania narządów od zmarłych. Powszechnie bowiem sądzi się, że przyczyniłoby się do zmniejszenia liczby przeszczepień, choć praktyka transplantacyjna wskazuje, że sprzeciw ów dotyczy ok. 10% dawców potencjalnych.

Pytanie zasadnicze brzmi więc następująco: czy preferencje rodziny zmarłego winny być uszanowane? W moim przekonaniu, **rodzina ma moralne uzasadnienie dla wyrażania swoich preferencji co do postępowania z ciałem zmarłego ze względu na zobowiązania wynikające z więzi rodzinnych oraz dla**

domagania się ich respektowania. Z pewnością są to uzasadnienia o wiele bogatsze niż te, które uprawniają państwo bądź jego instytucje czy też formalnie określone wspólnoty do dysponowania zwłokami. Jeśli więc do kogokolwiek ma należeć ciało zmarłego, to z pewnością do rodziny. Istnieją bowiem dwie płaszczyzny argumentacji, które wskazują na to, że rodzina powinna decydować o możliwości pobrania organów ze zwłok bliskiego – filozoficzna i aksjologiczna.

Pierwsza, o zabarwieniu fenomenologicznym: to nie państwo i jego instytucje wytwarzają ciała, lecz rodzina w procesie reprodukcji biologicznej. Dba o nie, pielęgnuje w chorobie, żywi i wyposaża w zdolności. Co niezwykle ważne, doświadczenie ciała innych w rodzinie, w bliskości emocjonalnej i zmysłowej, staje się elementem poczucia własnej cielesności i tożsamości, choćby we współuczestniczeniu w bólu i cierpieniu, w przyjemności i rozkoszy, w lękach i radościach. Druga, aksjologiczna, odnosi się do wartościowych postaw i zachowań, które nie tylko stanowią o więzi rodzinnej, lecz definiują zobowiązania wobec członka rodziny, także zmarłego. Głębokie uczucia, troska, opiekuńczość, czułość, miłość i pożądanie, stała gotowość do pomocy, odpowiedzialność i poświęcenie, są wystarczające do tego, aby przyznać rodzinie zdolność do decydowania również o martwym ciele bliskiego.

Przyznanie rodzinie prawa decydowania o pobraniu narządów ze zwłok krewnego uprościłoby sytuację donacji i uczyniło ją moralnie przejrzystą. Wtedy można byłoby mówić o darze, który ratuje życie innego człowieka, będącego w zagrożeniu i oczekującego pomocy. Wtedy okazanie ludzkości nie kryłoby się za przebiegiem procedur, a było gestem serca, świadomym, płynącym z głębokiego przekonania o dobroczynnym charakterze wyrażenia zgody na pobranie narządów. Wszelkie inne rozwiązania zawsze będą mogły rodzić podejrzenia o nadużycia. Wiedza na temat transplantacji, której przypisuje się rolę w podejmowaniu decyzji o donacji narządów, jest wtórna – rodzina nie diagnozuje, lecz odczuwa i przeżywa śmierć bliskiego. W doświadczeniu martwego ciała ojca, matki, żony, męża, partnerów życiowych, syna lub córki zachowanie integralności zwłok staje się przejawem troski i opiekuńczości wobec bliskiego. Okazać ludzkość wobec tych, którzy potrzebują narządów, przy udziale tych uczuć, jest czynem moralnie chwalebnym.

*Dr hab. Jarosław BARAŃSKI,
etyk, filozof,
kierownik Zakładu Humanistycznych
Nauk Lekarskich UM we Wrocławiu*

(przedruk z „Medium” nr 11/16)

W SPRAWIE UZALEŻNIONYCH KOLEŻANEK I KOLEGÓW

Konferencja rzeczników praw lekarza i pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków

„15% lekarzy w Polsce może być uzależnionych od alkoholu”, a „ordynatorzy i dyrektorzy szpitali przysmykają oczy na pijących, bo brakuje im specjalistów” – podkreślono w artykule Anity Karwowskiej („Gazeta Wyborcza” 26 czerwca) – „Samorząd lekarski zajmuje się rocznie blisko setką medyków z problemem alkoholowym”, „jednak sprawy toczą się zbyt wolno, a sankcje są symboliczne. Za poranienie noworodka w czasie odbierania porodu samorząd lekarski ukarał pijanego ginekologa z Żarawy w wysokości 3,5 tys. zł”, „lekarze zgłaszają się na leczenie później niż pozostali pacjenci”.

Celem niniejszego opracowania nie jest polemika ze wspomnianym artykułem, ale wskazanie działań środowiska. Warto zaznaczyć, że samorząd lekarski, jako jedyny, w sposób instytucjonalny zajmuje się sprawą uzależnionych lekarzy. Zauważmy też i to, że lekarze mają nie tylko rzeczników swoich praw, ale i rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Pacjenci natomiast mają tylko rzeczników praw. Ich odpowiedzialność za własne zdrowie nie jest instytucjonalnie uregulowana, choć wpływ prozdrowotnych zachowań każdego człowieka (aktualnego i potencjalnego pacjenta) na zachorowalność i przebieg schorzeń jest nie do przecenienia.

Jednym z działań środowiska lekarskiego była Konferencja Rzeczników Praw Lekarza i Pełnomocników ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów w maju br. w Kołobrzegu. Bydgoską Izbę Lekarską reprezentowali obaj przedstawiciele. Formuła spotkania umożliwiła dzielenie się pomysłami i wypracowanymi w różnych izbach metodami. Były także referaty na temat różnych aspektów pracy lekarzy związanych z aktywnością zarówno pełnomocników, jak i rzeczników. Poruszano kwestię wypalenia zawodowego i szukania środków zaradczych. Ważną rolę pełniły spotkania kularowe.

Omówiono na przykład działania ośrodka leczenia uzależnień w Parzymiechach. Jest to jeden z najstarszych i największych ośrodków tego typu, ma 164 miejsca. Jest położony w woj. śląskim, na terenie OIL w Częstochowie. Metody oddziaływań psychospołecznych stosowanych w tym ośrodku to terapia skoncentrowana na rozwiązaniach i poznawczo-behawioralna.

W 2016 r. leczenie odwykowe odbyło tam 6 lekarzy i 12 pielęgniarek. Tymczasem wszystkich pacjentów było 1700. Trudno zatem dokonywać metodologicznie poprawnych porównań na temat demografii lekarzy i nielekarzy zgłaszających się na leczenie.

Rozbudowana była część wykładowa. Na początku podjęto temat odpowiedzialności cywilnej i odszkodowań w ochronie zdrowia (Z. Brzezina, Rzecznik Praw Lekarza NIL). Następne wystąpienie dotyczyło kwestii związanych z powołaniem ośrodka leczenia uzależnień dla lekarzy (M. Porowska, OIL w Płocku). Po przerwie został omówiony problem wpływu formy zatrudnienia na profesjonalizm lekarzy oraz zagadnienia związane ze współpracą rzeczników praw lekarzy z organizacjami pacjentskimi (R. Mońdział, OIL w Płocku), a także kwestie związane z możliwością włączania się rzecznika praw lekarza w sprawy prowadzone w OIL (M. Nadolski, OIL w Łodzi). Po kolejnej przerwie wygłoszono referat o klinicznych, etycznych i prawnych aspektach ustalania standardów postępowania w ochronie zdrowia w Polsce (W. Kosmowski, OIL w Bydgoszczy) oraz o biomedycznych aspektach wypalenia zawodowego, dysfunkcjach układu nagrody (J. Garbacki, Wojskowa IL w Warszawie).

Nie sposób tu omówić dostatecznie szczegółowo wszystkich wykładów i związanych z nimi dyskusji. Warto wspomnieć choć o kilku ciekawych inicjatywach i artykułach. Na przykład na uwagę zasługuje projekt:

„Akademia Pacjenta”, który odbywa się w Zielonej Górze. Pomaga on w działaniach profilaktycznych i w zwiększeniu odpowiedzialności za zdrowie (<http://www.rynekzdrowia.pl/Po-godzinach/Zielona-Gora-ruszylycykl-wykladow-w-ramach-Akademii-Pacjenta,172234,10.html>, <http://akademiapacjenta.pl> [dostęp: 28.06.2017]).

Ciekawe aspekty dyskusji na temat etosu lekarskiego w kontekście ekonomicznym zawiera artykuł T. Biesagi, „Etos Medyczny a Kontrakt Handlowy” (<http://biesaga.info/wp-content/uploads/2009/12/Biesaga-T.-Etos-medyczny-a-kontrakt-handlowy-MP-52010.pdf> [dostęp: 28.06.2017]).

