



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Listopad 2022

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 311

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



zdj. Jerzy Lach



# WEŁNIANA CZAPKA

## O Henryku Rachwalskim

Kiedy przypominam sobie tamte dni, wyglądają aż nieprawdopodobnie. Nawet nienaturalnie. Ale wtedy wydawało się, że nic ich nie zmieni. Ze wystarczy przejść przez most, minąć hotel, zostawić po lewej katedrę, skręcić w prawo, przyspieszyć kroku, podbiec. I zatrzymać się dopiero w galerii. Pozdrowić właścicielkę, zamienić z nią kilka słów i zniknąć na zaplecze. W pokoju za żelazną bramą, po trzech stopniach w dół, gdzie wisiały obrazy Henryka Rachfalskiego. Ogromne płótna z cyklu „Dom starców”.

...

Prawie nikt tam wtedy nie zaglądał. Pewnie dlatego, że do izby prowadził korytarz wąski jak północ i tak samo ciemny. Do tego lizaje zżerały mury i oblażył z nich tynk, pokazując gołe cegły. Pokryte kroplami potu. Pokój też był chłodny, chyba od kamiennej podłogi i małego okna, przez które zaglądały koty. Pomiaukiwały, mruczały, próbowały wślizgnąć się przez kraty, jednak zardzewiałe druty stawiały opór. Może broniły dostępu do sztuki?

Na środku stała ława zbita z kilku desek. Takich zwykajnych, nieheblowanych, toteż drzazgi wbijały się czasem w uda. I kaleczyły dłonie. Ale to nie przeszkadzało, wystarczyło przecież być w królestwie stamtąd. Z drugiego brzegu,



H. Rachwalski „Podróżni” fragment, 1971



gdzie mieszkają starzy ludzie. Ktoś poza-  
mykał ich w separatkach, przykuł do łó-  
żek. Założył kaftany, ale na lewą stronę.  
Związał zbyt długie rękawy. A oni noszą  
wełniane skarpety i takie czapki, niezależnie od pory roku.

Artysta stał się świadkiem ich życia. Ale nie jak voyeur - pod-  
glądacz, intruz. Tylko jakby należał do ich świata. Jakby wynaj-  
mował prycę w pierwszej sali od kuchni, z tym starym dzia-  
dem, który robi trumny. Codziennie jedną, chyba dla zabawy.  
Na obrazie przywiązał skrzynię do pleców i ciągnie ją w stro-  
nę tła. Albo drugiej przestrzeni. Jest taki niezdar, krzywi się,  
zagryza wargi i patrzy na przestrzał pustymi oczami.

A kobiety plotkują, pochyliły się, stłoczyły. Przypomina-  
ją wielkie gliniane garnki wyrobione niewprawną ręką. Już  
dawno zgubiły formę i gładkość. Teraz zbiły się w ciasny krąg,  
granat do granatu, bury do szarego, a siwe włosy zlewają się  
z korpusami - też siwymi, bo to kolor jesieni. Nogi mają kło-  
cowate, podobne do pni w lesie bukowym. I tymi walcami wy-  
stukują rytm. Stuk-stuk, stuk-stuk - przemijają kolejne dni.

Na innym obrazie mężczyzna opada na fotel. Jest bardzo  
zmęczony. Tyle lat upłynęło, odkąd August Rodin uwiecznił  
go w „Myślicielu”. Postarzał się, zramolał, ogłuchł. Tylko syl-  
wetka, choć zgarbiona i niekształtna, przypomina, że kiedyś  
był młody. Tę młodość powtarzają też kolory. Mocne czer-  
wienie, lazury, błękity. Ulubiona paleta artysty, który nie bał  
się barw podstawowych. I łączył postacie miękkimi liniami.

Linearyzm i płaskość są głównymi cechami malarstwa  
średniowiecznego - przypominał Zbigniew Herbert. Wzo-  
rem średniowiecznych mistrzów, Rachfalski nie budował  
obrazów w głąb. Prawie zrezygnował z perspektywy, sku-  
pił całą uwagę na bohaterach pierwszego planu.

...

Przeor zakonu kartuzów namyślał się piętnaście lat. Wresz-  
cie się zgodził na filmowy dokument o życiu konwentu. Posta-  
wił wszakże warunek: Peter Groening miał zamieszkać z mni-  
chami i przestrzegać reguł zgromadzenia. Tak też się stało.  
Reżyser wstawał o świcie, modlił się, pościł, milczał. Ubra-  
ny w habit przemierzał korytarze, czytał inkunabuły, medy-  
tował. Nawet śpiewał pieśni religijne, i to po łacinie. Pewnie  
dlatego „Wielka cisza” jest taka prawdziwa. Bo zapomniano  
o przybytku, stał się jednym z nich, braci zakonnych.

Rachfalski też wrósł w tamto miejsce. Przestano go za-  
uważać, stąd jego portrety nie kłamią. Nikt tam nie udaje,  
nie stroi min. Starość ubiera się zwyczajnie, w potargany  
zyciorys, niepewność. Czasem pożegnalny gest.

...

Pewnego dnia przyszedłem do galerii później niż zwykle.  
Pozdrowiłam właścicielkę, zamieniłam z nią kilka słów  
i ruszyłam na zaplecze. Ale pokój był pusty. Tylko na pod-  
łodze leżała wełniana czapka. Może należała do tragarza,  
który przyszedł po obrazach? A może zgubił ją któryś z pen-  
sjonariuszy „Domu starców”?

Agnieszka KANIA

*Tekst pochodzi z tomiku „Zapatrzenia” 2011*



Szanowni Państwo!

Bieżący numer naszego Biuletynu muszę zacząć od gorących przeprosin. Kieruję je do wszystkich naszych Czytelników, a zwłaszcza do Pani Prezes.

Otóż w ostatnim numerze Biuletynu, wskutek koszmarnego mojego przeoczenia zniknął tekst napisany przez dr Jolantę Smerkowską-Morkzycką kierowanych do was wszystkich, a zamiast niego powtórzone zostało moje słowo wstępne. Nie potrafię tego błędu nijak uzasadnić, nawet podpieranie się „pomrocnością jasną” nie tłumaczy tej pomyłki. Pozostają mi tylko przeprosiny. Wybaczenie proszę!

Mając na uwadze powyższy błąd i próbując go w jakiś sposób naprawić w „Szpalcie Prezesa” zamieszczam dwa teksty – ten październikowy i obecny. Ponieważ nie-

dawno zostałem „zbesztany” przez jednego z Kolegów za zbyt ponure informacje pozwalam sobie na przerwanie tej passy i zamieszczam optymistyczny materiał o uroczystym spotkaniu naszych najstarszych Koleżanek i Kolegów (wraz ze zdjęciami – część z nich zapewne pamiętacie z poprzedniego numeru) wraz z podziękowaniami dla wieloletniego Przewodniczącego Komisji Senioralnej P. dr med. Tadeusza CHOWAŃCA.

Bieżący numer naszego wypełniony jest ponadto materiałami dotyczącymi bieżących zdarzeń w ochronie zdrowia i ilustrujących ciągłą dyskusję, jaka toczy się w naszym środowisku i na łamach mediów, a związanych z aktualnymi decyzjami resortu zdrowia i wynikającymi z tego efektami. Że nie są one zbyt pocieszające – chyba już wszyscy się przyzwyczailiśmy!

Pozdrawiam wszystkich

Jerzy B. LACH

## SZPALTA PREZESA



Koleżanki! Koledzy!

Główny sezon urlopowy za nami (choć jak wiemy, niektórzy preferują inne miesiące na urlopy) i czas myśleć o czekających nas zadaniach, w tym naszych samorządowych. Cieszę się, że mamy już przewodniczących wszystkich działających w Izbie komisji problemowych. Niektóre już bardzo aktywnie działają, inne dopiero „rozwijają skrzydła”.

Letnie miesiące nie były jednakże spokojne, przez cały czas, tak jak na całym świecie, towarzyszy nam „covidowy” problem. Co dziwniejsze, my i inni pracownicy medyczni widzimy tę przyspieszoną falę Pandemiczną, a słabo widzi to Ministerstwo Zdrowia. Nie przywrócono masowego bezpłatnego testowania, nie ma dodatków „covidowych”, choć coraz więcej chorych na COVID-19 trafia do szpitali. Dobrze, że pojawiła się w ostatniej chwili (od 17 sierpnia) możliwość otrzymania drugiej dawki przypominającej dla medyków.

Do tego doszły problemy z wdrażaniem podwyżek dla personelu medycznego. Największe problemy będą dotyczyły szpitali powiatowych, którym trudniej będzie zbilansować koszty utrzymania, pieniędzy może nie wystarczyć, a dodatkowe środki (miały być zrekompenso-

wane w wycenie świadczeń, a na to się nie zanoszą) nie pokryją kwestii inflacji, kosztów energii elektrycznej, gazu itp. Ten problem zresztą dotyczy nie tylko szpitali czy innych podmiotów medycznych. To dotknie nas wszystkich w mniejszym czy większym stopniu, także i naszej Izby. Mam nadzieję, że nie zagrozi to wstrzymaniem realizacji ustawowych zadań, ale może być różnie...

Na koniec chciałabym wspomnieć o działaniach Naczelnej Izby Lekarskiej, która już w lipcu zapowiedziała pracę nad założeniami swojego projektu ustawy dotyczącej no-fault (ma to być projekt obywatelski), nie zgadzając się z obecnym systemem. 3 sierpnia br. odbyła się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej konferencja „Ratowanie życia to nie przestępstwo” z udziałem grona ekspertów. Idea systemu no-fault oparta jest na trzech filarach: natychmiastowej kompensacji za zdarzenie niepożądane dla pacjenta, rejestrze zdarzeń niepożądanych i na zniesieniu odpowiedzialności karnej lekarza z wyjątkiem sytuacji, gdy doszło do błędu w sztuce medycznej i rażącego niedbalstwa. Działają w interesie nas wszystkich więc, jeśli się nadarzy jakakolwiek okazja, czy to w rozmowach prywatnych czy służbowych powinniśmy wspierać te działania.

Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA

Koleżanki! Koledzy!

Zbliża się koniec roku, a dla naszej Izby jest to bardzo trudny okres w historii opolskiej samorządności. Rosnąca inflacja, a co za tym idzie, permanentnie wzrastające z miesiąca na miesiąc koszty utrzymania działal-

ności Izby (zwłaszcza prądu i gazu) - w tym ustawowej (coraz więcej lekarzy i lekarzy dentystów znajduje się w trudnej sytuacji materialnej, która powoduje, że stoją przed dylematem: leki czy opłata za energię, itp.) spowodowały, że już od lata toczą się na wszystkich szcze-





blach Samorządu rozmowy na temat wysokości składki członkowskiej.

Wiem, że rozmowy o pieniądzach są trudne, ale nad-szedł czas, by nad tym pochylić nasze głowy. Na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 21.10.2022 r. miała odbyć się dyskusja wraz z podjęciem uchwały o nowej wysokości składki członkowskiej obowiązującej od 1 stycznia 2023 r. (piszę te słowa przed posiedzeniem, bo cykl wydawniczy ma swoje prawa).

Pamiętajmy, że **dotychczasowa wysokość składki obowiązuje od 2014 r.**, a ile rzeczy się zmieniło. Pamiętajmy też, że głównym przychodem Izby są składki członkowskie. Trzeba realnie popatrzeć na nasze działania i na wysokie koszty, jakie Izba ponosi z tego tytułu. Wszyscy przecież chcemy, by izby funkcjonowały na dotychczasowym poziomie, by nadal wspierały proces doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, udzielały pomocy finansowej osobom w bardzo trudnej sytuacji materialnej (szczególnie emerytom i rencistom) - czy to na skutek choroby, czy wypadku losowego -, by wspiera-

ły zainteresowania artystyczne i sportowe lekarzy oraz lekarzy dentystów, by wspierały działania integracyjne w Delegaturach czy - w końcu - by miały fachowych pracowników w Biurze, którzy pochylą głowy nad problemem, gdy zajdzie taka potrzeba.

Dodatkowo z biegiem lat pojawiają się nowe problemy i wyzwania, którym trzeba stawić czoło. Samorząd, by temu sprostać bierze na swoje barki te działania, ale wiąże się to z dodatkowymi obciążeniami finansowymi.

Czasem słyszy się głosy: a po co nam ta Izba, co ona robi? Itd. Ano robi, czasem naprawdę dużo, ale to wiedzą te Koleżanki i Koledzy, którzy znaleźli się w potrzebie, a Izba była tym wsparciem, tą pomocą, którą uzyskali. Więc nie rwijmy przysłowiowych „włosów z głowy”, że wzrosła składka. **Brak decyzji o podniesieniu wysokości składki może doprowadzić do zapaści Opolskiej Izby Lekarskiej**, a do tego nie powinniśmy w żaden sposób dopuścić i piszę to nie jako Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, ale jako jej członek.

Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

### POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 28 września 2022 r. odbyło się pierwsze po wakacjach posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Na początku posiedzenia Prezes przywitała kolegę dr n. med. Zbigniewa Kuzyszyna i pogratulowała mu w imieniu wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej. Zbigniew Kuzyszyn w tej kadencji został wybrany na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Kol. Kuzyszyn zapoznał zebranych z działalnością i zadaniami NROZ oraz problemami, które wymagają rozwiązania. Poinformował, że NSA wydał orzeczenie, w którym nadmienia, że NIL i Okręgowe Izby Lekarskie mają prawo do oceny przygotowania zawodowego lekarzy - w tym lekarzy cudzoziemców. Przedstawił także propozycje związane z prowadzeniem mediacji w sporach pomiędzy lekarzami oraz lekarzem a pacjentem.

Następnie Rada zajmowała się następującymi sprawami.

#### Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o wydanie PWZ w związku z przeniesieniem z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu złożyła lek. Nelia Sokolnikova - obywatelka Ukrainy (uchwałę podjęto jednogłośnie).

Wniosek o wydanie PWZ celem odbycia stażu podyplomowego złożyła lek. Tetiana Lozova - obywatelka Ukrainy (uchwałę podjęto jednogłośnie).

Wniosek o przyznanie Warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Tetiana Yehorova - obywatelka Ukrainy (ukończyła Narodowy Uniwersytet Medyczny w Charkowie);
- lek. Aliaksandr Sikora - obywatel Białorusi posiadający

Kartę Polaka (ukończył Witebski Instytut Medyczny Orderu Przyjaźni Narodów w Witebsku);

- lek. Yuliia Kovtun - obywatelka Ukrainy (ukończyła Dniepropietrowską Akademię Medyczną w Dniepropietrowsku);

- lek. dent. Nataliia Olevska - obywatelka Ukrainy (ukończyła Państwowy Instytut Medyczny Orderu Przyjaźni Narodów we Lwowie);

- lek. Anastasiya Kaima - obywatelka Białorusi (ukończyła Grodzieński Państwowy Uniwersytet Medyczny w Grodnie)

- lek. Olha Yarhova - obywatelka Ukrainy (ukończyła Sumski Uniwersytet Medyczny w Sumach).

Wszyscy w/w lekarze posiadają WPWZ ważne do 28.09.2027 r. oraz wymóg pracy pod nadzorem lekarza specjalisty przez 3 miesiące.

- lek. Galyna Stoianovska - obywatelka Ukrainy (ukończyła Lwowski Państwowy Uniwersytet Medyczny we Lwowie), posiada WPWZ ważne do 28.09.2027 r. oraz wymóg pracy pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat.

Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

#### Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma MedicaRescue Łukasz Szymczyszyn zarejestrowana w naszej Izbie złożyła wnioski o przeprowadzenie kursów dla lekarzy stomatologów „Medyczne czynności ratunkowe w gabinecie stomatologicznym”, które odbędą się 03.09.22 r. w Olkuszu i 10.09.22 r. w Działdo-



wie oraz o przyznanie punktów edukacyjnych. Uchwały podjęto jednogłośnie i przyznano po 9 pkt. edukacyjnych za każdy kurs.

Firma „OPTIMA MEDYCYNĄ” zarejestrowana w naszej Izbie przeprowadzi dn. 01.10.22 r. w Opolu szkolenie dla lekarzy POZ - uchwałę podjęto jednogłośnie i przyznano 5 pkt. edukacyjnych.

### **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

Wykreślono z listy członków Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu z powodu zgonu dwoje lekarzy:

Tadeusza Jędrzejczyka i Irenę Łuczak.

Wniosek o wykreślenie praktyki lekarskiej w związku zakończeniem działalności leczniczej złożyła trójka lekarzy.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

### **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy**

Wniosek o bezzwrotną zapomogę złożyła jedna lekarka - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym.

Wniosek o dofinansowanie „Imprezy mikołajkowej” dla dzieci z Delegatury w Nysie złożyła lek. Magdalena Lubczyk. Wniosek został pozytywnie zaopiniowany przez Delegaturę - uchwałę podjęto przy 1 głosie sprzeciwu.

### **Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej**

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Jadwigi w Opolu wystąpił do ORL o wyznaczenie przedstawiciela ORL do komisji konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych Oddziału Neurologii dla Dorosłych „B” i Oddziału Psychiatrii dla Dorosłych „A”. Prezydium rekomendowało kol. Ewę Pendzialek-Grunwald - uchwałę podjęto jednogłośnie.

### **Zmiany w wysokości składki członkowskiej**

Oświadczenie o nieosiąganiu przychodów złożyła dwójka lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie.

