



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Luty 2013

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 198

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Takiej pogody, takich widoków i takich tras narciarskich



Fot. Ryszard Morisson

WARIATKA, ŁĄCZNICZKA

*Ludźmi jesteśmy i tylko ludźmi ułomnymi
choćby nas inni brali za aniołów*

Adam Mickiewicz

Czy ona jest szalona? Ta gruba kobieta, która wraca do siebie? Przekręca niewidzialny klucz w zamku, otwiera drzwi szeroko, coraz szerzej. A tam pusto pustką nie do zniesienia. W kącie leżą przydeptane kapcie, na podłodze pasiak chodnika, lecz ścian zabrakło, a przecież miały stać na straży. Skąd przychodzi w koszuli nocnej, szlafroku i na bosaka? Czego się boi? Czy samej siebie? Nocą jej ręce budzą się z uśpienia, tną skórę na przedramionach, wtrącają ją w przepaść. Zatrząskuje wtedy powieki – ale to za mało, żeby przetrwać.

Kim ona jest albo kim kiedyś była? Ta, która zjawia się z twarzą pożółkłą od strachu, ciałem rozlanym, zbyt miękkim, aby mogło należeć do człowieka. Taka bezbronna, nieładna – chora na umyśle. *Choroba jest nocną półkulą życia* – pisała Susan Sontag – *naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty i przynależy zarówno do świata zdrowych jak i do świata chorych. I choć wszyscy wolimy przyznawać się do lepszego ze światów, prędzej czy później, chociażby na krótko, musimy uznać również nasz związek z tym drugim.*

Kobieta *W pustym mieszkaniu* Krzysztofa Buckiego (1936–1983) nie dba o pozory. Zmieniła powierzchowność. Rozczochrana, biednie ubrana zagląda do dawnego życia; idzie podpisać listę obecności. Lecz stamtąd już ją wykreślono. Bo smutna choroba odbiera tożsamość. Teraz ta bezimienna, trędowata (jak bliska jest malarskiej opowieści o przemijaniu Jacka Sienickiego, o której pisałam ostatnio!) człapie po pasach dywanu. Przekracza kolejne linie odmierzające czas podobne do słoików drzew – każdy mazer to inny etap życia. Daleko w tyle zostawiła pomarańczową świeżość, jasną niewinność, porzuciła zielenie – te soczyste i przybrudzone. Przed nią coraz mniej kolorów, coraz więcej mazi, poszarzałej, gęstej przypominającej ziemię.

Ileokroć przyglądam się portretowi, tyle razy odnoszę wrażenie, że obłąkana dopiero co weszła. Wciąż jednakowo zaskoczona, bezbronna, niepewna. Wielka i jednocześnie cząstkowa, zwiłokrotniona i niepełna. Obecna i nieobecna. Inna. Ubrana w czerwień zodiaku przystanęła w pół kroku.

Ludzkość od dawna czytała gwiazdy. Dante przemierzał czyściec zapatrzony w przestworza, odwracał wzrok od Skorpiona, bowiem odbijał się w nim gniew niebios. Tomasz z Akwinu – *Ten brzuchaty Olbrzym Anielski / Którego – niekiedy – Bóg / unosił nad posadzką jak pył dmuchawca* – jak opowiedział go Stanisław Grochowiak, był przekonany o wpływie gwiazd na osobowość i bieg zdarzeń. Saturna w wiekach średnich uważano za sprawcę melancholii i zatroskania, Jupiter był patronem osób radosnych, ciekawych świata, zaś Mars sprzyjał złołnikom, zawsze gotowym do walki. Balwierze co roku kupowali al-



manachy z oznaczonymi dniami nieodpowiednimi – *dies mali* – na puszczanie krwi. Zaś rolnicy czekali, aż księżyc zmaleje, żeby zacząć orać i siał. Ciało ludzkie było odbiciem szerszego porządku. *Świat zataczał krąg wokół siebie* – pisał Michel Foucault – *ziemia powtarzała niebo, twarze odbijały się w gwiazdach, a zioła kryły w łodygach służące ludziom sekrety.*

Oto chora na nerwy (jeszcze w XVIII wieku lekarze i uczeni utrzymywali, że masturbacja jest bezpośrednią przyczyną chorób psychicznych, a nerwy to rurki wypełnione animalnymi duchami, które nie podlegają prawom fizyki i chemii) uosabia cały nieporządek świata. Wariatka Buckiego stała się łączniczką pomiędzy przeszłością i teraźniejszością, mikro- i makrokosmosem. Jej złota twarz to słońce; wokół niej tłoczy się niebo z planetami i gwiazdami w konstelacjach. Na zewnątrz panuje ład i nieskończona harmonia. Ale to właśnie szaleństwo stało się osią, kołem napędowym systemu.

Dlaczego artysta wyznaczył pomyłoną? Czy uważał, że jej opętanie powtarza niebo? Nie to czyste, bezchmurne, z niebieskiej farby, tylko sine, spienione, z błyskami światła. Może zapamiętał, jak kiedyś po nocy z gromami i nawałnicą świat osłupiał, potem niebo powoli wróciło do siebie. A tam pusto pustką nie do zniesienia. Wszystko przepadło. Kwadrans, godziny. Nawet tożsamość.

Agnieszka KANIA

Umilkły już echa szampańskich zabaw Sylwestrowych i choć trwa Karnawał, to wielu z nas – zwłaszcza Koleżankom i Kolegom mającym własne praktyki – niespecjalnie do śmiechu. Nasz ulubiony minister zadbał o to, byś Nowy Rok powitali z nowymi przepisami. Pisał już i o tym w poprzednim numerze Biuletynu nasz Prezes i wraca do tego tematu w bieżącym jego wydaniu. No, ale może nie dajmy się zwariować – nie takie rzeczy przyszło nam przetrwać! Ponieważ przynajmniej część z Was – zwłaszcza tych, którzy mają dzieci w wieku szkolnym – będzie chciała złapać trochę oddechu, to życzę im tego, co na stronie tytułowej.

Jeśli natomiast poza tym będziecie również przeglądać lutowy numer Biuletynu, to znajdziecie w nim wspomniane powyżej informacje Prezesa, sprawozdania z kolejnego spotkania Rady Okręgowej i ultrasonografistów, informacje dotyczące ubezpieczenia OC, plan szkoleń na najbliższe miesiące oraz zaproszenie na sympozjum poświęcone dylematom etycznym-moralnym lekarzy. Zamieszczam również list Zarządu Krajowego OZZL do le-

karzy internistów mający związek z planowaną na ten rok akcją związkową pod hasłem „Dziękujemy – odchodzimy”. Jest także kolejny tekst medyczno-historyczny prof. Janusza Kubickiego i materiał dr Agnieszki Kani o obrazie Krzysztofa Buckiego.

W dalszej części Biuletynu – ważne i przydatne informacje dla mających swoje praktyki prywatne o ich obowiązkach. Znajdziecie również rozważania nad kondycją ochrony zdrowia i polityczną tego przyczyną, kształceniem ustawicznym i badaniami klinicznymi. Jest też (po raz pierwszy Od czasów reformy specjalizacyjnej) materiał o trudnym losie jedynkowicza, zachęta do poznania preparatów opartych na miodzie i sylwetki braci Śniadeckich.

Biuletyn zawiera też obszernie wspomnienie o prof. Andrzeju Steciwko, który zmarł niedawno, a był osobą wielce zasłużoną dla Opolszczyzny. Lutowy numer Biuletynu zamykają ogłoszenia i nowości wydawnicze.

Życząc miłej i lektury, żegnam się do marca.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Życie ciągle przynosi zaskakujące rozstrzygnięcia, więc Minister Zdrowia postanowił dostosować się do tej ogólnej prawidłowości i tuż przed końcem roku wprowadził zmiany do rozporządzenia w sprawie recept lekarskich. Otóż o 3 miesiące (do 31 marca) odroczony został wymóg stosowania na receptach dwóch dodatkowych kodów paskowych, oznaczających numer REGON oraz numer prawa wykonywania zawodu. Ale odnosi się to tylko do recept, dla których zakresy numerów zostały przydzielone przez Fundusz przed 30 grudnia (czyli dla recept, których numer zaczyna się od cyfr „01...”). Recepty o tej numeracji mogą być stosowane (jako refundowane) też tylko do 31 marca. **Od 1 kwietnia, jako refundowane, będą mogły być stosowane tylko recepty, których numery zaczynają się będą od cyfr „02...”.** **Takie numery Fundusz przydzieli od 31 grudnia. I wszystkie recepty „02...” muszą być zaopatrzone w trzy kody paskowe (brak któregoś spowoduje, że recepta będzie pełnopłatna).**

Drugim istotnym elementem, wprowadzonym do rozporządzenia w sprawie recept, jest likwidacja recept różowych. Zostaną one zastąpione receptami wyglądającymi prawie tak samo, jak recepty zwykłe – z tym, że ich numery będą się zaczynały od cyfr „07...”, a sym-

bol *Rp* zostanie zastąpiony symbolem *Rpw*. Lekarze, którzy mają podpisaną umowę z Funduszem na wystawianie recept będą pobierali zakresy numerów dla recept „*Rpw*” w Funduszu, natomiast lekarze, którzy nie mają umowy z Funduszem, a będą chcieli wystawiać swoim pacjentom recepty na leki narkotyczne będą te zakresy numerów pobierać w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Opolu. Recepty nie mają już swojej kopii, więc zamiast niej, w dokumentacji pacjenta należy wpisać numer takiej recepty.

Minister Zdrowia również o 3 miesiące wydłużył możliwość zgłaszania w formie pisemnej wniosków o wpis czy zmianę wpisu w rejestrze praktyk lekarskich. Tak więc instrukcja z grudniowego Biuletynu, dotycząca konta e-PUAP, będzie potrzebna dopiero od 1 kwietnia.

Jestem również winien Wam dodatkową informację dotyczącą kas fiskalnych. Materiał, który został opublikowany w grudniowym Biuletynie jest aktualny – każdy lekarz lub lekarz dentysta, który dotąd nie musiał mieć kasy fiskalnej, a którego przychód konsumencki w 2012 r. wyniósł co najmniej 20.000 zł, musi od 1 marca wypożyczyć swoją praktykę w kasę fiskalną. Każdy lekarz lub lekarz dentysta, który w 2012 r. tego pułapu nie przekroczył, ale przekroczy go w trakcie 2013 r., będzie musiał

po 2 miesiącach zainstalować kasę (np. przekroczenie nastąpi w maju – kasa fiskalna od 1 sierpnia; przekroczenie w sierpniu – kasa fiskalna od 1 listopada, itp.). To dodatkowe uzupełnienie odnosi się do tych z Was, którzy zarejestrują działalność gospodarczą w trakcie 2013 r. Otóż dla nich pułap granicznych przychodów nie będzie wynosił 20.000 zł, ale będzie proporcjonalny do liczby miesięcy działania praktyki (np. działalność zarejestrowana w lutym – pułap wynosi 11/12 z 20.000 zł; działalność zarejestrowana w maju – pułap wynosi 8/12 z 20.000 zł, itp.).

Luty to tradycyjnie okres zbierania składek na ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy i leka-

rzy dentystów. Odpowiedni materiał zamieszczony jest w dalszej części Biuletynu. **Składki muszą być dostarczone do Biura Izby najpóźniej do poniedziałku 25 lutego.**

Pod koniec lutego będą już znane ostateczne listy poszczególnych rejonów wyborczych. Będą one zamieszczone na stronie internetowej izby. Od 1 marca będzie można zgłaszać kandydatów na delegatów z poszczególnych rejonów. W niniejszym Biuletynie drukujemy ponownie kartę zgłoszenia kandydata. Przypominam, że w nowej formule wyborów w rejonach istnieje możliwość zgłoszenia samego siebie.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 19 GRUDNIA 2012 r.

Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Przyjęcie harmonogramu posiedzeń okręgowej rady lekarskiej w I półroczu 2013 oraz ustalenie terminu okręgowego zjazdu lekarzy.
8. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich i Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 14.12.2012.
9. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
10. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1.

Kol. Lach przedstawił wnioski o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej:

- Pauliny Zabochnickiej-Piernik (przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej),
- Agaty Soczyńskiej (przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej),

- Małgorzaty Wójcickiej (przeniesienie z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej),
- Mateusza Baerana (przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej).
- Rada jednogłośnie zaakceptowała wszystkie wnioski.

Ad 2.

Od ostatniego posiedzenia Rady nie wpłynął żaden nowy wniosek związany z rejestrem podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe.

Ad 3.

Od ostatniego posiedzenia Rady nie wpłynął żaden wniosek o wykreślenie z rejestru praktyk lekarskich.

Ad 4.

Prezes Jakubiszyn przedstawił jeden wniosek o zapomogę związany z chorobą lekarza, skierowany do Funduszu Samopomocy, który członkowie Rady jednogłośnie poparli (w maksymalnej kwocie).

Ad 5.

Od ostatniego posiedzenia Rady nie wpłynęło żadne pismo dotyczące desygnowania przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.

Ad 6.

Do Rady wpłynęły wnioski dotyczące opłacania składek członkowskich:

- dwojga lekarzy o całkowite zwolnienie z jej opłacania,

- jednej lekarski o zawieszenie tego obowiązku na okres 1 miesiąca (listopada),
 - dwojga lekarzy o obniżenie składki do 10 zł.
- Wszystkie te wnioski Rada zaaprobowała jednogłośnie.

Ad 7.

Kol. Jakubiszyn przedstawił terminarz spotkań Rady i Prezydium na I półrocze przyszłego roku:

- posiedzenia Rady odbędą się w dniach: 23 stycznia, 27 lutego, 20 marca, 24 kwietnia, 22 maja i 26 czerwca,
- posiedzenia Prezydium odbędą się w dniach: 16 stycznia, 20 lutego, 13 marca, 17 kwietnia, 15 maja i 19 czerwca,

Okręgowy Zjazd Lekarzy planowany jest na dzień 2 marca 2013 r.

Rada zaakceptowała te propozycje

Ad 8.

Prezes przedstawił krótkie sprawozdanie z ostatnich posiedzeń Konwentu Prezesów Izb Lekarskich oraz Naczelnej Rady Lekarskiej.

Na Konwencie zajmowano się głównie sprawami finansowymi. Jak wynika z wypowiedzi prezesów, wszystkie izby podpisały umowy z Ministerstwem Zdrowia na refundację zadań, przejętych od administracji państwowej, realizowanych przez izby w 2012 r. Do tych umów wszystkie izby dołączyły jednak zapis o zastrzeżeniu sobie prawa dochodzenia na drodze sądowej kwot rzeczywiście poniesionych z tego tytułu kosztów. Co do 2011 roku, prowadząca pilotażowo sprawę roszczeń wobec Ministerstwa Zdrowia Izba w Gdańsku złożyła już do Sądu wezwanie do ugody. Prawie wszystkie izby podjęły uchwały o współudziale w kosztach sądowych, ponoszonych przez Izbę w Gdańsku. Jedynie Dolnośląska i Małopolska Izba Lekarska nie podjęły w tej sprawie decyzji. Pierwsza ze względu na swoje własne kłopoty finansowe związane z remontem nowej siedziby, druga z powodu zakończonego właśnie postępowania sądowego, dotyczącego 2009 r., w którym samodzielnie ponosiła wszystkie koszty.

- Kolejną sprawą omawianą na Konwencie były nowe regulacje prawne, które zaczną obowiązywać w nowym roku. Chodzi o:
- nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zasad prowadzenia rejestru praktyk (wprawdzie przesunięto o 3 miesiące możliwość składania wniosków w formie papierowej, ale dodano kilka pozycji w rejestrze, które muszą być wypełniane);
- nowelizację rozporządzenia w sprawie recept lekarskich (odroczono obowiązek posiadania na receptce trzech kodów paskowych do końca marca 2013 r. czyli de facto do recept, których numer zaczyna się od 02; w miejsce recept różowych wprowadzono recepty oznaczone skrótem Rpw, rozpoczynające się od numeru 07 – wydawane dla lekarzy nie mających

umowy z Funduszem przez Wojewódzkie Inspektoraty Farmaceutyczne);

- nowe rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie kas fiskalnych (obniżono do 20.000 zł próg przychodów, którego przekroczenie zmusza do zainstalowania kasy).

Naczelna Rada Lekarska także zajmowała się sprawami finansowymi, dokonując korekty tegorocznego budżetu NRL oraz zatwierdzając budżet Rady na następny rok.

Ponadto członkowie NRL spotkali się z przedstawicielami NIK, z którymi rozmawiano o kontrolach prowadzonych przez tę instytucję w ministerstwie i NFZ.