Odbyły się także spotkania w podgrupach: osobno spotkali się pełnomocnicy ds. zdrowia i rzecznicy odpowiedzialności. Ich celem było podzielenie się wnioskami z rocznych sprawozdań z działalności oraz dyskusja na temat spraw bieżących. Znalazłem się w pierwszej podgrupie. Omawialiśmy m.in. kwestie związane z powołaniem ośrodka zajmującego się psychoprofilaktyką dla lekarzy i lekarzy dentystów – analogicznie do „Centrum Weterana Działań Poza Granicami Państwa” – centrum-weterana.mon.gov.pl. Nawiązano także do działań Izby Lekarskiej w Hamburgu. Wymienialiśmy się też doświadczeniami z codziennej pracy pełnomocników dotyczącymi problemów zgłaszania się, pomocy dla lekarzy dotkniętych uzależnieniem od alkoholu (oraz innymi zaburzeniami psychicznymi) i ich rodzin, współpracy z ich przełożonymi.

Spotkanie zakończyło się opracowaniem dwóch apeli: o uregulowanie wysokości odszkodowań w ochronie zdro-

wia oraz w sprawie założeń do projektowanej ustawy o porządkowej rekompensacie szkód doznanych w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, a także trzech stanowisk. Pierwsze stanowisko dotyczyło utworzenia Centrum Psychoedukacji i Zdrowia Lekarzy. Jego zadaniem będzie profilaktyka wypalenia zawodowego, koordynacja pomocy dla lekarzy w zakresie edukacji i wstępnej diagnozy problemowej oraz szkolenie w kwestii rozwoju umiejętności psychologicznych i społecznych. Drugie stanowisko odnosi się do czasu pracy lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umowy cywilnoprawnej. Chodzi w nim o to, by wypracować metody, także i prawne, pozwalające uniknąć przeciążenia obowiązkami. Ostatnie stanowisko dotyczy przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Podkreślić należy, że rzetelne artykuły na temat samego problemu i standardów postępowania z uzależnionymi lekarzami są zawarte w wielu miejscach. Przykładem są opracowania dotyczące Niemiec: Beelmann K. Addicted physicians-intervention programme of the General Medical Council of Hamburg, MMW Fortschr Med. 2007 Jun 28;149 (27-28):32-3. [Article in German], Information for members of the Medical Association of Hamburg who are struggling with substance abuse (https://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer-hamburg/aerztinnen_aerzte/suchthandlungsprogramm/informationen_suchthandlungsprogramm_englisch.pdf [dostęp 27.06.2017]) i Stanów Zjednoczonych: Johnson S.R., May 14, 2016, When the addict is a doctor. The trend against punitive measures runs into resistance when the addict could cause medical errors (<http://www.mod->

ernhealthcare.com/article/20160514/MAGAZINE/305149988). Także niektóre okręgowe izby lekarskie publikują szczegółowe informacje na temat tego problemu i sposobów działania, np. K. Wiśniewska z Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku opublikowała na stronie internetowej tej jednostki artykuł „Na co czekać, udając, że wszystko jest OK...? Rzecz o wysoko funkcjonujących osobach uzależnionych” (14.05.2017, <https://oilgdansk.pl/aktualnosci/na-co-czekac-udajac-ze-wszystko-jest-ok-rzecz-o-wysokofunkcjonujacych-osobach-uzalezniionych/>). Na stronie warszawskiej Izby Lekarskiej można znaleźć „Program Zdrowotny dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów (PZL)” z 17.05.2016 r. Zatem ważną sprawą jest nie tylko zauważenie problemu (w czym celują dziennikarze), nie tylko działania administracyjno-prawne, ale i praca u podstaw i współpraca między lekarzami, pacjentami, legislatorami, rządem. Przede wszystkim jednak niezbędne jest powiększanie naszej wiedzy i zaangażowania. Najlepsze nawet przepisy nie zastąpią przekonanych do działań i dobrze przygotowanych profesjonalistów.

Dr n. med. Wojciech KOSMOWSKI

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Bydgoskiej Izby Lekarskiej, organizator i ordynator Oddziału Krótkoterminowej Terapii Odwykowej i Detoksykacji dla Kobiet w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. dr. E. Warmińskiego w Bydgoszczy w latach 2000–2012, dyrektor NZOZ Poradnia Zdrowia Psychicznego „STAWOWA” (do chwili obecnej).

(przedruk z „Primum” nr 9/17)

MEDYCyna PO DYPLomie

JEDZENIE JAK NARKOTYK – ZESPÓŁ BED UJMOWANY W KATEGORIACH UZALEŻNIENIA

Aby móc odpowiedzieć na pytanie, czy napadowe objadanie można ujmować w kategoriach uzależnienia, należałoby zastanowić się, czym jest napadowe objadanie się i uzależnienie od jedzenia.

Napadowe objadanie się – postrzegane jako częściowa lub całkowita utrata kontroli nad jedzeniem – ujmowane jest obecnie jako jeden z poważniejszych problemów współczesnych czasów.

BED charakteryzuje się powtarzalnymi abulicznymi epizodami objadania się, zwykle nie wywołanymi głodem i bez następujących po nich zachowaniami kompensacyjnymi, jak przeczyszczanie, głodówki czy nadmierne ćwiczenia fizyczne. Osoby cierpiące na BED zwykle zgłaszają dyskomfort i poczucie winy w związku ze swoimi nawykami pokarmowymi. Mają ogromną trudność

w kontrolowaniu tych zachowań, pomimo niezdrowego przyrostu masy ciała i wynikających z niego problemów medycznych.

Zespół napadowego objadania się (Binge Eating Disorder, BED) wpisuje się w koncepcję uzależnień, na rzecz czego istnieją dowody kliniczne i naukowe. Na przykład Cassin i von Ranson (2007) odkryli, że 94% osób dorosłych z BED opisywało siebie jako „uzależnionych od jedzenia” czy „kompulsywnych żarłoków” i spełniało kryteria uzależnienia od substancji wg DSM IV, w przypadku, gdy słowo „substancja” oznaczało „objadanie się”.

Zgodnie z teorią „modelu uzależnienia”, niektóre osoby objadają się, mając biologiczną skłonność do pewnych pokarmów. Owa skłonność jest uwarunkowana biologicznie, zatem całkowite wyleczenie problemu nie jest moż-

liwe. Uzależnienie od napadowego objadania się w tym kontekście porównywane jest do uzależnienia od narkotyków czy alkoholu. Nie da się ukryć, że istnieje wiele podobieństw między klasycznym uzależnieniem a napadowym objadaniem się.

Wspólnymi cechami są:

- odczuwanie pragnienia lub chęć angażowania się w takie zachowania,
- utrata kontroli nad owym zachowaniem,
- ciągle myślenie o takim zachowaniu,
- wykorzystywanie owego zachowania jako sposobu do pozbycia się napięcia i negatywnych uczuć,
- nie przyjmowanie do wiadomości powagi problemu,
- usiłowanie zachowania problemu w sekrecie,
- brak zmian zachowań, pomimo negatywnych konsekwencji,
- podejmowanie nieudanych prób uwolnienia się od problemu.

Z biologicznego punktu widzenia uzależnienie od używek i od jedzenia związane jest z identycznymi mechanizmami przemian biochemicznych. Głód jedzenia i głód narkotykowy są usuwane przez te same procesy, których rezultatem jest wzrost stężenia dopaminy oraz innych neuroprzekaźników w strukturach mózgu. Przemianom podlegają te same substancje, tylko w innych ilościach. Narkotyki znacznie silniej stymulują wzrost produkcji endorfin, a co za tym idzie później następuje silniejszy spadek ich stężenia. Objawy w tym przypadku są znacznie gwałtowniejsze. Choć wiadome jest, że poprawa będzie chwilowa, dla osoby uzależnionej nie ma to najmniejszego znaczenia. Wszelkie odległe następstwa nałogu stają się nieistotne, gdy w mózgu obniża się stężenie neuroprzekaźników.

Dodatkowo u części ludzi stwierdza się zmniejszoną liczbę receptorów dopaminergicznych, czyli takich, do których przyłącza się cząsteczka dopaminy. Ten defekt powoduje, że uzyskanie stanu dobrego, stabilnego samopoczucia napotyka dodatkowe trudności. Natomiast osoby z prawidłową liczbą receptorów znacznie rzadziej odczuwają potrzebę, aby poprawiać samopoczucie poprzez sięganie po jedzenie. Okazuje się, że wśród narkomanów i osób otyłych odsetek osób o zmniejszonej liczbie receptorów dopaminowych jest zdecydowanie większy niż przeciętnie w całej populacji.