### **Sprawozdania z posiedzenia on-line Konwentu Prezesów ORL w dniach 18.08.2022r. i stacjonarnego 01.09.22 r.**

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła oba sprawozdania. Poruszano następujące problemy:

- kwoty pożyczek NIL dla poszczególnych okręgowych izb lekarskich;
- finansowanie Konwentu;
- ograniczenie wydawnictwa GL w formie papierowej;
- zmiany administracyjne w NIL;
- ujednolicenie wydawania PWZ dla lekarzy cudzoziemców;
- zmiana wysokości składki członkowskiej;
- współpraca Działu Medialnego NIL z okręgowymi izbami;
- komunikacja pomiędzy Prezesem NIL a Konwentem;
- sprawy wynagrodzenia lekarzy kontraktowych (są głosy, że mają wynagrodzenie mniejsze od pielęgniarek);
- szkolenie w NIL dla Działów Prawnych poszczególnych Izb.

### **Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 02.09.2022 r.**

Z kolei kol. Kowarzyk przedstawił sprawozdanie z posiedzenia NRL, na którym poruszano następujące sprawy:

- Powołano Radę Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej złożoną z profesorów - wybitnych specjalistów w różnych dziedzinach medycyny. Zadaniem Rady będzie opiniowanie aktów prawnych oraz udzielanie merytorycznych konsultacji w sprawach, którymi zajmować się będą organy NIL;

- Podjęto uchwałę w sprawie powołania Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia, który przejmie działalność dotychczasowego Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL;

- Powołano Rady: Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo – Lekarskiego i Orzecznictwa, Ośrodka Współpracy Zagranicznej, Ośrodka Bioetyki, Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL oraz Radę Naukową COBiK;

- Dokonano wyboru członków komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej;

- Powołano Pełnomocnika Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zdrowia lekarzy, którym na IX kadencję została dr Magdalena Flaga-Łuczkiwicz;

- Przedstawiono sprawozdanie finansowe za I półrocze 2022 r.

- Podjęto uchwałę w sprawie udzielenia pożyczek czterem okręgowym izbom lekarskim (w tym Opolskiej) w celu wcześniejszego spłacenia kredytu hipotecznego, zaciągniętego na remont budynku Izby;

- Podjęto uchwałę w sprawie zwrotu środków wpłaconych przez okręgowe izby lekarskie z tytułu umowy na partycypację w kosztach tworzenia nowego systemu informatycznego dla prowadzenia okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów oraz Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej;

- Omówiono wyniki prac zespołu roboczego ds. analizy wysokości składki członkowskiej, a następnie podjęto dyskusję nad zmianą uchwały o wysokości składki członkowskiej. Ustalono, że decyzja o ostatecznej wysokości miesięcznej składki członkowskiej, zostanie podjęta po konsultacjach w izbach okręgowych.

### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Wojewoda Opolski zwrócił się do ORL o zaopiniowanie kandydata na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie epidemiologii - lek. Jolanty Maksymiuk na kolejną kadencję. Rada nie zgłasza zastrzeżeń do kandydatury - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Prezes poinformowała, że została przyznana pożyczka z NIL dla OIL w Opolu w kwocie 1.000.000 zł. na szybszą spłatę kredytu jaki nasza Izba zaciągnęła na poczet remontu siedziby Izby. Uchwałę w sprawie wyrażenia zgody na przyjęcie pożyczki z NIL podjęto jednogłośnie.

Kol. Kowarzyk przedstawił sprawozdanie Komisji ds. Pomocy Lekarzom z Ukrainy. Złożono 15 wniosków



o zapomogę i wszystkie zostały pozytywnie rozpatrzone. Dofinansowania wynosiły w granicach od 2.700 zł. do 5.000 zł.

Prezes poinformowała o rozmowach z pracownikami Izby dotyczących podwyżki płac i przedstawiła Projekt Uchwały w sprawie jednorazowego dodatku dla pracowników biura OIL w kwocie 3.500 zł brutto w przeliczeniu na pełny etat. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Kol. Bąk przekazał informacje o problemach lekarza - członka naszej Izby, dotyczących wypisywanych recept kwestionowanych przez NFZ i pomocy dla niego w przedmiotowej sprawie.

Prezes odczytała pismo Prezesa NIL z prośbą o zapoznanie się z propozycją wysokości podwyżki składki członkowskiej i przeprowadzenie w izbach okręgowych

konsultacji dotyczących tej kwestii. Rada głosowała w następujący sposób:

- jednogłośnie za utrzymaniem składki dla lekarzy emerytów i rencistów w kwocie 10,00 zł (dotyczy to osób, którym już to przyznano wcześniej);
- jednogłośnie za składką w wysokości 50% składki lekarzy czynnych zawodowo dla lekarzy stażystów;
- dla lekarzy zarobkujących przedstawiono propozycje: 120,00 zł (10 głosów za), 100,00 zł (3 głosy za), 90,00 zł (1 głos za). Ostatecznie Okręgowa Rada Lekarska podjęła stanowisko w sprawie wysokości składki członkowskiej dla lekarzy czynnych zawodowo w wysokości 120,00 zł.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



## NACZELNA RADA LEKARSKA KOMISJA ETYKI LEKARSKIEJ

Warszawa, 13.10.2022 r.

### „Zadaj pytanie”

Lekarzu, Lekarzu Dentysto!

Przeczytaj uważnie Kodeks Etyki Lekarskiej i zadaj pytanie, na jakie KEL nie odpowiada, a Twoim zdaniem odpowiadać powinien, bądź wskaż nam które elementy KEL wymagają uszczegółowienia lub komentarza i prześlij nam Twoje sugestie:

**[zadajpytanie@nil.org.pl](mailto:zadajpytanie@nil.org.pl)**

Zadaniem Komisji Etyki Lekarskiej NRL IX Kadencji jest przygotowanie projektu zmian redakcyjnych KEL i komentarza do KEL, które zostaną następnie przedłożone Nadzwyczajnemu Krajowemu Zjazdowi Lekarskiemu. Formułując konkretne pytanie do KEL wskażcie nam kierunek naszych prac, których celem jest stworzenie komentarza do KEL o wymiarze praktycznym, który ma się stać realną pomocą w Waszej codziennej pracy. Nie oczekujemy opracowań tylko konkretnych wskazówek. Pytania i sugestie przesyłajcie proszę na adres mailowy [zadajpytanie@nil.org.pl](mailto:zadajpytanie@nil.org.pl) w terminie do 17 listopada 2022 r.

Artur de Rosier

Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL

Naczelna Izba Lekarska, ul. Jana Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa  
tel. 022 559-13-18, fax 022 559-13-05  
e-mail: [sekretariat@hipokrates.org](mailto:sekretariat@hipokrates.org)



# SPOTKANIE NASZYCH SENIORÓW

Komisja Senioralna Opolskiej Izby Lekarskiej z radością odnotowuje, że w dniu 10.09.2022 r. w restauracji „Czardasz” w Opolu odbyło się uroczyste spotkanie seniorów, którzy przed 50 laty ukończyli Akademię Medyczną oraz super seniorów - 90-latków i innych chętnych, których także zawsze zapraszamy.

Prezes Izby Lekarskiej dr Jolanta Smerkowska-Morkrzycka przywitała zaproszonych gości i podziękowała wszystkim za ich długoletnią pracę.

Seniorzy zostali uhonorowani pamiątkowym medalem Izby Lekarskiej, a 90-latkowie dodatkowo specjalnie przyznany drobny upominek „kopertowym”.

Następnie nowo wybrany Przewodniczący Komisji Senioralnej dr Bogusław Kudyba, wręczając pamiątkową figurkę „Opolanki”, podziękował dr Tadeuszowi Chowańcowi za prowadzenie Komisji przez poprzednie lata.

W imieniu Komisji Senioralnej dr Halina Jakobi-Róż podziękowała Panu doktorowi Tadeuszowi Chowańcowi za długoletnią pracę na rzecz seniorów oraz za 4-krotne przewodniczenie Komisji Senioralnej.

„Szanowny Panie Doktorze,

Przypadł mi w udziale wielki zaszczyt i przyjemność, aby dziś wśród naszej braci seniorskiej podziękować Panu dr Tadeuszowi Chowańcowi, którego IV kadencja przewodniczenia naszej Komisji niedawno upłynęła.

Mam też osobiste, szczególnie powody, żeby wygłosić tych kilka zdań o Panu Doktorze. W dniu 1.09.1970 r., gdy miałam rozpocząć staż w Szpitalu Ginekologicznym, zostałam skierowana do Pana Doktora Chowańca jako opiekującego się stażystami. Po powrocie do domu mój Tato, wtedy już doświadczony lekarz, wypytał mnie, jak tam było. Opowiedziałam, że przyjął mnie dr Chowaniec, a Tato wtedy wygłosił: „Taaak, dr Chowaniec to zdolny lekarz, szlachetny człowiek i bardzo uroczy mężczyzna. A po chwili dodał: „sprawuj się tam przyzwoicie.”

Dziś i ja jestem seniorką, a upływ czasu sprawił, że w tej kategorii jestem młodszą koleżanką Pana Doktora. Okazało się, że po wielu (52!) latach Pan Doktor zachował wszystkie walory i cechy, o których mówił mój Tato.

Okres pracy i zaangażowania Pana Doktora w Izbie Lekarskiej, to czas rozumienia potrzeb seniorów, organizacja spotkań wielkanocnych i opłatkowych, wycieczek i innej działalności, którą wszyscy pamiętamy.

To wielokrotne pełnienie funkcji Przewodniczącego Komisji do Spraw Seniorów najlepiej świadczy o uznaniu przez środowisko zaangażowania i działalności Pana Doktora. W przyszłości będziemy zapewne wielokrotnie korzystać z Jego rad i doświadczenia.

W imieniu wszystkich Kolegów i swoim własnym życząc Panu Doktorowi wszystkiego dobrego.

Ad multos annos!”

Spotkanie przy smacznym obiedzie umilili nam swoim specjalnym występem muzycznym artyści śpiewacy P. Anna Płaczek i P. Andrzej Skiba, co przyjęliśmy z wdzięcznością.

*Do następnego spotkania.*

*Lek. lek. H. JAKOBI-RÓŻ, Bogusław KUDYBA  
i Marta KABAROWSKA*





A oto treść uroczystego pisma skierowanego do dr Tadeusza Chowańca:

**Pan**

**Dr med. Tadeusz CHOWANIEC**

Wielce Szanowny Panie Doktorze

W związku z upływem kolejnej kadencji organów naszej Izby lekarskiej i w imieniu wszystkich seniorów, którym Pan Doktor poświęcił wiele sił i zaangażowania

Przewodniczący  
Komisji ds. Lekarzy  
Emerytów i Rencistów  
Lek. Bogusław KUDYBA

będąc przez 4 kadencje Przewodniczącym Komisji Senioralnej, a także za pracę jako członek Okręgowej Rady Lekarskiej i Przewodniczący Komisji Rewizyjnej, proszę o przyjęcie podziękowań za Pańską pracę i przewodzenie seniorom naszej Izby.

Życzyny jednocześnie Panu Doktorowi przede wszystkim dobrego zdrowia, wszelkiej pomyślności i radości każdego dnia.

Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Opolu  
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

## ŻONY KRÓLA BOLESŁAWA CHROBREGO (967-1025)

Dotarcie do danych źródłowych dotyczących życia małżeńskiego jednego z najwybitniejszych władców polskich, panującego 1000 lat temu Bolesława Chrobrego



Bolesław I Chrobry

nie jest łatwe, stąd wiele niejasności i niedomówień.

Bolesław Chrobry, syn Mieszka I i Dobrawy, urodził się w roku 967, a więc rok po Chrzcie Polski. Miał cztery żony.

Pierwsza z nich była Niemką nieznaną z imienia, druga, Judyta, matka pierwszego syna Bezpryma, Węgierką. Oba małżeństwa zostały szybko zerwane, zaś żony odesłane rodzicom.

Trzecia żona Chrobrego nazywała się Emnilda i była córką zachodniosłowiańskiego księcia Dobromira. Zmarła w roku 1017. Urodziła dwóch synów: Mieszka Lamberta (zwanego przez po-

tomnych Gnuśnym) i Ottona (na cześć cesarza Ottona III, z którym Chrobry spotkał się w roku 1000 w Gnieźnie) oraz trzy córki.

Jedną z córek, Regilindę, wysłał za mąż za niemieckiego księcia Hermana. Do dzisiaj w katedrze w Naumburgu stoi jej posąg wzniesiony w XIII wieku zwany „Śmiejącą się Polką” (die Lachende Polin).

Inna, nieznana z imienia córka Chrobrego wysłał za mąż na Rusi za syna Włodzimierza Wielkiego - Świętopełka, co świadczy o wysokiej pozycji Chrobrego w ówczesnej Europie.

Wreszcie czwartą żoną Bolesława Chrobrego (miał wówczas ponad pięćdziesiąt lat) była młodzianka Oda, córka jednego z margrabiów niemieckich, Ekkeharda. Miał z nią córkę Matyldę, zmarłą po 1018 roku.

Bolesław Chrobry zmarł w dniu 17 czerwca 1025 roku. Tuż przed śmiercią został jako pierwszy władca Polski koronowany na króla, podkreślić należy fakt, że dzięki śmierci papieża Benedykta VIII, przeciwnego tej koronacji i objęciu tronu papieskiego przez jego brata Jana XIX (papieża o tych imionach niezmiennie przewijają się w historii Polski).

Bolesław Chrobry został pochowany w Poznaniu. Do dzisiaj możemy podziwiać wspaniałe posągi Chrobrego i jego ojca Mieszka I w „Złotej Kaplicy” Katedry Poznańskiej na Ostrowie Tumskim.

Na swojego następcę wyznaczył Chrobry najstarszego syna Emnildy Mieszka Lamberta, w ten sposób pominięci zostali i odsunięci od władzy: pierwszodziwny syn Bezprym, potomek drugiej żony Węgierki i młodszy rodzonego brat Mieszka - Otton.

Tuż po koronacji Mieszko II (1025) wygnał z Polski Bezpryma i Ottona, którzy jeszcze przez kilka lat knowali przeciwko niemu.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*



Mieszko II Lambert „Gnuśny”



## TYKAJĄCA BOMBA KADROWA

Czy Polska, otwierając na potęgę kierunki lekarskie na uczelniach, którym do tej pory prowadzenie tego typu studiów nawet się nie śniło, wpisuje się w strategię WHO, która właśnie wezwała kraje regionu europejskiego do „nietracenia czasu” i wdrożenia działań mających na celu wyeliminowanie luk kadrowych w ochronie zdrowia i wzmocnienie siły roboczej? Można by tak sądzić, gdyby...

We wrześniu w Tel Awiwie odbyła się pierwsza od trzech lat stacjonarna sesja Komitetu Regionalnego WHO dla Europy, podczas której zaprezentowano raport, opisujący – jak mówią przedstawiciele Światowej Organizacji Zdrowia – sytuację kadrową w systemach ochrony zdrowia w regionie (obejmującym kraje Europy i Azji Środkowej) w kategoriach „tykającej bomby”. WHO stawia sprawę jasno: nawet w krajach, które w tej chwili mogą się czuć bezpieczne, bo stopień nasycenia profesjonalistami medycznymi mają odpowiednio wysoki, nie powinno się popadać w samozadowolenie. Głównym i bezwzględnie rozgrywającym jest, bowiem demografia. WHO zwraca uwagę, że rośnie liczba krajów, zwłaszcza w Europie, w których 40% lekarzy ma więcej niż 55 lat. Autorzy raportu zauważają, że starzejące się kadry były poważnym problemem już przed pandemią COVID-19, ale w tej chwili problem nabrzmiał, spotęgowany wypaleniem zawodowym medyków. W efekcie kadry, mimo rosnącego popytu (ze względu na starzenie się społeczeństw, rozwój medycyny), stale się kurczą. „Odpowiednie zastąpienie odchodzących na emeryturę lekarzy – oraz innych pracowników ochrony zdrowia i opieki – będzie istotnym problemem politycznym dla rządów i władz zdrowotnych w nadchodzących latach” – czytamy w raporcie, a WHO wzywa kraje „do podjęcia natychmiastowych działań w celu szkolenia, rekrutacji i utrzymania następnego pokolenia pracowników ochrony zdrowia”.

A w Polsce? Do 24 uczelni w tej chwili kształcących przyszłych lekarzy dołączą dwie kolejne – Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu oraz Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy w Częstochowie. Trzy następne (Akademia Kaliska, Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku oraz Katolicki Uniwersytet Lubelski), jak mówiła podczas spotkania doraźnego zespołu ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego pod koniec sierpnia Małgorzata Zadorożna, dyrektorka Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia, rozpoczną kształcenie przyszłych lekarzy od października 2023. Realne jest również uruchomienie od przyszłego roku akademickiego kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Warszawskim. Wiadomo, że ambicje otwarcia kierunku lekarskiego ma także Państwowa Wyż-

sza Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu (wkrótce zmieni nazwę na Akademię Nauk Stosowanych). „To duża wartość dla regionu i prestiż dla miasta” – podkreślają lokalne dzienniki (kontrolowane przez państwowy Orlen).

Wszystko dzieje się bardzo szybko. Resort zdrowia we wrześniu zmienił wydane kilka tygodni wcześniej rozporządzenie w sprawie limitów przyjęć na studia lekarskie po to, by ośrodek w Elblągu, który otrzymał zgodę resortu edukacji, mógł przyjąć studentów. Elbląg otrzymał 75 miejsc, a limity podniesiono odpowiednio do 5.386 miejsc na studiach stacjonarnych prowadzonych w języku polskim i 9.481 miejsc ogółem. „Wiąże się to z potrzebą zapewnienia każdemu pacjentowi lepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez wszystkich specjalistów, bez konieczności długiego oczekiwania na wizytę” – brzmi uzasadnienie zmian w rozporządzeniu.

