

Drodzy Czytelnicy!

Siedzę przy klawiaturze komputera z nieco zeszywniałymi palcami (jest w końcu podobno najzimniejszy wieczór tej zimy) i składam w całość kolejny numer Biuletynu. Mam nadzieję, że pomimo niskich temperatur za oknem, będę w stanie zainteresować Was jego zawartością. A więc do dzieła.

Prezes poprzedniej kadencji podzielił się z Państwem swoimi refleksjami dotyczącymi minionych czterech lat, w czasie których „miłościwie nam panował”. Dalej znajdziecie bieżące sprawy izbowe – myślę ważne dla wielu spośród Was. Zwracam szczególną uwagę wszystkich czytających na tekst poświęcony składkom izbowym. Nawet jeśli macie swoje zdanie na temat ich płacenia, to proszę nie zapominać o tym, że to z nich przede wszystkim biorą się pożyczki i zapomogi dla potrzebujących wsparcia Koleżanek i Kolegów oraz nagrody dla najlepszych, jakie przyznawane są w naszej Izbie.

W dalszej części znajdziecie pismo dyrektora Opolskiego Centrum Onkologii do Prezesa Jakubiszyna o bardzo ważnej sprawie. Chodzi mianowicie o zmobilizowanie naszych Koleżanek z pracy, by zgłaszały się na badania mammograficzne i cytologiczne. Być może hasło samej akcji wywołało na Waszych twarzach uśmiech, ale zapewniam Was, że sprawa jest naprawdę poważna. Sam miałem nieraz okazję przekonać się, że „pod latarnią najciemniej”. Zresztą – i tu zwracam się do Kolegów – sami się o tym przekonajcie. Zapytajcie swoje Koleżanki z pracy, kiedy ostatnio przeszły takie badania (lub nawet, kiedy były ostatni raz u gine

kologa). Ręczę, że przynajmniej kilka z nich odpowie, że przy rodzeniu ostatniego dziecka. I wszystko byłoby wspaniale, gdyby nie to, że te dzieci mają dzisiaj już po kilkanaście lat!!! Zachęcam więc do tworzenia grup naciśku. A tak nawiasem mówiąc – kiedy to Ty Drogi Kolego poddałeś się badaniu pod kątem nowotworu prostaty lub jelita grubego? Spróbujmy zakwestionować oczywistość starego porzekadła o szewcu, co bez butów chodzi.

W części już nieco lżejszej znajdziecie, okraszone rysunkami i ilustracjami, sprawozdanie ze spotkania opłatkowego lekarzy-seniorów; ciekawy materiał o ekspertyzie grafologicznej oraz dwa teksty traktujące o przyznanych niedawno Nagrodach Nobla w dziedzinie medycyny i chemii. Będzie również memoriał autorstwa Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej wraz z pismem samej Pani Minister. Przypomnimy także historię epidemii grypy na przestrzeni dziejów (przynajmniej tych udokumentowanych).

W części prawnej trzy materiały: o nowych uprawnieniach pacjentów; o tym, jak rozliczać podatek dochodowy i dość zwarty tekst o zasadach orzekania o czasowej niezdolności do pracy (niezły bryk z orzecznictwa dla zdających egzamin specjalizacyjny).

Na zakończenie, jak zwykle, znajdziecie szereg ogłoszeń – w tym także o licznych kursach oraz informacje o nowościach wydawniczych.

Życząc miłej lektury w te naprawdę zimowe wieczory, żegnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

## SZPALTA PREZESA

### REFLEKSJI KILKA

*„Bije zegar godziny, my wtedy mawiamy:  
„Jak ten czas szybko mija” - a to my mijamy”*  
Stanisław Jachowicz

Jeżeli napiszę, że czas płynie szybko, to będzie to banał. Jeżeli napiszę, że udało mi się zrobić wszystko, co zaplanowałem na swoją kadencję przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej, to będzie to nieprawda. Podsumowując te cztery lata wyrzucam sobie niejedno. Mogłem więcej i lepiej. Pocieszam się jednak tym, że

taka forma niezadowolenia jest siłą napędową do nieustannego doskonalenia siebie i kształtowania otaczającej rzeczywistości.

Cztery lata temu ta rzeczywistość była zupełnie inna. Na poprzednim zjeździe sprawozdawczo-wyborczym w 2005 roku w mojej prezentacji przed głosowaniem na przewodniczącego Rady powiedziałem, że najważniejsze dla mnie jest załatwienie dwóch spraw i to w odpowiedniej kolejności: najpierw podniesienie żenująco niskich w owym czasie pensji lekarskich, a po-

tem urealnienie czasu pracy lekarza, zwłaszcza ustanowienie prawa do wolnego po dyżurze. Okoliczności sprawiły, że te dwie kwestie zostały załatwione za mojej kadencji, ale bez Waszej pomocy i zaangażowania – zwłaszcza w czasie akcji protestacyjnych, bez pomocy Związku Zawodowego Lekarzy, bez osobistej żelaznej konsekwencji w działaniu Rafała Olejnika, jako Przewodniczącego OZZL – nic nie dałoby się uczynić. Bardzo ceniłem sobie tę współpracę.

Teraz przed nami następny etap. Ułatwienie dostępu do specjalizacji. Skończyły się bowiem czasy powszechnej nauki w trybie oddelegowania. Dyrektorzy jednostek nie są zainteresowani opłacaniem pracownika, którego nie ma na stanowisku, tylko ciągle podróżuje na kursy i staże. Co prawda w niektórych deficytowych specjalnościach i ta bariera może pęknąć, bo w warunkach niedoboru kadrowego niektórzy staną przed dylematem: albo zatrudnić i pozwolić się specjalizować, albo zamknąć oddział. Ten wielki problem deficytu lekarzy już puka do naszych drzwi. Dobrze, że udało się nieco podnieść pensje stażystom i rezydentom, ale to jeszcze nie załatwi sprawy, bowiem młodzi lekarze nadal powszechnie deklarują emigrację zawodową. Rezydent zarobi więcej (ale nadal niesatysfakcjonująco, by pozostać w Polsce), musi jednak mieć gdzie odbywać rezydenturę, a miejsc wciąż brakuje. Obecnie tworzy się zupełnie nowy system kształcenia podyplomowego. Następna kadencja samorządu lekarskiego upłynie zapewne na jego doskonaleniu. Sprawny system szkolenia specjalizacyjnego, jak i doskonalącego jest nam w tej chwili niezbędnie potrzebny.

W naszej Izbie koło zamachowe kształcenia już się obraca. Ruszyliśmy z punktowanymi szkoleniami prowadzonymi przez konsultantów wojewódzkich, byliśmy współorganizatorem wielu innych konferencji, na których było można również zdobywać punkty edukacyjne. Wszystko wskazuje na to, że skutecznie została rozwiązana sprawa doskonalenia zawodowego lekarzy dentystów. Wyjazdowe szkolenia z tych dziedzin są niezwykle drogie. Teraz wykładowcy przyjeżdżają do Opola. To wszystko nadal będzie ewoluowało w kierunku dalszych ułatwień pod wodzą nowego składu Okręgowej Rady. Przed nową Radą będzie nadal stał problem specjalizacji lekarzy dentystów, zwłaszcza prywatnie praktykujących. Nam w tej kadencji nie udało się go rozwiązać.

Jeszcze pod koniec września podpisałem dwadzieścia wezwań do zapłaty zaległych składek członkowskich do najbardziej zatwardziałych dłużników. Niektórzy zalegają już kilka tysięcy złotych. Nie mamy już innego wyjścia. Rozpoczynamy egzekucje karno-skarbowe.

Sprawiedliwość musi być. Przyznajemy pożyczki i zapomogi, finansujemy szkolenia. Na to nie może zabraknąć środków.

Czasy natomiast nastały takie, kiedy praca społeczna nie cieszy się dużym uznaniem wśród lekarzy. Nie inaczej ma się działalność na rzecz samorządu lekarskiego. Wielokrotnie apelowałem o pomoc w redagowaniu Biuletynu Informacyjnego, zachęcałiśmy do pracy w komisjach problemowych, jednak odzewu nie było. Trochę miałem więc obaw - czy w naszym województwie będą problemy z wyborem delegatów na zjazd okręgowy, ale na szczęście chętni się znaleźli i tylko w jednym okręgu nie doszło do wyborów. Pod tym względem jesteśmy w czołówce izb okręgowych. Następny etap to wybory na szczeblu krajowym. Skuteczność działania Naczelnej Rady Lekarskiej zawsze przenosi się na okręgowe izby, dlatego też niezwykle ważne jest, kto będzie liderem naszego samorządu. Jesteśmy małą izbą. Z kilkoma delegatami na Zjazd Krajowy nie stanowimy znacznej siły. Zrobimy jednak wszystko, co możliwe, aby na stanowisko Prezesa nie wybrano osoby nieuczciwej, nieudolnej, „umoczonej” politycznie i dwulicowej. Potrzebujemy szefa „nowej generacji”, obiektywnego, zorganizowanego i asertywnego w obronie godności stanu lekarskiego. Takiego, jakim był Kostecki. No... chociaż podobnego do niego.

Z wyborów do organów naszej Izby jestem natomiast bardzo zadowolony. Wielu zdolnych młodych lekarzy zasililo urząd rzecznika odpowiedzialności zawodowej, wielu doświadczonych Kolegów podejmie pracę w sądzie lekarskim. Nowi członkowie Rady to osoby powszechnie szanowane, o nieposzlakowanej opinii. Jednak obecny Prezes nie dał im wiele czasu na adaptację. Praca samorządowa ruszyła natychmiast, a właściwie to nawet nie zwolniła tempa w okresie zmian składu organów.

Dodatkowej energii do działania dodaje mnie osobiście uchwalenie nowej ustawy o izbach lekarskich. Po wielu latach pracy koncepcyjnej, poprawek, lobbowania, dostaliśmy właściwie prawie wszystko to, co chcieliśmy, aby w ustawie się znalazło. Wiele jeszcze można zrobić dla środowiska, ale musi być właśnie solidarność i zaangażowanie. Przeszłość ostatnich lat pokazała, że taka postawa procentuje bardzo szybko. Tylko przez lobbingsilnej i zwartej grupy zawodowej można wymóc na rządzących korzystne dla środowiska rozwiązania. Tej siły w jedność życzę wszystkim lekarzom naszej Izby.

Dziękuję za cztery lata współpracy. Bycie Przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu było dla mnie wielkim zaszczytem.

*Stanisław KOWARZYK*

## SPRAWOZDANIE Z OSTATNIEGO POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 20 stycznia 2010 r. odbyło się, kolejne w tej kadencji, posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. W znacznej części poświęcone ono było sprawie przyznania Honorowej Godności „Prymariusz Opolski”. Do biura Izby wpłynęły wnioski dotyczące 7 kandydatów do tego miana:

- lek. dent. Stanisław CHRUSZCZYK,
- lek. med. Danuta HENZLER,
- lek. med. Stanisław KOWARZYK,
- Dr med. Ryszard KWIECIŃSKI,
- lek. med. Jacek MIARKA,
- lek. med. Wojciech OSIŃSKI,
- Dr med. Andrzej SIKORSKI.

W związku z tym, iż tytuł ten jest nadawany po raz pierwszy w historii Opolskiej Izby Lekarskiej, członkowie Rady podjęli decyzję (zgodną z regulaminem) o zwiększeniu liczby przyznawanych wyróżnień z 2 do 7 i w wyniku głosowania przyznali te zaszczytne tytuły wszystkim wymienionym powyżej. Wręczenie statuetek „Prymariusza Opolskiego” odbędzie się na najbliższym – marcowym Okręgowym Zjeździe Lekarzy. Wtedy też pozwolę sobie na przybliżenie Czytelnikom Biuletynu sylwetek wszystkich uhonorowanych osób.

Ponadto Rada zajęła się swoimi stałymi zadaniami. Do rejestru członków Opolskiej Izby Lekarskiej wpisano:

- lek. med. Grzegorza CENĘ - przeniesienie z Małopolskiej Izby Lekarskiej,
- lek. med. Macieja MIODOŃSKIEGO - przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej,
- lek. med. Aldonę PIĄTEK - przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej.

Zarejestrowano indywidualne praktyki lekarskie: stacjonarne:

- lek. dent. Edyty GÓRNEJ,
- lek. dent. Daniela FRONCZKA
- lek. dent. Aldony OLEJNIK
- lek. med. Agnieszki JANIC

oraz wyjazdowe:

- lek. med. Alicji ROSZAK,
- lek. med. Wojciecha STOCHMIAŁKA,

- lek. med. Jurija BABKINA,
- lek. med. Małgorzaty OSTROWSKIEJ.

Następnie przyznano pożyczki szkoleniowe z Funduszu Samopomocy lek. dent. Ewie PAWLISZYN (w związku z doktoratem) i lek. med. Aldonie WICHER (w związku ze specjalizacją). W dalszej kolejności podjęto uchwałę o obniżeniu wysokości składki członkowskiej do 10 zł ze względu na osiągnięcie wieku emerytalnego na rzecz lek. med. Anny Marii ZYGMUNT i lek. med. Róży CHODARY-MIKLUS.

Na prośbę Wojewody Opolskiego pozytywnie zaopiniowano kandydaturę dr n. med. Krzysztofa SUCHNICKIEGO na Konsultanta Wojewódzkiego ds. Immunologii.

Członkowie Rady przyjęli nowelizację uchwały w sprawie zwrotu kosztów podróży osobom, wykonującym czynności na rzecz Opolskiej Izby Lekarskiej.

Przewodniczący Rady przedstawił następnie krótkie sprawozdanie z ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Konwentu Przewodniczących Izb Lekarskich, na których przede wszystkim dyskutowano nad materiałami na X Krajowy Zjazd Lekarzy.

Rada znoveizowała także uchwałę w sprawie reklam w izbowym Biuletynie Informacyjnym oraz na stronie internetowej Izby.

*Sekretarz ORL  
Jerzy B. LACH*

## SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ W DN. 18 STYCZNIA 2010 R.

Na pierwszym spotkaniu tego roku Przewodnicząca powitała zebranych i życzyła wszystkim kolegom szczęśliwego Nowego Roku.

Następnie przeczytała list przysłany przez Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczący protestu członków Komisji Stomatologicznej przeciw zmniejszeniu nakładów pieniężnych na świadczenia stomatologiczne w 2010 roku. Z-ca Dyrektora ds. Me-

dycznych - lek. med. Roman Kolek informuje, iż tut. Oddział NFZ dostosował ceny świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne do średniej krajowej, jednocześnie mając na uwadze posiadane środki finansowe. Natomiast ilość zakupionych świadczeń wynika z analizy liczby mieszkańców i wg NFZ jest wystarczająca i nie ogranicza dostępu do świadczeń dla ubezpieczonych. Po dyskusji postanowiono napisać kolejny list do NFZ z prośbą o informacje na temat konkretnej kwoty pieniężnej, jaka została przeznaczona na świadczenia stomatologiczne w 2010 roku i o ile różni się ona od kwoty w roku 2009.

