



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2018

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 257

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Alfred Polok

SCHODZĘ NA PSY

Noc. Ani jednej gwiazdy nie widać. Na środku obrazu siedzi Pips oświetlony lampą uliczną. Czoło ma wysokie, pysk krótki, sierść jasną, wygłaskaną do czysta. Uszy położył po sobie, zmrużył oczy i oblizał czarny nos. Skóry jest trochę za dużo na psinie, toteż marszczy się i zwija, tworzy wałeczki, fałdy i oponki. Żadne tam cudo, żaden medalista czy rasowiec, z imionami przodków znanymi do pięciu pokoleń wstecz. Zwykły kundel, a jednak doczekał się portretu.

Najstarszy rysunek przedstawiający myśliwego z psami powstał prawie dziewięć tysięcy lat temu. Archeolodzy pod kierunkiem Marii Guagnin z niemieckiego z Instytutu Badań nad Historią Ludzkości imienia Maxa Plancka, odkryli niedawno ten szkic na klifie piaskowca w północno-zachodniej Arabii Saudyjskiej, w okolicy Shuwaymis. Gdzie dziś rozciąga się pustynia, były kiedyś stepy; polowano tam z nagonką. Wryte w skałę czworonogi przypominają trochę mojego Szoguna – uszy w szpic, morda mała, zakręcony ogon. – *I co ty na to?* – pytam futrzaka, a ten ziewa, przewraca się z boku na bok i coś tam mruczy po swojemu. Znaleźisko jest dziwne. Co je wyróżnia? Co sprawia, że oglądający wraca do rysunków? Przecież wizerunki psów można też oglądać na dzbanach sprzed ośmiu tysięcy lat wykopanych w Iranie, a młodsze o jakieś trzy tysiące lat czworonogi pilnują świątyni starożytnego Egiptu. Ale tylko te arabskie chodzą przy nodze, na smyczy. Ciekawe, czy aportują i warują na rozkaz? A u Hieronima Boscha psy spacerują po rajach, spotykają syreny, jednorożce i pegazy, towarzyszą bogobojnym i obwąchują niepewnych.

Psubraty natomiast (istoty długoucha, garbate, dwułape, którym ogon służy za oparcie) zapuszczają się do piekieł. Warczą na hydry, podgryzają hipocentaury, obszczekują gorgony, gonią harpie, tropią minotaury, obwąchują odontotyrannosy, wałęsają się z hienami, ale omijają z daleka krokodyle i wydry.

Na polskich dziewiętnastowiecznych płótnach ukazujących sceny myśliwskie można zaś zobaczyć gończe. Wyglądają one jak żywcem wyjęte z poradnika dla psiarzy wydane w 1608 roku: *siła psia znaczy się grzbietem, który ma być kształtny, kości- sty, pieczeniasty i długi* – pisał hrabia Jan

Ostroróg w traktacie „O psach gończych i myślistwie z niemi”. *Stopa ma być podługowata, bo pies z krótką stopą każdy się poodbija, co wada wielka, i nic mu po wszystkim. [...] Trąba zasię ma być niezagarlona, między oczami przestronna, długa. Sto siedemdziesiąt lat później ksiądz Krzysztof Kulka dodaje: Dobry ogar powinien mieć głowę mierzno-grubą, nozdrza wielkie i otwarte; uszy długie, mocne i wiszące: grzbiet mocny, wygięty; łędwie grube, ud szerokie, nogi proste, suche z twardymi stopkami włosistymi: mordą obwisłą: zęby ostre i białe: oczy brunatne i jasne.* Takie to „trąby niezagarlone” malowali Kossakowie i Julian Fałat, „stopy podługowate” dopieszcza- li Tadeusz Ajdukiewicz i Józef Brandt, „uszy długie, mocne wiszące” cyzelował Aleksander Raczynski. Alfred Wierusz-Kowalski potrafił zmieścić między ramami całą sforę myśliwskich, a do tego jeszcze konie ciągnące sanie. Aż wreszcie w 1902 roku Stefan Żeromski ogłosił w „Tygodniku Ilustrowanym”, że „ogary poszły w las. Echo ich grania słabło coraz bardziej, aż wreszcie utonęło w milczeniu leśnym”. Od tego czasu moda na gończe jakby ostygła. I Franz von Struck zabrał się za portret skundlonego Pipsa. Może w odpowiedzi na ten obraz Patrycja Kucik ulepiła z gliny pieska? Przypomina on beagle’a pomieszanego z wilczurem: ma sterczące uszy, zakręcony ogon i zadarty nos. Najwyraźniej zgubił pana. Jak wygląda zguba? Zwyczajnie: ani wysoki,

ani niski, bez żony, toyoty

i konta w banku. Nosi

się skromnie: spodnie

do kolan i koszula jak

psu z gardła wyjęta, czę-

sto chodzi głodny jak pies,

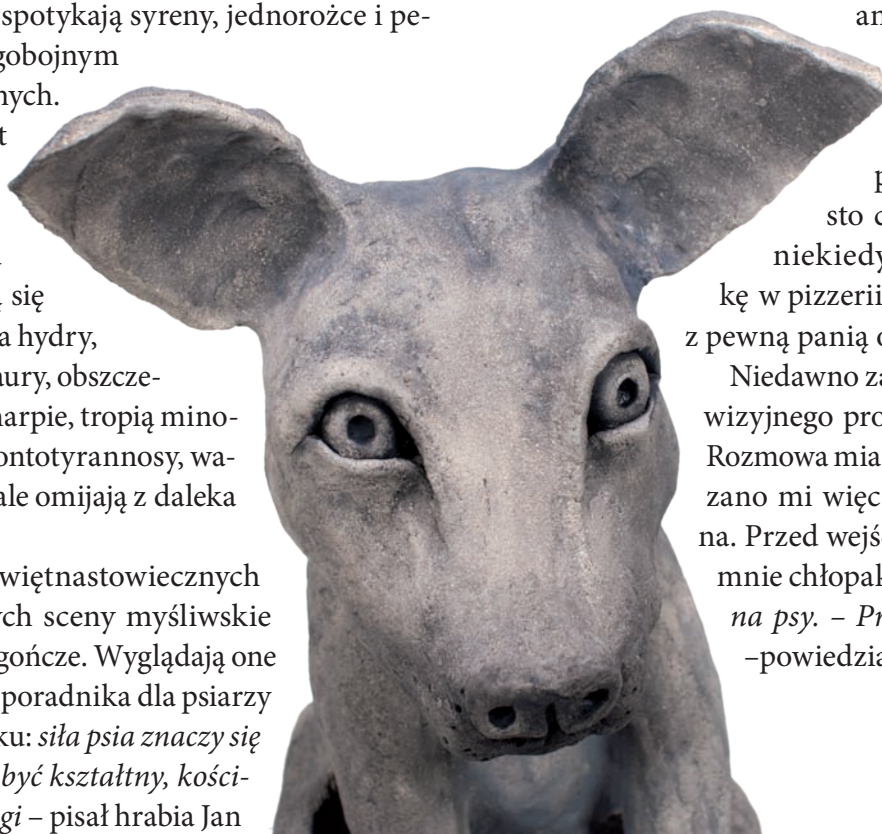
niekiedy warknie na kasjer-

kę w pizzerii i żyje jak pies z kotem

z pewną panią o imieniu Róża.

Niedawno zaproszono mnie do telewizyjnego programu śniadaniowego. Rozmowa miała dotyczyć zwierząt, kazano mi więc przyprowadzić Szoguna. Przed wejściem do studia zaczepił mnie chłopak z żółwiem. – *Schodzisz na psy.* – *Przynajmniej nie pełzam* – powiedziałam w duchu.

Agnieszka KANIA





OD REDAKCJI

Drodzy Czytelnicy!

W chwili, gdy otwieracie marcowy numer Biuletynu, w naszej Opolskiej Izbie Lekarskiej nastąpiła zmiana warty. Na marcowym Okręgowym Zjeździe Lekarzy wybrane zostały nowe władze na kolejną VIII kadencję. Niestety nie znam ostatecznych wyników wyborów, bo piszę te słowa na 3 tygodnie przed Zjazdem (takie są wymogi cyklu wydawniczego i kolportażu Biuletynu). Tak, czy inaczej dobiegła końca VII kadencja, a wraz z nią i moja misja tworzenia i wydawania Biuletynu Informacyjnego.

Przez minione 25 lat pracy na rzecz Samorządu Lekarzy przygotowałem dla Was 182 numery naszego izbowego pisma. To szmat historii i niezły kawałek mego życia. Cieszę się, że dane było mi to robić, choć nie zawsze było łatwo. Ale nadchodzi czas zmian. Podjąłem więc decyzję o swojej rezygnacji z funkcji szumnie nazwanej Redaktorem Naczelnym naszego Biuletynu. Mam nadzieję, że w ciągu tych lat tym, którzy czytali nasze pismo dostarczałem ciekawe materiały poszerzające ich wiedzę medyczną, dające rozrywkę czy też po prostu służące dobrej informacji.

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować tym wszystkim, którzy – w mniejszym lub większym stopniu współpracowali ze mną przez te wszystkie lata. Myślę tu przede wszystkim o **P. prof. Januszu Kubickim** – niestrudżonym propagatorze wiedzy historycznej wśród naszych czytelników; o **Pani Dr Agnieszce Kani**, która z niezwykłą erudycją przybliżała nam wszystkim tajniki sztuk pięknych i wreszcie o Koleżankach i Kolegach, którzy zechcieli podzielić się z innymi swymi dokonaniem na niwie medycyny i nie tylko.

Szczególne podziękowania kieruję również do zespołu Wydawnictwa Św. Krzyża w Opolu, które od samego początku wydaje nasz Biuletyn. To dzięki życzliwości Kierowniczki Produkcji Wydawnictwa **P. red. Małgorzacie Radzimskiej** i jej Zastępcy **P. red. Jackowi Śmigórskiemu** możliwe było przez te lata sprawne wydawanie naszego pisma. Cichym i ukrytym w cieniu „współtwórcą” Biuletynu był też ciągle z nami związany **P. Alfred Polok**, który składał prawie wszystkie numery pisma. **Bardzo gorąco dziękuje Wam wszystkim!!!**

Mimo, że wg wszelkich znaków na niebie i na ziemi tylko niewielka część spośród Was czytała Biuletyn, to było mi też bardzo miło, gdy od czasu do czasu docierały do mnie ciepłe słowa na jego temat. Zachowam je wszystkie w swej wdzięcznej pamięci!

Życząc wszystkiego najlepszego, po raz ostatni zapraszam do lektury. Z wyrazami szacunku

Jerzy B. LACH



Koleżanki i Koledzy, piszę te słowa w sytuacji szczególnej z dwóch powodów.

Po pierwsze – dwa dni temu podpisane zostało porozumienie między Ministrem Zdrowia a protestującymi lekarzami rezydentami. I od razu pojawiły się bardzo skrajne komentarze na temat tego porozumienia. Od stwierdzeń, że porozumienie jest przełomem w traktowaniu spraw ochrony zdrowia przez rządzących do określeń, że protestujący nie wytrzymali ciśnienia i ulegli osiągając zbyt mało.

Tym punktem porozumienia, który powoduje tak skrajnie różne oceny jest oczywiście tempo wzrostu nakładów publicznych na ochronę zdrowia. Czy skrócenie dochodzenia do 6% PKB o rok jest sukcesem czy nie. Tak – jeżeli weźmiemy pod uwagę, że każdy rok zbyt małych nakładów to są ubytki miliardów złotych, które mogłyby zasilić system (jedna dziesiąta procenta PKB to niecałe 2 miliardy złotych). Nie – jeżeli będziemy pamiętać, że początkowo w postulatach protestujących lekarzy była mowa o dwukrotnie szybszym dojściu do tego pułapu.

Dla mnie jednak istotniejsze od kształtu tzw. mapy drogowej dochodzenia do odpowiednich nakładów na ochronę zdrowia są inne elementy, które zostały zawarte w tym porozumieniu. Przede wszystkim zapowiedź zmniejszenia obowiązków biurokratycznych, które w ostatnich kilku latach lawinowo „zatruwają” rzetelne wykonywanie zawodu. Ponadto zrewidowanie przepisów związanych z uzyskiwaniem specjalizacji; jednoznaczne określenie, że schodzenie przez rezydenta po dyżurze (wynikające z Kodeksu Pracy) nie może skutkować niezaliczaniem godzin stażu rezydenckiego; wprowadzenie tygodniowego płatnego urlopu szkoleniowego; przyzna-

nie lekarzom pracującym w publicznym systemie ochrony właściwej dla funkcjonariuszy publicznych; ostateczne zdjęcie z lekarza obowiązku określania poziomu refundacji leków; wreszcie podwyższenie minimalnego wynagrodzenia dla lekarzy specjalistów (chcę zwrócić uwagę, że w wielu miejscach w kraju będzie to oznaczało 100% wzrost wynagrodzenia tych lekarzy).

Oczywiście podpisanie porozumienia to tylko wstęp. Kolejne miesiące i lata pokażą czy Ministerstwo Zdrowia, Rząd i Parlament istotnie zmienili traktowanie ochrony zdrowia i uznali ją za rzeczywisty priorytet.

Drugi powód tej szczególnej sytuacji to fakt, że jest to ostatnie już „moje” Słowo Prezesa. Gdy będziecie je czytać będą już wybrane nowe władze Opolskiej Izby Lekarskiej na kolejną czteroletnią kadencję. Chciałem podziękować wszystkim, z którymi przyszło mi w ostatnich ośmiu latach współpracować. W ostatnich dwóch latach przeprowadziliśmy gruntowny remont siedziby. Nieocenioną rolę odegrał tu Stasiu Kowarzyk, który nadzorował ten remont od początku prac projektowych. Dziękuję też pracownikom biura, którzy przez wiele miesięcy pracowali w kurzu, pyłach i hałasie. Szczególne słowa podziękowania należą się panu Józefowi Jakusowi, który nie liczył godzin, poświęconych na pilnowanie obiektu. I bez którego niemożliwe byłoby zapanowanie nad pracownikami wykonawcy.

Nowej Radzie życzę, by nie musiała doświadczać kolejnych akcji protestacyjnych, by cała kadencja była okresem sprawnego realizowania przez władze RP ustaleń, wynikających z zakończonego protestu lekarzy rezydentów.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

XXXVII OKRĘGOWY SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY ZJAZDEM LEKARZY

W dn. 3 marca 2018 r. w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym odbył się XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy. Ponieważ cykl wydawniczy jest nieubłagany niestety nie mogę przedstawić Wam przebiegu samego Zjazdu oraz wyników dokonanych przez delegatów wyborów naszych przedstawicieli do wszystkich organów Opolskiej Izby Lekarskiej. Zamieszczam natomiast wszystkie materiały zjazdowe, które zdołałem zebrać.

Jerzy B. LACH

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W VII KADENCJI (2013–2017) Z UWZGLĘDNIENIEM DZIAŁALNOŚCI W OKRESIE POMIĘDZY XXXVI A XXXVII OKRĘGOWYM ZJAZDEM LEKARZY

W VII kadencji Okręgowa Rada Lekarska działała w składzie (w nawiasie nieobecności na posiedzeniach Rady inne niż z powodu urlopu lub choroby):

- Prezes – Jerzy Jakubiszyn (0),
- Wiceprezesa – Jolanta Smerkowska-Mokrzycka (1) i Stanisław Kowarzyk (0),
- Sekretarz – Barbara Hamryszak (0),
- Zastępca Sekretarza – Jerzy Lach (2),
- Skarbnik – Zbigniew Kowalik (2),
- Członkowie Prezydium – Marek Dryja (6), Jacek Mazur (3), Marcin Mielczarek (9),
- Członkowie Rady – Adam Bąk (3), Tadeusz Chowaniec (0), Stanisław Chruszczyk (2), Waldemar Felbel (40), Iwona Gajda (11), Justyna Grzybowska-Substelna (3), Wiesław Latała (1), Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska (3), Adam Martyniszyn (0), Jarosław Mijas (9), Rafał Olejnik (9), Barbara Suzanowicz (11), Aleksander Wojtyłko (10).

Rada odbyła 46 posiedzeń (w okresie od ostatniego Zjazdu – 11), Prezydium spotkało się dodatkowo 48 razy (12).

Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich oraz prowadzeniem rejestru podmiotów, uprawnionych do realizacji kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 147 (od ostatniego Zjazdu 27),
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (dla odbycia stażu podyplomowego) – 43 (8),
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 133 (36),
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (po odbyciu stażu podyplomowego) – 43 (8),
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza zgodnie z uzyskanym obywatelstwem – 3 (1),
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarzowi UE (uznanie kwalifikacji) – 3 (1),
- ponowne wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca na czas określony – 4 (0),
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 14 (4),
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty – 1 (0),
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza – 4 (1),
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty – 4 (0),
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy, przenoszących się z innych izb – 117 (18),
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się z innych izb – 18 (3),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy, przenoszących się do innych izb – 67 (16),

- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się do innych izb – 8 (2),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 81 (18),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów z powodu zgonu – 19 (4),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 26 (18),
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 27 (0),
- skreślenie z listy członków OIL lekarza dentysty z powodu upływu terminu ważności ograniczonego prawa wykonywania zawodu – 2 (1),
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza – 32 (5),
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza dentysty – 3 (0),
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez lekarza specjalizacji – 19 (2),
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego okres wykonywania zawodu przez lekarza dentystę – 1 (0),
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 63 (25),
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza dentysty – 7 (2),
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza – 18 (4),
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza dentysty – 9 (1),
- wznowienie wykonywania zawodu lekarza dentysty po okresowym zaprzestaniu wykonywania do 5 lat – 1 (1),
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 3 (1),
- skierowanie lekarza na przeszkolenie w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat – 2 (0),
- potwierdzenie odbycia przeszkolenia w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat – 2 (0),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej – 57, w tym 15 członków innych izb (20, w tym 6),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej – 48, w tym 13 członków innych izb (11, w tym 4),
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 309, w tym 103 członków innych izb (107, w tym 46),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 137, w tym 64 członków innych izb (41, w tym 25),

- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej wyłącznie w miejscu wezwania – 7, w tym 2 członków innych izb (1),
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej wyłącznie w miejscu wezwania – 11, w tym 2 członków innych izb (1),
- rejestracja grupowej praktyki lekarskiej – 2 (2),
- wyrejestrowanie praktyki – 182 (35),
- wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów – 3 (1),
- odmowa wpisu do rejestru podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów – 1 (0)
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dotyczy podmiotów wpisanych już do rejestru OIL) – 39 (8),
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dotyczy podmiotów, wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej) – 17 (1),
- informacja o prowadzeniu szkoleń na terenie OIL przez podmioty zarejestrowane w innych izbach, a mające potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia przez NIL – 15 (9).

W ramach działalności samopomocowej Okręgowa Rada Lekarska w okresie sprawozdawczym udzieliła:

- 82 zapomogi na kwotę 292.092,00 zł; w poprzedniej kadencji były 92 zapomogi na kwotę 312.258,00 zł (od ostatniego Zjazdu udzielono 20 zapomóg na kwotę 73.040,00 zł),
- 5 zapomóg dla dzieci zmarłych lekarzy w kwocie 18.260,00 zł; w poprzedniej kadencji było 8 zapomóg w kwocie 28.150,00 zł (3 na kwotę 10.956,00 zł),
- pomocy socjalnej dla 23 super-seniorów (lekarzy, którzy ukończyli 90 lat) na łączną kwotę 23.000,00 zł (3 na kwotę 3.000,00 zł),
- 20 odpraw pośmiertnych na łączną kwotę 73.040,00 zł; w poprzedniej kadencji było 28 odpraw na kwotę 94.724,00 zł (3 na kwotę 10.956,00 zł),
- 7 pożyczek w związku ze specjalizowaniem się na kwotę 34.650,00 zł i 1 pożyczkę w związku z otwarciem przewodu doktorskiego na kwotę 9.130,00 zł; w poprzedniej kadencji było łącznie 19 pożyczek szkoleniowych na kwotę 103.940,00 zł (2 na kwotę 9.900,00 zł),
- 225 nagród za uzyskanie specjalizacji na kwotę 164.250,00 zł i 12 nagród za uzyskanie stopnia doktora nauk medycznych na kwotę 35.424,00 zł; w poprzedniej kadencji było łącznie 221 nagród na kwotę 195.957,00 zł (52 nagrody za specjalizację na kwotę 37.960,00 zł i 6 nagród za uzyskanie stopnia doktora nauk medycznych na kwotę 17.712,00 zł),
- 25 dofinansowań do udziału w imprezach sportowych na kwotę 5.050,00 zł, w poprzedniej kadencji było 40 dofinansowań na kwotę 14.000,00 zł.

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 2 komisji konkursowych, powołanych dla wyboru kierowników jednostek ochrony zdrowia,
- 7 komisji, powołanych dla wyboru zastępcy dyrektora ds. leczenia (od ostatniego Zjazdu do 2),
- 29 komisji, powołanych dla wyboru ordynatora,
- 70 komisji, powołanych do wyboru pielęgniarki naczelnej lub oddziałowej (17).

Do końca 2014 roku, czyli w okresie obowiązywania poprzedniej uchwały NRL w sprawie wysokości składki członkowskiej Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwały:

- zwolnienie z obowiązku płacenia składki z powodu zaprzestania wykonywania zawodu – 16 osób – 11 lekarzy, 5 lekarzy dentystów,
- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej z powodu braku dochodu – 46 osób – 37 lekarzy, 9 lekarzy dentystów,
- obniżenie składki członkowskiej do 10zł – 31 osób – 27 lekarzy, 4 lekarzy dentystów.

Od początku 2015 roku, czyli po wejściu w życie obowiązującej aktualnie uchwały NRL w sprawie wysokości składki członkowskiej Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwały:

- zwolnienie z obowiązku opłacania składki na podstawie oświadczenia o nieosiąganiu przychodu – 114 osób – 95 lekarzy, 19 lekarzy dentystów (od ostatniego Zjazdu 42 osoby – 38 lekarzy, 4 lekarzy dentystów),
- przywrócenie obowiązku opłacania składki członkowskiej w związku z osiągnięciem przychodu – 46 osób – 42 lekarzy, 4 lekarzy dentystów (21 osób – 19 lekarzy, 2 lekarzy dentystów).

Okręgowa Rada Lekarska w mijającej kadencji ponadto:

- podjęła szereg uchwał, w tym w sprawie:
 - powołania dwóch komisji do oceny zdolności lekarza do wykonywania zawodu (w obu przypadkach Rada podjęła następnie uchwały o zawieszeniu tych lekarzy w prawie wykonywania zawodu, ponieważ nie zgłaszali się na posiedzenia komisji; w jednym przypadku lekarz po pewnym czasie zgłosił się na badanie i komisja orzekła brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu, wobec czego Rada uchyliła uchwałę zawieszającą; w drugim przypadku uchwała zawieszająca jest cały czas w mocy, ponieważ lekarz do dzisiaj nie zgłosił się na badanie przez komisję),
 - powołania komisji problemowych Opolskiej Izby Lekarskiej,
 - rekomendowania osób do komisji Naczelnej Rady Lekarskiej,
 - przyznania Godności Prymariusza Opolskiego 8 osobom,

- nowelizacji uchwały w sprawie Funduszu Samopomocy (pomoc socjalna dla lekarzy, którzy ukończyli 90 lat),
- zmiany na stanowisku Pełnomocnika ds. Zdrowia,
- zwrotu kosztów ponoszonych na realizację zadań samorządowych,
- opiniowania kandydatów na stanowiska konsultantów wojewódzkich,
- objęcia patronatem i przyznania punktów edukacyjnych dwóm konferencjom organizowanym przez PMWSZ w Opolu,
- dofinansowania dwóch konferencji Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego,
- dofinansowania jubileuszu Oddziału Chirurgii Dziecięcej,
- dofinansowania posiedzenia Unii Polskich Lekarzy Piszących,
- dofinansowania występów chóru Opolskiej Izby Lekarskiej oraz zespołu Reanimators,
- dofinansowania organizowanych na terenie Województwa Opolskiego Mistrzostw Polski Lekarzy w siatkówce oraz ogólnopolskich turniejów tenisowych,
- upoważnienia do podpisania umów z MZ na przekazywanie środków na refundacje zadań zleconych,
- zmiany regulaminu wynagradzania pracowników biura OIL,
- zawieszenia obowiązywania uchwały w sprawie dofinansowania udziału w imprezach sportowych,
- zorganizowania jubileuszu 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej i wystąpienia do Wojewody Opolskiego z wnioskiem o przyznanie z tej okazji odznaczeń państwowych (przyznany został jeden Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, 6 Srebrnych Krzyży Zasługi oraz 4 Brązowe Krzyże Zasługi),
- realizacji remontu siedziby OIL i zaciągnięcia na ten cel kredytu bankowego (w PKO BP na kwotę 2,5 mln zł na 18 lat);

■ przyjęła stanowiska m.in. w sprawie:

- programu TVN Uwaga z 9.11.2015 oraz w sprawie wniosków pokontrolnych po kontrolach, przeprowadzanych później w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu,
- możliwości zatrudniania lekarza w praktyce lekarskiej,
- ustawy regulującej płace zawodów medycznych,
- akcji protestacyjnej środowisk medycznych we wrześniu 2016 oraz akcji protestacyjnej Porozumienia Rezydentów w październiku 2017.

Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej braли udział w:

- posiedzeniach Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,

- posiedzeniach Rad Społecznych kilku szpitali.

W mijającej kadencji doszło do podpisania umowy z kancelarią adwokacką, która pełni całodobowe dyżury, zapewniając możliwość porad prawnych w sytuacjach nagłych.

Opolska Izba Lekarska została sygnatariuszem Opolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, zawieranego pod koniec 2016 roku, grupującego łącznie 10 samorządów, a w drugim półroczu 2017 sprawowała prezydencję w tym Porozumieniu.

Jednym z istotnych problemów, który przewijał się przez drugą część kadencji, był remont siedziby Opolskiej Izby Lekarskiej. Remont, którego łączny koszt wyniósł 3.861.600 zł, został zakończony w połowie 2017 roku.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej prowadził korespondencję m.in. z Wojewodą Opolskim, Dyrektorem Oddziału Opolskiego NFZ, Posłami i Senatorami Ziemi Opolskiej w sprawach dotyczących samorządu lekarskiego i wykonywania zawodu lekarza.

Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO W VII KADENCJI (2013–2017)

W czasie VII kadencji w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Opolu rozpatrywanych było 40 wniosków o ukaranie lekarzy 44.

Wymierzono 21 kar obwinionym lekarzom, w tym ukarano:

- karę upomnienia: 17 lekarzy;
- karę nagany: 2 lekarzy;
- karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres 6 miesięcy-1 lekarza;
- karę pieniężną: 1 lekarza.

Okręgowy Sąd Lekarski VII kadencji w większości ukaranych lekarzy wymierzył najniższą możliwą karę, tj. karę upomnienia, dwóch lekarzy potraktował surowo, wymierzając 2 dolegliwe kary, tj. karę pieniężną i karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza.

Karę pieniężną na cele społeczne związane z ochroną zdrowia ukarano lekarza, który odmawiał udostępnienia pacjentce, leczonej w Indywidualnej Praktyce Lekarskiej, dokumentacji medycznej, w wyniku czego lekarz naruszył obowiązek zapewniania pacjentowi ciągłości leczenia.

Karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza poprzez zakaz wykonywania badań profilaktycznych, wydawania zaświadczeń oraz orzeczeń o zdolności do pracy z zakresu medycyny na okres 6 miesięcy ukarano lekarza, który nie dołożył należytej staranności w zakresie trybu, zakresu i jakości udzielanych świadczeń, przez co naraził pracownika poddane-

go badaniu na poważne konsekwencje mogąc doprowadzić do utraty zdrowia a nawet życia.

W stosunku do 5 lekarzy umorzono postępowanie. Uniewinniono 16 lekarzy od zarzutów zawartych we wniosku o ukaranie.

Podczas posiedzeń jawnych było rozpatrywanych 55 zażaleń na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

W ciągu całej VII kadencji do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu wpłynął jeden wniosek o skierowaniu sprawy do mediacji.

Okręgowy Sąd Lekarski rozpatrywał następujące wnioski o ukaranie z poszczególnych dziedzin:

- chirurgia ogólna – 4;
- choroby wewnętrzne – 18;
- medycyna pracy – 5;
- neurologia – 3;
- ortopedia i traumatologia narządu słuchu – 3;
- protetyka stomatologiczna – 10;
- psychiatria – 2;
- hematologia – 1;
- choroby płuc – 1;
- pediatria – 2;
- ginekologia i położnictwo – 5;
- chirurgia szczękowo-twarzowa – 1;
- medycyna rodzinna – 4;
- bez specjalizacji -1;
- etyka – 3.

Najwięcej spraw rozpoznano z zakresu chorób wewnętrznych i protetyki stomatologicznej. W związku z powyższym należy wyciągnąć wniosek, aby w składzie Okręgowego Sądu Lekarskiego znajdowało się więcej lekarzy dentystów, lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych, ginekologii i położnictwa oraz medycyny rodzinnej.

