



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Wrzesień 2018

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 262

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



*Fot. Janusz Lewandowski*

# NATURA CZUJĄCA

„Marzeniem każdego poety jest powiedzieć jak najwięcej w jak najmniejszej ilości słów” – pisał Czesław Miłosz. A Jolanta Golenia-Mikusz wiersze maluje. Wie jak skrócić malarską opowieść. Umie dotknąć tajemnicy zwięzłości. Rozkłada na płótnie umbry, wciera sieny palone i rozrzuca karminowe kropki. Potem tuszuje, zamazuje ciemnymi odcieniami, ukrywa pod warstwami smolistych plam. Gdzieś niegdzie pozwala zaśnić, zamigotać czerniom, to znów przyprószy je sadzą, zmatowi, spopieli, toteż sprawiają wrażenie przygasłych. Malarka nie omija żywych kolorów. One są, ale przytłumione. Zdaje się, że żyją tylko po to, aby podświetlić od środka grafity, ozłocić niebieskawe *noir de vigne* i rozgonić mroki.



„Zmierzch”

Skąd tyle czerni na obrazach? Czyżby w zagwizdziańskiej pracowni przewrócił się słoń ze smołą i gęsta maź wylała się na płótna? A może ciemność pochodzi z samego środka ziemi, z jakiegoś najdalszego korytarza kopalni „Wujek”, i mamy tu malarską wersję natury myślącej, czującej, mówiącej – *natura loquitur*? Dostęp do jej tajemnic mają górnicy, ci „astrologowie ziemi”. To oni rozumieją mowę kamieni, wiedzą, jak odczytać kody zapisane pod ziemią, w pionie. Wyposażeni w kilofy i młoty budzą zaklęte komnaty, rozświetlają jeziora i tamują lub udrażniają żyły rzek.

Schodzenie w dół, żeby wydobyć stamtąd kruszce, odszyfrować wzory – to również niejako zstępowanie do najciemniejszego szybu duszy, *Kędy* – jak pisał Novalis – *złożone są skarby bezcenne*. Bo romantycy – a Georg Philipp Friedrich Freiherr von Hardenberg znany jako Novalis, uważany jest za jednego z twórców tego nurtu – położyli obok siebie głąb Natury i głąb ludzkiej duszy. I zważyli. Porównali tak jak się bada powiązania konia i osła, koniczyny i lebiody, strumienia i morza. Próby odgadnięcia ludzkiego wnętrza okazały się dla romantyków tym samym co odkrywa-

nie podziemnych labiryntów, pełnych kamieni, węgla i jaskiń z rzeźbami. Tajemniczy, ciemny świat, który daje początek naziemnym krajobrazom, był dla nich odzwierciedleniem wnętrza człowieka, wiernym jego odbiciem, „tunelem lustrzanym” – jak go później nazwał Bolesław Leśmian.

Natomiast człowiek-duch stał się dla romantyków istotą telluryczną. *Imię twoje ziemia!* – wykrzykiwał Maurycy Mochnacki – *Z ziemi ciało twoje*. Przekonywali, że dusza może błyszczeć jak liście w słońcu. Może też skostnieć, upodobnić się do kamienia. Czasem ciemnieje jak czarno-



ziem, innym razem zwapniała kruszy się i znika. Może być bagienna, albo wulkaniczna, lekka i ciężka, tak, że człowiek pod nią maleje, jakby się zdeptał. Dusza trzyma się ciała bądź z niego ucieka. Można ją podziwiać jak łąki nad Odrą, stepy akermiańskie czy bory na Litwie. Można też znieubić duszę, krzywić się na samo wspomnienie. Bo wydaje się złowroga, zdziczała, niechętna.

Kiedy oglądam „Zmierzch”, „Noc” i „Ciemny las” zadaję sobie pytanie: schyłek to dnia czy człowieka? Bo obrazy Jolanty Goleni-Mikusz mogą być zarówno mrokiem, jak i *alter ego*, krańcem wielu dróg, kresem wędrówki słońca i życia. Co jest potem? – pytało wielu. Pytano wierszem, prozą, freskami w katedrach, gdzie kłębiły się postacie stąd i stamtąd, wyniesione (czasem ponad miarę) i potępione, cnotliwe i grzeszne, bogate i biedne. Artystka pyta kolorem, wrażeniem, gęstwiną. Jakby prosiła: Spróbuj się przedrzeć przez tę ciemność. Zajrzyj do środka. Wejdz głębiej. Przecież w Wulgacie napisano: *Nigra sum, sed furmosa* – czarna jestem, ale piękna.

Agnieszka KANIA



Wszyscy czekaliśmy na wymarzone wakacje... I już po nich! Mam nadzieję, że były udane – pomimo upalnej pogody. Niestety nie mam dla Was najlepszych informacji. Przez ten czas, gdy wypoczywaliście w górach, nad morzem, w lesie, czy na łące (niepotrzebne skreślić) – nic się nie zmieniło!!! Nie doszło do radykalnej zmiany w myśleniu polityków o ochronie zdrowia, nie podniesiono nam pensji do godziwego poziomu, nie

przybyło nam młodych lekarzy, nie dostaliśmy do oddziałów i przychodni sekretarek medycznych, nie... (niepotrzebne skreślić).

A więc wszystko jest po staremu – choć może niezupełnie. Mam dla Was trochę miłych dla naszego samorządu informacji, więc zapraszam do lektury. Bo tym razem ten numer Biuletynu jest obfity z nasze rodzime informacje!

A ja udaję się na zasłużone wakacje!

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA



Koleżanki, Koledzy!

Gorące, letnie miesiące minęły. Wniosły one trochę zamieszania do naszego zawodowego życia. Pierwsze zawirowania wprowadził nowy obowiązek dla podmiotów prowadzących praktykę lekarską i dentystyczną w zakresie rejestracji w rejestrze BDO (rejestr podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami). Początkowo Departament Ochrony Środowiska Referat Gospodarki Odpadami Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego przekazał do naszej Izby wiadomość, że należy się wstrzymać z rejestracją do momentu ukazania się zmiany rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 13 grudnia 2017 r. w sprawie składania wniosków rejestrowych przez wytwórców odpadów, by dosłownie po paru dniach podać informację zgoła odmienną.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Środowiska z dnia 12 lipca 2018 r. wytwórcy odpadów obowiązani do prowadzenia ewidencji odpadów (art. 50 ust. 1 pkt 5 lit. e ustawy o odpadach) mieli obowiązek złożenia wniosku o wpis do rejestru do Marszałka Województwa właściwego ze względu na siedzibę podmiotu (zgodnie z KRS lub CEIDG), a dzień 24 lipca br. był ostatnim dniem, kiedy można to było zrobić. Atmosfera była naprawdę gorąca. Dla uzupełnienia tych informacji podam jeszcze, że w przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzących indywidualne praktyki lekarskie i dentystyczne, którzy są wytwórcami odpadów i są obowiązani do prowadzenia ewidencji odpadów ww. wniosek nie podlegał opłacie rejestrowej.

Kolejna „gorąca” data, to 31 lipca 2018 r. i miała ona związek z RODO – ściślej zaś z powoływaniem inspek-

torów ochrony danych tam, gdzie to było konieczne. Do dnia 31 lipca br. administratorzy danych, jak i podmioty przetwarzające, które przed dniem 25 maja 2018 r. nie powołały administratorów bezpieczeństwa informacji (ABI), a były zobowiązane do wyznaczenia inspektora ochrony danych (IOD) na podstawie art. 37 ust.1 RODO, musiały dokonać zgłoszenia takiej osoby do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Ci z nas, których to dotyczyło mieli pełne ręce roboty – pozostali mogli się spokojnie urlopować.

1 sierpnia br. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie przedstawicieli Samorządu Lekarskiego z udziałem Prezesów Okręgowych Izb Lekarskich, Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Porozumienia Rezydentów OZZL, Federacji „Porozumienie Zielonogórskie” oraz Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia (największe organizacje lekarskie w Polsce). Było ono wynikiem nierealizowania całości zapisów porozumienia z 8 lutego 2018 r. zawartego przez Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów oraz brakiem spójnej strategii reformy ochrony zdrowia. Uczestnicy posiedzenia zadeklarowali podjęcie wspólnych, niezbędnych działań, prowadzących do realnych zmian w ochronie zdrowia (patrz materiał w środku BI).

Tego samego dnia Prezydent RP podpisał nowelizację ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Co nowego wniesie ustawa i w jakim zakresie, wkrótce się przekonamy.

*Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*



## POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 27 czerwca 2018 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Rada obradowała nad następującymi problemami:

### Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły dwa wnioski:

- lek. Słotwińska Adrianna zwróciła się do ORL w Opolu o wpisanie na listę członków OIL w Opolu w związku z przeniesieniem ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach,
- lek. med. Rajca Marek zwrócił się o wydanie duplikatu dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza medycyny”. W obu przypadkach zapadły jednogłośnie pozytywne decyzje.

### Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma Pharma Polska sp. z o.o. z Gdańska poinformowała ORL o przeprowadzeniu szkolenia 7 czerwca 2018 r. dla stomatologów nt. „Miejscowe stany nagłe w stomatologii”. Firma jest zarejestrowana w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Firma VM Media sp. z o.o. z Gdańska nie została rozpatrzona pod kątem rejestracji jako podmiot prowadzący szkolenie ze względu na brak wymaganej do rejestracji dokumentacji.

### Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Brak wniosków.

### Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynęły trzy wnioski o przyznanie zapomogi i wszystkie one zostały przyznane jednogłośnie.

Do Rady wpłynęły także dwa wnioski o przyznanie pożyczki szkoleniowej i te przyznano również jednogłośnie.

### Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

### Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Troje lekarzy złożyło wniosek o zwolnienie z obowiązku uiszczania składki członkowskiej z powodu nieosiąganiu dochodów – Rada jednogłośnie zwolniła ich z tego obowiązku.

### Nowelizacja uchwały nr 3/90/I ORL o gospodarce finansowej

Prezydium Rady zgłosiło propozycję zmiany uchwały o gospodarce finansowej Opolskiej Izby Lekarskiej dotyczącej możliwości zwiększenia wydatkowania kwot przez Prezesa i Prezydium bez konieczności uzyskania zgody ORL: Prezes z 1% do 10%, a Prezydium z 10% do 25%. Uchwała została przegłosowana przy 1 głosie sprzeciwu i 1 wstrzymującym się.

### Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes odczytała pisma skierowane do Prezydium i ORL przez lekarzy z WSZN w Opolu, odpowiedź dyrektora mgr Krzysztofa Nazimka (na stanowisko Prezydium ORL) oraz informacje lekarzy o rozwiązywaniu przedmiotowego problemu (przeciążenia pracą lekarzy neurologów). Po dyskusji Rada podjęła decyzję o wystosowaniu Apelu do Marszałka Romana Kolka o podjęcie działań w celu rozwiązania problemu (*patrz poniżej – przyp. Red.*).

Prezes odczytała pismo, które skierował Prezes NIL prof. dr hab. Andrzej Matyja do Ministra Zdrowia dotyczące sprzeciwu NRL wobec przyjętego trybu wprowadzenia przez Rząd projektu Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz innych Ustaw mające być realizacją zapisów porozumienia zawartego 8 lutego 2018 z Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Prezes poinformowała, że Prezesem Nacelnego Sądu Lekarskiego został nasz kolega dr n. med. Jacek Miarka.

Prezes odczytała pismo Prezesa NRL o zgłaszanie przedstawicieli do komisji i zespołów problemowych NRL. W związku z tym Rada jednogłośnie podjęła Uchwałę o zgłoszeniu następujących kandydatów:

kol. Jerzy Lach – do Komisji Kultury,

kol. Bogusław Kudyba – do Komisji Etyki Lekarskiej i do Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów,

kol. Jerzy Jakubiszyn – do Komisji Legislacyjnej,

kol. Aleksander Wojtyłko – do Komisji Kształcenia Medycznego.

Kol. Jakubiszyn zrelacjonował swój udział w posiedzeniu Rady Społecznej NFZ. Poinformował o wzroście środków finansowych na służbę zdrowia w województwie, a równocześnie o wprowadzeniu nowych rozporządzeń, które będą związane z wydatkowaniem większych środków finansowych w jednostkach służby zdrowia.



Kol. Mazur zrelacjonował posiedzenie Sejmiku Województwa i Rady Społecznej USK w Opolu, a kol. Ostrowska przebieg Konferencji pt. „Choroby zakaźne – znane i nieznane zagrożenia. Nowe wyzwania dla personelu medycznego”.

### **Opinia w sprawie kandydata na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc dzieci**

Wojewoda Opolski zwrócił się do ORL o wyrażenie opinii w sprawie kandydatury dr n. med. Krzysztofa Graca na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób płuc dzieci – Rada jednogłośnie pozytywnie zaopiniowała tę kandydaturę.

### **Informacja dotycząca RODO – unijnie rozporządzenia o ochronie danych osobowych**

Prezes poinformowała, że Opolska Izba Lekarska, we współpracy z Warmińsko-Mazurską Izbą Lekarską w Olsztynie i dzięki uprzejmości Pani Prezes dr Annie Lelli, przekazuje do wykorzystania przez członków naszej Izby opracowania wzorów dokumentacji, związanych z dostosowaniem działalności leczniczej prowadzonej przez lekarzy i lekarzy dentystów w formie praktyki zawodowej do wymogów przepisów, regulujących ochronę danych osobowych, w tym RODO.

### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Prezes odczytała wniosek kol. Jacka Chechłowskiego Przewodniczącego Komisji Młodych Lekarzy o uzupełnienie składu Komisji o nowych członków:

- lek. Sandra Siano;
- lek. Dagmara Poplicha,
- lek. Ewelina Knosala.

Rada jednogłośnie poparła wniosek.

Prezes poinformowała, że załoga żeglarska naszej Izby Lekarskiej w składzie: S. Pikor, A. Adamska i J. Korjat zdobyła I miejsce w Ogólnopolskich Mistrzostwach Izb Lekarskich w żeglarskim w klasie omega.

Wiceprezes Hamryszak poinformowała o konieczności zgłaszania się lekarzy i lekarzy dentystów (zgodnie z art. 49 ust.1 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach – Dz.U. z 2018 r. poz. 21 i z 2017 r. poz. 2422) do Departamentu Ochrony Środowiska Urzędu Marszałkowskiego w celu dopełnienia obowiązku rejestrowego podmiotów gospodarujących odpadami (BDO). Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka w odpowiedzi na to przekazała wiadomość, że chwilowo Departament Ochrony Środowiska UMWO prosi o wstrzymanie się ze składaniem wniosków o wpis do BDO. Wszystkie niezbędne informacje będą zamieszczane na bieżąco na stronie internetowej naszej Izby ([www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)). Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

*Sekretarz ORL*

*Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

*Prezes ORL*

*Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

\* \* \*

### **Apel Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 21 czerwca 2018r. do Zarządu Województwa Opolskiego**

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu zwraca się do Zarządu Województwa Opolskiego, jako organu prowadzącego Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny w Opolu, o podjęcie bardzo pilnych działań, mających na celu zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tej jednostki.

Narastający od dłuższego czasu konflikt między lekarzami, zatrudnionymi w tej jednostce, a Dyrekcją zastrzył się do tego stopnia, że realnym zagrożeniem staje się upadek tej niezbędnej dla województwa jednostki.

Z emocjonalnych pism, które Dyrektor Krzysztof Nazimek wystosował w odpowiedzi na stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z 11.06.2018 r. oraz artykuł prasowy w „Nowej Trybunie Opolskiej” z 15.06.2018 r. wynika, że Dyrektor Szpitala myli pojęcia równoważnego czasu pracy i zmianowego trybu pracy, a z sugestii Prezydium, że każdy lekarz może wypracować pewną pulę godzin nadliczbowych, za które powinien być dodatkowo wynagrodzony, czyni zarzut, że Prezydium zmusza lekarzy do ponadnormatywnej pracy. Może to świadczyć o tym, że Dyrektorowi WSN brak pomysłów na dobre rozwiązanie tej sytuacji i konieczne jest zaangażowanie Zarządu Województwa Opolskiego.

Okręgowa Rada Lekarska wyraża zdecydowany sprzeciw wobec dyskredytowania wieloletniego Ordynatora oraz Przewodniczącego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurologicznego dr n. med. Michała Głonka (artykuł w NTO).

Okręgowa Rada Lekarska zwraca uwagę, że proponowane przez Dyrekcję rozwiązania organizacyjne, prowadzące do obciążenia lekarzy dodatkowymi obowiązkami oraz przewidujące sprawowanie opieki i nadzoru nad większą liczbą pacjentów stanowią zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, o czym lekarze informowali we wszystkich swoich pismach. Sytuacja taka jednocześnie narażać będzie lekarzy na duże ryzyko popełnienia błędu diagnostycznego.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu, apelując do Zarządu Województwa o podjęcie działań, deklaruje wolę współdziałania dla znalezienia rozwiązania, które zapewni Wojewódzkiemu Specjalistycznemu Zespołowi Neuropsychiatrycznemu możliwość dalszego działania dla dobra pacjentów neurologicznych województwa, ale także sprawi, że lekarze będą chcieli w tej jednostce nadal pracować.

*Sekretarz ORL*

*Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

*Prezes ORL*

*Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

## SPRAWOZDANIE

**ze spotkania „Warunki pracy i kształcenia lekarza w Polsce” z udziałem przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej, Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Porozumienia Rezydentów OZZL, Federacji Porozumienie Zielonogórskie i Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia**

Przedstawiciele największych organizacji zrzeszających i reprezentujących lekarzy w Polsce, mając świadomość wyzwań, przed którymi stoi Państwo Polskie w obszarze zdrowia, w szczególności:

- braku spójnych, opartych na dowodach naukowych i empirii planów reformy ochrony zdrowia,
- nieustannego i przyspieszającego wzrostu zapotrzebowania na usługi zdrowotne na skutek starzenia się społeczeństwa,
- niedoboru kadry lekarskiej i kadr medycznych,
- spadającego zaufania obywateli do lekarzy,
- niskiego zaufania lekarzy i profesjonalistów medycznych do przedstawicieli władzy,
- braku lub marginalnej polityki zdrowotnej opartej o edukację, kampanie społeczne i medialne, mającej za zadanie wzrost świadomości opinii społecznej w obszarze zdrowia,
- postępującego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej,
- zacofania organizacyjnego, w tym niskiego poziomu cyfryzacji systemu i wzrastającego obciążenia biurowego nałożonego na lekarzy oraz
- braku skutecznego dialogu pomiędzy lekarzami a przedstawicielami władz
- podjęły wspólne działania mające na celu wypracowanie finalnych rozwiązań wyżej wymienionych problemów.

Jako cele strategiczne pierwszej debaty organizacji lekarskich ustalono:

- ocenę porozumienia Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów OZZL z dnia 8 lutego 2018 r.,
- zwiększenie finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia,
- stworzenie planu działań na lata 2018-2020 mających na celu reformę systemu ochrony zdrowia uwzględniającego warunki płacy i pracy kadry lekarskiej,
- stworzenie planu działania zwiększającego liczebność kadry lekarskiej oraz
- stworzenie planu postępowania nad poprawą wizerunku lekarza.

Uczestnicy spotkania zgodnie ocenili, iż w oczekiwanej na podpis Prezydenta RP Ustawie o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw znalazło się kilka istotnych odstępstw od treści porozumienia zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia z Porozumieniem Re-

zydentów OZZL z dnia 8 lutego 2018 r. (zwanego dalej „porozumieniem”). Odstępstwa te zostały już wielokrotnie podnoszone wraz z apelami o ich naprawę, co nie nastąpiło. Niezgodności te to:

1. Zapisy o przeznaczaniu odpowiedniego odsetka PKB publicznych nakładów na ochronę zdrowia (docelowo 6% PKB w 2024 r.) poszerzono o:
  - odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
  - koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Literalnie, wobec ujęcia w porozumieniu dokładnego zapisu, który powinien być zostać przeniesiony do ustawy, punkt ten nie został zrealizowany.