Wywiązała się dyskusja. Dr Latała, dr Chruszczyk i dr Pędich uważają, iż takie postępowanie władz NFZ może doprowadzić do wyeliminowania lekarzy dentyków z rynku świadczeniodawców i przeniesienia naszych usług tylko do sektora prywatnego.

Redaktor Naczelny Biuletynu Informacyjnego zachęca wszystkich lekarzy, członków naszej Izby o czynne włączenie się do redagowania Biuletynu, szczególnie miło będą widziane napisane artykuły.

Przewodnicząca przypomniała o regularnym płaceniu składek członkowskich, a w przypadku płacenia ich łącznie za kilka miesięcy należy dokonywać wpłat „z góry”.

Członkowie Komisji Stomatologicznej poparli wnioski Przewodniczącej o włączenie do prac Komisji Konsultantów Wojewódzkich z zakresów stomatologicznych oraz Prezesa Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, którzy nie są delegatami.

Przekazano następujące wnioski o rejestrację praktyk prywatnych:

1. Lek. dent. Agnieszka Chomik-Rączy i Artur Chomik z Prudnika - gabinety zwizytuje lek. dent. Katarzyna Rączy
2. Lek. dent. Joanna Betlej z Kędzierzyna-Koźła - gabinet zwizytuje lek. dent. Paweł Sługocki.

Na tym posiedzenie zakończono.

## KOMUNIKAT W SPRAWIE SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

I. Podstawowa miesięczna składka członkowska **dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentyków**, w tym lekarzy pracujących za granicą, od 1 października 2008 r. wynosi **40 zł miesięcznie**. Stażyści, mający ograniczone prawo wykonywania zawodu, płacą składkę w wysokości 10 zł miesięcznie.

II. Ulgi - składkę w wysokości **10 zł miesięcznie** płacą **renciści oraz emeryci** po ukończeniu 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn,

których roczny przychód poza świadczeniami rentowymi lub emerytalnymi nie przekracza kwoty 24.084 zł (roczny przychód lekarza stażysty), jeśli wystąpią do ORL z wnioskiem o ustanowienie składki obniżonej do 10 zł miesięcznie. Jeżeli nie wystąpią z wnioskiem o obniżenie składki, płacą 40 zł. Do wniosku należy dołączyć: decyzję ZUS o przyznaniu renty lub emerytury oraz zeznanie podatkowe PIT o wysokości przychodu za rok poprzedzający rok, w którym złożono wniosek o ustalenie obniżonej wysokości składki. Obniżenie stawki następuje na podstawie uchwały ORL, od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ORL podjęła ww. uchwałę.

III. **Zwolnieni** na podstawie uchwały ORL z opłacania składki mogą zostać:

1. na czas nieokreślony:

- lekarze renciści,
- lekarze emeryci po ukończeniu 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn, którzy zaprzestali wykonywania zawodu - na pisemny wniosek lekarza. Do wniosku winno być dołączone oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony oraz decyzja ZUS lub właściwego organu emerytalnego służb mundurowych o przyznaniu emerytury lub renty,

2. na czas określony - lekarze lub lekarze stażyści, którzy nie osiągnęli przychodu (na okres nieosiągania przychodu) - na pisemny wniosek zainteresowanego. Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie o okresie zarejestrowania w rejestrze bezrobotnych powiatowego urzędu pracy lub kserokopię zeznania o wysokości dochodu uzyskanego w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku oraz oświadczenie o przewidywanym braku przychodu w okresie zwolnienia z opłacania składki członkowskiej.

IV. Lekarz lub lekarz stażysta, który w dniu wejścia w życie uchwały nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, to jest w dniu 1 października 2008 r., był zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej, jest automatycznie dalej zwolniony z tego obowiązku:

- do upływu terminu określonego w uchwale ORL o zwolnieniu okresowym z opłacania składki członkowskiej,
- lub do czasu podjęcia wykonywania zawodu (potwierdzonego oświadczeniem w tej sprawie) w przypadku lekarzy rencistów i lekarzy emerytów zwolnionych z obowiązku opłacania składek członkowskich z tytułu zaprzestania wykonywania zawodu.

V. Lekarze, którzy po wejściu w życie nowej uchwały NRL, chcą być zwolnieni z obowiązku opłacania składki, powinni złożyć do ORL wnioski wraz z załącznikami, o których mowa w punkcie III. Rada, drogą uchwały, zwolni ich z obowiązku płacenia składek. Zwolnienie będzie obowiązywało od daty podjęcia uchwały przez ORL.

VI. Lekarze, którzy w dniu wejścia w życie uchwały nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, to jest w dniu 1 października 2008 r., mieli ustaloną zgodnie z obowiązującymi wcześniej wymogami składkę w wysokości 10 zł - w dalszym ciągu opłacają składkę w wysokości 10 zł, chyba że wystąpią z wnioskiem do ORL o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas nieokreślony, spełniając warunki wymienione w punkcie III.

VII. Od zaległych składek członkowskich nalicza się odsetki ustawowe.

Ponadto przypominamy, że **na lekarzu ciąży obowiązek pisemnego zgłaszania** do Okręgowej Izby Lekarskiej następujących informacji o zmianach dotyczących::

1. miejsca zatrudnienia wraz z informacją dotyczącą potrącania składek członkowskich na rzecz Izby,
2. adresu zamieszkania i adresu do korespondencji,
3. daty przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS),
4. terminu rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego,
5. daty i miejsca rozpoczęcia pracy przez lekarza/lekarza dentystę po zakończeniu stażu podyplomowego,
6. rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej,
7. zaprzestania pracy zarobkowej przez lekarza/lekarza dentystę emeryta bądź rencistę (oświadczenie);
8. wyrejestrowaniu praktyki indywidualnej,
9. zawieszeniu praktyki (np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę).

## SPRAWOZDANIE Z ZEBRANIA ODDZIAŁU OPOLSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA ULTRASONOGRAFICZNEGO

W dniu 21 listopada 2009 r., w siedzibie Izby Lekarskiej odbyło się kolejne zebranie Oddziału Opolskiego PTU.

Pierwszym wykładowcą była prof. Ścieszka, która

omówiła ciekawe przypadki ultrasonograficzne w diagnostyce internistycznej. Pani profesor omówiła przypadki schorzeń wątroby, śledziony, nerek oraz żołądka, doskonale udokumentowane zdjęciami ultrasonograficznymi, uzupełnione obrazami tomograficznymi i poparte dokładnym omówieniem teoretycznym. Wykład był zapewne dużym uzupełnieniem dydaktycznym dla osób wykonujących powyższe badania w swoich oddziałach.

Następnym wykładowcą był dr med. Z. Juszczyk, który na bazie swoich materiałów przedstawił bardzo obrazowo podstawy echokardiografii. Pokaz filmów w kolorowym Dopplerze oraz trójwymiarze mogły każdego zafascynować.

Po przerwie na kawę dr I. Bogusz przedstawił metodykę badań USG wątroby i układu wrotnego metodą Dopplera kolorowego oraz spektralnego. Inspiracją dla przedstawienia tego tematu – wg słów wykładowcy – jest popełnianie wielu błędów przy wykonywaniu tych badań. Dlatego też dr Bogusz bardzo szczegółowo omówił wszystkie elementy niezbędne do wykonywania przedmiotowych badań, tj. sposób przygotowania pacjenta, wymogi sprzętowe oraz samą technikę badań. Dla osób wykonujących te badania było to bardzo inspirujące wystąpienie.

Na zakończenie dr med. A. Szlachta omówił zastosowanie skali BIRADS w sonomammografii. Klasyfikacja ta została przeniesiona z diagnostyki mammograficznej - oczywiście z modyfikacjami przystosowanymi do specyfiki badań USG gruczołów piersiowych – a obecnie zalecana przez PTU w ocenie sonomammograficznej. Przedstawiono i omówiono obrazy odpowiadające poszczególnym grupom patologicznym. Ponieważ w codziennej praktyce można spotkać opisy badań odbiegające od przeciętnych norm, dlatego włączenie tej klasyfikacji do ogólnej oceny badań gruczołów piersiowych wymusza na osobie wykonującej badanie bardziej wnikliwe podejście do analizy obrazów patologicznych i kwalifikacji do dalszej diagnostyki.

Zebranie zakończyło się poczęstunkiem i rozmowami kularowymi. Spotkanie mogło odbyć się dzięki sponsoringowi firm: Pfizer, Glaxo i Gemed oraz udostępnieniu sali wykładowej przez Izbę Lekarską – za co serdecznie dziękuję.

*Prezes  
Oddziału Opolskiego PTU  
Dr n. med. Aleksander SZLACHTA  
Protokołowała lek. dent. Anna Adamska*

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII  
im. prof. T. Koszarowskiego  
45-060 Opole, ul. Katowicka 66a

29 grudnia 2009 r.

Pan  
Jerzy Jakubiszyn  
Przewodniczący  
Opolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej

Szanowny Panie Przewodniczący!

Zwracamy się do Pana z prośbą o przyłączenie się do akcji pn. „**Piersi moich pracowników sam kontroluje**”. Pod tym medialnym tytułem kryje się prośba o aktywne zachęcenie opolskich lekarek, do uczestnictwa w profilaktycznym, bezpłatnym, przesiewowym badaniu mammograficznym, przyczyniającym się do wczesnego wykrywania raka piersi u Polek. Badanie to od roku 2007 wykonywane jest w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Na terenie Opolszczyzny w systemie stacjonarnym realizuje je 8 podmiotów, a mobilnie (mammobus) - 1

Rak piersi to główna przyczyna śmierci kobiet w wieku 45-69 lat. Na Opolszczyźnie każdego roku z tego powodu umiera przedwcześnie blisko 120 pań. Umierają głównie dlatego, że choroba została zdiagnozowana zbyt późno i podjęte leczenie nie mogło być już skuteczne. Nadmienić warto, że rak piersi rozwija się latami i latami nie daje klinicznych objawów chorobowych. M.in. dlatego większość kobiet nie ma świadomości rozwijającego się zagrożenia. Niestety, kiedy pojawiają się objawy z bólem włącznie (częste przerzuty do kości) medycyna i onkolodzy przeważnie nie mogą już wiele pomóc.

Tymczasem od lat wiadomo, że wcześniej wykryty rak piersi jest uleczalny. Najlepszą metodą wczesnej jego diagnostyki jest właśnie mammografia. To m.in. dlatego ostatnio tak wiele się mówi o wprowadzeniu badania mammograficznego do kanonu obowiązkowych badań pracowniczych u kobiet. W krajach, w których ta zasada obowiązuje, śmiertelność z powodu raka piersi jest zdecydowanie mniejsza.

Także polskie Ministerstwo Zdrowia stara się o wprowadzenie do obowiązkowych badań pracowniczych, zarówno badań mammograficznych (co 2 lata dla kobiet w wieku 50-69 lat), jak i cytologicznych, wykrywających wczesne postaci raka szyjki macicy (co 3 lata dla kobiet w wieku 25-59 lat). Podkreślić należy, że pracodawca nie otrzymywałby do wglądu wyniku badania, a jedynie potwierdzenie jego wykonania. Ponadto, co dla firm jest bardzo istotne, badania te nie obciążałyby pracodawcy, gdyż są finansowane z budżetu państwa.

Czy i kiedy to nastąpi - trudno powiedzieć, bo ministerialne plany, aby zasada ta obowiązywała już od stycznia 2010 roku, jak na razie nie posiadają ustawowego umocnienia. Dlatego będziemy ogromnie wdzięczni za namawianie opolskich lekarek już teraz do uczestnictwa w ww. badaniach - mammograficznym i cytologicznym - oraz za przekonywanie łagodną perswazją do niezbędności tychże badań.

Oczywiście, choć już poza naszą akcją, zachęcamy także wszystkich panów po 50 roku życia, aby przynajmniej raz w roku profilaktycznie badali swoją prostatę.

Z poważaniem  
Dyrektor  
Opolskiego Centrum Onkologii  
Wojciech REDELBACH



Prezes Sądu Okręgowego  
w Opolu

Opole, dn.2 grudnia 2009r.

A-0151- 106 /09



Pan  
dr n.med.Jerzy Jakubiszyn  
Przewodniczący  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Opolu

W związku z rosnącą ilością rezygnacji z funkcji biegłych sądowych składanych przez lekarzy z okręgu opolskiego zwracam się z uprzejmą prośbą o rozważenie możliwości podjęcia działań mających na celu zainteresowanie lekarzy pełnieniem funkcji biegłego sądowego.

Szczególnie proszę o wzięcie pod uwagę następujących specjalności lekarskich:

- neurochirurgia
- kardiologia
- okulistyka
- diabetologia
- nefrologia – urologia
- pulmonologia.

Będę wdzięczny za osobiste podjęcie przez Pana Doktora starań w celu poprawy sprawności wymiaru sprawiedliwości w tym zakresie.

  
PREZES  
SĄDU OKRĘGOWEGO  
  
Ryszard Janowski

## OPŁATEK LEKARZY SENIORÓW

Tradycyjnie już, jak co rok w grudniu tym razem w środę 16, odbyło się Spotkanie Opłatkowe, zorganizowane przez Komisję ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów przy OIL w Opolu.

Wystąpiły kłopoty z informacją o terminie spotkania, wynikające z faktu, że zawiadomienie miało być w listopadowym Biuletynie Informacyjnym, który się nie ukazał. Stąd byliśmy zmuszeni do alarmowego zawiadomienia o terminie spotkania, głównie tych seniorów, którzy uprzednio uczestniczyli w naszych spotkaniach i pewno nie wszyscy o nim wiedzieli. Zawiedzionych serdecznie przepraszamy.

Obecni, wraz z dr Jakubiszynem i dr Kowarzykiem czas spędzili bardzo przyjemnie. Po złożeniu życzeń i propozycji oraz częściowym przełamaniu opłatkiem (okres grypowy), wystąpił chór męski „Camerton” pod kierownictwem p. Marii Przebindowskiej, który zaprezentował piękne koledy i pastorałki. W świątecznym nastroju spożyliśmy wieczerzę wigilijną, podaną przez miły personel Klubu Lekarza. Nie mogło się obejść bez prezentacji strof napisanych i wygłoszonych przez Irzyka (dr Rekuckiego), co jak zawsze spotkało się z aplauzem zebranych. Nastrój świąteczny podgrzał kolejny występ „Kamertonu”, który najpierw samodzielnie, a potem wspólnie z zebranymi wyśpiewywał piękne polskie koledy. Po ponad 2 godzinach seniorzy rozchodzili się bardzo zadowoleni.

P.S. Polecam książkę napisaną przez gerontologa „Czas naszego życia” (co wiemy o starzeniu się człowieka). Autor – Tom Kirkwood, wydawnictwo „Charaktery” Kielce.