Akta 3 spraw przekazano do Naczelnego Sądu Lekarskiego, celem wyznaczenia innego Okręgowego Sądu Lekarskiego do rozpatrzenia wniosku o ukaranie,

Akta 1 sprawy przekazano do Naczelnego Sądu Lekarskiego, celem wyznaczenia właściwego Okręgowego Sądu Lekarskiego do rozpatrzenia wniosku o ukaranie, ze względu na przynależność dwóch obwinionych lekarzy do dwóch różnych Izb Lekarskich. Naczelny Sąd Lekarski przekazał akta Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu w Opolu celem dalszego prowadzenia.

W trakcie VII kadencji Okręgowego Sądu Lekarskiego odbyło się 130 wokand sądu – w tym 61 rozpraw głównych i 69 posiedzeń.

*Przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego
Lek. dent. Ewa NOCEN-FIRLEJ*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ W VII KADENCJI (2013–2017)

W VII kadencji wpłynęło 290 spraw, a z poprzedniego okresu pozostało 25 skarg. W VII kadencji nastąpił dalszy wzrost liczby składanych skarg – o 6% w porównaniu z VI kadencją. W sumie w zespole Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w omawianym okresie sprawozdawczym rozpatrywano 315 spraw; zakończono 288 spraw, a 32 – pozostały na następny okres (10%).

Spośród zakończonych postępowań w 125 przypadkach (43%) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odmówił wszczęcia postępowania, a 37 spraw (13%) – umorzono. Natomiast 82 skargi zakończono w inny sposób (np. przekazano ze względu na właściwość do innych OROZ).

Najczęściej zarzucane przez skarżących przewinienia to:

- nieetyczne zachowanie – 36%,
- brak należytej staranności – 19%.

Skargi dotyczyły najczęściej następujących specjalności:

- chorób wewnętrznych – 31%,
- chirurgii ogólnej – 10%.

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 44 spraw o ukaranie 51 lekarzy i lekarzy dentystów (15%).

Spośród 162 skarg, które spotkały się z odmową wszczęcia postępowania lub umorzeniem, odwołania złożono w 49 sprawach (30%), a Okręgowy Sąd Lekarski uwzględnił – 5 (10%).

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Dr n. med. Zbigniew KUZYSZYN*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W VII KADENCJI (XII 2013–I 2018)

W okresie sprawozdawczym miały miejsce 33 posiedzenia KS OIL w Opolu. Ostatnie – 34, planowane jest na 12 lutego 2018 r. Funkcję przewodniczącej Komisji pełniła Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, jej zastępcą była Barbara Hamryszak, a sekretarzem Anna Adamska.

Członkowie naszej Komisji byli powołani do pracy w organach samorządowych NIL:

- dr Rafał Pędich – do Naczelnego Sądu Lekarskiego;
- dr Marta Rodziewicz-Kabarowska – jako Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej;
- dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka – członek KS NRL oraz Przewodnicząca Komisji Problemowej ds. Zawodów Pomocniczych KS NRL.

Okres ten obfitował w wiele wydarzeń, które nie pozostały bez znaczenia dla funkcjonowania lekarzy dentystów i całej służby zdrowia w naszym kraju. Omawia-

liśmy, między innymi nowe zasady wystawiania faktur dla przedsiębiorców podmiotowo zwolnionych z VAT, tematy szkolenia przed- i podyplomowego, zwiększania limitów naboru na studia stomatologiczne, nowe zasady wystawiania recept, udział stomatologów Opolszczyzny w programie OOW NFZ „Akcja profilaktyki stomatologicznej”, działania Ministerstwa Finansów, które zdecydowało o odstąpieniu od okresu dostosowawczego na zainstalowanie kas rejestrujących w przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, rozpoczynających prowadzenie praktyki po 31 grudnia 2016 r. oraz o próbach rozdziału samorządu lekarskiego (Komisja Stomatologiczna naszej Izby opowiedziała się za pozostaniem jednolitej Izby Lekarskiej).

Na prośbę KS NRL opiniowaliśmy następujące zagadnienia:

- zasadność istnienia zawodu asystentki stomatologicznej,
- zasadność skierowań do lekarzy specjalistów z dziedzin stomatologicznych,
- obowiązujące standardy akredytacyjne w przypadku praktyk stomatologicznych,
- projekt rozporządzenia MZ, zmieniającego rozporządzenie w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznych,
- zasadności prowadzenia list oczekujących na świadczenia stomatologiczne,
- poparcie apelu KS NRL o powołanie w strukturach MZ komórki zajmującej się sprawami lekarzy dentystów,
- projekt rozporządzenia MZ, zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

W związku z próbą pobierania opłat w 2015 r. za wystawianie druków DPU o utylizacji odpadów medycznych przez firmę Remondis Medison Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej OIL w Opolu, dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka wraz z Prezesem naszej Izby, dr Jerzym Jakubiszynem podjęli się rozmów z przedstawicielem firmy w sprawie odstąpienia od pobierania opłat za wystawianie druków DPU. Rozmowy zakończyły się sukcesem. Na naszych posiedzeniach dużo czasu poświęciliśmy sprawom związanym ze stosowaniem amalgamatu srebra w leczeniu stomatologicznym, będącym podstawowym materiałem do wypełnień w zębach bocznych w świadczeniach gwarantowanych przez NFZ (Parlament Europejski w swoich działaniach postanowił docelowo wycofać z użycia amalgamat srebra – szkodliwe działanie rtęci – oraz na czas przejściowy we wszystkich gabinetach stomatologicznych wprowadzić obowiązek stosowania separatorów amalgamatu). W tej kwestii cały czas nasza Komisja współpracuje z KS NRL. Od wielu lat zgłaszamy postulaty o zwiększenie nakładów na leczenie stomatologiczne, sprzeciwiamy się niesprawiedliwym kry-

teriom w wyborach ofert kontraktowych. W ostatnich miesiącach wystosowaliśmy pismo do Dyrektora OOW NFZ o analizę wyceny punktu kalkulacyjnego, niezmiennie od wielu lat, w poszczególnych zakresach świadczeń stomatologicznych. Na bieżąco informowaliśmy o wszelkich zmianach w przepisach prawnych, dotyczących stomatologii i prowadzenia prywatnych praktyk.

Wspólnie z Opolskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zorganizowaliśmy wiele posiedzeń naukowo-szkoleniowych, goszcząc jako wykładowców między innymi takie znamienite dla środowiska stomatologów osoby jak: prof. H. Limanowską-Shaw, prof. M. Dominiak (obecna Prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego), dr A. Lellę (obecna Prezydent ERO-FDI) czy dr n. med. A. Ruchałę-Tyszler (byłą Wiceprezes NRL).

Mamy także powody do dumy. Z okazji 25-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej w styczniu 2015 r. podczas uroczystości w Filharmonii Opolskiej decyzją Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego uhonorowano odznaczeniami państwowymi wśród innych członków naszego Samorządu także członków naszej Komisji Stomatologicznej. Brązowy Krzyż Zasługi otrzymali: dr Ewa Noceń-Firlej, dr Katarzyna Rączy i dr Stanisław Chruszczyk. Podczas tej samej uroczystości wręczono także Godność Honorową OIL „Prymariusza Opolskiego”. Otrzymali je pośród innych laureatów nasi członkowie: dr Ewa Noceń-Firlej i dr Wiesław Sienkiewicz. W marcu 2017 r. Godność Honorową „Bene Meritus” przyznana przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego otrzymała Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej OIL, dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Pod koniec ubiegłego roku Złoty Medal za Długoletnią Służbę w 25 rocznicę Kodeksu Etyki Lekarskiej otrzymała dr Marta Rodziewicz-Kabarowska. Koniec 2017 roku to także wiadomość, iż Kapituła Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” Naczelnej Izby Lekarskiej postanowiła przyznać Przewodniczącej KS OIL Opole, dr Jolancie Smerkowskiej-Mokrzyckiej to ważne odznaczenie.

Niektórzy członkowie Komisji Stomatologicznej w wolnym czasie nosząc barwy Opolskiej Izby Lekarskiej rozsławiają jej imię. W XII Ogólnopolskich Mistrzostwach Izb Lekarskich w Żeglarkstwie w klasie Omega w 2015 r. nasza załoga w składzie: Sylwester Pikor, Anna Adamska i Jolanta Korjat zdobyła III miejsce. Chór OIL w Opolu „Medicantos”, którego członkami są także koleżanki i koledzy naszej Komisji, choć jeden z najmłodszych w kraju, znany jest powszechnie. Jego koncerty cieszą się stale wielką popularnością, a zorganizowany (po raz pierwszy w naszej Izbie) przez naszą koleżankę Martę Rodziewicz-Kabarowską w zeszłym roku plener fotograficzny dla lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju, zyskał wiele pozytywnych recenzji.

*Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej OIL
Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ W OKRESIE OD 2010 DO 2013

Komisja w składzie:

1. Adam Martyniszyn	przewodniczący
2. Anna Chirowska-Adamczyk	wiceprzewodnicząca
3. Włodzimierz Fijałkowski	wiceprzewodniczący
4. Marcin Mielczarek	sekretarz
5. Leszek Pisarski	członek

W okresie czteroletniej kadencji Komisja odbyła 8 posiedzeń. Komisja przeprowadzała swoje posiedzenia zgodnie z planem. Dodatkowych posiedzeń poświęconych konkretnym tematom nie było potrzeby zwoływać. W trakcie swoich prac Komisja zajmowała się działalnością finansową Zarządu Izby przez kontrolę bieżącą dokumentacji finansowo-księgowej. Oceniano dowody księgowe, wynik finansowy i przepływy środków na kontach Izby. Zapoznawano się z planami budżetowymi na każdy rok oraz oceniano wykonanie budżetu po zamknięciu roku finansowego. Wszystkie pojawiające się niejasności i zapytania wyjaśniane były na bieżąco w trakcie prac Komisji. Członkowie OKR dobrze oceniają sposób prowadzenia dokumentacji księgowej Izby i nie wnosili uwag do prowadzenia spraw finansowych przez Zarząd Izby.

W czasie upływającej kadencji nie wpłynęły zapytania, wnioski wymagające opracowania stanowiska czy wydania opinii Komisji.

- Stan środków bankowych na dzień 31.12.2009 – na lokatach 650.000,00 zł
- Środki bankowe na rachunku bieżącym – 98.103,90 zł
- Stan środków bankowych na dzień 31.10.2013 – na lokatach 760.000,00 zł
- Środki bankowe na rachunku bieżącym – 97.207,46 zł

Ściągalność składek członkowskich na rzecz Izby znacznie się poprawiła. Było to efektem stanowczego działania organów Izby. W roku 2009 wynosiła 69,97%, zaś w 2013 roku 74,32%. Z tego powodu poprawił się stan finansowy. Pozostaje do korekty naliczanie składek dotyczących rencistów i emerytów nie pracujących. Mimo wysłanych pism nie otrzymano jeszcze wszystkich odpowiedzi w tej sprawie.

Komisja przyjęła z zadowoleniem przekształcenie wieczystego użytkowania gruntu pod siedzibą Izby Lekarskiej w prawo własności nieruchomości gruntowej, przez wykup od miasta parceli pod siedzibą Izby oraz planowanym remontem całociowym siedziby Izby na ul. Grunwaldzkiej 23.

Wszystkim członkom Komisji Rewizyjnej dziękujemy za poświęcony czas i wkład w pracę komisji w kończącej się kadencji.

*Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Lek. Adam MARTYNISZYN*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W VII KADENCJI (LUTY 2013–LUTY 2018)

Komisja Kształcenia OIL działała w składzie: Andrzej Bunio, Waldemar Ilczyszyn, Jerzy Jakubiszyn, Stanisław Kowarzyk, Elżbieta Krzymowska, Małgorzata Lechniak, Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska, Ewa Nociński- Firlej, Ewa Pawliszyn, Rafał Pędich, Arkadiusz Rams, Marta Rodziewicz- Kabarowska, Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, Piotr Sysło i Aleksander Wojtyłko. Komisja w okresie sprawozdawczym odbyła 11 posiedzeń.

W okresie sprawozdawczym zorganizowano 58 szkoleń, w których uczestniczyło około 1564 lekarzy / lekarzy dentyków.

Komisja organizowała przede wszystkim szkolenia obowiązkowe dla lekarzy w trakcie specjalizacji z całej Polski. Nasza izba jest jedną z nielicznych, które organizują tego typu szkolenia. Również organizowano szkolenia w Delegaturach naszej izby.

Członkowie KK uczestniczyli w konferencji, szkoleniach, spotkaniach NIL, w 6 posiedzeniach Komisji kształcenia NIL oraz opiniowali szkolenia prowadzone przez różne firmy.

Na posiedzeniach Komisji Kształcenia NIL omawiano sprawy dotyczące kształcenia młodych lekarzy i dokumentacji medycznej. Na jednym spotkaniu, w którym uczestniczyli przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta, przedstawiono propozycję poszerzenia kształcenia studentów medycyny z zakresu Praw Pacjenta, poruszono problem tajemnicy lekarskiej, natomiast Przewodniczący Komisji zaproponował większą współpracę pomiędzy Rzecznikiem a NIL.

Na spotkaniu z przedstawicielami MZ poruszono problem związany z logowaniem do SMK, zaproponowano możliwość szkolenia już studentów medycyny VI-go roku i przedstawicieli Okręgowych Izb Lekarskich.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom z Komisji bardzo dziękuję za współpracę oraz tym, którzy brali czynny udział w organizowaniu szkoleń, szczególnie pp. Basi Oborskiej i Bożenie Joks, koleżdze Staszku Kowarzykowi za informacje umieszczane na stronie internetowej Izby, koleżance Basi Hamryszak za pilotowanie szkoleń dla Stomatologów.

Zapraszam w nowej kadencji młodych lekarzy do pracy w komisji – jesteście młodzi z nowymi pomysłami, świeżym połotem i energią.

Wykaz zrealizowanych szkoleń dla lekarzy/lekarzy dentystów w trakcie specjalizacji w latach 2013–2017

L.p.	Numer i temat kursu	Termin	Uczestnicy	Osób
2013 r.				
1.	Nr 5-730/1-12-221-2013 „Zdrowie publiczne”	04–07.04.2013 r. oraz 11–14.04.2013 r.	lekarze wszystkich specjalności rozpoczętych po 30.05.2003 r.	52
2.	„Profilaktyka chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego u mężczyzn”	21.09.2013 r.	lekarze specjaliści w dziedzinie: medycyny rodzinnej, medycyny pracy, urologii	30
3.	Nr 5-705/1-02-235-2013 „Diagnostyka obrazowa”	05–08.11.2013 r.	lekarze w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych	21
4.	Nr 5-730/1-12-222-2013 „Zdrowie publiczne”	14–17.11.2013 r. oraz 21–24.11.2013 r.	lekarze wszystkich specjalności rozpoczętych po 30.05.2003 r.	37
2014 r.				
1.	Nr 5-730/1-12-284-2014 „Zdrowie publiczne”	27–30.03.2014 r. oraz 03–06.04.2014 r.	lekarze wszystkich specjalności rozpoczętych po 30.05.2003 r.	40
2.	Nr 5-705/1-04-235-2014 „Transfuzjologia”	19–21.05.2014 r.	lekarze w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych	10
3.	„Prowadzenie działalności leczniczej w podmiotach leczniczych, przetwarzanie danych osobowych wg. obowiązujących przepisów”	30.05.2014 r.	lekarze wszystkich specjalności	25
4.	Nr 5-705/1-02-239-2014 „Diagnostyka obrazowa”	27–30.10.2014 r.	lekarze w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych	10
5.	„Stany nagłe w gabinecie lekarskim”	08.11.2014 r.	lekarze wszystkich specjalności	10
6.	Nr 5-730/1-12-285-2014 „Zdrowie publiczne”	13–16.11.2014 r. oraz 20–23.11.2014 r.	lekarze wszystkich specjalności rozpoczętych po 30.05.2003 r.	37
2015 r.				
1.	Nr 05-730/1-12-290-2015 „Zdrowie publiczne”	09–12.04.2015 oraz 16–19.04.2015 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji między 30.05.2003 r. a 31.03.2014 r.	21
2.	„Prowadzenie działalności leczniczej w podmiotach leczniczych, przetwarzanie danych osobowych wg. obowiązujących przepisów”	08.05.2015 r.	lekarze wszystkich specjalności	17
3.	Nr 05-705/1-03-238-2015 „Onkologia”	05–09.10.2015 r.	lekarze w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych	45
4.	Nr 05-730/3-42-308-2015 „Zdrowie publiczne”	06–08.11.2015 r. oraz 13–14.11.2015 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	29
5.	Nr 05-730/3-42-308-2015 „Orzecznictwo lekarskie”	20–22.11.2015 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	30
6.	05-730/3-42-310-2015 „Prawo medyczne”	04–06.12.2015 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	51
2016 r.				
1.	„Prowadzenie działalności leczniczej w podmiotach leczniczych, przetwarzanie danych osobowych wg. obowiązujących przepisów”	17.02.2016 r.	lekarze wszystkich specjalności	15
2.	Nr 05-730/1-12-117-2016 „Zdrowie publiczne”	08–10.04.2016 r. oraz 14–17.04.2016 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji przed 01.10.2014 r.(stary tryb)	33
3.	Nr 05-705/3-05-039-2016 „Medycyna paliatywna”	02–05.06.2016 r.		25
4.	Nr 05-730/3-42-120-2016 „Zdrowie publiczne”	07–09.10.2016 r. oraz 15–16.10.2016 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	39
5.	Nr 05-730/3-42-120-2016 „Orzecznictwo lekarskie”	21–23.10.2016 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	41
6.	Nr 5-730/3-43-119-2016 „Prawo medyczne”	04–06.11.2016 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	51

L.p.	Numer i temat kursu	Termin	Uczestnicy	Osób
2017 r.				
1.	„Stany nagłe w gabinecie lekarskim”	11.03.2017 r.	lekarze wszystkich specjalności	12
2.	Nr 05-730/1-12-128-2017 „Zdrowie publiczne”	20–23.04.2017 r. oraz 27–30.04.2017 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji przed 01.10.2014 r.(stary tryb)	31
3.	Nr 05-760/3-44-024-2017 „Przetaczanie krwi i jej składników”	11–12.05.2017 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	32
4.	Nr 05-705/3-07-034-2017 „Geriatrya”	02–03.06.2017 r.	lekarze w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych	23
5.	Nr 05-712/3-41-05702017 „Ratownictwo medyczne”	25–29.09.2017 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	28
6.	Nr 05-730/3-42-129-2017 „Zdrowie publiczne”	06–08.10.2017 r. oraz 13–14.10.2017 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	27
7.	Nr 05-730/3-42-129-2017 „Orzecznictwo lekarskie”	20–22.10.2017 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	26
8.	Nr 05-730/3-43-130-2017 „Prawo medyczne”	17–19.11.2017 r.	lekarze zakwalifikowani do specjalizacji w trybie modułowym(po 01.10.2014 r.)	31
Łącznie:	30			879

Przewodnicząca Komisji Kształcenia OIL
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI ETYKI LEKARSKIEJ OIL W VII KADENCJI (2013–2017)

VII kadencję działalności izb lekarskich w Polsce Komisja Etyki OIL rozpoczęła w 12-osobowym składzie, po czym po korektach, pracowała w 10-osobowym składzie:

- Przewodnicząca: Marta Rodziewicz-Kabrowska,
- Sekretarz: Małgorzata Falenta-Hitnarowicz,
- Członkowie: Marek Dryja, Wojciech Hulok, Ewa Junosza-Szaniawska, Antoni Junosza-Szaniawski, Bogusław Kudyba, Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska, Teresa Sicińska-Werner i Ewa Trejnowska.

Odbyliśmy 10 posiedzeń, przy czym 2 spośród nich były spotkaniami wyjazdowymi połączonymi z uczestnictwem w organizowanych przez Medycynę Praktyczną konferencjach pt. „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej” w Krakowie. Jedna z tych konferencji miała charakter międzynarodowy.

W 3 posiedzeniach udział wzięli goście, tj. prof. Andrzej Wojnar – Przewodniczący KEL przy NRL, dr Tomasz Grzyb – psycholog, wykładowca w Uniwersytecie SWPS we Wrocławiu oraz Artur Broncel – twórca filmu o Władysławie Biegańskim, który to film był prezentowany w naszej izbie. Gościliśmy również delegację młodych lekarzy, którzy brali udział w proteście dotyczącym poprawy warunków pracy stażystów i rezydentów dla dobra pacjentów i całego środowiska medycznego.

Podczas posiedzeń członkowie KEL OIL zajmowali się następującymi problemami:

- rozpatrzono 2 skargi dot. wzajemnej relacji lekarz – lekarz;

- omawiano problem klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej;
- potrzeby i możliwości nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej;
- co i komu lekarz może powiedzieć o swoim pacjencie (VIII sympozjum w Krakowie);
- czy lekarz może pomóc choremu umrzeć? (IX sympozjum w Krakowie);
- miejsce etyki lekarskiej w praktyce zawodowej młodych lekarzy (czy istnieje konflikt pokoleń w tym zakresie ?);
- problem obowiązku leczenia bólu – w odpowiedzi na apel Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich;
- potrzeba dyskusji nt. spójności celów działania organów samorządu (stanowisko KEL Śląskiej Izby Lekarskiej);
- Władysław Biegański – prezentacja filmu o wybitnym lekarzu i etyku wraz ze spotkaniem z twórcą filmu Arturem Broncelem z Częstochowy.

Ponadto Przewodnicząca Komisji wzięła udział w 2 konferencjach z zakresu etyki lekarskiej w Śląskiej Izbie Lekarskiej. Tematami były:

- Dehumanizacja medycyny;
- Nowelizacja kodeksu Etyki Lekarskiej w odniesieniu do Art. 61KEL (panel dyskusyjny z udziałem prawników).

Jako członek KEL Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodnicząca brała aktywny udział w posiedzeniach tej komisji w Warszawie, a także poprzez stały kontakt drogą mailową.

Etyka lekarska jest i będzie zawsze ważna w pracy każdego lekarza. Mimo, niekiedy różnych interpretacji zapisów obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej, powin-

na zawsze pomagać lekarzom w podejmowaniu trafnych decyzji, a nie przeszkadzać. I służyć wspólnemu dobru – lekarzy, środowiska medycznego i przede wszystkim – pacjentów.

*Przewodnicząca Komisji Etyki Lekarskiej
Lek. dent. Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI BIOETYCZNEJ OIL W VII KADENCJI (2013–2017)

Komisja Bioetyczna OIL w Opolu działając w następującym składzie:

1. Przewodnicząc: dr n. med. Jacek Miarka – specjalista internista, kardiolog
2. Członkowie:
 - Junosza-Szaniawski Antoni – specjalista psychiatra,
 - Chowaniec Tadeusz – specjalista ginekolog,
 - Dryja Marek – specjalista medycyny ratunkowej,
 - Wojtyła Aleksander – specjalista chirurg dziecięcy,
 - Kossowska Agnieszka – psycholog,
 - Krauze Anna – prawnik,
 - Szczepielniak Barbara – farmaceutka.

W okresie, jak wyżej Komisja Bioetyczna odbyła 12 posiedzeń, na których rozpatrzyła łącznie 54 prac – lokalne badania własne oraz doktoraty. Wydano pozytywnych 53 opinii i 1 negatywną opinię.

*Przewodniczący Komisji Bioetycznej OIL
Dr n. med. Jacek MIARKA*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI KULTURY OIL VII KADENCJI (2014–2017)

Komisja Kultury została powołana przez ORL w dniu 22 czerwca 2016 r. W jej składzie znaleźli się:

- Marek Błaszczuk,
- Agnieszka Kania,
- Marek Kania,
- Jerzy Lach,
- Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska,
- Marta Rodziewicz-Kabarowska,
- Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Na pierwszym spotkaniu członków Komisji Kultury w dniu 25 stycznia 2017 r. wybrano Przewodniczącą Komisji. Została nią Marta Rodziewicz-Kabarowska – Prezes Chóru Lekarskiego OIL „Medicanto”.

Podczas krótkiego okresu działalności komisji (1 rok) jej członkowie zaangażowali się przede wszystkim w organizację Ogólnopolskiego Pleneru Fotograficznego Lekarzy w Rogowie Opolskim w dniach 14-18.06 2017.

Spotkanie to, przy merytorycznym wsparciu znakomitych artystów fotografików: Krzysztofa Millera i Romana Hlawacza, należy zaliczyć do bardzo udanych przedsięwzięć, wartych kontynuowania.

Do wyjątkowych wydarzeń należy zaliczyć też udział naszego Chóru Lekarskiego „Medicanto” w III Festiwalu Chórów Lekarskich w Gnieźnie i Trzemesznie. Festiwal ten, organizowany co 2 lata przez Wielkopolską Izbę Lekarską, jest wyjątkową okazją do spotkań śpiewających lekarzy, doskonalenia warsztatu wokalnego pod okiem profesjonalistów, porównania osiągnięć własnych z innymi, już 9 chórami lekarskimi w Polsce. Nasz chór uczestniczył już drugi raz w festiwalu i nasze występy w Katedrze Gnieźnieńskiej oraz barokowej bazylice w Trzemesznie spotkały się z gorącym przyjęciem i uznaniem.

Członkowie Komisji Kultury spotkali się na 4 zebraniach.

Zachęcam do włączenia się w pracę naszej Komisji, która jest otwarta dla wszystkich koleżanek i kolegów, którzy chcieliby się włączyć w już istniejącą działalność (zespoły muzyczne, chór) albo mieliby inne nowatorskie pomysły na dalszy jej rozwój, a być może też zaprezentowanie swoich osiągnięć artystycznych w różnych dziedzinach sztuki.

*Przewodnicząca Komisji Kultury OIL
Lek. dent. Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI MŁODYCH LEKARZY OIL VII KADENCJI (2013–2017)

W 2013 r. rozpoczęła działalność Komisja Młodych Lekarzy z nowym Przewodniczącym Tomaszem Mazurem. Głównym problemem, z którym należało się zmierzyć była integracja lokalnego środowiska młodych lekarzy. Dzięki współdziałaniu działacza Porozumienia Rezydentów Konrada Rekuckiego udało się osiągnąć ten cel za pośrednictwem profilu na portalu Facebook. Dzięki temu wszyscy zainteresowani byli na bieżąco informowani o celach, efektach i dalszych planach postępowania.

Następnie Komisja Młodych Lekarzy rozpoczęła nowe działania na kilku frontach. Za najważniejsze cele uznano:

- Monitorowanie problemów zgłaszanych przez młodych lekarzy, w szczególności dotyczących przestrzegania programu specjalizacji oraz prawa pracy;
- Udział w ogólnopolskich strukturach Samorządu Lekarskiego (Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy i Komisji Młodych przy Naczelnej Izbie Lekarskiej);
- Aktywny udział młodych lekarzy w działaniach Porozumienia Rezydentów służących działaniom naprawczym w obrębie sektora zdrowotnego w Polsce.

Znaczącym wydarzeniem dla przyszłego udziału młodych lekarzy w pracach OIL w Opolu było utworzenie oddzielnych okręgów wyborczych w wyborach na delegatów. Dzięki temu udało się powiązać wielu lekarzy zahartowanych w działalności na rzecz Porozumienia Rezy-

dentów z pracą na rzecz samorządu lekarskiego, co rodzi nadzieję na bardzo aktywną rolę Komisji Młodych Lekarzy w kadencji 2018-2022.

*Przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy OIL
Lek. Tomasz MAZUR*

* * *

SPRAWOZDANIE KOMISJI DS LEKARZY SENIORÓW OIL W VII KADENCJI (2013-2017)

Skład Komisji: Chowaniec Tadeusz – Przewodniczący, Wojtalska-Kusyk Grażyna – sekretarz, członkowie: Cerbe-Mynte Teodora, Kubicki Janusz, Kudyba Bogusław, Mielczarek Bogdan, Ostrowski Bolesław, Pichurski Ryszard, Płaszowiecka Ewa, Wróbel Jan.

W czasie kadencji Komisja odbyła 14 posiedzeń, na których omawiano ważne dla seniorów sprawy. Opiniowano podania o zapomogi pieniężne, a także występowano o ich przyznanie w imieniu potrzebujących.

Zainicjowano specjalne uhonorowanie „Superseniorów”, tj. lekarzy, którzy przeżyli 90 lat, przyznając im okolicznościowe dyplomy i 1000 zł jednorazowego wsparcia (14 osób).

W każdym roku organizowano Spotkania Oplatkowe oraz Spotkania Wiosenne, na których wręczano okolicznościowe dyplomy i znaczki izbowe seniorom, którzy uzyskali dyplomy lekarskie przed 50 laty (88 osobom). Spotkania te uświetniane były każdorazowo występami chóru męskiego „Kamerton” oraz jednorazowo przez chór izbowy „Medicanto”.

W 2015 r. 3 seniorów uczestniczyło we wczasach w Rabce organizowanych przez NIL.

W latach 2015, 2016 i 2017 zorganizowano wycieczki do JuraParku Naukowego w Krasiejowie, po Opolszczyźnie – ze szczególnym uwzględnieniem Góry św. Anny – oraz do Legnicy i okolic, w których brało udział po kilkanaście osób.