W ramach sprawozdania J. Jakubiszyn przedstawił również treść pisma Rzecznika Praw Pacjenta do Prezesa Hamankiewicza, dotyczącego skargi Prezes NFZ Pachciarz na treść jednej z jego prasowych wypowiedzi dotyczącej wprowadzenia systemu eWUŚ, a także prośbę lekarza z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, który choruje na chłoniaka Hodgkina, o wsparcie finansowe bardzo drogiego leczenia. W tej ostatniej sprawie Rada podjęła uchwałę o wyasygnowaniu na ten cel kwoty 5.000 zł.

Ad 9.

Prezes przedstawił wyniki swojej rozmowy z Z-cą Dyrektora OOW NFZ dr Uherem na temat pism wysyłanych do lekarzy emerytów, którzy nie podpisali nowej umowy, a mimo to wystawiali (sobie lub rodzinie) recepty refundowane. Kwota, której dotyczą te pisma to w sumie raptem ok. 7.000–8.000 zł. Prezes uzgodnił, że reakcją lekarzy, do których takie pisma dotarły, powinno być podjęcie decyzji, czy podpisują nową umowę, czy zaprzestają wystawiania refundowanych recept.

Ad 10.

W tej części obrad poruszona została sprawa podjęcia niezbędnych remontów w siedzibie Izby. Kol. kol. Jakubiszyn i Kowarzyk wyjaśnili, że ok. rok temu podjęto starania o rozpoczęcie tych remontów, ale wymagały one zatrudnienia osoby pełniącej funkcję inspektora nadzoru. Osoba, która pierwotnie podjęła się tej funkcji, ostatecznie po długiej zwłoce zrezygnowała, a znalezienie następnego kandydata nastręcza wiele kłopotów. Obaj zwrócili się więc do zebranych z prośbą o pomoc w znalezieniu odpowiedniego kandydata.

Ponadto Prezes poinformował Radę, że ze względu na zmianę przepisów możliwe stało się przekształcenia prawa wieczystego użytkowania działki, na której znajduje się siedziba Izby w prawo własności. Otrzymał już w związku z tym z Urzędu Miasta kalkulację finansową dla tej operacji – jest to ok. 300.000 zł. Prezes dodał też, że zapis ustawowy pozwala obniżyć taką kwotę o 50%, jeżeli na działce znajduje się obiekt wpisany do rejestru zabytków (a takim obiektem jest siedziba naszej Izby). Odpowiednie pismo w tej sprawie zostanie w najbliższych dniach skierowane do Urzędu Miasta. Przewodniczący Komisji Rewizyjnej zapropono-

wał, by już teraz upoważnić Prezesa do wydatkowania kwoty, dzięki której możliwe będzie ostateczne przejęcie działki na własność. Wniosek został jednogłośnie przez Radę przyjęty.

Kol. Misiak w imieniu Delegatury z Kluczborka zaprosił na kolejny Bal Lekarza, który odbędzie się w dniu 2 lutego 2013 r. w hotelu „Adler” w Byczynie.

Kol. Lach poinformował zebranych o inicjatywie zorganizowania reaktywowanego Stresowego Złazu Medyka – sztandarowej imprezy turystycznej studentów Aka-

demii Medycznej we Wrocławiu. Przedstawił wstępne koszty tej imprezy prosząc jednocześnie o dofinansowanie kosztów druku 200 egzemplarzy śpiewników turystycznych (koszt druku wynosić będzie ok. 7.000 zł).

W ostatniej części obrad Prezes zapoznał zebranych z korespondencją, jaka napłynęła w ostatnim czasie do Rady.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL Prezes ORL

Lek. med. Jerzy B. LACH Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2013 ROK

Koleżanki i Koledzy,

Zbliża się koniec lutego, a więc najwyższy czas, aby pomyśleć o ubezpieczeniach odpowiedzialności cywilnej. Opolska Izba Lekarska wynegocjowała w ubiegłym roku program preferencyjnego ubezpieczenia z PZU S.A. i jego warunki finansowe obowiązywać będą także przez kolejne 12 miesięcy.

Na początku przypomnienie pewnych ogólnych zasad. Obowiązująca od połowy 2011 r. Ustawa o działalności leczniczej uporządkowała sprawę ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyistów, wprowadzając **jedno** ubezpieczenie obowiązkowe. **Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w formie praktyki lekarskiej (dotyczy to każdego rodza-**

ju praktyki – stacjonarnej, na wezwanie, kontraktu). Inaczej mówiąc, nie musi zawierać takiego ubezpieczenia lekarz (lekarz dentyista), który pracuje tylko i wyłącznie w oparciu o kodeksową umowę o pracę.

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. Jest **tylko jedno wyłączenie**, które związane jest z zabiegami chirurgii plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ubezpieczenie to odnosi się wyłącznie do zabiegów wykonywanych w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób. Ubezpieczenie nie pokrywa szkód, będących następstwem zabiegów estetycznych. Rozpo-

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU uwzględnia podział na trzy grupy specjalności:

Grupa I (składka 659 zł)	Grupa II (składka 283 zł)	Grupa III (składka 141 zł)
<ul style="list-style-type: none">✓ Anestezjologia i intens. terapia✓ Chirurgia ogólna✓ Chirurgia dziecięca✓ Chirurgia naczyniowa✓ Chirurgia onkologiczna✓ Chirurgia plastyczna✓ Torakochirurgia✓ Kardiochirurgia✓ Neurochirurgia✓ Chirurgia szczękowo-twarzowa✓ Chirurgia stomatologiczna✓ Urologia✓ Urologia dziecięca✓ Ortopedia i traumatologia✓ Ginekologia i położnictwo✓ Ginekologia onkologiczna✓ Medycyna ratunkowa✓ Neonatologia	<ul style="list-style-type: none">✓ Medycyna sportowa✓ Radioterapia✓ Wszystkie pozostałe specjalności stomatologiczne	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p>Uwaga: Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakieś zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>

rządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentysty) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

- Jeżeli lekarz ma kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, którą wykonuje.
- Jeżeli lekarz wykonuje kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, która ma wyższą składkę.

Wynegocjowane z PZU porozumienie wprowadziło możliwość ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**) z tzw. **klauzulą nadwyżkową**. Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie obejmuje ubezpieczenie obowiązkowe:

- udzielanie I pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),
- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej – nie dotyczy sta-

łej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego,

- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,
- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie (do kwoty 50.000 zł),
- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (do kwoty 50.000 zł).

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego:

Kwota o którą zwiększa się suma gwarancyjna	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
46.500 euro	877 zł	374 zł	196 zł
70.000 euro	912 zł	386 zł	202 zł
115.000 euro	1.008 zł	415 zł	220 zł
230.000 euro	1.278 zł	532 zł	288 zł
465.000 euro	2.536 zł	1.044 zł	557 zł

Jeżeli lekarz wykonuje zabiegi plastyczne-estetyczne i chciałby, aby i one były objęte ochroną ubezpieczeniową, jest zobowiązany do opłacenia składki dodatkowej. Składka dodatkowa za wykupienie rozszerzenia kształtuje się następująco:

Zabiegi plastyczne – estetyczne	Grupa I Składka dodatkowa	Grupa II Składka dodatkowa	Grupa III Składka dodatkowa
46.500 euro	196 zł	69 zł	33 zł
70.000 euro	231 zł	81 zł	40 zł
115.000 euro	327 zł	110 zł	57 zł
230.000 euro	597 zł	227 zł	125 zł
465.000 euro	1.855 zł	739 zł	394 zł

Przykład:

Chirurg plastyk wybiera najdroższy wariant ubezpieczenia pakietowego. Składka wynosi 2.536 zł. Chce dodatkowo rozszerzyć ubezpieczenie na zabiegi estetyczne. Sumarycznie składka wynosić więc będzie 2.536 zł + 1.855 zł = 4391 zł.

Istnieje także możliwość dodatkowego ubezpieczenia się od innych zdarzeń, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu lub poślizgnięciem się pacjenta na mokrej posadzce w domu, w którym jest gabinet itp.). Dopłata wynosi wówczas: 82 zł (szkody do 50.000 zł) albo 115 zł (szkody do 100.000 zł) albo 161 zł (szkody do 200.000 zł).

Lekarz (lekarz dentysta) nie wykonujący praktyki lekarskiej i nie podlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego. Daje ono ochronę przy udzielaniu I pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej I pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, nie związanych z pracą etatową i nie wymagających założenia prywatnej praktyki.

Warianty tego ubezpieczenia:

Suma gwarancyjna	Grupa I - składka	Grupa II – składka	Grupa III – składka
23.000 euro	255 zł	132 zł	75 zł
46.500 euro	365 zł	185 zł	101 zł
70.000 euro	532 zł	265 zł	141 zł
115.000 euro	719 zł	355 zł	185 zł
465.000 euro	1.418 zł	690 zł	350 zł

Składki zbierane będą – jak w latach poprzednich i muszą dotrzeć do biura Izby **do poniedziałku 25 lutego 2013 r.**

Jerzy JAKUBISZYN

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

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
16.03.2013 r. Sobota godz. 10:00	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Ratownictwa Medycznego Dr Marek Dryja	Ratownictwo Medyczne dla lekarzy medycyny (dla 20 osób – zapisy w Izbie Lekarskiej)	WCM Opole al. Witosa Sala konferencyjna
22.03.2013 r. Piątek godz. 10:00	Psycholog dr Teresa Sławińska i Wojciech Krówczyński (Doradztwo-Szkolenia-Coaching, Kraków)	„Lęki, które można ujarzmić” - dla dentystów	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
12.04.2013 r. Piątek godz. 11:00	Komisja Etyki Lekarskiej i Komisja Kształcenia OIL w Opolu	Symposium pt: „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej”	Zostanie podane w terminie późniejszym
19.04.2013 r. Piątek godz. 10:00	Dr n. med Ewa Jaskowska (szkolenie punktowane)	Prace estetyczne jednowizytowe: • Odbudowa złamanego zęba na wkładzie koronowo-korzeniowym z włókna szklanego na przykładzie Rebuildy Post System firmy Voco • Uzupełnianie pojedynczych braków w formie mostu adhezyjnego na bazie włókna szklanego z wykorzystaniem Grand Tec firmy Voco	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

*Przewodnicząca Komisji Kształcenia OIL
Lek. med. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

List OZZL do lekarzy internistów

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

OZZL rozpoczął przygotowania do akcji polegającej na równoczesnym, grupowym zwolnieniu się z pracy lekarzy zatrudnionych w zakładach finansowanych przez NFZ. Celem akcji jest zmuszenie rządzących do rozwiązania najważniejszych problemów dotyczących wykonywania zawodu lekarza, a pośrednio do wprowadzenia racjonalnych zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Podstawą akcji mają być lokalne porozumienia lekarzy zatrudnionych w szpitalach w danym województwie. Wiemy jednak, że sytuacja poszczególnych lekarzy zatrudnionych nawet w tym samym szpitalu różni się nieraz od siebie znacząco – w zależności od specjalności. Dlatego proponujemy też **porozumienia obejmujące jedną, określoną specjalizację** – w danym województwie, kilku województwach lub w całym kraju. Podstawą formalno-prawną dla takich porozumień będzie „zrzeszenie” (stowarzyszenie) lekarzy danej specjalności. Zasadniczym jego celem będzie **wynegowanie z rządem lub z dyrektorami szpitali nowych, właściwych warunków pracy i płacy** (zgodnych z postulatami OZZL i samorządu lekarskiego).

Samo powołania zrzeszenia – oczywiście - nie wystarczy do osiągnięcia zakładanego celu. Aby go osiągnąć, trzeba będzie zwolnić się grupowo z pracy – w ramach danej specjalności – w całym województwie, kilku województwach lub w całym kraju i zmusić w ten sposób rząd albo dyrektorów szpitali do negocjacji. Istniejące zrzeszenie ułatwi takie działanie, pokaże lekarzom ich siłę i integruje ich.

Zwracamy się do Państwa – lekarzy internistów, zatrudnionych w zakładach finansowanych ze środków NFZ - jako do pierwszej grupy specjalistów, którym proponujemy utworzenie takiego zrzeszenia. Położenie internistów – wskutek różnych zmian organizacyjnych – stało się szczególnie trudne: ich specjalizacja straciła należną pozycję, nie ma jej formalnie w POZ, nie ma w AOS, a w szpitalach jest lekceważona wobec istnienia wązszych podspecjalizacji internistycznych. Odzwierciedleniem takiego traktowania są wynagrodzenia internistów, które należą do najniższych wśród lekarzy.

W połowie lutego bieżącego roku zorganizujemy w Warszawie pierwsze spotkanie osób, które wyrażą gotowość uczestniczenia w tworzeniu takiego zrzeszenia internistów. Prosimy, aby osoby zainteresowane tworzeniem zrzeszenia na terenie swojego województwa zgłosiły ten fakt na adres zarządu krajowego OZZL: ozzl@ozzl.org.pl.

Na stronie internetowej OZZL w zakładce: **Zrzeszenie Internistów Ubezpieczenia Zdrowotnego** znajdują się wszystkie materiały dotyczące proponowanego przedsięwzięcia.

Zapraszamy

Zarząd Krajowy OZZL

Przewodniczący Zarządu

K. Bukiel
lek. Krzysztof Bukiel

Krzysztof Bukiel – przewodniczący ZK OZZL, lekarz internista

Bydgoszcz, 8 stycznia 2013r.

PW.II-7/13

Okręgowa Komisja Wyborcza w

KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA DELEGATA NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

[illegible]

imię kandydata		
----------------	--	--

[illegible]

nazwisko kandydata			

1

LEKARZ

7

LEKARZ DENTYSTA

--	--	--	--	--	--	--

nr prawa wykonywania zawodu

Kandydat na delegata na okręgowy zjazd lekarzy kadencji

w rejonie wyborczym nr nazwa

Wyrażam zgodę na kandydowanie na delegata na okręgowy zjazd lekarzy kadencji

w rejonie wyborczym nr nazwa

podpis

Oświadczam, że nie jestem karany oraz że nie istnieją okoliczności, które w myśl obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej i innych przepisów stanowią przeszkodę w pełnieniu mandatu delegata oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie i publikowanie moich danych osobowych przez okręgową komisję wyborczą, zgodnie z regulaminem wyborów.

.....
podpis

* wypełnić również w przypadku osobistego zgłaszania swojej kandydatury

Zgłaszający*:

[illegible]

imię

[illegible]

nazwisko

1

LEKARZ

7

LEKARZ DENTYSTA

--	--	--	--	--	--	--

nr prawa wykonywania zawodu	
-----------------------------	--

członek rejonu wyborczego nr, nazwa

pieczętka lekarska, podpis zgłaszającego

ZAPROSZENIE NA SYMPOZJUM

Komisja Etyki Lekarskiej wraz Komisją Kształcenia Podyplomowego OIL zapraszają do udziału w **Interdyscyplinarnym Sympozjum** pt. „*Dylematy etyczne-moralne w praktyce lekarskiej i lekarsko-dentystycznej*” organizowanym w dniu **12 kwietnia 2013 r.** (piątek) w Opolu. **Miejsce sympozjum – sala konferencyjna Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, ul. Katowicka 68.**

Do udziału w sympozjum zapraszamy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, członków naszej Izby oraz przedstawicieli Komisji Etyki Lekarskiej wszystkich Okręgowych Izb Lekarskich w kraju. Udział w sympozjum jest bezpłatny. Uczestnicy otrzymają certyfikaty oraz punkty edukacyjne.

RAMOWY PROGRAM SYMPOZJUM

Rejestracja uczestników od godz. 10:00

11:00 Otwarcie

11:30 – 13:30 **Sesja pierwsza**

11:30 – prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bielecki (Warszawa) – *Osobowość chirurga.*

12:00 – dr Antoni Junosza-Szaniawski (Branice) – *Dylematy etyczne w praktyce psychiatrycznej.*

12:30 – dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna (Opole) – *Dylematy etyczne w praktyce lekarsko-dentystycznej.*

13:00 – dr Konstanty Radziwiłł (Warszawa) – *Dylematy etyczno-moralne w praktyce lekarza rodzinnego.*

13:30 – Dyskusja

14:00 – 14:30 – **Przerwa kawowa**

14:30 – 16:00 **Sesja druga**

14:30 – ks. prof. Piotr Morciniec (UO) – *Dylematy etyczne u kresu życia w relacji lekarz-pacjent.*

15:00 – Andrzej Józwiak (Prokuratura Wielkopolska, doradca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej) – *Aspekty prawne (nie) etycznego postępowania lekarza.*

15:30 – dr Tomasz Grzyb (adiunkt SWPS Wrocław) – *Przychodzi lekarz do psychologa.*

16:00 – Dyskusja

16:30 – **Zakończenie sympozjum.**

Po konferencji istnieje możliwość wzięcia udziału w wieczornej **Gali Operowej** organizowanej w Filharmonii Opolskiej z udziałem Izabeli Kłosińskiej (sopran – primadonna Opery Narodowej) oraz Filharmoników Opolskich pod dyr. Bartosza Żurakowskiego.