Biolodzy ewolucyjni twierdzą, iż „głody (cravings)” na cukier lub tłuszcz wykształciły się, aby zwiększyć pobieranie energii przez ludzi w warunkach nieprzewidywalnych pod względem odżywczym, które były normą aż do niedawna. Jednak w ilościach spożywanych przez ludzi dzisiaj, tłuszcze i cukry mają uzależniający potencjał równy popularnym narkotykom. Niestety, przemysł spożywczy reaguje na nasze naturalne pragnienia i stopniowo zwiększa cukry i tłuszcze w większości naszych codziennych pokarmów. Podobnie jak różne narkotyki doprowadzają do różnego stopnia uzależnienia, tak pokarmy

również różnią się zdolnością do sprzyjania ich nadużywaniu. Obecnie eksperci są pewni i zgodni w twierdzeniu, że składniki odżywcze zawarte w żywności przetworzonej są uzależniające ze względu na skoncentrowanie i wysoką zawartość tłuszczu i cukrów.

Zatem zarówno w przypadku nadużywania narkotyków, jak i nadużywania jedzenia, dochodzi do zmian mechanizmów mózgowych w sposób przyczyniający się do ich zwiększającego, kompulsywnego używania.

Stan naszej psychiki czy emocje można coraz dokładniej opisywać za pomocą wskaźników biochemicznych. Wiadomo, że dopiero od pewnego poziomu dopaminy, serotoniny, acetylocholino i innych neuroprzekaźników, pojawia się możliwość odczuwania zadowolenia, sprawnego koncentrowania się, skutecznego zapamiętywania. Zatem poziom zadowolenia nie zależy tylko od zewnętrznych czynników i osobniczych cech charakteru, ale w ogromnym stopniu związany jest z prawidłowym metabolizmem mózgu. Kiedy w mózgu obniża się stężenie owych hormonów, nasze samopoczucie ulega pogorszeniu i, aby uległo poprawie, sięgamy po jedzenie. Dlatego może on stać się niebezpiecznym narkotykiem.

W rozwoju uzależnienia od używek istotne role przypisuje się czynnikom środowiskowym. Funkcjonowanie w konkretnej przestrzeni społecznej zwiększa prawdopodobieństwo popadnięcia w nałóg. Podobnie bywa z nałogiem jedzenia. Jeżeli przyjmiemy, że jednym z podstawowych mierników liczby uzależnionych jest w tym wypadku rozpowszechnienie nadwagi i otyłości, które stanowią bezpośrednie następstwo niekontrolowanego objadania się, to zauważyć możemy szereg prawidłowości.

Jedną z najbardziej wyróżniających cech uzależnienia od narkotyków jest określana przez osoby uzależnione mianem „głodu”, pojawiającego się w czasie ich rozpaczliwych i powtarzanych prób wyjścia z nałogu. Silne odczucie „głodu” u uzależnionych, które może zostać wywołane nawet przez niewielką „dawkę” – podobnie jak przez inne uwarunkowane wskazówki środowiskowe – uważa się za przyczyniające się do słabych długoterminowych wyników leczenia. Badania pokazują, że „głody” jedzeniowe są znacząco wyższe u osób dotkniętych BED.

Jednakże nie należy skupiać się na samych podobieństwach, powinno się mieć na uwadze również różnice pomiędzy tymi formami zachowań, mające kluczowe znaczenie dla ich zrozumienia oraz skutecznej terapii.

Oto trzy główne różnice pomiędzy napadowym objadaniem się a nadużywaniem środków odurzających.

Napadowe objadanie się nie polega na spożywaniu określonych produktów, lecz na spożywaniu ich nadmiernych ilości.

Osoby napadowo objadające się pragną uwolnić się od takiego zachowania, nieustannie starając się ograniczyć ilość przyjmowanych produktów. Owe zachowanie kojarzy się z brakiem kontroli nad jedzeniem oraz ryzykiem niekontrolowania wagi. Osoby nadużywające alko-

holu i narkotyków nie są wewnętrznie zdeterminowane, aby unikać używek.

Osoby napadowo objadające się czują strach przed zaangażowaniem się w takie zachowanie. Często napadowemu objadaniu się towarzyszą określone postawy wobec swojej figury i wagi, związane z postrzeganiem siebie, a – co za tym idzie – z niezadowoleniem z własnego ciała. Niestety pragnienie ograniczenia jedzenia sprawia, iż osoby te zaczynają się objadać. Natomiast powodem, dla którego osoby uzależnione od używek sięgają po nie, nie jest to, że pragną ich uniknąć.

Różnice pomiędzy napadowym objadaniem się, a uzależnieniem od narkotyków czy alkoholu, wymuszają wprowadzanie odmiennych terapii i sposobów leczenia. W przypadku większości problemów z napadowym objadaniem się terapia powinna skupić się na powściągnięciu samokontroli, natomiast w leczeniu uzależnień od używek leczenie powinno koncentrować się na jej umocnieniu.

Opracowano wiele teorii w celu opisanego przyczyn zaburzeń odżywiania się, które kładą nacisk na różne czynniki. **Modele fizjologiczne skupiają się na czynnikach genetycznych, natomiast podejście poznawczo-behawioralne, model społeczno-kulturowy i model znaczących wydarzeń umieszczają jednostkę w jej kontekście społecznym.**

Uważam, iż czynnikami wpływającymi na skłonności do napadowego objadania się są nie tylko koncepcje biologiczne, fizjologiczne czy genetyczne. Wiadomo jest, iż w tych modelach zaburzeń odżywiania istnieją problemy, związane wytłumaczeniem pewnych zależności związanych z płcią, wiekiem, demografią czy statusem społeczno-ekonomicznym. Dlatego wielu zachowań należy dopatrywać się również w powiązaniu z czynnikami społecznymi i kulturowymi.

Napadowe objadanie się to bardzo złożone zjawisko, które zapewne należy łączyć z cechami typowego uzależnienia. Jednak istnieje wiele czynników różnicujących te zachowania. BED posiada znamiona typowego uzależnienia, w którym substancją aktywującą jest jedzenie, tak jak inne używki, z drugiej zaś strony posiada szereg podobieństw do innych uzależnień, tj. zakupów, hazardu, gdzie sama aktywność charakteryzuje się właściwościami wzmacniającymi.

Osoby cierpiące na BED wymagają podjęcia interwencji terapeutycznej, która – pomimo iż wymaga długotrwałego procesu – bywa skuteczna, a osoby dotknięte tym problemem mogą powrócić do pełni zdrowia.

Piśmiennictwo u autora

*mgr Aleksandra MAJSNEROWSKA
Dietetyk Kliniczny FoodMed Centrum*

(przedruk z „Doktora” nr 2/17)

KLARYTROMYCINA – ANTYBIOTYK SUI GENERIS W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

Klarytromycyna jest jednym z najczęściej stosowanych antybiotyków w codziennej praktyce lekarskiej. Jednakże od pewnego już czasu zaleca się ograniczyć podawanie tego leku osobom z niektórymi chorobami serca. Wynika to z faktu, że klarytromycyna może wydłużać odstęp QT w zapisie EKG, a to jest potencjalnie niebezpieczne u pacjentów przyjmujących równocześnie inne leki o podobnym profilu działań niepożądanych lub też przyjmujących leki, które mają zdolność hamowania metabolizmu klarytromycyny. Prócz tego klarytromycyna, z uwagi na swój profil farmakokinetyczny, indukuje interakcje z wieloma lekami stosowanymi w codziennej praktyce lekarskiej, a konsekwencją tych interakcji mogą być ciężkie działania niepożądane ze zgonem pacjenta łącznie. Stąd też w przypadku konieczności zastosowania tego antybiotyku należy szczególnie wnikliwie przeanalizować potencjalne niebezpieczeństwa wynikające z politerapii. Klarytromycyna jest substratem dla izoenzymu 3A4 cytochromu P450 i równocześnie wykazuje zdolność do hamowania jego aktywności. Dodatkowo hamuje P-glikoproteinę, która uczestniczy w procesach farmakokinetycznych

licznych leków. Ryzyko interakcji wynikające z podawania klarytromycyny związane jest zarówno z hamowaniem transportu, jak i metabolizmu innych, równocześnie stosowanych leków. Konsekwencją kliniczną jest wzrost ich stężenia w surowicy, często wielokrotny, co prowadzi do wystąpienia działań niepożądanych oraz toksyczności. W tabeli zebrano leki, które w praktyce klinicznej najczęściej wchodzi w interakcje z klarytromycyną, nierzadko prowadząc do poważnych konsekwencji klinicznych.

Pozostaje odpowiedzieć, że w sytuacji bezwarunkowej konieczności zastosowania antybiotyku z grupy makrolidów u pacjentów z wdrożoną terapią wielolekową znacznie mniejsze ryzyko interakcji występuje ze spiramycyną lub roksytromycyną.