*Przewodniczący  
Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów  
Tadeusz CHOWANIEC*

\* \* \*

Dość dawno temu nadszedł list, który  
Był od Barbary spod Jasnej Góry  
Z podziękowaniem nie wartym krzyku  
Że w tamtym roku była w wierszyku

Cóż mogę stwierdzić – lubię Barbarę  
Łączą mnie z Basią wspominki stare  
Dawne z Opola więzy Przyjaźni  
Jeszcze z Kościuszki w pobliżu łaźni

Pamiętam kiedyś takie zdarzenie  
A obciach, jakby na zamówienie  
Jak kiedyś stwierdził ktoś chyba z troski  
Irzyk to Basi mąż Irzykowskiej

Gdy mnie czasami pytał ktoś z gości  
Czy to jest prawda, więc dla próżności  
Nie zaprzeczałem – choć rozdwójony  
Bo byłem dumny, że mam dwie żony  
W liście był wierszyk – Smutki, radości  
Czyli objawy zwykłej starości  
Wiersz refleksyjny, autor nieznany  
Trochę przeze mnie poprzerabiany

Po przemyśleniu jestem tu zdania  
Że się nadaje do odczytania  
Dla przypomnienia – jak w życiu bywa  
Gdy pamięć słabnie i lat przybywa

Idę ulicą – ktoś mi się kłania  
Oddaję ukłon – znam przecież drania  
Ta twarz, ten uśmiech i ten błysk w oku  
To miły facet, znam go od roku  
Jakże u diabła on się nazywa?  
Dziura w pamięci, czasem tak bywa  
Wtedy myśl smutna w głowie się rodzi  
Chyba niestety – starość nadchodzi

Z trzeciego piętra schodzę radośnie  
Bo w kalendarzu ma się ku wiosnie  
No i spaceru gna mnie potrzeba  
Zwłaszcza, że słońce i błękit nieba  
Gdy już po parku idę alei  
Nagle pot zimny koszulę klei  
Bowiem pytanie w głowie mi tkwi  
Czy aby kluczem zamknąłem drzwi?  
W spieszonym powrocie znów myśl się rodzi  
Chyba to jednak starość nadchodzi

Siedzę i czytam – nagle myśl żywa  
Jakimś pragnieniem z fotela zrywa  
Robię trzy kroki, stoję przy szafie  
I jak to ciele na nią się gapię  
Pojęcia nie mam, po co ja wstałem?  
Czego tak bardzo i nagle chciałem?  
Oj coraz bardziej mi to już szkodzi  
Że ta nieszczęsna starość nadchodzi

Jadę na urlop, prasuję spodnie  
Żeby wśród ludzi wyglądać godnie  
Biorę walizkę, pędzę nad morze  
Lecz tam miast śledzić dziewczyny hoże  
Zamiast podziwiać plażowe akty  
Myśl czy wyjąłem wtyczkę z kontaktu  
Może dom spłonął – strach we mnie godzi  
Tak to jest kiedy starość nadchodzi

Żeby nie znaleźć się kiedyś w nędzy  
Zaoszczędziłem trochę pieniędzy  
W dużej kopercie, zamkniętej klejem

Dobrze ukryłem je przed złodziejem  
I teraz już od paru miesięcy  
Nie mogę znaleźć moich tysięcy  
Ech nie pojmiecie wy tego młodzi  
Jak miło żyć gdy starość nadchodzi

Pomimo moich najlepszych chęci  
Nie zawsze mogę ufać pamięci  
Więc by jej pomóc a przez nią sobie  
Czasem na chustce węzełki robię  
A potem jeden Bóg wiedzieć raczy  
Co który węzeł może tu znaczyć?  
Choć mi się nawet nieźle powodzi  
Wciąż mam kłopoty – starość nadchodzi

Dwa razy dziennie – raz przy śniadaniu  
A potem w obiad po drugim daniu  
Zażywam leki – tabletki białe  
Cztery połówki i cztery całe  
Często się piekę (bom nie aniołem)  
Gdy w obiad nie wiem czy rano wziąłem  
Tę gorycz kłeski wątpliwie słodzi  
Wiedza, że oto starość nadchodzi

Zjadam kolację – w niej polędwica  
Me podniebienie zawsze zachwyci  
Myślę pogodnie o tej starości  
Czy ona stale musi nas złościć?  
Przecież jest piękna – masz sporo czasu  
Chcesz iść nad wodę albo do lasu  
To sobie idziesz – nikt ci nie broni  
Z łóżka zbyt wcześnie też nikt nie goni  
Bowiem nie musisz pędzić do pracy  
Jak wszyscy twoi młodszy rodacy

W podróż zatęsknisz – więc odświeżony  
Siadasz do auta i w swoje strony  
Tam gdzie korzenie twoje kolego  
W świecie nie znajdziesz miejsca takiego  
Gdzie głąz przy drodze i stara chata  
Przypominają młodzieńcze lata  
Gdzie ludność miła a jak życzliwa  
Że aż cię w sercu wszystko roztkliwia  
Z żalem pominę inne splendory  
Człowiek na serce troszeczkę chory  
Wzruszać nie mogę się zbyt obficie  
Bo jeszcze trochę miłe mi życie

Wigor co prawda z wolna przekwita  
Lecz po co wigor u emeryta?  
Podwyżki pensji już nie wyprosisz  
Emeryturę poczta przynosi  
Spokojnie patrzysz jak świat się zmienia  
Gdyż wiek ci daje mądrość spojrzenia  
Więc wiwat starość – niechaj nam służy



Nawet gdy trochę chwilami nuży  
Bowiem jak sądzę, w tym jest rzecz cała  
By w nie najgorszym zdrowiu nam trwała

Część z tych zachowań u mnie znajduję  
Lecz może całkiem już nie znikuję  
Myślę, że to jest tylko skleroza  
A nie – jak mówią – Alzheimeroza

Gdyby się miało okazać skrycie  
Że jest inaczej – cóż – takie życie  
Wyjątków nie ma i tak się składa  
Lekarz neurolog też mózg posiada



*Jerzy REKUCKI*  
*Spotkanie opłatkowe lekarzy seniorów*  
*w OIL w Opolu w dniu 16.12.2009 r.*

---

## DUPLIKAT PYŁORYSOWY

Nie każdy z Was miał możliwość widzieć prawdziwą ekspertyzę grafologiczną. Ja tak. Podzielę się więc z Wami takim oto oryginalnym dokumentem. Grafolog miał odpowiedzieć na pytanie, czy dokumentacja medyczna nie jest sfałszowana, tzn. uzupełniona po czasie. W tekście dane personalne zostały zmienione celem uniemożliwienia identyfikacji bohaterów tej opowieści. Z tego też powodu usunąłem kompletne daty. Pogrubienia, podkreślenia i różnicowanie czcionki zgodne z oryginałem. Ręczę słowem, że ekspertyza jest autentyczna. Życzę miłej lektury. Ja tymczasem idę zrobić sobie duplikat pyłorysowy z – *sensu largo* – czasopisma medycznego.

*Stanisław KOWARZYK*

## GRAFOLOG SĄDOWY

Mgr Igor Malinowski

**ekspertyzy i opinie** w zakresach :

- \* pisma ręcznego /tzn. zapisów oraz podpisów (pośród tych drugich również paraf)
- \* pisma maszynowego w rozumieniu klasycznym i z innych urządzeń piszących (odtworzących)
- \* odcisków pieczęci, pieczętek, stempli, numeratorów oraz stampili
- \* stwierdzania fałszerstw bądź autentyczności wszelkich dokumentów, jak również
- \* licznie pozostałych badań w obrębie grafologii sądowej (też lingwistycznych w zw. z, m. in., anonimami)

o p i n i a
-------------

Na podstawie zleconych to piszącemu a potem osobiście przeprowadzonych przezeń badań z zakresu **grafologii sądowej** (paralelnie: kryminalistycznego pismoznawstwa) odnośnie ustalenia w z g l ę d n e g o wieku zapisów ręcznych wymienionych w jednej tylko grupie tuż dalej na tej stronie, a zatem kolejno:

### **MATERIAŁU DOWODOWEGO**

o postaci, z konieczności jedynie : duplikatów pyłorysowych (kserograficznych) trzech zapisów manualnych jako nakreślonych jednostronnie na równie trzech kart(k)ach papieru czystego formatu A 4, zajmujących nadto wraz z tzw. światłem od *circa* 2/3 do 3/4 stron wspomnianej powierzchni podłoży oraz tyczących trzech >Obdukcji sądowo - lekarskich< Jana Kowalskiego / Nom. Sg. : Kowalski/, jak również chronologicznie kolejnych a zarazem hipotetycznych przecież dat sporządzenia odnośnych rękopisów (10 X [...], „14 X [...]” oraz „21 X [...]”), to zaś przy dalszym jeszcze powiązaniu z lewostronnie figurującymi - pod tekstami zasadniczymi - jednakowo błędnie napisanymi adnotacjami także rękopiśmiennymi „Za zgodność z oryginałem” za każdym razem wspólnie z analogiczną datą „23 X [...]” i dwuczłonowo czytelnym plus pełnym *signum* >Kowalski Jan<, a wreszcie łącznie z trzema parafami oraz równie tyłoma odciskami pieczętki prostokątnej specjalisty chirurga, ortopedy i traumatologa w osobie lek. med. Juliusza Nowaka.

### **MATERIAŁU PORÓWNAWCZEGO.**

w nin. przypadku a tym samym o powiązaniu z dotychczasowym zakresem badań -czyli wyłącznie w obrębie zbioru ‘wyjściowego’ jw. - nie był, akurat, zupełnie potrzebny

### **s t w i e r d z a m**

*następująco tuż niżej:*

trzy dowodowe zapisy rękopiśmienne – opisowo wskazane powyżej na bieżącej stronie – zaistniały najprawdopodobniej [pomimo każdorazowo odmiennych dat odnośnych dokumentów] w generalnie tym samym czasie, a zatem podczas jednej *sensu largo* czynności pisania. W sytuacji dysponowania jedynie wtórnymi (odtworzonymi dowolną zresztą, techniką) przyszła konkluzja odpowiedzialna /poważna/ musi już a priori posiadać postać niekategoryczną, tzn. w jednym spośród powszechnie zalecanych stopni prawdopodobieństwa; tak też było przeto w obecnym przypadku. Poza nim współczesna grafologia sądowa – synonimicznie : kryminalistyczne badania pisma ora techniczne dokumentów – n i e dysponuje wciąż /wg mej wiedzy również poza granicami RP/ wartościową, empirycznie weryfikowalną metodą co do ustalania bezwzględnego wieku pisma - nie li tylko ręcznego /w tym: podpisu (-ów)/ i stąd nie podejmuję się jakichkolwiek stwierdzeń w tym oto kontekście. Jedynie wypowiedź związana z globalnie rozumianym wiekiem względnym jawi się dopuszczalna, a do tego jeszcze o zaprezentowanej już (na pierwszej stronie, acz bez naniesionej tam paginy) postaci, immanentnie związanej *in minus* z zaanonсовanym nieprzekazaniem do badań dowodowych dokumentów oryginalnych. Trzy ‘wyjściowe’ rękopisy (tedy ich ledwie wtórniki) spajają: wyraźnie uzewnętrznione zjawiska motoryczne (m. in.: jednakowe, a przy tym odczuwalnie znaczne tempo kreślenia; ogólna wartość metryczna prawostronnego kąta nachylenia pisma, zbieżny – w całościowej percepcji - stopień czytelności, duże (nader mocno wzajem oddalone interlinie jako cechy *de facto* topograficzne, poziome przebiegi >wersowych< linii podstawowych na czystych podłożach, aspekt lingwistyczny z uwzględnieniem rozważnego wyłączenia skutków wizualnych relatywnie drobnej i zamierzonej ‘kosmetyki’ redakcyjnej przedmiotowych tekstów – owych treści oraz inne.

## LEKARZ A KOMPUTER

Szanowni Państwo,

Myszę, że stopnia skomplikowania pracy codziennej lekarza prawie nikt nie kontestuje. Jest bowiem oczywiste, że o ile każdy rodzaj pracy, każda funkcja czy każde stanowisko ma swoje kompetencje i charakterystykę, to medycyna plasuje się w czołówce najtrudniejszych zawodów. Jest to o tyle znamienne, że życie codzienne lekarza to nie tylko leczenie chorych. Równie ważnym obowiązkiem jest dokumentowanie tego leczenia.

Z rozmów z lekarzami wiem, że dokumentacja lekarska - dla wcale niemałej części medycznej społeczności - jest przekleństwem. Bardzo trudnym obowiązkiem, który uważany jest w większości za czas stracony. Upowszechnienie się komputerów w jednostkach ochrony zdrowia zasadniczo nie zmniejszyło obciążenia lekarzy obowiązkiem dokumentacji. Dlaczego? Dlatego, że posiadać komputer i umieć z niego skorzystać to jedno, a wykorzystać wszystkie możliwości komputera to drugie.

Informatyzacja służby zdrowia to niezmiennie temat i bardzo aktualny, i bardzo rozwojowy. Aby w pełni zoptymalizować możliwości informatyki w tym zakresie i wdrożyć optymalne rozwiązania konieczne jest poznanie specyfiki usług informatycznych, świadczonych na rzecz placówek zdrowia. Nie jest to wcale łatwe, bo przecież materia informatyczna - dla nie informatyka - to dyscyplina księżycowa. Nawet najlepszy lekarz, ale bez podstawowej wiedzy informatycznej musi polegnąć. Zresztą - jeżeli lekarz w codziennych obowiązkach jest przeciążony medycyną, to po co mu jeszcze dokładać „niezrozumiałej” informatyki?

Na przestrzeni ostatnich 10 lat informatyzacja służby zdrowia uległa znacznemu przyspieszeniu. Wpływ na to miało utworzenie narodowego płatnika - najpierw Kas Chorych, potem NFZ. Tu rzecz się dzieła dokładnie odwrotnie. Usługi informatyczne MUSIAŁY BYĆ WDROŻONE, ponieważ dokumentacja medyczna musiała mieć interfejs sprawozdawczy - księgowy. Lekarz w komputerze płatnika zaczął być jedynie świadczeniodawcą, a owoce pracy lekarza zostały zamienione w ciąg niezrozumiałych znaków programowania informatycznego. Znaków, które w skali kraju pojmują niewiele osób.

Opolszczyzna też ma swoich wtajemniczonych. Między innymi piszącego te słowa. Zawsze pytam się znajomych lekarzy, próbujących w tej dżungli informatycznej odnaleźć się - **po co tobie to?** Na co tobie zgłębiać arkan informatyki, zupełnie innego zawodu? Czyż nie jest lepiej wykorzystać moją wiedzę i umiejętności?

Tak dochodzimy do sedna - lekarz nie może być omnibusem. Lekarz ma leczyć. Od obsługi programów komputerowych jest informatyk.