2. Ustawa w całości nie realizuje punktu porozumienia, przewidującego uregulowanie kwestii dyżurów medycznych.
3. Ustawa zawiera sprzeczne z porozumieniem zapisy w sprawie wzrostu wynagrodzenia zasadniczego (o 600 lub 700 złotych) dla tych lekarzy, którzy w czasie rezydentury zobowiązują się do wykonywania zawodu na terenie RP przez dwa z pięciu kolejnych lat po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.
4. Ustawa zawiera niezgodne z porozumieniem zapisy dotyczące wzrostu wynagrodzenia zasadniczego do 6.750 zł brutto dla lekarzy zobowiązujących się do nieudzielania tożsamyh świadczeń w innej placówce finansowanej ze środków publicznych.
5. Ustawa limituje wzrost wynagrodzeń lekarzy specjalistów do lat 2018–2020.
6. Ustawa przewiduje odwołanie od decyzji nakazującej lekarzowi zwrot dodatkowego wynagrodzenia, jeśli wojewoda uzna, że lekarz nie odpracował wymaganych 2 z 5 lat po ukończeniu rezydentury, do tej samej instancji nakazującej zwrot, tj. do wojewody, a nie do sądu – zgodnie z Kodeksem Postępowania Administracyjnego.
7. Ustawa i wszelkie zapisy pokrewne (rozporządzenie o wynagrodzeniach lekarzy rezydentów, rozporządzenie regulujące kwestię dyżurów medycznych) zgodnie z porozumieniem winny być zostać wdrożone w życie przed 1 lipca 2018 r.

Jednocześnie przedstawiciele organizacji lekarskich biorących udział w spotkaniu jednoznacznie uznali, że zaplanowany wzrost wydatków na publiczny sektor ochrony zdrowia jest dalece niewystarczający. Należy w jak najszybszym tempie osiągnąć wskaźniki rozwiniętych krajów Europy, tj. niezwłocznie minimum 6.8% PKB publicznych nakładów na system ochrony zdrowia oraz 9% PKB maksymalnie w ciągu dekady.

Wobec powyższego, tj. lekceważenia, w opinii przedstawicieli organizacji lekarskich, ustaleń zapisanych w po-



rozumieniu, będących ówczesnie daleko idącym kompromisem środowiska lekarskiego mającym na celu ochronę pacjentów przed skutkami trwającego wówczas protestu, ustalono, że aby uzmysłowić rządzącym, politykom i opinii publicznej rzeczywisty (dramatyczny) stan deficytu lekarzy zatrudnionych w publicznej ochronie zdrowia i skłonić w ten sposób Rząd RP do podjęcia poważnych rozmów z reprezentacją lekarzy i realnych działań, przedstawiciele organizacji lekarskich zebranych w dniu 1 sierpnia 2018 w Warszawie, **deklarują podjęcie wspólnych, niezbędnych działań prowadzących do realnych zmian w ochronie zdrowia.**

Dążąc do rozwiązania wszystkich problemów zapisanych we wstępie do niniejszego sprawozdania, przedstawiciele organizacji zebranych na spotkaniu podejmą wszel-

kie możliwe, zgodne z prawem, dopuszczalne dla specyfiki danej organizacji kroki. Określono cele strategiczne, rozłożone na lata 2018 – 2020, zawierające metody pozytywnej kampanii społecznej, poprawy wizerunku lekarza w społeczeństwie, poprawy warunków kształcenia kadry mające skutkować pozytywnymi konsekwencjami po wyborach parlamentarnych przewidzianych na rok 2019 i przygotowanie reformy ochrony zdrowia zgodnej z rzeczywistymi potrzebami, co winno być priorytetem kolejnej kadencji parlamentarnej.

Jednocześnie przedstawiciele organizacji lekarskich zebrani na niniejszym spotkaniu informują o potrzebie kontynuacji dialogu w tak szerokiej formule reprezentującej maksymalnie dużą liczbę lekarzy, celem dalszego wywierania wpływu na rządzących.

Warszawa, dnia 1 sierpnia 2018 r.

## STANOWISKO

**Przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej, Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Porozumienia Rezydentów OZZL, Federacji Porozumienie Zielonogórskie i Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia ustalone podczas spotkania „Warunki pracy i kształcenia lekarza w Polsce”**

Przedstawiciele największych organizacji reprezentujących wszystkich lekarzy w Polsce, mając świadomość nadchodzącej katastrofy w ochronie zdrowia, wyrażają głębokie zaniepokojenie brakiem wystarczających działań zmierzających do poprawy systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Rażącym tego przykładem jest fakt, iż do dziś Prezydent RP nie podpisał nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicz-

nych, mającej być doraźnym rozwiązaniem niektórych palących problemów. Przypominamy, że jej zapisy powinny wejść w życie od 1 lipca 2018 r.

W zapisach ww. ustawy nie uwzględniono najważniejszych postulatów środowiska lekarskiego, tj.:

- przeznaczenia co najmniej 6,8% PKB ze środków publicznych na ochronę zdrowia gwarantujących minimum bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów,
- zgodnego z oczekiwaniami środowiska uregulowania kwestii dyżurów medycznych i warunków pracy, bezpiecznych zarówno dla pacjentów jak i kadry medycznej,
- kompleksowego uregulowania kwestii wynagrodzeń wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów.

Dalsze ignorowanie głosu lekarzy doprowadzi do pogłębienia już istniejącego realnego zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli RP.

Ministerstwo Zdrowia

Departament Polityki Lekowej i Farmacji / PLO.0762.12.2018.TL.1

Warszawa 2018-07-18

## PAN ROBERT STĘPIEŃ

**Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, ul. Kordylewskiego 11, 31-547 Kraków**

W odpowiedzi na pismo z 22 czerwca 2018 r. (data wpływu: 27 czerwca 2018 r.) o sygn. L.dz.OIL-1/116/2018, Departament Polityki Lekowej i Farmacji (DPLiF) stwierdza co następuje.

Przepis art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (dalej również jako: „u.p.f.” lub „Prawo farmaceutyczne”) stanowi, że recepta zawiera m.in. dane w zakresie kwalifikacji zawodowych osoby wystawiającej receptę, w tym posiadanego przez nią tytułu zawodowego. Prawidłowe nazewnictwo w zakresie tytułów naukowych zostało natomiast uregu-

lowane w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 10 lutego 2017 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplomowych oraz wzoru suplementu do dyplomu. Zgodnie z § 4 pkt 1-3 rozporządzenia, absolwentom jednolitych studiów magisterskich:

- na kierunku lekarskim nadaje się tytuł zawodowy „lekarz”;
- na kierunku lekarsko-dentystycznym nadaje się tytuł zawodowy „lekarz dentysta”;
- na kierunku weterynarii nadaje się tytuł zawodowy „lekarz weterynarii”.

Prawidłowym oznaczeniem tytułu zawodowego osób legitymujących się wskazanym powyżej wykształceniem jest więc użycie sformułowania zawartego w rozporządzeniu. Analogiczne oznaczenia powinny więc zostać zamieszczone na receptach.

Departament Polityki Lekowej i Farmacji zwraca jednak uwagę na brzmienie przepisu art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. b u.p.f., zgodnie z którym na receptce zamieszcza się dane dot. kwalifikacji zawodowych osoby wystawiającej receptę, w tym jej tytułu zawodowego. Tytuł zawodowy, określony zgodnie z przywołanym powyżej rozporządzeniem, stanowi więc jedynie element oznaczenia kwalifikacji osoby wystawiającej receptę. Należy z tego wynioskować, że posługiwanie się przez np. lekarza pieczęcią, która zawiera oznaczenie tytułu zawodowego („lekarz”) wraz z dodatkowym oznaczeniem kwalifikacji (np. informacje dotyczące specjalizacji) jest działaniem prawidłowym. Mając na uwadze racjonalność stosowania przedmiotowego przepisu, Departament Polityki Lekowej i Farmacji stoi również na stanowisku, że zapisanie przedmiotowego oznaczenia w formie skrótu „lek.” jest działaniem prawidłowym i zgodnym z art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. b Prawa farmaceutycznego.

Oznaczenia tytułu zawodowego wyłącznie poprzez wskazanie specjalizacji, z pominięciem oznaczenia faktycznego tytułu zawodowego, należy uznać za potencjalnie problematyczne. Departament Polityki Lekowej i Farmacji zwraca bowiem uwagę na powtarzalność nazw specjalizacji pomiędzy grupami zawodowymi. Przykładowo, zarówno lekarz, jak również pielęgniarka mogą być specjalistą w dziedzinie anestezjologii, geriatrii, pediatrii lub psychiatrii – nazwy tych specjalizacji są iden-

tyczne lub bardzo zbliżone dla obu grup zawodowych. W trosce o jednoznaczność informacji zamieszczanej na receptach osoby je wystawiające powinny więc zamieszczać oznaczenia jednoznacznie wskazujące na tytuł zawodowy.

Departament Polityki Lekowej i Farmacji stwierdza również, że zasadna jest przedstawiona w piśmie z 22 czerwca 2018 r. wątpliwość co do naniesienia danych, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. b u.p.f. poprzez posłużenie się oznaczeniem tytułu naukowego osoby wystawiającej. Oznaczenie takie jest nieprawidłowe, ponieważ nie zawiera danych wymaganych powołanym przepisem i przez wzgląd na możliwość uzyskania tytułu naukowego np. doktora nauk medycznych bez konieczności posiadania tytułu zawodowego lekarza nie spełnia funkcji prawidłowego oznaczenia kompetencji osoby wystawiającej receptę.

Wobec powyższego, Departament Polityki Lekowej i Farmacji stwierdza, że zgodne z dyspozycją art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. b u.p.f. oznaczenie tytułu zawodowego osoby wystawiającej receptę powinno polegać na umieszczeniu na niej informacji niepozostawiającej wątpliwości co do faktycznego tytułu zawodowego tej osoby. W przypadku absolwentów jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim oznaczenie takie powinno zawierać sformułowanie „lekarz”, również w skrócie, tj. „lek.”. Przedmiotowe oznaczenie może być uzupełnione o wskazania np. specjalizacji osoby wystawiającej receptę.

Z poważaniem

Z-ca DYREKTORA  
Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji  
Łukasz SZMULSKI, radca prawny

Opolski Urząd Wojewódzki, Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia  
45-082 Opole, ul. Piastowska 14 / PSiZ.IV.960.10.2018.ŁK

## PAN ROBERT BRYK

**Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**  
**ul. Głogowska 37, 45-315 Opole**

Dotyczy: uprawnień kombatanckich do korzystania z opieki lekarskiej.

Zgodnie z uprawnieniami osób, które posiadają uprawnienia kombatanckie do korzystania z opieki lekarskiej zgodnie z art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 1938, z późn. zm.), uprzejmie proszę o przekazanie informacji do wszystkich dyrektorów podmiotów leczniczych działających na terenie Województwa Opolskiego w sprawie obowiązku stosowania przepisów powyższej ustawy przy realizacji świadczeń zdrowotnych.

Na podstawie zapisu art. 47c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

1. Kobiety w ciąży, świadczeniobiorcy do 18 r.ż., posiadający zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a, osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombataneci oraz działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.
2. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością



przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 2.

3. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 i 2, w dniu zgłoszenia.
4. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
5. W miejscach rejestracji pacjentów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w miejscach udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz

w aptekach, odpowiednio świadczeniodawca albo kierownik apteki uwidacznia pisemną informację o uprawnieniach określonych w ust. 1–4.

6. Przepisy ust. 2–4 stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza kolejnością na podstawie art. 24a–24c.

Uprzejmie proszę Pana Dyrektora o przypomnienie dyrektorom podmiotów leczniczych o obowiązku stosowania się do ww. zapisów przy realizacji świadczeń zdrowotnych poza kolejką oczekujących.

Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia  
Mieczysław WOJTASZEK

Do wiadomości: Okręgowa Izba Lekarska w Opolu,  
ul. Grunwaldzka 23, 46-020 Opole

## PLAN SZKOLEŃ NA II PÓŁROCZE 2018 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
14 września 2018 r. I grupa godz. 8:00 – 12:00 II grupa godz. 13:00 – 17:00	Dr Waldemar Kozłowski	<i>Praca w koferdamie</i> (2 grupy po 10 osób)	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
3-7 października 2018 r.* 11-13 października 2018 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	<i>Zdrowie publiczne – dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji</i>	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
12 października 2018 r. I grupa godz. 9:00 – 12:00 II grupa godz. 12:30 – 15:30	Dr Waldemar Kozłowski	<i>Kompleksowe rozwiązania dla ubytków klasy II</i> (2 grupy po 10 osób)	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
26 października 2018 r. I grupa godz. 9:00 – 12:30 II grupa godz. 13:00 – 16:30	Dr Michał Bednarski	<i>Czas na Endo</i> (2 grupy po 12 osób – program poniżej)	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
5-8 listopada 2018 r.*	Dr n. med. Kazimierz Drosik – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej	<i>Onkologia – dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji</i>	Opolskie Centrum Onkologii Opole ul. Katowicka 66a
30 listopada 2018 r.	Dr Michał Snoch	<i>Stomatologia Estetyczna – Ceram X Duo</i> (program – w terminie późniejszym)	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

\* Zgłoszenia na kursy proszę kierować na formularzach znajdujących się na stronie CMKP.

Terminy szkoleń, które są w trakcie ustalania pojawiają się najszybciej na stronie internetowej Izby.

## CZAS NA ENDO – 26 PAŹDZIERNIKA 2018 R.

**Prowadzący: dr Michał BEDNARSKI**

1. Przygotowanie zęba do leczenia endodontycznego
    - izolacja i tymczasowa odbudowa zęba na potrzeby leczenia endodontycznego
    - diagnostyka radiologiczna
    - prosty dostęp i poszerzenie ujścia kanału za pomocą PROTAPER SX/XA
  2. Ćwiczenie praktyczne – odbudowa feruli w zębie przeznaczonym do leczenia endodontycznego materiałem SDR
  3. Ćwiczenie praktyczne – poszerzenie ujścia kanału za pomocą narzędzia PROTAPER SX/XA – ćwiczenie na fantomach
  4. System WaveOne GOLD
    - najnowsza generacja narzędzi do pracy w trybie recyprokalnym
    - przygotowanie gładkiej ścieżki „glidepath” przy użyciu Proglider
    - prezentacja najnowszego systemu narzędzi maszynowych WaveOne GOLD
    - przypadki kliniczne okiem eksperta
  5. Ćwiczenie praktyczne na blockach fantomowych – wstępne opracowanie kanału za pomocą Proglider
  6. Ćwiczenie praktyczne na blockach fantomowych – ostateczne opracowanie kanału pilnikiem WaveOne GOLD
  7. Wypełnienie kanałów korzeniowych oraz szczelne zamknięcie komory
    - obturacja – rozwiązania, zastosowanie kalibrowanych świeków gutaperkowych
    - właściwości uszczelniające w różnych technikach wypełniania kanałów
    - trójwymiarowa dezynfekcja – chemiczne opracowanie kanałów i aktywacja środków płuczających
    - procedury zachowawcze w świetle możliwości ich zastosowania oraz trwałości klinicznej
    - przypadki kliniczne okiem eksperta
  8. Ćwiczenie praktyczne na blockach fantomowych – ENDOAKTYWATOR
  9. Ćwiczenie praktyczne na blockach fantomowych – obturacja kanału z wykorzystaniem dedykowanych kalibrowanych świeków gutaperkowych i AH+
  10. Ćwiczenie praktyczne na blockach fantomowych – zamknięcie komory materiałem SDR
- Uczestnicy proszeni są o przyniesienie odpowiednio przygotowanych zębów 2, 4, 5 i 6 lub 7, spreparowanych, z dostępem do jamy zęba, zdjęte sklepienie komory, komora opracowana bez ujść kanałowych, kanał udrożniony

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

## POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 4 czerwca br. odbyło się pierwsze w VIII kadencji posiedzenie Komisji Stomatologicznej Opolskiej Izby Lekarskiej. Posiedzenie otworzyła Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Obrady rozpoczęto od wyboru nowego Przewodniczącego, którą została jednogłośnie dr Barbara Hamryszak. W kolejnych głosowaniach wybrano (również jednogłośnie):

- Wiceprzewodniczącego – dr Roberta Rypniewskiego,
- Sekretarza – dr Agnieszkę Chomik-Rączy oraz
- Wicesekretarza – dr Mateusza Śnieżka.

Następnie dr Smerkowska-Mokrzycka zrelacjonowała przebieg XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy, podczas którego wybrano nowego Prezesa NRL prof. Andrzeja Matyję oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej dr Grzegorza Wrone. Ponadto na Zjeździe przyjęto dwa stanowiska:

- w sprawie centrum urazowego dla dzieci;
- w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- i wystosowano dwa apele:
- do Ministra Zdrowia w sprawie analizy dotyczącej wystawiania recept;

- do Prezesa Rady Ministrów o doprowadzenie do kompromisowego zakończenia protestu osób niepełnosprawnych.

Dr Barbara Hamryszak poinformowała o nadesłaniu z NIL propozycji kodeksu branżowego związanego z RODO oraz o postępowaniu konkursowym na świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do lat 18, jak i świadczenia ogólnostomatologiczne dla gminy Kluczbork (składanie ofert do NFZ do dnia 11 czerwca 2018 r.). Z kolei rozstrzygnięcie ofert konkursowych dotyczących Dentobusu odbędzie się 18 czerwca br.

Ponadto poinformowała o IX Łódzkich Spotkaniach Stomatologicznych, które odbędą się w dniach 28–30 września br. (zapisy na stronie organizatora lub OIL).

Dr Rafał Pędich poinformował o ukazaniu się płyty CD z nagraniami chóru OIL „Medicanto” i zaprosił wszystkich chętnych na Noc Kultury dnia 29 czerwca br. 2018 r., podczas której o godz. 19.30 odbędzie się koncert w/w chóru w Katedrze Opolskiej.

*Sekretarz KS  
Lek. dent. Agnieszka CHOMIK-RĄCZY  
Przewodnicząca KS  
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*



# NASZ KOLEGA PRZEWODNICZĄCYM NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



*W dn. 21 czerwca br. na swoim pierwszym zebraniu członkowie Naczelnego Sądu Lekarskiego dokonali wyboru Przewodniczącego NSL. Miło mi donieść, że w wyniku wyborów funkcję tę w VIII kadencji pełnić będzie nasz Kolega dr Jacek MIARKA.*

*Poniżej pozwalam sobie przedstawić krótką charakterystykę dr Miarki, a nieco dalej wywiad z nim.* JBL

Dr n. med. Jacek Miarka – specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog i neurolog z Samorządem Lekarskim związany był od samego początku jego reaktywacji. Brał czynny udział przy tworzeniu struktury izb lekarskich na Opolszczyźnie. Delegat na Krajowe Zjazdy Lekarzy. Współtworzył pierwszy Kodeks Etyki Lekarskiej. W pierwszej kadencji był członkiem Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. W kadencji II pełnił funkcję Prezesa Okręgowego Sądu Lekarskiego, a obecnie – już szóstą kadencję – jest sędzią Naczelnego Sądu Lekarskiego. Jego wiedza merytoryczna i prawnicza, a także wysokie poczucie sprawiedliwości są powodem, dla których jest wyznaczany do prowadzenia najtrudniejszych spraw sądowych na szczeblu krajowym. W Opolskiej Izbie Lekarskiej od wielu lat przewodniczy Okręgowej Komisji Bioetycznej.

Od 29 lat jest ordynatorem Oddziału Kardiologiczno-Internistycznego w Szpitalu w Nysie. Rozwinął w tym czasie diagnostykę szpitalną, poszerzając ją o badania

endoskopowe i ultrasonograficzne. Pod jego kierownictwem specjalizację uzyskało ponad 50 lekarzy, co stanowi ewenement nie tylko w skali wojewódzkiej. Młodym adeptom sztuki medycznej, oprócz wiedzy merytorycznej, wpaja idee tolerancji, poszanowania godności drugiego lekarza, ale równocześnie szczerości i odwagi w reagowaniu na błędy Kolegów.

Jako pierwszy w regionie uzyskał specjalizację z kardiologii. Był inicjatorem i organizatorem opieki kardiologicznej w powiecie nyskim. Poradnię Kardiologiczną w Nysie prowadzi od kilkunastu lat. Przez wiele lat pełnił funkcję Konsultantem Wojewódzkim z zakresu chorób wewnętrznych na województwo opolskie.

Jest jednym z nielicznych lekarzy na Opolszczyźnie uhonorowanych Medalem 100-lecia Towarzystwa Internistów Polskich.

W 2010 r., kiedy ustanowiono Honorowe Wyróżnienie Opolskiej Izby Lekarskiej „Prymariusza Opolskiego”, był w gronie pierwszych laureatów tego Wyróżnienia. Podczas uroczystości z okazji Jubileuszu 25-lecia istnienia odrodzonych izb lekarskich w 2015 r. został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi, a za swoją pracę na rzecz lekarzy w tym samym roku otrzymał najwyższe odznaczenie Samorządu Lekarskiego – „Meritus Pro Medicis”.

