



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Luty–Marzec 2023

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 314/315

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



zdj. Jerzy Lach

WYMIARY ŚMIERCI

Dopiero co przyjechałam z Belgii. Dalekie te niskie kraje. Musiałam się tam wybrać, bo do szpitala świętego Jana w Brugii wróciła śmierć. Na obrazie Hugona van der Guesa (1440–1482) umiera Najświętsza Panienka. Obraz spędził kilka lat w pracowni konserwacji sztuki. Dla jednego dzieła gnać aż pod francuską granicę? Cóż było robić, skoro malowidło tak bardzo przypomina mi pewną scenę w Iranie.

Niedaleko miasta Kerman na południe od Teheranu wyrósł ogród książęcy Bagh-e Shahzadeh. Wkoło pustynia, podobna do opuszczonej kopalni: hałdy, nasypy, rumowiska. W Iranie można śmiecić do woli, załadować przyczepę gruzem i opróżnić na pustkowiu. Wysoki mur odgradza hortus cloratus od bałaganu. W środku rachityczne róże, przywiedle nasturcje, kilkanaście klonów, ślady kruchych traw i wiotkich oleandrów. Ot, zaniedbana szkółka roślin ozdobnych pod Opolem czy Koninem. Spocone kwiaty i krzewiki czołgają się w górę po kamiennych tarasach. Na końcu tej wątpliwej architektury krajobrazu stoi pałacyk pełen podcieni, witrażowych okien i balkoników. Koło pałacu kręcą się kobiety, jak z obrazów Jana van Eycka, Hansa Memlinga, Gerarda Davida: barwne suknie, chusty do

ziemi. I zasłony, zasłony, zasłony. Twarze znikają w półcieniu. Tylko upierścienione dłonie wyrażają te zakwefione postacie. Dłonie tańczą pomiędzy migawkami. Palce kulą się i prostują, splatają, obracają, wykręcają, wywijają. Dłonie wymykają się zakazom.

Na obrazie van der Guesa Najświętsza Panienka i dwunastu apostołów. Martwa leży na łożu, stopami w stronę widza. Uwięzieni w długich płaszczach mężczyźni ukrywają twarze w cieniu. Spektakl odgrywają dłonie. To one krzyczą o bólu, ogłaszają rozpacz, pytają: co dalej? Szponiaste palce ściskają księgę, gaszą świecę, miętoszą prześcieradło, obracają paciorki różańca, kurczowo trzymają się wezwłowa i strzepują pył z poduszki, która jeszcze pachnie życiem.

Spracowane dłonie żony cieśli odcinają się od niebieskiego tła sukni. Brud wcisnął się pod byle jak przycięte paznokcie. Wtopił się też w fałdki na knykciach. Toporne, grube palce z popękkanymi opuszkami złączono już po zgonie. Na siłę. Te dłonie o twardej, chropowatej skórze, z zadrami, skaleczeniami i rysami, mogłyby należeć do chłopca, który pielakłazany. A w niebie Jezus. I jego wypielęgowane, nie-

ludzko delikatne dłonie. Co obiecują?

W 1476 roku trzydziestosześcioletni Hugo van der Goes opuścił Gandawę. Zostawił kamienicę z sześciokątnymi wieżyczkami, porzucił stanowisko dziekana cechu świętego Łukasza, pożegnał służące, praczki i kucharki, rozstał się z kolekcją ilustrowanych manuskryptów. I schował się w lesie, w Roode Klooster u Augustianów. Przydzielono mu tam celę sąsiadującą z kaplicą zakonną. Zakratowane okienko znajdowało na wysokości czubka głowy, wystarczyło się wspiąć na palce, żeby zobaczyć wirydarz.

Hugo spojrzął na pryczę. Jedną z nóg zastąpiono klockiem z drewna opałowego. Siennik grubości wylinki, zasłonięto spranym prześcieradłem. Pod oknem kolebała się miska, lewy kąt pomieszczenia zajął masywny klęcznik. Oparł się łokciami o pulpity, który wyglądał jak zabazgrana gliniana tabliczka, żłobiona w kreski, kropki i szlaczki. Kiedyś je odkoduję – przyrzekł malarz. Przechadzał się po celi i odruchowo liczył kroki od ściany od ściany, przymierzał celę do obrazów. I nagle ogarnął go spokój. – Śmierć się tu zmieści.

Hugo van der Goes umarł w 1483 roku, gdy tylko ukończył: Śmierć Najświętszej Panienki.



Hugo van der Goes „Śmierć Najświętszej Panienki”- fragment (olej na desce)

Agnieszka KANIA

OD REDAKCJI



Drodzy Czytelnicy!

Ponieważ ciągle docierają do mnie zapytania o to, jak teraz będzie wyglądał kolportaż „Gazety Lekarskiej” i naszego Biuletynu Informacyjnego pozwalam sobie odesłać wszystkich do ostatniej strony bieżącego numeru Biuletynu, gdzie znajdziecie odpowiedzi na Wasze pytania.

Co do naszego Biuletynu, ciągle jeszcze trwają rozmowy na temat wycofania się z centralnego kolportażu (wraz z „GL” – ze zrozumiałych względów) i zmiany tego stanu rzeczy na nasz opolski kolportaż. Za takim rozwiązaniem przemawiają: wzrost kosztów centralnego kolportażu oraz decyzja Pani Prezes Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej, aby

nasz Biuletyn ukazywał się nadal wyłącznie w wersji papierowej. Jedyną zmianą będzie jedynie zmniejszenie liczby wydawanych w roku numerów z 10 do 6. Tak więc, w 2023 roku Biuletyn Informacyjny Opolskiej Izby Lekarskiej będzie docierał do Waszych domów raz na dwa miesiące.

Kolejną ważną informacją, jaką znajdziecie w tym numerze Biuletynu jest materiał dotyczący ubezpieczenia OC na bieżący rok Waszej działalności medycznej. Proszę o uważne zapoznanie się z tym tekstem, bo będzie to miało bezpośrednie przełożenie na Wasze bezpieczeństwo finansowo-prawne w 2023 r.

Zapraszając do lektury bieżącego numeru żegnam się z Wami do kwietnia.

Jerzy B. LACH



Koleżanki ! Koledzy!

Ten rok już od początku przyniósł zmiany i dotyczą one bardzo istotnych dla każdego z nas spraw. Zmiana w wysokości składki członkowskiej, zmiana w kolportażu Gazety Lekarskiej - a co za tym idzie i Biuletynu Informacyjnego Opolskiej Izby Lekarskiej. Chcemy utrzymać papierową wersję Biuletynu, choć będzie rzadziej i może skromniejsza w informacje ogólnokrajowe, ale takie są teraz czasy.

Stabilizacja, to takie ważne słowo, wszyscy jej potrzebujemy, bo w chaosie zmian zawsze dobrze mieć takie dziedziny, gdzie idziemy starą ścieżką, po utartych, dobrze nam znanych szlakach. Taką dziedziną pozostaje na razie ubezpieczenie. 28 lutego br. kończy się ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej dla tych naszych członków, którzy robią to za pośrednictwem Izby i stąd pragnę przypomnieć o tym fakcie, a także poinformować, że pozostaje ono na niezmiennych zasadach i warunkach finansowych. Jak zawsze jest możliwość bezpośredniego ubezpieczenia się samodzielnie, przez wejście na stronę internetową naszej

SZPALTA PREZESA

Izby (aktywne od 20 stycznia 2023 r.), czy tradycyjnie - za pośrednictwem naszych pracowników w okresie od 6 do 23 lutego 2023 r. (szczegóły znajdziecie Państwo w środku Biuletynu).

Z uwagi na fakt, że Biuletyn będzie docierał do Państwa w odstępach dwumiesięcznych (takie są plany) zachęcam gorąco do śledzenia stron internetowych naszej Izby, a także Naczelnej Izby Lekarskiej, gdyż w pewnych sytuacjach będzie to najpewniejsze źródło informacji.

Ci z Państwa, którzy są Delegatami, niech zarezerwują sobie dzień 18 marca (sobota) na obrady XLII Okręgowego Zjazdu Lekarzy, który - jak zawsze - odbędzie się w Opolu w budynku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, przy Al. W. Witosa 26.

Cały czas namawiam Koleżanki i Kolegów do aktualizacji swoich adresów, telefonów kontaktowych i adresów e-mail. W dobie Internetu i oszczędzania lasów, ten pierwszy sposób kontaktu zdecydowanie wypiera papier i choć niektórym z nas trudno się z tym pogodzić, świat idzie do przodu, a my musimy za nim podążać.

Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA

DWA OSTATNIE W 2022 R. POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU



W dniu 23 listopada 2022 r. odbyło się przedostatnie doroczne spotkanie Rady Okręgowej. Na początku posiedzenia kol. Jerzy Lach jako Sekretarz Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL przedstawił plan organizacyjny Kongresu Kultury Lekarzy, który odbędzie się w Opolu w dniach 8-10 września 2023 r. Szeroko omówił program kulturalny (koncerty, występy chórów lekarskich, warsztaty fotograficzne) oraz sposoby finansowania Kongresu. W tym samym czasie planowane jest również posiedzenie Konwentu Prezesów OIL. Rada podjęła jednogłośnie Uchwałę w sprawie zarezerwowania kwoty 25.000 zł na dofinansowanie Kongresu Kultury Lekarzy.

W dalszej kolejności Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o wydanie PWZ po stażu podyplomowym złożyli:

- lek. Karolina Suska,
- lek. Paulina Pochwała,
- lek. Anna Famuła,
- lek. Monika Renkas.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie ograniczonego PWZ celem odbycia stażu złożyła lek. Mariana Krupko - obywatelka Ukrainy (ukończyła Ukrainką Medyczną Akademię Stomatologiczną) - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o przedłużenie PWZ celem ukończenia stażu podyplomowego złożyła lek. Yulia Byzova - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie Warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Mariia Khomykh - obywatelka Ukrainy (ukończyła Państwowy Uniwersytet Medyczny w Kijowie),
- lek. Anna Petukhova - obywatelka Ukrainy (ukończyła Zaporoski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Zaporozhu),

• lek. Olena Rokhmail - obywatelka Ukrainy (ukończyła Charkowski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Charkowie),

• lek. Olena Chuprykova - obywatelka Ukrainy (ukończyła Rostowski Instytut Medyczny w Rostowie),

• lek. Oleksii Omelchenko - obywatel Ukrainy (ukończył Państwowy Uniwersytet Medyczny w Kijowie),

• lek. Olena Maliarenko - obywatelka Ukrainy (ukończyła Charkowski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Charkowie),

• lek. Olena Kokhanivska - obywatelka Ukrainy (ukończyła Uniwersytet Medyczny Akademii Stomatologicznej w Połtawie).

Uchwały podjęto jednogłośnie (WPWZ jest ważne do 23.11.2027 r., z obowiązkiem pracy pod nadzorem lekarza specjalisty przez 3 miesiące).

• lek. dent. Olena Taranenko - obywatelka Ukrainy (ukończyła Państwowy Uniwersytet Medyczny w Kijowie - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym (WPWZ ważne do 23.11.2027 r., z obowiązkiem pracy pod nadzorem specjalisty lek. dentysty przez 3 miesiące).

• lek. Anna Chyrva - obywatelka Ukrainy (ukończyła Charkowski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Charkowie),

• lek. Anna Zerkal - obywatelka Ukrainy (ukończyła Zaporoski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Zaporozhu).

Uchwały podjęto jednogłośnie (WPWZ ważne do 23.11.2027 r., z obowiązkiem pracy pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat).

Wniosek o wydanie PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożyli:

• lek. Hanna Yakubchik - pediatra, obywatelka Białorusi (ukończyła Białoruski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Mińsku) - uchwałę podjęto przy 3 głosach wstrzymujących (PWZ ważne do 23.11.2027 r. - będzie zatrudniona w USK w Opolu),

• lek. Andrei Pimashenka - anestezjolog, obywatel Białorusi (ukończył Homelski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Homlu) - uchwałę podjęto przy 5 głosach wstrzymujących (PWZ ważne do 23.11.2027 r. - , będzie zatrudniony w SP ZOZ w Nysie).

Wniosek o wydanie Warunkowego PWZ złożył lek. Valery Yaskevich - anestezjolog, obywatel Białorusi (ukończył Państwowy Uniwersytet Medyczny w Witebsku) - uchwałę podjęto przy 4 głosach wstrzymujących i 3 głosach przeciw (WPWZ ważne do 23.11.2027 r. z obowiązkiem pracy pod nadzorem lekarza specjalisty przez 3 miesiące - będzie zatrudniony w ZOZ w Głubczycach).

Wniosek o rezygnację ograniczonego PWZ złożyła lek. Uliana Synko (obywatelka Ukrainy) - uchwałę podjęto jednogłośnie

Rada jednogłośnie podjęła uchwałę w sprawie umorzenia postępowania o przyznaniu WPWZ dla lek. Uładzimir Khmara (obywatela Białorusi) z powodu zgody

Ministra Zdrowia na pracę w jednostkach „covidowych”, których nie ma od 01.04.2022 r.

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” i o przyznanie punktów edukacyjnych. Kursy odbędą się w Krakowie 26.11.22 r. i w Tczewie 03.12.22 r. Uchwały podjęto jednogłośnie i przyznano po 9 pkt. edukacyjnych za każde szkolenie.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Wykreślono z listy członków Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu z powodu zgonu 1 lekarza oraz skreślono trzy praktyki lekarskie w związku zakończeniem działalności leczniczej - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Rady złożono jeden wniosek o zapomogę - uchwałę podjęto przy 1głosie wstrzymującym.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wniosek o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyło 12 lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie.

Rada podjęła jednogłośnie uchwałę w sprawie upoważnienia Prezesa i Skarbnika Izby do zawarcia umowy z Ministrem Zdrowia na przekazanie środków budżetowych z Ministerstwa na pokrycie kosztów czynności przejętych przez Samorząd Lekarski od organów administracji państwowej.

Sprawozdanie z posiedzenia NRL w dniu 21.10.22 r. i z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dniu 22.10.22 r.

Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 21 października 2022 r. przekazał Wiceprezes Stanisław Kowarzyk. Przed posiedzeniem Rady odbyła się projekcja filmu „O tym się nie mówi”.

- Podjęto uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej. Najważniejsze zmiany to: podstawowa stawka miesięczna - 120 zł, lekarze stażyści 50% składki czyli 60 zł, lekarze po 70 r.ż. są zwolnieni z płacenia składki. Dyskusje nad ew. zwolnieniem ze składki lekarzy z niepełnosprawnościami odroczono. Dochody z pracy na rzecz Samorządu Lekarskiego nadal będą wliczać się do przychodów, których brak zwalniałby ze składki.

- Znowelizowano uchwałę w sprawie zasad wydawania „Gazety Lekarskiej” oraz w sprawie wyboru członków Kolegium Redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”. Podjęto uchwałę w sprawie wydawania „Gazety Lekarskiej” w roku 2023 - będzie ona wydawana w formie elektronicznej i papierowej. Członek samorządu, który ukończył 70. r.ż. będzie otrzymywał papierową wersję „Gazety”. Osoba ta może zrezygnować z papierowej wersji na rzecz wersji elektronicznej. Lekarz, który nie ukończył 70. r.ż. będzie otrzymywał wyłącznie elektroniczną wersję „Gazety”. Osoba ta może zrezygnować z elektronicz-

nej wersji na rzecz wersji papierowej. Na wniosek można też otrzymywać zarówno papierową, jak i elektroniczną wersję. Wszystkie wydania „Gazety Lekarskiej” z roku 2023 zostaną udostępnione w postaci elektronicznej na stronie www.gazetalekarska.pl. W okresie przejściowym obejmującym pierwsze półrocze 2023 r. co najmniej 3 wydania „Gazety” będą kolportowane do wszystkich członków Samorządu Lekarskiego w formie papierowej.

- Podjęto uchwałę w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady. Powstała Komisja ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Komisja ds. Szpitalnictwa, Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii oraz powołano ich przewodniczących.

- Podjęto uchwałę w sprawie Centrum Uznawania Kwalifikacji. Centrum ma zajmować się sprawami związanymi z uznawaniem w Polsce kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów uzyskanych poza granicami kraju.

- Podjęto uchwałę w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarze Lekarzom. Obecnie NRL będzie mogła odwołać zwykłą większością głosów członka Fundacji bez podania przyczyny.

- Na stanowisko Przewodniczącego Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej powołano dr Magdę Wiśniewską. W skład rady powołano dodatkowo 3 osoby: dr hab. Beatę Buchelt, prof. dr hab. n. med. Łukasza Szarpaka, dr hab. n. med. Ewę Rudnicką-Drożak.

- Dyskutowano w sprawie zasad wynagradzania za pracę na rzecz organów odpowiedzialności zawodowej NIL.

- Przyjęto negatywne stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw. W wyniku tych zmian prawnych wprowadzone zostałyby regulacje skutkujące obciążeniem NFZ szeregiem dodatkowych kosztów bez możliwości pokrycia ich – jak to było dotychczas – środkami z budżetu państwa. Szczególnie oburzająca zdaniem Samorządu Lekarskiego jest koncepcja wprowadzenia możliwości zasilenia Funduszu Przeciwdziałania COVID, z którego wydatkowane środki pozostałyby poza należytą kontrolą społeczną, środkami z funduszu zapasowego NFZ. W ten sposób składki zdrowotne wszystkich Polaków, niewydane na leczenie w poprzednich latach, zamiast być przeznaczone na leczenie będą mogły być przez rządzących wydane na szeroko rozumiane finansowanie zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19.