Jeszcze dekadę temu samorząd lekarski walczył o zwiększenie liczby miejsc na kierunkach lekarskich, a raczej o przesunięcia w ramach przyznawanej uczelniom puli na rzecz studiów stacjonarnych w języku polskim, finansowanych ze środków publicznych. Te postulaty były spełniane w daleko niewystarczającym stopniu, choć kryzys kadrowy stał się już rzeczywistością, a nie majaczył na horyzoncie. Rząd PiS na początku pierwszej kadencji postawił na rewolucyjne rozwiązania, promując otwieranie kierunków lekarskich na uczelniach w mniejszych ośrodkach, np. w Radomiu i Opolu. Już wtedy były co prawda obawy (częściowo potwierdzone), o jakość kształcenia, dostępność kadr nauczycielskich i szeroko rozumianej bazy klinicznej, ale decyzji nie cofnięto. W ostatnich kilkunastu miesiącach, odkąd ministrem edukacji został Przemysław Czarnek, proces zyskał dodatkowy booster – już dwa ministerstwa naciskały na wyprowadzenie studiów lekarskich poza wąskie ramy uczelni akademickich. I słowo stało się ciałem. Uchwalono ustawę, która pozwala kształcić przyszłych lekarzy w bardzo szerokim spektrum szkół wyższych. Od początku mówiono, że dla Przemysława Czarneka najważniejsze jest to, by pozwolenie otrzymał Katolicki Uniwersytet Lubelski, i właśnie ze względu na tę uczelnię „uszyto” kryteria. Dla ministra zdrowia priorytetem wydaje się doprowadzenie do sytuacji, w której dyplom ukończenia kierunku lekarskiego nie będzie żadnym wyróżnikiem, a być może nawet nie będzie żadnym atutem, na rynku pracy.

Gdy minister mówi, że „dalekosiężna wizja powinna być nakierowana na poprawę dostępności pacjentów do lekarzy”, a taki cel można osiągnąć przez wzrost liczby jak najlepiej wyedukowanych specjalistów, którzy nie musieliby wyjeżdżać z kraju, bo tu cieszyliby się dobrymi wa-



runkami pracy i płacy, to... mówi. Planuje, z pewnością, zwiększenie liczby lekarzy. Ale czy już specjalistów? Choćby warunki jesienno- zimowego naboru na specjalizacje każą sądzić, że ministerstwo nie zamierza finansować na szerszą skalę rezydentur z dziedzin innych niż priorytetowe. Zarówno samorząd lekarski, jak i inne organizacje lekarzy wyrażają obawy (przekonanie?), że to nie wypadek przy pracy, lecz stała tendencja. Młodzi lekarze będą „przymuszani” do wyboru specjalizacji mało atrakcyjnych, choć systemowi niewątpliwie niezbędnych (chirurgii ogólnej, interny, onkologii). Specjalizacje niepriorytetowe, choć prestiżowe i perspektywiczne (czytaj: dające perspektywy również w sektorze prywatnym), będą zaś musiały być realizowane w trybie pozarezydentur. Państwo będzie, zatem finansować kształcenie specjalistów na własnych warunkach.

To pierwsze niebezpieczeństwo. Ale duży znak zapytania postawiony przez lekarzy dotyczy, jakości kształcenia przeddyplomowego. I w oficjalnych stanowiskach, i w rozmowach w mediach społecznościowych oraz opiniach wymienianych w kulisach konferencji i zjazdów jak refren przewija się wątpliwość, na ile równoważne będzie ukończenie studiów na kierunku lekarskim w Elblągu czy Częstochowie oraz na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym lub Uniwersytecie Jagiellońskim? Zmiany zasad

egzaminu lekarskiego (pytania z bazy) nie pomagają rozwiązać tych wątpliwości i obaw. Doświadczeni lekarze mówią wprost, że otwieranie na potęgę kierunków lekarskich w połączeniu z systemem kredytowania studiów płatnych da mieszaninę piorunującą, której pierwszymi ofiarami będą młodzi lekarze: gorzej wykształceni, z gorszymi wynikami LEK, przegrają wyścig do miejsc specjalizacyjnych lub będą skazani (by móc liczyć na umorzenie zaciągniętego kredytu) na specjalizację wskazaną przez państwo.

Na razie nie widać, by to zniechęcało kandydatów na lekarzy. Przeciwnie, kierunki lekarskie w mniejszych miastach cieszą się szczególnie dużym wzięciem. Na Uniwersytecie Zielonogórskim na jedno miejsce przypadło w tym roku 46 kandydatów, a na Uniwersytecie Opolskim i Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu o jedno miejsce ubiegało się 19 osób. Jest również zainteresowanie kredytami: wnioski do końca sierpnia złożyło już kilkuset chętnych. – Zakładamy, że liczba tych wniosków wzrośnie jeszcze w okolicach października, kiedy do nauki przystąpią zakwalifikowani na pierwszy rok studiów odpłatnych – mówiła podczas posiedzenia w ramach RDS przedstawicielka resortu zdrowia

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” nr 10/22)

## PREZES AGENCJI ROZWOJU SZPITALI ZYSKA NAD NIMI WŁADZĘ ABSOLUTNĄ?

Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa przewiduje utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali o rozległych kompetencjach. ARS będzie między innymi: dzieliła środki europejskie na modernizację szpitali, pomagała placówkom, które znajdują się w trudnej sytuacji finansowej, decydowała o podziale szpitala na kategorie od A do D, według ich sytuacji ekonomicznej. O planowanej rewolucji w szpitalnictwie rozmawiamy z Krzysztofem Bestwiną, dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 w Sosnowcu.

**Rynek Zdrowia: - Czy z projektem ustawy o ustawie o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa wiąże pan więcej obaw czy nadziei?**

**Krzysztof Bestwina, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 w Sosnowcu: -** Celem działań określonych ustawą jest modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych, jak również wsparcie ich rozwoju, optymalizacja działalności, dostosowanie do regionalnych potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym, a w razie potrzeby - naprawa działalności podmiotu szpitalnego oraz restrukturyzacja jego zadłużenia.

W samych założeniach ustawa wydaje się zasadna, jednak w jej treści nie ma przedstawionych konkretnych

sposobów radzenia sobie z problemami funkcjonowania jednostek służby zdrowia ani ścieżki realizacji założeń wskazanych we wstępie do dokumentu.

Spoglądając na temat szerzej, wyrażam pewne obawy dotyczące planów tworzenia kolejnej struktury administracyjnej mającej centralizować władztwo nad szpitalami w kraju w rękach jednej osoby - prezesa Agencji Rozwoju Szpitali.

W sektorze, który zdecydowanie wymaga dofinansowania, powinniśmy raczej skupić się nad jego zwiększeniem dla samych podmiotów, a nie dodatkowymi strukturami administracyjnymi pochłaniającymi środki finansowe, które można byłoby przeznaczyć na ten sektor.

**RZ: - Agencja Rozwoju Szpitali będzie między innymi: dzieliła środki europejskie na modernizację szpitali, pomagała placówkom, które znajdują się w trudnej sytuacji finansowej, wreszcie decydowała o podziale szpitalu na 4 kategorie, według ich sytuacji ekonomicznej. Czy kolejna instytucja o rozległych zadaniach jest potrzebna w naszym systemie ochrony zdrowia?**

**KB: -** Z pewnością utworzenie tego podmiotu doprowadzi do scentralizowania władzy nad jednostkami ochrony zdrowia w rękach jednej osoby przy jednoczesnym ograniczeniu swobody zarządczej kadry menadżerskiej szpitali, która będzie w pewien sposób ubezwłasnowolniona. Kompetencje prezesa Agencji są w zasadzie



nieograniczone, a jego jednoosobowe postanowienia mają nadany status natychmiastowej wykonalności.

Co prawda istnieje możliwość złożenia zażalenia na postanowienie, ale, niestety, musi spełniać (chyba zniechęcające z założenia) wymagania określone dla pisma procesowego w KPC wraz z oznaczeniem postanowienia, przytoczeniem zarzutów, zwięzłym ich uzasadnieniem, wskazaniem dowodów oraz zawierać wnioski o uchylenie albo zmianę postanowienia wraz z odpłatnością za nie.

Dodatkowo dyrektor podmiotu kieruje zażalenie do sądu za pośrednictwem prezesa Agencji, który w każdej chwili i bez uzasadnienia może je uznać za bezzasadne i nie przekazywać go do rozpatrywania przez sąd.

Z punktu widzenia obecnych potrzeb podmiotów leczniczych i właściwej organizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce, nie widzę racjonalnego uzasadnienia na powstanie kosztownej i bardzo scentralizowanej Agencji z tak ogromną władzą nad wszystkimi szpitalami publicznymi przekazaną jednej osobie.

**KI: - Pojawiły się opinie, że środki planowane na tworzenie Agencji Rozwoju Szpitali rozsądniej byłoby przeznaczyć na ich oddłużenie. To dobry pomysł?**

**KB: -** Ochrona zdrowia jest obszarem ciągle wymagającym dużego dofinansowania. Nie możemy wciąż udawać, że gwarantujemy bezpłatny dostęp do pełnego zakresu świadczeń medycznych na poziomie krajów wysokorozwiniętych, których udzielać będą pracownicy tychże podmiotów leczniczych uzyskujących przychody porównywalne z ich kolegami poza granicami kraju, utrzymując jednocześnie jeden z najniższych poziomów finansowania systemu z jedną z najniższych składek zdrowotnych.

Potrzeba wzrostu poziomu nakładów w tym obszarze jest ogromna. Wynika to między innymi z faktu, iż przeważająca większość wydatków związana jest z kosztami pracowniczymi, które od lat wyłącznie wzrastają. Wzrost minimalnych wynagrodzeń dla personelu medycznego wraz z podwyżkami, które pojawiły się w ostatnim okresie przyniosło szpitalom spory wzrost wydatków w tym obszarze, pociągając jednocześnie znaczący wzrost pozostałych kosztów osobowych.

Kolejną kwestią są wydatki związane z usługami i świadczeniami dla szpitali udzielanymi przez podmioty zewnętrzne, które zgodnie z prawem zamówień publicznych mogą wnosić o zmianę cen usług i dostaw w trakcie obowiązywania umowy, np. w związku ze wzrostem minimalnego wynagrodzenia.

Niestety, tożsama zasada nie obowiązuje w ramach umów zawartych pomiędzy NFZ a szpitalem. Nie uzyskujemy rekompensat z tytułu wzrostu opłat za gaz, energię, odpady komunalne, medyczne, wynagrodzenia minimalne i wiele innych. Nie wspominając o podatku VAT, który dla szpitali jest wyłącznie kosztem, od którego moglibyśmy zostać np. w pierwszej kolejności zwolnieni.

Obecnie ciężko jest poprawiać funkcjonowanie jednostek publicznych, zmierzając w kierunku ich unowo-

cześnienia czy modernizacji, mając przed sobą groźbę wzrostu poziomu zobowiązań, z którego zarządzający będą rozliczani i przerzucani pomiędzy czterema kategoriami szpitali - zgodnie z projektem ustawy.

**RZ: - Czy w naszych realiach systemowych, przy niedoszacowaniu wielu procedur, możliwe jest w pełni miarodajne określenie kryteriów podziału szpitali na cztery kategorie – od A do D?**

**KB: -** Idealnym przykładem na niedoszacowanie procedur jest wskazanie procedury endoprotezoplastyki stawu biodrowego, która wyceniana początkowo w korzystnej dla świadczeniodawcy kwocie od kilkunastu lat pozostaje na tym samym poziomie. Liczba takich procedur jest olbrzymia i wymaga natychmiastowej weryfikacji przy jednoczesnym określeniu zasad ich automatycznej minimalnej waloryzacji, bez konieczności każdorazowej żmudnej i czasochłonnej analizy zespołu AOTMiT.

Trzeba mieć świadomość, że z roku na rok zmieniają się koszty godziny pracy personelu medycznego w związku ze zwiększaniem kwoty minimalnego wynagrodzenia, koszty usług oraz kosztów materiałów i wyrobów medycznych. Problem przeszacowania części procedur medycznych (należy zwrócić uwagę, że jest ich niewiele) oraz niedoszacowania większości z nich może prowadzić do niesprawiedliwej kategoryzacji szpitali.

Może zatem pora zacząć rozsądnie wyceniać procedury medyczne, a dopiero później dokonywać rozliczeń dyrektorów z wyników finansowych szpitali.

**RZ: - Ustawodawca tłumaczy, że główne cele projektowanej regulacji to m.in.: porządkowanie zasad funkcjonowania sieci szpitali (w tym odchodzenie od finansowania ryczałtowego), racjonalizowanie/ optymalizacja inwestycji w szpitalnictwie, wreszcie odchodzenie od „wyniszczającej konkurencji” między szpitalami (walka o kadry i oczywiście pieniądze z NFZ) na rzecz koordynacji. Czy pana zdaniem projekt w obecnym kształcie daje gwarancję zrealizowania tych celów?**

**KB: -** Rzeczywiście, sporym problemem jest walka o kadrę medyczną, samych pacjentów oraz realizację poszczególnych świadczeń w jednostkach służby zdrowia z uwagi na ich zagęszczenie.

Na uwagę zasługuje możliwość przeorganizowania struktury szpitali w taki sposób, by na jednym (czasem bardzo niewielkim) obszarze terytorialnym nie było kilku ośrodków specjalizujących się np. wyłącznie w operacjach zaćmy, lecz jeden wyspospecjalistyczny, świadczący pełen zakres usług okulistycznych wraz z pełną całodobową obsadą medyczną udzielającą świadczeń pilnych/urazowych. Jednak analizując treść projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, nie znalazłem wskazanych sposobów konsolidacji i ich wzajemnej korelacji.

**RZ: - W projekcie zapowiadana jest także „profesjonalizacja kadry zarządzającej”, m.in. poprzez wprowadzenie egzaminów państwowych dla menedżerów szpitali. Egzaminować ma ARS. Pomysł budzi spore kontrowersje.**



**Czy dotychczasowe studia z zakresu zarządzania ochroną zdrowia w Polsce, w tym MBA, nie będą już uznawane? Czy konieczność „profesjonalizacji kadry zarządzającej” oznacza, że obecni menedżerowie szpitali są „zbyt mało profesjonalni”? Podziela pan te wątpliwości?**

**KB:** - Profesjonalizacja kadry zarządzającej poprzez wprowadzenie egzaminów państwowych jest argumentem mocno krzywdzącym dla aktualnie zarządzającej jednostkami służby zdrowia kadry. Warto zaznaczyć, iż zarządzający szpitalami zatrudniani są w oparciu o procedury konkursowe, które w pełni podlegają regulacjom prawnym, a kandydaci muszą spełniać określone w ustawie wymagania - wliczając w to wykształcenie i doświadczenie. Kandydaci przechodzą weryfikację, a ich ewentualne zatrudnienie oparte jest na opiniach specjalistów i ekspertów zasiadających w komisji konkursowej.

Należy wspomnieć, że taki egzamin odbywa się minimum co 6 lat dla każdego dyrektora. Ponadto kadra mene-

żerska to osoby, które często są wykładowcami na uczelniach akademickich, uczestniczą w szkoleniach, kursach, konferencjach krajowych, zagranicznych. Czy dla autora projektu ustawy to wszystko nie ma żadnego znaczenia? Mając na uwadze tylko tych kilka informacji dotyczących kadry zarządzającej szpitalami, można z taką łatwością stwierdzić, że jesteśmy nieprofesjonalni czy niedoświadczeni?

Na zakończenie chciałbym tylko dodać, że dwuletnia walka z pandemią była i jest w większości sukcesem osób zarządzających szpitalami, bo to oni otrzymywali decyzje o konieczności zorganizowania łóżek covidowych i organizacji procesu leczenia pacjentów z nieznanym nikomu wirusem. To ich ciężka praca wspólnie z odpowiedzialnym zespołem pracowników medycznych i niemedyków nie doprowadziła do załamania się systemu opieki zdrowotnej w Polsce w czasie pandemii.

Wojciech KUTA

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 2/22)

## ALTERNATYWA DLA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ POMOCY MEDYCZNEJ CZY UCIECZKA PRZED KADROWĄ ZAPAŚCIĄ?

Pacjenci nie mają najlepszych doświadczeń z teleporadami, bo utrudniają bezpośrednie kontakty z lekarzami POZ. Narzekają także dlatego, że po prostu nie mogą się do nich dodzwonić. Mimo tych krytycznych opinii, MZ przygotowało pilotażowy program dotyczący nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, który oparty jest właśnie na teleporadach. Zastrzeżeń i obaw jest więcej.

Przetestowanie w pięciu powiatach alternatywnej formy świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zapowiedziano w rozporządzeniu ministra zdrowia z 8 lutego 2022 r. „w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej”.

### Zmiany w nocnej i świątecznej pomocy

Przypomnijmy teraz jedynie najważniejsze propozycje zmian w nocnej i świątecznej pomocy medycznej.

Teleporady mają być udzielane przez pielęgniarkę i położną, a także lekarza. Rozmowa z personelem medycznym będzie możliwa dopiero po dodzwonieniu się na ogólnopolski numer kontaktowy oraz po wypełnieniu formularza kontaktowego na stronie gov.pl./dom.

Następnie przeprowadzony zostanie wywiad z pacjentem w celu: udzielenia teleporady, skierowania do centrum medycznej pomocy doraźnej lub powiadomienia o konieczności skontaktowania się z nr 112. Po tej wstępnej weryfikacji pacjent dowie się o wolnych terminach przyjęć w centrum pomocy doraźnej. W centrum udzielane będą wybrane świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wymienione usługi realizowane będą od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne

dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego.