Poczynając od stworzenia Kas Chorych w 1999 pracownicy mojej firmy są obecni przy wszystkich istotnych

zmianach w służbie zdrowia w województwie opolskim. Mamy możliwość obserwować te zmiany w placówkach służby zdrowia zarówno w niewielkich miejscowościach obsługujących po kilkuset świadczeniodawców, jak też w miastach powiatowych i stolicy województwa - Opolu. Naszym niezaprzeczalnym atutem jest możliwość zaspokojenia potrzeb właścicieli i menedżerów gabinetów i przychodzi, którym bieżące skoncentrowanie na pacjentach nie pozwala na pełne poznanie meandrów informatyki w służbie zdrowia.

Czy potrzebuję reklamy w miesięczniku lekarskim? Nie, mam dość roboty. Niemal mam roboty nie do przeobrażenia. Moja firma - lenamed - świadczy szeroki wachlarz usług na rzecz placówek służby zdrowia w zakresie informatyzacji. Przykładowo:

- Usługa pomocy zdalnej
- Jednorazowa pomoc w rozwiązaniu konkretnych problemów informatycznych
- Pomoc w przygotowywaniu ofert w konkursach dla Świadczeniodawców
- Całkowite przejęcie prowadzenia programu i rozliczeń z NFZ
- Nadzór - Konsultacja - Pomoc: program do rozliczeń z NFZ

Celem naczelnym, którym chcemy osiągnąć jest minimalizacja kosztów leczenia pacjenta przy zachowaniu wysokiej jakości świadczonych usług. Może nie robimy tego idealnie, ale - biorąc odpowiedzialność za sformułowanie - wywiązujemy się ze swoich zadań najlepiej.

O cóż więc mi idzie? O to, że widzę trudności większości lekarzy naszego województwa z programami i dokumentacyjnymi, i funduszowymi, sprawozdawczymi. Widzę, jak lekarze wprowadzają wielokrotnie te same dane, jak nie umieją skorzystać z danych już wprowadzonych. Jak boją się nacisnąć klawisz w komputerze... Nie chcę Państwa w tym wyręczać - chciałbym rozpocząć z wami dialog. Dialog edukacyjny. Sądząc po treści moich rozmów z dr. Aleksandrem Wojtyłko (który kilka lat temu ten temat próbował w waszym Biuletynie rozkręcić) zapotrzebowanie w opolskim środowisku medycznym na taki panel dyskusyjny jest bardzo duże. Poczytam to sobie za zaszczyt, jeżeli moja praca, która jednocześnie jest moją pasją, na coś się opolskim lekarzom przyda.

Postaram się też namówić Prezesa OIL na założenie zakładki na ten temat na stronach Izby opolskiej. Tyle rzeczy można zrobić. Ja jestem chętny, a Państwo?

Pozostaję z poważaniem

Bogusław WIZER  
[www.lenamed.pl](http://www.lenamed.pl)

PRUDNIK, ul. Prążyńska 2 (hurtownia ELMONT)  
Tel/fax (077)436 09 34, kom.: 600-794-790  
e-mail: [boguslaw.wizer@lenamed.pl](mailto:boguslaw.wizer@lenamed.pl)

## NOBEL MEDYCZNY I CHEMICZNY – ZA UCHYLENIE RĄBKA TAJEMNICY ŻYCIA

*Gdy rysowano cykle i epicykle Ptolemeusza,  
tłumacząc Karolowi Wielkiemu, jak zbudowany jest świat,  
ten powiedział: Gdybym był Stwórcą, zbudowałbym go prościej.  
(cyt. za: „Histologia”, red. Ostrowski K., PZWL, 1988)*

### NOBEL MEDYCZNY

Tegorocznymi laureatami Nagrody Nobla z zakresu fizjologii i medycyny zostali Elizabeth Blackburn, Carol Greider i Jack Szostak (cała trójka pracuje w USA). Badacze przyczynili się do wyjaśnienia kluczowych zjawisk, poznanie których przybliży nas do lepszego zrozumienia mechanizmów starzenia się komórek oraz rozwoju chorób nowotworowych.

Obie badaczki - E. Blackburn (Uniwersytet Kalifornijski w San Francisco) i C. Graider (Uniwersytet Johnsa Hopkinsa w Baltimore) odkryły w 1985 roku obecność w komórkach enzymu o nazwie telomeraza, który odpowiada za wydłużanie (odbudowę) zakończeń chromosomów zwanych telomerami. Natomiast Elizabeth Blacbum i Jack Szostak (Uniwersytet Harvarda i Instytut Medyczny Howarda Hughesa w Bostonie), którego pradziadkowie przybyli do USA z Polski, odkryli, że owe struktury zwane telomerami chronią DNA w zakończeniach chromosomów przed skracaniem się, co zapobiega utracie materiału genetycznego i warunkuje życie komórek.

Przyznanie Nagrody Nobla za badania, które odsłaniają przed nami rąbek tajemnicy życia i odkrywają piękno procesów biologicznych, wiąże się zawsze z zapytaniem o praktyczne wykorzystanie nagrodzonych osiągnięć nauki, co potwierdzałoby słuszność decyzji Akademii Szwedzkiej. W przypadku tegorocznych Nagród nie ma wątpliwości co do ich praktycznego zastosowania.

Wraz z każdym podziałem komórkowym długość zakończeń chromosomów zwanych telomerami (gr. *telos* - koniec) zmniejsza się. To dlatego u osobników w wieku podeszłym telomery są krótsze, a komórki stopniowo tracą zdolności podziałowe. Na przykład fibroblasty tracą w trakcie życia człowieka około 30% średniej długości telomeru, jaką ma człowiek w chwili narodzin. Zatem skracanie telomerów można przyjąć za istotny czynnik w procesach starzenia komórek i ich śmierci. A może w niedalekiej przyszłości uda się działaniami medycznymi kontrolować długość telomerów i naszego

życia? Natura nie pozostawiła komórek i organizmów bezbronnymi i wyposażyla w enzym telomerazę, którego zadaniem jest odbudowa telomerów po każdej rundzie replikacyjnej DNA i podziale komórki. Jak widać, enzym ten nie jest do końca skuteczny w naszych prawidłowo funkcjonujących komórkach, choć i tak zapewne dzięki niemu nasze komórki mają się dobrze i my sami możemy dożyć nawet setki. Co ciekawe, według najnowszych badań zdolność komórek nowotworowych do ciągłych intensywnych podziałów, a zatem ich potencjalna nieśmiertelność to wynik nadaktywności w tych komórkach telomerazy. Skoro telomeraza jest nadaktywna w komórkach nowotworowych i skutecznie wydłuża w nich telomery, czyniąc komórki nieśmiertelnymi, może zbliżamy się do rozwiązania zagadki nieśmiertelności i starzenia, a jednocześnie uzyskamy skuteczną broń do walki z bytem nowotworowym?

Enzym telomeraza stanowi pewną ciekawostkę. Otóż składa się on z białka i RNA. Zawarty w telomerazie RNA stanowi matrycę do syntezy DNA w procesie odwrotnej transkrypcji. Telomeraza ma zatem własną matrycę do odbudowy telomerowego DNA. Żadna inna spośród znanych polimeraz nie zawiera takiej polinukleotydowej matrycy.

### NOBEL CHEMICZNY

Badania wyróżnione Nagrodą Nobla w dziedzinie chemii, równie dobrze mogłyby być docenione Noblem Medycznym. Dotykają bowiem jednego z najważniejszych dla życia komórki procesów, jakim jest synteza białek, wyjaśniając jednocześnie, w jaki sposób informacja genetyczna jest realizowana w komórce.

O ile DNA chromosomów (tych chronionych telomerami) jest nośnikiem informacji genetycznej, o tyle informacja ta jest realizowana w komórce w postaci syntetyzowanych w niej białek, będących aparatem wykonawczym komórki, odpowiadając nie tylko za jej budowę, ale i funkcjonowanie.

Chemiczny Nobel przyznano badaczom, którzy pokazali światu, jak wygląda maszynaria do syntezy białek czyli rybosom oraz jak funkcjonuje ona na poziomie atomowym.

Laureaci to Venkatraman Ramakrishnan urodzony w Indiach, a obecnie obywatel USA, pracujący w Wielkiej Brytanii (Laboratorium Biologii Molekularnej MRC w Cambridge), Thomas A. Steitz pracujący w Uniwersytecie Yale oraz Instytucie Medycznym Howarda Hughesa oraz Ada E. Yonath, która jest pracownikiem In-

stytutu Naukowego Weizmanna w Jerozolimie i czwartą kobietą, laureatką Nagrody Nobla w dziedzinie chemii. Pierwszą, jak pamiętamy, była Maria Curie-Skłodowska.

Wyróżnieni badacze zastosowali metodę rentgenografii strukturalnej w celu mapowania pozycji każdego z atomów składających się na rybosom. Wprawdzie rybosomy znane są od dawna, bo po raz pierwszy opisane zostały przez G.E. Palade w roku 1953, ale dopiero dogłębne poznanie ich budowy molekularnej i odsłonięcie przez to tajemnicy działania komórkowej maszynerii do syntezy białek, pozwoliło na wykorzystanie tej wiedzy także w medycynie. Rybosomy to poważny ilościowo składnik komórek. Na przykład jedna komórka bakteryjna *E. coli* może zawierać 20 000 do 30 000 rybosomów (25-30% masy komórki). W pojedynczej komórce ssaków (i naszej) może występować nawet 10 milionów rybosomów. U podstaw życia każdej komórki leży bowiem jej zdolność do realizacji informacji genetycznej, a tym samym syntezy rozlicznych białek.

Praktyczne zastosowania tych odkryć już mają miejsce, bowiem wiele antybiotyków stosowanych w terapii, działa poprzez blokowanie rybosomów bakteryjnych. Badania nad funkcjonowaniem rybosomów pozwolą na dalsze opracowywanie nowych generacji antybiotyków, a może i innych typów leków?

(przedruk z biuletynu  
„Primum Non Nocere” nr 11/09)

## NOBEL ZA FAUSTA

Fausta, jak wiadomo, napisał Goethe, ale zmarł za wcześnie, aby dostać Nagrodę Nobla. Mit Fausta, (który jako pierwowzór był zresztą rzeczywiście istniejącą osobą) sprowadzał się do przedstawienia następstw sytuacji, w której człowiek się nie starzeje i nie umiera. Ta historia doprowadza nas do pytań: dlaczego musimy się starzeć i umierać, i skąd się to w ogóle wzięło?

Paradoksalnie, śmierć pojedynczych organizmów wielokomórkowych jest potrzebna do kontynuacji Życia, jako ogółu tych organizmów. Dlatego, że Życie, żeby przeżyć, musi generować różnorodność. Różnorodność organizmów jest potrzebna po to, aby zmniejszyć ryzyko, że jakiś pojedynczy czynnik zniszczy je wszystkie. Jeżeli np. wszystkie organizmy byłyby wrażliwe na tę samą temperaturę, np. 70°, to jednorazowa wyższa temperatury wyeliminowałaby życie. Ta różnorodność jest więc swoistą Arką Noego.

Bakterie i część pojedynczych komórek organizmów wielokomórkowych nie umierają. Kiedy dojrzeją, dzielą się na dwie i każda komórka potomna zaczyna nowe życie. Bakterie mogą to robić nawet co dwadzieścia minut. Bakterie generują różnorodność dzięki muta-

cjom. Organizmy wielokomórkowe (do których zalicza się człowiek), nie mogą zakończyć życia podziałem na dwa organizmy. Organizmy wielokomórkowe również wykorzystują mutacje do generowania różnorodności (i w ten sposób w ciągu milionów lat powstały różne gatunki). Ale perspektywa zmian w ciągu milionów, setek tysięcy czy dziesiątków tysięcy lat jest dla organizmów wielokomórkowych zbyt odległa. Niekorzystne zmiany środowiska występują znacznie wcześniej i znacznie częściej. Potrzebny był mechanizm, który będzie generował różnorodność znacznie szybciej. I wtedy pojawił się mechanizm drugi: mechanizm płci. Ten mechanizm polega na tym, że każda informacja w obrębie genomu (czyli każdy gen) jest zdublowana, przy czym może występować w różnych wersjach, (co nazywa się heterozygotycznością). W procesie generowania nowego organizmu te dwie wersje się rozdzielają i są kojarzone z kolejnymi dwiema wersjami pochodzącymi od drugiego rodzica. Każda informacja może więc występować w czterech wersjach i istnieją cztery możliwości skojarzenia tych wersji po dwie. Dotyczy to wszystkich informacji zawartych w naszym genomie, przy czym pakiety wersji są zblokowane w tworach zwanych chromosomami i to te twory są oddzielnie kojarzone. Liczba możliwych różnorodności będzie zatem zależna od liczby chromosomów i dla każdej pary tych chromosomów będzie wynosiła 4, przy czym już dla dwóch chromosomów łączna liczba kombinacji będzie wynosić 16. Oznacza to, że dowolna para rodzaju ludzkiego: kobieta i mężczyzna, z których każde ma po 23 pary chromosomów, może wygenerować 423 różnego genetycznie potomstwa.

Tak naprawdę pojedyncze organizmy wielokomórkowe (w tym ludzie) tylko po to żyją. Kiedy już wytworzą nowe życie, przestają być potrzebne i jako osobniki zbędne populacji powinny umrzeć. To, że osobniki naszego gatunku żyją dłużej, zawdzięczamy nieporadności naszych dzieci po urodzeniu. Musimy żyć, aby je odchowić, co najmniej do czasu, aż one się będą w stanie rozmnożyć i odchowić z kolei swoje potomstwo. Tak, w skrócie i w uproszczeniu, wyglądają najważniejsze problemy naszego wielokomórkowego życia, ale oczywiście pojawia się następne pytanie: jakie mechanizmy i jakie struktury na poziomie pojedynczych komórek zapewniają, że tak się będzie dziać?

Odpowiedź zaczęła się konkretyzować dość dawno temu, kiedy na początku lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku Leonard Hayflick, hodując komórki in vitro, odkrył, że w przypadku normalnych ludzkich komórek (chodziło o komórki, które dzisiaj określilibyśmy jako komórki macierzyste) nie można tego kontynuować w nieskończoność, a jedynie przez około 50 podziałów. Po wyczerpaniu tej liczby komórki przestawały się dzielić i umierały. Nie dotyczyło to jednak komórek nowotworowych, które żyły sobie nadal.

Odkrycia tegorocznych Noblistów, profesorów Elizabeth H. Blackburn, Carol W. Greider i Jacka W. Szostaka przybliżyły nas do odpowiedzi: dlaczego? Otóż okazało się, że w trakcie kolejnych podziałów ulega skróceniu końce poszczególnych chromosomów, tzw. telomery. Aby było ciekawiej, naukowcy nie badali człowieka ani nawet ludzkich komórek. Nie badali nawet organizmów wielokomórkowych. Naukowcy badali pierwotniaki i drożdże. To bardzo częsta w nauce sytuacja, kiedy odpowiedzi na pytania fundamentalne szuka się, badając możliwie najprostsze organizmy. Ale tłumacząc te osiągnięcia na sytuację komórek ludzkich, dochodzimy do wniosku, że po mniej więcej 50 podziałach to skrócenie telomerów jest już tak poważne, że komórka nie może się dalej dzielić i musi zakończyć życie nie przez podział, a przez śmierć. Te 50 podziałów to około 120 lat biologicznie możliwego ludzkiego życia, z których obecnie przeciętnie wykorzystujemy około 2/3, czyli 80 lat.