Z kolei Prezes Jolanta Smerkowka-Mokrzycka przekazała informacje z posiedzenia Konwentu Prezesów OIL w dniu 22.10.22 r. Konwent dyskutował nad następującymi sprawami:

- opracowanie modelu finansowania posiedzeń Konwentu Prezesów OIL,
- szkolenia dla pracowników biur OIL,
- opracowanie przez prawników NIL jednakowej interpretacji przepisów obowiązujących we wszystkich Izbach,





- opracowanie regulaminu posiedzeń Konwentu Prezesów OIL,
- ujednolicenie przepisów postępowania związanych ze skutecznością ściągalki składek członkowskich dla wszystkich OIL.

Sprawy różne i wolne wnioski

Kol. Kinga Szczepańska poinformowała o planowanej imprezie Mikołajkowej organizowanej przez Komisję Młodych Lekarzy OIL (szczegóły na stronie internetowej Izby) i złożyła w imieniu Przewodniczącego KML

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

W dniu 21 grudnia 2022 r. odbyło się ostatnie w tym roku kalendarzowym posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o wpis do rejestru OIL w związku z przeniesieniem złożyli:

- lek. Polina Nekrasova z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu;
- lek. Michał Macur z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu;
- lek. dent. Grzegorz Olchowski z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu;
- lek. Karolina Bawełkiewicz z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie;
- lek. Rafał Jastrzębski z Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku;
- lek. Marta Kochanowska z Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

Wszystkie Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o przyznanie PWZ złożyła lek. Khoroshylova Olena (uzyskała obywatelstwo polskie) - uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Wniosek o przyznanie Warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Volodymyr Marsheskyi – obywatel Ukrainy (ukończył Winnicki Państwowy Uniwersytet Medyczny w Winnicy);
- lek. Zhanna Marsheska - obywatelka Ukrainy (ukończyła Winnicki Państwowy Uniwersytet Medyczny w Winnicy);
- lek. Yan Pesin - obywatel Ukrainy (ukończył Doniecki Państwowy Uniwersytet Medyczny w Doniecku);
- lek. Olha Ben - obywatelka Ukrainy (ukończyła Tarnopolski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Tarnopolu);
- lek. Nadiia Domchenko – obywatelka Ukrainy (ukończyła Zaporozki Państwowy Uniwersytet Medyczny w Zaporozżu).

Wszystkie Uchwały podjęto jednogłośnie. Wszyscy w/w lekarze uzyskali WPWZ ważne do 21.12.2027 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 3 miesiące).

wnioski o jej dofinansowanie w kwocie 300 złotych - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Kol. Marek Dryja przedstawił sprawozdanie z posiedzenia Rady Społecznej USK w Opolu oraz przekazał informację dotyczącą pierwszej sprawy, w której wystąpił jako Mediator OIL.

Skarbnik OIL kol. Zbigniew Kowalik przedstawił aktualną sytuację finansową Izby.

Wobec wyczerpania programu na tym posiedzenie zakończono.

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

• lek. dent. Nadiia Simahina - obywatelka Ukrainy (ukończyła Ukrainką Medyczną Akademię Stomatologiczną w Połtawie) - uzyskała WPWZ ważne do 21.12.2027 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 3 miesiące) - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

• lek. Oksana Velychko - obywatelka Ukrainy (ukończyła Użhorodski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Użhorodzie) - uzyskała WPWZ ważne do 21.12.2027 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 5 lat) - uchwałę podjęto jednogłośnie.

• lek. Oleksandra Styrancka - obywatelka Ukrainy (ukończyła Czerniowiecki Państwowy Uniwersytet Medyczny w Czerniowcach) - posiada Kartę Polaka;

• lek. Yaroslav Styrancka - obywatel Ukrainy (ukończył Czerniowiecki Państwowy Uniwersytet Medyczny w Czerniowcach) - posiada Kartę Polaka;

Oboje uzyskali WPWZ ważne do 21.12.2027 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 3 miesiące) - uchwały podjęto jednogłośnie.

• lek. Katsiaryna Miroschnichenko - obywatelka Białorusi (ukończyła Państwowy Uniwersytet Medyczny w Mińsku) - uzyskała WPWZ ważne do 21.12.2027 r. (praca pod nadzorem lekarza specjalisty przez 3 miesiące) - uchwałę podjęto przy 4 głosach wstrzymujących się.

Wniosek o WPWZ na określony zakres czynności zawodowych złożył lek. Anton Verameyenko - obywatel Białorusi (ukończył Witebski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Witebsku) - zatrudniony będzie w BCM w Brzegu (uzyskał WPWZ ważne do 21.12.2027 r.) - uchwałę podjęto przy 5 głosach wstrzymujących się.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z powodu zgonu z listy członków Opolskiej Izby Lekarskiej skreślono dwoje lekarzy. Wniosek o wykreślenie praktyki lekarskiej w związku zakończeniem działalności leczniczej złożył jeden lekarz. Obie uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Brak wniosków

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Oświadczenie o nieosiąganiu przychodów złożyło dwoje lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie.

Rada podjęła jednogłośnie Uchwałę w sprawie zwołania XLII Okręgowego Zjazdu Lekarzy oraz ustalenia terminów posiedzeń okręgowej Rady Lekarskiej i jej Prezydium w I półroczu 2023 r.

Sprawozdania z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dniu 15.12.2022 r. przedstawiła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

Poruszono następujące problemy:

- szkolenie dla studentów VI-go roku studiów, aby mogli aplikować o przynależność do wybranej izby lekarskiej;
- ograniczenie wydawania „Gazety Lekarskiej” w formie papierowej (na stronie internetowej izby pojawi się aplikacja celem wyboru gazety w wersji papierowej lub elektronicznej);

- platforma prawna celem współpracy z samorządem;
- cyfryzacja w izbach lekarskich.

Kol. Stanisław Kowarzyk przedstawił sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 16.12.2022 r.:

- spotkanie z Przedstawicielami Stowarzyszenia Stomatologów Ukrainy;

- Przyjęcie uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej. Dodano do niej następujące zapisy:

- W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 zł lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

- W przypadku całkowitego zwolnienia od opłacania składki, odpis finansowy od składek tych lekarzy, nie będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. W przypadku zwolnienia z opłacania składki do wysokości połowy jej podstawowego wymiaru odpis finansowy przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej będzie przekazywany proporcjonalnie.

- Przyjęto uchwałę w sprawie upoważnienia do zawarcia umowy z Ministrem Zdrowia. W wyniku negocjacji skarbnika z MZ zwiększono finansowanie za zadania przejęte od administracji.

Stawki dawniej

Rzecznik – 264 zł, Sąd – 469 zł

Stawki obecnie

Rzecznik – 3.690 zł, Sąd – 5.400zł

- Przyjęto uchwałę w sprawie upoważnienia do zawarcia umowy z Ministrem Zdrowia (dot. felczerów)

- Podjęto uchwałę w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy den-

tystów uwzględniającą wydawanie elektronicznego PWZ w ramach aplikacji mObywatel (eDowód)

- Podjęto uchwałę w sprawie zmiany uchwały w sprawie określenia wysokości oraz zasad wypłaty wynagrodzenia dla członków Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za czynności związane z prowadzeniem spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej oraz innych powierzonych tym organom na mocy odrębnych przepisów. Zgodnie z tą nowelizacją:

- Członek Naczelnego Sądu Lekarskiego biorący udział w rozpoznaniu sprawy na rozprawie lub posiedzeniu Naczelnego Sądu Lekarskiego, lub wyznaczony jako rezerwowy członek składu orzekającego, który był obecny na rozprawie lub posiedzeniu, otrzymuje wynagrodzenie w wysokości 720 zł za dzień, w którym odbyła się rozprawa lub posiedzenie, stanowiące zryczałtowane świadczenie rekompensujące utracony zarobek.

- Za sporządzenie uzasadnienia członkowi Naczelnego Sądu Lekarskiego przysługuje wynagrodzenie w zryczałtowanej wysokości: 1.540 zł – w przypadku uzasadnienia do orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego; 720 zł – w przypadku uzasadnienia do postanowienia Naczelnego Sądu Lekarskiego.

- Niezależnie od powyższych zasad wynagradzania, w uzasadnionych przypadkach, gdy liczba poświęconych godzin lub stopień zaangażowania przewyższa wynagrodzenie wskazane w ww. przepisach, członek Naczelnego Sądu Lekarskiego może otrzymać wynagrodzenie w wysokości nie wyższej niż 120 zł za 1 godzinę pracy.

- Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej otrzymuje z tytułu udziału w wokandzie sądu lekarskiego wynagrodzenie, stanowiące zryczałtowane świadczenie rekompensujące utracony zarobek, w wysokości 720 zł za sprawę.

- Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za przygotowanie projektu postanowienia o umorzeniu postępowania wraz z uzasadnieniem, wniosku o ukaranie do sądu lekarskiego wraz z uzasadnieniem, przysługuje wynagrodzenie w zryczałtowanej wysokości 500 zł.

- Niezależnie od powyższych zasad, w uzasadnionych przypadkach, gdy liczba poświęconych na pracę godzin lub stopień zaangażowania przewyższa wynagrodzenie wskazane w ww. przepisach, Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej może otrzymać wynagrodzenie w wysokości nie wyższej niż 120 zł za 1 godzinę pracy.

- Dyskusja nad samorządowym projektem ustawy o systemie rejestracji zdarzeń niepożądanych i systemie kompensacji zdarzeń medycznych (no-fault). Projekt przekazano do Konsultacji w izbach okręgowych.

- Wystąpienie Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej - informacja o aktualnych pracach Komisji.





- Podjęto uchwałę w sprawie Rejestru Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej. To pierwsza oficjalna uchwała w sprawie rejestru. Dotychczas prowadził taki rejestr wyznaczony członek Prezydium.

- Podjęto uchwałę o przystąpieniu do Europejskiego Stowarzyszenia Młodych Lekarzy (European Junior Doctors' Association, EJD określanych jako „junior doctors” (tj. lekarze wykonujący zawód w Polsce, którzy nie ukończyli 28. r.ż) wynosi 8.000 zł, co – zgodnie ze sposobem wyliczania składki w EDJ – skutkować będzie w 2023 r. składką w wysokości 21.600 zł.

- Przyjęto uchwałę w sprawie przyjęcia informacji o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2021 r. To coroczne sprawozdanie wysyłane do Prezesa Rady Ministrów.

- Przyjęto uchwałę w sprawie powołania Centrum Usług Wspólnych Naczelnej Izby Lekarskiej. Zadaniem CUW jest prowadzenie działalności usługodawczej dla okręgowych izb, optymalizacja kosztów działalności dla współpracujących z CUW okręgowych izb, realizacja procedur zakupowych, realizacja szkoleń i kursów dla pracowników oraz organów NIL oraz współpracujących z CUW okręgowych izb lekarskich. Dyrektorem CUW wybrano Dr Piotra Kalkowskiego z WIL.

- Podjęto Apel do Prezydenta o zawetowanie ustawy zmieniającej sposób finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia.

- Przyjęto protokoły z poprzednich dwóch posiedzeń. Ustalono, że protokołem z NRL od Nowego Roku będą transkrypcje dosłowne.

- Sprawozdania z działalności członków NRL: okazuje się, że wg danych MZ są wolne miejsca specjalizacyjne w placówkach, które nie istnieją.

- Wolne wnioski:

- Proponuje się przywrócenie systemu odwoławczego w sprawie przydziału rezydentur.

- Organizacja dostępu lekarzy do aktualnych list leków niedostępnych w sprzedaży.

Sprawozdania członków ORL z działalności między posiedzeniami.

Prezes przedstawiła sprawozdanie z posiedzenia Rady Społecznej NFZ w Opolu, na którym omówiono problemy aneksów w POZ i sytuację ratownictwa medycznego.

Kol. Marek Dryja przedstawił sprawozdanie z posiedzenia Rady Społecznej USK w Opolu, na którym jednym z ważniejszych tematów była uchwała o likwidacji Poradni Stomatologicznej przy USK

Kol. Adam Martyniszyn poinformował członków Rady, że Delegatura w Kluczborku zorganizowała spotkanie opłatkowe dla lekarzy Seniorów.

Komisja Młodych Lekarzy przedstawia wniosek zawierający 3 postulaty:

1. Zapewnienie lekarzom pomocy psychologicznej w sytuacjach kryzysowych.

2. Zapewnienie możliwości skorzystania w siedzibie Izby z pokoju „cichej nauki” z dostępem do internetu.

3. Udostępnienie w sposób otwarty 1 pomieszczenia lekarzom po wcześniejszej rezerwacji.

Prezes przekazała, że Rada powróci do wniosku nr 1 w II kwartale 2023 r. z powodu wciąż nie najlepszej sytuacji finansowej naszej Izby. Co do wniosków nr 2 i 3 Prezes udzieliła informacji, że dostęp do „pokoju cichej nauki” jest możliwy od zaraz, po wcześniejszym uzgodnieniu tego w Sekretariacie, a dostęp do pomieszczeń jest możliwy cały czas (poza ostatnim kwartałem br., kiedy to ze względów finansowych zawieszono działalność Izby w kwestii posiedzeń stacjonarnych).

Wobec wyczerpania programu spotkania, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2023 ROK

Koleżanki i Koledzy!

Od 1 marca 2023 r. kontynuować będziemy program Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej oraz ubezpieczenie Ochrony Prawnej Lekarza. Na kolejny okres ubezpieczenia uzyskano ofertę **na nie zmienionych zasadach i warunkach finansowych** (OC - PZU S.A., ochrona prawna - InterRisk TU S.A.)

Podobnie jak w roku ubiegłym istnieje możliwość przystępowania do ubezpieczenia bezpośrednio przez stronę internetową www.polisagrupowa.pl lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby, do czego zachęcamy wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej.

Prosimy o nieodkładanie kontynuacji ubezpieczenia do ostatniej chwili. Szczegóły dotyczące możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia znajdują się na końcu tego artykułu.

Przypomnienie warunków programu. Sposób zawarcia ubezpieczenia

Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w formie praktyki lekarskiej (dotyczy to każdego rodzaju praktyki – stacjonarnej, na wezwanie, kontraktu). Inaczej mówiąc nie musi zawierać takiego ubezpieczenia lekarz (lekarz dentysta), który pracuje tylko i wyłącznie w oparciu o kodeksową umowę o pracę.

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. Ubezpieczenie obowiązkowe nie obejmuje zabiegów chirurgii plastycznej oraz zabiegów kosmetycznych i estetycznych poza zabiegami wykonywanymi w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób.

Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentysty) wynosi ona 75.000 Euro na 1 zdarzenie i 350.000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia. Zwracamy uwagę na fakt, iż 75.000 Euro to niezbyt wysoka suma ubezpieczenia, dlatego zachęcamy do rozważenia wykupienia ubezpieczenia z ubezpieczeniem nadwyżkowym (informacja poniżej)

Ubezpieczenie obowiązkowe proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU wraz z ochroną prawną InterRisk TU S.A. uwzględnia podział na trzy grupy specjalności:		
Grupa I (składka 454 zł)	Grupa II (składka 202 zł)	Grupa III (składka 124 zł)
<ul style="list-style-type: none"> – Anestezjologia i intensywna terapia – Chirurgia ogólna – Chirurgia dziecięca – Chirurgia naczyniowa – Chirurgia onkologiczna – Chirurgia plastyczna – Torakochirurgia – Kardiochirurgia – Neurochirurgia – Chirurgia szczękowo-twarzowa – Chirurgia stomatologiczna – Urologia – Urologia dziecięca – Ortopedia i traumatologia – Ginekologia i położnictwo – Ginekologia onkologiczna – Medycyna ratunkowa – Neonatologia 	<ul style="list-style-type: none"> – Medycyna sportowa – Radioterapia – Lekarz dentysta nie posiadający żadnej specjalizacji oraz – pozostałe specjalności stomatologiczne poza chirurgią stomatologiczną np.: <ul style="list-style-type: none"> • ortodoncja • periodontologia • protetyka stomatologiczna • stomatologia dziecięca • stomatologia zachowawcza z endodoncją. 	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p>Uwaga Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakieś zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>

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

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

- W przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, nieposiadających żadnej innej specjalizacji, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy ryzyka obejmującej faktycznie wykonywaną specjalizację.

W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego **ubezpieczenia pakietowego (połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym), tzw. klauzulą nadwyżkową.**

Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, **których nie zawiera ubezpieczenie obowiązkowe:**

- udzielanie pierwszej pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),

- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej - nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego lub podejmowanych w ramach stażu, praktycznej nauki zawodu, delegacji służbowej, udziału w konferencjach naukowych oraz wyjazdów interwencyjnych z pomocą medyczną obywateli RP,

- **uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,**

- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,

- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,

- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,

- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,

- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie oraz pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł) – z możliwością indywidualnego podwyższenia,

- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świadczeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się



pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet, itp.),

- szkody związane z utratą, uszkodzeniem mienia przechowywanego do 5.000 zł np. mienie pacjenta pozostawione w poczekalni lub depozycie,

- szkody nie związane ze szkodą osobową lub rzeczową (limit 100.000 zł),

- w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance). Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: (22) 505-16-04.