Potwierdzenie uczestnictwa przyjmuje biuro Opolskiej Izby Lekarskiej – nr tel. 77 454 59 39 oraz e-mail: **izba61@pro.onet.pl** do dnia 25 marca 2013 r.

Marta KABAROWSKA

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

SPOTKANIE LEKARZY ULTRASONOGRAFISTÓW

Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego uprzejmie informuje, że w dniu 20.10.2012 r. o godz. 10 odbyło się coroczne zebranie Oddziału Opolskiego PTU oraz konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „**Miejsce ultrasonografii w postępowaniu diagnostycznym**”. Plan zebrania i konferencji obejmował:

1. Sprawy organizacyjne:

a) sprawozdanie z XI Naukowego Zjazdu PTU, który odbył się w Olsztynie w dniach 31.05–2.06.2012 r., wygłosił delegat Oddziału Opolskiego PTU dr n. med. Aleksander Szlachta.

W dniach 31 maja - 2 czerwca w Centrum Dydaktycznym Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie Obradował XI Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. W Zjeździe wzięło udział 620 lekarzy medycyny z całej Polski, 36 studentów medycyny i 60 lekarzy weterynarii.

W części wystawowej Zjazdu wzięło udział 30 firm – producentów i dystrybutorów sprzętu i aparatury ultrasonograficznej, oficyny wydawnictw medycznych i firmy farmaceutyczne.

Zjazd odbył się pod wysokim patronatem Małżonki Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pani Anny Komorowskiej. Gościem zjazdu był prezydent elekt European Federation of Ultrasound Societies in Medicine and Biology prof. Christopher Dietrich.

W czasie wszystkich uroczystości otwarcia XI Naukowego Zjazdu PTU wręczono godności Członków Honorowych, nagrody PTU i medale za zasługi dla polskiej ultrasonografii. Obrady naukowe Zjazdu toczyły się równolegle na trzech salach przy znakomitej frekwencji i na bardzo wysokim poziomie merytorycznym i dotyczyły praktycznie wszystkich diagnostycznych zastosowań we współczesnej ultrasonografii w medycynie i weterynarii.

W czasie zjazdu ogłoszono i zorganizowano:

- 35 referatów na zaproszenie – w tym 11 referatów przez gości zagranicznych,
- 40 referatów w sesjach plenarnych,
- 4 sesje naukowe,
- 3 sesje szkoleniowe,
- 6 sesji firmowych,
- 1 warsztaty ultrasonograficzne.

W sesji lekarzy weterynarii ogłoszono 11 referatów.

W czasie pierwszego dnia Zjazdu (31 maja 2012 r.) odbyło się Walne Zebranie Delegatów PTU. Było to zebranie sprawozdawczo-wyborcze. Walne Zebranie Delegatów PTU udzieliło absolutorium ustępującemu Zarządowi PTU i wybrało nowe władze Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

b) Prezes Oddziału Opolskiego PTU lek. med. Ireneusz Bogusz przedstawił obecny stan organizacji kursu podstawowego z ultrasonografii konwencjonalnej przez Oddział Opolski PTU w Nysie w dniach 22–25.11.2012 r. pt. „Pierwsze kroki w ultrasonografii”. Podniesione zagadnienia obejmowały:

- plan kursu,
- zasady rekrutacji kandydatów,
- sprawy finansowe i organizacyjne

c) sprawy bieżące

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

„Ciekawe przypadki ultrasonograficzne” – z dokładną interpretacją kliniczną i diagnostyką różnicową przedstawiła dr hab. n. med. Joanna Ścieszka. Szczególnie interesujący okazał się przypadek tzw. „hepatyzacji” pęcherzyka żółciowego w przebiegu kamicy.

„Przypadek olbrzymiego guza lito-torbielowatego wątroby o złożonym obrazie klinicznym” – przedstawił lek. med. Ireneusz Bogusz. Przypadek dotyczył

48-letniego mężczyzny z burzliwym obrazem klinicznym cholestazy i uszkodzenia wątroby, u którego badania obrazowe i wyniki badań dodatkowych (częściowo błędnych) sugerowały olbrzymi, płatowy nowotworowy guz lito-torbielowaty wątroby z naciekiem i uciskiem jej wnęki. W toku długiego postępowania diagnostycznego prowadzonego w kilku ośrodkach rozpoznano ostatecznie bąblowicę, z określeniem typu w badaniu histopatologicznym, niecharakterystycznym dla zmian morfologicznych. Pouczający przykład, jak wiele przyczyn może opóźnić postawienie prawidłowego rozpoznania.

„Echokardiografia w diagnostyce bólów w klatce piersiowej” – w porywającej formie wykład wygłosił lek. med. Bogusław Mateja. W niezwykle obrazowy i przyciągający sposób udowodnił, że pozornie specjalistyczny temat jest w stanie zaintrygować lekarzy wszystkich specjalności, a także dowiódł zebranym, że badanie UKG jest integralną częścią algorytmu diagnostycznego w każdym przypadku bólów w klatce piersiowej.

Spotkanie odbyło się dzięki wsparciu firm PFIZER oraz LEK-AM i MIRO-MED. Uczestniczyło w nim 26 lekarzy. Spotkanie zakończył obiad w Klubie Lekarza. Miejszem obrad była – jak co roku - Sala Izby Lekarskiej w Opolu. Uczestnicy zebrania otrzymali po 2 punkty do certyfikatu PTU. Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie za rok.

*Sekretarz OO PTU
Lek. med. Krystyna
BEDYŃSKA-TOLSTYCH*

*Prezes OO PTU
Lek. med. Ireneusz
BOGUSZ*

DLACZEGO ŚW. JADWIGA ANDEGAWEŃSKA, KRÓLOWA POLSKI ZMARŁA W POŁOGU?

Jadwiga Andegaweńska, jedyna kobieta zasiadająca na tronie polskim, była najmłodszą córką Ludwika Węgierskiego z rodu Andegawenów – króla Węgier i Polski (otrzymał przydomek Wielkiego) i Elżbiety – córki Stefana króla Bośni (Elżbiety Bośniaczki). Jadwiga urodziła się 18 lutego 1374 r., będąc po kądzieli wnuczką Jadwigi Łokietkówny.

15 czerwca 1378 r. odbył się oficjalny „dziecięcy ślub” czteroletniej Jadwigi z ośmioletnim Wilhelmem Habsburgiem i od tego czasu wychowywali się razem na królewskim zamku w Budzie.

Po śmierci ojca Ludwika Węgierskiego możnowładcy polscy powołali na tron Jadwigę, która jako 11-letnia dziewczynka została koronowana na króla Polski na Wawelu 16 października 1384 r. Równocześnie rozpoczęto snuć plany matrymonialne. Mimo, że Jadwiga była zaręczona z Wilhelmem Habsburgiem wybór padł na Wielkiego Księcia Litewskiego Jagiełłę. Jadwiga długo się wahała, ale modląc się pod tzw. „Czarnym Krzyżem” w lewej nawie Katedry Wawelskiej (tam często modlił się również kardynał Karol Wojtyła) miała słyszeć szept Chrystusa „ratuj Litwę”. Równocześnie Wilhelm Habsburg kilkakrotnie pojawiał się na Wawelu (wg niektórych badaczy nawet w łóżnicy królowej), ale zawsze był stamtąd siłą usuwany. Ostatecznie 15 lutego 1386 r. Jagiełło przyjął chrzest i po ojcu chrzestnym Władysławie Opolczykowi otrzymał imię Władysław.



Jadwiga Andegaweńska

częście rozpoczęto snuć plany matrymonialne. Mimo, że Jadwiga była zaręczona z Wilhelmem Habsburgiem wybór padł na Wielkiego Księcia Litewskiego Jagiełłę. Jadwiga długo się wahała, ale modląc się pod tzw. „Czarnym Krzyżem” w lewej nawie Katedry Wawelskiej (tam często modlił się również kardynał Karol Wojtyła) miała słyszeć szept Chrystusa „ratuj Litwę”. Równocześnie Wilhelm Habsburg kilkakrotnie pojawiał się na Wawelu (wg niektórych badaczy nawet w łóżnicy królowej), ale zawsze był stamtąd siłą usuwany. Ostatecznie 15 lutego 1386 r. Jagiełło przyjął chrzest i po ojcu chrzestnym Władysławie Opolczykowi otrzymał imię Władysław.

Przypomnieć w tym miejscu należy, że Władysław Opolczyk był jednym z najwybitniejszych książąt opolskich, pełnił funkcję namiestnika Rusi Czerwonej i ufundował Klasztor Paulinów na Jasnej Górze w Częstochowie ofiarując obraz „Czarnej Madonny” przywieziony właśnie z Rusi Czerwonej (podobno namalowany przez św. Łukasza, patrona malarzy). Jego doczesne szczątki spoczywają w kryptach Klasztoru Franciszkanów w Opolu.

Trzy dni po chrzcie Jagiełły, 18 lutego 1386 r. odbył się ślub 13-letniej Jadwigi z Władysławem Jagiełłą, który był od niej starszy o 20 lat.

Niestety przez 12 lat Jadwiga nie zachodziła w ciążę poświęcając się działalności charytatywnej wśród biedoty krakowskiej (słynna opowieść o odcisniętej stopce królowej na kamieniu podczas budowy kościoła Karmelitów w Krakowie, kiedy biednemu kamieniarzowi ofiarowała brylant ze swojego trzewika). Piękny obraz Jadwigi rozdającej jałmużnę ubogim można oglądać w prawej nawie kościoła Bernardynów u stóp Wawelu. I nagle na przełomie 1398 i 1399 roku gruchnęła wiadomość, że Jadwiga jest w ciąży. Ta wiadomość ucieszyła również ówczesnego papieża Bonifacego IX, który doceniając powstającą nową chrześcijańską dynastię Jagiellonów zgodził się zostać ojcem chrzestnym noworodzącego się potomka Jagiellonów. Niestety Jadwiga urodziła przedwcześnie córeczkę 22 czerwca 1399 r., której nadano imiona Elżbiety (na cześć matki i babki) oraz Bonifacji (na cześć papieża Bonifacego IX). Niestety dziewczynka zmarła 13 lipca 1399 r., zaś załamana tym faktem Jadwiga zmarła kilka dni później, 17 lipca, w wieku zaledwie 25 lat.

Ciągle dyskutowana jest przyczyna śmierci królowej Jadwigi we wczesnym poroku. Wg kroniki Jana Długosza była ona jedną z najpiękniejszych kobiet średniowiecza. Badania antropometryczne przeprowadzone w roku 1968 przez profesora zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego Jana Olbrychta wykazały, że Jadwiga była jak na ówczesne czasy bardzo wysoka i liczyła około 180 cm wzrostu, podczas kiedy średnia wysokość pań dworu wynosiła około 165 cm (Władysław Jagiełło liczył podobno około 168 cm.). Prof. Olbrycht stwierdził również patologiczną budowę miednicy kostnej Jadwigi, tzw. miednicę kostną typu męskiego z „niezbyt szeroko rozstawionymi i nie odgiętymi na zewnątrz talerzami biodrowymi”. Ta wersja zbyt wąskiej miednicy jest zazwyczaj w piśmiennictwie podawana jako przyczyna śmierci Jadwigi w poroku, jest jednak ona nie do przyjęcia. Wykluczyć można, jako przyczynę zgonu



Wilhelm Habsburg

Jej piękny sarkofag z białego marmuru projektu prof. Antoniego Madejskiego można podziwiać w prawej nawie Katedry. Obok eksponowane są jej insygnia królewskie: korona, berło i jabłko wykonane z drewna i pokryte skórą, ponieważ wszystkie swoje kosztowności Jadwiga przekazała na reaktywację Wszechnicy Krakowskiej, założonej przez króla Kazimierza Wielkiego w roku 1364. Dzięki tej fundacji powstał Uniwersytet Jagielloński z wydziałami nauk wyzwolonych, prawa, medycyny oraz teologii, czego papież odmawiali Kazimierzowi Wielkiemu, ponieważ był dwukrotnym bigamistą. Pierwszym Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego został Stanisław ze Skalbmierza, tuż po nim w pamiątkowej księdze Uczelni wpisał się król Władysław Jagiełło.

W dniu 6 czerwca 1997 r. papież Jan Paweł II, podczas mszy świętej na krakowskich Błoniach zaliczył królową Jadwigę w poczet świętych Kościoła Katolickiego.

PS. Wilhelm Habsburg po śmierci Jadwigi, którą uważał za swoją żonę, przywdział żałobę i dwa lata później

królowej, także krwotok okołoporodowy ponieważ zmarła prawie miesiąc po porodzie i na pewno byłyby o tym wzmianki w kronice Jana Długosza.

Najprawdopodobniej przyczyną zgonu Jadwigi było zakażenie połogowe, na które w tamtych czasach umierała co trzecia rodząca. Przemawiać może o tym fakt, że komnaty królowej Jadwigi znajdowały się w tzw. „Kurzej Stopce” (od strony dzisiejszej ulicy Grodzkiej), skąd wylewano wszystkie nieczystości z Wawelu za jego mury (do dzisiaj Kurza Stopka znajduje się tuż przy murach na Wawelu).

Królowa Jadwiga pochowana została w Katedrze Wawelskiej.



Władysław Jagiełło



Nagrobek Jadwigi Andegaweńskiej

w roku 1401 ożenił się z królową Neapolu Joanną Andegaweńską.

Natomiast król Władysław Jagiełło miał jeszcze trzy żony: Annę Cillejską, która urodziła mu córkę Jadwigę, Elżbietę Granowską z Pilczy, trzykrotną wdowę i matkę 5-ciorga dzieci, 17-letnią ruską księżniczkę Sońkę Holszańską, która 71-letniemu Jagielle urodziła trzech synów: Władysława Warneńczyka, Kazimierza (który zmarł po porodzie) oraz Kazimierza Jagiellończyka.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

PS. W siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu, przy ul. Grunwaldzkiej 23 można nabyć moją bibliofilską książkę pt.: „Żony Królów i Władców Polski”.

PRAWO NA CODZIEN

CO POWINNO SIĘ ZNAJDOWAĆ NA PARAGONIE FISKALNYM W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM?

Urzędy skarbowe podjęły wzmożoną kontrolę gabinetów – zwłaszcza stomatologicznych – pod kątem prawidłowości stosowania kas fiskalnych. Chodzi przede wszystkim o treść paragonów wydawanych pacjentom, a w szczególności o sposób nazwania wykonanej usługi.

W znakomitej większości gabinetów dentystycznych na wydawanych pacjentom paragonach widnieje nazwa „usługa stomatologiczna”. Zdaniem urzędników kontroli skarbowej, jest to nieprawidłowe, choć nie wskazują oni podstaw prawnych takiego stanowiska. W wyniku kontroli lekarz może jednak otrzymać pismo, w treści którego wskazane będzie zagrożenie mandatem karnym z tytułu wykroczenia skarbowego określonego w art. 61 §3 Kodeksu karnego skarbowego, który przewiduje karę za wadliwe prowadzenie księgi podatkowej. O ile można się zgodzić z tym, że kasa fiskalna jest „księgą podatkową”, tak bowiem kwalifikuje ją w art. 53 §21 KKS, o tyle znaczenia nabiera zarzut „wadliwości”. Kodeks rozróżnia bowiem:

- księgę nierzetelną (księga prowadzona niezgodnie ze stanem rzeczywistym);
- księgę wadliwą (księga prowadzona niezgodnie z przepisem prawa).

Zarzut prowadzenia księgi „wadliwie” jest więc zarzutem dużego kalibru. Nie wystarczy tu wykazać podatnikowi, że „coś jest nie tak”. Aby zarzut taki postawić skutecznie, trzeba wskazać, jaki konkretnie przepis został naruszony takim, a nie innym sposobem prowadzenia takiej księgi.

Przepisy określające wymagania co do treści paragonu fiskalnego (tj. §5 pkt 6 rozporządzenia Ministra Finansów z 28 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów i warunków technicznych, którym muszą odpowiadać kasy rejestrujące oraz warunków ich stosowania – Dz. U. z 2008 r. nr 212 poz. 1338 z późn. zm.) mówią zaś jedynie, że paragon fiskalny drukowany przez kasę musi zawierać (oprócz innych danych) – **nazwę towaru lub usługi** i ewentualnie opis towaru lub usługi stanowiący rozwinięcie tej nazwy. Stopień szczegółowości nie jest tu określony, powinien więc być taki, aby umożliwić określenie i kontrolę wysokości zobowiązania podatkowego.

