



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień 2010

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 172

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Ciepłych Świąt





„Zamęt i cierpienie, które owładnęły dziś światem są – według mnie – spowodowane niedostatkiem miłości w domu i życiu. Nie mamy czasu dla własnych dzieci, nie mamy czasu jedni dla drugich, nie mamy czasu by się wzajemnie ukoić.”

MATKA TERESA Z KALKUTY

Boże Narodzenie – gdy Bóg wchodzi w czas człowieka, w materialny porządek Ziemi. Przybiera ciało, by być dla nas widzialnym, by przywrócić świętość jaką człowiek utracił w wyniku grzechu. Nie mit. Nie legenda. Historia. Nawet agnostycy dzielą czas na przed i po Chrystusie.

Święta Bożego Narodzenia – oczekiwanie powrotu Boga. Przypomnienie Jego Narodzin, tego że chodził po tej ziemi jako „lekarz” skuteczny. Uleczal bez nowoczesnych: metod diagnostycznych, sprzętu, aparatury medycznej. Wskrzeszał Słowem. Przede wszystkim zaś dotykał sumienia i uczył jak żyć i jak wybierać. Nadal uczy.

Święta – sporo ludzi obchodzi z wiarą, ale i sporo „obchodzi” tak, by nie dojść do sedna sensu Świąt.

Dziś coraz piękniejsze i szersze ramy i coraz mniej miejsca w nich dla Boga, nawet dla dziecka. Będziemy dzielić życzenia, opłatki, prezenty, potrawy. Będzie cudownie, radośnie, świątecznie; w domu (lub z duchem czasu na wyjeździe). Bo to tradycja. Jak długo jeszcze przetrwa? Czy On znajdzie wiarę jak przyjdzie? Czy tylko pusty talerz? Czy drzwi zamknięte, bo ktoś klucz zgubił, zamurował (sumienie)? Nie całkiem jeszcze – łufcik lub judasz został. Nie. Pesymistą nie jestem. Trzeba nieść nadzieję, radość, czynnie czekać. To tylko takie refleksje świąteczne księdza, kapelana szpitalnego, który często patrzy na śmierć bez sensu. Chrystus się narodził, by była przejściem do życia. Czegóż więc mogę życzyć nam na Święta i Nowy Rok?

Komunii z Bogiem. Rodzinnego ciepła. Zdrowia (choć zdrowym lekarza nie potrzeba☺). Miłości. Jej i cierpienia mnóstwo w świecie, ale bądźmy szafarzami tej pierwszej. Pokory – ona niesie siłę ogromną; bezinteresowna, przebacza, nie wyrządza zła ani w sferze publicznej ani w prywatnej, przez nią Bóg czyni dobro. **Dobrych wyborów**, a błędów w granicach błędu, żeby się dało naprawić. **Pięknych marzeń**, tych do spełnienia i tych nie do spełnienia (na razie☺). Trzeba mieć marzenia! **Słowa „dziękuję”** częściej. **Oczekiwań** względem innych niewielkich. **Stawiania sobie wymagań**, by zawodu nie sprawiać a w tym zawodzie-powołaniu to szczególnie ważne. **Cierpliwości?** Jeśli tu dotarłeś, to już cierpliwy jesteś. I wreszcie.... **CZASU**.

Wszystkim na Święta i Nowy Rok z serca błogosławię!

Ks. Michał MAŃKA

No i aniśmy się obejrzeni, a tu mija nam właśnie kolejny rok. Kolejny rok zmagania, nie tylko z problemami stricte zawodowymi związanymi z naszymi pacjentami, ale również i z otaczającą nas bezduszną machiną urzędniczą. Piszę te słowa jeszcze w trakcie „negocjacji” z NFZ kontraktów na nadchodzący rok, więc i przyszłość też nie zapowiada się zbyt różowo.

W bieżącym numerze *Biuletynu* znajdziecie Państwo widome ślady tej bezduszności (pisma do NFZ, niezrealizowane postulaty naszego środowiska wobec kolejnych rządów). Ponadto głośne ostatnie propozycje rozwiązań prawny zaserwowane nam przez minister Kopacz, a zwłaszcza sposób ich konsultowania z partnerami społecznymi (choć właściwie powinienem napisać ich praktyczny brak), ostentacyjne lekceważenie tychże partnerów oraz niewybredne komentarze wysokich urzędników ministerstwa zdrowia w stosunku do samorządu lekarskiego, także nie napawają optymizmem na przyszłość.

Zbliżające się Święta mam nadzieję, że pozwolą nam zapomnieć (przynajmniej na chwilę) o tych pro-

blemach. Mam również nadzieję, że lektura bieżącego numeru *Biuletynu* przyczyni się do tej chwili odpoczynku od zgiełku tego świata.

Zgodnie z zapowiedziami Prezesa (patrz poniżej), drukuję ponownie listy Koleżanek i Kolegów, za których Izba „założyła” brakującą część składki na OC (zgodnie z nowym rozporządzeniem w tej sprawie). Dalej zaproszenia na zbliżające się bale karnawałowe. Kilka rodzimych – co mnie bardzo cieszy – tekstów oraz materiał dyskusyjny o potrzebie istnienia izb lekarskich. W części prawnej dalszy ciąg rozważań nt. dyrektywy Komisji Europejskiej o czasie pracy, wyniki sondażu dotyczącego tego, jak pacjenci stosują się do naszych zaleceń oraz sposób postępowania z odpadami medycznymi. Na koniec materiał o tym co jemy i pijemy. I wreszcie stałe rubryki biuletynowe: nowości wydawnicze i ogłoszenia. Zapraszam do lektury i do zobaczenia już w przyszłym roku.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Na wstępie chciałem bardzo przeprosić tych z Was, którzy nie otrzymali październikowych numerów *Gazety Lekarskiej* i naszego *Biuletynu*. Niestety problemy z kolportażem dotknęły w październiku wszystkie Izby. Koncern ASP, który aktualnie jest wydawcą *Gazety Lekarskiej*, wziął na siebie odpowiedzialność za te kłopoty i każda z Izb będzie dochodzić pewnej rekompensaty z tego tytułu.

Ponieważ w październikowym numerze *Biuletynu* zamieściliśmy wykaz osób, za które Izba wpłaciła „wyrównawczą” składkę OC w czerwcu br., publikujemy go ponownie wg stanu na 19 listopada (wobec tego osoby, które wpłaciły odpowiednie kwoty po 19 listopada będą nadal w tym wykazie). Wszystkich z Was, którzy dotąd nie dokonali wpłaty, prosimy o zrobienie tego do końca roku. Wpłacać można osobiście w biurze Izby lub poprzez przedstawicieli Delegatur.

W ostatnich tygodniach gorącym tematem jest sprawa wypisywania recept na kuponach w książeczkach RUM. Prezes NFZ, a za nim niestety Dyrektor Oddziału Opolskiego NFZ, twierdzi, że dalsze wypisywanie recept w książeczkach RUM jest niemożliwe, bowiem kupony

tych książeczek mają niewłaściwie zbudowany kod. To, że przez lata kupony te w naszym województwie funkcjonowały bez żadnych zastrzeżeń, dając osobom nadzorującym obrót lekami pełnię potrzebnych informacji (najlepszym przykładem jest afera z Corhydronem, gdzie w bardzo szybkim czasie „namierzono” w naszym województwie osoby, którym ten preparat przepisano) jest dla Prezesa argumentem niewystarczającym. Nie przyjmuje on także do wiadomości informacji, że swoim zarządzeniem łamie zapis rozporządzenia Ministra Zdrowia, czego mu robić nie wolno.

Dopóki w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich jest zapis stwierdzający, że realizacja recept wystawianych na kuponach RUM **odbywa się na dotychczasowych zasadach** i nie ma tam żadnych dodatkowych zastrzeżeń czy uwag, tak długo recepty mogą być wypisywane na tych kuponach, bez względu na to czy jest to książeczka RUM-owska stara czy nowa (nowe książeczki drukowane są od kilku miesięcy). Takie stanowisko przedstawiałem już kilkakrotnie Dyrektorom Oddziału NFZ, przekazałem je również do Izby Aptekarskiej (patrz pismo, które jest w dalszej części *Biuletynu*).

Przypominam, że do końca roku zgłaszać można kandydatury do tytułu „Prymariusz Opolski”. Drukujemy więc regulamin tego wyróżnienia oraz wnioski o nadanie tytułu.

Wszystkich delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy informuję, że doroczny zjazd budżetowy odbędzie się w dniu **19 marca 20011 r.** – jak zwykle w WCM Opole. Proszę o uwzględnienie tego terminu w planach dyżurowych i urlopowych.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom, z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego Roku, składam najserdeczniejsze życzenia przede wszystkim zdrowia, pomyślności, spełnienia planów, pogody ducha, ale także odporności na niezrozumiałe i czasami wręcz bzdurne decyzje osób odpowiedzialnych za kształt ochrony zdrowia w Polsce.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

LISTY OSÓB, ZA KTÓRE IZBA ZAŁOŻYŁA UZUPEŁNIAJĄCE SKŁADKI OC

Dopłata w wysokości 32 zł

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Abramczyk Magdalena | 39. Dłuszyńska-Janik Wanda | 78. Holler Małgorzata |
| 2. Adamczyk Aneta | 40. Dobosz Edward | 79. Hrabańska-Zachwieja Jolanta |
| 3. Akielaszek Iwona | 41. Doroba Bogna | 80. Jabłońska Sylwia |
| 4. Al-Qadi Małgorzata | 42. Drabot Anna | 81. Jasińska Aleksandra |
| 5. Andruszkiewicz Zinaida | 43. Droś Lidia | 82. Jasiński Ryszard |
| 6. Antoszek Emil | 44. Duda Piotr | 83. Jeznach Andrzej |
| 7. Apoloni Bernadeta | 45. Dwojak Artur | 84. Jędrus Jan |
| 8. Artiuchow-Merchut Joanna | 46. Dymek Lucyna | 85. Juda Cezary |
| 9. Bańburski Ireneusz | 47. Dymek Tomasz | 86. Jung Andrzej |
| 10. Baran Bogusława | 48. Falenta-Hitnarowicz Małgorzata | 87. Junosza-Szaniawska Ewa |
| 11. Berger Beata | 49. Fijałkowska Iwona | 88. Junosza-Szaniawski Antoni |
| 12. Bernardt Gerard | 50. Filarska-Michalik Katarzyna | 89. Kaczmar Wioletta |
| 13. Bernaś-Ude Jadwiga | 51. Filipczyk-Ziobrowska Ewa | 90. Kaczmarek Małgorzata |
| 14. Białowas Andrzej | 52. Flak Jolanta | 91. Kałwelis-Zaleska Zofia |
| 15. Bieniasiewicz Anna | 53. Florczak Andrzej | 92. Kania Marek |
| 16. Bihun Małgorzata | 54. Florek-Mielniczuk Irena | 93. Kania Stanisław |
| 17. Blajer Marek | 55. Floreńska-Mazurek Barbara | 94. Kanik-Wręczycka Małgorzata |
| 18. Błudzin Wiesława | 56. Fornalik-Cymbalista Renata | 95. Kapelusznica Katarzyna |
| 19. Bobińska Ewa | 57. Frydrych-Mazur Katarzyna | 96. Karcz-Butmankiewicz Joanna |
| 20. Bobiński Antoni | 58. Fudala Leszek | 97. Karniewska Bożena |
| 21. Bogdanowicz Grażyna | 59. Gadecki Wiesław | 98. Kaszkowiak Andrzej |
| 22. Bojko Małgorzata | 60. Gajda Agnieszka | 99. Kato-Kawa Magdalena |
| 23. Bojkowska Katarzyna | 61. Garczyńska Agnieszka | 100. Kawa Anna |
| 24. Bryk-Żakowicz Katarzyna | 62. Gawda Iwona | 101. Kazek-Pastwa Danuta |
| 25. Brzeska Agnieszka | 63. Gawlik Włodzimierz | 102. Klecha Robert |
| 26. Buks Monika | 64. Gawryś-Ptak Marzena | 103. Kleist Jacek |
| 27. Bunio Andrzej | 65. Gelej Marek | 104. Kleszcz Anna |
| 28. Cena Grzegorz | 66. Giet Barbara | 105. Knicz Krystian |
| 29. Chamera-Gądek Ewa | 67. Gliwińska-Nawrat Justyna | 106. Knosala Bernard |
| 30. Chciuk-Rasiuk Lucyna | 68. Głonek Michał | 107. Koegler-Zielińska Krystyna |
| 31. Chudy Mieczysław | 69. Gołda Wojciech | 108. Kolejewski Józef |
| 32. Cichoń Krzysztof | 70. Górska Karolina | 109. Kołaczyńska – Palka Halina |
| 33. Cytrycka Janina | 71. Grabowski Andrzej | 110. Konarski Antoni |
| 34. Cywińska Aleksandra | 72. Graczyk-Duda Anna | 111. Konik Wiesław |
| 35. Cywiński Mariusz | 73. Grandek Maria | 112. Konopka-Błaszczuk Małgorzata |
| 36. Czerner Maria | 74. Grek Henryk | 113. Konrad Janina |
| 37. Dąbrowski Piotr | 75. Hadzik Krzysztof | 114. Kopeczacki Adam |
| 38. Derkowski Wojciech | 76. Hadzik Waldemar | 115. Kordowska-Wileńska Marta |
| | 77. Hładki Marek | 116. Koronczok Paweł |

117. Kos Anna
118. Kosidło Krzysztof
119. Kosowska Krystyna
120. Kosowski Aleksander
121. Kościów Krystian
122. Kośna-Knopp Sylwia
123. Kotlińska-Stolarz Maria
124. Kowalczyk Julia
125. Kowalska Beata
126. Kowarzyk Stanisław
127. Koziej Jacek
128. Kraszewska Jolanta
129. Kraszewski Wiesław
130. Królicka Karolina
131. Krzemiński Artur
132. Krzyżowska-Będzińska Anna
133. Księżarek Waldemar
134. Kubś-Domańska Mariola
135. Kucharczyk Adrian
136. Kucharski Roman
137. Kupis-Koziej Kinga
138. Kura Ilona
139. Kurdej-Binieć Magdalena
140. Kusber Beata
141. Kuzyszyn Zbigniew
142. Kwiatek-Gniazdowska Ewa
143. Lejkowska Krystyna
144. Lewicka-Szymków Krystyna
145. Lisiakiewicz Jan
146. Lubczyńska-Krzemińska Barbara
147. Lucińska Elżbieta
148. Luciński Bolesław
149. Łaba Joanna
150. Łabuda Anna
151. Łomna-Bogdanov Elżbieta
152. Łopuszańska Joanna
153. Łuczak Irmína
154. Łuszczynska-Kicińska Maria
155. Machowska Ewa
156. Maciejewska Anna
157. Mackiewicz-Zabochnicka Grażyna
158. Madej Jerzy
159. Madej Witold
160. Mainka Grzegorz
161. Maj-Twardy Zofia
162. Makiela Sławomir
163. Malinowska Jolanta
164. Małaczyńska Agnieszka
165. Małycha-Bartczak Ewa
166. Marguła Elena
167. Marko Andrzej
168. Markowska-Kuźniak Maria
169. Maszkowska Marta
170. Matusiak-Brzęczek Lila
171. Medwid Alina
172. Miednik Elżbieta
173. Mielczarek Marcin
174. Mijał-Piątek Renata
175. Miszczyk Zenon
176. Mołotkiewicz-Kłyś Barbara
177. Nawrocka Agnieszka
178. Niesłony-Szczówka Anna
179. Niwińska Beata
180. Nosińska Małgorzata
181. Nowakowski Jerzy
182. Nowosielska Emilia
183. Nykiel-Raj Iwona
184. Olichwer-Mościchowska Alicja
185. Orłowska Krystyna
186. Orłowska-Kałuża Renata
187. Orman-Belch Janina
188. Osadca-Zych Monika
189. Ossowska-Szymkiewicz Iwona
190. Ostrowska Małgorzata
191. Otrębski Maciej
192. Pajor Ireneusz
193. Pasieka Marian
194. Pasternak-Zimoch Grażyna
195. Pawełczak Jacek
196. Pawlak Piotr
197. Pawłowska Krystyna
198. Pendziałek-Grunwald Ewa
199. Piaścińska Elżbieta
200. Piątek Rafał
201. Piech Joanna
202. Piskorowski Jan
203. Ploch Michał
204. Pluta Joanna
205. Płonka Jacek
206. Pojda Joanna
207. Polewiak Lilianna
208. Polko Krzysztof
209. Popowska Bożena
210. Porczyński Jacek
211. Poredo Elżbieta
212. Przybyłowicz-Womperska Dorota
213. Ptak Dariusz
214. Puz-Smaruń Lucyna
215. Puziewicz Jerzy
216. Pytel Robert
217. Pyziak Andrzej
218. Raczynska Ewa
219. Radzio-Sadowska Małgorzata
220. Rak Sławomir
221. Rams Arkadiusz
222. Rasławska Krystyna
223. Reguła Dariusz
224. Rehan Alicja
225. Rekucka Beata
226. Rembak-Popioł Ewelina
227. Rękawek Marcin
228. Rogowska Grażyna
229. Romaniuk Janusz
230. Rosa Krystyna
231. Roszak-Krużel Alicja
232. Rudnik-Sanocka Maria
233. Ruszecki Grzegorz
234. Sachanbińska Teresa
235. Sadowska Elżbieta
236. Sadowski Ryszard
237. Saganiewicz-Szkałuba Barbara
238. Sarzyński Tadeusz
239. Scholz-Mazurkiewicz Eryka
240. Sekyra Beata
241. Sicińska-Werner Teresa
242. Sikorska-Żurawel Iwona
243. Smykała-Dziwisz Beata
244. Sobótka Witold
245. Soczyńska Halina
246. Spychała Sebastian
247. Stachera Janusz
248. Stachera Magdalena
249. Stanek Grzegorz
250. Stankala Sebastian
251. Starczewska-Dymek Liwia
252. Stochmialek Teresa
253. Stolarczyk Małgorzata
254. Szandała Marcin
255. Szczepanik Barbara
256. Szczepańska-Lubiarz Zdzisława
257. Szczypiór-Palutkiewicz Jolanta
258. Szejna Anna
259. Sznajder Katarzyna
260. Szyller Małgorzata
261. Szyller Robert
262. Szymańska Antonina
263. Szymański Dariusz
264. Szymoniak Anna
265. Śliwińska Małgorzata
266. Śliwiński Mariusz
267. Śniatowska Małgorzata
268. Świstuń Marian
269. Tabora Arkadiusz
270. Tabora-Ciszewska Joanna
271. Truch Anna
272. Trybuła Jerzy
273. Tutka Tomasz
274. Tybel-Brodowska Longina
275. Wagner Małgorzata
276. Wężykowska-Więcek Barbara
277. Wiercinek-Ladra Ewa
278. Wiercimok Urszula
279. Wierzbicki Mariusz
280. Wilczek Małgorzata
281. Wilisowska-Machelska Alicja
282. Wiosna-Polewka Barbara
283. Wirzeska Małgorzata