Normalnie jest tylko jeden wyjątek od skracania telomerów. Ten wyjątek stanowią komórki rozrodcze. Mają one enzym zwany telomerazą (odkryty właśnie przez Carol W. Greider i Elizabeth H. Blackburn u *Tetrahymena* - pierwotniaka podobnego do pantofelka). Telomeraza po każdym podziale komórek rozrodczych odbudowuje telomery, zapewniając komórkom rozrodczym wieczną młodość. Istnienie telomerazy umożliwia więc tworzenie nowego życia z nienaruszonym potencjałem do kolejnych umownych 50 podziałów.

Istnienie telomerazy, a ściślej jej genu, stanowi jednak również potencjalne śmiertelne zagrożenie dla wielokomórkowego organizmu. Normalnie ten gen jest zablokowany we wszystkich komórkach z wyjątkiem rozrodczych, ale w warunkach chorobowych może ulec odblokowaniu w następstwie mutacji. Wtedy komórka, w której to nastąpi, uzyska inne możliwości do swojego indywidualnego życia, niż pozostałe komórki danego organizmu. Będzie się mogła rozmnażać ich kosztem, bez uwzględniania interesu organizmu jako całości. Tę sytuację określamy inaczej jako nowotworowe zachowanie się komórki.

Tak więc tegoroczna Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny dotyka zagadnień, które są istotą życia i zdrowia. Zagadnień, które są wspólne dla pierwotniaków i ludzi. I dla wszystkich innych organizmów pomiędzy nimi.

## GRYPA SEZONOWA, PANDEMICZNA I POLITYCZNA

Grypa jest ostrą, bardzo zakaźną chorobą ze szczególnym powinowactwem do układu oddechowego, sze-

rzącą się drogą kropelkową i powodującą cykliczne epidemie i pandemie.

Nazwa choroby pochodzi z języka francuskiego „gripper”, tzn. łapać, chwycić. Chorobę tę określa się też nazwą influenza od włoskiego słowa „influenza” - wpływ.

Należy do tzw. „starych chorób”, ponieważ towarzyszy ludzkości od jej zarania, ale ma jeszcze wiele tajemnic. Pierwsze zapisy na jej temat sięgają 412 r. p.n.e., a w 1510 r. opisano pierwszą, dużą epidemię w Europie. Nawrót zachorowań epidemicznych nastąpił w XVIII w. i był skutkiem dużego przyrostu ludności oraz posiadanych przez człowieka zwierząt.

Natomiast poprawa warunków komunikacyjnych wpłynęła na zwiększenie geograficznego zasięgu grypy. Jedną z pandemii tego okresu - w latach 1781-1782 - rozpoczęła się na wschodzie (Chiny, Indie), przetoczyła się przez całą Europę i dotarła do Ameryki Północnej. W XX w. pandemie grypy pojawiły się trzykrotnie.

„Hiszpanka” (1918-1919) - zachorowało ok. 600 mln osób, a zmarło ok. 50 mln osób. Ustalono, że wywołał ją wirus pochodzenia ptasiego typu A(H1N1). W tamtych czasach nie było szczepionek, antybiotyków, środków dezynfekcyjnych, panowała wojna, głód, a ludzie żyli w dużych skupieniach, mieli małą odporność i masowo umierali. To praktycznie nie może się powtórzyć.

„Azjatycka” (1957-1958) - rozpoczęła się w Chinach, zachorowało kilkaset milionów ludzi, zmarło około 1 miliona chorych (w Polsce kilka tysięcy). Spowodowana przez wirus A H2N2.

„Hongkong” (1968-1969) - pierwsze przypadki wykryto w tym mieście, zmarło 750 tys. chorych - głównie w Azji. W Polsce zachorowało kilkanaście milionów ludzi, a zmarło 13 tys.

W ciągu ostatnich trzydziestu lat było w Polsce 9 dużych epidemii, podczas których zachorowało ok. 40 mln ludzi, zmarło kilkanaście tysięcy chorujących na inne poważne choroby.

Czynnik wywołujący gripę przez wiele lat był tajemnicą. Dopiero intensywne badania wirusologiczne w latach 30-tych XX wieku doprowadziły do wykrycia wirusów grypy: u świni - w 1931 r., a u człowieka - w 1933 r. Kolejne odkrycie to, m.in., określenie typu wirusa. Rozpoznano typ A, który powoduje zakażenie u ludzi oraz wielu gatunków zwierząt, np. trzody chlewnej, drobiu, koni, ssaków morskich a także wywołuje duże epidemie i pandemie.

W 1940 r. odkryto typ B - wirus powodujący zakażenia wyłącznie u ludzi i wywołujący epidemię co kilka lat. Jego antygen jest w każdej szczepionce grypy sezonowej. Natomiast w roku 1947 wyizolowano typ C wywołujący zakażenia u ludzi i u trzody chlewnej, ale są to rzadkie i łagodne przypadki chorób dróg oddechowych.

Należy przypomnieć, że wirus (od łacińskiego słowa *virus* - trucizna, jad) sytuuje się na pograniczu świata

ożywionego i nieożywionego. Wirus jest ścisłym pasożytem, nie ma możliwości samodzielnego bytu, niezdolny jest do wzrostu, podziału i namnażania. Rozwijać się może tylko wewnątrz żywej, wrażliwej komórki.

Wirus grypy wyróżnia się szczególnymi cechami:

- szybkim działaniem i szerzeniem się drogą powietrzno-kropelkową,
- bardzo szybkim wylęganiem (24-48 godzin),
- dużą zmiennością otoczki antygenowej z niestanną jej zmiennością, co utrudniało przez wiele lat wyprodukowanie właściwej szczepionki,
- umiejętnością reasortacji i przekraczaniem barier gatunkowych,
- tylko okresową odpornością po jej przebyciu.

Wirus grypy jest bardzo agresywny. Szybko wnika do komórek dróg oddechowych (krtani, tchawica, oskrzela), powodując martwicę nabłonka. Jest to powodem częstych nadkażeń bakteryjnych, powikłań w postaci zapalenia płuc czy zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Charakterystyczny męczący kaszel może trwać do trzech tygodni, tj. do czasu odrodzenia się nowego nabłonka. W przypadku wirerii powikłania dotyczą głównie mięśnia sercowego, osierdzia i mózgu. Mechanizm zakażenia wirusem grypy jest cykliczny i przebiega następująco:

- penetracja wirusa do komórki za pomocą hemaglutyniny (H), otoczka wirusa łączy się z błoną komórkową, a materiał genetyczny zostaje przesunięty do komórki nabłonkowej;
- zaburzenie syntezy białek komórki, która zaczyna produkować wirusa;
- uwalnianie się wirusa na zewnątrz komórki przy pomocy neuraminidazy (N).

Komórka ulega zniszczeniu, a wolne wirusy atakują następne komórki. W tej fazie działają leki antywirusowe, uniemożliwiając uwalnianie się z komórek wirusa grypy.

Typowe objawy grypy są powszechnie znane: pojawia się szybko i nagle wysoka gorączka, bóle głowy, mięśni i stawów, kaszel i znaczne osłabienie.

Proces epidemiczny szczyrzenia się grypy ma trzy ogniwa:

- źródło zakażenia to chory człowiek lub zwierzę roznoszący chorobotwórcze wirusy,
- droga szerzenia się zakażenia - w tym przypadku kropelkowa,
- wrażliwość na zakażenie to stan organizmu sprzyjający rozwojowi w nim drobnoustrojów (brak odporności).

Żeby nastąpiło zachorowanie, muszą być wszystkie trzy ogniwa. Wyeliminowanie jednego z nich wygasza epidemię czy zachorowanie - na przykład: izolacja chorego, likwidacja drogi szerzenia, patogenu lub szczepienie.

Podstawową ochroną przed grypą jest szczepienie.

Pomimo upływu kilkudziesięcioleci od odkrycia wirusa grypy, szczepionkę produkuje się metodą tradycyjną, na zarodku jajka kurzego. Celem zapewnienia skutecznej szczepionki, grypa monitorowana jest przez rozległą, globalną sieć nadzoru epidemiologiczno-serologicznego. Co roku pobiera się około 175 tys. próbek oraz opisuje się 2 tys. szczepów wirusa, a aktualny skład szczepionki rekomendowany jest przez WHO. Szczepionki zawierają zawsze antygeny dwóch typów wirusa A i jeden typ B. Dzięki zastosowaniu najnowszych technik są zbliżone do tych, które pojawiają się w każdym sezonie epidemiologicznym. Przeciwciała ochronne po szczepieniu wytwarzają się po kilku dniach i utrzymują protekcyjny poziom przez ok. 8-12 miesięcy. Wirusy w szczepionce są atenuowane (zabite) i nie mogą powodować grypy poszczepiennej, co niekiedy podnoszą nieświadomieni pacjenci.

Główny inspektor sanitarny zaleca szczepienie przeciw grypie:

- ze względów klinicznych i indywidualnych (przewlekłe choroby na astmę, cukrzycę, niewydolność układu krążenia oddechowego, nerek i w stanach obniżonej odporności)
- ze wskazań epidemiologicznych (pracownicy ochrony zdrowia, szkół, transportu, handlu itp.)

Korzyści ze szczepień przeciw grypie:

- zmniejszenie prawdopodobieństwa zachorowania, hospitalizacji i zgonu,
- zmniejszenie ryzyka ciężkich powikłań, szczególnie u osób z grupy ryzyka,
- pozytywny wpływ na zdrowie ogólnej populacji,
- pełnienie funkcji ochronnej również dla osób nieszczepionych („strategia kokona”),
- zmniejszenie absencji w pracy,
- zmniejszenie kosztów medycznych i niemedycznych.

W przypadku zachorowania najskuteczniejszą formą przerwania transmisji jest izolacja w warunkach domowych, kiedy grypa nie jest powikłana.

Nowa grypa wywołana przez wirus o oficjalnej nazwie A/H1N1 v (variant), niepoprawnie zwana grypą świńską, pojawiła się w marcu 2009b r. Jest ona wynikiem reasortacji (przemieszania) genów czterech odmian wirusa H1N1 - grypy ludzkiej, ptasiej i dwóch rodzajów grypy świńskiej w układzie oddechowym świni. Nastąpiła mutacja wirusa, który przekroczył barierę gatunkową i zaraził ludzi. Nie nastąpiło to w przypadku grypy ptasiej, której dotychczas obawiano się najbardziej. Do tej pory (*październik 2009 r. – przyp. Redakcji*) na świecie zachorowało kilkaset tysięcy osób, a zmarło kilka tysięcy - w tym połowa w obu Amerykach, gdzie wskaźnik śmiertelności wyniósł 1,1%, a w Europie 0,2% (grypa sezonowa 0,1%). Wiadomo było, że grypa pandemiczna nie ominie naszego kraju,

ale trudno jest przewidzieć, jakie będą skutki zdrowotne. Już w czerwcu WHO ogłosiła 6 stopień zagrożenia grypy, oznaczający pandemię, to znaczy, że wirus swobodnie przemieszcza się i chorują ludzie na wszystkich kontynentach. To zjawisko zdarza się co 30-40 lat. Nie wprowadzono jednak restrykcji dotyczących podróży, ale zaleca się higieniczne zachowania. Objawy grypy A/H1N1v są zbliżone do objawów grypy sezonowej, ale częściej występuje biegunka i wymioty, a niekiedy duszność i bóle w klatce piersiowej. Należy pamiętać, że w czasie grypy praktycznie w ogóle nie występuje katar. Grypą świńską możemy zakazić się tą samą drogą, co w przypadku grypy sezonowej, ale atakuje jednak trochę inaczej. Najgroźniejsza jest dla kobiet w ciąży, przewlekle chorych dzieci i ludzi młodych w wieku 15-45 lat. Osoby starsze prawdopodobnie w przeszłości spotkały się już z tym wirusem i posiadają częściową odporność. Dotychczas przebieg grypy pandemicznej jest umiarkowany. Wirus ginie w temperaturze 70°C, a mięso świńskie po obróbce termicznej przydatne jest do spożycia. W zakresie diagnostyki nowego wirusa można zidentyfikować testem PCR (*Polimerase Chain Reaction/Reakcja Polimerazy Łańcuchowej*), a następnie porównać ze szczepem wyizolowanym w Kanadzie. Aktualnie do leczenia grypy pandemicznej dostępne są leki antywirusowe z klasy inhibitorów neuraminidazy (tamiflu i relanza), które jednak trzeba podać w ciągu 48 godzin.

Do października 2009 r. EMEA (Europejska Agencja ds. Leków) zarejestrowała trzy szczepionki pandemiczne - Celvapan (BaxterAG), Focetria (Novartis), Pandemrix (GlaxoSmithKline). Nigdzie jednak nie przewiduje się dopuszczenia ich w wolnym obrocie. Aktualnie szczepionki w Polsce nie są jeszcze dostępne (*te ostatnie informacje aktualne na początek IV kwartału 2009 r. – przyp. Redakcji*).

Niestety, grypa i szczepionki pierwszy raz stały się przedmiotem sporów politycznych - widoczne to było we wszystkich mediach. Wystarczy przytoczyć kilka tytułów z prasy krajowej: „Wirus polityczny”, „Wojna na wirusy”, „Politycy kłócą się o szczepionki”, „Grypa, bałagan i polityka”, „Wojny grypowe, czyli kto chce zyskać na epidemii”. Było to dość często żenujące widowisko.

Reasumując - można stwierdzić, że grypa, która towarzyszy ludzkości od tysięcy lat, zawsze powodowała perturbacje zdrowotne, medyczne, społeczne, ekonomiczne, a ostatnio także polityczne.

Włodzimierz JANISZEWSKI  
lekarz epidemiolog  
(przedruk z biuletynu „Doktor” nr 4/09)

## MEMORIAŁ W SPRAWIE OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ REALIZOWANEJ W RAMACH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Prezydium Komisji Stomatologicznej NRL, po przeprowadzeniu analizy sytuacji w

opiece stomatologicznej finansowanej przez NFZ w roku 2010, czuje się w obowiązku

poinformować wszystkich zainteresowanych co następuje:

1. Od kilku lat maleje budżet na opiekę stomatologiczną w ramach ubezpieczeń zdrowotnych. W tym roku, w stosunku do poprzedniego, NFZ zmniejszył go o około 13%. W ślad za tym zmalały budżety stomatologiczne w oddziałach wojewódzkich, niektóre bardzo drastycznie. Np. oddział śląski zastosował redukcję w wysokości aż 28%, a pomorski i podkarpacki - o 21%. **Stanowi to zagrożenie dla pacjentów poprzez zmniejszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii.** NFZ tłumaczy ograniczenia między innymi zwiększoną refundacją leków. Nie dotyczy to jednak lekarzy stomatologów, którzy w porównaniu z innymi specjalnościami wypisują śladowe ilości recept. Mimo to, jak już tyle razy w przeszłości, gdy brakuje pieniędzy odbiera się je właśnie stomatologii. Wymienione oddziały wojewódzkie są tego najlepszym przykładem.