### Nocna pomoc jak za dawnych lat

Mariusz Brych, dyrektor ds. medycznych i kierownik nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej Szpitala im. Matki Teresy z Kalkuty w Dębnie (zachodniopomorskie), uważa, że teleporady w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej „to forma ucieczki organizatorów ochrony zdrowia od postępującej zapaści wynikającej z braku wykwalifikowanej kadry medycznej, mogącej udzielać świadczeń bezpośrednio”.

W jego ocenie, nieporozumieniem było odstąpienie lekarzy rodzinnych od obowiązku zabezpieczenia podstawowej opieki medycznej przez całą dobę. - To przecież ich pacjenci zgłaszają się w sytuacjach wymagających interwencji medycznej. To lekarze rodzinni znają swoich pacjentów (a przynajmniej powinni znać) i ich schorzenia leżące przewlekłe, przebyte choroby, zabiegi operacyjne itp.

Brych przypomina, że teleporady działały już wcześniej, 20 lat temu. - Lekarze rodzinni, od których wymagano całodobowej opieki nad pacjentami, wywieszali na witrynach poradni nr telefonów, pod którymi mieli być dostępni. Niestety, wszystko kończyło się brakiem możliwości dodzwonienia się do lekarza, a jeśli już się dodzwoniono, jedyną formą pomocy była informacja - „proszę zgłosić się na Izbę Przyjęć szpitala” - wspomina i zauważa, że za sprawą pilotażu „wraca stare”.

Powrót do starych wzorców widoczny jest także w przypadku ambulatoriów, które w latach 80. i 90. ubiegłego wieku funkcjonowały jako ambulatoria chirurgiczne, czyli były dokładnie tym, o czym mówi pilotaż. - Z tą różnicą, że wtedy działały do godziny 8:00 - dodaje.



Jednak, jego zdaniem, najważniejszą sprawą jest odpowiedź na pytanie - kto ma to robić?

Jak zauważa Mariusz Brych, w większości szpitali powiatowych nocna i świąteczna pomoc, a także praca na oddziałach szpitalnych świadczona jest głównie przez emerytów, lekarzy w wieku powyżej 60 i 70 lat. - Wynika to z braku młodych, którzy w sposób naturalny zastępowaliby swoich nauczycieli. Dlatego często mówi się, że lekarze pracują do śmierci.

Przekonuje, że zasadniczym czynnikiem, dla którego MZ zdecydowało się na reformę nocnej i świątecznej pomocy medycznej jest to, że „zbliżają się wybory, więc przeprowadzamy pseudo reformę, wracając do rozwiązań sprzed lat”.

- PR jest tu na pierwszym miejscu, ponieważ wizerunek przed wyborami musi być odświeżany, niestety kosztem nieświadomego społeczeństwa - zauważa lekarz i podsumowuje: - Pilotaż to wyrzucone w błoto dodatkowe środki finansowe, jak większość pseudo programów medycznych, np. 40 plus.

### **Biała flaga w nocy**

Równie krytyczny jest Władysław Perchaluk, prezes Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego. - To jakaś porażka, wywieszenie białej flagi - ocenia „rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej”.

Także i on podkreśla, że oparcie systemu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na teleporadach i kontakcie telefonicznym wymusiły braki kadrowe w ochronie zdrowia. - Głównym powodem tej reorganizacji jest niedobór personelu medycznego - tłumaczy.

- Tymczasem doświadczenia pacjentów z dodzwonieniem się do placówek medycznych nie są najlepsze. Skarżą się na trudności w uzyskaniu porady, bo linie telefoniczne są pozajmowane. Narzekają nie tylko pacjenci - dodaje. - Wiem, ile czasu zajmują naszym lekarzom próby dodzwonienia się do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Katowicach, a chodzi przecież o pilne przypadki.

Zdaniem Władysława Perchaluka, braki personelu medycznego są tak duże, że należy spodziewać się problemów z zapewnieniem obsady kadrowej dla tzw. platformy pierwszego kontaktu, w ramach której teleporady mają udzielać pielęgniarka, położna albo lekarz. W jego ocenie funkcjonowanie centralnego numeru kontaktowego nie sprawdzi się, bo nie będzie miał go kto obsługi-

wać. - Ale nawet jeśli dojdzie do telefonicznej rozmowy, to termin wyznaczenia wizyty w Centrum Pomocy Doraźnej będzie odległy - liczony w dniach, nie w godzinach.

- Teraz na przykład powodem rezygnacji z pracy pielęgniarek jest niedocenywanie finansowe tych pań, które posiadają jedynie średnie wykształcenie. Nie skończyły wyższych studiów, ale mają długoletnie doświadczenie zawodowe i takie same obowiązki, jak panie z dyplomami wyższych uczelni. Zarabiają jednak o wiele mniej - mówi prezes Perchaluk i informuje, że według samorządowców niedługo ponad 300 szpitali powiatowych będzie miało duże problemy kadrowe, w wyniku czego „same się zrestrukturują”.

### **Zmiana goni zmianę**

Obecny model organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej funkcjonuje od 1 października 2017 r. i związany jest z wejściem w życie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - wyjaśniał Departament Analiz i Strategii MZ w piśmie z kwietnia 2020 r. „Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373, z późn. zm.) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane są przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu szpitali I, II i III stopnia oraz poziomu szpitali pediatrycznych. Natomiast świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu szpitali ogólnopolskich mogą udzielać niniejszych świadczeń od dnia 1 czerwca 2019 r. po złożeniu stosownego wniosku do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Zgodnie z niniejszą ustawą, w przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do „sieci szpitali” (tj. przez szpitale I, II i III stopnia oraz szpitale pediatryczne), istnieje możliwość przeprowadzenia postępowań w trybie konkursu ofert i rokowań w celu wyłonienia świadczeniodawców do realizacji niniejszych świadczeń”.

Warto zauważyć, że wspomniana sieć szpitali także ulegnie zmianie. Pod koniec grudnia ub.r. pojawił się projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, zakładający m.in. podział placówek na cztery kategorie (od A do D, zależnie od kondycji finansowej). Zmienia się też zasady udzielania świadczeń, a także zasady kwalifikacji do sieci szpitali, co będzie miało konsekwencje dla nocnej i świątecznej pomocy medycznej udzielanej przez szpitale.

Ryszard ROTAUB

(przedruk z „Rynku Zdrowia nr 2/22)

## **PROFILAKTYKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH W POLSCE JAK UŁATWIĆ DOSTĘP DO SZCZEPIEŃ I POPRAWIĆ WYSZCZEPIALNOŚĆ WŚRÓD DZIECI?**

Szczepienia ochronne wciąż pozostają najskuteczniejszym sposobem zapobiegania liczным chorobom zakaźnym. W przypadku chorób przenoszonych przez ludzi ich powszechne stosowanie poza odpornością indywidualną za-

pewnia ochronę populacyjną związaną z zahamowaniem transmisji. Dzięki ochronie populacyjnej nie chorują osoby nieszczepione, w tym noworodki i chorzy z przeciwwskazaniami do szczepień, ponieważ nie mają od kogo się zakażać.



Niestety, zarówno w krajach Europy Zachodniej, jak i w Polsce zauważono zwiększający się odsetek rodziców rezygnujących ze szczepień. Wobec narastającego problemu odmów szczepień niezwykle istotną kwestią stają się ich przyczyny oraz systemowe możliwości przeciwdziałania im, a nawet odwrócenia tych niekorzystnych tendencji. Jedną z możliwych interwencji jest zastąpienie w polskim Programie Szczepień Ochronnych (PSO) szczepionek monowalentnych preparatami skojarzonymi, które wprowadzone są już w większości krajów rozwiniętych.

### **Odporność społeczeństwa powinna być sprawą priorytetową dla rządu**

Narodowe programy szczepień ochronnych są konstruowane w taki sposób, aby ochronić przed zachorowaniem nie tylko osoby szczepione, ale też i te niezaszczepione dzięki wytworzeniu odporności populacyjnej. Niestety ochrona populacyjna wymaga znacznego odsetka zaszczepionych, tym wyższego, im bardziej zaraźliwa jest choroba zakaźna, której chcemy zapobiec. To uzasadnia potrzebę utrzymania wysokiego odsetka zaszczepień. Przykładowo, zahamowanie transmisji bardzo zaraźliwej odry wymaga odsetka zaszczepionych na poziomie 95-97%.

Większość państw na świecie chroni obecnie swoje społeczeństwa przed ponad 26 chorobami zakaźnymi. Tak szeroki standard ochrony, przy skupieniu wysiłków na rzecz szczepień dzieci w ich pierwszych dwóch latach życia, możliwy jest dzięki szczepionkom skojarzonym. Najbardziej znane wśród nich to szczepionka przeciwko odrze, śwince i różyczce (MMR) oraz szczepionki typu „5w1” i „6w1” umożliwiające uodpornienie przeciw tężcowi, błonicy, krztuścowi, otoczkowej pałeczce *Haemophilus influenzae* typu b i poliomyelitis (polio), a w przypadku szczepionki sześciokomponentowej także przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Liczba stosowanych rutynowo szczepionek zwiększyła się znacznie od początku lat 90. To wymaga większej liczby wizyt i wiąże się z większą liczbą wkluc, źle tolerowanych przez troskliwych rodziców. W tym samym czasie zaobserwowano - początkowo w krajach Europy Zachodniej, a wkrótce także w Polsce - zwiększający się odsetek rodziców rezygnujących ze szczepień.

Tymczasem odporność społeczeństwa jako ważny element zdrowia publicznego powinna być sprawą priorytetową dla rządu. Zdrowe społeczeństwo przekłada się m.in. na wydajność pracy, a w konsekwencji na wzrost gospodarczy danego państwa.

**Podczas gdy dominującymi szczepionkami w polskim Programie Szczepień Ochronnych są preparaty monowalentne, w większości krajów rozwiniętych wprowadza się szczepienia skojarzone.**

### **Narastający problem odmów szczepień**

Wobec narastającego problemu odmów szczepień niezwykle istotną kwestią stają się ich przyczyny oraz systemowe możliwości przeciwdziałania im, a nawet możliwości odwrócenia tych niekorzystnych tendencji. Jedną z możliwych

interwencji jest zastąpienie szczepionki przeciwko tężcowi, błonicy i krztuścowi przez nowsze produkty lecznicze, wspomniane szczepionki typu „5w1” i „6w1”. Takie rozwiązanie zredukuje liczbę wkluc i koniecznych wizyt szczepiennych. Możemy się też spodziewać, że rodzice chętniej zdecydują się na szczepienie, które sprawi ich dziecku mniej bólu i będzie dla nich samych bardziej dogodne - bo rzadsze i krótsze, co będzie wynikało z mniejszej liczby wkluc.

W tym świetle ciekawe są obserwacje niemieckie, gdzie stopniowo, wraz z pojawianiem się nowych produktów na rynku, wprowadzano szczepionki skojarzone o zwiększającej się walentności.

Początkowo, w październiku 1996 r., była to czterowalentna szczepionka DTaP-Hib przeciw tężcowi, błonicy, krztuścowi i *Haemophilus influenzae* typu b, następnie w kwietniu 1998 r. pięciowalentna szczepionka DTaP-IPV/Hib i w końcu pod koniec 2000 roku sześciowalentna szczepionka DTaP-IPV-HepB/Hib. Wpływ szczepionek wysoce skojarzonych na terminowość szczepień oceniono w ogólnokrajowym telefonicznym badaniu ankietowym w kohortach demograficznych z lat 1996-2003 (w czerwcu 1999 r. dla dzieci urodzonych od czerwca 1996 r. do czerwca 1999 r. oraz kontrola w czerwcu 2002 r., a także w okresie od lipca 2002 r. do stycznia 2004 r. dla dzieci urodzonych od 1 lipca 1999 r. do 30 czerwca 2003 r.).

Co bardzo istotne, w badanym okresie schemat szczepień pozostawał stały i obejmował podanie 3 dawek w ramach szczepienia podstawowego w wieku 2, 3 i 4 miesięcy oraz dawkę przypominającą u dzieci w wieku 11-14 miesięcy - bardzo podobnie jak w Polsce. Do analizy włączono łącznie rodziców 2701 dzieci.

**Wyniki badania wskazują, że stopniowe wprowadzanie wyżej skojarzonych szczepionek zwiększało odsetek terminowo zaszczepionych dzieci przeciwko Hib, polio i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Autorzy badania wysnuli wniosek, że szczepionki wysoce skojarzone nie tylko zmniejszają liczbę wkluc, ale też mogą istotnie poprawić wykonawstwo szczepień. Wydaje się, że doświadczenia naszych zachodnich sąsiadów można z powodzeniem przenieść na grunt polski.**

Na podstawie: *The Use of Combination Vaccines Has Improved Timeliness of Vaccination in Children* Helen Kalies, MSc, MPH\* Veit Grote, MD, MSc,† Thomas Verstraeten, MD, MSc,‡ Luc Hessel, MD,§ Heinz-Josef Schmitt, MD,¶ and Riidiger von Kries, MD, MSc.

*Dr hab. n. med. Ernest KUCHAR*

Autor tekstu, dr hab. n. med. Ernest Kuchar, jest kierownikiem Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Specjalista chorób zakaźnych, medycyny sportowej, pediatra Członek krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych (min. International Organisation of Sports Medicine (FIMS) oraz European Society for Paediatric Infectious Diseases). Autor i współautor podręczników medycznych, a także wielu publikacji naukowych



Analizę istniejącego Programu Szczepień Ochronnych i postulatów w zakresie jego modyfikacji przedstawia Raport Fundacji Żyjmy Zdrowo i Instytutu Komunikacji Zdrowotnej, którego autorami są Izabela Obarska i dr hab. n. med. Ernest Kuchar. Dokument systematyzuje kwestie realizacji i finansowania

wania szczepień ochronnych w naszym kraju. Raport zawiera przegląd funkcjonujących i alternatywnych modeli finansowania szczepień. Publikacja dostępna jest na stronie: <https://zyjmyzdrowo.org.pl/raport-profilaktyka-chorob-zakaznych-w-polsce/> (przedruk z „Rynku Zdrowia nr 2/22)

## SZPITALNA REWOLUCJA. RADY DLA MINISTRA ZDROWIA

Rzetelna wycena świadczeń medycznych, uporządkowanie rynku ochrony zdrowia, przekazanie większej odpowiedzialności samorządom, wyższe finansowanie – to tylko niektóre ze wskazówek reprezentantów szpitalnej kadry zarządczej i ekspertów dotyczące reformy systemu ochrony zdrowia. Co jeszcze radzą decydentom?

Rady ze strony menedżerów szpitali i ekspertów rynku medycznego dla ministra zdrowia formułowane w trakcie dyskusji na temat przyszłości polskich szpitali w czasie sesji pt. „Szpitalnictwo w czasach rewolucji” w ramach VII Kongresu Wyzwań Zdrowotnych.

Dyskusję prowadzono w kontekście projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa oraz projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Uczestnicy debaty mieli podsumować, czy przewidywane mechanizmy restrukturyzacyjne poprawią rentowność szpitali i ich stabilność finansową, mając zarazem na uwadze, że to pacjent jest najważniejszy.

### Rzetelna wycena świadczeń

• **Jerzy Friediger, członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie:**

- Po pierwsze potrzebna jest rzetelna wycena świadczeń medycznych. Bez tego nie będziemy w stanie doprowadzić do równowagi i właściwego funkcjonowania ochrony zdrowia. Po drugie przywrócenie właściwych wzajemnych relacji i więzi pomiędzy poszczególnymi ogniwami ochrony zdrowia. Nie może być tak, że szpital sobie, ambulatoryjna opieka specjalistyczna sobie, a podstawowa opieka zdrowotna sobie i nie ma niczego, co łączy te świadczenia.

Trzecia rzecz to szpitale, które pozostają całą dobę w gotowości – nie mogą być tak samo finansowane jak szpitale, które o godzinie 15.00 zamykają swoją izbę przyjęć i niech się martwi ten szpital, który ma SOR. Te elementy poprawiania systemu można w miarę bezkosztowo i szybko wprowadzić.

### Konkurencja na rynku pracy

• **Gen. dyw. prof. Grzegorz Gielera, dyrektor Warszawskiego Instytutu Medycznego w Warszawie:**

- Dodałbym do tego odejście od dogmatu centralizacji, przeniesienie ciężaru organizacji systemu opieki zdrowotnej, fundamentu systemu, na poziom samorządów. Rola instytucji centralnej jest w tym, aby pomóc samorządom przygotować się do wzięcia odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo obywateli w swoim rejonie i stopniowo przenosić lecnicтво na poziom samorządowy.

W Danii, która często jest podawana za przykład przez polskich rządzących jako kraj, który odniósł sukces w swojej reformie ochrony zdrowia, mamy system oparty na regionach. Uważam, że to również powinno być przedmiotem dyskusji, analizy i wzięte pod uwagę. W Danii w trakcie wyborów samorządowych wybierana jest także komisja zdrowia. To obywatele wybierają ludzi, którzy będą odpowiadać za ich zdrowie, organizować system ochrony zdrowia i dzielić środki finansowe na poszczególne zadania.

Moja teza: matką wszelkich reform jest uporządkowanie rynku ochrony zdrowia, jeśli chodzi o poruszanie się na nim personelu medycznego. Dziś mamy toksyczną z punktu widzenia systemu centralną pozycję negocjacyjną pracowników ochrony zdrowia, wędrujących pomiędzy jednym a drugim pracodawcą i zmuszających ich do śmiertelnej konkurencji o pracowników. Udział kosztów osobowych bardzo rośnie. Tylko niewielka ich część jest przeznaczana na poprawę świadczeń opieki zdrowotnej.