284. Wittek Andrzej
285. Władysław Stefan
286. Wojtala-Machura Małgorzata
287. Wolińska Jadwiga
288. Womperski Krzysztof
289. Wójtowicz Marcin
290. Wróbel Mirosław
291. Zagórska-Mąka Maria
292. Zalaszińska Iwona
293. Zalecińska Agata
294. Zalewska Wanda
295. Zaryczańska Małgorzata
296. Zaryczański Janusz
297. Zasańska Marzena
298. Zasański Grzegorz
299. Zaszkodna-Gross Krystyna
300. Zawila-Pluta Danuta
301. Zdanowski Robert
302. Zdziechowska Katarzyna
303. Zinkowska Barbara
304. Złotoś Aleksandra
305. Żelazny Tadeusz
306. Żelazny Tomasz
307. Żelowski Andrzej

Dopłata w wysokości 39 zł

1. Biniek Michał
2. Binkowski Marcin
3. Bobiński Andrzej
4. Czernecka Agnieszka
5. Dawidziak Adrian
6. Dorocki Marcin
7. Falba Andrzej
8. Felbel-Tyszkowska Monika
9. Florczak Agnieszka
10. Gac Grzegorz
11. Gacek Katarzyna
12. Gacek Tomasz
13. Gacki Paweł
14. Gadek Wojciech
15. Gamrot Jarosław
16. Gawel Dominika
17. Górecka-Hałoń Józefa
18. Grot Dariusz
19. Grzybek Tomasz
20. Horowska-Półtorak Ewa
21. Jakimów Joanna
22. Jaworska-Wieczorek Jarosława
23. Jednak Henryk
24. Jęda Agnieszka
25. Karoń Przemysław
26. Klimkiewicz Ryszard
27. Kmita-Żukrowska Krystyna
28. Knopińska-Rostkowska Ewa
29. Kozicki Michał
30. Krach Renata
31. Krawczyk Jakub
32. Krok Sławomir

33. Leyko Paweł
34. Łabiak Tomasz
35. Makiela Jarosław
36. Małowski Mirosław
37. Mehlich Helena
38. Mielczarek Danuta
39. Misiak Edyta
40. Misztal Małgorzata
41. Olejnik Alina
42. Ośko Andrzej
43. Pasternok Marcin
44. Piątek Aldona
45. Piskoń Katarzyna
46. Podgórski Dariusz
47. Pojda-Fuławka Aleksandra
48. Pychyńska-Jasińska Krystyna
49. Respekta Edward
50. Sapała Edyta
51. Seweryn-Serkis Katarzyna
52. Sienkiewicz Wiesław
53. Sikorska Elżbieta
54. Smolska-Ciszewska Beata
55. Sobkowicz Krzysztof
56. Strąg Anna
57. Suchińska Krystyna
58. Szczeniowska-Krok Aleksandra
59. Szewczyk Jolanta
60. Tarara Katarzyna
61. Urbańska-Kmieciak Elżbieta
62. Wajda Robert
63. Waloch Dorota
64. Wierzbicka Krystyna
65. Wierzchowicz Jan
66. Wilgorska-Dorau Iwona
67. Wojciechowska Edyta
68. Wojtala-Łabędzka Ewa
69. Ziemia Anna

Dopłata w wysokości 57 zł

1. Babiak Justyna
2. Babiak Marek
3. Bac Grażyna
4. Bazgier Adam
5. Bednarczyk Barbara
6. Bendzera Aneta
7. Bernacki Leszek
8. Biedka Małgorzata
9. Borkowska Monika
10. Budzińska Beata
11. Bugajska Anna
12. Chorostecki Tadeusz
13. Daszkiewicz Edyta
14. Dembicka Małgorzata
15. Fijałkowska-Kowalińska Aleksandra
16. Fijałkowski Włodzimierz
17. Frycowska Joanna
18. Gala Klaudia

19. Galas Katarzyna
20. Galwas-Pichurska Halina
21. Gliwa-Zajac Jadwiga
22. Gowarzewski Marcin
23. Góra-Skuła Anna
24. Górna Edyta
25. Grabowski Andrzej
26. Grala-Klockowska Beata
27. Gronek-Ludynia Joanna
28. Jagodzińska Beata
29. Jakimowicz-Skowronek Ewa
30. Jakubowska-Juraszczyk Zofia
31. Jakutaję Mirosława
32. Janicka Alicja
33. Jarka Jolanta
34. Jędrzejak Alicja
35. Jędrzejak Grażyna
36. Juda Beata
37. Jurasz Teresa
38. Kaczyński Wojciech
39. Kalembe Aleksandra
40. Kałetkiewicz Marta
41. Kandora Ewelina
42. Karoń Agnieszka
43. Keller Piotr
44. Keller-Szymczyk Liliana
45. Kelm Halina
46. Klimczewska-Iwanusa Joanna
47. Kosela-Gatkowska Dorota
48. Kowalczyk Maria
49. Kowalski Andrzej
50. Kozłowska Marta
51. Kozok-Suchodolski Rosita
52. Kuczera-Michalska Beata
53. Kuzyszyn Beata
54. Kwolik-Ziemniarska Anna
55. Lewicka Zdzisława
56. Łabiak Adam
57. Łobodziński Marek
58. Łuszczyńska Jolanta
59. Machowska Kamila
60. Malanowicz-Nowosielska Ewa
61. Malinowska Aleksandra
62. Malinowski Antoni
63. Marcjasz Danuta
64. Michniewicz Agnieszka
65. Migala Natalia
66. Mokijewski Artur
67. Molinkiewicz Ewa
68. Muszyńska Ewa
69. Myśliwiec Ewa
70. Noparlić Anida
71. Nowacka-Piechota Emilia
72. Orska Elżbieta
73. Ośko Karolina
74. Paprocka Bożena
75. Pawelec Krzysztof
76. Pawelec Monika

77. Pędich Witold
78. Piechura Maria
79. Podgórska Katarzyna
80. Pokuszyńska-Baran Małgorzata
81. Powolny Grażyna
82. Prochera Edyta
83. Proszewski Janusz
84. Pytlik Justyna
85. Raclawska-Sypko Bożena
86. Raducka Magdalena
87. Radzioch Joanna
88. Rapa Przemysław
89. Rejman-Poreba Katarzyna
90. Sierakowski Janusz
91. Skowron Jacek
92. Sordoń-Gowarzewska Teresa
93. Stelmachowicz Krystyna
94. Strąk Dorota
95. Struzik Paweł
96. Szarota Zofia
97. Szczombrowska Anna
98. Szmidt Jakub
99. Świdarska Małgorzata
100. Tańczak Ewa
101. Trinczek Camilla
102. Trojan-Kochet Katarzyna
103. Tustanowska Alicja
104. Tustanowska Maria
105. Warenicka Grażyna
106. Warenicki Juliusz
107. Wąsiel Jarosław
108. Wątorska Aleksandra
109. Wicher Aldona
110. Więcek Ryszard
111. Wilk Halina
112. Wocko Monika
113. Wojdyła-Latacz Teresa
114. Wolańska Zdzisława
115. Wrona Ewa
116. Kozłowska Marta
117. Wyszowski Jerzy

Doplata w wysokości 92 zł

1. Brunagiel Andrzej
2. Bukowski Jarosław
3. Dymek Andrzej
4. Goździuk Jan
5. Grodzki Jerzy
6. Kalisz Celestyn
7. Kostek Grażyna
8. Krupnik Edyta
9. Lewicki Jan
10. Lubczyński Janusz
11. Łuszpaj Ryszard
12. Mielczarek Bogdan
13. Nawara Bogdan
14. Pawełczak Ireneusz

15. Stachowiak-Adamowicz Urszula
16. Sygulla Jerzy
17. Walorski Andrzej
18. Zawiejski Czesław

Doplata w wysokości 99 zł

1. Abolfadel Nidal
2. Adamów Krystyna
3. Banach Andrzej
4. Bartczyszyn Wiesław
5. Bartnik Zygmunt
6. Bednarek Jarosław
7. Ben Rhaïem Tahar
8. Bereźnicki Rafał
9. Bielaczyc Grzegorz
10. Bijal-d-Mikołajewicz Katarzyna
11. Bilski Rafał
12. Błaszczyk Andrzej
13. Błaszczyzyn Czesław
14. Błoński Kazimierz
15. Błudzin Władysław
16. Bober-Paluch Maria
17. Bogdanowicz Eligiusz
18. Borcuch Rafał
19. Brachaczek Zbigniew
20. Browarski Andrzej
21. Bruzi-Bużowicz Róża
22. Brzeziński Zbigniew
23. Brzęczek Włodzimerz
24. Budyłowska Beata
25. Burczak Stefan
26. Bury Bogdan
27. Chowanec Marek
28. Chromicz Danuta
29. Chrzczonowicz Adam
30. Ciszewski Mariusz
31. Ciszewski Sebastian
32. Cymbalista Marcin
33. Czaja Zbigniew
34. Czerski Marek
35. Dalach Monika
36. Darmetko Mariusz
37. Dawiskiba-Kwiatkowska Małgorzata
38. Derkowska Jagoda
39. Domagała Dariusz
40. Domaradzki Bolesław
41. Drozdowicz Andrzej
42. Duber Barbara
43. Dubiel Eligiusz
44. Duszel Grzegorz
45. Dutkowiak Ryszard
46. Dzik Izabela
47. Dziurkowski Stanisław
48. Feliks-Kubilas Krystyna
49. Felsz Marcin

50. Flejsierowicz-Moniakowska Jolanta
51. Florczak Zbigniew
52. Gajewski Sławomir
53. Galańska-Grzeszek Joanna
54. Gawroński Radosław
55. Gębka Paweł
56. Gierek Michał
57. Gleńsk Walenty
58. Glinka Marek
59. Głąb Marek
60. Głowacki Jarosław
61. Golla-Marasek Maria
62. Górecka Jadwiga
63. Górecki Jerzy
64. Górecki Zbigniew
65. Górka Marek
66. Gulewicz Ireneusz
67. Gutowski Krzysztof
68. Guzek Jan
69. Guzikowski Wojciech
70. Hamuda Maria
71. Hercun Bronisław
72. Hobot Jacek
73. Jabłońska Maryla
74. Jacek Marek
75. Jastrzębska Marzanna
76. Jastrzębski Piotr
77. Jędryka Marcin
78. Jędrzejczyk Tadeusz
79. Kaczmarek Anna
80. Kalembe Jarosław
81. Kalisz Marek
82. Kalus Marcin
83. Kapeluszný Marcin
84. Kardynał-Klimkiewicz Hanna
85. Karniewski Jacek
86. Karoń Jarosław
87. Kasalik Grzegorz
88. Kaźmierczak Anna
89. Kaźmierczak Krzysztof
90. Kaźmierzewski Jacek
91. Kelm Ryszard
92. Kędzierski Andrzej
93. Kisała Aleksander
94. Kleczewski Wojciech
95. Klimczak Piotr
96. Kłosowski Witold
97. Kłós Jacek
98. Koc Jan
99. Kołodziej Gabriela
100. Kordel Roman
101. Kornacka-Saczek Dominika
102. Korzekwa Ireneusz
103. Korzekwa Zdzisław
104. Kostecki Janusz
105. Kowalczyk Dariusz
106. Kowalczykiewicz-Kuta Alina

107. Kowalik Zbigniew
108. Kowalski Stanisław
109. Kowalski Wojciech
110. Krach Paweł
111. Krasowski Grzegorz
112. Krawiec Bernard
113. Królak-Paluch Beata
114. Królik Małgorzata
115. Krzycki Marek
116. Kucharski Andrzej
117. Kucharz Ernest
118. Kudrisz-Radoń Beata
119. Kudyba-Jaszczak Ewa
120. Kurzeja Artur
121. Lejkowski Wojciech
122. Lenart Marek
123. Leszczyńska Maria
124. Letachowicz Andrzej
125. Lewkowicz Łukasz
126. Lipka Paweł
127. Lorenc Bogusław
128. Ludewicz Zbigniew
129. Lundberg Izabela
130. Lupa Edmund
131. Łabiak Bronisław
132. Łotecki Ireneusz
133. Łucka Jolanta
134. Łucki Andrzej
135. Łuczyńska-Sopel Anna
136. Machura Marek
137. Majcher Anatol
138. Małecki Marcin
139. Małecki Zygmunt
140. Małycha Dariusz
141. Mamicki Janusz
142. Margol Ryszard
143. Marguła Krzysztof
144. Massouh Emile
145. Massouh Wiesława
146. Maślak Iwona
147. Maślak Marek
148. Mazik Andrzej
149. Mazur Jacek
150. Mazurczak-Fedorowicz Aniela
151. Mazurek-Gmirek Beata
152. Mączka Marek
153. Michali Korneliusz
154. Mielczarek Paweł
155. Milczarek Anna
156. Milejski Czesław
157. Misiak Andrzej
158. Misiak Mirosław
159. Mocek Zbigniew
160. Moniakowski Wojciech
161. Mróz Andrzej
162. Muszalska-Gawrońska Katarzyna
163. Myśliwy Dariusz
164. Namysłak Rafał
165. Nanowski Zbigniew
166. Naumik Wiktor
167. Nawara Dariusz
168. Nawrat Paweł
169. Nawrocki Piotr
170. Nawrot Zbigniew
171. Neudek Lucjan
172. Niedbalka Teresa
173. Niesłony Piotr
174. Niewiadomski Bogdan
175. Niwiński Janusz
176. Nocek-Mazur Anna
177. Nowakowska Danuta
178. Nowakowski Marek
179. Nowicki Rafał
180. Ogórek Paweł
181. Olszewski Tadeusz
182. Operacz Radosław
183. Otocka-Wołyniec Jolanta
184. Owerkowicz Robert
185. Ozimek Grzegorz
186. Paluch-Paks Bożena
187. Paluch Kazimierz
188. Paluch Michał
189. Pałęga-Petryszyn Alina
190. Panek Sławomir
191. Petrolewicz Adam
192. Piątkowska-Pawlica Alicja
193. Pietrzyk Wiesław
194. Pławszewski Rafał
195. Polakowski Jerzy
196. Polewka Stanisław
197. Pollok Gizela
198. Popiołek Renata
199. Powolny Krystian
200. Pułka Katarzyna
201. Puziewicz-Krzemienowska Małgorzata
202. Pycia Jerzy
203. Rachwański Maciej
204. Radziukiewicz Maria
205. Rajca Marek
206. Reiter Andrzej
207. Rekucki Tomasz
208. Repecka Maria
209. Rębisz Wojciech
210. Rogala Barbara
211. Rogala Elżbieta
212. Rostkowski Joachim
213. Rowiński Sławomir
214. Rupniewski Dariusz
215. Rusek-Skóra Maja
216. Rutkiewicz Elżbieta
217. Rybczak Jerzy
218. Rzymkiewicz Jan
219. Sachański Tomasz
220. Sadowski Roman
221. Sergiel Wojciech
222. Skawiński Maciej
223. Skowron Łucja
224. Skowronek Anna
225. Skrzyszowski Jacek
226. Skuła Marcin
227. Skuza Zygmunt
228. Spalek Jerzy
229. Stanek Aleksandra
230. Stępień Katarzyna
231. Stępień Robert
232. Stochmialek Jacek
233. Strzelecki Bogumił
234. Suskiewicz-Świerc Ligia
235. Suzanowicz Barbara
236. Suzanowicz Janusz
237. Szajda Grażyna
238. Szeja Marek
239. Szejner-Maj Marzena
240. Szelka Waldemar
241. Szewciów Andrzej
242. Szubelak Dorota
243. Szwedowski Maciej
244. Szwedowski Roman
245. Szymczyk Małgorzata
246. Szymkiewicz Marek
247. Szyszka Jarosław
248. Tarnowski Piotr
249. Tomanek Jerzy
250. Tomczak Bożena
251. Trondowski Andrzej
252. Truś Łucja
253. Warot Joanna
254. Wawrzekiewicz Paweł
255. Wawrzyniak Alicja
256. Werner-Osyra Gabriela
257. Wierzyński Lucjan
258. Wierzyńska Elżbieta
259. Wiśniewska Jolanta
260. Wiśniewska-Krupa Janina
261. Wiśniewski Krzysztof
262. Witkowska-Kosiorek Iwona
263. Wołyniec Alina
264. Wołyniec Andrzej
265. Wołyniec Witold
266. Woroniecka Danuta
267. Wręczycki Krzysztof
268. Zalański Jakub
269. Zapiór Janusz
270. Zawadzka-Duliniec Magdalena
271. Zięba Tadeusz
272. Zygmunt Jerzy
273. Żak Marek
274. Żelechowski Dariusz
275. Żorniak Ewa
276. Żurek Jacek
277. Żwirski-Lembrych Hanna
278. Żyłka-Hill Łucja

PISMO W SPRAWIE RECEPT DO NFZ

Opole, 3.11.2010

Pan Filip Nowak
Dyrektor OOW NFZ

W związku z zamieszczeniem w ostatnich dniach na stronie internetowej OOW NFZ kolejnego komunikatu w sprawie recept lekarskich, z przykrością stwierdzam, że Fundusz, z powodów dla mnie niezrozumiałych, forsuje rozwiązanie niezgodne z brzmieniem obowiązującego rozporządzenia w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2007 r. nr 97, poz.646, z późn.zm.).

Zapis § 38 tego rozporządzenia jest jednoznaczny: *Recepty wystawiane na kuponie dołączonym do dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej mogą być realizowane na dotychczasowych zasadach.* Nie ma tam żadnego dopisku, że warunkiem dopuszczenia takiego kuponu jest kształt jego numeru identyfikacyjnego. Regulacje dotyczące tego numeru (załącznik nr 3) odnoszą się do recepty, o której mowa w § 9 ust.1, zgodnej ze wzorem opisanym w załączniku nr 6.