*Wszystkie fotografie autorstwa Marty Jakubiak z „Gazety Lekarskiej”*



# ODZNACZENIA DLA LEKARZY

W dniu 22 czerwca br. przy okazji otwarcia Sali Hybrydowej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym, Wicewojewoda Violetta Porowska wręczyła, nadane przez Ministra Zdrowia, Honorowe Odznaki „Za zasługi dla Ochrony Zdrowia” szczególnie zasłużonym byłym i obecnym pracownikom USK. Wśród nich było również kilkoro lekarzy. Oto ich sylwetki.

## Doktor Halina KUBICKA

całe swoje życie zawodowe poświęciła opolskim dzieciom, ich rodzicom i wychowaniu kolejnych pokoleń opolskich pediatrów.

Po ukończeniu studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Krakowie i dwuletnim stażu podyplomowym, w 1966 r. rozpoczęła pracę w Szpitalu Dziecięcym w Opolu, który wówczas stanowił część Wojewódzkiego Specjalistycznego ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu. Kolejno zdobywała specjalizację I, a następnie II stopnia z pediatrii oraz rozwijała swoje zainteresowania kardiologią dziecięcą. W latach 1975–1987 pełniła funkcję Zastępcy Ordynatora, a od 1987 r. do końca swej pracy zawodowej funkcję Ordynatora – początkowo Oddziału Niemowlęco-Przedszkolnego w Szpitalu Dziecięcym, a następnie w latach 1996–2003 Oddziału Dzieci Starszych Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.

Przez cały okres pracy zawodowej dr Halina Kubicka była bardzo zaangażowana w leczenie dzieci, bardzo sumiennie i rzetelnie wypełniała zadania zawodowe, była wręcz oddana całym sercem małym pacjentom.

Jako Ordynator była świetnym organizatorem pracy oddziałowej, dbała o podnoszenie kwalifikacji zawodowych swoich i całego zespołu. Przez wiele lat – jako kierownik specjalizacji – kształciła młodych lekarzy. Pod Jej kierunkiem wielu lekarzy przeszło kompleksowo całą drogę specjalizacyjną uzyskując I, a następnie II stopień specjalizacji. Dbając o solidne przygotowanie merytoryczne młodych adeptów sztuki lekarskiej była dla nich również, jako człowiek, autorytetem i mistrzem. W pracy tworzyła serdeczną atmosferę wzajemnego poszanowania i pomocy.

Prowadziła również działalność edukacyjną, wykładając pediatrię w Medycznym Studium Zawodowym w Opolu, a także w ramach wykładów w Wojewódzkim Ośrodku Doskonalenia Kadr Medycznych w Opolu.

Od początku pracy zawodowej była aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego – przez wie-



le lat kierowała Oddziałem Opolskim PTP. Była również cenionym i aktywnym członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Jej postawa została dostrzeżona i nagrodzona odznaczeniami, m.in.: Srebrnym Krzyżem Zasługi, „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia”, „Zasłużony Opolszczyźnie” czy też „Przyjaciół Dziecka”.

W czerwcu 2003 r. dr Halina Kubicka przeszła na emeryturę utrzymując dalej kontakt z Oddziałem Pediatrii i Opolskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

\*\*\*

**Dr n. med. Ryszard KWIECIŃSKI** – specjalista chorób wewnętrznych i nefrologii, od października 1972 r. Ordynator Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Opolu, od 1997 r. do 2006 r. Ordynator Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.



Dr Ryszard Kwieciński w ciągu swojej 34-letniej ordynatury wykształcił wielu internistów i nefrologów, zapewniając kadrę lekarską także dla kolejnych stacji dializ województwa opolskiego. Oddział Nefrologii ze Stacją Dializ w nowo powstałym Wojewódzkim Centrum Medycznym uzyskały, poza akredytacją do kształcenia w dziedzinie chorób wewnętrznych, również akredytację do kształcenia w dziedzinie nefrologii. Od samego początku w Oddziale Nefrologii i Stacji Dializ wprowadzane były nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne. Przez wiele lat wykonywane były samodzielnie dostępy naczyniowe dla celów dializoterapii. Wykonywano również diagnostyczne biopsje nerki i wprowadzano nowe metody leczenia nerkozastępczego. Jako wieloletni Konsultant Wojewódzki w dziedzinie nefrologii dr n. med. Ryszard Kwieciński dbał o stały wzrost dostępności do dializoterapii w województwie opolskim. Dzięki Jego staraniom na Opolszczyźnie powstało 5 nowych stacji dializ oraz Oddział Nefrologii w Oleśnie.

Dr Kwieciński brał udział w pracach Krajowego Zespołu Konsultantów w dziedzinie nefrologii. Był często zapraszany do udziału w panelach dyskusyjnych, konferencjach okrągłego stołu w trakcie krajowych zjazdów i konferencji nefrologicznych. Sam wygłosił kilkadziesiąt referatów. Był głównym autorem i współautorem ponad 40 publikacji naukowych. Wraz ze swoim zespołem zorganizował dwie krajowe konferencje Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. W 1977 r. w uznaniu zasług dla opolskiej społeczności dr Ryszard Kwieciński

został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi i wyróżniony Odznaką „Za wzorową pracę w służbie Zdrowia”. Kolejne lata przyniosły następne wyróżnienia: w 1980 r. Odznakę „Zasłużony Opolszczyźnie”, w 1984 r. Medal 40-lecia Polski Ludowej, w 1989 r. Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, w 2006 r. Medal Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego „Za Zasługi dla Nefrologii”, w 2009 r. Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, a także tytuł Honorowego Członka Towarzystwa Internistów Polskich.

Dr n. med. Ryszard Kwieciński aktywnie uczestniczył w działaniach na rzecz reaktywowania Samorządu Lekarskiego oraz w tworzeniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu. Po jej utworzeniu został wybrany na pierwszego Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu, a po zakończeniu swojej kadencji został mu nadany tytuł Honorowego Dziekana Opolskiej Izby Lekarskiej. W 2010 r., po ustanowieniu przez Opolską Izbę Lekarską Honorowej Godności „Prymariusza Opolskiego”, dr n. med. Ryszard Kwieciński otrzymał to wyróżnienie z nr 1.

\*\*\*

**Dr n. med. Władysław PLUTA** jest twórcą i pierwszym Ordynatorem Oddziału Kardiologii ówczesnego Szpitala Wojewódzkiego w Opolu przy ul. Witosa, a następnie Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu. Od 1994 r. pracował w nowo utworzonej Wojewódzkiej Przychodni Kardiologicznej nadzorując jednocześnie powstawanie Oddziału Kardiologii. Dzięki zdolnościom organizacyjnym i osobistemu zaangażowaniu doktora Pluty, 8 marca 1996 r. powstał pierwszy w województwie opolskim Oddział Kardiologii, wyposażony w najwyższej klasy aparaturę medyczną pozwalającą na inwazyjną i nieinwazyjną diagnostykę oraz terapię chorób układu krążenia.



Jako jedyny w Polsce Oddział Kardiologii Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu, nie będąc oddziałem klinicznym, rozpoczął wykonywanie diagnostyki inwazyjnej układu krążenia. Pierwszą koronarografię wykonano w nim 13 marca 1996 r., a zabieg angioplastyki wieńcowej – 29 lipca 1996 r. Od 1 lutego 1999 r. Oddział Kardiologii WCM w Opolu, jako drugi w Polsce, wprowadził 24-godzinny dyżur hemodynamiczny, umożliwiając leczenie inwazyjne zawałów serca. W 1996 r. w Oddziale Kardiologii rozpoczęto wszczepianie stymulatorów serca.

Dzięki staraniom dr Władysława Pluty możliwy był stały rozwój wszystkich pracowni Oddziału Kardiologii – przede wszystkim Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektrofizjologii.

Od początku swojej działalności Oddział Kardiologii aktywnie uczestniczył w wieloośrodkowych badaniach klinicznych. Pozwoliło to na stosowanie u leczonych pacjentów najnowocześniejszych metod terapii, a zespołowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu Oddziału umożliwiło zdobycie ogromnego doświadczenia.

Pod kierunkiem dr Władysława Pluty doświadczenie zawodowe i kolejne stopnie specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii zdobyło kilkudziesięciu lekarzy. Dzięki Jego staraniom w 2000 r. utworzono w Opolu Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (dr Pluta został jego pierwszym przewodniczącym). Od 1997 r. dr Władysław Pluta jest Konsultantem Wojewódzkim z zakresu kardiologii dla województwa opolskiego. W 2004 r. otrzymał honorową odznakę „Za zasługi dla województwa opolskiego”, a w 2007 r. został odznaczony „Złotym Laurem Umiejętności i Kompetencji” w kategorii *Pro Publico Bono*. Dr Władysław Pluta posiada również Srebrny Krzyż Zasługi.

Dr nauk med. Władysław Pluta przeszedł na zasłużoną emeryturę 4 grudnia 2015 r. Współczesna Opolska Kardiologia – nie tylko ta w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu – zawdzięcza dużo dr Władysławowi Plucie w zakresie postępu w nowoczesnych metodach leczenia.

\*\*\*



**Dr Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA** jest absolwentką Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku. W swoim zawodzie pracuje ponad 32 lata, z czego ponad 25 lat w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu (obecnie Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Opolu).

Jest zatrudniona w Poradni Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej, gdzie przeszła po kolei wszystkie etapy – począwszy od młodszego asystenta do kierownika Poradni. Uzyskała w tym czasie: I stopień ze specjalizacji ze stomatologii ogólnej (1992 r.) oraz II stopień specjalizacji z chirurgii stomatologicznej (1996 r.). Od 1 stycznia 1999 r. do chwili obecnej pełni funkcję Kierownika Poradni. Wiedzą i doświadczeniem chętnie dzieli się z młodymi lekarzami. W latach 2001–2015 była koordynatorem staży podyplomowych dla 23 lekarzy dentystów.

Dzięki jej dużym staraniom Poradnia Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej od wielu lat posiada akredytację Ministerstwa Zdrowia do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, a także staży kierunkowych w tej dziedzinie dla innych specjalności, co umożliwiono lekarzom dentystom zdobywanie specjalizacji w dziedzinie chirurgii stomatologicznej,



tym samym skutecznie wypełniając lukę związaną z brakiem na Opolszczyźnie Uniwersytetu Medycznego.

Pod jej kierownictwem specjalizację I stopnia w dziedzinie chirurgii stomatologicznej uzyskało 4 lekarzy dentystów, specjalizację I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej – 1 lekarz dentysta i specjalizację II stopnia lub bezstopniową specjalizację w dziedzinie chirurgii stomatologicznej 3 lekarzy dentystów. W chwili obecnej jest kierownikiem specjalizacji kolejnych 4 lekarzy dentystów.

Z dniem 1 marca 2002 r. dr Smerkowska-Mokrzycka została powołana przez Wojewodę Opolskiego na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej dla województwa opolskiego. Funkcję tę pełni do chwili obecnej. Aktywnie przyczyniła się do poszerzenia bazy jednostek akredytowanych do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych w reprezentowanej przez siebie dziedzinie i liczby miejsc specjalizacyjnych (przez wiele lat były to 4 jednostki akredytowane i 11 miejsc szkoleniowych, co w skali kraju było ewenementem. Obecnie są to 3 jednostki

posiadające akredytację i 8 miejsc szkoleniowych – aktualnie Opolszczyzna posiada więcej miejsc szkoleniowych niż województwa posiadające Uniwersytety Medyczne.

Od wielu lat aktywnie działa w Samorządzie Lekarskim na poziomie Okręgowej Izby Lekarskiej i w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Za swoją działalność na polu samorządowym otrzymała w 2012 r. statuetkę „Prymariusza Opolskiego” – Godność Honorową nadaną przez Okręgową Radę Lekarską w Opolu, a w 2018 r. odznakę „Meritus pro Medicis” – najwyższe odznaczenie nadawane przez Samorząd Lekarski.

Od 30 lat jest aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, w którym od wielu lat pełni funkcję Sekretarza Oddziału Opolskiego. Uchwałą nr 1191 Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego z dnia 16 grudnia 2002 r. została jej przyznana Złota Odznaka Honorowa PTS, a Uchwałą z dnia 2 grudnia 2016 r. Zarząd Główny PTS nadał jej Godność „Bene Meritus”.

## CHCIAŁEM BYĆ PROFESJONALNYM PERFEKCJONISTĄ

Z nowo wybranym Przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego dr. n. med. Jackiem MIARKĄ rozmawia Jerzy Lach

*Należysz do tzw. „ojców założycieli” Opolskiej Izby Lekarskiej, choć jej istnienie na początku wcale nie było takie oczywiste. Przypomnij pokrótce, jak doszło ostatecznie do jej powstania?*

Początki były trudne. Mieliśmy więcej entuzjazmu niż wprawy, ale nie miałem wątpliwości, że samorząd powinien być blisko lekarzy, stąd przekonanie o potrzebie powołania Opolskiej Izby Lekarskiej.

Leży przede mną mandat nr 830 Delegata na I Krajowy Zjazd Lekarzy (10–12 grudnia 1989 r. w Warszawie) z Okręgowej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, podpisany przez Sekretarza Komitetu Założycielskiego Izb Lekarskich Prof. Tadeusza Chruściela i Prezesa, Prof. Jacka Żochowskiego (obydwaj już nie żyją). Ten pierwszy był zwolennikiem dużych izb, opartych o ośrodki akademickie, i mimo rozmów kularowych przed zjazdem – między innymi prowadzonych przez Ryszarda Kwiecińskiego i Antoniego Junoszę-Szaniawskiego – był przeciwko. Drugi, z którym miałem okazję także rozmawiać ja, był za naszym pomysłem. Ostatecznie zdecydował zjazd i tak powstała Izba Opolska – co trzeba podkreślić – przy poparciu Izby Dolnośląskiej.

Każdy ojciec jest dumny ze swojego dzieła, i ja też, ale ojcostwo nakłada także pewne obowiązki, stąd moja praca



w pierwszej kadencji Izby w jej Prezydium oraz w Nyskiej Delegaturze. Krótko po powstaniu Komisji Bioetycznej, ze względu na stan zdrowia zrezygnował z jej przewodniczenia Prof. Stanisław Lembrzych, i od tego czasu, czyli ponad 20 lat nieprzerwanie pełnię te obowiązki.

*W I kadencji Samorządu byłeś członkiem Prezydium Okręgowej Rady*

*Lekarskiej, a już w następnej pełniłeś funkcję Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego. Co było przyczyną, że zdecydowałeś się pójść w tę stronę działalności samorządowej?*

Jeśli chodzi o moją pracę w Sądzie Lekarskim, to zadziałało wiele czynników. W 1991 r., na II Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy w Bielsku-Białej, brałem udział w ostatecznym redagowaniu Kodeksu Etyki Lekarskiej. Nie do końca zgadzałem się z niektórymi sformułowaniami, ale zdecydował Zjazd, i muszę tego Kodeksu przestrzegać, tak jak każdy lekarz.

Zainteresowanie Sądem Lekarskim wzięło się także z opowieści moich starszych kolegów lekarzy, pracujących jeszcze przed wojną. Wtedy Sąd Lekarski miał olbrzymi autorytet – lekarze bali się go bardziej niż Sądów Powszechnych. Uznanie lekarza winnym niegodnego za-



chowania się, powodowało tak olbrzymi ostracyzm zawodowy, że praktycznie uniemożliwiało jego dalszą pracę. Pracując w Klinice Konsultanta Regionalnego, Prof. G. Jonderko, bywałem delegowany jako jego przedstawiciel do OKKZ w Katowicach, gdzie w sprawach lekarskich byłem często jedynym lekarzem, a decydujący głos w orzekaniu mieli przedstawiciele tzw. czynników społecznych. Po odrodzeniu Izb Lekarskich, przywrócenie Sądów Lekarskich stało się faktem, dlatego od drugiej kadencji do dzisiaj pracuję jako Sędzia. W Naczelnym Sądzie Lekarskim jestem od trzeciej kadencji. Na początku orzekaliśmy w nim w składzie 4 lekarzy i sędzia Sądu Najwyższego. Ci ostatni byli wybitnymi prawnikami, o olbrzymiej wiedzy i doświadczeniu, z niekwestionowanym autorytetem. Z perspektywy czasu myślę, że od nich nauczyłem się najwięcej. I bardzo żałuję, że teraz spotykamy się tylko na szkoleniach.

***Od prawie 30 lat jesteś nieprzerwanie Ordynatorem Oddziału Kardiologiczno-Internistycznego szpitala w Nysie. Przez te lata byłeś wychowawcą kilkudziesięciu lekarzy-specjalistów. Czy wzorzec dobrego lekarza, etos tego zawodu, na przestrzeni minionych lat uległ zmianie?***

My wszyscy się zmieniamy. Przez 30 lat zmienił się świat nas otaczający, zmieniła się Polska, zmieniły się warunki pracy i życia. Inaczej żyło się i pracowało za żelazną kurtyną, inaczej teraz, gdy świat stoi przed nami otworem. Młode pokolenie lekarzy żyje już w wolnej Polsce, w Europie. Nie godzi się z tym, z czym my godziliśmy się przez całe lata, wiedząc, że może być gorzej.

Jak byłem młodym lekarzem po stażu, medycyna nie miała dla mnie tajemnic, ale potem szybko nauczyłem się pokory. Chciałem być profesjonalnym perfekcjonistą i tego też chcą młodzi lekarze. Problem tylko w tym, że większość z nich po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji zawodowych emigruje do innych krajów i – jak wynika z moich rozmów z nimi – powodem nie jest tylko wielokrotnie wyższa pensja, ale także całkowicie inne warunki i organizacja pracy niż u nas, inny stosunek chorych do lekarzy.

Powszechną praktyką oszczędnościową w szpitalach jest obarczanie najtańszego dla pracodawcy personelu – rezydentów i lekarzy przed specjalizacją – obowiązkami, które powinny być wykonywane przez specjalistów. Obarczanie lekarza dyżurnego odpowiedzialnością za więcej, niż jeden oddział. A wszystko to odbywa się często w sposób nieformalny, na podstawie ustnego polecenia lub presji przełożonego. Natomiast przed Sądem staje zwykle lekarz zmuszony do pracy w takich warunkach, w których łatwo jest popełnić błąd – a nie kadra kierownicza stwarzająca takie warunki pracy.

***Jak sądzisz, co jest przyczyną takiego stanu rzeczy? Myślisz, że te zmiany idą w dobrą stronę?***

U podstawy tego leży stały od wielu lat niedobór środków publicznych przeznaczanych na lecznictwo, a jed-

nocześnie swoista propaganda uprawiana przez Ministerstwo i NFZ, że wszystko wszystkim się należy. I tak z jednej strony wprowadza się tak zwane minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, co powoduje balansowanie na granicy bezpieczeństwa w opiece nad pacjentami i stosuje liczne ograniczenia w finansowaniu świadczeń, wykonanych przez szpitale. Z drugiej zaś strony obiecuje się chorym najwyższy standard opieki i kartę praw pacjenta nie mając odwagi przyznać, że stać nas tylko na świadczenia minimalne.

Lekarze toną w papierach, spędzając więcej czasu przy komputerze, niż przy chorych. Ordynator stał się bardziej wykonawcą kontraktu z NFZ, księgowym liczącym punkty i opłacalność procedur, zasypywanym masą pism oraz skazanym na wieczne konflikty z roszczeniowymi chorymi i ich rodzinami. Na czas dla ciężko chorych, kształcenie asystentów i własne zostaje niewiele czasu.

W tej sytuacji, patrząc wstecz, za największą wartość tych 30 lat uważam wykształcenie ponad 50 specjalistów, z którymi mam nadal kontakt i – jak sądzę – przyjacielskie stosunki. Chcę podkreślić, że młodzi lekarze przychodzący na staż specjalizacyjny w porównaniu ze starszym pokoleniem, lepiej znają języki obce, są bardziej zdecydowani w wyborze specjalizacji, mają niezłą wiedzę teoretyczną i znajomość technik diagnostycznych. Są bardziej nastawieni pragmatycznie do zawodu. Natomiast gorzej wypadają jeśli chodzi o umiejętność połączenia wywiadu, pełnego badania fizykalnego i interpretację jego wyników czyli w tym wszystkim, co jest najważniejsze poza laboratorium i techniką diagnostyczną. Jak sądzę brak elektryczności w szpitalu byłby dla nich katastrofą.