### Jakość kosztuje

• **Piotr Nowicki, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu:**

- Trochę spokoju. To nie jest czas na rewolucję, reformy, a wracając do popandemicznej normalności, musimy się „poskładać”. Po drugie mamy brak zasobów. Jeśli nie da się ich odtworzyć lub wytworzyć, trzeba je koncentrować w mniejszej ilości podmiotów tak, aby stworzyć dobre i skuteczne jednostki, a nie udawać, że coś jest, a w rzeczywistości tego brak.

Po trzecie niewpuszczanie nas w dwa sprzeczne ze sobą kierunki, tak jak dwie nowe ustawy: z jednej strony jakość, z drugiej restrukturyzacja i optymalizacja kosztowa. Powiem tak: jakość kosztuje, więc nie można z jednej strony jej poprawiać, a z drugiej patrzeć na wszelkie możliwe oszczędności, bo tak naprawdę to ze sobą nie idzie w parze.

### Po pierwsze taryfikacja

• **Prof. Krystian Wita, p.o. zastępcy dyrektora ds. leczenia Górnośląskiego Centrum Medycznego im. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii:**

- Po pierwsze taryfikacja, ale na to nie ma czasu, w związku z tym uwspółczynnikowanie wielu dziedzin. Interna jest niedoszacowana, geriatryja podobnie; ona powinna być jak najszybciej „wypożyczona” we współczynniki, zanim przejdzie przez okres taryfikacji. W związku z sytuacją polityczną specustawa dotycząca pielęgniarek i lekarzy z Ukrainy jest bardzo potrzebna.



Następna rzecz: albo odstąpienie od bolońskiego systemu kształcenia, albo wprowadzenie mieszanego systemu kształcenia pielęgniarek, gdzie będzie również - oprócz pielęgniarki - ktoś, kto po liceum może stanąć przy łóżku pacjenta.

Obecnie wydaje się, że największy kryzys jest w anestezjologii, więc być może nie należy poprawiać rozporządzenia w tej sprawie, ale od niego odejść. Bo ono szachuje dyrektorów szpitali. Takie rzeczy można zmienić w miarę szybko.

#### **Wspólne dane, większe finansowanie**

##### **• Anieli Hejnowska, General Manager w IQVIA Poland:**

- Lekarze poświęcają średnio 30-40% czasu na sprawy administracyjne. Sugerowałabym regulacje narzucające pewien format zbierania danych oraz aby te formaty były interoperacyjne, ułatwiające placówkom dzielenie się danymi.

Niestety, w polskim szpitalnictwie, a także w całym systemie ochrony zdrowia nadal nie ma standaryzacji oraz wspomnianej interoperacyjności w zakresie przepływu informacji. Brakuje też realnych danych, na podstawie których można podejmować właściwe decyzje dotyczące wyceny świadczeń medycznych. Brakuje również

rzetelnych informacji pozwalających określić rzeczywistą efektywność poszczególnych terapii.

Dlatego byłoby dobrze, gdyby odpowiednia instytucja zajęła się ustaleniem ram precyzujących zasady gromadzenia oraz przetwarzania danych w naszej ochronie zdrowia, żeby na ich podstawie oprzeć plan reformowania systemu.

##### **• Dr Piotr Warczyński, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2014-2017:**

- Zacząłbym od źródeł, czyli tego, co jest największą bolączką. Według danych Eurostatu za 2020 r. nasze wydatki na ochronę zdrowia nadal są najmniejsze ze wszystkich krajów Unii Europejskiej. Musimy zwiększyć finansowanie systemu ochrony zdrowia. Nie da się zwiększyć finansowania szpitali, nie zwiększając ogólnych wydatków.

System szpitalnictwa pochłania w tej chwili ponad 50% nakładów po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, a powinien oscylować w okolicach 30%. Ogólnie zwiększenie wydatków na system opieki zdrowotnej to większe wydatki z budżetu oraz podniesienie składki zdrowotnej.

*Marianna LACH*

*(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 3/22)*

## **#SPRAWDZAM. W CIĄGU SIEDMIU LAT PODWOJONO NAKŁADY NA ZDROWIE?**

Przy okazji prezentacji najnowszej wersji projektu budżetu, który rząd musi przyjąć do końca września, premier Mateusz Morawiecki zapowiedział, że w 2023 r. Wydatki na ochronę zdrowia wyniosą ponad 6 pkt. procentowych liczonych od PKB. – osiągniemy cel, nawet go przekroczymy na poziomie 6,2–6,3% – dodał szef rządu. – Kiedy przejmowaliśmy stery rządów pod koniec 2015 r., wydatki na sferę służby zdrowia sięgały 4,5% PKB – podkreślił Morawiecki.

Największy nacisk premier położył jednak na imponujący wzrost w liczbach bezwzględnych. Przekonywał, że publiczne wydatki wzrosły z 77 mld zł w 2015 r. do 160–165 mld, czyli nastąpiło „ponad podwojenie” budżetu na służbę zdrowia. Czy aby na pewno?

Premier porównuje 4,5% PKB z 2015 r. (faktycznie było to nieco więcej), czyli wskaźnik obliczony według międzynarodowej metody, jaką stosuje GUS w Narodowym Rachunku Zdrowia, raportowany do instytucji takich jak Komisja Europejska czy OECD, ze wskaźnikiem obliczonym według ustawy 7% PKB na zdrowie, w której wydatki publiczne na ochronę zdrowia odnosi się do PKB sprzed dwóch lat. Jakie są skutki? Niedawna informacja sygnałna GUS, dotycząca wydatków publicznych na ochronę zdrowia, nie pozostawia wątpliwości: w 2021 r. według ustawy wydaliśmy blisko 6% PKB, gdyby jednak odnieść wartość publicznych wydatków do PKB z tego samego roku, otrzymalibyśmy tylko 4,9%. To pierwsza

manipulacja, bo różnica między 4,5–4,6% PKB z 2015 r. a 4,9% z 2021 nie jest wcale spektakularna.

Jej konsekwencją jest manipulacja wzrostem nominalnym. W 2015 r. publiczne wydatki na zdrowie wyniosły niemal 80 mld zł (również dane GUS, NRZ za 2015 r.), w 2023 mają przekroczyć 160 mld zł. I zapewne tak będzie. Czy są jednak powody do radości? Eksperci, od co najmniej dwóch, trzech lat alarmują, że ustawa, która miała gwarantować realny wzrost finansowania ochrony zdrowia nie działa, że za większe pieniądze możemy kupić najwyżej tyle samo świadczeń. Część komentujących (ten wątek pojawił się również w wypowiedzi premiera) szuka przyczyny takiego stanu rzeczy w równoległym dynamicznym wzroście płac personelu medycznego.

Zagadkę „gdzie podziewają się pieniądze na ochronę zdrowia” dość nieoczekiwanie pomógł rozwiązać jeden z tabloidów, ruszając na zakupy z „koszykiem Dudy” do dyskontu z owadem w logo. Prezydent dokonał zakupów w kampanii prezydenckiej 2015 r., gdy chciał udowodnić, że w Polsce dzięki pozostawianiu przy złotym jest taniej niż na Słowacji, która weszła do strefy euro. I rzeczywiście – było taniej. Jednak każdy kij ma dwa końce. W tej chwili po włożeniu do koszyka tego samego (ewentualnie najtańszych odpowiedników wycofanych towarów) dziennikarze zapłacili ponad 100% więcej. Prawdziwe pa-



ragony grozy: za to, co kosztowało w 2015 r. nieco ponad 34 zł, w tej chwili trzeba zapłacić ponad 72 zł.

Nawet przyjmując, że inflacja dotknęła żywność nieco bardziej niż sektor usług medycznych, trzeba pamiętać, że Mateusz Morawiecki porównywał wolumen środków z 2015 r. z nakładami na 2023. Tegoroczne będą przynajmniej o kilkanaście miliardów złotych niższe, wyniosą

zapewne 140–145 mld zł. Wychodzi na to, że za 140 mld zł jesteśmy w stanie włożyć do koszyka zdrowotnego mniej więcej to samo, co w 2015 r. To nie koszyk jest wart więcej, na więcej opiewa jedynie „paragon”.

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” nr 10/22)

## DENTYSTA EKO-ODPOWIEDZIALNY

Niniejszy tekst dedykuję tym, którzy chcą się zaangażować i zgłębiać temat powiązania wyzwań ekologicznych z gabinetem stomatologicznym, którzy zainteresowani są stopniem zagrożenia równowagi niezbędnej dla zdrowia publicznego. To także propozycja tematu do refleksji, czy zaangażowanie w ekologię może się stać inwestycją w gabinecie stomatologa.

Jakość ekosystemów i prawidłowe ich funkcjonowanie to fundament życia na Ziemi. To warunek zdrowia i rozmnażania tak człowieka, jak i zwierząt oraz roślin. Globalne zmiany środowiska są już obserwowane. Pośród licznych ich oddziaływań, wystarczy wskazać na bezpośrednie, takie jak ekspozycję na zmiany temperatur, ekstremalne zjawiska pogodowe oraz pośrednie - w postaci reakcji na degradację powietrza, niedostatek wody, nagły wzrost chorób wirusowych czy odzwierzęcych. Zmiany klimatyczne, szybko i do głębi zmieniające otaczające nas środowisko, to największe zagrożenie dla zdrowia publicznego w XXI wieku. Niebezpieczeństwo to z pewnością zostanie zaostrome przez migracje ludności i zbrojne konflikty.

Obojętność w stosunku do zachodzących w tym temacie zmian stanowi poważne ryzyko dla zachowania korzystnych warunków do życia takich, jakie są nam znane od tysiącleci. Niewątpliwie w odpowiedzialnym i świadomym działaniu na rzecz ochrony środowiska, a tym samym zdrowia, lekarz stomatolog odgrywa także istotną rolę.

Warto, aby temat, który już od jakiegoś czasu jest omawiany przez środowisko w Europie, znalazł również swoje miejsce pośród innych, w panelach dyskusyjnych polskich dentystów.

Eko-odpowiedzialność przekładać się może na każde działanie. Redukcja produkcji odpadów, zużycia wody, energii, emisji dwutlenku węgla i innych zanieczyszczeń w związku z użyciem środków transportu czy zakupem sprzętu i produktów to powszechnie i najsamprzód wymieniane aktywności.

Tylko jednak bliższa perspektywa, z punktu widzenia stomatologa, pozwala zauważyć szczegóły tych eko-gestów.

### Zanieczyszczenie powietrza

Powietrze gabinetu stomatologicznego zanieczyszczone jest w sposób specyficzny, odmienny od innych środowisk, w jakich przebywa personel poza godzinami pracy czy pacjenci. To zainfekowany aerozol, powstający wskutek działania urządzeń rotacyjnych i ultradźwiękowych,

mikro- i nanocząsteczki pochodzące z polerowania, opary środków do dezynfekcji, cząsteczki produktów medycznych (metakrylanu metylu, lateksu, podtlenku azotu czy, coraz rzadziej, amalgamatu lub formaldehydu). Prócz bezpośredniego wpływu podtlenku azotu czy lotnych związków organicznych na efekt cieplarniany, stanowią one ryzyko konsekwencji zdrowotnych (przede wszystkim u osób przewlekle poddanych działaniu tych składowych) w postaci wzrostu szansy na infekcję, alergię, astmę, patologię sercowo-naczyniową, nowotworów dróg oddechowych.

Identyfikacja wszystkich źródeł zanieczyszczenia powietrza, którym oddychamy podczas pracy oraz używanie produktów skrupulatnie wg zaleceń producenta, to kluczowy krok w okieźnaniu ich emisji. W przypadku niebezpiecznych produktów chemicznych pomocą służą piktogramy i uwagi o zagrożeniach umieszczone na etykietach. Nie powinno się bagatelizować ich treści. Receptą na zanieczyszczenia jest też stała wymiana powietrza w gabinecie. Dla jego odświeżania zalecane jest używanie przede wszystkim naturalnej wentylacji i wentylacji grawitacyjnej, co, wraz z optymalizacją ogrzewania i użycia klimatyzacji, skutkuje redukcją zanieczyszczeń i oszczędnością energii.

### Eko-etykiety

Znaki graficzne obecne na opakowaniach produktów mogą (a nawet powinny) być wyznacznikiem ich zakupu. Znajomość więc eko-etykiet okazuje się być cenną wiedzą. Od szeregu lat na terenie Unii Europejskiej przyjęte jest oznakowanie „EU Ecolabel”. Niektóre z krajów przyjęły też dodatkowo swoje własne oznakowanie: „NF Environment” (we Francji), Der Blaue Anker (w Niemczech), Nordic Swan Ecolabel (w Norwegii). Polska nie dysponuje swoim własnym znakiem.

### Odpady

Zagadnienie odpadów (głównie selekcji) w gabinecie stomatologa to bardzo szeroki problem, który swoim zasięgiem daleko wykracza poza ramy niniejszego tekstu. Niewątpliwym sukcesem ostatniego czasu w tym zakresie są prace dotyczące całkowitej eliminacji użycia amalgamatu do wypełnień w zębach. To z pewnością przełoży się na eliminację odpadów tego produktu.

### Plastik

Zużycie plastiku w gabinecie stomatologicznym jest niewątpliwie znaczne. To nie tylko sprzęt, ale w głównej mierze produkty jednorazowego użytku. Na opakowaniu każdego



zakupionego przedmiotu powinien być obecny symbol ekologiczny: „koło Mobiusa” z cyfrą (od 1 do 7) w środku, która informuje, z którym rodzajem plastiku mamy do czynienia (tym samym, czy jest bezpieczny i może być recyklingowany). Ważnym jest zwrócenie uwagi na ten piktogram i kierowanie się nim również przy zakupie. Niestety, plastik używany do produkcji środków do higieny - szczoteczek do zębów, nie nadaje się w ogóle do recyklingu. Każda więc szczoteczka, wyprodukowana i użyta na całym świecie (od kilkudziesięciu lat) wciąż gdzieś „żyje” jako odpad. Stąd też tak cenna jest każda inicjatywa (np. w postaci start-upów) producentów produktów do higieny, by wytwarzać je z materiałów degradowalnych lub nadających się do ponownego użycia. Również idea pakowania w aluminiowe, zamiast plastikowe tuby, pasty do zębów, wydaje się ciekawym rozwiązaniem.

#### **Materiały stomatologiczne i nanocząstki**

Bisfenol A, bis-GMA i inne związki chemiczne obecne w materiałach stomatologicznych poddawane są w ostat-

nich latach drobiazgowym badaniom, których celem jest poznanie ich wpływu na układ hormonalny tak pacjentów, jak i ekspozowanego na nie personelu gabinetu stomatologicznego. Analogicznie, obserwuje się reakcję na dwutlenek krzemu, hydroksyapatyt, węglan wapnia, fosforan wapnia, dwutlenek tytanu, cyrkon, węgiel techniczny i inne związki, które są obecne w postaci nanocząstek tak w środkach do higieny (pastach do zębów, płynach do płukania), jak i materiałach.

Jak widać, zagadnienia, które dotyczą równolegle pracy stomatologa oraz ekologii, można mnożyć. To zaledwie zasygnalizowanie kilku spośród wielu, które przedstawiają ten problem. Już teraz jednak chyba nie można zaprzeczyć, iż problem dotyczący ekologii, powinien zagrościć na stałe w życiu zawodowym stomatologa.

*Dr n. med. Agnieszka A. PAWLIK*

*lekarz dentysta*

*(przedruk z Pro Medico” nr 10/22)*

## **ILE ZARABIA LEKARZ DENTYSTA?**

Od lat jednym z najbardziej obleganych kierunków studiów jest stomatologia. Na Uniwersytet Medyczny w Łodzi o jedno miejsce w roku akademickim 2021/2022 ubiegało się prawie 14 osób. Limit miejsc na studia stacjonarne to 120, na niestacjonarne to 36, a w języku angielskim kolejne 36. Dodatkowo są miejsca dla cudzoziemców chcących studiować w języku polskim, o które w tym roku starają się studenci z Ukrainy, chcący kontynuować studia w Polsce oraz osoby z ukraińską maturą. Na studia stacjonarne limit miejsc w całym kraju to około 900, natomiast razem ze studiami niestacjonarnymi to około 1500. Koszt za studia niestacjonarne wynosi nawet 300 tys. złotych. Miasta, w których można studiować stomatologię to: Białystok, Gdańsk, Katowice, Kraków, Lublin, Łódź, Poznań, Szczecin, Warszawa i Wrocław.

Zapewne tak duża popularność studiów stomatologicznych może wynikać z nadziei na niezależność zawodową oraz chyba jednak na szybki zarobek, tym bardziej że popularne media podsycają ten wizerunek i po „paragonach grozy” z nadmorskich restauracji, pojawiły się „paragony grozy” z gabinetów dentystycznych. Nagłówki krzyczą: 1 tys. złotych za leczenie kanałowe, 5 tys. za protezę i 300 zł za usunięcie zęba. Niewątpliwie może to robić przykre wrażenie, zwłaszcza na starszej części społeczeństwa, przywykłej do darmowego leczenia, a żyjącej obecnie na chudym, emeryckim portfelu.

Brawurowe szacunki zarobków polskich dentystów prezentuje też Salary Expert kalkulator płac sygnowany przez Economic Research Institute. Początkujący lekarz dentysta (trzy lata w zawodzie) ma zarabiać w Polsce rocznie średnio 132.106 zł, a doświadczony specjalista (ponad osiem lat w zawodzie) aż 242.391 zł. Godzinowa

stawka (średnia) to 93 zł. Zarobki liczone jako mediana są nieco niższe i wynoszą 190.483 zł (92 zł).

Faktem jest, że na fali tzw. opłaty covidowej większość gabinetów podniosła opłaty za swoje usługi. Uważa się, że średnio ceny w ostatnim roku w gabinetach stomatologicznych wzrosły o ok. 15,8%, czyli na poziomie ogólnej inflacji. I chyba należy spodziewać się dalszych podwyżek, zwłaszcza że za większość materiałów stomatologicznych oryginalnie płaci się w euro lub dolarach. Ale czy tak jest naprawdę, zwłaszcza poza prężnie działającymi placówkami specjalistycznymi w większych miastach?

Według ostatnich danych GUS z października 2020 r., w placówkach zatrudniających przynajmniej 10 lekarzy dentystów te zarobki były zdecydowanie niższe. Średnia stawka godzinowa została wyliczona na poziomie 33,78 zł (w sektorze publicznym: 33,67 zł, a prywatnym: 34,24 zł). Jednocześnie według danych GUS średnie wynagrodzenie lekarza dentysty w wieku do 24 lat to 2.911,68 zł, w wieku 25–34 lat to 4.254,00 zł, w wieku 35–44 lat to 6.594,55 zł, w wieku 45–54 lat to 8.706,87 zł, w wieku 55–59 lat to 9.012,69 zł, w wieku 60–64 lat to 8.083,68 zł, a w wieku powyżej 65 lat to 9.244,32 zł (kto jeszcze w tym wieku ma siłę aktywnie pracować?).

Kwoty te można by porównać do zarobków uzyskiwanych np. w Niemczech, gdzie średnia zarobków rocznych wynosi niebagatelne 134.681 euro (czyli 633 tys. złotych), a stawka godzinowa to 65 euro (305,5 zł). Albo chociażby do zarobków dentystów na Węgrzech, gdzie średnia roczna zarobków to 47.880 euro (225 tys zł), a godzinowa stawka to 23 euro (108 zł).

Jednocześnie według raportu Krajowego Rejestru Długów (KRD) wynika, że od 2018 r. zadłużenie prywatnego sektora usług medycznych wzrosło o 60% i wynosi obec-



nie 162 mln zł. Aż 23% tej kwoty (37 mln zł) to zobowiązania właścicieli gabinetów stomatologicznych.

Nie da się w tych rozważaniach pominąć niedofinansowanego sektora publicznej opieki stomatologicznej, z którego odchodzą najwytrwalsi z lekarzy dentystów. Według danych NFZ od 2019 do 2022 r. ubyłoby kolejne 17,3% gabinetów realizujących kontrakty stomatologiczne. W utrzymaniu kontraktu nie pomaga też lekarzom-przedsiębiorcom podnoszenie najniższego wynagrodze-

nia w ochronie zdrowia. Niewielu jest lekarzy dentystów pracujących na etacie (głównie w ramach rezydentur czy w szpitalach klinicznych), zdecydowana większość jest natomiast pracodawcami dla personelu niższego.

Niewątpliwie kierunek ku nowoczesności w stomatologii wymaga dużych nakładów finansowych. Taniej raczej nie będzie. Łatwiej – też nie.

Patrycja PROC

(przedruk z „Panaceum” nr 10/22)

## JAK OSZCZĘDZAĆ NA EMERYTURĘ I NIE ZWARIOWAĆ?

Październik to idealna okazja, żeby poruszyć temat emerytury. Po pierwsze – oficjalnie to miesiąc oszczędzania. A po drugie – jesień skłania do myślenia o... jesieni życia. I tak właśnie dobrnęliśmy do sedna: co zrobić, żeby ta jesień życia miała twarz „pięknej złotej” a nie „deszczowej i smutnej”? Rada jest jedna: oszczędzać. Tylko jak?

Trzeba to powiedzieć wprost: Polacy nie są mistrzami oszczędzania. Według badania, „Oszczędzanie w obliczu wysokiej inflacji”, przeprowadzonego na zlecenie Banku Millennium, aż jeden na czterech rodaków (26 proc.) nie ma żadnych oszczędności. Aż jedna trzecia respondentów przyznała, że w obecnej sytuacji gospodarczej nie oszczędza. To bardzo ryzykowna strategia, zwłaszcza biorąc pod uwagę coraz bardziej kulejący, a oparty na zasadzie solidarności społecznej, system emerytalny.

Niestety, wielu Polaków nie ma świadomości, jak funkcjonuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wydaje nam się, że skoro dziś odkładamy tam realne pieniądze, to te same pieniądze otrzymamy „w ratach” po przejściu na emeryturę. Niestety, sytuacja nie jest tak klarowna. Trzeba od razu powiedzieć, że pieniądze, jakie odkładamy dziś, w dużej mierze służą ZUS-owi do zaspokajania potrzeb obecnych emerytów. Świadczenia przyszłych emerytów mają być regulowane ze składek przyszłych pracowników. Problem polega na tym, że wszystkie prognozy wskazują na drastyczny w skutkach rozdział między liczebnością jednej i drugiej grupy. Jak niedawno podawał portal money.pl (1), już nawet sam ZUS szacuje, że stopa zastąpienia (czyli procentowo ujęta kwota naszej ostatniej pensji) dla obecnych trzydziestolatków wyniesie zaledwie 18,7%.

Ta niezbyt kolorowa perspektywa sprawia, że wielu z nas myśli o emeryturze odkłada na później. To może być jedno z najgorszych zaniedbań finansowych, jakich się dopuścimy. Jeśli nie czeka nas wielki spadek, możemy śmiało założyć, że większość z nas powinna zacząć oszczędzać na emeryturę jak najszybciej. Dlaczego? To proste. Im dłuższy okres oszczędzania, tym więcej uda nam się zgromadzić i na dodatek jest to prostsze. Wyliczenia pokazują, że kobieta, która zarabia dziś ok 8 tys. zł netto miesięcznie, może liczyć na emeryturę w wysokości... około 2,6 tys. zł. To oznacza realny spadek mie-

sięcznych dochodów o blisko 70%. Żeby utrzymać godny poziom życia, eksperci wskazują, że stopa zastąpienia powinna wynieść około 50%. A to oznacza dodatkowe 1,5 tys. zł co miesiąc, czyli 360 tys. zł na dwadzieścia lat naszej emerytury. Dla kogoś, kto ma trzydzieści lat, oznacza to konieczność oszczędzania ok. 1 tys. zł co miesiąc. Ale już dla osoby pięćdziesięciu lat starszej – 1,5 tys. zł.

Dlatego im wcześniej zaczniemy poważnie o tym myśleć, tym lepiej dla naszej przyszłości. Zobaczmy, w jakich formach możemy oszczędzać.

### Oszczędzanie z emeryturą w tle – tzw. trzeci filar emerytalny

Na początek słowo wstępu. Jak w przypadku każdych oszczędności, tak i do tych emerytalnych powinniśmy stosować jedną naczelną zasadę: dywersyfikacja portfela. Oznacza to, że warto wybrać co najmniej dwa z ogólnodostępnych rozwiązań po to, żeby dostosować do siebie model ryzyka, cykl oszczędzania i nasze ogólne możliwości. Omówmy dostępne opcje.

Pierwszą z nich jest niewątpliwie PPK – czyli Pracownicze Plany Kapitałowe. Trzeba przyznać, że po reformie OFE, Polacy nie mają zaufania do proponowanych przez państwo systemów oszczędzania, co zresztą nie dziwi. W sierpniu tego roku w programach PPK uczestniczyło zaledwie 33,1 proc. uprawnionych, czyli 2,44 mln osób (2).

PPK to jedyny system, w którym uczestniczą aż trzy podmioty: pracownik, pracodawca i państwo. Pracownik co miesiąc odkłada ze swojej bieżącej wypłaty minimum 2 procent pensji. Może też zadeklarować dodatkową wpłatę do łącznej wysokości 4%. Co miesiąc odkłada też dla pracownika pracodawca – już nie potrącając z pensji, minimalnie 1,5%, ale może też zaproponować wyższą stawkę – do 2,5%. W sprzyjających warunkach na nasze konto emerytalne może więc trafić nawet 6,5% wartości naszego wynagrodzenia. Państwo daje zaś każdemu 250 zł wpłaty powitalnej i coroczną dopłatę w wysokości 240 zł.

Argumentem przemawiającym za udziałem w PPK jest z pewnością możliwość uniknięcia zapłaty podatku od zysków kapitałowych, który dziś wynosi 19%. Jeśli przed ukończeniem sześćdziesiątego roku życia nie wypłacimy z PPK, a potem wypłacimy jednorazowo tylko 25%, a resztę pobierzemy w 120 miesięcznych ratach, to



podatku nie zapłacimy. Jeśli jednak wypłacimy pieniądze wcześniej – podatek będziemy musieli zapłacić.

### **Konta emerytalne**

Jeśli nie chcemy korzystać z PPK, zawsze mamy do wyboru bardziej elastyczne i uzależnione od nas formy:

- Indywidualne Konto Emerytalne (IKE),
- Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE).

Przystąpienie do obu tych form oszczędzania jest całkowicie dobrowolne. Oba konta mogą prowadzić różne instytucje finansowe – banki, towarzystwa emerytalne, domy maklerskie i towarzystwa ubezpieczeniowe. Warto dokładnie sprawdzić ofertę i warunki związane z opłatami za te rachunki i zarządzanie finansami, bo mogą się od siebie różnić.

Zarówno IKE i IKZE dają możliwość inwestowania w różne instrumenty finansowe, m.in. klasyczne konta oszczędnościowe, obligacje skarbowe, fundusze inwestycyjne czy nawet akcje spółek notowanych na giełdzie za pośrednictwem kont maklerskich. Pamiętajmy, że tu – podobnie jak w przypadku każdej innej inwestycji – bardziej agresywne inwestowanie może się wiązać z utratą części oszczędności.

Pieniądze w obu przypadkach są dziedziczone. Jednak w przypadku IKE nie będzie konieczności opłacania podatku a w przypadku IKZE trzeba będzie zapłacić podatek dochodowy.

Warto wspomnieć, że tak naprawdę oba te konta to pomysł na oszczędzanie na emeryturę, dają więc korzyści – głównie podatkowe – ale są też obwarowane w taki sposób, aby wypłata pieniędzy przed emeryturą te korzyści niwelowała. Co dają obie te formy oszczędzania? IKZE daje optymalizację podatkową, a IKE całkowitą możliwość uniknięcia podatku. Obie formy mają limity rocznych wpłat, ale się od siebie różnią. Porównajmy je:

- Kto może założyć? W obu przypadkach każdy, kto ukończył szesnasty rok życia.
- Jakie limity wpłat? IKE: 3-krotność rocznego wynagrodzenia (za 2022 r. to 17.766 zł), a w IKZE: 1,2 dla wszystkich (7.106,40 zł) oraz 1,8 dla samozatrudnionych (10.659,60 zł).
- Opodatkowanie? IKE: pieniądze są nieopodatkowane, IKZE: podczas wypłaty naliczony będzie 10% zryczałtowany podatek.
- Czy są korzyści podatkowe? IKE: zwolnienie z podatku Belki przy wypłacie, IKZE: zwolnienie z podatku Belki przy wypłacie oraz możliwość odliczenia co roku w PIT (optymalizacja podatkowa).
- Jak wypłacić, żeby zachować korzyści? IKE: po ukończeniu sześćdziesięciu lat. Dodatkowo, wpłaty co najmniej przez 5 lat lub jedna druga kwoty wpłacona najpóźniej 5 lat przed wypłatą. IKZE: po ukończeniu 65 lat, tu także konieczność dokonywania wpłat minimum przez 5 lat.
- Czy można wypłacić wcześniej? IKE: Tak, w całości lub części, ale zyski będą objęte podatkiem Belki. IKZE: Tak, ale wypłata tylko w całości. Wypłacone pieniądze będą objęte podatkiem Belki i podatkiem dochodowym.

Tak naprawdę nie musimy wybierać między jednym a drugim systemem. Możemy korzystać z obu tak, żeby elastyczność i szybszą wypłatę mieć z IKE, a korzyści podatkowe z IKZE. To dobre podejście, bo pozwala nam na dywersyfikację oszczędności.

### **Emerytura spoza filaru**

Poza trzecim filarem, możemy też skorzystać z różnych planów oszczędnościowych oferowanych głównie przez towarzystwa ubezpieczeniowe jak Prudential czy Unum. W tym przypadku to produkt łączony, jest to bowiem polisa na życie z gwarantowaną wypłatą składek. Z jednej strony opłacamy więc składkę za ubezpieczenie na życie, z drugiej zaś odkładamy na emeryturę. Takie połączenie jest korzystne zwłaszcza, jeśli i tak chcemy korzystać z polisy na życie. Oczywiście, warunki takich planów różnią się od siebie i trzeba bardzo dokładnie zapoznać się z ogólnymi warunkami umowy, są jednak elastyczne w zakresie wysokości opłacanej składki i kwoty ubezpieczenia. Taka prywatna emerytura to dobry wybór dla każdego, kto nie chce za dużo czasu poświęcać na wybór osobnych produktów i ich kontrolę.

Inne sposoby oszczędzania na emeryturę poza trzecim filarem wymagają od nas nieco więcej uwagi. Powtórzę też to, co wskazywałam na początku: przy oszczędzaniu, zwłaszcza z myślą o emeryturze, potrzebna jest nam dywersyfikacja tak, żeby przynajmniej część pieniędzy pozostała w bezpiecznym miejscu.

Do dyspozycji mamy właściwie cały wachlarz inwestycyjno-oszczędnościowy dostępny w instytucjach finansowych. Możemy oczywiście oszczędzać na lokatach bankowych czy kontach oszczędnościowych, choć nawet przy obecnych ofertach (na poziomie ok. 7%), i tak nie zagwarantują nam odpowiedniej stopy zysku z kapitału i w żaden sposób nie chronią nas przed podatkiem.

Warto też zainteresować się funduszami inwestycyjnymi, które dają nam możliwość zbudowania bardzo zróżnicowanego portfela inwestycji – od ostrożnych aż do bardziej ryzykownych. Jeśli nie umiemy sami zbudować swojej strategii inwestycyjnej, wybierzmy się na spotkanie ze specjalistą, który pomoże zbudować nam portfel lub nawet będzie go prowadzić.

Swój kapitał możemy też pomnażać na giełdzie, ale tu muszę przestrzec, żeby przeznaczyć na to raczej część oszczędności, a zanim się do tego zabierzemy – dokładnie się zastanowić nad akceptowanym ryzykiem. Inwestowanie na giełdzie wymaga dużo uwagi i nierzadko podejmowania szybkich decyzji.

Dobłą decyzją będzie zapewne ulokowanie części kapitału w aktywach, które wykazują się odpornością na wahania rynkowe i stabilnym wzrostem. Klasycznym przykładem jest tu złoto, które tradycyjnie już jest przystanią dla bardziej konserwatywnych inwestorów.

Skoro jesteśmy już przy profilu konserwatywnym, trzeba też wspomnieć o obligacjach skarbu państwa. Choć historia zna różne przypadki, można śmiało powie-



dzieć, że to jeden z bezpieczniejszych sposobów lokowania oszczędności, jego minusem jest jednak długi termin zapadalności i stosunkowo niewielki zysk.

Niezależnie od tego, która forma oszczędzania na emeryturę jest dla nas najwygodniejsza, warto zacząć jak najwcześniej. Nawet 100 zł miesięcznie może zrobić różnicę w przyszłości, bo stare porzekadło „grosz do grosza, a będzie kokosza” ma w sobie wiele prawdy.

Katarzyna RULKIEWICZ

1. Za „Rzeczpospolitą” z 21.09. 2022 r., „Pracownicze plany kapitałowe rosną, ale na bocianich nogach”.

2. <https://www.money.pl/emerytury/zaskakujace-prognozyemerytur-polakowmammy-wewnetrznetyliczenia-zus6804906856110848a.html>

(przedruk z „Panaceum” nr 10/22)

## PUSTKA PO ŚMIERCI PACJENTA

Jako grupa zawodowa lekarzy, jesteśmy na co dzień zaangażowani w tak trudne zadanie, jak służenie ludzkiemu zdrowiu i życiu. Wydawać by się mogło, że codzienne stawianie naprzeciw tych wyzwań miałoby uodpornić nas, lekarzy, na traumę związaną z zagrożeniem życia, które niosła ze sobą pandemia. Okazało się jednak, że w wielu przypadkach tak się nie stało.

Niektórzy lekarze przyznawali wprost, że tyle śmierci pacjentów, ile zdarzyło się w trakcie pandemicznego szczytu, nie widzieli w trakcie całej dotychczasowej kariery zawodowej. Doświadczenie bezradności lekarzy wobec śmiertelnego wirusa, którego ofiary na covidowych dyżurach liczono w dziesiątkach i setkach, spowodowało u wielu medyków długotrwały stres, uraz psychiczny, a nawet traumę.

Stan pandemii trwający w naszym kraju praktycznie nieprzerwanie od marca 2020 r. stał się poligonem, na którym większość z nas była zmuszona podwoić wysiłki, w wielu miejscach diametralnie zmienić postępowanie, znosić uciążliwości związane choćby z koniecznością wielogodzinnego stosowania zabezpieczeń (strojów ochronnych i masek). Tymczasem używanie szczelnych strojów ochronnych w znacznym stopniu wpłynęło na relacje w pracy pomiędzy lekarzami. Konieczne zabezpieczenia uniemożliwiły obserwowanie mimiki twarzy, która jest istotnym wskaźnikiem relacji międzyludzkich. Noszenie maseczek ochronnych prowadziło niekiedy do nieporozumień, trudności w komunikacji, a nawet konfliktów.