Przewodniczący Komisji brał udział (2016 r.) w opracowaniu i wdrożeniu tzw. „Pudełka Życia”, organizowanym przez Urząd Miasta i Radę Seniorów w Opolu.

Ostatnie Spotkanie Oplatkowe odbyte w odnowionym budynku Izby wskazuje, że maksymalna liczba osób, któ-

ra można usadzić w budynku i to nie w jednolitym pomieszczeniu, wynosi tylko ok. 60.

Komisja dziękuje Radzie OIL i jej Prezesowi za konstruktywny stosunek do potrzeb lekarzy-seniorów.

*Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Seniorów
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW OIL W VII KADENCJI (2015–2017)

Funkcję tę przyjąłem w maju 2015 roku. Jestem neurologiem, psychiatrą, specjalistą terapii uzależnień i realizuję specjalizację z medycyny pracy, posiadam abstraktoryum studiów na wydziale prawa.

W czasie objętym sprawozdaniem uczestniczyłem w jednym postępowaniu Komisji Orzekającej w przedmiocie Niezdolności do Wykonywania Zawodu ze względu na stan zdrowia lekarza. Osoba ta, zmieniając miejsce zamieszkania i pracy, przestała pozostawać w obszarze tutejszej Izby więc została przekazana właściwej terytorialnie Izbie. Sprawa ta nie miała związku z uzależnieniem od środków psychoaktywnych.

Ponadto kontynuowany jest monitoring dwóch spraw z poprzedniego okresu, które zakończyły się uznaniem zdolności lekarzy do wykonywania zawodu z zastrzeżeniem konieczności kontynuowania leczenia podtrzymującego remisję i uzgodnienia sposobu jego monitorowania, co jest realizowane wg przyjętych uzgodnień. Sprawy te nie dotyczyły uzależnień od środków psychoaktywnych.

Uczestniczyłem w corocznym połączonym spotkaniu Pełnomocników ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów i Rzeczników Praw Lekarza OIL organizowanym przez Rzecznika Praw Lekarza NIL w okresie 4-6 maja 2017 r. Sprawozdanie z omawianych tam spraw i ustalenia były publikowane w Gazecie Lekarskiej.

*Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL
Lek. Maciej SZCZEŚNIAK*

* * *

PRELIMINARZ BUDŻETOWY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ NA 2018 R.

	Plan 2017	Wykonanie 2017	Plan 2018
Przychody z działalności statutowej	1.929.000,00	1.992.667,41	1.999.000,00
Składki członkowskie	1.800.000,00	1.842.180,00	1.850.000,00
Refundacja z Ministerstwa Zdrowia (zadania przejęte)	100.000,00	98.384,00	110.000,00
Opłaty za rejestrację praktyk	15.000,00	16.224,50	16.000,00
Refundacja z Urzędu Marszałkowskiego (staż podyplomowy)	13.000,00	12.740,00	13.000,00
Komisja Bioetyczna – wydanie opinii	1.000,00	7.317,06	2.000,00
Przychody finansowe		9.358,21	5.000,00
Inne przychody		6.463,64	3.000,00
Przychody pozostałe	51.000,00	56.743,44	57.000,00
Wynajem pomieszczeń	1.000,00	487,80	1.000,00
Reklamy w Biuletynie Informacyjnym	10.000,00	14.880,72	15.000,00

	Plan 2017	Wykonanie 2017	Plan 2018
Prowizja OC	37.000,00	41.046,10	41.000,00
Pozostałe przychody operacyjne	3.000,00	328,82	-
Zyski nadzwyczajne	-	-	-
Przychody ogółem	1.980.000,00	2.049.410,85	
Koszty rodzajowe	1.110.400,00	1.203.846,30	1.304.150,00
Zużycie materiałów, energii, wody	63.500,00	80.614,77	165.700,00
Energia, gaz, woda	46.000,00	56.093,30	46.000,00
Artykuły biurowe	6.500,00	8.267,22	8.000,00
Środki czystości	5.600,00	4.469,19	5.000,00
Prenumerata czasopism	2.400,00	2.766,67	2.700,00
Inne materiały	2.000,00	4.204,57	104.000,00
Wybory korespondencyjne	1.000,00	4.813,82	-
Usługi obce	194.400,00	251.255,05	189.700,00
Remonty, konserwacja	1.000,00	5.886,26	6.500,00
Koszty kolportażu	13.000,00	12.751,75	13.000,00
Koszty Biuletynu Informacyjnego	44.000,00	46.029,90	46.000,00
Usługi pocztowe	26.000,00	24.073,03	24.000,00
Usługi prawne	69.400,00	69.348,00	74.300,00
Inne usługi	32.000,00	68.574,91	20.000,00
Tworzenie nowego rejestru lekarzy	-	-	-
Wybory korespondencyjne	9.000,00	24.591,20	5.900,00
Podatki i opłaty	5.000,00	3.957,20	4.000,00
Wynagrodzenia	554.300,00	570.402,01	598.500,00
Osobowe wynagrodzenia	404.000,00	401.030,01	425.000,00
Umowa zlecenia, umowa o dzieło	90.000,00	112.200,00	112.000,00
Nagrody za specjalizację	50.000,00	55.672,00	60.000,00
Komisja Bioetyczna	700,00	1.500,00	1.500,00
Wybory korespondencyjne	9.600,00	-	-
Świadczenia na rzecz pracowników	92.200,00	98.158,00	96.650,00
Składka ubezpieczeniowa, Fundusz Pracy, FGŚP	82.000,00	87.885,89	86.700,00
Zakładowy Fundusz Nagród	-	-	-
Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	9.500,00	9.248,15	9.250,00
BHP	700,00	1.023,96	700,00
Amortyzacja	60.000,00	55.191,48	102.100,00
Amortyzacja środków trwałych	60.000,00	55.191,48	102.100,00
Pozostałe koszty	141.000,00	144.267,79	147.500,00
Posiedzenia ORL i Prezydium ORL	34.000,00	33.421,57	34.000,00
Posiedzenia komisji problemowych	15.200,00	10.212,73	10.000,00
Zjazd	4.500,00	4.541,76	4.500,00
Ubezpieczenia majątkowe	3.000,00	6.980,78	7.000,00
Sport, kultura, turystyka	6.000,00	2.547,60	4.000,00
Komisja Bioetyczna ryczałt	4.300,00	4.000,00	4.000,00
Koszty podróży	40.000,00	56.226,90	56.000,00
Inne koszty	30.000,00	26.099,07	28.000,00
Wybory korespondencyjne	4.000,00	237,38	-
Składki do NIL	270.000,00	280.283,25	277.500,00
Kształcenie podyplomowe	50.000,00	49.353,41	100.000,00
Fundusz Samopomocy	90.000,00	90.000,00	100.000,00
Pozostałe koszty operacyjne		1,68	
Straty operacyjne, odsetki od kredytu	68.400,00	57.218,90	118.000,00
Rzecznik Praw Lekarza	10.000,00	2.704,66	5.000,00
Wydatki ogółem	1.598.800,00	1.683.408,20	1.904.650,00
	381.200,00	366.002,65	
Podatek dochodowy od osób prawnych	3.800,00	5.731,00	-

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 20 grudnia 2017 r. odbyło się ostatnie w roku posiedzenie Rady Okręgowej naszej Izby. Posiedzenie – wg zaakceptowanego wcześniej planu – prowadził Prezes Jakubiszyn.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Jednogłośnie postanowiono wpisać do rejestru Opolskiej Izby następujących lekarzy: Tatianę Isajenko, która posiada kartę stałego pobytu na terenie RP (przeniesienie z OIL w Rzeszowie), Kingę Szczepańską (przeniesienie z OIL w Łodzi) oraz Piotra Paszka (przeniesienie z DIL).

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Jednogłośnie przyznano 4 pkt. edukacyjne dla firmy Amader, która przeprowadziła szkolenie dla lekarzy dentyków pt. „Mapa drogowa endodoncji” w dniu 9 grudnia 2017 r. w Opolu.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru praktyk wykreślono dwie praktyki, w tym jedna z powodu zgonu lekarza.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Funduszu Samopomocy wpłynęło jedno podanie o przyznanie zapomogi – świadczenie przyznano przy 3 głosach wstrzymujących.

Ponadto kol. Natalia Pelczar poprosiła o dofinansowanie do II Ogólnopolskiego Turnieju Tenisa Ziemnego Lekarzy w Opolu „Vital Medic Cup 2”. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

O zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nieosiągania przychodów zwróciło się 6 osób. Uchwały podjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów orl oraz Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 15 grudnia 2017 r.

Na posiedzeniu Konwentu rozmawiano o aktualnym proteście lekarzy rezydentów i specjalistów, którzy wypowiadają umowy opt-out. Liczba wypowiadanych umów jest różna na terenie poszczególnych województw, największy procent lekarzy, którzy przystąpili do tego protestu jest na terenie województwa łódzkiego. Ponadto Konwent przyjął stanowisko (które na posiedzeniu NRL zostało przekazane Dyrektorowi CMKP), że jeżeli na kursy, organizowane przez izby lekarskie będzie obowiązywał wyłącznie system aplikowania poprzez SMK (a więc bez

preferencji dla członków Izby organizującej kursy), to izby zaprzestaną organizacji tych kursów. Natomiast podczas posiedzenia NRL wręczono dyplomy lekarzom, którzy najlepiej zdali LEK i L-DEK. Ponadto postanowiono opracować jednolity regulamin przejmowania dokumentacji medycznej praktyk lekarskich po zmarłych lekarzach oraz praktyk lekarzy, którzy zakończyli działalność. Mówiono też o konsekwencjach wejścia w życie przepisów, które podnoszą od stycznia 2018 r. stawkę VAT na wyroby medyczne z 8% na 23%.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.

Kol. Chowaniec opowiedział o spotkaniu wigilijnym lekarzy seniorów w siedzibie Izby, w którym wzięło udział 62 Koleżanek i Kolegów (było bardzo ciasno), a kol. Martyniszyn zdał relację z podobnego spotkania, z udziałem izbowego chóru, które odbyło się w Kluczborku (oba wydarzenia miały miejsce 16 grudnia).

Kol. Latała poinformował o ostatnim szkoleniu zorganizowanym wspólnie przez KS oraz PTS dla lekarzy dentyków, podczas którego dr hab. n. med. Małgorzata Radwan-Oczko z Zakładu Patologii Jamy Ustnej UM we Wrocławiu wygłosiła wykład pt. „Zmiany chorobowe błony śluzowej jamy ustnej u osób starszych – diagnostyka i epidemiologia”.

Kol. Dryja uczestniczył w pierwszym posiedzeniu Rady Społecznej USK, która liczy 11 członków, a której Przewodniczącą została prof. Wiesława Piątkowska.

Sprawy różne i wolne wnioski.

Kol. Mielczarek opowiedział o trudnej sytuacji, jaka ma miejsce na Oddziale Wewnętrznym Szpitala w Oleśnie, w związku z końcem okresu wypowiedzenia umów o pracę lub umów cywilno-prawnych, złożonych przez czwórkę lekarzy z końcem września. Mimo upływu 3 miesięcy, Dyrekcja Szpitala nie zareagowała na postulaty tych lekarzy, przedstawione przy składaniu wypowiedzeń.

Prezes przedstawił pismo dr Danuty Gmyrek, prezesa Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej, afiliowanej przy OIL, wnoszące o podwyższenie wynagrodzenia dla osoby, obsługującej Kasę, z 300 zł na 500 zł. W dyskusji zwracano uwagę, że Kasa powinna w swojej działalności uwzględniać również koszty administracyjne. Prezes wystąpi więc z pismem do kol. Gmyrek z prośbą o przedstawienie sytuacji finansowej Kasy.

Po wyczerpaniu porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

LAUR UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI ZA 2017 ROK ROZDANE!!



12 stycznia 2018 r. w świeżo oddanej do użytku Hali Widowiskowo-Sportowej „Okrągłak” odbyło się po raz 26 wręczenie Laurów Umiejętności i Kompetencji przyznawanych przez Opolską Izbę Gospodarczą. Wśród wielu nagrodzonych znaleźli się również lekarze. A oto oni:

KRYSTAŁOWY LAUR UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI

Dr n. med. DARIUSZ ŁĄTKA – Ordynator Oddziału Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, laureat Złotego Lauru 2010 i Platynowego Lauru 2014.

Lekarz neurochirurg, związany z Opolszczyzną od 1997 roku, gdy rozpoczął tu organizację pierwszego pełnoprofilowego oddziału neurochirurgicznego w ówczesnym Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu. Od 2003 roku pełni funkcję ordynatora Oddziału Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu. Jest Konsultantem Wojewódzkim w zakresie neurochirurgii i neurotraumatologii dla województwa opolskiego. Był inicjatorem powołania i pierwszym Prezesem Zarządu Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Neurochirurgii na Opolszczyźnie „Neuro”. Jest Przewodniczącym Rady Nadzorczej najnowocześniejszego w Polsce prywatnego szpitala neurochirurgicznego Vital Medic i Centrum Edukacji i Rozwoju w Medycynie Vital Medic Education w Kluczborku. Od 2015 roku ściśle współpracuje z władzami uniwersyteckimi w inicjatywie powołania kierunku lekarskiego przy Uniwersytecie Opolskim początkowo w strukturach Rady Naukowej przy Rektorze UO, a następnie jako konsultant ds. przekształcenia szpitala WCM w szpital kliniczny. Jest Członkiem Zarządów Krajowych w kilku najważniejszych organizacjach zawodowych zrzeszających neurochirurgów i chirurgów kręgosłupa: Polskim Towarzystwie Chirurgów Kręgosłupa (PTChK), Stowarzyszeniu Polska Szkoła Chirurgii Kręgosłupa SpineForum, Oddziale Polskim AO Spine Foundation i Walter E. Dandy Neurosurgical Society (WEDNS), w którym pełni funkcję Prezydenta Oddziału Polskiego. Jest także członkiem North American Spine Society (NASS), World Spinal Column Society (WSCS) i Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów.

Jest autorem i współautorem 68 artykułów. Ma na koncie kilkadziesiąt przeprowadzonych wykładów i osobistych prezentacji na sympozjach, w tym na najważniejszych: na Światowych Kongresach Neurochirurgii w Amsterdamie, Sydney, Marrakeshu, Bostonie, Seulu, Istambule oraz na Kongresach Europejskich w Lizbonie, Glasgow i Rzymie.

ZŁOTE LAURY UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI

W kategorii: Samorząd terytorialny, zawodowy i gospodarczy

Dr n. med. NORBERT KRAJCZY – Dyrektor ZOZ w Nysie i jednocześnie ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego tego Szpitala. Pełni również funkcję Prorektora ds. nauki i rozwoju Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku.

W latach 1994-1998 był radnym miejskim w Nysie i delegatem do Sejmiku Samorządowego Województwa Opolskiego II kadencji, gdzie był Przewodniczącym Komisji Zdrowia. Po reformie samorządowej i utworzeniu samorządowego województwa opolskiego był w latach 1998-2002 pierwszym Przewodniczącym Sejmiku Województwa Opolskiego, a w latach 2006-2007 radnym Sejmiku. W latach 2007-2011 był Senatoren RP VII kadencji.

Przez trzy kadencje był Prezesem Zarządu Rejonowego PCK. Członek Stowarzyszenia Menadżerów Ochrony Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, wyróżniony dyplomem Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Menadżer Roku 2013 w ochronie zdrowia, otrzymał wiele wyróżnień i nagród resortowych. Działacz sportowy KS Stal Nysa oraz Prezes tego klubu w latach 1998-2000. Laureat „Trytona Nyskiego” oraz „Złotej Spinki NTO”.

Dzięki jego zaangażowaniu i determinacji powstała w województwie opolskim baza Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, która ruszyła 30 listopada 2016 r., po ośmiu latach starań.

W kategorii: Medycyna i inżynieria biomedyczna

Dr n. med. JERZY JAKUBISZYN – od 1986 r. związany z Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu, gdzie przeszedł wszystkie szczeble kariery zawodowej. W 2002 roku został ordynatorem Oddziału Laryngologii. Za jego kadencji wprowadzono do zakresu udzielanych świadczeń operacje endoskopowe nosa i zatok oraz wszczepianie implantów zakotwiczonych w kości skroniowej jako metody leczenia głębokich niedosłuchów. Dr Jerzy Jakubiszyn pełni również funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie otorynolaryngologii. Od 2010 roku – nieprzerwanie przez dwie kadencje Naczelnej Rady Lekarskiej jest przewodniczącym Konwentu prezesów Okręgowych Rad Lekarskich NRL.

Jest autorem lub współautorem szeregu publikacji naukowych. Do tych najważniejszych należą „Życie po laryngektomii” (2015-17) oraz pierwszy rozdział podręcznika „Przetoki przewodu pokarmowego” (2017). Publikował m.in. w Otolaryngologii Polskiej i Okulistyce Polskiej.

Otrzymał szereg odznaczeń, nagród i wyróżnień, m.in.: Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, tytuł „Meritus Pro Medicis” – najwyższe wyróżnienie Samorządu Lekarskiego, „Prymariusz Opolski” – godność honorowa Opolskiej Izby Lekarskiej, Opolski Hiporates 2016.

SREBRNE LAURY UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI

W kategorii: Pro publico bono

Lek. BOGDAN NOWAK – Kierownik Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej Diennej w Brzeskim Centrum Medycznym. Związany z BCM od 16 lat, specjalista chorób wewnętrznych i rehabilitacji medycznej, echokardiografista.

Na co dzień zajmuje się leczeniem i procesem rehabilitacji pacjentów po ostrych incydentach neurologicznych oraz pacjentów z uszkodzeniem narządu ruchu. Do swojej pracy podchodzi z niezwykłym zaangażowaniem i sumiennością. Zawsze w centrum stawia dobro pacjenta.

W kategorii: Medycyna i inżynieria biomedyczna

Dr n. med. BARBARA RADECKA – Ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii od 2016 roku. Kieruje się zasadą, że onkologiczne leczenie, zwykle długotrwałe, powinno być realizowane w sposób możliwie przyjazny dla chorego. Stąd stale poszerza zakres leczenia prowadzonego w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym. Wspólnie z zespołem prowadzi także leczenie w ramach badań klinicznych, co wpływa na poprawę dostępu chorych do nowoczesnych, nierefundowanych leków.

Z jej inicjatywy przeprowadzono wiosną tego roku akcję zbierania głosów w ramach Marszałkowskiego Budżetu Obywatelskiego na projekt pt. „Chemioterapia bez utraty włosów – to jest możliwe”. Równolegle z pracą zawodową kontynuuje rozwój naukowy. Głównym przedmiotem jej zainteresowań naukowych jest leczenie chorych na raka piersi, biologia i leczenie przerzutów do mózgu oraz obserwacja chorych po leczeniu onkologicznym.

Jest członkiem polskich i międzynarodowych zespołów badawczych oraz współautorką kilkudziesięciu doniesień naukowych publikowanych w Polsce i za granicą. Obecnie współpracuje przy tworzeniu 2 podręczników dla lekarzy.

Laureatka nagrody na najlepsze doniesienie plakatowe na europejskim kongresie onkologicznym (5th Central European Oncology Congress, Opatija, Croatia, 2007). Jest wykładowcą polskich i międzynarodowych konferencji i kongresów onkologicznych dla lekarzy, pielęgniarek, dziennikarzy (m.in. Spotkanie po ASCO, Kongres PTOK, konferencje edukacyjne PTOK, PTO, PSPO, Kongres SIS, Letnia Akademia Onkologiczna dla Dziennikarzy).

W bieżącym roku poprowadzi również zajęcia seminaryjne dla studentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu opolskiego z przedmiotu „Elementy profesjonalizmu w medycynie”. Należy do Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK, członek Sądu Koleżeńskiego), Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO, członek Sądu Koleżeńskiego) i European Society of Medical Oncology (ESMO).

Wszystkim laureatom Laurów bardzo serdecznie gratulujemy!!!

MUCHA NIE SIADA

O I Mistrzostwach Europy Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim

Jeszcze wczoraj pszczoły uciekały z uli i bartnicy miały pełne ręce roboty, żeby je zaciągnąć do środka. Przed chwilą muchy budziły się z zimowej drzemki, brzęczały i domagały się otwarcia okien. Dopiero co Andrzej Solecki polował na zabłąkanego szerszenia, który wpadł do gabinetu, kołował nad biurkiem i zerkał na pacjenta w bokserkach. Ale to doktor zaatakował. Dobył raspatora chirurgicznego, wycelował, rzucił i trafił. Owad osunął się na podłogę, zostawiając na ścianie ciemną smugę.

To było wczoraj, bo w nocy spadł śnieg. Pobielili Skrzyczne, Golgotę i Beskid Ski Arenę, gdzie odbywały się I Mistrzostwa Europy Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Na wyciągu słowa polskie mieszały się z włoskimi. Oprócz potomków Remusa i Romulusa na zawodach stawili się też Słowacy i drużyna z Ukrainy. Niemcy i Austriacy przygotowują się pewnie do obchodów oktoberfestu albo szlifują formę na mistrzostwa świata. A może liżą rany po niepowodzeniach tamtego sezonu? Puchar

44. Mistrzostw Świata Lekarzy i Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim zdobyli przecież Polacy.

Na stok można było dojechać busem, złapać okazję albo zmusić do wysiłku własny automobil. Tylko po co? Przecież tuż za metą plaża z leżakami i grzańcem. Nie musiałeś wywracać kieszeni, szukając drobnych, wystarczyły talony. Jak kiedyś w Peweksie.

Pierwszego dnia Jerzy Wójcik rozstawił slalom. Mucha nie siada. Z samej góry do samego dołu. Na całą szerokość czarnej trasy. Tyczka od tyczki, jak stąd do Krakowa. A do tego zawijasy, łokcie, banany, wertykale: zwykłe i ukośne, flipy, rittbergery, salchowy i kombinacje niczym z jazdy figurowej na lodzie. Bo lodu nie zabrakło. Przydały się godziny na ślizgawkach, opłacało się ranić palce na łyżwach przykręcanych do butów i dostać kijem hokejowym po plecach.



Rywalizacja, jak szalona. Liczyły się nawet setne części sekundy. Każdy ma swój sposób na sporty zimowe. Ktoś wstaje o piątej rano i jeszcze przed wschodem wykręca dziesięć slalomów, ktoś się huśta na trzepaku, ktoś przykleił kółka do nart i ściga się z tramwajem. Ten pości jak pustelnik, tamten zjada dwie zupy naraz. Chyba liczy na ciężar własny. Jeden się modli, drugi wyklina, trzeci ani mru mru, byle do mety.

Bo z zawodów chyba najlepsza jest meta. Można tam liczyć na oklaski, uściski i pamiątkowe zdjęcia. Publiczność zgromadzona na finiszu punktuje styl i sylwetkę, docenia brawurę i ułańską fantazję, figury akrobatyczne, wykopy, podskoki na muldach, wysoko notowane są rzuty na ziemię, wspinaczka na czworakach do ominiętych tyczek i efektowne zakończenie – z tumanem śniegu. I koziołkiem.

Na mecie mnożą się facecje, kawały i anegdoty z życia znanych lekarzy. Jan Głowacki opowiadał o profesorze Marianie Zemballi: – *Nie oglądajcie się na inne burdele* – radził asystentom – *pogrzebicie w swoim*. Albo: – *Skąd jest ten pacjent?* – pyta. – *Z Rybnika.* – *W Rybniku nie ma już normalnych pacjentów. Pisz w karcie „chory” lub „bardzo chory”* – tłumaczył stażystom. Opowieści rozwidlają się i gmatwają. Ktoś dodaje puentę, ktoś zmienia szczegół, a ktoś mamrocze pod nosem: – *Nie do wiary.*

Jak się dostać na metę? Można podejść, zsunąć się czerwoną trasą lub wystartować w zawodach. Jacek Sroczyński zdradził pewien sekret: „Pruj szybko. Im dłużej się kręcisz pomiędzy tyczkami, tym bardziej się męczysz. Po co się wyginać przez minutę, jeśli można zrobić górę w trzydzieści sekund”. Nagle wpadł zawodnik w żółtym kombinezonie, zrobił fikołka i wylądował tuż przed nami. Dzioby nart wycelował w słońce. – *Nieźle ślizgi* – mówi jakiś facet. – *Ale kiepska krawędź* – zauważa ktoś inny.

Podczas giganta Agata Wykrota rzuciła się na dzidę, ślizgała pomiędzy tyczkami i podskakiwała na muldach. Pognała jak pendolino, po najkrótszym torze, żadnych strat, zgubionych sekund, jak torpeda poszła do celu. W pierwszym przejeździe wyprzedziła wszystkie lekarki i dołożyła wszystkim lekarzom. Za drugim razem już na starcie obudziła geniusza sportu, ale Michał Smyła i Kuba Gałaszek też się nie bali. Przyspieszyli na wirażach, szorowali biodrami po śniegu, składali się jak kostki Rubika, by z impetem wparować na metę. I poprawili wyniki.

Po południu w „Mecie” zwołano konferencję medialną. Piotr Zagórski pokazał obciążenia kości podczas slalomów, profesor Jan Blecharz radził, jak wrócić



do sportu po zderzeniu z ratakiem, a Krzysztof Karuś odsłonił tajemnice złamanych żeber wiązanych tytanowym różańcem.

A wieczorem rozdanie medali. Koncertowe. Organizatorzy Katarzyna Smolik, Mariusz Smolik, Piotr Zagórski i Michał Smyła wystąpili w strojach górali wiślańskich. Ona w kiecce marszczonej w pasie, zapasce, kabotku, na nogach miała czerwone pończochy i kypce ze świńskiej skóry. Oni ubrali koszule z gradla, brucliki i wełniane spodnie do figury – wałaszczoki. Twarze ukryli pod rondami czarnych kapeluszy ze sznurkami. Stroje takie, że mucha nie siada. Przedstawiciele izb lekarskich, władze miast, prezydenci, sekretarze i sekretarki, zawodnicy i sportsmenki, przyjaciele i partnerki, mężowie i żony, kochankowie i kochanki, darczyńcy i sponsorzy stanowili dla nich tło. Podobrazie. Gdybyż znalazł się jakiś malarz i położył wtedy oleje na blejtrami. Przecież był fotograf! Zdjęcia można oglądać na stronie POLSKIMED.PL Tam umieszczono też wyniki zawodów. (Mnie udało się wywalczyć złoto w slalomie i srebro w gigancie).

Agnieszka KANIA

NAJWIĘKSZA W HISTORII BITWA NA OPOLSZCZYŹNIE – BYCZYNA 1588



Przedstawiając historię bitwy pod Byczyną należałoby sięgnąć do historii. Otóż Bona Sforza druga żona króla Zygmunta Starego wyjechała do swojego rodzinnego Bari na południu półwyspu Apenińskiego po skonfliktowaniu się ze swoim synem królem Zygmunt Augustem. Wywiozła z Polski 24 wozy kosztowności, które ofiarowała królowi hiszpańskiemu Filipowi II (obecał jej królestwo Mediolanu) na walkę z Imperium Brytyjskim (przegraną zresztą). Te tzw. „Sumy Neapolitańskie” nigdy nie powróciły do Polski. Wkrótce po przybyciu do Bari, Bona została zamordowana przez najbardziej zaufanego dworzanina Papacodu, który okazał się szpiegiem Habsburgów.

Bona niezwykle surowo wychowywała swoje cztery córki:

- Izabellę – żonę księcia Siedmiogrodu Jana Zapolyi (ur. 1519),
- Zofię – żonę księcia brunszwickiego Henryka (ur. 1522),
- Annę (ur. 1523),
- Katarzynę – żonę szwedzkiego króla III Wazy (ur. 1526).

Zygmunt August jej syn zmarł 7 lipca 1572 r. w Knyshynie na Litwie, gdzie bardzo często lubił przebywać – bowiem równocześnie był Wielkim Księciem Litewskim. Śmierć ostatniego Jagiellona otworzyła dla ostatniej Jagiellonki perspektywę nowego życia, a nawet nadzieję na zawarcie małżeństwa Anny mimo, że była już zaawansowana wiekowo.

Faktycznie Anna Jagiellonka licząca wtedy już 50 lat wyszła za mąż za pierwszego króla elekcyjnego Henryka Walezego syna Katarzyny Medycejskiej, liczącego zaledwie 22 lata. Jego koronacja miała miejsce w roku 1574. Niestety po nie całym roku Henryk Walezy dowiedział się o śmierci swojego brata Karola IX i pod osłoną nocy uciekł z Wawelu do Francji. Koronowany został na króla Francji w roku 1575, zaś w roku 1589 został zamordowany przez fanatycznego mnicha Jakuba Clementa.

Wkrótce w Polsce rozpoczęła się druga wolna elekcja. Jako kandydata na małżeństwo z Anną Jagiellonką cesarz niemiecki Maksymilian II zaproponował swojego syna Ernesta Habsburga. Jego kontrkandydatem został książę Siedmiogrodu Stefan Batory. Tu ciekawostka kandydaturę Stefana Batorego poparł Sułtan Turecki, zaś w Polsce hetman Jan Zamojski, który był jedną z najwybitniejszych postaci ówczesnej Rzeczypospolitej. Niestety Prymas Polski Jakub Uchański w dniu 12 grudnia 1575 r. ogłosił królem Polski i Wielkim Księciem Litewskim cesarza niemieckiego Maksymiliana II, zaś jego syn Ernest miał poślubić Annę Jagiellonkę. Natychmiast na

ten wybór zareagowała szlachta, która 15 grudnia 1575 r. obwołała królem Stefana Batorego. Warunkiem koronacji Stefana Batorego był jego ożenek z Anną Jagiellonką. Rzeczpospolita podzieliła się na dwa obozy „cesarzyków” i popierających Batorego.

Anna Jagiellonka szybko zjawiała się na Wawelu i zamieszkała w komnatach swojego pierwszego męża Henryka Walezego. Wkrótce do Krakowa przybył także Stefan Batory. Ich ślub i koronacja odbyły się 1 maja 1576 r. w Katedrze Wawelskiej. Aktu koronacji dokonał nie Prymas Polski Uchański (wróg Batorego), lecz biskup kujawski Stanisław Karnkowski.

Anna Jagiellonka była o 10 lat starsza od Stefana Batorego, który nigdy nie nauczył się mówić po polsku (porozumiewali się za pomocą tłumacza). Oczywiście to małżeństwo, z uwagi na zaawansowany wiek Anny Jagiellonki, nie mogło liczyć na potomstwo. Pożycie małżeńskie Anny Jagiellonki i Stefana Batorego nie było udane, ponieważ Anna była brzydka, odpychająca (po swej matce Bonie) i apodyktyczna. Batory tylko kilkakrotnie odwiedził łóżnicę Anny, zaś całe 10 lat panowania poświęcił przede wszystkim zwycięskim wojnom o Inflanty (teren dzisiejszej Łotwy i Estonii) z carem Iwanem IV Groźnym (słynny obraz Jana Matejki pt. „Batory pod Pskowem” przedstawia Stefana Batorego na tronie, a przed nim klęczy pokonany car Iwan Groźny).

Stefan Batory zmarł w Grodnie 12 grudnia 1586 r. w wieku zaledwie 43 lat, prawdopodobnie z powodu zaawansowanej mocznicy, ponieważ wykonana przez nadwornego lekarza Bucella sekcja wykazała, że nerki królewskie były wielkie „jak u woła”. Ciało Stefana Batorego czekało na pochówek aż 18 miesięcy i zostało pochowane na Wawelu dopiero w maju 1588 r., ponieważ Anna Jagiellonka nie zgodziła się na jego pochówek w Kaplicy Zygmuntowskiej, gdzie przygotowywano miejsce pochówku dla niej.

Po śmierci Stefana Batorego ponownie zaczęto szykować nowego kandydata do tronu polskiego. Wybór padł na siostrzeńca Anny Jagiellonki syna Jana III Wazy – Zygmunta (późniejszy król Polski Zygmunt III Waza) wybranego królem 19 sierpnia 1587 r. Równocześnie szlachta 22 sierpnia 1587 r. obwołała królem Polski arcyksięcia Maksymiliana Habsburga. Maksymilian nie mógł się pogodzić z powołaniem na tron Polski Zygmunta Wazy i ze swoim wojskiem wyruszył do Polski. Przeciwno niemu wystąpił znany nam już hetman Jan Zamojski (orędownik osadzenia na tronie polskim Zygmunta Wazy). Do spotkania dwóch armii doszło w dniu 14 stycznia 1588 r. pod Byczyną na Opolszczyźnie. Wojska Maksymiliana zosta-



Anna Jagiellonka



Stefan Batory

ły całkowicie rozbite, zaś sam Maksymilian dostał się do niewoli hetmana Jana Zamojskiego, który przewiózł go do swojego miasta Zamościa (którego był założycielem wraz ze słynną w całej Polsce Akademią Zamojską). Brama, przez którą wprowadzono Maksymiliana została później zamurowana, ponieważ Jan Zamojski uznał, że już nigdy tak dostojnego gościa przez tą bramę nie będzie wprowadzał. Po kilku miesiącach Jan Zamojski uwolnił z niewoli Maksymiliana Habsburga, który powrócił do Wiednia.

Tak więc bitwa pod Byczyną zagwarantowała blisko dwustuletnie panowanie Wazów (Zygmunt III Waza, Władysław IV, Jan Kazimierz).

Anna Jagiellonka zmarła 9 września 1596 r. w wieku 73 lat. Pochowana została w przepięknej Kaplicy Zygmun-

towskiej na Wawelu, gdzie znajdują się nagrobki z żółtego marmuru przedstawiające w pozycjach półsiedzących króla Zygmunta Starego i Zygmunta Augusta. Natomiast ich trumny znajdują się w kryptach pod Katedrą Wawelską, przy czym uderza potężna trumna Zygmunta Starego, który był bardzo masywny (jego postać w serialu „Królowa Bona” odtwarzał Jerzy Bińczycki).

Natomiast Stefan Batory pochowany jest w oddzielnej kryptcie wawelskiej, przy czym na jego prostym sarkofagu zawsze znajdują się świeże kwiaty i trójkolo-

rowe wstążki od odwiedzających turystów węgierskich.

W rocznicę bitwy pod Byczyną odbywają się ciekawe pojedynki rycerskie i powstają liczne obozy rycerskie.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

P. S. Prace powyższą chciałbym poświęcić pamięci mojego nauczyciela prof. dr hab. medycyny Stanisława Lembrycha, który wielokrotnie oprowadzał mnie po zabrytkach Zamościa: Rynku, pięknym renesansowym Ratuszu, bramie Maksymiliana, Akademii Zamojskich założonej przez hetmana Jana Zamojskiego.

Profesor Stanisław LEMBRYCH urodził się w pobliskim Zwierzyńcu, gdzie znajdowała się Dyrekcja Ordynacji Zamojskich.

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2018 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
16.III.18 r. piątek godz. 9.00 (6 godzin)	Dr n. med. Michał Bednarski	7 Kroków Endo – szkolenie teoretyczno-praktyczne z wykorzystaniem narzędzi maszynowych pracujących rotacyjnie (max. 12 osób – program poniżej)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
13.IV.18 r.	Dr Michał Snoch	Funkcjonalne planowanie wypełnień bezpośrednich w odcinku bocznym – szkolenie teoretyczno-praktyczne (max. 20 osób – program poniżej)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
termin (początek kwietnia) w trakcie ustalania *	Lek. Andrzej Sznajder – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Diagnostyka obrazowa – dla lekarzy specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Zakład Diagnostyki Obrazowej USK w Opolu, al. Witosa 26
19-22.IV.18 r.* i 26-29.IV.18 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne – dla lekarzy i lekarzy dentyków zakwalifikowanych do specjalizacji przed 1.X.2014 r. (stary tryb)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
14-16.V.18 r.*	Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska-Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej	Medycyna paliatywna – dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych	Ośrodek Medyczny „Sarmarytanin” w Opolu, ul. Pużaka 11
24-25.V.18 r.*	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka – dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu	Przetaczanie krwi i jej składników – dla lekarzy specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu, ul. Kośnego 55

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

Kurs 16 marzec 2018 r. – 7 kroków endo

(dr n. med. Michał Bednarski)

PROGRAM SZKOLENIA

1. Diagnostyka radiologiczna:
 - anatomia kanałów, diagnostyka RTG w oparciu o dostępne pozycjonery
 - przykłady kliniczne
2. Opracowanie komory i dostęp do ujść kanałowych
 - rola izolacji (koferdam, zmiana klasy ubytku)
 - powiększenie – lupa a mikroskop (jakie lupy)
 - preparacja oszczędna (powikłania)
3. Opracowanie ujść kanałowych i dostęp do kanałów.
 - film instruktażowy i ćwiczenie praktyczne
4. Wstępne opracowanie kanału – dostęp do wierzchołka
 - rola tzw. preflaring (gładka ścieżka), wstępne ukształtowanie i wstępne oczyszczenie kanału
 - ustalenie długości roboczej WL
5. Ćwiczenie praktyczne – ustalenie długości roboczej przy pomocy endometru
6. Ćwiczenie praktyczne – preflaring
7. Ostateczne opracowanie maszynowe i chemiczne
 - lubrykanty oraz standardowe środki płuczące
 - kompletna sekwencja narzędzi maszynowych – przewodnik
8. Ćwiczenie praktyczne – opracowanie kanałów korzeniowych systemem narzędzi rotacyjnych ProTaper Next
9. Wypełnianie
 - przygotowanie do wypełnienia – osuszanie
 - procedury efektywnie zapobiegające rozwojowi flory bakteryjnej – szczelnie czyli bezpiecznie
 - GuttaCore – szybka i efektywna obturacja na gorąco
 - gutaperka dedykowana (kalibrowana)
 - film instruktażowy – wypełnienie kanału przy pomocy systemu TermaPrep/Guttacore
10. Ćwiczenie praktyczne – wypełnienie opracowanych kanałów korzeniowych przy pomocy systemu TermaPrep/Guttacore
11. Odbudowa

- przywrócenie zęba po leczeniu endodontycznym do oryginalnej formy i funkcji
 - bezpieczne i funkcjonalne materiały do odbudowy struktury
12. Ćwiczenie praktyczne – odbudowa zęba po leczeniu endodontycznym
 13. Ćwiczenia praktyczne są wykonywane w oparciu o system dydaktyczny
 14. Dentsply Maillefer, zawierający fantomy, instrumentarium i sprzęt.

Dodatkowo uczestnicy proszeni są o przyniesienie odpowiednio przygotowanych zębów: ząb usunięty numer 2, 4, 5, 6 lub 7 strepanowanych, z dostępem do jamy zęba, zdjęte skłepienie komory, komora opracowana bez ujść kanałowych, kanał udroźniony. Ćwiczenia na usuniętych zębach pozwalają na pełne skorzystanie z programu zajęć.

Kurs 13 kwiecień 2018 r. – Funkcjonalne planowanie wypełnień bezpośrednich w odcinku

(dr Michał Snoch)

PROGRAM SZKOLENIA

1. Diagnostyka ubytków II klasy
 - zdjęcia skrzydłowo zwarciove, detektor próchnicy, izolacja
 1. Preparacja adhezyjna
 2. Procedury adhezyjne
 3. Techniki aplikacyjne
 - prawidłowa odbudowa punktów styecznych – rekonstrukcja ścian interproksymalnych
 - techniki modelowania kompozytu
 - modelowanie powierzchni okluzyjnych – rozkład punktów kontaktu
 1. Polerowanie – minimalne opracowanie, maksymalny efekt
 2. Przypadki kliniczne okiem Eksperta
 3. Ćwiczenia praktyczne na modelach
- Zapisy w biurze Izby Lekarskiej**

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

CO PISZĄ INNI

Cienie i blaski abonamentów medycznych

ZŁUDNE POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA

Zwykle mówi się, że zdrowia nie można kupić. Problemy zdrowotne mogą przecież spotkać każdego, niezależnie od zasobności portfela. Jesteśmy jednak w stanie wiele zapłacić, by zapewnić poczucie bezpieczeństwa sobie i swoim bliskim. Wszelako pojawia się pytanie, czy wydatki na abonamenty medyczne to rzeczywiście dobra inwestycja.

Analizując oferty pracy, można zauważyć, że najczęściej spotykanym dodatkiem pozapłacowym oferowanym przyszłym pracownikom jest „prywatna opieka medycz-

na”. Zdrowy pracownik to oczywista korzyść dla pracodawcy, zaś pracodawca, który dba o swoich pracowników, budzi zaufanie kandydatów do pracy. Co ciekawe, nawet młode i zdrowe osoby, które najczęściej nie korzystają na co dzień z usług medycznych, są przekonane o wyższości świadczeń udzielanych prywatnie od tych opłacanych ze środków publicznych. Filozofia „płacę i wymagam” jest pokoleniu Y zdecydowanie bliższa niż widmo stania w kolejkach, w rzeczywistości których znacznie lepiej odnajdują się pacjenci ze starszych pokoleń.

Wydatki prywatne vs publiczne

Najwięcej problemów z dostępem do świadczeń finansowanych ze środków publicznych mają ci, którzy rzadko korzystają z usług medycznych lub nie robią tego wcale. Frustrację u takich pacjentów budzi fakt, że regularnie płacą składki, natomiast kiedy chcą raz na kilka czy nawet kilkadziesiąt lat skorzystać z pomocy medycznej, nie mogą jej uzyskać. Dodatkowo zmagają się wówczas z deficytem informacji na temat reguł rządzących systemem. Równość w dostępie do świadczeń i zasada solidarności okazują się zatem mieczem obusiecznym.

Tymczasem dane GUS nie pozostawiają złudzeń. Już blisko 30% wydatków na ochronę zdrowia stanowią wydatki prywatne. W 2014 r. na ochronę zdrowia wydano z prywatnej kieszeni ponad 31 mld zł. Co ciekawe, wzrost wydatków na ochronę zdrowia jest równomierny dla wydatków publicznych i prywatnych. Interesująca jest także struktura finansowania poszczególnych rodzajów świadczeń. W przypadku leczenia szpitalnego wydatki prywatne stanowią niespełna 5%, jednak już w przypadku świadczeń ambulatoryjnych ich udział przekracza 40%. Widać zatem, że pacjenci masowo korzystają z możliwości leczenia poza strukturami finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mimo że prywatna opieka medyczna to zawsze dodatkowy koszt, nie ma bowiem możliwości rezygnacji z korzystania i partycypowania w kosztach funkcjonowania systemu świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Zakres usług

W ramach abonamentów medycznych oferowane są przede wszystkim świadczenia ambulatoryjne, w tym – w zależności od pakietu – badania laboratoryjne lub obrazowe czy usługi chirurgii jednego dnia. Abonament medyczny najczęściej obejmuje dostęp do lekarzy o kwalifikacjach odpowiadających lekarzowi POZ oraz kilku czy kilkunastu wybranych lekarzy specjalistów. Jeżeli sieć placówek medycznych dysponuje własnym szpitalem lub posiada odpowiednie umowy z innymi podmiotami, może włączyć do pakietu świadczenia w trybie hospitalizacji, jednak ich koszt jest zwykle stosunkowo wysoki.

Biorąc pod uwagę zasady prowadzenia kolejek osób oczekujących w publicznej opiece zdrowotnej, pacjentów zapisuje się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia określonego rodzaju, nie zaś do konkretnego lekarza. To często budzi niezadowolenie pacjentów, którzy nie mogą wybrać, kto udzieli im świadczenia, np. kierując się renomą lekarza czy jego specyficznymi kwalifikacjami. Ten problem nie występuje w przypadku świadczeń finansowanych ze środków prywatnych, tu bowiem pacjent ma znacznie większy wpływ na kształtowanie swojej sytuacji. Bardziej przyjazne,

zwłaszcza dla pacjentów pracujących na etacie, są tu także dni i godziny przyjęć oraz rejestracji.

Wiele mówi się o kolejkach do lekarzy specjalistów, ale dostanie się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej też bywa bardzo utrudnione. A jeżeli już uda się zarejestrować, może pojawić się kłopot z uzyskaniem porady u stałego, określonego w deklaracji wyboru lekarza POZ. Tymczasem pacjent powinien trafiać do tego samego lekarza, wszak taka była idea tworzenia list aktywnych. Niepokojące jest więc to, że abonament obejmuje usługi, które powinny być realizowane bez przeszkód w ramach świadczeń gwarantowanych, np. wizyty domowe czy szczepienia ochronne. Powstałe przy tym pytanie, czy to kwestia realnych trudności w uzyskaniu świadczeń, czy braku zaufania do NFZ.

Przyjazne reguły

W ocenie pacjentów o wyższości prywatnych przychodni decyduje nie tylko jakość obsługi, ale nawet ich wystrój. W przypadku dzieci bardzo często okazuje się, że najbardziej newralgicznym punktem wizyty w placówce medycznej jest oczekiwanie na wejście do gabinetu. Oprócz problemu związanego z występowaniem różnych jednostek chorobowych u oczekujących dzieci i ryzyka zarażenia, często nie wyznacza się konkretnych godzin przyjęcia lub nie są one przestrzegane. Brakuje atrakcyjnych wizualnie dekoracji dla najmłodszych czy zabawek, które byłyby też, co istotne, czyste. Niestety, estetycznie urządzony gabinet czy poczekalnia, stworzenie warunków do komfortowego oczekiwania z dzieckiem – zarówno tym, któremu trudno usiedzieć w miejscu, jak i najmłodszym, wymagającym przewijania czy karmienia – nie są punktowane w postępowaniach konkursowych. Natomiast prywatna przychodnia nie może sobie pozwolić na lastyko na podłodze, ściany wymagające odświeżenia od ponad dekady czy wielogodzinne oczekiwanie pacjentów w przepełnionej poczekalni.

Do wykupienia abonamentu pacjentów przekonuje także możliwość zdalnego załatwienia spraw związanych z rejestracją, uzyskaniem informacji czy wglądem do dokumentacji medycznej. Przede wszystkim jednak pacjenci prywatnych placówek cenią sobie funkcjonowanie w przejrzystych i przewidywalnych warunkach. Obecny stopień skomplikowania systemu, szereg zróżnicowanych wymogów formalnych dla uzyskania świadczeń różnego rodzaju oraz brak jednolitego sposobu postępowania w różnych placówkach, często wadliwie interpretujących przepisy, to czynniki sprawiające, że pacjent odczuwa ulgę po „uniezależnieniu się” od systemu finansowanego ze środków publicznych.

Ograniczenia dostępu

Zwykło się przyjmować, że korzystanie z usług prywatnych to lepsze warunki udzielania świadczeń i lep-

► sza opieka. Pozostaje jednak kwestia dostępności placówek i ich koncentracji w dużych miastach. Pacjent mieszkający poza największymi aglomeracjami niewątpliwie będzie miał problem z dotarciem do jednej z placówek sieci lub też współpracujących z nią centrów medycznych. Sam dojazd także może generować dodatkowe koszty. Pozostaje też kwestia wizyt domowych, które często są elementem pakietu medycznego i nie będą mogły zostać wykorzystane przez pacjenta z uwagi na odległość.

Podmioty realizujące świadczenia w ramach abonamentów medycznych nadal mają też trudność, by dotrzymać zobowiązań w przypadku bardziej skomplikowanych problemów zdrowotnych. Ciągłe jeszcze to placówki publicznej ochrony zdrowia realizują najbardziej skomplikowane procedury medyczne i zajmują się pacjentami z najtrudniejszymi w leczeniu schorzeniami.

Głównym problemem w abonamentach medycznych nie jest więc spektrum oferowanych usług, ale zakres wyłączeń. W ramach opłacanej kwoty otrzymujemy pewną obietnicę dostępu, natomiast często konieczność poniesienia dodatkowej opłaty dotyczy nawet wizyty u lekarza rodzinnego czy pediatry. Niezależnie bowiem od źródła finansowania opieki medycznej nie jesteśmy w stanie uniknąć ryzyka nadużyć, jakie stwarza iluzja dostępu do nieograniczonych zasobów, a skutecznym narzędziem niwelowania zjawiska hazardu moralnego jest partycypowanie przez pacjentów w kosztach usług lub ich finansowanie we własnym zakresie. Stąd trudno o pakiet, który zapewniłby „wszystko i zawsze”.

Dopłaty do świadczeń, ale też konieczność posiadania wewnętrznego skierowania, ograniczone możliwości uzyskania niektórych świadczeń i wyłączenia pewnych grup pacjentów z możliwości podpisania umowy czy trudności z dotrzymaniem przez podmiot leczniczy warunków zobowiązania to główne zastrzeżenia osób korzystających z abonamentów medycznych.

Abonament nie dla wszystkich

Analiza ofert na rynku wskazuje, że nie wszyscy mogą liczyć na takie same zasady współpracy. Do grupy pacjentów, którzy są mniej chętnie witani jako nowi klienci sieci medycznej, zalicza się m.in. seniorów. Poszczególne centra ustalają kryteria wiekowe pacjentów, tak by z pakietu na zasadach ogólnych nie mogły korzystać osoby w wieku, w którym znacząco wzrasta ryzyko wystąpienia chorób i niepełnosprawności. Górny

pułap wieku co do zasady mieści się w przedziale 65.–75. roku życia. Obostrzenie może polegać także na powiązaniu terminu zawarcia umowy z zakresem możliwych do zrealizowania usług. Okres karencji dotyczy przede wszystkim kobiet w ciąży, ale również świadczeń rehabilitacyjnych czy szpitalnych. Przyszła mama może co prawda wykupić dodatkowy pakiet usług dla ciężarnych, jednak opcja ta sporo kosztuje.

Dyskryminacja dotyka także samotnych rodziców. Okazuje się, że – tak jak w przypadku innych pakietów, oferowanych np. przez instytucje kultury, hotele czy pływalnie – także w przypadku abonamentów medycznych łączne wykupienie usług dla wszystkich członków rodziny dotyczy rodzin odpowiadających modelowi dwoje dorosłych plus jedno lub (w niektórych sieciach) także kolejne dzieci. Samotnym rodzicom pozostaje zainwestowanie w osobne abonamenty dla siebie i swoich dzieci, co – podobnie jak w przypadku innych usług – nie jest korzystne finansowo.

Nadzieje i rzeczywistość

W dużym uproszczeniu można przyjąć, że dla przeciętnego pakietu koszt miesięcznego abonamentu odpowiada równowartości co najmniej jednej wizyty specjalistycznej. Czy jednak rzeczywiście każdy z wykupujących abonament medyczny musi co najmniej raz w miesiącu odwiedzić chociażby lekarza rodzinnego? Jeżeli skalkulujemy koszty usług, z których realnie korzystamy, ale też ograniczenia wprowadzone w każdym z pakietów, okaże się, że bardziej opłacalne jest jednorazowe korzystanie z płatnych świadczeń niż ponoszenie comiesięcznych kosztów, które przez długi czas mogą się nie zwrócić. Takie rozwiązanie to także brak przywiązania do jednej sieci centrów medycznych.

Biorąc pod uwagę, że popularność abonamentów spowodowała spadek jakości świadczonych usług (temat często podnoszony przez klientów sieci), wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę czy obowiązek uzyskania skierowania, może się okazać, że pomimo poniesionych nakładów także w prywatnej przychodni pacjentowi przyjdzie zmierzyć się z problemami podobnymi do tych, których chciał uniknąć, trzymając się z dala od publicznych placówek ochrony zdrowia.

Iwona Magdalena ALEKSANDROWICZ

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 6-7/17)

ZA PIENIĄDZE NFZ I WŁASNE

Coraz więcej osób leczy się w sposób zwany mieszanym. A to oznacza, że korzysta zarówno ze świadczeń zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i finansowanych prywatnie (z własnej kieszeni lub dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego). Ta druga grupa szacowana jest już na 40%. Raport Centrum Badania Opinii Społecznej dotyczący korzystania ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych w 2016 r. potwierdził tendencje zapoczątkowane na większą skalę w 2009 r.

Prym wiedzie stomatologia i to na tyle, że jest jedyną dziedziną w systemie ochrony zdrowia, gdzie odsetek korzystających z prywatnych usług jest większy niż decydujących się na świadczenia finansowane przez NFZ. Koszty wizyty z własnej kieszeni lub z dodatkowego ubezpieczenia najczęściej pokrywali pacjenci potrzebujący pomocy dentysty lub protetyka (69% korzystających, co stanowi 32% ankietowanych). Mniej osób decydowało się na takie świadczenia zakontraktowane przez NFZ (47% leczących się stomatologicznie). Na drugim miejscu plasują się porady specjalistów, ale tutaj jest już odwrotnie – przeważają świadczenia finansowane przez NFZ.

Czym kierują się pacjenci, wybierając świadczenia prywatne? Na pierwszym miejscu wskazują krótszy czas oczekiwania na wizytę lub badanie. To zrozumiałe, gdy średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty w publicznej służbie zdrowia wynosił w tym czasie ponad 3,5 miesiąca. Co szesnasty respondent czekał na wizytę ponad rok, a co piąty nie dostał się do specjalisty w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej. Tylko co czwarty decydował się na prywatną usługę ze względu na wyższe kwalifikacje i lepsze kompetencje lekarzy lub osób wykonujących badania. Jeszcze mniej wskazań uzyskały takie argumenty, jak:

- możliwość załatwienia wszystkiego od ręki, podczas jednej wizyty (17%),
- przeświadczenie o większym osobistym zaangażowaniu lekarzy specjalistów w przypadku odpłatnych wizyt (16%),
- sprawniejsza obsługa na miejscu i mniejsze opóźnienia (16%),
- dogodniejsze dla pacjentów godziny przyjęć (14%),
- bardziej życzliwy stosunek personelu – pomocność, miła atmosfera itp. (11%),
- brak możliwości refundowania usługi przez NFZ (11%).

„Taki model korzystania z usług medycznych – czytamy w raporcie CBOS – oraz skala uzupełniania świadczeń dostępnych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez usługi dodatkowo opłacane przez pacjentów utrzymują się mniej więcej od 2009 r. Wcześniej korzy-

stanie z prywatnych porad i usług miało znacznie mniejszy zasięg, a prawie połowa badanych ograniczała się do korzystania jedynie z usług publicznej służby zdrowia. Tylko niespełna co czwarty dorosły Polak ma wykupione dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – abonament lub polisę (23%), w tym 16% opłaca je samodzielnie, z domowego budżetu, a w przypadku 7% są one w całości lub częściowo finansowane przez pracodawców”.

Kim są posiadacze dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego? „Najczęściej są to osoby w średnim wieku (25–44 lata), z wyższym wykształceniem (41%), pozytywnie oceniający własną sytuację materialną, o najwyższych dochodach na osobę w rodzinie (powyżej 2000 zł – 39%). Wśród grup społeczno-zawodowych najczęściej są to przedstawiciele kadry kierowniczej i wysoko wykwalifikowani specjaliści (53%) oraz średni personel i technicy (45%). Z kolei najrzadziej dodatkowe świadczenia zdrowotne mają wykupione mieszkańcy wsi (16%), osoby słabo wykształcone oraz najstarsi z badanych (powyżej 65. roku życia). W ostatnich dwóch latach odsetek osób objętych dodatkowym, dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym nieco się zwiększył (z 19% w latach 2012–2014 do 23% obecnie)”.

W porównaniu z poprzednimi latami nieco zmniejszyła się liczebność korzystających wyłącznie z usług publicznej służby zdrowia (37%), a odsetek leczących się wyłącznie komercyjnie wyniósł 7%.

„Dane gromadzone przez Polską Izbę Ubezpieczeń – informuje portal Interia.pl – pokazują rosnącą popularność polis zdrowotnych. Według informacji podsumowującej pierwszy kwartał 2017 r., liczba ubezpieczonych wzrosła rok do roku prawie o 30% i sięgnęła 2 mln osób. Dynamiczny przyrost użytkowników polis widoczny jest zarówno wśród klientów indywidualnych (59-procentowy wzrost), jak i w obszarze rozwiązań grupowych (zmiana o 21%). – Do tej pory Polacy ubezpieczeniami zdrowotnymi posilkowali się zazwyczaj wtedy, gdy musieli skorzystać z porad specjalisty lub wykonać badania diagnostyczne, na które w ramach NFZ musieliby czekać średnio kilka miesięcy. Zauważyliśmy jednak, że nastąpiła zmiana tendencji. Osoby posiadające polisy medyczne coraz częściej w ogóle rezygnują z usług NFZ w ramach opieki doraźnej i ambulatoryjnej. Potwierdzają to gromadzone przez nas dane. Najczęściej realizowanymi świadczeniami są wizyty u internisty, ginekologa czy pediatry – wskazuje Małgorzata Jackiewicz, dyrektor sprzedaży Ubezpieczeń Zdrowotnych w SALTUS Ubezpieczenia.

Fakt zastępowania porad w ramach NFZ wizytami i badaniami w ramach zakupionego wcześniej ubezpieczenia – kontynuuje M. Jackiewicz – potwierdza również przeprowadzone przez SALTUS Ubezpieczenia badanie

► *fokusowe na temat wymagań pracodawców i pracowników odnośnie polis medycznych. Osoby korzystające z nich oczekują, że będą miały zapewniony nielimitowany dostęp do praktycznie wszystkich świadczeń zdrowotnych w placówkach w całej Polsce. Dotyczy to zarówno listy oferowanych konsultacji lekarzy specjalistów, jak i badań diagnostycznych, zabiegów ambulatoryjnych czy wizyt domowych.*

Gdy idzie o zdrowie, jesteśmy optymistami. Tak wynika z badań przeprowadzonych przez brytyjską firmę

Prudential. „Połowa tych, którzy nie obawiają się choroby – informuje «Gazeta Wyborcza» (10 sierpnia 2017 r.) – twierdzi, że zdrowo się prowadzi, w związku z czym jest impregnowana na ciężkie choroby. 47% opiera swój brak kryzysowego scenariusza na tym, że... są w życiu optymistami. Trzecia grupa to ci, którzy po prostu nie myślą o tym, jakie scenariusze napisze dla nich życie – żyją dniem dzisiejszym”.

Andrzej PIECHOCKI

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 9/17)

SENIOR W PEŁNI ŻYCIA. STRATEGIE I TECHNOLOGIE

W 2050 r. już co trzeci Polak będzie miał więcej niż 65 lat. Czy jesteśmy przygotowani na konsekwencje zmian demograficznych? W jaki sposób technologie e-zdrowia mogą pomóc w zdrowym i aktywnym starzeniu się? Rozmawiamy z ekspertami Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej (KIGS).

Marzena RUDNICKA – Prezes KIGS

Jak powinno się tworzyć optymalne warunki życia dla seniorów, czyli tzw. gospodarkę senioralną?

Gospodarka senioralna to system produktów i usług wytwarzanych po to, by zaspokoić potrzeby osób starszych. Obejmuje różne sektory, choć dominujące są te związane z sektorem usług medycznych i pielęgnacyjnych. Ważnym elementem rynku usług i towarów dla osób starszych jest ich jakość, w tym rozumienie oferty przez seniora oraz jej dostępność. Senior to też klient – banku, apteki, prywatnych usług medycznych, sklepu meblowego czy biura podróży. Jest to rosnąca grupa konsumentów, co powoli zaczyna dostrzegać biznes.

Nasza niełatwa sytuacja demograficzna związana z procesem starzenia się społeczeństwa daje impuls do rozwoju srebrnej gospodarki i nowych możliwości z tym związanych. Stwarza, siłą rzeczy, ogromne możliwości rozwoju nowych rynków i miejsc pracy, ponieważ wymusza zmianę. Zmianę rynku pracy, usług i systemu opieki społecznej, a także modeli finansowania. Aby to mogło nastąpić, niezbędne jest spełnienie konkretnych warunków, które zaprezentowaliśmy podczas II Kongresu w postaci Deklaracji Programowej Rozwoju Gospodarki Senioralnej w Polsce. Dokument pokazuje, że można połączyć siły, aby z jednej strony umożliwić osobom starszym prowadzenie lepszego i aktywnego życia, a z drugiej wygenerować potężny potencjał dla rozwoju przedsiębiorstw.

Czy tzw. srebrna gospodarka to potencjał czy zagrożenie?

Jednoznaczne określenie potencjału, czy zagrożenia w procesie starzenia się polskiego społeczeństwa jest bardzo trudne.

Postrzegając zmiany demograficzne jako potencjał, wydaje się, że najlepiej do tego pytania pasuje wypowiedź prof. Bolesława Samolińskiego, wygłoszona podczas wspomnianego Kongresu Gospodarki Senioralnej. Zdaniem Profesora, „gospodarka senioralna stanie się niedługo trzecią gałęzią gospodarki, wartą miliardy złotych”. To obrazuje potencjał rynku oraz szansę dla polskich przedsiębiorstw. Nie chodzi tu tylko i wyłącznie o obszar usług opiekuńczych, domów seniora czy branży medycznej. Srebrna gospodarka obejmuje wszelkie produkty i usługi dedykowane seniorom. Można już teraz dostrzec wzrastające zapotrzebowanie seniorów na różnego rodzaju usługi z dziedziny rozrywki, kultury, spędzania wolnego czasu.

Warto zauważyć, iż potencjał nabywczy tej grupy społecznej już obecnie jest znaczny. Dane statystyczne wskazują, iż portfel polskich emerytów to około 140 mld złotych rocznie. Zmiany demograficzne wyraźnie potwierdzają tendencję wzrostu liczby osób starszych i tym samym tej grupy klientów. Starsze osoby mogą być bardzo atrakcyjnymi klientami dla banków, firm ubezpieczeniowych, firm medycznych. Dzięki nim, wiele gałęzi gospodarki będzie mogło się szybko rozwijać. Obecnie mamy ponad 7 mln seniorów, to jedyna grupa społeczna, która ma stałe i policzalne dochody. W dodatku polscy seniorzy są właścicielami olbrzymiego majątku, zawartego w nieruchomościach. Okazuje się, że zasoby finansowe tej grupy nie są takie małe i dlatego jest to ważna grupa klientów wielu branż.

Z drugiej strony proces starzenia się polskiego społeczeństwa to nie tylko problem demograficzny i społeczny, ale również gospodarczy. Chodzi tu przede wszystkim o proporcję liczby osób w wieku produkcyjnym do liczby osób w wieku poprodukcyjnym. W sytuacji, kiedy przybędzie nam duża liczba osób niepracujących ze względu na podeszły wiek, a nie będzie to rekompensowane odpowiednią liczbą osób pracujących, grozi nam załamanie gospodarcze w perspektywie najbliższych kilkudziesięciu lat.

Czy Polska jest gotowa na proces starzenia się społeczeństwa?

Patrząc na zmiany demograficzne dotyczące polskie społeczeństwo, musimy zaznaczyć, iż zmienia się również nasz model społeczny. Tradycyjna wielopokoleniowa rodzina, zwłaszcza w miastach, odchodzi w niebyt. Dzieci ze względów finansowych, z powodu emigracji bądź braku czasu nie są w stanie zapewnić opieki swoim rodzicom. To przestaje być problem wyłącznie konkretnych rodzin, a staje się problemem gmin, a w szerszej perspektywie – całego kraju. Musimy wypracować skuteczny model opieki uwzględniający zarówno osoby samodzielne wymagające niewielkiego wsparcia, a także osoby niesamodzielne wymagające stałej opieki. Więc z jednej strony konieczny jest rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej nad osobami starszymi. Z drugiej zaś strony nie możemy zapominać jednak o tym, iż seniorzy najlepiej funkcjonują w swoim środowisku przy odpowiednim wsparciu opiekuńczo-medycznym. Ważne, żeby starsze osoby mogły funkcjonować z asystą medyczną, opiekuńczą i społeczną we własnej dzielnicy lub miasteczku, czyli w dotychczasowym środowisku, a nie były zamykane w domach opieki na peryferiach miasta.

Opieka nad osobami starszymi oznacza konieczność wejścia w nowe technologie i zaprzęgnięcie najnowszych rozwiązań do opieki i monitorowania zdrowia i bezpieczeństwa seniorów. Wymaga to jednak stworzenia sprawnego systemu wdrażającego rozwiązania do domów seniorów, stałego monitoringu oraz gotowości odpowiednich służb niosących pomoc. Tego typu inicjatywy są podejmowane, jednak dotychczas wszelkie próby mają bardzo ograniczony zasięg i pokazują jedynie, jak wielka praca na tym obszarze pozostaje do wykonania.

Drugim obszarem wymagającym znaczących zmian jest obszar produktów i usług dedykowanych seniorom. Należy mieć na uwadze, że jest to coraz bardziej wymagający klient. Seniorzy dysponują gigantycznym kapitałem, który powinniśmy stymulować i społecznie wykorzystywać. Ale żeby do nich dotrzeć, nie wystarczą standardowe narzędzia promocji i reklamy. Nie wystarczy również w wielu przypadkach standardowy produkt czy usługa. Systematyczne zwiększanie się populacji osób starszych powoduje również zmiany na rynku konsumentów dóbr. Oznacza to, że senior-klient wymaga dedykowanych produktów lub usług oraz dostosowanych do tej grupy społecznej narzędzi marketingowych. Obecnie zauważamy, iż dopiero niewielka grupa firm dostrzega klienta-seniora i wychodzi naprzeciw jego oczekiwaniom, tworząc dedykowaną tej grupie społecznej ofertę. Tak się stało choćby w przypadku operatora telefonicznego Orange, który dostrzegł fakt, iż znaczącą grupę klientów stanowią osoby powyżej 65 roku życia. Jako odpowiedź na specyficzne potrzeby tej grupy klientów, Orange stworzyło specjalną infolinię dedykowaną osobom starszym. Co warto podkreślić, infolinia Orange otrzymała Certyfikat Jakości Produktów i Usług OK SENIOR. Certyfikat został opracowany przez Krajowy

Instytut Gospodarki Senioralnej. Zgodnie z ideą certyfikatu, każdy produkt i usługa dla osób starszych musi być bezpieczna, potrzebna, zrozumiała i przystępna. Takie produkty nagradzamy certyfikatem i promujemy jako produkty sprawdzone przez nasz Instytut. Certyfikat OK SENIOR jest również przyznawany w kategorii opieki krótko i długoterminowej.

Dr inż. JAROSŁAW BUŁKA – Dyrektor Działu Nowych Technologii, KIGS

Jak wygląda sytuacja wykorzystania innowacji technologicznych przez statystycznego seniora w Polsce, a jak kształtuje się ona w Europie?

W Europie zachodniej i Skandynawii od dłuższego czasu realizowane są projekty mające na celu „przybliżenie” usług medycznych do osób mieszkających w tzw. środowisku. W krajach skandynawskich, gdzie aspekt geograficzny był głównym stymulatorem rozwoju usług telemedycznych, istnieje od dawna powszechna akceptacja technologii umożliwiających zdalny monitoring, diagnostykę czy nadzorowanie terapii pacjentów, w tym osób starszych. Na bazie tych doświadczeń powstało wiele projektów zorientowanych na wykorzystanie technologii w opiece nad osobami niesamodzielnymi. W Hiszpanii wiele regionów prowadzi monitoring osób starszych, wykorzystując do tego celu telefoniczne centra wsparcia, które poza tradycyjnym kontaktem telefonicznym mają możliwość kontrolowania podstawowych parametrów biomedycznych (ciśnienie krwi, poziom glukozy we krwi itp.) oraz odbierania powiadomień i reakcji na sygnały alarmowe generowane z urządzeń przywoławczych, którymi dysponują seniorzy. Rozwój technologii mobilnych, ich miniaturyzacja, spadek cen elektroniki oraz powszechna dostępność telefonii komórkowej i sieci Internet sprzyja upowszechnianiu urządzeń „noszonych” (tzw. wearables), dzięki którym osoby starsze mogą w każdej chwili samodzielnie wezwać pomoc. W innym wariantcie, urządzenia tego typu automatycznie wysyłają sygnał do centrum opieki lub opiekuna, gdy wykryją upadek lub krytyczną zmianę określonego parametru biomedycznego. Odrębnym zagadnieniem jest budowa, zgodnie z koncepcją deintytucjonalizacji usług opiekuńczych, tzw. mieszkań serwisowanych lub wspomaganych. W mieszkaniach takich osoba starsza ma dostęp do prostych narzędzi telemedycznych umożliwiających lekarzom lub opiekunom zdalny monitoring parametrów biomedycznych podopiecznych lub wprost przeprowadzenie telekonsultacji. Niezależnie od tego, zgodnie z koncepcją „smart home”, mieszkania takie wyposażane są w czujniki parametrów środowiskowych (ciśnienie, temperatura, zadymienie) oraz umożliwiają monitorowanie podstawowych instalacji (niezakręcona woda, stężenie gazu, otwarte okna, drzwi itp.). Tego typu projekty realizowane w Holandii czy Niemczech stanowią wzory dobrych praktyk, które są nieocenionym źródłem doświadczeń

▶ w budowaniu pilotażowych projektów w Polsce. Projekty te powstają obecnie głównie z inicjatywy jednostek samorządu terytorialnego lub firm świadczących usługi opieki długoterminowej, bądź deweloperów budujących mieszkania przystosowane dla seniorów lub osób nie-samodzielnych. W konwencji mieszkań serwisowanych oddawane są całe nowe osiedla (np. Wrocław, Katowice) lub adoptowane są istniejące mieszkania, a powstałe centra monitorowania świadczą usługi nadzoru dla seniorów włączonych do projektów pilotażowych lub objętych już usługami komercyjnymi.

Już dziś wiele placówek umożliwia e-rejestrację na wizyty czy e-konta zdrowia, niebawem pojawią się elektroniczne recepty i e-dokumentacja medyczna. Czy osoby starsze odnajdą się w tych zmianach?

Nie cała populacja osób starszych obecnie radzi sobie dobrze z nowymi technologiami. Problem ten dotyczy szczególnie grupy osób w wieku 75+. Nie zmienia to jednak faktu, że coraz większa grupa seniorów akceptuje i aktywnie wykorzystuje technologie mobilne. Niezwykle interesujący jest fakt, że w grupie seniorów korzystających z urządzeń mobilnych, smartfonów, bardzo duży odsetek zastosowań tych urządzeń wykracza znacznie poza zwykłą rozmowę telefoniczną czy wysyłanie krótkich wiadomości tekstowych. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że seniorzy chętnie i coraz powszechniej korzystają z zasobów Internetu a także kontaktują się ze swoimi rówieśnikami, członkami rodzin i lokalnymi społecznościami za pomocą mediów i portali społecznościowych. Coraz częściej możemy też obserwować zjawisko tzw. „mostu ponadpokoleniowego” – to niezwykle budujące, gdy seniora w świat technologii mobilnej wprowadzają... wnuki. Pokazując dziadkom możliwości urządzeń mobilnych, wciągając ich w świat gier czy ucząc wykorzystania komunikatorów video, są najlepszymi ambasadorami technologii w świecie seniora.

Problemem jest często niski poziom dochodów – wiele osób na emeryturze nie stać na komputer czy smartfon. To grozi wykluczeniem cyfrowym. Jak zapobiegać temu zjawisku?

Koszty urządzeń i usług związanych z teleopieką są istotną barierą i stanowią w dużej mierze o wykluczeniu cyfrowym seniorów. Na szczęście spadające ceny elektroniki mobilnej i transmisji danych wspierają rozwój telemedycyny i teleopieki. W Polsce, gdzie ten rynek usług dopiero powstaje, dominującym obecnie modelem jest usługa komercyjna, w której beneficjentem jest senior, a sponsorem najczęściej osoby bliskie, aktywne zawodowo i w związku z tym zdolne do opłacania abonamentu za teleusługi opiekuńcze.

Jakie działania należałoby przedsięwziąć, aby podnieść stopień wykorzystania narzędzi e-zdrowia w grupie seniorów?

Zdecydowanie najważniejsze w chwili obecnej jest budowanie odpowiedniej wiedzy o możliwościach narzędzi

i technologii w kontekście jakości i bezpieczeństwa życia seniora. Potrzebne są samorządowe i systemowe kampanie edukacyjne wskazujące na korzyści płynące z samomonitorowania parametrów biomedycznych, szczególnie u osób cierpiących na tzw. wielochorobowość i obciążonych często wielolekowością. U osób takich telemedycyna i teleopieka stanowi optymalne, a czasami wręcz jedyne rozwiązanie chroniące je przed powikłaniami i sprawiające, że potencjalne zaostrzenia schorzeń występują u nich rzadziej lub później. Przekłada się to wprost na jakość życia i bezpieczeństwo osoby starszej lub samotnej.

Budowanie wśród seniorów świadomości istnienia przyjaznych, niezawodnych i intuicyjnych w obsłudze rozwiązań telemedycznych, sprzyja budowaniu najważniejszej relacji – zaufania seniora do technologii, a tym samym jest najlepszą drogą do upowszechnienia narzędzi e-zdrowia i m-zdrowia w tej grupie wiekowej.

Jakiego rodzaju narzędzia e-zdrowia mogą najbardziej wspomagać życie seniorów, np. z chorobami przewlekłymi?

Choroby przewlekłe, w szczególności w obszarze kardiologii, diabetologii i pulmonologii oraz zjawisko powszechnej wśród seniorów wielochorobowości wskazują w pierwszej kolejności wprost na urządzenia przeznaczone do zdalnego monitorowania ciśnienia krwi, wagi, aktywności elektrofizjologicznej serca, saturacji, czy poziomu glukozy we krwi, ale także aktywności ruchowej lub upadków. Mobilne glukometry, pulsoksymetry, ciśnieniomierze, EKG czy opaski przywołujące pomoc lub monitorujące upadki, połączone z profesjonalnymi, certyfikowanymi medycznie aplikacjami mobilnymi i platformami telemedycznymi powinny być trwałym elementem budowanego powszechnego systemu opieki zdrowotnej.

Niezwykle istotne jest również zapewnienie pacjentom możliwości dostępu do profesjonalnych telekonsultacji realizowanych za pomocą certyfikowanego medycznie oprogramowania. Takie rozwiązania powodują, że bariery geograficzne lub architektoniczne nie stanowią żadnych ograniczeń w dostępie osób starszych lub niesamodzielnych do usług medycznych i porad specjalistów. W tym aspekcie należy również rozważać dostęp lekarzy, pacjentów i opiekunów do spójnej, dostępnej elektronicznie dokumentacji medycznej.

Profesjonalna realizacja i upowszechnienie w pierwszej kolejności tych trzech kluczowych komponentów z pewnością stanowić będzie optymalną bazę do budowy kolejnych e-usług w obszarze zdrowia i opieki nad osobami starszymi.

Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej (KIGS) jest podmiotem integrującym uczestników branży usług senioralnych, operatorów, inwestorów, przedstawicieli władz centralnych i samorządowych, ośrodków badań społecznych oraz wspierających te inicjatywy organizacji senioralnych.

(przedruk z OSOZ „Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia” nr 1/17)

KOBIETA W PEWNYM WIEKU I JEJ POTRZEBY

Należę do pokolenia określanego w języku polskim dość bezosobowym terminem „powojenny wyż demograficzny”, który to termin mniej mi się podoba niż amerykańskie „*the baby boomers generation*”. W okresie poprzedzającym moje ubiegłoroczne urodziny doznałam chemicznego urazu lewego oka i konieczna była wizyta u okulisty. Dolegliwość została szybko wyleczona, ale jedno zdanie wypowiedziane przez okulistę zainspirowało mnie do rozmyślań nad upływem czasu, a mniej eufemistycznie mówiąc – nad starzeniem się. Do tematu można podchodzić optymistycznie lub pesymistycznie. Wersja optymistyczna mojego wieku przedstawiona w postaci równania arytmetycznego wygląda tak: $WIEK = 2 \times 35 + 2$. Prawda, że formuła wygląda sympatycznie? Tymczasem formalna, tradycyjna odpowiedź, brzmiąca: „mam 72 lata”, może wpędzić niejedną posiadaczkę podobnego PESELU w depresję.

Ponieważ nie mam skłonności do zmarszczek i udało mi się zachować prawidłową sylwetkę, zwykle nowo poznani interlokutorzy dają mi mniej lat niż mam. – *Jak ty to robisz, że wyglądasz, jak wyglądasz?* – pytają. Zwykle odpowiadam: – *Dzieje się tak pewnie dlatego, że mam młodszego męża.* – *Aaa, wszystko jasne* – odpowiadają i uśmiechają się szeroko. Ostatnio dano mi 58 lat. Brzmi dobrze, ale czas płynie... Zastanawiając się nie tylko nad zmianami, jakie zaszły w medycynie, ale i w moim życiu, zauważyłam, że dla kobiety upływ czasu odmierzają nieparzyste dekady: 30, 50, 70... Jak to rozumiem?

Przewodnik po upływie czasu – tylko dla kobiet!

Każda nieparzysta dekada w życiu kobiety ma swoje charakterystyczne objawy:

- 30 plus: masz dodatni wynik testu ołówka. Jak się wykonuje ten test? Wkładasz ołówek pod biust i jeżeli pozostaje na miejscu, wynik testu jest dodatni.
- 50 plus: miesięczki śpiewają Ci: *goodbye, my love, goodbye*.
- 70 plus: osobisty okulista komunikuje Ci: *Krystyno, masz początki zaćmy...*
- 90 plus: napiszę Wam o tym za 18 lat na łamach „Pulsu”, obiecuję!

Podzieliłam się tymi spostrzeżeniami na portalu dla lekarzy www.sermo.com. To, co zaczęło się dziać po opublikowaniu tekstu, przeszło moje wszelkie oczekiwania! Jedna z amerykańskich koleżanek wyznała w prywatnej korespondencji: „*Wiesz, Krystyno, ja mam 62 lata, ale to jest tylko do Twojej wiadomości, bo w Ameryce nie jest modne być starą kobietą*”. Zawsze myślałam, że w Ameryce każdy jest dumny z każdej cechy lub okoliczności, a tu okazuje się, że starość jest *passé*!

Dyskusja stała się jeszcze ciekawsza, gdy pewien uczestnik zapytał: „*Krystyno, przepraszam, że pytam, ale cie-*

kawi mnie, czy kobieta w pewnym wieku odczuwa JESZCZE seksualne pożądanie?”.

Zaciekawionemu amerykańskiemu koledze odpisałam: „*Dlaczego piszesz JESZCZE w odniesieniu do seksu, a nie pytasz, czy kobieta w pewnym wieku JESZCZE oddycha? Seks jest taką samą funkcją życiową jak oddychanie, jedzenie, sen czy trawienie*”. Amerykańskie koleżanki zachwyciły się tą odpowiedzią i napisały: „*Błyskotliwa odpowiedź, niezwykle trafna, dziękujemy Ci!*”.

Tekst w ciągu pierwszych trzech dni zdobył pięć gwiazdek (na pięć możliwych), które są wyrazem uznania czytelników, oraz wywołał niezwykle ożywioną dyskusję.

Nieco zdyskredytowany ciekawski kolega skomentował: „*Pięć gwiazdek? To jest pięć miauknięć starej kocicy*”. Jednak szybko dowiedział się, że jest najpewniej posępnym mizoginem, czyli mężczyzną silnie uprzedzonym do kobiet. Jak to w Ameryce bywa, szybko przeprosił za swoje niezbyt zgrabnie zredagowane pytanie, ale zaciekawienie na forum pozostało.

Ciekawość tematu istnieje nie tylko na forum internetowym, a wyrazem tego jest choćby film „Dwoje do poprawki”, który warto obejrzeć w całości (np. w Internecie). Miłośnicy talentu Meryl Streep będą bardzo uradowani, oglądając film, ja dodatkowo z przyjemnością podziwiałam plenery Maine, w którym to stanie edukowałam się przed kilkunastu laty w języku angielskim, nadrabiając zaległości wynikające z mojego PESELU. Szkołę wybrałam ze względu na stosowaną tam metodę „*deep immersion*” oraz informację, że ich najstarszy uczeń był z pokolenia 70+. Można więc stwierdzić, że stan Maine jest przyjazny temu pokoleniu.

Seks starszych pań naukowo ujęty

Po obejrzeniu filmu „Dwoje do poprawki” można nabrać podejrzenia, że kobieta w pewnym wieku JESZCZE ma potrzeby seksualne. Jednak czy lekarz może udzielać odpowiedzi na merytoryczne pytanie innemu koledze na podstawie filmu?

Obowiązuje nas „*evidence based medicine*”, a nie wiedza czerpana z komedii filmowych – powiedzą surowi wyznawcy obowiązku ciągłego szkolenia podyplomowego. Wszak nie taką edukację podyplomową zaliczą nam podczas wizyty w Ośrodku Doskonalenia Zawodowego naszej Izby! Sięgnijmy więc do poważnych źródeł naukowych, jakimi są bez wątpienia zasoby bazy Medline, które do tej pory przeglądałam głównie pod kątem różnorodnych aspektów diagnostycznych czy terapeutycznych z interny. Po wpisaniu do wyszukiwarki hasła „*older women's sexual desire*”, czyli „*pożądanie seksualne wśród starszych kobiet*”, znajduję 286 doniesień naukowych. No cóż, naukowcy nie rozpieszczają swoim zainteresowaniem starszych pań. Może z mężczyznami jest lepiej – myślę

sobie. Niestety, okazuje się, że też kiepsko – tylko 271 doniesień. O czym traktują raporty naukowców?

W doniesieniu „*Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing*” (Arch Sex. Behav. 2016, 133) D.M. Lee i wsp. przedstawili wyniki oceny aktywności seksualnej 6201 osób w wieku od 50 do ponad 90 lat. Okazało się, że problemy z osiągnięciem pobudzenia seksualnego miało 32% kobiet i 39% mężczyzn. Starsze panie zniechęcały do seksu takie problemy jak suchość pochwy, dysfunkcja mięśni dna miednicy małej oraz depresja. U mężczyzn głównym problemem były zaburzenia erekcji. Częstość okoliczności zniechęcających do seksu była nieco większa u mężczyzn, ale żadnego mężczyzny nikt nie pyta, czy ma JESZCZE potrzeby seksualne!

W innym badaniu W.K. Watson i wsp. przeprowadzili pogłębione wywiady z 14 kobietami w wieku od 64 do 77 lat na temat ich seksualności w ostatnim czasie. Wyniki opublikowano pod koniec 2016 r. na łamach „The Journal of Ageing and Human Development” w artykule „Older Women in New Romantic Relationships: Understanding the Meaning and Importance of Sex in Later Life”. Zacytujmy fragment: „*Wbrew powszechnym*

wyobrażeniom żadna uczestniczka badania nie czuła, żeby starzenie negatywnie oddziaływało na jej seksualność. Wiele z nich doświadczało odnowionego pożądania seksualnego i radosnych doznań. Choć seks zajmuje inne miejsce niż w młodości, badane kobiety potwierdzają, że nadal jest ważny w ich związkach”.

Można by tu snuć długie i uczzone wywody, ale ograniczę się do stwierdzenia, niewykluczone, że odkrywczego dla wielu panów: kobieta to też człowiek, którego przy życiu utrzymuje zespół tych samych funkcji życiowych, jakie występują u mężczyzn.

Liczba oddechów, częstość tętna, długość snu, efekty trawienia i wreszcie aktywność seksualna są osobniczo zmienne, ale składają się na komplet, który wszyscy mamy „na wyposażeniu”. Defekty zdarzają się u obu płci i niekoniecznie muszą być pochodną wieku.

PS Będę bardzo rada, jeśli Szanowne Koleżanki i Koledzy zechcą podzielić się swoimi przemyśleniami na ten temat, pisząc do mnie pod adresem: krystyna.knypl@gmail.com

Krystyna KNYPL

(przedruk z „Pulsu” nr 10/17)

WYDECH – NA ZDROWIE

To, że oddech chorego może dostarczyć wiedzy o jego stanie zdrowia, wiedzano już w starożytności. Obecnie pojawiły się możliwości dokładnych analiz chemicznych wydychanego powietrza, a wraz z nimi nadzieje na bezinwazyjne diagnozowanie szeregu chorób – co ważne, we wczesnych stadiach ich rozwoju.

Po burzliwej erze genomiki i proteomiki nastał czas – metabolomiki. To dziedzina nauki stawiająca sobie za cel poznanie wszystkich metabolitów (produktów przemian biochemicznych) powstających podczas procesów życiowych na poziomie każdej komórki i organizmu człowieka. Czy to możliwe? Kwestią czasu jest odpowiedź na to pytanie. Z całą pewnością znamy już szereg metabolitów, które – powstając w tkankach – przedostają się do krwi, a stamtąd do płuc. Można je następnie wykryć w wydychanym powietrzu.

Stało się to możliwe dzięki chromatograficznej analizie składu wydychanego powietrza. Uzyskaliśmy obiecujące narzędzie diagnostyczne o wielu zaletach. Taka analiza bowiem jest szybka, nieinwazyjna, a zatem i bezbolesna dla pacjenta, a pobranie próbek do badań jest bezpieczne i wygodne także dla personelu medycznego. W czasach Hipokratesa lekarze już wiedzieli, że zapach oddechu jest cennym elementem diagnozowania pacjenta. I nadal wiele lat później kojarzono słodką, owocową woń acetonu z niewyrównaną cukrzycą, a woń podobną do zapachu moczu jako towarzyszącą niewydolności nerek. Niemniej odejście od takiego obwąchiwania pacjen-

ta umożliwiły dopiero nowoczesne metody analityczne. Należą do nich narzędzia chemii analitycznej pozwalające na detekcję lotnych związków organicznych zawartych w wydychanym powietrzu, a te mogą stać się lub wręcz są uznane już za biomarkery chorób człowieka. Wystarczy wspomnieć tu ureazowy test oddechowy, polegający na wykrywaniu produktów aktywności enzymu ureazy pałeczek *Helicobacter pylori* w powietrzu wydychanym przez pacjenta. W wyniku działania ureazy *H. pylori* obecnej w żołądku – mocznik (znakowany, obecnie ¹³C) podany pacjentowi rozkłada się do amoniaku i dwutlenku węgla. Wyraźny wzrost stężenia dwutlenku węgla znakowanego izotopem ¹³C w powietrzu wydychanym przez pacjenta świadczy o zakażeniu pałeczkami *H. pylori*. To już uznany test stosowany w laboratoriach jako Ureazowy Test Oddechowy (UBT), a jakie inne możliwości mogą przynieść testy oddechowe?

Postęp w analizowaniu składu wydychanego powietrza to efekt zastosowania najnowocześniejszych technik analitycznych, takich jak chromatografia gazowa (GC), w tym sprzężona ze spektrometrią mas (GC/MS), spektroskopia laserowa i wiele innych. Z użyciem tych technik można było wykazać, że pewne substancje (związki) pojawiające się w wydychanym powietrzu lub zmiana ich stężenia mogą świadczyć o toczących się w organizmie procesach chorobowych. Ponadto badania takie mogą służyć pozyskaniu danych o przebiegu prawidłowych procesów biochemicznych zachodzących w organizmie.

Nadzieje wiąże się również z możliwością uzyskiwania informacji o stosowanych przez pacjenta lekach czy też używkach (także narkotykach, przez wiele dni po paleniu marihuany można wykryć jej metabolity w wydychanym powietrzu) oraz rodzajach stosowanej diety.

Linus Pauling w 1971 r., stosując techniki chromatograficzne, wykrył w powietrzu oddechowym ponad 250 lotnych związków. Obecnie u zdrowych ludzi wykrywanych jest co najmniej 400 lotnych związków organicznych. Wśród nich cyklopropan, aceton, pentan, dwuchlorometan, dwusiarczek węgla, 2-metylopentan, izopren, 1-metylocyklopropan, benzen, toluen, czterochloroetylen. To świadczy dobitnie o złożoności naszego metabolizmu i pokazuje, jak duże trudności sprawia ustalenie dobrych czynników markerowych, które pozwalałyby na rzetelne diagnozowanie chorób i zaburzeń metabolizmu. Niemniej testy oddechowe pozwalają obecnie na diagnozowanie takich chorób jak zespoły złego wchłaniania, na rozpoznawanie uszkodzeń trzustki czy chorób jelita cienkiego oraz wspomnianych już chorób żołądka (choroba wrzodowa i przewlekły nieżyt powodowane namnożeniem *H. pylorii*). Ponadto diagnozować można choroby wątroby (marskość, zapalenie wątroby).

W badaniach obecności szeregu związków w wydychanym powietrzu podstawowym staje się pytanie o ich pochodzenie. Na przykład obecność dwusiarczku węgla może być wynikiem rozpadu aminokwasów zawierających siarkę, ale związek ten wykrywany jest także w wydychanym powietrzu mieszkańców takich aglomeracji jak np. Nowy Jork – o dużym stopniu zanieczyszczenia środowiska. Pochodzenie tego związku staje się o tyle ważne, jak wykazały najnowsze badania, że ekspozycja na dwusiarczek węgla obecny w środowisku może nasilać rozwój miażdżycy i choroby wieńcowej.

Stale zwraca się uwagę na nowe markery i jednocześnie komplikacje, jakie przynoszą najnowsze odkrycia, dając jednocześnie nadzieję na diagnozowanie takich chorób cywilizacyjnych jak chociażby nowotwory. Na przykład odkryto, że powietrze wydychane przez chorych na raka płuc zawiera wyższe stężenie acetonu, metyloetyloketonu, n-propanolu, aldehydu toluilowego i oksepanonu.

To być może przyspieszy możliwość wczesnego i pewnego wykrywania tej zabójczej choroby. Potwierdzono też podwyższony poziom pentanu w powietrzu wydechanym przez pacjentów z ostrym zawałem mięśnia sercowego czy chorych na stwardnienie rozsiane. Zanim jednak takie markery znajdą zastosowania kliniczne, muszą zostać zebrane dane dotyczące czułości i specyficzności takich testów, a także ich wartości prognostycznej.

Być może w nieodległej przyszłości testowanie wydychanego powietrza stanie się wreszcie niedrogim, masowym i łatwym badaniem, które pomoże w rozpoznaniu chorób w ich wczesnych stadiach, a to jak wiemy zawsze pomaga w walce z chorobą i daje szansę szybszego powrotu pacjenta do zdrowia z jednoczesnym uniknięciem szeregu powikłań, jakie niesie ze sobą każde zaawansowane w rozwoju schorzenie.

Ciekawe: Pionierami badań nad wydychanym powietrzem byli Lavoisier i Laplace. W roku 1784, analizując proces oddychania u świnki morskiej, wykazali, że zwierzę to wdychało tlen, a wydychało w powietrzu dwutlenek węgla. Była to pierwsza obserwacja przemian metabolicznych w organizmie i początek rozwoju nowej nauki – biochemii.

W 1874 r. brytyjski neurolog F.E. Anstie, stosując analizę kolorymetryczną (składnik organiczny, np. wydechanego powietrza, reaguje ze składnikami roztworu, powodując zmianę jego zabarwienia) wykazał, że alkohol wprowadzony do organizmu jest metabolizowany. Były to pierwsze badania nad przemianami alkoholu w organizmie człowieka. Analizę kolorymetryczną, wprowadzoną w połowie XIX wieku, wykorzystał w pionierski sposób także niemiecki lekarz A. Nebelthau do analizy powietrza wydychanego przez chorych na cukrzycę, wykazując wydalanie przez płuca osób chorych większych ilości acetonu.

Marek JURGOWIAK

Autor jest członkiem Rady Programowej „PRIMUM”, sekretarzem Rady Programowej Centrum Nowoczesności „Młyn Wiedzy” w Toruniu, pracuje w Katedrze Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK

(przedruk z „Primum” nr12/16-1/17)

WIKTOR DEGA (1896–1995) – TWÓRCA POLSKIEJ REHABILITACJI

Wiktor Dega urodził się 7 grudnia 1896 r. w Poznaniu. Ukończył gimnazjum im. Marii Magdaleny w Poznaniu. Ukończenie szkoły zbiegło się z wybuchem I Wojny Światowej. Jako poddany cesarza niemieckiego został wcielony do armii pruskiej. Pobyt w Niemczech spowodował, iż maturę zdawał w Koblencji. W Berlinie rozpoczął też studia medyczne. Na wieść o narastającym napięciu pomiędzy Polakami i Niemcami, świadom doniosłości nad-

ciągających wydarzeń, powrócił do Wielkopolski. Z uwagi na doświadczenie wojskowe był jednym z członków ochrony Ignacego Paderewskiego podczas pobytu w Poznaniu w Bazarze. Brał udział w Powstaniu Wielkopolskim, między innymi w styczniowych walkach o port lotniczy na Ławicy. Wraz z 10 Pułkiem Strzelców Wielkopolskich walczył o kształtowanie wschodniej granicy państwa, uczestniczył w walkach o Lwów.

Następnie kontynuował naukę medycyny w Warszawie, poczym ukończył studia na Uniwersytecie Poznańskim, uzyskując w 1924 r. stopień doktora medycyny. Rozpoczął pracę w Zakładzie Ortopedycznym im B. S. Gąsiorowskiego, kierowanym przez Ireneusza Wierzejewskiego. Zakład ten w 1923 r. uzyskał status kliniki uniwersyteckiej. Jako pracownik teŹe, brał udział we wszystkich istotnych etapach narodzin poznańskiej i polskiej ortopedii. Był jednym ze współzałożycieli w 1928 r. Towarzystwa Ortopedycznego, I Zjazdu Ortopedów Polskich oraz „Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej” – pierwszego czasopisma ortopedycznego na naszych ziemiach.

W 1932 r. na jeździe w Bolonii wygłosił wykład, w którym przedstawił koncepcję leczenia rozwojowej dysplazji stawu biodrowego. Temu tematowi poświęcona była również jego habilitacja w 1933 r. Osteotomia transilialna, wraz z operacją naprawczą bliŹszego końca kości udowej, nazwana jego i mieniem, rozślawiła go w ortopedycznym świecie. W 1937 r. przeniósł się do Bydgoszczy, gdzie założył całkowicie nowy oddział ortopedyczny. W 1939 r., brał udział w wojnie obronnej, był ranny w bitwie pod Kutnem. Z niemieckiej niewoli został zwolniony w 1940 r. Objął kierowanie oddziałem chirurgii dziecięcej w Warszawie. Jako lekarz niósł pomoc ran- nym w Powstaniu Warszawskim.

Po wojnie otrzymał propozycje objęcia szefostwa w klinikach w Warszawie, Krakowie i Poznaniu. Wybrał rodzinny Poznań, gdzie kierownictwo kliniki zwo- lniło się po tragicznej śmierci Franciszka Raszei, zamordowanego w 1942 r. przez Niemców, w trakcie pomocy medycznej w warszawskim gettcie. Dega zorganizował klinikę na Wildzie w dzisiejszym Ortopedyczno-Rehabilitacyj-

nym Szpitalu Klinicznym. Kierował nią do 1967 r. kiedy przeszedł na emeryturę. Nadal jednak brał udział w leczeniu i operacjach. Mieszkał na terenie szpitala, tworząc jego „ortopedyczną rodzinę”. W tym czasie wielu wybitnych ortopedów wraz z rodzinami, mieszkało na terenie szpitala. Z nostalgią nazywany był „Domem”.

Profesor Dega stworzył nowatorski sposób operacji zwichniętego biodra u dzieci. Po wojnie w Poznaniu zorganizował poradnię preluksacyjną, w której badano noworodki pod kątem wykrycia tej wady. Myśl ta stopniowo była przez niego przekazywana kolejnym ośrodkom akademickim. Ponadto Dega był twórcą Polskiej Szkoły Rehabilitacji. Jego koncepcja opierała się na 4 myślach:

- rehabilitacja powinna być powszechna – dotyczyć także najbiedniejszych chorych;
- wczesna – zaczynająca się nawet przed operacją;
- kompleksowa – chory powinien być przywrócony do zdrowia, pracy, nauki, życia towarzyskiego;
- trwała – często do końca życia.

Ten sposób myślenia o rehabilitacji uznany został za wzorcowy przez WHO w 1970 r. W 1986 r. za zasługi dla światowej rehabilitacji został uhonorowany nagrodą im. Alberta Laskera. W 1996 r. szpital na Wildzie, decyzją władz dzisiejszego Uniwersytetu Medycznego otrzymał imię Wiktora Degi.

Wiktor Dega był żonaty z Marią, również lekarką. Małżeństwo miało troje dzieci. Zmarł 15 lutego 1995 r. Pochowany został na cmentarzu na poznańskim Junikowie. Plac Wiktora Degi znajduje się w Poznaniu na Morasku.

Dr med. K. PIETRZAK, Prof. nadzw. A. GRZYBOWSKI

(przedruk z Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 12/16)

MEDYCYNA PO DYPLOMIE

ŻYWIENIE KOBIET Z PROBLEMEM ŁYSIENIA

Błyszczące i zdrowe włosy są atrybutem ludzi zdrowych, dbających o siebie i swoje ciało, ale dla kobiet są również ozdobą, która daje im dobre samopoczucie. Natomiast słabe, wypadające włosy mogą wyjątkowo obniŹać komfort życia kobiet, prowadzić do obniŹenia samooceny i przez stres z tym związany jeszcze pogłębiać ten problem. W warunkach fizjologicznych na głowie znajduje się ponad 80% włosów w okresie wzrostu (anagen), 1% w okresie inwolucji mieszka włosowego (katagen), a pozostały odsetek stanowią włosy w okresie spoczynku (telogen). W zależności od różnych czynników, ilość i gęstość włosów u kobiet może zmieniać się nie tylko w stanach chorobowych, ale także w warunkach fizjologicznych, m. in. w okresie menopauzalnym. Dzienna

utrata nie powinna przekraczać 70-100 włosów, a staje się problemem wówczas, gdy ubywa ich ponad 100 dziennie w czasie dłuższym niż kilka tygodni.

Fizjologicznie już w okresie premenopauzalnym u kobiet następuje zmniejszenie stęŹenia estrogenów we krwi, z następującym naturalnym wzrostem stęŹenia androgenów, co może być przyczyną łysienia androgenowego. Łysienie to u kobiet zazwyczaj przejawia się jako rozlane przerzedzenie włosów głównie w części centralnej i czołowej, a czasami także w ciemieniowej i potylicznej. Niektóre schorzenia skóry i włosów w czasie trwania okresu przedmenopauzalnego mogą być wynikiem występujących chorób związanych z nadmierną nadnerczową lub jajnikową produkcją androgenów lub i/lub tkanko-

wą. Kobiety ze zwiększonymi stężeniami tych hormonów, wywołanymi czynnikami endo- bądź egzogennymi, tracą włosy. Dihydrotestosteron (DHT), powstający z testosteronu przy udziale 5 α -reduktazy obecnej w mieszkach włosowych, jest hormonem najsilniej oddziałującym na mieszki włosowe. Ma 2,5 razy silniejsze działanie od testosteronu. Hormon DHT osłabia mieszki włosowe i w ostateczności prowadzi do wypadania włosów.

Problem wypadania włosów u kobiet w okresie menopauzy wymaga dokładnej diagnozy, a następnie podjęcia odpowiedniego leczenia. Schorzenie to dotyczy 20-60% kobiet przed ukończeniem 60. r. ż. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że główną przyczyną utraty włosów u kobiet w tym okresie życia są zmiany w gospodarce hormonalnej ustroju, dlatego zasadnym jest doposażenie ich diety w składniki pokarmowe, które są zarówno prekursorami w syntezie hormonów steroidowych, jak i bezpośrednio wpływają na budowę, wzrost i utrzymywanie włosa w powłoce skórnej.

Podstawowym składnikiem diety warunkującym budowę włosów są pełnowartościowe **białka** zawierające w swoim składzie aminokwasy siarkowe: cysteinę i metioninę, jako prekursorów do syntezy białek włosów – keratyny. Niedożywienie białkowe lub białkowo-kaloryczne powoduje zaburzoną syntezę włosów (włosy drobne i kruche), ich osłabienie (są w formie meszku) i łysienie. Keratyna jest głównym składnikiem łodygi i osłonki włosa, powstaje w keratynocytach, w warstwie podstawowej i rogowej naskórka. Natomiast obecne we wnętrzu łodygi włosa (kory włosa) spiralnie skręcone włókienka keratyny odpowiadają za sprężystość włosa. Znajdująca się w osłonce włosa keratyna nadaje im ciągłość i blask, dlatego przy jej niedoborach obserwuje się skłonności do jego rozdławiania.

Cysteina, jako składnik keratyny, występuje we włosach w największej ilości (10-17%) i należy do aminokwasów endogennych, których synteza jest uzależniona od obecności metioniny. Od cysteiny zależy szybkość wzrostu, wielkość średnicy włosa, a także synteza białek potrzebnych do jego budowy. Aktywna forma witaminy B₆ (fosforan pirydoksalu) zwiększa włączenie L-cysteiny do keratyny. Również niezastąpionym aminokwasem mającym wpływ na utrzymanie włosów w powłoce skórnej jest egzogenna **L-lizyna**, głównie obecna w wewnętrznej części korzenia włosa, nadając włosom kształt i objętość. Przy niedostatecznej podaży lizyny z pożywieniem włosy stają się kruche, cienkie oraz wiotkie.

Białka powinny stanowić 10-15% wartości energetycznej diety (WED), w ilościach (0,9 g/kg masy ciała na dobę), i zaleca się ich spożywanie głównie w I oraz II śniadaniach, obiedzie, w mniejszych ilościach w podwieczorku oraz kolacjach. Dobrymi źródłami ww. aminokwasów w diecie kobiet powinny być: jaja, sery twarogowe, jogurty naturalne, ryby, mięso (cielęcina, wołowina), drób (indyk, kurczak), nasiona roślin strączkowych (soja, so-

czewica, fasola, groch, bób), ziarna (pestki dyni i słonecznika, sezam), orzechy (pistacjowe, arachidowe, migdały), produkty zbożowe (kasza gryczana, jęczmienna pęczak, ryż brązowy, pieczywo żytnie razowe i graham).

Tłuszcze obecne w diecie biorą udział w syntezie hormonów steroidowych (z cholesterolu), a tym samym wpływają na utrzymanie włosów w powłoce skórnej. Również znajdujące się w diecie nasycone kwasy tłuszczowe, poprzez zwiększone wydzielanie łoju, mogą ten stan pogłębiać. „Płaszcz ochronny” dla powłoki skórnej i jej wytworów, w formie kompleksów lipidowych, stanowią ceramidy, sterole, fosfolipidy, a także wolne kwasy tłuszczowe. Niedobory tych związków w organizmie kobiet przyczyniają się do spadku nawilżenia włosów, a nawet do ich utraty w wyniku nieprawidłowego stanu cebulek włosowych. Niskie spożycie kwasu linolowego i linolenowego oraz długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, które są ważnymi składnikami warstwy rogowej naskórka, przyczynia się do utraty włosów. Również kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3 (EPA i DHA) znajdujące się głównie w rybach, nasionach lnu, orzechach włoskich, kiełkach pszenicy. Obecne w olejach roślinnych kwasy tłuszczowe omega-6 są również niezbędne do utrzymania prawidłowej budowy włosów, jednak ich nadmiar w diecie może prowadzić do zaburzeń równowagi immunologicznej organizmu i zwiększonego ryzyka powstawania stanów zapalnych mogących powodować osłabienie włosów i ich wypadanie. Tłuszcze powinny stanowić 25-30% WED, a ich źródłem powinny być ryby, drób, jaja, oliwa z oliwek, olej rzepakowy oraz orzechy.

Węglowodany wpływają na stan włosów. Wykazano, że spożywanie żywności przetworzonej, bogatej w cukry proste, jest jednym z pośrednich czynników powodujących nadmierne wypadanie włosów. Dieta bogata w cukry proste stymuluje wydzielanie sebum przez gruczoły łojowe. W warunkach fizjologicznych sebum ma dobroczynny wpływ na włosy, jednak przy jego nadmiernym wydzielaniu stanowi pożywkę dla drobnoustrojów znajdujących się na skórze, które powodują rozkład triacylogliceroli w nim zawartych. Prowadzi to do uwalniania kwasów tłuszczowych działających drażniąco i powodujących rozwijanie się stanu zapalnego. Wytworzona tą drogą nadmierna ilość kwasów tłuszczowych powoduje wtórne zwiększenie wydzielania łoju, co sprzyja powstawaniu zaburzeń keratynizacji.

Ponadto dieta bogata w cukry proste implikuje nieprawidłową glikemię i insulinemię, która bezpośrednio przyczynia się do zwiększenia syntezy androgenów jajnikowych oraz pośrednio poprzez hamowanie syntezy SHBG w wątrobie i białka typu 1 wiążącego insulinopodobny czynnik wzrostowy (*insulin-like growth factor* – *IGF-I*). Insulina w mieszkach włosowych wpływa bezpośrednio na wzrost włosa i zwiększenie stężenia DHT, co powoduje ich miniaturyzację. Również insu-

lina przyczynia się do zaburzeń krążenia w naczyniach odżywiających skórę głowy, doprowadzając do miejscowego niedotlenienia, co sprzyja wypadaniu włosów. Dlatego dieta kobiet powinna zawierać produkty bogate w węglowodany złożone, o niskim indeksie i ładunku glikemicznym, zawierające błonnik regulujący gospodarkę węglowodanowo-lipidową ustroju. Węglowodany powinny stanowić 55-65% WED, w tym nie więcej jak 10% WED pochodzącej z sacharozy. Źródłem węglowodanów w diecie powinny być: pieczywo pełnoziarniste (razowe, graham), kasze (gryczana, pęczak, kuskus), ryż brązowy, makarony razowe, warzywa oraz owoce o niskim ładunku glikemicznym.

Na stan włosów wpływ mają również witaminy: A, D, z grupy B (B_3 , B_5 , B_7 , B_9 , B_{12}) oraz C. Niedobór w diecie **witamin A** może powodować zmniejszenie szybkości cyklu odnowy komórkowej i syntezy. Ze względu na jej rozpuszczalność w tłuszczach witamina A odpowiada za odpowiednie nawilżenie i chroni włosy nadając im odporność na ich szybką łamliwość. A ponieważ jej nadmiar, pochodzący z produktów zwierzęcych, jest kumulowany w wątrobie i też może być przyczyną wypadania włosów, dlatego dobrym źródłem jest jej forma pochodząca z karotenoidów obecnych w warzywach i owocach.

Istotne jest również doposażenie diety kobiet w witaminę D, gdyż wykazano niskie jej stężenie w surowicy kobiet zarówno z łysieniem telegenowym, jak i przewlekłym.

Niacyna (witamina B_3 , PP) wpływa na przemianę wodną skóry, powoduje rozszerzenie naczyń i odtruwa skórę, jest niezbędna w utrzymaniu prawidłowego stanu włosów. Głównymi źródłami niacyny w diecie powinny być: mięso, pełne ziarna zbóż, warzywa strączkowe, nasiona, mleko, warzywa o zielonych liściach, ryby, orzeszki ziemne, skorupki i drożdże.

Kwas pantotenowy (witamina B_5) zapobiega zbyt wczesnemu siwieniu włosa oraz posiada zdolność do przywracania mu naturalnego koloru. Odpowiada również za prawidłowy porost włosa, ze względu na udział w podziałach komórkowych w mieszkcu włosowym, a także nadaje mu odpowiednią wilgotność, ma właściwości przeciwzapalne, działa osłaniająco, ma działanie nawilżające, regulujące funkcje gruczołów łojowych, przyspiesza tworzenie melaniny. Produktami bogatymi w witaminę B_5 (czyli mieszaninę kwasu pantotenowego, panteiny, pantenolu oraz koenzymu A) są: grzyby, kalafior, wątroba, soja, jajka kurze i drożdże piekarskie, pełne ziarna zbóż, fasola, mleko, zielone warzywa liściaste (kapusta, sałata)

Biotyna (witamina B_7 , H) jest witaminą biorącą udział w metabolizmie tłuszczów oraz białek, a której niedobór może doprowadzić do łysienia. Wpływa na stan powłoki skórnej zmniejszając łojotok i pobudzając wzrost włosów. Długotrwale niedobory żywieniowe biotyny prowadzą do zaburzeń metabolizmu kwasów tłuszczowych (wzrost stężenia w wątrobie kwasu palmitynowego oraz

cholesterolu we krwi), których objawami są rumieniowe i łojotokowe zapalenia skóry (zapalenie spojówek, przetłuszczanie się włosów, łysienie, zwiększona łamliwość paznokci). Biotyna występuje w produktach spożywczych pochodzenia roślinnego (głównie w zarodkach zbóż) oraz zwierzęcego. W postaci wolnej największe jej ilości stwierdza się w mleku i w warzywach, a w formie związanej w mięsie, wątrobie, żółtku jaj, drożdżach i niektórych orzechach.

Foliany (witamina B_9) biorą udział w wytwarzaniu czerwonych krwinek oraz hemoglobiny, której zadaniem jest transport tlenu m. in. do tkanek tworzących włos. Ponadto foliany odpowiadają za stymulację odbudowy komórek mieszkca włosowego, zapobiegają siwieniu i wypadaniu włosów oraz regulują funkcję gruczołów łojowych. Źródłem folianów w diecie kobiet powinny być: jarmuż, brukselka, groszek zielony, groch suchy, fasola biała, szparagi, buraki, kalarepa, ale także jaja, wątroba drobiowa, halibut czy dorsz.

Natomiast **kobalamina** (witamina B_{12}) może mieć związek z nadmiernym wypadaniem włosów u kobiet z niedokrwistością lub z depresją. Jej źródłem w diecie kobiet powinny być produkty pochodzenia zwierzęcego: mięso i jego przetwory, ryby, jaja, mleko i jego przetwory oraz owoce morza.

Niedostateczna podaż w diecie **witamin C** ma wpływ na tworzenie łodygi włosa. Obserwuje się wówczas zwiększoną aktywność komórek kanału mieszkca włosowego a nadmierna produkcja keratyny zaczyna blokować jego ujście, czego skutkiem jest charakterystyczne wyrażenie bardzo skręconych włosów. Awitaminoza kwasu askorbinowego może być pośrednią przyczyną łysienia telogenowego. Witamina C zwiększa wchłanianie żelaza niehemowego pochodzącego z produktów roślinnych. Cennymi produktami zawierającymi witaminę C są: warzywa (natka pietruszki, jarmuż, chrzan, papryka, brukselka, brokuły, kalafior, szpinak, kapusta włoska) oraz owoce (porzeczki czarne, truskawki, poziomki, kiwi, porzeczki czerwone, cytrusy).

Do składników mineralnych mających wpływ na wzrost włosów należą Zn, Fe, Cu, Se, Si, Mg oraz Ca.

Cynk biorąc udział w metabolizmie węglowodanów, białek i tłuszczów jednocześnie wpływa na mieszki włosowe i porost włosów. Jest aktywatorem enzymów stymulujących przemiany białek, które posiadają wiązania siarczkowe, niezbędne do budowy włosa. Badania wykazały jego wpływ na cykl włosa. Oprócz tego cynk oddziałuje na witaminę A, keratynizującą włosy. Jego niedobory w diecie hamują wzrost włosa i powodują jego wypadanie, szczególnie u kobiet stosujących leki diuretyczne.

Żelazo, jako składowa hemoglobiny, dostarcza energię komórkom macierzy, podlegającym podziałom i różnicowaniu się, czego efektem jest powstający włos. Wpływa na działanie enzymów odpowiadających za budowę

i tempo wzrostu włosów. Szczególnie u kobiet ze stwierdzoną niedokrwistością i spadkiem stężenia ferrytyny we krwi włosy są cienkie, łamliwe i wypadają. Najlepszym źródłem tego pierwiastka są produkty zwierzęce zawierające lepiej przyswajalne żelazo hemowe (mięso wołowe i wieprzowe, drób, wątroba, ryby), ale cennym urozmaiceniem diety są produkty roślinne takie jak: soja, fasola biała, orzechy pistacjowe, natka pietruszki, suszone morele i figi.

Miedź, obecna w tych samych produktach co żelazo, przyczynia się do wzmacniania włosów poprzez wpływ na wzrost poprawnej struktury rogowej włosa. Jej niedobór w diecie może być przyczyną obniżonej liczby mostków siarczkowych, odpowiedzialnych za siłę i sprężystość włosa, wówczas stają się kruche, osłabione, poskręcane i mają tendencję do szybszego siwienia.

Natomiast **selen** jest składnikiem co najmniej 35 białek, z których wiele jest enzymami i przy jego niedoborach w organizmie występuje łysienie z pseudoalbinizmem. Pierwiastek ten występuje w głównie w rybach morskich, wątrobie drobiowej, pieczywie pełnoziarnistym, otrębach pszennych, jajach, kiełkach, pieczywie pełnoziarnistym i orzechach pistacjowych.

Krzem natomiast odpowiada za wzrost i blask włosów. Można go znaleźć w żywności w postaci kwasu krzemowego w zbożach i ich produktach z pełnego przemiału (kasze, ryż, płatki owsiane i otręby, pieczywo pełnoziarniste), w czosnku, szczypiorku i w owocach morza.

Magnez biorąc udział przemianach białkowych jest odpowiedzialny za procesy podziału, wzrostu i dojrzewania komórek, biorąc także udział w reakcjach immunologicznych, chroniąc i łagodząc stany zapalne, dlatego jego niedobory przyczyniają się bezpośrednio lub pośrednio do wypadania włosów. Źródłami magnezu w diecie kobiet powinny być: kakao, kasze, pieczywo pełnoziarniste, orzechy i rośliny strączkowe.

Wapń należy również do pierwiastków odgrywających rolę w utrzymaniu prawidłowego stanu włosów, a na jego niedobory narażone są szczególnie kobiety w okresie okołomenopauzalnym. Urozmaiconymi źródłami w diecie tego pierwiastka powinny być przede wszystkim produkty nabiałowe (twarogi, jogurty naturalne, kefir, zsiadłe mleko, maślanka) zawierające laktozę ułatwiającą jego wchłanianie, a także soja, natka pietruszki, orzechy laskowe, fasola biała, jarmuż, orzechy włoskie, ryby i rośliny kapustne.

Woda wpływa na stopień nawilżenia skóry oraz stan występującej na jej powierzchni warstwy hydrolipidowej. Fizjologicznie ilość wody obecnej w ustroju, która jest związana w skórze, wynosi 20%. Dlatego dobrym źródłem wody i jednocześnie składników mineralnych są wody mineralne i źródlane. Płyny powinny być spożywane w ilościach 30-35 ml/kg masy ciała/dobę, w tym 1,5l w postaci wody (przegotowanej, mineralnej), najlepiej pomiędzy posiłkami. Źródłem płynów w ciągu dnia mogą być również kompoty, niesłodzone soki, herbata, kawa inka, kawa zbożowa, kawa naturalna i zupy.

Reasumując, zasadnym jest doposażenie diet kobiet zmagających się z problemem łysienia w powyżej opisane produkty spożywcze, gdyż tylko urozmaicona dieta jest w stanie zapobiec niedoborom składników biorących udział w procesach powstawania włosa oraz jego utrzymania w powłoce skórnej. Szczególnie warto zwrócić baczniejszą uwagę na racjonalną dietę u tych kobiet, które poza zmianami hormonalnymi i podjętą farmakoterapią są dodatkowo narażone na przewlekły stres oraz często nieprawidłowo przeprowadzane zabiegi kosmetyczno-fryzjerskie.

Dr hab. inż. Zuzanna GOLUCH-KONIUSZY

Artykuł w pełnej wersji angielskiej został pierwotnie opublikowany w *Menopause Rev* 2016; 15(1): 56-61

(przedruk z „Vox Medici” nr 5/16)

OSTEOPOROZA – JAK DUŻO WIEMY O CICHEJ EPIDEMII XXI WIEKU?

Dbając o nasze kości, chronimy swoją przyszłość. Dlatego najważniejszym celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na problem osteoporozy, jej wczesnego wykrywania i profilaktyki wśród pacjentów, których leczymy w naszych praktykach z powodu innych schorzeń.

Osteoporoza jest uogólnioną chorobą metaboliczną kości charakteryzującą się ich zmniejszoną wytrzymałością, co prowadzi do zwiększonego ryzyka złamania, zwykle w wyniku urazuiskoenergetycznego,

takiego jak upadek z pozycji stojącej. W grupie ryzyka są przede wszystkim kobiety po menopauzie, kiedy niedobór estrogenów powoduje dużą dynamikę zaniku kostnego (osteoporoza pomenopauzalna), kobie-

ty i mężczyźni w wieku starszym (powyżej 75 r.ż. – osteoporoza starcza), gdzie zanik kostny jest znacznie wolniejszy oraz osoby leczone przewlekłymi m. in. na choroby reumatyczne czy choroby nerek (osteoporoza wtórna). Osteoporozę należy traktować jako poważny problem epidemiologiczny, ponieważ w Polsce choruje ok. 3 mln osób, a blisko 8 mln jest nią zagrożonych. Co więcej, szacuje się, że do 2035 r. wartość ta może zwiększyć się nawet trzykrotnie. Alarmujące są także dane pochodzące z raportu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego z 2015 r., które wskazują, że tylko ok. 4% pacjentów chorych na osteoporozę jest regularnie leczonych.

► Dlaczego „cicha epidemia”?

Osteoporozę nazywamy „cichym złodziejem kości”, ponieważ długo nie daje żadnych dolegliwości, a najczęściej pierwszym jej objawem jest złamanie. Polskie badania pokazują, że w grupie osób po 50 roku życia choruje ok. 30% kobiet i 8% mężczyzn, a blisko 40% kobiet po 50 roku życia doświadczy związanego z chorobą złamania. Co więcej, po pierwszym złamaniu ryzyko kolejnych wrasta nawet 10-cio krotnie.

Starzejące się społeczeństwo...

Średnia długość życia w Polsce stopniowo się wydłuża. W roku 2015 wynosiła 80,5 lat, ale prognozy wskazują, że w 2025 r. będą to już 82 lata, a w 2035 – 83 lata. Szacuje się, że liczba kobiet po 65. roku życia w społeczeństwie polskim zwiększy się z obecnych 4,04 mln do 5,73 mln w 2025 r. i 6,65 mln w 2035 r. (Epidemiologia złamań osteoporotycznych, 2012).

... i poważny wzrost liczby potencjalnych chorych.

Dane pokazują, że w Polsce w roku 2010 w populacji powyżej 50. roku życia było 2,71 mln złamań osteoporotycznych, w tym 2,247 mln u kobiet i 463 tys. u mężczyzn. Przewiduje się, że w roku 2025 będzie ich ponad 3 mln, a w 2035 r. – liczba przekroczy ponad 4 mln (u kobiet i mężczyzn).

Lokalizacja złamań i ich konsekwencje

Najczęstsze lokalizacje złamań osteoporotycznych to bliższy koniec kości udowej (BKKU), bliższy koniec kości ramiennej, dalszy koniec kości promieniowej oraz kręgosłup. Złamania kręgosłupa występują u co czwartej kobiety po 50 r.ż i najczęściej przebiegają bezobjawowo (70%). W przypadku obniżenia wzrostu o 4

i więcej centymetrów należy pamiętać, że prawdopodobieństwo złamania jest bardzo wysokie. Z czasem dochodzi do pogłębienia się kyfozy kręgosłupa piersiowego, co w konsekwencji prowadzi do deformacji sylwetki nazywanej potocznie „wdowim garbem”.

Upadki prowadzą najczęściej do złamania dalszej nasady kości promieniowej oraz BKKU. Te pierwsze nazywane są także złamaniem w miejscu typowym i w większości mogą być leczone zachowawczo unieruchomieniem w opatrunku gipsowym. Jednak mimo prawidłowego zaopatrzenia ryzyko powikłań, takich jak nieprawidłowy zrost czy regionalne zespoły bólowe występują nawet u 30% chorych. Znacznie poważniejsze są konsekwencje złamań BKKU (przez- i podkrętarzowe), które czasami mimo prawidłowego leczenia (zespoleń/endoprotezoplastyki) w ciągu roku od urazu powodują śmierć co 5 kobiety i co 4 mężczyzny, a blisko 50% chorych staje się niepełnosprawnymi.

Diagnostyka osteoporozy: Densytometria, FRAX

Obniżona gęstość mineralna kości (BMD – *Bone Mineral Density*) jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka złamania. Zgodnie z zaleceniami Światowej Or-

ganizacji Zdrowia (WHO – World Health Organization) badanie gęstości mineralnej kości (badanie densytometryczne – DXA) powinno być wykonane przede wszystkim w szyjce kości udowej lub/i kręgosłupie. Osteoporoza jest definiowana jako wartość parametru T-score $-2,5$ i mniej, tzn. $-2,5$ odchylenia standardowego od wartości masy kostnej młodych, zdrowych kobiet. Wartość wskaźnika T-score do $-1,0$ uznaje się za normę, a $-1,0$ do $-2,4$ jest stanem poprzedzającym osteoporozę – nazywanym osteopenią. Celem wykonania diagnostyki różnicowej powinny zostać także oznaczone w badaniu krwi m.in.: morfologia, poziom wapnia i fosforu, OB, fosfataza alkaliczna, kreatynina czy poziom witaminy D.

Cel: oszacować ryzyko złamania...

WHO opracowało kalkulator ryzyka złamań FRAX®, którego celem jest ocena ryzyka złamania u badanego. Obliczenie opiera się na indywidualnej charakterystyce pacjenta, która ocenia ryzyko wynikające z klinicznych czynników ryzyka oraz bierze pod uwagę wyniki gęstości mineralnej kości szyjki kości udowej. Algorytm FRAX® podaje dziesięcioletnie ryzyko złamania szyjki kości udowej lub innego złamania głównego, w tym złamania kręgosłupa, szyjki kości udowej, przedramienia lub kości ramiennej.

...oraz włączyć leczenie i profilaktykę, aby mu zapobiec.

Nadrzędnym celem leczenia osteoporozy jest uniknięcie pierwszego złamania. W leczeniu powinno się zwrócić uwagę na uzupełnienie niedoborów wapnia i witaminy D, przy wskazaniach włączenie leków aktywnych w osteoporozie: bisfosfoniany (np. alendronian, ibandronian), denosumab (ludzkie p/ciało), ranelinian strontu (ma działanie nie tylko antyresorpcyjne, ale też kościotwórcze), parathormon czy SERM (wybiórcze modulatory receptorów estrogenowych – np. raloksyfen).

Istotnym, ale również najczęściej zaniedbywanym elementem profilaktyki złamań jest zapobieganie upadkom i promowanie zdrowego, aktywnego trybu życia. Upadek jest przyczyną 90-100 % złamań kości promieniowej i szyjki kości udowej. Po 60 roku życia upada raz w roku ok. 40% zdrowych osób, a co 20 upadek kończy się złamaniem.

Międzynarodowa Fundacja Osteoporozy (IOF – *International Osteoporosis Foundation*) stworzyła też specjalny program „Capture the Fracture”, który ma na celu rozpropagowanie systemów wtórnej prewencji złamań osteoporotycznych (*Fracture Liaison Services – FLS*), na które szczególnie narażone są osoby po 50 roku życia. Niestety w skali kraju tylko kilkanaście ośrodków do chwili obecnej zdecydowało się na jego wdrożenie.

Piotr ZAGÓRSKI

Autor specjalizuje się w ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Jego zawodowe zainteresowania to ortopedia i traumatologia sportowa oraz zaburzenia metabolizmu kostnego, także u sportowców. (przedruk z „Medyka Beskidzkiego” nr 4/16)

LECZENIE BIOLOGICZNE – FAKTY I MITY

Za nami dekada kuracji biologicznych. To wystarczająco długo, żeby wokół leków biologicznych – kompleksów białkowych wytworzonych przez żywe, genetycznie zmodyfikowane komórki – narosło sporo półprawd i nieporozumień. Dzisiaj przyjrzymy się tym najpopularniejszym i spróbujemy je zweryfikować – pod okiem autorytetu w dziedzinie leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych – dr hab. n. med. Sławomira Jeki, profesora UMK (żeby nie być gołosłowną – przypominam, że jest on organizatorem niedawnej konferencji podsumowującej 10 lat leczenia biologicznego chorób reumatycznych w Polsce, a Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela, której jest kierownikiem, ma tak ogromne doświadczenie w tego rodzaju terapii, że odsetek chorych leczonych biologicznie w Bydgoszczy jest najwyższy w Polsce, 4-krotnie wyższy od średniej krajowej i zbliża się do poziomu we Francji).

Leczenie biologiczne jest w Polsce trudno dostępne (Fakt)

Leczenie biologiczne to najskuteczniejszy rodzaj terapii w chorobach reumatycznych – jego efektem często jest remisja, która może być trwała. W kraju objętych jest nim zaledwie 1–1,5% chorych. To najniższy odsetek w Europie (średnia europejska wynosi 15–20%). Aby pacjent mógł w Polsce otrzymać lek biologiczny, trzeba udowodnić nieskuteczność kilkumiesięcznej kuracji najpierw jednym, potem drugim lekiem syntetycznym. Dr hab. n. med. Sławomir Jeka szacuje, że leczenia biologicznego wymaga co najmniej 30–40%

pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Nie tolerują oni pod żadną postacią leków syntetycznych (typu metotreksat, który jest lekiem pierwszego rzutu, czy leflunomid, lek drugiego rzutu), nie odpowiadają na leki syntetyczne lub przestali odpowiadać. W przypadku zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa leki syntetyczne są jeszcze mniej skuteczne, w zasadzie postęp choroby mogą zahamować jedynie leki biologiczne.

Leki biologiczne to ostatnia deska ratunku (Fałsz)

Leczenie biologiczne powinno się wdrożyć natychmiast, jak tylko się okaże, że nie działają leki syntetyczne. *W leczeniu pacjenta najważniejsze są 3 pierwsze miesiące choroby – tzw. okno terapeutyczne. Jeżeli wejdziemy w tym okresie z leczeniem, chociażby syntetycznym, damy choremu szansę na osiągnięcie remisji, nawet trwałej* – mówi Sławomir Jeka. – *Skandynawowie, zwłaszcza Norwedzy, lek biologiczny podają od razu, jak tylko się zorientują, że syntetyczny nie wywołał reakcji, jakiej oczekiwali. Tam lekarz decyduje – kiedy podać i jaką dawkę.* – I dodaje – *U nas obowiązują*

sztywne reguły. Musimy postępować zgodnie z programem i czekać, aż minie ustawowy okres przeznaczony na leki syntetyczne.

Od leków biologicznych się tyje (Fałsz)

Pacjenci chorzy na RZS lub inne schorzenia reumatyczne często są wyniszczeni, wychudzeni. Kacheksja spowodowana jest stanem zapalnym. Podając leki biologiczne, likwiduje się stan zapalny, a pacjent zaczyna się normalnie odżywiać, prawidłowo wchłaniać pokarmy (często współwystępują u tych osób nieswoiste zapalenia jelit). Zatem kuracja biologiczna pozwala pacjentowi jedynie odzyskać prawidłową masę ciała.

Leki biologiczne powodują niepłodność (Fałsz)

Niejednokrotnie zdarza się, że pacjentki po rozpoczęciu kuracji biologicznej zachodzą w ciążę. Dlaczego? Stają się bardziej aktywne seksualnie, bo zmniejszyło się nasilenie depresji, która zazwyczaj towarzyszy chorobom reumatycznym, a zwłaszcza łuszczycowemu zapaleniu stawów. Poza tym nie są już takie obolałe. Ustępuje też dokuczający im często wcześniej stan zapalny gonad, układowa choroba zapalna mogąca powodować nieregularne miesiączkowanie lub brak miesiączek. A że nie sądziły, że uda im się zająć w ciążę, to nawet nie próbowały się zabezpieczać. *Więc leki biologiczne nie tylko nie powodują niepłodności, ale nawet poprawiają płodność!* – wyjaśnia dr hab. S. Jeka.

Kobiety, które zaszły w ciążę podczas kuracji lekami biologicznymi, urodziły zdrowe dzieci (w Stanach Zjednoczonych, jeśli kobieta zajdzie w ciążę w trakcie stosowania leków biologicznych z grupy inhibitorów anty TNF alfa, decyzja o kontynuacji lub wstrzymaniu leczenia należy do lekarza – jeżeli aktywność choroby jest wysoka, leczenie warto utrzymać, jeśli niska, wówczas można je przerwać).

Od leków biologicznych można się uzależnić (Fałsz)

Uzależnić można się od wielu różnych substancji, m.in. od opioidów, nikotyny, alkoholu, a także leków psychotropowych, jeśli się je stosuje przez długi czas. W przypadku przewlekłego stosowania glikokortykosteroidów może dojść do wtórnej niedoczynności kory nadnerczy (nadnercza przestają produkować endogenne glikokortykosteroidy), w wyniku czego wymagana jest stała substytucja. Leki biologiczne nie powodują uzależnienia ani psychicznego, ani fizycznego. *Mechanizm ich działania można przyrównać do bardzo nowoczesnych i zindywidualizowanych terapii przeciwzapalnych* – wyjaśnia Sławomir Jeka.

Leczenie biologiczne sprzyja rozwojowi nowotworów (Fałsz)

Osoby z zaburzeniami autoimmunologicznymi, a takimi są nasi pacjenci – tłumaczy S. Jeka – mają większe skłonności do schorzeń nowotworowych. Również komórki nowotworowe, których każdy z nas codziennie produkuje tysiące, nie są u nich tak skutecznie likwidowane, jak u zdrowych osób. Ponadto, są one obciążone wielorakimi rodzajami leków, które zażywają bardzo często przez wiele lat ze względu na liczne choroby współtowarzyszące.

To nie leki biologiczne są temu winne. Warto zauważyć, że część z nich, a zwłaszcza rytuksymab, są stosowane nie tylko przez reumatologów. Reumatolodzy leczą rytuksymabem ciężkie reumatoidalne zapalenia stawów, ciężkie układowe zapalenia naczyń, a onkolodzy i hematolodzy – chłoniaki i białaczki.

Lek biologiczny referencyjny można zastąpić biopodobnym (I tak i nie)

Lek biopodobny – twierdzi S. Jeka – pod względem jakości, bezpieczeństwa i struktury jest identyczny z lekiem referencyjnym. Nie jest też od niego bardziej immunogeny, a więc nie może spowodować większej od-

powiedzi autoimmunologicznej na obce białko niż jego pierwowzór.

Uważa on, że nowych pacjentów – ze względu na oszczędności, a w konsekwencji możliwość przeprowadzenia terapii dla większej liczby chorych – powinno się od początku leczyć lekiem w danej grupie najtańszym. Natomiast osobie, która kontynuuje terapię, nieważne lekiem biosymilarnym czy referencyjnym, nie należy zmieniać leczenia. Chyba że różnica w kosztach jest bardzo duża, wtedy trzeba się zastanowić.

Kierownik Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej jest przeciwnikiem częstszych zmian: *Nie wiemy, co się będzie działo z pacjentem, jeśli przejdzie cztery kuracje czterema różnymi lekami biosymilarnymi, a tak już wkrótce będzie, choćby w przypadku leków z grupy inhibitorów anty TNF alfa. Obecnie mamy jedynie doświadczenia dotyczące przejścia pacjenta z jednego leku na drugi – z referencyjnego*

na biosymilarny. Okazuje się, że nie było żadnych następstw pod względem skuteczności ani profilu bezpieczeństwa.

Magdalena GODLEWSKA

(przedruk z „Primum” nr 3/17)

PRAWO NA CO DZIEŃ

OGRANICZONA DOSTĘPNOŚĆ TERAPII: PRAWA PO STRONIE PACJENTA

Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej to sztuka dokonywania odpowiedzialnych wyborów mających na celu jak najlepsze dysponowanie ograniczonymi zasobami. W praktyce takie zadanie nie jest pozbawione trudności – społeczeństwo oczekuje bowiem, że ograniczoność wpisana w system ochrony zdrowia nie doprowadzi do powstania nierówności w zdrowiu.

Dostępność do leków i technologii medycznych we współczesnym systemie opieki zdrowotnej podlega licznym ograniczeniom. W języku prawniczym podobne wyrażenie nazywane jest czasem faktem notoryjnym, czyli powszechnie znanym, niewymagającym specjalnego uzasadniania faktycznego. W tym przypadku decyduje bowiem sama logika gospodarowania zawsze ograniczonymi zasobami opieki zdrowotnej. Wymusza ona podejmowanie przez polityków zdrowotnych działań postrzeganych m.in. przez pacjentów świadczeniodawców jako ograniczanie dostępności do leczenia, podczas gdy dla ich autorów są to decyzje przywracające konieczną równowagę w strukturze zasobów opieki zdrowotnej.

Z tych samych przyczyn istnienie mechanizmów równoważących stanowi integralną funkcję zarządzania systemem opieki zdrowotnej. Nie oznacza to jednak, że prawa pacjenta do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają być podporządkowane ogólnym decyzjom organizatorów ochrony zdrowia. Przeciwnie – to właśnie uprawnienia pacjenta mają stanowić inspirację do wypracowania przez decydentów optymalnych rozwiązań gwarantujących możliwie największą pod względem możliwości systemu opieki zdrowotnej dostępność do usług medycznych. Do obiektywnego i sprawiedliwego rozstrzygnięcia, które z nich zasługują na finansowanie ze środków publicznych, a które mają być wyłączone z tego przywileju, służy proces oceny technologii medycznych. Jak zatem przedstawia się kwestia uprawnień pacjenta w sytuacji ograniczonej dostępności do leczenia?

Konstytucja, czyli dokument o najwyższej mocy prawnej, gwarantuje nam prawo do ochrony zdro-

wia, które przysługuje każdemu i jest absolutnie bezwarunkowe. Jednocześnie w ust. 2 art. 68 Konstytucji jest mowa o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W rzeczywistości mamy w tym przypadku do czynienia z dwoma różnymi uprawnieniami, z których tylko drugie jest prawem ograniczonym przez to, że przysługuje wyłącznie obywatelom, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. W kontekście tzw. słabszych grup społecznych (m.in. pacjentów z chorobami sierocymi) szczególnie istotny jest zapis konstytucyjny przyznający szczególny status i specjalną ochronę dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. W 2004 r. na podstawie powyższego przepisu Trybunał Konstytucyjny ogłosił przełomowy i odważny w interpretacji wyrok dotyczący ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Trybunał zauważył i potwierdził w nim zasadę ograniczoności wbudowaną w system opieki zdrowotnej. Było to konieczne, ponieważ ustawa, co do której orzekł Trybunał, została skonstruowana na fikcji powszechnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Obowiązywała bowiem zasada, w myśl której pacjentom przysługiwały wszystkie rodzaje świadczeń zdrowotnych za wyjątkiem sformułowanego w załączniku do ustawy katalogu negatywnego zawierającego niewielką ilość procedur.

Trybunał Konstytucyjny wskazał, że określenie rodzaju poszczególnych świadczeń wpisanych do katalogu świadczeń wraz z jednoczesnym zagwarantowaniem pacjentom realnego dostępu do świadczeń i realizacji prawa do ochrony zdrowia należy do legislatora. Najważniejsze fragmenty sentencji wyroku zamieszczono poniżej: *Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny – o czym niżej) stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Nie chodzi o dostępność formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze programowym, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia. System ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości (sprawa K 14/03).*

Regulacje obowiązującej Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowią przykład modelowego rozwiązania prawnego w obszarze kształtowania uprawnień świadczeniobiorców usług zdrowotnych. W innych krajach

prawa pacjenta są często rozproszone w różnych innych aktach prawnych, np. w kodeksach cywilnych oraz innych przepisach. Tymczasem w Polsce istnieje jedna ustawa kompletująca w jednym miejscu całość regulacji prawnych odnoszących się do praw pacjenta. W kontekście zapewnienia dostępności do leczenia szczególnie istotne są dwa uprawnienia i jedna zasada prawna, którą na podstawie tychże praw wywodzi Sąd Najwyższy.

Pierwsze z nich to prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1). W praktycznej interpretacji tego przepisu trzeba pamiętać, że pomimo braku wyraźnie zapisanej formuły ograniczającej zakres tych świadczeń wynika ona z funkcjonowania samego systemu opieki zdrowotnej. Jednak nawet wówczas, gdy świadczenia zdrowotne muszą być ograniczane w kontekście ilościowym, nie mogą być ograniczane w rozumieniu ich jakości. Tym samym wszystkie świadczenia ujęte w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych muszą być zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Druga zasada to tzw. prawo do kolejki, czyli uregulowanie sytuacji, w której istnieją ograniczenia co do dostępu do świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (art. 6 ust. 2). Istotnym uzupełnieniem powyższych regulacji prawnych jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 r. (III CSK 227/11) stwierdzający, że: (...) *w demokratycznym państwie prawnym jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o samym sobie, w tym do wyboru metody leczenia.*

W oparciu o przepisy przedmiotowej ustawy w naszym kraju funkcjonuje instytucja Rzecznika Praw Pacjenta. Organ ten publikuje coroczne sprawozdania ze swojej działalności. Ze sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta za 2015 r. wynika, że prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej jest „prawem naruszającym w stopniu wysokim”. Skoro zatem realizacja części uprawnień pacjenta pozostaje wciąż problematyczna, warto zadać pytanie, w jaki sposób pacjent może dochodzić ich respektowania?

Za punkt wyjścia do odpowiedzi na powyższe pytanie przyjmuje się ogólną zasadę prawną wynikającą z ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którą wszystkie organy publiczne i podmioty prywatne (np. lekarze, szpitale) mają obowiązek stosowania praw pacjenta. W szczególności stwierdza się, że: (...) *przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdro-*

► *wia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2). Jednocześnie w razie zawinionego naruszenia tychże praw sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 4 ust. 1).*

Prawo do dochodzenia zadośćuczynienia jest zatem wprost powiązane z naruszeniem praw pacjenta i – co ważne – nie wymaga wykazania zaistnienia szkody. Już sam fakt naruszenia praw pacjenta (np. prawa do informacji o stanie zdrowia, etc.) stanowi okoliczność powodującą, że pacjent może ubiegać się o zadośćuczynienie – niezależnie od tego, czy poniósł szkodę, czy też nie. Obecnie na wokandach sądów krajowych i zagranicznych toczą się sprawy, w których przykładowo przed przeprowadzeniem zabiegu chirurgicznego nie poinformowano pacjenta w sposób wystarczający o alternatywach terapeutycznych czy rokowaniach. Zabieg ten zakończył się pomyślnie, a pacjent uzyskał zadośćuczynienie tylko ze względu na fakt naruszenia jego prawa do informacji.

Praktyka pokazuje jednak, że mechanizm uzyskiwania zadośćuczynienia w podobnych przypadkach nie funkcjonuje w sposób skuteczny, gdyż nie pasuje do kształtu obecnego systemu, w ramach którego udzielane są świadczenia zdrowotne. Otwartym pytaniem pozostaje, do kogo adresować swoje prawo i wobec kogo wykazywać zawinienie rozumiane w sensie ogólnej odpowiedzialności z tytułu naruszenia należytej staranności. Dostępność do świadczeń zdrowotnych warunkują bowiem złożone relacje wzajemne różnych interesariuszy systemu opieki zdrowotnej. Idąc od góry hierarchicznej struktury decyzyjnej proces ustalania koszyka świadczeń gwarantowanych oraz podejmowania decyzji o refundacji leków należą do kompetencji ministra zdrowia. W przypadku niektórych grup leków (np. w terapii AIDS, hemofilii) podlegają procedurze zakupu centralnego przez zakład działający przy Ministerstwie Zdrowia. Na niższym szczeblu systemu Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wydaje zarządzenia w sprawie kontraktowania świadczeń zdrowotnych na poziomie dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ ze szpitalami oraz określa warunki kontraktowania. To właśnie one określają de facto, które konkretnie świadczenia zdrowotne będą dostępne dla pacjenta na poziomie szpitala, czyli w miejscu „styku” pacjenta z systemem opieki zdrowotnej. W tym punkcie pacjent oczekuje też od szpitala uzyskania świadczeń zdrowotnych udzielanych w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej.

Z jednej strony jest zatem wycena przygotowana przez płatnika za świadczenia zdrowotne (niekoniecznie te spełniające wymogi aktualnej wiedzy medycznej) i oczekiwanie pacjenta do uzyskania świadczeń

zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej, którego można dochodzić w sądzie. Z drugiej zaś strony zakres praw pacjenta określają rozporządzenia ministra zdrowia, decyzje refundacyjne i zarządzenia prezesa NFZ, w tworzeniu których pacjent – co do zasady – aktywnie nie uczestniczy. Co prawda w nowszym orzecznictwie można znaleźć zapisy świadczące o potrzebie włączania pacjentów w proces przygotowywania regulacji prawnych (np. w przypadku procedury refundacyjnej), a nawet przykłady praktyk ministra zdrowia związanych z uzgadnianiem treści programów lekowych z opiniami pacjentów, lecz ani decyzje refundacyjne, ani zarządzenia prezesa NFZ nie są dla pacjentów zaskarżalne.

Na ograniczoną dostępność do leczenia w systemie opieki zdrowotnej mają również wpływ istniejące luki prawne w zakresie realizacji praw pacjentów. Pierwszy przykład dotyczy realizacji samego prawa pacjenta do ochrony zdrowia. Konstytucja w art. 68 ust. 1 gwarantuje dla wszystkich bezwarunkowe, nieograniczone prawo do ochrony zdrowia. Życie pisze jednak czasem zgoła różne scenariusze, dla których w obecnym stanie prawnym trudno znaleźć optymalne rozwiązanie. Problem pojawia się w sytuacji, gdy pacjent wyczerpał wszystkie opcje leczenia dostępne w Polsce, a jedyną szansą jest obiecująca, ratująca życie terapia lekiem niezarejestrowanym, będącym w fazie badań klinicznych lub rejestracji. Czy taki pacjent – często znajdujący się w ciężkim stanie klinicznym – może uzyskać dostęp do takiego leku?

Okazuje się, że co do zasady nie jest to możliwe. Jeśli taki pacjent nie został zakwalifikowany do badania klinicznego ani nie jest w określonej sytuacji, w przypadku której minister zdrowia wydał zgodę na czasowe dopuszczenie leku do obrotu, nie ma niestety szansy otrzymać potrzebnego leku w Polsce. Nasz kraj stanowi przy tym niechlubny wyjątek w zakresie stosowania tzw. procedury compassionate use, czyli dostępu do leków znajdujących się w fazie badań klinicznych albo w fazie rejestracji dla osób ciężko chorych. Takie rozwiązanie funkcjonuje w wielu krajach Unii Europejskiej, pozwala na nie także legislacja unijna, lecz w Polsce przez wiele ostatnich lat nie zrobiono w tym zakresie znaczących postępów.

Drugi przykład stanowi pewien wariant przykładu pierwszego: pacjent uczestniczył w badaniu klinicznym, które zostało zakończone. Przyjmował lek, który mu pomagał, ale który nie jest jeszcze zarejestrowany. Czy pacjent po zakończeniu badania może nadal przyjmować taki lek? Niestosowanie wspomnianego wyżej mechanizmu compassionate use powoduje, że jest to bardzo problematyczne i w polskich realiach praktycznie niemożliwe do zrealizowania. I to nawet pomimo zachęt m.in. Deklaracji Helsińskiej dla krajów, firm farmaceutycznych i sponsorów badań kli-

nicznych do przekazywania w takiej sytuacji leków pacjentom, którzy korzystali z nich wcześniej i odnieśli korzyść kliniczną.

Kolejne zagadnienie dotyczy nie tyle dostępu do leczenia, czyli realizacji prawa do ochrony zdrowia, co realizacji prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych (tj. kwestii zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych). Przykład pierwszy dotyczy sytuacji, w której pacjent potrzebuje leku nierefundowanego lub refundowanego, ale w innym wskazaniu lub też pacjent nie spełnia kryteriów włączenia do programu lekowego. Tymczasem w polskim systemie prawnym co do zasady nie ma praktycznie sytuacji refundacji terapii, która wykracza poza przyjęty standard.

W przeszłości funkcjonował format tzw. chemioterapii niestandardowej, który wygasł i nie został przedłużony. Aktualnie system opiera się na refundacji terapii w zakresie ściśle określonym. Możliwa jest jedna, jedyna okoliczność, kiedy pacjent może indywidualnie – biorąc pod uwagę swoją własną sytuację – ubiegać się o refundację leku, który nie jest objęty refundacją: kiedy lek jest niezarejestrowany w Polsce i jest sprowadzany w drodze importu docelowego.

Prawdziwym nieszczęściem dla pacjenta może być scenariusz, w którym lek jest zarejestrowany i jest niedostępny albo jest zarejestrowany i jest dostępny – nie ma wówczas opcji refundacji zgodnie z polskim prawem refundacyjnym. Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało co prawda wprowadzenie tzw. mechanizmu ratunkowego dostępu do technologii medycznych, ale na razie ta koncepcja nie jest dalej procedowana. Nadal więc biorąc pod uwagę sztywny gorset krajowych przepisów refundacyjnych najlepiej jest być pacjentem standardowym, czyli takim, który dokładnie mieści się w zakresie refundowanych wskazań do zastosowania leku, podlega kryteriom włączenia do programu lekowego, a nie podlega kryteriom wyłączenia.

W drugim przypadku pacjent decyzją zespołu kwalifikacyjnego (z wątpliwym uzasadnieniem) zostaje usunięty z programu lekowego. Zaskarżanie takiego uzasadnienia jest problematyczne o tyle, że taka decyzja nie stanowi aktu prawnego – to najczęściej pismo, które pacjent dostaje do domu i które nie posiada statusu decyzji administracyjnej. W takiej sytuacji właściwie jedyną dopuszczalną formułą zaskarżenia takiej decyzji jest uznanie jej za pewien rodzaj aktu prawnego, który jako inny akt może być rozpatrzony przez sąd administracyjny. Taka ścieżka postępowania wciąż nie jest jednak jednoznaczna.

Wiele problemów pacjentów w dostępie do świadczeń zdrowotnych wynika z kwestii ich kontraktowania. W rezultacie dochodzi do powstania paradoksalnej sytuacji, w której leczenie co prawda jest dostępne, ale w odległych terminach lub określony w umowie szpitala z NFZ limit wyczerpał się na dany rok bądź też

formalnie dany program terapeutyczny jest, ale niezaktraktowany. Bardzo często taki stan rzeczy wynika wyłącznie z winy płatnika, natomiast jak wspomniano wcześniej zarządzenia prezesa NFZ, czyli akty regulujące zakres świadczeń i umowy ze świadczeniodawcami, są dla pacjentów niezaskarżalne.

Podsumowując, z prawnego punktu widzenia system opieki zdrowotnej zakłada ograniczenia w dostępie do terapii. Nie byłoby bowiem realne – na co zwrócił już uwagę Trybunał Konstytucyjny – żeby polski katalog świadczeń gwarantowanych był nieskończony. Niemniej jednak świadczenia posiadające status gwarantowanych powinny być realnie dostępne oraz zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Jednocześnie każdy pacjent musi mieć możliwość dostępu do ochrony zdrowia poza systemem świadczeń gwarantowanych. W Polsce ta kwestia rodzi wiele problemów. Ze względu na błędne sformułowanie przepisów ustawowych leki podawane pacjentom w szpitalach muszą być darmowe – pacjent nie może za nie płacić z własnej kieszeni. Powoduje to realne „zamknięcie” pacjentów w „klatce” finansowania publicznego bez możliwości uzyskania koniecznego leczenia.

W obecnym kształcie systemu opieki zdrowotnej pacjenci – co do zasady – nie biorą udziału w kształtowaniu zakresu refundacji. Faktem jest natomiast, że organizacje pacjenckie ubiegają się o uzyskanie takiego dostępu, sądy uznają ich prawo do podejmowania takich działań, a Ministerstwo Zdrowia zapowiada zmiany w tym zakresie. Brak procedury indywidualnego finansowania terapii na wzór funkcjonującej wcześniej chemioterapii niestandardowej prowadzi do różnicowania pacjentów na tych „mieszczących się w systemie” (pacjentów standardowych) i „problematycznych” (pacjentów niestandardowych).

Mechanizm zadośćuczynienia przewidziany przez ustawę o prawach pacjenta rodzi kluczowy problem prawny: kto ponosi winę za brak lub ograniczony dostęp do świadczeń gwarantowanych? Kogo pacjent może w takiej sytuacji skarżyć? Istnieją pewne indywidualne mechanizmy prawne, które są używane w takich przypadkach pozwalające ustalić zakres świadczeń bądź też odwoływanie się do sądu administracyjnego. Trzeba jednak pamiętać, że nie są to mechanizmy prawne przewidziane stricte pod ochronę praw pacjenta.

Mariusz KIELAR

Pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (Zakład Medycznych Systemów Informacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego), pasjonat nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, dziennikarz medyczny, muzyk.

(przedruk z „Medium” nr 10/17)

UDZIELANIE INFORMACJI MEDYCZNYCH ZAKŁADOM UBEZPIECZENIOWYM

W ostatnim czasie zwiększyła się liczba zapytań zakładów ubezpieczeniowych dotyczących udostępniania przez lekarzy informacji nt. stanu zdrowia osób ubezpieczonych lub zamierzających się ubezpieczyć w ramach umowy z różnymi, działającymi na rynku w ramach regulacji ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015.1844).

Lekarze zgłaszają wątpliwości, czy są uprawnieni do udzielania takich informacji, a jeżeli tak, to na jakich warunkach, aby nie narazić się na spowodowane niewiedzą w tym zakresie konsekwencje prawne. Podkreślam, że niniejsza publikacja nie dotyczy udostępniania informacji czy dokumentacji Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, a komercyjnie działającym zakładom ubezpieczeń, których aktualną listę można zweryfikować na stronie internetowej Komisji Nadzoru Finansowego.

Zgodnie z art. 38 cyt. ustawy, zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, czyli także lekarzy wykonujących zawód w ramach praktyki lekarskiej), które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, obejmuje dane o:

- przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
- wynikach przeprowadzonych konsultacji;
- przyczynie śmierci ubezpieczonego.

Ww. informacje udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Informacje o przyczynach hospitalizacji i leczenia zawierają kod jednostki chorobowej, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja Dziesiąta.

Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o ww. informacje wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jej przedstawiciela ustawowego. Z żądaniem przekazania informacji występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje posiadane informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wystąpienia o przekazanie informacji.

Szczegółowe regulacje w ww. zakresie określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji (Dz. U. 2012.605).

Zgodnie z przepisami przywołanego rozporządzenia wystąpienie zakładu ubezpieczeń o przekazanie ww. informacji musi zawierać:

- oznaczenie zakładu ubezpieczeń, adres jego siedziby, numer NIP, a także numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego;
- podstawę prawną upoważniającą do otrzymania informacji oraz zakres tej informacji;
- imię i nazwisko lekarza upoważnionego przez zakład ubezpieczeń do wystąpienia o udzielenie informacji;
- informacje umożliwiające wyszukanie żądanych danych o osobie:
- imię (imiona) i nazwisko,
- datę urodzenia,
- adres miejsca zamieszkania,
- numer identyfikacyjny PESEL – jeżeli zakład ubezpieczeń dysponuje tą informacją,
- serię i numer dokumentu tożsamości – jeżeli zakład ubezpieczeń dysponuje tymi informacjami;
- oświadczenie o posiadaniu pisemnej zgody osoby albo jej przedstawiciela ustawowego na przekazanie przedmiotowych informacji.

Udzielenie informacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych:

- informacje podpisuje osoba wykonująca zawód medyczny upoważniona przez podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany do ich udzielenia.
- wysokość opłat za udzielenie informacji określają wspólnie zakład ubezpieczeń oraz podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany do udzielenia informacji, z uwzględnieniem kosztów poniesionych przez ten podmiot niezbędnych do wytworzenia, przetworzenia i udzielenia informacji.

*opr. mgr Dariusz DZIUBINA
Biuro Prawne OIL w Krakowie
(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 5/16)*

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA LEKARZA

W związku z tym, że temat posądzenia o błąd medyczny wzbudza wiele kontrowersji, postanowiliśmy przygotować krótki artykuł, który powstał na bazie naszego szkolenia (Lekarz wobec ataków organów ścigania i prób wyłudzeń odszkodowania. Profilaktyka i techniki obrony) oraz najczęściej zadawanych nam pytań. Chcielibyśmy, aby był on przypomnieniem najważniejszych informacji dla lekarzy obecnych na szkoleniu i jednocześnie materiałem przydatnym dla osób, którym obowiązki zawodowe nie pozwoliły uczestniczyć w spotkaniu z nami w listopadzie ubiegłego roku. Lekarze w ramach prowadzonej aktywności mogą zostać pociągnięci do odpowiedzialności cywilnej, karnej lub dyscyplinarnej, tj. przed organami samorządu zawodowego.

Czym różni się dla lekarza odpowiedzialność karna od cywilnej?

Odpowiedzialność cywilna obejmuje roszczenia, które mogą być dochodzone przed sądem cywilnym. Jeżeli doszło do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, może on pozwać podmiot odpowiedzialny do sądu cywilnego o kwotę obejmującą wszystkie koszty poniesione przez pacjenta, związane ze zdarzeniem. Żądania takie nazywane są roszczeniami odszkodowawczymi. Mogą one obejmować, np. koszty leczenia, rehabilitacji, koszt przystosowania mieszkania do potrzeb chorego. Pacjent może również żądać renty, jeżeli utracił częściowo lub całkowicie zdolność do pracy, zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki na przyszłość.

Dodatkowo pacjent może domagać się przed sądem cywilnym zadośćuczynienia za doznany ból, stres czy cierpienie. Oceniając wysokość zadośćuczynienia, sąd cywilny bierze pod uwagę m. in.: nasilenie cierpień, długotrwałość choroby, trwałość następstw zdarzenia czy rozmiar kalectwa.

Odrębną kategorię stanowią roszczenia związane ze śmiercią pacjenta, która była wynikiem błędnego działania lekarza. W takiej sytuacji do sądu cywilnego pozwać lekarza mogą osoby związane ze zmarłym, domagając się m. in. zadośćuczynienia, renty czy zwrotu kosztów poniesionych w związku ze śmiercią pacjenta.

Jeżeli pacjent (lub rodzina zmarłego) zdecyduje się pozwać lekarza o odszkodowanie, zadośćuczynienie czy rentę, muszą wnieść oraz opłacić pozew do sądu cywilnego. Następnie w toku procesu cywilnego powód ma obowiązek udowodnienia swoich racji. Jeżeli pacjent wygra proces, sąd cywilny zasądza na jego rzecz od-

szkodowanie. Jeżeli przegra – pacjent ma obowiązek zwrócić drugiej stronie koszty poniesione w związku z procesem.

Odpowiedzialność karną lekarza regulują głównie przepisy Kodeksu karnego oraz ustawy tworzące prawo medyczne. Odpowiedzialność ta jest przede wszystkim związana z popełnieniem błędu lekarskiego, jak również z innymi czynami, np. leczenie bez wymaganej zgody, nieudzielenie pomocy, ujawnienie faktów objętych tajemnicą lekarską, fałszowanie dokumentacji. W ramach odpowiedzialności cywilnej nie obowiązuje analogiczna zasada – przykładowo, za skutki błędnego działania lekarza, cywilną odpowiedzialność finansową może ponosić szpital, który go zatrudnił. Jednak jeżeli ten sam lekarz popełni błąd lekarski, w ramach postępowania karnego będzie ponosił odpowiedzialność tylko on osobiście (niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia).

Jeżeli lekarz swoim zachowaniem wywoła konkretne, negatywne konsekwencje, wówczas w zależności od skutku naraża się na odpowiedzialność za określone przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu. Lekarze w ramach postępowania karnego najczęściej są jednak oskarżani na podstawie art. 160 § 2 Kodeksu karnego (narażenie życia i zdrowia pacjenta na niebezpieczeństwo, zagrożone karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat). Lekarz w warunkach art. 160 Kodeksu karnego występuje wobec pacjenta w roli gwaranta – czyli osoby, na której ciąży szczególny obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo.

Narażenie życia i zdrowia pacjenta na niebezpieczeństwo może być dokonane zarówno przez działanie, jak również przez zaniechanie lekarza, umyślnie oraz nieumyślnie. Co istotne, dla przyjęcia dokonania przestępstwa z art. 160 k.k. nie jest konieczne wystąpienie jakichkolwiek innych skutków poza wytworzeniem stanu „narażenia na niebezpieczeństwo”, o jakim mowa w tym przepisie. Nie musi wystąpić skutek śmiertelny lub konkretny uszczerbek na zdrowiu. Do popełnienia tego przestępstwa nie jest nawet konieczne stworzenie podstaw zagrożenia ze stanu, w którym pacjentowi nic nie groziło. Odpowiedzialność ta możliwa jest bowiem również w odniesieniu do pacjenta, który w czasie, gdy nastąpiło zaniechanie, był już w niebezpieczeństwie. Do skazania wystarczy przeniesienie pacjenta przez lekarza w stan „bardziej niebezpieczny”.

Do rozpoczęcia postępowania karnego może dojść z własnej inicjatywy organów ścigania lub na skutek złożenia skargi przez pacjenta lub jego bliskich. W przypad-

ku spraw karnych prowadzonych przeciwko lekarzom, najczęściej źródłem postępowania są sami pacjenci, którzy inicjują postępowanie karne, powiadamiając policję lub prokuraturę. Po złożeniu takiego zawiadomienia dochodzi do formalnego wszczęcia postępowania przygotowawczego. W toku postępowania organy ścigania prowadzą postępowanie dowodowe – przesłuchują świadków, powołują biegłych, analizują dokumentację medyczną.

Jeżeli dojdzie do wniesienia aktu oskarżenia do sądu karnego, po jednej stronie występuje prokurator jako oskarżyciel publiczny, po drugiej – lekarz jako oskarżony. W przypadku udowodnienia winy lekarza, sąd karne skazuje go za przestępstwo wyrokiem karnym.

W jaki sposób postępowanie karne wpływa na postępowanie cywilne?

Wynik postępowania karnego – jeśli ma postać prawomocnego wyroku – ma doniosłe znaczenie dla pacjenta pod kątem planowania działań mających na celu uzyskanie odszkodowania (zadośćuczynienia) na drodze procesu cywilnego. Jest tak dlatego, że zgodnie z treścią art. 11 k.p.c. ustalenia wydane w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd w postępowaniu cywilnym. Przepis ten nakazuje przyjąć sądowi cywilnemu, rozpatrującemu sprawę cywilną o odszkodowanie, że określone przestępstwo zostało faktycznie popełnione przez danego lekarza. Sąd cywilny nie może więc dokonać innych ustaleń niż te, których dokonał sąd karne w wyroku skazującym. Skazany lekarz nie może podważyć w procesie cywilnym ustaleń sądu karnego.

Pacjent ma więc prawo powiadomić organ ścigania o podejrzeniu popełnienia przez lekarza przestępstwa, a następnie czekać na wynik procesu karnego. Jeżeli zapadnie wyrok skazujący lekarza, ustalenia sądu karnego mogą posłużyć następnie w procesie cywilnym. Niezależnie od tego, czy postępowanie toczy się z urzędu czy na skutek powiadomienia złożonego przez pacjenta – prowadzenia postępowania oraz przeprowadzanie dowodów leży po stronie organów ścigania. Jeżeli okaże się, że pacjent pozwał do sądu cywilnego lekarza bezpodstawnie – ma obowiązek po przegraniu procesu zwrócić lekarzowi poniesione przez niego koszty. Natomiast w procesie karnym, nawet prowadzonym na skutek powiadomienia przez pacjenta prokuratury – taka reguła nie obowiązuje.

Z perspektywy pacjenta, droga postępowania karnego może więc zostać uznana za łatwiejszą (nie pacjent, a prokuratura z pomocą policji gromadzi dowody w celu wykazania winy lekarza) i związaną z mniejszym ry-

zykiem finansowym drogę dochodzenia roszczeń finansowych za błąd lekarski. Nie kwestionując prawa do słusznego zadośćuczynienia doznanych krzywd – wszczynanie postępowań karnych może być instrumentem przygotowania przyszłego postępowania cywilnego. Specjalizują się w tym firmy odszkodowawcze, zawodowo trudniące się dochodzeniem odszkodowań na rzecz pacjentów.

W jakim zakresie chronieni są lekarze w ramach obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej?

Wszyscy praktykujący lekarze mają obowiązek ubezpieczyć się od odpowiedzialności cywilnej. W ramach polisy OC lekarze są zabezpieczeni finansowo (do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie) przed skutkami postępowania cywilnego. To rozwiązanie, które chroni interesy finansowe lekarzy w przypadku przegrania procesu cywilnego, gwarantuje wypłatę odszkodowania na rzecz pacjenta. Umowa ubezpieczenia zawarta z towarzystwem ubezpieczeń nie zapewnia jednak absolutnej ochrony lekarza przed odpowiedzialnością za popełnione błędy medyczne. Umowa ubezpieczenia nie chroni bowiem przed skutkami procesu karnego ani przed odpowiedzialnością dyscyplinarną, a ich skutki mogą być dla lekarzy szczególnie dotkliwe.

Jakie prawa oraz obowiązki ma świadek w postępowaniu karnym?

Do podstawowych obowiązków świadka należy stawienie się na wezwanie oraz złożenie zeznań zgodnych z prawdą. Może on zostać przesłuchany w miejscu swojego pobytu, jeżeli nie może stawić się na wezwanie z powodu kalectwa czy choroby. Dopuszczalne jest również przesłuchanie świadka przy użyciu urządzeń technicznych, umożliwiających przeprowadzenie tej czynności na odległość.

Na świadka, który nie stawiał się na wezwanie bez usprawiedliwienia, można nałożyć pieniężną karę w wysokości do 3.000 zł. W przypadkach skrajnych możliwe jest zarządzenie zatrzymania i przymusowe doprowadzenie opornego świadka, a nawet wymierzenie wobec niego kary aresztu do 30 dni.

Świadek ma obowiązek złożyć zeznania zgodne z prawdą, o czym powinien zostać pouczony. Jest to istotne, bowiem za składanie zeznań niezgodnych z prawdą grozi kara od 6 miesięcy do 8 lat pozbawienia wolności (art. 233 k.k.). Warunkiem odpowiedzialności jest to, aby przyjmujący zeznanie uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie. Obowiązek złożenia zeznań nie

jest jednak absolutny. W postępowaniu karnym określone kategorie osób mają prawo odmowy składania zeznań. Ponadto, w określonych sytuacjach świadek może odmówić odpowiedzi na pytanie.

Prawo odmowy składania zeznań przysługuje osobie najbliższej dla oskarżonego. Za taką uważa się małżonka, wstępnego (rodzice, dziadkowie), zstępnego (dzieci, wnuki), rodzeństwo, powinowatych w tej samej linii lub stopniu, osobę pozostającą w stosunku przysposobienia i jego małżonka. Prawo odmowy zeznań przysługuje również osobie pozostającej w nieformalnym związku (tzw. konkubinat).

Prawo odmowy zeznań przysługuje także świadkowi, który w innej toczącej się sprawie jest oskarżony o współudział w przestępstwie objętym postępowaniem. Dotyczy to sytuacji, w której sądy zajmują się odrębnie sądzeniem poszczególnych współsprawców jednego przestępstwa. Może się bowiem zdarzyć, że przy rozpoznawaniu przestępstwa dana osoba w jednym sądzie wystąpi w charakterze oskarżonego, a w drugim w charakterze świadka. Przykładowo może chodzić o sytuację, kiedy w związku ze śmiercią pacjenta dwóch lekarzy uczestniczących w jego leczeniu oskarżonych zostało w osobno prowadzonych postępowaniach. Prawo pozwala takim osobom uniknąć konieczności wyboru między obciążaniem zeznaniami samego siebie, a składaniem fałszywych zeznań w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności drugiego lekarza.

Odrębną podstawę zwolnienia z obowiązku złożenia zeznań stanowi tajemnica lekarska. Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej wynika wprost z art. 40 § 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Obowiązek ten jest ściśle skorelowany z uprawnieniem lekarza do odmowy wypowiedzi w sprawie objętej zakresem tajemnicy zawodowej. Poza wyjątkami wskazanymi w przepisach szczególnych nie można domagać się od lekarza ujawnienia określonego typu informacji.

Tajemnica lekarska nie ma bezwzględneho charakteru. Zarówno Kodeks etyki lekarskiej (art. 25), ustawa o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty (art. 40 ust. 2), jak również m. in. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (art. 50 ust. 2) dopuszczają wyjątki od zasady obowiązkowego utrzymania tajemnicy lekarskiej. Przykładowo, art. 40 ust. 2 pkt 2 ustawy o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty wskazuje, że jeśli badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych organów i instytucji, to wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje. Takimi podmiotami będą: policja, prokuratura, sądy, zakład ubezpieczeń społecznych. Wymaga podkreśle-

nia, że zwolnienie dotyczy wyników badania przeprowadzonego na żądanie organu przed wykonaniem badania, które musi mieć podstawę prawną i powinno być sformułowane na piśmie. Przykładem takiej sytuacji będzie opinia biegłego lekarza sporządzona na zlecenie sądu lub prokuratury.

Zgodnie z art. 180 § 2 k.p.k. osoby obowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej są obowiązane do zachowania tajemnicy co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek i mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd, na posiedzeniu bez udziału stron, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty doręczenia wniosku prokuratora. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie. Przepis art. 180 § 2 k.p.k. przyznaje zatem kompetencję do zwolnienia z tajemnicy zawodowej jedynie sądowi, nie zaś prokuratorowi. Tylko takie rozwiązanie stanowi gwarancję swego rodzaju szczególnej ochrony tajemnic zawodowych, w tym tajemnicy lekarskiej.

Dodatkowo wskazać należy na art. 199 k.p.k., zgodnie z którym złożone wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej oświadczenia oskarżonego dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu. Zakaz ustanowiony w tym przepisie ma charakter bezwzględny. Oznacza to, że lekarz nie może być nigdy zwolniony z tego zakazu na podstawie art. 180 § 2 k.p.k.

Obok prawa do odmowy składania zeznań, przepisy przewidują prawo do odmowy odpowiedzi na pytanie. Dotyczy to sytuacji, w których odpowiedź na pytanie mogłaby narazić świadka lub jego najbliższą rodzinę na odpowiedzialność za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe. Co istotne, odmowa ta nie obejmuje całości zeznań, a jedynie odpowiedź na konkretne pytanie. Krótko mówiąc – prawo nie zmusza nikogo do obciążania samego siebie. Oznacza to, że chociaż świadek ma generalnie obowiązek złożenia zeznań, może w trakcie przesłuchania oświadczyć, że odmawia odpowiedzi na konkretne pytanie. W takiej sytuacji świadek powinien oświadczyć, że odmawia odpowiedzi na pytanie z uwagi na ryzyko odpowiedzialności karnej. Świadek nie musi uzasadniać swojego stanowiska, a tym bardziej tłumaczyć, na czym konkretnie to ryzyko polega.

Adw. Daria KARCZEWSKA

LegalOperator

(przedruk z „Medium” nr 2/17)

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

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

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

FotOptyk

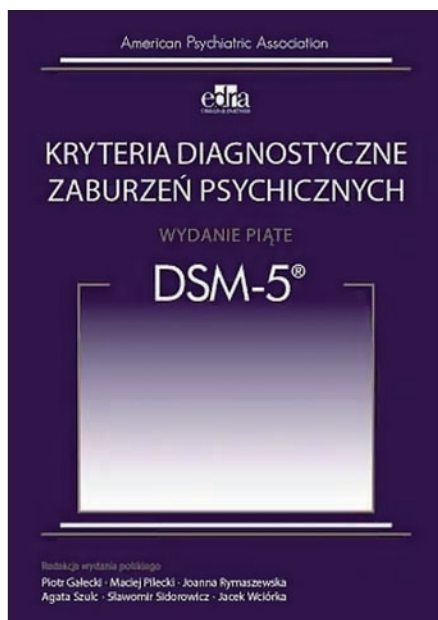
Serdecznie
dziękuję
Panu Redaktorowi
Naczelnemu
„Biuletynu Lekarskiego”
Jerzemu B. Lachowi
za przyjazną i serdeczną
współpracę

Alfred Polok
dział składu i łamania „BL”



EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29

Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86



Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®

red. P. Gałęcki, M. Pilecki, J. Rymaszewska, A. Szulc, S. Sidorowicz, J. Wciórka; rok wydania: 2018

ISBN: 978-83-65835-29-1, format: 170 x 240, opr. miękka, 1097 stron, cena: 215.10 zł (478 EUP pkt)

Podręcznik *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®* (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przedstawia klasyfikację oraz dokładne kryteria rozpoznawania zaburzeń psychicznych. W minionych 60 latach kolejne wydania podręcznika ugruntowały jego pozycję jako narzędzia przydatnego w codziennej praktyce klinicznej dotyczącej zdrowia psychicznego. Choć nie jest możliwy pełny opis procesów patologicznych, leżących u podłoża większości zaburzeń psychicznych, to jednak aktualne kryteria diagnostyczne stanowią możliwie najpełniejszy opis tego, jak przejawiają się zaburzenia psychiczne i jak może je rozpoznawać doświadczony klinicysta. Zamiarem autorów było stworzenie praktycznego, uwzględniającego najrozmaitsze stany i sytuacje kliniczne przewodnika ze zrozumiałym i jednolitym układem informacji, który pozwoli na postawienie prawidłowego rozpoznania, a w ślad za tym – na zastosowanie odpowiedniego leczenia zaburzeń psychicznych. Podręcznik jest niezbędnym narzędziem dla klinicystów badaczy i praktyków. Może być wykorzystany w procesie kształcenia oraz w badaniach naukowych w psychiatrii. (...)



Przepisy dla zdrowych jelit, czyli jak zadbać o spokój brzucha

Ch. Schäfer, S. Strehle; rok wydania: 2018

ISBN: 978-83-65835-50-5, format: 165 x 200, miękka, 192 strony, cena: 36.75 zł (98 EUP pkt)

JEDZ DO SYTA DLA ODPORNOŚCI!

Czy wiesz, że o sile, z jaką nasz organizm broni się przed chorobami, decyduje nasz przewód pokarmowy? Jego odporność w 85% zależy od jelit. To chyba wystarczający powód, aby zrobić dla nich coś dobrego, prawda? Jak? Przeczytaj w niniejszej książce i gotuj zgodnie z zawartymi w niej wskazówkami, a zobaczysz, jak prosto i smakowicie można przywrócić ład i harmonię w naszym najważniejszym narzędziu układu odpornościowego. Co ważne: mniej stresu dla przewodu pokarmowego, to więcej energii i radości dla nas.

Nasi specjaliści nie tylko przedstawiają najlepsze przepisy, lecz klarownie wyjaśniają wszystko, co warto wiedzieć, a także udzielą cennych i praktycznych rad.

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zaprasza na XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w żeglarskim w klasie OMEGA, które odbędą się w urokliwej letniskowej wsi Morzyczyn nad Jeziorem Miedwie w gminie Kobylanka, 24 km od Szczecina.

Regaty rozgrywane będą na łodziach typu OMEGA na niezmienionych zasadach, w systemie przesiadkowym. Jak zwykle podczas wieczornego biesiadowania szykujemy wiele niespodzianek... zapewniamy miłą atmosferę i dobrą zabawę.

Zgłoszenia odbywają się na podstawie elektronicznych formularzy dostępnych na stronie: www.oil.szczecin.pl zakładka **Sport, kultura i rekreacja**, przesłanych w terminie do **11 maja 2018 r.**

Termin: 15-17.VI.2018r.

Miejsce regat: Morzyczyn, jezioro Miedwie

Nocleg: Hotel 104, Stargard, <http://osir.stargard.pl/hotel-104/informacje>

Wpisowe:

- 1350 zł od załogi - obejmuje: dwa noclegi oraz pełne wyżywienie dla 3 osób
- 900 zł od załogi - obejmuje: pełne wyżywienie dla 3 osób (bez noclegu)
- nr konta: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „REGATY - OIL”

Zapisy: do 11 maja 2018 r.

Dane organizatora: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin

Osoby do kontaktu:

- **Halina Teodorczyk**, tel. 517 905 224, adres e-mail: halte@wp.pl
- **Kamila Sidor** (biuro OIL w Szczecinie), tel. 91 48 74 936 wew. 116, adres e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

* * *

Szpital w Branicach zatrudni lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, lekarza internistę, specjalistę psychiatrii, lekarzy w trakcie specjalizacji bądź chętnych do specjalizacji w zakresie rehabilitacji medycznej lub psychiatrii.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe kontakt pod numerem telefonu: 77/403-43-07 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

* * *

Na sprzedaż dom wolnostojący o powierzchni około 320 m², położony na działce o powierzchni 11 ar w Nysie. Lokal mieszkalny w skład wchodzi: parter - gabinet lekarski + poczekalnia, dodatkowo pomieszczenia gospodarcze ze spiżarnią i pralnią i suszarnią, kotłownia. Piętro: duży salon, WC, kuchnia 2 pokoje, łazienka. Piętro II duży salon, łazienka 3 pokoje. Media: woda i kanalizacja, instalacja elektryczna, gaz, telefon. Dom wybudowany z cegły, dodatkowo ocieplony.

Kupujący ma możliwość przejęcia pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nysie, oraz dodatkowo podjąć pracę w Szpitalu. Kontakt: k.rozumek@gmail.com, tel. 606-238-681 lub 77/433-90-23

* * *

ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA – ABSOLWENCI 1968

W związku z odnową dyplomu po 50 latach, prosimy absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Śląskiej Akademii Medycznej o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u pani Julity Prabuckiej, **do 30 kwietnia 2018 r.** Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze, pl. Traugutta 2, tel. 32/370-52-66; e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl.

Uroczystość odbędzie się w dniu 26 maja 2018 r. w Zabrzu-Rokitnicy. Po części oficjalnej - wspólny obiad w cenie 100 zł płatne w dniu uroczystości. O programie uroczystości powiadomimy każdego zarejestrowanego.

*Prezes Stowarzyszenia Wychowanków ŚU
Maria GAJECKA-BOŻEK*

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X