Nie budzi już obecnie wątpliwości, że ze względu na odmienny sposób kwalifikacji podatkowej w zakresie VAT usługi wybielania zębów (która jest kwalifikowana jako usługa kosmetyczna i jako taka objęta jest VAT-em), taka usługa winna być wyraźnie oznaczona w treści paragonu. Pozostałe usługi świadczone w gabinetach są jednak z VAT zwolnione, nie ma więc wyraż-

nej potrzeby rozróżniania ich nazw i rodzajów w księgach podatkowych.

Jak więc powinny być nazwane usługi stomatologiczne na paragonie fiskalnym?

Podpowiedź znajdujemy w treści pisma z dnia 28 marca 2012 r. Izby Skarbowej w Łodzi (IPTPP2/443-10/12-2/IR), w którym stwierdzono: „*Lekarz dentysta wykonuje szeroki wachlarz szczegółowych procedur. Dlatego też określenie na paragonie fiskalnym usług – takich jak ‘usługi profilaktyki stomatologicznej’, w zakres której wchodzi zarówno badania kontrolne, jak i profesjonalne oczyszczanie zębów oraz fluoryzacja; ‘usługi stomatologii zachowawczej’, w zakres której wchodzi: leczenie próchnicy zębów, odbudowa tkanek zęba (wypełnienia), leczenie endodontyczne (kanałowe); ‘usługi chirurgii stomatologicznej’, w zakres której wchodzi ekstrakcje zębów, zabiegi z zakresu implantologii stomatologicznej oraz odbudowa kości; ‘usługi protetyczne’, w zakres których wchodzi uzupełnianie zębów pojedynczych oraz mnogich – pozwala w sposób jednoznaczny definiować, czego dotyczy dana usługa oraz umożliwia właściwe przyporządkowanie do stawki podatku’.*”

W związku z tym za bezpieczne, a nie powodujące raczej nadmiaru komplikacji technicznych dla gabinetów stomatologicznych należy uznać następujące nazewnictwo:

- usługi profilaktyki stomatologicznej;
- usługi stomatologii zachowawczej;

- usługi chirurgii stomatologicznej;
- usługi protetyczne;
- usługi kosmetyczne (wybielanie).

Kasa fiskalna musi oczywiście zawierać możliwość zamieszczenia na paragonie nazw tylko tych usług, które lekarz rzeczywiście wykonuje. Można także w świetle obowiązujących przepisów spróbować trzymać się ogólnej nomenklatury „usługa stomatologiczna”, jednak wobec faktu, że brak dotychczas oficjalnej interpretacji dotyczącej tego sposobu określenia usługi, należy liczyć się z tym, że zastosowanie aż tak ogólnego opisu może się spotkać z zarzutem wadliwego prowadzenia ksiąg i będziemy musieli bronić swoich racji przed sądem. A bronić warto, ponieważ lekarze mają w takim przypadku duże szanse na wygranie sporu. Po pierwsze, na korzyść lekarzy przemawia tu brak wyraźnego wskazania wymaganej nomenklatury w przepisach. Po drugie, nawet gdyby nazwę „usługa stomatologiczna” uznano za zbyt ogólną, to ze względu na fakt, że nie powoduje to żadnego uszczerbku dla dochodów Skarbu Państwa (nie uszczuplono w ten sposób należności podatkowych), aistnieje duża szansa na uniknięcie sankcji. Zgodnie bowiem z art. 1 §2 KKS, nie jest przestępstwem skarbowym lub wykroczeniem skarbowym czyn zabroniony, którego społeczna szkodliwość jest znikoma.

Iwona KACZOROWSKA-KOSSOWSKA
Radca prawny OIL w Gdańsku
(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Medycznego” nr 1/13)

KALENDARIUM PRYWATNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ, CZYLI O OBOWIĄZKACH PRZEDSIĘBIORCY – AKTUALIZACJA NA 2013 r.

Lekarze prowadzący indywidualne praktyki lekarskie (dalej „IPL”) wraz z wejściem w życie Ustawy z dnia 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010, nr 220, poz. 1447 z późn. zm. – dalej „u.s.d.g”) zostali przedsiębiorcami. Zgodnie z art. 16 ust. 1 Ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 z późn. zm. – dalej „u.d.l.”) działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Każdy, kto wykonuje w swoim imieniu taką działalność, w tym także lekarz prowadzący IPL, jest przedsiębiorcą w rozumieniu u.s.d.g. (art. 4 u.s.d.g.). Prawo nakłada na przedsiębiorców szereg obowiązków. Brak realizacji tych obowiązków lub ich wykonanie po terminie wiąże się z określoną sankcją, niekiedy dotkliwą. Dla ułatwienia poniżej podajemy terminy realizacji tych powinności w roku 2013.

Daty, które warto zaznaczyć w kalendarzu:

- **do 31.01.2013 r.** należy przekazać marszałkowi województwa wykaz zawierający informacje i dane o ilości i rodzajach gazów lub pyłów wprowadzanych do powietrza oraz dane, na podstawie których określono te ilości wykorzystane do ustalenia wysokości opłat oraz ewentualnie uiścić opłatę za korzystanie ze środowiska za II półrocze 2012 r. Termin przekazania wykazu i uiszczenia opłaty za I półrocze 2013 r. to 31.07.2013 r.,
- **do 28.02.2013 r.** należy złożyć raport o emisjach gazów za rok 2012. Zgodnie z art. 7 ust. 1 Ustawy dnia 17.07.2009 r. o systemie zarządzania emisjami gazów cieplarnianych i innych substancji (Dz. U. nr 130, poz. 1070 z późn. zm.) podmiot korzystający ze środowiska sporządza i wprowadza do krajowej bazy raport

zawierający informacje o wielkościach emisji gazów cieplarnianych i innych substancji wprowadzanych do powietrza, – powyższe obowiązki dotyczą podmiotów korzystających ze środowiska, tj. tych lekarzy, którzy przykładowo korzystają w ramach prowadzonej działalności z samochodów lub posiadają w pomieszczeniach praktyki kotłownie.

- **do 15.03.2013 r.**, zgodnie z art. 37 ust. 1 Ustawy z dnia 27.04.2001 r. o odpadach (Dz. U. z 2010 r. nr 185, poz. 1243 z późn. zm.) należy złożyć do marszałka województwa, na formularzu, zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów za rok 2012,

- **do 31.12.2012 r.** należy dostosować swoją działalność do przepisów Ustawy o działalności leczniczej (art. 208 ust. 2). Dla lekarzy prowadzących IPL oznacza to m.in. wprowadzenie regulaminu organizacyjnego i zgłoszenie odpowiednich zamian do rejestru praktyk, z uwagi na ograniczenia redakcyjne nie jest to lista zamknięta.

Z uwagi na ograniczenia redakcyjne nie jest to lista zamknięta – niemniej jednak ważna z uwagi na wspomniane wcześniej dotkliwe sankcje. Jeszcze do 20.07.2011 r. za niezłożenie lub nieterminowe złożenie zbiorczego zestawienia danych dot. odpadów groziła kara pieniężna w wys. 10 tys. zł. Aktualnie jest to kwota 500 zł.

Radca prawny Katarzyna GODLEWSKA

Z materiałów Komisji Stomatologicznej NRL

CO PISZĄ INNI

Trzeba odpolitycznić system zdrowotny w Polsce

ZDROWIE – POLITYCZNE RĘKODZIEŁO

Wadliwy i nieczuły społecznie system ochrony zdrowia, nieuczciwa konkurencja, nierówny dostęp do świadczeń, marnotrawstwo pieniędzy – to wszystko zawdzięczamy działaniom polityków. Co ciekawe, pod hasłem wprowadzenia dobrych, wyczulonych społecznie rozwiązań przejęli oni kontrolę nad polskim systemem ochrony zdrowia i utrzymują ją, mimo niespełnienia żadnej z nadziei na poprawę funkcjonowania. Trzeba im zabrać kontrolę nad naszym zdrowiem. A to trudne, bo politycy w kwestii ochrony zdrowia zachowują się jak w piosence śpiewanej przez Stuhra: „*stoję przy mikrofonie – niech mnie który przegoni*”.

Dlaczego politycy przejęli kontrolę nad ochroną zdrowia nie tylko w Polsce, ale na całym świecie? Na skutek powszechnej krytyki systemu obowiązującego jeszcze w XIX w. Wtedy na wizytę u lekarza stać było bogatych. Biedny mógł liczyć najwyżej na odruch serca lekarza czy pomoc charytatywną. Argumentowano wówczas, że zorganizowany przez państwo system ochrony zdrowia będzie wrażliwy społecznie, a pacjentom zapewni równy dostęp do świadczeń. Że ograniczy marnotrawstwo pieniędzy, wykosi z rynku nieuczciwych lub zbyt pазernych. Te argumenty powtarzane są do dziś i u nas. Mają świadczyć o tym, że politycy nadal powinni sprawować kontrolę nad systemem w imię dobra pacjentów. Tyle, że z dotrzymywania obietnic w tej sprawie guzik politykom wychodzi.

Nieudolni, bo nie zapewniają równego dostępu

Równy dostęp w Polsce? Iluzja – mówi Adam Kozierkiewicz, ekspert w ochronie zdrowia. – *Gdy ktoś zachoruje na raka płuc, w Warszawie ma znacznie więk-*

sze szanse na przeżycie niż w województwie lubuskim. Bo w Warszawie są lepsi fachowcy, bo więcej pieniędzy zainwestowano w tutejsze ośrodki. Większość chorych z Lubuskiego nie ma szans na dostęp do tych ośrodków. A co z kolejkami? Z tym, że na endoprotezę a la NFZ trzeba czekać dwa lata, a w prywatnej ochronie zdrowia trwa to dwa tygodnie? – *Polscy pacjenci mają szansę na ominięcie kolejek, o ile mają na to pieniądze. Mogą skorzystać ze świadczeń udzielanych przez placówki prywatne* – mówi Maciej Murkowski, ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia. – *Żeby wyrównać szanse, należałoby prywatne placówki pozamykać. Wtedy dostęp byłby równy, ale podkreślam: znacznie gorszy. A chyba nie chodzi nam o gorszy, lecz o lepszy.* Gdyby czarna wizja zamknięcia polskich prywatnych szpitali się spełniła, to i tak działałyby ośrodki w Szwajcarii, Niemczech. Polscy pacjenci dalej mieliby możliwość obejścia kolejek, ale za znacznie większe pieniądze niż w polskich szpitalach prywatnych. Mniej Polaków miałyby więc szanse na zdrowie. Dlatego nie równajmy w dół. I ostatecznie pożegnajmy się z mitem, że politykom może się udać załatwienie sprawy „równego dostępu”. Nie potrafią.

Biznesowi kumple urzędnika

W tym podrozdziale nie będzie mowy o stawianiu zarzutów korupcyjnych, lecz o tym, że pomysł tworzenia list refundacyjnych jest z gruntu nietrafiony. W teorii listy miały służyć ochronie interesów podatnika. Państwo miało negocjować jak najkorzystniejszą cenę zakupu z producentem (firmą farmaceutyczną), a następnie refundować tylko te leki, które na listę wprowadziło, a za

podobne produkty firm konkurencyjnych nie płacić ani grosza. W teorii zasada ma służyć ochronie publicznych pieniędzy.

A w praktyce? – *Służy temu, że firmy farmaceutyczne cały swój wysiłek kierują nie na jak najlepsze relacje z pacjentem, lecz na jak najlepsze dogadanie się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, którzy decydują o ostatecznym kształcie list refundacyjnych* – mówi Robert Gwiazdowski, ekspert Centrum im. Adama Smitha. – *Miejsce na tej liście oznacza, że konkurencji można się śmiać w nos. A strata tego miejsca? Z szacunku dla urzędników i koncernów farmaceutycznych nie przytoczę nazw leków, które staniały (czasem trzykrotnie) po wycofaniu ich z listy. Sama lista nie służy obniżeniu cen. Lek refundowany nie zawsze jest najtańszy dla pacjenta i budżetu.*

– *Posłużę się przykładem leków zawierających substancję czynną o nazwie amlodipini* – tłumaczy Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – *Na rynku mamy kilka refundowanych leków z amlodipini. Jest też lek nierefundowany i ma cenę tak niską, że pacjent zapłaci za niego mniej niż za refundowany. Po prostu przedsiębiorstwa, które mają swe wyroby na liście refundacyjnej, kasują podwójnie: po raz pierwszy to, co pacjent płaci w ramach współpłacenia, a po raz drugi – otrzymując refundację z NFZ. Ta firma, która nie ma na liście swojego produktu z amlodipini, obniżyła cenę do takiego poziomu, że pacjent zapłaci najmniej.*

Jeden producent nie otrzymuje nic z budżetu i niewiele od pacjenta, a drugi zgarnia pełną garścią i od jednego, i od drugiego. To właśnie zawdzięczamy patologii list leków refundowanych, ingerencji urzędników. Podwójną stratę.

Marnotrawstwo do potęgi trzeciej

Czy kompleksowy, sterowany przez jeden ośrodek państwowy system ochrony zdrowia służy oszczędnościom? Kompletna bzdura. Bo konkretne komórki kierujące systemem „politycznej centrali” tak się rozrosły, że straciły kontakt, walczą między sobą kosztem gigantycznych strat finansowych i kosztem pacjenta. Mechanizm tłumaczy ekspert BCC Zenon Wasilewski: – *W logice postępowania urzędnika rachunek ekonomiczny wcale nie jest najważniejszy. O wiele istotniejsze jest wykonanie planów budżetowych, wykazanie się oszczędnościami. Dla urzędnika decydującego o refundacji leków największe znaczenie ma to, by oszczędzić na swoim budżecie. A że ta oszczędność jest pozorna, że przez nią trzeba będzie z innych części budżetu wypłacić znacznie więcej, to już nie jest problem urzędnika zajmującego się refundacją, to już problem jego kolegi.*

Konkretnie: kolegi z resortu spraw społecznych, który będzie musiał w swoim budżecie znaleźć pieniądze na przedwczesne renty, zwolnienia lekarskie. Dalej jest to problem pracodawcy ponoszącego konsekwencje absencji oraz rodziny, która będzie się musiała zająć źle leczonym

chorym. Chodzi o dostęp do innowacyjnych terapii, bardzo w Polsce utrudniony. Nowoczesne leki przyspieszają powrót do pracy i ograniczają ryzyko pojawienia się powikłań. My jednak na nich oszczędzamy. Ministerstwo Zdrowia chwali się, że nasze wydatki na leki innowacyjne należą do najniższych w Europie. Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych bije na alarm: mamy jedno z najwyższych w Europie wydatki na renty i zwolnienia lekarskie. Czyste marnotrawstwo – na życzenie polityków i stworzonego przez nich bezdusznego mechanizmu urzędniczego.

Ręczne sterowanie

– *W wielu małych miastach szpital jest największym pracodawcą* – mówi Władysław Sidorowicz, były minister zdrowia. – *To wielki problem naszej ochrony zdrowia, bo jest nacisk społeczności lokalnych, by tych miejsc pracy nie wyprowadzać za granicę powiatu. Nawet w sytuacji, gdy ich utrzymywanie nie ma żadnego uzasadnienia ekonomicznego ani medycznego, nawet gdy szpitale te są już niepotrzebne.*

– *Co gorsza, szpitale te są traktowane jako rezerwu- ar miejsc pracy dla kolegów z list partyjnych, rodziny* – skarży się jeden z dyrektorów szpitali i przyznaje: – *Trudno tym prośbom odmówić, gdy wiadomo, że los szpitala zależy od decyzji starosty czy ambitnego radnego.*

Nie ma potrzeby, by w każdym powiatowym mieście były oddziały o bardzo wysokiej specjalizacji i referencyjności. Takie oddziały nie zarobiłyby na sobie. Jest jednak konieczne, by funkcjonowały na poziomie nieco niższym niż wojewódzki, dla kilku powiatów, niekoniecznie dla całego wielomilionowego regionu. – *Dlatego postawiliśmy na współpracę partnerską z ościennymi powiatami* – mówi Aleksandra Sybilska, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie (Wielkopolska). Współpraca obejmuje szpitale w Wolsztynie, Nowym Tomyślu oraz Grodzisku Wielkopolskim. Problem jednak pozostaje, to tylko jego obejście. Taniej byłoby postawić i utrzymywać jeden szpital dla tych trzech powiatów. Ale z powodów politycznych, o których mowa była wyżej, takie tanie i racjonalne rozwiązanie nie wchodzi w rachubę.