### ZATKANY WENTYL BEZPIECZEŃSTWA

Ograniczenia w poruszaniu się, związane z pandemią, to także zmniejszenie aktywności pozazawodowej lekarzy, porzucenie swego hobby, uprawiania sportu, podróży. Tymczasem dla lekarzy to swoisty „wentyl bezpieczeństwa”, zarówno w pracy zawodowej, jak i relacjach społecznych. Dzięki temu dbamy o zdrowie somatyczne i higienę psychiczną. Przez dwa lata ów wentyl był po prostu zatkany.

Pandemia ujawniła nie tylko konieczność wypracowania procedur postępowania, które dawały szansę zapobiegać rozprzestrzenianiu się wirusa, leczenia skutków zakażenia, ale także szczegółowych wytycznych – jak postępować w życiu codziennym w przypadku zawodowe-

go narażenia na zakażenie. Po pracy wracaliśmy przecież do domów, gdzie w naszym otoczeniu przebywały dzieci, starsi i nierzadko cierpiący na różne schorzenia rodzice. Zatem nie tylko obciążenie nowymi zagadnieniami zawodowymi było źródłem stresu, ale

także zwykła codzienność w rzeczywistości pandemii, bo przecież jesteśmy ludźmi, mamy rodziców, dzieci, sami chorujemy na schorzenia mające wpływ na odporność, a zatem na ryzyko ciężkiego przebiegu infekcji. Należy też wspomnieć o trudnościach organizacyjnych i finansowych, które pojawiają się nawet w codziennych wyzwaniach związanych z ochroną zdrowia, a zostały spotęgowane przez pandemię. One także miały wpływ na stres i funkcjonowanie zawodowe lekarzy. Nieodreagowany, skumulowany stres, niesie zagrożenie ostrego stanu pourazowego, który niezaopatrzone – w konsekwencji – prowadzi do rozwoju traumy, a nawet do przeżycia stresu pourazowego.

### NASTĘPSTWA NIELECZONEGO URAZU

Zespół stresu pourazowego nie rozwija się jako bezpośrednie następstwo traumatycznego zdarzenia. Raczej zaburzenie to powstaje/wyłania się z wzorca ostrego dystresu, silnej reakcji pourazowej uruchamianej przez zdarzenie. Stan dystresu jest normalną reakcją na horror, bezradność i strach, które są krytycznymi elementami traumatycznego doświadczenia. Jednak, zdaniem McFarlane’a i Yehudy (1995), typowy wzorzec (...) polega na ustąpieniu objawów, a nie na rozwoju PTSD. Chroniczne PTSD – wiele lat po zdarzeniu urazowym – w zasadzie nie jest bezpośrednim następstwem traumatycznego zdarzenia (...). Najbardziej chroniczne postacie PTSD reprezentują niepowodzenie w uleczeniu i modulacji ostrej reakcji potraumatycznej.

Innymi słowy – skutkiem traumy jest ostry stan pourazowy, natomiast rozwój chronicznego PTSD jest wynikiem braku możliwości poradzenia sobie z bezpośrednią reakcją na traumę (Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu; współczesne kierunki badań Maria Lis-Turlejska Rok: 2000 Czasopismo: Nowiny Psychologiczne).

Z tego względu tak ważne jest, aby zapobiegać rozwojowi chronicznego PTSD wśród przedstawicieli na-





szego zawodu i podjęcie działań zmierzających do opowania ostrego stanu pourazowego. Jako pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy Śląskiej Izby Lekarskiej, od początku pandemii spotykałam się ze wzmożonym zainteresowaniem Koleżanek i Kolegów pomocą psychologiczną i psychiatryczną. Kilkudziesięciu lekarzy z terenu naszej Izby kontaktowało się ze mną telefonicznie lub mailowo, kilka osób zdecydowało się na wizytę osobistą w związku z obserwowanymi u siebie niepokojącymi objawami. Wśród dolegliwości dominowały objawy z kręgu zaburzeń lękowych i psychosomatycznych. Tego typu zaburzenia nie należą do najcięższych, z jakimi spotyka się psychiatrę w swojej pracy, ale powodowały duży dyskomfort i utrudnienia w wykonywaniu zawodu oraz codziennym funkcjonowaniu lekarzy.

### **SPARALIŻOWANI TRAUMA**

Pracująca na SOR lekarka około sześć miesięcy po rozpoczęciu pandemii zaczęła doświadczać ataków paniki przed pójściem do pracy, gdzie codziennie spotykała zakażone osoby. Doświadczała m.in. bólu, ucisku w klatce piersiowej, drętwienia lewej kończyny górnej, czemu towarzyszył lęk przed śmiercią w zawale. Wykonane testy diagnostyczne (EKG, badania laboratoryjne) nie wskazywały na ostry zespół wieńcowy. Lekarka po konsultacji podjęła decyzję o rozpoczęciu psychoterapii, po kilkunastu sesjach była w stanie powrócić do aktywności zawodowej.

Lekarz stomatolog, chirurg szczękowy, w sytuacji powrotu do wykonywania zabiegów po trwającej kilka miesięcy przerwie zaczął mieć ataki drętwienia prawej kończyny górnej oraz ataki duszności w chwili, gdy miał podawać znieczulenie pacjentowi. Nadmieniam, że lekarz od kilkudziesięciu lat rutynowo wykonywał wiele takich zabiegów i nie miał z tym najmniejszych trudności. Przy okazji pandemii doświadczył stresu z uwagi na przechorowanie infekcji COVID-19 (przebieg ciężki z koniecznością wspomagania oddechu). Wcześniej, przez kilka pierwszych miesięcy po rozpoczęciu pandemii, miał szereg wątpliwości zwią-

zanych z wykonywaniem zawodu chirurga szczękowego w ramach praktyki prywatnej, doświadczał skumulowanego stresu w sytuacji braku konkretnych wytycznych, a jednocześnie potrzeby kontynuacji praktyki. Lekarz skorzystał z konsultacji psychiatrycznej, pobiera leki z grupy SSRI, jest w trakcie psychoterapii. Stan jego zdrowia uległ poprawie, ale nadal unika wykonywania zabiegów wymagających podania znieczulenia.

Z kolei u lekarki pracującej w POZ, której matka zachorowała na COVID-19, zarażając się od niej, rozwinął się zespół depresyjny wymagający leczenia farmakologicznego i psychoterapii. To tylko kilka przykładów. Wiele osób zgłaszało pojedyncze objawy, jak np. bezsenność, obsesyjne myśli o zachorowaniu i zakażeniu członków rodziny, napięcie lękowe i ataki paniki przed wyjściem do pracy. W kilku przypadkach zgłaszali się lekarze z problemem uzależnienia, którzy od wielu lat pozostawali w stanie abstynencji, a podczas pandemii doszło u nich do nawrotu czynnej fazy nałogu. Każdorazowo podczas rozmowy starałam się motywować do zgłoszenia się po pomoc do psychoterapeuty lub Poradni Zdrowia Psychicznego, gdy zaburzenia wymagały włączenia leczenia farmakologicznego. Zazwyczaj odbywaliśmy kilka spotkań. Już sam fakt rozmowy na ten temat w większości przypadków powodował ulgę. Lekarze mówili, że uspokaja ich fakt, że nie są jedynymi osobami doświadczającymi takich trudności i że takie problemy można leczyć w nowoczesny, niekoniecznie bardzo obciążający sposób.

Znamienne wydaje się, że większość lekarzy wybrała kontakt telefoniczny, wielu skorzystało też z możliwości nieujawniania danych personalnych. Wskazuje to na istniejący wciąż niski poziom akceptacji dla sięgania po pomoc psychologiczno-psychiatryczną, która w naszym środowisku nadal budzi wstyd.

*Dorota RZEPNIEWSKA*

*Pełnomocnik ds. Zdrowia*

*Lekarzy i Lekarzy Dentystów ŚIL*

*(przedruk z „Pro Medico” nr 6/22)*

## **UWAŻNOŚĆ—MODA CZY POTRZEBA NASZYCH CZASÓW?**

Chyba każdy słyszał hasła „uważność”, „mindfulness” czy „trening uważności”, ale czy tak naprawdę wiemy, co się za nimi kryje? Zgłębiając temat, okazuje się, że to nie sposób na osiągnięcie stanu zen, pełnej relaksacji czy czerpanie wyłącznie radości z bycia tu i teraz, lecz bycie uważnym na wszelkie doświadczenia, które przynosi chwila obecna, niezależnie czy są one pozytywne, czy też nie. To obserwowanie tego, co się pojawia we mnie i w otoczeniu oraz przekierowanie uwagi z myśli na oddech bez angażowania się w błędne koła, które dyktuje umysł. Uważność to świadomość chwili w czasie rzeczywistym, której towarzyszy akceptacja tego, co się pojawia

Rozpoczynając przygodę z mindfulness, ważne, by wyznaczyć stały czas i miejsce na wykonywanie ćwiczeń i praktykować niezależnie od nastoju, bo ten czasami przewrotnie zachęca nas do rezygnacji z rutyny. Regularność jest tu kluczem do sukcesu. Ważne, by nie oczekiwać konkretnego efektu a podejść do ćwiczeń z ciekawością. Jest to zdecydowanie sposób na złapanie nie tylko kontaktu z samym sobą, lecz także z otoczeniem. Jaki byłby najprostszy sposób na rozpoczęcie praktyki? Znajdź miejsce, w którym nikt nie będzie przeszkadzał, usiądź bądź połóż się i zacznij obserwować swój oddech. Gdy zauważysz myśl, która wpadnie do głowy, bez angażowania się w nią przekieruj swoją uwagę ponownie na oddech. Tyl-



ko i aż tyle, ponieważ mimo prostej instrukcji ćwiczenie wcale nie należy do najłatwiejszych. Jedno jest jednak pewne, efekty z praktyki przynoszą ogrom korzyści.

Czy uważność to zatem moda czy raczej sposób na zatrzymanie się? Nie da się zaprzeczyć temu, że obecne czasy zachęcają nas do tego, by żyć coraz szybciej. To, jakie mamy możliwości rozwoju, dostępu do informacji, bycia w kontakcie z innymi z jednej strony jest ogromnym zasobem, z drugiej może mieć dla nas również negatywne konsekwencje. Bycie w mnogości ról, pod presją czasu, obowiązków i różnych zobowiązań sprawia, że jesteśmy zmęczeni, przepracowani i znajdujemy coraz mniej czasu na to, co dla nas ważne. Bycie nieustannie w swojej głowie sprawia, że nie zawsze żyjemy, zwracając uwagę na to, co dzieje się wokół. Układając plan dnia, analizując różne sprawy, podejmując decyzje czy też odtwarzając w głowie rozmowy, które jeszcze się nie wydarzyły, sprawiamy, że nasza uwaga jest pochłonięta przez nasze myśli a nie przez to, co dzieje się w danym momencie. Okazuje się zatem, że tracąc kontakt z rzeczywistością, nie pamiętamy, jak zrobiliśmy pewne rzeczy, bo działaliśmy na tak zwanym autopilocie, nie wiemy, co sprawia radość nam samym i innym, bo nie wsłuchujemy się w swoje potrzeby i w to, co mówią inni, tracimy nie tylko łączność z innymi, lecz przede wszystkim z samym sobą. Nie zastanawiamy się, co czujemy, dopóki nasze emocje nie zaczynają bić na alarm, bo coraz więcej w nas smutku, niepokoju czy też złości. I choć mogą to być pewnego rodzaju uogólnienia, to jednak można zaobserwować pewną niepokojącą tendencję.

Coraz więcej osób trafia do gabinetu, zgłaszając brak odczuwanej radości, przytłoczenie, zmęczenie, niepokój, problemy z koncentracją i ze snem. Psychoterapia przestała być zarezerwowana wyłącznie dla tych, którzy cierpią na zaburzenia psychiczne, a stała się również formą odzyskiwania równowagi i kontaktu ze sobą. Mindfulness jest jedną z metod chętnie i skutecznie wykorzystywaną przez psychoterapeutów. Uważność nie tylko wychodzi naprzeciw potrzebie zatrzymania się, zwolnienia, odzyskania kontaktu z oddechem i tym, co czujemy, lecz ma udowodnioną skuteczność w leczeniu depresji czy radzeniu sobie z lękiem. Lista korzyści płynących z regularnej praktyki jest długa, a wśród nich można wymienić m.in. obniżenie kluczowych wskaźników chronicznego stresu, łącznie z nadciśnieniem, poprawę pamięci, lepsze zarządzanie stresem, poprawa w radzeniu sobie z chronicznym

bólem, a nawet pozytywny wpływ na tworzenie lepszych i bardziej satysfakcjonujących związków (źródło: Danny Penman, Mark Williams, „Mindfulness. Trening uważności. Jak znaleźć spokój w pędzącym świecie”, 2014). Okazuje się, że uważność nie tylko poprawia nastrój i wpływa ogólnie na nasz dobrostan, lecz może być z dużą skutecznością wykorzystywana w leczeniu depresji. Badanie prowadzone w klinice prof. Keesa van Heeringena w Gandawie w Belgii wykazało, że mindfulness obniża ryzyko nawrotu depresji z 68 do 30%. Inne badania prowadzone w Wielkiej Brytanii i w Kanadzie w grupie osób z depresją dowiodły, że osoby, które przerwały farmakoterapię, a w zamian przeszły ośmiotygodniowy kurs MBCT, osiągnęły taką samą bądź lepszą poprawę w porównaniu z osobami nadal przyjmującymi leki. Powyższe dane dają więc nadzieję, że mamy skuteczne narzędzie do poprawy zdrowia psychicznego na wyciągnięcie ręki.

Obecnie można znaleźć ogrom książek i informacji w sieci na temat mindfulness. Nie trzeba jednak szczególnie się przygotowywać, by zacząć praktykować. Wystarczy właściwe miejsce, odrobina czasu i regularność, by dość szybko zacząć zauważać korzyści płynące z praktyki. Można również skorzystać z treningu uważności, który krok po kroku przeprowadzi przez cały proces. To zdecydowanie opcja dla osób, które chciałyby czuć wsparcie na początku swojej przygody. Niezależnie jednak od formy ważne, że decydujemy się zatrzymać na tym co tu i teraz. Niech będzie to sposób na zatrzymanie się w tym pędzącym świecie.

Anna OCHMAN

O autorce: psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka Centrum Psychoterapii i Rozwoju Dialogi. Ukończył Szkołę Wyższej Psychologii Społecznej (obecnie Uniwersytet SWPS) w Warszawie, gdzie zrealizował ścieżkę specjalizacyjną z psychologii klinicznej. Posiada certyfikat Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego nr 657. Uczestniczyła w licznych szkoleniach ukierunkowanych na pracę z dziećmi i ich rodzicami m.in. „Prowadzenie Warsztatów dla Dobrych Rodziców” wg metody Artura Kołakowskiego, szkolenie z mutyzmu selektywnego, uważności dla dzieci i młodzieży. Swoją pracę terapeutyczną wzbogaca o techniki III fali terapii poznawczo-behawioralnej, tj. Terapii Akceptacji i Zaangażowania (ACT), Mindfulness i Terapii Schematów. Prowadzi psychoterapię indywidualną dzieci, młodzieży i dorosłych oraz konsultacje rodzicielskie w kontekście trudności wychowawczych i problemów psychologicznych małych dzieci.

(przedruk z „Vox Medici” nr 4/22)

## PRAWO NA CODZIEN

### KWESTIA ZASADNICZA I NIE TYLKO NOMENKLATUROWA, CZY LEKARZ DENTYSTA WYKONUJĄC ZAWÓD ZAWSZE PROWADZI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ?

Prowadzenie działalności leczniczej a wykonywanie zawodu lekarza czy lekarza dentysty. [??] Powyższy kontekst,

a dokładniej zestawienie tych dwóch pojęć, jest istotne w zakresie tego czym lekarz czy lekarz dentysta zajmuje



się na co dzień w ramach swojego wykształcenia i realizowania się zawodowego. Innymi słowy, czy wykonując zawód prowadzi działalność leczniczą? Uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na wyżej postawione pytanie wymaga sięgnięcia do co najmniej dwóch aktów normatywnych:

- ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 654),

- ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. 1997 Nr 28, poz. 152).

Zwraca się uwagę na zwrot „co najmniej”, który pozwala wnioskować, iż podstaw normatywnych do prowadzenia działalności leczniczej czy też wykonywania zawodu lekarza, czy lekarza dentysty jest znacznie więcej. Powyższe nie stanowi pożądanego zjawiska, którego eliminacja wymaga jednak redukcji ilości reguł normatywnych w celu usprawnienia możliwości wykonywania profesji medycznych. Prawo ma pełnić funkcję utylitarną, co oznacza w analizowanym zakresie, iż ma służyć lekarzom, ich pacjentom, ułatwiać realizowanie świadczeń zdrowotnych, skupiać się na głównym założeniu wykonywania tych zawodów, to jest ochronie życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganiu chorobom, leczeniu chorych oraz niesieniu ulgi w cierpieniu.

Przechodząc od ogółu do szczegółu. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jest możliwe w wielu różnych formach organizacyjnych i prawnych. Otóż świadczenie tego rodzaju usług może odbywać się w ramach pracy najemnej, np. na podstawie umowy o pracę. Nadto udzielanie świadczeń zdrowotnych może odbywać się w formie tzw. pozarolniczej działalności gospodarczej. Podmiot wykonujący działalność leczniczą to podmiot, który prowadzi działalność leczniczą na własny rachunek, świadcząc profesjonalne usługi zdrowotne w sposób ciągły i zorganizowany. Natomiast wykonywanie działalności leczniczej może odbywać się w ramach:

- praktyki zawodowej,
- podmiotu leczniczego.