Usługa asysty prawnej polega na:

- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,

- przesyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,

- przesyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,

- informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,

- przesłanie danych teleadresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne)

W ramach składki ubezpieczeniowej ubezpieczenia pakietowego uzyskuje się również:

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego:

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna OC	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
100.000,00 zł	545,00 zł	265,00 zł	161,00 zł
200.000,00 zł	643,00 zł	298,00 zł	173,00 zł
300.000,00 zł	669,00 zł	304,00 zł	180,00 zł
400.000,00 zł	701,00 zł	314,00 zł	188,00 zł
500.000,00 zł	715,00 zł	320,00 zł	192,00 zł
700.000,00 zł	727,00 zł	324,00 zł	196,00 zł
800.000,00 zł	735,00 zł	335,00 zł	215,00 zł
1.300.000,00 zł	903,00 zł	402,00 zł	243,00 zł
1.500.000,00 zł	990,00 zł	420,00 zł	290,00 zł
2.500.000,00 zł	1.722,00 zł	733,00 zł	453,00 zł
3.000.000,00 zł	1.940,00 zł	820,00 zł	540,00 zł
3.500.000,00 zł	2.090,00 zł	870,00 zł	590,00 zł

- za 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną do 500.000 zł na szkodach w ruchomościach i nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub innego stosunku prawnego – chodzi o szkody w użytkowanym obcym sprzęcie, np. medycznym

- ubezpieczenie na wypadek szkód wynikających z naruszenia praw pacjenta w tym również szkód nie będących szkodą osobową czy rzeczową (np. badanie pacjenta bez zachowania intymności),

- ubezpieczenie szkód wyrządzonych w związku z uczestnictwem w eksperymencie medycznym lub badaniach klinicznych (jeżeli sponsor wykupił ubezpieczenie obowiązkowe),

- ochronę prawną (ubezpieczaną przez TU Inter Risk S.A.) do kwoty 50.000 zł. Ubezpieczenie ochrony prawnej ma na celu zagwarantować lekarzowi bezwarunkowe pokrycie kosztów ochrony prawnej w przypadku wystąpienia do lekarza z roszczeniem odszkodowawczym przez poszkodowanego pacjenta, NFZ, czyli: koszty wynajęcia adwokata, radcy prawnego, który odpisze na pozew, będzie reprezentował go w Sądzie, koszty powołania biegłych; koszty te pokrywane są do 50.000 zł w granicach wynagrodzenia określonego przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości, który wyznaczył minimalne należne wynagrodzenie adwokatom, radcom prawnym (konieczne jest zgłoszenie przez lekarza wniosku na piśmie),

- Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia ochrony prawnej: CORIS LEX SERVICES SP. Z O.O.

Tel. (22) 647-56-10 7 dni w tygodniu 9-21

Fax. (22) 568-98-99 24 h

Email: interrisk@asysta.prawnika.pl 24 h

Lekarz (lekarz dentysta) niewykonujący praktyki lekarskiej i niepodlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego. Daje ono ochronę przy udzielaniu pierwszej pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy

udzielaniu tej pierwszej pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych,

niezwiązanych z pracą etatową i niewymagających założeń prywatnej praktyki.

A oto warianty tego ubezpieczenia dobrowolnego:

Suma gwarancyjna OC	Grupa I - składka	Grupa II - składka	Grupa III - składka
100 000,00 zł	256,00 zł	139,00 zł	82,00 zł
200 000,00 zł	301,00 zł	155,00 zł	93,00 zł
300 000,00 zł	340,00 zł	169,00 zł	103,00 zł
400 000,00 zł	350,00 zł	180,00 zł	110,00 zł
500 000,00 zł	375,00 zł	190,00 zł	115,00 zł
700 000,00 zł	402,00 zł	197,00 zł	117,00 zł
800 000,00 zł	420,00 zł	203,00 zł	122,00 zł
1.300.000,00 zł	519,00 zł	243,00 zł	145,00 zł
1.500.000,00 zł	540,00 zł	255,00 zł	165,00 zł
2.500.000,00 zł	994,00 zł	436,00 zł	268,00 zł
3.000.000,00 zł	1 050,00 zł	470,00 zł	340,00 zł
3.500.000,00 zł	1 090,00 zł	540,00 zł	420,00 zł

Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tylko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę zawrzeć ubezpieczenie NNW, rozszerzone dodatkowo o zarażenie się wirusami WZW lub HIV.

Ubezpieczenie to obejmuje zarówno świadczenie jednorazowe z tytułu samego zakażenia, jak i koszty leczenia. A oto, jakie są warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):

NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Wypłata 1-razowa z tytułu WZW	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Wypłata 1-razowa z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Składka	86	110	170	180	210	259	299	417

Przystąpienie do ubezpieczenia:

Jak co roku zachęcamy Państwa do przystępowania do ubezpieczenia bezpośrednio przez stronę internetową www.polisagrupowa.pl lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby. Zawarcie ubezpieczenia zajmuje kilka minut bez konieczności wychodzenia z domu, a cała dokumentacja wraz z potwierdzeniem ochrony trafia do Państwa w czasie rzeczywistym.

Dedykowane dla naszej Izby Lekarskiej rozwiązane internetowe pozwala zapoznać się z szeregiem informacji dodatkowych dotyczących programu ubezpieczenia oraz daje możliwość sięgania polis z bieżącego oraz poprzednich okresów ubezpieczenia, jeśli wcześniej skorzystaliście już z tej możliwości zakładając konto na stronie.

Zawierając ubezpieczenie OC Lekarza przez stronę internetową otrzymujecie bezpośrednio na swojego maila potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia OC Lekarza oraz Ochrony Prawnej, co pozwoli na zaoszczędzenie czasu. Składkę będzie można uiścić przelewem na konto

bankowe Opolskiej Izby Lekarskiej w terminie 7 dni od daty wystawienia potwierdzenia ubezpieczenia.

Pozostawiamy możliwość zawarcia ubezpieczenia w Izbie. Niestety w przypadku opóźnienia w zgłoszeniu istnieje ryzyko powstania luki w okresie ochrony ubezpieczenia. Prosimy nie pozostawiać tej sprawy do ostatniej chwili.

Uruchomienie możliwości zawarcia ubezpieczenia online – od 20 stycznia 2023r

Informujemy także, że nasz Broker zobowiązał się do udzielenia Państwu wsparcia w zawarciu ubezpieczenia przez internet poprzez możliwość kontaktu telefonicznego (poza kontaktem z Izbą):

1. Jadwiga Kołodziejczyk – 662-246-213;
2. Jadwiga Senecka – 604-269-575.

W przypadku wyboru tradycyjnej formy ubezpieczenia (poprzez kontakt z pracownikiem Biura Izby) składki będą zbierane w okresie od 6 lutego do 23 lutego 2023 r.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Sz. Pani
dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka
Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
W Opolu

Szanowna Pani Prezes

Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej przygotował nową ofertą szkoleń na sesję zimowo-wiosenną 2023r. Tematy dotyczą zagadnień m.in.: prawnych, zarządzania, kompetencji miękkich oraz zagadnień związanych z wykonywaniem zawodu i wiedzą medyczną z obszaru poszczególnych specjalizacji.

Szkolenia organizowane przez Ośrodek Kształcenia NIL są bezpłatne i skierowane do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, w ramach opłacanych składek członkowskich do izb lekarskich.

Wszystkie nasze wydarzenia edukacyjne są akredytowane, uczestnicy otrzymują certyfikaty potwierdzające udział w szkoleniu wraz z przyznanymi punktami edukacyjnymi.

Rejestracja prowadzona jest przez internet: [NIL - Kursy i szkolenia](#)

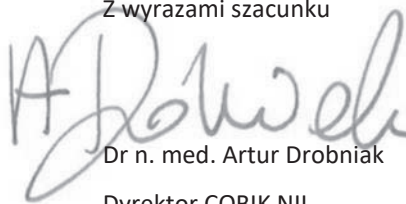
Pod powyższym linkiem znajduje się zestawienie wydarzeń wraz ze wskazanymi nazwiskami prowadzących, terminem i agendą szkolenia. Samorząd lekarski nie zamyka listy, będzie ona aktualizowana. Założeniem działalności Ośrodka Kształcenia NIL jest otwartość, reagowanie na potrzeby lekarzy i lekarzy dentystów oraz odpowiadanie na pojawiające się problemy i odnoszenie się do aktualnych, kluczowych dla środowiska lekarskiego tematów.

Nasi wykładowcy i trenerzy to ludzie, którzy posiadają dużą wiedzę zarówno teoretyczną jak i praktyczną, z nieocenionym doświadczeniem zawodowym. Prowadzone przez nich szkolenia to nie tylko wykłady, ale także przykłady z codziennych zawodowych doświadczeń oraz odpowiedzi na zadawane pytania.

Zachęcam do rozpowszechnienia kalendarza szkoleń za pośrednictwem Państwa strony internetowej oraz social mediów. Im więcej koleżanek i kolegów skorzysta z tej oferty, tym lepiej dla nas wszystkich, bowiem warto się szkolić, uzupełniać i nabywać nowe kompetencje oraz aktualizować już posiadaną wiedzę i umiejętności.

We wszystkich sprawach związanych z organizacją szkoleń i udziałem w nich można kontaktować się z Ośrodkiem Kształcenia NIL: szkolenia@nil.org.pl, tel. 22 55 91 310

Z wyrazami szacunku



Dr n. med. Artur Drobniak
Dyrektor COBIK NIL

NOWE SKŁADKI CZŁONKOWSKIE OD 1 STYCZNIA 2023 ROKU!!!

Zgodnie z Uchwałą Nr 27/14/VII NRL z dnia 5 września 2014 r. zmienionej Uchwałą Nr 38/22/IX NRL z dnia 21 października 2022 r. oraz Uchwałą Nr 60/22/IX NRL z dnia 16 grudnia 2022 r. składki dla członków Izby Lekarskiej wynoszą:

- **120 zł** – podstawowa kwota składek obowiązująca lekarza i lekarza dentystę.

- **60 zł** – kwota składek obowiązująca lekarzy (stażystów) i lekarzy dentystów (stażystów) posiadających prawo wykonywania zawodu przyznane w celu odbycia stażu.

W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

Zwolnienie z obowiązku opłacania składek członkowskich powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz:

1. Ukończył 70 lat.
2. Został skreślony z rejestru członków okręgowej izby lekarskiej.

3. Złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych – zwolnienie to ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągania przychodów.

Lekarz korzystający ze zwolnienia opłacania składki ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową radę lekarską o osiągnięciu przychodów oraz traci prawo do

zwolnienia z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód.

Lekarz, który przed dniem 1 stycznia 2015 roku:

- miał ustaloną miesięczną wysokość składki na 10 zł opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki – § 3 Uchwały Nr 27/14/VII NRL z dnia 5 września 2014 r.

- uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki – § 3 ust.6 Uchwały Nr 27/14/VII NRL z dnia 5 września 2014 r.

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem. Składkę można zapłacić:

- bezpośrednio w biurze OIL w Opolu, ul. Grunwaldzka 23, I piętro pokój nr 1a.

- przelewem na konto OIL: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277.

- poprzez pracodawcę, upoważniając dział finansowy jednostki do pobierania z pensji i przelewania comiesięcznej kwoty składki na konto Izby.

Wzory przelewu, upoważnienia oraz formularze podań o zmianę wysokości składki lub o zwolnienie z niej można pobrać ze strony internetowej Opolskiej Izby Lekarskiej: www.izbalekarska.opole.pl. Telefoniczną informację w sprawie składek (wysokości, zaległości, zwolnienia itp.) można uzyskać pod numerem Izby: 77/454-59-39 lub mailem: opole.składki@hipokrates.org.

Pełny zapis najnowszej uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie wysokości składki członkowskiej dostępny jest pod adresem: https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/doc_1671426777_ru060-22-ix.pdf.

PLEBISCYT HIPOKRATES 2022 ROZSTRZYGNIĘTY

23 listopada ub. roku w Zamku w Mosznej Wojewoda Opolski Sławomir Kłosowski, P.O. Dyrektora Oddziału Opolskiego NFZ i jednocześnie Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Beata Cyganiuk oraz Redaktor Naczelny „NTO” Bolesław Bezeg wręczyli nagrody laureatom wojewódzkim i powiatowym kolejnej edycji, jednego z największych plebiscytów medycznych w Polsce „Hipokrates”.

Kandydatów do nagród na Opolszczyźnie nominowali czytelnicy „NTO” – a więc ci, którzy najlepiej znają medyków – czyli ich pacjenci. Patronat honorowy nad akcją objął Marszałek Województwa Opolskiego Andrzej Buła oraz Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu opoleskiego prof. UO Jacek Józwiak. Patronem plebiscy-

tu był Narodowy Fundusz Zdrowia, a patronem ogólnopolskiej gali także Ministerstwo Zdrowia.

Wśród nominowanych do plebiscytu byli lekarze rodzinni i pediatrzy, stomatolodzy, chirurdzy, ginekolodzy, kardiolog, ortopedzi, okuliści, dermatolodzy i laryngolodzy. Ponadto głosowano także na pielęgniarki i położne, ratowników medycznych, fizjoterapeutów oraz farmaceutów/techników farmaceutycznych. Czytelnicy „NTO” wybrali również najlepsze - ich zdaniem – placówki medyczne (przychodnie, gabinety, szpitale).

Galę rozdania nagród uświetnił recital Teatru Muzycznego Castello.





Lista laureatów Opolskiego Hipokratesa 2022

Lekarz Rodzinny i POZ Roku:

- I miejsce w województwie: Krystian KNICZ;
- II miejsce w województwie: Barbara KUCZERA;
- III miejsce w województwie: Anna PISKOROWSKA-PLIŚ.

Pediatra Roku:

- I miejsce w województwie: Malwina CHMIELEWSKA-LELLEK;
- II miejsce w województwie: Anna KOS;
- III miejsce w województwie: Robert KNOSALA.

Stomatolog Roku:

- I miejsce w województwie: Izabella KARUGA;
- II miejsce w województwie: Agnieszka PAŁCZYŃSKA;
- III miejsce w województwie: Alicja JĘDRZEJAS-SOKULSKA.

Chirurg Roku

- I miejsce w województwie: Sebastian CISZEWSKI;
- II miejsce w województwie: Marek NIEWIADOMSKI;
- III miejsce w województwie: Dariusz SOKOŁOWSKI.

Ginekolog Roku

- I miejsce w województwie: Bartosz SICIĄK;
- II miejsce w województwie: Sławomir RESAKOWSKI;
- III miejsce w województwie: Aneta MACHNICKA-RUSEK.

Kardiolog Roku

- I miejsce w województwie: Wojciech BUJAK;
- II miejsce w województwie: Agata KUBAL-TKOCZ;
- III miejsce w województwie: Szymon BARABACH.

Dermatolog Roku

- I miejsce w województwie: Aleksandra KAPUŚNIAK;
- II miejsce w województwie: Aleksandra BAL-NIE-
RYCHŁO;
- III miejsce w województwie: Bartosz PTAK.

Laryngolog Roku

- I miejsce w województwie: Grzegorz DUSZEL;
- II miejsce w województwie: Dariusz DOMAGAŁA;
- III miejsce w województwie: 3 miejsce: Kamila
STOCHMIAŁEK.

Okulista Roku

- I miejsce w województwie: Kamilla PUSTELNIK;
- II miejsce w województwie: Karolina NOWAKOWSKA;
- III miejsce w województwie: Anna BANAŚ-CEBULA.

Ortopeda Roku

- I miejsce w województwie: Michał BUCHOWIECKI;
 - II miejsce w województwie: Grzegorz MAURER;
 - III miejsce w województwie: Arman MANUKYAN.
- Wszystkim laureatom bardzo serdecznie gratulujemy
nagród i uznania ich własnych pacjentów.

II OGÓLNOPOLSKI TURNIEJ TENISA LEKARZY

II Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Gdańsku, zorganizowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku, w 2022 roku odbył się w środku lata (19-21.08) ponownie na kortach AWF.

Taa edycja turnieju zgromadziła 62 uczestników, w tym 18 kobiet (4 z izby gdańskiej) oraz 44 mężczyzn (7 z izby gdańskiej). Rozgrywki toczyły się od wczesnych godzin porannych w piątek na 7 kortach (5 otwartych i 2 zadaszonych) wg regulaminu PSTL. Większa liczba uczestników była efektem zadowolenia uczestników w zeszłym roku. Dopiero deszcze sobotniego wieczoru zmusiły graczy do przejścia wyłącznie na kryte korty i uniemożliwiły rozgrywki mixtowe. Single, deble oraz pocieszenie odbyły się planowo.

Dzięki wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej, Miasta Gdańsk oraz firmy Ziaja możliwe było zorganizowanie całego turnieju, a wieczorem Players Party z muzyką na żywo, cateringu podczas zawodów oraz ufundowanie niepowtarzalnych nagród z ceramiki glinianej o tematyce tenisowej. Dla chętnych była możliwość zwiedzania Gdańska z przewodnikiem.

Najstarszym graczem był kolega Zbigniew Jabłoński z naszej izby, który dzielnie stawiał czoła graczom o ok. 10 lat młodszym, gdyż w swojej kategorii 80+ był jedyny.

Rozgrywki zakończyły się następującymi wynikami:

1. Kobiety:

- Open: 1. Anna Komar, 2. Malwina Ornowska-Skelnik (GDN);
- 45+: 1. Joanna Szafranek, 2. Grażyna Martini-Kamińska;
- 60 +: 1. Bożenna Kędzierski, 2. Małgorzata Pawelec-Wojtalik.

2. Debel kobiet:

- Open: 1. Agata Kiejzik/Marta Zaborowska, 2. Joanna Lichtorowicz/Barbara Rymkiewicz-Sławińska;
- 45+: 1. Anna Komar/Grażyna Martini-Kamińska, 2. Joanna Szafranek/Joanna Gałuszka-Garnuszek.

3. Mężczyźni:

- Open: 1. Maciej Krekora, 2. Andrzej Płoński;
- 35+: 1. Marcin Krywiak, 2. Jakub Kornacki;
- 50+: 1. Tomasz Zwierski (GDN), 2. Lech Borkowski;
- 55+: 1. Robert Kowalczyk, 2. Dariusz Gajecki;
- 60+: 1. Stanisław Woźniak, 2. Wiesław Bąba;
- 65+: 1. Jerzy Glabisz, 2. Jerzy Talarczyk;
- 70+: 1. Roman Pawlas, 2. Ryszard Koczorowski.

4. Debel mężczyzn:

- Open: 1. Grzegorz Piskulak (GDN)/Oliver Szabo (GDN), 2. Tomasz Zwierski (GDN)/Marcin Krywiak;

• 45-55: 1. Zbigniew Żęgota/Robert Kowalczyk, 2. Krystian Zwirbulis (GDN)/Lech Borkowski;

• 65+: 1. Jerzy Głabisz/Bogusław Rataj; 2. Jan Kubicki/Daniel Leończyk.

Na 2023 rok (wstępnie czerwiec) planowany jest kolejny turniej w Gdańsku, lecz nie z kalendarza PSTL i wg

uproszczonego regulaminu (m.in. kategorii wiekowych). Natomiast w 2024 roku planowane są Mistrzostwa Polski Lekarzy w Gdyni w terminie 30.05-02.06.2024 r., do których można się już powołać tenisowo przygotowywać.

Organizator
Tomasz ZWIERSKI

GOŚCINNE WYSTĘPY

MUR GRANICZNY

Do wojska wstąpił jako szesnastoletni chłopak w 1809 roku, kiedy pierwsze polskie oddziały pojawiły się w Galicji. Dwaj starsi bracia, Maksymilian i Seweryn, już od dwóch lat służyli pod orłami napoleońskimi. Początkowo była to służba łatwa. Zaliczony w poczet pułku ułanów, raczej prochu nie powąchał. Czas młodego żołnierza upływał nie tylko na codziennych obowiązkach, ale i na wesołych, hucznych zabawach, balach i polowaniach. W 1812 roku został mianowany kapitanem adiutantem majorem pułku strzelców konnych i wówczas poznał prawdziwe rygory wojenne. Komenderował służbą porządku wewnętrznego i walczył na pierwszej linii, najpierw dumnie krocząc na Moskwę, a później cofając się i tracąc nadzieję na niepodległość. W Wilnie ciężko choruje na tyfus i trafia do niewoli. Ucieka. Ukrywa się. Wraca do domu z orderem *Virtuti Militari* na piersi. I znów wyrusza wojować. Melduje się pod Drezniem i jako oficer sztabu głównego bierze udział w kampaniach od wielkiej bitwy narodów pod Lipskiem poczynając. Zamiast realizacji marzeń do szuflady wkłada krzyż kawalerski Legii Honorowej i „rozwiązuje worek z komediami”, bo wśród żołnierskiej braci „błysnął mu promyk natchnienia”. Przed wyjazdem z Paryża po raz pierwszy miał okazję zachwycić się teatrem.

Po trzydziestu latach Fredro zebrał wojenne wspomnienia, nazywając „Zapiskami starucha”. Na karcie tytułowej „Trzy po trzy” znalazła się adnotacja „Nie do druku – bo niewarte druku. Zostawić jako pamiątkę w rękopisie dla Rodziny”.

Odczytywanie pamiętnika zajmuje historyków literatury i okresu napoleońskiego do dzisiaj. Powstały rozprawy krytyczne, w których wypominano autorowi brak chronologii zdarzeń. Nikt nie miał jednak wątpliwości jak cenne jest to źródło wiedzy. Znalazłem tam także coś z medycyny. Otóż hrabia spotkał na żołnierskiej drodze Jana Dominika Larrey’a – generalnego lekarza armii napoleońskiej, pioniera chirurgii wojennej, który opracował system segregacji rannych i wprowadził na pole bitwy konne ambulanse, usprawniając transport

poszkodowanych do szpitali. Komedio-pisarz „przypomina” lekarza w takiej oto anegdocie: „Powiadają, że raz wchodził wieczorem do jednego ze swoich pacjentów; ten zapytał z cicha: Kto tam? Wyrok śmierci – odpowiedział doktor grubym swoim głosem”.

Patronem Roku 2023 został Aleksander Fredro, urodzony 230 lat temu. Postanowiłem, więc odnaleźć dawne notatki, by przypomnieć hrabiemu w kontekstach odważnego uśmiechu i nawiązań do współczesności.

Rozpoznanie wstępne Fredry przeprowadziłem BOY-EM. Pomogło mi w tym wznowienie polemik, recenzji i wspomnień lekarza, tłumacza, społecznika, pisarza i teatromana Tadeusza Boya-Żeleńskiego. W 1923 roku w warszawskim Teatrze Rozmaitości wystawiono „Zemstę”. „Niezwykłe znaki na niebie i ziemi. Bilety na premierę (...) rozchwytywane na kilka dni naprzód, licytowane. Afisz...Co za afisz! Nazwisko w nazwisko, same tuzy. Najdrobniejsza rólka”.

„Dwa równie stare i szlachetne rody” w Weronie, Soplicowie czy Warszawie, na dziedzińcu z murem biegnącym pośrodku „wskrzeszają zamęt przycichłej niezgody. (Czy) o zamek toczy się sprawa”?

Ile razy powołując przykład sąsiedzkiej waśni, wszędzie tam, gdzie sami swoi, słyszeliśmy o wznicianym na nowo konflikcie między dwoma polskimi plemionami Raptusiewiczów i Milczków? Ile razy stanęliśmy osobiście po prawej lub po lewej stronie, nie patrząc na rację, przedkładając własny interes lub zaprzysiężoną zemstę? Ile razy w walce dwóch ogni obrywaliśmy nie za swoje winy czy obietnice, stając się Papkinem, popychadłem, posłem złej sprawy, źródłem komedii?

„Tacy sami, a ściana między nami”. W każdym niemal literackim rozdaniu od Szekspira po współczesność, pojawia się równocześnie poetycki bunt młodości i nadzieja, że „mury runą i pogrzebią stary świat”. „Czy nie byłoby sposobu, ustąpiwszy ze stron obu, zapomniawszy przeszłe szkody, do sąsiedzkiej wrócić zgody?” – od 190 lat pyta Cześnika Waclaw i jak refren słyszy taką odpo-





wiedź: „Wprzody w morzu wyschnie woda, nim tu u nas będzie zgoda.”

W najnowszej realizacji „Zemsty” w Teatrze Jaracza w Łodzi w reżyserii Krzysztofa Jasińskiego, po słynnym wersie („Tak jest – zgoda, a Bóg wtedy rękę poda”), Rejent odrzuca wyciągniętą dłoń Cześnika. Konsternacja widowni jest zaledwie kilkusekundowa, a po chwili

wszyscy biją brawo, dobrze się bawią i wracają do smutnej komedii dell’arte.

Tylko w „Zapiskach starucha” pozostanie wspomnienie walk o wspólną sprawę i medale w szufladzie. Kto tam?

Jarosław WANECKI
Ośrodek Kultury i Dziedzictwa
Historycznego NIL

CO PISZĄ INNI

OPIEKA KOORDYNOWANA NIE TAKA STRASZNA

Z Tomaszem Zielińskim, prezesem Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych–Pracodawców, wiceprezesem Federacji Porozumienie Zielonogórskie, rozmawia Anna Augustowska.

Od 1 października każdy pacjent przychodzi do rodzinnej ma prawo do opieki koordynowanej. Co się za tym kryje?

Dzień 1 października to tylko data symboliczna. Tego dnia pojawiły się przepisy pozwalające na podpisywanie umów z zakresu opieki koordynowanej w POZ. Jednak wdrożenie tego systemu w całym kraju będzie długim procesem. Do koordynacji przystępuje się dobrowolnie. Faktycznie koordynacja to coś, co jest elementem medycyny rodzinnej od zawsze, a teraz zostało to sprecyzowane w ramy formalne.

Co lekarz POZ zyskuje prowadząc opiekę koordynowaną?

Przede wszystkim zwiększa zakres dostępnych badań diagnostycznych, jakie lekarz POZ może wykonać u pacjenta. Dzięki temu będzie mógł bezpieczniej zajmować się pacjentem oraz lepiej wyselekcjonować grupę pacjentów, których odsyłamy do AOS. Dziś jednym z powodów kierowania do poradni specjalistycznej jest potrzeba wykonania badań np. przeciwciał przy podejrzeniu zapalenia tarczycy. Teraz będzie je można wykonać w POZ a w wątpliwych przypadkach skonsultować się z lekarzem specjalistą i leczyć dalej w POZ, a tylko w cięższych przypadkach odesłać do AOS.

Póki co jednak lekarze POZ nie garną się do tego zadania. Dlaczego?

Koordynacja jest fakultatywna, więc przystępują ochotnicy. Wiedza o koordynacji jest wciąż mała, a samo przystąpienie nie jest proste. Przede wszystkim lekarz POZ musi znaleźć lekarzy konsultantów, których musi zgłosić do oferty do NFZ. To z tymi lekarzami będzie się potem konsultował w konsultacji lekarz–lekarz albo wyśle do nich pacjentów na konsultację lekarz–pacjent.

Tu chciałbym zaapelować do lekarzy ze specjalizacjami z alergologii, diabetologii, endokrynologii, kar-

diologii oraz pulmonologii, żeby zastanowili się, czy nie mają przestrzeni do wsparcia POZ w koordynacji. Poszukujemy takich lekarzy docelowo dla wszystkich poradni POZ w województwie. Nie jest to może bardzo dochodowe zajęcie, ale też nie będzie bardzo obciążające. Jeżeli ktoś byłby zainteresowany współpracą z POZ to prosimy o kontakt z Lubelskim Związkiem Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców, tel. 81 748 47 88 lub mail: biuro@lzlrp.pl.

Jaka powinna być – a jaka jest stawka za to świadczenie?

Wycena świadczeń jest oczywiście za niska, szczególnie przy takiej inflacji, jaką mamy w kraju. Każde świadczenie w koordynacji ma swoją wycenę, ale przykładowo za zorganizowanie i przeprowadzenie konsultacji z lekarzem specjalistą, poradnia POZ dostanie w przypadku konsultacji lekarz–lekarz 81,65, zł a za konsultację pacjent–lekarz specjalista 120,75 zł. W tej kwocie zawarte jest wszystko, czyli koszty administracyjne, koszt koordynatora, a także zapłata lekarzowi specjaliście.

Co jest największą przeszkodą w realizacji opieki koordynowanej: brak pieniędzy, brak kadry, brak czasu?

Moim zdaniem, największą przeszkodą jest brak wiedzy. A to wynika z braku czasu. Wszyscy jesteśmy zapracowani, szczegóły opieki koordynowanej pojawiły się późno, więc trzeba czasu na zapoznanie się z przepisami, zorganizowanie się i przystąpienie do koordynacji. Oczywiście szczupłość kadr utrudnia podjęcie decyzji o wejściu w koordynację, zwłaszcza że jak już powiedziałem, bez pozyskania dodatkowych konsultantów nie jest możliwe złożenie do NFZ oferty. Dotyczy to lekarzy specjalistów wybranych dziedzin, ale też dietetyków czy podwykonawców do wykonania badań diagnostycznych, które pojawiają się w naszych kompetencjach np. próba wysiłkowa, Holter EKG, Holter RR, echo serca, USG Doppler tętnic szyjnych czy naczyń kończyn dolnych. Tu od razu chciałbym zwrócić uwagę, że to nie są badania dostępne dla każdego pacjenta w POZ. Po pierwsze podmiot POZ musi mieć podpisa-

na umowę na koordynację, po drugie pacjent musi mieć odpowiednią chorobę z listy w rozporządzeniu MZ, po trzecie wykonanie tego badania musi wynikać z przeprowadzonej przez lekarza POZ porady kompleksowej, w wyniku której powstaje IPOM (Indywidualny Plan Opieki Medycznej) i w nim lekarz POZ wskazuje potrzebę poszerzenia diagnostyki. Nie jest więc możliwe wykonanie tych badań wskutek odesłania do POZ pacjenta z gabinetu prywatnego, poradni AOS czy przed lub po hospitalizacji.

„Koordynator będzie dzwonił do pacjenta, ustalał termin wizyty i to czy ma być realizowana w bezpośrednim kontakcie, czy zdalnie. Pacjent na wizytę lekarską ma być przygotowany, tzn. w jego dokumentacji powinny być już wyniki badań i zebrany wywiad przedlekarski. Koordynator powinien zadzwonić do niego także wtedy, gdy pacjent nie przyjdzie na badanie” – taki opis może zniechęcać – dużo więcej pracy itd. Czy macie Państwo pomysł, jak zachęcić lekarzy do realizacji tego programu?

Zgadzam się, że na pierwszy rzut oka to brzmi porażająco, jednak jeżeli znajdziemy osobę, która zaangażuje się w pracę koordynatora, to może bardzo pacjentom pomóc, jednocześnie odciążając lekarzy POZ w pracy administracyjnej. Koordynator powinien pomagać w wyszukiwaniu pacjentów, którymi należy się zaopiekować w ramach koordynacji, przygotować pacjenta do porady kompleksowej, którą lekarz POZ wraz z pielęgniarką POZ przeprowadzą. W efekcie tej porady powstanie IPOM a w nim zalecenia, w których realizacji (ustalenie terminów, umówienie, przypomnienie o wykonaniu) będzie pacjenta wspierał koordynator, czyli nowa osoba w zespole POZ. Oczywiście nowa funk-

cjonalnie, bo czasami może to być ktoś, kto już pracuje w podmiocie POZ a teraz dostanie nowe zadania. Ważne, żeby koordynator miał czas dla pacjentów, bo chociaż za realizację IPOM u odpowiedzialny jest pacjent to rola koordynatora we wsparciu pacjenta jest nie do przecenienia. W chwili, gdy rozmawiamy, trwa ustalanie zasad przedłużenia umów POZ na kolejny okres, po ich przedłużeniu będziemy mieli czas na wsparcie lekarzy POZ w podjęciu decyzji, przede wszystkim poprzez dotarcie z realną wiedzą o koordynacji, żeby mogli podjąć świadomą decyzję.

Jednocześnie cały czas poszukujemy lekarzy chętnych do wykonywania konsultacji specjalistycznych, dietetyków oraz wykonawców nowych badań, które będą w wybranych przypadkach dostępne w arsenale diagnostycznym lekarza POZ. Stąd mój wcześniej wyrażony apel o zgłaszanie się do nas chętnych do współpracy.

Rozmawiamy w połowie listopada – w Lublinie tylko 8 praktyk POZ zgłosiło akces do prowadzenia opieki koordynowanej. Jak sobie radzą?

Wszyscy się uczymy i przecieramy szlaki po to, żeby kolejnym było łatwiej. Zawsze jest tak, że jest grupa ryzykantów, którzy wchodzą w nowości. Od początku pojawiają się problemy, niejasności i potrzeba zmian, chociażby w zakresie rozwiązań informatycznych. Na bieżąco zgłaszam do NFZ, ministra zdrowia i Centrum e Zdrowia takie potrzeby i wprowadzane są korekty, które mam nadzieję, że już wkrótce pozwolą na rekomendowanie innym placówkom POZ przystąpienie do koordynacji.

To będzie mimo wszystko rewolucyjna zmiana w podstawowej opiece zdrowotnej, która, aby się udała, wymaga szerokiej współpracy, do której namawiam.

(przedruk za zgodą z „Medicusa” nr 12/22)

ZNOWU W PIEKLE KOBIECI

Powstały dwa lata temu głośny film dokumentalny pt. „O tym się nie mówi” w reżyserii Marka Osiecimskiego dostępny jest dziś tylko w internecie i na specjalnych, zamkniętych projekcjach. Odbierany jest jako społeczny głos sprzeciwu wobec wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który zapadł 22 października 2020 r. W efekcie tej decyzji kobiety w Polsce zostały pozbawione możliwości wyboru i prawa do przerwania ciąży w przypadku występowania ciężkich i nieodwracalnych wad płodu. W filmie prezentowane są prawdziwe historie kobiet i ich rodzin, a także głosy lekarzy, położnych i psychiatrów. [...]*

Z dr n. med. Maciejem Jędrzejko, ginekologiem, jednym z bohaterów filmu „O tym się nie mówi” rozmawia Piotr Biernat.

– Nie marnuje pan żadnej publicznej okazji, aby wystąpić ostro, krytykując skutki wyroku Trybunału Konstytucyjnego sprzed dwóch lat, likwidującego w praktyce prawo kobiet do aborcji płodów chorych genetycznie

albo śmiertelnie uszkodzonych. Teraz znów wystąpił pan w kontrowersyjnym i bardzo brutalnym filmie o efektach tej ustawy. Kto tak naprawdę stoi za panem?