Kwadratura koła

Czy z tej sytuacji jest wyjście? Oczywiście. Chodzi o to, by ochrona zdrowia pozostała zorganizowana, publiczna, ale by było w niej jak najmniej kontroli polityków. Temu mają służyć projekty konkurencji na rynku ubezpieczycieli, podziału NFZ, ubezpieczeń dodatkowych. Projekty, które od dziesięciu lat rekomendują kolejni rządzący politycy. Rekomendują, ale wprowadzić w życie nie mogą, bo w gruncie rzeczy obecny system jest na rękę każdej opcji – od opozycji po koalicję. Bo to politycy stoją przy mikrofonie.

Bartłomiej LEŚNIEWSKI

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 7/12)

DYLEMATY ETYCZNE KOŃCA ŻYCIA – PROBLEM UPORCZYWEJ TERAPII

W ramach Bydgoskich Dni Bioetycznych 17 listopada 2012 r. odbyła się w Bydgoszczy konferencja naukowa „Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii”. W czasie tej multidyscyplinarnej konferencji, w której – poza gronem specjalistów z różnych gałęzi medycyny – udział wzięli również naukowcy reprezentujący nauki prawne, etykę i psychologię, podjęto trudny problem uporczywej terapii – którą według definicji określa się jako: „*stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta*”.

Współcześnie, promując zdrowie, życie i dobrobyt odsuwa się, a nawet eliminuje świadomość i konieczność śmierci. Jednak, jak podkreślił w swoim wykładzie ks. prof. Wojciech Bołoz, nawet najbardziej rozwinięta medycyna i najwyższe standardy życia nie wyeliminują konieczności śmierci z naszej rzeczywistości. Uporczywa terapia nie może być zabiegiem medycznym, który zmierzając za wszelką cenę do odsunięcia śmierci prowadzi do przedłużenia bolesnej agonii.

Podejmowanie nieadekwatnych i niepotrzebnych działań u chorego, którego życie zmierza ku nieuchronnemu końcowi jest, niestety, częste u lekarzy. Z opublikowanych badań wynika, że ponad 60% polskich lekarzy przyznaje się do pozorowanych działań resuscytacyjnych, w przypadkach z góry skazanych na niepowodzenie, z powodu znacznego zaawansowania nieodwracalnej choroby. Motywem tych nieetycznych działań są najczęściej obawy przed postawieniem zarzutu o nieudzieleniu choremu pomocy. Jak konstatował kiedyś ten problem niekwestionowany autorytet polskiej medycyny, prof. Kornel Gibiński, podtrzymywanie funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża umieranie, jest działaniem zmierzającym do „leczenia śmierci”. Innymi słowy, nie tyle podtrzymujemy w takim stanie funkcje życiowe pacjenta, ile wydłużamy jego umieranie.

Pomocą w decyzjach przy podejmowaniu ryzykownych terapii jest odróżnienie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych, albo inaczej – środków proporcjonalnych i nieproporcjonalnych. Za zwyczajne uważa się te środki, których zastosowanie daje racjonalną nadzieję na wyleczenie, a jednocześnie nie powoduje cierpienia lub stanu niewygody. W przeciwieństwie, środki nadzwyczajne są formami leczenia, których stosowanie nie przynosi racjonalnej nadziei na wyzdrowienie, zwiększając cierpienie lub niewygodę pacjenta.

Rezygnacji z uporczywej terapii nie należy porównywać, czy też utożsamiać, z eutanazją. Celem zaniechania uporczywej terapii nie jest pozbawienie życia,

ale zapewnienie choremu godnych warunków umierania, kiedy śmierć jest nieuchronna i nie można jej zapobiec. Tymczasem eutanazja jest negowaniem szacunku do śmierci naturalnej i zastąpieniem jej śmiercią sztucznie wywołaną. Współczesna medycyna w swym burzliwym rozwoju i lawinowym postępie przynosi więc nie tylko niewątpliwe sukcesy, ale i nowe, dotychczas nieistniejące, problemy.

Dzisiaj lekarz ma szerokie pole działania podejmując decyzje o poważnych zabiegach ratujących życie, o reanimacji, czy też intensywnej terapii. Może też z nich zrezygnować, zezwalając na naturalną śmierć chorego. Czy zawsze korzysta się z tych rozlicznych możliwości terapeutycznych w sposób odpowiedzialny, nie naruszając godności drugiego człowieka i pamięta, że każda medyczna decyzja jest decyzją etyczną, bo dotyczy drugiego człowieka?

W opinii społecznej medycyna stała się wszechmocna, stąd, gdy ktoś umiera, natychmiast zapada decyzja o umieszczeniu go w szpitalu. Mówi się nawet dzisiaj o tzw. „medykalizacji” śmierci. Powszechnie uważa się, że człowiek powinien nie tylko umierać w szpitalu, ale najlepiej na oddziale intensywnej terapii, bo na tym oddziale są największe szanse przeżycia. Rodzi to poważne konsekwencje, nie tylko medyczne, ale również ekonomiczne i społeczne, gdyż oddziały powołane do ratowania życia w stanie bezpośredniego zagrożenia są często wypełnione chorymi w stanie nieodwracalnej choroby, co rzutuje na ograniczenie ich właściwej roli z powodu braku miejsca dla osób mających szansę przeżycia.

W ocenie podsekretarza stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, dr hab. prawa Michała Królikowskiego, zagadnienie uporczywej terapii jest trudne chociażby z tego powodu, że w działaniu medycznym dociera się do granicy, kiedy należy rozstrzygnąć, czy rzeczywiście w takiej sytuacji obowiązek przedłużania życia za wszelką cenę istnieje.

Istotnym wsparciem dla lekarza podejmującego trudne decyzje powinna być zawsze świadomość, że postępuje nie tylko w oparciu o dostępną wiedzę i dotychczasowe doświadczenie zawodowe, ale również w zgodności z własnym sumieniem opartym na nieprzemijających uniwersalnych wartościach wolnych od relatywizmu moralnego.

W drugiej części konferencji – dyskusji panelowej moderowanej przez dr hab. med. Małgorzatę Krajnik, analizowano w aspekcie medycznym, etycznym i prawnym trudne i kontrowersyjne przypadki kliniczne.

Jak wynika z tej krótkiej relacji, uczestnicy konferencji próbowali rozwiązać szereg ważnych wątpliwości w za-

kresie działań medycznych, prawa, etyki i psychologii oraz udzielić odpowiedzi przynajmniej na część pytań związanych z trudnymi problemami uporczywej terapii. Spotkanie okazało się tym bardziej cenne, że poruszane problemy rzadko, a nawet wcale nie są podejmowane w czasie studiów lekarskich.

prof. dr hab. med. Władysław SINKIEWICZ

Głównym organizatorem konferencji była Bydgoska Izba Lekarska z inicjatywy Komisji Bioetycznej BIL, przy współudziale Katedry i Zakładu Medycyny Paliatywnej CM UMK, II Katedry Kardiologii CM UMK, samorządu studenckiego CM UMK i Fundacji „Wiatrak”.

(przedruk z „Primum Noc Nocere” nr 1/13)

KTO ODPOWIE NA TO PYTANIE: CO DALEJ Z „JEDYNKOWICZAMI”?

Historycznie rzecz biorąc, problem tzw. jedynkowiczów, czyli lekarzy posiadających tylko pierwszy stopień w danej specjalności, zrodził się w 1999 r., kiedy wprowadzono jednostopniowy system specjalizacji. Do tego czasu specjalizacje zdobywało się w systemie dwustopniowym:

1. po pierwszym stopniu (szkolenie specjalizacyjne, zakończone egzaminem, trwało około trzy lata) – lekarz otrzymywał tytuł specjalisty pierwszego stopnia;
2. po drugim stopniu (aby podejść do tej specjalizacji, trzeba było mieć pierwszy stopień, a szkolenie specjalizacyjne, znowu zakończone egzaminem, trwało z reguły dwa lata) – lekarz zdobywał tytuł specjalisty.

Od momentu wprowadzenia jednostopniowego systemu specjalizacji, pierwszy stopień nie ma swojego odpowiednika. Lekarza, który go posiada, dalej tytułuje się specjalistą pierwszego stopnia lub nazywa lekarzem internistą, lekarzem chirurgiem itd. A co z drugim stopniem specjalizacji? Uznano go za równoważny obecnemu tytułowi specjalisty i można go stosować zamiennie z obecnym tytułem uzyskanym w trybie jednostopniowym.

Jesienią 1999 r. nikt nie mógł otworzyć jakiejkolwiek specjalizacji. Po roku dwutysięcznym, jeśli nie posiadało się tytułu specjalisty pierwszego stopnia, to specjalizację można było otworzyć jedynie w tzw. nowym trybie (czyli jednostopniowym). Dla lekarzy, będących w trakcie specjalizacji pierwszego lub drugiego stopnia, lub lekarzy posiadających już pierwszy stopień, a zamierzających uzyskać tytuł specjalisty drugiego stopnia – przewidziano okres przejściowy. Okres ten – bez wdawania się w szczegóły – był kilkakrotnie wydłużany, ale w pewnym momencie został zakończony.

Dla tych lekarzy, którzy po zdobyciu pierwszego stopnia specjalizacji, nie rozpoczęli dalszego specjalizowania się (z różnych zresztą względów, nie zawsze z powodu niechęci do podnoszenia swoich kwalifikacji) lub rozpoczęli, ale nie zakończyli szkolenia specjalizacyjnego egzaminem (również z różnych względów) – wy-

tworzyła się dziura. Dziura, którą obecnie stale pogłębia a to minister zdrowia swymi rozporządzeniami, a to prezes Narodowego Funduszu Zdrowia – zarządzeniami, które niekiedy okazują się ważniejsze niż ministerialne rozporządzenia, choć zgodnie z legislacją są aktami niższej rangi.

Trzydziestego pierwszego maja 2011 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2011 r. nr 111, poz. 653). Rozporządzenie, zawierające wykaz oraz określające warunki realizacji świadczeń gwarantowanych wykonywanych w poradniach specjalistycznych (AOS), w efekcie zwiększyło wymagania wobec personelu i wyposażenia, jakim musi sprostać poradnia udzielająca świadczeń w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wymagania te dotyczyły również kwalifikacji zatrudnionych lekarzy, co niejako było „pokłosiem” znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2010 r. nr 165, poz. 1116). Chodzi o jeden z jej zapisów, a mianowicie – art. 31d, gdzie zamiast „lekarz specjalista lub lekarz ze specjalizacją pierwszego stopnia”, znalazło się określenie „lekarz specjalista oraz lekarz ze specjalizacją pierwszego stopnia”. Ta drobna zmiana w efekcie przesądzała, że lekarz specjalista z pierwszym stopniem specjalizacji nie może w zakresie świadczeń gwarantowanych w AOS samodzielnie leczyć pacjentów w poradni specjalistycznej.

Zapisy rozporządzenia wzbudziły ogromne kontrowersje, rodząc wielki niepokój, iż w ten sposób „jedynkowicze” stracą indywidualne kontrakty lub pracę w specjalistycznych ZOZ-ach, a dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego zostanie ograniczony. W rezultacie zmasowanej kampanii interwencyjnej, podjętej przez izby lekarskie (również łódzką, ale przede wszystkim Naczelną), ustawowy zapis został zmieniony zgodnie z oczekiwaniami środowiska, a 28 października 2011 r. minister zdrowia podpisał rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

(Dz. U. nr 235, poz. 1394). Wprowadzone zmiany miały na celu: umożliwić lekarzom z pierwszym stopniem specjalizacji (a także w trakcie specjalizacji) udzielanie świadczeń w AOS zgodnie z wcześniej obowiązującymi wymaganiami.

W styczniowej „Gazecie Lekarskiej” z 2012 r. ukazała się informacja, że w 2012 r. i w następnych latach o kontrakty z NFZ będą mogli ubiegać się wszyscy lekarze specjaliści, niezależnie od tego, czy posiadają pierwszy czy drugi stopień specjalizacji. Ale to, że mogą, nie oznaczało wcale, że je otrzymają...

Na początku 2012 r. przykładem na to, że to jest słuszne rozumowanie, stał się – obok białostockiego i śląskiego – Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ. Kontrakty z Funduszem stracili prawie wszyscy „jedyńkowicze”, pracujący dotychczas w ramach indywidualnych umów lub w ZOZ-ach (niezależnie czy publicznych, czy niepublicznych), w których nie było zatrudnionego specjalisty z drugim stopniem lub po przeszkoleniu w trybie jednostopniowym. Zmasowane działania łódzkiego NFZ -etu dotknęły wszystkie ośrodki: Łódź, większe i mniejsze miasta, a także gminne placówki zdrowia, gdzie specjaliści z pierwszym stopniem byli jedynymi lekarzami przyjmującymi pacjentów.

„Usługi na terenie łódzkiego oddziału kontraktujemy na podstawie warunków obowiązujących przy kontraktowaniu na terenie całej Polski” – poinformowała „GL” Beata Aszkielaniec, rzecznik prasowy ŁOW NFZ i dodała, że zostały one przygotowane zgodnie z zarządzeniem prezesa Funduszu nr 81/2011/DSOZ, z 4 listopada 2011 r. „W sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna”. Dlaczego zatem w innych województwa kraju takiej „czystki” nie było?

Jak wynika z Centralnego Rejestru Naczelnej Izby Lekarskiej, pośród ogólnej liczby prawie 123 tys. lekarzy i 35 tys. lekarzy dentystów, specjalistów z pierwszym stopniem jest odpowiednio prawie 16 tys. i nieco ponad 9 tys. Wśród „jedyńkowiczów” są lekarze będący tuż przed emeryturą, którzy szkolenia specjalizacyjnego już nie podejmą, bo zresztą „dwójka” – jak mówią – na stare lata nie jest im już potrzebna, tylko chcą jeszcze popracować. Są jednak i tacy, którzy obok olbrzymiego potencjału wiedzy (nawet doktoratu z medycyny) i wieloletniego doświadczenia zawodowego, mają jeszcze ambicję i potrzebę, żeby jednak stać się specjalistą „pełną gębą”, którego nikt nie będzie chciał pozbyć się z pracy. Przeraża ich jednak, że w sile wieku będą musieli stanąć do rywalizacji z dużo młodszymi kolegami, mogącymi być ich synami, a nawet jeśli przebrną przez egzamin na specjalizację, to w okresie późniejszego, wieloletniego szkolenia „wypalą się”, a tytuł specjalisty nic nie zmieni w ich zawodowym życiu...

Dlatego konsolidują się, by wspólnie występować w obronie nadanych im wcześniej uprawnień lekarzy

specjalistów pierwszego stopnia, które przecież nie straciły ważności i walczyć o to, aby nikt ich nie dyskryminował przy kontraktowaniu umów z NFZ, a także starać się – jeśli to będzie konieczne – o umożliwienie im uzyskania tytułu specjalisty w trybie tzw. krótkiej ścieżki. Zapowiadają, że będą w tych sprawach interweniować w Ministerstwie Zdrowia oraz w Sejmie i Senacie RP, walczyć w sądach polskich i Europejskim Trybunale Praw Człowieka w Strasburgu. W 2012 r. grupa specjalistów z pierwszym stopniem specjalizacji założyła w Łodzi Stowarzyszenie Lekarzy Polskich z „jedyńką”. Poniżej drukujemy dramatyczny artykuł – apel, którego autorami są członkowie Zarządu SLP1.

Nina SMOLEŃ

* * *

DYSKRIMINACJA W BIAŁYCH RĘKAWICZKACH

Trzydziestego listopada 2012 r. zarejestrowano w sądzie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Statut SLP oficjalnie zatwierdzono i przyjęto na Walnym Zebraniu Członków 30 października 2012 r.

Celem stowarzyszenia jest działanie na rzecz:

- zniesienia ograniczeń w możliwości wykonywania zawodu dla lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji,
- skonsolidowania środowiska lekarskiego,
- walki o prawa pacjentów o dostęp do wykwalifikowanej opieki lekarskiej,
- walki o odszkodowanie dla pokrzywdzonych finansowo z powodu ograniczenia możliwości wykonywania zawodu,
- walki o pozostanie polskich lekarzy w Polsce,
- walki o stworzenie warunków pracy i płacy dla młodych lekarzy w Polsce, ułatwiających podjęcie im decyzji o pozostaniu w kraju.

W Polsce jest 26 tysięcy lekarzy oraz 7 tysięcy lekarzy dentystów z pierwszym stopniem specjalizacji. Dotychczas byli to cenieni specjaliści w zawodzie. Obecnie stali się niepotrzebnym balastem w służbie zdrowia. Dlaczego?

