



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Wrzesień 2011

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 181

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Jesień, jesień, ach to Ty...



Zdjęcie: Grażyna Zawisza

Czy Wy też macie takie nieodparte wrażenie, że ostatnio czas pędzi w sposób niesamowity? Jeszcze tak niedawno była wiosna, wszyscy czekaliśmy na słoneczne lato – czas beztrojski, leniuchowania w ciekawych miejscach, plaż, wody pod różnymi postaciami, wędrówek górskich itp. A gdy wreszcie przyszło to wymarzone lato, to okazało się ono być pełne deszczu, zimna, wiatrów i w ten oto sposób plany większości z nas rozwiały się jak dym z ogniska. Na dodatek, aniśmy się obejrzieli, a tu z pół zaczęło znikać w zastraszającym tempie zboże i zamiast falujących łąk na polach pozostały tylko smutne ścierniska. W powietrzu zaś coraz częściej czuć zapach dymów z ognisk. To już koniec lata!

Jak by tego było mało, w mediach też już nas nie oszczędzają, bo nachalny jazgot polityczny przypomina nam o zbliżających się wyborach do Sejmu i Senatu. Tak więc okres wakacji przechodzi powoli do historii. A miało być tak miło!

Rzeczywistość skrzeczy, więc niestety ja także przyłożę się trochę do tej ogólnej atmosfery powrotu do szarej rzeczywistości. Wrześniowy numer Biuletynu, który macie właśnie przed sobą, zawiera bowiem szereg ważnych – choć niezbyt rozrywkowych – informacji.

W pierwszej części – tradycyjnie „naszej własnej, izbowej” – poza suchymi sprawozdaniami z obrad Rady Okręgowej i Komisji Stomatologicznej, znajdziecie Państwo interpelację radnego Sejmiku Wojewódzkiego – naszego Kolegi Andrzeja Mazura dotyczącą sposobu rozstrzygnięcia konkursu ofert z zakresu ratownictwa medycznego i odpowiedź na

nią Zarządu Województwa Opolskiego. Oprócz tego ważna dla dentystów informacja ze spotkania przedstawicieli Komisji Stomatologicznej NRL z kierownictwem Centrali NFZ. Dalej – już nieco lżejsze gatunkowo – informacje o szkoleniach przewidzianych na drugie półrocze, sprawozdanie ze zjazdu pediatrów, materiał o „bazgrołeniu” na receptach i prezentacja nagrodzonych zdjęć naszego Kolegi z Kędzierzyna-Koźla.

W drugiej części znajdziecie szereg ważnych informacji dotyczących nowych aktów prawnych, które zaczęły obowiązywać w tym roku: ustawie o działalności leczniczej i o refundacji leków oraz o podatku VAT. Zamieszczam także II część materiału o zgodzie pacjenta na proponowane leczenie i zarys zasad wypełniania recept na leki refundowane.

Dalej znajdziecie krótkie omówienie wyników kontroli Państwowej Inspekcji Pracy dotyczącej czasu pracy lekarzy, rozważania o błędzie lekarskim, niedoborze wit. D i wapnia w organizmie i wreszcie o leczeniu śmiechem. Bieżący numer Biuletynu zamykają, tradycyjnie już, ogłoszenia i nowości wydawnicze.

Mam nadzieję, że po przeczytaniu tego tekstu nie odłożycie naszego miesięcznika od razu na półkę, a zawarte w nim informacje będą dla Państwa pomocne w Waszej codziennej praktyce. Ja sam zaś pakuję manatki i wyruszam w ostępy Puszczy Augustowskiej. A więc do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Jeszcze raz wracam do jednej ze zmian, wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej, czyli do sprawy rejestrowania nowego rodzaju praktyki lekarskiej – praktyki wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

Jak już wspomniałem w poprzednim numerze Biuletynu, ten rodzaj praktyki zastąpi większość dotychczas rejestrowanych praktyk na wezwanie. Ale napisałem również, że osoby, które w oparciu o rejestrację praktyki na wezwanie miały podpisane różne kontrakty, nie muszą po 1 lipca br. śpieszyć się z dokonywaniem zmian w zapisach rejestrowanych. Jest na to czas **do 30 czerwca 2012 roku**

Ta uwaga odnosi się też do dyrektorów i kierowników jednostek, które podpisały z takimi praktykami kontrakty. Nie ma potrzeby, by w trakcie obowiązywania umowy kontraktowej zmuszać lekarzy do nowych rejestracji. A z taki-

mi próbami ze strony kierownika jednego z nzo-ów miałem już do czynienia.

Przypominam również (informacja od pewnego czasu jest już na stronie internetowej izby), że weszła w życie nowelizacja rozporządzenia w sprawie badania osób ubiegających się o prawo jazdy oraz osób już takie prawo posiadających. Wprowadzono bardzo istotny nowy przepis. Otóż każdy lekarz, który będzie miał styczność z pacjentem-kandydatem na kierowcę lub pacjentem-kierowcą, u którego wystąpił napad padaczki (lub innego zespołu drgawkowego) albo incydent ciężkiej hipoglikemii (spadek poziomu cukru poniżej 55mg%) **ma obowiązek** powiadomienia o tym fakcie Wydział Komunikacji Starostwa Powiatowego, zgodnie z zamieszkaniem tego pacjenta.

Jerzy JAKUBISZYN

Interpelacja radnego Mazura

Andrzej Mazur 21.06.2011 r.
Radny Województwa Opolskiego

**Przewodniczący
Sejmiku Opolskiego**

INTERPELACJA

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu i niektóre inne SP Zespoły Opieki Zdrowotnej Województwa Opolskiego nie uzyskały kontraktów z Opolskiego Oddziału NFZ na kontynuowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego.

Inne SP Zakłady Opieki Zdrowotnej nie tylko utrzymały ratownictwo na swoim terenie, ale uzyskały również prawo do świadczenia usług w sąsiednich SP ZOZ.

SP ZOZ-y, które utrzymały prawo do kontynuowania ratownictwa medycznego nie odróżniają się merytorycznie i organizacyjnie od przegranych.

Zadania po Zespołach Opieki Zdrowotnej pozbawionych prawa do ratownictwa na swoim terenie przejąć ma podmiot prawa handlowego reprezentujący kapitał zagraniczny.

Nowa sytuacja na rynku usług zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego implikuje szereg niekorzystnych następstw. Należy oczekiwać zwolnień wśród personelu ratownictwa medycznego na Opolszczyźnie.

Część lekarzy już otrzymała odmowę przedłużenia pracy w zespołach wyjazdowych, gdyż prywatna firma ma „swoich” lekarzy spoza Województwa.

Poza tym pozbawienie kontraktów na usługi z zakresu ratownictwa, zmusza SP ZOZ do zwrócenia środków unijnych za nabyte niedawno na potrzeby ratownictwa medycznego samochody sanitarne.

Ta niespodziewana nagła zmiana na rynku usług w zakresie ratownictwa wydaje się być nielogiczna, jest niekorzystna dla regionu ze względu na destabilizację kadry ratownictwa medycznego, pozbawienie stabilnych, posiadających zaufanie społeczne podmiotów medycznych zadań z zakresu ratowania zdrowia i życia. Sytuacja taka nie wzbudza zaufania mieszkańców.

Nagłość zmian, ich irracjonalność oraz asymetria terytorialna wzbudza nieufność wśród pracowników ochrony zdrowia i pacjentów oraz podejrzenie, że nastąpiło nienaturalne, nieprzyjemne przejęcie nienależnego dobra publicznego przez podmiot prawa handlowego, czyli wymuszona prywatyzacja sektora.

Nieufność wobec zaistniałej sytuacji budzi fakt, że powiaty, których obywatelami są ważne merytoryczne osoby publiczne zachowały ratownictwo w swoich rękach.

Proszę Pana Marszałka o zbadanie okoliczności tych niespodziewanych zdarzeń oraz o zapytanie Pana Wojewody, czy zmiana ta nie jest zagrożeniem dla bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców, czy nie destabilizuje zaufania społecznego do służb ratownictwa medycznego. Czy prawdą jest obieguja informacja, że kolej na straż pożarną.

Proszę Pana Marszałka o zebranie informacji na temat kontraktów na usługi ratownictwa medycznego od przedstawiciela Województwa w Radzie Funduszu.

Osobnym problemem jest marnotrawstwo środków publicznych w tych SP ZOZ, które zmuszone zostały do zwrotu pieniędzy za niewykorzystane sanitarki.

Andrzej MAZUR

* * *

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO Opole,
dn. 12 lipca 2011 r.
DOA-I.0003.52.2011

**Pan Andrzej Mazur
Radny Województwa Opolskiego**

dotyczy: interpelacji złożonej w dniu 21 czerwca 2011 r., w sprawie braku kontraktów z Opolskiego Oddziału NFZ na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu oraz innych Samodzielnych Publicznych Zespołów Opieki Zdrowotnej Województwa Opolskiego.

Zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu ratownictwa medycznego określa ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.). Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, dyrektorowi właściwego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy, o których wyżej mowa na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, w której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Wojewódzki Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne,

sporządzany jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego.

Środki na finansowanie umów, wojewoda przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jak wynika z informacji otrzymanej od Wojewody Opolskiego oraz z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne zawiera się na czas oznaczony. W związku z faktem, iż wszystkie umowy zawarte z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego z terenu województwa opolskiego wygasły z dniem 30 czerwca 2011 roku, Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 49 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.), zobowiązany został do przeprowadzenia nowego postępowania o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne.

Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), oraz aktach wykonawczych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 139 ust. 5 ustawy. Powyższe zasady były znane wszystkim oferentom biorącym udział w postępowaniu, a komisja konkursowa stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Zgodnie z art. 134 ust. 2 cyt. ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim Świadczeniodawcom na tych samych zasadach. Dostępne również były na tablicach ogłoszeń u Zamawiającego (w siedzibie Oddziału) oraz na stronach internetowych Oddziału. Sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich oferentów.

Ponadto, kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od Oferentów, były jawne i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa

podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów.

Opolski Oddział Wojewódzki NFZ podpisał umowy w rodzaju ratownictwo medyczne obowiązujące od dnia 1 lipca 2011 r. ze Świadczeniodawcami wymienionymi w tab.1

Tab. 1. Świadczeniodawcy wyłonieni w drodze postępowania konkursowego Ratownictwo Medyczne od dnia 1 lipca 2011 r.

Nazwa rejonu operacyjnego	Wybrany Świadczeniodawca
Olesko- -kluczborski	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Falck Medycyna Region Opolski Kędzierzyn Koźle ul. Mostowa 30B
Krapkowicko- -strzelecki	Szpital Powiatowy im. Prałata J. Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich Strzelce Opolskie ul. Opolska 36A
Powiat opolski i m. Opole	Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego Opole, ul. Mickiewicza 2-4
Głubczycki	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach Głubczyce ul. Skłodowskiej 26
Brzesko- -namysłowski	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Falck Medycyna Region Opolski Kędzierzyn Koźle ul. Mostowa 30B
Kędzierzyńsko- -kozielski	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Falck Medycyna Region Opolski Kędzierzyn Koźle ul. Mostowa 30B
Nysko- -prudnicki	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie Nysa ul. Św. Piotra 1

Źródło: http://www.nfz-opole.pl/Swiadczeniodawcy/komunikat_30-06-2011_RTM.html

Ponadto Wojewoda Opolski w przedmiotowej sprawie wyjaśnił, że: „... Świadczeniodawca realizujący umowę w rodzaju ratownictwo medyczne zobowiązany jest do lokalizacji miejsc wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego zgodnie z planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Miejsca wyczekiwania zostały wskazane w Planie w sposób umożliwiający dojazd zespołów ratownictwa medycznego do osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zgodnie z określonymi w art. 24 ustawy o PRM parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego. Zmiana podmiotu realizującego świadczenia nie wpływa na zmianę lokalizacji miejsc stacjonowania wskazanych w Planie, jak również nie wpływa na zmianę dostępności mieszkańców do usług ratownictwa medycznego....”.

Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z ideą konkursu ofert dokonał wy-

boru oferty, która była najlepsza i najkorzystniejsza dla mieszkańców, rejonu operacyjnego kędzierzyńsko-kozielskiego oraz innych rejonów w województwie opolskim w myśl przepisów wynikających z Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz Zarządzenia nr 12/2011/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, Zarządzenia Nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do konieczności spłaty dotacji otrzymanej na karetki z Unii Europejskiej przez SPZOZ Kędzierzyn-Koźle, Opolski Oddział Wojewódzki NFZ poinformował, że: „...ryzyko finansowe związane z prowadzeniem zakładu opieki zdrowotnej obciąża bezpośrednio tego Świadczeniodawcę, a nie Fundusz, który działa w imieniu i na rzecz osób ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń, finansowanych ze środków publicznych, na podstawie przepisów o koordynacji...”.

W myśl art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), OOW NFZ jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, zarówno publicznych jak i niepublicznych, oraz prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, bez względu na fakt, czy dany podmiot otrzymał, czy też nie otrzymał dofinansowanie ze środków unijnych na zakup specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

*Członek Zarządu
Antoni KONOPKA*

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

29 CZERWCA 2011 R.

Na wstępie posiedzenia Prezes powitał zebranych i przekazał głos Sekretarzowi Rady. Kol. Lach przedstawił wniosek o wydanie prawa wykonywania zawodu po uzyskaniu obywatelstwa polskiego dla Świetłany Ważowskiej oraz wnioski o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej następujących Koleżanek i Kolegów, przenoszących się z innych izb:

- Tomasz Porażko (przeniesienie z DIL),
- Justyna Porażko (przeniesienie z DIL),
- Halina Filak (przeniesienie z ŚIL),
- Anna Nowosielska (przeniesienie z ŚIL),
- Joanna Markowska (przeniesienie z DIL),
- Paweł Janczak (przeniesienie z DIL w celu dokończenia stażu podyplomowego).

Rada zaakceptowała wszystkie powyższe wnioski.

Następnie Prezes przedstawił informację o szkoleniach:

- Firma Cegedim Group Polska (zarejestrowana w OIL w Warszawie, ma uchwałę Prezydium NRL) w dn. 20.05.br w Opolu przeprowadziła dwa szkolenia pt. „Prawo medyczne w praktyce lekarza. Zgoda i informowanie pacjenta” oraz „Aktualne trendy w leczeniu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych oraz prawne aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej”;
- Medycyna Praktyczna (zarejestrowana w OIL w Krakowie, ma uchwałę Prezydium NRL) w dniach 28.04. i 30.05.br. przeprowadziła szkolenie „Szczepienia w praktyce lekarskiej. Od sytuacji klinicznej do optymalizacji decyzji”.

W dalszej części zebrania Prezes przekazał do zwizytowania 2 praktyki prywatne i przedstawił wnioski o zarejestrowanie następujących praktyk prywatnych:

- Praktyki lekarskie stacjonarne – Aleksandra Pojda-Fuławka, Andrzej Jung, Beata Kowalska,
- Praktyka dentystyczna stacjonarna – Agata Matloch-Bereza,
- Grupowa stacjonarna praktyka lekarska – Halina Przeniczna i Mariusz Władyga.
- Praktyki lekarskie na wezwanie – Halina Filak, Agnieszka Wojdyła-Hordyńska, Krzysztof Tomsza, Grzegorz Hordyński.

Wszystkie powyższe wnioski zostały przyjęte przez Radę.

Przy okazji tego punktu Prezes poinformował, że od 1 lipca br. wchodzi w życie ustawa o działalności leczniczej, w której wprowadza się nowy rodzaj praktyki – praktyka wykonywana wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, lecz nie ma jeszcze rozporządzenia wykonawczego dotyczącego sposobu jej rejestracji. Wobec powyższego rejestracja w naszej izbie odbywać się będzie na dotychczasowych drukach, aż do momentu ukazania się rozporządzenia.

W kolejnej części posiedzenia Rady kol. Jakubiszyn przedstawił jeden wniosek o pożyczkę szkoleniową i także jeden o zapomogę, które Rada przyznała jednogłośnie. Jeden wniosek o zapomogę został przesunięty na jedną z następnych Rad, ponieważ osoba zwracająca się o nią otrzymała już w lutym br. zapomogę, a zgodnie z regulaminem można przyznać zapomogę raz na pół roku.

I wreszcie z prośbą o dofinansowanie (w wysokości 350 zł) udziału w IX Ogólnopolskich Mistrzostwach Lekarzy w Kolarstwie Szosowym złożyli Edyta i Radosław Operaczowie oraz Stanisław Chruszczyk za udział w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Tenisie (zdobył tam 2 złote medale). Wnioski zostały zaaprobowane przez Radę.

Na swojego przedstawiciela w komisji konkursowej na świadczenia medyczne w BCM w Brzegu Rada desygnowała kol. Barbarę Suzanowicz.

Następnie Rada rozpatrzyła i zaaprobowwała jeden wniosek o zawieszenie opłacania składki na okres czerwca 2011 r. do kwietnia 2012 r. w związku z urlopem wychowawczym. Jednocześnie Rada zgodziła się na rozłożenie zaległych składek w kwocie 970 zł na 10 rat tej samej osobie.

W dalszej części posiedzenia Rady kol. Jakubiszyn poinformował po raz kolejny o propozycji współpracy Samorządu Lekarskiego z regionalnymi strukturami OZZL w akcji, związanej z przekształceniami SP ZOZ-ów w spółki prawa handlowego. Niestety żaden z członków kierownictwa regionalnej struktury związku nie mógł – pomimo zaproszenia – zjawić na bieżącym posiedzeniu Rady. Prezes poinformował o utworzeniu w ramach NRL zespołu koordynującego tę akcję i zaproponował jednocześnie powołanie takiego samego zespołu na poziomie Opolskiej Izby. Na członków tego zespołu Rada powołała kol. kol. Stanisława Kowarzyka, Pawła Mielczarka i Rafała Olejnika.

Zgodnie z przyjętym przez Okręgowy Zjazd Lekarzy regulaminem pracy Okręgowej Rady Lekarskiej, kol. Jakubiszyn przedstawił kandydatury na przewodniczących poszczególnych komisji problemowych naszej izby, zaproponowane przez członków tych komisji. I tak:

- na przewodniczącego Komisji Etyki – kol. Martę Rodziewicz-Kabarovską,
- na przewodniczącego Komisji Kształcenia – kol. Małgorzatę Łuszczyńską-Ostrowską,
- na przewodniczącego Komisji Emerytów i Rencistów – kol. Tadeusza Chowańca,
- na przewodniczącego Komisji Stomatologicznej – kol. Barbarę Hamryszak,
- na przewodniczącego Komisji Młodych Lekarzy – kol. Magdalenę Lamm.

Wszystkie te propozycje zostały przez Radę przyjęte.

Ponadto Komisja Kształcenia zwróciła się do Rady z wnioskiem o uzupełnienie jej składu osobowego o kol. Ewę Pawliszyn. Także i ten wniosek został zaakceptowany.

Przy tej okazji kol. Dryja powrócił do sprawy decyzji podejmowanych w przeszłości przez Komisję Etyki, jednakże przy braku quorum w trakcie ich głosowania. Kol. Dryja zadał członkom Rady pytanie, czy decyzje te należy zmieniać, czy też uznać za nieważne z powodów formalnych. Po krótkiej dyskusji Rada przyjęła za oczywiste, że decyzje podejmowane przy naruszeniu regulaminu pracy komisji są z mocy prawa nieważne, a ze względu na upływ czasu i ich dezaktualizację nie ma potrzeby do ich weryfikowania.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił propozycję zmiany uchwały dotyczącej regulaminu wynagradzania pracowników naszej Izby. Zgodnie z uchwałą Rady z 2006 roku kwoty (tzw. widełki) w tabeli zaszeregowania odpowiadają kwotom z ówczesnego rozporządzenia

ministra zdrowia, dotyczącego wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Te kwoty są corocznie, przez kolejne zmiany rozporządzenia, podwyższane. Prezes zaproponował, aby znowelizować załącznik do uchwały w brzmieniu, jak w nowym rozporządzeniu ministra zdrowia. Rada przyjęła wniosek Prezesa.

W dalszej części obrad Rady Prezes przedstawił sprawozdanie z ostatniego posiedzenia Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich. Głównym tematem posiedzenia była sprawa nieporozumień we współpracy koncernu prasowego Axel Springer z izbami lekarskimi w zakresie opłat za kolportaż „Gazety Lekarskiej” i biuletynów izbowych. Powołany został zespół z udziałem Prezesa (Przewodniczącego Konwentu) i szefa izby łódzkiej, Grzegorza Mazura, który ma wynegocjować z wydawnictwem treść aneksu.