2. **Ceny świadczeń stomatologicznych płacone przez NFZ są zaniżone i całkowicie oderwane od rzeczywistości.** Samorząd wielokrotnie apelował o wprowadzenie cen minimalnych w miejsce oczekiwanych. Te ostatnie obowiązują w NFZ i powstają przez podzielenie pieniędzy przeznaczonych na stomatologię przez przewidywaną ilość świadczeń. Nie mają nic wspólnego z rzeczywistymi kosztami procedur. NFZ nigdy nie przeprowadził ich kalkulacji. Natomiast Izba Lekarska zleciła profesjonalne wyliczenie kosztów procedur stomatologicznych niezależnym ekspertom. Powstały w ten sposób katalog został kilka lat temu przekazany NFZ i ministerstwu zdrowia. W obu instytucjach nie spowodował jednak konkretnych reakcji.

3. Wielkość kontraktów stomatologicznych jest różna. Przykładowy kontrakt stomatologiczny w wysokości 6000 punktów i przy wartości 1 zł za punkt, po odliczeniu kosztów niezbędnych do realizacji świadczeń, np. materiałów oraz podatku, przynosi lekarzowi zaledwie około 2.200 zł miesięcznie. To bardzo niewiele.

4. Stomatologia po przemianach, jakie nastąpiły w 1989 r., uległa sprywatyzowaniu. Opieka stomatologiczna w Polsce istnieje dzięki zaangażowaniu samych lekarzy, którzy za własne pieniądze urządzili i wyposażyli gabinety, w których teraz pracują na rzecz NFZ. Gdyby tego nie zrobili, ciężar organizacji opieki sto-

matologicznej musiałaby ponieść administracja. Koszt każdego gabinetu to kilkaset tysięcy złotych. Polityka finansowa NFZ powoduje, że stają się one nierentowne, a realizacja kontraktów stomatologicznych dawno przestała być opłacalna.

5. W opiece stomatologicznej ważna jest stabilizacja. Ministerstwo Zdrowia jej nie zapewnia. Co roku lekarzy zaskakują zmiany. Ostatnia z nich, to pomysł wymogu aparatu rentgenowskiego dla każdego gabinetu. Oczywiście za pieniądze samych lekarzy. Wbrew europejskim zaleceniom ograniczania źródeł promieniowania i dyskusyjnej konieczności. Ciągłe zmiany rozporządzeń MZ i zarządzeń prezesa NFZ oraz różnice w ich interpretacji bez konsultacji ze środowiskiem lekarzy wprowadzają chaos i niepewność wśród świadczeniodawców i pacjentów.

6. Ograniczenia budżetu sprawia, że na statystycznego Polaka na leczenie stomatologiczne, łącznie z leczeniem ortodontycznym, protetycznym i wysoko specjalistycznym, przypada nieco ponad 40 zł rocznie. To bardzo mało. Jeżeli nie znajdą się większe pieniądze, **opiece dentystycznej grozi zawal**. Katalog świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczeń zdrowotnych powinien być dostosowany do możliwości finansowych ubezpieczyciela. W przeciwnym wypadku naszym pacjentom grozi bylejakość, **ograniczenie dostępności**, a całość opieki stomatologicznej stanie się fikcją.

7. Jest oczywistą kwestią, że problemów w polskiej służbie zdrowia nie brakuje, a na tle innych potrzeb leczniczych, stomatologia często przesuwana jest na margines. Takie podejście jest krótkowzroczne i w dłuższej perspektywie nieekonomiczne. Problemy zdrowotne jamy ustnej nie dotyczą tylko próchnicy zębów i chorób przyzębia, ale również innych schorzeń, w tym onkologicznych. Ponad 90% chorób jamy

ustnej jest możliwa do uniknięcia. W licznych stanowiskach i apelach od lat postulujemy o intensyfikację działań w zakresie profilaktyki i poprawy opieki chociaż dla najbardziej potrzebujących - dla dzieci. Właściwa polityka zdrowotna w zakresie stomatologii może przynieść w przyszłości ogromną korzyść, nie tylko w postaci podniesienia jakości życia, a także znaczne oszczędności finansowe ze względu na zmniejszenie następstw nieleczzonej próchnicy. Samorząd Lekarski niejednokrotnie deklarował gotowość do przedstawienia projektu zmian dotyczących zakresu świadczeń stomatologicznych oraz do udziału w pracach nad jego wdrożeniem. Skoro można uniknąć wydatkowania środków publicznych na późniejsze kosztowne leczenie tychże schorzeń, zaniedbania w zakresie profilaktyki można uznać wręcz za **niegospodarność**. Ma to szczególne znaczenie gdy, jak podaje raport sekretariatu Światowego Zgromadzenia Zdrowia, **schorzenia jamy ustnej są na czwartym miejscu wśród schorzeń najbardziej kosztownych do leczenia**.

Prezydium Komisji Stomatologicznej NRL, kierując się troską o pacjentów, a także o byt lekarzy stomatologów sprawujących nad nimi opiekę, pozwala sobie przesłać ten memoriał, z prośbą o pilną interwencję. Jednocześnie deklaruje pomoc kolegów praktyków przy wszelkich pracach nad organizacją lecznictwa stomatologicznego w Polsce.

Z poważaniem

Andrzej Baszkowski  
Przewodniczący Zespołu KS  
NRL ds. negocjacji z NFZ

Anna Lella  
Wiceprezes NRL  
Przewodnicząca KS NRL

Warszawa 8 stycznia 2010 r.

## PRAWO NA CODZIEN

### ROZLICZANIE PODATKU DOCHODOWEGO OD OSÓB FIZYCZNYCH

**Pytanie:** Jestem lekarzem. Razem z moją koleżanką prowadzę spółkę cywilną. Czy kiedy wejdzie w życie rozporządzenie w sprawie kas, będziemy mogły, jako spółka cywilna, mieć jedną kasę fiskalną?

**Odpowiedź:** Tak, obowiązek posiadania kasy fiskalnej dotyczy podatnika podatku VAT, a zatem spółki cywilnej, a nie osób fizycznych prowadzących tę spół-

kę. Obecnie nie ma jeszcze obowiązku stosowania kasy fiskalnej przy świadczeniu usług medycznych. Plany dotyczące kasy fiskalnej u lekarzy pojawiają się od wielu lat.

(Podstawa prawna: art. 111 ust. 1, Ustawa o podatku od towarów i usług z dnia 11 marca 2004 r.)

**Pytanie:** Żona prowadzi indywidualną praktykę lekarską, w której w bardzo dużym stopniu pomaga mąż - nie będący lekarzem. Czy trzeba spisać pełnomocnictwo u notariusza na pomaganie w takiej działalności?



# MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010 -01- 0 8

MZ-MD-0210-578-5/DK/10

Pan

Jacek Paszkiewicz

Prezes

Narodowego Funduszu Zdrowia

W związku z pojawiającymi się problemami dotyczącymi interpretacji i stosowania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144) uprzejmie proszę o przyjęcie następującego stanowiska.

Leczenie endodontyczne zębów z wypełnieniem 2 kanałów i więcej umieszczone w zał. Nr. 1, 3, 4 . przysługuje jedynie (jak wynika z przypisu) dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz kobietom w ciąży i w okresie połogu.

Przypis taki odnosi się zawsze do leczenia endodontycznego obejmującego wypełnienie więcej niż jednego kanału. W związku z tym, że nie ma możliwości leczenia zęba wielokanałowego bez wypełnienia wszystkich kanałów, leczenie endodontyczne zębów dwu i trzy kanałowych jest dostępne jedynie dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz kobiet w ciąży i w okresie połogu.

z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
*Cezary Rzemek*

DYREKTOR  
Departamentu Matki i Dziecka  
*Magdalena Korbaszewska*

2010 -01- 0 8

**Odpowiedź:** Jeżeli pomoc męża będzie polegać na przykład na przenoszeniu jakichś towarów, to nie musi on posiadać pełnomocnictwa. Jeśli mąż ma dokonać czynności prawnych w imieniu żony, to musi posiadać pełnomocnictwo ogólne, które obejmuje umocowanie do czynności zwykłego zarządu. Pełnomocnictwo może być również udzielone do zawierania poszczególnych czynności. Pełnomocnictwo jest jednostronną czynnością prawną i daje małżonkowi uprawnienia do określonych czynności. Pełnomocnictwo ogólne powinno być udzielone na piśmie pod rygorem nieważności. Jeżeli do ważności czynności prawnej potrzebna jest forma szczególna - aktu notarialnego - pełnomocnictwo do dokonania tej czynności powinno być udzielone w tej formie. Jeśli mąż pomaga żonie w prowadzeniu działalności gospodarczej, to może być uznawany za osobę współpracującą. Za osobę współpracującą z osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność uważa się małżonka, dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców, macochę i ojczyma oraz osoby przysposabiające, jeżeli pozostają z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu tej działalności lub wykonywaniu umowy agencyjnej, bądź umowy zlecenia; nie dotyczy to osób, z którymi została zawarta umowa o pracę w celu przygotowania zawodowego. Jeżeli mąż spełnia te warunki, wówczas niezbędne będzie opłacanie składek ZUS za okres tej współpracy.

(Podstawa prawna: art. 98 i art. 99, Kodeks cywilny art. 8 ust. 11, Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych)

**Pytanie:** *Jeden z małżonków prowadzi działalność opodatkowaną na zasadach ogólnych. Czy drugi małżonek może utworzyć z kimś spółkę cywilną opodatkowaną ryczałtem?*

**Odpowiedź:** Nie ma przeszkód w założeniu przez jednego z małżonków spółki cywilnej z osobą trzecią, opodatkowaną ryczałtem ewidencjonowanym. W przypadku opodatkowania małżonka ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych w działalności gospodarczej nie będzie jednak możliwości dokonania wspólnego rozliczenia małżonków.

(Podstawa prawna: art. 6 ust. 8, Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych, art. 9 ust. 2, Ustawa o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne z dnia 20 listopada 1998 r.)

**Pytanie:** *Prowadzę praktykę lekarską zarejestrowaną w miejscu zamieszkania. Obecnie przeprowadzam się na teren innej gminy. Jak w takim wypadku przenieść adres siedziby, nie likwidując dotychczasowej firmy i nie zakładając nowej?*

**Odpowiedź:** W obecnej sytuacji wystarczy się udać do Urzędu Gminy i wypełnić wniosek EDG-1 - jako aktualizacja danych. Takie działanie wiąże się z wpro-

wadzaną zasadą „jednego okienka”. W sytuacji zmiany danych występujących na formularzu ZUS ZUA lub ZUS ZZA należy dokonać zmiany zgłoszenia do ubezpieczeń - osobiście.

(Podstawa prawna: ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o zmianie Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej)

**Pytanie:** *Założyłem działalność gospodarczą - indywidualną praktykę lekarską. W jakim terminie powinienem utworzyć i zgłosić do Urzędu Skarbowego rachunek bankowy?*

**Odpowiedź:** Przepisy prawa podatkowego nie wskazują dokładnie, w jakim terminie powinno się utworzyć i zgłosić do Urzędu Skarbowego rachunek bankowy. Osoba fizyczna zakładająca działalność gospodarczą jest zobowiązana wypełnić formularz EDG-1 i złożyć go w Urzędzie Gminy właściwym dla swojego miejsca zamieszkania. Część wniosku EDG-RB, dotyczącą rachunku bankowego, organ ewidencyjny w terminie 3 dni przekazuje Naczelnikowi Urzędu Skarbowego oraz właściwej jednostce terenowej ZUS. Przedsiębiorca jest zobowiązany powiadomić właściwy Urząd Skarbowy o posiadaniu rachunku bankowego związanego z prowadzoną działalnością gospodarczą.

(Podstawa prawna: art. 22, Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 r.)

Małgorzata CIECIERSKA

Księgowa - certyfikat MF 10767/2005

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 1/10)

## NOWE UPRAWNIENIA PACJENTA W ŚWIELE USTAWY O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

Dnia 5 czerwca 2009 r. weszła w życie ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009, nr 52, poz. 417). Ustawa ta określiła zbiór uprawnień przysługujących pacjentom oraz ustanowiła instytucję Rzecznika Praw Pacjenta. Spośród uprawnień pacjenta wymienionych w ustawie, część stanowi kopię rozwiązań, które wcześniej także przysługiwały osobom leczonym, tyle że zamieszczone były w wielu różnych ustawach, a obecnie znajdują się w jednym akcie prawnym. Istnieje również grupa uprawnień pacjentów, które są w polskim ustawodawstwie nowe i nie miały swojego odpowiednika przed wejściem w życie ustawy o prawach pacjenta.

Niniejszy artykuł stanowi sygnalizację wyłącznie w zakresie nowych praw pacjentów. Jako pierwszą nowość przedstawiam rozwiązanie z art. 6 ust. 3 ustawy,

wprowadzające uprawnienie pacjenta do żądania, aby lekarz udzielający mu świadczeń zdrowotnych zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie. Wprawdzie lekarz nie jest bezwzględnie związany żądaniem pacjenta, zgodnie bowiem z art. 6 ust. 4 ustawy może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie pacjenta jest bezzasadne, jednakże fakt złożenia przez pacjenta takiego żądania oraz ewentualną odmowę zwołania konsylium, czy zasięgnięcia opinii innego lekarza, należy odnotować w dokumentacji medycznej. Można się spodziewać, że praktyczna realizacja tego uprawnienia może napotkać poważne przeszkody, szczególnie jeśli jednostka służby zdrowia, udzielająca świadczenia zdrowotnego, nie dysponuje innym lekarzem w tej specjalności, w której trzeba zwołać konsylium lub zasięgnąć opinii innego lekarza.

Wraz z wejściem w życie nowej ustawy, pacjenci uzyskali prawo do złożenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarskiego, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa (rozdział 8 ustawy o prawach pacjenta, art. 31 - 32). Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia. Sprzeciw wymaga uzasadnienia i wskazania przepisu praw, z którego wynikają dla pacjenta prawa lub obowiązki. W skład Komisji Lekarskiej wchodzi trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika Praw Pacjenta, w tym co najmniej dwóch posiadających taką specjalizację, jak lekarz, którego opinia lub orzeczenie są kwestionowane. Za pracę w Komisji przysługuje wynagrodzenie, którego wysokość określa Rzecznik Praw Pacjenta,

Nowa ustawa stanowi, że pacjent ma prawo uzyskać informację o prawach pacjenta. Ustawa precyzuje, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mają obowiązek udostępniać pisemną informację o prawach pacjenta poprzez umieszczenie jej w lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.

Wreszcie za nowość należy uznać uregulowanie dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta. Według nowej ustawy jest to organ administracji rządowej, powoływany przez Prezesa Rady Ministrów, po przeprowadzeniu otwartego naboru. Do zadań Rzecznika należą, między innymi: przyjmowanie skarg pacjentów i wskazywanie drogi załatwienia sprawy, opracowywanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta, występowanie o podjęcie inicjatywy ustawodawczej, o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta.