Narodowy Fundusz Zdrowia, kontraktując usługi medyczne, prowadzi politykę restrykcyjną w stosunku do lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji, zmniejszając liczbę punktów w postępowaniu konkursowym dla ośrodków zgłaszających wyżej wymienionych lekarzy. W ten sposób w „białych rękawiczkach” (czytaj „rękoma pracodawców”) eliminuje z pracy lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji. Skutkuje to masowym opuszczeniem przez nich stanowisk pracy. Efekt dla pacjentów jest taki, iż znacznie ogranicza się im dostępność do lekarzy, co skutkuje wydłużaniem się w nieskończoność czasu oczekiwania na wizytę.

Z punktu widzenia gospodarczego kraju jest to marnotrawstwo olbrzymiej grupy dobrze wykształconych i pracujących lekarzy. Z punktu widzenia prawa, zarządzenie to stoi w sprzeczności z rozporządzeniem ministra zdrowia z 28 października 2011 r. o świadczeniach w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia nowy sposób zdobywania specjalizacji jest nieadekwatny do istniejącej rzeczywistości i niemożliwy do wykonania przez lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji. Nie mają oni bowiem praktycznej możliwości spełnienia warunków zawartych w obecnych programach specjalizacyjnych. Zdając egzamin specjalizacyjny pierwszego stopnia, lekarz otrzymał konkretne uprawnienia

do leczenia pacjentów. W obecnej chwili, bez podstawy prawnej, cofnięto mu to prawo. Jest to jaskrawy przykład łamania prawa i zasady, iż prawo nie może działać wstecz. Lekarze posiadający pierwszy stopień specjalizacji czują się oszukani, albowiem zostały naruszone zasady demokratycznego państwa.

Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

Zapraszamy wszystkich zainteresowanych lekarzy o wpisy rejestracyjne na naszej stronie internetowej: www.slpl.pl. Prosimy również o propagowanie działalności naszego Stowarzyszenia wśród swoich kolegów.

(przedruk z „Panaceum” nr 1/13)

MÓJ „IDEALNY” SYSTEM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

Nie ma kraju, w którym problem kształcenia ustawicznego lekarzy znalazł idealne rozwiązanie. Ze względu na bogate doświadczenia środowisk lekarskich oraz osiągnięcia nauki w dziedzinie uczenia się ludzi dorosłych zbudowanie racjonalnego systemu kształcenia ustawicznego (doskonalenia zawodowego) nie powinno być rzeczą trudną. Dlaczego jest inaczej?

Przy budowie „idealnego” systemu CME/CPD (Continuous Medical Education/Continuous Professional Development) należy wziąć pod uwagę ludzką naturę, różną organizację pracy lekarzy w różnych krajach, różne tradycje i zmierzyć się z dotkliwymi zazwyczaj ograniczeniami finansowymi. Do pokonania zostaje wiele prawdziwych lub pozornych sprzeczności „ideowych” i praktycznych.

Przykładem niech będą zasady sformułowane dawno temu w Deklaracji Dublińskiej (wynik prac Europejskiej Akademii Kształcenia Ustawicznego) lub w dokumentach międzynarodowych organizacji medycznych, np. Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów. Deklaracja Dublińska głosi m.in.: „Systemy ułatwień w realizacji kształcenia ustawicznego należy rozwijać z zapewnieniem zasady niezależności praktyków przy określaniu jego formy i treści, jak również z poszanowaniem zasady wolnego wyboru”.

Z drugiej strony, jak stwierdzono w podsumowaniu innej konferencji Unii Lekarzy Specjalistów, „Lekarze praktycy z dnia na dzień powinni brać udział w określaniu praktycznych treści kształcenia. Jednakże nie powinni tego robić zupełnie samodzielnie, jako że naukowcy i dydaktycy, na podstawie swej wiedzy o ostatnich osiągnięciach, mogą również określić ukierunkowane praktycznie treści”. Nie można przy tym ignorować dostrzeganej i przez laików, i przez naukowców ludzkiej

tendencji do poruszania się po linii najmniejszego oporu: „Nie szukamy Ustawicznego Kształcenia Medycznego, którego potrzebujemy, nie potrzebujemy UKM, którego szukamy”. Między innymi dlatego „potrzebni są inni ludzie, aby uświadomić nam nasze słabości”. Honorując tradycyjną niezależność lekarzy, chcemy zatem, by sami wybierali odpowiednie treści i formy kształcenia, ale nauczeni doświadczeniem, również lat ostatnich, pragnęlibyśmy uniknąć zbyt częstych wyborów form łatwych, ale mało skutecznych, bez istotnego wpływu na zmianę nawyków codziennej pracy.

Wprowadzony najpierw w Stanach Zjednoczonych system punktowy (kredytów) łączy w założeniu swobodę wyboru form kształcenia z przymusem ciągłego doskonalenia zawodowego (CPD). Niestety, bardzo szybko okazało się, że dla wielu specjalną umiejętnością stało się samo zdobywanie punktów edukacyjnych. Wnikliwe badania wykazały, że osiągnięcia rekordzistów nie przekładają się na istotną zmianę praktyki. Rzecz w tym, że podstawę punktową stanowił czas spędzony na wykładach. Korzystał z tego wielki przemysł edukacyjny wspierany przez zainteresowane firmy farmaceutyczne. (Czy nie brzmi to znajomo?) Już w roku 1996 krytyczną ocenę systemu kredytów podał F. Davidoff, wysuwając szereg ważnych postulatów. Najważniejszy z nich mówił o tym, żeby „unikać takiego systemu punktowego, który nagradza za czas spędzony na wykładach; nagradzać raczej za aktywne uczenie się, za postępowanie i osiągnięcia”. Ten i pozostałe postulaty są niezmiernie trudne w realizacji, ale wskazują kierunek zmian.

ACM (Advisory Committee for Medical Training) głosi, że wprowadzenie CME jest obowiązkiem moralnym lekarza, ale w każdym kraju co najmniej jedna organizacja (rządowa lub inna) powinna zapewnić udział w CME

wszystkim praktykującym lekarzom. Tu napotykamy następną, niezmiernie istotną, kto wie czy nie najważniejszą rafa. Prawny obowiązek to również dofinansowanie i inne ulgi, a nie ma chyba państwa i instytucji, które przyznają je bez wyraźnego oporu.

A co mówi nauka? Pedagodzy i psychologowie, specjaliści od uczenia się ludzi dorosłych, podkreślają efektywność czynnych, m.in. warsztatowych, form poszerzania kwalifikacji, ale w praktyce wielką trudność sprawia powszechna organizacja tego typu treningu, wymagająca armii wykwalifikowanych, opłacanych instruktorów.

Gdybyśmy mimo nieuchronnych kontrowersji, których przykłady podałem, starali się zrealizować wszystkie zalecenia organizacji medycznych i wnioski z analiz naukowych, może kiedyś udałoby się nam (lub naszym dzieciom) stworzyć ów „idealny system” kształcenia ustawicznego. Jeśli tak się nie stanie, pozostaje nadzieja, że za lat kilkadziesiąt diagnostyką i leczeniem tak czy owak zajmą się cybermaszyny zaopatrzone w kwantowe supermózgi.

Krzysztof SCHREYER

(przedruk z „Pulsu” nr 12/12)

BADANIA KLINICZNE – WYZWANIA I MOŻLIWOŚCI

Pomimo światowego kryzysu ekonomicznego, restrykcyjnych procedur administracyjnych i kontroli Najwyższej Izby Kontroli przeprowadzanych w publicznych szpitalach, rynek badań klinicznych w Polsce ma się dobrze.

Polska pozostaje największym i jednym z najbardziej atrakcyjnych rynków badań klinicznych w Europie Środkowo-Wschodniej, a badania te to nadal jedyna droga do prawidłowej oceny skuteczności i bezpieczeństwa nowych leków u ludzi. Obecnie jedną z ważniejszych kwestii jest uzmysłowienie sobie możliwości, jakie daje środowisko badań klinicznych nie tylko lekarzom, lecz także osobom bez wykształcenia medycznego, które chciałyby związać swoje życie zawodowe z badaniami klinicznymi. Poza niezaprzeczalnie atrakcyjnymi bodźcami ekonomicznymi, badania kliniczne dają możliwość testowania nowych standardów leczenia, wymiany informacji z zagranicznymi ekspertami i publikacji (jako współautor) w cenionych pismach branżowych¹. Firmy farmaceutyczne finansujące badania kliniczne, jak również organizacje prowadzące badania kliniczne na zlecenie sponsorów (CRO) na własne potrzeby zatrudniają i kształcą monitorów, administratorów badań, menedżerów. Powstają nowe ośrodki prywatne wyspecjalizowane w badaniach klinicznych i tzw. *Site Management Organization* (SMO). W szpitalach publicznych pojawiają się osobne jednostki organizacyjne – działy badań klinicznych.

W każdym z tych podmiotów podstawą sukcesu jest kapitał ludzki, odpowiednio wykwalifikowany. Skąd brać wykształcone kadry? W przypadku kluczowych osób w procesie badań klinicznych – badaczy (lekarzy) – uczą się oni przede wszystkim w praktyce, zdobywając doświadczenie poprzez prowadzenie kolejnych projektów badawczych, uczestniczenie w spotkaniach badaczy i odbywanie kursów w zakresie dobrej praktyki klinicznej (*Good Clinical Practice* – GCP). Szkołą się przeważnie

tzew. główni badacze, ale w zespole nieocenieni okazują się także współbadacze, pielęgniarki czy koordynatorzy (tzw. *site coordinator*), którzy wspomagają badacza głównie pod względem techniczno-administracyjnym. Według cytowanego wcześniej raportu *PriceWaterHouseCoopers*, obie strony – sponsorzy i ośrodki badawcze – przyznają, że wzajemna współpraca jest dużo łatwiejsza, jeśli w strukturach ośrodka powołana jest osoba lub jednostka odpowiedzialna za badania kliniczne.

Może zatem już niedługo na rynku pracy pojawi się nowa profesja – specjalista ds. badań klinicznych. Pierwsze próby kształcenia takich kadr podjął Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z firmą Quintiles Poland sp. z o.o., organizując studia podyplomowe: „*Badania kliniczne – organizacja, prowadzenie z elementami zarządzania*”. Przedmiotowym założeniem studiów jest przede wszystkim aktualizacja, porządkowanie i pogłębianie wiedzy uczestników w zakresie przeprowadzania badań klinicznych. Podobny program studiów podyplomowych w 2012 r. rozpocznie Uniwersytet Jagielloński. Absolwenci studiów w Lublinie, oprócz świadectwa ukończenia studiów podyplomowych wydanego przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie, otrzymują również certyfikat ukończenia szkolenia z zakresu GCP.

Do tej pory szkolenia w zakresie GCP przeprowadzały głównie firmy farmaceutyczne i CRO, zwłaszcza w trakcie spotkań badaczy. Coraz częściej zlecają one takie czynności niezależnym podmiotom komercyjnym. Na rynku szczególnym prestiżem cieszą się organizacje posiadające akredytację Stowarzyszenia ds. Badań Klinicznych w Polsce, gdyż mogą one wydawać certyfikaty honorowane przez sponsorów badań klinicznych.

W świetle projektu ustawy z 18 kwietnia 2011 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, obowiązek kształcenia spadnie na uczelnie medyczne, instytuty naukowe

i izby lekarskie. Zgodnie z planowaną zmianą legislacyjną głównym badaczem lub członkiem zespołu badawczego będzie mogła zostać wyłącznie osoba, która odbyła w okresie nie dłuższym niż 5 lat przed rozpoczęciem danego badania klinicznego szkolenie z zakresu GCP prowadzone przez uczelnię z wydziałem medycznym, instytut naukowy lub okręgową izbę lekarską. Stowarzyszenie ds. Badań Klinicznych w Polsce skrytykowało projekt ustawy w tym zakresie, argumentując to w następujący sposób: „...sugerujemy usunięcie ograniczeń co do listy jednostek, które takie szkolenia mogą prowadzić. Ograniczenie się do jednostek publicznych nie gwarantuje wysokiej jakości szkolenia, a jedynie stałe przychody poprzez wyeliminowanie innych podmiotów. Obecnie na polskim rynku jest szereg firm oferujących profesjonalne szkolenia w zakresie GCP i należałoby tę możliwość utrzymać”².

Wskazywanie podmiotów uprawnionych do szkolenia powinno być kwestią marginalną, byleby pożyteczna inicjatywa polskiego ustawodawcy nie została stłamszona. W ciągle zmieniającej się rzeczywistości trzeba być elastycznym i dostosować się do możliwości, jakie daje rynek badań klinicznych.

Marzanna TOMICKA-GALBAS

Kierownik ds. Szkoleń w Clinstart, www.clinstart.eu

Krystyna FORYSIAK

Radca prawny, partner w spółce Zgutka, Zięcik, Falkiewicz,

Forysiak i Partnerzy –

adwokaci i radcowie prawni, www.zzff.pl

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 4/12)

¹ Raport PriceWaterHouseCoopers: Badania kliniczne w Polsce – Główne wyzwania. 2010 listopad, s. 40.

² www.gcpl.org.pl

NAJWAŻNIEJSZA JEST AKTYWNOŚĆ METABOLICZNA ENZYMÓW POCHODZENIA PSZCZELEGO

Rozmowa z prof. dr hab Arturem STOJKO ze Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Panie Profesorze 50 lat swojego życia naukowego poświęcił Pan pszczołom i ich produktom. Natura daje nam szansę na wyleczenie wielu chorób?

Na produkty pszczele trzeba patrzeć w dwóch kryteriach, pierwszym jako na doskonały suplement żywności, a drugim jak na surowiec farmakopealny do uzyskania odpowiednich standaryzowanych frakcji farmakologicznie czynnych, które są podstawowym związkiem w środkach leczniczych.

Apiterapia, a teraz już w zasadzie apifarmakoterapia udokumentowuje ich wartości farmakologiczne poprzez oznaczenie farmakokinetyzmu i farmakodynamizmu, a w efekcie skuteczności biotycznej.

Jakie właściwości cechują produkty pszczele?

Leki uzyskane z produktów pszczelich posiadają wiele funkcji farmakologicznych często wspólnie skomasygowanych. Substancje biotyczne uzyskane z miodu i propolisu wykazują aktywność regeneracyjno-naprawczą, antybakteryjną i znieczulającą. Własności detoksykacyjne i stymulujące układ immunologiczny posiadają standaryzowane ekstrakty pyłku, czerwiu i mleczka pszczelego.

Jakie substancje czynne posiadają produkty pszczele?

W miodzie najważniejsze są substancje będące bezpośrednim produktem pochodzącym od pszczoły czy-

li enzymy, które wydzielane są podczas przerabiania nektaru. Proszę sobie wyobrazić, że jedna kropla nektaru przyniesiona przez pszczołę do ula jest co najmniej przez 5 innych pszczół przez pół godziny przerabiana, przetrucana z wola do pyszczka i uszlachetniana ich enzymami. Im więcej jest tych pszczół, tym miód jest bardziej wartościowy. Miód ma mało witamin, zawiera natomiast cukry proste glukozę i fruktozę oraz inne związki typu flawonów. Ma w sobie pełną gamę soli mineralnych. Ale najważniejsza jest aktywność metaboliczna enzymów pochodzenia pszczelego.

Propolis, pyłek pszczeli to także produkty wykorzystywane w apiterapii. Wiele lat badań poświęcił Pan na rozpoznanie mechanizmów leczniczych tych substancji. Jak jest ich działanie?

Pyłek to jest gametocyt, męska komórka rozrodcza rośliny. Szczególnie polecam go mężczyznom z łagodnym rozrostem stercza. Wiemy, że jedną z przyczyn tego schorzenia na które cierpi większość mężczyzn jest obniżenie poziomu cynku w strukturze gruczołowej prostaty. Gametocyt roślin owadopylnych posiada bardzo dużo tego metalu i to w formie w pełni przyswajalnej. Należy jednak pamiętać, że otoczony jest błoną komórkową zbudowaną z błonnika celulozy, której nie trawimy, dlatego w naturalnej postaci przechodzi przez przewód pokarmowy w najlepszym wypadku bę-

dąc prowokatorem prawidłowej perystaltyki. Natomiast mielony pyłek prócz cynku dostarcza cały zestaw aminokwasów endogennych i egzogennych, niezbędnych dla funkcjonowania wielu procesów fizjologicznych. A pamiętajmy, że są to elementy naszych wszystkich enzymów i frakcji immunologicznych, które bronią nas przed różnymi infekcjami.

Przypominamy sobie o rewelacyjnym działaniu propolisu w leczeniu górników, którzy na skutek wybuchu metanu w KWK Ruda Śląska doznali rozległych i głębokich oparzeń. Zdecydowano się wówczas na miejscowe zastosowanie 3% maści propolisowej. Środowisko medyczne było zaskoczone skutecznością propolisu?