– Mam potężnego sojusznika – to moje pacjentki i ich wpatrzone z nadzieją oczy. Nie ma potężniejszej siły. Stoi za mną też doświadczenie pracy w dwóch dużych ośrodkach klinicznych (Klinika SUM w Tychach i Klinika UCK SUM w Katowicach) oraz dwóch prywatnych (Szpital Łubinowa3 i SIMIN w Chorzowie). Stoją za mną też moi koledzy i koleżanki lekarze, którzy, choć nie zawsze jeszcze są gotowi sami wałnąć pięścią w stół, ale już są gotowi trzymać mnie za rękę, kiedy ja to robię. W końcu stoi za mną zespół prawników lekarzy i aktywistek tworzących projekt OTSNM, skupionych przez fundację Anity Czarnieckiej „Damy Radę”. Po każdym moim publicznym wystąpieniu w mediach mam też telefony od moich nauczycieli, byłych i obecnych szefów, profesorów medycyny, nauczycieli, rad-



nych, a ostatnio również od posłów i senatorów, którym nie jest wszystko jedno i którzy nie zgadzają się na istniejący stan prawny w Polsce. Z każdym miesiącem zwiększa się liczba osób, które, tak jak ja, nie godzą się na to zło, jakie wyrządzono kobietom.

– Mimo to skrajnie radykalne środowiska pro-choice nazywają pana „dziadersem” i „płodocentrystą”.

– Uważam, że tak, jak w cywilizowanych krajach zachodnich, płód z wadami letalnymi, skazany na śmierć przez naturę, powinien być z założenia traktowany, jak zagrożenie życia matki, bez konieczności sięgania po opinie jakichkolwiek innych specjalistów. Wielowadzie letalne powinno być automatycznie wskazaniem do terminacji ciąży. Utrzymywanie przy życiu takiego ciężko chorego płodu powinno być jednak możliwe wówczas, jeśli taka jest świadoma decyzja matki, która uzyskuje od lekarza pełne informacje na temat zagrożeń i świadomie bierze na siebie ryzyko powikłań.

– Tymczasem w Polsce w wyniku wyroku TK jest dokładnie odwrotnie. Prawo zmusza lekarzy i matki do wyczekiwania do momentu bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia.

– To skandal i absurd, który nie ma żadnego uzasadnienia, ani etycznego, ani naukowego, ani społecznego, ani nawet ekonomicznego. Współczesne wysokorozwinięte cywilizacje prohumanistyczne, dla których jednostka ma znaczenie, hołdują zasadzie „minimalizacji cierpienia na świecie”. Tymczasem w Polsce podjęto decyzję dokładnie odwrotną – i postanowiono ilość cierpienia zwiększać, i to wbrew woli rodziców, wbrew protestom lekarzy i wbrew jednoznacznym opiniom psychoterapeutów i psychiatrów.

– Jedną z bohaterek filmu „O tym się nie mówi” powiada „nie można zmusić nikogo do świętości”.

– I ja się z tym głęboko zgadzam. Doświadczenie życiowe i lekarskie nauczyło mnie, że nie wolno zmuszać nikogo, a tym samym kobiet – do heroizmu. Nie wolno z kobiet czynić trumien. Nie wolno działać wbrew ich woli.

– W obecnej atmosferze politycznej to tak, jakby walczył pan z wiatrakami?

– Nie po raz pierwszy w życiu stoję przed wyzwaniem, gdy wszyscy mówią, że „nie da się nic zrobić”. Jeśli coś jest uzasadnione i niezbędne dla poprawy jakości życia ludzi, to mnie się zapala w głowie wielka lampa z napisem „to jak to k... się nie da!?”. Ok. Może dzisiaj jeszcze nie znamy sposobu, albo nie wpadliśmy jeszcze na pomysł, jak to zrobić, ale skoro jest ważna potrzeba społeczna, to trzeba tak zrobić – żeby się dało. W tym wypadku wystarczy wsłuchać się w głosy kobiet oraz w opinie specjalistów psychiatrów, psychoterapeutów i ginekologów. Nie uważam, że walczę z wiatrakami, ponieważ nie czuję się osamotniony w tej walce. Poparcie dla projektu OTSNM płynie szerokim strumieniem, zarówno ze środowisk lekarskich, jak i prawniczych.

– I dlatego powstał film „O TYM SIĘ NIE MÓWI”?

– Jak powiedział o nim sam reżyser Marek Osieciński: „O tym się nie mówi” to film, który nigdy nie powinien był powstać w Polsce”. Film powstał po to, by potrząsnąć i obudzić społeczeństwo.

– Film umieszczony w internecie i pokazywany na specjalnych pokazach, w istocie robi piorunujące wrażenie na osobach niezwiązanych z medycyną. A co mówią lekarze innych specjalności?

– Dla lekarzy ten obraz jest tylko mocnym, ale kolejnym wykładem medycznym, może tylko trochę bardziej uczącym człowieczeństwa. Największym dla mnie sukcesem tego filmu, jak dotąd, była sytuacja w której doświadczony ginekolog z Wrocławia po pokazie podszedł do mnie i powiedział: „doktorze, nie wiem jak mam Wam podziękować za to, co zrobiliście, więc pan pozwoli, że pana przytulę” i staliśmy tak objęci ze łzami w oczach i nie trzeba było więcej mówić. Bo my, lekarze, wiemy... Takich cudownych gestów poparcia od kolegów i koleżanek ze środowiska mamy coraz więcej. To daje nam wielką siłę, by się nie poddawać.

– Ponad dwa tysiące ludzi przez internet wpłaciło łącznie 150 tys. złotych...

– Poparcie od początku było ogromne. Ludzie wpłacali nawet czterocyfrowe kwoty. Pieniądze wystarczyły na produkcję filmu i rozpoczęcie działań promocyjnych. Ale niestety, kurczą się szybko, dlatego zbiórka trwa nadal. Chcemy pokazać film w małych miejscowościach i organizować dyskusje z mieszkańcami po projekcjach – do tego potrzebujemy chętnych lekarzy, prawników, psychologów oraz wsparcia finansowego na pokrycie kosztów dojazdu. Bo wszyscy robią to bez honorarium. W pierwszych trzech dniach wyświetliło nasz film na YouTube ponad 200 tys. ludzi i to jest bardzo dobry wynik. Wiedzieliśmy wtedy już, że mamy w rękach emocjonalną bombę o dużej sile rażenia. Mam informacje, że film trafi niebawem do Senatu i Sejmu.

– Naprawdę sądzicie, że obrazy zrozpaczonych kobiet i kalekich płodów wstrząsną sumieniami ludzi tworzących prawo tak, że zechcą je zmienić?

– Myślę, że tak. Film jest bardzo mocny. Uważam, że ma potencjał dotarcia przede wszystkim do kobiet, a to – nie zapominajmy – jest grupa niemal 20 mln osób. A wiem, że wielu mężczyzn stanie za nimi murem. Chcemy spowodować swoiste „ssanie społeczne”, czyli oczekiwanie społeczne do zmiany tego drakońskiego, toksycznego prawa. Ważne jest też to, że może niektórym politykom i ideologom uświadomić, że są sfery życia, w których nie można decydować zakazami i nakazami.

– Jest już kilka spraw przeciwko lekarzom w ŚIL. Podobnie w innych izbach. Wśród ginekologów rośnie strach, co będzie dalej.

– Ginekologdy są między młotem a kowadłem. Jak nie terminujesz ciąży – pacjentka może umrzeć, jak terminujesz – to Ty możesz umrzeć. Bo trzy lata pozbawienia wolności są równoznaczne z utratą prawa wykonywania

zawodu, a to oznacza śmierć zawodową lekarza. Dlatego oczekujemy, że izby lekarskie i Polskie Towarzystwo Ginekologiczne opracują jednoznaczne, jasne wytyczne, rekomendacje oparte na rekomendacjach WHO – jak mamy dalej działać. Czy mamy się przejmować tym skandalicznym i pełnym prawnych wad wyrokiem, czy też mamy robić to, co jest zgodne ze współczesną wiedzą, nauką oraz nowoczesną medycyną. Nie może być tak, że lekarskie samorządy i najważniejsze towarzystwa naukowe chowają głowę w piasek i pozwalają w milczeniu na torturowanie kobiet i lekarzy. W tej chwili ciąży w Polsce żaden lekarz nawet embriopatologicznej po prostu nie usunie, jeżeli ona nie będzie stanowić rzeczywiście bezpośredniego zagrożenia życia. Ta granica wcale nie jest w żaden sposób jasna, wyraźna. Poza pierwszym, i jak do tej pory jedynym, stanowiskiem Towarzystwa Ginekologicznego, że jest przeciw, nic więcej się nie ukazało. Do dzisiaj nie pojawiło się stanowisko Towarzystwa Psychiatrycznego. Czekamy więc wciąż na jakiegokolwiek rekomendację, spotkania z prawnikami, konferencje obu zawodowych samorządów, na których powiemy sobie, w jakim jesteśmy miejscu i jakiego oraz czyjego wsparcia możemy oczekiwać. Teraz każdy z nas, ginekologów, działa intuicyjnie i modli się, żeby na jego dyżurze nie trafiła się taka ciąża. Trzeba jednoznacznie skończyć z tym absurdem.

– Kiedy przychodzi do pana kobieta z chorą ciążą, to jak to wygląda?

– Muszę zmierzyć się z tym cierpieniem. Kiedy kobieta przychodzi uśmiechnięta z mężem na wizytę, a ja muszę jej powiedzieć: „proszę pani, bardzo jest mi przykro, ale niestety z ciążą jest coś nie tak, jest jakiś problem, tu w USG widzę pewne nieprawidłowości”. To są takie zdania, których nikt, żadna kobieta, nie chce usłyszeć. Natychmiast mają czerwone oczy i płaczą, zaczynają się trząść ze stresu. A ja dalej muszę mówić, co widzę w badaniu USG, np. że widzę obrzęk płodu, że brak jest kończyny, że nie widzę mózgu, pokrywy czaszki czy w ogóle głowy, rąk i nóg. Ciężko chore płody często mają różne przepukliny, przez które narządy wychodzą na zewnątrz – to wygląda dramatycznie i jeszcze gorsze ma skutki dla rozwoju płodu – płody z wielowodziem są często potwornie zdeformowane. Zdecydowana większość z nich nie ma absolutnie żadnych szans na przeżycie po odłączeniu od matki – większość ginie w ciągu minut, godzin czasem dni i tygodni, i zwykle w wielkich cierpieniach. Na potwierdzenie informacji o wielowodziu kobiety czekają tygodniami – na wynik amniopunkcji czeka się obecnie 3-4 tygodnie i ten czas oczekiwania to dla nich prawdziwa tortura psychiczna.

– To jak pan pomaga teraz pacjentkom, żeby nie dochodziło do takich dramatów?

– Dzisiaj mogę tylko dać namiary na kliniki ginekologiczno-położnicze oraz aborcyjne w Czechach i w Niemczech, które usuwają takie ciążę. Podaję też nazwy organizacji kobiecych, które pomagają w bezpiecznej aborcji. Wiem też od pacjentek, które wyjeżdżały za granicę dokonać aborcji, że na przykład z Krakowa, tydzień w tydzień, co 3-4 godziny odjeżdża bus pełen kobiet na zabiegi do klinik aborcyjnych do Czech czy do Niemiec. Większości kobiet w Polsce jednak nie stać na wyjazd za granicę. One trafiają do silnie kryminalnego podziemia aborcyjnego. Oczywiście, możemy dalej żyć w zakładaniu, że aborcja nas nie dotyczy i nie obchodzi. Ale ona JEST.

– Jak pan się czuje z tą bezradnością?

– Fatalnie. Jestem po prostu wściekły, ja się z tym prawem absolutnie nie godzę. Ale nie mogę prawa łamać. Mogę tylko walczyć o jego zmianę i mogę działać zgodnie ze swoim przeświadczeniem, że te kobiety mają prawo do informacji. Mogę tylko pisać, nagłaśniać, apelować, tworzyć filmy i projekty edukacyjne i to właśnie robię, a kilku mądrych dziennikarzy wyławia moje wpisy i puszczają to w świat.

– Według pana, jak daleko jesteśmy od piekła kobiet, o którym 100 lat temu pisał Boy-Żeleński?

– Ależ my w tym piekle już jesteśmy. Obecna władza cofnęła nas o dobre 100 lat.

– Powiedzmy wprost, że pan też nie jest za aborcją zdrowych ciąż. Chyba ani jednej ciąży pan nie usunął w ciągu swojej praktyki.

– Tak. Nigdy nie usunąłem zdrowej ciąży na życzenie. Ale przed wyrokiem kobietom w bardzo wczesnej ciąży – wielokrotnie na życzenie przepisywałem tabletki wczesnoporonne i instruowałem kobiety, jak dawać leki w domu i się zachować, kiedy rozpocznie się poronienie. Decyzję zawsze pozostawiałem kobietom, nigdy nie dawałem sobie prawa do ich oceniania. Zawsze natomiast zapewniałem, że jeśli zmienią zdanie – to chętnie poprowadzę tę ciążę. I uważam, że tak powinno zostać. Uspokojone pacjentki, które są otoczone życzliwością – bardzo często wracały do mnie po przemyśleniu, ochłonięciu i oddawały mi receptę oświadczając, że miałem rację i że rodzina wcale nie przyjęła informacji o ciąży tak źle, jak się spodziewały – i że jednak nie będą brały tych tabletek. I to jest kwintesencja PRAWA DO WYBORU. To była wyłącznie ich decyzja. I ja takiego świata chcę.

* - skrót po chodzi od Redakcji Biuletynu Opolskiego.

Od Redakcji Opolskiego Biuletynu: Film jest dostępny na stronie otymisieniemowi.pl. Film można obejrzeć także w serwisie YouTube pod adresem: <https://www.youtube.com/watch?v=OXs9GmjljR4>
(przedruk za zgodą z „Pro Medico” nr 295/22)

W DRODZE PO SZCZEPIONKI PRZECIWIW RSV

RSV jest wirusem znanym od 66 lat. Dotychczas nie było skutecznych i bezpiecznych metod profilaktyki jego zakażeń. Jest ogromna szansa, że w końcu to się zmieni.

RSV powoduje infekcje dróg oddechowych, szczególnie istotne w grupie pediatrycznej i senioralnej oraz wśród pacjentów z deficytami odporności. Globalnie każdego roku odpowiada za 33 mln infekcji dzieci w wieku do 5 lat. Hospitalizacji wymaga ok. 10% z nich, liczba zgonów – w zależności od sezonu – waha się od 120 do blisko 200 tys. Niemal połowa dzieci, która umiera, ma mniej niż 6 miesięcy. W grupie osób starszych RSV powoduje 300 tys. hospitalizacji. W samych Stanach Zjednoczonych umiera z jego powodu ok. 14 tys. seniorów rocznie. Opieka zdrowotna pacjentów zainfekowanych RSV to koszt ok. 1,2 mld dolarów. Jest jasne, że skuteczna metoda profilaktyki zapobiegłaby wielu zgonom i byłaby ulgą dla systemu opieki zdrowotnej.

Porażka szczepionki inaktywowanej

Pomimo odkrycia wirusa RSV w 1956 r. dotychczasowe próby stworzenia skutecznej i bezpiecznej szczepionki przeciwko niemu spaliły na panewce. Klasycznie inaktywowane preparaty okazały się niebezpieczne dla zaszczepionych. Kiedy w latach 60. zaczęto je podawać, to zamiast chronić przed infekcją, sprzyjały jej cięższemu przebiegowi. Dopiero po latach wyjaśniono, że jest to rezultat modyfikacji chemicznej kluczowego białka F RSV. Inaktywacja wirusa za pomocą formaliny powodowała, że zmieniało się ono na powierzchni wirionów z konformacji prefuzyjnej (charakterystycznej dla wirusa przed wejściem białka F w interakcję z receptorem na powierzchni ludzkiej komórki) w postfuzyjną (która naturalnie występuje, gdy wirus wejdzie już w kontakt z komórką). O ile przeciwciała przeciw pierwszej wersji białka F mają działanie neutralizujące RSV, o tyle te wytworzone po prezentacji drugiej wersji odpowiadają za zjawisko znane jako antibody-dependent enhancement (ADE; w wolnym tłumaczeniu: wzmocnienie klinicznej istotności infekcji zależne od przeciwciał). W rezultacie otrzymujący szczepionkę inaktywowaną RSV byli bardziej narażeni na ciężką chorobę i zgon. Te doświadczenia na wiele lat spowodowały spadek zainteresowania pracami nad szczepionką przeciw temu wirusowi.

Nieskuteczność szczepionki żywej

Oczywiście podejmowano też próby wytworzenia szczepionki opartej o żywe, lecz atenuowane szczepy RSV. W tym przypadku problem polegał na tym, iż atenuacja RSV jest wprost proporcjonalna do jego zdolności replikacyjnych, a jednocześnie to właśnie replikacja RSV dostarcza układowi odpornościowemu uniwersalnych wzorców molekularnych (tzw. PAMPs), które są niezbędne, by stymulować mechanizmy odpowiedzi swoistej. Żywe, atenuowane szczepionki przeciw RSV

były bezpieczne, ale za słabo immunogenne i w rezultacie nieskuteczne.

Szczepionki podjednostkowe na horyzoncie

Teraz na horyzoncie pojawiły się trzy zupełnie inne propozycje szczepionki przeciw RSV, które są na zaawansowanym, trzecim etapie badań klinicznych. Wszystkie podawane są domięśniowo w formie jednej dawki i charakteryzują się dobrym profilem bezpieczeństwa. Do najczęściej zgłaszanych działań niepożądanych należało zmęczenie, ból głowy i mięśni w miejscu wstrzyknięcia. Pierwszą z propozycji jest RSVPreF3, preparat podjednostkowy białkowy firmy GSK. Wykorzystuje on białko F RSV w konformacji prefuzyjnej w stężeniu 120 mcg. Do trzeciej fazy badań klinicznych zrekrutowano 25 tys. uczestników w wieku powyżej 60 lat. Wykazano, że podanie szczepionki było wysoce immunogenne niezależnie od wieku, również wśród osób powyżej 80. r.ż. Przeciwciała neutralizujące, zarówno typ A, jak i B RSV, utrzymywały się na wysokim poziomie przez okres przynajmniej 12 miesięcy. Z danych zaprezentowanych podczas październikowego spotkania amerykańskiego Komitetu ds. Szczepień (ACIP) wynikało, że szczepienie wykazywało się 83% skutecznością ochrony przed infekcją RSV i 94% skutecznością ochrony przed ciężką postacią choroby wywołanej przez wirusa, także wśród seniorów z grupy wysokiego ryzyka.

Drugą propozycją jest biwalentna szczepionka podjednostkowa RSVpreF firmy Pfizer. Wykorzystuje ona dwie wersje białka F w konformacji prefuzyjnej – jedna odpowiada typowi A, a druga typowi B wirusa. W badaniu trzeciej fazy, obejmującej grupę ponad 34 tys. osób w wieku powyżej 60 lat, podawana była w stężeniu 120 mcg. Zgodnie z danymi zaprezentowanymi podczas październikowego spotkania ACIP, jednorazowe podanie preparatu chroniło w 67% przed wystąpieniem infekcji dolnych dróg oddechowych wywołanych przez RSV, charakteryzujących się maksymalnie 2 objawami, a w 86% przed wystąpieniem infekcji, której towarzyszyły minimum 3 symptomy (najczęściej kaszel, produkcja płwociny, świszczący oddech, duszność i przyspieszenie oddechu).

Pogoń kandydatki na szczepionkę mRNA

Trzecim preparatem, który ma szansę na autoryzację, jest szczepionka Moderna, opracowana w technologii mRNA. Została ona tak zaprojektowana, by sekwencja mRNA kodowała białko F RSV w konformacji prefuzyjnej. Moderna prowadziła badania nad szczepionką opracowaną w tej technologii we współpracy z koncernem Merck jeszcze przed pandemią. Początkowo ich propozycja, mRNA-1345, miała być preparatem przeznaczonym dla grupy pediatrycznej, ale do fazy pierwszej badań klinicznych zrekrutowano również osoby dorosłe, w tym seniorów. Obiecujące wyniki profilu bezpieczeń-

stwa i immunogenności spowodowały, że amerykańska FDA na drodze szybkiej ścieżki ewaluacyjnej zezwoliła na uruchomienie badania trzeciej fazy badań klinicznych, w której obecnie bierze udział 34 tys. uczestników w wieku powyżej 60 lat. Ponieważ badanie to wystartowało później niż w przypadku preparatów GSK i Pfizer, podczas październikowego spotkania ACIP nie były jeszcze prezentowane jego wyniki.

Jednocześnie prowadzone są badania kliniczne, w których powyższe propozycje szczepionek przeciw RSV podaje się w kombinacji z innymi preparatami, w tym przeciw COVID-19, grypie, błonicy, krztuścowi i tężcowi. Rozpoczęte zostały też badania w grupach pediatrycznych, a w niektórych przypadkach również wśród kobiet w ciąży. Z obserwacji wynika bowiem, że przeciwciała przeciwko RSV mogą przekraczać barierę łożyska i chronić dzieci przez pierwsze 6 miesięcy życia postnatalnego, w którym są najbardziej podatne na ciężki przebieg infekcji wirusem.

Nadchodzą ciężkie czasy dla RSV?

Wszystko wskazuje na to, że USA będą pierwszym krajem dysponującym skutecznymi i bezpiecznymi szczepionkami przeciw RSV. Jeżeli uzyskają one zielone światło po drugiej stronie oceanu, to jest wysoce prawdopodobne, że prędzej czy później będą rekomendowane także przez Europejską Agencję Leków. Dużo zależy jednak od edukacji pacjentów i rodziców, by zrozumieć zagrożenia wynikające z infekcji RSV i korzyści płynące z otrzymania szczepionki. Będzie to wyzwanie zwłaszcza w krajach takich jak Polska, które odznaczają się niskim poziomem wyszczepialności przeciw grypie, w ostatnich sezonach wahającym się w granicach 4–5%, a częstość uchylania się od obowiązkowych szczepień dzieci systematycznie rośnie.

Dr hab. Piotr RZYMSKI

*Zakład Medycyny Środowiskowej Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
(przedruk za zgodą z Biuletynu Wielkopolskiej Izby lekarskiej
nr 12-1/22-23)*

STANOWISKO W SPRAWIE JODKU POTASU

Co do problemu następstwa zastosowania dużych, blokujących dawek jodku potasu w poszczególnych chorobach tarczycy, np. w chorobie Hashimoto, należy wyjaśnić, że zagadnienie to, jakkolwiek istotne i przewidywalne, w momencie nagłych działań ratunkowych z powodu napromienienia ludzi, nie może być rozpatrywane na poziomie pojedynczego pacjenta i konkretnej choroby tarczycy, na którą ten pacjent choruje. Dawki jodku potasu, które są stosowane w celu całkowitego zablokowania jodochwytności tarczycy są o 3 rzędy wielkości większe niż te, które stosuje się w leczeniu substytucyjnym niedoczynności tarczycy, czy nawet w leczeniu supresyjnym w stosunku do stężenia TSH.

Sytuacja awaryjna, z powodu której decydujemy się na całkowite zablokowanie jodochwytności tarczycy z użyciem jodku potasu, jest na tyle groźna i nagła, że nie ma mowy o indywidualnych działaniach w stosunku do poszczególnych grup pacjentów, chorych na określone choroby tarczycy, zarówno te - przebiegające z zaburzeniami czynności gruczołu (nadczynność, niedoczynność tarczycy), czy z kolei te, które wiążą się z obecnością rozrostów nienowotworowych (wole guzkowe, wole rozlane) bądź nawet nowotworowych (gruczolaki), czy jeszcze te, które wiążą się z obecnością stanu zapalnego (zapalenie podostre - choroba de Quervaina, zapalenie przewlekłe autoimmunizacyjne - choroba Hashimoto). Nie będzie na to ani czasu, ani sił, ani środków, a jedyny cel, który trzeba osiągnąć, to sprawne podanie jodku potasu określonym grupom populacyjnym w odpowiedniej dawce, a także ewentualne zaniechanie podawania jodku potasu w tych grupach

osób, w których ze względu na wiek jodek potasu nie przyniesie większej korzyści.

W każdym przypadku następstwa podania tak wysokiej dawki jodu stabilnego wydają się niepomiaralnie mniej groźne niż wyindukowanie raka tarczycy, czy całkowite zniszczenie gruczołu tarczowego przez jod radioaktywny. Zatem, jeśli chodzi o tego rodzaju awaryjną profilaktykę blokującą, wykonywaną według zaleceń WHO, nie wydaje się zasadne indywidualizowanie zarówno samego faktu podawania (bądź niepodawania), ani też dawki jodku potasu, ponieważ nie ma na to po prostu czasu, a groźba totalnego uszkodzenia tarczycy jest wielka.

Ponadto, stajemy się niewolnikami takiego spojrzenia na skażenie promieniotwórcze, jak gdyby zagrażało ono tylko tarczycy, a nie także wszystkim innym narządom i układom (np. szpikowi, skórze, układowi immunologicznemu, czyli zjawisku odporności). W rzeczywistości, możemy być narażeni na zdarzenia niestochastyczne, tzn. związane progowo z dawką napromienienia, i walczyć, np. z poparzeniami skórnymi i infekcjami (choroba popromienna). Jod promieniotwórczy (kilka jego izotopów) jest tylko jednym z kilkuset możliwych izotopów promieniotwórczych, które mogą napromienić wtedy ciało ludzkie.

Dlatego też, tylko w odległości kilkudziesięciu-kilkuset kilometrów od epicentrum wybuchu - o sile porównywalnej z siłą wybuchu termicznego elektrowni w Czarnobylu - blokowanie jodochwytności tarczycy jodem będzie jedną z istotnych form walki z napromienieniem. W każdym innym przypadku, najważniejsza bę-





dzie ewakuacja przed skażeniem do miejsc, które przed nim zabezpieczają.

Podsumowując, chorzy na chorobę Hashimoto, leczeni bądź nieleczeni preparatem L-tyroksyny, powinni przyjmować dawkę blokującą jodku potasu tak samo, jak to powinni uczynić chorzy na nadczynność tarczycy i podobnie jak to muszą uczynić wszystkie osoby zdrowe. Tabletki jodku potasu, w której znajduje się 100 mg jodu, zawiera ponad 1500 razy więcej jodu niż jedna tabletka L-tyroksyny o masie 100 mikrogramów i zawartości jodu 64 mikrogramy. Pomimo że zdajemy sobie sprawę z faktu, że podanie tak dużych dawek jodu (12,5 mg bądź 25 mg bądź 50 mg albo 100 mg w zależności od wieku pacjenta) spowoduje u części osób zdrowych i u części osób chorych na tarczycę określone objawy uboczne (np. wzbu-

wienie nadczynności tarczycy bądź wywołanie niedoczynności albo zapalenia albo objawów uczulenia na jod) to i tak decydujemy się na podanie dawki jodu blokującej jodochwytność, albowiem w ten sposób chronimy pacjenta przed tak groźnymi następstwami jak wyindukowanie raka tarczycy albo całkowite zniszczenie funkcji gruczołu.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej LEWIŃSKI

Konsultant Krajowy w dziedzinie endokrynologii

Prof. dr hab. Mieczysław WALCZAK

Konsultant Krajowy w dziedzinie endokrynologii

i diabetologii dziecięcej

(przedruk za zgodą z Biuletynu Rzeszowskiej Izby Lekarskiej nr 4/22)

CZY WSZYSCY KŁAMIA?

Daj spokój, przecież wszyscy kłamią – takie słowa usłyszałem niedawno od kolegi podczas dyskusji o współczesnej polityce. Rozmowę zakończyliśmy, ale jego słowa wciąż brzmią w mojej głowie. Nic dziwnego, dowody na ich słuszność pojawiają się każdego dnia, także w moich (a może także państwa?) zachowaniach i wypowiedziach. Skoro tak – porozmawiajmy dziś o kłamstwie.

Czym jest kłamstwo? Odpowiedź wydaje się prosta – to wypowiedź, przekaz, komunikat, niemający pokrycia w rzeczywistości, niezgodny z faktami. Definicja ma wydźwięk jednoznacznie pejoratywny – kłamstwo jest przecież przeciwieństwem prawdy, a ta jest czymś szlachetnym. Gdy jednak zjawisku przyglądamy się bliżej, pojawiają się niuanse – ale o tym za chwilę.

Kto kłamie – zdaniem kolegi – wszyscy, czyli kto? Politycy, znajomi, rodzina, pacjenci, lekarze... Kłamstwo wylewa się z mediów, dźwięczy w reklamach, błyszczy na billboardach. Wszyscy bierzemy w tym udział. Dowody, że tak jest odnajdujemy w psychologicznych badaniach. Jednym z bardziej znanych jest badanie, przeprowadzone przez psycholog społeczną Bellę De Paulo. Brało w nim udział 147 osób (77 studentów, 70 mieszkańców lokalnej społeczności), przez siedem dni zaznaczali w specjalnym kalendarzyku każde swoje kłamstwo. Po tygodniu odnotowano 1535 kłamstw. Uczestnicy badania kłamarli średnio 1-2 razy dziennie. Powodem większości kłamstw była chęć podwyższenia samooceny, obrona przed zakłopotaniem, „utrata twarzy”. Kłamstwa częściej przynosiły korzyść kłamiącemu niż osobom, do których były kierowane i były to głównie korzyści psychologiczne, a nie materialne.

Dlaczego kłamiemy?

Powodów jest wiele – żeby sprzedać produkt, usługę, ideę, wywrzeć dobre wrażenie, uniknąć kary, konsekwencji, konfliktu, wpłynąć na czyjąś decyzję, zbudować dobre relacje, swoją pozycję – czyli aby uzyskać konkretne korzyści.

Psychologowie wyróżniają kłamstwa egotystyczne – dotyczące osoby kłamcy: manipulacja własnym wizerunkiem, przedstawiania fałszywego obrazu siebie samego oraz manipulacyjne – uzyskiwanie za pomocą oszustw wpływu na zachowania i decyzje drugiej osoby, np. poprzez przedstawianie fałszywych argumentów czy obietnic.

Czy kłamstwo jest złe?

Odpowiedź nie jest jednoznaczna. Z pewnością złe są tzw. kłamstwa czarne, w których kłamca uzyskuje własne korzyści kosztem drugiej strony. Ale są też kłamstwa, których skutkiem nie jest strata czy zranienie, ale wręcz przeciwnie – poprawa samopoczucia, dobrostanu, zdrowia, pozycji, umiejętności osoby oszukiwanej. To tzw. kłamstwa białe. Wśród nich wyróżnić możemy m.in. kłamstwa grzecznościowe (Jak pięknie pani dzisiaj wygląda), wychowawcze (Nie wolno wchodzić do piwnicy, bo mieszka tam Baba Jaga albo Jeśli będziesz niegrzeczny nie przyjdzie do ciebie Mikołaj) czy terapeutyczne (Widzę, że jest pan dzisiaj zdecydowanie silniejszy...).

Objawy kłamstwa

Gdy człowiek oszukuje, pojawiają się w jego ciele zmiany psychofizyczne, podobne do tych, które wyzwała strach lub poczucie zagrożenia – przyspiesza bicie serca, rośnie liczba oddechów, podnosi się ciśnienie tętnicze, wzrasta potliwość skóry, rozszerzają źrenice i rozchylają skrzydełka nosa. Ponieważ oszust doświadcza, jak mówią psychologowie – obciążenia poznawczego, koncentrując się na tym, aby się nie zdradzić, jego ruchy i wypowiedzi są powściągliwe, a emocje mało ekspresyjne. Jeśli udaje przeżywanie określonych emocji – trwają one zwykle nienaturalnie długo. Charakterystyczne są także mikroekspresje – one są powodem tego, że człowiek, uśmiechający się fałszywie, uśmiecha się nieco asymetrycznie. Charakterystyczne zachowania niewerbalne osób mijających się z prawdą to: chwytywanie się za ucho, pocieranie oka, zakrywanie ust, drapanie się po szyi,

poprawianie i rozluźnianie kołnierzyka, wkładanie palców lub długopisu do ust. Warto także pamiętać, że wytrawni kłamcy nad wieloma oznakami fałszu potrafią zapanować. Najlepsi z nich potrafią przechytrzyć nawet wariograf, czyli urządzenie do analizy reakcji fizjologicznych osoby badanej, w celu określenia jej prawdziwości.

Kłamanie patologiczne

Kłamanie patologiczne to kłamanie nadmiarowe, często, będące typowym dla danej osoby sposobem działania, komunikowania się i budowania relacji. Psycholodzy wyróżniają kłamców kompulsywnych, którzy kłamią w sposób nawykowy, automatyczny bez chęci uzyskiwania zewnętrznych korzyści oraz patologicznych kłamiących, aby zrealizować swoje cele bez względu na odczucia otoczenia. Według znanego psychologa Paula Ekmana, kłamcy kompulsywni lub patologiczni stanowią poniżej 5% każdej populacji. Kłamcy patologiczni potrafią kłamać prosto w oczy, większość z nich ma wyjątkowe zdolności językowe, cechuje ich egocentryzm i brak empatii.

Tendencja do patologicznego kłamania kształtuje się we wczesnej młodości i związana jest zaburzeniami środowiska rodzinnego danej osoby. Na szczęście patologiczne kłamanie, nie jest cechą dziedziczną. Z patologicznym kłamstwem nie ma nic wspólnego fantazjowanie dziecięce.

Samoooszukiwanie

Okłamujemy nie tylko innych, potrafimy oszukiwać także siebie samych. Często odbywa się to bez udziału świadomości. To tzw. mechanizmy obronne – sposoby redukcji dysonansu poznawczego, czyli przykrego stanu dyskomfortu psychicznego, którego doświadczamy w wyniku odbierania informacji podważających nasze dotychczasowe stanowiska, poglądy, postawy. Na przykład, zwolennik określonej opcji politycznej, dostrzegający błędy i przewinienia popieranym przez siebie osób, aby uniknąć przeżywania przykrych emocji, stara się nie dopuszczać do świadomości informacji i myśli, które prowokują pytania i wzbudzają wątpliwości – to tzw. mechanizm wyparcia. Innym sposobem jest zaprzeczenie, czyli nieprzyjmowanie do wiadomości realnych faktów („to nieprawda, co o nich mówią”) i wreszcie racjonalizacja, czyli poszukiwanie dodatkowych pozornie racjonalnych argumentów uzasadniających dokonane wcześniej wybory.

Czy lekarz może kłamać?

Tu także odpowiedź nie jest jednowymiarowa. Nikt nie ma wątpliwości, że nie powinien stosować kłamstw czarnych, dzięki którym uzyskuje korzyści kosztem pacjenta. Mniej jednoznaczna jest ocena kłamstw białych, których celem jest poprawa samopoczucia czy zdrowia chorego.

Bądźmy więc ostrożni, podchodźmy do każdego pacjenta indywidualnie, unikajmy nadmiernej otwartości, stwierdzeń definitywnych np. wyznaczania dokładnej czasowej granicy przeżycia: „zostały panu tylko trzy miesiące życia”, nadmiernie technicznego czy medycznego języka oraz pospiesznego przekazywania informacji. Więcej na ten temat pisałem w artykule „Lęk przed śmiercią” w marcowym numerze „Medium”.

Kłamstwo – zjawisko powszechne i wielowymiarowe

Może być źródłem cierpienia lub przyjemności, wyrazem braku szacunku lub troski. Używamy go wobec innych, a także wobec nas samych. Bądźmy czujni zwłaszcza wobec kłamców patologicznych – dla nich z pewnością jesteśmy tylko narzędziem w realizacji ich celów. Przyglądajmy się uważnie swoim rozmówcom, a gdy dostrzeżemy znamiona kłamstwa nie wahajmy się przedstawiać swoich wątpliwości, także gdy są nimi pacjenci lub inne ważne dla nas osoby. Gdy pokusa kłamstwa dotyczy nas samych warto przypomnieć sobie słowa innego wybitnego lekarza profesora Romualda Dębskiego: „Jak nie wiesz, co powiedzieć, powiedz prawdę, jak nie wiesz, co zrobić – zrób dobrze – bądź przyzwoity”.

Czy rzeczywiście chory chce usłyszeć całą prawdę? Nawet kiedy mówi: wiem, że mam raka, jestem przygotowany na wszystko, proszę mi powiedzieć prawdę – to jego oczy mówią co innego. Powiedz mi taką prawdę, jaką chcę usłyszeć, daj mi nadzieję. Jeżeli prawda może stać się trucizną, to należy ją w sytuacjach, o których mowa, dawkować stopniowo, jak chemioterapeutyk – lek przeciwnowotworowy, który zaaplikowany w zbyt wysokiej dawce – zabija – pięknie o problemie przekazywania pacjentowi trudnych informacji pisał prof. Andrzej Szczeklik: Kłamstwo jest zjawiskiem powszechnym i wielowymiarowym. Może być źródłem cierpienia lub przyjemności, wyrazem braku szacunku lub troski. Używamy go wobec innych, a także wobec nas samych. Bądźmy czujni zwłaszcza wobec kłamców patologicznych – dla nich z pewnością jesteśmy tylko narzędziem w realizacji ich celów.

Dariusz DELIKAT

O Autorze: lekarz laryngolog i psycholog, trener komunikacji i coach. Absolwent Wrocławskiej Akademii Medycznej oraz Uniwersytetu SWPS. Czynnie wykonuje pracę lekarza i psychologa. Autor wielu programów szkoleniowych oraz artykułów popularnonaukowych, dotyczących szeroko rozumianych umiejętności psychologicznych. Od kilku lat prowadzi szkolenia dla lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Stały współpracownik „Medium”

(przedruk z „Medium” nr 12/22)

INWAZJA ZNACHORSTWA

Bez wątpienia żyjemy dziś w czasach powrotu znachorstwa. Przyczyn tego jest wiele. Wiele mówi się o małej liczbie lekarzy jako przyczynie podstawowej.

Ma to powodować trudniejszą dostępność do systemu ochrony zdrowia. Różnej maści znachorzy oferują więc swoje usługi niemal od ręki, mając do tego chorych



możliwością szybkiego wyzdrowienia. Mówią więc, że lekarze nie potrafią leczyć, że nie znają nowoczesnych, czytaj: paramedycznych metod leczenia, są na pasku koncernów farmaceutycznych, którym nie na rękę są metody naturalne, tradycyjne dostępne taniej i szybciej. Ta wszechstronna manipulacja powoduje, że chory nie potrafi realnie ocenić swojej sytuacji. Nie zauważa, że wydał już na usługi i produkty paramedyczne ogromne ilości pieniędzy, kuracja się przedłuża, a dawana nadzieja się oddala. Ba, nawet, gdy owa para-kuracja kończy się spektakularnym niepowodzeniem, tak iż nie da się już dalej ukrywać jej nieskuteczności, chory dalej wierzy w jej zbawczą moc przyznając, że po prostu choroba okazała się silniejsza nawet od tej mocy. Tego typu manipulacja chorym opiera się na naszej wewnętrznej potrzebie szukania nadziei tam, gdzie dzisiejsza medycyna, mimo jej nieprawdopodobnego wręcz rozwoju wciąż jest bezradna. Paramedycyna oferuje więc coś na zasadzie wehikułu czasu, gdy przenosimy się rzekomo w sferę innych, supernowoczesnych terapii, wyrosłych z tradycji i które zostaną uznane przez medycynę akademicką w przyszłości.

Ale ów stan rzeczy nie jest bynajmniej jedynym, a moim zdaniem, nawet nie najważniejszym powodem dzisiejszej rewolucji paramedycznej w Polsce. Problemem jest mimikra. Dzisiejsi znachorzy przede wszystkim odeszli od dawnych nazw i obyczajów i postanowili możliwie najbardziej wiernie upodobnić się do lekarzy. Ta imitacja potrafi być tak daleka, że chorzy nie zdają sobie do końca sprawy, że uczestniczą w wielkiej manipulacji, a nie w procesie leczniczym. Wystarczy przecież przywołać, że przygniatająca część społeczeństwa nie odróżnia psychologa od lekarza, tym bardziej więc nie odróżnia ludzi używających medycznego nazewnictwa, quasi-medycznych procedur, upodobnionych nieraz do realnych procedur medycznych w tak dalekim stopniu, że na pozór nierozróżnialnych, przyjmujących w miejscach do złudzenia przypominających instytucje ochrony zdrowia. Wymieńmy więc, że owi znachorzy, nazywający siebie naturoterapeutami, bioenergoterapeutami, lekarzami medycyny holistycznej (warto zauważyć, że pojęcie medycyny holistycznej zostało ukradzione i dziś niemal zupełnie zaanektowane na rzecz paramedycyny, tak iż funkcjonujące dziś skojarzenia z tym pojęciem jednoznacznie przywołują rynek paramedyczny), a nawet doktorami (wszak pojęcie doktora jest od czasów średniowiecza synonimem pojęcia lekarz, co wiąże się z dawną tradycją, iż każdy człowiek posiadający stopień naukowy doktora był zobowiązany znać się również na medycynie). Przyjmują oni w pomieszczeniach nazywanych przez siebie gabinetami, w instytucjach nazywających siebie ośrodkami zdrowia lub przychodniami (wykorzystując dawniej funkcjonujące synonimy dla oznaczenia siedzib insty-

tucji związanych z ochroną zdrowia), przyjmują w białych kitlach, często z przewieszonym stetoskopem na ramionach, mienią się licznymi certyfikatami, dyplomami, poświadczeniami, które choć w znacznej mierze mają zerową wartość merytoryczną są stylizowane na dyplomy i zaświadczenia spotykane w systemie ochrony zdrowia, stosując para-badania używając do tego narzędzi sugerujących kontekst medyczny, wypisując zalecenia na kawałkach papieru łudząco podobnych do ikonografiki recept.

Rzeczą najbardziej kontrowersyjną jest jednak to, że część osób świadczących usługi para-medyczne znalazła sposób na zdobycie oficjalnych dyplomów, rzekomo potwierdzających ich umiejętności. Zaprzęgnięta do tego została znana, ciesząca się powszechnym zaufaniem instytucja, o głębokiej i nader pięknej tradycji. Dzisiejsi znachorzy zdobywają hurtem dyplomy mistrzowskie i czeladnicze Cechu Rzemiosł Różnych. W dużym stopniu organizacja ta jest wykorzystywana przez dzisiejsze znachorstwo. To tam następuje – użyję tu specjalnie zbudowanego na tę okazję pojęcia: uoficjalnianie tych osób, kiedy to przychodzą jako część półlegalnego procederu, a wychodzą jako pełnoprawni mistrzowie, posiadający oficjalny dowód swych umiejętności. Należy spytać: czy osoby legitymizujące się rzekomym mistrzostwem, zapisanym na dyplomie powszechnie znanej organizacji, działającej legalnie od czasów przedwojennych, posiadającej osobność prawną nie będą dla przeciętnego obywatela cieszyć się równie dużym zaufaniem, co lekarz medycyny? Stworzona furtka jest według mnie jednym z najbardziej niebezpiecznych procederów, z jakimi współczesna medycyna ma do czynienia. Jest to podwójnie niebezpieczne, po pierwsze dlatego, że chorzy są poddawani paranaukowym kuracjom, po drugie zaś, że ewentualna porażka w leczeniu zawsze zapisana zostanie na konto medycyny akademickiej, gdyż z racji owej mimikry i tak dalekiego upodobnienia się do instytucji ochrony zdrowia sprawia, że część chorych jest przekonana, iż była poddana realnym procedurom medycznym.

Na koniec, jedno dopowiedzenie. Jedna ze znanych sieci aptekarskiej oferuje na swojej stronie internetowej wyszukiwarkę instytucji i osób związanych z ochroną zdrowia. W zamierzeniu ma to pomagać chorym w znalezieniu potrzebnej placówki lub konkretnego lekarza. Jednakże, wyszukiwarka ta, pośród wielu filtrów oferuje wyszukiwanie „lekarza medycyny naturalnej”. W ten sposób również następuje owe „uoficjalnianie” tej branży, co gorsze z pomocą instytucji, która walenie powinna stać po stronie nauki i jedynie prawdziwej medycyny.

*Prof. Janusz SYTNIK-CZETWERTYŃSKI
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
w Warszawie
(przedruk za zgodą z „Meritum” nr 5/22)*

DOKUMENTACJA MEDYCZNA – O CZYM NALEŻY WIEDZIEĆ I PAMIĘTAĆ, A CZEGO UNIKAĆ cz. I

Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej jest jednym z najważniejszych obowiązków lekarza, a także osób wykonujących inne zawody medyczne oraz podmiotów leczniczych. Dostęp zaś do niej jest równocześnie podstawowym prawem pacjenta. W praktyce kwestia dokumentacji budzi wiele wątpliwości i problemów. Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na najczęstsze albo najpoważniejsze kwestie związane z dokumentacją medyczną oraz przypomnienie zasad jej prawidłowego prowadzenia i udostępniania. Nie jest możliwe na łamach „Medium” przedstawienie całościowego kursu na temat dokumentacji medycznej. Dlatego dokonałam subiektywnego, opartego na doświadczeniach z praktyki i orzecznictwa, wyboru zagadnień. Część pierwsza artykułu obejmuje zagadnienie prowadzenia i przechowywania dokumentacji. W części drugiej przedstawiony zostanie problem jej udostępniania.

1. Prowadzenie dokumentacji jako obowiązek lekarza/podmiotu leczniczego i jako prawo pacjenta

Prowadzenie dokumentacji medycznej jest obowiązkiem przypisanym indywidualnie każdemu lekarzowi oraz instytucjonalnie każdemu podmiotowi świadczącemu usługi medyczne. Obowiązek ten realizuje się w postaci szczegółowego pisemnego raportowania przez lekarza oraz osoby wykonujące inne zawody medyczne (np. pielęgniarki, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, techników radiologów) medycznej historii pacjenta, zgodnie z wymogami nałożonymi przez prawo (w Polsce przede wszystkim przez ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy regulujące wykonywanie innych zawodów medycznych, ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawę o działalności leczniczej a także rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania). Należy wyraźnie zaznaczyć, że prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej jest elementem wykonywania zawodu lekarza. Nie powinno być zatem zależne wyłącznie od obowiązkowości czy uprzejmości lekarza. Co więcej, każdy lekarz i każdy podmiot leczniczy powinien dołożyć należytej staranności w prowadzeniu i udostępnianiu dokumentacji. Leży to w ich interesie, stanowiąc dowód na prawidłowe albo błędne wykonywanie obowiązków zawodowych oraz organizacyjnych. Na pewno zaś samo leczenie, nawet realizowane wg naj-

wyższych standardów, nie wyczerpuje zakresu zadań lekarza czy podmiotu leczniczego. Jest to sytuacja podobna jak w przypadku opisywanego niedawno na łamach „Medium” obowiązku uzyskania zgody pacjenta na leczenie. Analogia polega na tym, że zarówno uzyskanie zgody jak i prowadzenie oraz udostępnianie dokumentacji jest obowiązkiem lekarza i jednym z elementów wykonywania zawodów medycznych. Równocześnie dokumentacja stanowi ważny w sporach medycznych dowód, który może obciążać lekarza albo, przeciwnie, wesprzeć obronę. Ponadto pacjentowi przysługuje prawo do dokumentacji medycznej. Realizacja tego prawa jest obowiązkiem lekarza lub podmiotu leczniczego.

Dla przypomnienia najważniejsze podstawy prawne obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej:

Art. 41. 1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej jako uzl) „Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

2. Sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza określają przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”.

Art. 24. 1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej jako upp) „W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1 (prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej – przyp. autora), podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji”.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (tj. Dz.U. z 2022 r., poz. 1304); dalej jako rdm.

2. O czym należy pamiętać, prowadząc dokumentację medyczną

Lekarz ma obowiązek prowadzić indywidualną dokumentację medyczną każdego pacjenta niezależnie od formy udzielania świadczeń medycznych (czyli niezależnie od tego w jakiej formie jest zatrudniony – czy to jest umowa o pracę, czy umowa cywilnoprawna, np. kontrakt, czy członkostwo w spółce z innymi lekarzami). W przypadku dokumentacji zbiorczej (czyli odnoszącej się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowot-

nych w danym podmiocie leczniczym), lekarz ma obowiązek dokumentować te czynności, które są udzielane przez niego wobec konkretnego pacjenta. Inne czynności związane z prowadzeniem dokumentacji mogą być wykonywane przez uprawnione do tego osoby, czyli w zakresie ich czynności profesjonalnych, pracowników wykonujących inne zawody medyczne. Należy też pamiętać, że lekarz może być wyřęczony w zakresie pewnych czynności przez asystentów medycznych, pod warunkiem udzielenia im stosownego uprawnienia do wystawiania recept czy zwolnień. Niemniej jednak i tak lekarz musi kontrolować czy dokumentacja prowadzona w jego imieniu jest prawidłowa. O ile bowiem w zakresie czynności technicznych lekarza może zastąpić asystent, o tyle odpowiedzialność merytoryczną ponosi lekarz. Korzyść jest zatem w postaci oszczędności czasu związanego z czynnościami formalnymi, natomiast ryzyko polega na możliwości pomyłek i nadużyć w dokumentacji, za które odpowiada lekarz. W praktyce oznacza to konieczność kontroli elementów dokumentacji sporządzonej przez inną osobę na zlecenie lekarza.

3. Co musi znaleźć się w dokumentacji

Co do zasady dokumentacja medyczna prowadzona jest w postaci elektronicznej. Tylko wyjątkowo, tzn. jeżeli przepis rdm tak stanowi lub jeśli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej, można jeszcze prowadzić dokumentację w formie papierowej. Należy pamiętać, że szczególną formą dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej jest elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM). Szczególną, albowiem zapisaną w prawem określonym formacie, z określoną metodologią autoryzacji. Dokumentacji medycznej nie powinno się prowadzić w obu formach jednocześnie. Elektroniczna dokumentacja medyczna obejmuje, poza e-receptami i e-skierowaniami, następujące elementy: informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, informację dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy

z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, opis badań diagnostycznych

innych niż badania laboratoryjne, wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem.

Ustawodawca w upp oraz rdm wymienia elementy, które są w dokumentacji konieczne. Gdy chodzi o dokumentację indywidualną, czyli taką, do której prowadzenia zobowiązany jest każdy lekarz wykonujący zawód (zwłaszcza w formie indywidualnej praktyki lekarskiej albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej), należą do nich:

a) dane identyfikujące pacjenta: nazwisko i imię, data urodzenia, oznaczenie płci, adres zamieszkania, nr PESEL, a w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do wyrażenia zgody – nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;

b) dane identyfikujące podmiot leczniczy: nazwa podmiotu wraz z kodem resortowym;

c) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis; opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych: opis świadczeń, rozpoznanie, zalecenia, informacje wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach,

d) data sporządzenia.

Zdecydowanie trzeba pamiętać, że w klasycznym już wyroku z dnia 15 października 1997 r. Sąd Najwyższy podkreślił, że nieścisłości, braki, lakoniczność dokumentacji obciążają lekarza lub podmiot leczniczy: „Ewentualne, nie dające się usunąć braki w dokumentacji lekarskiej, nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta” (sygn. akt III CKN 226/97). Dlatego dokumentacja powinna być prowadzona rzetelnie, w sposób pozwalający zrekonstruować przebieg procesu diagnostyki i leczenia oraz dokumentujący uzyskanie zgody pacjenta na wszelkie wykonane wobec niego czynności medyczne. Oczywiście można próbować dowodzić poszczególnych zdarzeń i działań innymi środkami, np. zeznaniami, ale taka metoda jest ryzykowna i często zawodna.

Z raportu NIK (KZD.430.002.2015 Nr ewid. 199/2015/P/15/061/KZD, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-prowadzeniu-dokumentacji-medycznej.html>) w sprawie dokumentacji medycznej wynika, że najczęstszymi stwierdzonymi wadami dokumentacji medycznej są: brak rozpoznania wstępnego, brak adnotacji o przebytych poważnych chorobach, o chorobach przewlekłych, brak lub niepełna autoryzacja wpisów lekarskich, niewpisywanie lub niedołączanie wyników badań, brak numeracji stron, nieprawidłowa korekta błędnych wpisów, nieczytelność wpisów.