Ponieważ wypisywanie recepty na kuponie RUM jest dla lekarzy łatwiejsze, oszczędzając czas jej wypisywania, a wypisywanie takie jest dopuszczone rozporządzeniem Ministra Zdrowia, to proszę przyjąć, że lekarze nadal będą z tej możliwości korzystać.

Na argument, że doprowadzi to do zamieszania z realizacją recept, odpowiem krótko – wystarczająco dużo razy to lekarze musieli ponosić konsekwencje wprowadzania przez NFZ kolejnych utrudnień biurokratycznych.

Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu
Jerzy JAKUBISZYN

Do wiadomości:

- Okręgowa Rada Aptekarska
- Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „Pro Homine”
- Porozumienie Dyrektorów Zakładów Opieki Zdrowotnej Miasta Opola i okolicznych Gmin

W SPRAWIE INTERPRETACJI PRZEPISÓW PRZEZ NFZ

Nysa, dnia 12.11.2010 r.

Szanowny Pan
Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn
Prezes ORL w Opolu

Pragnę Pana Prezesa poinformować o podjętych przeze mnie działaniach w ostatnim okresie, które dotyczyły zapisów szczegółowych w kontraktowaniu przez NFZ oddziałów neonatologicznych i oddziałów intensywnej opieki medycznej.

Zapisy szczegółowe w przypadku neonatologii, dotyczyły liczby pielęgniarek w tym oddziale, która jest równoważna do liczby łóżeczek noworodków w systemie rooming-in, czyli z 14 pielęgniarek obecnie zatrudnionych, musiałoby to być ok. 30. Wystąpiłem w tej sprawie do Ministerstwa Zdrowia, które potwierdziło bezzasadność takiego rozwiązania, które zarazem spowodowałoby, że w województwie opolskim Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu, miałby tylko II poziom referencyjny (obecnie ma III), a szpitale w Nysie, Kędzierzynie-Koźlu i Strzelcach Opolskich, chociaż pod względem zatrudnienia lekarzy neonatologów oraz sprzętu medycznego spełniają warunki, to miałyby I poziom referencyjny (obecnie mają II). Odpowiedź Ministra Habera w tej sprawie przesyłam w załączeniu.

Niezrozumiały jest dla mnie także zapis, że aby mieć II poziom referencyjny na oddziale intensywnej opieki medycznej, to badania naczyniowe, rezonans magnetyczny, powinny być wykonywane w obrębie tego samego budynku, a nie w obiekcie wolnostojącym, gdzie jest pracownia rezonansu magnetycznego, a jest oddalony o 50 metrów od budynku gdzie jest OIOM. Zapis ten jest tym bardziej dziwny, że badania rezonansu magnetycznego przez ostatnie dwa lata nie były zlecane przez lekarzy nyskiego oddziału intensywnej opieki medycznej, a wg NFZ, ma to być podstawowe badanie stwierdzające śmierć mózgu. Czekam na odpowiedź w tej sprawie z Ministerstwa Zdrowia i myślę, że podobnie jak w przypadku oddziałów neonatologicznych, również i tu oddziały intensywnej opieki medycznej w Nysie i Opolu, nie stracą swojego II poziomu referencyjnego.

Zmiana Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej, czeka na podpis Prezydenta RP, a mówi ona, że w latach 2011 i 2012 pielęgniarki z aneksowanych umów, zwiększających kontrakt z NFZ, mają dostać 40% zwiększonej aneksem umowy kwoty, z przeznaczeniem na podwyżki płac. Podczas głosowania w Senacie, cały klub senatorów PiS zagłosował przeciw tej niekonstytucyjnej zmianie, gdyż jest ona realizacją obietnicy przedwyborczej (wybory prezydenckie) Pani Minister E. Kopacz.

Uważam też, że ustawa ta będzie martwa, gdyż nadwykonania, które będą wypłacane placówkom służby zdrowia, po orzeczeniach sądu cywilnego, nie będą objęte zakresem tej ustawy.

Z poważaniem

SENATOR RP
Norbert Krajczyk

* * *

Nysa, dnia 08.11.2010r.

Pan dr Marek Haber
Podsekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia
Miodowa 15
00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze!

Zwracam się do Pana Ministra z prośbą o podjęcie interwencji dotyczącej wymogów do warunków kontraktowania usług przez NFZ, w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na II poziomie referencyjnym, gdzie wymaga się, aby w miejscu wykonywania świadczenia była pracownia rezonansu magnetycznego, a nie np. w budynku oddalonym o 50 m i będącym w kompleksie Szpitala (w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 69/2009 Prezesa NFZ, poz. 4.1.6, punkt 3).

Panie Ministrze, uważam ten wymóg za niepotrzebny, ponieważ pracownia rezonansu magnetycznego, ze względu na wytwarzanie pola magnetycznego, jak i rozporządzenie Inspekcji Sanitarnej, musi być z dala od pracowni, zwłaszcza kardiologii inwazyjnej i oddziałów szpitalnych, gdzie pacjenci są monitorowani oraz mają wszczepione rozruszniki, a takie są przy oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

Szpital w Nysie, którego m. in. to rozporządzenie Prezesa NFZ z 3 listopada 2009 r. dotyczy, jak i Szpital Wojewódzki w Opolu przy ul. Katowickiej, gdzie ordynatorem jest Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii – dr J. Bojko, miały dotychczas II poziom referencyjny, gdzie nikt nie kwestionuje kadry medycznej, sprzętu diagnostycznego, a jedynie zapis, że rezonans magnetyczny ma być w lokalizacji, a nie jak mają te szpitale, w obiekcie wolnostojącym w obrębie budynków szpitala. Z analizy skierowań na badanie rezonansu magnetycznego w poprzednich dwóch latach, ani razu nie kierowano pacjentów na badanie rezonansu magnetycznego, tym bardziej, że według płatnika badanie rezonansu magnetycznego, ma być jednym z warunków uznania śmierci mózgowej.

Proszę Pana Ministra o interwencję, gdyż mając SOR wraz z lądowiskiem dla helikoptera sanitarnego i nowoczesnym sprzętem diagnostycznym, gdzie TK jest przy SOR, nie możemy tracić II poziomu referencyjnego (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii specjalizuje lekarzy w ramach rezydentury) poprzez to, że zapis odnośnie pracowni rezonansu magnetycznego jest według mnie, niewłaściwy.

Z poważaniem

Senator RP
Norbert Krajczy

* * *

Warszawa, 2010-11-05

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Marek Haber
MZ-02G-71-20766-28/JC/10

Pan Norbert Krajczy
Senator RP

Szanowny Panie Senatorze.

W związku z pismem z dnia 19 października 2010 r. w sprawie wymagań dotyczących wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach neonatologii, uprzejmie informuję, że warunki realizacji świadczeń w dziedzinie neonatologii określone zostały jeszcze w 2006 r. (zarządzenie Nr 80/2006 z dnia 18 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia) przy udziale i z akceptacją Pani Prof. Ewy Helwich, Konsultanta Krajowego w dziedzinie neonatologii, na podstawie standardów opieki perinatalnej opracowanej przy współpracy Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. W niemal niezmienionej formie zostały one przeniesione do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego specjalistycznej (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 z późn. zm.). Przyjęto tu wskaźnik 4,44 równoważnika etatu pielęgniarki lub położnej zapewniającego opiekę jednej pielęgniarki lub położnej na jednej zmianie. Wskaźniki pochodne (2,22 lub 1,11 lub 0,89) mają charakter statyczny bowiem odnoszą się do elementów bazy szpitala (łóżka lub stanowiska). Dodatkowo, dla drugiego i trzeciego poziomu referencyjnego, wskazano również wskaźniki dynamiczne bazy (np. dla trzeciego poziomu referencyjnego co najmniej 1 stanowisko intensywnej terapii noworodka na 250 noworodków leczonych rocznie). Wynikało to z potrzeby zapewnienia jakości świadczeń referencyjnych.

Istotą obecnych problemów oddziałów neonatologicznych (ale również anestezjologii i intensywnej terapii oraz kardiologii) była interpretacja przepisów zastosowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w bieżącym roku. Dotyczyło to, zarówno dodatkowej korekty wskaźników, jak też wliczania łóżeczek noworodkowych w systemie matka z dzieckiem (rooming-in i korespondencyjnym) do stanu oddziałów neonatologii. Jest to sprzeczne zarówno z obowiązującymi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797 z późn. zm.), jak też z praktyką szpitalną. Kod

resortowy 4458 – Oddział położniczy rooming-in jednoznacznie określa organizację świadczeń. Ponadto, system opieki „matka z dzieckiem” w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych określony jest dla oddziału położniczego.

Minister Zdrowia w pismach skierowanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zdecydowanie wskazywał na konieczność prawidłowej interpretacji przepisów przez jednostki Narodowego Funduszu Zdrowia w części dotyczącej wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W piśmie Pana Macieja Dworskiego, Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. medycznych z dnia 28 października 2010 r. Centrala Funduszu przyjęła informację Ministra Zdrowia do wiadomości i stosowania.

Odrębnym pismem Minister Zdrowia zwrócił się do Pana Macieja Dworskiego, Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. medycznych, w sprawie sposobu liczenia stanowisk (łóżeczek) noworodkowych oraz znaczenia określenia „noworodki leczone rocznie” dla określenia warunków referencyjnych oddziałów neonatologicznych, dla których zawarto umowy o udzielanie świadczeń w dziedzinie neonatologii (pismo w załączeniu).

Jednocześnie uprzejmie informuję Pana Senatora, że warunki realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego są przedmiotem spotkań z konsultantami krajowymi i towarzystwami naukowymi z myślą o ich weryfikacji i ewentualnej zmianie na kolejny okres rozliczeniowy. Minister Zdrowia jest otwarty na wszystkie propozycje, które zapewniają dostępność świadczeń oraz jednocześnie ich jakość i bezpieczeństwo dla pacjentów.

Z poważaniem

M. Haber

* * *

Warszawa, 2010-11-05

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Marek Haber
MZ-OZG-71-20766-29/JC/10

**Pan Maciej Dworski
Zastępca Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
do spraw medycznych**

Szanowny Panie Prezesie.

W związku z interwencjami wpływającymi do Ministra Zdrowia w sprawie warunków realizacji świadczeń

w dziedzinie neonatologii w części dotyczącej stanowisk (łóżek) neonatologicznych (dla noworodków), uprzejmie proszę o przyjęcie do wiadomości i stosowania poniższego stanowiska.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 z późn. zm.) w załączniku nr 3, dla neonatologii określono wskaźniki minimalnego zatrudnienia pielęgniarek w oparciu o określoną liczbę stanowisk (łóżek) noworodkowych, a dla drugiego i trzeciego poziomu referencyjnego również wskaźniki minimalnego zatrudnienia odnoszące się do lekarzy. Ponadto dla drugiego i trzeciego poziomu referencyjnego określone zostały najmniejsze oczekiwane liczby stanowisk intensywnej terapii noworodkowej w odniesieniu do określonej liczby noworodków leczonych rocznie.

Do stanowisk opieki ciągłej i pośredniej zaliczane są wyłącznie łóżeczka (stanowiska) przeznaczone do leczenia dzieci w oddziałach neonatologicznych o różnej intensywności działań leczniczych (oddział neonatologiczny albo oddział patologii noworodka, gdzie w zależności od stanu klinicznego leczone są noworodki). W żadnym wypadku nie zalicza się do nich łóżeczek dla noworodków w systemie „matka z dzieckiem”, które stanowią część oddziałów położniczo-ginekologicznych. Odmienne podejście byłoby sprzeczne zarówno zobowiązującymi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797 z późn. zm.) – kod resortowy 4458 – Oddział położniczy rooming-in, jak też z praktyką szpitalną. Ponadto, system opieki „matka z dzieckiem” w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych określony jest dla oddziału położniczego.

Jednocześnie należy z całą mocą podkreślić, że określenie „noworodki leczone rocznie” należy rozumieć dosłownie, to znaczy uwzględnia się wszystkie noworodki wymagające interwencji leczniczych w ciągu roku (można przyjąć, że jest to dowolny okres dwunastu miesięcy) w oddziałach neonatologicznych świadczeniodawcy. Wyłączone są tu noworodki w systemie „matka z dzieckiem”. Natomiast do ogólnej liczby „noworodków leczonych rocznie” należy wliczyć noworodki urodzone w innych szpitalach i przyjęte do leczenia na drugim i trzecim poziomie referencyjnym.

W związku z powyższym, uprzejmie proszę Pana Prezesa o niezwłoczne przekazanie niniejszego stanowiska dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ.

Z poważaniem

M. Haber

Warszawa, 2010-11-17

MINISTERSTWO ZDROWIA
 PODSEKRETARZ STANU
 Marek Haber
 MZ-OZJ-71-20766-30/JC/10

Pan Norbert Krajczy
Senator RP

Szanowny Panie Senatorze.

W związku z pismem z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie warunków realizacji świadczeń w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii na drugim poziomie referencyjnym, uprzejmie informuję, że przepis części II lit. A poz. III ust. 6 pkt. 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 z późn. zm.), stanowiący przedmiot wystąpienia odwołuje się do przepisów obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M. P. Nr 46, poz. 547).

Wytyczne rozpoznania śmierci mózgu wskazują, że w szczególnych sytuacjach, w których badania kliniczne nie mogą być wykonane lub jednoznacznie interpretowane podejrzenie śmierci mózgu może lub musi być potwierdzone badaniami instrumentalnymi. Obowiązek wykonania badań instrumentalnych (diagnostyki aparatuwej) w szczególnych sytuacjach jest wariantowy, co oznacza, że wykonane musi być przynajmniej jedno. Potwierdzają to przepisy części III obwieszczenia stanowiące wskazówki i uwagi dla komisji do spraw stwierdzania śmierci mózgu („tam gdzie jest to niezbędne, potwierdzono śmierć mózgu w co najmniej jednym badaniu instrumentalnym”). Z kolei przepisy do kryteriów stwierdzania śmierci mózgu odnoszą się do badania EEG, multimodalnych potencjałów wywołanych (BAEP, SSEP) i oceny krążenia mózgowego (przezczaszkowa ultrasonografia Dopplera, scyntygrafia perfuzyjna, angiografia mózgową).

W związku z powyższym, warunki realizacji świadczeń dotyczące procedur diagnostycznych związanych z procedurą orzekania o śmierci mózgu, określone w cytowanym przepisie rozporządzenia, należy traktować wariantowo, co oznacza, że nie można wymagać od świadczeniodawcy posiadania każdego z wymienionych aparatów umożliwiających wykonanie badań, o których mowa w przepisach obwieszczenia.

Ponadto, przedmiotowy przepis wskazuje możliwość wykonania badań w lokalizacji. Mając na uwadze postanowienia zawarte w § 2 pkt. 7 cytowanego rozporządzenia, definicja pojęcia „lokalizacja” jednoznacznie wskazuje, że jest to budynek lub zespół budynków ozna-

czonych tym samym adresem, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych. Zgodnie z przedmiotową definicją, określenie „w lokalizacji” należy interpretować jako znajdujące się w kompleksie danego zakładu opieki zdrowotnej.

Bez znaczenia pozostaje fakt lokalizacji pracowni wykonujących zadania z zakresu procedur diagnostycznych związanych z procedurą orzekania o śmierci mózgu np. w obiekcie wolnostojącym, jeśli tylko budynek ten pozostaje w obrębie administracyjnym tożsamym z miejscem udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych.

Z poważaniem

M. Haber

Do wiadomości:

- Pan Jacek Paszkiewicz, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
- Pan Filip Nowak, Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
- Departament Polityki Zdrowotnej MZ

KOLEJNE POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

Dnia 18.10.2010 odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej Opolskiej Izby Lekarskiej. Zebranych powitała przewodnicząca Barbara Hamryszak. Przewodnicząca poinformowała, iż we wrześniu br. odbyło się spotkanie przedstawicieli NFZ i Izby Lekarskiej, dotyczące zagadnień kontraktowania na rok 2011, jak i problemów związanych z nieuwzględnieniem przez Fundusz proponowanego współczynnika korygującego dla wyceny świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż. – w tej sprawie zostało odczytane pismo Prezesa NFZ. Na w/w spotkaniu poruszony został również temat tzw. Ustawy podwyżkowej nakładającej na pracodawców obowiązek wypłaty dodatkowych środków pieniężnych na rzecz pracowników bez zabezpieczenia tychże środków ze strony NFZ.

Kolejnym punktem spotkania było omówienie pakietu ustaw zdrowotnych przygotowanych przez Rząd, który to w niedługim czasie zostanie poddany pod głosowanie w Sejmie. Pakiet ten przewiduje wprowadzenie istotnych zmian do Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Zakres proponowanych zmian obejmuje m.in.

- likwidację stażu podyplomowego,
- egzaminu LEP i LDEP,
- skrócenie studiów,
- zmian w programach specjalizacji w postaci wprowadzenia modułowej konstrukcji szkolenia specjalizacyjnego.

NRL w stanowisku z 8.10.2010 (nr 12/10/VI), stanowczo krytykuje dwa pierwsze punkty, natomiast co do zmian w szkoleniu specjalizacyjnym popiera proponowane zmiany, przypominając jednocześnie, iż samorząd lekarski, wzorując się na rozwiązaniach wielu krajów UE, wielokrotnie deklarował i nadal deklaruje chęć przejęcia zadań organizacyjnych w zakresie szkolenia podyplomowego, m.in. w zakresie organizacji szkolenia specjalizacyjnego, prowadzenia rejestru lekarzy odbywających specjalizację, jak i przeprowadzania akredytacji podmiotów prowadzących te szkolenia. Zwrócono również uwagę, iż projekt nadal nie zawiera propozycji finansowania – brak wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji.

Pakiet Ustaw przewiduje również zmiany dotyczące jednostek składających wnioski o wpisanie na listę jednostek prowadzących specjalizację w stomatologii. Projekt przewiduje konieczność zawarcia odrębnej umowy z biblioteką oraz zapewnienie odrębnej sali dydaktycznej i fantomowej. Komisja Stomatologiczna przy NRL krytycznie wypowiedziała się co do powyższych propozycji podkreślając, iż takie zapisy dyskryminują indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie dentystyczne. Wymóg podpisania umowy z biblioteką został określony jako bezzasadny z uwagi na szeroki dostęp do piśmiennictwa w sieci Internet.