*Dr Jarosław WOROŃ, prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Katedra Farmakologii Wydziału Lekarskiego
CM UJ Kraków, Zakład Farmakologii Klinicznej
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania
Niepożądanych Działań Leków Farmakologia*

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 3/17)

Lek/grupa leków, które wchodzi w niekorzystne interakcje z klarytromycyną	Konsekwencje kliniczne interakcji
Fentanyl	Zahamowanie metabolizmu fentanylu (szczególnie podawanego w transdermalnej formie farmaceutycznej), znaczny wzrost stężenia leku we krwi, depresja oddechowa, zgon. <i>Połączenie bezwzględnie przeciwwskazane, ale nie dotyczy szybko i krótko działających farmaceutycznych form fentanylu, stosowanych w leczeniu bólu</i>
Metadon	Zahamowanie metabolizmu metadonu, wzrost ryzyka wystąpienia komorowych zaburzeń rytmu serca
Antagoniści wapnia pochodne 1,4– dihydropirydyny, amlodypina, felodypina, lacydypina, lerkaniidypina	Nawet 10-krotny wzrost stężenia antagonistów wapnia w surowicy, znaczny wzrost ryzyka ostrej niewydolności nerek
Dabigatran	Interakcja wynikająca z blokowania glikoprotein, znaczny wzrost ryzyka krwawień
Rywaroksaban, apiksaban, edoksaban	Zahamowanie CYP3A4 oraz P-glikoproteiny, wzrost ryzyka krwawień
Simwastatyna, atorwastatyna	Zahamowanie metabolizmu zachodzącego przy udziale CYP3A4, wzrost ryzyka wystąpienia miażdżycy, miopatii, w przypadku stosowania wysokich dawek statyn wzrost ryzyka wystąpienia rhabdomyolizy
Doustne leki hipoglikemizujące, insulina	Wzrost ryzyka wystąpienia hipoglikemii
Warfaryna	Wzrost ryzyka krwawień. W przypadku bezwzględnej konieczności jednoczesowego podania należy kontrolować INR
Azolowe leki przeciwgrzybicze: itraconazol, flukonazol	Interakcja na poziomie CYP3A4, wzrost ryzyka wystąpienia hepatotoksyczności
Leki psychotropowe: diazepam, klorazepat, alprazolam, zopiklon, zolpidem, kłozapina, aripiprazol, olanzapina, kwetiapina, risperidon, ziprasidon	Zahamowanie metabolizmu leków psychotropowych, wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych

PRAWO NA CO DZIEŃ

ZAWIESZENIE LEKARZA W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU ZE WZGLĘDU NA STAN ZDROWIA. KONIECZNOŚĆ POWIADOMIENIA PRACODAWCY

W związku z coraz większą liczbą spraw, w których okręgowe rady lekarskie rozpatrują zasadność zawieszenia lekarzy w prawie wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia, warto przyjrzeć się sytuacji prawnej lekarza, który staje w obliczu czasowej utraty uprawnień zawodowych.

Jedną z najważniejszych spraw – obok samego leczenia oczywiście – jest wówczas prawidłowe postępowanie takiego lekarza wobec jednostki zatrudniającej, tak aby i tak już trudna dla niego sytuacja nie przerodziła się w stan grożący znaczną odpowiedzialnością materialną.

Przed kilkoma laty taką sprawą zajmował się Sąd Najwyższy, który w wyroku z 28 sierpnia 2013 r. (sygn. I PK

58/13) stwierdził, że obowiązkiem lekarza, który stracił prawo do wykonywania zawodu, jest poinformowanie o tym fakcie szpitala, w którym pracuje. W rozpatrywanej przez ten sąd sprawie lekarz był zatrudniony w przychodni przyszpitalnej, wcześniej zaś pracował, jako ordynator oddziału w szpitalu. Pełnił też dyżury oraz prowadził prywatną praktykę. Podczas jednego z dyżurów znajdował się pod działaniem alkoholu w związku z czym skierowano przeciwko niemu akt oskarżenia, w wyniku którego sąd karny orzekł wobec niego zakaz wykonywania zawodu lekarza na okres 2 lat. Wyrok karny uprawomocnił się po oddaleniu odwołania lekarza, jednak ten nie poinformował pracodawcy o utracie uprawnień do wy-

konywania pracy. Dopiero po dwóch miesiącach wyrok przesłany został do przychodni przyszpitalnej przez Wydział Wykonywania Orzeczeń. Po otrzymaniu tej informacji pracodawca rozwiązał z lekarzem umowę o pracę w trybie art. 52 Kodeksu pracy, czyli dyscyplinarnie oraz powiadomił o tym fakcie oddział NFZ z którym miał zawartą umowę na 2010 r. W tym też okresie NFZ przeprowadził w przychodni kontrolę, w wyniku której zostały nałożone obciążenia finansowe. NFZ wymagał zwrotu kwot wypłaconych tytułem realizacji świadczeń zdrowotnych przez osobę nieuprawnioną, kary umownej, zwrotu refundacji za leki zaordynowane przez lekarza w okresie, kiedy nie był do tego uprawniony wraz z odsetkami, refundacji za środki i materiały zaopatrzenia ortopedycznego zlecone przez tego lekarza jako osobę nieuprawnioną.

Przychodnia zwróciła się więc do swojego byłego pracownika o zapłatę żądanych przez NFZ należności, sądy wszystkich instancji potwierdziły zaś taką konieczność. Kwota, jaką w efekcie obciążony został lekarz na skutek wykonywania przez 2 miesiące pracy bez uprawnień sięgnęła zaś 100 tys. zł, gdyż składała się nie tylko z kwot stanowiących zwrot refundacji leków i wyrobów medycznych ordynowanych w tym okresie przez lekarza, ale także kary umownej oraz wynagrodzenia, jakie otrzymała przychodnia za świadczenia realizowane przez lekarza w tym okresie.

Na tle omówionego wyroku widać wyraźnie, że próba zatajenia przed pracodawcą faktu, iż prawo wykonywania zawodu zostało zawieszone, może prowadzić jedynie do skomplikowania i tak już trudnej sytuacji lekarza. Powodem nieujawniania decyzji o utracie uprawnień jest zaś zazwyczaj nie tyle niewiedza, ile nadzieja na jak najdłuższe zachowanie źródła utrzymania. Niestety, konsekwencje takiej decyzji mogą jednak być przeciwne.

Jak zatem powinien postąpić lekarz, wobec którego sąd powszechny lub okręgowa rada lekarska orzekną czasowe zawieszenie uprawnień zawodowych? Problem dotyczy oczywiście nie tylko dalszego zarobkowania, ale także kwestii takich jak zachowanie dobrego imienia, chęć zatrzymania dla siebie informacji odczuwanej jako wstydliva czy przynosząca ujmę. Kontynuowanie pracy jest, jak już wspomnieliśmy, w takiej sytuacji niemożliwe, pozostaje jednak pytanie, czy możliwe jest jakiegokolwiek rozwiązanie pozwalające na nieujawnianie pracodawcy zaistniałych okoliczności, a jednocześnie uniknięcie skutków, takich jak w opisaney wyżej sprawie. Lekarzy, którzy stają w obliczu czasowej utraty uprawnień zawodowych, szczególnie wykonujących zawód na kontraktach, zachęcamy do kontaktu z biurem prawnym OIL w celu indywidualnego omówienia ich sytuacji prawnej związanej z zawieszeniem PWZ.

Iwona KACZOROWSKA-KOSSOWSKA

Radca prawny OIL w Gdańsku

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 3/17)

NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ ETATU Z DYŻUREM KONTRAKTOWYM

ZUS kontroluje i „wlepia” pracodawcom wielomilionowe kary

Związek Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego zaapelował do ministra zdrowia o pilne podjęcie inicjatywy ustawodawczej, w celu zalegalizowania powszechnie stosowanego procederu łączenia przez lekarzy, u tego samego pracodawcy, pracy etatowej z dyżurem kontraktowym. Twierdzi, że bez możliwości zatrudniania własnych lekarzy w godzinach dodatkowych, szpitale nie zdołają zapewnić 24-godzinnej opieki pacjentom i niektóre oddziały trzeba będzie zamykać. To wystąpienie jest efektem orzeczenia Sądu Najwyższego, które stanowi, że jeden lekarz nie może w tej samej placówce pracować w dzień na etacie, a w nocy na kontrakcie.

Od lat polscy lekarze łączą pracę etatową z kontraktami, dodatkowymi dyżurami czy własną działalnością i nikogo to nie dziwi, podobnie jak wpisywanie w grafik pracy lekarza jednocześnie w dwóch różnych miejscach: oddziale szpitalnym i przyszpitalnej poradni specjalistycznej. Lekarze godzą się na taki proceder, gdyż dyżurami dorabiają do relatywnie niskich pensji. To się jednak powoli

kończy, ponieważ zarówno Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i – a nawet przede wszystkim – Zakład Ubezpieczeń Społecznych zaczynają walczyć z takimi praktykami, nakładając na szpitale, które łamią przepisy, bardzo surowe kary finansowe.

Sytuacja z łączeniem dwóch różnych form zatrudnienia trwa od wielu lat, ale prawdziwy problem pojawił się niedawno. Pod koniec maja 2017 r. Sąd Najwyższy na niejawnym posiedzeniu odmówił przyjęcia do rozpoznania skargi kasacyjnej złożonej przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach. Dotyczyła ona wyroku, jaki zapadł w listopadzie 2015 r. w Krakowskim Sądzie Apelacyjnym, który stanowi, że u jednego pracodawcy lekarz nie może łączyć etatu z dyżurem kontraktowym. Ponieważ szpital nie może zaskarżyć tej decyzji SN (zresztą ten nie musi uzasadniać takiego postanowienia), dlatego wyrok Sądu Apelacyjnego jest wiążący.

Szpital znalazł się w bardzo trudnej sytuacji, ponieważ etat z dyżurami kontraktowymi, pełnionymi w ramach umowy z firmą zewnętrzną, łączyło tam ponad dwięćdziesięciu lekarzy, zatrudnionych praktycznie we wszyst-

kich około czterdziestu oddziałach, w tym na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Po wyroku sądu, dyrekcja nie miała jednak innego wyjścia, tylko zlikwidować podwójne formy „zatrudnienia” i zaproponowała lekarzom... przejście na kontrakty całościowe. Podobne decyzje podjęły już lub zamierzają podjąć również inne placówki zdrowotne, w których stosowane były takie rozwiązania. Podpisywanie z lekarzami jednoczasowych form zatrudnienia: na etacie i umowie cywilnoprawnej, pozwala na przedłużenie ich czasu pracy w szpitalu ponad kodeksowe normy i wykorzystywanie na nocnych dyżurach w sposób nieomal nieograniczony. Dzięki takiemu rozwiązaniu mogą one jednak zaoferować lekarzom większe pieniądze, gdyż z umów cywilnoprawnych lecznica nie musi odprowadzać składek na ubezpieczenie społeczne. Z takim łączeniem szpitalnych umów przez lekarzy od dawna walczy ZUS.

Jak podkreśla ubezpieczyciel, przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych jasno wskazują, że pracownikiem jest także osoba wykonująca pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, czy umowy o świadczenie usług, którą zawarła z własnym pracodawcą, pozostając z nim w stosunku pracy. Dlatego łączenie zatrudnienia na etacie z tzw. dyżurem kontraktowym jest niezgodne z prawem, co podkreśla także Państwowa Inspekcja Pracy.

Problem wcale nie jest nowy, o czym pisze na łamach „Gazety Lekarskiej” radca prawny OIL w Łodzi – mec. Jarosław Klimek, cytując kolejne wyroki Sądu Najwyższego, dotyczące tego tematu: „Z końcem 1999 r. w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych pojawił się art. 8 ust. 2a, który stanowi, że za pracownika uznaje się osobę wykonującą pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy, a także art. 18 ust. 1a, zgodnie z którym wynagrodzenie z takiej umowy uwzględnia się u pracodawcy w podstawie wymiaru składek na ZUS”.

Na podstawie tych przepisów SN, w uchwale z 2 września 2009 r. (sygn. akt II UZP 6/09) uznał, że „pracodawca, którego pracownik wykonuje na jego rzecz pracę w ramach umowy o dzieło zawartej z osobą trzecią, jest płatnikiem składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe

we i wypadkowe z tytułu tej umowy” (podobnie orzeczono w wyroku z 11 z maja 2012 r., sygn. akt I UK 5/12). SN wyjaśnił, że art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych rozszerza pojęcie pracownika dla celów ubezpieczeń społecznych poza sferę stosunku pracy.

W wyroku z 14 stycznia 2010 r. (sygn. akt I UK 252/09), SN konsekwentnie uznał, że stanowisko to jest aktualne także w stosunku do pracowników wykonujących taką pracę na podstawie umowy zlecenia. Do takich samych wniosków doszedł Sąd Najwyższy w wyroku z 18 października 2011 r. (sygn. akt III UK 22/11). W tym wypadku rozważania sądu dotyczyły sytuacji lekarek, które były pracownicami szpitala zatrudnionymi na umowy o pracę i jednocześnie na zlecenie w „NZOZ-ie”, obsługującym na podstawie umowy o świadczenia zdrowotne dział pomocy doraźnej tegoż szpitala.

W uzasadnieniu kolejnego orzeczenia – wyroku z 7 lutego 2017 r. (sygn. akt II UK 693/15), SN wskazał, że ustawowe pojęcie „praca wykonywana na rzecz pracodawcy – to praca, której rzeczywistym beneficjentem jest pracodawca, niezależnie od formalnej więzi prawnej łączącej pracownika z osobą trzecią. Nie ma przy tym znaczenia rodzaj wykonywanych przez pracownika czynności czy rodzaj działalności prowadzonej przez pracodawcę i osobę trzecią (ich tożsamość czy brak takiej tożsamości)”.

Interpretacja prawa, oparta na przywołanych wyrokach, powoduje określone konsekwencje finansowe zarówno po stronie szpitala, jak i lekarzy działających jako podmiot gospodarczy. Dla lekarzy oznacza to mniej możliwości „dorobienia” do etatu, a w konsekwencji niższe dochody, natomiast dla świadczeniodawcy – poważne problemy finansowe. Nie da się bowiem ukryć, że ZUS ostatnio przeprowadza systematyczne kontrole szpitali, żądając od nich wielomilionowych nadpłat z tytułu zaległych składek, jakich nie odprowadziły od umów kontraktowych swoich etatowych pracowników. To drastycznie wpływa na stan finansów placówek zdrowotnych, który i tak w chwili obecnej jest fatalny.

Nina SMOLEŃ

(przedruk z „Panaceum” nr 8-9/17)

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**; środa **7.30–16.00**; piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

ŚWIADECTWO CZŁOWIECZEŃSTWA

Co w kontekście „Przesłania Pana Cogito” oznacza „być człowiekiem”? Otóż o pełni człowieczeństwa decyduje postawa moralna, w której jest miejsce na afirmację życia, nieugiętość, nonkonformizm, niezgodę na poniżanie człowieka. Poprosiłam o wywiad – danie świadectwa – nie osobę powszechnie znaną, lecz moją sąsiadkę – Panią Martę Rosyk, owdowiałą żonę szlachetnego i prawego Człowieka – Mieczysława Rosyka.

A. J.: Dzień dobry, Pani Marto. Przez moje okno w sypialni widzę stary dom, przed którym na wiosnę kwitną magnolie. Moja mama i babcia opowiadały mi o Pani mężu – Mieczysławie Rosyku. Mówiły, że był to bardzo prawy i miły człowiek – chirurg, który zawsze pomagał potrzebującym. Postanowiłam poznać Państwa historię.

M. R.: Z przyjemnością opowiem ci, dziecko, jakie mieliśmy z mężem życie.

Państwa młodość przypadła na trudny czas okupacji. Gdzie mieszkaliście, gdy wybuchła wojna?

Do 1943 r. mieszkaliśmy we Lwowie, w domu, w którym przez 30 lat mieszkali moi teściowie.

Jakie były realia życia w okupowanym Lwowie?

To jest takie trudne do zrozumienia, że się wychodziło do miasta, żeby coś kupić i nigdy nie wiedziało się, czy nie złapią, postawią pod murem i nie rozstrzelają. Te łapanki były okrutne. Za dużo przeszłam i tego chowania się, i uciekania, i braku jedzenia. Wszystko było straszne. Pewnego dnia matka mojej pomocnicy przyszła i mówi: „Oj, panie doktorze, źle się dzieje, bo już 8 km stąd zamordowano księdza. Uważajcie.” I dlatego my wtedy przygotowaliśmy siekiery i kamienie, żeby się bronić. Pomocnica powiedziała, że to byli banderowcy. Teraz, jak to sobie przypominę, to nie do opisanego strach.

A dokąd udawaliście się Państwo podczas bombardowania?

We Lwowie jak było bombardowanie, powoli gasło światło. To ja synka na ręce i do piwnicy. Ja raz wzięłam powleczonego do piwnicy pierzynę i w nią owinęłam tego dzieciaka. W pewnym momencie teść poszedł z piwnicy na górę zobaczyć, co się dzieje, ale taki podmuch był, że zleciał z tych schodków na dół. Na szczęście nic mu się nie stało. Raz podczas nalotu przylecieli po męża, bo rodzi kobieta, wobec tego poleciał mąż do tego porodu w sąsiedztwie. No, ale już porodziła, i mówił, że wielkie miała szczęście, że tę pępowinę przygniotła sama pośladkiem, że nie doszło, zanim on przybiegł, do krwoto-



ku, że można było pępowinę zacisnąć i odciąć, że się jakoś tak szczęśliwie skończyło.

We Lwowie mieszkaliście Państwo do 1943 r. Dokąd udaliście się później?

Psychicznie nie wytrzymałam tych ciągłych bombardowań i mąż wywiózł mnie do Czchowa nad Dunajcem. Tam mieszkaliśmy do 1945 r. Jak w Czchowie byliśmy, to już też mąż pracował jako lekarz. W nocy wychodził do lasu – pomagał jako chirurg, zaopatrywał, jak się dało. Kiedyś powiedział: „Musiałem człowiekowi w jego kuchni na stole amputować rękę, bo miał tak rozszarpaną”. Mimo że byli Niemcy, że był po więzieniu, a jednak dalej pracował. W nocy chodził w las – aż do wyzwolenia Oświęcimia.

Pani mąż pomagał partyzantom, ale i Pani wiele razy narażała swoje życie. Czy mogłaby Pani przypomnieć jedną z takich sytuacji?

Takie to czasy były, że nie dość, że trudno było coś dostać, to jak się dostało, to się nieprzyjemności miało. W ogóle życie było takie dziwne...ja ciągle w takim strachu, żeby czegoś nie powiedzieć, a może ktoś coś usłyszy... Zamiast zdawać maturę (bo to wtedy przyszli Sowieci), to ja jeździłam pociągami i woziłam na przykład blankiety dowodów osobistych przedwojennych. To wprawdzie mój mąż musiał to zdobyć, ja to brałam, ktoś brał pieczątki i jeździliśmy do Lwowa. Zajeżdżałam do domów, których ja zupełnie nie znałam ani nazwiska, tylko podany adres – tam się zanosilo, a oni to potrzebującym dawali. Kiedyś jechałam pociągami 90 km. Taki tłok był, że ja na tych schodkach (w starych pociągach) jechałam. Mróz, zima, styczeń, potem ludzie mnie wciągnęli na platformę. I jak dojechałam do tego domu, gdzie miałam to zawieźć, to gospoia nie wiedziała, jak mi ma rozcierać nogi, bo zupełnie skostniały. Ale się pracowało i miało się zadowolenie, że się ratuje ludzi... To były bardzo ciekawe, ale ciężkie czasy...

Czchów, o którym wcześniej Pani wspomniała, nie był ostatnim miejscem Państwa pobytu. Kolejnym był Tarnów. Czy zaznaliście tam choć trochę spokoju?

Spokoju niewiele, za to grozy dużo. Pewnego dnia męża mojego zabrało gestapo. Też przeżycie straszne. Przyszli o świcie. Weszli i zaczęli rewizję całego domu. Mąż i ten komendant AK – na podłogę, twarzą do podłogi. Mąż chciał pić, ja mówię: „*Podam mu.*” Nie, nie można. Więc ja chochlą mu wodę podałam – tak leżącemu na podłodze, bo nie mógł ani rąk, ani nóg wyciągnąć. Dałam pić, a oni rewidowali. Wszędzie z szaf wszystko wyrzucili na ziemię. A ja miałam 5 dolarów. Jak ktoś miał dolary, to śmierć za to. Za młoda byłam, nierozsądna i te pięć dolarów pod dziecko wepchałam, bo on spał. To było koło 4 rano. Wszędzie szukali, wszystko wyrzucili, ale dziecka nie ruszyli. A później sobie pomyślałam: „*Boże, gdyby znaleźli, to i mnie, i dziecko by rozstrzelali.*” Wcześniej piekłam w piecu i ciasto nakryłam papierami i jak zobaczyli te papiery, to zaczęli strasznie grzebać – czy to nie dokumenty. Ja na szczęście nie wiedziałam, że tam były dokumenty, a były, bo przyszły z Londynu jakieś różne wiadomości, dokumentacja. Dopiero na drugi dzień gospodyni, która u tych właścicieli pracowała, pokazała mi, gdzie są dokumenty zamurowane. Takie od Sikorskiego były przesyłane – na szczęście nie znaleźli. Ale męża wyprowadzili. Widziałam, jak idzie tych dwóch – mąż i ten komendant.

W takich trudnych momentach zwracamy się często do Boga o wsparcie. Czy Pan Mieczysław był osobą wierzącą?

O, tak – wierzącą i praktykującą. Przypomniała mi się ciekawa historia. Gdy męża wzięło gestapo, to ja z takim trzyletnim synkiem chodziłam na spacerzy na taką górkę. Tam stała taka starsza pani z wnuczką i tak do mnie mówi: „*Czemu pani taka młoda, a taka smutna?*” Ja mówię: „*Ja tutaj właściwie nikogo nie znam, a męża mi aresztowało gestapo.*” A ona jakoś tak mówi: „*A czy pani modliła się kiedyś do św. Judy Tadeusza?*” Ja mówię: „*No, nie, ale poszczę, właśnie w tej intencji.*” A ona mówi: „*To proszę jutro tutaj przyjść, ja pani przyniosę nowennę do św. Judy Tadeusza. On jest od bardzo trudnych spraw.*” Niezbyt wierzyłam, ale poszłam na drugi dzień i dała mi taką starą już używaną książeczkę do św. Judy Tadeusza, którą mam do dzisiaj. Gdy mąż wrócił z więzienia, to mówię mu: „*Wiesz, dostałam nowennę – to św. Juda Tadeusz ciebie wyratował.*” A on mówi: „*Wiesz co, nie wiem skąd, ale do celi więziennej ktoś też nam dostarczył tę nowennę i myśmy w więzieniu też odmawiali.*” Niesamowicie, że w więzieniu, jak zaczęli dzielić więźniów, męża dali do tej grupy, która wychodzi. A mąż uważał, że na pewno idzie na rozstrzelanie.

Czy te trudy zakończyły się wraz z końcem wojny? Jak potoczyły się dalsze losy Państwa?

Z Tarnowa pojechaliśmy do Katowic. W szpitalu górniczym mąż legalnie do pracy się zgłosił. I to był czas

końca pracy podziemnej mojego męża. Później zajął się już tylko chirurgią. Od 1946 r. mieszkaliśmy w Kłodzku. Mąż wygrał tam konkurs na ordynatora. Dostaliśmy mieszkanie z pełnym na początku wyżywieniem. No i mąż musiał objąć dyrekturę, czego nie chciał. Po pewnym czasie poszedł do księdza (to był szpital kościelny) i powiedział, że mu to przeszkadza, że jemu za dużo czasu zajmuje ta dyktura i zrzeka się jej. No i tam byliśmy, w tym Kłodzku, 14 lat!

A jaki był stosunek Pani męża do pracy, pacjentów?

To teraz może wyjdzie na chwalenie się, ale będąc w Kłodzku, a mąż jeszcze bardzo młody był, to nie bał się operować – operował wszystko – żołądki, struny (wola), rozczep podniebienia u dzieci. U niego uczył się później doktor Klaus, doktor Protochwil! Mąż miał bardzo dużo zabiegów – śledzionę operował, czego się zazwyczaj nie robi. I potrafił mieć po osiem operacji dziennie, trudnych zabiegów, a ponieważ był to szpital kościelny, to czasem się zdarzało, że zakonnica dzwoniła do mnie i mówiła: „*Proszę panią, proszę zabrać pana doktora do domu, bo już ma sine usta*” – czyli taki niedotleniony był, ale jeszcze coś robił...

Ostatni przystanek – Nysa. Jak wspomina Pani pobyt w tym mieście?

Mąż pracował w Nysie od 1960 r., ja dopiero zamieszkałam tu w 1961 r. Tutaj też dużo operował – pacjenci przyjeżdżali nawet z Kłodzka, bo pamiętali, że nikomu nie odmówił pomocy. Jeszcze w Nysie długo były spotkania dawnych partyzantów, trzeba było fałszować w życiorysie, gdzie pracował, z kim, jak, że pracował w podziemiach. To nie byłoby mile widziane, nie byłoby w ogóle widziane! To były takie dziwne, ciężkie czasy – zdobywanie jedzenia. Pewnego dnia nawet męża wzywano do Warszawy, do tego sądu lekarskiego, że dostał dwie kaczki (a wcale tych kaczek nie dostał nigdy, ale ktoś tak fałszywie doniósł – może z zazdrości czy co) no i taka rozprawa była, ale uniewinnili, na szczęście. Bardzo mi go brakuje, bo to i mąż i lekarz... Nie krępował się prosić specjalistów o pomoc. Żeby więcej takich było...

Bardzo dziękuję Pani za rozmowę. Uświadomiła mi ona, że nie zdajemy sobie sprawy, iż ludzie, którzy mieszkają obok nas – cisi, skromni, eleganccy – mogą być tak wielkimi ludźmi. Ludźmi, którzy są wierni swoim ideałom; ludźmi, którzy czynią wiele dobrego dla świata; ludźmi, którzy mają odwagę płynąć pod prąd. Takich jak Pan Mieczysław Rosyk.

A. J.

Od Redakcji:

Mieczysław ROSYK:

30 czerwca 1909 r. – 4 listopada 2002 r.

Maria ROSYK: 31 stycznia 1923 r. – 28 stycznia 2017 r.

Wywiad został przeprowadzony na przełomie lat 2014/15 i w takiej formie został zgłoszony w 2015 r. do konkursu literackiego „Płynąc pod prąd”

25-lecie

**Wydział Lekarski
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
R O C Z N I K 1 9 9 3**

KOLEŻANKI i KOLEDZY! Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **8-10 czerwca 2018 r.** Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

P r o g r a m Z j a z d u :

Piątek 8 czerwca 2018

Od godz.14.00 Zakwaterowanie w Ośrodku

Godz.19.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

Sobota 9 czerwca 2018

Godz.8.00-10.00 Śniadanie

Czas wolny, spacer po Zieleńcu

Godz.14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed Ośrodkiem

Godz.15.00 Obiad

Czas wolny

Godz.19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe

Godz.20.00-2.00 Bankiet

Niedziela 10 czerwca 2018

Godz.9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oплата za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami **450 PLN**

sobota-niedziela z noclegiem **350 PLN**

Wpłaty prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.12.2017r. z dopiskiem „Zjazd 1993”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl

Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **DO Z O B A C Z E N I A W Z I E L E Ń C U !!!**

Za Komitet Organizacyjny
Iwona SZUSZKIEWICZ-WIERCIŃSKA i Dariusz KRUSZAKIN

30-lecie

**Wydział Stomatologiczny
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
R O C Z N I K 1 9 8 8**

KOLEŻANKI i KOLEDZY! Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **15-16 września 2018r.** Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

P r o g r a m Z j a z d u :

Zakwaterowanie od godz.13.00

Sobota 15 września 2018

Godz.14.00

Obiad

Popołudniu

Czas wolny (zwiedzanie gór, zbieranie grzybków)

Godz.18.30

Wspólne zdjęcia pamiątkowe

Godz.19.00

Grill przy biesiadnej muzyce

Niedziela 16 września 2018

Godz.8.00-10.00

Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w Zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi **350 PLN**. Mile widziane osoby towarzyszące

Wpłaty prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.12.2017r. z dopiskiem „Zjazd 1988”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl
Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **D O Z O B A C Z E N I A W Z I E L E Ń C U !!!**

Za Komitet Organizacyjny
MAŁGORZATA STASZYŃSKA

30-lecie

**Wydział Lekarski
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
R O C Z N I K 1 9 8 8**

KOLEŻANKI i KOLEDZY! Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **27 października 2018r. (sobota) godz.19-ta w Haston City Hotel, ul. Irysowa 1-3**

Oplata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi **300 PLN**. Wpłaty prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.03.2018 r. z dopiskiem „Zjazd 1988L”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71/322-55-00 (prosimy o podanie hasła „rocznik 88”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu). Forma spotkania: uroczysty bankiet przy muzyce.

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, 501-217-204, e-mail: patka.malec@wp.pl
Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **D O Z O B A C Z E N I A !!!**

Za Komitet Organizacyjny
Katarzyna JĘDRZEJEWSKA-JURGA i Małgorzata SZTAJER-MARCINIAK

40-lecie

**Wydział Lekarski
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
ROCZNIK 1978**

KOLEŻANKI i KOLEDZY! Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **22-24 czerwca 2018r.** Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

P r o g r a m Z j a z d u :

Piątek 22 czerwca 2018

Od godz.14.00	Zakwaterowanie w Ośrodku
Godz.19.00-2.00	Grill przy biesiadnej muzyce

Sobota 23 czerwca 2018

Godz.8.00-10.00	Śniadanie
Godz.10.15	Msza Święta (Kościół św.Anny w Zieleńcu)
Godz.11.00	Wykład. Czarno-białe wspomnienia ze studiów (osoby z dostępem do zdjęć ze studiów proszone są o kontakt z R.Ściborskim bądź przygotowanie ich w formie cyfrowej, optymalnie na nośniku danych USB – pendrive)
Godz.13.30	Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed Ośrodkiem
Godz.14.00	Obiad
Popołudniu	Wycieczka piesza lub gondolowa do schroniska w Czechach – Masarykova Chata
Godz.19.30	Wspólne zdjęcia pamiątkowe
Godz.20.00-2.00	Bankiet

Niedziela 24 czerwca 2018

Godz.9.00-10.00	Śniadanie i pożegnania
-----------------	------------------------

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami	450 PLN
sobota-niedziela z noclegiem	350 PLN

Wpłat prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.12.2017r. z dopiskiem „Zjazd 1978”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Blizszych informacji udzielają:

Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl

Ryszard Ściborski, tel. 601-713-154, e-mail sciborski@poczta.onet.pl

Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **DO ZOBACZENIA W ZIELEŃCU!!!**

Za Komitet Organizacyjny
Ryszard ŚCIBORSKI

50-lecie

**Jubileuszowy Zjazd Absolwentów
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
R O C Z N I K 1 9 6 8**

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Serdecznie zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się dnia **16 czerwca 2018r. (sobota)** we Wrocławiu.

15 czerwca 2018r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 PLN

Godz.19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem Afrykarium
ZOO Wrocław, Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław

Godz.20.00 Kolacja w Restauracji (na terenie budynku Afrykarium)

16 czerwca 2018r. (sobota)

Godz.10.00 Msza Święta (Kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl.Uniwersytecki 1)

Część oficjalna - Uniwersytet Wrocławski, AULA LEOPOLDINA

Godz.11.00 Śniadanie studenckie – Klub Uniwersytetu Wrocławskiego

Godz.12.00 Otwarcie Zjazdu – Aula Leopoldina Uniwersytetu Wrocławskiego

Godz.12.15 Wystąpienie Chóru Medici Cantantes Uniwersytetu Medycznego

Przemówienie JM Rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów

Wykład okolicznościowy

Wspólne zdjęcia pamiątkowe

Godz.19.00 Uroczysta kolacja – Haston City Hotel (sala Chrysler AB, I piętro)
ul.Irysowa 1-3, 51-111 Wrocław

Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi:

całkowity koszt **350 PLN**

osoba towarzysząca na uroczystej kolacji **200 PLN**

część oficjalna (bez uroczystej kolacji) **150 PLN**

Wpłat prosimy dokonywać na konto **66 1090 2590 0000 0001 3393 3014** do dnia 31.12.2017r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71/322-55-00 (prosimy o podanie hasła „rocznik 68”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, 501-217-204, e-mail: patka.malec@wp.pl

Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **D O Z O B A C Z E N I A !!!**

Za Komitet Organizacyjny

Wojciech DUREK, Andrzej KARMOWSKI, Wanda PORADOWSKA-JESZKE, Krzysztof WRONECKI

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Fundacja „Żyjemy Zdrowo”, realizując zadanie Ministerstwa Zdrowia z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-20 (Cel Operacyjny 3 w zakresie punktu 2.11), zaprasza do udziału w ogólnopolskim projekcie, którego celem jest podniesienie kompetencji i praktycznych umiejętności pracy z dziećmi i młodzieżą zagrożoną przez oglądanie pornografii. Ze względu na powagę przedstawianych zagadnień i zasięg patologizacji dzieci i młodzieży, szkolenie adresowane jest do 3 grup zawodowych:

- nauczycieli (również psychologów i pedagogów szkolnych), pracowników socjalnych i asystentów rodzinnych,
- pracowników służb mundurowych, głównie policji, służb miejskich oraz prokuratorów, lekarzy.
- Dzięki szkoleniu Uczestnicy:
- otrzymają wiedzę z zakresu seksualności człowieka, edukacji seksualnej, pornografii oraz nośników jej rozpowszechniania wśród dzieci i młodzieży,
- podniosą kompetencje w zakresie edukacji seksualnej i rozmowy z odbiorcą, poprawią jakość komunikatów skierowanych do dzieci i młodzieży oraz ich rodzin,
- poszerzą zrozumienie zagrożeń i poznają nośniki pornografii używane przez dzieci i młodzieży,
- nauczą się rozpoznawać symptomy uzależnienia od pornografii i problemy związane z problematyką nadużyć seksualnych wobec dzieci i młodzieży w różnicowaniu na ww. grupy zawodowe (w szkoleniach zostanie uwzględniona specyfika pracy poszczególnych grup zawodowych),
- wypracują narzędzia profilaktyki antyuzależnieniowej wobec pornografii oraz sposoby przeciwdziałania i radzenia sobie z tym zagrożeniem społecznym,
- zwiększą swoją skuteczność w radzeniu sobie z problematyką uzależnienia od pornografii u dzieci i młodzieży,
- zdobędą umiejętności efektywnego i praktycznego przekazywania wiedzy we własnym środowisku zawodowym, stając się liderami środowiskowymi w dziedzinie wiedzy i profilaktyki antyuzależnieniowej,
- otrzymają certyfikat (zaświadczenie) ukończenia szkolenia w zakresie radzenia sobie z zagrożeniami wynikającymi z oglądania pornografii przez dzieci i młodzieży.