Dobrym przykładem ilustrującym nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej jest kasus z kciukiem (wyrok SA w Białymstoku z dnia 15 maja 2015 r. sygn. I Aca 1077/14). Polegał on na tym, że małoletni pacjent

uszkodził sobie kciuk w sieczkarni. Po badaniu lekarze stwierdzili złamanie palca i zagipsowali rękę, nie wykonując otworu umożliwiającego obserwację palca. Spowodowało to rozwój martwicy i konieczność amputacji palca. Sąd okręgowy zasądził kwotę 40 tysięcy tytułem zadośćuczynienia i prawie 9 tysięcy tytułem odszkodowania. Sąd apelacyjny utrzymał wyrok w mocy. Zasadniczym zarzutem wobec lekarzy były zaniedbania podczas kontroli oraz brak stosownych zaleceń co do postępowania ze złamanym kciukiem przez pacjenta. Gdy chodzi o dokumentację sąd stwierdził, że: „O niedochowaniu należytej staranności przez personel medyczny szpitala może świadczyć to, że wizyta powoda w tej placówce nie została należycie udokumentowana, w dokumentacji medycznej nie wpisano bowiem jak wyglądało ukrwienie i unerwienie kciuka oraz nie wykonano kontrolnego zdjęcia radiologicznego złamanego kciuka, który był nastawiony i unieruchomiony w opatrunku gipsowym”. Biegli oraz sąd, na podstawie ich opinii, zauważyli zatem związek między niestarannością w leczeniu a brakiem staranności w dokumentowaniu terapii i stanu chorego. Istotny był też brak zaleceń dla pacjenta w postaci elewacji kończyny. Przy czym, gdy chodzi o terminologię, zalecałabym wpisanie do dokumentacji określenia „uniesienie kończyny” zamiast „elewacja kończyny”. Z całą pewnością taka forma jest dla pacjenta bardziej zrozumiała, a lekarzowi nie przynosi ujemy. Nie stanowi bowiem fragmentu fachowej opinii medycznej przedstawianej na forum specjalistów, tylko istotne dla końcowego efektu leczenia instrukcje postępowania dla chorego, których zaniechanie albo błędne stosowanie, może doprowadzić do negatywnych konsekwencji. październik 2022 40

4. Wpisy w dokumentacji

Wszelkie wpisy w dokumentacji powinny być dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Wpisy i zmiany wpisów opatruje się oznaczeniem osoby ich dokonującej. Dokumentację podpisuje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Dokumentację wewnętrzną można podpisać również przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego. Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem. Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Zachowanie integralności dokumentacji i kolejności zdarzeń ma kluczowe znaczenie kliniczne oraz praw-

ne. Wprowadzanie jakichkolwiek dodatkowych wpisów i uzupełnień w dokumentacji powinno być zgodne z regułami, tzn. dopuszczalne pod warunkiem pomyłki i konieczności jej sprostowania z wyraźnym zaznaczeniem przyczyny i okoliczności korekty. Absolutnie niekorzystne dla lekarza jest dokonywanie dopisków w celu ochrony przed konsekwencjami prawnymi. Taka praktyka zawsze jest traktowana jako obciążająca. Dla przykładu można wskazać kasus przed jednym z okręgowych sądów lekarskich (<https://oilgdansk.pl/aktualnosci/errando-discimus-przestepstwo-przeciw-dokumentom/>). W rozpatrywanej tam sprawie lekarz całkowicie niepotrzebnie dodał kilka uzupełnień w postaci takich zwrotów jak: „ale nadal”, „kaszel ustąpił”, „laryngolog nie był!”, „od 3 dni”, „od ok. 10 dni”, skreślono „stale”. Sprawa wyszła na jaw w ten sposób, że żona pacjenta, po przyjęciu go do szpitala zwróciła się do przychodni, w której był leczony z prośbą o kserokopię jego dokumentacji medycznej w celu przekazania jej do szpitala i taką dokumentację otrzymała. Po powrocie męża do domu stwierdziła brak dostarczonych przez nią do szpitala kserokopii i poszła ponownie po dokumentację do przychodni. Po kilku dniach pocztą otrzymała zwrot ze szpitala dostarczonych tam wcześniej dokumentów. Porównując je ze sobą, stwierdziła kilka różnic pod postacią dopisania w 6 miejscach słów, których nie było w pierwszej kserokopii. Dopiski dotyczyły 6 różnych wizyt. Lekarz obawiał się zarzutów dotyczących niewłaściwego leczenia, zwłaszcza w zakresie zleceń badań specjalistycznych. Przed sądem lekarskim udowodniono, że jego działanie było prawidłowe i że zachował czujność onkologiczną wobec pacjenta. Rak drobnokomórkowy, który zdiagnozowano u pacjenta, ma szczególnie złośliwy charakter i stąd jego błyskawiczny rozwój. Lekarz reagował na objawy prawidłowo i zlecił odpowiednie badania. Sąd wymierzył obwinionemu lekarzowi karę upomnienia. Kara została nałożona, mimo że korekta w dokumentacji lekarskiej pacjenta nie wpływała ani na rozpoznanie, ani na stosowane przez niego leczenie, a miała w jego opinii „jedynie uściślić szczegóły obserwacji”. Zdecydowanie jednak manipulowanie dokumentacją było działaniem niezgodnym z prawem.

5. Przechowywanie dokumentacji

Ponieważ dokumentacja medyczna zawiera dane osobowe pacjenta, a zwłaszcza informacje o jednej z najbardziej intymnych sfer życia jaką jest zdrowie, lekarz, inne osoby wykonujące zawód medyczny lub uczestniczące w udzielaniu świadczeń medycznych, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązane są do przestrzegania praw pacjenta określonych w ustawie (art. 2 upp). Przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej wiąże się z obowiązkiem poszanowania prawa pacjenta do informacji oraz ochrony jego danych.



Zgodnie z przepisami rdm, dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził (§ 69 ust. 1). Dokumentacja zewnętrzna, w formie skierowań w postaci papierowej, pozostaje w gestii podmiotu, który zrealizował zlecane świadczenie zdrowotne (§ 69 ust. 2). W każdym przypadku dokumentacja jest przechowywana w sposób zapewniający jej poufność, zabezpieczona przed dostępem osób nieupoważnionych oraz przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub zagubieniem, a także w taki sposób, aby można było ją wykorzystać bez zbędnej zwłoki.

Ze względu na poszanowanie prawa do ochrony danych osobowych oraz zadośćuczynienie celom, dla których sporządza się i prowadzi dokumentację medyczną, podmiot udzielający świadczeń medycznych zobowiązany jest do jej odpowiedniego przechowywania. Ustawa o prawach pacjenta określa ten obowiązek w art. 29. Reguła ogólna mówi o 20-letnim okresie przechowywania, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. W zakresie enumeratywnie wymienionych zaś wyjątków wchodzi następujące sytuacje. W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia okres przechowywania wzrasta do 30 lat. Zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją podlegają okresowi 10-letniemu. Skierowania na badania lub zlecenia lekarskie przechowywane są przez lat 5, licząc od końca roku, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia. Wreszcie w przypadku dokumentacji dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia okres przechowywania wynosi 22 lata. Po upływie ustawowych okresów przechowywania podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Konkluzje:

a) w świetle obowiązujących regulacji dokumentacja medyczna stanowi ważny obowiązek lekarza lub podmiotu leczniczego oraz wiąże się z prawem pacjenta do dostępu do niej;

b) należy przestrzegać zasad prowadzenia dokumentacji medycznej zdefiniowanych w odpowiednich ustawach i rozporządzeniach;

c) solidność w prowadzeniu dokumentacji jest istotna zarówno dla lekarza jak i dla pacjenta;

d) udowodnienie, że dokumentacja medyczna nie oddaje rzeczywistości wymaga wykazania, że została sporządzona niezgodnie ze stanem klinicznym pacjenta lub sfałszowana względnie sporządzona niestaranie. Przy prawidłowo sporządzonej dokumentacji medycznej dzięki takim zasadom jak chronologia wpisów, sposób dokumentowania omyłek, jest to rzadka sytuacja;

e) nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej nie tylko nie może być odczytywane na niekorzyść pacjenta, lecz jest okolicznością obciążającą podmiot leczniczy;

f) im więcej wad posiada dokumentacja medyczna, tym większe prawdopodobieństwo jej podważenia jako wiarygodnego środka dowodowego;

g) jeżeli czegoś nie ma w dokumentacji medycznej, to domniemywa się, że nie było przez lekarza brane pod uwagę lub wykonane;

h) należyta staranność lekarza oceniana jest przez pryzmat dokumentacji medycznej.

dr hab. Agata WNUKIEWICZ-KOZŁOWSKA

O autorce: kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki oraz Studiów Podyplomowych Prawa Medycznego i Bioetyki na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, członek Odwoławczej Komisji Bioetycznej

(przedruk z „Medium” nr 10/22)

ODESZLI OD NAS

WSPOMNIENIE O LEK. MED. DANUCIE BRZÓSKIEWICZ-SABAT, ZMARŁEJ 12 GRUDNIA 2022 R.

Moja żona, Danusia, była niezwykłą kobietą – uosobieniem delikatności, wrażliwości i jednocześnie zdrowego rozsądku.

Akademię Medyczną we Wrocławiu ukończyła z wyróżnieniem w 1978 r. Po stażu podyplomowym przez kilkanaście lat pracowała na Oddziale Wewnętrznym A Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Opolu, uzyskując specjalizację I stopnia z chorób wewnętrznych (1982 r.) i II stopnia z medycyny ogólnej (1994 r.). Jej mentorami, o których mówiła z wdzięcznością, byli wybitni lekarze

– śp. Romuald Kosobudzki oraz Bożena Moczulska-Szymik.

Doświadczenia z tej pracy wykorzystywała po odejściu ze szpitala i podjęciu obowiązków lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Poradni Ogólnej SPZOZ „ZWM-Gosławice” w Opolu. W 1997 r. z przyczyn osobistych zrezygnowała z tej, dającej jej wielką satysfakcję pracy. Przez ko-



lejne 10 lat pracowała jako lekarz-orzecznik ZUS w Opolu, dochodząc do stanowiska zastępcy Głównego Lekarza-Orzecznika ZUS.

Wróciła do pracy z pacjentami w podstawowej opiece zdrowotnej w Poradni Ogólnej Medycyny Rodzinnej w Opolu (później CMR „Luxmed”) - ciesząc się znakomitą opinią pacjentów.

Była mądrym, dobrym lekarzem, współczującym swoim pacjentom – najczęściej starym, schorowanym, samotnym – lecząc ich, wysłuchując, przynosząc ulgę w cierpieniu.

Jesteśmy z córką Olą dumni z szacunku i zaufania, jakie przy różnych okazjach okazywali Danusi Jej pacjenci. Byłem – z obowiązku czy potrzeby serca – na pogrzebach wielu śp. Lekarzy, ale po raz pierwszy na pogrzebie Żony zdarzyło się mi usłyszeć, jak przedstawiciele pacjentów w swoim imieniu pożegnali swoją Panią Doktor wzruszającymi słowami nad Jej grobem.

Danusia była moją ukochaną Żoną, wspaniałą Mamą Oli i Kuby, pełną ciepła babcią Ani i Grzesia (nazywał

ją swoim „buniaczkiem”). Przeżyliśmy razem – w miłości, zrozumieniu, szacunku – 48 lat, małżeństwem byliśmy 46 lat.

Wspólnie przeszliśmy najcięższą próbę, jaka może wydarzyć się rodzicom – tragiczną śmierć naszego syna Jakuba w 1997 r.; rana po jego śmierci nigdy się nie zabiłiła.

Razem wychowaliśmy naszą cudowną córkę Olę, która po ukończeniu studiów na Uniwersytecie Jagiellońskim pracowała jako archeolog, a od 8 lat jest nauczycielem i wychowawcą w jednej z opolskich szkół podstawowych.

Danusia zachorowała 3 lata temu, po okresie intensywnego, obciążającego leczenia doszło do remisji choroby. Jednak w maju 2022 r. nastąpiła wznova choroby, której mimo starań wielu lekarzy nie udało się zatrzymać. Śmierć zwyciężyła, przerywając nasilające się coraz bardziej cierpienie mojej ukochanej Danusi.

Miłość i rozpacz są ze sobą nierozzerwalnie związane.

Rozpacz jest okrutnym przypomnieniem siły naszej miłości.

Marek SABAT

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że dnia 28 listopada 2022 r. odszedł od nas

Dr Jan SKOWRON

Pogrążona w smutku rodzina

W dniu 30 listopada 2022 roku zmarł w wieku 83 lat

Dr Józef KOLEJEWSKI

Lekarz pediatra

Pogrążona w żałobie Rodzina

Zatrudnię lekarza w Poradni POZ w Starych Budkowicach – szczegółowe informacje pod nr. tel. 603-974-054; email medicor69@tlen.pl.

Stobrowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Kup zatrudni lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub ze specjalizacją II stopnia z chorób wewnętrznych do pracy w charakterze Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych. Oddział bardzo dobrze wyposażony, Zakład Diagnostyki Endoskopowej na miejscu, całodobowe laboratorium i Pracownia RTG.

Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa. Bardzo dobre warunki finansowe – do negocjacji. Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.

NZOZ GPLR w Kędzierzynie –Koźlu, plac J. Surzyckiego 1 zatrudni pediatrę na kilka godzin tygodniowo. CV prosimy przesłać na adres: gplr@nzoz.idsl.pl. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. 77/483-37-22.

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.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

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

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: tel.
77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

BADANIE PALPACYJNE UKŁADÓW MIĘŚNIOWEGO I KOSTNEGO Z UWZGLĘDNIENIEM PUNKTÓW SPUSTOWYCH, STREF ODRUCHOWYCH I STRETCHINGU

J.E. Muscolino

wyd. II, red. Z.Śliwiński

rok wydania 2023

ISBN 978-83-65373-18-2, format 210 x 275, opr. broszurowa, str. 557, cena 160,00 zł



„Jestem przekonana, że to właśnie ta książka pomoże nowemu pokoleniu terapeutów uzyskać efekt poprawy jakości życia pacjentów”.

Słowo wstępne

Ruth Werner

Publikacja jest skierowana do studentów fizjoterapii, fizjoterapeutów, wykwalifikowanych masażyści, rehabilitantów oraz lekarzy zajmujących się medycyną manualną. Polecana jest też tym, którzy zajmują się leczeniem następstw wszelkiego rodzaju uszkodzeń układu ruchu.

W podręczniku m.in.:

- anatomia, fizjologia oraz terapia mięśniowo-powięziowych punktów spustowych;
- opisy badania palpacyjnego kości i mięśni;
- omówienie podstawowych i zaawansowanych technik stretchingu oraz możliwości ich zastosowania w praktyce terapeutycznej;
- wskazówki ułatwiające zastosowanie poprawnej mechaniki ciała;
- ilustracje struktur mięśniowo-szkieletowych w ich rzeczywistym ułożeniu w czasie wykonywania badania palpacyjnego;
- pytania kontrolne do samodzielnego sprawdzania wiedzy;

CHOROBY NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH

red. T. Zatoński

rok wydania 2022

ISBN 978-83-67447-07-2, format 170 x 210, str. 160, cena 71,00 zł



Książka ta ma na celu pomóc lekarzom w zaplanowaniu diagnostyki różnicowej w problemach rynologicznych, które napotykają w swojej praktyce w ambulatoriach, szpitalach lub na SOR. Autorzy omawiają prezentacje kliniczne i sposoby leczenia, uzupełniając je zdjęciami badań i procedur, aby ułatwić lekarzom ustalenie rozpoznania.

Książka zawiera zwięzłe opisy i podkreśla kluczowe plany leczenia najczęstszych schorzeń w zakresie nosa i zatok.

Łatwy do czytania i bogato ilustrowany odpowiednimi zdjęciami klinicznymi i schematami podręcznik Choroby nosa i zatok przynosowych będzie niezbędnym źródłem informacji dla otolaryngologów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek i studentów.

Przedmowa

GAZETA LEKARSKA

zmienia się dla Czytelników!

Spełniamy oczekiwania

W 2023 roku „Gazeta Lekarska” będzie dostępna w formie **papierowej** i **elektronicznej**:

- **3** tradycyjne wydania papierowe dla wszystkich (nr 2/2023, 4/2023 i 6/2023)
- **7** wydań w edycji hybrydowej:
 - **elektroniczna** dla lekarzy i lekarzy dentystów do 69. roku życia (do skrzynek mailowych),
 - **papierowa** dla lekarzy i lekarzy dentystów w wieku 70+ (do skrzynek pocztowych)

Jeśli nie jesteś zadowolony z takiego kolportażu, możesz to zmienić.

**NIE CZEKAJ – zdecyduj już teraz,
jakie wydanie „Gazety Lekarskiej”
chcesz mieć. To zajmie tylko 1 minutę!**

- Wejdź na stronę gazetalekarska.pl lub nil.org.pl/gazeta (albo najedź aparatem telefonu na **QR kod** lub użyj aplikacji **czytnik kod QR**) i wypełnij formularz **Subskrypcja „Gazety Lekarskiej”**
- Dokonaj wyboru, klikając w jedno z pól, lub zaznacz oba:
 - ☐ chcę otrzymywać wersję papierową
 - ☐ chcę otrzymywać wersję elektroniczną



BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X