Doktor Judym na pewno nie jest już wzorcem dobrego lekarza, dzisiaj jest to profesjonalny perfekcjonista, dobrze opłacany za posiadane umiejętności diagnostyczne i wiedzę, potrafiący utrzymać na odpowiednim poziomie swoją rodzinę i dobrze oceniany przez chorych. Empatia nie jest już niestety zasadniczą kompetencją zawodową lekarza, aczkolwiek nie można odmówić jej posiadania, w mojej ocenie ok. 40% lekarzy.

***Jak już o tym była mowa od 7 kadencji jesteś stale związany z sadownictwem lekarskim – przez rok w naszej izbie, a od III kadencji do dzisiaj w Naczelnym Sądzie Lekarskim. Czy zauważasz zmiany w spektrum spraw, jakimi się przez te lata zajmowałeś w Sądzie? Z czego te zmiany wynikają Twoim zdaniem?***

Spektrum spraw rozpatrywanych przez NSL zmienia się z czasem. Kiedyś było dużo spraw z Pogotowia Ratunkowego. Teraz, ponieważ chorzy przywożeni są do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), tam jest miejsce podejmowania decyzji – więc tam też większa możliwość popełniania błędów. W mojej opinii sprawy te wynikają bądź z małego doświadczenia obsadzanych tam samodzielnie młodych lekarzy, bądź ze zbytnej pewności tych starszych, doświadczonych, na co nakładają się błędy or-

ganizacyjne, ograniczenia diagnostyki oraz absurdalne czasem przepisy NFZ (np. płacenie tylko za kilkudniowe pobyty chorych w szpitalu, podczas gdy w przypadku kardiowersji migotania przedsionków można bezpiecznie wypisać chorego w drugiej dobie, zamiast blokować łóżko szpitalne przez 4 dni). Jeśli dodać do tego brak łóżek szpitalnych np. w oddziałach wewnętrznych, tworzy to sytuację, która zmusza lekarza dyżurnego do odsyłania chorych granicznych z powodu braku miejsc, a ryzyko popełnienia błędu wzrasta wielokrotnie.

Na przykładzie naszego województwa opolskiego, które jest najstarszym demograficznie województwem w Polsce, ten problem jest coraz bardziej palący, czego zdają się nie zauważać nasze władze. W czasie mojej pracy w Szpitalu w Nysie, zamknięto oddziały wewnętrzne w Niemodlinie, Grodkowie, Paczkowie, teraz w Głuchołazach, i z tych terenów większość chorych jest kierowana do naszego Szpitala, gdzie łóżek jest mniej, niż 10 lat temu. Przy takim olbrzymim obciążeniu, kadra internistyczna nie tylko topnieje z powodu braku chętnych, ale także starzeje się – ja w tym roku odchodzę na emeryturę. Jeszcze jako Konsultant Wojewódzki d/s chorób wewnętrznych blisko 10 lat temu walczyłem – niestety nieskutecznie – o uznanie interny, ale także pediatrii jako specjalności deficytowych, o zgodę na poradnie przyszpitalne internistyczne. Przy poparciu Konsultanta Krajowego, Prof. Jacka Imieli, wszyscy na czele z Ministerstwem i Centralą NFZ nam odmawiali. Tłumaczyliśmy, że lekarze odchodzą z oddziałów, bo za krótszą pracę, bez dyżurów, bez takiej odpowiedzialności są tam 2–3 razy lepiej opłacani, ale nikogo to nie przekonało. Zrezygnowałem po 5 latach ze stanowiska konsultanta w związku z bezsilnością. Cieszę się tylko, że przez ten czas nie dopuściłem do zamknięcia żadnego z oddziałów wewnętrznych, mimo że były takie zakusy. Teraz po latach, wprowadzono internę na listę specjalności deficytowych, ale jest to o wiele lat za późno.

Często przyczyną popełnianych błędów jest skrajne przemęczenie lekarza dyżurnego, pracującego przez wiele dni bez przerwy. Wyobrażam sobie też, w jakiej kondycji jest lekarz POZ przyjmujący 50-go pacjenta w tym dniu. Zwracają uwagę także realia współpracy między lekarzami, pomiędzy oddziałami szpitalnymi. Często zdarza się, że chory problematyczny, z pogranicza, jest zamiast na oddział zabiegowy przyjmowany do oddziału wewnętrznego lub innego. Jest faktem, że chorzy z pogranicza trafiają i będą trafiać na różne oddziały, ale patrząc z perspektywy Sądu, wydaje się to zdarzać zbyt często. Kończy się to źle dla chorego, bo system konsultacji wewnątrzszpitalnych, przy przeciążeniu lekarzy dyżurnych pracą jest zawodny.

Coraz więcej roszczeń dotyczy chorych neurologicznych, chirurgicznych, urazowych, hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych, często po wstępnej, nietraf-

nej konsultacji w SOR. Na wysokim poziomie utrzymuje się ilość skarg na położników, najczęściej związanych z nieprawidłowym przebiegiem porodu, opóźnieniem decyzji o rozwiązaniu cięciem cesarskim.

Zdecydowanie i systematycznie wzrasta ilość skarg na stomatologów. Stomatologia jako pierwsza sprywatyzowała się, część tych skarg jest spowodowana realnymi błędami, część brakiem właściwej zgody na skomplikowane leczenie, część podejmowaniem się zabiegów, np. implantologii i protetyki, przy braku odpowiednich kompetencji zawodowych. Ale jest dużo spraw o charakterze roszczeniowo-finansowym, bo stomatolodzy uchodzą w oczach społeczeństwa za elitę finansową, a więc szuka się tam pieniędzy.

Niestety, mimo że w opinii społeczeństwa uchodzimy za środowisko solidarne, to z punktu widzenia Sądu zdecydowanie tak nie jest. Jest – co muszę stwierdzić z wielkim żalem – wręcz odwrotnie. Często starsi i utytułowani lekarze bez żadnych skrupułów spychają swoją odpowiedzialność na młodszych, im podległych, specjaliści fatalnie wyrażają się o kompetencjach swych kolegów, część skarg jest wyraźnie pisana pod dyktando fachowych pracowników służby zdrowia. Przy olbrzymiej roszczeniowości społeczeństwa w stosunku do lekarzy, napędzanej przez media i kolejne ekipy polityczne, jeśli sami nie będziemy siebie szanować, to nie oczekujemy szacunku ze strony innych.

Godnymi potępienia jest udział lekarzy w płatnych materiałach reklamowych, w stosowaniu i propagowaniu metod leczenia nie potwierdzonych naukowo, a także w ruchu antyszczepionkowym. Wreszcie w przypisywaniu sobie w ogłoszeniach prasowych i głównie internetowych nieistniejących specjalizacji, kompetencji. Należy tu podkreślić, że uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej, obowiązują każdego lekarza.

Wreszcie myślę, że zbliża się czas na rzeczywiste działania i wyciąganie ewentualnych konsekwencji wobec lekarzy-polityków, a ściślej mówiąc wobec części tych, którzy po przejściu do polityki sprzeniewierzyli się środowisku lekarskiemu. W czasie kampanii wyborczej, a także w wypowiedziach publicznych podkreślają, że są lekarzami. Po wyborze i wykorzystaniu pozycji społecznej jaką daje zawód lekarza, stają się już tylko kreatorami polityki partyjnej. Przykładem może być ostatnie głosowanie w sejmie 5-go lipca br., podczas którego odrzucono wszystkie poprawki Naczelnej Rady Lekarskiej. Uważam, że w „Gazecie Lekarskiej” powinno się publikować wizerunki posłów i senatorów lekarzy z informacją, jak głosowali w sprawach dotyczących lekarzy i ochrony zdrowia.

Za niedopuszczalne uważam także publiczne wypowiedzi lekarzy-polityków, powielane potem przez wszystkie media, godzące w dobre imię chorych, lekarzy i samorządu. Mam nadzieję, że Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej bardziej aktywnie będą monitorować ta-

kie wypowiedzi i konfrontować je z przepisami Kodeksu Etyki Lekarskiej.

***Wybór na Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego to wielki powód do dumy dla naszego opolskiego środowiska. A dla Ciebie to nowe wyzwanie. Czy masz swój pogląd na funkcjonowanie sądów lekarskich w ogóle, a Naczelnego Sądu Lekarskiego w szczególności?***

Funkcjonowanie Sądów Lekarskich nie jest na pewno doskonałe. Stanowimy system naczyń połączonych razem z Rzecznikami i Sądami Okręgowych Izb Lekarskich. Jeśli na pierwszych etapach formułuje się zakres oskarżenia, zawęża krąg odpowiedzialnych, to Sąd Naczelny nie może wychodzić poza te ramy. Jakikolwiek błąd proceduralny na tych etapach będzie podstawą uchylenia wyroku, tak samo jak pominięcie ważnego zeznania, czy dokumentacji. Sędziowie, tak jak Rzecznicy posiadają dużą znajomość problemów i realiów pracy ochrony zdrowia, co daje nam szersze spojrzenie na odpowiedzialność zawodową, niż Sądom Powszechnym, natomiast nie mamy takiej doskonałej znajomości pra-

wa karnego jak zawodowi prawnicy, którzy reprezentują często strony procesowe.

Uczymy się cały czas, starając się orzekać obiektywnie. Orzekamy w Sądzie kolegialnie, co nie znaczy zawsze zgodnie – mnie też zdarza się napisać zdanie odrębne, jeśli jestem przegłosowany na naradzie. Moim zdaniem instytucje Sądów i Rzeczników funkcjonują wyłącznie dzięki garstce entuzjastów poświęcających część swojego wolnego czasu, którego i tak mają mało, na pracę w samorządzie. Mam dla Nich wszystkich olbrzymi szacunek.

Na zakończenie chciałbym powiedzieć tylko, że czytając jeden z wyroków Sądu Najwyższego – który jest dla mnie niekwestionowanym autorytetem -, w którym Sąd Najwyższy ocenił wyżej sądownictwo lekarskie od sądownictwa Samorządu Prawników, mam głębokie przekonanie o sensie tego, co wspólnie robimy.

***Dziękując Ci rozmowę, w imieniu naszych Koleżanek i Kolegów oraz własnym życzę Tobie wytrwałości i siły w realizacji Twoich zamierzeń.***

## NAJSMUTNIEJSZE MAŁŻEŃSTWO KRÓLEWSKIE POLSKI – KRÓLA STEFANA BATOREGO I ANNY JAGIELLONKI

Kiedy w roku 1574, na wieść o śmierci swojego brata króla francuskiego Karola IX, uciekł z Polski pierwszy król elekcyjny Henryk Walezy (1551-89), na drugiego króla elekcyjnego wybrano Stefana Batorego (1533-86).

Stefan Batory, książę Siedmiogrodu (na terenie dzisiejszej Rumunii) był synem Wojewody Siedmiogrodzkiego Stefana i Katarzyny Telegdy. Warunkiem elekcji Stefana Batorego na króla Polski było poślubienie Anny Jagiellonki. Kim była Anna Jagiellonka?

Anna Jagiellonka była córką króla Zygmunta Starego i królowej Bony, która była bardzo płodna. Bona urodziła w dniu 1 sierpnia (augusta) 1520 r. nie tylko jedynego syna Zygmunta nazwanego Augustem – późniejszego króla Zygmunta Augusta, ale również 4 córki:

- w roku 1519 Izabelę, żonę księcia Siedmiogrodu Jana Zapolyi,
- w roku 1522 Zofię, żonę księcia brunszwickiego Henryka,
- w roku 1523 Annę, żonę króla Stefana Batorego,
- w roku 1526 Katarzynę, żonę króla Szwecji Jana III Wazy.

Te małżeństwa dynastyczne świadczą o wysokiej pozycji Jagiellonów na dworach europejskich.

Bona Sforza zaniedbywała wychowania swoich córek, całą swoją miłość matczyną przelewając na jedynaka Zygmunta. Zmusiła nawet swojego męża – wcale nie starego jeszcze – na koronowanie Zygmunta Augusta w wieku zaledwie 9 lat na króla Polski. Od tego momentu Polska miała dwóch królów: ojca Zygmunta, na-

zwanego Starym, oraz jego syna Zygmunta Augusta. Aż do siódmego roku życia Zygmunt August przebywał we fraucymierze kobiecym, podczas gdy tradycja obowiązywała do przekazania synów pod opiekę mężczyzn już w 5 roku życia.

Bona była przeciwna małżeństwom Zygmunta Augusta z Elżbietą Habsburżanką, Barbarą Radziwiłłówną oraz Katarzyną Habsburżanką.

Skonfliktowana z własnym synem wyjechała w końcu na Mazowsze. Zaś w roku 1556 opuściła Polskę z wielkimi skarbami i dotarła do swojego rodzinnego księstwa na południu półwyspu Apenińskiego w Bari, gdzie wkrótce 29 lutego 1557 r. została otruta przez swojego ulubionego dworzanina Jana Papacodu, który okazał się szpiegiem Habsburgów.

W dniu koronacji i ślubu Anna Jagiellonka liczyła 50 lat (Batory był o 10 lat młodszy). Anna nie tylko nie grzeszyła urodą, ale już wówczas cierpiała na poważne dolegliwości reumatyczne (jej brat król Zygmunt August pod koniec swojego życia noszony był w lektyce z tego samego powodu) oraz zaawansowaną próchnicę zębów. Była to częsta dolegliwość kobieca nawet na dworach książęcych i królewskich (vide Marysieńka Sobieska), co doskonale maskowali nadworni malarze.

Zaślubiny oraz koronacja pary monarszej odbyła się na Wawelu 1 maja 1576 r. Od samego początku małżeństwa król unikał kontaktów z żoną, stąd przypuszczenia o impotencji Stefana Batorego. Wg współczesnych Ste-





fan Batory spędził w łóżnicy Anny Jagiellonki tylko dwie lub trzy noce. Gdy zaś Jagiellonka próbowała odwiedzić go w jego komnacie – wymykał się z niej. W związku z tymi wydarzeniami na dworze wawelskim doszło do głośnego skandalu, ponieważ dziesiątki dworzanin śledziło

perypetie małżeńskie króla.

Stefan Batory niewiele czasu spędzał u boku swojej żony na Wawelu, zaangażował się bowiem w wojnę z carem Moskwy Iwanem Groźnym o tzw. Inflanty (obecnie na terenie Estonii). Walka o Inflanty zakończyła się zwycięstwem Batorego (vide przepiękny obraz Jana Matejki pt. „Batory pod Pskowem”, na którym Iwan Groźny klęczy przed Stefanem Batorem).

Niespodziewanie w Grodnie 12 grudnia 1586 r. po 10 latach panowania w Polsce Stefan Batory zmarł prawdopodobnie podczas napadu padaczkowego, która to choroba była bardzo rozpowszechniona w jego rodzinie. Druga hipoteza przyczyny śmierci Stefana Batorego to zaawansowana postać mocznicy, ponieważ wykonana przez jego nadwornego lekarza Bucello sekcja wykazała olbrzymią patologię nerek, nerki królewskie były bowiem „wielkie jak u wołu”. Można to wytłumaczyć tym, że większość życia Stefan Batory spędził w warunkach „ekstremalnie okopowych”.

Stefan Batory pochowany został w oddzielnej katakumbie w podziemiach Katedry Wawelskiej. Na jego sarkofagu prawie zawsze znajdują się świeże kwiaty z węgierskimi (czerwono-biało-zielonymi) wstążkami pozostawiane przez wycieczki z Węgier (natomiast nigdy nie ma kwiatów na grobach Wazów, którzy panowali blisko 100 lat).

Stefan Batory był jedynym z nielicznych bezdzietnych władców Polski (Bolesław Wstydlivy, Leszek Czarny, Władysław Warneńczyk, Aleksander Jagiellończyk, Michał Korybut Wiśniowiecki).

Jednak krążyły plotki, że nieślubnym synem Batorego z piękną córką leśniczego z litewskich lasów (Batory uwielbiał polowania) miał być Dymitr Samozwaniec (tę legendę uwieczniła w powieści „Złota wolność” Zofia Kossak-Szczucka – polecam do przeczytania).



*Król Stefan Batory*



*Anna Jagiellonka*

Dymitr Samozwaniec przez kilka miesięcy zasiadał na tronie moskiewskim wraz z niejaką Heleną Mniszkówną, ale w roku 1612 został wygnany przez ogólnonarodowe powstanie ludu rosyjskiego oraz książąt pod dowództwem mieszczanina Kuźmy Minina i księcia Dymitra Pożarskiego. Data wygnania Polaków z Kremla 7 listopada jest obecnie obchodzona jako święto państwowe Rosji, zastępując rocznicę Rewolucji Październikowej.

Anna Jagiellonka przeżyła Batorego o dziesięć lat. Odegrała decydującą rolę w staraniach, aby po śmierci męża na tronie Polski zasiadł potomek Jagiellonów po kądziele – Zygmunt III Waza herbu „Snop”, którego matką była Katarzyna (siostra Anny Jagiellonki).

Anna Jagiellonka zmarła w wieku 73 lat wśród objawów depresji psychicznej z napadami hysterii. Pochowana została w tzw. Kaplicy Zygmuntowskiej na Wawelu obok ojca Zygmunta I Starego i brata Zygmunta II Augusta. Ich przepiękne, wykonane z żółtego marmuru, sarkofagi przedstawiają te trzy postacie w pozycjach półleżących i zachwycają swoim kunsztem wszystkich odwiedzających. Natomiast kopuła Kaplicy Zygmuntowskiej pokryta jest autentycznymi złotymi łuskami, które podczas okupacji – kiedy na Wawelu rezydował gubernator Hans Frank – pokryte zostały wcześniej smołą przez Polaków dla kamuflażu.

Metalowe trumny ostatnich Jagiellonów i Anny Jagiellonki spoczywają w podziemiach Katedry Wawelskiej. Matka Anny Jagiellonki, Bona Sforza spoczywa w swoim rodzinnym księstwie w Bari. Tam również spoczął św. Mikołaj IV-wieczny biskup, który do dzisiaj 6 grudnia przynosi naszym dzieciom wiele radości i niespodzianek.

P. S. Czasy Stefana Batorego to działalność pierwszego wielkiego polskiego lekarza Wojciecha Oczko z Lublina, również nadwornego lekarza króla.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

# SZCZĘŚLIWA 13-TKA

Po 2 latach przerwy odbyły się, w dniach 15-17 czerwca 2018 r. na Jeziorze Miedwie w Morzyczynie, XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie Omega. Do rywalizacji zgłosiło się 7 załóg, niestety jedna z ekip nie przystąpiła do zawodów.

„Trzynastka”, jak to „trzynastka” ma swoje prawa – wiadomo feralna. Łatwo więc nie było: 2-letnia przerwa (zebranie więcej niż 4 załóg, by nie były to zawody zbyt kameralne) oraz pogoda, która od samego początku płała nam figle. Jak rozegrać zawody żeglarskie bez wiatru? Jak ustalić kolejność na mecie bez rozegrania wyścigu? Czyżby losowanie?!

Pierwszego dnia odbyły się tylko 2 biegi do południa (przy bardzo słabym wietrze). Nasza opolska załoga uplasowała się – kolejno – na 3 i 2 miejscu. W popołudniowej turze nie było rozstrzygnięć. Kilka ekip nie było klasyfikowanych wcale, gdyż przy „szalejącym wietrze” (w porwach 0,1 stopnia B) nie odbył się żaden bieg. Taki sam scenariusz pogoda napisała nam w sobotę. Dwukrotnie wychodziliśmy na jezioro i dwukrotnie wracaliśmy do

przystani na holu. Zapowiadało się, że o wynikach tych regat zadecyduje ślepy los.

Niestety lub stety, w niedzielę wreszcie powiało i do południa komisja sędziowska puściła aż 5 biegów. Nasza załoga, mimo karnego okrążenia boji, w pierwszym biegu zajęła pierwsze miejsce, potem kolejno: w drugim – pierwsze, w trzecim (po falstarcie) – drugie, w czwartym – pierwsze i w piątym – czwarte. Tym razem szczęście było z nami!

W końcowym efekcie zajęliśmy po raz pierwszy I miejsce i otrzymaliśmy Puchar Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej. II miejsce zajęła załoga z Białegostoku, a III – załoga ze Szczecina.

Dziękujemy wspaniałym Organizatorkom – Halinkom i Kamili (nazwiska znane, ale ze względu na RODO pominęte) za siłę i wytrwałość, by zorganizować XIII edycję Mistrzostw Polski Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie Omega.