*Michał KOZIK  
Radca prawny*

*(przedruk z biuletynu „Pro Medico” nr 164/09)*

## **ZASADY ORZEKANIA O CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**

Na życzenie licznej grupy lekarzy nie mogących uczestniczyć w kursie z zakresu orzecznictwa lekarskiego przedstawiam najważniejsze zasady orzekania o czasowej niezdolności do pracy obowiązujące od 1 stycznia 2009 r.

Na podstawie Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz. U. nr 31 z 2005 r. poz. 267 z późn. zm.) - najważniejsze przepisy i zasady ze szczególnym uwzględnieniem zmian w stosunku do przepisów obowiązujących poprzednio.

1. Ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego (art. 4):

- po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu,
- po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie.

2. Do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego (art. 4).

3. Od pierwszego dnia ubezpieczenia chorobowego prawo do zasiłku chorobowego przysługuje (art. 4):

- absolwentom szkół lub studiów wyższych, którzy zostali objęci ubezpieczeniem chorobowym lub przystąpili do tego ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia ukończenia szkoły lub uzyskania dyplomu ukończenia studiów wyższych,
- jeżeli niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy,
- ubezpieczonym obowiązkowo, którzy posiadają wcześniejszy co najmniej 10-letni okres obowiązkowego ubezpieczenia chorobowego,
- posłom i senatorom, którzy przystąpili do ubezpieczenia chorobowego w ciągu 3 miesięcy od ukończenia kadencji.

4. Zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego (art. 6).

5. Na równi z niezdolnością do pracy z powodu

choroby traktuje się niemożność wykonywania pracy w wyniku decyzji wydanej przez właściwy organ na podstawie przepisów o zwalczaniu chorób zakaźnych i gruźlicy, a także z powodu przebywania w stacjonarnym zakładzie w celu leczenia uzależnienia alkoholowego lub uzależnienia od środków odurzających i psychotropowych (art. 6).

6. Zasiłek chorobowy przysługuje również osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia (zatrudnienia), jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała nie później niż 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia, a w przypadku choroby zakaźnej, której okres wylegania jest dłuższy niż 14 dni, lub innej, której objawy chorobowe ujawniają się po okresie dłuższym niż 14 dni od początku choroby, nie później niż w ciągu 3 miesięcy (art. 7).

7. Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli jej przyczyną była gruźlica, nie dłużej niż przez 270 dni (art. 8). Również w razie niezdolności w czasie ciąży okres zasiłkowy od 1 stycznia 2009 r. wynosi 270 dni (art. 5 ustawy z 6 stycznia 2008 r. Dz. U. nr 237, poz. 1654).

8. Do okresu zasiłkowego wlicza się wszystkie okresy nieprzerwanej niezdolności do pracy, jak również okresy niemożności wykonywania pracy z innych przyczyn określonych w art. 6. Do jednego okresu zasiłkowego wlicza się również okresy poprzedniej niezdolności spowodowanej tą samą chorobą, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej nie przekraczała 60 dni (art. 9).

9. Jeżeli po upływie okresu zasiłkowego ubezpieczony jest nadal niezdolny do pracy z powodu choroby, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokuje odzyskanie zdolności do pracy, przysługuje mu prawo do świadczenia rehabilitacyjnego trwającego do 12 miesięcy. O przyznaniu uprawnień orzeka lekarz orzecznik ZUS na podstawie wniosku ubezpieczonego (art. 18).

10. Od orzeczenia lekarza orzecznika przysługuje prawo sprzeciwu do komisji lekarskiej ZUS w terminie 14 dni od daty jego doręczenia. Również ZUS może w tym terminie zgłosić zarzut wadliwości orzeczenia. Orzeczenie, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub zarzutu wadliwości stanowi podstawę do wydania decyzji. Od decyzji, w ciągu 30 dni od daty jej doręczenia, przysługuje prawo odwołania do Sądu Ubezpieczeń Społecznych. Sąd odrzuci odwołanie, jeżeli nie została wykorzystana droga odwoławcza w ramach postępowania w ZUS.

11. Komisje lekarskie ZUS działają w składach 3 osobowych. Wydają orzeczenia będące podstawą wydania decyzji. Od decyzji przysługuje prawo odwołania do Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w ciągu 30 dni od daty doręczenia.

12. Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 80%, a w okresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu 70% podstawy wymiaru zasiłku. 100% zasiłek przysługuje jeżeli niezdolność do pracy:

- przypada w okresie ciąży,
- powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy,
- powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów. Zasiłek chorobowy przysługuje za każdy dzień niezdolności do pracy, nie wyłączając dni wolnych od pracy (art. 11).

13. Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy, w których ubezpieczony na podstawie przepisów o wynagradzaniu zachowuje prawo do wynagrodzenia. Zasiłek nie przysługuje również za okresy niezdolności do pracy w okresie urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego, tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem przypadków w których prawo do zasiłku wynika z ubezpieczenia chorobowego osób wykonujących odpłatnie pracę w czasie aresztowania lub odbywania kary (art. 12).

14. Zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy ma ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, podjęła lub kontynuuje działalność zarobkową, a także w sytuacji, gdy w czasie trwania ubezpieczenia nie nabyła ona prawa do zasiłku. Zasiłek chorobowy nie przysługuje także za okres niezdolności do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia (zatrudnienia), jeżeli ubezpieczenie to ustało po wyczerpaniu okresu zasiłkowego (art. 130).

15. Ubezpieczonemu, będącemu pracownikiem, odsuniętemu od pracy w trybie określonym w art. 6, z powodu podejrzenia o nosicielstwo zarazków choroby zakaźnej, zasiłek chorobowy nie przysługuje, jeżeli nie podjął proponowanej mu przez pracodawcę innej pracy nie zabronionej takim osobom, odpowiadającej jego kwalifikacjom zawodowym lub którą może wykonywać po uprzednim przeszkoleniu (art. 14). Zasiłek chorobowy nie przysługuje za cały okres niezdolności do pracy, jeżeli niezdolność ta powstała w wyniku umyślnego przestępstwa lub wykroczenia popełnionego przez

tego ubezpieczonego. Okoliczności te stwierdza się na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu lub kolegium ds. wykroczeń (art. 15).

16. Ubezpieczonemu, którego niezdolność do pracy spowodowana została nadużyciem alkoholu, zasiłek chorobowy nie przysługuje za okres pierwszych 5 dni tej niezdolności (art. 16).

17. Ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia, traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres tego zwolnienia. Zasiłek chorobowy nie przysługuje w przypadku, gdy zaświadczenie lekarskie zastało sfalszowane (art. 17).

18. Świadczenie rehabilitacyjne nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, zasiłku dla bezrobotnych, zasiłku przedemerytalnego lub do świadczenia przedemerytalnego, oraz urlopu dla poratowania zdrowia udzielonego na podstawie odrębnych przepisów (art. 18).

19. Świadczenie rehabilitacyjne wynosi 90% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za okres pierwszych 3 miesięcy, 75% tej podstawy za pozostały okres, a jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży - 100% tej podstawy (art. 19).

20. Podstawa wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego nie może być wyższa, niż kwota wynosząca 100% przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego dla celów emerytalnych (art. 46).

21. Dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, konieczności sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, bądź pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej są zaświadczenia lekarskie wystawione przez lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów medycyny na drukach ZUS ZLA. Przewidywaną datę porodu określa się na zaświadczeniu wystawionym na zwykłym druku. Datę odbytego porodu potwierdza się zaświadczeniem wystawionym przez lekarza na zwykłym druku lub aktem urodzenia dziecka. Przyczynę niemożności wykonywania pracy wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów określa zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku (art. 53).

Zakład Ubezpieczeń społecznych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy lekarza, lekarza dentystę, felczera i star-

szego felczera po złożeniu przez niego pisemnego oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy. Upoważnień tych nie można udzielić lekarzom i lekarzom denty stom w okresie odbywania stażu podyplomowego. Upoważnienie ZUS udziela w formie decyzji (art. 54). Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy wydaje się na odpowiednim druku. Druki te będąc drukami ścisłego zarachowania wydaje ZUS. Zaświadczenie lekarskie jest poufne, zawiera informacje identyfikujące ubezpieczonego, jego płatnika składek, lekarza lub felczera, który zaświadczenie wystawił i jego miejsce wykonywania zawodu. Zawiera ponadto okres orzeczonej niezdolności do pracy, numer statystyczny choroby, odpowiednie kody literowe, a w przypadku niezdolności z powodu konieczności sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny datę urodzenia członka rodziny i jego stosunek pokrewieństwa z ubezpieczonym. W przypadku zgubienia, zaginięcia lub kradzieży druków zaświadczeń lekarskich lekarz, lekarz denty sta, felczer i starszy felczer zobowiązani są do natychmiastowego powiadomienia terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (art. 55).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rejestr lekarzy, lekarzy denty stomów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Rejestr ten zawiera: numer identyfikacyjny, numer prawa wykonywania zawodu, imię i nazwisko, PESEL, NIP, rodzaj i stopień specjalizacji, miejsce wykonywania zawodu, nazwę i siedzibę właściwej izby lekarskiej, informację o wydanych drukach zaświadczeń lekarskich, informację o ewentualnym cofnięciu upoważnienia. Numer identyfikacyjny wpisuje się w zaświadczeniu lekarskim. Numer identyfikacyjny jest tożsamy z numerem prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty sty, felczera i starszego felczera (art. 56).

22. W zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy informacje podaje się z zastosowaniem następujących kodów literowych:

- kod A oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie, nie przekraczającej 60 dni - spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą,
- kod B oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży,
- kod C oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu,
- kod D oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą,
- kod E oznacza niezdolność do pracy spowodowaną chorobą zakaźną o długim okresie wylegania.

Na pisemny wniosek ubezpieczonego w zaświadczeniu lekarskim nie umieszcza się kodu B i D (art. 57).

23. Zaświadczenie lekarskie wystawia się z dwiema kopiami:

- oryginał zaświadczenia lekarskiego wystawiający je przesyła w ciągu 7 dni od dnia wystawienia bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- pierwszą kopię zaświadczenia otrzymuje ubezpieczony,
- drugą kopię wystawiający zaświadczenie przechowuje przez okres 3 lat. Kody literowe wpisuje się odpowiednio na oryginale i kopiach zaświadczeń, a numery statystyczne chorób według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, tylko na oryginale i drugiej kopii (art. 58).

24. Prawdliwość orzekania o czasowej niezdolności do pracy podlega kontroli, którą wykonują lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. W celu kontroli lekarz orzecznik ZUS może:

- przeprowadzić badanie ubezpieczonego w wyznaczonym miejscu lub w miejscu jego pobytu,
- skierować ubezpieczonego na badanie specjalistyczne przez lekarza konsultanta ZUS,
- zażądać od wystawiającego zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy udostępnienia dokumentacji medycznej, dotyczącej ubezpieczonego, a będącej podstawą do wydania zaświadczenia lub uzupełnienia w wyznaczonym terminie badań będących podstawą orzekania,
- zlecić wykonanie badań pomocniczych w wyznaczonym terminie.

Ubezpieczony jest obowiązany udostępnić posiadaną dokumentację medyczną lekarzowi przeprowadzającemu badanie.

ZUS wysyła do ubezpieczonego za zwrotnym potwierdzeniem odbioru wezwanie, w którym określa termin badania przez lekarza orzecznika albo przez lekarza konsultanta lub dostarczenia wyników badań pomocniczych. W razie uniemożliwienia badania lub niedostarczenia wyników badań w terminie, zaświadczenie lekarskie traci ważność od dnia następującego po tym terminie. Jeżeli po analizie dokumentacji medycznej i po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego lekarz orzecznik ZUS określi wcześniejszą datę ustania niezdolności do pracy niż orzeczone w zaświadczeniu lekarskim, na okres od tej daty zaświadczenie traci ważność. W takim przypadku lekarz orzecznik wystawia zaświadczenie, które jest traktowane na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. Zaświadczenie to lekarz orzecznik ZUS wręcza w dniu badania ubezpieczonemu informując go o konieczności doręczenia zaświadczenia pracodawcy. ZUS wydaje wtedy decyzję o braku prawa do zasiłku, przesyłając kopię decyzji do pracodawcy. Również pracodawca może wystąpić

do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przeprowadzenie kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy. ZUS informuje wówczas pracodawcę o wynikach przeprowadzonego postępowania. Poniesione przez ubezpieczonego koszty przejazdu na badanie kontrolne ZUS zwraca do wysokości kosztów przejazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej (art. 59).

25. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich, a w szczególności, gdy wystawione ono zostało:

- bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego,
- bez udokumentowania rozpoznania stanowiącego podstawę orzeczonej czasowej niezdolności do pracy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych może cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nie przekraczający 12 miesięcy od daty uprawnienia się decyzji. W przypadku powtarzającego się naruszania zasad określonych w punkcie 24 i 25 (art. 57 i 58 Ustawy), cofnięcie to nie może przekraczać 3 miesięcy od daty uprawnienia się decyzji. Cofnięcie upoważnienia następuje w formie decyzji, od której przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego (art. 60).

26. Zaświadczenie lekarskie ubezpieczony jest obowiązany dostarczyć płatnikowi zasiłków nie później, niż w ciągu 7 dni od daty jego otrzymania (art. 62).

27. Jeżeli niezdolność ubezpieczonego do pracy uzasadniająca wypłatę zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego została spowodowana przez inną osobę w wyniku popełnienia przez nią umyślnego przestępstwa lub wykroczenia, ZUS albo płatnik składek może dochodzić od sprawcy zwrotu wypłaconego zasiłku lub świadczenia rehabilitacyjnego. Podstawą do stwierdzenia okoliczności naruszenia prawa jest prawomocne orzeczenie sądu lub kolegium do spraw wykroczeń (art. 70).

28. Do czasu wydania odpowiedniej ustawy, prawo do zasiłku chorobowego za okres niezdolności do pracy powstałej wskutek wypadku przy pracy albo choroby zawodowej przysługuje na zasadach określonych niniejszą ustawą z tym, że prawo do zasiłku chorobowego przysługuje od pierwszego dnia ubezpieczenia chorobowego, a miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 100% podstawy wymiaru (art. 84).

29. Zachorowanie na gruźlicę lub pojawienie niezdolności do pracy w związku z patologią ciąży w trakcie orzekanej niezdolności do pracy z powodu innej choroby, wydłuża trwający aktualnie okres zasiłkowy do 270 dni.

*Dr n. med. Bogdan JAKUBSKI  
(przedruk z biuletynu „Doktor” nr 4/09)*

Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego wraz z Polskim Towarzystwem Diagnostyki Lekarskiej Oddział w Opolu zapraszają kierowników i wyższy personel medyczny laboratoriów diagnostycznych województwa opolskiego oraz zainteresowanych zagadnieniami lekarzy i techników analityki, na cykl szkoleń w 2010 r. w ramach kursu p.t. „Aktualne kierunki rozwoju medycyny laboratoryjnej”. Na każdym szkoleniu są prezentacje firm diagnostycznych.