Szkolenie dla lekarzy w Opolu odbędzie się w dniach 24-26XI.2017 r. (piątek w godz. 11.00-18.00, sobota: 9.00-17.00 i niedziela: 9.00-14.00). Prowadzone jest w formie interaktywnego warsztatu wykorzystującego ćwiczenia, gry i prezentacje multimedialne. Jest przygotowane z niezwykłą starannością przez fachowców z dziedziny seksuologii, psychiatrii, psychologii i terapii uzależnień. **Szkolenie jest bezpłatne. Organizator zapewnia noclegi i catering dla uczestników.**

W związku z rozpoczęciem szkoleń we wrześniu 2017 roku i procesem logistycznym prosimy o zgłaszanie uczestników na adres: katarzyna.rybak@zyjemyzdrowo.org.pl. Ze względu na zasięg projektu i ograniczoną liczbą miejsc decyduje kolejność zgłoszeń. Miejsce szkoleń dla poszczególnych grup zawodowych dołączone zostanie do terminarza w kolejnym e-mailu. Zapraszamy na to ważne społecznie i interesujące szkolenie.

Organizator: Fundacja „Żyjemy Zdrowo” - istnieje od 2001 roku. Celem Fundacji jest podnoszenie jakości życia Polaków poprzez propagowanie zdrowego stylu życia oraz krzewienie szeroko rozumianej edukacji prozdrowotnej. Fundacja realizuje swoje cele poprzez organizowanie i finansowanie imprez sportowych i rodzinnych, mających za zadanie wypracowanie zdrowego, higienicznego i aktywnego stylu życia.

Trenerzy projektu to, m.in.:
prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiewicz - specjalista psychiatry, certyfikowany psychoterapeuta;

Monika Ruckgaber-Jurewicz – konsultant, trener, coach;

Andrzej Juchniewicz – trener, konsultant;
Joanna Zientek – trener biznesu i praktyk zarządzania;

Roma Bajzert – psycholog;
Michał Sawicki – psycholog, psychoterapeuta;
Michał Tęcza – trener edukator seksualny;
Karolina Nowak – psychopedagog, resocjalizator, seksuolog;

Maria Rotkiel – psycholog, terapeuta poznawczo-behawioralny.



Czołowi specjaliści z dziedziny reumatologii wygłoszą wykłady podczas dziewiątej edycji konferencji **Zdrowe Kości**, która odbędzie się 9 - 10 marca 2018 r. w Poznaniu. Wydarzeniu towarzyszyć będą kursy wykonywania i interpretacji badań kostnych metodą DXA i VFA, które zakończą się egzaminem testowym oraz wydaniem certyfikatu umiejętności przez Sekcję Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Obowiązuje na nie osobna rejestracja. **UWAGA: Do końca stycznia 2018 r. obowiązują niższe opłaty!** Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 9-10 marca 2018 r.

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

Patronat Honorowy: Fundacja JaTyMy
Przewodniczący Komitetu Naukowego: dr hab. Piotr Leszczyński, prof. nadzw.

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Sekcja Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Katedra Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Reumatologii i Osteoporozy Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Wydawnictwo Termedia, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl

Kursy:

- **Kurs densytometryczny – wykonywanie i interpretacja badań DXA** zakończony egzaminem i wydaniem certyfikatu Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

- **Kurs densytometryczny – wykonywanie i interpretacja badań VFA** zakończony egzaminem i wydaniem certyfikatu Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Opłata: 600 zł (cena zawiera podatek VAT)

Miejsce kursu: Medyczne Centrum Hetmańska, ul. Hetmańska 55/1, Poznań (wjazd od ul. Lodowej, dojazd na parking wzdłuż bloku)

Kierownik naukowy i techniczny: dr hab. n. med. Piotr Leszczyński, prof. nadzw.

Prowadzący: dr hab. n. med. Piotr Leszczyński, prof. nadzw., CCD, dr Jarosław Domański, CCD, mgr Tomasz Kostyk, certyfikat IOF

Uwaga: Kurs jest przeznaczony tylko dla lekarzy medycyny. Liczba miejsc ograniczona (po 11 miejsc w każdej grupie) – decyduje kolejność wpłat.



Praktyczne warsztaty, naukowe sesje, szkolenia cadaverowe, sesje plakatowe - to czeka uczestników **XI Międzynarodowego Poznańskiego Kursu Chirurgii Kończyny Górnej: Bark i Łokieć i II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Barku i Łokcia**. Zapraszamy do Poznania 15-17 marca 2018 r.

Endoprotezoplastyka, Urazy, Łokieć, Niestabilność barku, Sztwywny bark, Ból łokcia, Urazy łokcia - tylko wybrane tematy sesji uwzględnionych w programie. **Wykłady odbywać się będą w języku angielskim. Program kursu zostanie udostępniony wkrótce.**

Termin: 15-17 marca 2018 r.

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37 A, Poznań

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Katedra i Klinika Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Organizator wykonawczy: Wydawnictwo Termedia

Patronat: Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. dr hab. Andrzej Tykarski, Europejskie Towarzystwo Chirurgii Barku i Łokcia, Polskie Towarzystwo Barku i Łokcia, Sekcja Barku i Łokcia Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Europejskie Towarzystwo Rehabilitacji Barku i Łokcia

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

V Ogólnopolska Konferencja „Choroby reumatyczne w praktyce lekarskiej - Przyszłościowe wyzwania w reumatologii”

Termin: 1-2 grudnia 2017

Miejsce: Hotel Novotel Warszawa Centrum, ul. Marszałkowska 94/98

Kierownictwo naukowe konferencji: prof. dr hab. n. med. Anna Filipowicz-Sosnowska – Przewodnicząca Komitetu Naukowego; prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, prof. dr hab. n. med. Piotr Głuszko

Organizator: Forum Media Polska Sp. z o.o., ul. Polska 13, 60-595 Poznań, tel. 61 66 55 800, Infolinia 801 88 44 22, e-mail: book@forum-media.pl

Prywatny gabinet stomatologiczny **Praxi-Dent w Opolu zatrudni lekarza stomatologa**. Gwarantujemy wysokie wynagrodzenie, najnowocześniejszy sprzęt oraz komfortowe warunki pracy. Tel. 692-953-161. E-mail: gabinet@praxident.pl

MAZURDENT Centrum Stomatologiczne poszukuje do współpracy lekarza ortodontę. Zainteresowanych proszę o kontakt pod numerem telefonu: 603-706-810.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu ul. Licealna 18 zatrudni **lekarza medycyny sportowej**. Kontakt tel. 77/457-33-38, 77/474-77-78

Sprzedam gabinet POZ, lekarza rodzinnego – Stanisław Małe, tel. 322-330-877.

Na sprzedaż dom wolnostojący o powierzchni około 320 m², położony na działce o powierzchni 11 ar w Nysie. Lokal mieszkalny w skład wchodzi: **parter - gabinet lekarski + poczekalnia**, dodatkowo pomieszczenia gospodarcze ze spiżarnią i pralnią i suszarnią, kotłownia. Piętro: duży salon, WC, kuchnia 2 pokoje, łazienka. Piętro II duży salon, łazienka 3 pokoje. Media: woda i kanalizacja, instalacja elektryczna, gaz, telefon. Dom wybudowany z cegły, dodatkowo ocieplony.

Kupujący ma możliwość przejęcia pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nysie, oraz dodatkowo podjąć pracę w Szpitalu. Kontakt: k.rozumek@gmail.com, tel. 606-238-681 lub 77/433-90-23

Do wynajęcia gabinety lekarskie zabiegowe wraz z częściami wspólnymi (parking, recepcja, pom. socjalne) w **Klinice Medest w Opolu, ul. Strzelecka 3**. Tel 503-159-731, www.klinikamedest.pl

XI CHARYTATYWNA GALA KARNAWAŁOWA

PRZYJACIÓŁ FUNDACJI PRO SENIORE

HOTEL MARRIOTT W WARSZAWIE

10 Luty 2018 godz. 19:00



Imprezę poprowadzi

Dorota Gardias

Wieczór uświetni występ

Zespołu Boogie Band

Zapraszamy

*Szczegółowe informacje można uzyskać
dzwoniąc pod nr:*

22 542 83 02 lub 538 192 002

lub drogą mailową

proseniore@oilwaw.org.pl



Mazowieckie Forum[®]
Samorządów Zawodów
Zaufania Publicznego