Wykonywanie zawodu lekarza dentysty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności polegających na badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orze-

czeń lekarskich, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych.

Działalność lecznicza lekarzy może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej (jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład) oraz w postaci spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowej praktyki lekarskiej. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Działalność lecznicza może również polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Co ważne, bazując na analizowanych przepisach lekarz może wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej, co oznacza, że nie ma takiego obowiązku [??]. Wskazać należy, że działalność zawodowa może być prowadzona przez lekarza w formie innej niż działalność lecznicza, takiej jak np. stosunek pracy czy umowa cywilnoprawna zawarta przez lekarza z podmiotem działalności leczniczej. Wtedy działalność leczniczą prowadzą podmioty zatrudniające lekarza, a nie on sam.

Reasumując, nie zawsze lekarz, w tym lekarz dentysta wykonując swój zawód prowadzi działalność leczniczą. Decydujące znaczenie ma to, czy wykonuje to w ramach pracy najemnej czy też jako przedsiębiorca. Wpływ na powyższe ma również rodzaj wykonywanych świadczeń, które nie zawsze muszą mieć charakter świadczeń zdrowotnych (np. prowadzenie szkoleń, instruktażu, itp.)

*dr Natalia KREJ  
radca prawny DIL  
(przedruk z „Medium” nr 9/22)*

## LEKARZU – BROŃ SIĘ!

Każdy lekarz, a nie tylko psychiatra, miewa do czynienia z osobami o klinicznie nasilonych cechach wchryzycielskich, z fanatyczną – określaną w psychologicznej i psychiatrycznej praktyce klinicznej – „osobowością paranoiczno-pieniaczą”.

Klasyczne cechy takiej jednostki to: podejrzliwość i stała tendencja do zniekształcania codziennych doświadczeń poprzez błędne ujmowanie obojętnych lub przyja-

znych działań otoczenia jako działań wrogich, sztywne poczucie własnych praw, niewspółmierne do potrzeb wynikających z aktualnej sytuacji, budowanie własnej, bezsensownej koncepcji funkcjonowania opresyjnej rzeczywistości, tendencja do niewybaczenia urojonych krzywd, skłonność do nadmiernego przeceniania własnego znaczenia, wyrażająca się utrwaloną postawą ksobną (w poradni bądź w szpitalu domaga się więc specjalnych wzglę-



dów, na przykład tego, by zajmował się nią wyłącznie ktoś z tytułem naukowym lub by podawano określone leki). Pieniacz walczy z każdym i o wszystko, ma samych „wrogów”, a każdy z nich permanentnie, z premedytacją i wyjątkowo złośliwie działa na jego szkodę. Jego reakcje są nienaturalnie wygórowane – czasem zdarzenie, z punktu widzenia postronnego obserwatora zupełnie niewinne, powoduje u piniacza wybuch niezwykle nasilonych emocji. W konsekwencji możemy mieć do czynienia z użyciem środków zupełnie nieadekwatnych do sytuacji.

Lekarze atakowani są także z wyrachowaniem, cynicznie, cwaniacko w celu uzyskania określonych korzyści dla napastnika, na przykład wymuszenia określonych świadczeń lub uniknięcia uczciwego rozliczenia za usługę medyczną.

Piniacze i cwaniacy atakują dobra osobiste osób wykonujących zawody medyczne, należące do sfery psychicznej (część w jej wewnętrznym aspekcie godności osobistej oraz zewnętrznym w postaci dobrego imienia) oraz do sfery integralności fizycznej (nietykalność cielesna, zdrowie, w tym zdrowie psychiczne i życie). Lekarze ewidentnie potrzebują ochrony przed zachowaniami o charakterze przestępczym oraz zachowaniami stanowiącymi (tylko?) delikty cywilne.

Zaatakowany lekarz ma pełne prawo podejmowania działań obronnych. Reakcje medyków na sytuacje niebezpieczne przybierają bardzo indywidualne postaci. Jako prawnik poddaję pod roz wagę działania o charakterze prawnym i proponuję solidną porcję edukacji w tym zakresie.

### **Lekarzu – broń się przed zniewagą, zniesławieniem i naruszeniem nietykalności cielesnej**

Cykl porad traktujących o asekuracji lekarzy przed wrogo usposobionymi do nich jednostkami rozpocznę od najdalej posuniętej ochrony, czyli tej, którą dają przepisy kodeksu karnego.

Z badań Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku z 2017 r., na reprezentatywnej grupie 794 lekarzy i lekarzy dentyków wynika, że dwie trzecie lekarzy przynajmniej raz doświadczyło osobiście nieodpowiednich zachowań ze strony pacjentów. Najczęściej były to niestosowne komentarze i pomówienia (na przykład w Internecie), ale zdarzały się też akty fizycznej przemocy. Z badań wynika, że im młodszy lekarz, tym częściej spotyka się z agresywnymi zachowaniami ze strony pacjentów. Autorzy badania wskazują na dwie przyczyny: młody wiek ośmiela do traktowania lekarza z góry, na przykład do prób wymuszania pożądanych przez pacjenta decyzji terapeutycznych (skierowania na określone badania, wypisania konkretnych leków, wystawienia zaświadczenia). Młodzi lekarze są bardziej wrażliwi na reakcje pacjenta, zapamiętują przykre sytuacje, odbierają reakcje pacjenta personalnie. Starszych medyków cechuje zaś uodpornienie na zachowanie pacjentów.

Słowne ataki na lekarza będą kwalifikowane jako występki przeciwko czci i godności, to jest jako znieważenie albo zniesławienie (ujęte odpowiednio w art. 216 i 212 Kodeksu karnego). Znieważenie to obrażenie kogoś, ublizienie mu, na przykład za pomocą jakiegoś wy-

zwiska („ty znachorze”), obraźliwego gestu (pokazanie nieprzyzwoitych części ciała), rysunku (złośliwa karykatura), filmiku czy fotografii (na przykład w Internecie). Chodzi tu – wedle prof. Edyty Górniok – o czyn godzący w subiektywne poczucie własnej wartości, które przynależne jest każdemu człowiekowi. O uznaniu określonych sformułowań za „znieważające” decydują w pierwszej kolejności powszechnie przyjęte normy obyczajowe. Zniesławienie lekarza popełniane jest przez pomówienie go o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć go w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyisty, zdyskredytować wobec pacjentów i przełożonych, zniszczyć jego reputację.

Znieważenie jest zerojedynekowe. Konkretna wypowiedź (obiektywnie) wyraża pogardę dla godności drugiego człowieka albo nie można przypisać jej takiej właściwości. Natomiast cechą różnicującą zniesławienie jest możliwość przeprowadzenia przez autora negatywnej wypowiedzi dowodu prawdy przez wykazanie, że dyskredytująca informacja o błędzie medycznym popełnionym przez lekarza jest w istocie prawdziwa. W jednym z procesów pacjent, który wypowiadał się o lekarzu „konował”, nie zaprzeczał, że tak go nazwał, lecz – jak się wyraził – nikogo nie zniesławił, ponieważ: „Powiedziałem prawdę, bo doktor Marek jest konowalem” (czego jednak nie wykazał).

W literaturze prawniczej wyjaśnia się, że pomówieniem są wszelkie wypowiedzi, które są zdadne, by odebrać zaufanie, którego udziela społeczeństwo lekarzowi ze względu na charakter jego działalności. Informacje zniesławiające mogą dotyczyć sfery etycznej, wiedzy, braku wystarczających kompetencji zawodowych, doświadczenia, właściwości fizycznych, jeżeli mają znaczenie dla należytego wykonywania funkcji, a nawet sposobu życia, jeżeli pozostaje to związku z wykonywanym zawodem. Przeważa pogląd, że pomawiający nie musi wskazywać na konkretne fakty, wystarczy ogólne stwierdzenie, na przykład, że chirurg „ma dwie lewe ręce”. W orzecznictwie sądowym ugruntowało się stanowisko, że czyn może mieć charakter zniesławienia także wówczas, gdy informacja nie została podana w sposób kategori czny, lecz powołuje się na rzekome lub będące w obiegu plotki, ewentualnie gdy sprawca zastosował formę pytającą – „czy prawdą jest, że profesor X bierze łapówkę za każdy zabieg?”, jeżeli cel sprawcy – skompromitowanie podmiotu wynika z treści i kontekstu wypowiedzi. Pomawiający nie „musi” wskazać danych personalnych pomawianego, wystarcza bowiem takie jego kontekstowe przedstawienie, by na podstawie dodatkowych informacji możliwa była jej identyfikacja (wskazanie pracownika medycznego przez miejsce jego zatrudnienia, opisanie cech jego wyglądu lub innych specyficznych właściwości).

Oba opisane wyżej występki posiadają kwalifikowaną odmianę, skutkującą surowszą sankcją, jeżeli sprawca dopuści się znieważenia bądź zniesławienia za po-





mocą środków masowego komunikowania (telewizja, prasa, Internet). W praktyce pracownicy medyczni padają ofiarami omawianych czynów za pomocą licznych forów i stron internetowych.

Do przestępstw przeciwko czci i godności należy również naruszenie nietykalności cielesnej. Dobrem chronionym w tym wypadku jest prawo każdej osoby do poszanowania jej integralności cielesnej. Czynność sprawcza polegać może na spoliczkowaniu człowieka, klapsie, podstawieniu nogi, popchnięciu, szarpaniu, uderzeniu jakimś przedmiotami, strąceniu okularów, opluciu, ciągnięciu za włosy, wylewaniu substancji, uszczypnięciu, ukłuciu szpilką, popchnięciu, a nawet na nieakceptowanym przytuleniu bądź pocałunku wbrew. W ślad za orzecznictwem sądowym można zatem przyjąć, że naruszeniem nietykalności cielesnej są „wszystkie czynności oddziałujące na ciało innej osoby, które nie są przez nią akceptowane”. Jeżeli wskutek któregoś z opisanych działań nastąpi uszkodzenie ciała (kodeksowo „naruszenie czynności narządu ciała”), zachowanie takie będzie kwalifikowane jako przestępstwo przeciwko zdrowiu.

Opisane przestępstwa ścigane są z oskarżenia prywatnego. Korzystając z tego trybu, lekarz musi być od początku sprawy aktywny. W jego rękach leży inicjatywa dotycząca wszczęcia postępowania – sporządzenie, złożenie i opłacenie (300 zł) prywatnego aktu oskarżenia. Z jego treści musi wynikać, kogo i o co oskarżamy, wskazać dowody na poparcie naszych twierdzeń, w tym wymienić świadków zdarzenia. Świadkiem będzie osoba przy kryminalnym zdarzeniu, ale też świadek ze słuchu,

któremu wzburzeni opowiemy o całym zdarzeniu bezpośrednio po wyjściu pacjenta. Oczywiście pamiętajmy, że każde zachowanie kryminalne pacjenta należy odnotować w dokumentacji medycznej. Każde postępowanie z oskarżenia prywatnego rozpoczyna się od posiedzenia pojednawczego, które przy dobrej woli stron pozwoli zakończyć spór ugodą, na przykład zgodnie poprzestać na przeproszeniu lekarza przez pacjenta.

Czyny ścigane z oskarżenia publicznego można też zgłosić do prokuratora, którego władztwo pozwala mu na objęcie zniewagi, zniesławienia lub naruszenia nietykalności cielesnej oskarżeniem publicznym, jeżeli „wymaga tego interes społeczny”. Wiedźmy jednak, że prokurator z zasady nie podejmuje w takich sprawach oskarżenia publicznego. Kierując jednak do niego zawiadomienia, mamy pewność, że skieruje je do sądu, a od naszej woli będzie zależało, czy postępowanie będziemy opłacać i kontynuować, czy tego zaniechamy. Inna jest sytuacja lekarza funkcyjnego (na przykład ordynatora). Traktowany jest on jak funkcjonariusz publiczny, a zamachy na jego godność i nietykalność cielesną ścigane są przez prokuratora w trybie publicznoskargowym.

O tym, że poruszone wyżej zagadnienia nie są błahe, świadczy opublikowanie w Internecie w Medical Tribune opracowanego przez rzecznika praw lekarza Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu Krzysztofa Izdebskiego „Praktycznego poradnika dla zniesławionych”

Jerzy CIESIELSKI  
adwokat

(przedruk z „Panaceum” nr 10/22)

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** tel. 77/454–59–39, [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)

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

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

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

**Radca prawny** – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:  
poniedziałek 9.00–10.30, środa 14.30–17.00, czwartek 14.00–16.00,  
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

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

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:** tel.  
77/453–75–72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:**  
tel. 77/454–85–75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)



**Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Opolu** uprzejmie zawiadamia, że poszukuje lekarzy - członków składu orzekającego następujących specjalności:

- lekarza pediatry,
- lekarza internisty,
- lekarza laryngologa,

ze specjalizacją co najmniej pierwszego stopnia, posiadających prawo wykonywania zawodu.

Wymogi kwalifikacyjne jakie powinien spełniać lekarz określa § 21 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2021 r., poz. 857).

Zadania lekarza w Zespole:

- weryfikacja złożonej dokumentacji medycznej w zakresie kompletności oraz konieczności jej uzupełnienia o niezbędne wyniki badań diagnostycznych oraz inne dokumenty związane ze stanem zdrowia osoby zainteresowanej,
- udział w posiedzeniach składów orzekających Zespołu, przeprowadzenie badania lekarskiego, wywiadu oraz zebranie materiału dowodowego dokumentującego stan zdrowia orzekanego i wypełnienie na tej podstawie oceny stanu zdrowia - w trakcie posiedzenia składu orzekającego zakończonego podpisaniem wydanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Wymagane dokumenty:

- kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych.
- kserokopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu lekarza,
- kserokopia dyplomu ukończenia specjalizacji,
- oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na pełnienie wybranej funkcji,
- oświadczenie o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie,
- oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych oraz korzystaniu z pełni praw obywatelskich.

Oferty należy składać lub przysłać pocztą na adres Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Piastowska 14, 45-082 Opole. Dodatkowe informacje pod nr 77 4524230.

W przypadku lekarzy o innych specjalnościach chętnych podjąć dodatkową pracę także prosimy o kontakt.

Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów wraz z rodzinami do korzystania z Bazy Noclegowej w Warszawie należącej do Śląskiej Izby Lekarskiej. To samoobsługowy obiekt z 16 pokojami do wynajęcia w centrum Warszawy (ul. Sobieskiego 102a). Lokalizacja, komfort i przystępna cena są największymi zaletami tego miejsca.

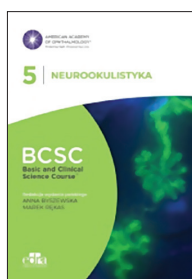
Zachęcamy do obejrzenia filmu, w którym krok po kroku tłumaczymy, co należy zrobić, by skorzystać z Bazy Noclegowej: <https://www.youtube.com/watch?v=zma7JWkuB6g&t=6s>

Cena za dobę pobytu wynosi 150 zł za pokój dwuosobowy oraz 180 zł za pokój trzyosobowy.

Istnieje możliwość wynajmu łóżek w pokoju trzyosobowym. Koszt wynajmu wynosi 75 zł.

- Edra Urban & Partner Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
- Zamówienia: [ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl)
- tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86

## NOWOŚCI WYDAWNICZE



### Neurookulistyka. BCSC 5. Seria Basic and Clinical Science Course

red. M. Rękas, A. Byszevska

wyd. 2022

ISBN 978-83-66960-96-1, format 175 x 235, opr. miękka, str. 512, cena 170,10 zł

Seria podręczników Basic and Clinical Science Course™ (BCSC) to kompleksowe, a zarazem zwarte kompendium wiedzy w zakresie szeroko pojętej okulistyki.

Co roku członkowie Amerykańskiej Akademii Okulistyki (American Academy of Ophthalmology – AAO) weryfikują zawartość podręczników, wzbogacają je o wiele nowych tekstów, liczne ilustracje i materiały filmowe, zwracając szczególną uwagę na wprowadzanie uaktualnień naukowych, co pozwala okulistom na bieżąco zaznajamiać się z najnowszymi odkryciami dotyczącymi wielu podspecjalności i stosować je w swojej praktyce klinicznej.

Seria BCSC powstaje dzięki wysiłkowi i doświadczeniu ponad 90 znakomitych autorów oraz zespołu redakcyjnego AAO. Przed publikacją każdy tom oceniany jest m.in. przez członków Akademickiego Komitetu Doradczego Okulistów Praktyków ds. Nauki (Academy's Practicing Ophthalmologists Advisory Committee for Education). Dodatkowo członkowie Europejskiej Rady Okulistyki (European Board of Ophthalmology) sprawdzają tekst pod względem różnic między amerykańską a europejską praktyką okulistyczną.



# BAZA NOCLEGOWA **PRO MEDICO**

Preferencyjne  
ceny dla lekarzy  
i lekarzy dentystów

**Warszawa**  
**ul. Sobieskiego 102a**  
**200 m od siedziby NIL**




Planujesz  
- kurs  
- szkolenie  
- konferencję  
- rodzinną wycieczkę?

Wybierz bazę noclegową

**PRO MEDICO**

rezerwacja tylko online  
[www.izba-lekarska.org.pl](http://www.izba-lekarska.org.pl)



Możliwość wystawienia faktury dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą.  
Recepcja czynna w godzinach od 6.00 do 22.00 tel. 22 851 45 79. Po godzinie 22.00 klucze  
można odebrać w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 za okazaniem dowodu wpłaty.

## 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 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X