Ponadto na Konwencie dyskutowano sprawę ustawy o działalności leczniczej w części dotyczącej nowej formy praktyki lekarskiej, a także sprawę wyznaczania przedstawicieli samorządu lekarskiego do Wojewódzkich Komisji d/s Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, powołanych nowelizacją ustawy o prawach pacjenta. Prezes poinformował, że są 3 miesiące na zgłaszanie kandydatur do tych komisji. W ich składzie połowę (tj. 8 osób) stanowić mają osoby z wyższym wykształceniem medycznym, a z tego połowa będzie wybrana przez Wojewodę spośród kandydatur zgłoszonych przez samorządy zawodów medycznych. Kol. Jakubiszyn prosił o zastanowienie się nad propozycjami kandydatur osób mających doświadczenie zawodowe i prawne (działających w ubiegłych kadencjach w zespołach OROZ lub w Okręgowym Sądzie Lekarskim). Na gorąco padły kandydatury Wojciecha Osińskiego, Danuty Henzler, Małgorzaty Łuszczyńskiej-Ostrowskiej.

Natomiast na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej zajmowano się uchwaleniem budżetu NIL na bieżący rok, a także sporem kompetencyjnym pomiędzy Radą a Naczelną Komisją Rewizyjną. Ponadto skrytykowano sposób wprowadzenia w życie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie AOS.

Ponadto kol. Jakubiszyn poinformował członków Rady o swoim uczestnictwie w obchodach 20-lecia samorządu pielęgniarek i położnych oraz spotkaniach z dr Uherem z OOW NFZ w sprawie ułatwienia lekarzom sposobu pobierania numerów recept lekarskich z NFZ, a także o udziale w posiedzeniu komisji konkursowej, która wyłoniła Dyrektora WCM w Opolu.

Kol. Lach przekazał informację o obchodach 8-lecia istnienia Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej i uroczystościach pożegnania rektora tej uczelni – prof. Andrzeja Steciwki.

Kol. Wojtyłko przedstawił członkom Rady przebieg konkursu na Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej

w BCM w Brzegu, którym został kol. Janusz Suzanowicz.

Dalej Prezes poinformował, że ustawa o działalności leczniczej zunifikowała obowiązkowe ubezpieczenia OC. Zapisy samej ustawy oraz wprowadzone zmiany do kilku innych sprawiły, że od 1 marca 2012 r. (czyli w nowym roku polisowym) członkowie OIL będą musieli zawrzeć tylko 1 ubezpieczenie obowiązkowe. Z ustawy wynika też jednoznacznie, że lekarze pracujący wyłącznie na etacie, nie będą musieli zawierać ubezpieczenia obowiązkowego. W związku z tym, że z dniem 1 lipca przestaje obowiązywać ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz rozporządzenie, które było podstawą zawierania tzw. ZOZ-owskiego ubezpieczenia OC (na kontrakty z SPZOZ-ami), pracownicy biura sprawdziły ilu członków naszej izby wykupiło to ubezpieczenie ZOZ-owskie bez klauzuli nadwyżkowej. Jest ich siedmiu. Prezes będzie się kontaktował z nimi oraz z przedstawicielem brokera, aby wyjaśnić, czy ta zmiana prawna grozi jakimiś zawirowaniami. Obecni na posiedzeniu członkowie Rady gorąco dyskutowali ten problem podnosząc, że przecież osoby te zapłaciły całoroczną stawkę ubezpieczenia, które wygasa nie z winy ubezpieczonego i ubezpieczającego w połowie roku.

Komisja Stomatologiczna poparła wnioski o wpisanie na marszałkowską listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego następujących podmiotów:

- NZOZ „Centrum Stomatologiczne” Krzysztof Pastuch w Zimnicach Wlk.,
- Prywatny Gabinet Stomatologiczny Edyta Górna w Opolu.

Prezes zobowiązał się do skierowania odpowiedniego pisma w tej sprawie do Urzędu Marszałkowskiego.

Z kolei kol. Redelbach zwrócił uwagę zebranych na fakt, iż wg obowiązujących obecnie przepisów, kwoty uzyskane przez ZOZ-y ze zwiększenia wysokości kontraktu (grudzień danego roku w stosunku do stycznia danego roku) muszą być w 40% przeznaczone na wzrost wynagrodzeń, z czego trzy czwarte mają otrzymać pielęgniarki. Taki sposób podziału pieniędzy wypracowanych przez cały zespół placówki budzi sprzeciw pozostałych grup pracowniczych. Kol. Redelbach zaproponował, by zwrócić się do naszych parlamentarzystów o interwencję w tej sprawie.

I wreszcie na zakończenie obrad Rady Prezes zapoznał jej członków z bieżącą pocztą. Na tym posiedzenie zakończono.

Jerzy B. LACH

* * *

25 LIPCA 2011 R.

Zebranych przywitał kol. Kowarzyk informując, że Prezes jest akurat na spotkaniu z Wojewodą. Następnie oddał głos Sekretarzowi Rady.

- Kol. Lach przedstawił wnioski o wpis na listę członków OIL w Opolu:
- Anna Knot (lekarz stażysta) – przeniesienie z Tarnowskiej Izby Lekarskiej,
- Piotr Świłała (lekarz stażysta) – przeniesienie z Tarnowskiej Izby Lekarskiej,
- Marta Sukienik (lekarz dentysta) – przeniesienie z Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej,
- Małgorzata Ingnerska (lekarz dentysta) – przeniesienie z DIL.

Wszystkie powyższe wnioski zostały przez członków Rady zaakceptowane.

Dalej kol. Kowarzyk przedstawił podania jednostek prowadzących szkolenia dla lekarzy:

- Firma „BB-Med”, zarejestrowana w Opolskiej Izbie Lekarskiej, w dniach 2-3 września br. w Kamieniu Śl. przeprowadzi szkolenie dla lekarzy pt. „Badania laboratoryjne w neonatologii i pediatrii” – za to szkolenie proponowane jest przyznanie 12 pkt. edukacyjnych;
- Firma „Marku”, zarejestrowana w Izbie Lekarskiej w Częstochowie, w dniu 30 lipca przeprowadzi w Opolu szkolenie dla lekarzy dentystów „FotoSan – nowa, rewolucyjna metoda leczenia” – proponowana liczba pkt. edukacyjnych 4.

Członkowie Rady przyjęli oba te wnioski.

W dalszej części obrad Rady Wiceprezes przedstawił wnioski o rejestrację gabinetów prywatnych:

- stacjonarny lekarski – Jan Ziubrzyński,
 - stacjonarny stomatologiczny – Małgorzata Ingnerska,
 - praktyka w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – Bartosz Lisiakiewicz i Magdalena Pyś-Spychała.
- Rada zaakceptowała powyższe propozycje.

Kontynuując ten punkt obrad, kol. Kowarzyk przedstawił wnioski o wyrejestrowanie gabinetów lekarskich następujących lekarzy:

- Tadeusz Czuduk,
- Paweł Olszewski,
- Beata Kusber-Sacha.

Także i w tym przypadku Rada przychyliła się do wniosków i podjęła decyzję o wyrejestrowaniu tych gabinetów.

W części dotyczącej Funduszu Samopomocy członkom Rady przedstawiono dwa podania o zapomogi, które zostały również zaaprobowane.

Dalszą część posiedzenia Rady poprowadził przybyły w międzyczasie na zebranie Prezes Jakubiszyn, który przeprosił za swoje spóźnienie spowodowane spotkaniem z Wojewodą Opolskim. Nawiązując do części obrad Ra-

dy, dotyczącej rejestracji prywatnych gabinetów lekarskich poinformował, że zgodnie z nowymi przepisami obowiązującymi od 1 lipca br. (tego dnia weszła w życie ustawa o działalności leczniczej) praktyki lekarskie – jeśli spełnią wszystkie warunki – są wpisywane do rejestru niejako automatycznie, bez potrzeby podejmowania przez Radę Okręgową uchwały w tej sprawie. Tylko odmowa wpisu do rejestru (jeśli są ku temu formalne powody) lub wykreślenie praktyki z rejestru odbywać się będzie w drodze uchwały.

Ponadto każda zmiana w tym rejestrze (np. adresu domowego), musi być przez lekarza rejestrującego gabinet zgłoszona w ciągu 14 dni. Nieprzestrzeganie tego zapisu jest zagrożone karą pieniężną do 10-krotności minimalnego wynagrodzenia wg GUS. Ustawa dokonała także zmiany w wysokości opłat za wpis do rejestru. Nie ma również obowiązku przeprowadzenia wizytacji gabinetu przez przedstawicieli Izby przed wpisaniem do rejestru.

Prezes wspominał również o zmianach związanych z przedkładaniem przez lekarzy wpisów do ewidencji działalności gospodarczej. Otóż funkcjonuje już elektroniczna centralna ewidencja i informacja o działalności gospodarczej (www.ceidg.gov.pl), poprzez którą można weryfikować dane dotyczące lekarzy, starających się o wpis do rejestru praktyk.

W części obrad Rady, dotyczącej konkursów kol. Jakubiszyn zaproponował zmianę przedstawicieli Izby w komisjach konkursowych na kierowników szpitali w Korfantomie i Opolskiego Centrum Onkologii. Zmiany te zostały podyktowane tym, że wcześniej wytypowani przedstawiciele OIL, ze względu na swoje urlopy nie mogliby uczestniczyć w tych konkursach w zaproponowanych przez Urząd Marszałkowski terminach (między 29 a 31 sierpnia). W związku z tym Rada przegłosowała kandydaturę kol. Kowarzyka.

Do komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddz. Pediatricznego szpitala w Strzelcach Op. Rada wyznaczyła:

- przewodniczący – Rafał Olejnik,
- członkowie: Aleksander Wojtyłko, Iwona Karcz-Socha i Janusz Zaryczyński (ordynator).

Na przedstawicieli Izby w konkursach na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w szpitalu w Kup wyznaczono: Jerzego Jakubiszyną na Oddz. Rehabilitacji Neurologicznej oraz Jerzego Lacha na wszystkie pozostałe oddziały.

Rada postanowiła także wstrzymać się z wyznaczeniem swoich przedstawicieli do komisji konkursowej na Oddział Chirurgii Dziecięcej WCM Opole, ponieważ nie uprawomocnił się jeszcze wyrok w sprawie kol. Wojtyłki przeciwko kierownictwu WCM w Opolu.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił Radzie dwa wnioski o zwolnienie z obowiązku płacenia składek – jedno na stałe w związku z rezygnacją z wykonywania zawodu lekarza dentysty, drugi na okres do końca czerw-

ca 2013 r. w związku z uzyskaniem prawa do czasowej renty. Ponadto do Izby wpłynął również jeden wniosek o zmniejszenie wysokości składki do 10 zł.

Prezes przedstawił także sprawę kilkudziesięciu młodych lekarzy, którym dla umożliwienia przystąpienia do egzaminów LDEP i LEP Prezydium OIL na swoim przedostatnim posiedzeniu przyznało Ograniczone Prawo Wykonywania Zawodu. Otóż od momentu tej decyzji powinni oni płacić składki, ale nie rozpoczęli jeszcze swoich staży, więc Rada powinna podjąć decyzję o czasowym (na 3 miesiące) zwolnieniu ich z tego obowiązku. Wszystkie powyższe wnioski zostały przez Radę zaakceptowane.

W części poświęconej sprawozdaniom kol. Jakubiszyn przekazał informację ze swojego spotkania z Wojewodą Opolskim. Poruszył sprawę kandydatur do składu osobowego wojewódzkich komisji orzekających w sprawie niepożądanych zdarzeń medycznych. Obecna na spotkaniu Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej poinformowała, że w sierpniu Wydział skieruje pisma do samorządów zawodów medycznych z prośbą o zgłoszenie kandydatów do komisji.

Następnie Prezes poinformował Radę o posiedzeniu Rady Społecznej OOW NFZ w Opolu (8.VII.br.), na którym przedstawiciele Funduszu przedstawili prognozy przychodów i kosztów OOW na lata 2012-14. Szacuje się, że w przyszłym roku nastąpi wzrost przychodów OOW NFZ o 104 mln. zł. Jest to jeden z najniższych wzrostów procentowych w skali całego kraju, ma to mieć związek – zdaniem centrali Funduszu – z urealnieniem liczby ubezpieczonych w naszym województwie (aktualnie do poz. zaoptowane jest ok. 940 tys. osób). Przyrosty w latach następnych mają systematycznie maleć. W 2012 r. wydatki będą się przedstawiać następująco:

- na POZ przeznaczona zostanie kwota o 973 tys. większa (generalnie z przeznaczeniem na nocną i świąteczną pomoc);
- na AOS przewiduje się o 20% więcej pieniędzy, niż w roku bieżącym;
- na szpitale będzie o 60 mln. zł więcej, w tym:
- na wzrost wartości punktu do 52 zł oraz na zwiększenie ryczałtu na SOR-y i izby przyjęć przeznaczono ok. 17 mln. zł;
- na świadczenia nielimitowane zostanie przeznaczona kwota 12 mln. zł;
- na wzrost liczby punktów pozostanie 31 mln. zł;
- stomatologia dostanie o 1,5 mln. zł mniej w stosunku do kwoty, która miała być przeznaczona pierwotnie na stomatologię w bieżącym roku, ale z kolei więcej niż wynikałoby to z podpisanych w tym roku kontraktów stomatologicznych;
- na refundację leków przeznaczona się kwotę 243,8 mln. zł (w tym 40 mln. zł na chemioterapię i programy lekowe);
- koszty administracyjne OOW NFZ wzrosną o 1,8%.

W ostatniej części swego wystąpienia Prezes zapoznał członków Rady z problemem sporu pomiędzy NRL, a wydawnictwem Axel Sprigner, związanym z wypowiedzeniem przez wydawnictwo umowy o druk i kolportaż „Gazety Lekarskiej”. O ile udało się na szczęście zażegnać konflikt pomiędzy wydawnictwem a okręgowymi izbami w sprawie podwyżek opłat za kolportaż biuletynów izbowych, o tyle sprawa druku i kolportażu GL po styczniu 2012 r. została postawiona pod znakiem zapytania. Trwają w tej sprawie poszukiwania rozwiązania problemu.

W sprawach różnych kol. Jakubiszyn poinformował Radę, że otrzymał od Komisji Etyki ankietę dotyczącą zapłodnienia in vitro, autorstwa kol. Szaniawskiego, z propozycją jej wydrukowania w Biuletynie izbowym.

Rozpoczęła się burzliwa dyskusja, w której jako pierwszy zabrał głos nowo wybrany wiceprzewodniczący Komisji Etyki kol. Dryja, który stwierdził, że ankietą ta nie jest efektem pracy całej komisji w jej obecnym składzie, ale ze względu na wcześniej podjęte (choć

kontrowersyjne) decyzje, Komisja postanowiła przedstawić ją całej Radzie do jej decyzji.

W dalszej części dyskusji głos zabierali kol. Łatała, Wojtyłko, Lach, Chruszczyk, Chowaniec i Olejnik, którzy – niezależnie od swoich prywatnych (nota bene różnych) poglądów – podkreślali stricte polityczny charakter publikacji tej ankiety w Biuletynie. Stwierdzali, że są duże szanse na stosunkowo mały odzew ze strony czytelników Biuletynu. To zaś może skutkować tym, że niewielka grupka lekarzy wyrazi swoją opinię w tej, tak bardzo kontrowersyjnej sprawie, a opinia ta będzie uważana za głos całego środowiska lekarskiego Opolszczyzny. Członkowie Rady zgodzili się, że jeśli Samorząd Lekarski ma wyrazić publicznie swoją opinię w tej sprawie, to powinno to odbywać się na poziomie całego kraju i być organizowane i pilotowane przez NRL.

Po zakończeniu dyskusji Rada odrzuciła propozycję Komisji Etyki opublikowania ankiety w Biuletynie. Jednocześnie Prezes zobowiązał się do przekazania sugestii członków Rady do Komisji Etyki.

Na tym posiedzenie Rady zakończono.

Jerzy B. LACH

Kolejne spotkanie Komisji Stomatologicznej

Dnia 20.06.2011 odbyło się ostatnie, przed sezonem urlopowym, posiedzenie Komisji Stomatologicznej. W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele OOW NFZ – dr Tomasz Uher, z-ca Dyrektora ds. Medycznych oraz dr Anna Szczombrowska. Spotkanie poprowadził dr Stanisław Chruszczyk. Tematem spotkania były wprowadzone w kwietniu przez NFZ centralne reguły weryfikacji świadczeń. Dr Chruszczyk zwrócił uwagę, iż reguły weryfikacji nie są kompatybilne w stosunku do katalogu świadczeń. Członkowie KS sformułowali na piśmie i odczytali szereg pytań dotyczących reguł weryfikacji. Wśród nich znalazły się pytania o leczenie endodontyczne zębów z niezakończonym rozwojem (brak możliwości wymiany opatrunków) oraz leczenie zębów wielokanałowych. Zwrócono również uwagę na błędy – zdaniem lekarzy – w procedurach weryfikacyjnych, które nie pozwalają rozliczać świadczeń zgodnie z ilością pracy włożoną w leczenie i sposobie jego przeprowadzenia, jak choćby nieuznanie przez NFZ istnienia dwukorzeniowych drugich górnych przedtrzonowców, istnienia odmian anatomicznych dotyczących liczby kanałów.

Stomatolodzy, w odczytanym piśmie, zwrócili się z prośbą o wskazanie źródła prawnego, definiującego sposób kodowania procedur leczniczych, by nie dochodziło do sytuacji, kiedy o błędach w kodowanych świadczeniach dowiadujemy się niejednokrotnie dopiero po ich rozliczeniu, co wymusza generowanie kolejnych korekt do sprawozdań i rachunków. Pismo z pytaniami zo-

stało również przekazane przedstawicielom NFZ celem zapoznania się z treścią i ustosunkowania się do niego. Przedstawiciele NFZ zapewnili, że metody weryfikacji zostaną podane do ogólnej wiadomości. Poinformowali również, że katalog świadczeń i metody weryfikacji uzgadniane są z konsultantami krajowymi w danych dziedzinach i jeśli zachodzi taka potrzeba, można poprzez tychże konsultantów, bądź poprzez konsultantów wojewódzkich, wystąpić o modyfikację katalogu usług. W końcowej wypowiedzi dr Chruszczyk przypomniał, że nadal nie została rozwiązana kwestia odpowiedniej wyceny naszych usług, co wobec inflacji i rosnących cen materiałów zmusza nas do wykonywania niektórych usług poniżej granicy opłacalności. Na tym zakończono spotkanie z przedstawicielami OOW NFZ.

W dalszej części posiedzenia dr Mokrzycka zdała relację ze spotkania przedstawicieli KS NRL w Centrali NFZ z dnia 06.06.2011. Przedstawiciele KS NRL przygotowali listę procedur, które powodują najwięcej nieporozumień przy składaniu sprawozdań z wykonanych świadczeń (*patrz materiał poniżej – przyp. Redakcji*). Wszystkie zostały kolejno przedyskutowane i uzgodniono sposób ich sprawozdawania. Zaproponowano, aby lista tych procedur wraz ze sposobem kodowania umieszczenia, pojawiła się na stronie internetowej Izby Lekarskiej. Na tym zakończono zebranie.

*Sekretarz Jerzy DRZYŻGA
Przewodnicząca Barbara HAMRYSZAK*

Notatka ze spotkania przedstawicieli KS NRL w centrali NFZ (6 czerwca 2011 r.)

W spotkaniu ze strony KS NRL udział wzięli: A. Baszkowski, M. Klimkowska-Misiak, M. Nakraszewicz, A. Cisło, J. Szczurko. NFZ reprezentowali: K. Maślińska, L. Szalak (kierownik sekcji weryfikacji i waldacji), w drugiej części spotkania dołączył prezes ds. medycznych M. Dworski i Pan Dziełak (zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej).

Zgodnie z ustaleniami z poprzedniego spotkania przedstawiciele KS NRL przygotowali listę procedur, które powodują najwięcej nieporozumień przy składaniu sprawozdań z wykonanych świadczeń. Wszystkie zostały kolejno przedyskutowane i uzgodniono sposób ich sprawozdawania.

23.1601 – niezbędnym jest sprawozdanie z dokładnością do ćwiartek jamy ustnej, tzn. z kodami umiejscowień: 10, 20, 30, 40. Jednocześnie ustalono, że opis świadczenia jest nazwą anatomiczną i odnosi się do łuku zębowego, niezależnie od tego ile zębów w nim występuje.

23.1611 – kod umiejscowienia 00 – całość jamy ustnej.

23.1006 – maksymalna krotność świadczenia wynosi 8 (na kwartał) z umiejscowieniem 00 – całość jamy ustnej. Dopuszamy także, które zęby.

23.1008 – za każdy ząb (maksymalnie 20).

23.2406 – K. Maślińska zobowiązała się przedyskutować problemy ortodontyczne z konsultantem krajowym w dziedzinie ortodoncji i przywrócić kontrolę

aparatu ruchomego górnego i dolnego do limitu 12 wizyt w okresie 12 miesięcy.

23.1810 – umiejscowienie 10, 20, 30, 40 lub 01, 02.

23.1812 – umiejscowienie 01, 02.

23.1815 – umiejscowienie do wszystkich zębów (mlecznych i stałych) 10, 20, 30, 40 lub 01, 02.

23.1608 – 10, 20, 30, 40 (niezależnie od ilości zębów w danej ćwiartce).

Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia – świadczenia obowiązują w danym roku życia.

23.15011 – dziecku przysługują maksymalnie 2 wypełnienia, na jednej wizycie, w zębie mlecznym.

23.01.02 – badanie kontrolne 3 razy w ciągu 12 miesięcy, niekoniecznie w odstępach 4-miesięcznych.

23.1503 – maksymalnie 2 wypełnienia, na jednej wizycie, w jednym zębie.

23.1106 – maksymalnie jeden opatrunek leczniczy, na jednej wizycie, w jednym zębie.

23.1201 – 1 raz w jednym zębie.

Pacjentowi przysługuje każdy rodzaj uzupełnienia protetycznego raz na 5 lat :

23.3102 (uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej włącznie z prostymi doginanymi kłami w zakresie 5-8 brakujących zębów).

23.3103 (w zakresie większym niż 8 brakujących zębów w 1 łuku zębowym).

23.3104 i 23.3105 (bezzębie).

Jolanta SZCZURKO

Program szkoleń prowadzonych w ramach Komisji Kształcenia Podyplomowego OIL w Opolu

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE
1. 18.06.2011 r. godz. 10.00	Dr Marek Dryja Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo Medyczne dla stomatologów (30 osób)	WCM al. Witosa – sala konferencyjna
2. 17.09.2011 r. godz. 10.00	Dr Marek Dryja Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo Medyczne dla stomatologów (30 osób)	WCM al. Witosa – sala konferencyjna
3. 17.09.2011 r. godz. 10.00	Dr n. med. Ewa Chmielik Konsultant wojewódzki w dziedzinie patomorfologii	Współpraca pomiędzy patomorfologiem a klinicystą w zakresie diagnostyki onkologicznej	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
4. 01.10.2011 r. godz. 10.00	Dr Marek Dryja Konsultant wojewódzki w dziedzinie ratownictwa medycznego	Ratownictwo Medyczne dla stomatologów (30 osób)	WCM al. Witosa – sala konferencyjna
5. 22.10.2011 r. godz. 10.00	Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn Konsultant wojewódzki w dziedzinie otolaryngologii	Współpraca laryngologa z lekarzem POZ	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie do siedziby OIL w Opolu – tel. 77 -454-59-39. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 4 pkt. edukacyjne. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

XXXI Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatricznego – Szczecin, 9–11 czerwca 2011

Zjazdy Polskiego Towarzystwa Pediatricznego organizowane są co dwa lata. XXXI Zjazd odbył się w Szczecinie, poprzedziło go Walne Zebranie PTP i wybór nowych władz Zarządu Głównego.

W Zjeździe wzięła również udział reprezentacja lekarzy pediatrów z Opolszczyzny, wśród nich delegaci Polskiego Towarzystwa Pediatricznego: dr Jacek Płonka (Przewodniczący Oddziału Opolskiego), dr Barbara Szczepanik (Przewodnicząca w latach 2003–11), dr Danuta Gmyrek (V-ce Przewodnicząca Oddziału) oraz dr Adam Strzelec (Członek Zarządu Oddziału Opolskiego).

Zjazd zgromadził blisko 2000 lekarzy pediatrów z całej Polski, prawie 150 wykładowców polskich i zagranicznych oraz ponad 100 wystawców.

Dzieci i młodzież do lat 18 stanowią 20% populacji Polski, tak więc na Zjeździe poruszano problemy co piątego Polaka. Zdrowie tej części społeczeństwa w dniu dzisiejszym, wyznaczać będzie parametry naszego zdrowia publicznego w przyszłości. W porównaniu do wielu krajów Unii Europejskiej, polskie dzieci są bardziej zagrożone ubóstwem, a populacja dzieci poniżej 15 roku życia ma o 40% większe ryzyko zgonu, niż ich rówieśnicy z państw unijnych. W naszym kraju od wielu lat nie prowadzi się w pełnym zakresie wczesnej diagnostyki i badań profilaktycznych w kierunku wielu chorób, co

pomogłoby zapobiec licznym, nieodwracalnym następstwom. Wiele należy uczynić także dla poprawienia poziomu udzielania pomocy w stanach nagłych i zagrożenia życia u dzieci i młodzieży.

Podczas Zjazdu przedstawione zostały w szerokim zakresie najważniejsze zagadnienia i doniesienia związane z profilaktyką, diagnostyką oraz leczeniem wielu jednostek chorobowych spotykanych w codziennej praktyce pediatricznej. Bogaty program naukowy Zjazdu, obejmujący wszystkie dziedziny pediatrii i skupiający najbardziej uznanych wykładowców, zapewnił uczestnikom możliwość wzbogacenia swojej wiedzy oraz skonfrontowania doświadczeń każdego z nas z poglądami ekspertów. Stanowił on również forum dla prezentacji osiągnięć poszczególnych ośrodków.

W sesji plakatowej prezentowana była praca dr Jaceka Płonki „Ocena stężenia karnityny w surowicy u dzieci z zespołem nerczycowym”.

Program naukowy uzupełniało zwiedzanie miasta oraz uroczysta kolacja, połączona z występem zespołu Wilki. Materiały konferencji ukazały się jako suplement czasopisma Przegląd Pediatriczny.

Zjazd okazał się udaną, dużą konferencją, należącą do największych organizowanych w Polsce medycznych imprez naukowo-szkoleniowych.

Jacek PŁONKA



Szczecin, 10 czerwca 2011 r. Grupa uczestników Zjazdu podczas Sesji Plakatowej, od lewej: dr Barbara Szczepanik, prof. Katarzyna Ziara, prof. Danuta Zwolińska (przewodnicząca sesji plakatowej), dr Jacek Płonka (autor pracy), dr M. Głońskiak

Recepty, recepty

Wielokrotnie w Biuletynie ukazywały się materiały, z których wynikało jak ważne jest czytelne prowadzenie wszelkiej dokumentacji lekarskiej. Do tych dokumentów należą także recepty lekarskie. W „Gazecie Lekarskiej” od wielu lat funkcjonuje kącik zagadek pn. „Jaki to lek”, w którym zamieszczane są kserokopie recept, a czytelnicy GL mają odpowiedzieć na pytanie, jaki lek został przepisany na tejsze receptce. I dopóki byłby to tylko konkurs w postaci foto-zagadki, to byłoby to troszkę straszne, troszkę śmieszne. Ale należy sobie uświadomić, że przecież na receptce każdy z nas przepisuje konkretnej osobie (nota bene swojemu pacjentowi) konkretne leki. Leki, które mają mu pomóc, a nie zaszkodzić. Tymczasem takie niedbałe, niewyraźne wypełnienie blankietu receptowego może skutkować nie tylko wydaniem niewłaściwego leku przez farmaceutę, ale także poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla samego chorego i odpowiedzialnością karną dla wydającego niewłaściwy lek. Najczęściej jednak sytuacja taka kończy się odmową realizacji recepty w aptece i zmuszeniem pacjenta do ponownej wizyty u lekarza, po receptę napisaną wyraźniej – zbędna dodatkowa fatyga.

Sam należę do osób mających koszmarny charakter pisma (choć bardzo się staram!), ale doskonale rozumiem tę argumentację. Wielokrotnie w swej karierze zawodowej miałem do czynienia z zaświadczeniami, konsulta-

cjami i innymi dokumentami lekarskimi, które miały pomóc mi w pracy z chorym (postawieniem diagnozy, leczeniem itp.) i wiem ile wysiłku wymagało ode mnie odcyfrowanie tego „co kolega miał na myśli”. Podobne doświadczenia ma przecież każdy z Was. I każdy z Was – podobnie, jak i ja – niejednokrotnie irytował się, że zabiera mu to tyle niepotrzebnego czasu.

Nadto takie niechlujne wypełnianie oficjalnych dokumentów chorego (a tym przecież jest także recepta) jest po prostu zwykłym lekceważeniem drugiej osoby. No bo jeśli zwracamy się do kogoś o pomoc, a ten ktoś brzydko mówiąc „odwala całą sprawę” byle bazgrołem, to jest to przejaw lekceważenia partnera. A przecież nikt nie lubi być lekceważony – prawda?

Jeśli do tych bazgrołujących nie przemawia moja do-tychczasowa argumentacja, to niech wezmą także pod uwagę to, że w skrajnych przypadkach, gdy w grę wchodzi sprawa sądowa, nie będzie tłumaczenia, że: „...było dużo pacjentów”, „...miałem mało czasu” itd., jak to się najczęściej słyszy w dyżurkach lekarskich.

Żeby nie był gołosłownym, to przedstawiam Państwu dwie recepty tego samego lekarza (pozbawione oczywiście elementów umożliwiających jakąkolwiek identyfikację), przekazane do naszej izby z Izby Aptekarskiej z prośbą o interwencję. A więc – „chcecie bajki, oto bajka”.

Recepta	Recepta
<div>Świadczeniodawca</div> <div><div>ofer</div><div>ofer</div><div>Uprawnienie</div><div>Ch. przewlekła</div></div>	<div>Świadczeniodawca</div> <div><div>ofer</div><div>ofer</div><div>Uprawnienie</div><div>Ch. przewlekła</div></div>
<div>Lebop 100</div> <div>100g</div> <div>2</div>	<div>Lebop 100</div> <div>100g</div> <div>2</div> <div>Glucoglyc 1000</div> <div>1000g</div> <div>2</div>
<div>Data wystawienia</div> <div>12.06.15</div> <div>Data realizacji od dnia</div> <div>12.06.15</div>	<div>Data wystawienia</div> <div>12.06.15</div> <div>Data realizacji od dnia</div> <div>12.06.15</div>

O nagrodzie naszego kolegi raz jeszcze

W ostatnim numerze Biuletynu pisałem Państwu o nagrodach jakie zdobył nasz Kolega – dr Jan Sagan (Kędzierzyn-Koźle) w Ogólnopolskim Konkursie Fotograficznym Dla Lekarzy p.n. „Okiem Eskulapa” zorganizowanym przez Śląską Izbę Lekarską. Obiecywałem wtedy, że z wielką przyjemnością zamieszczę nagrodzone prace Pana Doktora. W tym numerze spełniam swoje zobowiązane.

Poniżej możecie Państwo sami ocenić cztery zwycięskie fotografie należące do dwóch kategorii: „Oczy widzą serce czuje” oraz „Istota szczegółu”.

Panu Doktorowi zaś jeszcze raz serdecznie gratuluję nagród i pozdrawiam.

Jerzy B. LACH



Nowa ustawa o działalności leczniczej – zarys najważniejszych zmian

W dniu 1 lipca 2011 r. utraciła moc obowiązująca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej i w jej miejsce wprowadzona została ustawa o działalności leczniczej. Ustawa ta obejmuje swym zakresem niezwykle szeroką paletę zagadnień. Przede wszystkim poświęcona jest uregulowaniu zasad działania podmiotów leczniczych (jest to nowa zbiorcza nazwa dla dawnych zakładów opieki zdrowotnej), niemniej jednak część jej postanowień bezpośrednio lub pośrednio dotyczy wykonywania zawodu przez lekarzy.

Z uwagi na niezwykle obszerną materię nowej ustawy o działalności leczniczej, celem artykułu jest przedstawienie najważniejszych wprowadzonych przez tę ustawę zmian, które mogą mieć znaczenie dla osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentystry. Poza zakresem omówienia pozostają zmiany, które dotyczą głównie zakładów opieki zdrowotnej (od lipca podmiotów leczniczych).

Praktyka wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – nowy typ praktyki lekarskiej

Pierwszą zmianą, na którą należy zwrócić uwagę jest poszerzenie katalogu indywidualnych praktyk lekarskich. Dotychczas lekarze mogli tworzyć: indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską oraz indywidualną praktykę w miejscu wezwania i indywidualną specjalistyczną praktykę w miejscu wezwania. Od 1 lipca 2011 r. dodano do tego katalogu jeszcze zupełnie nową, nieznaną dotychczas ustawodawstwu indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego oraz indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

Nowy typ praktyki stanowi odpowiedź ustawodawcy za zapotrzebowanie na tego typu praktykę. Dotychczas lekarze, którzy chcieli zawrzeć kontrakt z zakładem opieki zdrowotnej zwykle zakładali praktykę na wezwanie. Od lipca 2011 r. nowy typ praktyki czyli praktyka wykonywana wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego umożliwi lekarzom wykonywanie świadczeń zdrowotnych, np. w ramach dyżurów szpitalnych czy w ramach tzw. kontraktów całościowych. Istotą tej praktyki – i zarazem znacznym ułatwieniem przy jej rejestracji – jest to, że lekarz, który zamierza

otworzyć tego rodzaju praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego nie musi posiadać w chwili rejestracji własnego sprzętu medycznego, nie musi także wykazywać swojego uprawnienia do pomieszczenia, nie musi też przedstawiać opinii sanepidu. Z punktu widzenia lekarzy uproszczenie jest znaczne, bowiem dotychczas lekarze, którzy w celu pełnienia dyżurów kontraktowych zakładali praktyki na wezwanie musieli posiadać przenośny sprzęt medyczny pozwalający na udzielanie świadczeń w trybie wyjazdowym oraz musieli wskazać lokal, pomieszczenie, w którym przyjmowane są wezwania i w którym przechowywane jest dokumentacja medyczna, lekarze, którzy nie mieli prawa własności lokalu, mieli z tym pewne problemy. Tworząc praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego lekarz nie przedstawia danych o pomieszczeniu.

Praktyka na wezwanie nie w podmiocie leczniczym

Ustawa o działalności leczniczej tworząc nową praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wyraźnie przesądza, że dotychczasowe praktyki wyłącznie w miejscu wezwania nie mogą być wykonywane w podmiocie leczniczym (art. 20 ustawy o działalności leczniczej), który stanowi, że: „*miejscem wezwania nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego*”. Oznacza to, że lekarze, którzy zamierzają udzielać świadczeń w ramach kontraktu z podmiotem leczniczym, że nie mogą w tym celu tworzyć praktyk na wezwanie.

Poszerzenie katalogu spółek, które mogą utworzyć praktykę grupową o spółką jawną

Dotychczas praktyka grupowa mogła być utworzona tylko przez spółkę cywilną lekarzy albo spółkę partnerską. Od lipca 2011 r. ustawodawca oprócz tych dwóch typów spółek przewiduje także, iż lekarze którzy założyli spółkę jawną mogą zarejestrować w izbach lekarskich praktykę grupową. Zmiana ta była dawno oczekiwana, nie było bowiem żadnych uzasadnionych argumentów przeciwko zaakceptowaniu spółki jawnej jako podstawy do założenia praktyki grupowej. Wraz z wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej, lekarze będą mogli utworzyć spółkę jawną, a następnie ta spółka może zarejestrować praktykę grupową. Spółka jawna jest uregu-

lowana w kodeksie spółek handlowych, ważne jest to, że dla jej utworzenia kodeks spółek nie wymaga minimum kapitałowego (nie ma wymogu wniesienia przez wspólników określonej ilości kapitału zakładowego), umowę spółki można sporządzić na piśmie bez udziału notariusza. Spółka jawna powstaje z chwilą wpisania jej do Krajowego Rejestru Sądowego.

Ustawa o działalności leczniczej utrzymała zasadę, że w ramach praktyki grupowej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie przez lekarzy będących współnikami tej spółki (tak wyraźnie art. 18 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej). Praktyka grupowa nie będzie mogła zatem zatrudniać innych lekarzy, nie będących jej współnikami.

Obniżenie wysokości opłaty za zarejestrowanie praktyki lekarskiej

Ustawa o działalności leczniczej utrzymała zasadę, że za wpis do rejestru praktyk lekarskich pobierana jest opłata. Dotychczas za rejestrację praktyki lekarz wносił opłatę w stałej wysokości 350 złotych lub 450 złotych (za praktykę specjalistyczną). Po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej opłata zostanie obniżona, bowiem ustawa przewiduje, że opłata za wpis praktyki do rejestru wynosi 2% przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa GUS, obowiązującego na dzień złożenia wniosku o rejestrację praktyki. Za zmianę wpisu w rejestrze pobierana będzie opłata w wysokości połowy opłaty za wpis. Opłaty według nowej ustawy nie będą określone w wysokości stałej, lecz będą pochodną wysokości przeciętnego wynagrodzenia.

Informacja o wykonywaniu zawodu w formie praktyki

Nowością jest wprowadzony przez ustawę o działalności leczniczej system informowania Państwowej Inspekcji Pracy oraz izb lekarskich o lekarzach wykonujących zawód w formie umowy cywilnoprawnej lub na podstawie kontraktu jako praktyka lekarska. Zgodnie z art. 17 ustawy o działalności leczniczej, w celu monitorowania przestrzegania przepisów prawa pracy, kierownik podmiotu leczniczego raz na kwartał przekazuje Państwowej Inspekcji Pracy oraz organom samorządu zawodowego informację o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych, albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną.

Lekarze, którzy zawarli umowy cywilnoprawne lub – co częściej się zdarza – jako praktyki lekarskie zawarli kontrakt z podmiotem leczniczym, muszą liczyć się z tym, że informacja o tym, że wykonują zawód w którejś z tych form, trafi zarówno do PIR, jak i do izby lekarskiej.

Kara za niezłożenie w terminie informacji o zmianie danych w Rejestrze Praktyk Lekarskich

Ustawa o działalności leczniczej nakłada na lekarza, który zarejestrował praktykę, obowiązek informowania o każdej zmianie danych ujawnionych w rejestrze praktyk w terminie 14 dni od daty powstania tej zmiany. Przykładowo zmiany te mogą dotyczyć miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, adresu zamieszkania lekarza, zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Tego rodzaju obowiązek nie jest oczywiście żadną nowością, gdyż także obecnie lekarz zobowiązany jest aktualizować dane z rejestru praktyk w razie ich zmiany. Nowością natomiast jest to, że w myśl art. 107 ust. 2 w razie niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni, okręgowa rada lekarska jako organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich może nałożyć na lekarza karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę. Z brzmienia przepisu wynika, że lekarz który naruszył obowiązek aktualizacji danych w rejestrze praktyk nie musi być automatycznie ukarany tą karą – okręgowa rada lekarska tą karę może (a nie musi) nałożyć. Ponadto wysokość kary nie jest sztywno określona, podano tylko jej górną granicę, dlatego przy wymierzaniu kary trzeba będzie każdorazowo badać zarówno przyczyny opóźnienia w złożeniu aktualizacji danych, liczbę dni opóźnienia i inne okoliczności istotne dla sprawy.

Ubezpieczenie OC dla lekarzy w nowej formule

Ustawa o działalności leczniczej porządkuje też kwestię obowiązkowego OC w służbie zdrowia. Jak wiadomo obecnie obowiązują trzy różne obowiązkowe ubezpieczenia OC:

dla prywatnych praktyk lekarskich, które zawarły umowę z NFZ (art. 136b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

dla prywatnych praktyk lekarskich, które zawarły kontrakt z publicznym zakładem opieki zdrowotnej (art. 35 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej)

dla lekarzy prowadzących działalność medyczną na rzecz pacjentów w formie praktyki lekarskiej (art. 48a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

W obecnym stanie prawnym, w skrajnych sytuacjach lekarz prowadzący praktykę musi posiadać trzy różne polisy obowiązkowego OC.

Zamiarem ustawy o działalności leczniczej jest zmiana tej nadmiernie skomplikowanej sytuacji. Od dnia 1 stycznia 2012 r. będzie obowiązywało jedno ubezpieczenie, przewidziane w art. 25 ustawy o działalności leczniczej. Na razie nie są jeszcze znane wysokości sum gwarancyjnych tego ubezpieczenia, gdyż zgodnie z upoważnieniem zawartym w ustawie o działalności leczniczej mają one zostać określone przez Ministra Finansów w drodze rozporządzenia.

Nowością jest również to, że fakt zawarcia umowy ubezpieczenia oraz potwierdzające to dokumenty, lekarz prowadzący praktykę będzie musiał złożyć okęgowej radzie lekarskiej prowadzącej rejestr praktyk lekarskich. Na złożenie stosownego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia OC ustawa o działalności leczniczej wyznacza lekarzowi prowadzącemu praktykę termin 7 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

Czas pracy lekarzy

Można powiedzieć, że ustawa o działalności leczniczej w zasadniczym kształcie kopiuje dotychczasowe zawarte w ustawie o zoz-ach zasady ustalania i rozliczania czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Dość wspomnieć, że nadal dzienna norma czasu pracy po 1 lipca 2011 r. wynosić będzie 7 godz. 35 minut oraz 37 godzin 55 minut na tydzień. W ustawie o działalności leczniczej pozostawiono też dotychczasową regulację dyżuru medycznego i dyżuru pod telefonem. Lekarzowi nadal będzie przysługiwało prawo do odpoczynku bezpośrednio po zakończonym dyżurze. Wciąż dopuszczalne będzie podpisywanie klauzuli Opt-Out zezwalającej lekarzowi na pracę przekraczającą 48 godzin na tydzień.

Zmiana dotyczy natomiast pracowników, którzy na mocy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej mieli skrócone normy czasu pracy – chodzi o pracowników komórek radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektoriów. Ustawa o działalności leczniczej przewiduje, że do lipca 2014 r. pracownicy ci nadal będą wykonywać pracę w wymiarze 5 godzin na dobę, ale od 1 lipca 2014 r. ich czas pracy zostanie zrównany z czasem pracy pozostających pracowników podmiotu leczniczego, tj. 7 godz. i 35 minut na dobę.

System ordynatorski lub system osoby kierującej oddziałem

Ustawa o działalności leczniczej, bezpośrednio wprowadza regulacje umożliwiające dyrektorom publicznych szpitali działających w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki budżetowej, dokonania wyboru formy zarządzania oddziałami szpitalnymi. Ustawa przewiduje, że oddziałem może kierować ordynator wybierany w drodze konkursu, w przypadku jednak, gdy oddziałem kieruje lekarz nie będący ordynatorem, ustawa o działalności leczniczej wskazuje, że lekarz kierujący oddziałem nie musi być wybrany w drodze postępowania konkursowego. Dokumentem, który decyduje o tym, czy w danym szpitalu wybiera się ordynatora, czy lekarza kierującego oddziałem jest regulamin organizacyjny szpitala.

Należy zauważyć, że w stosunku do lekarzy, którzy podejmą zatrudnienie nie jako ordynatorzy wyłonieni w drodze konkursu, lecz jako osoby kierujące oddziałem, nie obowiązują ochronne przepisy prawa stanowiące, że z ordynatorem należy zawrzeć umowę o pracę na czas określony 6 lat.

Trzeba też odnotować, że wprawdzie ustawa o działalności leczniczej daje szpitalom uprawnienie do powoływania lekarzy kierujących oddziałem bez postępowania konkursowego, ale zarazem nie zabrania dyrektorom szpitali przeprowadzania konkursu na stanowisko osoby kierującej oddziałem.

Michał KOZIK, radca prawny

(przedruk z biuletynu „Pro Medico” 7-8/11)

Ustawa refundacyjna – podsumowanie cz. I

25.05.2011 r. prezydent RP podpisał ustawę refundacyjną, regulującą m.in. zasady wystawiania recept refundowanych. Ostateczny jej kształt istotnie odbiega od pierwotnego projektu i jest korzystniejszy dla środowiska lekarskiego. Mimo to nowe przepisy znacznie pogarszają naszą sytuację.

Najważniejsze zapisy ustawy refundacyjnej

Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych pozostawia dotychczasową możliwość wystawiania recept refundowanych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego bez zawierania umów z NFZ. Przepis ten, dotyczący dużej liczby lekarzy POZ i pracujących w szpitalach, uniemożliwia bezpośrednie karanie lekarzy przez NFZ za błędy w wystawianiu recept refundowanych. Kary mogą być nakładane na podmiot zatrudniający lekarza.

Początkowo projekt ustawy refundacyjnej przewidywał konieczność zawierania umów z NFZ przez wszystkich lekarzy. Korzystne zmiany zostały wprowadzone praktycznie w ostatniej chwili przez Senat. Prawdopodobnie istotny wpływ na ich uchwalenie miała zapowiedź bojkotu recept refundowanych, a w szczególności uchwalenie 9.04.2011 r. przez Okręgowy Zjazd Delegatów OIL w Warszawie stanowiska wzywającego do niezawierania umów z NFZ.

Choć najbardziej kontrowersyjne przepisy zostały usunięte, ustawę należy nadal oceniać negatywnie. Pogarsza bowiem naszą sytuację, nadając rangę ustawową karom za błędy w wystawianiu recept refundowanych oraz wprowadzając karę do ośmiu lat więzienia za przyjmowanie niezdefiniowanych korzyści osobistych i majątkowych w związku z wystawianiem takich recept. Utrzymuje również podział na lekarzy NFZ i praktykujących prywatnie oraz sankcjonuje zbędne angażowanie lekarzy w ocenę uprawnień do refundacji leków.

Ustawa refundacyjna krok po kroku

Osobom lubiącym czytać akty prawne polecam cały tekst ustawy zamieszczony na stronie Sejmu [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3491_u/\\$file/3491_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3491_u/$file/3491_u.pdf). Pozostałym czytelnikom proponuję skrótowe omówienie najważniejszych paragrafów odnoszących się do recept refundowanych.

Art. 2 ust. 14 – definicja osób uprawnionych

Do wystawiania recept refundowanych uprawnione są trzy grupy: lekarze ubezpieczenia zdrowotnego, lekarze, z którymi NFZ zawarł umowę o wystawianie recept refundowanych, oraz lekarze niewykonujący zawodu, z którymi NFZ zawarł umowę o wystawianie recept refundowanych dla wystawiającego, współmałżonka, wstępnych i zstępnych oraz rodzeństwa.

Art. 48 ust. 3 i 4 – zasady zawierania umów

Umowy o wystawianie recept refundowanych powinny być zawierane z każdym oddziałem NFZ, na terenie którego lekarz udziela świadczeń. Muszą być do nich wprowadzone zobowiązania lekarza i Funduszu, kary umowne, miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych oraz warunki wypowiedzenia lub rozwiązania umowy.

Art. 48 ust. 8 – zasady zwrotu kwot nienależnej refundacji

Lekarz jest zobowiązany do zwrotu kwot nienależnej refundacji z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji w trzech przypadkach: wystawienia recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi, niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy lub niezgodnej z obwieszczeniami określającymi zasady refundacji. Ustawa pomija kilka dotychczasowych przyczyn uznania refundacji za niezasadną, takich jak błędne wystawienie recepty, wystawienie recepty niezgodnie z przepisami czy też w miejscu niewskazanym w umowie. Nie wiadomo, czy przyczyny te nie zostaną wprowadzone bezpośrednio do umów z inicjatywą NFZ.

Art. 48 ust. 9 – wyłączenie odpowiedzialności lekarza w przypadku fałszerstwa recepty lub dokumentu potwierdzającego uprawnienia

Przepis ten nie obejmuje niestety wszystkich sytuacji powodujących rozbieżność między dokumentem potwierdzającym uprawnienia a stanem faktycznym (np. pomyłki).

Art. 48 ust. 10 i 11 – karne rozwiązanie umowy i okresy karencji

Ustawa nadaje Funduszowi prawo natychmiastowego rozwiązania umowy w przypadku utrudniania kontroli lub niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych (czyli np. niezwrócenia kwot nienależnej refundacji). Przy pierwszym rozwiązaniu umowy NFZ może ją podpisać na nowo dopiero po roku, przy drugim – po trzech latach. Przez ten czas lekarz jest pozbawiony prawa wystawiania recept refundowanych.

Art. 49 ust. 3 – zakaz stosowania zachęt do wystawiania leków refundowanych

Paragraf ten wymienia aż 21 rodzajów zabronionych korzyści, m.in. nagrody, prezenty, wycieczki, transakcje wiązane i usługi sponsorowane. Zabronione będzie więc przyjmowanie gadżetów od firm farmaceutycznych, udział w poczęstunku, w sponsorowanych konferencjach naukowych, warsztatach i szkoleniach, o ile będzie się wiązał z późniejszym przepisaniem leków refundowanych.

Art. 54 ust. 2, 5 i 6 – odpowiedzialność karna lekarzy

Przepis przewiduje karę od sześciu miesięcy do ośmiu lat pozbawienia wolności za żądanie lub przyjęcie korzyści majątkowej (lub jej obietnicę) za wystawienie recepty lub powstrzymanie się od jej wystawienia. Za czyn mniejszej wagi kara ograniczona jest do lat trzech. Zapewne przepis ten w pierwotnym zamyśle miał przeciwdziałać korumpowaniu lekarzy przez firmy farmaceutyczne. Nieprecyzyjne jego brzmienie umożliwia jednak teoretycznie kierowanie zarzutów wobec lekarzy wystawiających recepty refundowane w ramach płatnej wizyty w prywatnym gabinecie lekarskim (!).

Termin wejścia ustawy w życie

Co prawda całość ustawy wchodzi w życie 1.01.2012 r. (art. 86), ale przepisy dotyczące zawierania umów z NFZ zaczną obowiązywać już w dwa tygodnie od opublikowania w Dzienniku Ustaw (art. 86 ust. 1). Dotychczasowe regulacje dotyczące zasad wystawiania recept refundowanych zostaną uchylone z 1.07.2012 r. (art. 86 ust. 2). Oznacza to, że przez rok będzie możliwe wystawianie recept zarówno na podstawie „starych”, jak i „nowych” umów z NFZ. Art. 80 ust. 2 stwierdza, że strony dotychczasowych umów o wystawianie recept refundowanych mają czas na dostosowanie ich treści do przepisów ustawy refundacyjnej do 30.06.2012 r.

Cel dalszych działań

Nasilone kontrole NFZ oraz zamieszanie wokół ustawy refundacyjnej uświadomiły lekarzom zagrożenia związane z wystawianiem recept refundowanych. Wiele z nas zadaje sobie pytanie, czy warto podpisywać nowe umowy z NFZ i narażać się na kary niewspółmierne do przewinienia. Najlepszym rozwiązaniem byłoby uwolnienie się lekarzy od obowiązku oceny uprawnień do refundacji recept, zgodnie z zasadą „my leczymy, wy refundujecie”. Możliwością osiągnięcia tego celu poświęcony będzie artykuł w kolejnym numerze „Pulsu”.

Maciej JĘDRZEJOWSKI
przewodniczący Zespołu ds. Wynagrodzeń ORL
w Warszawie, członek ORL w Warszawie
mjedrzejowski@warszawa.orl.org.pl

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 7/11)

VAT w usługach medycznych

W związku z wprowadzeniem od 1 stycznia 2011 r. zmian w ustawie o podatku VAT zdecydowana większość lekarzy ma duże kłopoty ze zrozumieniem obowiązujących przepisów w kontekście świadczenia usług medycznych.

Problemy budzą następujące zagadnienia:

- Czy według nowych przepisów istnieje obowiązek płacenia podatku VAT przez wszystkich lekarzy?
- Kto musi płacić taki podatek?
- Jaka jest procedura płacenia takiego podatku?

Ustawa o podatku od towarów i usług przewiduje dwa rodzaje zwolnień od podatku VAT, a mianowicie zwolnienie podmiotowe i przedmiotowe.

Zwolnienie podmiotowe

Zwolnienie podmiotowe z podatku VAT reguluje znowelizowany art. 113 ustawy, na mocy którego zwalnia się od podatku podatników, u których wartość sprzedaży opodatkowanej (netto) nie przekroczyła łącznie w poprzednim roku podatkowym kwoty 150 tys. zł. Do wartości sprzedaży nie wlicza się wartości towarów i usług zwolnionych. Tak więc większość lekarzy i lekarzy dentyistów korzysta ze zwolnienia podmiotowego.

Kto może korzystać ze zwolnienia podmiotowego z podatku VAT w 2011 r.?

1. Podatnicy kontynuujący działalność w 2011 r.

Podatnicy kontynuujący działalność gospodarczą z lat poprzednich, których łączne obroty ze sprzedaży opodatkowanej w 2010 r. nie przekroczyły kwoty 100 tys. zł (limit obowiązujący do grudnia 2010 r.) są zwolnieni od podatku VAT do momentu przekroczenia kwoty 150 tys. zł w trakcie 2011 r.

Przykład 1

Podatnik, o którym mowa wyżej, korzystający ze zwolnienia podmiotowego od podatku VAT osiągnął w 2010 r. obroty w wysokości 80 tys. zł. Podatnik mógł korzystać ze zwolnienia od podatku w 2010 r. i od 1 stycznia 2011 r. nadal może korzystać z tego zwolnienia. Zwolnienie w 2011 r. będzie obowiązywało do momentu przekroczenia kwoty 150 tys. zł.

Przykład 2

Podatnik, o którym mowa wyżej, korzystający ze zwolnienia podmiotowego od podatku VAT osiągnął w 2010 r. obrót w wysokości 105 tys. zł. Podatnik utracił prawo do zwolnienia od podatku VAT w 2010 r. z chwilą przekroczenia kwoty obrotu 100 tys. zł (limit obrotu uprawniający do zwolnienia w 2010 r.). Podatnik z chwilą utraty prawa do zwolnienia od podatku VAT powinien zarejestrować się jako podatnik VAT – czynny.

2. Podatnicy rozpoczynający działalność w 2011 r.

Zwolnienie przysługuje z mocy prawa, do momentu przekroczenia w 2011 r. limitu obrotu ze sprzedaży opo-

datkowanej w kwocie 150 tys. zł, wyliczonego proporcjonalnie do okresu prowadzenia działalności w 2011 r. Limit obrotu, po przekroczeniu którego następuje utrata prawa do zwolnienia od podatku VAT należy wyliczyć wg wzoru:

150 tys. zł x ilość dni od podjęcia działalności do końca roku kalendarzowego (365 dni w roku)

Przykład 3

Podatnik rozpoczął działalność gospodarczą od dnia 1.03.2011 r. Wynika z tego, że w 2011 r. podatnik będzie prowadził działalność przez 306 dni. Wyliczona kwota uprawniająca do zwolnienia z VAT to 125.753 zł.

Podatnik będzie mógł korzystać ze zwolnienia od podatku VAT do momentu, gdy obroty ze sprzedaży opodatkowanej nie przekroczą w trakcie 2011 r. kwoty 125.753 zł. W momencie, kiedy kwota ta zostanie przekroczona, zwolnienie traci moc z dniem przekroczenia tej kwoty. Opodatkowaniem podatkiem VAT podlega nadwyżka obrotu ponad kwotę 125.753 zł. Z momentem utraty prawa do zwolnienia od podatku VAT podatnik powinien zarejestrować się jako podatnik VAT – czynny.

Zgodnie z art. 109 ustawy podatnicy (w tym lekarze i lekarze dentyści) zwolnieni od podatku na mocy art. 113 są obowiązani prowadzić ewidencję sprzedaży za dany dzień, nie później jednak, niż przed dokonaniem sprzedaży w dniu następnym.

Zaniebywanie tego obowiązku może spowodować negatywne konsekwencje. Ustawodawca w art. 109 ust. 2 ustawy o VAT przewidział sankcje z tytułu nie prowadzenia lub nierzetelnego prowadzenia ewidencji sprzedaży. W przypadku braku tej ewidencji naczelnik urzędu skarbowego lub organ kontroli skarbowej określa wartość nie zaewidencjonowanej sprzedaży w drodze oszacowania i ustala podatek z zastosowaniem stawki VAT 23%, bez prawa obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego.

Przepisy o VAT nie określają powszechnie obowiązującego wzoru ani też formy ewidencji uproszczonej. Dokonywanie chronologicznych zapisów daty i wartości sprzedaży jest niezbędne do ustalenia momentu, w którym podatnik przekroczy obrót uprawniający do korzystania ze zwolnienia. Ustawodawca nie narzuca sposobu prowadzenia tej ewidencji, ale musi być ona prowadzona w sposób rzetelny i terminowy. Za uproszczoną ewidencję sprzedaży można zatem uznać zapisy w podatkowej księdze przychodów i rozchodów, jeśli są dokonywane codziennie lub w każdym dniu sprzedaży. Przykładowe wzory są dostępne na stronach internetowych lub do kupienia w punktach sprzedaży działających na terenie urzędów skarbowych.

Zwolnienie przedmiotowe

Po nowelizacji przepisów usługi medyczne zostały zwolnione z podatku VAT na podstawie art. 43 ust 1:

- pkt 18: usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawę towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane przez zakłady opieki zdrowotnej;
- pkt 19: usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, świadczone przez lekarzy i lekarzy dentystów.

W praktyce może to oznaczać wyłączenie części usług opieki medycznej z zakresu obowiązywania zwolnienia (przykładem mogą być badania genetyczne wykonywane w celu stwierdzenia pokrewieństwa).

Na podstawie art. 96 ustawy o VAT, podatnicy (w tym lekarze i lekarze dentyści) zwolnieni z podatku ze względu na limit sprzedaży opodatkowanej lub wykonujący czynności zwolnione od podatku VAT (w naszym przypadku – usługi medyczne) mogą złożyć zgłoszenie rejestracyjne. Będą wówczas „podatnikami VAT zwolnionymi”.

Jeżeli „podatnik zwolniony” rozpocznie dokonywanie sprzedaży opodatkowanej, utraci zwolnienie od podatku lub zrezygnuje z tego zwolnienia, obowiązany jest do aktualizacji tego zgłoszenia, a pozostali podatnicy – do złożenia zgłoszenia rejestracyjnego jako podatnik „czynny” w terminie: „przed dniem, w którym podatnik traci prawo do zwolnienia, o którym mowa w art. 113 ust. 1 i 9.”

Lekarz i lekarz dentyista „vatowiec” przy sprzedaży wystawia faktury VAT i na podstawie deklaracji VAT odprowadza podatek do urzędu skarbowego, po zmniejszeniu o podatek VAT zawarty w fakturach zakupu.

Lekarz i lekarz dentyista, który nie jest „vatowcem” VAT zawarty w fakturach zakupu odnosi w koszty, a sprzedaż dokumentuje rachunkami.

Kasy fiskalne

Z dniem 1 maja 2011 r. lekarze i lekarze dentyści są zobowiązani ewidencjonować sprzedaż na rzecz osób nieprowadzących działalności gospodarczej, tzw. sprzedaż konsumencką w kasie fiskalnej.

Dla obowiązku instalacji kasy nie ma znaczenia, czy podatnik jest zarejestrowany jako podatnik VAT czynny czy zwolniony i czy w ogóle jest zarejestrowany.

Tylko podatnik dokonujący sprzedaży wyłącznie na rzecz podmiotów prowadzących działalność gospodarczą nie będzie musiał stosować kasy. Dotyczy to zarówno lekarzy i lekarzy dentyistów świadczących usługi w ramach kontraktu na rzecz szpitala, przychodni czy NFZ, jak i innych podmiotów obsługujących firmy.

Zwolnienie z obowiązku instalacji kasy dotyczy tylko podatników, którzy w zeszłym roku dokonali sprzedaży konsumenckiej na kwotę nieprzekraczającą 40 tys. zł oraz nie przekroczyli tej kwoty w tym roku. Obliczając wartość obrotów, bierze się pod uwagę tylko sprzedaż na rzecz osób fizycznych (sprzedaż konsumencką). Ze zwolnienia będą więc mogły skorzystać podmioty, które współpracują z podmiotami gospodarczymi i które okazjonalnie świadczą usługi na rzecz osób fizycznych.

Podatnik, który rozpoczął działalność w tym roku, może nie stosować kasy do czasu uzyskania obrotu równej kwocie 20 tys. zł.

Podatnikowi, który rozpoczął ewidencjonowanie sprzedaży konsumenckiej w obowiązujących terminach i wykonuje czynności wyłącznie zwolnione od podatku (zwolnienie przedmiotowe) lub jest podatnikiem zwolnionym od podatku na podstawie art. 113 (zwolnienie podmiotowe) urząd skarbowy przysługującą mu ulgę z tytułu zakupu kasy (wysokości 90% ceny zakupu netto, nie więcej niż 700 zł) zwraca na rachunek bankowy podatnika.

Anna ĆWIKIEŁ

(przedruk z biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej nr 6/11)

Zgoda pacjenta na proponowane leczenie cz. II

Nie każda interwencja medyczna ma zawsze charakter leczniczy. Istnieją sytuacje, w których głównymi przestankami do wykonania zabiegu są względy kryminalogiczne, eugeniczne, społeczne czy etyczne. Powyższe działania nie odnoszą się bezpośrednio do ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o prawach pacjenta, dlatego wymagają szczególnej regulacji i interpretacji prawnej. Świadczeniami zdrowotnymi są bowiem działania służące zachowaniu, przywracaniu, ratowaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania wynikające z procesu

leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Zabiegi przerywania ciąży, z uwagi na szczególny wymiar moralny w społeczeństwie polskim, a także jednoznacznie negatywne stanowisko Kościoła Katolickiego, pozostają nadal przedmiotem nieustających dyskusji. W opinii Kościoła Katolickiego nie ma takiej sytuacji, która usprawiedliwiałaby celowe zakończenie życia nie-narodzonego płodu. Cytując Katechizm Kościoła Katolickiego: „*Życie ludzkie od chwili poczęcia powinno*

być szanowane i chronione w sposób absolutny. Już od pierwszej chwili swego istnienia, istota ludzka powinna mieć przyznane prawa osoby, wśród nich nienaruszalne prawo każdej niewinnej istoty do życia". Na podstawie powyższego, własne przekonania religijne i etyczne lekarza i pacjenta rodzą wiele dylematów decyzyjnych w zakresie proponowanej interwencji medycznej. Lekarz ma obowiązek uszanowania woli pacjenta dotyczącej stosowanego leczenia, jeśli jednak jest to niezgodne z jego własnym sumieniem, ma prawo do powstrzymania się od wykonania świadczeń zdrowotnych. Podstawę prawną stanowi Dziennik Ustaw z 2005 r. nr 226, poz. 1943, ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jednocześnie w myśl Kodeksu Etyki Lekarskiej w Części Szczegółowej, Rozdz. 1, art. 7, lekarz nie podejmując lub odstępując od leczenia, winien wskazać choremu inne możliwości i miejsce otrzymania pomocy lekarskiej.

Zgodnie z art. 4a ust. 1 Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r., przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy: pkt 1 – ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, pkt 2 – badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, pkt 3 – zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (np. gwałt, kazirodztwo). W przypadkach określanych w punktach 1 i 2, przerwanie ciąży jest dopuszczalne do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, zwykle szacowanej na ukończony 23 tydzień ciąży. W przypadku określonym w punkcie 3 – jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. Przepis art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, nie uzależnia dopuszczalności przerywania ciąży od ustalenia w sposób pewny, że płód jest dotknięty określoną wadą genetyczną. W myśl ustawy, do podjęcia decyzji o wcześniejszym zakończeniu ciąży, wystarczają już wysoce prawdopodobne przesłanki medyczne, świadczące o nieodwracalnym uszkodzeniu płodu. Z etycznego punktu widzenia, lekarz powinien jednak posłużyć się wszystkimi możliwymi metodami diagnostycznymi, by określić w sposób najbardziej prawdopodobny istnienie uszkodzenia płodu. Etyka zobowiązuje lekarza do poznania i poszanowania opinii i preferencji pacjenta.

W ramach prenatalnych badań przesiewowych (11-14 tyg. ciąży), opracowanych na podstawie modelu łączącego wiek ciężarnej, ocenę biochemicznych markerów (wolna podjednostka Beta HCG i specyficzne białko PAPP-A z surowicy krwi ciężarnej) i cechy ultrasonogra-

ficzne oglądanego płodu, możliwe jest wykrycie 80-90% nieprawidłowych płodów w I trymestrze ciąży. Określenie płodowego kariotypu jest możliwe dopiero w oparciu o hodowlę amniocytów, uzyskanych drogą inwazyjnej amniopunkcji (16-18 tyg. ciąży).

Wykonywanie zabiegu przerwania ciąży może być przeprowadzone jedynie w warunkach szpitalnych. W sytuacji, gdy zabieg przerwania ciąży dotyczy osoby małoletniej lub całkowicie ubezwłasnowolnionej, niezbędna jest pisemna zgoda przedstawiciela ustawowego. W sytuacji, gdy małoletnia ukończyła 13 lat, wymagana jest zgoda podwójna: ciężarnej i przedstawiciela ustawowego. Przy nieukończonym 13 roku życia – zgodę na zabieg przerwania ciąży wyraża sąd opiekuńczy, po uprzednim wysłuchaniu własnej opinii ciężarnej. W razie niewyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego lub jego sprzeciwu, niezbędna jest zgoda zastępcza sądu opiekuńczego. Do przerwania ciąży wymagana jest zgoda pisemna kobiety w formie oświadczenia oraz dodatkowo zaświadczenie konsultacyjne lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, innego niż dokonujący zabiegu przerwania ciąży. Przerwanie ciąży może być przeprowadzone po upływie 3 dni od konsultacji, w warunkach podtrzymania jego zamiaru przez kobietę ciężarną. Istotą wspomnianej konsultacji jest ustalenie sytuacji zdrowotnej kobiety, wskazanie dostępnych i alternatywnych form pomocy, poinformowanie o aspektach medycznych i powikłaniach związanych z zabiegiem przerwania ciąży. Za zgodą kobiety, podczas konsultacji może być obecny jej partner, mąż lub inna bliska osoba.

W przypadku naruszenia przepisów wspomnianej ustawy lekarz podlega odpowiedzialności karnej z art. 152 Kodeksu Karnego:

- §1 – Kto za zgodą kobiety przerywa jej ciążę z naruszeniem przepisów ustawy, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
- §2 – Tej samej karze podlega, kto udziela kobiecie ciężarnej pomocy w przerywaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy lub ją do tego nakłania.
- §3 – Kto dopuszcza się czynu określonego w §1 i §2, gdy dziecko osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Jeśli następstwem czynu określonego w art. 152 §1 lub §2 jest śmierć kobiety ciężarnej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 1 roku do 10 (Art. 154 §1). Jeśli zaś następstwem czynu określonego w art. 152 §3 jest śmierć kobiety ciężarnej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12 (Art. 154 §1).

Zastosowanie może mieć także artykuł 157a. §1: kto powoduje uszkodzenie ciała dziecka poczętego lub rozstrój zdrowia zagrażający jego życiu, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wol-

ności do lat 2. Nie popełnia przestępstwa lekarz, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego (Art. 157a. §2). Nie podlega karze matka dziecka poczętego, która dopuszcza się czynu określonego w §1 (Art. 157a. §3).

PIŚMIENNICTWO:

- Drozdowska U., Wojtal W. Zgoda i informowanie pacjenta. Warszawa 2010.
Brzeziński T. Etyka Lekarska. Warszawa 2002.
Dziennik Ustaw Nr 111, poz. 535.
Dziennik Ustaw Nr 17, poz. 78.
Dziennik Ustaw Nr 234, poz. 1570.
Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – art. 15, 16, 17, 18.
Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty – art. 32, 33, 34, 35.
Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r. (z 1993 r., Dz. U. nr 17, poz. 78, tekst jedn. po zm. z 1995 r., nr 66, poz. 334, z 1996 r., nr 139, poz. 646, z 1997 r. nr 141, poz. 943, nr 157, poz. 1040 i z 1999 r. nr 5, poz. 32).
Kodeks Etyki Lekarskiej ze zmianami uchwalonymi przez III Krajowy Zjazd Lekarzy 1993 r.
K.H. Nicolaides, P. Węgrzyn. Badanie ultrasonograficzne między 11+0-13+6 tygodniem ciąży. 2004 r.

Ponieważ zgoda na zabieg przerywania ciąży uregulowana ustawą nie wyczerpuje do końca uwarunkowań tego problemu, lekarz powinien zawsze postępować etycznie, służąc życiu i zdrowiu kobiety.

Maciej ZIĘTEK
Wiceprzewodniczący Okręgowego
Sądu Lekarskiego OIL w Szczecinie

(przedruk z „Vox Medici” 2/11)

Jak wystawiać recepty na leki refundowane

Wystawianie recept na leki refundowane obrosło gąszczem przepisów, które skrupulatnie bada Narodowy Fundusz Zdrowia. W razie stwierdzenia najdrobniejszych uchybień karze aptekarza bądź lekarza za nieprzestrzeganie prawa. Przedstawiamy informację na temat właściwego wystawiania recept, dzięki czemu być może zarówno lekarze, jak i aptekarze unikną nieprzyjemności ze strony NFZ.

Zagadnienia zostały wybrane z uwagi na powtarzające się zgłoszenia kłopotów z realizacją recept zgłaszane przez aptekarzy. Redakcja „Pulsu” dziękuje za konsultację i okazaną pomoc dyrektorowi Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Arturowi Pałkowi oraz zastępcy głównego inspektora farmaceutycznego Zbigniewowi Niewójtowi.

Niniejszy tekst zawiera jedynie informacje ogólne i nie wyczerpuje omawianego zagadnienia, a decyzje należy podejmować na podstawie analizy odpowiednich aktów prawnych.

Miejsce wystawiania recepty a jej wzór, czyli nie należy mnożyć bytów ponad wszelką potrzebę

Wiele problemów mają aptekarze z receptami, na których widnieją oznaczenia dwóch świadczeniodawców, np. prywatnej praktyki oraz szpitala.

Należy pamiętać, że obowiązuje reguła podawania na receptę nazwy **jednego** świadczeniodawcy, do którego zgłosił się pacjent i u którego znajduje się jego dokumentacja medyczna. Innymi słowy: pacjent dostaje receptę

od tego świadczeniodawcy, do którego się zgłosił, a dane tego świadczeniodawcy (i tylko tego) powinny być umieszczone w lewym górnym rogu recepty. Recepta jest zatem najczęściej wystawiana przez lekarza:

1. z SPZOZ-u (recepta z nadrukiem bądź pieczętą zawierającą dane SPZOZ-u),
2. z NZOZ-u (recepta z nadrukiem bądź pieczętą NZOZ-u),
3. prowadzącego prywatną praktykę (nadruk lub pieczętą z danymi praktyki lekarskiej),
4. dla niego samego lub członków rodziny – *pro auctore/pro familia* (nadruk bądź pieczętą z danymi lekarza oraz numerem jego indywidualnej umowy z Funduszem).

W skrócie: nie można wystawić takiej samej recepty dla tego samego pacjenta z dwóch miejsc pracy.

Lekarze, niestety, muszą zwrócić uwagę na to, że powinni stosować tyle rodzajów recept z odpowiednimi nadrukami (i/lub kodami paskowymi, pieczętami), ile mają miejsc pracy. Wystawia się receptę z nadrukiem (pieczętą, kodem paskowym) zawierającym dane miejsca przyjęcia pacjenta.

Lekarze, którzy podpisali indywidualne umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na wystawianie recept na leki refundowane dla siebie i swojej rodziny, mają przyznany numer, rozpoczynający się od liczby: 98. Jeśli recepta tego typu jest wydrukowana z systemu elektronicznego NFZ, numer znajduje się w środkowym kodzie paskowym. Ten rodzaj recepty jest przeznaczony **wyłącznie** dla lekarza i jego rodziny. Nie można na

niej dostawić pieczątki prywatnej praktyki. NFZ uznaje wtedy, że recepta została wystawiona jednocześnie przez dwóch świadczeniodawców. **Jeśli apteka wyda pacjentowi leki refundowane, wypisane na receptę, na której widnieją nazwy dwóch świadczeniodawców, w razie kontroli NFZ ukarze aptekarza z tytułu nie- należnej refundacji: musi zwrócić Funduszowi kwotę wynikającą z refundacji leków wydanych na podstawie takiej recepty.**

Jeśli lekarz wystawia receptę pacjentowi, którego leczy w ramach swej prywatnej praktyki, recepta musi zawierać w lewym górnym rogu dokładne dane gabinetu: nazwę, adres z kodem pocztowym, numerem telefonu (bez prefiksu „0”) oraz numer REGON danej praktyki. Może być na niej umieszczony numer umowy rozpoczynający się od liczby: 98 w pieczęcie bądź w nadruku z danymi gabinetu, nie może jednak zawierać dwóch nadruków, np. o treści:

Jan Kwiatkowski, ul. Polna 27/8, 00-000 Warszawa, tel. 22-600-00-00, nr umowy: 980700000

oraz nadruku bądź pieczątki:

Gabinet lekarski Jana Kwiatkowskiego, ul. Leśna 5, 01-111 Warszawa, tel. 22-620-00-00, REGON 007755777.

Podobnie na receptę z nadrukiem danych szpitala nie należy dostawiać pieczątki z danymi gabinetu prywatnego.

Dane pacjenta, czyli więcej cyferek

Na receptę muszą być wpisane dane pacjenta: imię, nazwisko, adres (dokładny – razem z numerem domu i mieszkania) oraz PESEL. **Nie trzeba umieszczać numeru PESEL tylko na receptę na leki ze 100% odpłatnością.** Koniecznie należy pamiętać, że na receptę dla dziecka musi być wpisany jego wiek (niezależnie od numeru PESEL).

Uprawnienia – mały szczegół, a istotny

W polu „Uprawnienia” mogą się znaleźć skróty, m.in.: ZK (zasłużony honorowy krwiodawca), IB (inwalida wojenny), IW (inwalida wojskowy) bądź znak „X”. Warto pamiętać o znaku „X”, bo jeśli go lekarz nie postawi, zostawi to pole puste, wypisując receptę dla pacjenta nieposiadającego wymienionych uprawnień, może się zdarzyć, że pacjent dopisze uprawnienie, które mu nie przysługuje, a lekarz z tego powodu będzie miał nieprzyjemności.

Choroby przewlekłe: „P” czy „X”, czyli uwaga, miny!

Pole „Choroby przewlekłe” na receptę może się zmienić w pole minowe dla lekarza. Wydawałoby się, że jego wypełnienie jest łatwe: „P” – jeśli pacjent cierpi na chorobę przewlekłą, „X” – jeśli nie. Tak proste to jednak nie jest. Odpłatność za ten sam lek może być różna,

w zależności od rozpoznania postawionego przez lekarza. Trzeba sprawdzać w rozporządzeniach wydawanych przez ministra zdrowia, w przypadku jakich schorzeń przewlekłych jakie leki są refundowane.

Co więcej, lekarze muszą też zwrócić uwagę na to, w jakim czasie obowiązuje refundacja danego leku. Ten sam lek może być refundowany w określonym rozpoznaniu przez cztery miesiące, a w innym – przez rok.

W razie błędów lub braków w dokumentacji medycznej lekarze są narażeni na kary nakładane przez Fundusz. Jeśli lek jest refundowany w POChP, ale rozporządzenie uzależnia uprawnienie do refundacji od określonego wyniku spirometrii, wynik ten musi znaleźć się w dokumentacji medycznej pacjenta.

Istotne jest też, że jeśli lekarz wpisze w polu „Choroby przewlekłe” literę „P” i na tej samej receptę chce umieścić leki refundowane w różnych schorzeniach przewlekłych, może to zrobić tylko wtedy, kiedy potrafi udowodnić (czyli ma „podkładkę” w prowadzonej dokumentacji medycznej), że pacjent na wszystkie te choroby rzeczywiście choruje.

Warto więc zrobić sobie ściągawkę z informacjami, które leki są refundowane w konkretnych chorobach przewlekłych. Dane można znaleźć na stronach Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <http://www.mz.gov.pl>.

Data wystawienia a data realizacji, czyli warto liczyć

Jeśli w polu „Data realizacji od dnia” lekarz nie zamierza umieszczać żadnej daty, powinien koniecznie wstawić znak „X”. **Aptekarze apelują, by przestrzegać tego wymogu, bo NFZ obciąża ich kwotą refundacji w razie zrealizowania recepty, na której wspomniane pole jest puste.** Inne rozwiązanie tego problemu w aptece to prośba do pacjenta, by ponownie udał się do lekarza, czyli odmowa realizacji recepty.

Warto pamiętać, że znak „X” powinien się pojawić w polu „Data realizacji” w razie wypisywania recepty na antybiotyki. W wypadku tych leków mamy bowiem do czynienia z obowiązującym siedmiodniowym czasem realizacji recepty.

Bywa jednak, że pacjent podczas jednej wizyty otrzymuje recepty z różnymi datami realizacji. Na każdej z nich lekarz powinien oczywiście zapisać tę samą datę wystawienia.

Na pierwszej receptę należy postawić znak „X” w polu „Data realizacji”. Przy wypełnianiu tego pola na kolejnych należy pamiętać o tym, że między datami wystawienia i realizacji ostatniej recepty musi upłynąć nie więcej niż 60 dni (licząc od daty wystawienia).

Dawkowanie – kolejny bieg z przeszkodami

Jeśli lekarz wypisuje jedno lub dwa najmniejsze opakowania leku, umieszczonego na liście leków refun-

dowanych, nie jest konieczne podanie dawkowania na receptę.

Sposób dawkowania należy zapisać na receptę, jeśli lekarz przepisuje większe opakowania z listy leków refundowanych lub więcej niż dwa opakowania.

Dawkowanie musi być wypisane cyframi arabskimi, także w sytuacji, gdy wystawiana jest recepta na lek recepturowy.

W receptę na psychotropy nie można podać tylko dawkowania oraz liczby tabletek, ale i łączną ilość substancji czynnej. Jeśli zatem lekarz przepisuje pacjentowi 20 tabletek relanium po 2 mg diazepamu każda, na receptę pod nazwą leku i dawkowaniem należy dodać jeszcze: 40 mg diazepamu, a także słownie wypisać ilość substancji czynnej (czyli w tym wypadku: „czterdzieści”).

Na zakończenie jeszcze jedna przeszkoda: przepisując pochodne omeprazolu i pantoprazolu, nie można porzucić na liczbie opakowań. Należy podać dokładną liczbę tabletek oraz dawkowanie, z uwagi na to, że producent zarejestrował bardzo wiele rodzajów opakowań.

Pieczętka lekarska – szlachetny minimalizm

Indywidualna pieczętka lekarska powinna zawierać imię i nazwisko lekarza oraz numer prawa wykonywania zawodu. Nie jest już wymagane zamieszczenie na niej specjalności czy danych kontaktowych lekarza.

Uwagi ogólne, acz niezwykle ważne

To truizm, ale recepty muszą być wypisywane czytelnie. Czytelne muszą być także wszelkie dane na pieczętkach i nadrukach. Należy pamiętać, że każda poprawka na już wypisanej receptę powinna być opatrzona pieczętką i podpisem lekarza. Poprawki można jednak nanosić jedynie na własnoręcznie wystawionych receptach. Jeśli pacjent trafia do lekarza z receptą wypisaną przez innego specjalistę i prosi o jej poprawienie, należy poprzednią zniszczyć, a pacjentowi wypisać poprawnie nową.

Zawsze należy prawidłowo prowadzić dokumentację medyczną.

Justyna WOJTECZEK

(przedruk z biuletynu „Puls” nr 7/11)

Czy odmowa wypisania skierowania, zaświadczenia przez lekarza jest zgodna z etyką zawodową lekarza w kontekście praw pacjenta?

Pytanie

Czy odmowa wypisania skierowania, zaświadczenia przez lekarza jest zgodna z etyką zawodową lekarza? Jak sobie radzić z takimi sytuacjami? Jakie instytucje pomagają w takich przypadkach?

Odpowiedź

Odmowa wypisania skierowania lub zaświadczenia lekarskiego nie może zostać jednoznacznie oceniona jako zgodna lub niezgodna z zasadami etyki zawodowej. *Odpowiedzi udzielono: 1 października 2008 r., stan prawny się nie zmienił.*

Uzasadnienie

Wydanie opinii (zaświadczenia) jest wpisane w zawód lekarza (art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857 z późn. zm.). Wystawienie zaświadczenia i skierowania jest uzależnione od oceny lekarza o zasadności ich wystawienia. Nie ma bezpośrednich środków prawnych przysługujących pacjentowi, aby „zmusić” lekarza do wystawienia zaświadczenia lub skierowania.

W przypadku, gdy lekarz nie wystawi zaświadczenia lub skierowania, pacjent może się zwrócić do Rzecznika Praw Pacjenta, który działa w każdym Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia. Do jego kompetencji należy między innymi: przyjmowanie skarg ubezpieczonych na działalność świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Drugą instytucją, do której można złożyć skargę, jest Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, który ma swoją siedzibę w Okręgowej Izbie Lekarskiej. Zgodnie z art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 219, poz. 1708), odpowiedzialność zawodowa lekarza dotyczy postępowania sprzecznego z zasadami etyki lekarskiej oraz sytuacji naruszenia przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Tylko zupełnie niezasadna odmowa wypisania zaświadczenia lub skierowania mogłaby być rozpatrywana w kontekście zgodności z zasadami etyki lekarskiej.

Katarzyna LENCZOWSKA-SOBNÓ
ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie
www.abc.com.pl, www.prawoizdrowie.pl

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr12/10)

Złe wyniki kontroli czasu pracy w szpitalach – patologia czy nieuchronność?

Inspektor Teresa Cabała, Państwowa Inspekcja Pracy

PIP przeprowadziła w ubiegłym roku kontrolę dotyczącą czasu pracy lekarzy i pielęgniarek oraz ich wynagrodzeń. Dotyczyła ona jedynie lecznictwa zamkniętego. Wyniki pokazują, że stan przestrzegania przepisów o czasie pracy pogorszył się w niektórych obszarach. W 2008 roku nieprawidłowości w zakresie ewidencji czasu pracy stwierdziliśmy w 10% kontrolowanych ZOZ. W ubiegłorocznej kontroli ów odsetek wyniósł aż 56%! A przecież rzetelna ewidencja czasu pracy jest podstawą wypłaty wynagrodzenia.

Stwierdziliśmy również nieprawidłowości w zakresie zatrudniania powyżej maksymalnych norm czasu pracy z naruszeniem prawa do odpoczynku. Tę nieprawidłowość w 2010 roku stwierdziliśmy w 46% kontrolowanych ZOZ, podczas gdy w 2008 roku odsetek ten wyniósł 7%. Pracodawcy, chcąc sprostać zapewnieniu całodobowej opieki i zminimalizować koszty, stosują rozwiązania będące próbą ominięcia przepisów o czasie pracy. Polegają one na tym, że ten sam pracownik, w tym samym czasie, wykonuje pracę bez wymaganego odpoczynku w oparciu o dwa stosunki pracy – umowę o pracę i w ramach działalności gospodarczej.

Ten problem dotyczy także pielęgniarek. Tak było w przypadku zatrudnionych na jednym z bloków operacyjnych. Zdarzył się przypadek, że pielęgniarka 144 godziny non stop świadczyła pracę, bądź dyżurowała pod telefonem. W przypadku lekarzy rekordzista pracował bez odpoczynku 103 godziny. Oceniamy, że powinno się wprowadzić zmiany w prawie wprowadzające mechanizm eliminujący możliwość wykonywania pracy w tym samym ZOZ w ramach umowy o pracę, umowy cywilnej, bądź działalności gospodarczej, bez zachowania prawa do odpoczynku.

Dr Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Nihil novi sub sole... Wszyscy, łącznie z MZ, nie zastanawiają się, co zrobić, aby lekarz mógł wydajnie pracować na jednym etacie. Zastanawiają się natomiast, w jaki sposób obejść dyrektywę unijną, tak aby proponować, ale czasem i wywierać presję z pogranicza lob-

bingu, nakłaniając do przejścia na kontrakt. Przykładem niech będzie Szpital św. Barbary w Sosnowcu. Bo po co są kontrakty? Po to, aby w majestacie prawa pracować dowolnie długo. Przyczyny takiego stanu rzeczy są dwie. Po pierwsze – mała liczba lekarzy w ogóle. Odsetek 200 lekarzy na 10 tys. mieszkańców jest najniższy w UE. Po drugie – organizacja pracy narzucona przez NFZ sprawia, że lekarz musi krążyć po różnych miejscach pracy, aby pacjentowi udzielono właściwej pomocy.

Świat dziennikarski, opisując złe wyniki kontroli, robi to tak, że ludziom się wydaje, iż lekarze siedzą tak długo w pracy dla przyjemności. To nieprawda! Prawda jest taka, że trudno wyżyć z pensji zasadniczej 2600 zł po 25 latach pracy. Bez dodatkowej aktywności zawodowej lekarzowi grozi śmierć głodowa.

Elżbieta Buczkowska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Zawsze myślałam, że po to walczymy o kadre zarządzającą średniego i wyższego szczebla, aby zarządzanie opieką pielęgniarską zostało przekazane środowisku. Przecież po to kończą studia i specjalistyczne szkolenia. Niestety, praktyka nie wygląda zadowalająco. Pielęgniarki oddziałowe, które powinny zająć się organizowaniem i koordynacją opieki pielęgniarskiej, zajmują się głównie administracją, układając np. harmonogramy pracy. Być może wynika to z archaicznego stylu zarządzania preferowanego przez wielu dyrektorów szpitali, którzy nie chcą się swoją władzą dzielić. Do tego dochodzi niedobór pielęgniarek i strach pielęgniarskiej kadry kierowniczej przed zwolnieniem z pracy w razie zgłoszenia jakichkolwiek uwag. Niestety, grozi nam niezdrowa sytuacja absolutnego uzależnienia od kadry kierowniczej szpitali.

Artur Pruszko, dyr. Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu

Po pierwsze, co to znaczy, że lekarz pracował 103 godziny? Operował tyle czasu? Praca lekarza ma inny charakter niż górnika na przodku. Lekarz pracuje zadaniowo. Jeśli jest coś do zrobienia – robi, jeśli nie – to nie.

Co nie oznacza, że w tym czasie nie ma żadnych innych obciążeń. Ale nie jest to też harówka non stop. Po drugie – pytanie, jakie prace łączymy. Kodeks pracy mówi swoje, ale lekarz wychodzi ze szpitala i idzie pracować w poradni w ramach kontraktu. A później udaje się jeszcze na dyżur do pogotowia. O 7.00 następnego dnia znów stawia się w szpitalu. Wypoczęty czy nie?

Pytałem PIP, w jaki sposób mogę wyegzekwować od pracownika zapis, że do pracy ma przyjść wypoczęty. Jedynie, co mogę zrobić, to kazać dmuchnąć w „balonik”, ale w ten sposób sprawdzę, czy nie jest pijany, a nie, czy odpoczął. Jeśli bijemy się o jakość, musimy sprawić, że po 8-12 godzinach lekarz przestaje pracować i odpoczywa. Temu służą np. karty chipowe.

Prof. Jarosław Fedorowski, prezes Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych

Na problem trzeba spojrzeć szerzej. Po pierwsze, budżety polskich szpitali są ośmiokrotnie niższe od budżetów placówek na Zachodzie. Nie można się więc dziwić, że nie tylko dyrektorzy szukają oszczędności, ale też pracownicy szukają możliwości dodatkowego zarobku. Stąd się bierze duża chęć personelu, szczególnie lekarzy, do pracy poza godzinami. Dochodzi do sytuacji, w której lekarze zatrudniają się w niepełnym wymiarze godzin i chętnie biorą dyżury w lepiej płatnych nadgodzinach. Cała ta sytuacja jest prostą pochodną systemu podatkowego i zabezpieczeń społecznych. W USA koszty pracownika zatrudnionego na etacie i na kontrakcie są dla pracodawcy takie same. Takie ujednolicenie poprawiłoby też sytuację w polskich placówkach.

Nie możemy też zapominać, że liczba pracowników zatrudnionych w polskim szpitalu jest dużo niższa, niż w przypadku placówek zachodnich. U nas, w szpitalu 400-lóżkowym pracuje 500-600 osób. W Wielkiej Brytanii jest ich ponad 1000, a w USA 2000! Czymś naturalnym staje się, że rodzimy personel jest bardziej wykorzystywany. Powinniśmy zastanowić się, jak rozwiązać kwestię narzucanych nam przez UE norm. Niestety, lekarze mocno opierają się przed wprowadzeniem zmianowego trybu pracy, który jest czymś oczywistym na Zachodzie. Nie chcą też po dyżurze wracać do domu, bo twierdzą, że dezorganizuje to pracę szpitala. Nie widzę prostej recepty na zmianę tej sytuacji. Tryb pracy polskich lekarzy nie zmienił się bodaj od 100 lat i w najbliższym czasie chyba się nie zmieni.

Maciej Niwiński, wiceprzewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

Ciągle zgłaszane są do nas sytuacje dotyczące wydłużenia czasu pracy. I za każdym razem podejmujemy interwencje, których skutkiem jest dość duża liczba kontroli PIP. Taka kontrola ma obecnie miejsce w szpitalu, w którym pracuję, a poprzednie były w grudniu i na początku roku. Po kontroli wydawane są zalecenia dla pracodawcy. Problem polega na tym, że PIP nie dysponuje odpowiednimi sankcjami. Do zaleceń pracodawca albo się zastosuje, albo nie, bo oceni go za to bezpośredni przełożony, czyli organ założycielski. Z przykrością stwierdzam, że z powodu braku odpowiedniej interwencji część organów założycielskich akceptuje sytuację naruszania prawa. Powód całej sytuacji? Oszczędności! NFZ wydaje na szpitalnictwo niewiele, jeśli weźmiemy pod uwagę możliwości systemu. Efekt jest taki, że „dobry” szpital to dla zarządzających tani szpital. Innymi słowy: „dobry” szpital, to szpital byle jaki...

Nikt nie widzi różnicy między oszczędnościami, a nadmiernym zduszeniem kosztów. Do tej pory działalność szpitali była dofinansowywana tylnymi drzwiami poprzez zadłużenia. W najbliższym czasie taka możliwość się skończy i będzie jeszcze gorzej. Być może system zostanie zmuszony do rezygnacji ze świadczenia pewnych usług za publiczne pieniądze.

Longina Kaczmarek, wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych

Pielęgniarka pracująca i pozostająca w dyspozycji nieprzerwanie przez 144 godzin być może jest w pracy ciałem, ale na pewno nie może odpowiedzialnie funkcjonować. Zastanawiam się, skąd ludziom przychodzi do głowy pomysł, że można przez tyle godzin pracować? Przecież nie jesteśmy w stanie wojny, gdy sytuacja wymusza pewne postawy nie do pomyślenia w czasie pokoju. Złotówki przyćmiły nam rozsądek. Jako pielęgniarka za popełnione błędy odpowiadam karnie, cywilnie i przed sądem zawodowym! I po tak długim czasie spędzonym w pracy stanowią niebezpieczeństwo zarówno dla pacjenta, jak i dla siebie. Brakuje mi słów. Niestety, informacje o tym, że pielęgniarki bardzo długo przebywają w pracy, docierają do związku cały czas.

Zebrał Piotr KALINOWSKI

(przedruk z „Medical Tribune” nr 8/2011)

Błąd lekarski czy zdarzenie niepożądane?

Jeszcze do niedawna medycyna traktowana była jak rodzaj sztuki i kwestia lekarskiego „szkiełka i oka”, czy operatorskiej zręczności, znajdowała się na pierwszym planie. Dziś, gdy tak wiele zależy od jakości skomplikowanej aparatury czy od współpracy lekarzy wielu specjalności przy formułowaniu diagnozy i podejmowaniu decyzji o terapii, oceny takie, w tym uznane przed laty definicje „błędu lekarskiego”, tracą sens. Mówi się raczej o „zdarzeniu niepożądanym”, przy czym równie groźne konsekwencje może mieć błąd lekarza popełniony z braku wiedzy, jak odłączenie się jakiegoś „pomarańczowego” kabelka.

Sprawa kabelka

I właśnie relacjom między owym „lekarskim błędem”, a „niepożądanym zdarzeniem” w procesie terapii i leczenia poświęcona była konferencja zorganizowana w auli Collegium Medicum UJ, zorganizowana staraniem Towarzystwa Ubezpieczeniowego Inter Polska, przy współudziale Okręgowej Izby Lekarskiej i Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego. Odłączenie się owego kabelka na pokładzie samolotu Boeing spowodowało, że ów charakter awarii wpisano do specjalnego rejestru i dokonano obowiązkowego przeglądu takich maszyn na wszystkich lotniskach świata. Natomiast równie ważne „kabelki” w światowej medycynie ciągle jeszcze pozostają poza pełną kontrolą.

Z wystąpień wielu uczestników konferencji wynika pilna potrzeba stworzenia w Polsce (jak to jest już stosowane w niektórych innych krajach) „Rejestru Zdarzeń Niepożądanych”, który stanowiłby podstawę poważnych analiz, a zarazem byłby cennym elementem wiedzy zdobywanej przez przyszłych lekarzy na studiach. Niestety stan prawny, jaki obowiązuje w Polsce, w tym przede wszystkim powinność informowania aparatu ścigania o wszelkich zdarzeniach, które mogą mieć konsekwencje karne, powoduje, że osoba rejestrująca takie przypadki albo sama stawia się w stan oskarżenia, albo staje się delatorem. Jedno i drugie jest nie do przyjęcia.

Tragiczne procenty

Rzecz jest poważna. Wedle danych Światowej Organizacji Zdrowia, takich „zdarzeń”, które mają mniej lub bardziej groźne konsekwencje dla pacjentów, jest w całym procesie postępowania medycznego około 10%. Najniższy, bo tylko 3,7% notuje medycyna w USA, co może być konsekwencją wysokiej jakości techniki medycznej lub też skutkiem nacisku na staranną opiekę lekarską ze strony pacjentów i instytucji ubezpieczeniowych. W Australii, także uważanej za wysoko zaawansowaną cywilizacyjnie, procent ten to aż 16,6%!

Jak zauważyła Barbara Kutryba, wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa Jakości w Ochronie Zdrowia (ESQH) i przewodnicząca Grupy Roboczej ds. Bezpieczeństwa Pacjenta i Jakości Opieki UE, nic nie wskazuje na to, aby w Polsce można było liczyć na wprowadzenie monitoringu takich „zdarzeń”. A przecież tylko w jednym z naszych szpitali klinicznych, podczas jednego 2005 roku, odnotowano: 48 zdarzeń spowodowanych zaniedbaniami, 1 zdarzenie wynikłe z niewiedzy personelu, 2 wynikłe z powodu awarii aparatury medycznej, wreszcie 18 wypadków losowych w trakcie hospitalizacji (upadki, samookaleczenia, próby samobójcze etc.) oraz 34 przypadki wynikłe z powodu niedostarczenia na czas odczynników czy materiałów eksploatacyjnych do diagnostyki i leczenia.

Dla Polaka jakość „usług medycznych” to niezmiernie ważny wskaźnik postępu cywilizacyjnego dokonującego się w naszym kraju. W tzw. „konsultacjach publicznych” prowadzonych w 2008 roku, aż 90% respondentów uznało, że „wtrącenie się” Unii Europejskiej w problemy bezpieczeństwa pacjentów i jakości funkcjonowania służby zdrowia jest w najwyższym stopniu pożądane!

A przecież jeszcze niedawno, na pytanie pacjenta „Co mi właściwie dolega?”, wybitny chirurg, znany z zainteresowania kwestiami etycznymi w medycynie, prof. Józef Bogusz odpowiadał: „A co to pana obchodzi? Ja jestem od tego!” – przypomniła dr Elżbieta Skupień, zastępca dyrektora ds. naukowych Instytutu Ekspertyz Sądowych w Krakowie, niegdyś studentka profesora. Dziś pacjent sięga po informacje o swej chorobie do internetu i miewa nie mniejszą wiedzę niż nawet lekarz specjalista. Stąd łatwiej mu o formułowanie wysokich oczekiwań i... pretensji.

Ludzie są nieśmiertelni

Jak powszechnie wiadomo – a zwracała na to uwagę m.in. Małgorzata Serwach (z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi) – do szpitala zdaniem rodziny czy znajomych najczęściej trafiają ludzie „w niezłym stanie zdrowia, których choroby są uleczalne, zwłaszcza że ludzie są przecież nieśmiertelni!” Taki bywa punkt wyjścia prawników formułujących roszczenia pod adresem lekarzy, a także co gorsza udziela się on niekiedy prokuratorom, nader pochopnie konstruującym akty oskarżenia.

Tymczasem, według Jolanty Orłowskiej-Heitzman, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, tylko 5% lekarzy prowadzi należycie dokumentację postępowania medycznego, która może być podstawą działań prokuratorskich. Dokumentację prowadzi się – mówi pani Rzecznik – nie tylko dla siebie, czy dla pacjenta, ale też dla prokuratora i sądu, gdy zdarzy się nieszczęście.

Lekarza droga przez mękę

Wątek niewłaściwie prowadzonej dokumentacji był już na naszych łamach wielokrotnie poruszany. Dzisiaj kwestia odpowiedzialności karnej i odszkodowawczej lekarza, gdy mamy do czynienia z gabinetem o charakterze spółki cywilnej, może konsekwencjami finansowymi obciążyć współnika, który ze zdarzeniem nie miał nic wspólnego, bo był akurat na urlopie!

Sprawa została po trosze uregulowana przez ustawodawcę, bo od połowy ubiegłego roku istnieje obowiązkowe ubezpieczenie lekarzy i lekarzy dentystów, którzy dotąd nie byli ubezpieczeni z tytułu kontraktów z NFZ. To jednak nie wszystko, bo ubezpieczenia takie mają ograniczony zakres zarówno co do samego zdarzenia, jak i co do wysokości ewentualnego odszkodowania. A tu decyduje zakres ubezpieczenia, a często także ranga rynkowa Towarzystwa Ubezpieczeniowego z którym podpisaliśmy umowę.

I jeszcze jedno martwe prawo?

Uchwalona w marcu nowela ustawy o prawach pacjenta ma umożliwić szybsze uzyskiwanie odszkodowania lub zadośćuczynienia za stwierdzone „niepożądane zdarzenia medyczne”, bez konieczności występowania na drogę sądową. Obecnie dochodzenie odszkodowania możliwe jest tylko przez proces z powództwa cywilnego.

Ilość absurdów zawartych w nowelizacji jest ogromna, ich wyliczenie wymagałoby odrębnego tekstu. Została zresztą zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego, bo od decyzji Komisji powoływanej przez Wojewodę, nie ma odwołań. Nie ma też gwarancji, że w jej składzie znajdzie się jakiś lekarz specjalista. Wygląda więc na to, że Sejm z wielkim zadęciem znowu uchwalił prawo, które pozostanie martwe.

Odpowiedzialność przed kolegami

Inną, ważną konsekwencją „niepożądanego zdarzenia medycznego” może być postępowanie przed organem korporacyjnym – Sądem lekarskim, który może orzec nawet o dożywotnim zakazie wykonywania zawodu.

Według prawa z 1519 roku najważniejszym błędem lekarskim było dopuszczenie, by pacjent „zmarł bez spowiedzi”. Dzisiaj według wielu biegłych sądowych, ważna jest kwestia, czy lekarz nadaża za bieżącą wiedzą medyczną, zdarzają się bowiem emeryci, którzy podejmują się poważnych analiz i kwestionują aktualny, nawet podrecznikowy, stan wiedzy medycznej.

Od niepamiętnych czasów wiadomo, że profesja lekarza, mieszcząca się w grupie zawodów „zaufania publicznego”, może też być zajęciem niebezpiecznym. Już kodeks Hammurabiego aż 10 ze swych 260 paragrafów poświęcił tej kwestii, a poważny błąd czy niepowodzenie zabiegu mogło skutkować dla lekarza nawet utratę ręki! Dziś konsekwencje nie są tak brutalne, niemniej np. ze strony finansowej mogą być dla lekarza, czy zakładu opieki zdrowotnej, bardzo dokuczliwe.

– „Problematyka prawna w pracy lekarza staje się coraz bardziej istotna, stąd tak ważna rola edukacji w tej dziedzinie. W powszechnym rozumieniu nie wprowadza się rozróżnienia pomiędzy błędem lekarskim a zdarzeniem niepożądanym. Warto jednak, by takie rozróżnienie funkcjonowało wśród samych lekarzy, a także w opinii publicznej. – podkreślał w podsumowaniu Konferencji jej współorganizator, dr Jerzy Friediger – wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Organizatorami konferencji byli: Towarzystwo Prawa Medycznego, Towarzystwo Ubezpieczeniowe „Inter” i Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie.

Filip RATKOWSKI

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 3/11)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

Niedobór witaminy D i wapnia – czy jeszcze istnieje jako problem medyczny?

Niedostateczna ekspozycja na promieniowanie słoneczne jako przyczyna rozwoju krzywicy została po raz pierwszy zaprezentowana przez polskiego lekarza Jędrzeja Śniadeckiego w 1822 r. (11). Kolejnym krokiem było odkrycie, iż ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe B słońca bądź lampy kwarcowej zapobiega wystąpieniu i leczy objawy krzywicy (10).

Wprowadzenie w latach trzydziestych ubiegłego wieku wzbogacania witaminą D produktów mlecznych przyczyniło się w znaczącym stopniu do ustąpienia krzywicy w Stanach Zjednoczonych i Europie. Duża liczba przypadków hiperkalcemii, jaką obserwowano w latach pięćdziesiątych w Wielkiej Brytanii, była z kolei – pomimo braku podstaw naukowych – powodem do wyco-

fania się ze wzbogacania produktów żywnościowych w witaminę D (1).

W Ameryce Północnej i w wielu krajach europejskich krzywica została prawie w całości wykorzeniona w XX wieku. Od lat 60. ubiegłego wieku w Europie, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych problem ten dotyczył już tylko niektórych grup etnicznych i społeczności religijnych czy kulturowych, szczególnie narażonych na niedobór witaminy D. W Stanach Zjednoczonych obejmował przede wszystkim karmione wyłącznie piersią niemowlęta Afroamerykanów, a w Europie – dzieci imigrantów z Pakistanu, Indii, Bangladeszu, Afryki Północnej i Środkowego Wschodu. Podobne problemy występowały w Australii. Wspólnymi cechami we wszystkich tych przypadkach była nadmierna pigmentacja skóry, ograniczenie ekspozycji na światło słoneczne matek dzieci (głównie z powodu stosowania tradycyjnych strojów) i przedłużone, wyłączne karmienie piersią. Co istotne, w tych populacjach prawie zawsze występuje niedobór witaminy D u kobiet ciężarnych, pociągając za sobą jej ciężki niedobór u potomstwa. Drugą przyczyną rozwoju krzywicy w tej grupie jest również niedobór wapnia w diecie połączony z wysokim spożyciem fitynianów.

Skutki niedoboru witaminy D i wapnia nie ograniczają się jednak tylko do zaburzeń mineralizacji szkieletu: krzywicy w rosnącym organizmie, kiedy to chrząstka wzrostowa nie uległa jeszcze zarośnięciu, zmniejszeniu szczytowej masy kostnej osiągananej w okresie dojrzewania, osteomalacji lub osteoporozy u osób dorosłych. Konsekwencje niedoboru są bardziej rozległe i obejmują zwiększoną zapadalność na niektóre postacie nowotworów (rak jelita grubego, sutka, gruczołu krokowego, endometrium, jajnika, przełyku, żołądka, trzustki, pęcherza moczowego), choroby autoimmunologiczne, przewlekłe stany zapalne, choroby metaboliczne, nadciśnienie i choroby układu sercowo-naczyniowego (24, 25, 27, 38). Niedobór wapnia w diecie, podobnie jak niedobór witaminy D, może być przyczyną rozwoju krzywicy (28) i innych zaburzeń niezwiązanych tylko z gospodarką wapniowo-fosforanową, zaś prawidłowa podaż wapnia i witaminy D może być istotnym czynnikiem chroniącym przed rozwojem wielu chorób. W pracy Lappe i wsp. dowiedziono, że kobiety w okresie pomenopauzalnym, które otrzymywały 1100 IU witaminy D i 1000 mg wapnia na dobę przez cztery lata, wykazywały o 60% mniejsze ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową (16).

Źródła witaminy D

Głównym źródłem witaminy D dla większości ludzi jest synteza skórna pod wpływem promieniowania słonecznego, stąd obserwuje się znaczne sezonowe różnice w jej poziomie w surowicy krwi. Ostrzejszy kąt padania promieni słonecznych w miesiącach zimowych, a w okresie całego roku w godzinach rannych i popołudniowych, wydłużając drogę promieni UVB przez war-

stwę ozonową, nasila ich absorpcję. Stąd powyżej 35° szerokości geograficznej późną jesienią, zimą i wczesną wiosną, a także przed godziną 10 i po 15, synteza witaminy D w skórze praktycznie ustaje (34). Zwiększona pigmentacja skóry czy używanie kremów z filtrami ochronnymi znacząco redukuje syntezę witaminy D. Afroamerykanie z bardzo ciemną karnacją mają obniżoną zdolność do syntezy witaminy D, stąd masowo występujący w tej populacji jej niedobór. U Afrykanów, którzy zamieszkują okolice równika, dzięki innemu kątowi padania promieni słonecznych, pomimo równie ciemnej karnacji, tych niedoborów się nie stwierdza. W podobny sposób użycie kremu ochronnego z faktorem 15 pochłania aż 99% promieniowania ultrafioletowego. Istotnym czynnikiem jest również wiek, który przyczynia się do spadku poziomu 7-dehydrocholesterolu, prekursora witaminy D, w skórze (4, 21). 70-latek ma jedynie 25% 7-dehydrocholesterolu w porównaniu z 25-latką, stąd jego możliwości syntezy skórnej witaminy D są zredukowane aż o 75%. Istotny czynnik ryzyka niedoboru witaminy D stanowi także otyłość (36). Również osoby z zaburzeniami wchłaniania tłuszczu oraz przyjmujące leki przeciwpadaczkowe i glikokortykosteroidy są obciążone ryzykiem wystąpienia niedoborów (37). Niewiele pokarmów zawiera witaminę D, a te w których jej zawartość jest znacząca (tłuste ryby: łosoś, makrela, śledź czy tran), nie cieszą się zbyt dużą popularnością. W Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i krajach skandynawskich niektóre produkty żywnościowe (mleko, soki owocowe, masło, jogurty, sery) są wzbogacone w witaminę D.

Pandemia niedoboru witaminy D

Osoczowy poziom 25-(OH)D, poniżej którego występuje znaczące ograniczenie syntezy 1,25-(OH)2D w nerkach, wynosi 10-15 nmol/l, co prowadzi do zmniejszenia wchłaniania jelitowego wapnia, a w konsekwencji do rozwoju krzywicy i osteomalacji. Gdy osoczowy poziom 25-(OH)D przekracza 15 nmol/l, nerki produkują wystarczającą do regulacji homeostazy wapniowej ilość calcitriolu, jednak dostępność 25-(OH)D w innych tkankach ustroju, w których zachodzi również synteza 1,25-(OH)2D, jest niewystarczająca. Pociąga to za sobą upośledzenie regulacji auto- i parakrynowej czynności komórek.

Definicja niedoboru witaminy D pozostaje nadal przedmiotem kontrowersji. Najnowsze wytyczne komitetów krajowych i towarzystw medycznych określają jako prawidłowy poziom 25-(OH)D powyżej 50 nmol/l (20 ng/ml). Niektórzy eksperci przesuwają tę granicę powyżej 75 nmol/l. W celu utrzymania takiego poziomu 25-(OH)D, który jest coraz powszechniej uznawany za prawidłowy, dzienna podaż witaminy D powinna wynosić co najmniej 1000-2000 IU (12, 33). Przy braku ekspozycji na światło słoneczne lub przy dawce dobowej poniżej 1000 IU dochodzi do jej niedoboru w organizmie ze wszystkimi szkieletowymi i pozaszkieletowymi na-

stępstwami. Niedobór witaminy D obserwuje się więc tak u dzieci, jak i u dorosłych w wielu regionach świata: Europie, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, Środkowym Wschodzie, Australii i Nowej Zelandii oraz Azji (7, 8, 12, 18, 19, 20, 33).

Jeśli przyjąć za graniczną wartość 50 nmol/l, to połowa dorosłej populacji w Europie, Kanadzie, Australii i Nowej Zelandii ma niedobór witaminy D. W Stanach Zjednoczonych dotyczy to aż 1/3 populacji dorosłych. Jeśli zaś za prawidłowy przyjąć poziom 25-(OH)D powyżej 75 nmol/l, to skala niedoboru jest olbrzymia. Występuje on u 73% dorosłych w USA, 84% w Europie, 87% na obszarze południowego Pacyfiku, a w Kanadzie aż u 97% (15, 17, 23, 26, 30, 32).

W populacji dzieci i młodzieży niedobór witaminy D jest równie mocno rozpowszechniony. Badania Andersen i wsp. (3) obrazują jego rozmiary w krajach Europy północnej: Danii, Finlandii, Irlandii i Polsce. Wśród polskich nastolatków w wieku 12-13 lat w późnych miesiącach zimowych aż 37% ma poziom 25-(OH)D poniżej 25 nmol/l, a 87% poniżej 50 nmol/l. Zbliżone wartości występują w pozostałych krajach europejskich, wyjątkiem są jedynie Niemcy (9). Podobnie niskie stężenia witaminy D występują wśród nastolatków w Kanadzie i krajach azjatyckich (5, 6, 29, 35). Jedynie w Stanach Zjednoczonych odsetek nastolatków z niedoborem witaminy D jest przeszło dwukrotnie mniejszy (17).

Poważnym problemem staje się również powszechny niedobór witaminy D u kobiet ciężarnych, co prowadzi do niedoboru u ich potomstwa z wszelkimi tego konsekwencjami, jak krzywica i zwiększona zapadalność na choroby autoimmunologiczne (cukrzyca typu I, stwardnienie rozsiane) (13, 14).

W krajach zachodniej Europy, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii i Nowej Zelandii szczególnie wysokim ryzykiem niedoboru witaminy D obarczone są społeczności imigrantów i grupy etniczne o ciemnej karnacji skóry (2, 9, 17, 22, 31). W północnej Europie wśród populacji kobiet w podeszłym wieku, najbardziej narażonych na złamania osteoporotyczne, aż 67% pod koniec zimy ma wartości 25-(OH)D poniżej 50 nmol/l, a 17% poniżej 25 nmol/l (3). Niepokojący jest fakt, że średnie stężenie 25-(OH)D u badanych nastolatków, w pracy Andersen i wsp. jest aż o 10 nmol/l niższe niż u starszych kobiet.

W populacji polskich kobiet dodatkowym czynnikiem wpływającym na nasilenie niedoboru witaminy D jest fakt, że unikają one ekspozycji na światło słoneczne w stopniu nieporównywalnie większym niż w pozostałych badanych krajach, palą też więcej papierosów.

Niedobór wapnia

Zalecenia dotyczące dziennego spożycia wapnia różnią się w różnych okresach życia człowieka. Dzieci i młodzież pomiędzy 10.-18. r.ż. winny spożywać 1300 mg

wapnia na dobę, kobiety i mężczyźni pomiędzy 25.-50. r.ż. – 1000 mg wapnia na dobę; wyjątek stanowią kobiety w ciąży i w okresie laktacji, kiedy zapotrzebowanie na wapń znacznie wzrasta. Zwiększone zapotrzebowanie na wapń utrzymuje się również po menopauzie. Także mężczyźni po 65. r.ż. powinni spożywać ok. 1300 mg wapnia na dobę.

Niewystarczająca podaż wapnia w diecie jest równie powszechnym zjawiskiem, jak niedobór witaminy D. Dotyczy to społeczności Europy, Ameryki Północnej, Australii i Azji. Szczególnie narażone na niedobór wapnia są osoby z nietolerancją laktozy, chorobami zapalnymi jelit, zaburzeniami endokrynologicznymi, chorobami nerek i wątroby.

Istotnym czynnikiem przyczyniającym się do zwiększonej utraty wapnia z organizmu jest unieruchomienie i ograniczona aktywność fizyczna. Osoby w podeszłym wieku rzadko spożywają zalecaną dzienną ilość wapnia w wysokości 1300 mg. W badaniu OPTIFORD średnie spożycie wapnia przez kobiety w podeszłym wieku nie przekraczało 632 mg i najniższe wśród badanych krajów europejskich było w Polsce (325 mg). Podobnie niskie spożycie wapnia w tej grupie wiekowej obserwuje się w USA i krajach azjatyckich. Badaniem OPTIFORD dokonano również oceny spożycia wapnia w grupie nastolatków. Wśród krajów europejskich najniższe spożycie wapnia zanotowano również w Polsce (23).

Podsumowanie

Niedobór witaminy D we współczesnym świecie przybiera postać pandemii. Osoczowy poziom 25-(OH)D, niezbędny dla zapewnienia optymalnych korzyści zdrowotnych, powinien przekraczać 75 nmol/l (30 ng/ml). Powyższe spostrzeżenia oparte są na badaniach potwierdzających, że maksymalne wchłanianie wapnia w przewodzie pokarmowym zachodzi przy poziomie 25-(OH)D około 80 nmol/l, a stężenie PTH w surowicy osiąga plateau przy poziomie 75-100 nmol/l. Zatrucie witaminą D nie występuje, gdy poziom jej nie przekroczy wartości 375 nmol/l (150 ng/ml). Przy braku dostatecznej ekspozycji na światło słoneczne niezbędne jest spożycie co najmniej 800-1000 IU witaminy D na dobę.

Dr hab. med. Zenon P. HALABA i lek. Joanna STĘPIEŃ

Oddział Noworodków, Wcześnieaków

i Intensywnej Terapii Noworodka

Szpital Specjalistyczny nr 2 w Bytomiu

Klinika Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej

Kierownik – dr hab. prof. SUM Anita Olejek.

Prof. dr hab. med. Wojciech PLUSKIEWICZ

Zakład Chorób Metabolicznych Kości, Katedra i Klinika

Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii, SUM

Kierownik – prof. dr hab. med. Wojciech Pluskiewicz

Katarzyna WIKTOR, KCR SA Warszawa

PIŚMIENNICTWO:

A British Paediatric Association Report: Infantile hypercalcaemia, nutritional rickets, and infantile scurvy in Great Britain. *Br. Med. J.*, 1964, 1, 1659-61.

Andersen R. i wsp.: Pakistani immigrant children and adults in Denmark have severely low vitamin D status. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 2008, 62, 625-34.

Andersen R. i wsp.: Teenage girls and elderly women living in northern Europe have low winter vitamin D status. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 2005, 59, 533.

Clemens T.L. i wsp.: Increased skin pigment reduces the capacity of skin to synthesize vitamin D₃. *Lancet*, 1982, 9, 1, 74-6.

Foo L.H. i wsp.: Relationship between vitamin D status, body composition and physical exercise of adolescent girls in Beijing. *Osteoporos Int.*, 2009, 20, 417-25.

Green T.J. i wsp.: Vitamin D status and its association with parathyroid hormone concentrations in women of child-bearing age living in Jakarta and Kuala Lumpur. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 2008, 62, 373-8.

Gordon C.M. i wsp.: Prevalence of vitamin D deficiency among healthy infants and toddlers. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2008, 162(6), 505-12.

Harris S.S. i wsp.: Vitamin D insufficiency and hyperparathyroidism in a low income, multiracial, elderly population. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2000, 85, 4125-30.

Hintzpeter B. i wsp.: Higher prevalence of vitamin D deficiency is associated with immigrant background among children and adolescents in Germany. *J. Nutr.*, 2008, 138, 1482-90.

Holick M.F.: Resurrection of vitamin D deficiency and rickets. *J. Clin. Invest.*, 2006, 116, 2062-72.

Holick M.F.: Sunlight, vitamin D and health: a D-lightful story. [In:] *Solar Radiation and Human Health*. Espen Bjertness, editor. Oslo: The Norwegian Academy of Science and Letters, 2008.

Holick M.F.: Vitamin D deficiency. *N. Engl. J. Med.*, 2007, 357, 266-81.

Hollis B.W., Wagner C.L.: Vitamin D deficiency during pregnancy: an ongoing epidemic. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2006, 84, 273.

Hypponen E., Laara E., Reunanen A. i wsp.: Intake of vitamin D and risk of type I diabetes: a birth-cohort study. *Lancet*, 2001, 358, 1500-3.

Lamberg-Allardt C.J. i wsp.: Vitamin D deficiency and bone health in healthy adults in Finland: could this be a concern in other parts of Europe? *J. Bone Miner. Res.*, 2001, 16, 2066-73.

Lappe J.M. i wsp.: Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: results of randomized trial. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2007, 85, 1586-91.

Looker A.C. i wsp.: Serum 25-hydroxyvitamin D status of the US population: 1988-1994 compared with 2000-2004. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2008, 88, 1519-27.

Maalouf J. i wsp.: Short- and long-term safety of weekly high-dose of vitamin D₃ supplementation in school children. *J. Clin. Endocrin. Metab.*, 2008, 93, 2693-701.

McKenna M.J.: Differences in vitamin D status between countries in young adults and the elderly. *Am. J. Med.*, 1992, 93, 69-77.

Marwaha R.K., Tandon N., Reddy D. i wsp.: Vitamin D and bone mineral density status of healthy schoolchildren in northern India. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2005, 82:477-82.

Matsuoka L.Y., Ide L., Wortsman J. i wsp.: Sunscreen suppress cutaneous vitamin D₃ synthesis. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 1987, 64, 1165-8.

Meyer H.E. i wsp.: Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism and the association with bone mineral density in persons with Pakistani and Norwegian background living in Oslo, Norway, The Oslo Health Study. *Bone*, 2004, 35, 412-7.

Nelson M.L. i wsp.: Supplements of 20 microg/d cholecalciferol optimized serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in 80% of premenopausal women in winter. *J. Nutr.*, 2009, 139, 540-6.

(przedruk z „Lekarza” nr 10-11/10)

Leczenie śmiechem

Śmiech i długi sen są najlepszymi lekarstwami w księdze lekarza.

(przysłowie irlandzkie)

W 1976 r. prof. Norman Cousins na łamach *The New England Journal of Medicine* opublikował artykuł pt. „Anatomia choroby”, w którym opisał analgetyczne działanie śmiechu. Chorujący na zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa naukowiec zauważył, że trwający 10 minut śmiech wywołany oglądaniem komedii ma działanie przeciwbólowe. Cousins po takiej „kuracji” mógł bez odczuwania bólu i konieczności przyjmowania leków przeciwbólowych przespać spokojnie co najmniej dwie godziny. Od tamtego czasu zostało napisanych zaledwie kilkanaście prac naukowych na temat pozytywnego wpływu śmiechu na zdrowie człowieka.

Kilka miesięcy temu hiszpański lekarz Ramon Mora-Ripoll, dokonując przeglądu istniejącego piśmiennictwa, na łamach jednego z naukowych czasopism opublikował pracę na temat terapeutycznego znaczenia śmiechu. Wnioski płynące z artykułu jednoznacznie wskazują na korzyści wynikające z wprowadzenia takiej terapii do codziennej praktyki lekarskiej. Zwłaszcza, że tego typu kuracja nie wymaga właściwie żadnych nakładów finansowych.

Śmiech, niezależnie od wieku chorych poprawia nastrój i pozytywnie wpływa na samopoczucie pacjentów. Poprawia także jakość życia i zwiększa chęć do działania. Autorzy badań nad terapeutyczną rolą śmiechu wykazali jego pozytywny wpływ na objawy wywołane stresem oraz korzystny wpływ na jakość snu. U pacjentów

chorych na depresję leczenie śmiechem zmniejsza nasilenie objawów choroby. U chorych na schizofrenię, niekonwencjonalna terapia skutecznie zmniejsza wrogość, poprawia nastrój i działa przeciwłękowo. Odnotowano również korzystny jej wpływ na aktywizację społeczną pacjentów, poprawę w zakresie kompetencji społecznych oraz obniżenie poziomu psychopatologii. Zajęcia oparte na terapii śmiechem zapobiegają lub zmniejszają ryzyko wystąpienia konfrontacji w grupowej terapii uzależnień oraz zmniejszają uczucie strachu, tak samo skutecznie, jak tradycyjne techniki!

Jakie zmiany w metabolizmie i funkcjonowaniu ludzkiego organizmu wywołuje śmiech? W jednej z prac opisano zwiększone stężenie we krwi beta-endorfin – aktywnych peptydów opioidowych, określanych również hormonami szczęścia. W innej publikacji wykazano, że obejrzenie komedii przez badane osoby powoduje obniżenie stężenia kortyzolu we krwi, będącego hormonem stresu. Terapia śmiechem prowadzi również do spadku poziomu adrenaliny w surowicy oraz zwiększonego wydalania amin katecholowych z moczem.

Ta jakże niekonwencjonalna terapia wydaje się działać korzystnie na wiele układów ludzkiego organizmu. W przypadku układu krążenia, śmiech początkowo wpływa na zwiększenie częstości rytmu serca i częstości oddechów, by potem doprowadzić do dłuższej trwającego ich zwolnienia. Śmiech zwiększa objętość wyrzutową i rzut serca oraz zmniejsza układowy opór naczyniowy. Poprawia także saturację krwi. Z kolei, w połączeniu z regularnymi ćwiczeniami fizycznymi, pomaga skutecznie obniżyć podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. Badania wykazały, że śmiech wywołany oglądaniem komedii zmniejszał również sztywność tętnic oraz zjawisko odbicia fali, podobnie jak... leczenie przeciwnadciśnieniowe! Osoby, które częściej się śmieją, rzadziej chorują na chorobę niedokrwienną serca oraz zaburzenia rytmu. Wykazano, że śmiech skutecznie redukuje również ryzyko wystąpienia zawału serca u pacjentów z cukrzycą. W badaniach przeprowadzonych wśród osób po zawału serca, korzystnie wpływał na zmniejszenie ryzyka nawrotu niedokrwienia w czasie trwania rehabilitacji kardiologicznej.

W przypadku pacjentów chorych na astmę terapia śmiechem zmniejsza reaktywność oskrzeli, zaś w przypadku chorych z ciężką i bardzo ciężką POCHP zmniejsza także hiperinflację. W jednym z naukowych artykułów wykazano, że częsty śmiech może być czynnikiem chroniącym przed zaostreniem nefropatii cukrzycowej i innymi powikłaniami mikroangiopatycznymi występującymi w przebiegu cukrzycy. Z kolei, w przypadku

pacjentów z cukrzycą i współistniejącą hiperlipidemią terapia śmiechem zmniejszała stężenie białka ostrej fazy CRP i zwiększała stężenie „dobrego” cholesterolu HDL.

W grupie chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów wykazano, że to niekonwencjonalne leczenie prowadzi do spadku poziomu prozapalnych cytokin, hormonu wzrostu i IGF1. Zwiększa również poziom cytokin przeciwzapalnych i redukuje poziom silnie pobudzającej te procesy interleukiny 6.

Również w przypadku pacjentów z atopowym zapaleniem skóry udowodniono korzystne działanie śmiechu na zmiany skórne pojawiające się w odpowiedzi na alergen. U osób, które często się śmiały, dochodziło do zmniejszenia produkcji immunoglobuliny E, odpowiedzialnej za reakcję alergiczną oraz spadku poziomu neurotrofyny, której stężenie koreluje z nasileniem zmian skórnych.

W badaniach wykazano również pozytywny wpływ śmiechu na układ odpornościowy człowieka. W ocenianej grupie obserwowano zwiększenie całkowitej liczby leukocytów, jak i poszczególnych ich typów. U chorych poddanych terapii śmiechem obserwowano także zwiększenie całkowitej liczby immunoglobulin – IgA, IgG i IgM oraz wzrost aktywności komórek NK, będących główną grupą komórek układu odpornościowego odpowiedzialną za zjawiska naturalnej cytotoksyczności.

Jak wyliczyli badacze, częsty śmiech może także być pomocny w spalaniu zbędnych kalorii. Już 10-15 minut śmiechu dziennie, w zależności od jego intensywności, umożliwia zużytkowanie nawet 10-40 kcal.

Jaki jest wpływ śmiechu na inne układy ludzkiego organizmu i tkanki? Tego jeszcze dokładnie nie wiemy, choć najprawdopodobniej już niedługo do końca zgłębiemy tajemnicę jego leczniczego działania. Nie czekając na wyniki dalszych badań, być może powinniśmy już teraz do codziennego telewizyjnego repertuaru obowiązkowo wprowadzić emisję seriali komediowych, także w szpitalnych salach. Bo przecież dzień, w którym człowiek się nie śmieje, jest w jakimś sensie dniem straconym. Dlatego również w pracy starajmy się dzielić naszym śmiechem i całym sercem pomagajmy śmiać się innym. Jak mawiał niegdyś poeta, ks. Jan Twardowski „*tylko śmiech umie przybliżyć ludzi do ludzi*”. A śmiech to przecież najtańsze lekarstwo, które każdy z nas może niemal w każdej chwili przepisać sobie i swoim pacjentom.

Marek DERKACZ
marekderkacz@interia.pl

(przedruk z biuletynu „Medicus” nr 6-7/2011)

W roku akademickim 2011/2012 Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego inauguruje nowy kierunek studiów podyplomowych „**Żywnienie w zdrowiu i chorobie**” mających na celu przedstawienie szeroko rozumianej wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu żywienia człowieka. Słuchacze studiów uzyskają zaawansowaną wiedzę na temat m.in.: żywienia w różnych jednostkach chorobowych; interakcji leków stosowanych w farmakoterapii i poszczególnych składników pożywienia; preparatów stosowanych w żywieniu poza- i dojelitowym; zasad doboru składników odżywczych przy tworzeniu zbilansowanej diety, mającej zastosowanie w leczeniu żywieniowym; konstruowania diety wspomagającej leczenie farmakologiczne; prowadzenia analizy oceny sposobu żywienia i oceny stanu odżywienia przy wykorzystaniu najnowocześniejszych metod i technik.

Na studiach podyplomowych „**Psychoprofilaktyka i podstawy oddziaływań terapeutycznych w wieku rozwojowym**” słuchacze mogą doskonalić umiejętności prowadzenia socjoterapii, interwencji w sytuacjach kryzysowych oraz oddziaływań psychoprofilaktycznych w stosunku do osób w wieku rozwojowym.

Studia z zakresu „**Podstawy psychoterapii**” stanowią warunek dalszego kształcenia, prowadzącego do uzyskania Certyfikatu Psychoterapeuty, potwierdzającego tę umiejętność.

W październiku 2011 roku rozpocznie się rekrutacja na kolejną edycję studiów podyplomowych „**Geriatria i opieka długoterminowa**” (inauguracja studiów marzec 2012 roku).

Szczegółowe informacje o w/w studiach zamieszczone są na naszej stronie internetowej www.mckp.cm-ui.krakow.pl.

*Prof. dr hab. n. med. Jerzy Wordliczek
Dyrektor Medycznego Centrum Kształcenia
Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego*

* * *

Pododdział Endokrynologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu wraz z Oddziałem Opolskim Towarzystwa Internistów Polskich zapraszają na konferencję pt. „*Przełomy – czyli stany nagłe i zagrażające życiu w przebiegu nadczynności i niedoczynności tarczycy*”.

Konferencja odbędzie się w sobotę 1 października 2011 r. o godz. 11.00 w sali konferencyjnej Opolskiej Izby Lekarskiej przy ul. Grunwaldzkiej 23.

Referaty i prezentację przypadków klinicznych przedstawią: lek. med. Elżbieta Łomna-Bogdanov, Joanna Tabora-Ciszewska, Agnieszka Florczak, Beata Kowalska, Aneta Czarnik i Sebastian Spychała.

Po konferencji organizatorzy zapraszają na lunch w klubie Medyk. Za uczestnictwo w konferencji przysługują punkty edukacyjne.

* * *

ZJAZD NAUKOWO-SZKOLENIOWY
OTOLOGIA 2011
POZNAN, 20–22 października 2011 r.

I Ogólnopolski Zjazd Szkoleniowy *Otologia 2011*

Serdecznie zapraszamy na I Ogólnopolski Zjazd Naukowo-Szkoleniowy *Otologia 2011*, który odbędzie się w Poznaniu 20–22 października 2011 r. W programie Zjazdu – oprócz 10 wykładów wybitnych otologów europejskich, interesujących konferencji okrągłego stołu, wystąpień polskich ekspertów oraz sesji szkoleniowo-instruktażowych – zaplanowano pokazy operacji na kościach skroniowych na symulatorze 3D, urządzeniu nigdy dotychczas nieprezentowanym w Polsce! Przewiduje się możliwość samodzielnego treningu dla uczestników. Podczas Zjazdu odbędzie się także zebranie Sekcji Otologii i Neurootologii PTORL, Vertigo Forum oraz realizatorów Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków.

Termin: 20–22 października 2011 r.

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań

Organizatorzy: Sekcja Otologii i Neurootologii Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi, Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Vertigo Forum, Stowarzyszenie Naukowe „Lepiej słyszeć”, wydawnictwo *Termedia*

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: prof. dr hab. Witold Szyfter

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



III Konferencja *Postępy w kardiadiabetologii*

Wzrastająca liczba zachorowań na cukrzycę na całym świecie stawia środowisku medycznemu nowe wyzwania. Kolejny niepokojący fakt to zwiększająca się

częstość powikłań sercowo-naczyniowych w przebiegu tej choroby. Te alarmujące statystyki są głównym powodem zorganizowania Konferencji *Postępy w kardiodiabetologii*, podczas której zostaną zaprezentowane najnowsze trendy terapeutyczne w tej dziedzinie medycyny. W Ciechocinku wykładowcy podejmą tematy leczenia osób z cukrzycą i powikłaniami kardiologicznymi. Odrębne sesje będą poświęcone nowoczesnej terapii hipoglikemizującej, a także kardiologicznej. Uczestnicy poznają też nowe wytyczne leczenia nadciśnienia tętniczego rekomendowane przez Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego. W sesji poświęconej otyłości eksperci przedstawią sposoby terapii dietetycznej, balneoklimatycznej i wsparcia psychologicznego w tej grupie chorych. Po każdej sesji zaprezentowane zostaną przypadki kliniczne, a uczestnicy będą mogli interaktywnie włączyć się w planowanie terapii.

Termin: 14–15 października 2011 r.

Miejsce: Ciechocinek, Pałac Targon, ul. Raczyńskich 6

Organizatorzy: Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Towarzystwo Kardiodiabetologiczne, wydawnictwo *Termedia*

Kierownik naukowy: prof. zw. dr hab. Danuta Pupek-Musialik

Biurowo organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



Psychiatria Kliniczna 2011 Update

Stres i leki psychotropowe, zaburzenia afektywne, obsesyjno-kompulsywne i odżywiania – to tylko część zagadnień, które zostaną poruszone podczas konferencji *Psychiatria Kliniczna 2011 UPDATE*. Wszystkich zainteresowanych tą tematyką zapraszamy do Poznania w dniach 20–21 października 2011 r.

Tematykę stresu i leków psychotropowych przybliży prof. Aleksander Araszkiewicz. W sesji poświęconej zaburzeniom afektywnym prof. Janusz Rybakowski przedstawi rolę leków przeciwpsychotycznych oraz opowie o poszukiwaniach nowych leków przeciwdepresyjnych. Profesor Andrzej Kiejna zaprezentuje epidemiologię zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, prof. Andrzej Rajewski odpowie na pytanie, kiedy i jak leczyć wczesne zaburzenia afektywne, a prof. Andrzej

Czernikiewicz przedstawi rozpoznawanie i leczenie psychozy schizoafektywnej. W sesji przedstawiającej spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych biologiczne podłoże zaburzeń OCD zaprezentuje prof. Przemysław Bieńkowski, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i urojenia porówna doc. Jan Jaracz, natomiast o leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych opowie prof. Andrzej Rajewski. Podczas sesji dotyczącej zaburzeń odżywiania doc. Małgorzata Janas-Kozik przedstawi temat znaczenia protein w regulacji łaknienia. Docent Filip Rybakowski zaprezentuje temat cech osobowości w związku z zaburzeniami odżywiania, a dr Małgorzata Talarczyk opíše modele leczenia psychoterapeutycznego zaburzeń odżywiania.

Termin: 20–21 października 2011 r.

Miejsce: Poznań

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Andrzej Rajewski

Organizatorzy: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*

Biurowo organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



II Kongres *Top Nephrological Trends*

Problem przewlekłej choroby nerek dotyczy coraz większej grupy ludzi zarówno w Polsce, jak i na świecie. Jej główne przyczyny to schorzenia typowe dla współczesnej cywilizacji: otyłość, cukrzyca i nadciśnienie tętnicze. Tematyka Kongresu *Top Nephrological Trends* podejmuje te problemy i może zainteresować nie tylko specjalistów nefrologów, lecz także lekarzy internistów oraz lekarzy rodzinnych. W tym roku spotkanie zostanie wzbogacone o aspekty szkoleniowe, adresowane do szerszego grona lekarzy. Podobnie jak w roku ubiegłym, w programie Konferencji znajdą się także najbardziej aktualne zagadnienia z dziedziny nefrologii, dializoterapii i transplantologii klinicznej, ze szczególnym uwzględnieniem najnowszych osiągnięć naukowych dotyczących patogenezы chorób nerek i postępów w leczeniu. Organizatorzy zaprosili do Poznania najwybitniejszych specjalistów, którzy zapewnią wysoki poziom naukowy oraz edukacyjny Kongresu.

Termin: 14–15 października 2011 r.

Miejsce: Poznań, World Trade Center, ul. Bukowska 12

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Stanisław Czekalski

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: prof. dr hab. Andrzej Oko

Organizatorzy: Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznański Oddział Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, wydawnictwo *Termedia*

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



Tradycja i nowoczesność – 110-lecie szpitala przy Polnej

Są szpitale, które wpisują się w tradycję miasta i są jego najlepszą wizytówką. Są szpitale o bogatej historii, ale jednocześnie nowoczesne i otwarte na aktualne trendy w medycynie. Jedną z takich placówek – Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – obchodzi swój jubileusz. Z tej okazji zapraszamy na konferencję, podczas której odbędzie się wiele ciekawych wykładów dotyczących ginekologii, onkologii ginekologicznej, neonatologii, niepłodności i endokry-

nologii rozrodu, zdrowia matki i dziecka, perinatologii i chorób kobiecych, ginekologii operacyjnej, położnictwa, rozrodczości, anestezjologii w położnictwie i ginekologii oraz endokrynologii ginekologicznej. Jedną z sesji została poświęcona historii szpitala oraz osobie prof. dr hab. Tadeusza Pisarskiego – byłego dyrektora Instytutu Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej w Poznaniu. Historię i rozwój szpitala oraz sylwetkę prof. dr hab. Tadeusza Pisarskiego przedstawiają prof. dr hab. Tomasz Opala i prof. dr hab. Edmund Waszyński. Miejsce Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu w systemie opieki ginekologiczno-położniczej w Polsce zaprezentuje prof. dr hab. Stanisław Radowski.

Termin: 14–15 października 2011 r.

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego ul. Przybyszewskiego 37, Poznań

Organizatorzy: Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Tomasz Opala

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum” w Opolu z siedzibą przy ul. Kościuszki 2 ogłasza, iż posiada wolne pomieszczenia pod wynajem z przeznaczeniem na działalność medyczną lub gospodarczą. Informacja tel. 77 40 20 398 lub 77 40 20 381.

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 GRAFICZNE: 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



POLSCY LEKARZE W NIEMIECKICH KLINIKACH

Niemiecka firma – PRIVATE ÄRZTEVERMITTLUNG – poszukuje lekarzy specjalistów, w trakcie lub przed rozpoczęciem specjalizacji do pracy w Niemczech.

Atrakcyjne wynagrodzenie, możliwość pełnej specjalizacji i dalszej edukacji.

Służymy fachową radą i bogatym doświadczeniem (właściciel firmy jest lekarzem aktywnym zawodowo w Niemczech).

Oferujemy:

- szukamy odpowiedniego miejsca pracy
- program specjalizacyjny
- pomagamy w załatwianiu formalności i wymaganych dokumentów oraz uzyskaniu „deutsche Approbation” - niezbędnej do podjęcia pracy w Niemczech
- pomoc w tłumaczeniu dokumentów i załatwianiu niezbędnego pakietu ubezpieczeń (współpracujemy z tłumaczem przysięgłym na terenie Niemiec)

Warunek:

- dobra znajomość j. niemieckiego w mowie i piśmie

Kontakt: aerztevermittlung@gmail.com

Tel. : 0049 157 738 422 35 , mówimy w języku niemieckim i polskim!

Osoba kontaktowa: Dr Beata Bylinski

Szanowni Państwo!

W związku z licznym zainteresowaniem dotyczącym Ochrony Prawnej, pragnę zachęcić Państwa do skorzystania z rozwiązań firmy D.A.S. jako wiodącego Towarzystwa Ubezpieczeniowego Ochrony Prawnej. Ostatnimi czasy dość dużo na łamach prasy pisze się na temat tzw. „osobistego adwokata” czy „adwokata z polisy”. Temat jest ciekawy, dlatego pojawia się na łamach Biuletynu OIL.

Samodzielna walka o obronę swoich praw lub o udowodnienie swojej racji w świetle prawa, jest często stresująca i kosztowna, a na opłacenie prawnika nie zawsze mamy środki finansowe. W takich sytuacjach warto mieć Ubezpieczenie Ochrony Prawnej D.A.S., które jest nowoczesnym produktem, pozwalającym ograniczyć ryzyko a często wykluczyć koszty związane z dochodzeniem lub obroną swoich praw przed sądem.

Niezależnie od tego, czy domagasz się należnego odszkodowania, bronis się w sprawie o wykroczenie albo w sprawie karnej, lub dochodzisz swoich praw z tytułu naruszenia prawa do nieruchomości, D.A.S. pokryje koszty związane z sądowym etapem dochodzenia Twoich praw, w szczególności wynagrodzenia adwokata, koszty sądowe wszystkich instancji, koszty zasądzone na rzecz strony przeciwnej oraz koszty postępowania egzekucyjnego. Polisa D.A.S. zapewnia również unikalną ochronę ubezpieczeniową w zakresie zabezpieczenia się od ryzyka kosztów przegranego procesu.

Zanim zdecydujesz się walczyć o Twoje prawa przed sądem, D.A.S. oferuje wsparcie prawnika, by pomóc Ci podjąć decyzję bardziej świadomie, oraz przygotować odpowiednią dokumentację. W ramach ubezpieczenia oferujemy dostęp do porad prawnych zawsze wtedy, gdy masz wątpliwości co do aktualnego problemu bądź po prostu pytanie.

Nasi pracownicy to wysoko wykwalifikowani specjaliści współpracujący z kancelariami prawnymi na terenie całego kraju, a za pośrednictwem innych spółek koncernu ubezpieczeniowego D.A.S. – także na terenie niemal całej Europy oraz państw leżących w obrębie basenu Morza Śródziemnego.

OSOBY ZAINTERESOWANE PRZEDSTAWIENIEM PEŁNEJ OFERTY PROSZĄ O KONTAKT Z PANEM KRZYSZTOFEM WIECZORKIEM POD NUMEREM TELEFONU 608-493-225

Krzysztof WIECZOREK
D.A.S. TU OCHRONY PRAWNEJ S.A.

* * *

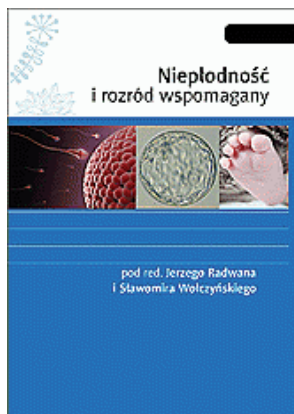
W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna **Ogólnopolska Wystawa Fotografii Lekarzy - tym razem pod hasłem „Moje spojrzenie na...”**. Urok i specyfika miejsc znanych i nieznanych, wydarzenia, ciekawe sytuacje, interesujące postaci... realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie. Wernisaż wystawy planujemy na 23 października 2011 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 28 października br.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 10 października br. Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytuł.

Kontakt: Iwona Szelera, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. (42) 683-17-01.

www.ultrasonografy.pl

WYDAWNICTWO Termedia sp. z o.o.
61-615 Poznań, ul. Kleeberga 2
Tel./faks: +48 61 656 22 00
Książka do nabycia na
www.termedia.pl



Niepłodność i rozród wspomagany
• pod red. Jerzego Radwana i Sławomira Wołczyńskiego; ISBN: 978-83-62138-56-2, format: B5, 352 stron, oprawa twarda, cena: 99.00 zł.

Medycyna rozrodu korzysta z osiągnięć ginekologii, endokrynologii, andrologii, urologii, genetyki, immunologii, biologii, a nawet psychologii. Olbrzymi postęp, zwłaszcza w ostatnich 30 latach, umożliwił spełnienie marzeń wielu par o posiadaniu potomstwa. Jednocześnie ciągle poszerzana znajomość fizjologii i patologii rozrodu kobiety i mężczyzny warunkuje prawidłowe, skuteczne, zgodne z wiedzą opartą na faktach (Evidence Based Medicine) leczenie niepłodności [...]

Książkę pod redakcją profesorów Jerzego Radwana i Sławomira Wołczyńskiego (członków zespołu, którego praca uwieńczona została w 1987 r. narodzinami pierwszego w Polsce dziecka w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego) zatytułowaną „Niepłodność i rozród wspomagany” należy uznać za niezmiernie potrzebną. Jest ona cennym źródłem wiedzy z fizjologii i zaburzeń płodności u kobiety i mężczyzny, a także zbiorem praktycznych rekomendacji dających odpowiedź na pytanie, jak w procesie diagnostyczno-terapeutycznym postępować z niepłodną parą. Wierzę, że monografia spełni oczekiwania nie tylko lekarzy zajmujących się lecze-

niem niepłodności, lecz także par oczekujących na potomstwo.

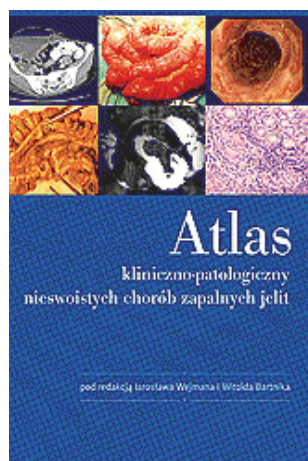
*Z recenzji prof. dr hab. n. med.
Stanisława Radowickiego,
konsultanta krajowego ds. ginekologii
i położnictwa*

Monografia jest bardzo potrzebnym podręcznikiem zarówno dla lekarzy specjalizujących się, jak i specjalistów, którzy w swojej codziennej praktyce spotykają się z problemami niepłodności. Autorzy są lekarzami praktykami, którzy dzielą się nie tylko aktualną wiedzą teoretyczną, lecz także własnym doświadczeniem. Publikacja ilustrowana jest licznymi tabelami, rycinami i kolorowymi zdjęciami, co znacznie ułatwia zrozumienie przedstawianych zagadnień [...]

Gratuluję Redaktorom i Autorom książki podjęcia bardzo ważnego i trudnego dla większości lekarzy zagadnienia i stworzenia dzieła, które z pewnością spełni oczekiwania nie tylko środowiska ginekologów.

*Z recenzji prof. dr hab. n. med.
Przemysława Oszukowskiego prezesa
elektu Polskiego Towarzystwa
Ginekologicznego*

* * *



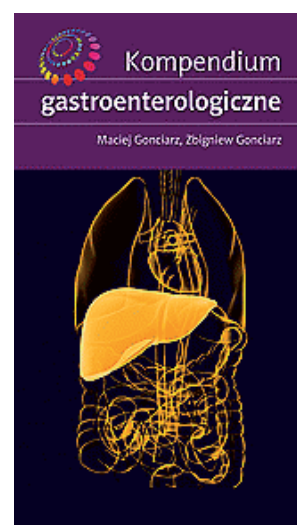
Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit.

• pod redakcją Jarosława Wejmana i Witolda Bartnika; ISBN: 978-83-62138-62-3, format: 205×290 mm, 180 stron, oprawa twarda, cena: 89.25 zł.

Bogato ilustrowany atlas w przystępny sposób przybliży czytelnikowi zagad-

nienia dotyczące nieswoistych chorób zapalnych jelit (wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, zapalenia nieokreślonego oraz zapalenia mikroskopowego) łącznie z obrazami zmian morfologicznych występujących w przebiegu tych chorób. Informacje w nim zawarte są owocem doświadczeń autorów zdobytych w czasie kilkudziesięciu lat zajmowania się nieswoistymi zapaleniami jelit.

* * *



Kompedium gastroenterologiczne

Maciej Gonciarz, Zbigniew Gonciarz
ISBN: 978-83-62138-49-4, format: 110×190 mm, 148 stron, oprawa miękka, cena: 56.70 zł.

Książka jest przystępnym skrótem wiadomości – omawia podstawowe jednostki chorobowe, jednak zawsze z uwzględnieniem etiologii, objawów oraz praktycznego postępowania. Wersja angielska, bardziej skróciowa od polskiej, bierze pod uwagę angielską terminologię, zawiera zwroty specjalistyczne (nawet idiomy), co znacznie ułatwia poruszanie się w obcym językowo środowisku medycznym.

Kompedium przeznaczone jest dla lekarzy ogólnych, lekarzy wyjeżdżających na staże lub do pracy za granicę, dla studentów medycyny, a także dla obcokrajowców studiujących w naszym kraju.