Z żeglarskim pozdrowieniem:

S. PIKOR, P. KORJAT, A. ADAMSKA





## JAK NIE POWIÓDŁ SIĘ EKSPERYMENT PRZEKSZTAŁCANIA SZPITALI W SPÓŁKI

Nieustanne przekształcenia własnościowe, ucieczka kadry medycznej i zamykanie oddziałów powodują, że powiatowe lecznice wpadają w pętlę zadłużenia.

Niedofinansowanie powinno być drugim po słowie „szpital” najtrafniej oddającym sytuację polskich placówek medycznych. W mało którym szpitalu prezes nie narzeka, że brakuje pieniędzy na wynagrodzenia, że procedury niedofinansowane, że rząd nieustannie zmienia przepisy i trzeba się do nich dostosowywać.

Najgłośniejszym jednak lamentują zarządzający szpitalami powiatowymi. Ci nie mogą sobie często poradzić z zadłużeniem, bo biedne powiaty nie są w stanie go spłacić. Przez ciągnące się w nieskończoność zobowiązania szpitali powiatowe w ostatnich latach były poddane eksperymentowi. Część z nich musiała się przekształcić w spółki. Starosto, nie spłacasz długu, przekształć szpital w firmę przynoszącą zyski – sugerowały przepisy o działalności leczniczej. W ten sposób samorządy przekształciły w ciągu pięciu lat ok. 50 szpitali z 540 publicznych (wyłączając szpitale o charakterze uzdrowiskowym, rehabilitacyjnym).

W tej i tak małej części eksperyment się nie powiódł. Samorządy muszą wracać do starych rozwiązań. To kolejne koszty, do tego dochodzi problem w postaci ucieczki kadry medycznej.

Odwracanie eksperymentu zaczął powiat w Krośnie Odrzańskim i dał przykład powiatowi opatowskiemu, a teraz biłgorajskiemu. Otóż w Biłgoraju jeszcze pod koniec 2017 r. radni powiatu podjęli uchwałę, że utworzą ponownie samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Może to być zaskakujące, że po komercjalizacji szpitala w 2010 r. powiat chce odwracać ten proces.

### Zarządcy szpitali sobie nie radzą

Okazuje się jednak, że powiat może nie mieć innego wyjścia, gdyż prywatna firma, której powiat przekazał zarządzanie szpitalem i oddał w dzierżawę budynki, sobie nie radzi, a placówka medyczna jest w coraz gorszej sytuacji finansowej.

– Nie możemy dopuścić, aby powiat został bez szpitala i będziemy go ratować. Do likwidacji firmy może dojść w każdej chwili i musimy działać zawczasu – mówi Kazimierz Paterak, starosta biłgorajski. Tłumaczy, że powiat opracuje statut i powoła dyrektora, który zajmie się przygotowaniem jednostki i opracowaniem wniosku o finansowanie szpitala.

Powiat zawarł z firmą umowę dzierżawy na 25 lat. Będzie musiał ją rozwiązać i ubiegać się o dofinansowanie z NFZ, bo biłgorajski szpital wszedł do sieci szpitali.

Szpitałem zarządza Arion Szpitale sp. z o.o. Przedsiębiorca przejął szpital w 2010 r. Był to ośrodek, który wcześniej powiat biłgorajski przekształcił w spółkę, przejął jego zobowiązania w kwocie 60 mln zł i przekazał prywatnemu operatorowi w dzierżawę z *carte blanche*.

W ostatnich latach prywatny zarządca nie radził sobie jednak z prowadzeniem szpitala. Sytuacja finansowa spółki jest dramatyczna i jeden z jej wspólników, jak tłumaczy starosta Paterak, złożył do sądu wnioski o ogłoszenie jej upadłości i zabezpieczenie majątku. Sąd Rejonowy Lublin-Wschód z siedzibą w Świdniku pod koniec 2017 r. zabezpieczył majątek spółki, ustanawiając tymczasowego nadzorcę sądowego. Poza tym prywatny operator ma podobne kłopoty ze szpitalem w Gostyninie, którym również zarządza.

### Powrót do starej formy

Biłgorajski powrót do SP ZOZ to nie pierwszy przypadek odwrócenia procesu komercjalizacji szpitali. Przykład dał powiat w Krośnie Odrzańskim. Tamtejszym szpitalem zarządzała grupa Nowy Szpital, także prywatny podmiot. Przedsiębiorca prowadził placówkę medyczną osiem lat, samorząd zaś przejął ją ponownie rok temu w styczniu i zaczął prowadzić pod nazwą Zachodnie Centrum Medyczne (utworzone przez powiat krośnieński i miasto Gubin).

Nie wiadomo jeszcze, czy radni w powiecie biłgorajskim zapobiegą sytuacji, w której tamtejszy szpital będzie zmuszony zaprzestać działalności. W Krośnie Odrzańskim bowiem w sytuacji przejściowej personel medyczny musiał ewakuować pacjentów oraz wypowiedzieć umowy z pracownikami i NFZ, po czym nowy zarządca wszystko odtwarzał.

Powiat biłgorajski pójdzie jednak nieco inną drogą. Od półtora roku obowiązują zmienione przepisy ustawy o działalności leczniczej, które umożliwiają ponowne tworzenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wcześniej, gdy SP ZOZ był w bardzo złej kondycji finansowej, właściciel, czyli najczęściej samorząd, mógł go zlikwidować lub przekształcić w spółkę prawa handlowego. Tyle że spółka, w przeciwieństwie do SP ZOZ, nie może się zadłużać w nieskończoność, gdyż grozi jej upadłość. A w przypadku SP ZOZ hulaj dusza, piekła nie ma. Dyrektor może liczyć, że może samorząd dosypie pieniędzy albo rząd lub minister umorzy jakieś publiczne zobowiązania.

– Zarówno szpital prowadzony w formie spółki, jak i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością ma swoje wady oraz zalety. Na korzyść SPZOZ przemawia to, że jest on zwolniony z podatku dochodowego, w przypadku zaś



szpitala działającego w formie spółki prezes może uruchomić w placówce odpłatne świadczenia – mówi Bernardetta Skobel, radca prawny i ekspert Związku Powiatów Polskich ds. ochrony zdrowia.

### Młodzi uciekają z powiatów

Problemy z zarządzaniem i finansami to nie jedyny kłopot szpitali powiatowych. One już cierpią, a będą jeszcze bardziej cierpieć z powodu niedoboru kadr. Nie dość, że w obliczu protestu przeciwko przeciążeniu pracą wielu lekarzy w szpitalach powiatowych wypowiedziało klauzulę opt-out, to jeszcze do zatrudnienia w powiatowych placówkach nie garną się rezydenci.

O tym, co mają szpitale wojewódzkie, czyli lekarzy w trakcie specjalizacji opłacanych przez budżet państwa, szpitale powiatowe mogą tylko pomarzyć. Młodzi chcą robić specjalizacje w dużych ośrodkach, bo liczą, że tam się więcej nauczą. Samorządy i szpitale powiatowe kuszą ich zatem stypendiami, dodatkami i mieszkaniami. Czasami ta nadzieja młodych lekarzy okazuje się złudna, bo w dużym ośrodku starsi lekarze nie dopuszczają ich do operacji, ale przeważa pogląd, że szpital wojewódzki brzmi bardziej prestiżowo niż powiatowy.

Dyrektorzy powiatowych placówek nie chcą jednak czekać z założonymi rękami, aż kadr całkowicie im zabraknie. Dyrektor SPZOZ w Kraśniku ma pomysł, który mógłby być realizowany wspólnie ze starostwem powiatowym. Chce fundować stypendia dla młodych lekarzy. Takie wsparcie mogliby otrzymywać przez trzy lata studenci piątego lub szóstego roku, którzy robiliby specjalizację w placówce, a następnie kontynuowali tu pracę.

Dyrektor szpitala w Bełżycach szuka zaś chirurga i zachęca do pracy na pełnym etacie dodatkiem do pensji w wysokości 20-40% wynagrodzenia zasadniczego, które wynosi ok. 5 tys. zł brutto.

Dla szpitali powiatowych problemem jest nie tylko to, że młodzi wolą pracę w większych ośrodkach, ale że te większe ośrodki zaczynają podkupywać kadrę tym powiatowym.

– Oferują specjalistom dwa razy większą stawkę za godzinę niż szpital powiatowy. Poza tym sporą konkurencją dla ZOZ jest podstawowa opieka zdrowotna. Pediatrzy i interniści mogą zarobić tam więcej za mniejszą liczbę godzin pracy. Nie muszą też dyżurować nocami – mówi Bernardetta Skobel.

Z danych Związku Powiatów Polskich wynika, że w 100 powiatach 14% specjalistów wypowiedziało klauzulę opt-out. Nie jest to pełen obraz, bo na pytanie zadane przez ZPP starostom o skalę protestu, odpowiedziało 30%. A po zakończeniu protestu powrót do normalności odbywa się bardzo powoli.

### Zamykanie oddziałów

Problem będzie się jednak pogłębiał i starostowie apelują do ministra zdrowia, aby go rozwiązał. Przecież

w szpitalach powiatowych wystarczy odejście z oddziału jednego lub dwóch lekarzy, a już dyrektor musi zamykać oddział, bo ten nie spełnia wymogów kadrowych NFZ, które warunkują finansowanie.

Pojawiają się więc pomysły, jak rozwiązać ten palący problem. Minister zdrowia wprawdzie zwiększył liczbę studentów medycyny, jaką uczelnie przyjęły na rok akademicki 2017/18, ale wykształcenie większej kadry lekarskiej to proces kilkuletni, a szpitale powiatowe problem trawi już teraz.

– Dlatego też urzędnicy ministerstwa obiecali ostatnio samorządowcom, że rozważą opcję zmiany rozporządzeń koszykowych. Zmiany miałyby iść w tym kierunku, aby w większym stopniu wykorzystać lekarzy posiadających tylko pierwszy stopień specjalizacji i kwalifikować ich do wymogów kadrowych. Przecież to są doktorzy, którzy może nie mają odpowiedniego dokumentu potwierdzającego ich kwalifikacje, ale mają za to bogate doświadczenie – tłumaczy Bernardetta Skobel.

Źródłem kłopotów szpitali powiatowych nie jest tylko złe zarządzanie, zła forma działania czy podkupywanie lekarzy przez placówki wojewódzkie. Problem w tym, że jednostki zarządzane przez starostów nie dostosowują się do zmieniających się wymogów.

### Utrzymywanie fikcji

Z map potrzeb zdrowotnych wynika, że obłożenie łóżek szpitalnych na niektórych oddziałach (reumatologicznych czy alergologicznych) w szpitalach powiatowych to 50%. Jest to zbędny koszt.

– A niektóre szpitale zamiast zlikwidować, przyłączyły je do oddziałów wewnętrznych. Dyrektorzy z jakichś powodów nie chcieli likwidować np. etatów ordynatorskich – mówi dr Jerzy Gryglewicz, ekspert ds. ochrony zdrowia Uczelni Łazarskiego.

Efekt jest taki, że dyrektorzy nadal kierują strumień pieniędzy z NFZ na niepotrzebne oddziały. Podobny wniosek dotyczy oddziałów ginekologiczno-położniczych. Finansowanie z NFZ miały dostać tylko te, w których rodzi się minimum 400 dzieci rocznie. Tymczasem wiele szpitali, w których jest ok. 170 porodów rocznie, i tak uzyskało finansowanie. – To jest ogromne marnotrawstwo. Przecież taki oddział, który zatrudnia lekarzy i położne, pracuje co drugi dzień – mówi Jerzy Gryglewicz.

Niemniej jednak w szpitalach, czy to powiatowych, czy wojewódzkich sytuacja nigdy się nie poprawi, jeśli na leczenie będzie przeznaczane zaledwie 4,5% PKB, a wynagrodzenia będą rosły. Nie tylko lekarskie, ale i minimalna krajowa. Jej wzrost dla szpitala, który zatrudnia nie tylko personel medyczny, to kolejne koszty. Już teraz 90% pieniędzy otrzymywanych z NFZ wiele szpitali musi przeznaczyć na pensje.

Katarzyna NOWOSIELSKA

(przedruk z „Medical Tribune” nr 5/18)

# W LECZNICACH ROZSIEWANA JEST GROŹNA ZARAŻA

W ubiegłym roku w szpitalach ujawniono 678 ognisk epidemiologicznych. To o 27,4% więcej niż rok wcześniej – wynika z danych Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Sanepid wylicza, że w 2017 r. zakażeniu uległo 4.170 osób. O ponad 100 więcej niż w 2016 r.

To, w którym szpitalu w Polsce są problemy z zakażeniami, można sprawdzić na stronie resortu zdrowia w opublikowanych na początku czerwca tego roku mapach potrzeb zdrowotnych. Na upublicznienie swoich danych zgodziło się niemal 70% placówek. Szpitale zgodziły się podać nazwę. Ale większość z nich wykazuje, że problemów z zakażeniami nie ma. Jak wyliczył Instytut Zdrowia i Demokracji na podstawie ministerialnych map – tylko 30% placówek przyznało się do problemu. Ale już na przykład w województwie lubelskim niemal wszystkie szpitale (97%) upubliczniły swoje dane – tam tylko w 24% doszło do zakażenia. Najgorzej sprawozdawczość wygląda wśród szpitali na Dolnym Śląsku – tylko 31% przekazało dane. A i tak zaledwie 10% z nich przyznało się do występowania zakażeń.

Zdaniem eksperta sanepidu podane liczby są zaniżone. Szpitale nie zgłaszają pojedynczych przypadków, bo nie mają takiego obowiązku. – *Muszą zgłaszać ogniska epidemiologiczne. Ich likwidacja wiąże się z koniecznością przeprowadzenia ustawowej procedury odkażenia placówki, w której bierze udział sanepid* – komentuje pracownik inspekcji.

O tym, że wiele placówek nie podaje rzetelnych danych o stanie zakażeń, jest też przekonana prof. Waleria Hryniewicz, która do początku czerwca tego roku pełniła funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie mikrobiologii. – *Szpitale powinny wiedzieć, że to się opłaca, że warto już w zarodku walczyć z zakażeniami. Ale wolą ukrywać informacje* – mówi. W Wielkiej Brytanii – ze względu na bezpieczeństwo publiczne – każdy przypadek zakażenia jest upubliczniany.

Na problem zakażeń w szpitalach zwracał też uwagę NIK, który pod koniec maja opublikował krytyczny raport na ten temat. Jak zauważyli kontrolerzy, wzrost liczby pacjentów zakażonych lekoopornymi szczepami bakterii *Klebsiella pneumoniae* NDM(+) w 2016 r. był niemal trzykrotnie wyższy niż w 2015 r. Główny Inspektorat Sanitarny wylicza, że w 2017 r. zgłoszono 84 ogniska epidemiologiczne wywołane przez pałeczkę *Klebsiella pneumoniae* NDM. Zakażeniu uległo 87 osób, natomiast na podstawie wykonanych badań przesiewowych u 391 osób stwierdzono kolonizację (zasiedlenie organizmu przez drobnoustroje, bez objawów klinicznych). Ogniska epidemiczne zgłosiły szpitale w województwach: mazowieckim, podlaskim, łódzkim, lubelskim, zachodniopomorskim, wielkopolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, dolnośląskim. Były to szpitale kliniczne, wojewódzkie i powiatowe. Zakaże-

nia dotyczyły głównie układu moczowego, układu oddechowego, ran, łóżyska naczyniowego.

Powody tego rodzaju zakażeń są proste do zdiagnozowania, bo źródłem przenoszenia bakterii, jak wskazał NIK, mogą być m.in. brudne ręce personelu medycznego, niejałowy sprzęt, skażone otoczenie chorego, przyjmowanie pacjentów wymagających szczególnych warunków hospitalizacji bez ich zapewnienia, zatrudnianie osób nieprzygotowanych do pracy w szpitalach. Jak podkreślił NIK, w wielu placówkach nie działa system przeciwdziałania zakażeniom wewnątrzszpitalnym.

Na nieskuteczny system przeciwdziałania zakażeniom wskazuje też prof. Hryniewicz. Podnosi, że na przykład nie ma obowiązku wykonywania badań przesiewowych (screening) przy przyjmowaniu pacjentów do szpitala. A powinny być prowadzone standardowo, a już na pewno w sytuacjach, gdy zachodzi obawa, że dany pacjent może być nosicielem jakiegoś groźnego gatunku. Kolejna rzecz: niby są rekomendacje robienia takich badań przesiewowych dla wielu rodzajów bakterii opornych na antybiotyki, ale to za mało. Nie ma rozporządzenia, które wprost nakazywałoby prowadzenie takich badań. To kwestia dobrych praktyk i dobrej woli dyrekcji placówek. Niektóre szpitale (w Warszawie utworzyły sieć) nie tylko wykonują na wejściu screening u każdego pacjenta, ale też przekazują między sobą informacje o zakażonych, jeżeli chory zmienia miejsce pobytu. Dzięki temu można umieścić go w izolatce, aby nie zagrażał innym. – *Jeden nierozpoznany przypadek dziś może skutkować wieloma w kolejnych dniach i tak należy na to patrzeć* – podkreśla prof. Hryniewicz.

Pod koniec roku resort zdrowia sporządził projekt rozporządzenia, które miało uregulować kwestie reagowania na problem zakażeń. Po przeprowadzeniu konsultacji prace nad przepisami stanęły w miejscu. Kolejnym kłopotem, zdaniem prof. Hryniewicz, jest brak profesjonalnych zespołów zajmujących się w szpitalach zakażeniami. Szefem powinien być lekarz epidemiolog, mikrobiolog lub specjalista od zakażeń. Obecnie raportowaniu o ogniskach i przypadkach zakażeń nie zawsze towarzyszy odpowiednia reakcja. Raporty trafiają do szuflad. Nikt nie pilnuje wdrożenia programu naprawczego.

Zdaniem ekspertów sanepidu na walkę z zakażeniami brakuje funduszy. Powodem jest też outsourcing usług badań mikrobiologicznych. Robi się ich mniej, co wpływa na poziom zakażeń. Zwłaszcza tych lekoopornych.

Polska jest – jak podkreśla była konsultant – jednym z niewielu krajów wysokorozwiniętych, które nie wdrożyły narodowej strategii walki z antybiotykoopornością. Ta zaś jest bezpośrednio powiązana z zakażeniami (im więcej zakażeń, tym więcej antybiotyków jest podawanych i tym bardziej rośnie na nie oporność).

Ekspersi sanepidu problem upatrują też w niewystarczającej liczbie pielęgniarek. Te, które są, mają do wykonania tak wiele pracy, że dochodzi do łamania procedur sanitarnych, np. niemycie rąk po kontakcie z poszczególnym pacjentem.

– Nie można zapominać też o przestarzałej infrastrukturze polskich szpitali, która bywa źródłem wielu zakażeń. Przykładem mogą być stare, źle działające wentylatory – dodaje przedstawiciel sanepidu.

Resort zdrowia przekonuje, że rozwiązania prawne dotyczące przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym są dobre, ale widzi konieczność lepszego przestrzegania przepisów, zwiększenia rzetelności gromadzonych danych czy stworzenia warunków umożliwiających zatrudnienie deficytowych kadr w szpitalach

Klara KLINGER  
Patrycja OTTO

(przedruk z „Dziennika Gazety Prawnej” z dn. 12 czerwca 2018)

## MODĘ NA BORELIOZĘ KREUJĄ CELEBRYCI?

O tym, jak lekarz ma radzić sobie z emocjami pacjentów związanymi z boreliozą, z prof. dr. hab. med. Andrzejem HORBANEM, konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych, rozmawia Iwona DUDZIK

**MT:** *Leczenie boreliozy wywołuje kontrowersje. Mamy uznawane oficjalnie zalecenia oparte na wytycznych Amerykańskiego Towarzystwa Chorób Zakaźnych (IDSA). I drugie, w opozycji, głoszone przez Międzynarodowe Towarzystwo ds. Boreliozy i Chorób z Nią Powiązanych (ILADS), praktykowane w wielu prywatnych gabinetach. Jak przebiega spór?*

PROF. ANDRZEJ HORBAN: W cywilizowanym świecie jedyną obowiązującą medycyną jest wersja oparta na wynikach badań naukowych i klinicznych, tzw. evidence based medicine. W tym kontekście tzw. metoda ILADS nie może być w ogóle brana pod uwagę jako oficjalne zalecenie, bo nie spełnia tych kryteriów. Rekomendacje towarzystw naukowych dotyczące boreliozy są jasne i klarowne, każdy lekarz powinien ich przestrzegać.

Oficjalna medycyna na pytanie, czy należy stosować przewlekłe antybiotyki w leczeniu choroby z Lyme, odpowiedziała: zdecydowanie nie. Opublikowane zostały na ten temat wyniki trzech badań klinicznych przeprowadzonych przez poważne instytucje.

Generalnie, jeśli lekarz uważa, że stosowane metody leczenia są nieskuteczne i jest przekonany, że inna metoda będzie lepsza – a ma do tego prawo – może ją zastosować u pacjenta, pod warunkiem że nazwie ją eksperymentem leczniczym, dokładnie opisze, uzyska zgodę komisji bioetycznej na jej zastosowanie, wdroży u pacjenta, a wyniki prześle do komisji, potem opublikuje w czasopiśmie naukowym. Powinien się też ubezpieczyć od odpowiedzialności cywilnej za podjęte działania. Drugim sposobem udowodnienia swoich racji są badania kliniczne przeprowadzone zgodnie z przyjętymi zasadami. Każde inne postępowanie jest niezgodne z prawem.

Niestety, w tym przypadku mamy do czynienia z grupą hochsztaplerów stosujących pseudoleczenie, za które ponadto każą sobie słono płacić. Ich działanie nie ma podstaw medycznych, wynika jedynie z chęci zysku.

**MT:** *ILADS trafia w oczekiwania chorych, którzy przez wiele miesięcy zmagają się z subiektywnymi objawami i którym lekarze nie potrafią pomóc: bólami*

*głowy i stawów, drętwieniem nóg, zaburzeniami widzenia i pamięci. W tych historiach zawsze pojawia się kontakt z kleszczem, często wiele lat wcześniej. Charakterystyczny dla boreliozy rumień został przeoczony lub nie wystąpił. Badania krwi nie są doskonałe, dlatego nie wykryły choroby. Na końcu pojawia się lekarz, który wreszcie ma czas, wszystko tłumaczy, diagnozuje, wdraża niestandardowe leczenie i następuje poprawa. Gdzie tkwi błąd?*

A.H.: Błąd po pierwsze, polega na tym, że osoby te nie mają boreliozy. Po drugie, nawet gdyby miały, to terapia krótka, kilkutygodniowa, prowadzi do wyleczenia praktycznie w 100% przypadków. Jeśli objawy utrzymują się dłużej, oznacza to, że jest inna przyczyna dolegliwości. Część wspomnianych objawów może wynikać z innych chorób, których nierozpoznanie w odpowiednim czasie prowadzi do opóźnienia właściwego leczenia i powstania nieodwracalnych zmian, a w skrajnych przypadkach nawet do śmierci.

**MT:** *Ale do lekarzy zgłasza się coraz więcej pacjentów, którzy domagają się leczenia boreliozy metodą ILADS.*

A.H.: Lekarze po to mają dyplom, otrzymują rekomendacje diagnostyczno-lecznicze, aby się do nich stosować. Lekarz nie ma prawa ulegać dyktatowi pacjenta – bądź co bądź laika.

**MT:** *Lekarze mają utrudnione zadanie, aby wybić choremu z głowy metodę, do której przekonują go osoby znane z życia publicznego, jak reżyserka Magdalena Piekorz, aktorka Barbara Kurdej-Szatan czy modelka Barbara Pasek. Opowiadają one w mediach o swoich doświadczeniach, a ludzie im wierzą. Jak lekarze powinni ostrzegać zdesperowanych pacjentów przed metodami nienaukowymi?*

A.H.: O czym my mówimy? Nie znam wymienionych osób, ale wydaje mi się, że nie są lekarzami. Kiedyś proste rozwiązanie każdego problemu medycznego otrzymywało się w maglu. Dziś, jak pani sugeruje, funkcję wszystkowiedzących przejęli celebryci.



**MT: Mówimy o realnym problemie, jaki mają lekarze ze swoimi pacjentami.**

A.H.: Realny problem jest taki, że grupa pacjentów z różnych powodów twierdzi, że ich dolegliwości są związane z boreliozą. Nikt przy tym nie neguje, że rzeczywiście mają objawy i źle się czują. Zresztą nie ma ludzi stuprocentowo zdrowych – każdemu w mniejszym lub większym stopniu coś dolega. Ale rzecz w tym, że nie są to objawy boreliozy. Rzeczywistym problemem lekarza jest postawienie prawidłowej diagnozy i odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu prezentowane objawy są związane z chorobą somatyczną, na ile są groźne, czy wymagają dokładnej diagnostyki i ewentualnego leczenia. Potrzebne jest przywrócenie zasady wzajemnego zaufania i prawidłowych relacji pacjenta i lekarza. Bez tego rzeczywiście obie strony mają realny problem.

**MT: Niektórzy lekarze, właśnie ci, do których później prywatnie trafiają pacjenci, by leczyć boreliozę niepotwierdzonymi metodami, także mają dyplomy.**

A.H.: Tacy lekarze są zakałą naszego zawodu i powinni zostać postawieni co najmniej przed sądem lekarskim, który może ich pozbawić prawa wykonywania zawodu. Powinni ponieść odpowiedzialność nie tylko zawodową, ale cywilną i karną.

**MT: Nie słysząc, aby ci lekarze mieli jakiegokolwiek problemy.**

A.H.: Oczywiście, że mają. Dodam, że niektóre kraje, np. skandynawskie, całkowicie zakazują takiej działalności jako niezgodnej z prawem.

**MT: Ile takich spraw jest w toku?**

A.H.: Od przestrzegania Kodeksu etyki lekarskiej jest korporacja zawodowa – czyli izba lekarska i rzecznik odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Jako konsultant krajowy nie mam takiej wiedzy.

**MT: Co ma zrobić lekarz, do którego zgłasza się pacjent przekonany, że ma boreliozę? Jakich argumentów użyć?**

A.H.: Lekarze od zawsze zmagają się z problemem pacjentów, którzy sami sobie stawiają diagnozę i uważają się za mądrzejszych od lekarza, więc nie powinno to dla nich być niczym nowym.

Jakich argumentów użyć? Po prostu powiedzieć pacjentowi, że od rozpoznawania choroby jest lekarz, który za swoje decyzje ponosi odpowiedzialność. Nie tłumaczyć się, dlaczego nie rozpoznajemy boreliozy, ale skupić się na zdiagnozowaniu przyczyny dolegliwości i pomocy pacjentowi. Nie wolno też mylić pacjenta, czyli ofiary, z hochszaplerem, który go wykorzystuje.

Za dolegliwościami mogą się kryć różnego rodzaju kłopoty: nerwica, histeria, objawy okresu przekwitania, zaburzenia hormonalne, choroba tarczycy. Przyczyną mogą być także poważniejsze choroby, dlatego objawów tych nie wolno lekceważyć.

**MT: Czy lekarze POZ potrafią oceniać objawy?**

A.H.: Powinni umieć rozpoznać ostrą fazę boreliozy, czyli rumień wędrujący. Nie jest to skomplikowane. Jeśli jednak mają wątpliwości, powinni odesłać chorego do poradni chorób zakaźnych. Leczenie jest bardzo proste i skuteczne: trzytygodniowa antybiotykoterapia, która jest wystarczająca w 99% przypadków. Pozostali chorzy wymagają skierowania do poradni chorób zakaźnych.

**MT: Liczba chorych rośnie lawinowo. W 2012 r. odnotowano 8.806 przypadków, w 2014 r. – 13.870, w 2016 – niemal 22 tys. Tendencja się utrzymuje?**

A.H.: Czy rośnie? Tego nie wiemy, ponieważ system zbierania danych przez Sanepid i PZH nie jest prawidłowy. Jako boreliozę notuje się podejrzenia boreliozy. A liczba podejrzeń musi się zwiększać, bo rośnie świadomość choroby i możliwości diagnostyki w POZ. Każdy przypadek wysłany na diagnostykę boreliozy jest raportowany, mimo że w większości przypadków na podejrzeniach się kończy. Nie są one potem weryfikowane.

**MT: Czy to błąd?**

A.H.: Tak. Powinno się raportować przypadki potwierdzonej boreliozy, a nie podejrzeń. Problem polega też na tym, że ok. 20% ludzi ma przeciwciała przeciwko krętkom *Borrelia*. To nie znaczy, że te osoby chorują. W zdecydowanej większości przypadków przeciwciała te świadczą paradoksalnie o zdrowiu – i prawidłowej reakcji układu immunologicznego na kontakt z bakterią.

**MT: Czy przewrażliwienie, a nawet panika na punkcie boreliozy, stanowi problem dla systemu ochrony zdrowia?**

A.H.: Nie. Nie sądzę, żeby można było mówić o panice. To tylko moda podgrzewana przez celebrytów. Lekarze w tej sytuacji powinni się doinformować i trzymać podstawowych zasad wykonywania zawodu – zgodnie z zasadami sztuki.

**MT: Dlaczego więc ludzie ulegają zbiorowej iluzji?**

A.H.: Chorobami zakaźnymi zajmuję się od 40 lat, więc mogę powiedzieć, że mają one to do siebie, że są tematem nośnym społecznie. Kiedy pojawia się nowa choroba zakaźna, potencjalnie śmiertelna, ludzie natychmiast zaczynają jej szukać u siebie. Syndrom studenta medycyny. Pamiętam niejedną taką zbiorową histerię – na punkcie toksoplazmozy, wścieklizny i HIV lub pasożytów. Nie ma dnia, aby na izbę przyjęć nie przychodziły jakieś osoby głęboko przeświadczone, że mają objawy danej choroby i kategorycznie żądające badań lub podjęcia natychmiastowego leczenia. A przecież choroby zakaźne są relatywnie proste do rozpoznania i leczenia. Znany jest czynnik sprawczy, jasne zasady postępowania i leczenia.

Tak się składa, że żyjemy w świecie drobnoustrojów i w każdej chwili mamy z nimi do czynienia. Ale zwykle nie chorujemy, bo układ immunologiczny sobie znakomicie radzi, nie zawiadamiając nas najczęściej o tym.

**MT: Czy według pana wiedzy chorzy odczuwają już skutki stosowania niesprawdzonych metod?**

A.H.: Nieprawidłowa diagnoza i leczenie na inną chorobę niż ma pacjent – a z tym właśnie mamy do czynienia w tym przypadku – może doprowadzić do uszkodzenia narządowego, a nawet do śmierci. Mamy przykłady, kiedy rozpoznano boreliozę, tymczasem przyczyną dolegliwości był zespół z powodu dyskopatii i ucisk z następowym nieodwracalnym porażeniem nerwów obwodowych. U innych pacjentów podawany przez rok antybiotyk doprowadził do apłazji szpiku. Niestety, coraz częściej się z tym spotykamy w codziennej praktyce.

Kłopot polega też na tym, że pacjenci biorą ogromną ilość różnego rodzaju suplementów, np. oprócz dwóch antybiotyków i leku na pasożyty także preparaty magnezu, witaminy C, czystka, probiotyk, chlorellę, ginkgo bilobę i wiele innych. Każdy preparat i zabieg kosztują, a stosowane bez umiaru i powodu mogą zaszkodzić nie tylko zawartości portfela, ale i zdrowiu.

(przedruk z „Medical Tribune” nr 5/18)

## WYJŚĆ Z CHAOSU TERAPII I LECZYĆ BEZPIECZNIE

O niebezpieczeństwie wynikającym z polifarmakoterapii i polipragmazji w codziennej praktyce lekarza POZ z dr hab. med. Marleną BRONCEL z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi rozmawia Ryszard STERCZYŃSKI

**MT:** *Na temat polifarmakoterapii sformułowane są dwie opinie: pacjentom przepisuje się za dużo leków lub, to druga opinia, w przypadku osób starszych, że są ogólnie zbyt schorowane, by stosować intensywną farmakoterapię. Który pogląd jest pani bliższy?*

DR HAB. MARLENA BRONCEL: Generalnie przepisujemy chorym zbyt dużo leków. Wiąże się to z występowaniem wielu chorób w coraz dłuższym życiu. Polifarmakoterapia wynika też z olbrzymiego postępu, jaki dokonał się w farmakologii klinicznej. Dzisiaj chory z powodu jednej choroby otrzymuje nawet kilka leków. Jednak większym wyzwaniem jest dla lekarzy polipragmazja. Pacjenci bez wiedzy lekarzy stosują na przykład suplementy diety, co nie znajduje klinicznego uzasadnienia. Dlatego uważam, że decyzja o włączeniu każdego kolejnego leku powinna być podejmowana rozważnie.

**MT:** *Czy w takim razie przy wielochorobowości pacjentów można uniknąć wielolekowości?*

M.B.: Nie da się. Jednak im więcej przepisujemy leków, tym bardziej narażamy chorego na interakcje pomiędzy nimi, powodując objawy uboczne. Dam przykład: pacjent po zawale serca, bez współistniejących schorzeń, powinien otrzymywać statynę i kwas acetylosalicylowy. Jeśli miał założony stent, dokładamy drugi lek przeciwplatek, np. kłopidogrel, tikagrelor lub prasugrel. Powinien też przyjmować inhibitor enzymu konwertazy, betabloker, czyli mamy już pięć leków jedynie z powodu świeżo przebytego incydentu sercowego. Gdy się okaże, że występuje u niego upośledzona czynność skurczowa lewej komory - co jest częste - należy włączyć jeszcze spironolakton, rozważyć iwabradynę. Schorzenia serca u naszych pacjentów współwystępują często z cukrzycą, a to podwyższa liczbę farmaceutyków do ok. 9 dziennie.

Z tą kwestią wiąże się również problem dawki. Większość leków kardiologicznych, stosowanych po zawale, w niewydolności serca, obniża ciśnienie. U pacjentów z wyjściowo niskimi wartościami ciśnienia tętniczego nie można zatem prowadzić optymalnej terapii.

Podobny dylemat mamy ze stosowaniem statyn. W zasadzie pacjenci z dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym powinni dostawać wysokie dawki tych leków, ale niekiedy ich nie tolerują. Wtedy należy rozważyć terapię niższą dawką statyny w połączeniu np. z ezetymibem.

Wyniki dużego badania klinicznego IMPROVE-IT, do którego zakwalifikowano ponad 18 tys. chorych, pokazały, że taki rodzaj terapii skojarzonej nie tylko obniża stężenie cholesterolu LDL, ale również powoduje redukcję zdarzeń sercowo-naczyniowych.

**MT:** *Jakie błędy związane z polifarmakoterapią spotyka pani najczęściej w swojej praktyce?*

M.B.: Błędy związane z polipragmazją sprowadzają się do tego, że lekarze zbyt często przepisują leki, które pacjentowi absolutnie nie są potrzebne, np. na zawroty głowy, bez zbadania etiologii zaburzeń. Przy zaburzeniach pamięci w podeszłym wieku popularny jest piracetam, co nie ma uzasadnienia klinicznego. Dodatkowo pacjent w aptece prosi farmaceutę np. o kwasy omega-3. Owszem, kiedyś zalecaliśmy je pacjentom po zawale serca, bo uważaliśmy, że działają antyarytmicznie, ale już od kilku lat w żadnych wytycznych się nie pojawiają, z wyjątkiem terapii wysokich stężeń trójglicerydów.

Jeśli pacjent pozostaje na terapii przeciwplatekowej kwasem acetylosalicylowym, a lekarz z powodu wystąpienia migotania przedsionków będzie zmuszony dołożyć lek przeciwkrzepliwy, np. z grupy antagonistów witaminy K lub doustnych bezpośrednich antykoagulantów (rywaroksaban, apiksaban lub dabigatran), to w połączeniu z kwasami omega-3 może się zwiększyć ryzyko krwawień. I wtedy pacjent reaguje spontanicznie - odstawiając lek przeciwkrzepliwy, który jest dla niego życiowo niezbędny.

**MT:** *W takim razie, jak kojarzyć preparaty, by w wyniku ich stosowania pacjent nie wymagał ponownego leczenia?*

M.B.: Lekarz musi dobrze poznać ChPL leku i mieć świadomość, jakie interakcje wystąpią w skojarzeniu z in-

nym preparatami. Przykład? Dabigatran - standardowa dawka to 2 x 150 mg. U pacjenta ze stwierdzoną niewydolnością nerek redukujemy ją do 2 x 110 mg. Z kolei jeśli chory musi jednocześnie otrzymywać werapamil, to mimo że czynność nerek ma prawidłową, należy obowiązkowo zmniejszyć dawkę dabigatranu, by nie doszło do krwawienia. Ten lek przyjmuje się m.in. z powodu migotania przedsionków i niepodanie go grozi powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi.

Natomiast przy statynach musimy mieć świadomość, które z nich i z czym wchodzi w interakcje, co może zwiększać ryzyko powikłań ze strony mięśni szkieletowych, wątroby. Takim przykładem jest skojarzenie atorwastatyny lub symwastatyny z popularnym antybiotykiem - klarytromycyną. Gdy pacjent przy dawce 40, 80 mg atorwastatyny przechodzi atypowe zapalenie płuc, w leczeniu którego klarytromycyna jest antybiotykiem pierwszego rzutu, po dłuższym stosowaniu może wystąpić wzrost stężenia atorwastatyny w surowicy, co prowadzi do miopatii, a nawet rhabdomyolizy, czyli bólów, a następnie rozpadu mięśni szkieletowych wraz ze wzrostem kinazy kreatynowej. Może to stanowić przyczynę zgonu z powodu ostrej niewydolności nerek.

**MT: Na co lekarz powinien jeszcze zwracać uwagę? Czy istnieją odrębności w leczeniu różnych grup wiekowych?**

M.B.: W grupie osób młodszych najważniejsza jest ocena stanu nerek i stopień wydolności wątroby oraz czy pacjent jest otyły, czy bardzo chudy, z BMI poniżej 19. Na temat takich skrajnych pod względem masy ciała pacjentów mamy mało danych z badań klinicznych. W przypadku nowych leków przeciwkrzepliwych, gdzie nie musimy monitorować leczenia, jak dabigatran, rywaroksaban, apiksaban, dysponujemy danymi do 120 kg masy ciała. Jeśli pacjent waży 140 kg, nie wiemy, czy dawka leku jest odpowiednia, ChPL też nam w tym nie pomoże. Warto wtedy szukać leków, przy których można monitorować ich skuteczność, np. przy leczeniu przeciwkrzepliwym nie powinno się takim osobom aplikować nowoczesnych leków, ale wrócić do warfaryny czy acenokumarolu i sprawdzać wskaźnik INR.

Szczególnie wyczuleni powinniśmy być na osoby > 65. r.ż. W tym wieku często obserwuję u tych pacjentów upośledzoną czynność wątroby i nerek. Przy stosowaniu np. antybiotyków należy dokładnie określać dawkę leku w odniesieniu do czynności tych narządów. Zwracamy też uwagę na pacjentów chętnie stosujących NLPZ, bo wchodzi one w liczne reakcje, np. z doustnymi antykoagulantami, zwiększając ryzyko krwawień.

**MT: Cena leku jest ważnym czynnikiem w realizacji zaleceń. Czy zamiana leku oryginalnego na generyczny jest istotna?**

M.B.: Funkcjonujemy w pewnych realiach rynku farmaceutycznego. Jego reguły i warunki nie ulegną zmianie, a więc nie zmieni się i to, kiedy lek generyczny pojawia się na rynku i z czego wynika jego cena. Lek oryginalny

podlega dokładnym badaniom nie tylko na zwierzętach, ale i na ludziach. Przechodzi trzy fazy długich, żmudnych, wieloosrodkowych badań klinicznych. Po określeniu skuteczności i bezpieczeństwa konkretnej dawki leku dochodzi do jego rejestracji, najczęściej po ok. 10 latach od wynalezienia substancji chemicznej.

W momencie gdy kończy się czas ochrony patentowej, który zależy od stopnia innowacyjności cząsteczki, powstaje miejsce na leki generyczne. Te zaś muszą się wykazać badaniem dotyczącym równoważności biologicznej i farmaceutycznej w odniesieniu do leku oryginalnego. Tak naprawdę ocenia się wówczas podstawowe parametry farmakokinetyczne: maksymalne stężenie leku w surowicy (Cmax) i to, w jakim czasie po przyjęciu osiągnął najwyższy poziom (Tmax) oraz pole powierzchni pod krzywą zależności stężenia leku od czasu (AUC). Porównuje się te parametry i jeśli nie ma różnic (dopuszczalne jest 10–20% rozbieżności), lek uważamy za równoważny biologicznie z oryginalnym. Z niższych kosztów badań i z tego, że cząsteczka została już wcześniej wynaleziona, wynika w głównej mierze jego cena.

**MT: Czy w takim razie taka zamiana ma znaczenie terapeutyczne?**

M.B.: W większości przypadków nie ma. Obecnie stosuje się wiele leków odtwórczych u chorych na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, bez istotnego wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo terapii. Ale są leki o bardzo wąskim przedziale między dawką toksyczną a terapeutyczną. Wtedy należy ostrożnie stosować generyk, zwłaszcza jeśli dopiero niedawno się pojawił i nie mamy z nim dużego doświadczenia.

Są też inne przykłady sytuacji, kiedy zamiana nie jest możliwa: digoksyna od lat 70. nie ma swojego odpowiednika, bo nie udało się wytworzyć idealnego leku generycznego. Był moment, kiedy pojawiły się leki generyczne dla karbapenemów. Wiemy, że skuteczność przeciwbakteryjna np. meropenu zależy nie tylko od jego spektrum działania, ale od sposobu podania. Należy go aplikować długo, we wlewie co najmniej 3–4-godzinny i rozłożyć dawkę, np. co 6 godzin. Skuteczność przeciwbakteryjna zależy bowiem od tego, jak długo antybiotyk utrzyma się w surowicy w stałym stężeniu.

Swego czasu pojawiły się leki generyczne, które w ChPL miały zapisane, żeby podać je we wlewie do godziny, bo tracą trwałość. Trzeba się było więc zastanowić, czy ryzykować i podać lek z takim zaleceniem.

Warto pamiętać, że różnice między lekiem oryginalnym a genetycznym polegają też na składzie substancji pomocniczych. Może się zdarzyć, że pacjent przyjmuje lek generyczny i nagle wystąpią u niego dolegliwości, np. z przewodu pokarmowego, wysypki. Niekoniecznie jest uczulony na substancję czynną, ale na jeden ze składników substancji pomocniczych.

Jestem zwolenniczką poglądu, że jeśli chory jest ustawiony na danej terapii, nie zmieniamy jej, jeśli ją akcep-



tuje, także pod względem finansowym. Jeśli prawidłowo przebiega współpraca lekarza z pacjentem, dobra jest tolerancja leku, nie trzeba forsować poglądu, że liczy się tylko „oryginalny”, bo to nierealne i żaden system tego nie wytrzyma. Z kolei kiedy terapia oparta jest na leku genetycznym, który się sprawdza, nie próbujemy przestawiać chorego na kolejny, choćby nawet tańszy. Przy terapii przewlekłej pacjentowi wszystko się pomiesza i trudno wtedy o compliance.

**MT: Jaka jest rola wywiadu? Jak powinien wyglądać złoty standard rozmowy?**

M.B.: Przede wszystkim potrzebujemy więcej czasu, by pacjentowi wszystko wytłumaczyć. Robiono

wiele badań, z których wynika, że pacjent z rozmowy z lekarzem rozumie ok. 50%, bo z wizytą wiąże się stres. Błędy i przekłamania informacyjne wynikają z pośpiechu. Podobnie dzieje się przy wypisie ze szpitala. Pacjent nie rozumie nawet dawkowania leku, zwłaszcza gdy w grę wchodzi ułamki, np. 1/2 lub 1/3 tabletki.

**MT: W takim razie o jakich zasadach powinno się przypominać pacjentowi?**

M.B.: Krótki przekaz powinien zawierać kilka szczegółów dotyczących żywienia w kontekście terapii. Należy też wytłumaczyć, że nie może dzielić tabletki bez podziałki, szczególnie takiej o przedłużonej formie uwalniania, z dopiskiem SR, ponieważ niszczy otoczkę, a tym samym mechanizm powolnego uwalniania. Leki powinien popijać tylko niegazowaną wodą. Nie połykać ich na sucho, bo nie rozpuszczają się w przewodzie pokarmowym.

W przypadku antybiotykoterapii obowiązują stałe godziny podawania leku. Nie wystarczy brać leku dwa razy dziennie - trzeba co 12 godzin, a to nie to samo. Również te, które działają 24 godziny, powinno się przyjmować o stałej porze. Pacjent powinien też poznać najważniejsze interakcje. Np. inhibitory pompy protonowej powinno się podawać na czczo, ale nie razem z innymi lekami, np. hormonami tarczycy, bo te się nie wchłoną. Z kolei skuteczność leczenia POChP lekami wziewnymi jest ma-

ła, bo pacjent je źle aspiruje, nikt mu nie pokazał, jak to robić. Stąd biorą się zaostrzenia choroby. To tylko kilka przykładów z mojej praktyki klinicznej.

**MT: Jakie szanse ma lekarz na monitorowanie terapii, by była ona bezpieczna?**

M.B.: Powinien wyodrębnić grupę pacjentów, na którą, musi zwracać szczególną uwagę, częściej zlecać im badania kontrolne, uczulać na niepokojące objawy, np. przy leczeniu hipolipemizującym statynami na dolegliwości mięśniowe. Gdy pacjent po zawale wychodzi ze szpitala na dużej dawce statyny i zaczyna uprawiać sport, bolą go mięśnie. Trzeba go uprzedzić, że nie przebiegnie maratonu na dużej dawce tego leku.

Z drugiej strony jest też grupa pacjentów, która uwielbia czytać ulotki oraz przyswajając informacje z internetu. Występuje u nich efekt nocebo - pacjent widzi u siebie wszystkie objawy niepożądane. Wtedy zadaniem lekarza jest przekonanie go o niezbędności zażywania leku w odpowiedniej dawce. To obecnie dotyczy głównie statyn. Jednak na forach internetowych nie informuje się, że statyny w ciągu 30 lat swojej obecności uratowały życie tysiącom ludzi, ale o tym, ile zła mogą wyrządzić. A to nieprawda.

**MT: Reasumując, jaki powinien być cel racjonalnej farmakoterapii?**

M.B.: Skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. Wymaga to znajomości farmakokinetycznych właściwości leku, interakcji, w jakie może wchodzić, wiedzy o maksymalnie dopuszczalnych dobowych dawkach, sposobie dawkowania. Musimy poznać stopień wydolności wątroby i nerek chorego, by zracjonalizować terapię i tym samym zmniejszyć działania niepożądane. Zawsze należy szukać przyczyn danej dolegliwości, nie wolno leczyć objawowo. Jeśli chory ma obrzęki kończyn, nie należy automatycznie podawać leku moczopędnego. Obrzęki nie muszą się wiązać z niewydolnością serca, mogą wynikać z choroby wątroby lub zaburzeń krążenia limfatycznego

(przedruk z „Medical Tribune” nr 5/18)

## LEKARZ DOBREGO KONTAKTU

# ROLA KOMUNIKACJI W POLSKIEJ OCHRONIE ZDROWIA

*Na początek, na stulecie niepodległości, cytuję z Józefa Piłsudskiego: Lepsza jest dobra łączność niż armata. Wojsko bez pracy nad łącznością staje się zwyczajną dziewczką publiczną szukającą awantur miłosnych po różnych lasach i pagórkach, bez żadnej korzyści dla wojny. Ciekawe, jak marszałek określiłby mechanizmy komunikacji w polskiej ochronie zdrowia. Poniżej ekspertyza Ewy Książek-Bator.*

W przeszłości, kiedy nie były znane tak wsławnie urządzenia diagnostyczne, jak aparaty USG, EKG, TK czy MRI, a także laboratorium czynne 24 godziny na dobę, lekarz miał do dyspozycji wiedzę, doświadczenie oraz

swoje zmysły. Był szanowanym obywatelem, do którego pacjent miał zaufanie. Nie zarabiał może fortuny, ale też nie był biedny – od każdego pacjenta otrzymywał zapłatę w gotówce lub towarze. Nie miał nad sobą NFZ, izby lekarskiej ani Ministerstwa Zdrowia. Nie musiał się zastanawiać, jak zakodować pacjenta i ile rubryk wypełnić, aby nie zostać ukaranym przez płatnika. Był sobie sterem, żeglarzem i okrętem.

## Czas – narzędzie zaufania

Podczas wizyty lekarz wypytywał pacjenta, co się wydarzyło, co mu dolega, jakie ma objawy i odczucia, sta-

► wiał diagnozę i w sposób zrozumiały wyjaśniał, jak go będzie leczył. Miał przy tym o wiele mniejsze możliwości konsultacji specjalistycznych i nie dysponował tak bogatym asortymentem farmaceutyków jak obecnie. W zasadzie był zdany na siebie, ale miał wspaniały instrument – czas. Wszystko odbywało się w atmosferze zaufania, pielęgniarka wspierała lekarza w procesach medycznych, pomagała pacjentowi zrozumieć jego chorobę. Pacjent nie czekał miesiącami na wizytę, tylko otrzymywał pomoc w momencie, kiedy tego potrzebował. Mimo pewnych ograniczeń odnoszę wrażenie, że komunikacja pomiędzy pacjentem a lekarzem była odpowiednia, co skutkowało stosowaniem się pacjenta do zaleceń. Pacjent był zadowolony, ale też nie miał świadomości, czy jego leczenie mogłoby wyglądać inaczej.

### Maszyna nie rozumie

Dziś – w dobie nowoczesnych szpitali, aparatów i urządzeń, specjalistycznych laboratoriów, komputerów ze specjalnym oprogramowaniem – stajemy przed wyzwaniem braku kadr medycznych, braku pieniędzy i czasu dla pacjenta oraz presji płacenia odszkodowań. Wszystkie te czynniki mają wpływ na komunikację pomiędzy pacjentem a lekarzem, pielęgniarką i innymi pracownikami sektora ochrony zdrowia. Co się stało z komunikacją międzyludzką, która jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka, pozwalającą na przekazywanie informacji, ale również uczuć między ludźmi? Zestarzała się, stała się niemożliwa, nie znajduje uznania wśród personelu medycznego, urzędników NFZ i Ministerstwa Zdrowia? Odnoszę wrażenie, że obecnie nie przywiązuje się do niej żadnej wagi. W efekcie Ministerstwo Zdrowia „gasi pożary”, NFZ „wisi w niebycie”, a lekarze tracą zaufanie społeczeństwa. Jeśli nic nie zmienimy, to w niedale-

kiej przyszłości nieporozumień będzie coraz więcej, co nie wróży dobrze ani systemowi ochrony zdrowia, ani niezbędnym reformom.

### Barierzy nieporozumień

Brakuje komunikacji pomiędzy NFZ a jednostkami ochrony zdrowia, pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a NFZ, Ministerstwem Zdrowia a pacjentem, NFZ a pacjentem, jednostkami ochrony zdrowia a ich organami właścicielskimi. Dlaczego to takie trudne? Można postawić tezę, że nikomu nie zależy na koordynacji ani na komunikacji, ponieważ liczba absurdów wymagających uregulowania przekracza siły i środki Ministerstwa Zdrowia. Aby mogło być lepiej, najpierw musi być gorzej, gdyż trzeba uporządkować narosłe latami, zupełnie zbędne bariery biurokratyczne stworzone przez zarządzenia NFZ, wymogi dla lekarzy, wymogi dla szpitali. Należy je urealnić, dostosować do rzeczywistości i potrzeb pacjentów. Trzeba zastosować mechanizmy prowadzące do poprawy dostępności opieki i zaopatrzenia chorego, koordynując jego zapotrzebowanie na świadczenia medyczne.

### Jakość najważniejsza

W mojej ocenie należy położyć nacisk na właściwą komunikację. Budowa zaufania i koordynacja postępowania z pacjentem powinny być głównym kierunkiem zmian w ochronie zdrowia. Paradoksalnie od lat potrzeby pacjenta są takie same – kiedy zachoruje, chce w miarę szybko uzyskać fachową pomoc i mieć poczucie, że jest leczony „zgodnie ze sztuką”.

Ewa KSIAŻEK-BATOR

**Autorka** jest członkiem zarządu Polskiej Federacji Szpitali.

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” 2-3/2018)

## WALCZMY Z HEJTEM

„Nazywam się Dawid Ciemięga i jestem lekarzem. To jest mój manifest w obronie dobrego imienia” – to pierwsze słowa apelu rezydenta pediatrii z Tychów, który postanowił walczyć z pomówieniami w Internecie. Wszystko rozpoczęło się po serii postów, w których obalał rzekomą hipotezę na temat toksyczności szczepionek. Zdecydował się na konfrontację z hejterami w sądzie. Przełom czy walka z wiatrakami?

**Panie doktorze, dotychczas lekarze rzadko reagowali w stanowczy sposób na podobne oskarżenia. Zdecydował się pan na walkę w sądzie. Dlaczego?**

Lekarze w większości przypadków nie zdają sobie sprawy ze skali zjawiska. Widzę to z własnej perspektywy. To karygodne niszczenie opinii nam wszystkim. Internauci wystawiają negatywne cenzurki, które są czystą złośliwością, niepopartą faktami. Ma to wpływ bezpośrednio na naszą pracę, na liczbę pacjentów i ich zaufanie. Nie musiałem daleko szukać, ponieważ przy okazji

mojej sprawy opinie były wystawiane na moim profilu w serwisie społecznościowym. Zdecydowałem się na walkę ze względu na eskalację zjawiska. Tsunami hejtu, dziesiątki, setki osób z całej Polski chciały mnie skrzywdzić swoimi opiniami. Rozpowszechnianie fałszywych informacji na mój temat potraktowałem jak niszczenie mojego wizerunku. Stwierdziłem, że musi nastąpić przełom, żeby lekarze nie byli bezbronni wobec takich działań, i postanowiłem odeprzeć atak.

**Jaka była reakcja środowiska lekarskiego? Czy samorząd stanął na wysokości zadania i pomógł w walce o dobre imię?**

Kiedy sprawa stała się bardziej medialna, prezes Śląskiej Izby Lekarskiej skontaktował się ze mną i zaproponował spotkanie. Udzielił mi wsparcia merytorycznego i opieki prawnej. Zaskoczył mnie odzew ludzi z całej Polski – pomocną dłoń wyciągali prawnicy, pracownicy ochrony zdrowia, a nawet prywatny detektyw. Środowi-

sko lekarskie stanęło za mną murem. Można poczuć, że Porozumienie Rezydentów dało impuls, dzięki któremu jesteśmy zjednoczeni i gramy do jednej bramki. Walka o własne dobre imię nie była priorytetem. Chciałem pokazać społeczeństwu, że jeżeli ktoś będzie bezprawnie obrażać lekarza, musi się liczyć z konsekwencjami.

***Jak lekarze powinni rozmawiać z rodzicami wyrażającymi wątpliwości dotyczące szczepień? Czy istnieją rozwiązania systemowe, które mogłyby zachęcać, zamiast zniechęcać?***

Musimy wiedzieć, z czym się mierzymy. Mam wrażenie, że nie mamy pojęcia o skali problemu i dlatego nie wiemy, jak sobie radzić z nieprawdziwymi informacjami. Należy wiedzieć, czym pacjenci mogą nas zaskoczyć, żebyśmy mogli przygotować się i przedstawić swoją wizję medycyny opartej na faktach. Z moich obserwacji wynika, że rodzice przychodzą przygotowani na wizytę. Odpowiedzi na mnożące się pytania znajdują w sieci. Mamy obowiązek wychodzić naprzeciw i oddolnie pro-

wadzić edukację naszych pacjentów – nie tylko w gabinecie, ale też w różnych środkach przekazu.

***Czy słyszał pan o akcji Krajowej Izby Lekarskiej we Włoszech „Bzdura wpędzi nas do grobu”? W ramach kampanii społecznej przygotowano ogłoszenia i billboardy. Lekarze wybrali szokującą formę przekazu. Hasło przewodniemu: „Nie ufajcie bzdurom w sieci. Zawsze pytajcie lekarza”, towarzyszą obrazy nagrobków i umieszczonych na nich napisów. Czy takie kampanie miałyby rację bytu w Polsce?***

Myślę, że jest to potrzebne. Wyraźnie widzę to na swoim przykładzie. Moja działalność internetowa jest akcją informacyjną. Piszą do mnie rodzice, którzy przeszli na stronę rzetelnej medycznej wiedzy. To budujące. Nasze przyzwolenie na pseudomedycynę i szarlatanerię może prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, a na to nie możemy sobie pozwolić.

Rozmawiał Piotr MATYJA

(przedruk z „Pulsu” nr 7-8/18)

## ODESZŁA OD NAS

### PAMIĘCI DR BRONISŁAWY LIGUDY-KOZAK

W dniu 4 czerwca 2018 r., w wieku 103 lat odeszła od nas dr Bronisława LIGUDA-KOZAK. Była przedstawicielką znamiętej rodziny Ligudów, polskich patriotów, okrutnie doświadczonych przez los.

Urodziła się 5 września 1914 r. w Opolu. Ojciec Karol Liguda był mistrzem drukarskim w „Gazecie Opolskiej” u Bronisława Koraszewskiego, matka Marta Krziwik też tam pracowała.

Bronisława Liguda, po maturze uzyskanej w Opolu, w 1935 roku wyjechała do Królewca, gdzie rozpoczęła studia na wydziałach germanistyki i medycyny. Razem ze swoim bratem Bolkiem działała w Związku Polaków w Niemczech oraz Związku Akademików Polaków w Niemczech. Na początku wojny została aresztowana przez gestapo i przez 7 miesięcy przebywała w więzieniu w Królewcu. Udało się ją stamtąd wydostać dzięki pomocy ze strony niemieckich przyjaciół.

Wyjechała wówczas do Wrocławia, gdzie od 1940 r. przebywała jej matka, wysiedlona z Suchego Boru. Pracowała jako sekretarka medyczna u dr A. Kriebla, szefa Szpitala Betania. W ciągu 4 lat współpracy dr Kriebel był zachwycony olbrzymim zmysłem lekarskim Bronisławy Ligudy.

W styczniu 1945 rodzina Ligudów przeżyła ciężki okres oblężenia miasta-twierdzy Wrocław.

Po wojnie Bronisława Liguda wróciła do Opola i w lipcu 1945 roku rozpoczęła pracę w Szpitalu Św. Wojciecha, pod auspicjami dr Sergiusza Mossora. Pomimo rodzinnych trudności wróciła na studia medyczne do Wrocławia i jeszcze w czasie studiów, w 1947 roku, rozpoczęła pracę na Uniwersytecie Wrocławskim w Katedrze Chorób Wewnętrznych II Wydziału Lekarskiego u prof. A. Falkiewicza. Dyplom ukończenia studiów uzyskała w grudniu 1948 roku.

W latach 1949-1954 podjęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu im. Karola Miarki w Opolu, uzyskując w międzyczasie specjalizację I stopnia z chorób wewnętrznych. Do czasu przejścia na emeryturę w 1977 roku pracowała jako lekarz w Zespole Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych - kolejno jako Kierownik Poradni Chorób Wewnętrznych, Kierownik Poradni Alergologicznej, konsultant ds. leczenia uzdrowiskowego, konsultant w Wojewódzkim Zespole Neuropsychiatrycznym.

W 1950 roku wyszła za mąż za Juliana Aleksandra Kozaka, doczekała się trojga dzieci, wnuków i prawnuków.

Dr Bronisława Liguda-Kozak cieszyła się bardzo dużym uznaniem wśród kolegów lekarzy, a także wśród swoich licznych pacjentów oraz przyjaciół. Emanowała wiedzą i dobrocią. Była bardzo uczynna i oddana chorym. Była nie tylko cenioną lekarką, ale także działaczką społeczną, niezwykłą kobietą Śląska Opolskiego. W dowód uznania zasług została odznaczona Krzyżami Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym i Brązowym Krzyżem Zasługi, Odznaką Zasłużona Obywatelka Miasta Opola.

Dr Bronisława Liguda-Kozak zmarła w domu rodzinnym, w otoczeniu ukochanych bliskich osób, których wieloletnia fantastyczna opieka dodawała sił i pogody ducha, ratowała zdrowie i ułatwiała znoszenie niedogodności podeszłego wieku.

Cześć Jej Pamięci.





**IV Konferencja Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC** odbędzie się w dniach 5-6 października 2018 roku w Europejskim Centrum Solidarności Gdańsku. Tematem przewodnim tegorocznego spotkania są „Interdyscyplinarne aspekty opieki u kresu życia”. W ramach konferencji odbędą się warsztaty oraz wykłady specjalistów z całej Polski poświęcone różnym aspektom codziennej, interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą, zagrażającą życiu.