Tych dwudziestu ludzi miało poparzenia 3 stopnia skóry i błony śluzowej górnych dróg oddechowych. Zastosowany apiterapeutyk ma działanie regeneracyjno-naprawcze, antybakteryjne i znieczulające. Ci ludzie bardzo cierpieli, mimo podanych środków znieczulających. Po zastosowaniu miejscowo maści propolisowej, ustąpił odczyn bólowy, a proces gojenia się został skrócony...

Wiemy, że badając pszczele produkty wielką uwagę zwrócił Pan na czerw pszczeli. Co Pana w nim tak zafascynowało?

Niesamowity potencjał! Moim zdaniem to jest nawet wstęp do genoterapii. Pszczoła ma tylko 10 tys. genów, człowiek 130 tys. Ekspresja pszczelich genów jest tak potężna, że ta sama pszczoła, która żyje tylko 42 dni, w pewnym okresie jest zbieraczką, w innym karmicielką, w jeszcze innym woszczarką i w kolejnym strażniczką, właśnie poprzez uniwersalizm w genotypie. Wyso-biony z czerwiu pszczelego DNA posiada zdecydowaną aktywność detoksykacyjną. Uważam, że jest to bardzo obiecujący surowiec farmakopealny pochodzenia biogenego, który już dzisiaj jest przedmiotem badań wielu renomowanych placówek badawczych.

W jakich dziedzinach medycyny mogą mieć zastosowanie apiterapeutyki?

W wielu dziedzinach medycyny są wykorzystane apiterapeutyki, oczywiście mając na uwadze substancje uzyskane na drodze biosyntezy. Najczęściej ma to miejsce w pediatrii, dermatologii, ginekologii, urologii, a nawet w kardiochirurgii, gdzie powszechnie stosowany klej kostny zawiera w swoim składzie aż 80 % białego wosku pszczelego.

Polacy zjadają znacznie mniej miodu niż inne naracje, ale świadomość zdrowego stylu życia rośnie i coraz częściej spożywamy miód i jako suplement diety i jako naturalny produkt wzmacniający odporność. W jaki sposób najlepiej jeść miód?

Dziękuję za to pytanie, bo mam okazję sprostować mój błąd. Jeszcze 10 lat temu w książce „Medycyna naturalna”, podałem recepturę na spożywanie miodu, zalecając rozpuszczanie miodu w wodzie wieczorem i rano na czczo wypijanie płynu. Dziś wycofuję się z tego. Wtedy nie miałem wiedzy, którą teraz odkryliśmy. Okazuje się, co zapewne i Państwo zaobserwowali, że na ścianie szklanki pozostaje taki osad, długo zastanawiałem się co to może być. Teraz już wiemy, to są hormony roślinne auksyny i kwas abscyzynowy o oznaczonych wartościach leczniczych. Rozpuszczając miód w wodzie pozbawiamy go tych cennych substancji, które pozostają na ścianie naczynia. W świetle tych badań miód należy jeść w takiej postaci jak został wyprodukowany przez pszczoły. Najlepiej wziąć łyżeczkę miodu do ust i powoli połykać, bo on równocześnie działa miejscowo.

A czy miód jest wskazany dla diabetyków?

Tak, ale pod kontrolą poziomu glukozy w surowicy krwi, a najlepiej poprzez okresowe oznaczanie procentowej ilości hemoglobiny glikowanej. Pamiętajmy, że nasz organizm musi mieć dostarczoną odpowiednią ilość węglowodanów, a najlepiej w postaci cukrów prostych, bowiem tylko z takich centralny system nerwowy czerpie niezbędną dla siebie energię.

Czy miód i jego produkty mogą być stosowane przez alergików?

Mogą być spożywane za wyjątkiem osób z nadkwasotą, gdyż miód ma pH kwaśne i może nasilać istniejące dolegliwości.

Czy można przedawkować miód?

Wszystko, także miód, należy spożywać rozsądnie, zwłaszcza jeśli ktoś ma inklinacje do tycia. 1 kilogram miodu ma 3200 kalorii, a otyłość jest jedną z podstawowych jednostek chorobowych do których człowiek nie przywiązuje wagi, choć powinien.

Dziękujemy za rozmowę.

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie nr 5/12)

BRACIA ŚNIADECCY

Jan i Jędrzej Śniadeccy byli wybitnymi naukowcami XVIII i XIX w. Byli synami Jędrzeja i Franciszki z Giszczyńskich, którzy posiadali w Żninie (ówcześnie województwo gnieźnieńskie) niewielki majątek, który jednak zapewnił im godne utrzymanie oraz wykształcenie dzieci. Śniadeccy mieli czworo synów, wspomnianych już Jana i Jędrzeja oraz Franciszka (zmarł w 6. roku życia) i Józefa, prawnika, który zajął się prowadzeniem gospodarstwa we wsi Niesłabin pod Śremem.

Jędrzej Śniadecki (ur. 30.11.1768 w Rydzewie koło Żnina, zm. 11.05.1838 w Wilnie) początkowo uczył się w Trzemesznie, potem w Krakowie i w Pawii, gdzie otrzymał tytuł doktora medycyny i filozofii. W tym czasie Uniwersytet w Pawii należał do najlepszych w Europie. Wykładowcami tam byli m.in. Galvani, Wolta, Spallanzani oraz Scarpa. W 1797 r. został profesorem chemii i medycyny w Szkole Głównej Wielkiego Księstwa Litewskiego i Akademii Medyko-Chirurgicznej w Wilnie. Zajmował się głównie medycyną, biologią, chemią i filozofią. W 1808 r. odkrył nowy pierwiastek o liczbie atomowej 44 (obecnie znany jako ruten), który nazwał west, od łac. *Vestium*. Odkrycie to nie zostało jednak rozpropagowane, a za odkrywcę rutenu obecnie uznaje się Karla Klause (1844 r.). Jędrzej Śniadecki opracował podstawy polskiej terminologii chemicznej oraz napisał pierwszy polski podręcznik chemii. Jego terminologia chemiczna odbiegała od ogólnie przyjętej na świecie, wywodzącej się bezpośrednio od nazw łacińskich. Do dzisiaj

terminologia Śniadeckiego obecna jest w nietypowych, polskich nazwach pierwiastków: wodór, węgiel, krzem, siarka, kwasoród dla tlenu. W 1822 r. Śniadecki opisał metodę leczenia krzywicy za pomocą zwiększonej ekspozycji na światło słoneczne. Był też autorem oryginalnej i nowatorskiej pracy pt. „Teoria jestestw organicznych” (1804 r.), w której opisał wyjątkową cechę organizmów żywych – ciągłą przemianę materii. Jego grób znajduje się na wiejskim cmentarzyku w Horodnikach w powiecie oszmiańskim województwa wileńskiego, niedaleko rodzinnego majątku Śniadeckich w Bołtupiu.

Jan Śniadecki (ur. 29.08.1756 w Żninie, zm. 9.11.1830 w Jaszunach koło Wilna) studiował początkowo w Poznaniu na Akademii Lubrańskiego, potem w Krakowie i w Paryżu. W 1781 r. został profesorem matematyki i astronomii w Krakowie. W 1782 r. zaproponował utworzenie obserwatorium astronomicznego w Krakowie na terenie Ogrodu Botanicznego, a w 1784 r. (rok po braciach Montgolfier) skonstruował pierwszy w Polsce balon. Zajmował się głównie astronomią, matematyką, filozofią i geografiami. Przyczynił się do utworzenia podstaw polskiej terminologii matematycznej. Na cześć uczzonego została nazwana jedna z planetoid oraz krater na Księżycu.

*Prof. nadzw. dr hab. med. Andrzej GRZYBOWSKI
ae.grzybowski@gmail.com*

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 10/12)

Konkurs Fotograficzny "Okiem Eskulapa"



Zapraszamy do udziału w III Ogólnopolskim Konkursie Fotograficznym Lekarzy organizowanym przez Śląską Izbę Lekarską w Katowicach.

Tematy konkursu:

- Lekarz, pacjent - współodczuwanie
- Zwierzęta wokół nas
- Detal w architekturze

Termin nadsyłania prac upływa **31 marca 2013** roku.

Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej: <http://www.izba-lekarska.org.pl>

PROF. DR HAB. ANDRZEJ FRANCISZEK STECIWKO

Prof. dr hab. Andrzej Franciszek Steciwko urodził się w roku 1950 we Wrocławiu w rodzinie lekarskiej. Liceum Ogólnokształcące ukończył w 1968 r. z wyróżnieniem. W latach 1968–74 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. W 1974 r. uzyskał dyplom lekarza medycyny z wyróżnieniem i rozpoczął pracę zawodową w Klinice Nefrologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Przez kolejne lata zdobywał poszczególne szczeble kariery zawodowej i naukowej, zdobywając specjalizację z: chorób wewnętrznych, balneologii, bioklimatologii i fizjoterapii, nefrologii i medycyny rodzinnej. W 1982 r. obronił pracę doktorską pt. *„Wpływ neuraminidazy na tkankę nerkową i przebieg eksperymentalnego kłębkowego zapalenia nerek u królików”* a w 1991 r. uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt. *„Zmiany ultrastrukturalne wybranych elementów budowy kłębka nerkowego powstałe w wyniku działania neuraminidazy i jej wpływ na przebieg kłębkowego zapalenia nerek wywołanego przewlekłym podawaniem ludzkiej immunoglobuliny A w różnych modelach eksperymentalnych”*. W roku 1995 dr hab. Andrzej Steciwko powołany został na stanowisko profesora nadzwyczajnego Akademii Medycznej we Wrocławiu, natomiast trzy lata później, tj. w 1998 r. otrzymał z rąk Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej tytuł profesora nauk medycznych. W 2003 r. został mianowany na stanowisko profesora zwyczajnego Akademii Medycznej we Wrocławiu.

W latach 1981–89 pełnił funkcję Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych Państwowego Szpitala Klinicznego nr 5. W latach 1989–93 był rzecznikiem prasowym Akademii Medycznej we Wrocławiu, a w latach 1990–2002 był kierownikiem Wojewódzkiej Stacji Dializ z Oddziałem Nefrologicznym w Legnicy oraz specjalistą wojewódzkim ds. nefrologii i dializoterapii województwa legnickiego. Przez część tego okresu pełnił również funkcję specjalisty regionalnego ds. nefrologii i dializoterapii (dla regionu obejmującego obszar dzisiejszego Dolnego Śląska).

W latach 1993–96 był Prorektorem ds. Dydaktyki Akademii Medycznej we Wrocławiu, a w czasie 1997–99 pełnił funkcję pełnomocnika Rektora ds. budowy Centrum Klinicznego Nowej Akademii Medycznej we Wrocławiu. W latach 1991–99 był członkiem Zespołu ds. Restrukturyzacji Szpitali Klinicznych AM we Wrocławiu.



W 1994 r. został powołany przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na stanowisko koordynatora Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych dla województw: wrocławskiego, wałbrzyskiego, jeleniogórskiego, zielonogórskiego, legnickiego, a przez Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu na stanowisko kierownika Zakładu Medycyny Rodzinnej. W latach 1994–96 zorganizował od podstaw Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej i Regionalny Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych we Wrocławiu. Ośrodek ten do dziś zajmuje pierwsze miejsce w Polsce pod względem ilości wyszkolonych lekarzy rodzinnych. Dotychczas tytuł specjalisty uzyskało w nim ponad 800 lekarzy.

Prof. Andrzej Steciwko był twórcą i pionierem medycyny rodzinnej w Polsce, przede wszystkim jednak na Dolnym Śląsku. Dzięki jego intensywnym staraniom powstało pierwszych 21 modelowych praktyk lekarzy rodzinnych we Wrocławiu i na Dolnym Śląsku. W latach 1995–99 pełnił funkcję konsultanta regionalnego w dzie-

dzinie medycyny rodzinnej dla wymienionych powyżej województw, a po reformie administracyjnej, od roku 1999, był specjalistą wojewódzkim ds. medycyny rodzinnej dla województwa dolnośląskiego.

Utworzył od podstaw i był pierwszym Rektorem Państwowej Medycyny Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu (kadencja 2003–08 i 2008–11). W tym okresie stopniowo rozwijał bazę dydaktyczną i dzięki jego staraniom Uczelnia kształci studentów na kierunkach: Pielęgniarstwo, Położnictwo, Fizjoterapia, Zdrowie Publiczne, Kosmetologia. Państwowa Wyższa Szkoła Medyczna w Opolu do dzisiaj jest jedyną uczelnią o profilu medycznym na Opolszczyźnie.

W 1999 r. Prof. Andrzej Steciwko utworzył Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, którego do końca swych dni był Prezesem. Był również wiceprezesem Stowarzyszenia Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych. Od 1999 r. do końca swoich dni pełnił również funkcję Redaktora Naczelnego kwartalnika „*Family Medicine & Primary Care Review*” – czasopiisma naukowego dla lekarzy rodzinnych.

Prof. Steciwko w ramach działalności dydaktycznej prowadził wykłady dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu. Ponadto prowadził zajęcia, wykłady, egzaminy wstępne i końcowe dla lekarzy specjalizujących się z zakresu medycyny rodzinnej. W latach 1999–2005 prowadził również wykłady i egzaminy z zakresu fizjoterapii na Wydziale Fizjoterapii AWF we Wrocławiu. Od początku swojej pracy na uczelni był zaangażowany w pracę ze studentami, zarówno w Akademii Medycznej we Wrocławiu, jak i w PMWSZ w Opolu.

W latach 80-tych i 90-tych organizował studenckie obozy naukowe, a w latach 1974–2010 zorganizował 18 Ogólnopolskich Zjazdów Studenckich Kół Naukowych Nefrologicznych oraz Medycyny Rodzinnej. Za działalność w Studenckim Towarzystwie Naukowym otrzymał kilkakrotnie wyróżnienia oraz Medal i Złotą Odznakę Studenckiego Towarzystwa Naukowego AM we Wrocławiu.

Był także promotorem 15 obronionych już prac doktorskich i promotorem 2 prac, które są w trakcie realizacji, recenzentem 21 prac doktorskich, projektów badawczych, grantów uczelnianych i KBN. Pod jego kierownictwem 22 lekarzy uzyskało specjalizację I stopnia z zakresu chorób wewnętrznych, 6 – II stopnia z chorób wewnętrznych, 5 lekarzy – II stopnia z zakresu nefrologii. Również pod jego kierownictwem 724 lekarzy uzyskało specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej.

W roku 2000 był przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego „Obchodów 50-lecia Akademii Medycznej we Wrocławiu”. Zorganizował m. in. cztery duże kongresy Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu (2000, 2004, 2008, 2012), sześć kongresów Top Medical Trends (2007–12) w Poznaniu,

Zjazdy Jubileuszowe z okazji 5-cio, 10-cio i 15-lecia medycyny rodzinnej, a także wiele innych zjazdów, szkoleń, konferencji i warsztatów z zakresu medycyny.

Prof. Steciwko otrzymał 12 nagród indywidualnych J. M. Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu „Za ważne i twórcze osiągnięcia w pracy dydaktycznej i organizacyjnej”, a także nagrody zespołowe II° za działalność dydaktyczną i organizacyjną. W grudniu 1986 r. otrzymał Zespołową Nagrodę Naukową I° Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej „Za szczególnie ważne i twórcze osiągnięcia”, a w grudniu 1990 r. Indywidualną Nagrodę Dydaktyczną III° Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej „Za osiągnięcia w pracy dydaktycznej”. W grudniu 1992 r. otrzymał nagrodę indywidualną Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za pracę habilitacyjną, a w 1996 r. – indywidualną nagrodę Ministra Zdrowia „Za osiągnięcia w zakresie kształcenia lekarzy rodzinnych”. Senat Akademii Medycznej we Wrocławiu w uznaniu zasług położonych dla rozwoju działalności Uczelni przyznał mu medal „*Academia Medica Wratislaviensis Polonia*” i srebrny medal „50-lecia AM” oraz Złotą Odznakę „*Academia Medica Wratislaviensis*”.

Został również odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (2000), Brązowym Krzyżem Zasługi, Złotą Odznaką „*Zasłużony dla Województwa i Miasta Wrocławia*” (2008), Medalem Komisji Edukacji Narodowej. Otrzymał również najwyższe odznaczenie Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej „*Statuetkę Hipokratesa*” (1999 r.) oraz jubileuszową specjalną „*Statuetkę Hipokratesa*” w 2010 r. za szczególne zasługi na rzecz rozwoju medycyny rodzinnej w Polsce. Otrzymał Nagrodę Ministra Zdrowia za współredagowanie podręcznika „*Układowe zapalenia naczyń*” (2005), odznaczenie Głównej Biblioteki Lekarskiej „*Amici Bibliothecae*” (2005), medal z okazji 100-lecia Rotary International „*Plaudete cives!*” (2005), medal Klubu Rotariańskiego z okazji 100-lecia ruchu „*Za zasługi na rzecz działania rotariańskiego środowiska wrocławskiego*” (2005), Odznakę Ministra Zdrowia „*Za zasługi dla ochrony zdrowia*” (2004), Złotą Odznakę Związku Nauczycielstwa Polskiego (2004), Odznakę Honorową „*Za zasługi dla województwa opolskiego*” (2004), medal „*Za zasługi na rzecz Uczelni*” przyznany przez Senat Państwowej Medycyny Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu (2004) oraz odznakę „*Zasłużonemu – Polskie Towarzystwo Lekarskie*” przyznany przez ZG PTL.