NRL krytycznie wypowiedziała się w stosunku do proponowanych zmian w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Projekt przewiduje bowiem, iż pozasądowa droga uzyskania odszkodowania, jakkol-

wiek bardzo potrzebny sposób rekompensowania szkód związanych z leczeniem, nie wymaga dowodzenia winy. Procedura jej dowodzenia zostaje oddana w ręce ciała nieprzygotowanego do prowadzenia tego rodzaju postępowań. Osoba wykonująca zaś zawód medyczny nie ma możliwości wzięcia udziału w sprawie przed komisją wojewódzką, jeśli nie zostanie przez nią wezwana do złożenia wyjaśnień.

W dalszej części zebrania dr Hamryszak poinformowała, iż NRL podjęła decyzję o powołaniu Fundacji „Lekarze Lekarzom”, której celem będzie działalność w zakresie pomocy społecznej, materialnej i finansowej w celu poprawy warunków życia lekarzy, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji materialnej. Kolejnym celem ma być działalność w zakresie pomocy materialnej i edukacyjnej dzieciom zmarłych lekarzy oraz pomocy dzieciom lekarzy szczególnie uzdolnionym, znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej oraz wspieranie różnorodnych form opieki społecznej dla lekarzy emerytów, rencistów i innych nie wykonujących zawodu, znajdujących się w trudnej sytuacji.

Dr Sienkiewicz poinformował, iż przed tygodniem pożegnaliśmy naszego Kolegę – doktora Więcka, który odszedł od nas po ciężkiej chorobie.

*Sekretarz Komisji
Stomatologicznej
lek. dent.
Jerzy DRZYŻGA*

*Przewodnicząca Komisji
Stomatologicznej
lek. dent.
Barbara HAMRYSZAK*

INFORMACJE KOMISJI KSZTAŁCENIA IZBY OKRĘGOWEJ

Komisja Kształcenia OIL w Opolu przypomina o organizowanych przez siebie szkoleniach. Osoby zainteresowane proszone są o telefoniczne zgłaszanie swego uczestnictwa pod nr telefonu 77/454-59-39. Za udział w każdym szkoleniu przysługują 3 pkt. edukacyjne.

	Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce
1.	4 XII 2010 r. godz. 10.00	Prof. dr hab. n. med. Wojciech Apoznański	Problemy urologii dziecięcej	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
2.	15 I 2011 r. godz. 10.00	Firma ZETO	Obsługa kas fiskalnych. Uregulowania prawne w zakresie stosowania kas rejestrujących	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
3.	5 II 2011 r. godz. 10.00	Dr Katarzyna Suchoń	Reumatoidalne zapalenie stawów – część II	Okręgowa Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
4.	26 III 2011 r. godz. 10.00	Dr Marek Dryja	Ratownictwo medyczne dla stomatologów	WCM, al. Witosasala konferencyjna

*Przewodnicząca Komisji Kształcenia OIL w Opolu
Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

UWAGA – PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY

Uprzejmie informujemy, że zmienił się telefon kontaktowy do dr Dawidziuka – Pełnomocnika d/s Zdrowia Lekarzy – **606-572-271!!!**

REGULAMIN NADAWANIA „PRYMARIUSZA OPOLSKIEGO”

Postanowienia ogólne

1. „Prymariusz Opolski”, będący najwyższym wyróżnieniem Opolskiej Izby Lekarskiej, nadawany może być lekarzom i lekarzom dentystom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla opolskiego samorządu lekarskiego.
2. Wyróżnienie nadaje Okręgowa Rada Lekarska w Opolu.
3. Wręczenie wyróżnienia odbywa się na Okręgowym Zjeździe Lekarzy, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W wyjątkowym przypadku, w którym osoba wyróżniona ze względu na stan zdrowia nie może być obecna na zjeździe, wręczenie to może odbyć się w innym miejscu.
5. Wyróżnienie może być nadane maksymalnie dwóm osobom rocznie, z zastrzeżeniem pkt 6.
6. Dopuszcza się, aby przy inauguracyjnym nadawaniu wyróżnienia uwzględnić większą liczbę osób, które zasłużyły się dla opolskiego samorządu lekarskiego w minionych 20 latach.

Wszczęcie postępowania

7. Wniosek o nadanie wyróżnienia złożyć może każdy członek Opolskiej Izby Lekarskiej.
8. Wzór wniosku o nadanie wyróżnienia stanowi załącznik nr 1 do regulaminu.
9. Do wniosku dołączony może być list promocyjny, podpisany przez osobę posiadającą wyróżnienie.
10. Wnioski o nadanie wyróżnienia na dany rok składa się w biurze Opolskiej Izby Lekarskiej do 31 grudnia.

Rozpatrywanie wniosków i nadanie wyróżnienia

11. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej ocenia kompletność wniosków, tworzy listę osób proponowanych do wyróżnienia i przedstawia ją na styczniowym posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej.
12. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej może udzielić rekomendacji poszczególnym osobom z listy.

13. Okręgowa Rada Lekarska dokonuje wyboru osób, którym nadane zostanie wyróżnienie, w drodze głosowania tajnego.
14. Wyróżnienie przyznawane jest osobom, które uzyskają nie mniej niż 90% głosów w obecności co najmniej 2/3 członków Okręgowej Rady Lekarskiej.
15. Opis trybu głosowania stanowi załącznik nr 2 do regulaminu.
16. Po zakończeniu głosowania Okręgowa Rada Lekarska podejmuje uchwałę o nadaniu wyróżnienia.
17. Kandydatury osób, które nie uzyskały wyróżnienia przechodzą na rok następny. W przypadku nieuzyskania wyróżnienia w drugim roku, kandydatura wygasa, ale może być powtórnie zgłoszona i wpisana na nową listę.

Wręczenie wyróżnienia

18. Wręczenia wyróżnienia dokonuje Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej lub jeden z jego zastępców.

Ewidencja nadanych wyróżnień

19. Nadanie wyróżnienia odnotowywane jest w aktach osobowych lekarza, poprzez dołączenie kopii uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej, a także w rejestrze Opolskiej Izby Lekarskiej, poprzez wpisanie nr i daty uchwały.
20. Biuro Opolskiej Izby Lekarskiej prowadzi rejestr osób wyróżnionych, do którego wpisuje się:
 - numer wyróżnienia,
 - imię i nazwisko osoby wyróżnionej,
 - numer prawa wykonywania zawodu,
 - numer i datę uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej,
 - adnotacje o wręczeniu duplikatu lub pozbawieniu wyróżnienia.

Postępowanie w razie zagubienia statuetki lub dyplomu

21. W razie zagubienia, zniszczenia lub kradzieży statuetki lub dyplomu należy niezwłocznie powiadomić o tym fakcie biuro Opolskiej Izby Lekarskiej.
22. Osoba wyróżniona może uzyskać duplikat statuetki lub dyplomu po złożeniu pisemnego oświadczenia, opisującego okoliczności zdarzenia oraz

po wniesieniu opłaty, pokrywającej koszt wykonania statuetki.

23. Oświadczenie, o którym mowa w pkt. 22 dołączone jest do akt osobowych lekarza.
24. Adnotację o wydaniu nowej statuetki lub dyplomu odnotowuje się w rejestrze, o którym mowa w pkt. 20.
25. Okręgowa Rada Lekarska informowana jest o zdarzeniu na swoim najbliższym posiedzeniu.

Pozbawienie wyróżnienia

26. Okręgowa Rada Lekarska może pozbawić wyróżnienia, jeżeli jego nadanie zostało dokonane na podstawie fałszywych danych.
27. Uchwała o pozbawieniu wyróżnienia podejmowana jest w trybie, o którym mowa w pkt. 12 i 13.
28. Kopię uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej dołącza się do akt osobowych lekarza.
29. Pozbawienie wyróżnienia odnotowuje się w rejestrach, o których mowa w pkt. 19 i 20.

AGRESJA WOBEC BIAŁEGO PERSONELU – CORAZ WIĘKSZY PROBLEM

Jak podaje Słownik Języka Polskiego PWN agresja to: „*działanie (fizyczne, słowne, symboliczne) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę lub przedmiot. Agresja to także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.*” Tyle słownik. Ze zjawiskiem agresji spotykamy się dość często, choć przybiera ona bardzo zróżnicowane i często niejednoznaczne, trudne do rozpoznania formy. Jednym z ważniejszych rozpoznawalnych powodów przemocy są zawiedzione oczekiwania i niezaspokojone potrzeby.

Coraz częściej dochodzą do nas informacje, że mają miejsce zdarzenia, w których personel medyczny jest znieważany, straszony lub atakowany fizycznie w okolicznościach związanych z wykonywaniem zawodu. Dane te potwierdzają badania, jakie przeprowadziła Naczelna Izba Lekarska. Na pytanie „*czy kiedykolwiek padł(a) Pan(i) ofiarą agresji lub przemocy fizycznej ze strony pacjenta lub osób występujących w jego imieniu?*” ponad połowa udzieliła odpowiedzi twierdzącej. Inne badania wskazują, że tylko w ciągu ostatnich 12 miesięcy akty agresji dotyczyły co czwartej pielęgniarki i co ósmego lekarza.

Naczelna Izba Lekarska we współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych uruchomiła system „Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia”. Narzędzie to zostaje udostępnione wszystkim lekarzom oraz pielęgniarkom i położnym, aby ułatwić możliwość zgłaszania przypadków agresji zdarzających się w miejscu pra-

cy. Zjawiska takie, mają miejsce coraz częściej i stają się uciążliwe dla personelu medycznego. Wszystkie szczegóły znaleźć można na stronie www.agresja.hipokrates.org

System działa dopiero od początku października. W tym czasie wpłynęło już kilka doniesień o doznanych aktach agresji. Sądzymy, że w miarę jak informacja o możliwości zgłaszania agresji stanie się powszechna wśród personelu medycznego to wzrośnie i liczba tych zgłoszeń.

System zgłaszania agresji został stworzony po to, aby osoby personelu medycznego mogły liczyć na wsparcie w trudnych dla siebie momentach. Samorząd lekarski dzięki temu będzie mógł stworzyć swoistą „mapę agresji” w ochronie zdrowia. Pomoże to przy współdziałaniu, m.in. z policją przeciwdziałać tego typu zachowaniom.

Dla samych osób dotkniętych bezpośrednio aktami agresji stworzona została też możliwość bezpośredniego kontaktu z Rzecznikiem Praw Lekarzy. Dzięki temu osoby te, będą mogły uzyskać bezpośrednie wsparcie oraz pomoc.

Tomasz KORKOSZ

CZY CHORA ZDAŻY WYGRAĆ?

Meandry celowanej chemioterapii

Kobieta ma niewiele ponad 50 lat i raka nerki. Wie, że żaden już lek i żaden lekarz nie przywróci jej tego beztroskiego czasu sprzed choroby, w którym ta ostatnia z ostatnich data może zamknąć życie równie dobrze za godzinę (wypadek, zawał serca, udar mózgu), jak i za ileś tam dziesiątków lat, kiedy czas życia po prostu się skończy... Ale wie także, iż dzięki odpowiedniej terapii może mieć jeszcze kilka miesięcy a może nawet lat w miarę normalnego życia. To oczywiste, że zrobi wszystko, aby przy pomocy leków tę nieznaną liczbę dni reszty swojego życia wyrwać z puli czasu, jaki pozostał jej do tej ostatniej, granicznej daty...

Depresja, tak częsta u osób chorych na raka, jej akurat nie obezwładnia. Świadomość szybszego niż u innych końca, wręcz dodaje determinacji w działaniu. Sprawę szeroko opisują media. Nie brakuje życzliwości. Tylko czy chora zdaży wygrać?

Rok temu, w lipcu, w jednym z ośrodków onkologicznych w Polsce (opisana sytuacja nie dotyczy Opola), nerka pacjentki zostaje usunięta. Badanie tomograficzne wykonane we wrześniu wykazuje przerzuty. Lekarz widzi szansę w leczeniu interferonem. Jednak ponowne badanie TK, wykonane po dwóch miesiącach pokazuje, że lek nie zadziałał. Widać progresję choroby. Ośrodek występuje do NFZ z wnioskiem o chemioterapię niestandardową sunitynibem (Sutent).

Oddział NFZ nie wyraża zgody. Powód: wcześniej chora leczona była interferonem. A to wyklucza podanie sunitynibu. Takie są przepisy. Koniec. Kropka.

Onkolodzy wnioskuje więc o inny lek – sorafenib (Nexavar). NFZ znowu odmawia, powołując się na przepisy.

Oba leki są drogie, nawet bardzo drogie. Kilkutygodniowa terapia to kilkanaście tysięcy złotych. Chora zapożycza się i za własne pieniądze kupuje lek. Po miesięcznej kuracji badanie TK wskazuje na regres zmian przerzutowych. A o to przecież chodzi. Choroba zatrzymała się. Jest szansa. Lekarze występują ponownie o refundację sorafenibu. Oddział NFZ nie ma pewności, woli się zabezpieczyć w decyzji. W trybie pilnym zwraca się do Ministerstwa Zdrowia o rozstrzygnięcie.

Niestety i tym razem odmowa... Chora nie ma wyjścia. Składa do sądu bezprecedensowy pozew przeciwko NFZ i MZ. O odmowę leczenia.

– *Zalóżmy, że opisana pacjentka ze swoją chorobą trafia do Opolskiego Centrum Onkologii. Operacja, potem dalsze leczenie. Czy pat terapeutyczny byłby taki sam?* – pytam dr n. med. Kazimierza Drosika, ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej w Opolskim Centrum Onkologii, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej.

– Gdybyśmy tak samo postąpili na początku, czyli zastosowali leczenie interferonem, to tak.

– *Trudno zrozumieć taką logikę przepisów, że podanie jednego leku zamyka choroj drogę do terapii innym specyfikiem?*

– Leki i programy lekowe stosowane w chemioterapii a finansowane przez NFZ, tworzone są w oparciu o wyniki badań klinicznych. Bo celowość zastosowania każdej terapii opiera się na faktach, czyli na dowodach klinicznych. One wskazują, jakie leczenie w danym wypadku można zastosować. Terapie celowane to bardzo droga onkologiczna nowinka, zastosowanie której obostrzone jest licznymi warunkami. Dlatego do planu leczenia chorego trzeba podchodzić z dużą rozważą, aby nie zamykać pacjentowi dalszych dróg leczenia. W leczeniu raka nerki najstarszą terapią stosowaną od lat 90. minionego wieku jest immunoterapia. W Europie stosowano głównie interferon alfa, a w USA wysokie dawki interleukiny 2. Taki model leczenia obowiązywał wiele lat, zresztą w dalszym ciągu jest aktualny. Obecnie wiadomo jednak, że tylko 10–15% chorych odniesie korzyść z leczenia interferonem alfa czy interleukiną 2, zaś u części z nich pożądaný efekt może się utrzymywać wiele lat. Zatem jest to leczenie stare, ale nadal skuteczne. Wiadomo jednak również, iż korzyść z interferonu odnoszą tylko ci, u których, po pierwsze: wykonano radykalną operację nerki,

a po drugie: od operacji do momentu rozpoznania przerzutów upłynął co najmniej rok, według jednych badaczy, albo 2 lata – według innych. Jest to zatem lek przeznaczony dla pacjentów, u których choroba rozwija się raczej wolno. Ponadto chorzy ci powinni być w dobrym stanie fizycznym, w zasadzie bez dolegliwości. I dopiero po spełnieniu tych warunków jest szansa, że mogą odnieść korzyść z interferonu.

– *Mamy jednak XXI wiek i niebawmy postęp w medycynie...*

– Oczywiście, dlatego raka nerkowokomórkowego od 2006 r. leczy się także tzw. lekami molekularnie celowanymi. M.in. wspomnianym sunitynibem, ale trzeba mieć na uwadze, że badania kliniczne nie obejmowały chorych, którzy wcześniej otrzymywali interferon. To oznacza, że badania dotyczyły sunitynibu jako leku z tzw. pierwszej linii. Zatem „na dziś” nie ma dowodów w postaci badania klinicznego, które potwierdzałyby, że zastosowanie tego leku po leczeniu interferonem przyniesie oczekiwany skutek...

– *Ale gdyby zamiast interferonu jako leku pierwszej linii zastosować najpierw sunitynib to pacjentka mogłaby być nim leczona bez problemu?*

– Od września ubiegłego roku sunitynib może być zastosowany w ramach programu lekowego, jednakże tylko w I linii leczenia.

– *Najprawdopodobniej interferon zastosowano już po 3–4 miesiącach od operacji...*

– ?...

– *Lekarze zaproponowali więc sorafenib, który pacjentka musiała kupić za własne pieniądze. Terapia nim okazała się skuteczna, przyniosła wyraźny regres przerzutów. Ale NFZ znowu odmówił...*

– Sorafenib to drugi lek terapii celowanej, zarejestrowany niemal jednocześnie z sunitynibem. W badaniach klinicznych podawano go pacjentom, którzy otrzymywali wcześniej interferon, ale w części także u takich, u których były przeciwwskazania do zastosowania interferonu. Zatem w wypadku tej pacjentki sorafenib mógłby być zastosowany, gdyż może być lekiem zarówno pierwszej linii leczenia dla chorych, nie kwalifikujących się do leczenia interferonem, jak i lekiem drugiej linii, po niepowodzeniu leczenia tym lekiem. Problem polega jednak na tym, że sorafenib wydłuża czas do progresji choroby, ale nie wykazano wydłużenia całkowitego czasu przeżycia. Uwzględniając ten fakt i wysoki koszt leczenia aktualnie sorafenib w leczeniu chorych na raka nerki ma negatywną ocenę efektywności kosztowej

Agencji Oceny Technologii Medycznych i dlatego nie jest finansowany przez NFZ.

– *Czyli sytuacja patowa? Chora podała do sądu i NFZ, i ministerstwo...*

– Istnieje wykładnia NFZ, mówiąca o prawach nabytych pacjenta. Oznacza to, że jeśli ktoś już rozpoczął leczenie, to NFZ musi zapłacić za jego kontynuację, pod warunkiem, że jest efekt leczenia. Wprawdzie pacjentka zakup leku pokryła z własnej kieszeni, ale przecież sama go sobie nie przepisała... Jest też drugie wyjście. Otóż pod koniec ub. r. został zarejestrowany trzeci lek o nazwie pazopanib. Ma rejestrację europejską. Badania kliniczne wskazują, że jest mniej toksyczny od sorafenibu i sunitynibu, a w badaniu klinicznym brała udział grupa chorych, leczonych wcześniej cytokinami, także interferonem. I ta grupa również odniosła korzyść z leczenia tym lekiem. Wprawdzie pazopanib nie ma jeszcze oceny AOTM, ale zgoda na leczenie nim może być wydana warunkowo. Zaznaczam jednak, że mówię teoretycznie.