Szczególnym pretekstem do naukowej refleksji, wymiany doświadczeń i debaty na temat sytuacji i wyzwań współczesnej opieki u kresu życia będzie 35. rocznica utworzenia w Gdańsku domowego zespołu hospicyjnego, działającego dziś jako Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych im. ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC. Właśnie z tej okazji, pierwszego dnia konferencji, podczas sesji jubileuszowej wręczone zostaną nagrody dla osób szczególnie zaangażowanych w tworzenie modelu domowej opieki hospicyjnej.

Wykład inauguracyjny pt. „Opieka paliatywna wczoraj, dziś i jutro” wygłosi pionier opieki hospicyjnej w Wielkiej Brytanii, dr Robert Twycross. Debatę o dobrych praktykach i trudnościach w opiece paliatywno-hospicyjnej poprowadzi prof. Piotr Krakowiak, o tym, jak wspierać osoby przewlekle chore opowie psycholog, dr Maria Rogiewicz.

Drugi dzień konferencji wypełniony będzie sesjami poruszającymi aspekty opieki pielęgniarstwa, psychiatrycznej, fizjoterapeutycznej. W ramach sesji dotyczącej leczenia bólu wystąpi m.in. dr hab. Małgorzata Krajnik. Za udział w konferencji będą przysługiwały punkty edukacyjne. Całkowity dochód z konferencji zostanie przeznaczony na rzecz podopiecznych Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych im. ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku.

Zapisy na konferencję [www.konferencja-dutkiewicza.pl](http://www.konferencja-dutkiewicza.pl)

**Patronat medialny:** Świat Medycyny i Farmacji, Zwrotnik Raka, Medycyna Praktyczna

**Patronat honorowy:** Wojewoda Pomorski Dariusz Drelich, Marszałek Województwa Pomorskiego Mieczysław Struk, Prezydent Miasta Gdańska Paweł Adamowicz, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny – Zakład Medycyny Paliatywnej.

**Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu zaprasza na:**

**XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie**, 16 września 2018 r. (zapisy: [www.bieglechitow.pl/strona/zapisy.html](http://www.bieglechitow.pl/strona/zapisy.html));

**XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 15 km w Bukowcu Górnym**, 23 września 2018 r. (zapisy: [www.biegoskola.com/zgloszenia](http://www.biegoskola.com/zgloszenia));

**XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie w Poznaniu** 14 października 2018 r. (zapisy: [www.marathon.poznan.pl](http://www.marathon.poznan.pl)).



**VI Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2018”**

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie



Jesteś lekarzem, lekarzem dentystą, wykładowcą uczelni medycznej, studentem medycyny, a twoją pasją jest fotografia i chęć zatrzymania w kadrze tej jednej ulotnej i niepowtarzalnej chwili - ten salon jest właśnie dla Ciebie - podziel się swoją wrażliwością... serdecznie zapraszamy.

W tegorocznej edycji obok dwóch tradycyjnych kategorii: „temat wolny” i „człowiek i krajobraz” inaugurujemy nową kategorię „fotografia medyczna”. Zachęcamy Was do prezentacji fotografii zarówno z życia ośrodków medycznych, prezentujących pracę medyków, czy relacje z pacjentami ale też obrazów wykonanych nowoczesnymi technikami obrazowania o walorach artystycznych – USG3D, TK, MRI, OCT, itp. Prace takie były prezen-

towne na dotychczasowych Salonach PhotoArtMedica w kategorii ogólnej, a niektóre z nich zdobywały nagrody. Do udziału w tej kategorii zapraszamy również techników medycznych.

Również nowością tegorocznej edycji będzie nagroda specjalna dla najlepszego Autora – Okulisty z Polski – markowy aparat fotograficzny OLYMPUS ufundowany przez Cooper Vision Poland sp. z o.o. producenta miękkich soczewek kontaktowych. Zwycięzca otrzyma także Medal Honorowy PhotoArtMedica.

Jury przyzna PhotoArtMedica 2018 Grand Prix, 2 Medale FIAP, 6 Medali Fotoklubu RP, 9 Medali PhotoArtMedica oraz Honorowe Wyróżnienia. Nagrody rzeczowe zostaną ufundowane przez Cooper Vision, TU INTER Polska oraz OLYMPUS.

Salon PhotoArtMedica odbywa się pod Auspicjami Międzynarodowej Federacji Sztuki Fotograficznej FIAP oraz pod Honorowym Patronatem Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Prezydenta Miasta Częstochowa. Patronat merytoryczny sprawuje Fotoklub Rzeczypospolitej Polskiej.

Informacje oraz zgłoszenia (do 22 września br.) na stronie [www.photoartmedica.pl](http://www.photoartmedica.pl). Zapraszamy również do śledzenia informacji o Salonie na facebooku i instagramie: [www.facebook.com/Photoartmedica](https://www.facebook.com/Photoartmedica), [www.instagram.com/photo.art.medica](https://www.instagram.com/photo.art.medica)

Z koleżeńskim pozdrowieniem,  
dr n. med. Krzysztof Muskalski  
artysta-fotografik, EFIAP, AFRP, ZPAF  
Przewodniczący Salonu PhotoArtMedica  
Okręgowa Rada Lekarska w Częstochowie

**OLYMPUS**

CooperVision  
**inter**  
UBEZPIECZENIA

**W Klubie Lekarzy w Łodzi** przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna **Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy**, tym razem pod hasłem – „Światło, barwa, cisza” – realizację tego tematu pozostawiamy inwencji oraz wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w Wystawie.

Tegorocznej edycji Wystawy, podobnie jak poprzednim, towarzyszył będzie konkurs, w którym prace oceni Jury złożone z profesjonalistów. Do udziału w Wystawie i Konkursie Fotograficznym zapraszamy Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce.

Zapraszamy do przesyłania fotografii drogą elektroniczną lub na nośnikach danych. Pozostawiamy też możliwość dostarczenia zdjęć w wersji papierowej. Termin dostarczania fotografii upływa 8 października br.

Wernisaż Wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki Konkursu Fotograficznego odbędzie się 21 października 2018 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 26 października br.

Prosimy o zapoznanie się z regulaminem, który określa warunki przystąpienia do Konkursu Fotograficznego. Kontakt: Iwona Szelewa - Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, tel. (42) 683-17-01.

\*\*\*

Puchar lekarzy, lekarzy dentystów i lekarzy weterynarii w ujeżdżeniu i skokach przez przeszkody  
5-16 września 2018 r.

Mamy zaszczyt zaprosić lekarzy i lekarzy dentystów na zawody sportowe w dyscyplinie jeździectwo. Miejscem zawodów jest OŚRODEK GOSIR LKJ „Lewada” w Zakrzowie. W tym Ośrodku Olimpijskim w Zakrzowie organizowane są szeroko znane zawody jeździeckie, w tym zawody jeździeckie gwiazd. W ośrodku „Lewada” zawody o Puchar lekarzy weterynarii będą rozegrane już po raz drugi. Natomiast Puchar lekarzy i lekarzy dentystów będzie rozegrany po raz pierwszy. Jest to formuła nowatorska, nie występująca nigdzie indziej w Polsce - mająca na celu integrowanie środowisk poprzez wspólne zawodnictwo sportowe.

Zawody odbywają się w obu dyscyplinach w formule dwudniowej (półfinał i finał). Zamierzeniem jest wyłonienie najlepszej trójki w każdej dyscyplinie lekarzy weterynarii, lekarzy i lekarzy dentystów oraz wyłonienie

najlepszego zawodnika zawodów w każdej konkurencji spośród wszystkich lekarzy.

Szczegółowe organizacyjne:

**14.09.2018** – przyjazd zawodników (treningi, zakwaterowanie, odprawa techniczna, spotkanie integracyjne ekip)

**15.09.2018** – oficjalne otwarcie zawodów • półfinały ujeżdżenia • półfinały skoków przez przeszkody • pod wieczór planowane są wystąpienia sponsorów, a następnie spotkanie integracyjne ekip, osób oficjalnych i sponsorów.

**16.09.2018** – finały ujeżdżenia oraz finały skoków przez przeszkody; • dekoracja i wręczenie nagród dla zwycięzców poszczególnych Pucharów oraz wyłonienie najlepszego zawodnika spośród lekarzy obu grup • oficjalne zamknięcie zawodów.

Szczegółowe informacje dotyczące danych technicznych zawodów ukażą się w formie propozycji w najbliższym czasie.

\*\*\*

Dyrektor Oddziału Regionalnego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Opolu zaprasza do współpracy w charakterze lekarza rzeczoznawcy w obrębie działalności placówek terenowych KRUS w Brzegu, Kluczborku i Głubczycach.

Lekarzem rzeczoznawcą może być lekarz, który spełnia następujące warunki:

- jest specjalistą, w szczególności w zakresie następujących specjalizacji: chorób wewnętrznych, medycyny przemysłowej, medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej, reumatologii, chirurgii ogólnej, chirurgii ortopedyczno-urazowej, rehabilitacji, neurologii, psychiatrii;
- posiada prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- posiada co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie lekarza;
- nie był karany, w tym również za przewinienia zawodowe;
- odbył szkolenie w zakresie ustalonym przez Prezesa Kasy.

\*\*\*

**Do sprzedania Spółka** z dobrze funkcjonującą przychodnią POZ z kontraktem z NFZ. **Lokalizacja woj. opolskie.** Jedyna przychodnia w gminie z filią w sąsiedniej miejscowości i apteką w tym samym budynku. Ilość pacjentów ok. 4.000. Sprzedaż dotyczy również pełnego wyposażenia w dwóch przychodniach, przejęcia umów i personelu. Istnieje możliwość sprzedaży 50%. Podmiot bez zobowiązań finansowych. Kontakt: [sprzedaz2018@o2.pl](mailto:sprzedaz2018@o2.pl).

\*\*\*

**Sprzedam udziały w spółce** z dobrze działającym POZ. Kontakt tel. 603-254-025, e-mail: [jadwiga.kural@wp.pl](mailto:jadwiga.kural@wp.pl).

\*\*\*

Dyrektor Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, zatrudni na stanowisku starszego asystenta lekarzy specjalistów w zakresie:

- neonatologii lub pediatrii w Oddziale Neonatologicznym,
- ginekologii i położnictwa w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Od kandydatów oczekujemy:

- specjalizacji z zakresu neonatologii lub pediatrii, • specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii, • aktualnego prawa wykonywania zawodu, • zaangażowania i odpowiedzialności w codziennej pracy zawodowej, • wysokich wartości etyczno-moralnych i społecznych.

Oferujemy: • komfortowe warunki pracy w placówce posiadającej trzeci stopień referencyjności, • możliwości stałego rozwoju kompetencji zawodowych, • pakiet socjalny, • możliwość uczestniczenia w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych, • zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną.

Pytania i oferty (CV, list motywacyjny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych) proszę kierować na adres: Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, 45-066 Opole, tel. (77) 454-54-29 lub na adres e-mail: [icisek@ginekologia.opole.pl](mailto:icisek@ginekologia.opole.pl)



**Protezy stałe z bezstopniowym uszczelnieniem brzęcznym. Postępowanie kliniczne i laboratoryjne**, E. Bruna, A. Fabianelli; red. M.P. Dawyński-Nowak, M. Nowak; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-66067-19-6, format: 210 x 275, opr. twarda, 209 stron, cena: 170.10 zł (378 EUP pkt)

Technika bezstopniowej (wertykalnej) preparacji zębów ma wiele zalet w porównaniu z technikami preparacji ze stopniem. Zaliczamy do nich m.in.: oszczędność tkanek zęba, łatwość wykonania prawidłowego uzupełnienia tymczasowego i ostatecznej

odbudowy protetycznej z doskonałą szczelnością brzęzną, którą tworzy powierzchnia uszczelniająca, a nie jedynie brzeg, często bez konieczności ponownego szlifowania.

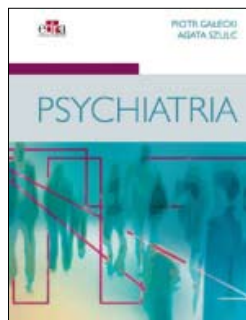
Obecnie coraz większą uwagę zwraca się na minimalnie inwazyjne metody preparacji, a bezstopniowa preparacja może być również stosowana w wybranych przypadkach w technice CAD/CAM oraz w pracach wykonywanych z takich materiałów estetycznych, jak cyrkon czy krzemian litu.

Aby osiągnąć jak najlepszy rezultat (maksymalnego dopasowania, wysokiej jakości uzupełnienia tymczasowego, maksymalnego uszczelnienia brzęcznego), prawidłową funkcjonalność oraz zadowalający efekt estetyczny, wymagana jest odpowiednia wiedza teoretyczna i praktyczna, którą autorzy tej pozycji – praktycy z ogromnym doświadczeniem klinicznym – dzielą się w sposób prosty i zrozumiały. Krok po kroku omawiają poszczególne etapy po-

stępowania dla uzupełnień wykonywanych metodą tradycyjną, ale także w przypadku prac opartych na implantach oraz wykorzystujących podbudowy cyrkonowe.

Książkę uzupełnia ponad 300 kolorowych fotografii oraz filmy on-line dotyczące: • preparacji siekaczy górnych, • pozycjonowania nici retrakcyjnych, • pobierania precyzyjnie wykonanych wycisków.

\*\*\*



**Psychiatria**, P. Gałęcki, A. Szulc; rok wydania: 2018; ISBN: 978-83-65835-90-1, format: 210 x 270, opr. miękka, 630 stron, cena: 129.60 zł (288 EUP pkt)

Studenci kierunku lekarskiego, przygotowując się do Lekarskiego Egzaminu Końcowego, muszą opanować wiedzę z kilku podstawowych specjalności medycznych, w tym psychiatrii. Ułatwiając im to zadanie poprzez zaproponowanie klarownego w treści i w atrakcyjnej szacie graficznej podręcznika zyskujemy jednocześnie lekarzy, którzy wiedzę z zakresu psychiatrii zachowają na całe swoje życie zawodowe. [...] Jestem przekonana, że książka Psychiatria autorstwa prof. Piotra Gałęckiego i prof. Agaty Szulc spotka się z bardzo dobrym odbiorem zarówno studentów, jak i lekarzy także innych niż psychiatria specjalności. Ci ostatni będą mogli po nią sięgnąć, chcąc przypomnieć sobie zagadnienia z kręgu zaburzeń zdrowia psychicznego spotykane często u pacjentów na co dzień.

Z recenzji prof. dr hab. Joanny Rymaszewskiej – Kierownika Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

## OGŁOSZENIA

\*\*\*  
**Dyrekcja Prudnickiego Centrum Medycznego poszukuje kandydatów na stanowisko lekarza ginekologa.**

**Wymagania niezbędne:**

- Wykształcenie wyższe – dyplom lekarski,
- Minimum 2-letnie doświadczenie zawodowe,
- Specjalizacja z zakresu położnictwa i ginekologii.

**Wymagania dodatkowe:**

- Umiejętność szybkiego podejmowania decyzji,
- Odpowiedzialność, systematyczność, terminowość, dobra organizacja pracy, komunikatywność, umiejętność pracy w grupie,

- Dyspozycyjność i zaangażowanie.

**Wymagane dokumenty i oświadczenia:**

- Życiorys i list motywacyjny,
- Kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie,
- Oświadczenia kandydata o korzystaniu z pełni z praw publicznych i o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie,

- Oświadczenie kandydata o niekaralności za przestępstwo skarbowe popełnione umyślnie,

- Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.).

**Szczegółowe informacje:** tel.: (77) 406-78-90, e-mail: [pcm@pcm.prudnik.pl](mailto:pcm@pcm.prudnik.pl).

Zainteresowanych prosimy o składanie dokumentów w siedzibie Prudnickiego Centrum Medycznego, ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik.

\*\*\*

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrzie” w Opolu pilnie zatrudni lekarza specjalistów z zakresu medycyny sportowej oraz lekarzy medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych do poradni POZ. Telefon kontaktowy: 77/474-77-78 i 77/457-33-38.**

\*\*\*

**Praca dla lekarza rehabilitacji medycznej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Fizjo-Med Beata Hofman.** Praca w poradni rehabilitacji. Wymagamy: wykształcenie wyższe, dyplom lekarski oraz specjalizację z rehabilitacji medycznej. Mile widziane takie cechy, jak: odpowiedzialność, systematyczność, terminowość, dobra organizacja pracy, komunikatywność, umiejętność pracy w grupie i dyspozycyjność.

Szczegółowe informacje tel.: 602-738-716, e-mail: [nzoz-fizjomed@gmail.com](mailto:nzoz-fizjomed@gmail.com).

\*\*\*

**Centrum Zdrowia MEDISTICA zatrudni lub nawiąże współpracę z lekarzem dentystą.** Oferujemy:

- Nowoczesne zaplecze lokalowe i sprzętowe;
- trzy w pełni wyposażone gabinety stomatologiczne, rejestrację pacjentów,
- pracownię RTG PANO CEFALO na miejscu,
- komfortowe zaplecze socjalne.

Wykwalifikowany personel pomocniczy

dyplomowane asystentki stomatologiczne, dyplomowane higienistki stomatologiczne, profesjonalna rejestracja pacjentów, menedżer.

Współpracę z zespołem medycznym MEDISTICA stomatologia

- lekarze protetycy,
- lekarze chirurgii stomatologicznej,
- lekarz chirurg-implantolog.

Bazę około 10.000 pacjentów.

Elastycznie dopasowane godziny pracy.

Atrakcyjne warunki finansowe.

Więcej informacji udzieli nasz Menedżer Łukasz Madej, tel.: 607-912-055, email: [lukasz.madej@medistica.pl](mailto:lukasz.madej@medistica.pl) [www.medistica.pl](http://www.medistica.pl) – zakładka „Praca”.

\*\*\*

**Zatrudnię lekarza w Poradni POZ w Starych Budkowicach** – tel.: 603-974-054; mail: [medicor69@tlen.pl](mailto:medicor69@tlen.pl).

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biurowo:** tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)  
**czynne:** poniedziałek, wtorek, czwartek 7.30–15.30; środa 7.30–16.00; piątek 7.30–15.00

**Rejestr Lekarzy:** [opole.rejestr@hipokrates.org](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

**Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)

**Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:**

tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:**

tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)



UNIWERSYTET  
OPOLSKI



Opole, dnia 10 sierpnia 2018 r.

**Szanowni Państwo**

Serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w Interdyscyplinarnej Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt.:  
**„Prawo i medycyna – wybrane problemy”**

która odbędzie się w Studenckim Centrum Kultury Uniwersytetu Opolskiego (Opole, ul Katowicka 95) w dniu:  
**30 listopada 2018r. w godz. 10:00-16:00.**

Konferencja organizowana jest na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego – przez Katedrę Prawa Karnego Materialnego wspólnie z Okręgową Radą Adwokacką w Opolu oraz Okręgową Radą Lekarską w Opolu. Wydarzenie wpisuje się w kalendarz imprez okolicznościowych w związku z 65 rocznicą powstania Izby Adwokackiej w Opolu oraz w 100 rocznicę odzyskania przez Polskę niepodległości.

**Prelegentami na Konferencji będą naukowcy i praktycy reprezentujący obie dziedziny nauki reprezentujący co najmniej pięć ośrodków naukowych z kraju.**

Jednocześnie, już w tym miejscu uprzejmie informujemy, że planowane jest wydanie recenzowanej publikacji naukowej, w której opublikowane zostaną artykuły naukowe przygotowane przez prelegentów. O szczegółach poinformujemy w późniejszym terminie.

**Zgłoszenia udziału w konferencji prosimy nadsyłać pocztą elektroniczną do dnia 31.10. 2018 r. na adres:**  
[opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)

Jednocześnie informujemy, iż przedmiotowa Konferencja zostanie wpisana w terminarz szkoleń zawodowych dla adwokatów Izby Adwokackiej w Opolu oraz lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu.

**Z wyrazami szacunku**

**Komitet Organizacyjny:**

**dr Dariusz Mucha, adwokat**  
Adiunkt na Wydziale Prawa i Administracji  
Uniwersytetu Opolskiego

**lek dent. Jolanta Smerkowska- Mokrzycka**  
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

**adw. Marian Jagielski**  
Dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Opolu

**Program Konferencji:**

9:15 - 10:00 rejestracja uczestników  
10:00 - 10:20 uroczyste otwarcie Konferencji: przywitanie gości  
10:30 - 13:00 sesja referatowa  
13:00 – 13:30 dyskusja  
13:30-14:00 przerwa kawowa  
14:00-15:40 sesja referatowa  
15:40-16:00 dyskusja, podsumowanie i zamknięcie konferencji