W 2005 r. został odznaczony przez Kapitułę Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego najwyższym wyróżnieniem tego towarzystwa Honorową Odznaką „*Bene Meritus*” – za ofiarną służbę w ochronie zdrowia i życia ludzkiego, za tworzenie nieprzemijającej wartości dla dobra społeczeństwa oraz za wybitne zasługi dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. W uznaniu zasług na rzecz edukacji środowiska medycz-

nego, w 2007 r. został ogólnopolskim laureatem konkursu „Sukces Roku” w dziedzinie „Edukacja i szkolenie”. Natomiast w 2008 r. otrzymał tytuł „Honorowego Ambasadora Kongresów Polskich”. W 2009 r. został wybrany „Człowiekiem Roku w Polskiej Medycynie”. W roku 2011 otrzymał tytuł Złotego Lidera Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia w kategorii „Promocja Zdrowia i Profilaktyka”.

Był autorem lub współautorem 1075 publikacji (835 prac pełnych oraz 240 streszczeń), w tym artykułów – zarówno polskich, jak i anglojęzycznych – w renomowanych czasopismach z IF. Był autorem i redaktorem kilkudziesięciu książek z dziedziny medycyny rodzinnej i nefrologii.

Profesor Steciwko był również członkiem Rady Naukowej kwartalników: „*Nefrologia i Dializoterapia Polska*”, „*Standardy Medyczne*”, „*Problemy Medycyny Rodzinnej*”, „*Medycyna Metaboliczna*”, „*Nefrologia i Nadciśnienie Tętnicze*”, „*Advances in Clinical and Experimental Medicine*”, a także członkiem Komisji Nauk Medycznych Oddziału Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu. Należał do wielu Towarzystw Naukowych, m.in. Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Europejskiego Towarzystwa Chorób Nerek Dializy i Transplantacji (EDTA-ERA), Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego (ISN) i wielu innych.

Poza działalnością medyczną prof. Steciwko był członkiem Rotary Club – Wrocław Centrum, w którym w latach 2004–2005 pełnił funkcję Prezydenta klubu.

Był Człowiekiem niezwykle aktywnym, twórczym, otwartym i życzliwym. Jego działalność oraz aktywność świadczy o tym, iż był wyjątkowym człowiekiem i równie wyjątkowym lekarzem, świetnym naukowcem i wybitnym organizatorem. Jednak w całym ogromie jego dokonań dwa dzieła Profesor Steciwko cenił szczególnie – to były jego ulubione, ukochane i hołubione „dzieci”. Pierwsze i chyba najważniejsze, najukochańsze dziecko to Medycyna Rodzinna. Był twórcą medycyny rodzinnej nie tylko na Dolnym Śląsku, ale i w Polsce. To między innym Profesor Steciwko swoją aktywnością naukowo-dydaktyczną i organizacyjną oraz swoim autorytetem nadał, stworzył fundament formalno-prawny, organizacyjny i naukowy tej nowej dyscyplinie, która na dobre wpisała się w system ochrony zdrowia. Drugim, nie mniej ważnym dziełem jest utworzenie Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. To dzieło jest spełnieniem jego pasji dydaktycznej, pasji dzielenia się swoją wiedzą i doświadczeniem z innymi. Uczelnia ta odgrywa teraz istotną rolę w regionie Opolskim.

Jednak za tymi wszystkimi dokonaniem, za tą działalnością stał przecież człowiek. Wielkie dzieła tworzą tylko wybitni ludzie. Trzeba szczególnych cech charakteru, aby tworzyć wielkie rzeczy dla innych ludzi.

Jakim zatem człowiekiem był Prof. dr hab. Andrzej Franciszek Steciwko? Nie sposób w kilku słowach oddać wyjątkowość jego osoby. Przed wszystkim w swoim życiu kierował się zasadą służebności w stosunku do drugiej osoby. Zawsze powtarzał i tak też postępował wg zasady, że najważniejsze w życiu jest to, co można dać i zrobić dla drugiego człowieka. Bo tylko to po nas pozostanie, bo tylko o takich czynach ludzie będą pamiętać. Inne sprawy, awanse, nagrody itp. są nieważne. Dobrze, jeżeli ktoś nas dostrzeże, podziękuje czy doceni – ale ważny jest przede wszystkim drugi człowiek. Dlatego był niespokojnym duchem – ciągle w biegu, ciągle pędzący, goniący nowe wyzwania, zadania i cele. Ale ta aktywność nie była chaotyczna, gdyż na końcu każdej drogi, każdego biegu był drugi człowiek, byli ludzie, którym profesor Steciwko chciał służyć tak jak najlepiej to potrafił czyli całym sobą. Tę filozofię realizował w swoim życiu i wpajał swoim współpracownikom. Był dobrym szefem – w pracy zawsze ciepły, oddany innym. Był naszym Mistrzem i Mentorem. Wymagający od siebie i innych, ale potrafiący wybaczać błędy. Inspirował do nowych wyzwań, pokazywał nowe cele, pomagał w ich realizacji. Zawsze podchodził do swoich współpracowników w sposób przyjacielski, często wręcz przyjmując „ojcowską” postawę. Interesował się nie tylko naszą aktywnością zawodową, ale też naszym codziennym życiem, służąc poradą, wsparciem czy pomocą. Był z nami nie tylko w chwilach naszych sukcesów, ale przede wszystkim wspierał nas w trudnych momentach.

Największym komplementem, jakim można obdarzyć drugiego człowieka, to powiedzieć o nim, że był po prostu dobrym człowiekiem. Prof. dr hab. Andrzej Franciszek Steciwko był „*po prostu dobrym człowiekiem*”, tak jak dobry jest chleb w życiu codziennym. Cenimy jego wartość wtedy, kiedy nam go brakuje. Nikt i nic nie wypełni pustki, którą pozostawił po sobie profesor Steciwko. Ale kochani nie umierają nigdy. Tak długo będą żyć, jak długo będą w naszym sercu i umyśle. Prof. dr hab. Andrzej Franciszek Steciwko na zawsze pozostanie w naszych sercach. Odszedł w pełni sił twórczych, przygotowując do realizacji w 2013 r. wiele projektów – książki, kongresy, cykle konferencji edukacyjnych... ale kochani nie umierają nigdy – na zawsze pozostanie w naszych sercach i umysłach. Cześć jego pamięci.

Dr hab. n. med. Jarosław Drobnik
Prof. PMWSZ – Jego uczeń



OGŁOSZENIA

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

* * *

Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych zatrudni w ramach umowy cywilno-prawnej:

- lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii,
- lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii,
- lekarza specjalistę chorób wewnętrznych,
- lekarza specjalistę neurologa,

• lekarza specjalistę anestezjologii, anestezjologii i reanimacji, anestezjologii i intensywnej terapii do pracy w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych i oddziale terapii uzależnień od alkoholu w izbie przyjęć w dni robocze w godz. 7.00 do 14.35 przez dwa dni w tygodniu oraz świadczenie usług zdrowotnych w ramach dyżuru medycznego. Zainteresowanych prosimy o kontakt – tel. 77/41-96-522 wew. 21 lub 26; tel. kom. 502-611-429.

* * *

Działający w Śródmieściu Opola **gabinet stomatologiczny eMdent** posiada do wynajęcia pomieszczenie (14,4 m²), gotowe do adaptacji na gabinet. Tel. 603-761-294.

NOWOŚCI WYDAWNICZE

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

RESUSCYTACJA NOWORODKA – wyd. I polskie, red. E. Helwich; ISBN: 978-83-7609-852-4, format: 210x295, opr. broszurowa, 310 stron, cena: 143.65 zł (338 ELS pkt)

Opracowaniem problemu resuscytacji noworodka zajmują się dwa amerykańskie towarzystwa naukowe: Towarzystwo Kardiologiczne (American Heart Association) i Amerykańska Akademia Pediatrii (American Academy of Pediatrics). Przekazujemy do Państwa rąk polskie tłumaczenie szóstego wydania oryginalnego pt. Neonatal Resuscitation Textbook. Konieczność dokonywania okresowych zmian zawartości kursu resuscytacji jest podyktowana nowymi wynikami badań dotyczącymi tego problemu, które sygnalizują potrzebę modyfikacji dotychczasowego doświadczenia. Krajowy Nadzór Neonatologiczny i Polskie Towarzystwo Neonatologiczne dążą do tego, aby każdy neonatolog, pediatra, położna i pielęgniarka zajmujący się noworodkiem dysponowali certyfikatem kursu resuscytacji noworodka. Polskie tłumaczenie podręcznika zostało przygotowane przez zespół neonatologów pracujących w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

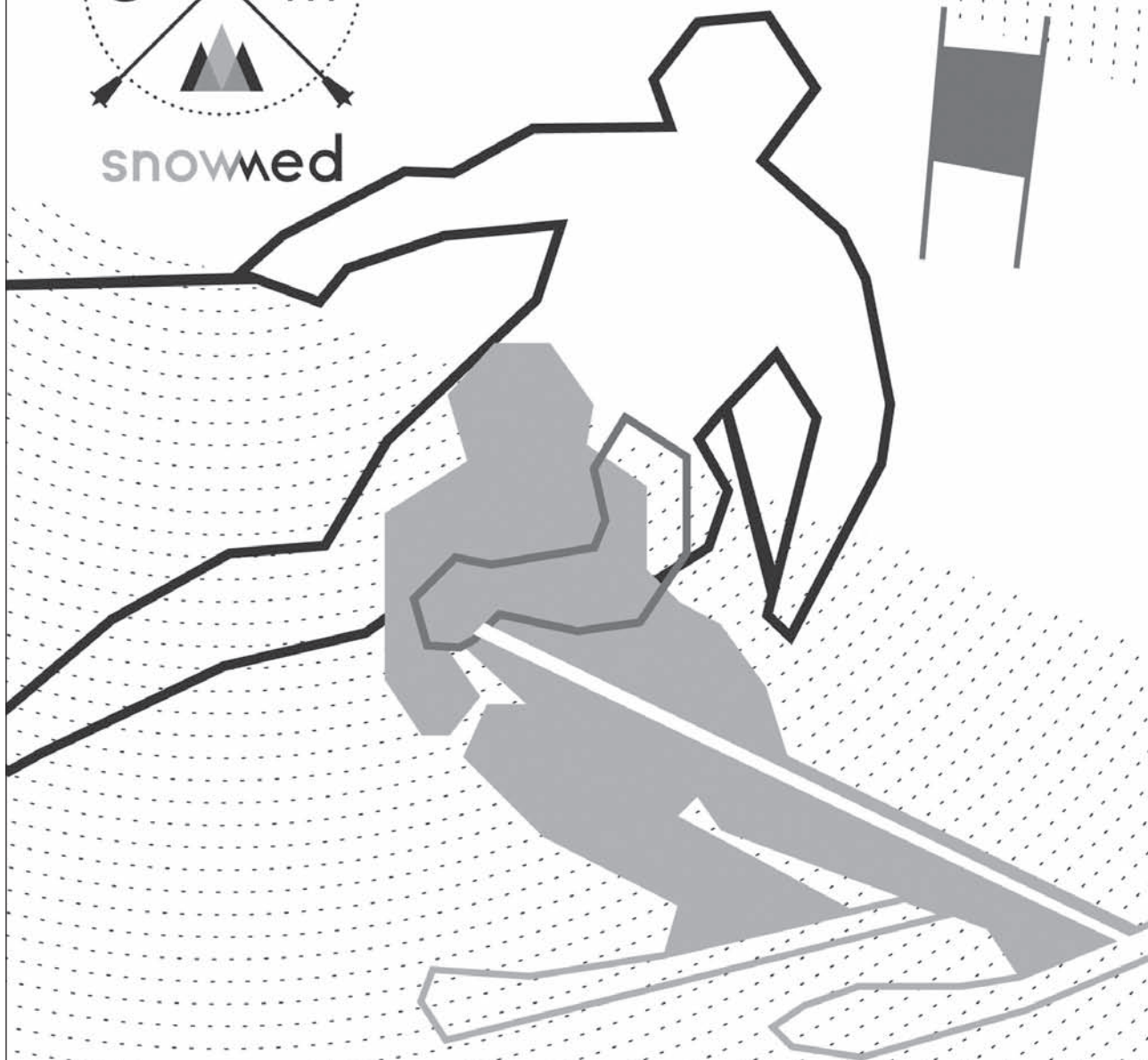


BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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



II ZIMOWA INTEGRACJA MEDYKÓW

DATA // 15.03 - 24.03.2013
MIEJSCE // Val Thorens / Orelle
CENA // [od 999 zł] + 120 euro karnet

INFO // Joanna i Piotr Kosielscy
TEL. // 501 587 874
MAIL // piotr.kosielski@gmail.com
WWW // snowmed.pl

URAZY ZĘBÓW

DOŚWIADCZENIA EUROPEJSKICH EKSPERTÓW
W LECZENIU DZIECI I MŁODZIEŻY

II EDYCJA



Sopot, 12 kwietnia 2013

- ✓ Crash Bang Pow! Oh no, its fresh dental trauma, what shall I do?
Prof. Mike Harrison - Consultant in Paediatric Dentistry, UK
- ✓ Replant or Not? Avulsed teeth with questionable or bad prognoses.
Privatdozent Dr. Yango Pohl - University Bonn, Germany
- ✓ Profilaktyka stom. podstawą planowania leczenia u najmłodszych.
Dr hab. Katarzyna Emerich – Kierownik KiZSWR, GUMed

wykłady w języku angielskim tłumaczone symultanicznie

Przewodnicząca Komitetu Naukowego i Organizacyjnego:
Dr hab. n. med. Katarzyna Emerich



Organizator naukowy spotkania:
Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego,
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

SPONSORZY:

Colgate

URAZY ZĘBÓW

DOŚWIADCZENIA EUROPEJSKICH EKSPERTÓW W LECZENIU DZIECI I MŁODZIEŻY - II EDYCJA



Prof. Mike Harrison

Specjalista stomatologii dziecięcej; Konsultant w Guy's Hospital; Starszy wykładowca i klinicysta w Guy's and King's Hospital Londyn. Jego praca doktorska obejmowała tematykę profilaktyki urazów w obrębie części twarzowej czaszki poprzez użycie kasków rowerowych. Zajmuje się również genetyką stomatologiczną szczególnie w odniesieniu do zaburzeń w postaci hypodoncji. Jest współautorem narodowych wytycznych UK dotyczących zastosowania znieczulenia ogólnego w stomatologii dziecięcej oraz piastuje stanowisko Przewodniczącego Komitetu Badania Efektywności Klinicznej w Stomatologii Dziecięcej.



Docent Dr. Yango Pohl

Chirurg szczękowo-twarzowy, Konsultant, Zastępca Kierownika Katedry Chirurgii Szczękowej Uniwersytetu w Bonn, Niemcy. W 1987 ukończył Uniwersytet w Gießen; w latach 1988 – 2001 pracował w Katedrze Chirurgii Szczękowej w macierzystym Uniwersytecie, a od 2001 pracuje w Katedrze Chirurgii Szczękowej na Uniwersytecie w Bonn. Tematyka jego pracy doktorskiej oraz habilitacyjnej obejmowała badania eksperymentalne i kliniczne na temat pierwszej pomocy i dalszego leczenia całkowicie zwichniętych zębów.



Dr hab.n.med. Katarzyna Emerich

Specjalista stomatologii dziecięcej; Kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Wieków Rozwojowego GUMed; Konsultant wojewódzki ds. stomatologii dziecięcej; Członek Rady European Academy of Paediatric Dentistry; Członek komitetu redakcyjnego: Clinical, Cosmetic & Investigational Dentistry, European Archives of Paediatric Dentistry, World Journal of Stomatology i Journal of Pediatric Dentistry; autor i współautor ponad 140 prac opublikowanych w kraju i za granicą; doświadczony wykładowca konferencji polskich i międzynarodowych.

Miejsce spotkania: Hotel Haffner, Sopot, ul. Haffnera 59

Informacje dotyczące rejestracji:

www.konferencja-urazy-zebow.pl

Sopockie Centrum Konferencyjne, ul. Abrahama 34, Sopot 81-833
tel. +48 58 728 27 69

SPONSORZY:

