



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

# BIULETYN INFORMACYJNY

Maj 2013

ISSN 1426-661X

Nr 201

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

## Wybory do Samorządu 2013



## OTRZYMUJ PIENIĄDZE NIE PRACUJĄC!!

Lekarzu – ile razy zdarzyło się, że złamana noga czy ręka (np. na nartach) unieruchomiła Cię w domu i uniemożliwiła zarabianie pieniędzy? A może dłuższa grypa czy inna choroba skutecznie oderwała Cię od pracy na miesiąc albo dłużej? Może miałeś wypadek, np. samochodowy i zwolnienie chorobowe trwało kilka miesięcy? Co wtedy z Twoim dochodem? Nie możesz przecież pracować i zarabiać. Czy pieniądze z zasiłku chorobowego wystarczyły na życie na normalnym poziomie? Na spłatę raty kredytu czy leasingu? Wątpię...

A co gdybyś Lekarzu w przyszłości nie mógł pracować w swoim zawodzie, czyli jako lekarz? Towarzystwo ubezpieczeniowe na pytanie o odszkodowanie odpowie zapewne mniej więcej tak – „*Może Pan wykonywać inną pracę, np. stróża. Więc jest Pan zdolny do pracy i pieniądze z tytułu niezdolności do pracy się Panu nie należą*”. Takie są dotychczasowe realia...

A teraz fantastyka – coś zupełnie nie z tego świata. Wyobraź sobie Lekarzu, że nieszczęśliwie upadasz na stołu w Austrii. Diagnoza – zerwane więzadło krzyżowe. Konieczność operacji i co najmniej 3 miesiące zwolnienia. Czy nie przyjemniej jest się rehabilitować, wiedząc, że co miesiąc oprócz zasiłku z ZUS otrzymasz np. 5 000 zł jako gwarancję podtrzymania dochodu? A może wystarczy 3 000 zł? Albo potrzebować będziesz 10 000 zł? Nie ma problemu, sam zdecydujesz ile chcesz otrzymywać.

Nie zawsze unieruchamia nas wypadek – może być również choroba. Zasada ta sama – leczysz się i nie pracujesz, a na konto wpływają co miesiąc dodatkowe pieniądze. Żeby utrzymać Twój poziom życia.

Pójdźmy dalej – z jakiegoś powodu (wypadek bądź choroba) nie możesz Lekarzu pracować już nigdy w swoim zawodzie. Ale tylko w swoim, możesz wykonywać inną pracę. Np. chirurg traci kciuk – skalpela już nie utrzyma. Może robić co innego. Ubezpieczyciel powie jak wyżej – „*Może Pan wykonywać inną pracę, np. stróża. Więc jest Pan zdolny do pracy i pieniądze z tytułu niezdolności do pracy się Panu nie należą*”. Ale, że to fantastyka to nie mogąc pracować w swoim zawodzie (ale mogąc robić co innego) otrzymujesz co najmniej 300 000 zł!! I np. spłacasz kredyt. Albo kupujesz samochód. Bądź mieszkanie.

Drodzy Państwo – fantastyka, o której piszę powyżej to już nie coś nie z tego świata. To rozwiązanie jak najbardziej realne, dostępne dla lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej, z którą współpracuję. Gwarancja podtrzymania dochodu to rozwiązanie, z którego korzystają już np. lekarze zrzeszeni w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej.

Zachęcam do kontaktu i zapoznania się z najnowszymi rozwiązaniami finansowymi, dedykowanymi lekarzom.

Wojciech ŁĄGIEWKA, Doradca finansowo-prawny  
tel. 604 961 730, e-mail: wojciech.lagiewka@dsa.pl



ultrasonografy.pl  
ECHOSON

### BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

Witam w majowym Biuletynie! W poprzednim numerze pisałem, że pewnie będziecie czytać kwietniowy numer otoczeni szalejącą wiosną. Okazało się, że natura sprawiła nam wszystkim potężnego psikusa i I połowa kwietnia przypominała bardziej środek zimy. Mam jednak nadzieję, że szybko podwyższająca się temperatura i ciepłe deszcze spowodują, że tym razem wokół Was będzie już zielono. Nie wiem tylko, czy kasztany zdążą zakwitnąć – rodzi się więc pytanie, czy będzie można rozpocząć matury??

Rozpoczynający się właśnie miesiąc maj jest niezwykle ważny dla naszego Samorządu – pisze o tym poniżej Prezes Jakubiszyn. W tym bowiem miesiącu odbywać się będzie głosowanie na kandydatów na delegatów do najważniejszego na poziomie naszej Izby Lekarskiej organu – Okręgowego Zjazdu Lekarzy. W Biuletynie znajdziecie pełną listę tych kandydatur, a Prezes pokrótce objaśnia zasady głosowania. Ważne jest, aby w tym głosowaniu – po raz pierwszy odbywającym się także korespondencyjnie – wzięło udział jak najwięcej Koleżanek i Kolegów. Gdyby bowiem okazało się, że ilość głosujących nie przekroczy 20% ogółu uprawnionych, to byłaby to klęska idei samorządowej naszego zawodu. Nie można byłoby wtedy wybrać nowych władz, a dla bardzo wielu – wbrew pozorom – decydentów byłby to świetny sygnał do kolejnego już w historii rozwiązania izb lekarskich. Czy tego chcemy? Chyba nie! Nawet jeśli, zdaniem wielu spośród Was, Samorząd Lekarski nie jest doskonały, to przecież przez te kilkadziesiąt lat zdołaliśmy wiele osiągnąć. Mamy samorządowe sądownictwo lekarskie, w części przejęliśmy szkolenie podyplomowe lekarzy, jesteśmy bardzo niewygodnym dla wszystkich dotychczas rządzących ekip adwersarzem. I nawet jeśli nie udało się nam przez te lata zbyt wiele wywal-

czyć, to nie można nas tak po prostu zwyczajnie zlekceważyć. Jeśli wielu z Was uważa, że niektórzy dotychczasowi działacze izbowi zawiedli Wasze oczekiwania, to właśnie teraz jest czas na zmiany! Postarajmy się skrzętać w pełni z przywilejów demokracji.

Bieżący numer Biuletynu zawiera kilka sprawozdań: z posiedzenia Rady Okręgowej i Komisji Stomatologicznej, a także z bardzo ciekawego i przyjętego entuzjastycznie przez naszych gości Sympozjum Etycznego. Oprócz tego zamieszczam również dwa teksty: historyczny – prof. Janusza Kubickiego i bardziej literacki P. dr Agnieszki Kani. W tym miejscu chciałbym bardzo pogratulować P. Doktor zająć tym właśnie tekstem po raz drugi I miejsca w Konkursie „Przychodzi wena do lekarza”.

W części etycznej drukuję wyszperany przez mojego Przyjaciela – dr Andrzeja Martynowskiego z Bydgoszczy, dekalog dla lekarzy oraz rozważania nad klauzulą sumienia.

W dalszej części znajdziecie materiały o tym wszystkim co aktualnego dzieje się w ochronie zdrowia: pomyślnymi ministrami Arłukowiczem na naprawę systemu opieki zdrowotnej, niespodzianek dla zarządzających opieką zdrowotną, jaką szykuje nam pod koniec roku Zjednoczona Europa, paradoksów ekonomicznych w szpitalach oraz absurdowi kar nakładanych na lekarzy. Przypominam również, że starsi lekarze też chorują i wreszcie, że GMO nie jest takie straszne, jak tego chcą niektórzy manipulujący opinią publiczną. Na zakończenie znajdziecie ogłoszenia i nowości wydawnicze.

Żegnając się z Wami do następnego numeru przypominam jeszcze raz o prostej prawdzie, że aby w pełni korzystać z dobrodziejstw demokracji, trzeba się nieco wysilić. Pozdrawiam

Jerzy B. LACH

## SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Zakończył się I etap wyborów samorządowych kadencji 2013–2017, czyli zgłaszanie kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy. Niestety w dwóch rejonach wyborczych (SP ZOZ-y z terenu Opola oraz powiat głubczycki) nie zgłoszony został żaden kandydat, co oznacza, że te dwa rejonu nie będą miały swoich reprezentantów w składzie Zjazdu. W kilku rejonach kandydatów jest mniej, niż możliwych do obsadzenia mandatów, natomiast w większości rejonów (na szczęście) liczba zgłoszeń pozwala na obsadzenie wszystkich miejsc mandatowych.

W tych dniach, w których dociera do Was Biuletyn, powinna dotrzeć również specjalna korespondencja, związana z wyborami. **Będzie to koperta, w której będzie karta do głosowania, instrukcja jak głosować oraz koperty do odesłania karty do biura Izby. Koperty te muszą trafić do biura Izby do 31 maja (nie decyduje data stempla pocztowego tylko odnotowanie wpływu kopert w biurze!!!). PROSZĘ TEGO TERMINU NIE PRZEGAPIĆ!!!!.**

W poprzednim numerze Biuletynu zapowiedziałem dokończenie tematu, odnoszącego się do kontroli, prowadzonych przez Urzędy Kontroli Skarbowej. W ramach

korespondencji z Dyrektorem OOW NFZ, Filipem Nowakiem, zadałem mu pytanie, czy Oddział Funduszu przekazał do UKS numery PESEL pacjentów, biorąc te numery z recept, które podlegały kontroli. Odpowiedź jest bardzo enigmatyczna, mówi tylko o tym, że cała procedura kontroli, prowadzonych przez UKS, objęta jest klauzulą tajemnicy skarbowej. Temat tych kontroli będzie jednym z punktów porządku obrad najbliższego Konwentu Prezesów okręgowych izb lekarskich (używam czasu przyszłego, bo piszę te słowa w połowie kwietnia). Natomiast istotny jest fragment kolejnej opinii Biura Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekar-

skiej, odnoszący się do tego zagadnienia, który przytaczam poniżej:

„Mając na względzie prymat przepisów konstytucyjnych, niedopuszczalne jest takie interpretowanie przepisów ustawy o kontroli skarbowej, w którego wyniku dane wrażliwe dotyczące stanu zdrowia osób nie będących stronami postępowania kontrolnego prowadzonego przez organy kontroli skarbowej ani postępowania podatkowego prowadzonego przez organy podatkowe (czyli pozbawione praw gwarantowanych stronie postępowania lub choćby jego uczestnikowi), są przetwarzane przez te służby bez wiedzy i zgody osób, których dotyczą.

Jerzy JAKUBISZYN

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

# SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 20 marca 2013 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Program Rady obejmował:

- 1) Rejestrację podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
- 2) Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
- 3) Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
- 4) Podjęcie uchwały w sprawie sfinansowania kosztów kar, zapłaconych przez lekarzy na rzecz NFZ.
- 5) Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
- 6) Sprawy różne i wolne wnioski.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej powitał zebranych i przystąpił do realizacji punktów programu posiedzenia.

### Ad. 1

Firma Car-line Małgorzata Lasik Sp. j., wpisana do rejestru podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe dla lekarzy w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, jest organizatorem szkolenia dla lekarzy dentystów, które odbędzie się 19.04.2013 r. w siedzibie naszej Izby, na temat: „Prace estetyczne jednowizytowe”. Rada jednogłośnie przyznała szkoleniu 3 punkty edukacyjne.

### Ad. 2

Zgodnie z wcześniejszymi zobowiązaniami Prezes przedstawił krótkie sprawozdanie z ilości zapomóg przy-

znanych w latach 2010–12 – z uwzględnieniem przyczyn ich przyznawania. Dominującymi beneficjentami w/w świadczeń są lekarze emeryci, znajdujący się w trudnej sytuacji finansowej oraz lekarze, którzy borykają się z ciężkimi chorobami.

Następnie rozpatrzono cztery kolejne wnioski o zapomogę z Funduszu Samopomocy, które wpłynęły do Izby od ostatniego posiedzenia Rady. Rada zaaprobowała wszystkie te wnioski i w/w świadczenia przyznała w maksymalnej wysokości.

Ponadto Rada przyznała jedną pożyczkę szkoleniową dla małżeństwa lekarskiego.

### Ad. 3

Do Okręgowej Rady Lekarskiej wpłynęły podania o zmianę wysokości opłacanych składek członkowskich (obniżenie do 10 zł) z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego, następujących lekarzy:

- dr Janina Szponarska,
- dr Janusz Frydlewicz.

W sprawie całkowitego zwolnienia z uiszczania opłat członkowskich wpłynęły podania następujących lekarzy:

- dr Agnieszki Michalskiej-Dwojak (3-letni urlop wychowawczy),
- dr Jerzego Biernata (całkowite zaprzestanie wykonywania zawodu).

Uchwały aprobujące wnioski we wszystkich powyższych przypadkach podjęto jednogłośnie.

### Ad. 4

Prezes Jakubiszyn poinformował członków Rady o działaniach OOW NFZ w stosunku do lekarzy naszej Izby, którzy po 1 lipca 2012 r., mimo braku no-



wej umowy, wystawiali recepty na leki refundowane. NFZ podjął w stosunku do tych osób kroki windykacyjne. Kilkadziesiąt osób otrzymało noty windykacyjne, które opiewały na kwoty od kilku do kilkuset złotych. Po przeprowadzeniu analizy opłacalności windykacji, NFZ ograniczył swoje roszczenia finansowe do 4 osób, na łączną kwotę 624,79 zł. W związku z powyższym Rada podjęła uchwałę o wyasygnowaniu tej kwoty z budżetu Izby. Uchwała zapadła jednogłośnie. Lekarze, których dotyczy ten problem mogą zgłaszać się do Izby celem odebrania kwot, równych wpłatom dokonanych na rzecz NFZ.

#### Ad. 5

Prezes poinformował członków Rady o realizacji stanowiska z ostatniego Zjazdu OIL, dotyczącego kontroli prowadzonej przez Urząd Kontroli Skarbowej w praktyce lekarskiej jednego z naszych Kolegów. Prezes spotkał się w tej sprawie dwukrotnie z Dyrektorem OOW NFZ i przekazał pismo z prośbą o wyjaśnienia przypadków kserowania recept lekarskich i zakresu informacji udzielonych UKS na jego żądanie (postawione zostało pytanie czy OOW NFZ udostępnił numery PESEL z recept). W odpowiedzi z Funduszu wpłynęły dwa pisma – z pierwszego wynika, że żadne kserokopie recept nie zostały przez Fundusz przekazane na zewnątrz; z drugiego, że zakres informacji przekazanych UKS-owi wynika z jego uprawnień ustawowych, a cała procedura kontrolna objęta jest tajemnicą skarbową.

Prezes Jakubiszyn poruszył ten problem również na marcowym posiedzeniu Prezydium NRL. Prawnicy NIL stoją na stanowisku, że tajemnica lekarska obowiązuje nie tylko lekarzy, ale również inne podmioty, które mają dostęp do informacji o pacjentach. Takie stanowisko oznacza, że bez nakazu sądowego OOW NFZ nie ma prawa udostępniać jakiegokolwiek instytucji nr PESEL pacjentów. Prezes przekazał, że temat ten będzie jednym z punktów programu najbliższego Konwentu Prezesów Rad Okręgowych.

Kol. Jakubiszyn zdał także relację z ostatniego posiedzenia Rady NFZ, które w części dotyczyło wniosków z kontroli przeprowadzonej w SOR-ach WCM i Szpitala Wojewódzkiego oraz w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Opolu. Ta druga kontrola (w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym) nie stwierdziła uchybień w zakresie realizacji kontraktu przez tę jednostkę. Natomiast w odniesieniu do SOR-ów obu szpitali stwierdzono, że nie było dnia, w którym jeden z nich byłby nieczynny. Przepływ pacjentów między SOR-ami odzwierciedlał dni dyżurów ostrych i łagodnych poszczególnych szpitali jedynie w zakresie oddziałów chorób wewnętrznych i chirurgii. NFZ zakwestionował również fakt, że pacjenci z jednego SOR-u byli po konsultacjach odsyłani do SOR-u drugiego szpitala ich własnym transportem. Na oba szpitale OOW NFZ nałożył kary finansowe. W innym

punkcie porządku obrad Rady Funduszu podsumowano rok 2012 stwierdzeniem o zapłaceniu za wszystkie nadwykonania (ogólna kwota nadwykonań opiewała na 50 mln zł; ok. 30 mln zapłacono w ramach przesunięć między różnymi umowami tego samego świadczeniodawcy; pozostałe nadwykonania zostały zapłacone wg stawek degresyjnych).

Prezes przekazał krótką relację ze spotkania z Ministrem Zdrowia, które odbyło się w czasie posiedzenia Prezydium NRL w dniu 8 marca. Minister zapowiedział zmiany funkcjonowania poz-u i pomocy nocnej z wydzielaniem pionu pediatrycznego. Minister Arłukowicz podkreślił, iż jest otwarty na współpracę z NRL. Wykorzystując pobyt Ministra Zdrowia na posiedzeniu Prezydium złożono na jego ręce wniosek o lepszą współpracę konsultantów krajowych z NROZ (chodzi o dziedzinę, w których jest najwięcej skarg pacjentów).

#### Ad. 6

Kol. Bąk przekazał informacje z udziału, jako przewodniczącego komisji, w postępowaniach konkursowych w szpitalu w Branicach. Poinformował, że ordynatorem Oddziału „C” została dr Maria Zagórska-Mąka, a ordynatorem Oddziału „B” dr n. med. Dorota Kukulska. Z kolei kol. Suzanowicz poinformowała, że konkurs na stanowisko ordynatora Oddziału Ginekologii szpitala w Brzegu nie odbył się z powodu zgłoszenia w nim tylko 1 kandydata..

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej kol. Kowarzyk, poprosił członków Rady o mobilizację członków Samorządu do zgłaszania kandydatur na delegatów nowej kadencji oraz rozdał zainteresowanym stosowne formularze.

Kol. Łuszczynska-Ostrowska podniosła kwestię właściwego dokumentowania historii chorób pacjentów celem uniknięcia posądzenia o niewłaściwe leczenie ze strony samego pacjenta lub jego rodziny (wniosek wpływający z prac Komisji Wojewódzkiej ds. Zdarzeń Medycznych). Zaapelowała o poświęcenie tej sprawie stosownego czasu w pracy lekarza i lekarza dentystry.

Ponadto zgłosiła wniosek o zmianę regulaminu wyboru osób do naszego wyróżnienia, jakim jest „Prymariusz Opolski”. Odmienny wniosek zgłosił kol. Wojtyłko. Prezes poddał więc pod głosowanie pytanie, czy regulamin wyborów powinien być zmieniony. W głosowaniu 7 osób było za zmianą regulaminu, 3 osoby były przeciwnie wprowadzaniu zmian, 4 osoby wstrzymały się od głosu. Prezes zapowiedział, że prześle wszystkim członkom Rady tekst aktualnie obowiązującego regulaminu i będzie oczekiwał na propozycje zmian.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

*Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

# SPRAWOZDANIE Z SYMPOZJUM „DYLEMATY ETYCZNO-MORALNE W PRAKTYCE LEKARSKIEJ I LEKARSKO-DENTYSTYCZNEJ”

12 kwietnia br. w auli Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu odbyło się Interdyscyplinarne Sympozjum pt. „Dylematy etyczno-moralne w praktyce lekarskiej i lekarsko-dentystycznej”, zorganizowane przez Komisję Etyki Lekarskiej i Komisję Kształcenia OIL w Opolu. Honorowy Patronat nad Sympozjum objął Prezes naszej Izby dr n. med. Jerzy Jakubiszyn.

Po powitaniu przybyłych gości, wykładowców i licznych sponsorów przez Prezesa i Przewodniczącą KEL dr Martę Kabarowską, zaprezentował się nasz izbowy chór lekarski „MEDICANTOS”, który pod dyrekcją pani prof. E. Willim, wykonał cztery utwory w opracowaniu prof. A. Willima. Niespodzianką dla gości był wspólny występ w kanonie „Plurimos annos” profesora Krzysztofa Bieleckiego (nota bene chórzysta warszawskiego chóru lekarskiego) i naszego chóru. Taki początek sympozjum wprowadził wszystkich w dobry i twórczy nastrój.

Po występie, w pierwszej sesji, wykładowcy: prof. Krzysztof Bielecki (chirurg), dr Antoni Junosza-Szaniawski (psychiatra) i dr n. med. Konstanty Radziwiłł (lekarz rodzinny) omówili dylematy etyczno-moralne, z którymi spotykają się w swoich specjalnościach. Profesor Bielecki zaskoczył niezwykle wszystkich uczestników, kończąc swój wykład wykonaniem znanego przeboju „What a wonderful world” Louisa Armstronga. Z kolei, dr Antoni Junosza-Szaniawski wzbogacił swoją prezentację zaproszeniem do wygłoszenia koreferatu jednego ze swoich pacjentów, który przeszedł długoletnią terapię psychiatryczną.

Jeden z kolejnych wykładów poprowadziła dr n. med. J. Grzybowska-Substelna, która utwierdziła nas w przekonaniu, że stomatolodzy też muszą podejmować bardzo trudne decyzje, mając duże dylematy i pozostają z tym problemem praktycznie sami.

Pierwszą sesję zakończyła prezentacja dr n. med. Konstantego Radziwiłła. Formuła wykładu polegała na przytoczeniu przykładów dylematów o charakterze etyczno-moralnym, z jakimi spotyka się na codzień lekarz rodzinny, bez wskazywania konkretnego rozwiązania. Istotnym przekazem wykładu było podkreślenie zmieniającej się roli lekarza rodzinnego w związku z dostępem pacjentów do informacji o chorobach i terapiach.

Drugą część sympozjum rozpoczął ks. prof. Piotr Morciniec (Uniwersytet Opolski) – bioetyk, który ukazał nam trudne problemy relacji pacjent-lekarz u kresu życia. Uświadomił słuchaczom skalę trudności tego problemu. Następnie prokurator Andrzej Józwiak (doradca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

NIL) utwierdzał zebranych w przekonaniu, że gdy postępujemy zgodnie z prawem i własnym sumieniem nie powinniśmy mieć dylematów etyczno-moralnych i kłopotów z prawem.

Sympozjum zakończył wykład psychologa dr Tomasz Grzyba (adiunkta Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej we Wrocławiu) pt. „Przychodzi lekarz do psychologa”. Przesłaniem tego wykładu było stwierdzenie, że psychologia – zarówno na studiach, jak i w pracy lekarza – ułatwia relacje z pacjentem i kolegami po fachu.

Po wykładach okazało się, niestety, iż jest zbyt mało czasu na dyskusję i wymianę poglądów – co pozostawiło niedosyt u wielu słuchaczy, ale jednocześnie potwierdziło ogromną potrzebę tego typu spotkań. Z wykładów uczestnicy wynieśli wiele ciekawych cytatów oraz życiowych i zawodowych wskazówek. Nasi Goście – Wykładowcy byli pełni entuzjazmu i uznali, że należy kontynuować takie tematy i już zapowiedzieli chęć uczestnictwa w następnych spotkaniach. Ciekawym zapytaniem młodej lekarki było: „Co się stało z lekarzami, że muszą mieć wykłady na temat etyki i moralności?” Wydaje się to być dobrym tematem przewodnim następnego sympozjum, pod warunkiem, iż projekt zostanie hojnie wsparty ponownie przez sponsorów.

Miłym końcowym akcentem była Gala Operowa w Filharmonii Opolskiej, na której wystąpiła primadonna Opery Narodowej Izabela Kłosińska (sopran) oraz Aleksandra Orłowska-Jabłońska (sopran). Orkiestrą dyrygował Bartosz Żurkowski.

Komisje Etyki Lekarskiej i Kształcenia wyrażają ogromne podziękowanie sponsorom: PZU, PKO BP, Toyota Szic, Villa Park (restauracja hotel), Citibank, Instytut blend-a med, DSA SA INVESTMENT, Ceralab laboratorium protetyczne, Polpharma oraz partnerowi TAURON DYSTRYBUCJA.

Szczególne podziękowanie składamy dr Tomaszowi Halskiemu, Rektorowi PMWSZ w Opolu, za bezpłatne udostępnienie nam sali audytorijnej, sprzętu i obsługi.

Połączone Komisje OIL dziękują Pracownikom Biura OIL w Opolu za pomoc w organizacji Sympozjum.

Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA  
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

P.S. Prezentacje są dostępne na naszej stronie: [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

Od Redakcji:

Poniżej przedstawiam kilkanaście fotografii dokumentujących to Sympozjum. Autorem wszystkich zdjęć jest kol. Stanisław Kowarzyk. Jerzy B. LACH

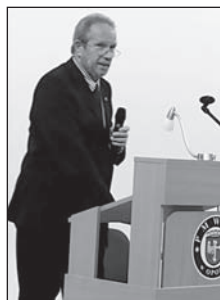




*Plakat Sympozjum*



*Otwarcie Konferencji przez dr n. med. Jerzego Jakubiś – Prezesa Opolskiej Izby Lekarskiej*



*Prokurator Andrzej Józwiak przedstawia aspekty prawne omawianych zagadnień.*



*Uczestników Sympozjum przywitał gospodarz sali – JM Rektor Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu dr n. med. Tomasz Halski*

*Uczestnicy Konferencji i zaproszeni goście*



*Ożywiona dyskusja po wykładach – dr n. med. Konstanty Radziwiłł Prezes Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME) i Wiceprezes NRL*



*Na powitanie wystąpił chór Opolskiej Izby Lekarskiej*



*Szczególne podziękowania gospodyni Sympozjum kol. Marty Kabarowskiej dla prof. hab. n. med. Krzysztofa Bieleckiego za piękny wykład*



*Dr Antoni Junosza-Szaniawski – psychiatra ze szpitala w Branicach i jego pacjent – Hieronim Śliwiński*



*Podziękowania dla dr Tomasza Grzyba psychologa, adiunkta w Katedrze Psychologii Społecznej Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej we Wrocławiu*



*Dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna*



*Ks. prof. Piotr Morcinek – „Dylematy etyczne u kresu życia w relacji lekarz-pacjent”*



*Hieronim Śliwiński – niezwykle wykład o tym, jak to wygląda od strony pacjenta*

*Gala Operowa w Filharmonii Opolskiej kończąca Sympozjum*



# POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

Dnia 25.03.2013 odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych przywitała przewodnicząca dr Barbara Hamryszak. Na początku zebrania dr Jakub Łada – lek. stażysta, działający w Polskim Towarzystwie Studentów Stomatologii we Wrocławiu, poinformował o Kongresie organizowanym przez Towarzystwo, który będzie się odbywał 5–7 kwietnia. Pan doktor szczegółowo przedstawił program i zaprosił do uczestnictwa.

W dalszej części zebrania kol. Hamryszak przekazała informację od pracującej w OOW NFZ dr Szczombrowskiej o planowanym przez Fundusz wprowadzeniu pomiędzy lipcem a sierpniem 2013 r. Zintegrowanego Informatora Pacjenta. Dzięki temu systemowi pacjent będzie miał wgląd w historię swoich wizyt u różnych specjalistów, będzie miał możliwość sprawdzenia z jakimi kosztami wiązało się jego leczenie oraz sprawdzenie swojego statusu w systemie eWUŚ. System będzie również oferował dane kontaktowe do lekarzy – łącznie z harmonogramem i danymi GPS poszczególnych gabinetów. Przy tej okazji dr Szczombrowska przypomina o zakazie przyjmowania dopłat od pacjentów.

Ponadto w OOW NFZ odbyło się zebranie Konsultantów Wojewódzkich, na którym przekazano informację o realizacji kontraktów w roku 2012 i planów kontraktowych na rok 2014. Poinformowano również o tym, że Fundusz analizuje dane statystyczne o procentowym wykonaniu poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Każdy świadczeniodawca logując się do Portalu będzie mógł poprzez „pliki dedykowane” zapoznać się ze swoimi „wskaźnikami jakości”, które będą uwzględniały jego procentowe wykonanie świadczeń. Analiza tych wskaźników – zdaniem Funduszu – wykazała zbyt niską realizację procedur z zakresu profilaktyki przez stomatologów.

Ze względu na planowaną decentralizację NFZ, najprawdopodobniej w tym roku nie będzie konkursu ofert. Pojawia się więc problem z aktualną wyceną świadczeń, która od kilku lat jest na tym samym poziomie, a w przypadku świadczeń ortodontycznych i chirurgicznych wycena została nawet obniżona.

Kolejnym problemem jest fakt, że w przyszłym roku znacznie obowiązywać elektroniczna dokumentacja medyczna. Wiązać się to będzie nie tylko z koniecznością zakupu komputerów i odpowiedniego oprogramowania (przykładowo pakiet Mmedica w wersji umożliwiającej wprowadzanie wizyt to około 850zł/rok plus koszt przygotowywanego pakietu obsługującego dokumentację medyczną). Dodatkowo konieczne będzie zabezpieczenie w/w danych przed utratą, co wygeneruje kolejne koszty urządzeń i materiałów na ten cel. Wreszcie, czas potrzebny na wpisanie odpowiednich informacji, nie w wersji papierowej a poprzez komputer, z pewnością wydłuży czas przyjmowania pacjentów, co wprost przełoży się na wykonanie kontraktu. W większych przychodniach część tych obowiązków będzie mógł przejąć zatrudniony personel, na co nie będzie stać firm jednoosobowych – a wśród stomatologów takich jest większość.

Przewodnicząca, w związku z przekształceniami w NFZ, przedstawiła założenia do Ustawy o Instytucjach Systemu Ubezpieczenia Zdrowotnego. Powstanie 16 tzw. Wojewódzkich Funduszy Zdrowia. Wpływ na ich zarządzanie mają mieć samorządy szczebla wojewódzkiego i powiatowego. Planowane jest powołanie Urzędu Ubezpieczeń Zdrowotnych. Wojewoda, przy udziale Rady do spraw oceny potrzeb zdrowotnych (z udziałem ekspertów Instytutu Zdrowia Publicznego, Wojewódzkich Urzędów Statystycznych, Wojewódzkich Funduszy Zdrowia i przedstawicieli samorządu), będą tworzyć Wojewódzką Mapę Oceny Potrzeb Zdrowotnych. Na podstawie tej Mapy, Fundusz będzie tworzył plany zakupu świadczeń, a Wojewoda będzie wydawał opinie co do celowości kolejnych inwestycji w infrastrukturę medyczną. W planach jest też utworzenie Funduszu Rezerwowego Systemu Ubezpieczenia Zdrowotnego. Głównym źródłem jego finansowania ma być 1% odpis ze składek zdrowotnych. Dodatkowo jednym ze źródeł wpływów będą środki z kar nakładanych na świadczeniodawców.

*B. HAMRYSZAK, J. DRZYŻGA*

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

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
17.05.2013 r. PIĄTEK godz. 10.00	Inspektor BHP Jerzy Nowosielski Opole	Aktualne przepisy BHP dla lekarzy stomatologów	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
08.06.2013 r. SOBOTA godz. 10.00	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Ratownictwa Medycznego Dr Marek Dryja	Ratownictwo Medyczne dla lekarzy stomatologów (20 osób)	WCM Opole ul. Witosa Sala konferencyjna

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

*Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*



# LISTA KANDYDATÓW NA DELEGATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY KADENCJI 2013–17 OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

L.p.	Rejon wyborczy nr 1	Imię i nazwisko kandydata	Numer PWZ	Tytuł zawodowy
1.	Brzeg	Barbara Duber	5288632	Lekarz
2.		Julia Goj-Birecka	7289722	Lekarz
3.		Waldemar Ilczyszyn	5191937	Lekarz
4.		Paweł Janczak	2590506	Lekarz
5.		Barbara Krawczyńska–Musiałowska	4736608	Lekarz
6.		Liliana Lelkowska-Olszewska	8173012	Lekarz
7.		Bogdan Nowak	8398172	Lekarz
8.		Elżbieta Polecińska–Tomczuk	2624048	Lekarz
9.		Barbara Suzanowicz	3733635	Lekarz
10.		Janina Szponarska	4739726	Lekarz
11.		Joanna Tomalik	26776813	Lekarz
Rejon wyborczy nr 2				
–	Głubczyce	Brak kandydatów	–	–
Rejon wyborczy nr 3				
1.	Kędzierzyn–Koźle	Agnieszka Jęda	1709147	Lekarz
2.		Michał Karbowski	1703264	Lekarz
3.		Jarosław Karoń	5063505	Lekarz
4.		Agnieszka Kwiatkowska	1709364	Lekarz
5.		Andrzej Mazur	5362387	Lekarz
6.		Jacek Mazur	1063015	Lekarz
7.		Bożena Misiaszek	7062397	Lekarz
8.		Rafał Olejnik	2398193	Lekarz
9.		Jadwiga Oronowicz-Siwak	2199526	Lekarz
10.		Iwona Parzonka	7369761	Lekarz
11.		Krystyna Stanuła	8774369	Lekarz
12.		Wojciech Stochmiałek	1709136	Lekarz
13.		Dariusz Szymański	9737082	Lekarz
14.		Piotr Wandrasz	2065818	Lekarz
15.		Krzysztof Waszkiewicz	4957005	Lekarz
Rejon wyborczy nr 4				
1.	Kluczbork	Róża Bruzi-Bużowicz	6769740	Lekarz
2.		Wojciech Derkowski	5280544	Lekarz
3.		Józef Maciołek	1009941	Lekarz
4.		Adam Martyniszyn	5286092	Lekarz
5.		Lidia Tomanek	5362387	Lekarz
Rejon wyborczy nr 5				
1.	Krapkowice	Iwona Gajda	3289725	Lekarz
2.		Aleksander Januszkiewicz	6067413	Lekarz
3.		Ewa Kollek	4732220	Lekarz
4.		Piotr Nadbrzeżny	6897613	Lekarz

L.p.	Rejon wyborczy nr 6	Imię i nazwisko kandydata	Numer PWZ	Tytuł zawodowy
1.	Namysłów	Roman Barabach	7045766	Lekarz
2.		Waldemar Felbel	5361338	Lekarz
3.		Jacek Kaczmarek	6627174	Lekarz
Rejon wyborczy nr 7				
1.	Nysa	Adam Bąk	3738134	Lekarz
2.		Wojciech Bujak	6398157	Lekarz
3.		Grażyna Gawłowska–Gawlik	2065472	Lekarz
4.		Anna Kaźmierczak	3173995	Lekarz
5.		Czesław Kobyłecki	5060475	Lekarz
6.		Stanisław Kowarzyk	8731201	Lekarz
7.		Elżbieta Krzymowska	4364042	Lekarz
8.		Małgorzata Łabuz–Margol	9368278	Lekarz
9.		Jolanta Potyrała–Wierzchowiec	7763845	Lekarz
10.		Ewa Sahaj	5067867	Lekarz
11.		Piotr Sysło	6366376	Lekarz
12.		Małgorzata Wagner	9364681	Lekarz
Rejon wyborczy nr 8				
1.	Głuchołazy	Andrzej Pyziak	8627145	Lekarz
Rejon wyborczy nr 9				
1.	Olesno	Marcin Mielczarek	1131817	Lekarz
2.		Sławomir Panek	7456391	Lekarz
3.		Krzystian Wartenberg	9044618	Lekarz
Rejon wyborczy nr 10				
1.	Prudnik	Arkadiusz Rams	9283762	Lekarz
Rejon wyborczy nr 11				
1.	Strzelce Opolskie	Sławomir Chmielewski	6478818	Lekarz
2.		Robert Żurawel	1611723	Lekarz
3.		Marek Kanturski	9069727	Lekarz
4.		Jarosław Mijas	8289161	Lekarz
5.		Ryszard Wileński	6360195	Lekarz
6.		Dariusz Zwoliński	4284529	Lekarz
7.		Roman Kolek	5284792	Lekarz
Rejon wyborczy nr 12				
1.	WCM + NFZ	Marek Dryja	6040500	Lekarz
2.		Maciej Gawor	6040647	Lekarz
3.		Jacek Hobot	4287691	Lekarz
4.		Jerzy Jakubiszyn	7284671	Lekarz
5.		Piotr Jastrzębski	3280091	Lekarz
6.		Zbigniew Kowalik	3286548	Lekarz
7.		Bogusław Kudyba	7473552	Lekarz
8.		Paweł Mielczarek	6283035	Lekarz
9.		Ryszard Noparlik	9286207	Lekarz
10.		Rafał Pławszewski	3738969	Lekarz
11.		Sławomir Rak	7474877	Lekarz
12.		Tomasz Rekucki	9768936	Lekarz
13.		Krzysztof Stempniewicz	3045736	Lekarz
14.		Ewa Trejnowska	1045721	Lekarz
15.		Longina Tybel–Brodowska	6043971	Lekarz
16.		Jacek Wąsik	7628674	Lekarz
17.		Andrzej Wester	3767172	Lekarz

L.p.	Rejon wyborczy nr 13	Imię i nazwisko kandydata	Numer PWZ	Tytuł zawodowy
1.	Szpital Wojewódzki + Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa	Marcin Dorocki	1710933	Lekarz
2.		Swietłana Litwiniec	1131600	Lekarz
3.		Gabriel Kryczka	6458620	Lekarz
4.		Zbigniew Kuzyszyn	1771329	Lekarz
5.		Tomasz Mazur	2413750	Lekarz
6.		Janusz Różański	5624021	Lekarz
7.		Sławomir Tubek	7717351	Lekarz
Rejon wyborczy nr 14				
1.	OCO + ZUS	Lidia Czopkiewicz	7760844	Lekarz
2.		Wojciech Redelbach	9760837	Lekarz
3.		Piotr Tokar	5171349	Lekarz
Rejon wyborczy nr 15				
1.	Matka i Dziecko	Anna Chirowska–Adamczyk	1713672	Lekarz
2.		Krzysztof Wiśniewski	3283441	Lekarz
Rejon wyborczy nr 16				
1.	Neuropsychiatria	Ewa Pendzialek–Grunwald	9286880	Lekarz
2.		Elżbieta Sadowska	7769205	Lekarz
Rejon wyborczy nr 17				
1.	MSW Opole	Janusz Konieczny	9628840	Lekarz
2.		Małgorzata Łuszczyńska–Ostrowska	5760807	Lekarz
3.		Piotr Tarnowski	3951727	Lekarz
Rejon wyborczy nr 18				
1.	Pokój + Kup + Megavita	Andrzej Bunio	3286879	Lekarz
2.		Jerzy Lach	1732100	Lekarz
Rejon wyborczy nr 19				
1.	Opole – Powiat	Irena Inglot–Różańska	2067368	Lekarz
Rejon wyborczy nr 20				
-	Opole SP ZOZ	Brak kandydatów	-	-
Rejon wyborczy nr 21				
1.	Opole NZOZ	Aleksander Wojtyłko	3453265	Lekarz
Rejon wyborczy nr 22				
1.	Miasto – reszta	Teodora Cerbe–Mynte	1456357	Lekarz
2.		Tadeusz Chowaniec	2366059	Lekarz
3.		Eustachiusz Gadula	1374157	Lekarz
4.		Bolesław Ostrowski	9569084	Lekarz
5.		Ryszard Pichurski	1130937	Lekarz
6.		Leszek Pisarski	2451367	Lekarz
7.		Ewa Płaszowiecka	9569007	Lekarz
8.		Grażyna Wojtalska–Kusyk	2771342	Lekarz
9.		Jan Wróbel	8045698	Lekarz



L.p.	Rejon wyborczy nr 23	Imię i nazwisko kandydata	Numer PWZ	Tytuł zawodowy
1.	Rejon Związku Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny nie przypisanych do innych rejonów wyborczych	Paweł Koronczok	1766244	Lekarz
2.		Ewa Machowska	1622540	Lekarz
Rejon wyborczy nr 24				
1.	Brzeg (dentyści)	Joanna Gądek–Baran	9456307	Lekarz dentysta
2.		Renata Górecka	4064221	Lekarz dentysta
3.		Paweł Olszewski	6451309	Lekarz dentysta
Rejon wyborczy nr 25				
1.	Kędzierzyn–Kozłe (dentyści)	Donata Hałaburdo	8283966	Lekarz dentysta
2.		Ewa Rogala	8179134	Lekarz dentysta
3.		Paweł Sługocki	4761772	Lekarz dentysta
Rejon wyborczy nr 26				
1.	Kluczbork + Namysłów + Olesno (dentyści)	Anna Baszak	8361127	Lekarz dentysta
2.		Włodzimierz Fijałkowski	4176957	Lekarz dentysta
3.		Ewa Noceń–Firlej	5179687	Lekarz dentysta
4.		Bartosz Ocharski	1708679	Lekarz dentysta
5.		Janusz Proszewski	7171283	Lekarz dentysta
Rejon wyborczy nr 27				
1.	Nysa (dentyści)	Wiesław Sienkiewicz	1130639	Lekarz dentysta
2.		Krystyna Śniatowska–Kubica	2622564	Lekarz dentysta
3.		Małgorzata Wójtowicz	2451345	Lekarz dentysta
4.		Ewa Ćwiklińska	3736433	Lekarz dentysta
Rejon wyborczy nr 28				
1.	Strzelce Opolskie (dentyści)	Jerzy Drzyzga	5199359	Lekarz dentysta
2.		Małgorzata Lechniak	5764768	Lekarz dentysta
Rejon wyborczy nr 29				
1.	Prudnik + Głubczyce (dentyści)	Katarzyna Rączy	2282916	Lekarz dentysta
2.		Robert Rypniewski	4285236	Lekarz dentysta
Rejon wyborczy nr 30				
1.	Opole Powiat + Krapkowice (dentyści)	Piotr Matuszek	2178757	Lekarz dentysta
2.		Łukasz Milejski	2296715	Lekarz dentysta
3.		Said Rayad	4626831	Lekarz dentysta
Rejon wyborczy nr 31				
1.	Opole (dentyści)	Anna Adamska	2569015	Lekarz dentysta
2.		Danuta Bilińska	4954192	Lekarz dentysta
3.		Stanisław Chruszczyk	5479626	Lekarz dentysta
4.		Justyna Grzybowska–Substelna	4398142	Lekarz dentysta
5.		Barbara Hamryszak	2175720	Lekarz dentysta
6.		Wiesław Latała	2047700	Lekarz dentysta
7.		Grzegorz Palacz	5475260	Lekarz dentysta
8.		Rafał Pędich	9569029	Lekarz dentysta
9.		Małgorzata Pokuszyńska–Baran	4173221	Lekarz dentysta
10.		Marta Rodziewicz–Kabarowska	4399721	Lekarz dentysta
11.		Jolanta Smerkowska–Mokrzycka	4472942	Lekarz dentysta

# JUBILEUSZOWY BAL STOMATOLOGA

Już od 25-ciu lat na początku każdego roku odbywa się tradycyjny Bal Stomatologa. Przypomnę tylko, że inicjatorem, organizatorem i patronem imprezy jest Opolski Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Bale do chwili obecnej odbywały się w Opolu. Na początku był to „Zajazd Kasztelański”, następnie restauracja „Czardasz”, „Pod Pajakiem”, hotel „Piast”, Filharmonia Opolska no i hotel „Festiwal”.

Zabawie towarzyszyły zawsze różnego rodzaju atrakcje, między innymi występy zespołów tanecznych, pokazy akrobatyczne, aukcje, wybory Królowej Balu, loterie.

Atrakcją obecnego balu było losowanie okolicznościowych nagród ufundowanych przez tegorocznych Jubilatów – Hotel „Festiwal” – 20 lat, firma „Sindbad” – 30 lat, Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna MJWT Latała s.c. – 60 lat, a także naszych przyjaciół Firmy Amader i W i W z o.o. – przedstawiciel Citroena.

Prezenterem hotelu „Festiwal” dla wszystkich gości był smaczny i piękny tort okolicznościowy, widoczny na jednym ze zdjęć. Mając nadzieję, że tradycji stanie się zaśladość, zapraszamy na kolejny Bal w przyszłym roku.

*Lek. stom. Wiesław LATAŁA*





# DLACZEGO NOWO WYBRANY PAPIEŻ PRZYJĄŁ IMIĘ FRANCISZKA – „BIEDACZYNY Z ASYŻU”?

W dniu 13 marca 2013 r. po dwudniowym Konklawe, 266 papieżem został wybrany kardynał z argentyńskiego Buenos Aires Jorge Bergoglio, który po raz pierwszy w historii Watykanu przyjął imię Franciszka.

Przed 8 laty w nr 118 Biuletynu Informacyjnego Opolskiej Izby Lekarskiej (czerwiec 2005) po wyborze papieża Benedykta XVI napisałem artykuł o 15 poprzednikach Józefa Ratzingera. Dlatego teraz chciałbym przedstawić P.T. Koleżankom i Kolegom postać Św. Franciszka z Asyżu, co pozwoli zrozumieć decyzję wyboru imienia przez nowego papieża.

Św. Franciszek nazywał się Giovanni Bernardone i urodził się pod koniec XII wieku w niewielkim miasteczku Asyż (Assisi) we włoskiej Umbrii. Jego ojciec był bogatym kupcem, który marzył, aby jego syn dostał się do stanu szlacheckiego. Dlatego też młody Giovanni wydawał liczne przyjęcia i uczył, żył wyjątkowo wystawnie i rozrzutnie. W wieku 21 lat wziął udział w wojnach pomiędzy rozbitymi we Włoszech księstwami, konkretnie między Asyżem i Perugią. Dostał się nawet do niewoli i ciężko zachorował. Po powrocie do Asyżu miał usłyszeć głos Jezusa „...*idź i odbuduj mój kościół, który popadł w ruinę...*”. Były to bowiem czasy nieustających wojen w Europie – często na tle religijnym – we Francji, Włoszech, Cesarstwie Rzymskim (obejmującym obecnie tereny Niemiec i Austrii), a nawet rozbitej dzielnicowo Polski, jak również bezsensownych wypraw krzyżowych do Ziemi Świętej.

Święty Franciszek wraz z przyjaciółmi przystąpił własnoręcznie do odbudowania zniszczonych kościołów w Asyżu i okolicy, ale wkrótce zrozumiał, że odbudowa kościoła to nie ruiny, ale wyjście poza nie. Przywdział brązowy habit (ten kolor uważany był za plebejski), zrzucił obuwie i wraz z ewspółbraćmi wędrował od miasta do miasta głosząc Ewangelię i pomagając biednym.

Wkrótce opracował regułę założonego przez siebie zakonu, który za swoje główne zadanie stawiał pomoc najbiedniejszym, zaś od zakonników wymagał ubóstwa. Regułę zakonu Franciszkańskiego po wielu wahaniach zatwierdził ostatecznie ówczesny papież Innocenty III.

Św. Franciszek z Asyżu zasłynął równocześnie z niezwykłej miłości do zwierząt, a w szczególności do ptaków. W ikonografii często jest przedstawiany jako karmiący ptaki. Wszystkie zwierzęta nazywał naszymi „młodszyimi braćmi”.

Wreszcie był twórcą pierwszej Szopki Bożonarodzeniowej w Asyżu w roku 1233, która do dnia dzisiejszego jest wielką atrakcją turystyczną.

Św. Franciszek zmarł 4 października 1226 r. w wieku 45 lat, cierpiąc na ciężką chorobę oczu i pochowany



Św. Franciszek z Asyżu i Św. Klara  
(Klasztor OO Franciszkanów Opole)

został w wybudowanej wkrótce po jego śmierci Bazylice w Asyżu. Dwa lata po jego śmierci papież Grzegorz IX ogłosił Franciszka Świętym.

Przyjaciółką Franciszka w okresie młodości była Klara, w której był bardzo zakochany, ale kiedy wybrał nową drogę życiową również i ona wybrała życie zakonne i założyła w Asyżu Klasztor Sióstr Klarysek. Przeżyła w nim 42 lata i zmarła w roku 1253. Także i ona po śmierci została uznana za Świętą przez papieża Aleksandra VI. Św. Klara jest pochowana również w Bazylice w Asyżu. Jest patronką chorych na oczy, a od roku 1956 patronką radia i telewizji.

W związku z wyborem nowego papieża Franciszka I warto odwiedzić Kościół OO Franciszkanów w Opolu, zwany w średniowieczu Kościołem Zamkowym.

W kryptach kościoła spoczywa 8 książąt opolskich – z Władysławem Opolczykiem, ojcem chrzestnym Władysława Jagiełły i fundatorem Klasztoru OO Paulinów na Jasnej Górze w Częstochowie (o czym informuje piękna marmurowa tablica w związku z rocznicą 600-lecia tej fundacji) – i 5 ich żon.

W ołtarzu głównym możemy rozpoznać postać klęczącego Św. Franciszka, pod wniebowziętą Św. Klarą. W prawej nawie znajduje się ołtarz z postacią Św. Fran-



ciszka stojącego na kuli ziemskiej oplecionej przez wę-  
ża, zaś powyżej portret Św. Klary. Szczególnie jednak  
należy zwrócić uwagę na piękną złotą ambonę znajdu-  
jącą się po prawej stronie ołtarza głównego (w większo-  
ści kościołów ambony są po stronie lewej). Otóż moż-  
na na niej zobaczyć piękną płaskorzeźbę Św. Franciszka  
z Asyżu stojącego boso przed papieżem Innocentym III  
(siedzi w potrójnej koronie tzw. tiarze, na wysokim fo-  
telu) proszącego o zatwierdzenie reguły zakonu Fran-  
ciszkańskiego.

Będąc natomiast w Krakowie z okazji rozlicznych  
kursów, sympozjów i kongresów warto zwiedzić piękny  
kościół OO Franciszkanów na pl. Wszystkich Świętych  
(tuż koło Rynku Gł. i naprzeciwko słynnego okna papie-  
skiego z wizerunkiem Jana Pawła II, przy ul. Francisz-  
kańskiej 3), z uwagi na monumentalny witraż Stanisła-  
wa Wyspiańskiego przedstawiający Boga Ojca. W tym  
kościele pochowany jest dzielnicowy książę Bolesław  
Wstydlivy (zm. 1279 r.) oraz jego siostra – Błogosła-  
wiona Salomea.

Najbardziej znany klasztor SS Klarysek znajduje się  
w Starym Sączu (woj. małopolskie), gdzie pochowana  
jest żona Bolesława Wstydlwego – Błogosławiona Kinga  
(zm. 1292 r.), której zawdzięczamy odkrycie żup solnych  
w Bochni i Wieliczce. Również tam pochowana jest kró-  
lowa Jadwiga (zm. 1339 r.), żona Władysława Łokietka  
i matka Kazimierza Wielkiego, która po śmierci męża  
wstąpiła do klasztoru SS Klarysek. Do Klasztoru w Sta-  
rym Sączu pielgrzymował Jan Paweł II. Ołtarz polowy,  
gdzie odprawiał mszę świętą i beatyfikował Błogosła-  
wioną Kingę stoi do dnia dzisiejszego i jest celem lic-  
znych pielgrzymek wiernych.

Również w Krakowie na Trakcie Królewskim, przy  
ul. Grodzkiej można podziwiać jedyny w Krakowie ko-



Ambona ze Św. Franciszkiem z Asyżu  
(Klasztor OO Franciszkanów Opole)

ściół wybudowany w stylu romańskim pod wezwaniem  
Św. Andrzeja należący do zakonu SS Klarysek. Zwraca  
w nim uwagę jedna z nielicznych w Polsce ambona  
w kształcie łodzi rybackiej z żaglem oraz zakratowana  
galeria, z której msze święte oglądają Klaryski objęte  
całkowitą klauzulą.

Franciszek I, który przyjął imię „Biedaczyny z Asy-  
żu” będzie na pewno wzorować się w swojej posłudze  
na swoim wielkim poprzedniku. Przede wszystkim prio-  
rytetem jego działalności będzie walka z kryzysem wia-  
ry – zwłaszcza w Europie, ale głównie z postępującym  
ubóstwem społeczeństwa w Afryce, Azji i Ameryce Po-  
łudniowej.

Przykład wg niego powinni dać hierarchowie ko-  
ścielni, ponieważ sam podróżował metrem i taksówka-  
mi, nie toleruje limuzyn, a po wyborze na papieża nie  
bał się wsiąść do mikrobusu.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## ZDJĘCIE TROSKI

Jak wybrać jedno spośród tysięcy zdjęć? Jak odróżnić  
prawdę od nieprawdy, serce od obojętności? Jak rozpo-  
znąć dążenie i mijanie, odchodzenie i powracanie?

W 1922 roku Walter Lippmann zauważył, że *Dzi-  
siaj to fotografie zawładnęły naszą wyobraźnią, tak jak  
wczoraj słowo drukowane, a potem mówione. Fotografie  
wydają się bez reszty rzeczywiste*. Oddają przecież cień  
czegoś, co się naprawdę zdarzyło. To nie obrazy, gdzie  
z zakurzonego tła albo z barwnego przepychu wylania-  
ją się osoby, które się dotąd nie spotkały. Gdzie nuda  
ociera się o niecierpliwość, a przenośnia o dosłowność.  
Malarstwo zbliża, omija przypadkowość, zatrzymuje  
ulotność. I jest przeciwieństwem ulotności, przeciwień-  
stwem fotografii.

A jednak jury konkursu World Press Photo 2012 wy-  
różniło właśnie malarskie ujęcie – portret podwójny,  
przypominający dzieła dawnych mistrzów. Przeważają

tam kolory ziemi. Na pierwszym planie miękną żółcienie,  
dalej pogłębiają się czernie, prześwietlają brązy i rozbie-  
lają ugry. Patrzącemu wydaje się, że Samuel Aranda po-  
woli kreślił kształty, podążał śladami barw, poszukiwał  
doskonałości. Że najpierw sangwiną odrysował kontury,  
później zaś dopowiadał szczegóły. Jakby pisał powieść  
i zaludniał ją postaciami, łączył osoby z ich cieniami, li-  
czył pęknięcia na ścianie, powtarzał refleksy na skórze.  
Niespiesznie zatrzymywał zwiewność i niestałość, po-  
wtarzał zapamiętane odcienie, zmieniające się z porami  
dnia. A jednocześnie próbował stworzyć świat od nowa,  
poszerzyć granice znaczeń. Czy to możliwe, że autorowi  
wystarczyła chwila, aby uwiecznić tę parę?

Słowo „autor”, łaciński *auctor*, pochodzi od *auge-  
re* – powiększać, pomnażać. Mianem tym uświetniano  
niegdyś zwycięskich wodzów powracających z dalekich  
krain. Dziś rozszerzanie świata należy do fotoreporterów

i dziennikarzy. To oni próbują pojąć i przedstawić odmiennność. Wkraczają na inne ziemie, patrzą na losy ludzi przynależnych do wielu narodowości. Wsłuchują się w ich mowę, obserwują religię, otwierają się na kulturę i starają się ją zrozumieć. Doceniają bogactwo obyczajowe i różnorodność. Czasem przygania, nazwą przywary, a czyjeś pragnienia i lęki pokażą w krzywym zwierciadle. Czasem coś zmyślą, nie dopowiedzą, ale nie zamykają się w ciasnym kręgu swojskości. Zaglądają do cerkwi, synagog, meczetów, uciekają przed ostrzałem, szukają schronienia w szpitalach polowych. W jednym z takich jemeńskich szpitali 15 października 2011 roku powstało nagrodzone zdjęcie.

\* \* \*

*Tło ma jak najmocniej pokazywać samą postać na obrazie. Ma być takie, żeby postać malowana występowała w tym tle w sposób najbardziej sugestywny, wyraziści – pisał Jerzy Nowosielski. Tutaj podkład jest prawie nieprzezierny, Rembrandtowski. Pozbawiony opowieści – tych wszystkich twierdz i stolic ze smugami pyłów. Ciemny jest mur i suknia zakwefionej kobiety, która tuli do piersi ciężko rannego mężczyznę – właściwie wyrośniętego młodzieńca. A on się jej wymyka, powoli odchodzi. Bo na fotografii umieranie nigdy się nie kończy, agonia trwa długo, półotwarte usta chcą zaczerpnąć powietrza, skóra matowieje, oddziela się od wątłego ciała. Pomiędzy nią a trzewiami pojawia się przezroczystość nadająca chłopcu anielskości. Lecz to anioł śmiertelny, zapłakany, próbuje złapać oddech, wyłamuje palce, płacze nogi i wiotczeje, przechodzi w nieskończoność. Wyraźnie widać, że to przenoszenie się sprawia mu ból.*

Fotografia odwołuje się do zmysłu wzroku, oka – według Leonarda da Vinci *tej najdoskonalszej z wszystkich rzeczy stworzonych przez Boga*. Oko przekazuje obraz do mózgu, ten zaś podpowiada podobne kształty, pozy i gesty. Komuś przypomni się *Pieta Rondanini* albo matki bolesne uwiecznione w średniowieczu przez Fernanda Gallegę czy Rogiera van der Weydena. Ktoś odtworzy w pamięci zapatrzoną, pytającą *mater dolorosa* Daniele’a Crespiego, a jeszcze ktoś wywoła *Ukrzyżowanie* Matthiasa Grünewalda z Chrystusem, którego *ciało [jest] sine i jakby pokryte polewą, nakrapiane krwawymi punktami jak łupina kasztana, zjeżone drzazgami różeg pozostałych w otworach ran* – jak opisywał fizyczne zniszczenie Boga-człowieka francuski pisarz Joris-Karl Huysmans. Nad wspomnieniem unosić się pewnie będzie zmierzch i przemijanie, zanurzy się ono w atmosferze żalu i schyłkowości, życia do czasu.

\* \* \*

„Zdjęta” aparatem fotograficznym kobieta – rozpoznajemy pleć, gdyż rękawiczki odsłaniają białe przedramiona – gubi się pod całunem. Widzimy zaledwie jej kontur, jakąś nieprzeniknioną czerń. Ona przestaje być. Pod tą zasłoną może się zresztą ukrywać każdy, kto rozpamiętuje stratę i odgradza się od świata; ktoś zlekni-

ny, osamotniony i cierpiący, kto powtarza *larvatus pro-vedo* – „idę zamaskowany”. I z lubością rozpamiętuje każdą troskę, co więcej – powtarza ją w sobie. Ktoś, kto wątpi, nie dowierza, czegoś się boi. I zanurza się coraz głębiej i głębiej.

Jej oczy rozmywają się, nie patrzą. Tak jak nie patrzy na nas *Chłopiec w niebieskiej bluzie* Modiglianiego. A mimo to widzi, lecz obrazy powstają poza oczami. Bo to widzenie uwewnętrznione, zbudowane z pamięci i ukrytych znaczeń. Takie postrzeganie przypomina sen, pomaga zastygnąć w pustce, znaleźć się tam, gdzie wszystko już uporządkowane: i strata, i cisza, i samotność. Tylko tam – w najdalszej dali ciała, w ciemni bez zmysłów można znaleźć schronienie. Tylko tam można się uratować.

Podobnie bronili się więźniowie niemieckich obozów zagłady. Chcąc zachować człowieczeństwo, uniknąć uprzedmiotowienia, stawali się własnymi grobami. Próbowali znieistnieć, przenieć się do środka. W gwarze obozowej nazywano ich muzułmanami. *Więźniowie ci* – opowiadał Bruno Bettelheim – *po przejściu przez pewien punkt wewnętrzny wprawiani byli przez system obozowy w ruch jak puste powłoki*. Zdawało się, że niczego nie odczuwają, że znaleźli się poza strachem i cierpieniem. Żaden gest nie pochodził od nich samych, każdy podyktowany był nakazem zewnętrznym. W pewnej chwili przestawali reagować na cokolwiek. Powłóczyli nogami, nie odrywając stóp od ziemi, a kiedy ich oczy także nieruchomiały – umierali. Współwięźniowie obawiali się ich, stronili od nich, traktowali jak trędowatych. Jakby śmiertelne odrętwienie przenosiło się z jednej osoby na drugą. Jakby wystarczył dotyk, oddychanie tym samym powietrzem, aby znaleźć się tam, dokąd tamci już doszli.

Powróćmy do portretu, do tego pożółkłego, zafarbowanego brązami zdjęcia, którego barwy przywodzą na myśl błoto, zbutwiałe ściany, ciemny cukier i woń dymu z komór gazowych. Kobieta kłęczy, z trudem dźwiga swoje i drugie życie. Ta muzułmanka całkiem przypomina „muzułmana”. *Zobaczyłem [ją] tam, w środku całego zgiełku, była bardzo spokojna* – wspominał Samuel Aranda. Już oddzieliła się od ludzi, już zasklepiła się w sobie. Zamieszkała w szufladzie własnego ciała, rozłączyła się ze światem. Światem, z którego tak szybko odchodzą bliscy. Ponieważ *Nie ma tragedii okropniejszych nad te, co się odbywają koło ognisk domowych* – ostrzegał Zygmunt Krasiński. Kto lepiej od wieszczki poznał opuszczenie? Kto bardziej niż on rozumiał powolne umieranie, niż on zwierający się Delfinie Potockiej: *Chory jestem ogromnie [...] z wstrząśnienia duchowego i z troski wiecznej, każdochwilnej?*

Ona też zna tę troskę każdochwilną. Rozumie wyobcowanie i zagubienie. Wprawdzie kultura Wschodu podarowała jej zasłonę, która pomaga zmieścić się w nocach i dniach; otrzymała schronienie, trzecią powiekę,

woal licujący twarz, ale tradycja, ofiarowując kamuflaż, nie uchroniła jej przed uprzedzeniami i przeinaczeniami. Skazała ją na Kierkegaardowskie *niebycie człowiekiem*. Co więc wybiera? Szatę Dejaniry, otula się niszczycielską mocą i niszczała znajduje ucieczkę, przeżycie w drugiej przestrzeni. Osobność. Pewnie nie wie, że ukrywając znużenie, przerażenie, żal, sama staje się Znużeniem. Przerażeniem. Żalem.

\* \* \*

Pomylił się chyba Aidan Sullivan, przewodniczący jury, kiedy tłumaczył, że fotografia Samuela Arandy to *ponadczasowe wyobrażenie matki tulącej swojego dzielnego syna*. Zdjęcie pokazuje dwie osoby: mdlejącego chłopca podtrzymywanego przez zakwefioną kobietę. Czy matka nie zdjęłaby rękawiczek, obejmując swoje dziecko? Hafty na rękawiczkach są jej jedyną ozdobą. To na nich zatrzymuje się wzrok, śledzi węzły, supły, wydziergane kwiaty. Czyżby dla modnego drobiazgu wyrekła się prawdziwego dotyku?

Pamiętam inną rękawiczkę, z autoportretu Albrechta Dürera namalowanego w 1498 roku. Artysta jest tam skupiony, spogląda gdzieś w dal. Pewnie rozumie, że setki lat po jego śmierci oglądający obraz będą tak samo przejęci jak jemu współcześni. Jedną ręką oparł się o stół, ześlizguje się z niej jedwabna rękawiczka – powtórzona potem na fotografii. *Stój!* – krzyczał Czesław Miłosz – *Zadrzyj w sercu swoim! Nie umywaj ręk!* Nie umywaj ręk! – szepczą może genialny malarz i kobieta ze zdjęcia – pozostaw na nich ślady! Ochroń je, zachowaj, kiedyś jeszcze przemówią.

A pod zdjęciem mówią słowa. To one odkrywają tajemnicę: *Fatima al-Qaws przytula swojego syna Zayeda (18) cierpiącego wskutek rozpylenia gazu łzawiącego podczas ulicznej demonstracji, w której uczestniczył 15 października 2011 roku w jemeńskim Sanaa. Doszło wówczas do eskalacji protestów przeciwko trwającym trzydzieści trzy lata autorytarnym rządowi prezydenta Ali Abdullaha Saleha.*

Podpis pod zdjęciem jest ważny, bowiem fotografia prasowa to również dokument. Odnosi się do konkretnego miejsca i czasu. Tu liczy się tożsamość, zupełnie jak na wojnie, gdzie ciało zabitego wroga nie wzbudza litości; przeciwnie – im więcej zabitych nieprzyjaciół, tym lepiej. Notatka pod portretem usprawiedliwia też mękę. Z niej dowiadujemy się, że chłopiec cierpiał za sprawę. *Waga słów, szok fotografii* – brzmiało hasło reklamowe ogłoszone przez francuski tygodnik „Paris Match” w 1949 roku. I nie straciło dziś nic na ważności. Bo choć zdjęcie wyraża myśli, to posługuje się językiem złożonym z gry światła i cieni, kompozycji, precyzji, czasem melodii. Potrzeba słów, aby odkodować ten zapis. Dopiero one pozwalają powrócić do tamtych wydarzeń, przenoszą nas do odległych krain, budują tło, drugą przestrzeń. Wyjaśniają, że młodzieniec walczył z opresyjną władzą, co więcej – jego ofiara nie była daremna. Zresztą wcale nie stracił życia, ocalał.

\* \* \*

Jak wybrać jedno z tysięcy zdjęć? Jak oddzielić winę od przewiny? *Wygląda na to, że apetyt na obrazy przedstawiające ciała umęczone jest prawie tak silny jak na wizerunki ciał nagich* – przekonywała Susan Sontag. Nagrodzony obraz pokazuje piękno męskiego ciała i odcisnięty na nim ból. Zaspokaja odwieczną potrzebę *delectatio dolorosa* – obsesyjnego rozpamiętywania męki, współodczuwania połączonego z gniewem. Na szczęście dla oglądających wystawę męka pochodzi z dalekiego świata. A takie cierpienie jest do zniesienia.

Agnieszka KANIA

Od Redakcji

Powyższy tekst zdobył **I miejsce** w tegorocznym konkursie im. Profesora Andrzeja Szczeklika „**Przychodzi wena do lekarza**” w kategorii „Proza non-fiction”. Serdecznie gratulujemy autorce kolejnej nagrody w tym konkursie. Należy przy tej okazji przypomnieć, że Autorka jest również laureatką I nagrody w poprzedniej – I Edycji konkursu w kategorii „Proza”. W ubiegłym roku III miejsce zdobył także Opolanin – Piotr Pośpiech.

## STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA – PRZEDŁUŻENIE ZAPISÓW!!!

Przypominamy wszystkim zainteresowanym, że Stressowy Złaz Medyka odbędzie się w dniach 31 maja–2 czerwca 2013 r. Zarezerwowaliśmy dla wszystkich chętnych noclegi w Ośrodku „Jonny’s Apartments” w Starym Gierałtowie (www.jonnys.pl) w Dolinie Białej Łądeckiej.

**Program Złazu obejmuje:**

31 maja (piątek) – dojazd na noclegi do Starego Gierałtowa, rozlokowanie się i „nocne Polaków rozmowy” z grillowaniem przy ognisku, gitarach, śpiewie i ...

1 czerwca (sobota) – po śniadaniu wymarsz na trasę, następnie powrót do Gierałtowa i wieczorem koncert z udziałem „Wolnej Grupy Bukowina” i Jurka Filara.

2 czerwca (niedziela) – śniadanie i rozjazd do domów.

Opłata wpisowa wynosi 350 zł i obejmuje: znaczek, śpiewnik z niespodzianką, noclegi, śniadania w sobotę i niedzielę, piątkowe grillowanie z piwem, obiadokolację w sobotę oraz koncert. Istnieje możliwość przyjazdu w Boże Ciało, tj. w czwartek 29 maja z dodatkową trasą



w piątek. W takim przypadku opłata wynosić będzie 420 zł i obejmować będzie wszystkie powyżej wymienione atrakcje oraz dodatkowy nocleg i śniadanie.

**Wydlużony został termin dokonywania wpłat do dnia 20 maja!!! Wpłaty należy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 z dopiskiem (b. ważne!!!!) Stresowy Złaz Medyka AM 19xx (te xx to końcówka**

roku zakończenia studiów – jej podanie ułatwi nam planowanie tras).

Uwaga! W przypadku wyczerpania miejsc noclegowych w „Jonny’s Apartments” zapewniamy miejsca w najbliższych hotelach domach prowadzących działalność agroturystyczną. W razie wątpliwości prosimy o kontakt. Czekamy na Wasze zgłoszenia

Jerzy LACH  
jerzy.lach@poczta.onet.pl

Ryszard ŚCIBORSKI  
sciborski@poczta.onet.pl

## ETYKA

# CO DALEJ Z KLAUZULĄ SUMIENIA

„*W tym szpitalu zabija się dzieci*” – pod takim transparentem pikietowali w lutym przed jednym z krakowskich szpitali działacze ruchu „Pro – prawo do życia”, kiedy to dyrekcja szpitala weszła w spór z anestezjologiem, który powołując się na klauzulę sumienia odmówił udziału w zabiegu terminacji ciąży.

To nie pierwsza taka demonstracja i wkrótce podobnych może być więcej. Dylematy związane z wykonywaniem lub niewykonywaniem niektórych świadczeń medycznych może mieć coraz większa grupa lekarzy. Dziś klauzula sumienia kojarzy się głównie z problematyką terminacji ciąży i zabiegów *in vitro*, wkrótce może jednak pojawić się w kontekście testamentu życia, uporczywych terapii itp.

Sumienie może powstrzymać od działania, może też nakazywać podjęcie interwencji niechcianej przez pacjenta. Czy np. w przypadku pacjentów, którym zasady wiary nie zezwalają na przetaczanie krwi, zaniechać transfuzji? Jak pogodzić to z sumieniem? Zgodnie z prawem lekarz nie musi ratować takiego chorego, ale jak z tym potem żyć? Czy też lekarz ma zostać skazany za to, że uratował komuś życie wbrew jego woli?

Każdy lekarz może więc stanąć przed koniecznością określenia swej postawy wobec tego typu zagadnień. Jednocześnie coraz częstsze kontrowersje wokół możliwości korzystania z klauzuli sumienia spowodowały, iż z wielu stron płyną głosy postulujące zmiany w obowiązującym prawie. Głosy zarówno za zaostrzeniem, jak i za złagodzeniem przepisów.

Potrzebna jest więc głęboka i rozważna dyskusja, czy takie zmiany są rzeczywiście niezbędne (czy w ogóle naruszać przyjęty kompromis, ryzykując konflikt), a jeśli tak, to w jakim kierunku. Do takiej debaty dojdzie podczas zaplanowanego na 23–26 maja 2013 r. w Krakowie VIII Światowego Kongresu Polonii Medycznej. O klauzuli sumienia dyskutować się będzie podczas specjalnej sesji poświęconej współczesnym dylematom etycz-

nym w medycynie. Sesję przygotowuje i poprowadzi dr Stefan Bednarz, przewodniczący Komisji Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej i Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie.

– *Pomysł dyskusji na ten temat oczywiście nie jest nowy, ale ostatnie wydarzenia – medialne doniesienia o przypadkach korzystania przez lekarzy z klauzuli sumienia i pikietach przed szpitalami, organizowanych na przykład pod hasłem „nie zabijajcie dzieci”, utwierdzają nas w przekonaniu, że taka debata jest bardzo potrzebna. Zwłaszcza, że grupa posłów pod koniec ubiegłego roku złożyła projekt prawa regulującego prawie wszystkie kontrowersyjne kwestie, w tym także zmian w przepisach dotyczących klauzuli sumienia. Postulat nowelizacji ustawy w tym zakresie zgłasza premierowi również nasze środowisko. Proponuje się różne kierunki zmian, dlatego powinniśmy podjąć próbę wypracowania jednego stanowiska – tłumaczy dr Stefan Bednarz.*

### Klauzula sumienia w ujęciu prawa

Klauzula sumienia to wyjątkowa regulacja prawna, zgodnie z którą lekarz może powstrzymać się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. Prawo to zapisano w artykule 39. Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r. Brzmi on następująco:

„*Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego*”.

Możliwość skorzystania z klauzuli sumienia przewiduje również Kodeks Etyki Lekarskiej: Artykuł 7. KEL mówi: „*W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej*”.

Prawo do klauzuli sumienia „w ramach legalnej opieki medycznej” daje lekarzom również przyjęta w październiku 2010 r. rezolucja Rady Europy nr 1763. Klauzula sumienia jest tam jednak ograniczona. Zgodnie z prawem, **nie można z niej korzystać w sytuacji, gdy w grę wchodzi ratowanie ludzkiego życia**. Nie dotyczy także pomocy medycznej w ogóle, daje tylko możliwość powstrzymania się od wykonania konkretnego świadczenia zdrowotnego, niezgodnego z sumieniem lekarza.

Powoływanie się na klauzulę sumienia nie może także dotyczyć osoby pacjenta – nie może być przejawem jego dyskryminacji ze względu na poglądy polityczne, przekonania religijne, orientację seksualną, rasę czy narodowość. Konflikt sumienia może dotyczyć wyłącznie świadczenia zdrowotnego i wyłącznie osoby lekarza – publiczna placówka medyczna, oddział szpitalny nie mają prawa odmówić świadczenia na tej podstawie.

Z klauzuli sumienia mogą korzystać również pielęgniarki i położne. Od pewnego czasu takiego prawa domagają się również aptekarze, niektórych sumienie budzi opór wobec sprzedaży środków wczesnoporonnych lub/i antykoncepcyjnych.

## Spór o zapis ustawy

Zdaniem niektórych prawników ustawowy zapis, iż lekarz „*ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym*” należałoby uznać za sprzeczny z Konstytucją, gdyż w praktyce może wykluczyć zastosowanie przez lekarza klauzuli sumienia i narusza jego konstytucyjnie gwarantowaną wolność sumienia. Za sprzeczne z prawem i logiką można uznać oczekiwanie, iż lekarz, któremu sumienie nie pozwala na wykonanie określonego świadczenia, będzie pomagał pacjentowi w jego uzyskaniu.

- *Te regulacje prowadzą do dominacji klauzuli sumienia nad innymi przepisami. Lekarz może odmówić, ale pod warunkiem, że wskaże realną możliwość wykonania zabiegu w innym miejscu. To słowo „realne” wydaje się kluczowym. Widać też wyraźną różnicę między Ustawą a Kodeksem Etyki Lekarskiej, który jest mniej rygorystyczny, nie zawiera tak ostrych sformułowań – podkreśla dr Stefan Bednarz.*

Zastrzeżenia do takich sformułowań ustawy są coraz powszechniejsze. Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, Pełnomocnik Rządu ds. Równego Traktowania oficjal-

nie zaczęła mówić o potrzebie zmian jesienią ub. roku. Postuluje, by to nie lekarz korzystający z klauzuli sumienia, ale placówka medyczna wskazywała możliwości wykonania świadczenia przez innego lekarza. List do premiera Donalda Tuska w sprawie zmian w ustawie skierowała w grudniu 2012 r. Naczelna Rada Lekarska. Podkreślono w nim, iż zapis naszej ustawy, w praktyce ograniczający możliwość korzystania z klauzuli sumienia, jest również sprzeczny z ideą wyrażoną w rezolucji Rady Europy, która nie przewiduje dodatkowych warunków odmowy wykonania świadczenia.

- *Można oczywiście przyjąć stanowisko, że ustawa o zawodzie lekarza jest prawem nadrzędnym, choć nie nad Konstytucją i zastanawiać się czy wybierając zawód lekarza nie musimy się liczyć z pewnymi ograniczeniami, np. z bezwzględną koniecznością uznania praw pacjenta nad naszymi osobistymi przekonaniem. Przecież są takie sytuacje – na przykład chory może nakrzyczeć, obrazić lekarza, lekarzowi nigdy tego nie wolno, bo może się okazać, że zachowanie chorego wynika z jego stanu. Jednak w przypadku klauzuli sumienia sprawa wygląda inaczej. Powinniśmy więc chyba jednoznacznie określić, czy pacjent zawsze jest najważniejszy, czy też pójść w drugą stronę – uznać priorytet klauzuli sumienia i znieść w ustawie warunek wskazania innego miejsca wykonania świadczenia, którego się odmawia – mówi dr Bednarz.*

## Dyskusja pilnie potrzebna

Choć przedstawiciele środowiska lekarskiego oficjalnie postulują jeden kierunek zmian, w szerszej perspektywie opinie wcale nie są tak jednoznaczne. W Sejmie także pojawiły się propozycje ograniczenia możliwości stosowania klauzuli sumienia. „*Są dwie tendencje, dlatego do debaty, jaką zamierzamy przeprowadzić podczas majowego Kongresu, chcemy zaprosić osoby prezentujące bardzo różne spojrzenia na ten problem*”.

Są to: profesor Jan Hartman, który powie o prawie lekarza do odmowy świadczeń, ale w szerszym kontekście, nie tylko tym medialnym. Będzie również mówił o możliwości nadużywania klauzuli sumienia z powodów ideologicznych. Ksiądz profesor Tadeusz Biesaga najprawdopodobniej podda krytyce propozycje zmierzające do wyeliminowania klauzuli sumienia z praktyki medycznej. A profesor Tadeusz Tołłoczko opowie o własnej praktyce lekarskiej i spojrzeniu na klauzulę sumienia, która jego zdaniem – co wiemy z publikacji profesora – powinna być zasadą nadrzędną. W końcu doktor Konstanty Radziwiłł przedstawi europejskie doświadczenia z klauzulą sumienia.

Najważniejsze wydaje się jednak planowane na koniec sesji spotkanie „okrągłego stołu”. Możliwe, że zajmiemy jakieś jednoznaczne stanowisko – odpowiemy na pytanie, czy zostawić to, co jest zapisane, bo jest optymalne

w obecnej sytuacji, czy też idziemy w kierunku dominacji klauzuli sumienia – zapowiada dr Stefan Bednarz.

Trudno bowiem odmówić racji także tym, którzy uważają, że lepiej już w ustawie nie mieszać, bo próby poprawiania wypracowanych z trudem kompromisów w podobnie kontrowersyjnych kwestiach, jak dotąd, kończyły się tylko źle. Z pewnością jednak bardziej precyzyjne, spójne, zgodne z zasadami logiki i Konstytucją sformułowania w stanowionym przez naszych de-

cydentów prawie ułatwiłyby jego respektowanie. Przepisy dotyczące klauzuli sumienia takie nie są. Nakłada się na to prawo unijne, czego skutkiem są nie tylko spory wewnątrz kraju, ale też międzynarodowe konsekwencje pewnych decyzji, zarówno w wymiarze finansowym, jak i wizerunkowym dla Polski.

*Jolanta GRZELAK-HODOR*

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

## DEKALOG DLA LEKARZY

Szanowni Czytelnicy naszego Biuletynu!

Szperając po bezdennych głębiach Internetu natknąłem się na tekst profesora Aleksandra B. Skotnickiego z Kliniki Hematologii CM UJ zawierający dziesięć przykazań dla lekarza. Tekst ten urzekł mnie swoim humanizmem i dlatego też postanowiłem podzielić się swoim zauroczeniem z szerszym gronem braci lekarskiej.

Przeczytajmy i zastanówmy się nad nim!

*Andrzej Martynowski*

1. Gdy pacjent wchodzi do Twojego gabinetu – wstań, podaj mu rękę, przedstaw się, postępuj podobnie przy łóżku chorego. Okazuj respekt pacjentowi – jest on często starszy od Ciebie, ma inne, czasem bogatsze od Ciebie doświadczenia życiowe lub zawodowe. Fakt choroby nie upoważnia Cię do traktowania pacjenta z góry – on ma tylko chorą wątrobę lub szpik, ale nie przestał być Osobą Ludzką, a więc poza współczuciem (z którego powstała medycyna) okaż mu sympatię i szacunek należny każdemu nowopoznanemu Człowiekowi. Pamiętaj, że Twoją wiedzę medyczną zawdzięczasz swoim nauczycielom, studiowaniu, ale i CHORYM od których uczysz się symptomatologii chorób, reakcji na leki (większości których nigdy sam nie zażywałeś).

2. Traktuj pacjenta uprzejmie, jak gościa w domu. Zapytaj go o pracę, osiągnięcia zawodowe, rodzinę. Zapytaj w czym możesz mu pomóc, wysłuchaj cierpliwie, wyjaśnij jego wątpliwości.

3. Nie okazuj choremu zniecierpliwienia, pośpiechu czy nerwowości. Przekaż mu Twoją wiarę w sukces terapeutyczny, zmobilizuj go do aktywnego udziału w walce z chorobą pod Twoim przewodnictwem, przekonaj, że nie zostawisz go samego, podaj mu – w przenośni i w rzeczywistości – pomocną dłoń w przeprowadzeniu go przez kryzys zdrowotny. Pacjent ma iść z Tobą z wiarą i przekonaniem w Ciebie, w Twoją kompetencję, w życzliwość i bezinteresowność.

4. Spraw, aby pacjent poczuł, że jest w danej chwili dla Ciebie najważniejszy, że się nim interesujesz, że jego choroba jest dla ciebie wyzwaniem, zagadką do rozwiązania.

5. Okazuj szacunek choremu, pochylaj się nad nim, wykaż zrozumienie dla jego dolegliwości i obaw. Niech

Twoja relacja z chorym ma charakter partnerski – pomoże Ci to zdobyć jego zaufanie i współpracę w procesie leczenia, pomoże przekonać do słuszności prowadzonego przez Ciebie postępowania lekarskiego.

6. Pamiętaj, że każdy człowiek w chwili załamania zdrowia odczuwa lęk, niepewność jutra, spodziewa się najgorszego. Znajduje się w nowych warunkach, boi się procedur diagnostycznych, oczekuje Twojego zainteresowania, serdeczności, a także spokoju, skupienia i pewności w podejmowanych decyzjach. Pamiętaj również, że każdą decyzję należy z chorym uzgodnić i przekonać o jej słuszności.

7. Wchodząc na salę chorych, podchodząc do chorego – zostaw za sobą Twoje kłopoty domowe czy zawodowe, własne dolegliwości – nie powinny one rzutować na Twoje postępowanie, szybkość i trafność podejmowanych decyzji. Twoje ponure oblicze, zły humor, brak uśmiechu – może zostać odczytane błędnie przez chorego jako brak nadziei i wpłynąć niekorzystnie na samopoczucie i stan chorego. Bądź odpowiedzialny także za atmosferę w zespole lekarskim; życzliwość i wzajemny szacunek są równie potrzebne zdrowym, jak i chorym.

8. Pamiętaj, że „lekarz powinien lubić swoich pacjentów i czuć się za nich odpowiedzialny” (Antoni Kępiński). Traktuj swoich pacjentów tak, jak chciałbyś, aby potraktowani byli Twoi bliscy w chorobie.

9. „Nie odbieraj nadziei bliźniemu swemu” (Julian Aleksandrowicz). „Nie przynieść człowiekowi nadziei, to gorzej niż go oślepić lub zabić” (Marek Hasko). Przyśpiesz zatem nadzieję i stwarzaj sam szansę jej spełnienia poprzez poprawę warunków leczenia oraz dzięki holistycznemu widzeniu człowieka, w powiązaniu z otaczającym środowiskiem, zawodem, osobistymi zwyczajami oraz relacjami międzyludzkimi. Uwzględniaj jego psychosomatyczną jedność i niepowtarzalną indywidualność. „Nic, co może wpływać na zdrowie mego pacjenta nie będzie mi obojętne” (Hipokrates).

10. Nie oczekuj od pacjentów wdzięczności – to miłe jeśli ją wyrażają, ale pamiętaj, że obdarowywanie chorych zdrowiem jest przywilejem, którego nie posiada żaden inny zawód; w tym sensie lekarz jest równy królom i prezydentom – może darować innym życie...



## ZAPOWIEDZI MINISTRA – DLACZEGO TRUDNO W NIE UWIERZYĆ?

Lepszy dostęp do pediatrii, nowy model podstawowej opieki zdrowotnej i nocnej pomocy lekarskiej, algorytm przyjmowania zgłoszeń dla dyspozytorów pogotowia ratunkowego, wyjaśnienie przyczyn śmierci 2,5-letniej Dominiki i wspólne z samorządem lekarskim wypracowanie strategii zmian – to niektóre zapowiedzi ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza w reakcji na tragiczną śmierć dziewczynki. Nie miejmy złudzeń – większa część z nich jest nie do zrealizowania.

W odpowiedzi na te deklaracje Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia wystosowało do ministra list z wnioskiem *„o skoncentrowanie sił na naprawie funkcjonowania polskiego systemu zdrowia, a nie jedynie na gaszeniu pożarów i prowadzeniu działań doraźnych, co powoduje dalsze rozczłonkowanie i demontaż systemu”*.

To nie Bartosz Arłukowicz tworzył obecny system. To on jednak od ponad roku jedynie zapowiada. Zwykle pospieszenie i zbyt często w reakcji na jakieś dramatyczne wydarzenie.

### Dlaczego nie będzie lepszego dostępu do pediatrii?

Z pustego i Salomon nie naleje. W Polsce jest ogółem 16.901 pediatrów, a 14.652 z nich wykonuje zawód (dane NIL na koniec 2012 r.). Co istotne (przede wszystkim dla Narodowego Funduszu Zdrowia), ponad połowa ma specjalizację z pediatrii I stopnia. Wielu takich „jedynkowiczów” to lekarze, którzy „dwójkę” zrobili z medycyny rodzinnej. Trzeba przy tym pamiętać, że nie wykształciliśmy wystarczającej liczby tych specjalistów.

Są olbrzymie dysproporcje w liczbie pediatrów w poszczególnych regionach. Na jednej z konferencji prof. Anna Dobrzańska, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii, przytoczyła dane obrazujące to zjawisko: 534 dzieci na jednego pediatrę w Łódzkiem i 3153 dzieci na pediatrę w Lubuskiem.

Załamanie pediatrii datuje się na koniec lat 90., kiedy zaczęto forsować model opieki sprawowanej przez lekarza rodzinnego, a jednocześnie wieszczono kres pediatrii w związku z niżem demograficznym. Polskie Towarzystwo Pediatryczne szybko dostrzegło zagrożenie i zaczęło postulować utworzenie poradni pediatrycznych, do których nie byłoby potrzebne skierowanie od lekarza POZ. Na razie na próżno.

Wygląda na to, że Arłukowiczowi bliskie są te postulaty, co zresztą nie powinno dziwić, bo sam jest pediatrą. Nawet jednak gdyby chciał je zrealizować, w co należy wierzyć, to nie ma jak, bo nie będzie wystarczającej liczby specjalistów do pracy w takich poradniach, o nocnej i świątecznej opiece lekarskiej nie wspominając.

- *Chcemy wykształcić więcej pediatrów* – zapewnił Arłukowicz na wspólnej konferencji z Jurkiem Owsiakiem. Jednak nie odpowiedział na pytanie „Pulsu”, czy zarówno premier, jak i minister finansów są świadomi, że na szkolenie specjalizacyjne potrzebne są pieniądze. Nie odniósł się też do pytania o problem, jaki wystąpił jesienią ubiegłego roku, kiedy do ostatniej chwili nie było wiadomo, czy będą pieniądze na rezydentury. W świetle faktu, że już teraz pediatria została zaliczona (na mocy rozporządzenia!) do specjalizacji deficytowych, zapowiedź o kształceniu większej liczby pediatrów jest mocno na wyrost.

Nie na wyrost jest natomiast zapowiedź korekty wyceny świadczeń pediatrycznych. Arłukowicz poinformował, że nastąpi ona w ramach *„ograniczonych środków, jakimi dysponujemy”*. Na pytanie „Pulsu”, kto zatem może się spodziewać obniżki tej wyceny, odpowiedział, że są dziedziny medycyny, które *„bardzo dobrze działają, także finansowo”*.

### Problem z modelem POZ i nocnej opieki lekarskiej

Chyba nie ma wątpliwości, że model bazujący na instytucji lekarza rodzinnego poniósł w Polsce porażkę. W Irlandii na jednego lekarza rodzinnego przypada 800–1,5 tys. pacjentów, w Polsce 2–3 tys. Zawyżona liczba pacjentów oraz stopniowe ograniczanie kompetencji lekarzy rodzinnych (należy przyznać, że w dużej mierze na prośbę samych zainteresowanych), a także brak tradycji takiego modelu oraz zbyt pospieszne i niedbałe wprowadzanie zmian – to główne przyczyny klęski medycyny rodzinnej w Polsce. Wysiłki Kolegium Lekarzy Rodzinnych, by walczyć o prestiż tego zawodu, a zatem i jego pozycję, nie mogły przynieść pożądanych rezultatów.

Wskutek masowej krytyki POZ (choćby ze strony Najwyższej Izby Kontroli) można się spodziewać demontażu modelu medycyny rodzinnej. Jak to w Polsce: szybko i bez namysłu. A już niedługo, bo na przełomie maja i czerwca, szykuje się awantura między POZ a NFZ

o eWUŚ. W świetle ostatnich wydarzeń lekarze POZ raczej nie mogą liczyć na poparcie opinii publicznej.

### **Pułapka algorytmu przyjmowania zgłoszeń przez dyspozytorów**

Zapowiedź utworzenia jednolitego algorytmu spełnić najłatwiej. To będzie bardzo duża pomoc dla dyspozytorów, ale nie miejmy złudzeń, że załatwi wszystkie problemy z ich błędami. Algorytm jest prawie niezawodny, gdy istnieje skończona i relatywnie niewielka liczba zdarzeń czy elementów do sprawdzenia – taka swoista checklista, jaką odczytuje załoga samolotu przed startem. Nie zastąpi jednak solidnego przygotowania do zawodu, do świadczenia, zdrowego rozsądku i empatii.

Jest teraz tendencja do szczegółowego ujmowania w formularzach i algorytmach procedur postępowania. Groźna, bo prowadzi do ryzyka wypełniania procedur, a nie niesienia skutecznej pomocy, bo zwalnia z odpowiedzialności.

Skutki analogicznego postępowania możemy dostrzec w niedawnych doniesieniach o prokuraturze. Jedna z nich zgodnie z procedurami orzekła, że nie była nielegalną kradzieżą dorobku życia kobiety, która miała takie samo imię, nazwisko i miasto zamieszkania, jak dłużniczka, której dług chciał ściągnąć komornik. On też zastosował się do procedur.

### **Problem z wyjaśnieniem przyczyn śmierci Dominiki**

Przyczyny śmierci dziewczynki wyjaśnia prokuratura, sprawę lekarza lub lekarzy, którzy zajmowali się dzieckiem, zbada też rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Należy ufać, że dowiemy się (zapewne po długim czasie), dlaczego doszło do tej śmierci i czy można było jej uniknąć.

Mądrym trzeba być jednak przed szkodą. Kilkanaście lat temu Rada Europy opracowała wytyczne do stworzenia w szpitalach systemu anonimowego raportowania o niepożądanych zdarzeniach i ryzyku ich wystąpienia, który byłby nastawiony nie na restrykcje, lecz na analizę i eliminację błędów. Powszechnie system wprowadziły m.in. Holandia i Dania (trwało to kilka lat). Wkrótce tamtejsze szpitale nie tylko stały się bezpieczniejsze, ale i zyskały pieniądze. Kilka lat temu w Ministerstwie Zdrowia, we współpracy z Centrum Monitorowania Jakości, prowadzono początkowe prace nad stworzeniem takiego systemu.

Pytany o to Bartosz Arłukowicz odpowiedział, że podniesieniu bezpieczeństwa pacjentów mają służyć planowane zmiany w funkcjonowaniu szpitali klinicznych i instytutów, a także CMJ. Dając taką odpowiedź, minister pokazał, że nie zrozumiał pytania. Może jeszcze jakiś doradca wygrzebie z archiwów resortu raporty na temat tego systemu. To ministerstwo może go wdrożyć, tak jak doprowadziło do stworzenia systemu monitorowania zakażeń, który jeszcze szwankuje, ale w wielu miejscach działa.

Tymczasem bliscy Dominiki przeżywają ból, który trudno sobie wyobrazić. Szkoda, że ta tragedia posłużyła za pretekst do podniesienia wrzawy politycznej i medialnej. I jeśli o wnioskach mowa, to warto, by z tej sprawy, we własnym sumieniu, wyciągnął je każdy lekarz, ratownik, dyspozytor, pielęgniarz, dziennikarz, polityk.

### **Dlaczego trudno uwierzyć we wspólne działanie ministra i samorządu?**

Ileż to razy padały takie deklaracje! Ale nadzieję mieć trzeba zawsze...

*Justyna WOJTECZEK*

(przedruk z „Pulsu” nr 4/13)

## **EUROPA DLA PACJENTÓW**

25 października br. wejdzie w życie dyrektywa Parlamentu Europejskiego, na mocy której będziemy mogli skorzystać w dowolnym kraju Unii z usług nie tylko publicznych, ale również komercyjnych szpitali i przychodni. Dyrektywą nie objęto tylko długoterminowej opieki zdrowotnej, przeszczepów organów i programów powszechnych szczepień. Koszty leczenia podobno zwrócimy nam NFZ. Ale... dostaniemy tylko tyle, ile Fundusz jest łaskaw płacić polskim placówkom za taką usługę. Ponieważ większość badań czy operacji za granicą wyceniona jest o wiele wyżej niż w Polsce, będzie to poważna bariera. Czy o to chodziło twórcom dyrektywy?

Zastrzeżenia budzi planowany mechanizm obliczania kosztów transgranicznej opieki medycznej, które będą zwracane ubezpieczonemu. Już dziś wiadomo, że bogat-

sze województwa będą w stanie zwrócić swoim mieszkańcom więcej. Tak więc Lubuszanin trzykrotnie częściej niż mieszkaniec Lubelszczyzny będzie miał szansę skorzystać z leczenia w Niemczech, tym bardziej że tam to dobrodziejstwo leży dosłownie za miedzą.

Tylko w trzech przypadkach NFZ będzie miał możliwość niewydania zgody na leczenie zagraniczne. Są to przypadki, gdy w kraju, do którego pacjent chce wyjechać na leczenie, panuje epidemia, jak również, gdy chory równie dobrze może uzyskać w krótkim czasie świadczenie w Polsce oraz, gdy przewóz pacjenta do innego państwa grozi pogorszeniem jego stanu zdrowia. Kuriozalna wydaje się propozycja zgody NFZ na skorzystanie z transgranicznej opieki medycznej, jeśli świadczenie zdrowotne może być udzielone w Polsce w czasie nie-

przekraczającym maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania. Nie ma bowiem obecnie żadnych przejrzystych mechanizmów, które pozwoliłyby ustalić, jaki czas oczekiwania jest dopuszczalny według kryteriów medycznych, a nie administracyjnych czy finansowych.

Kolejne przeszkody może wprowadzić Ministerstwo Zdrowia. Dyrektywa unijna pozwala bowiem każdemu krajowi wprowadzić ograniczenia. Włodarze z Miodowej, w obawie o rozsadzenie budżetu, zapowiadają listę świadczeń szpitalnych i specjalistycznych, na które NFZ będzie udzielać zgodę. Wygląda na to, że już dziś zakładają, że takiej zgody nie wydadzą. Co więcej, przewidują, że zwrotem kosztów nie będą objęte leki zakupione w innym kraju unijnym, jeśli leki te są refundowane w Polsce tylko w ramach programów lekowych. Pacjen-

ci mogą oczywiście skarżyć decyzje władz, ale postępowania w tych sprawach nie będą zwolnione z kosztów sądowych.

Podstawowym celem dyrektywy jest ułatwienie pacjentom dostępu do bezpiecznej i wysokiej jakości transgranicznej opieki zdrowotnej – przypomina w swoim stanowisku Naczelna Rada Lekarska. Tymczasem jej postulaty, niczym slalomowe tyczki są omijane, pomijane i lekceważone. Ale w tej konkurencji sprytny slalomista nie musi obawiać się o dyskwalifikację. Europa sobie, ministerstwo sobie.

Marek STANKIEWICZ

redaktor naczelny

stankiewicz@hipokrates.org

(przedruk z „Medicusa” nr 4/13)

## EKONOMIA PUSTYCH ŁÓŻEK

Szpitaly zadłużają się. Dlaczego? Bo nie są zyskowne. A dlaczego nie są zyskowne? Bo NFZ za mało płaci i źle wycenił świadczenia. Koniec dowodu, wszyscy zadowoleni i z satysfakcją można szeroko rozłożyć ręce: „Nic się nie da zrobić. Nie da się poprawić efektywności”.

Spróbujmy jednak przyjrzeć się bliżej. Okazuje się, że dla sporej części specjalności koszty leczenia pacjentów są niższe niż przychody. To dlaczego oddziały wykazują stratę?

Weźmy chirurgię. Przeciętnie na pojedynczym pacjencie zarabia się! Oznacza to, że przychód jest wyższy od kosztu leczenia. W zależności od leczonych przypadków ten zysk waha się między 100 a 500 zł średnio za pacjenta. Dla oddziału leczącego 2.000 pacjentów rocznie daje to zysk w wysokości 200 tys. - 1 mln zł rocznie.

Jeśli jest tak dobrze, to dlaczego jest tak źle? Problemem są puste łóżka i nadwykonania. Mówiąc o pustych łózkach stosujemy pewien skrót myślowy. Z łózkami wiąże się etaty lekarskie, pielęgniarskie, administracyjne, wiąże się konieczność utrzymania, ogrzania, oświetlenia, remontu sal, w których te łóżka stoją itp.

Średni przychód za jednego pacjenta na chirurgii to ok. 3.300 zł. Oczywiście, w klinice chirurgii będzie wyższy ze względu na złożoność i koszt leczenia niż w szpitalu powiatowym. Średni koszt wynosi ok. 3.000 zł i również różni się między szpitalami. Wynika z tego, że każdy przypadek nadwykonania (koszt ok. 3.000 zł) „zjada” zysk wypracowany przez ok. 10–15 pacjentów), a nadwykonania w wysokości 10% zjadają cały zysk oddziału.

Jeśli jednak pilnujemy kontraktu i mamy niewielkie nadwykonania, czy możemy liczyć na zysk? Teoretycznie tak. W praktyce jednak nie. Dlaczego? Bo zazwyczaj nasze zasoby są większe niż potrzeby realizacji kontraktu z NFZ. Mamy więcej lekarzy, pielęgniarek, salowych, więcej administracji, więcej łóżek, sal operacyjnych, więcej wszystkiego. A każdy z tych nadmiarów niesie

ze sobą dodatkowy koszt. Oczywiście, wolne zasoby mają swoje uzasadnienie. Szpital to nie taśma montażowa, a liczba i rodzaj pacjentów zmienia się w czasie i musimy być gotowi na ich przyjęcie. Ta gotowość ma jednak swoje ekonomiczne granice.

Średnie obłożenie na chirurgii w Polsce to 63%. Czy utrzymywanie 37% pustych łóżek na chirurgii to zasadna przezorność czy marnotrawstwo? Prawda, jak zawsze, jest pośrodku. Około połowy tych pustych łóżek powinno pozostać wolnych, pozostała część to marnotrawstwo. Średni koszt dzienny pustego łóżka na chirurgii to ok. 230 zł. Rocznie jedno „puste łóżko” kosztuje: 365 dni x 230 zł = ~84.000 zł!!!!

Szpital, kalkulując koszty funkcjonowania, wlicza koszty pustych łóżek do kosztów oddziału, na którym one stoją. Pytanie, czy tak powinno być i ile wynosi taki koszt? Na oddziale 30-łózkowym, przy obłożeniu 70% mamy 9 łóżek wolnych. To daje koszt roczny 9 x 84 tys. = 765 tys. zł. Przy zysku z leczenia 600 tys. zł, nawet jeśli oddział nie miał nadwykonań, i tak będzie miał stratę. Sytuacja typu „jak nie pała go to kijem”: dodatkowi pacjenci zmniejszą koszt pustych łóżek, ale pojawi się koszt nadwykonań. I tak źle, i tak niedobrze.

Realnie oddział nie potrzebuje 30 łóżek do realizacji kontraktu z NFZ. Przy 80–85% obłożeniu wystarczy 25 łóżek. Będzie miał wtedy średnio 4 łóżka w zapasie (16%).

W takim wypadku koszt pustych łóżek zmniejszy się o połowę! Przy zysku z leczenia 500–600 tys. zł wszystko zaczyna się „dopinać”. Z wypracowanego zysku będą pieniądze na pokrycie kosztów pustych łóżek i jeszcze trochę zostanie na rozwój i pokrycie nadwykonań. Dodatkową nagrodą będzie to, że nadwykonań będzie znacznie mniej, bo mieliśmy mniej łóżek.

Problem nadmiernych zasobów (nasze puste i niepotrzebne łóżka, personel, sale itp.) nie powinien być pro-



blemem ordynatora kierującego oddziałem. Nie używa ich, a co więcej, nawet jakby chciał, to zarząd szpitala zabroni mu, bo będzie to oznaczało, że „robi” nadwykonania i zadłuża szpital. Dlatego ordynator powinien określić, jakie zasoby są mu niezbędne do pracy, a resztę oddać do dyspozycji zarządu szpitala.

Nagle okaże się, że prawa ekonomii zaczynają działać także w szpitalu! Oddział stanie się rentowny, a personel będzie rozumiał i realizował cele medyczne i ekonomiczne, licząc na nagrodę za wynik. Brak zagospodarowania niewykorzystanych zasobów to problem zarządu szpitala. Doliczenie kosztu tych zasobów do poszczególnych oddziałów jest zamykaniem problemu pod dywan.

No dobrze, a co począć z częścią „odetatowanych” łóżek, które tak łatwo wyłączyliśmy z kosztów oddziału. Oddział nie potrzebował tych łóżek ani przypisanego do nich personelu do realizacji swoich zadań, ale te łóżka i ten personel nadal tam są! Na papierze było łatwo, ciach i już! Gorzej w realnym życiu.

Rzeczywistość medyczna zmienia się. Te wieloletnie trendy nie mogą zostać niezauważone przez zarządy szpitali. Trwanie w dotychczasowej strukturze nie ma sensu. Szpital jest jednostką usługową. Ma odpowiadać na potrzeby klientów. Zarząd szpitala musi sobie postawić pytanie, jak zagospodarować wolne zasoby. Jak dopasować je do potrzeb pacjentów. W skali większego szpitala to często blisko 100 łóżek, które stoją puste. Co z pracownikami pracującymi na pół gwizdka itp.?

Czy jesteśmy przygotowani na te niełatwe zmiany? Czy potrafimy podjąć reorganizację oddziałów i całego szpitala? Ekonomia wymusi to bez względu na nasze chęci. W tym wypadku ekonomia zadziała na korzyść pacjentów, czyli nas wszystkich. Dlatego trzymam kciuki, żeby stało się to jak najszybciej.

Marek WESOŁOWSKI

(przedruk z „Medicusa” nr 3/13)

## SYSTEM NIE MOŻE DOMINOWAĆ NAD PACJENTEM

**Marek Derkacz:** *Liczba lekarzy w Polsce przypadająca na 100 tys. mieszkańców jest jedną z najniższych w Europie, dlatego lekarze w Polsce pracują w wielkim pośpiechu. Czy nakładanie na nich dodatkowych obciążeń administracyjnych w postaci obowiązku sprawdzania wysokości refundacji każdego z przepisywanych leków, która notabene może ulegać zmianie kilka razy w ciągu roku, oraz sprawdzania ich wskazań rejestrowych powinno być obowiązkiem lekarza? Zadaniem lekarzy na całym świecie jest przecież leczenie pacjentów...*

**Dr n. med. Jakub Pawlikowski:** Próbuje oceniać jakiegokolwiek inicjatywy legislacyjne w ramach systemu ochrony zdrowia, w tym wysokość kar nakładanych na lekarzy, należy uwzględnić specyfikę zawodu lekarza, zakres jego obowiązków i ich hierarchię. Przede wszystkim trzeba jednak starać się odpowiedzieć na pytanie, czy wprowadzane zmiany służą dobru pacjentów. Podstawowym zadaniem lekarza, o którym mówi kodeks etyki zawodowej, jest „ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu”. W kontekście naszej rozmowy można również wskazać na przepisy kodeksu, które podkreślają, że między innymi „wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z troski o dobro chorego”. Zatem dokumentacja medyczna, choć jest istotnym elementem pracy lekarza (zwłaszcza jeśli kontraktuje on swoje usługi z płatnikiem publicznym), to nie jest jego najważniejszym obowiązkiem. W kontekście „kryzysu receptowego” należy spytać, czy sposób, w jaki decy-

denci chcą zrealizować słuszny niewątpliwie cel racjonalnego wydatkowania środków publicznych, nie staje się nadrzędny wobec właściwej opieki nad konkretnym człowiekiem? Czy racjonalizacja polityki lekowej musi koniecznie wiązać się z tak silnymi konfliktami, jakie obserwujemy? Narastające napięcie wśród podmiotów ochrony zdrowia niewątpliwie nie służy pacjentowi. Przerzucanie odpowiedzialności za refundację pomiędzy urzędnikami, lekarzami i farmaceutami powoduje, że cierpi ten najsłabszy - pacjent. Należy podkreślić, że refundacja leków i wyrobów medycznych to zadanie państwa, które powinno być realizowane przez odpowiedzialnych urzędników i to w taki sposób, aby nie utrudniać lekarzowi jego działań leczniczych.

*Jak Pan ocenia wysokość kar, które NFZ może nakładać na lekarzy za niezamierzone i tak naprawdę nieistotne błędy popełniane podczas wypisywania recept? Czy takie działania ze strony płatnika nie są przypadkiem nieetyczne?*

Zastanawiam się, jakie dobro narusza pomyłka w numerze refundacji? Czy szkoda wywołana takim błędem uderza bezpośrednio w pacjenta? Czy raczej większe szkody dla pacjenta nie są wywołane chaosem spowodowanym problemami z wystawianiem recept? Kary, o których rozmawiamy, nakładane są na lekarzy w drodze administracyjnej w związku z niedopełnieniem określonych obowiązków dokumentacyjnych. Mam wrażenie, że omawiany problem jest kolejnym przykładem postrzegania



roli lekarzy jako urzędników i coraz większego ingerowania czynników administracyjnych w intymną relację pomiędzy lekarzem i pacjentem. A przecież lekarz ma być dla pacjenta przede wszystkim przewodnikiem po świecie zdrowia i choroby. Jego relacja z pacjentem powinna opierać się na zaufaniu. A zaufanie trudno budować, gdy większość czasu przeznaczonego na wizytę trzeba poświęcić dokumentacji. Jeśli chodzi o wysokość kar, to zastanawiam się, jak kształtuje się wysokość kar nakładanych na lekarzy w relacji do innych kar nakładanych na urzędników w związku z nieprawidłowo prowadzoną dokumentacją?

*Czy jest Pan w stanie zrozumieć lekarzy, którzy nie godzą się na niesprawiedliwe zapisy w umowach i nie podpisują umów z NFZ upoważniających ich do wypisywania recept na leki refundowane? Wszystko niestety odbywa się kosztem pacjentów...*

Trudne pytanie. Każdy protest lekarzy powinien być tak zorganizowany, żeby nie szkodził pacjentowi. Pacjenci nie mogą być zakładnikami lekarzy. Biorąc pod uwagę wysokość kar, można jednak zrozumieć lekarzy, którzy obawiają się poważnych konsekwencji finansowych. Mam jedynie nadzieję, że żaden potrzebujący pacjent nie zostanie bez pomocy. Lekarze muszą też prowadzić poważny dialog z pacjentami, aby oni rozumieli ich motywacje i nie czuli się pozbawieni opieki i wsparcia.

*Co Pan jako etyk sądzi o ograniczeniach pacjentów w dostępie do leków refundowanych? Wielu pacjentów nie wykupuje leków z uwagi na ich wysoki koszt, co wiąże się z pogorszeniem ich stanu zdrowia, a w konsekwencji może nawet skracać ich życie... Czy decydenci w naszym kraju nie powinni jak najszybciej zająć się rozwiązaniem tego problemu?*

Na decydentach spoczywa ogromna odpowiedzialność za realizację konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Publiczny płatnik ma prawo kreowania zasad, które regulują sprawiedliwe gospodarowanie środkami przeznaczonymi na ochronę zdrowia, w tym na refundację leków. Powinien on jednak tak konstruować zasady refundacji, aby pacjent mógł skorzystać z należnych mu praw, a lekarz mógł realizować swoje obowiązki bez zbędnych trudności. Cele systemowe nie mogą przeważać nad dobrem pacjenta. Zdrowie ludzi jest tak wielką wartością, że wszelkie zmiany w systemie muszą i powinny być wprowadzane ostrożnie, stopniowo i z uwzględnieniem dialogu prowadzonego przez wszystkie zainteresowane strony. Odpowiedzialne wprowadzanie zmian wymaga również przeszkolenia osób, których one dotyczą, oraz uwzględnienia kosztów ponoszonych przez podmioty obciążone nowymi obowiązkami.

*W środowisku lekarzy, w obawie przed bardzo wysokimi karami finansowymi, coraz częściej dyskutuje*

*się o konieczności ograniczenia liczby przyjęć pacjentów po to, by zgodnie z wymogami stawianymi przez NFZ dokładnie sprawdzać prawidłowość wypisywanych recept. W chwili obecnej czas na dokładne sprawdzenie wysokości refundacji oraz wskazań rejestracyjnych przepisywanych leków często przekracza połowę czasu przeznaczanego dla pacjenta. Czy w Pana opinii takie działania z etycznego punktu widzenia mogą być usprawiedliwione?*

Zdaniem lekarzy praktyków, z którymi rozmawiałem taka zmiana nie będzie służyła polepszeniu opieki nad indywidualnym pacjentem, tylko płatnikowi. Pacjenci stracą, bo zamiast trzydziestu osób, lekarz przyjmie dwudziestu chorych, a pozostały czas przeznaczy na skrupulatne sprawdzanie wysokości refundacji wskazań rejestrowych leków. Patrząc globalnie, zastanawiam się jednak, czy nie da się celów systemowych realizować w inny sposób? Czy jeśli obowiązki związane z dokumentacją niosą tak istotne oszczędności, to nie należałoby zaangażować innych osób w realizowanie obowiązków związanych z dokumentacją? Jest wielu absolwentów zdrowia publicznego, którzy przygotowani są do takich zadań. Czy przeznaczenie środków na zatrudnienie osób odpowiedzialnych za prowadzenie dokumentacji, sprawdzanie refundacji leków itp. działań nie rozwiązałoby w dużej mierze tego problemu? Odciążyłoby się w ten sposób lekarzy, zrealizowało obowiązek dokumentacyjny i przy okazji zmniejszyło bezrobocie.

*Dr n. med. Marek DERKACZ  
Specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii,  
dziennikarz czasopism medycznych*

\* \* \*

## **WYSOKOŚĆ KAR UMOWNYCH – RAŻĄCO WYGÓROWANA**

**Komentarz radcy prawnego – mecenas  
Marcina Majdana**

Instytucja kary umownej uregulowana jest w art. 483 oraz art. 484 Kodeksu cywilnego. Funkcją kary umownej jest ułatwienie dochodzenia roszczeń wykonania umowy, lecz przede wszystkim zdyscyplinowanie podmiotu obowiązanego do wykonania zobowiązania. Warto pamiętać, że obowiązek zapłaty kary umownej istnieje również w przypadku, gdy wierzyciel (NFZ) nie poniesie jakiegokolwiek szkody. Wysokość kar umownych przewidzianych we wzorze umowy, tj. w § 9 ust. 1 pkt 1 wprowadzonym na mocy zarządzenia prezesa NFZ z 30.06.2012 r. nr 38/2012/DGL w kwocie 200 zł za nieprawidłowo wystawioną receptę, a także za każdą z nieprawidłowości wskazanych w § 9 ust. 1 pkt 1 lit. a-h wzoru umowy, można ocenić jako rażąco wygórowaną w rozumieniu art. 484 § 2 Kodeksu cywilnego, co w przypadku ewentualnego sporu sądowego jedynie uprawnia, lecz nie ob-

liguje sądu orzekającego w danej sprawie do zmniejszenia jej wysokości. Ewentualna możliwość miarkowania wysokości kary umownej przez sąd nie zmienia faktu, że umowa o takiej treści w sposób nieuzasadniony uprzywilejowuje NFZ kosztem podmiotu podpisującego umowę. Trudno znaleźć racjonalne uzasadnienie dla tak wysokich kar umownych, szczególnie w przypadku drobnych formalnych błędów oraz szerokiego i w zasadzie otwartego katalogu przesłanek, które umożliwią NFZ naliczanie kar umownych, tym bardziej że prawo do leku refundowanego ze środków publicznych przysługuje pacjentowi, a nie lekarzowi. Podstawowy sku-

tek, który wiąże się z podpisaniem umowy o takiej treści z NFZ może budzić ostrożność lekarzy w wystawianiu recept na leki refundowane, co oczywiście wpłynie na zwiększenie oszczędności budżetowych, jednakże kosztem pacjenta.

NFZ, korzystając z pozycji monopolisty, narzuca niekorzystne warunki umów, zaś lekarze w zasadzie nie mają wyjścia i podpisują takie umowy. Część lekarzy w ogóle nie podpisuje umowy i nie podejmuje ryzyka finansowego, gdyż każda formalna omyłka na recepcie może być „karana” po 200 zł.

(przedruk ze „Służby Zdrowia” nr 09-16/13)

## STARSI LEKARZE TEŻ CHORUJĄ

Gdy byliśmy młodzi chorowaliśmy rzadko, lecz gdy się zdarzyło, że zniewoleni niemocą potrzebowaliśmy pomocy lekarskiej, nie mieliśmy kłopotów, bo w naszym szpitalu wszyscy nas znali i my także znaleźliśmy wielu lekarzy, z którymi całe lata pracowaliśmy. Byliśmy - jak się to mówi - załatwieni od ręki.

Nadszedł czas emerytury i wiele w naszym życiu się zmieniło. Jest już inaczej, czasami zupełnie inaczej! Z pójściem po pomoc i radą do lekarza miewamy czasami wielkie trudności i o tym chcę napisać, w nadziei wpłynięcia na poprawę istniejącej sytuacji. Pomijam tu wątki psychologiczne, związane z wiekiem, które zasługują na osobne dokładne omówienie i ograniczą się tylko do chorób i dolegliwości, które są w miarę lat coraz częstsze. Chwila, że potrzebujemy pomocy lekarskiej, nieuchronnie nadchodzi, a już nie zawsze wystarcza *medice cura te ipsum*.

Jeżeli wkrótce po rozstaniu się z pracą zachorujemy i udamy się do naszego szpitala, spotkamy jeszcze z pewnością byłych współpracowników, nieco młodszych kolegów, którzy nie tylko pomogą, ale ułatwią nasze kroki - nawet w dzisiejszych zawiłościach ochrony zdrowia. Gorzej, gdy okres emerytalny wydłużył się na tyle, że wielu naszych kolegów także już nie ma, a do szpitala zdążyło przyjść już całe nowe pokolenie, wielu nowych ludzi, których ani my nie znamy ani oni nas nie znają, nawet z widzenia. Jesteśmy w kłopotie tym większym, że siły są mniejsze, że każde wyjście z domu może być męką, a choroby wymagające lekarza są coraz częstsze. Może też tak być, że nie ma nikogo, kto mógłby nam pomóc.

Gdy jednak zmuszeni koniecznością przekroczymy próg szpitalny, w naszej świadomości pojawia się nagle niepojęte zdziwienie, że będąc w „swoim” szpitalu, mijają nas na korytarzu młode osoby w fartuchach, uśmiechnięte, zapewne lekarze, może studenci, ale nas nie zauważają. Bo nas nie znają nawet z widzenia. Jakże to, przecież pracowałem tu całe życie, a teraz mnie nie znają? Jeszcze nie tak dawno wszyscy spotykani w szpitalu witali nas uśmiechem, jakimś miłym słowem.

Zapewne nie jeden z nas tego doświadcza. Zagubiony starszy człowiek, nieszczęśliwy w swojej chorobie, już nie najlepiej widzący i słyszący, często już samotny, zatrzymuje się przed dyżurką, gdzie widzi grupę młodych kobiet w bieli. Siedzą w fotelikach i rozmawiają. Nie wie czy są pielęgniarkami, bo czepków się teraz nie używa. Stoi bezzadnie, nie wiedząc, co zrobić, po prostu boi się lub krępuje się zapytać, gdzie ma się udać, bo szpital jest po remoncie i wszystko się zmieniło. Pytając patrzy, do kogo i jak ma się zwrócić. Po chwili najbliżej siedząca osoba, nie wstając, nawet nie podnosząc się z krzesła mówi ostro, trafiając w samo skołatanе serce: *A ochraniać na nogi!* W poczuciu jakiegoś przestępstwa, starszy lekarz nie wie, o co chodzi i nogi mu się uginają od tego niespodziewanego słownego ciosu.

Zdezorientowany w kolejce do okienka z napisem *Informacja*, dokąd ktoś serdecznym słowem go skierował. Nie wie czy do właściwego, bo nie jest pewien czy dobrze przeczytał. Arbitralne żądanie dokumentów i pouczenie, że ma być tak, a nie inaczej. Chory czuje się jeszcze gorzej, gdy ze starego zużytego portfela wysypują się na podłogę dokumenty. Pochyla się nie bez trudności, zbiera je i nagle staje się cud, bo ktoś mu pomaga! To starszy kolega, który przypadkowo się pojawił. Wszystko natychmiast łagodzi słowami: *A co ty tu robisz stary?* Kolega, również jest na emeryturze, ale bywa w szpitalu od czasu do czasu. Jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki stosunek personelu zmienia się radykalnie. Natychmiast znajdują się potrzebne informacje.

To był przypadek, szczęśliwy zbieg okoliczności, ale scenka powyższa miała rzeczywiście miejsce i z pewnością nikt nie powie, że wyolbrzymiam i przesadzam. Wielu z nas tego doświadcza. Bolesny dla nas problem podobnego traktowania lekarza na emeryturze i starszych pacjentów jest znany. Trzeba być zdrowym, aby chorować, celnie powiedział ktoś przed laty. To porzekadło jest dziś aktualne, bardziej niż kiedykolwiek. I już nikt nie powie, że zdarza się rzadko. Zawsze powinniśmy od pani w okienku, czy od spotkanego człowieka

w bieli spodziewać się życzliwej pomocy i cierpliwej informacji, po prostu przekazanej po ludzku. To przecież nic nie kosztuje, a jest tak bardzo ważne w zawodzie, który wykonują. Praca w szpitalu czy przychodni, gdzie podmiotem najważniejszym jest chory musi wykluczać powyższe sytuacje.

Muszę przyznać, że zdarzają się już uśmiechnięte osoby, służące natychmiast potrzebnymi informacjami, co od razu wyprowadza chorego z psychicznego dołka. Niestety te piękne sytuacje nie są częste.

Każdy starszy człowiek przekraczający próg szpitala czy przychodni, a nawet urzędu, powinien być traktowany z wyjątkową delikatnością i powiedzmy po prostu - z sercem. To takie proste! Nie trzeba wiele, aby wiedzieć już a priori, bez pytania i bez czekania, że jeżeli przyszedł do szpitala, to potrzebuje pomocy. Jest chory, źle się czuje i jest bezradny w porównaniu z pokoleniem swoich dzieci czy wnuków, które w nawale codziennych obowiązków, nie znajdują czasu na zaopiekowaniem się swoim rodzicem. A rodzice, czy dziadkowie bywają onieśmieni, delikatni i w cichości znoszą swoje cierpienie, nie chcąc najbliższych obarczać własnymi kłopotami, mimo, że mieszkają nieraz pod tym samym dachem. Nie zapominajmy o tym. Wszyscy będziemy starsi, możemy być osamotnieni i bezradni w swojej wielkiej potrzebie.

Jak to jest możliwe, że tych najprostszych podstaw współzycia, nie stosuje się w praktyce? Skąd ta agresja, surowy wyraz twarzy, zamiast uśmiechu i pomocy. Myślę, że programy nauczania w naszym kraju nie obejmują w wystarczający sposób tych bardzo ważnych form zachowania się wobec bliźniego. Lecz jeżeli nie uczono tego w szkołach i podczas studiów powinni tego uczyć zwierzchnicy, ordynatorzy, starsi koledzy, czy promotorzy, pamiętając, że przykład idzie z góry i że podległy personel bezwiednie nas naśladuje, utrwalając dobre i złe nawyki. Możemy być pewni, że wkrótce tacy sami będą ci, którzy z nami pracują. I będą się tak samo zachowywać wobec chorych. Tak, jak małe dziecko naśladuje rodziców jeszcze w okresie prelingwalnym, tak podległy nam personel adaptuje nasz sposób bycia, uważając go prawdopodobnie za właściwy. Sami, więc pracujemy na to, co nas może spotkać w przyszłości, gdy będziemy już na emeryturze i gdy zachorujemy.

Jeżeli my, młodzi jesteśmy obdarzeni przez naturę wrodzonym chłodem, bywamy zdawkowi, bez cienia empatii, nie okazujemy zrozumienia potrzebującemu, nie powinniśmy byli wybrać studiów lekarskich. Czy będąc już na emeryturze i stojąc w kolejce do przysłowiowego okienka pomyśleliśmy, jak wypełniliśmy wychowawczą rolę zwierzchnika?

Jan PIETRUSKI

(przedruk z biuletynu OIL w Białymstoku nr 1/13)

## GMO TO NIE FRANKENSTEIN

„Panaceum” rozmawia z dr n. biol. Piotrem SZYMCZYKIEM, p.o. kierownika Zakładu Biotechnologii Farmaceutycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

– *Panie Doktorze, w ostatnich miesiącach jednym z głównych tematów, którymi zajmowały się media, była ustawa dopuszczająca w Polsce rejestrację i obrót nasionami roślin zmodyfikowanych genetycznie. Wprowadzenie jej wzbudziło sprzeciw dużej części społeczeństwa.*

– Niepokoje dotyczące wprowadzenia wspomnianej ustawy wynikają głównie z braku szerszej, merytorycznej dyskusji na temat organizmów genetycznie modyfikowanych (GMO), podobnie jak to się dzieje zresztą w wielu innych podstawowych kwestiach z tym związanych, a dotyczących np. nadchodzącej „bomby demograficznej” czy braku reform strukturalnych gospodarki. Zamiast tego, koncentrujemy się na rozwiązywaniu problemów mniej ważnych, z oczywistych dla polityków powodów. Do tego informacje o GMO opierają się na opiniach ludzi znanych z mediów, a nie posiadających elementarnej wiedzy w tym zakresie, jak np. Dody czy też Księża Walii – Karola, producenta żywności ekologicznej, dla której rośliny modyfikowane genetycznie

mogłyby być swojego rodzaju konkurencją. Kolejną kwestią jest spojrzenie na to zagadnienie z perspektywy Europy czy USA, a tu brak jest zauważalnych problemów z dostępem do żywności. Jednak w krajach, gdzie występuje problem głodu lub niedożywienia jakościowego (Azja, Afryka), decyzje społeczeństw i polityków wyglądają zupełnie inaczej niż u nas.

– *Czy zatem hodowla roślin modyfikowanych genetycznie nie niesie za sobą żadnego niebezpieczeństwa?*

– Ryzyko istnieje, jednak korzyści takie, jak możliwość wyżywienia większej liczby ludzi poprzez np. uprawy w terenach zasolonych, nadmiernie suchych, silnie narażonych na patogeny (grzyby, owady), znacznie przeważają nad zagrożeniami. Zresztą poziom i skala tych zagrożeń dla środowiska jest niewielka, na co wskazują wyniki tysięcy badań prowadzonych w tym zakresie. Należy mieć też na uwadze, że procesy modyfikacji genetycznej zachodzą samoistnie we wszystkich żywych organizmach. Dotyczy to spontanicznych



mutacji, rekombinacji materiału genetycznego podczas dojrzewania gamet czy ich losowego łączenia się. Takie ewolucyjne zmiany zachodzą w przyrodzie, ale bardzo powoli. My możemy te procesy ukierunkować i przyspieszyć.

– *Samo stwierdzenie: „przyspieszenie ewolucji” – budzi już grozę...*

– Metody, takie jak ukierunkowana ewolucja czy też badanie zależności między strukturą i funkcją enzymów za pomocą odpowiednich modeli białek, tworzonych również metodami bioinformatycznymi (in silico), są od lat standardem w pracach badawczych. Z powodów zrozumiałych, wyłączamy z tego typu działań człowieka, jednak np. bardzo wiele enzymów stosowanych do biosyntezy antybiotyków, środków piorących, aminokwasów czy innych związków chemicznych zostało „ulepszonych” za pomocą właśnie takich metod. W zasadzie wszyscy z tych osiągnięć korzystamy, na ogół o tym nie wiedząc.

– *Wspomniał Pan o antybiotykach, pomówmy zatem, w jaki sposób modyfikacja genetyczna jest wykorzystywana w celach leczniczych, który to temat jest Panu szczególnie bliski?*

– Dzięki niej możemy produkować różne substancje lecznicze taniej i szybciej. Produkujemy w ten sposób np. antybiotyki, enzymy przemysłowe, aminokwasy, witaminy, białka rekombinowane – w tym hormony, takie jak insulinę, hormon wzrostu czy erytropoetynę, czynniki krzepnięcia krwi, cytokiny, interferony, czy przeciwciała monoklonalne. Często bowiem ich synteza metodami chemicznymi lub otrzymywanie na drodze ekstrakcji ze źródeł naturalnych jest nieopłacalne lub niemożliwe. Od lat trzydziestych XX w. insulinę izolowano z trzustek wołowych czy wieprzowych, ale była to metoda nieekonomiczna, a sam produkt był zanieczyszczony i różnił się budową od insuliny ludzkiej, co powodowało reakcje uczuleniowe. Sama ilość produktu była ponadto zależna od podaży trzustek, dokładniej wielkości uboju zwierząt, który z kolei był pochodną popytu na mięso. Od połowy lat siedemdziesiątych XX w. produkowana jest ludzka insulina rekombinowana w *E. coli* lub *S. cerevisiae*, która jest wolna od powyższych ograniczeń. Ponieważ jest to proces przemysłowy i kontrolowany, insulina rekombinowana jest wytwarzana w ilościach rzędu kilku ton rocznie, co umożliwia leczenie setek milionów pacjentów w skali globalnej. Analogiczna metoda postępowania dotyczy innych produktów leczniczych, np. antybiotyków czy cytokin.

– *A zatem antybiotyki też są produktem organizmów GMO?*

– Tak, w organizmach grzybów, produkujących antybiotyki, zmodyfikowane są złożone szlaki biosyntezy wytwarzające te związki oraz szlaki doprowadzające substraty do ich biosyntezy. Modyfikacja polega na zwiększonej ekspresji wybranych enzymów lub wprowadzeniu mutantów enzymów o poprawionych parametrach kinetycznych reakcji. Antybiotyki nie są jednak jednolitą substancją pod względem budowy chemicznej, o cechach wspólnych można tu mówić w stosunku do pewnych ich klas, jak np. betalaktamy, makrolidy, glikopeptydy, tetracykliny czy aminoglikozydy. Trudno o większe uogólnienia wobec tak szerokiej grupy związków, jednak na pewno są to cząsteczki mniejsze od większości białek rekombinowanych.

– *Wiadomo, że technika GMO wykorzystywana jest też do produkcji leków przeciwnowotworowych.*

– Tak, działanie przeciwnowotworowe, głównie wobec nowotworów takich, jak mięsaki wykazuje czynnik nekrozy nowotworów. Podobnie działają rekombinowane przeciwciała monoklonalne, blokujące specyficzne receptory na powierzchni komórek nowotworowych. Dodatkowo działanie przeciwnowotworowe tych związków można zwielokrotnić, łącząc przeciwciała monoklonalne z izotopami promieniotwórczymi lub toksynami, które doprowadzone zostają do komórek nowotworowych. W sposób pośredni, za pomocą preparatów rekombinowanego interferonu gamma czy IL-2 można indukować powstawanie komórek NK z limfocytów T, czy pobudzać proces aktywacji makrofagów, co prowadzi do nasilenia reakcji immunologicznej przeciw komórkom nowotworowym. Leki mogą być podawane samodzielnie, w postaci konjugatu IL-2 z toksyną błoniczą lub w postaci immunoterapii adoptywnej, tj. inkubacji limfocytów T pacjenta z IL-2 poza ustrojem.

– *W leczeniu nowotworów stosuje się też tzw. terapię genową, która jest bardzo bezpośrednią ingerencją w genom osoby leczonej.*

– Na pewno tego rodzaju ingerencja może powodować działania niepożądane, np. w postaci wtórnych zmian nowotworowych. Pomimo to jest ona cennym uzupełnieniem terapii tradycyjnej w sytuacji, kiedy ta ostatnia nie daje efektów leczniczych. Agencje regulacyjne niektórych krajów, jak np. Chin, podjęły decyzję o wprowadzeniu do obrotu preparatów, zawierający gen p53 o aktywności supresora nowotworzenia, czy powodujący uszkodzenia wyłącznie komórek nowotworowych ze zmutowaną, nieaktywną postacią genu p53, stosowane m.in. do leczenia nowotworów głowy i szyi. W trakcie trzeciej fazy badań klinicznych znajduje się preparat do leczenia nowotworów mózgu (glejaki).

– *Jakie jeszcze schorzenia leczy się wykorzystując produkty metabolizmu GMO?*

– Dobrym przykładem mogą być enzymy terapeutyczne, jak np. preparaty rekombinowanej deoksyrybonukleazy (w skrócie DNazy), stosowane do upłynniania gęstej wydzieliny w oskrzelach osób z mukowiscydozą, czy glukocerebrozydaza stosowana w leczeniu choroby Gauchera, bądź preparaty enzymów trombolitycznych, stosowane w leczeniu zmian zakrzepowo-zatorowych. Organizmy GMO wykorzystywane są też przy standardowej produkcji określonych antygenów patogennych mikroorganizmów, w postaci odpowiednich białek rekombinowanych, używanych następnie do produkcji szczepionek przeciwko np. wirusowi WZW typu B, chorobie z Lyme czy cholerze.

– *Czy to nie jest jednak trochę przerażające, że możemy podać wytworzoną laboratoryjnie substancję i ona potrafi modyfikować substancje w organizmie ludzkim?*

– W zasadzie w ten sposób działają wszystkie leki. Ta sytuacja, przyznaję, może niepokoić, szczególnie w przypadku terapii genowej, jednak odpowiednie preparaty są stosowane w ściśle określonych wskazaniach, przy pełnej świadomości i akceptacji możliwych działań niepożądanych. Wspomniana wyżej DNaza rekombinowana nie jest przecież jakimś Frankensteinem, stworzonym ze zlepków DNA, jest enzymem występującym naturalnie w płynach ustrojowych człowieka. Istnieje tylko kwestia podania zwiększonej jego dawki do określonego miejsca w organizmie pacjenta z mukowiscydozą. Pozostałe wymienione enzymy, jak np. glukocerebrozydaza, też występują naturalnie u człowieka zdrowego, wymagają natomiast uzupełnienia u osób chorych, gdzie występują w nieaktywnych formach zmutowanych.

– *Organizmy modyfikowane genetycznie są zatem powszechnie wykorzystywane i to od dziesiątków lat?*

– Tak jest w istocie. Z tym, że organizmy wykorzystywane do wytwarzania substancji leczniczych są hodowane najczęściej w układach zamkniętych typu bioreaktorów w ściśle kontrolowanych procesach. Z kolei rośliny GMO są uprawiane w otwartym środowisku naturalnym – stąd ryzyko transmisji genów. Stanowią też bezpośrednie źródło żywności, co rodzi pytania o ewentualną szkodliwość dla zdrowia produktów pochodzą-

cych z tych roślin. Jednak wskutek wymagań rejestracyjnych organizmów GMO, ryzyko tego typu działań szkodliwych jest niewielkie. Natomiast potencjalne korzyści są znaczące, chociażby w aspekcie żywieniowym, kiedy naturalne warunki uprawy są niesprzyjające (suchość, zasolenie gleby).

– *Czy może Pan podać jakiś konkretny przykład obrazujący wysokie wymagania rejestracyjne dotyczące roślin GMO?*

– Dobrym przykładem skali wymagań rejestracyjnych do modyfikowanych genetycznie roślin jest przypadek jednej z form ryżu, zwanego „Golden rice”, z uwagi na żółte zabarwienie ziaren. To zabarwienie jest efektem uzupełnienia około 5–6 tysięcy genów, jakie posiada ryż, o dwa wybrane geny z innej rośliny – narcyza, co spowodowało, że część jadalna ziarna ryżu, tzw. endosperm zaczął wytwarzać beta-karoteny. Dokumentacja rejestracyjna tej genetycznie zmodyfikowanej rośliny jest bardzo obszerna. Proces rejestracji oraz gromadzenia wyników odpowiednich badań trwa już od ponad dziesięciu lat i prawdopodobnie zakończy się dopiero w bieżącym roku. Jednak ocenia się, że po jego wprowadzeniu do użytkowania tylko w Indiach śmiertelność z powodu schorzeń wywołanych niedoborem witaminy A, głównie wśród kobiet i dzieci, zmniejszy się o około 40 tys. osób rocznie.

– *Czy naprawdę jednak modyfikacja genetyczna roślin wystarczy, by zmniejszyć umieralność ludzi z głodu?*

– To oczywiście nie jest takie proste, w grę bowiem wchodzi jeszcze cały zestaw kwestii natury politycznej i gospodarczej. Przykładem może być decyzja o tym, aby nadmiar żywności zawierający skrobię przetwarzać na etanol w celu uzupełnienia istniejących paliw, zmniejszenia ich zużycia i stabilizacji cen źródeł energii. Wskutek wzrostu popytu, ceny tej żywności wzrosły, natomiast na cenę ropy naftowej, która jest regulowana głównie przez transakcje spekulacyjne wielkich funduszy inwestycyjnych, takie działania nie mają wpływu. Wierzę jednak, że wykorzystanie roślin GMO może pomóc w częściowym rozwiązaniu kwestii głodu na świecie.

– *Dziękuję za interesującą rozmowę.*

*Rozmawiała Patrycja PROC*

*(przedruk z „Panaceum” 3/13)*



### GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO NOWE TRENDY

Zapraszamy na tegoroczną, czwartą edycję konferencji Ginekologia i położnictwo – nowe trendy. Konferencja tradycyjnie odbędzie się w Poznaniu, w jednym z najpiękniejszych miesięcy w roku – czerwcu. Zapewniamy, że jak zwykle w programie nie zabraknie ringów merytorycznych, w których spierają się najwybitniejsi eksperci. Uczestnicy z ubiegłych lat wiedzą, że są one zawsze impulsem do żywej, merytorycznej dyskusji oraz okazją do wymiany doświadczeń i poglądów. **Uczestnicy kongresu otrzymują punkty edukacyjne.**

**Termin:** 7–8 czerwca 2013 r.

**Miejsce:** IBB Andersia Hotel, Plac Władysława Andersa 3, Poznań.

**Kierownik Naukowy:** prof. dr hab. Maciej Wilczak.

**Organizatorzy:** Katedra i Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz wydawnictwo *Termedia*.

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

\* \* \*



### I Ogólnopolski Kongres Starzenia się

Serdecznie zapraszamy do Sopotu na I Ogólnopolski Kongres Starzenia się. W ramach Kongresu pragniemy zaproponować Państwu spotkanie z ekspertami z wielu dziedzin, doświadczonych w rozwiązywaniu problemów najstarszych pacjentów. Jesteśmy przekonani, że prezentowane wykłady i dyskusje przyczynią się do zwiększenia naszej wrażliwości na problemy starszych pacjentów. **Uczestnicy Kongresu otrzymają punkty edukacyjne.**

**Termin:** 14–15 czerwca 2013 r.

**Miejsce:** Sheraton Sopot Hotel, ul. Powstańców Warszawy 10, 81-718 Sopot.

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Tomasz Grodzicki.

**Patronat Honorowy:** Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz.

**Organizatorzy:** Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Kliniki Chorób Wewnętrznych i wydawnictwo *Termedia*.

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

\* \* \*

### Kontrowersje w pulmonologii

Serdecznie zapraszamy na konferencję Kontrowersje w pulmonologii do Katowic. W programie m.in.: Problemy diagnostyczne POChP. Wcześniej rozpoznać to wcześniej leczyć; Nowe metody leczenia trudnej astmy niedostatecznie kontrolowanej; Inne propozycje antybiotykoterapii zapalenia dolnych dróg oddechowych; Czy astma i POChP to odmienne choroby wieku podeszłego? Kontekst terapeutyczny; Udział drob-

nych dróg oddechowych w reakcji na wziewne leki w astmie i POChP; Diagnostyka limfadenopatii śródpiersia. Jaką metodą?; Nieodwracalność obturacji w kontekście definicji POChP; Postępowanie diagnostyczne wobec chorego z obwodowym guzkiem płuca; Elementy diagnostyki śródmiąższowych chorób płuc, które decydują o podjęciu ich leczenia; Leczenie zatorowości płucnej w kontekście nowych wytycznych i nowych możliwości; Przewlekła nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w całkowitej niewydolności oddychania. **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

**Termin:** 14–15 czerwca 2013 r.

**Miejsce konferencji:** Katowice.

**Kierownik naukowy:** prof. dr hab. Władysław Pierzchała.

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

\* \* \*

**Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu** zatrudni lekarza internistę. Kontakt: tel. 77/54-14-243, e-mail: [k.heffner@wszn.opole.pl](mailto:k.heffner@wszn.opole.pl)

\* \* \*

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

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

\* \* \*

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

\* \* \*

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** zatrudni lekarzy Systemu Ratownictwa Medycznego do pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz lekarzy internistów. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Oferty należy składać na adres: SP ZOZ Kędzierzyn-Koźle, ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle. Dodatkowe informacje pod nr telefonu: 77/40-62-555.

\* \* \*

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku** zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii dziecięcej. Informacje tel. 598-460-624, e-mail: [kadry@szpital.slupsk.pl](mailto:kadry@szpital.slupsk.pl)

\* \* \*

**Ośrodek Medyczny „SAMARYTANIN” w Opolu przy ul. Pużaka 11** zatrudni lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie: onkologii, chirurgii, radiologii, anestezjologii. Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny (77) 400-38-12, kom. 600-495-846, e-mail: [praca@samarytanin.opole.pl](mailto:praca@samarytanin.opole.pl), [www.samarytanin.opole.pl](http://www.samarytanin.opole.pl)

\* \* \*

**Udostępnię lokal (po gabinecie dentystycznym), pow. 36 m<sup>2</sup>, parter, przy przystanku komunikacji miejskiej w Kędzierzynie, na działalność medyczną lub inną gospodarczą.** Tel. kontaktowy 77/482-52-35; 692-729-924.

\* \* \*

**Zatrudnię lekarza do WOZ 2–3 x w tygodniu w okolicy Głogówka,** tel. 606-125-271.



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

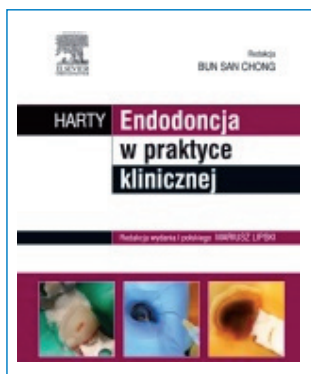
\* \* \*



**Opatrunki i techniki unieruchamiające w ortopedii.** Seria **Mobile Medicine**, S.R. Thompson, D.A. Zlotolow; wyd. I polskie, red. T. Gaździk; ISBN: 978-83-7609-802-9, format: 100x187, opr. broszurowa, 250 stron, cena: 75.65 zł (178 ELS pkt)

W publikacji m.in.: • istotne i zwięzłe informacje dotyczące technik • zaopatrywania urazów układu mięśniowo-szkieletowego • zakładania szyn unieruchamiających i sposobów repozycji • sposoby wykonywania znieczulenia miejscowego • opisy najczęstszych powikłań, jakie mogą pojawić się po założeniu unieruchomienia ponad 500 szczegółowych ilustracji

\* \* \*



**HARTY Endodoncja w praktyce klinicznej;** wyd. I polskie, red. M. Lipski; ISBN: 978-83-7609-739-8, format: 210x295, opr. broszurowa, 260 stron, cena: 126.65 zł (298 ELS pkt)

Nowoczesny podręcznik obejmujący najistotniejsze aspekty z zakre-

su endodoncji. Publikacja skierowana jest przede wszystkim do studentów stomatologii, może być również cennym źródłem informacji dla lekarzy stomatologów pragnących uaktualnić swoją wiedzę.

Całość zagadnień ujęto w 15 głównych rozdziałach dostarczających praktycznych wskazówek dotyczących leczenia endodontycznego wraz z bogatym materiałem ilustracyjnym.

W książce przedstawione zostały treści dotyczące m.in. prawidłowych struktur, diagnostyki, narzędzi i materiałów endodontycznych, opracowywania i wypełniania kanałów, a także chirurgii i obudowy zębów po leczeniu endodontycznym.

\* \* \*



**Trójpłaszczyznowa manualna terapia wad stóp u dzieci.** B. Zukunft-Huber; wyd. I polskie, red. E. Saulicz; ISBN: 978-83-7609-810-4, format: 170x240, opr. broszurowa, 275 stron, cena: 101.15 zł (238 ELS pkt)

Czytelnik zainteresowany problematyką wad stóp u noworodków, niemowląt i dzieci znajdzie w niej wszystkie niezbędne informacje na temat anatomii, rozwoju fizjologicznego stóp, czynników zaburzających ten rozwój oraz klinicznych objawów poszczególnych rodzajów wad. Szczegółowo opisane zostały sposoby badania pozwalające uchwycić wszelkie anomalie w rozwoju czynnościowym nie tylko samych stóp, ale i całych kończyn dolnych. Z detalami przedstawiono poszczególne czynności towarzyszące stosowaniu konkretnych chwytów terapeutycznych.

Dużym ułatwieniem, zwłaszcza dla początkujących terapeutów oraz rodziców, jest szczegółowa sekwencja chwytów stosowanych w korekcji poszczególnych rodzajów wad stóp oraz

wadliwego osiowego ustawienia kończyn dolnych. Książka jest adresowana przede wszystkim do osób zawodowo zajmujących się problematyką wad kończyn dolnych. Powinna zainteresować również tych wszystkich, którzy w swojej pracy z małymi dziećmi stosują neurorozwojowe koncepcje usprawniania. Skierowana jest zatem przede wszystkim do fizjoterapeutów oraz lekarzy ortopedów dziecięcych, pediatrów i rehabilitantów. Dla rodziców dzieci z wadami kończyn dolnych powinna być cennym przewodnikiem pomocnym w codziennej rehabilitacji i pielęgnacji swoich pociech

\* \* \*



**WHIPLASH Metoda badania i terapii ukierunkowana na pacjenta,** M.E. Gatterman; wyd. I polskie, red. E. Saulicz; ISBN: 978-83-7609-814-2, format: 160x238, opr. twarda, 259 stron, cena: 126.65 zł (298 ELS pkt)

Nowatorska publikacja, dzięki której leczenie pacjentów z objawami powstałymi na skutek urazu odgięciowego kręgosłupa szyjnego stanie się skuteczniejsze!

„Książka niniejsza stanowi najbardziej aktualne kompendium wiedzy dotyczące mechanizmu urazu odgięciowego kręgosłupa, jego następstw, sposobów badania i terapii. Skierowana jest głównie do lekarzy specjalistów ortopedii, neurologii i rehabilitacji oraz fizjoterapeutów. Stanowić może również cenne źródło wiedzy dla terapeutów manualnych. Walorem książki jest jej pogłębiony charakter, a szczegółowy opis anatomii funkcjonalnej kręgosłupa szyjnego oraz sposobów jego badania sprawiają, że warto ją polecić jako literaturę uzupełniającą dla studentów kierunków lekarskiego oraz fizjoterapii. W opracowaniu tym odpowiedź na wiele nurtujących pytań i wątpliwości związanych ze swoimi

dolegliwościami znajdą też pacjenci po przebytych urazach odgięciowym kręgosłupa szyjnego”.

Z przedmowy do wydania polskiego prof. nadzw. dr hab. Edward Saulicz

W publikacji m.in.: • rodzaje urazów odgięciowych kręgosłupa szyjnego wraz z charakterystycznymi dla nich objawami podmiotowymi i przedmiotowymi, • metody badania, • aktualne standardy obowiązujące w leczeniu zarówno uszkodzeń pourazowych, jak i ich powikłań.

\* \* \*



**Materiały stomatologiczne**

J.M. Powers, J.C. Wataha; wyd. I polskie, red. U. Kaczmarek; ISBN: 978-83-7609-826-5, format: 210x299, opr. broszurowa, 235 stron, cena: 79.89 zł (188 ELS pkt)

Podręcznik *Materiały stomatologiczne* przedstawia aktualną wiedzę na temat klinicznych i laboratoryjnych materiałów dentystycznych stosowanych we wszystkich obszarach leczenia dentystycznego. Na początku w książce pokazano, w jaki sposób są używane materiały dentystyczne do zapobiegania schorzeniom lub leczenia chorób i urazów, a następnie omówiono ważne właściwości materiałów, uwzględniając wszystkie materiały zapobiegawcze i materiały do bezpośrodkowego leczenia od twórczego stosowane we współczesnej praktyce dentystycznej. Ostatnie rozdziały koncentrują się na materiałach służących do wykonywania metodą pośrednią uzupełnień dentystycznych, których znaczenie jest kluczowe w przywracaniu prawidłowego stanu jamy ustnej; informacje te są istotne dla personelu dentystycznego również z uwagi na potrzebę dokładnego i precyzyjnego komunikowania się z pacjentem oraz technikami.

# MISTRZOSTWA LEKARZY

**08**  
czerwca  
2013

## SPONSORZY I FUNDATORZY NAGRÓD

Naczelna Izba Lekarska,  
Śląska Izba Lekarska,  
Stary Hangar, KARAKAL, Coca-Cola

## PATRONAT MEDIALNY

Gazeta Lekarska,  
[www.esquash.pl](http://www.esquash.pl),  
[www.nasquasha.pl](http://www.nasquasha.pl),  
ProMedico,  
Dzisiaj w Gliwicach

[www.staryhangar.pl](http://www.staryhangar.pl)



**Stary Hangar**  
Fitness & Wellness Club  
Gliwice, ul. Toruńska 1,  
tel. 32/ 232 21 37

*Coca-Cola*

**POWERADE**  
NIE TYLKO ODPORNOŚĆ, YET ENERGY

**KARAKAL**

**Dzisiaj**  
w Gliwicach.pl