A oto program szkoleń na I kwartał tego roku:

- 18 luty 2010 r. godz. 11.00 (czwartek) - **dr nauk. med. Wojciech Gernand** (Opole) - „*Wartość diagnostyczna wyników badań laboratoryjnych*”
- 4 marzec 2010 r. godz. 11.00 (czwartek) - **prof. dr n. med. Czesław Wójcikowski** (Gdańsk) - „*Diagnostyka laboratoryjna cukrzycy*”
- 18 marzec 2010 r. godz. 11.00 (czwartek) - **dr hab. n. med. Bogdan Mazur** (Śląski Uniwersytet Medyczny, Katedra i Zakład Mikrobiologii i Immunologii) - „*Prawidłowa hematopoeza*”
- 15.04.2010 r. godz. 11.00 (czwartek) - **prof. dr n. med. Dariusz Sitkiewicz** (Prezes ZG PTDL, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Instytut Kardiologii –Anin) - „*Niewydolność nerek a choroba niedokrwienna serca. Skutek czy przyczyna?*”

Wszystkie szkolenia odbywać się będą w sali wykładowej nr 4 Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu, przy al. Witosza 26.

\* \* \*

Wojewoda Opolski Ryszard Wilczyński oraz Przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu dr n. med. Jerzy Jakubiszyn, zapraszają w dniu **27 marca 2010r. o godz. 10.00** do Auli Wydziału Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii Politechniki Opolskiej przy ul. Prószkowskiej 76, na szkolenie dla lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej Województwa Opolskiego pn. „**Rola lekarzy POZ w profilaktyce chorób nowotworowych**”.

Uczestnicy szkolenia otrzymają punkty edukacyjne. Więcej szczegółów na ten temat znajdą Państwo pod numerem telefonu **77-442-59-91** - Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego.

\* \* \*

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa

w Opolu oraz Katedra Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu organizuje w dniach 26-27 maja 2010 roku:

## ***I Ogólnopolską Konferencję Naukową Opieki paliatywno – hospicyjnej ŻYCIE GODNIE DO KOŃCA***

### **Tematyka konferencji:**

1. Medyczne aspekty opieki paliatywno – hospicyjnej.
2. Etyczne, psychologiczne i duchowe aspekty końca życia.
3. Tanato – pedagogika w naukach medycznych.

### **Sesja warsztatowa.**

- a) Komunikacja z pacjentami umierającymi
- b) Jak pracować aby nie zwariować?
- c) Komunikacja w zespole hospicyjnym

Uczestnikami konferencji będą lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych, psychologowie, pracownicy socjalni, opiekunowie medyczni, pedagodzy szkolni, nauczyciele, studenci. Konferencja będzie okazją do analizy zagadnień dotyczących problemów godnego umierania, okazją do dyskusji, w której wezmą udział przedstawiciele wielu dziedzin nauki z całego kraju.

Oплата konferencyjna – 100 zł, płatne do 10 maja 2010 roku na konto:

**Bank Millenium 96 116 0220000000036384649  
z dopiskiem „Opieka paliatywna”**

W ramach opłaty konferencyjnej zapewniamy:

4. materiały konferencyjne
5. certyfikaty z punktami edukacyjnymi
6. obiad
7. przerwa kawowa

Prace będą publikowane w monografii. Do dnia 31 marca 2010 r. prace należy nadsyłać na adres: d.krzyzanowski@hospicja.pl

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego  
Dr n. med. Dominik Krzyżanowski*

\* \* \*

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa

w Opolu, w dniu 1 czerwca 2010 roku organizuje VI Ogólnopolską Konferencję Naukową:

**WYZWANIA PEDIATRII XXI WIEKU.  
PROBLEMY ZDROWOTNE DZIECI W WIEKU  
SZKOLNYM**

Tematyka konferencji:

1. Dziecko w wieku szkolnym – podmiotem opieki lekarza POZ
2. Wypadki i urazy – jedna z głównych przyczyn zgonów u dzieci w wieku szkolnym
3. Problemy psychospołeczne dzieci w wieku szkolnym
4. Pielęgniarstwo medycyny szkolnej

Uczestnikami konferencji będą lekarze rodzinni, pediatrzy, lekarze POZ, pielęgniarki, rehabilitanci, pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych, pedagodzy szkolni, studenci.

Konferencja będzie okazją do analizy zagadnień dotyczących problemów zdrowotnych dzieci w wieku szkolnym i próby ich rozwiązywania. Informacje na temat konferencji oraz kartę zgłoszenia uczestnictwa można znaleźć na stronie internetowej: [www.wsm.opole.pl](http://www.wsm.opole.pl). Koszt uczestnictwa: 50 zł. tel. kontaktowy: 660-207-056

*Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego  
Dr n. med. Lucyna Sochocka*

\* \* \*

Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego, poszukuje do pracy lekarza systemu zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 08 września 2006 roku. Praca w zespole wyjazdowym – specjalistycznym. Kontakt: OCRM, 45-369 Opole, ul. Mickiewicza 2-4, tel: 77-441-36-39.

\* \* \*

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu zatrudni lekarza specjalistę z zakresu radiologii naczyniowej lub lekarza, który zamierza podjąć specjalizację z zakresu radiologii. Kontakt: telefon 77-541-42-00

\* \* \*

NZOZ „SANMED” w Tułowicach zatrudni lekarza do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej. Zapewnia się elastyczne warunki pracy oraz atrakcyjne wynagrodzenie. Kontakt: tel. 602-695-644.

\* \* \*

SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach zatrudni lekarzy:

- pulmonologa,
- internistę
- lekarza rehabilitacji medycznej.

Proponujemy korzystne warunki płac. Telefon – 77-408-01-00 i 77-408-03-00.

\* \* \*

CENTRUM STOMATOLOGICZNE w Prudniku, ul. Kościuszki 15, zatrudni dwóch lekarzy dentystów. Kontakt: 77-436-35-27 lub 77-436-37-07

\* \* \*

Do wynajęcia gabinet lekarski w centrum Kluczborka. Kontakt: **Kazimierz Erbert**, 46-200 Kluczbork ul. Fałata 8, tel. 600-352-996.

\* \* \*

SP ZOZ „Centrum” w Opolu sprzeda sprawny technicznie, dopuszczony do użytkowania, regularnie serwisowany (protokół przeglądu technicznego z dnia 08-07-2009 r.) aparat mammograficzny - w cenie wywoływarka (!!!). Kontakt: SP ZOZ „Centrum” w Opolu, ul. Kościuszki 2, tel. 77-402-03-98.

\* \* \*

W imieniu Zarządu Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej serdecznie zachęcamy lekarzy medycyny rodzinnej, lekarzy specjalizujących się w tej dziedzinie oraz lekarzy innych specjalności medycznych z województwa dolnośląskiego do składania deklaracji członkowskich do Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Członkowie naszego Towarzystwa są uprawnieni do szeregu zniżek przy opłatach rejestracyjnych zjazdów i kongresów organizowanych przez PTMR oraz otrzymują bezpłatną prenumeratę kwartalnika Family Medicine & Primary Care Review. Zapraszamy na naszą stronę internetową: [www.ptmr.info.pl](http://www.ptmr.info.pl). Kontakt z dr Agnieszką Muszyńską lub dr Dagmarą Pokorną-Kałwak pod numerem telefonu: 71-326-68-78, e-mail: [ptmr@wp.pl](mailto:ptmr@wp.pl).



## PROFESOR JERZY CZERNIK NIE ŻYJE

**Prof dr hab. Jerzy Czernik** urodził się 5 czerwca 1938 r. w Litwinówce w woj. wileńskim, na terenie dawnej Rzeczypospolitej. W 1940 r. wraz z rodziną został wywieziony na Sybir. Po powrocie do kraju w 1946 r. z matką i rodzeństwem osiedlił się w Legnicy, gdzie ukończył szkołę podstawową i średnią. Studia lekarskie rozpoczął na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1956 r. Po zdaniu egzaminów dyplomowych wyjechał do Kanady (1962/1963) i przez ponad 8 miesięcy pracował jako wolontariusz w Misericordia General Hospital w Winnipeg. Po powrocie do kraju i odbyciu stażu klinicznych w 1964 r. uzyskał dyplom lekarza.

W 1965 r. został powołany do odbycia dwuletniej służby wojskowej w Korpusie Oficerów Służby Zdrowia.

Pracę w Klinice Chirurgii Dziecięcej pod kierunkiem prof. dr. hab. Jana Słowikowskiego rozpoczął w 1967 r., jeszcze podczas odbywania służby wojskowej. W 1971 r. objął etat nauczyciela akademickiego. W 1970 r. uzyskał I stopień specjalizacji z anestezjologii, w 1971 r. I stopień

specjalizacji z chirurgii dziecięcej, a w 1975 r. II stopień specjalizacji z chirurgii dziecięcej.

Tytuł doktora nauk medycznych otrzymał w 1976 r. na podstawie pracy „Badania doświadczalne i kliniczne nad zachowaniem się poziomu miedzi w surowicy krwi w chorobach ropnych” w tym też roku otrzymał stanowisko adiunkta.

Stopień doktora habilitowanego uzyskał w 1984 r. na podstawie rozprawy „Ropniaki opłucnej u dzieci – badania doświadczalne i kliniczne”. W 1985 r. był zatrudniony na stanowisku docenta i w tym samym roku został kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej AM we Wrocławiu. Funkcje tę pełnił do 2008 r., tzn. do czasu przejścia na emeryturę.

Prof. dr hab. Jerzy Czernik odbywał staże i szkolenia w przodujących ośrodkach chirurgii dziecięcej w Europie i USA, m.in. w: RFN – w Bremen, Berlinie Zachodnim (stypendium Senatu Berlina) i Dortmundzie, w Szwajcarii (Visiting Professor), Bostonie w Harvard Medical School (Visiting Professor). Jako jedynemu Polakowi – chirurgowi dziecięcemu General Electric przyznał 2-tygodniowe stypendium w Houston (USA). Przez rok (1980/1981) pracował w uniwersyteckim ośrodku chirurgii dziecięcej w Royal Hospital for Sick Children w Glasgow. W 1991 r. otrzymał tytuł profesora, a w 1997 r. stanowisko profesora zwyczajnego. W 1993 r. prof. Jerzy Czernik został wybrany na Rektora AM we Wrocławiu. Tę zaszczytną funkcję pełnił przez dwie kadencje do 1999 r. W czasie pełnienia funkcji Rektora AM we Wrocławiu pozyskał znaczne środki na budowę Nowej Akademii Medycznej, dzięki temu po wielu latach zastoju budowa nabrała tempa.

W latach 1985-1993 był konsultantem wojewódzkim ds. chirurgii dziecięcej województw: wrocławskiego, legnickiego i jeleniogórskiego. W 1994 r. Minister

Zdrowia i Opieki Społecznej powierzył Profesorowi funkcję konsultanta krajowego, którą pełnił przez 14 lat. W okresie prezydentury Lecha Wałęsy był członkiem Rady Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP. W latach 1992-1996 był wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, a w latach 2000-2003 prezesem tego towarzystwa naukowego. W 2003 r. zorganizował we Wrocławiu Międzynarodowy Zjazd Chirurgów Dziecięcych, w którym uczestniczyło około 500 chirurgów dziecięcych z kraju i z zagranicy.

Profesor jest Członkiem Honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, Jugosłowiańskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych oraz Bałtyckiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, a także członkiem rzeczywistym

Brytyjskiego, Niemieckiego i Greckiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych.

Od 1994 r. jako konsultant krajowy przewodniczył komisjom egzaminacyjnym na II stopień specjalizacji, a wcześniej w latach 1985-1993 jako konsultant wojewódzki przewodniczył komisjom na I stopień specjalizacji. Na polecenie Ministra Zdrowia kierował zespołem, który opracował program jednostopniowej specjalizacji, wysoko oceniony przez resort i uznany za jeden z najlepszych.

Był członkiem kolegiów redakcyjnych czasopism krajowych i zagranicznych, m.in.: Przeglądu Chirurgii Dziecięcej, Polskiego Przeglądu Chirurgicznego, Proble mów Chirurgii Dziecięcej, Advances in Clinical and Experimental Medicine, Pediatric Surgery International, Surgery in Childhood, Indian Journal of Pediatric Surgery, Family Medicine and Primary Care Review.

Jest autorem i współautorem ponad 200 publikacji. Prace te poruszały szeroki zakres trudnych problemów w chirurgii dziecięcej. Dotyczyły wad wrodzonych przewodu pokarmowego, układu moczowego, układu nerwowego, układu oddechowego, onkologii dziecięcej, stanów zapalnych i zakażeń, ropniaków opłucnej, krwiopochodnego zapalenia kości oraz urazów u dzieci. Wiele spośród prac Profesora miało pionierski charakter.

W 2003 r. Klinika Uniwersytecka Chirurgii Dziecięcej w Gruzji nadała prof. Jerzemu Czernikowi tytuł „Chirurga Roku”. W 2007 r. otrzymał członkostwo Royal College Physicians and Surgeons of Glasgow (F.R.C.S.) Uniwersytetu w Glasgow.

Profesor Czernik za pracę naukową, zawodową i organizacyjną został odznaczony: Srebrnym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski,

Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski (w 2009 r.) oraz wyróżniony: 8-krotnie nagrodą Ministra Zdrowia oraz 19-krotnie nagrodami Rektorów AM we Wrocławiu. Został ponadto odznaczony Medalem Komisji Edukacji Narodowej oraz Medalem „Academia Medica Wratislaviensis Polonia”. W 2009 r. został także laureatem „Nagrody Miasta Wrocławia”.

Profesor zmarł we Wrocławiu po długiej i ciężkiej chorobie 20.01.2010, zamykając bezpowrotnie swój wielki rozdział w polskiej (także opolskiej) chirurgii dziecięcej. Odszedł od nas człowiek najwyższej próby. Nasz wielki Nauczyciel. Przewodnik. Mentor. Prawdziwy przyjaciel. W zmarłym tracimy przedwcześnie wspaniałego chirurga dziecięcego, od niemal dwudziestu lat Pierwszego Chirurga Dziecięcego w naszym kraju.

I takiego – *Primus Inter Pares* – zachowamy na zawsze w naszych sercach.

Pograżeni w smutku

CHIRURDZY DZIECIĘCY OPOLSZCZYZNY

(nadesłał: Aleksander WOJTYŁKO)



## NZOZ DENTAL COMPLEX

w Opolu zatrudni lekarza stomatologa, tel. kontaktowy 77-455-30-83.

### BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)

REDAKCJA: Jerzy Lach; ZDJĘCIA: I str. okładki – fot. Dariusz Patkowski, OPRACOWANIE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE I DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6

NAKLAD: 2.500 egz.

ISSN 1426-661X