– *Gdyby pacjentka była pod opieką OCO, to czy miałaby szansę na terapię sunitynibem, sorafenibem czy pazopanibem?*

– Podstawową sprawą byłoby sprawdzenie czy pacjentka spełnia wymienione wcześniej podstawowe kryteria do terapii z zastosowaniem interferonu alfa. Jeśli tak, to otrzymałaby interferon, mimo braku pewności że zadziała... Bo my cały czas obracamy się w kręgu tzw. selekcji negatywnej, w myśl której nie włącza się danego leku u chorych, u których na pewno nie zadziała. Lek podaje się, gdy jest szansa, że zadziała, mimo że nie ma gwarancji... I gdyby u wspomnianej pacjentki interferon zadziałał, to efekty terapii mogłyby być wieloletnie, dłuższe nawet niż te, jakie uzyskuje się lekami celowanymi. I dopiero wówczas, gdyby po leczeniu interferonem pojawiła się wznowa, albo nie było możliwości kontynuowania leczenia – co może mieć miejsce, bo jest to leczenie mocno toksyczne, albo gdyby doszło do progresji choroby – to w takim wypadku należałoby zastosować lek drugiej linii. Byłby nim sorafenib, który nie jest już finansowany przez NFZ z powodu negatywnej rekomendacji AOTM, dlatego jego zastosowanie byłoby teoretycznie, oraz pazopanib. Ja zastosowałbym pazopanib, mocno się zresztą zastanawiając, bo można by wpaść w pułapkę braku ewentualnego leczenia w tzw. trzeciej linii... Chyba, że jako lek III linii można by zastosować ewerolimus, lek zarejestrowany w ub. r. W badaniach klinicznych był on stosowany u pacjentów z progresją przerzutów, mimo leczenia sunitynibem i po sorafenibie. Jednak w wypadku wcześniejszego zastosowania pazopanibu moż-

na by nie uzyskać zgody na leczenie ewerolimusem, bo nie było takich badań....

– *Strasznie to wszystko skomplikowane... Kiedy zatem sunitynib i sorafenib mogą zostać zastosowane w I linii leczenia?*

– Tak na prawdę problem stosowania terapii celowanych komplikuje się jeszcze bardziej. Wyniki badań klinicznych na których opierają się decydenci dopuszczając leki do stosowania i określając warunki ich finansowania są coraz trudniejsze do interpretacji. W badaniu klinicznym porównujemy np. czas przeżycia chorych otrzymujących nowy lek z „identyczną” grupą chorych, która otrzymuje leczenie standardowe. Jeśli jednak w ocenie np. czasu do progresji okazuje się, że czas ten jest dłuższy u chorych otrzymujących lek badany to ze względów etycznych ten lek po progresji zaczyna otrzymywać również grupa kontrolna. W efekcie w ostatecznym rozrachunku obie grupy chorych, badana i kontrolna otrzymują to samo leczenie. W tej sytuacji trudno się spodziewać istotnej różnicy w czasie całkowitego przeżycia. To jednak może zostać zinterpretowane jako brak wpływu leku badanego na czas przeżycia i w konsekwencji negatywną rekomendację co do finansowania leczenia ze środków publicznych.

Sunitynib, jak wspomniałem, stosujemy jako lek pierwszej linii, czyli u chorych nie leczonych wcześniej innymi lekami. Sorafenib stosowaliśmy kiedyś, ale w chwili obecnej nie ma możliwości uzyskania finansowania dla tego leku. Oba leki są bardzo drogie. Czynione są starania, aby były tańsze, aby częściowo terapię nimi finansowały firmy farmaceutyczne, czyli producenci. Pułapem cenowym jest wydłużenie pacjentowi życia dobrej jakości za kwotę nie przekraczającą trzykrotności Produktu Krajowego Brutto w przeliczeniu na 1 osobę. Według niektórych danych jest to ok. 106 tys. zł. Jeśli więc kuracja będzie kosztować 106 tys. a dzięki niej uzyska się przedłużenie życia, to uważa się, że jest to kosztowo efektywne i lek będzie finansowany. Niestety, ceny nowych leków zdecydowanie przekraczają ten pułap... Z logicznego punktu widzenia sunitynib i sorafenib to leki o bardzo podobnym działaniu. Jeśli uzyskuje się efekt sorafenibem, to można przyjąć, że podobny efekt uzyska się sunitynibem. Kierując się zatem tą logiką możemy stworzyć znacznie lepszą dla pacjentów sytuację poprzez szukanie analogii przy poszczególnych lekach. Jeśli zaś będziemy stać na gruncie ścisłego przestrzegania wyników badań, to zaczynają się komplikacje...

– *I tak jest wszędzie?*

– Niekoniecznie. Z zaleceń opracowanych w USA wynika, że uwzględniono nie tylko wyniki badań, ale również logiczne pomiędzy lekami analogie. Zalecenia

te obejmują zatem szerszy wachlarz leków w każdej linii leczenia niż zalecenia europejskie, nakazujące ścisłe stosowanie się do wyników badań klinicznych. Bo badania kliniczne nie są przecież doskonałe... Są oparte na statystyce, a więc otrzymane wyniki mogą być z pewnym błędem przenoszone na całą populację. A w całej populacji znajdują się chorzy, którzy odpowiedzą na każdy z tych leków i odwrotnie. No, ale cóż... dopóki się czegoś nie spróbuje, to tego nie będziemy wiedzieć...

– *Jest takie powiedzenie, że jeśli nie wiadomo o co chodzi, to chodzi o pieniądze... Czy nie jest tak, że gdyby leki terapii celowanej nie były tak drogie, to korzystne dla pacjentów decyzje zapadałyby szybko i bezproblemowo, bo głos miałyby logika a nie bezduszne procedury...*

– Z pewnością problemów byłoby mniej, gdyby te leki były tańsze...

Chora na raka nerki kobieta w sądowym pozwie domaga się 150 tys. zł tytułem odszkodowania i zadośćuczynienia, a także 18 tys. zł renty, aby móc kupować leki. Pierwsza rozprawa odbyła się 9 sierpnia br.

Również 9 sierpnia do NFZ trafił kolejny wniosek o refundację leku w ramach chemioterapii niestandardowej. Tym razem wniosek dotyczył leczenia ewerolimusem. Dwa dni później NFZ wydał zgodę na finansowanie tej terapii...

Krystyna RACZYŃSKA

NADCHODZI KARNAWAŁ CZYLI POLONEZA CZAS ZACZAĆ

Delegatura Opolskiej Izby Lekarskiej w Kluczborku zaprasza wszystkich chętnych na tradycyjny **BAL LEKARZA**, który odbędzie się dnia 29 stycznia 2011 r. o godz. 20⁰⁰ w Pałacu w Pawłowicach (Pawłowice 58, tel.343411466). Cena biletu wynosi 130 zł od osoby. Opłatę za bilet należy złożyć do dnia 14 stycznia 2011 r. u:

- Dr Mirosław Misiak – Oddział Laryngologiczny Szpitala w Kluczborku – tel. 77/41-73-554
- Dr Róża Bruzi-Bużowicz – Oddział Noworodkowy Szpitala w Kluczborku – tel.77/41-73-553
- Dr Edyta Misiak – Oddział Ginekologiczny Szpitala w Oleśnie.

Osoby zainteresowane noclegiem proszone są o osobisty kontakt z administracją Pałacu w Pawłowicach.

* * *

Opolski Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zaprasza na tradycyjny **BAL STOMATOLOGA**, który odbędzie się w salach Hotelu Festiwal dnia 5 lutego 2011 r. Zgłoszenia – tel. kontaktowy: 77 45 20 924, kom. 606-665-202.

MARIA LESZCZYŃSKA – POLSKA KRÓLOWA NA FRANCUSKIM TRONIE

Maria Leszczyńska to druga córka (pierwsza Anna zmarła w młodości) króla Stanisława Leszczyńskiego (1677–1766) i Katarzyny Opalińskiej kasztelanki poznańskiej.

Król Stanisław Leszczyński po abdykacji w roku 1736 na rzecz Augusta III Sasa osiadł na wygnaniu w Nancy, stolicy Lotaryngii. W ciągu blisko 30 lat pobytu w Nancy wybudował liczne gmachy użyteczności publicznej, szpitale, założył akademię wojskową oraz szkołę dla polskiej młodzieży. Do dzisiaj w Nancy stoi jego pomnik z napisem Król Dobroczynny.

Niespodziewanie jego córka Maria Leszczyńska w dniu 27 maja 1725 r. została królową francuską biorąc ślub z jednym prawnukiem długowiecznego króla „Słońce” Ludwika XIV. Ludwik XV stracił rodziców i dziadków w dzieciństwie i był oczkiem w głowie pradziadka Ludwika XIV. Po jego śmierci został koronowany na króla Francji w wieku 5 lat.

W chwili zaślubin Ludwik XV miał 15 lat, zaś Maria Leszczyńska była o 6 lat starsza. Królowa Maria od sierpnia 1727 do lipca 1737 r. urodziła Ludwikowi osiem

córek i dwóch synów (pierworodny zmarł w wieku 3 lat). W wieku 20 lat Ludwik XV był ojcem pięciu synów, zaś w wieku 30 lat już dziadkiem. Jest to tym bardziej interesujące, że w ówczesnych czasach obowiązywała abstynencja seksualna przez 3 miesiące po porodzie.

Ciągle ciążyę królowej Marii spowodowały, że Ludwik XV nie stronił od



Maria Leszczyńska



Madame de Pompadour



Król Stanisław Leszczyński

kochanek. Najsłynniejsza z nich do Madame de Pompadour, zwykła mieszcza, którą Ludwik XV mianował księżną. Madame de Pompadour, od której zależały nawet decyzje polityczne pozostawała przy boku Ludwika XV przez 19 lat i nic dziwnego, że spowodowała objawy depresji u królowej Marii.

Jedyny syn królowej Marii to ostat-

ni król Francji Ludwik XVI, zgilotynowany wraz z żoną Marią Antoniną podczas Rewolucji Francuskiej w roku 1789. Tutaj należy przypomnieć, że Maria Antonina była córką austriackiej cesarzowej Marii Teresy, animatorki rozbiorów Polski (urodziła 16 dzieci).

Ojciec królowej Marii, król Stanisław Leszczyński zmarł jako niepełnosprawny starzec w wieku 89 lat w wyniku rozległych ran jakich doznał, kiedy od kominika zajęły się jego szaty. Stanisław Leszczyński wraz z żoną został pochowany w kościele Notre Dame w Nancy. Przy jego zwłokach złożono serce córki – królowej Marii, która zmarła w roku 1768. Niestety szczątki królewskie zostały sprofanowane podczas Rewolucji Francuskiej (1789), ale w końcu po długiej peregrynacji via Petersburg trafiły ostatecznie do nekropolii wawelskiej.

PS. Konsekwencją polityczną małżeństwa Ludwika XV z Marią Leszczyńską było przyłączenie, po śmierci jej ojca Stanisława, bogatej Lotaryngii do korony francuskiej.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

MĘCZYZNA – MOTYL

Kolejka była długa. Staliśmy ciasno i zanim wybiła trzecia, korytarz zbrązował od płaszczy i beretów. Urzędniczka czytała nazwiska.

– *Moryto* – padło, jak komenda.

Na scenę wszedł najprawdziwszy Wieniedikt Jeroiejew. W prochowcu i szubie, jakby dopiero co wysiadł z pociągu Moskwa-Pietuszki. Ten sam. Toczka w toczkę. Podszedł do okienka, ale nie tak jak się podchodzi, noga za nogą, ciężko, tylko niedbale, z rękami w kieszeniach, coś mruczał, a papieros kołysał się na wargach.

– *Tu się nie pali!* – wycodził mężczyzna z apaszką w słonie.

I nagle zapadła cisza. Kancelistka spiorunowała wzrokiem Morytę. Wszyscy, jak jeden mąż, zaczęliśmy przeczuwać najgorsze. Do tej pory żyliśmy w świecie Gogola, pobłażliwym, bezinteresownym, ze słowiańską potrzebą ludzkich kontaktów, a w jednej chwili ten świat zaczął pędzić w stronę Kafki. Jego urzędów i procesów. Kiedy już klęska administracyjna zdawała się nieunikniona, zdarzył się cud.

– *Ten pan może palić* – głośno i nieoczekiwanie oznajmiła kierowniczką biura. – Ten pan to wielki artysta – dodała z rozrzewnieniem.

Na obrazach Zygmunta Moryty zacierają się kontury. Horyzont dłuży się jak samotność, postaci ukryte w rozmytych barwach szukają swoich dawnych odbić. Jej dłoń milknie w pożegnalnym geście, on płowieje przy kolejnej szklance szampana, ktoś zostawia wstyd na krawędzi kanapy, ktoś inny liczy nieczule lata.

Tam gdzie zieleń kłóci się z fioletem – to czyjeś plecy zgarbione milczeniem, tam gdzie szarość pokrywa się rdzą – to starzec puszcza latawce. Wystarczy podejść bliżej, aby zobaczyć, że te latawce to kalendarze. A on wierzy, i to wierzy święcie, że gdy polecą z wiatrem, będzie młody jak kiedyś.

Jego obrazy to niekończące się historie, muśnięte lekkim pędzlem. Nie można mieć jednego, natychmiast biegnie się po następny, jak po kolejny tom ulubionej powieści, jak po nową płytę Maleńczuka.

Ciekawość nie pozwala zasnąć. Pytania błądzą i powracają, jak twarze na płótnach – te zwrócone do siebie plecami i te pielęgnowujące lęk. Jak naręcza pogardy malowane purpurą, jak zdrady w ciepłych odcieniach beżu.

A tło obrazów to kolejne opowieści. Kolory bledną albo porastają mchem, to ciemnieją, to chudną, zbliżają się do ziemi i fruną w błękit.

Ostatnio namalował kwiaty. Wielbicieli ballad mogą jednak uspokoić skolatane nerwy, bo płótna przywodzą na myśl koreańskie *hwajopto* (obrazy z kwiatami i motylami) albo *paekjopto* (obrazy ze stoma motylami) i opowiadają o miłości. Ona ukazana jest pod postacią róży eglanterii, on leci nad nią i trzepocze skrzydłami. Czasem kwiaty broczą krwią, innym razem motyle giną w sieci.

– *Ależ tu nie ma motyli* – powie z przekąsem niedowiarek.

Motylem jest Zygmunt, jak Nam Nabi, słynny XIX-wieczny koreański malarz, za którym wołano na ulicy w jego rodzinnym mieście:

– *Idzie mężczyzna – motyl, idzie mężczyzna – motyl!*

Agnieszka KANIA

Obrazy Zygmunta Moryty można podziwiać w Galerii WuBePe w Wojewódzkiej Bibliotece Publicznej w Opolu, przy ulicy Piastowskiej 20, a na ostatniej stronie okładki znajdziecie Państwo próbki twórczości Artysty – JBL.

CO IZBA MOŻE ZROBIĆ DLA LEKARZY?

Podczas ważnej dla mnie rozmowy z człowiekiem, którego szanuję i podziwiam, padło z jego strony pytanie, warte, moim zdaniem, zastanowienia. Pytanie brzmiało: dlaczego **oni** tak mało liczą się ze zdaniem izb lekarskich? Kim są ci **oni**, tak chętnie przywoływaniu w różnych kontekstach życia politycznego i społecznego? To, oczywiście, władze państwowe, resortowe, cała plejada często mało zorientowanych w materii, którą rozpatrują, za to zadufani w sobie i pewnych swoich racji. Pytanie zadane przez poważnego człowieka wymagało poważnej odpowiedzi, a więc zastanowienia się nad przyczynami takiego stanu rzeczy.

Odpowiedź, moim zdaniem, jest bardzo prosta. Ministerstwo nie liczy się ze zdaniem samorządu lekarskiego, bo nie musi. Dlaczego zatem nie musi? Przyczyny są dwie: to zapis w Ustawie o Izbach Lekarskich, który w art. 5 zobowiązuje Izbę Lekarską, między innymi, do opiniowania i wnioskowania w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych; opiniowania kandydatur lekarzy na stanowiska lub funkcje, jeżeli odrębne przepisy tak stanowią; opiniowania warunków pracy i płacy lekarzy; zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia; opiniowania projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza bądź występowania o ich wydanie. Ten zapis ustawowy obliuguje jedynie ministra do zasięgania opinii Izb Lekarskich we wszystkich wymienionych sprawach, natomiast nie zobowiązuje go do uwzględniania opinii samorządu w bezpośrednich działaniach, między innymi w ustalaniu treści projektów kierowanych pod obrady Sejmu RP, a tym bardziej kształtu wydawanych rozporządzeń wykonawczych.

Tak więc przyczyna pierwsza, która wydaje się rozstrzygająca, wcale taką nie jest. Ważniejsza, moim zdaniem, jest druga, o której mówimy niechętnie i półgębkiem, żeby nie powiedzieć „z pewną nieśmiałością”, budzi ona bowiem w kręgach lekarzy, pamiętających czasy, w których o samorządności nawet śnić nie było wolno, zażenowanie.

Tak się jakoś dzieje, że najmocniej podkopują wpływ i znaczenie samorządu lekarskiego sami jego członkowie, lekarze i lekarze dentyści, okazując w stosunku do Izb Lekarskich wrogość lub co najmniej głęboką obojętność, chętnie manifestowaną na zewnątrz.

Dlaczego tak się dzieje? Kiedy o to pytam, zawsze się wymienia: składki, restrykcyjność przepisów, rzecznika i sąd i „*co nam te Izby dają?*”. No to może po kolei:

Składki

Też ich nie lubię, ale jest to konieczny haracz płacony za samorządność i niezależność. Bo jaka jest alternatywa? Dotacje ministerialne? To już nie te czasy, kiedy można było organizować opór społeczny, siedząc na schodach i drukując ulotki na powielaczu. Teraz trzeba zatrudnić prawników, aby nasze racje zostały przedstawione i udokumentowane w fachowy sposób. To kosztuje. Izby okręgowe starają się, aby wpłacone składki wracały do lekarzy w formie bezpłatnie organizowanych szkoleń lub dotacji do nich, pożyczek socjalnych i kształceniowych, dopłat do działalności sportowej i kulturalnej, wreszcie w postaci zapomóg dla coraz większej rzeszy potrzebujących.

Restrykcyjność przepisów

Nie nazwałabym ich restrykcyjnymi, raczej przesadnie drobiazgowymi, co denerwuje i utrudnia życie lekarzom. Tyle, że nie są to przepisy izbowe, a ministerialne. Lekarze spotykają się z nimi na terenie Izby, bowiem to ona prowadzi rejestr lekarzy i praktyk lekarskich, jako czynności przejęte od administracji państwowej. Wszystkie te przepisy znajdują się w rozporządzeniach wydanych przez ministra zdrowia.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i Sąd Lekarski

Alternatywą jest oddanie tych czynności w ręce urzędnicze, czyli powrót do sławnych komisji kontroli zawodowych. Wiele trudu kosztowało przekonanie decydentów różnego stopnia o tym, że sprawy z dziedziny odpowiedzialności zawodowej powinny być rozstrzygane przez samych lekarzy i lekarzy dentyistów, nikt bowiem, poza nimi, nie zna we wnikliwy sposób specyfiki zawodu, a więc nie powinien wyrokować w trudnych, złożonych zdarzeniach bardzo delikatnej natury, w których często lekarz jest postawiony przed bardzo trudnym wyborem pomiędzy sumieniem, koniecznością terapeutyczną i nakazami administracyjnymi. Z jednej więc strony samorząd musi bronić swojego z trudem zdobytego prawa do orzekania, z drugiej - tłumaczyć organom państwowym, skąd bierze się niechęć do organów odpowiedzialności zawodowej wśród lekarzy.

Co nam te izby dają?

To najważniejszy i najbardziej nośny zarzut. Dają tyle, ile potrafimy wziąć. Dają tyle, ile pomysłów do Izby przyniesiemy, a ta umiejętność musi się łączyć z wiedzą o możliwościach samorządu, z zainteresowaniem jego pracą i włączaniem się w miarę możliwości w pracę komisji izbowych.

Ta aktywność nie musi i nawet nie może być stała - na to mogą sobie pozwolić wyłącznie nieliczni czynni zawodowo lekarze. Natomiast aktywność polegająca na interesowaniu się procesem opiniowania, pracą poszczególnych komisji, zgłaszaniem problemów do opracowania, a przynajmniej udziałem w wyborach powinna obowiązywać wszystkich.

Jaka jest konkluzja tych wywodów? Otóż podtrzymuję moją tezę, że władze państwowe nie bardzo liczą się z samorządem lekarskim, dlatego że nie stoi za nim murem poparcie jego członków.

I przykład: nikt nie ośmielił się zabrać nauczycielom obiecaną podwyżki, bowiem ich Związek Nauczycielstwa Polskiego jest popierany przez wszystkich członków. Wiem, że nauczyciele mają różne zdanie o władzach swojego związku, o jego metodach działania i osiągnięciach. Ale kiedy trzeba poprzeć żądania - nikt nie dezuuuje swojej organizacji.

A nam mówią wprost: my nie musimy się liczyć z waszymi postulatami, bo przecież lekarze chcą likwidacji Izb. Podgryzają swoją organizację, jak mogą, dostarczając posłom i senatorom argumentów przeciwko własnemu samorządowi. To nie kto inny, jak właśnie lekarze wskazali opinii publicznej, że opinia nauczycieli akademickich i Naczelnej Rady Lekarskiej na temat zagrożeń wynikających z ministerialnego pomysłu zniesienia stażu wynika z obawy o konkurencję młodych lekarzy na rynku. A opinia publiczna to kupiła i szermuje tym argumentem przy cichym poklasku kolegów. Prawdopodobnie więc ministerstwo zniesie staż, nie dając w zamian uczelniom środków finansowych na pokrycie zwiększonych kosztów tak zwanej praktyki zawodowej. A kto będzie winien? Oczywiście, samorząd, że do tego dopuścił.

Bez szerokiego poparcia nie jest możliwe przeprowadzenie czegokolwiek, a szczególnie tak pomyślanej nowelizacji ustawy o Izbach Lekarskich, aby minister zdrowia był zobowiązany podejmować decyzje w sprawach ważnych dla naszego zawodu **w uzgodnieniu z samorządem lekarskim**, a nie tylko **po zasięgnięciu opinii samorządu**.

Wobec tego musimy wybrać: albo anarchia i dezuuowanie roli samorządu, albo zdecydowane poparcie jego starań o uzyskanie mocniejszej pozycji w myśl dobra wszystkich lekarzy.

Halina POREBSKA

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 11/10)

LISTA SPRAW Z ZAKRESU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE WYMAGAJĄCYCH W OCENIE SAMORZĄDU LEKARSKIEGO PILNEGO UREGULOWANIA

1. Usprawnienie procesu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz zwiększenie liczby rezydentur (uchwała NRL nr 5/09/V).
2. Zagwarantowanie, że wszystkie koszty dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego określonego w art. 19 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty są kosztami uzyskania przychodu (do limitu określonego w ustawie dla 4-letniego okresu rozliczeniowego). Odliczeniu od kosztów uzyskania przychodu powinna również podlegać opłata wnoszona przez zdającego egzamin specjalizacyjny według zasad określonych przez właściwe, europejskie specjalistyczne towarzystwo naukowe (uchwała VIII KZL nr 15, apel X KZL nr 1).
3. Uregulowanie zdobywania przez lekarzy i lekarzy dentystów umiejętności z węższych dziedzin medycyny zgodnie z propozycjami samorządu lekarskiego (uchwała NRL nr 8/09/V, stanowisko NRL nr 5/09/V, stanowisko Prezydium NRL nr 88/10/P-V).
4. Zniesienie limitów punktów edukacyjnych możliwych do uzyskania przez lekarza lub lekarza dentystę w poszczególnych kategoriach zdarzeń edukacyjnych poprzez nowelizację rozporządzenia MZ w sprawie punktów edukacyjnych (uchwała NRL nr 6/09/V).
5. Utrzymanie stażu podyplomowego, jako niezbędnego etapu praktycznego kształcenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (stanowisko NRL nr 6/08/V).
6. Przywrócenie lekarzom dentystom możliwości zatrudniania innego lekarza dentysty w praktyce lekarskiej (stanowisko IX NKZL nr 6).
7. Zagwarantowanie kroczącego wzrostu wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów, zlikwidowanie dysproporcji między wynagrodzeniami lekarzy rezydentów i lekarzy posiadających specjalizację (stanowisko NRL nr 7/09/V) oraz zapewnienie wynagrodzeń dla kierowników specjalizacji (uchwała NRL nr 5/09/V).
8. Utrzymanie zwolnienia lekarzy i lekarzy dentystów z obowiązku posiadania kas rejestrujących (np. stanowisko Prezydium NRL nr 79/07/P-V).
9. Wprowadzenie stawki 0% podatku VAT od usług medycznych (uchwała X KZL nr 22).
10. Sprzeciw wobec planowanych przez Ministerstwo Gospodarki zmian w zakresie rejestrowania praktyk lekarskich i podmiotów/organizatorów kształ-

cenia poddyplomowego zawartych w projekcie ustawy o ograniczaniu barier administracyjnych dla przedsiębiorców i obywateli (stanowisko NRL nr 3/10/VI).

11. Zagwarantowanie refundacji czynności przejętych przez samorząd lekarski od państwa na poziomie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez samorząd (uchwała VIII KZL nr 18, stanowisko Prezydium NRL nr 10/10/ P-VI, uchwała X KZL nr 25).
12. Umożliwienie zaopatrywania się lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących praktyki lekarskie w środki farmaceutyczne w hurtowniach farmaceutycznych (apel Nr 2 N VII KZL z dnia 20 września 2003 r., pismo Przewodniczącej Komisji Stomatologicznej NRL z dnia 26 lutego 2008 r., apel Okręgowego Zjazdu Lekarzy Warmińsko-Mazurskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Olsztynie nr 2 z dnia 28 listopada 2009 r.).
13. Umożliwienie lekarzom emerytom wystawiania skierowań na badania i do specjalistów (apel IX NKZL nr 3).
14. Objęcie lekarzy i lekarzy dentystów podczas wykonywania czynności zawodowych ochroną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - kodeks karny (uchwała X KZL nr 20).
15. Rozwiązanie problemu przechowywania dokumentacji medycznej po zmarłych lekarzach prowadzących praktyki lekarskie z jednoczesnym zapewnieniem odpowiednich środków finansowych na pokrycie kosztów przechowywania i przetwarzania tej dokumentacji (stanowisko PNRL nr 83/10/ P-V).
16. Umożliwienie wykonywania zawodu w formie praktyki w zoz-ie (uchwała NRL nr 25/08/V).
17. Nowelizacja ustawy o izbach lekarskich umożliwiającą członkom okręgowych rad lekarskich jednocześnie pełnienie funkcji zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lub członka Naczelnego Sądu Lekarskiego (apel X KZL nr 7).
18. Określenie priorytetów leczenia stomatologicznego (apel X KZL nr 8).
19. Podnoszenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do poziomu min. 6% PKB (uchwała VIII KZL nr 13, stanowisko IX NKZL nr 1, stanowisko IX NKZL nr 3, uchwała X KZL nr 22, publikacja Biura Analiz Sejmowych).
20. Przeprowadzenie analizy rzeczywistych kosztów gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej (apel VIII KZL nr 2).
21. Powołanie do Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych lekarza dentysty (pismo Przewodniczącej Komisji Stomatologicznej NRL z dnia 25 marca 2010 r.).

22. Nowelizacja rozporządzeń o świadczeniach gwarantowanych polegająca na zniesieniu niektórych wymogów dotyczących wyposażenia świadczeniodawców, np. zniesienie wymogu posiadania aparatu rtg w praktykach stomatologicznych (pismo Prezesa NRL do Ministra Zdrowia z dnia 20.08.2009 r.).
23. Kontrola zgodności regulacji wydawanych przez Prezesa NFZ z powszechnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (uchwała NRL nr 16/10/VI).
24. Nowelizacja rozporządzenia MZ w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego (stanowisko PNRL nr 12/10/VI-P, stanowisko Komisji Stomatologicznej NRL nr 3/V/08).
25. Wprowadzenie współpłacenia pacjentów za świadczenia zdrowotne z jednoczesnym zapewnieniem systemu osłon dla najuboższych (stanowisko IX NKZL nr 2).
26. Usystematyzowanie przepisów dotyczących badań klinicznych wyrobów farmaceutycznych i weterynaryjnych (stanowisko Prezydium NRL nr 87-10-P-V).

Inf. własna

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 6–7/10)

ZALECENIA LEKARSKIE: PRZEKONANIA A RZECZYWISTOŚĆ

Pacjenta i lekarza portret własny

Diagnoza, wypisanie recepty, dawkowanie i - wydać się - problem z głowy. Nic bardziej mylnego. Można bowiem przyjąć, że niemal co drugi pacjent, który właśnie opuszcza gabinet lekarski, albo w ogóle nie zastosuje się do otrzymanych zaleceń, albo je samowolnie zmodyfikuje. Nic dziwnego, że często o skutecznym leczeniu nie może być mowy.

We wrześniu i październiku 2009 r. agencja **Pentor Research International** przeprowadziła, na zlecenie **Fundacji na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny**, badanie dotyczące postaw Polaków wobec zaleceń lekarskich.

W Polsce to pierwsze tego typu przedsięwzięcie, które objęło zarówno środowisko medyczne (lekarze, pielęgniarki, aptekarze), jak i pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi (choroby układu krążenia, cukrzyca, depresja, schizofrenia, astma oskrzelowa, alergia, choroby wieku podeszłego) oraz ich rodziny. Badanie składało się z części jakościowej (grupy dyskusyjne i pogłębione wywiady indywidualne) oraz ilościowej (sondaż wielotematyczny OMNIBUS na repre-

zentywniej próbie 1006 Polaków w wieku od 15 r.ż., w której wyodrębniono grupę ze zdiagnozowaną chorobą przewlekłą).

- *Większość lekarzy ma poczucie spełnionego obowiązku, gdy pacjentowi wręcza receptę. Wydaje się, że wszystko już załatwione. Nic bardziej mylnego* - mówił dr hab. Przemysław Kardas z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prezentując wyniki badania podczas konferencji z okazji wręczenia grantów Fundacji najlepszym naukowcom.

Warto pamiętać: nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich to zjawisko powszechne (tak w Polsce, jak i za granicą).

Spośród pacjentów przewlekłe chorych jedynie 65% deklaruje, że przestrzega zaleceń lekarskich. Dane te są zawyżone, bowiem należy przyjąć, iż część respondentów - świadomie, bądź nie - zataiła prawdę przed ankieterem.

Dlaczego odstawiają tabletki? 25% tłumaczy to faktem, iż dobrze się czuje, więc „ta chemia” nie jest im potrzebna. - *Trzeba pamiętać, że pacjenci postrzegają leki jako szkodliwą chemię* - podkreśla dr Kardas.

Niektórzy (zwłaszcza chorujący na nadciśnienie) po przyjęciu leków czują się gorzej i dlatego je odstawiają. Pewna grupa chorych deklaruje, że nie ma pieniędzy na leki, przy czym aż 1/3 respondentów deklaruje problemy finansowe w związku z kosztem leczenia. 8% przerywa terapię, bo ma kłopoty z uzyskaniem recepty.

Przy antybiotykoterapii niemal 38% pacjentów odstawia lek wcześniej! To dotyczy także rodziców chorych dzieci! Tę smutną statystykę można jednak zmienić.

Modne compliance

Za tym angielskim terminem stoi polskie „przestrzeganie farmakologicznych i niefarmakologicznych zaleceń lekarskich”.

Na podstawie przeprowadzonego badania jego autorzy wysnuli paradoksalny wniosek, że choć dla lekarzy „compliance” jest sprawą istotną, to rzadko zasadniczą. Najczęściej traktują swoich pacjentów z dużą pobłażliwością, dotyczy to zwłaszcza lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (ci często czują się bezradni). Specjaliści rzadziej uważają, iż trzeba się pogodzić z nieprzestrzeganiem ich zaleceń i starają się zmienić postawę pacjentów. Jak należy to robić?

Wydawałoby się, że wystarczy nastraszyć. Gdy się pacjentowi powie, że jeśli nie będzie brał stale tabletek, to dostanie zawału, to powinien być odpowiednio zmotywowany. Błąd! Jak pokazało to badanie, pacjenci znają odległe i tragiczne skutki zaniechania terapii, ale je wypierają. Bo dlaczego ma to się przytrafić właśnie im? Wypieranie to naturalny mechanizm obronny. Straszanie zatem może tylko pogorszyć sytuację. Wielu pacjentów podświadomie broni się przed przyjęciem prawdy o chorobie: uważają, że są zdrowi tak długo, jak nie podejmują terapii.

Co zatem robić?

- Informować o pozytywnych skutkach stosowania się do zaleceń, ale także o możliwych działaniach ubocznych (żeby pacjent nie odstawił leków, jeśli np. zauważy, że nadmiernie się poci). Badania, nie tylko polskie, pokazują, że lepiej działa poinformowanie o pozytywnych skutkach terapii (np. dłuższe zachowanie sprawności, lepsze samopoczucie itp.). Wybitni lekarze stosują tę metodę na co dzień. Znanymi hematolog-onkolog prof. Wiesław Jędrzejczak, kiedy rozmawia z pacjentem, stosuje proporcję: 90 do 10, czyli „90% dobrze, 10% - źle”.
- Mówić i pisać. Trzeba nie tylko powiedzieć, jak stosować leki i jaką dietę przyjąć, ale następnie - to zapisać. Kolejna zasada, którą - jeśli jest to możliwe - należy stosować, to mniej tabletek i rzadsze dawkowanie.
- Budować zaufanie - jest to bowiem kluczowe w terapii. Im wyższe, tym lepsza współpraca. Wbrew pozorom w Polsce nie jest tragicznie: większość pacjentów deklaruje zaufanie do swoich lekarzy.
- Rozmawiać - o ile to możliwe, z rodziną. - *Istotnym czynnikiem w leczeniu jest rodzina. - Nie czarujmy się, jeśli chcemy zmienić dietę zawałowców, musimy edukować ich żony. Przy astmie trzeba współpracować całej rodziny* - mówi dr Kardas. Należy uważać na osoby samotne - te mają niską motywację do leczenia.
- Pytać na kolejnych wizytach, czy pacjent przestrzegał zaleceń.

Więcej na temat *compliance* można znaleźć na stronie Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny www.polpharma.pl/pl/fundacja/compliance

Justyna WOJTECZEK

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 10/10)

TO CO JEMY I PIJEMY A... NOWOTWORY

Choroby nowotworowe stanowią, tuż po chorobach układu krążenia drugą w kolejności przyczynę zgonów, wyprzedzając pod tym względem schorzenia neurodegeneracyjne. W Polsce umiera z powodu nowotworów złośliwych każdego roku 45 tys. mężczyzn i prawie 35 tys. kobiet. I co ciekawe, w przypadku kobiet odnotowuje się coraz wyższy coroczny przyrost liczby zgonów spowodowanych chorobą nowotworową.

Niewątpliwie do przyczyn mających wpływ na zachorowalność, należy zaliczyć styl życia, w tym palenie papierosów i brak aktywności ruchowej, ale i nawyki żywieniowe. Jak wynika z najnowszych badań, odpowiednia dieta i codzienna porcja ruchu mogą zmniejszać

ryzyko zapadnięcia na nowotwór aż o 70%. Interesujące jest również to, że właściwa dieta nie tylko zapobiega zachorowaniom na nowotwór, ale także skuteczna może być w zwalczaniu już zdiagnozowanych nowotworów. Może więc - dla leniwych - coś z diety? Tym bardziej że, jak dowodzą ostatnie badania...

tłuszcze zawarte w rybach i owocach morza obniżają ryzyko raka jelita grubego

Badania przeprowadzone w *National Institute of Environmental Health Science* (Północna Karolina, USA) dowiodły, że długołańcuchowe kwasy tłuszczowe omega-3 mogą zapobiegać rakowi końcowego odcinka jelita grubego. W badaniach uwzględniono około 2000 osób, w tym prawie 400 rasy czarnej. Prawie połowa badanych miała zdiagnozowanego raka końcowego odcinka jelita grubego. Wyniki badań nie pozostawiają wątpliwości, że osoby spożywające największe ilości długołańcuchowych kwasów tłuszczowych omega-3 były niemal o 40% mniej narażone na ten typ nowotworu, w porównaniu z pacjentami spożywającymi dietę uboższą we wspomniane kwasy tłuszczowe. Zależność ta dotyczyła jednak wyłącznie badanych pacjentów rasy białej, a dlaczego tak jest uczeni nie potrafili jednoznacznie ocenić. Ponieważ już wcześniej wiadano z badań doświadczalnych, że omawiane kwasy tłuszczowe mogą hamować wzrost guza poprzez blokowanie jego ukrwienia i co za tym idzie hamowanie przerzutowania opisywane badania amerykańskiego zespołu kierowanego przez dr Sangmi Kim utwierdzają w przekonaniu o prawdziwości wcześniejszych doniesień innych grup badawczych. Dla preferujących inną dietę ciekawa może być informacja, że skuteczna może być także...

pistacjowa prewencja

Korzystne działanie pistacji związane jest z dużą zawartością w nich gamma-tokoferolu, czyli pochodnej witaminy E. Dzięki temu składnikowi pistacje mają działanie przeciwutleniające (zwalczają wolne rodniki) i chronią nie tylko przed nowotworami, ale i chorobami sercowo-naczyniowymi.

Badacze z Uniwersytetu w Teksasie (USA) stwierdzili, że codzienne spożywanie 60–70 g pistacji może zredukować ryzyko zapadnięcia na raka płuc i prostaty. Taka konsumpcja pistacji w sposób zauważalny zwiększa poziom gamma-tokoferolu we krwi i redukuje ryzyko rozwoju nowotworu. Prowadzący te badania (pod kierownictwem Ladi Hernandez) sugerują włączenie do diety również orzeszków ziemnych, włoskich oraz takich produktów, jak soja i olej kukurydziany. A może

warto zadbać przy tym o dostarczenie organizmowi dodatkowych antyoksydantów? Tym bardziej, że wystarczy kilka filiżanek czarnego napoju, bo jak donoszą inni badacze...

picie kawy zmniejsza u mężczyzn ryzyko zachorowania na raka prostaty

Jak wynika z najnowszych badań prowadzonych pod kierunkiem C. Wilson z Harwardzkiej Szkoły Medycznej w Bostonie mężczyźni pijący regularnie kawę są o 69% mniej narażeni na ryzyko zachorowania na raka prostaty. Amerykańscy badacze obserwowali pod tym względem 50 tys. mężczyzn w długim okresie, bo aż 20 lat. Mężczyźni ci wypijali codziennie kilka filiżanek kawy. Według ustaleń badaczy z Bostonu składniki kawy aktywnie oddziałują na insulinę, glukozę i ogólnie na metabolizm komórek oraz wpływają na poziom hormonów płciowych. Jednak to nie sama kofeina wpływa na poprawę parametrów biochemicznych ustroju, a obecne w napoju antyoksydanty i substancje mineralne. Problem jest wart zainteresowania, gdyż rak prostaty jest powszechną chorobą onkologiczną. Jak się szacuje w samej tylko Wielkiej Brytanii rocznie diagnoza taka dotyczy 35 tys. mężczyzn.

Zatem dbajmy, aby nasza dieta codzienna zawierała te składniki, które mogą uchronić nas przed tymi, nadal niosącymi żniwo śmierci, chorobami.

Działania prewencyjne, skutkujące ograniczeniem czy łagodzeniem przebiegu stanów chorobowych, wynikają z naszej dogłębnej wiedzy, dotyczącej molekularnego podłoża procesów prowadzących do rozwoju chorób. Dopiero znając przebieg tych procesów możemy w nie ingerować, eliminując je albo łagodząc ich skutki. Zdarza się jednak i tak, że wcześniej poczynione obserwacje kliniczne, czy badania epidemiologiczne skłaniają nas do podjęcia badań nad molekularnym patomechanizmem rozwoju choroby. Niezależnie od drogi prowadzącej do tych celów dopiero wówczas, gdy je osiągamy, uzyskujemy jednocześnie możliwość skutecznej prewencji, diagnozowania, czy też leczenia choroby. Podejmowane działania prewencyjne czy terapeutyczne, choć oparte o poważne badania, mogą czasem wydawać się nazbyt oczywiste, a czasem odbieramy je z pewną rezerwą, póki nie zostaną poparte solidnymi dowodami naukowymi. Niejednokrotnie to, co nowe, albo kontrowersyjne wzbudza początkowo nasze wątpliwości, jak choćby płynące ostatnio ze świata nauki informacje, że...

jasne piwo może być dobre dla naszych kości

Wynika to z faktu, że piwa, szczególnie jęczmienne i to wzbogacone ekstraktem z chmielu, są bogatym źród-

dłem krzemu, który ma wpływ na stan naszych kości. Informacje na ten temat ukazały się niedawno w „*Journal of the Science of Food and Agriculture*”. Krzem, będąc istotnym czynnikiem wzrostu i rozwoju tkanek łącznych, w tym kości, występuje w piwie w postaci łatwo dostępnego dla naszego organizmu kwasu ortokrzemowego. Jest to jednocześnie główne źródło krzemu w diecie zachodniej. Co ciekawe, niektóre badania wskazywać mogą, że umiarkowane spożycie piwa może być pomocne w walce z osteoporozą.

Testy przeprowadzone przez badaczy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Davis wykazały, że najbogatsze w krzem są piwa o wysokiej zawartości słodu jęczmienia i chmielu. Tłumaczy się to tym, że łuski jęczmienia są zasobne w krzem. Piwa z pszenicy wydają się być zatem... mniej zdrowe.

A jeśli wolimy kawę od piwa, to może unikniemy poważnych zaburzeń rytmu serca, ponieważ...

picie kawy chroni nasze serce

Jak wykazały badania przeprowadzone w USA, osoby pijące kawę rzadziej trafiają do szpitali z powodu zaburzeń pracy serca, takich jak arytmia. Jednocześnie, jak potwierdzają badacze (A. Klatsky i wsp. z centrum badawczego Kaiser Permanente w Oakland, Kalifornia) „... *to odkrycie nie oznacza, że powinno się pić kawę, by zapobiegać zaburzeniom rytmu serca, a dowodzi jedynie, że osoby ze stwierdzoną arytmią lub na nią narażone nie muszą powstrzymywać się od tego napoju.*”

Badania są miarodajne, ponieważ dotyczyły dużej grupy, bo aż ponad 130 tys. osób obu płci w wieku od 18 do 90 lat. Autorzy wykazali, że osoby wypijające minimum 4 filiżanki kawy dziennie były o 18% mniej narażone na pobyt w szpitalu z powodu arytmii w porównaniu do osób nie pijących kawy. Picie od 1 do 3 filiżanek dziennie obniżało to ryzyko o 7%. Gdy rozpatrzono 10-letni okres badań, spadek częstości hospitalizacji w grupie pijącej 4 filiżanki kawy dziennie wyniósł 28%.

Co ciekawe, prawidłowość ta utrzymywała się niezależnie od płci badanych osób, przynależności etnicznej, palenia papierosów, jak i rodzaju arytmii.

Według prowadzących badania, kofeina zawarta w kawie może zapobiegać zaburzeniom rytmu serca poprzez blokowanie aktywności cząsteczek adenosyny, która ma wpływ na przewodnictwo elektryczne mięśnia sercowego, metabolizm i procesy regeneracji, a przez to może zwiększać predyspozycje do arytmii. Według autorów doniesienia, amatorzy kawy mogą mieć zdrowsze nawyki dotyczące żywienia, czy aktywności fizycznej, co przekłada się też na ich kondycję zdrowotną. Autorzy podkreślają przy tym, że osoby pijące umiarkowane ilości kawy mogą być spokojne, bo ich przy-

zwyczajanie nie prowadzi do poważnych arytmii serca, o co zwykle niepokoiли się pacjenci ze schorzeniami kardiologicznymi.

Przy tym nie powinien nam zaszkodzić do kawy mały kawałek czekolady, gdyż jak donoszą uczeni z Kanady...

czekolada może zmniejszać ryzyko udaru mózgu

Uczeni z Uniwersytetu McMastera w Hamilton (Ontario, Kanada) przeanalizowali wyniki zrealizowanych trzech projektów badań, dotyczących związku między jedzeniem czekolady, a ryzykiem udaru mózgu i doszli do wniosku, że regularne jedzenie czekolady obniża ryzyko udaru mózgu - poważnej przyczyny niepełnosprawności i zgonów na całym świecie.

W badaniu obejmującym 44,5 tys. osób wykazano, że amatorzy czekolady są mniej narażeni na udar mózgu, niż osoby które jej nie spożywają. Jedna porcja czekolady tygodniowo obniża ryzyko choroby o 22%. Inne badanie, obejmujące około 2 tys. osób, wykazało, że zjadający tygodniowo 50 gramów czekolady są o 46% mniej narażeni na zgon z powodu udaru, niż osoby nie jedzące czekolady. Ostatnie z badań jakie przeanalizowano, nie wykazywało już takich związków.

Opisywany wpływ czekolady na nasze zdrowie tłumaczy się zawartymi w niej flawonoidami, które mają działanie antyoksydacyjne, czyli eliminują agresywne dla naszych komórek wolne rodniki. Są one szczególnie niebezpieczne dla wysoce aktywnych komórek nerwowych. Nadmierną produkcję wolnych rodników wykrywa się w mózgu w przebiegu obu rodzajów udaru: niedokrwiennego - spowodowanego zablokowaniem tętnicy mózgowej przez skrzeplinę oraz krwotocznego - wywołanego pęknięciem naczynia i w następstwie krwotokiem. Prowadząca badania Sarah Sahib komentuje wyniki badań następująco: „*Potrzeba więcej badań, by ocenić, czy czekolada naprawdę obniża ryzyko udaru mózgu, czy też po prostu zdrowsze osoby jedzą więcej czekolady niż inni.*” Warto zatem poczekać na kolejne wyniki badań, a póki co, bacznie kontrolować skład naszej diety i zadbać w niej o to, co potencjalnie może uchronić nas przed groźnymi chorobami i sprawi jednocześnie, że będziemy się nie tylko zdrowo, ale i z przyjemnością odżywiać.

Marek JURGOWIAK

Dr n. med. Marek Jurgowiak – jest wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

(przedruk z biuletynu „Primum non Nocere” nr 2 i 4/10)

DYREKTYWA O CZASIE PRACY – MOŻLIWA ZMIANA

Ponad cztery lata trwały uzgodnienia między Komisją Europejską, rządami państw unijnych i Parlamentem Europejskim w sprawie nowelizacji dyrektywy dotyczącej czasu pracy. Zakończyły się fiaskiem - nie udało się pogodzić ognia z wodą, czyli wydłużyć czas pracy lekarzy i zapewnić im jednocześnie godziwe warunki odpoczynku. To nie koniec batalii - właśnie rozpoczął się jej kolejny etap.

Komisja Europejska podjęła kolejny krok na drodze zmiany w regulacjach dotyczących czasu pracy. Szczególnie palący problem dotyczy kilku grup zawodowych, przede wszystkim lekarzy i strażaków. Te grupy, z racji specyfiki swoich zawodów, mogą być zobowiązane do pełnienia dyżurów. Każda godzina dyżuru - zgodnie z prawodawstwem UE - zalicza się do czasu pracy, a ten - co do zasady - nie powinien przekraczać 48 godzin tygodniowo.

Kadrowa dziura

To truizm, ale warty przypomnienia: potrzeby zdrowotne społeczeństw rosną, za tymi potrzebami nie nadążają systemy opieki zdrowotnej. Każdy kraj europejski ma kłopot z niedoborem pracowników medycznych, w tym - przede wszystkim lekarzy. Bogate kraje radzą sobie z tym niedoborem zatrudniając lekarzy zza granicy, co i tak nie rozwiązuje problemu. Jedynym krajem - odbiorcą netto lekarzy są Stany Zjednoczone. Problem niedoborów będzie narastać. Szacuje się, że za kilkadziesiąt lat co trzecia osoba będzie zatrudniona w sektorze ochrony zdrowia! Krótszy czas pracy lekarzy powoduje, że potrzeba ich znacznie więcej.

Każde państwo zarządzające opieką zdrowotną musi dokonywać ekwilibrystyki, by zapewnić ciągłość opieki lekarskiej nie naruszając przepisów o czasie pracy. Komisja Europejska sprawdza, jak to się udaje, a z jej raportów wynika, że dyrektywa o czasie pracy jest łamana. Nie inaczej jest w Polsce. Nic dziwnego, że po fiasku poprzedniej próby nowelizacji, podjęta została właśnie kolejna próba.

Aktywne/nieaktywne

Rozpoczął się pierwszy etap konsultacji. Na tym etapie Komisja pragnie dowiedzieć się, czy zdaniem partnerów społecznych potrzebne są działania dotyczące dyrektywy w sprawie czasu pracy na poziomie Unii Europejskiej, a także poznać stanowisko tych partnerów w kwestii zakresu takiej inicjatywy. Komisja przeana-

lizuje opinie wyrażone na tym etapie konsultacji, a następnie zdecyduje, czy wskazane jest podjęcie działań przez UE. Jeżeli Komisja postanowi o potrzebie takiego działania, rozpocznie drugi etap konsultacji z partnerami społecznymi na poziomie UE.

„Zgodnie z art. 154 ust. 3 TFUE na tym etapie będzie dyskutowana treść wniosku dotyczącego działania UE” - głosi komunikat Komisji Europejskiej rozesłany do partnerów społecznych. Prawdopodobnie wróci koncepcja dzielenia czasu dyżuru medycznego na czas aktywny i nieaktywny. Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) już wyraził swoje „stanowcze” stanowisko, *„że jest przeciwny jakimkolwiek zmianom*

w definicji czasu pracy czy podziałowi czasu dyżuru na czas pracy i czas odpoczynku (pozostania w gotowości)”.

Trudno się spodziewać, że europejska organizacja związkowa lekarzy będzie miała inne zdanie. Komisja rozesłała jednak komunikat zapraszający do konsultacji także do organizacji pracodawców, których stanowisko będzie z pewnością odmienne. W tym kontekście trzeba pogratulować Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, że nie czeka z założonymi rękami i już nawiązuje kontakty z europarlamentarzystami. Czy to wystarczy? Polski rząd od samego początku konsekwentnie opowiadał się za liberalizacją dyrektywy. Nie w tym jednak rzecz.

Wrócenie z fusów

Na razie za wcześnie na prognozy, czy liberalizacja obecnych przepisów dotyczących czasu pracy tym razem się powiedzie, czy też znowu po kilku latach Komisja Europejska i rządy państw unijnych przegrają z prosocjalnie nastawionym Parlamentem Europejskim. Niewątpliwie ciekawe jest to, na co zostanie położony nacisk w dyskusji. Preambuła obowiązującej dyrektywy brzmi: *„Poprawa bezpieczeństwa, higieny i ochrony zdrowia pracowników w miejscu pracy jest celem, który nie może być podporządkowany względem czysto ekonomicznym.”*

Jednak może się okazać, iż lepszy doktor zmęczony niż żaden. Ciekawych wniosków w tym względzie dostarcza Wielka Brytania, która do sierpnia 2009 r. korzystała z zapisu dyrektywy, iż ograniczenia dyrektywy nie dotyczą lekarzy w trakcie szkolenia. Rok później Królewskie Towarzystwo Chirurgów przeprowadziło ankietę wśród 980 lekarzy specjalności zabiegowych,

z których 80% oceniło wejście dyrektywy w życie negatywnie z uwagi na pogorszenie się opieki nad pacjentami. Respondenci uznali też, że krótszy czas pracy zarówno starszych, jak i młodych lekarzy, przyczynił się do pogorszenia jej warunków, co nie sprzyja efektywnemu wypoczynkowi: muszą częściej operować sami lub w zmniejszonych zespołach, co powoduje stres.

Znamienny tytuł jednego z artykułów BBC na temat dyrektywy brzmiał: „Przepisy dotyczące czasu pracy lekarzy szkodzą pacjentom”. Jeśli pod takim hasłem będą toczyć się konsultacje nowelizacji dyrektywy, Parlament Europejski z pewnością okaże miękkie serce nie lekarzom, a pacjentom.

Justyna WOJTECZEK

(przedruk z „Pulsu” nr 11/2010)

JAK POSTĘPOWAĆ Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

Przepisy zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz.U. nr 139, poz. 940), które obowiązują od 19 sierpnia 2010 r., dotyczą odpadów medycznych:

1. o kodach: 18 01 02* - części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03),
 - 18 01 03* - inne odpady, które zawierają drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82,
 - 18 01 82* - pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych;
2. o kodach:
 - 18 01 06* - chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne,
 - 18 01 08* - leki cytotoksyczne i cytostatyczne,
 - 18 01 10* - odpady amalgamatu dentystycznego;
3. o kodach:
 - 18 01 01 - narzędzia chirurgiczne i zabiegowe oraz ich resztki (z wyłączeniem 18 01 03),
 - 18 01 04 - inne odpady niż wymienione w 18 01 03,
 - 18 01 07 - chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, inne niż wymienione w 18 01 06,
 - 18 01 09 - leki inne niż wymienione w 18 01 08.

Odpady medyczne zbiera się w miejscach ich powstawania, uwzględniając ich właściwości, sposób ich unieszkodliwiania lub odzysku.

Odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania powinny zostać usunięte przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych i z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności bezzwłocznie przekazane do pomieszczenia lub urządzenia do magazynowania odpadów medycznych.

Odpady medyczne, o których mowa w **pkt 1**, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, **koloru czerwonego**, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

Odpady medyczne, o których mowa w **pkt 2**, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się do worków jednorazowego użycia z folii polietylenowej, **koloru żółtego**, nieprzezroczystych, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia.

Odpady medyczne, o których mowa w **pkt 3**, z wyjątkiem odpadów o ostrych końcach i krawędziach, zbiera się do worków jednorazowego użycia z materiału nieprzezroczystego w **kolorze innym niż czerwony lub żółty**, wytrzymałych, odpornych na działanie wilgoci i środków chemicznych, albo do pojemników wielokrotnego użycia.

Worki jednorazowego użycia umieszcza się na stelażach lub w sztywnych pojemnikach (jednorazowego lub wielokrotnego użycia) w sposób pozwalający na uniknięcie zakażenia osób mających kontakt z workiem lub pojemnikiem. Odpady medyczne poszczególnych rodzajów należy w miarę możliwości grupować.

Odpady medyczne o ostrych końcach i krawędziach zbiera się w pojemnikach jednorazowego użycia, sztywnych, odpornych na działanie wilgoci, mechanicznie odpornych na przekłucie bądź przecięcie. Zasady oznaczania kolorami poszczególnych rodzajów odpadów medycznych stosuje się odpowiednio.

Pojemniki lub worki należy zapełniać do 2/3 ich objętości w sposób umożliwiający ich bezpieczne zamknięcie. Niedopuszczalne jest otwieranie raz zamkniętych pojemników lub worków jednorazowego użycia. Pojemniki lub worki powinny być wymieniane tak często, jak pozwalają na to warunki przechowywania oraz właściwości odpadów medycznych w nich gromadzonych, nie rzadziej niż co 72 godziny. Każdy pojemnik i każdy worek z odpadami medycznymi powinien posiadać widoczne oznakowanie identyfikujące zawierające:

- kod odpadów w nich przechowywanych;
- adres zamieszkania lub siedzibę wytwórcy odpadu;
- datę zamknięcia.

Dopuszczalne jest magazynowanie odpadów medycznych, o których mowa w pkt 1 i 2, w odpowiednio przystosowanych do tego celu pomieszczeniach albo stacjonarnych lub przenośnych urządzeniach chłodniczych, przeznaczonych wyłącznie do magazynowania odpadów medycznych. Przenośne urządzenie chłodnicze jest przeznaczone do magazynowania niewielkiej ilości odpadów.

Pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych powinno:

- posiadać niezależne wejście;
- być zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych;
- posiadać ściany i podłogi wykonane z materiałów gładkich, łatwo zmywalnych i umożliwiających dezynfekcję;
- być zabezpieczone przed dostępem owadów, gryzoni oraz innych zwierząt;
- posiadać drzwi wejściowe bez progu, których szerokość i wysokość powinna gwarantować swobodny dostęp;
- posiadać wydzielone boksy i miejsca w zależności od rodzajów magazynowanych odpadów medycznych, zgodne z zasadami ich sortowania w miejscach powstawania;
- posiadać wentylację zapewniającą podciśnienie, z zapewnieniem filtracji odprowadzanego powietrza. Dopuszcza się zastosowanie wentylacji grawitacyjnej pod warunkiem magazynowania odpadów w szczelnie zamkniętych pojemnikach lub kontenerach i oznakowanych w zależności od rodzaju magazynowanych odpadów medycznych.

W sąsiedztwie pomieszczenia lub stacjonarnego urządzenia chłodniczego powinna znajdować się umywalka z ciepłą i zimną wodą, wyposażona w dozowniki z mydłem i środkiem do dezynfekcji rąk oraz ręczniki jednorazowego użytku.

Magazynowanie odpadów medycznych o kodzie 18 01 02* może odbywać się tylko w temperaturze do 10°C, a czas ich przechowywania nie może przekroczyć 72 godzin. Magazynowanie odpadów medycznych o kodach 18 01 03*, 18 01 06*, 18 01 08*, 18 01 10* i 18 01 82* w temperaturze od 10°C do 18°C może odbywać się tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 72 godziny, natomiast w temperaturze do 10°C - nie dłużej niż 30 dni. Odpady medyczne o kodach wymienionych w pkt 3 mogą być magazynowane tak długo, jak pozwalają na to ich właściwości, jednak nie dłużej niż 30 dni.

Transport wewnętrzny odpadów medycznych z miejsca powstawania do miejsca magazynowania, unieszkodliwiania lub odbioru odbywa się środkami transportu przeznaczonymi wyłącznie do tego celu.

Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych lub prowadzące badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny **opracują szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi na stanowiskach pracy, gdzie wytwarza się odpady medyczne.** Procedura postępowania z odpadami medycznymi przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania powinna także zawierać oznaczenie miejsca magazynowania odpadów medycznych przez te osoby.

W ciągu 12 m-cy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia odpady medyczne mogą być gromadzone w workach lub pojemnikach innego koloru niż określone powyżej.

mec. Beata KOZYRA-LUKASIAK

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 10/10)

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

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

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

WSPOMNIENIE O DR ELŻBIECIE WIECZOREK-PARDELI

W dn. 6.XI.2010 r., w kilka dni po swoich urodzinach, odeszła od nas na wieczny dyżur Pani Dr Elżbieta Wieczorek-Pardela.

Urodziła się 3 listopada 1956 r. Ukończyła Wydział Lekarski Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze w 1981 r. i po studiach rozpoczęła pracę w Oddziale Neurologicznym w Prudniku. W 1989 r. uzyskała I stopień specjalizacji w zakresie neurologii. W tym samym roku podjęła pracę w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Rehabilitacyjno-Ortopedycznym w Korfantomie na stanowisku asystentki w Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu. Z chwilą stworzenia w 1990 r. Odcinka Rehabilitacji Neurologicznej zaczęła pełnić obowiązki Zastępcy Ordynatora w tym Oddziale.

W 1997 r. uzyskała II stopień specjalizacji w zakresie neurologii, a w dwa lata później objęła stanowisko Ordynatora Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej. W 2000 r. uzyskała II stopień specjalizacji z zakresu rehabilitacji medycznej. Obok pracy w Oddziale przez cały okres zatrudnienia w OCR w Korfantomie prowadziła równocześnie Poradnię Neurologiczną.

Stale pogłębiała swoją wiedzę, czynnie uczestnicząc w różnorodnych konferencjach, kursach i zebraniach naukowych. Była autorką i współautorką kilku prac naukowych w zakresie usprawniania pacjentów po udarach mózgowych.

Była ceniona za dużą wiedzę oraz zdolność jej wykorzystania w pracy z pacjentami w Oddziale. W stosunku do przełożonych lojalna, w stosunku do współpracowników życzliwa i koleżeńska - bezkonfliktowa.



Miałem okazję poznać Panią Doktor stosunkowo niedawno. Wtedy w mej pamięci zapisała się jako osoba skromna i cicha. W ciągu tych kilku lat naszej bliskiej współpracy miałem okazję przekonać się, że była także kompetentnym lekarzem, pełnym ciepła i oddania powierzonym jej pieczy pacjentom. Była osobą niezwykle spokojną, ale potrafiła też być zdecydowana i stanowcza. Była dobrą koleżanką. Będzie nam jej w naszym małym zespole bardzo brakować.

W ostatniej drodze na cmentarzu w Prudniku towarzyszyło jej liczne grono przyjaciół, współpracowników i pacjentów.

Jerzy B. LACH

* * *

W dn. 18 grudnia 2010 r. (sobota), w Warszawie odbędzie się **Puchar Polski Pracowników Ochrony Zdrowia w badmintonie**.

Organizatorzy:

- **Firma Badsport** (Biuro: Piastów, ul. Wysockiego 3/8, tel. (22) 723-36-00, e-mail: biuro@badsport.pl, www.badsport.pl),
- Dyrektor turnieju - Jacek JAGODZIŃSKI
- Wicedyrektor turnieju - Mirosław STEĆ

Partnerzy:

- Firma WILSON (www.wilsonbadminton.pl),
- Sklep Centrum Rakiet (www.centrumrakiet.pl),

Patron Internetowy:

- Badminton Warszawski (www.badminton.pl)

Miejsce:

- Warszawa-Gocław, hala Gimnazjum nr 27 przy ul. Abrahama 10 (4 korty)

Prawo startu mają lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, rehabilitanci oraz cały personel medyczny, jak i wszyscy pracownicy administracyjni szpitali, przychodni oraz pozostałych placówek służby zdrowia. **Każdy uczestnik musi przedstawić prawo wykonywania zawodu lub zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu.** W grach podwójnych może brać udział najbliższa rodzina pracownika służby zdrowia (żona, mąż, córka lub syn), ale startująca tylko w parze z tym pracownikiem. Zawodnicy biorą udział w zawodach na własną odpowiedzialność

Początek gier - godz. 11⁰⁰ (hala udostępniona będzie od godziny 10³⁰). Dokładny początek gier w każdej kategorii zostanie opublikowany na stronie www.badminton.pl oraz rozesłany e-mailem do zawodników 17 grudnia 2010 r.

Termin zgłoszeń upływa 16 grudnia 2010 r. (czwartek) o godzinie 22⁰⁰. Zgłoszenia prosimy nadsyłać e-mailem - j.jagodzinski@badsport.pl. Prosimy o dokonywanie zgłoszeń na formularzu znajdującym się na stronie internetowej głównego organizatora. Lista zgłoszeń będzie publikowana na www.badminton.pl. Szczegółowych informacji udzielają: Jacek Jagodziński (tel. 504-238-044) i Mirosław Steć (tel. 608-410-311)

Kategorie turnieju:

- singiel mężczyzn Open
- singiel mężczyzn 40+ (zawodnik w dniu turnieju musi mieć ukończone 40 lat)
- singiel kobiet
- debel mężczyzn
- debel kobiet
- mixt

Zawodnik starszy może grać w kategorii młodszej. Zawodnik może grać w trzech grach (nie można łączyć singla mężczyzn open i 40+).

System zawodów:

- zostanie ustalony przez organizatora po zamknięciu listy zgłoszeń i będzie zapewniał zawodnikowi rozegranie minimum dwóch gier w każdej kategorii do której został zgłoszony,
- aby dana gra była rozgrywana muszą być zgłoszone do niej min. 3 osoby lub 3 pary,
- zasady rozstawiania zawodników - według aktualnego rankingu PZBad lub według rankingu Centrum Rakiet Cup Amatorów,
- mecze do 2 wygranych setów do 21 punktów w secie (każda akcja za punkt).

Lotki:

- dostarczają uczestnicy,
- obowiązują lotki piórowe, chyba że bezpośrednio zainteresowani postanowią inaczej,
- organizator zabezpiecza możliwość nabycia lotek na miejscu w cenach promocyjnych.

Sklep i serwis podczas turnieju:

- Firma Badsport - podczas zawodów będzie można testować rakiety oraz zakupić sprzęt do badmintonu. www.badminton.pl/shop, e-mail biuro@badsport.pl

Oплата startowa:

- 35 zł od osoby za zgłoszenie do jednej kategorii.
- 70 zł od osoby za zgłoszenie do dwóch kategorii.
- Jeśli zawodnik gra w trzeciej kategorii, to opłata startowa za trzecią kategorię wynosi 0 zł (tzn. trzecia gra gratis).

Nagrody:

- zdobywcy miejsc 1-2 w każdej grze otrzymują puchary,
- zdobywcy z miejsc 1-3 w każdej grze otrzymują dyplomy.

www.ultrasonografy.pl

REKLAMA/OGŁOSZENIA



Grupa Kotrak zaprasza na **bezpłatne szkolenia** dla lekarzy i lekarzy dentystów w celu zapoznania z tematem kas fiskalnych dla lekarzy, m.in. o obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas fiskalnych i na jakich warunkach oraz oprogramowaniu wspomagającym fiskalizację. Szkolenia, które proponujemy, będą przewodnikiem, który w profesjonalny sposób da odpowiedź m.in. na pytania:



Dlaczego lekarz potrzebuje kasę?

Jaką kwotę odliczenia za zakup kasy można uzyskać z Urzędu Skarbowego?

Jakie są obowiązki użytkownika urządzenia fiskalnego?

Posiadamy w swojej ofercie zarówno małe **kasy mobilne** jak i **stacjonarne drukarki fiskalne**, także z zapisem pamięci elektronicznej, współpracujące z wieloma systemami obsługi gabinetów i poradni. Dobieramy indywidualnie klientowi urządzenie, które spełnia oczekiwania i potrzeby.

„PRZY ZAKUPACH URZĄDZEŃ FISKALNYCH W NASZEJ FIRMIE PRZEWIDUJEMY ATRAKCYNE RABATY CENOWE”



Dyrekcja **Brzeskiego Centrum Medycznego SP ZOZ**, 49-301 Brzeg, ul. Mossora 1, zatrudni specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do całodobowego zabezpieczenia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz pracy w zespole MET.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia z Dyrektorem Brzeskiego Centrum Medycznego tel. sekretariatu (77) 44-46-536.

* * *

Devon Doctors wchodzi w skład NHS (Państwowa Służba Zdrowia w Anglii) i zapewnia wysoką jakość opieki zdrowotnej od 1996 roku. Więcej informacji można znaleźć na naszej stronie internetowej: www.devondoctors.co.uk

Poszukujemy lekarzy rodzinnych, wcześniejsze doświadczenie pracy w Anglii nie jest wymagane, szkolenia są przewidziane. Wynagrodzenie od £50 do £70 za godzinę. Praca w dowolnym wymiarze godzin, z możliwością dostosowania czasu pracy do indywidualnych potrzeb. Praca w hrabstwach: Devon w południowo-zachodniej Anglii lub Cheshire w północno-zachodniej Anglii.

Zainteresowanych prosimy o kontakt w jęz. polskim lub angielskim z Martą Robaszkiewicz lub Markiem Knight; e-mail: marta.robaszkiewicz@nhs.net, tel.: (0044) 1392 823 152.

* * *

Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach zatrudni lekarzy na Oddział Chorób Płuc i Rehabilitacji Pulmonologicznej:

- pulmonologa,
- internistę,
- lekarza rehabilitacji medycznej.

Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy. Telefon: (77) 40-80-100, 40-80-300.

* * *

Centrum Implantologii i Stomatologii Estetycznej poszukuje do pracy Lekarza Stomatologa. CV proszę przysyłać na adres Gabinet@panaceum.opole.pl.

* * *

Agencja Pracy – Polish Specialists Sp. z o.o. dla swojego klienta – SPZOZ w województwie warmińsko-mazurskim poszukuje lekarza anestezjologa (nr ref.: LA/11/10)

Wymagania:

- ukończona specjalizacja z anestezjologii
- aktualne prawo wykonywania zawodu na terenie RP
- gotowość do stałej współpracy

Oferujemy:

- kontrakt / umowa
- możliwość objęcia kierowniczego stanowiska
- pracę w placówce współpracującej z przedstawicielami ośrodków akademickich
- elastyczny czas pracy
- atrakcyjne wynagrodzenie
- mieszkanie służbowe przez okres 6 miesięcy na koszt szpitala

Aplikacje zawierające CV w języku polskim prosimy przesłać na adres e-mail: office@polish-engineer.pl. Dodatkowe pytania można kierować telefonicznie pod numer +48 601-630-451.

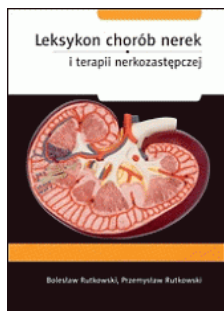
WYSTAWA

Zygmunt Moryto



NOWOŚCI WYDAWNICZE

TERMEDIA Wydawnictwa Medyczne, 61-615 Poznań, ul. Kleeberga 2, www.termedia.pl

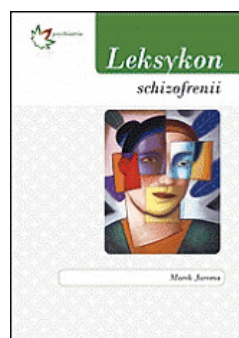


„Leksykon chorób nerek i terapii nerkozastępczej” Bolesława Rutkowskiego i Przemysława Rutkowskiego zawiera podstawowe pojęcia i hasła istotne w nefrologii i leczeniu nerkozastępczym. Jest przeznaczony do wykorzystania przez lekarzy innych specjalności niż nefrologia, przede wszystkim lekarzy rodzinnych, internistów, diabetologów, hipertensjologów, kardiologów, a także specjalistów w zakresie anestezjologii, intensywnej terapii i transplantologii. Styl i sposób opracowania haseł powinien także zachęcić do sięgnięcia po niniejszą publikację pielęgniarki pracują-

ce na oddziałach nefrologicznych i w ośrodkach dializ oraz ich koleżanki z pokrewnych oddziałów i poradni. Lektura tej pozycji może być również interesująca dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w różnych stadiach tego zespołu chorobowego oraz dla ich rodzin.

Autorzy chcieliby, aby niniejszy leksykon odegrał ważną rolę w ustanowieniu wspólnego języka zarówno pomiędzy reprezentantami wymienionych, jak i niewymienionych specjalności medycznych oraz wszystkimi, którzy sięgną po niego kierowani różnymi intencjami. Wspólny język jest bowiem niezbędny wszędzie, o czym wiedzą zarówno matematycy, informatycy, jak i brydżyści. Tym bardziej jest on potrzebny w medycynie, aby mówiąc o różnych zjawiskach z zakresu fizjologii i patologii, o schorzeniach i sposobach ich leczenia, wszystkie porozumiewające się w tych sprawach strony miały dokładnie to samo na myśli.

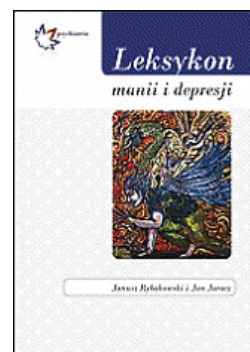
„Leksykon schizofrenii” jest zbiorem haseł najczęściej wymienianych w kontekście



schizofrenii: opieki nad chorymi, rozpoznawania i leczenia tej choroby. Z racji swojego charakteru, leksykon ma za zadanie w sposób niezwykle skrótowy wyjaśnić najbardziej istotne pojęcia dotyczące diagnostyki i leczenia oraz postępowania z chorymi na schizofrenię. Zbiór haseł leksykonu został wybrany arbitralnie. Leksykon był tworzony z pozycji lekarza praktyka i właśnie do lekarzy praktyków jest adresowany.

„Leksykon manii i depresji” adresowany jest do osób zainteresowanych psychiatrią, w szczególności do lekarzy specjalizujących się w psychiatrii, psychologów klinicznych,

a także do innych grup profesjonalistów zajmujących się problematyką zaburzeń psychicznych. Zawiera ponad 300 haseł, które obejmują definicje objawów i podstawowych pojęć dotyczących depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej, noty biograficzne osób, które wniosły istotny wkład w kształtowanie się poglądów na klasyfikację i patogenezę chorób afektywnych, opisy postaci klinicznych zaburzeń afektywnych oraz ich przyczyn. Duża część leksykonu poświęcona jest leczeniu chorób afektywnych i zawiera opisy leków stosowanych w chorobach afektywnych, głównie leków przeciwdepresyjnych i normotymicznych.



Wniosek o nadanie „Prymariusza Opolskiego”

Imię i nazwisko osoby zgłaszanej

Miejsce pracy osoby zgłaszanej

Tytuł zawodowy osoby zgłaszanej

Tytuł naukowy osoby zgłaszanej

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej

Numer prawa wykonywania zawodu osoby zgłaszającej

Uzasadnienie wniosku (opis szczególnych zasług osoby zgłaszanej dla opolskiego samorządu
lekarskiego):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data złożenia wniosku

.....

Podpis osoby zgłaszającej

.....