



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Maj 2018

ISSN 1426-661X

Nr 258

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



**Jolanta
Smerkowska-
-Mokrzycka**
nowym
Prezesem
Opolskiej
Izby Lekarskiej

WYNOŚZĘ SIĘ DO GUCWIŃSKICH

Przygody chłopca wychowanego w dżungli ukazywały się w miesięczniku „All-Story” od 1912 roku. W 2006 roku wypływały numer, w którym opublikowano pierwszy rozdział „Tarzana wśród małp”, sprzedano na aukcji w Dallas za 59.750 dolarów. Nieźle, jeśli wziąć pod uwagę, że gazeta kosztowała tylko 15 centów, a autor, Edgar Rice Burroughs, za napisanie odcinkowej noweli dostał 700 dolarów. Co zresztą, na tamte czasy, było całkiem przyzwoitą gażą. Szczególnie dla początkującego literata, który sam o sobie mówił: „Jeżeli ktoś płaci ludziom za pisanie takiego gówna, jak to, które przeczytałem w niektórych magazynach, to i ja mogę takie coś pisać”.

Najpierw postawił na Marsjan. O dziwo, redaktor Thomas Newell Metcalf zgodził się ogłosić kosmiczną opowieść. Ale postawił warunki: pseudonim Normal Bean, czyli Zwykła Fasola (czyżby Jaś Fasola pożyczył przydomek od Amerykanki?), podmienił na Norman Bean. Przerobił też tytuł – książniczkę zastąpił księżycem (pisarz amator, dla 10 dolarów dziennie, zgodziłby się na wszystko: doczepić ogon bohaterce, dokleić wąsy albo naznaczyć zajęczą wargę – miał przecież na utrzymaniu żonę i dzieci). I tak w lutym 1912 roku kapitan John Carter wyruszył na Marsa, a już w październiku tego samego roku Edgar Rice Burroughs wymyślił Tarzana.

Naprawdę nazywał się John Clayton II wicehrabia Greystoke. Osieroconego uratowała Kala – z gatunku mangani, nieznanego dotąd zoologom. Jej małpiątko dopiero co zginęło, zdaje się w paszczy leoparda. Zrozpaczona wałęsała się po dżungli, dokarmiała pisklęta, podrzucała przysmaki żrebakom, gdy usłyszała płacz noworodka. Zakradła się do chaty na drzewie, zobaczyła oseska w kołysce i przytuliła do piersi, jakby był jej własnym dzieckiem.

Tarzan – wymamrotała, co w jej języku znaczy „Biała Skóra”. Niełatwo było nakłonić przywódcę, aby przygarmał malca do stada. – Taki niezgrabny i mazgajowaty, będą z nim tylko kłopoty – burczał Kerchak. Ale co zrobić, gdy małpa się uprze?

Chłopiec dał się lubić. Nie miał smoczków, klocków, bujanych koników ani grzechotek, łaskotał więc lemury, droczył się z krokodylami i przedrzeźniał hipopotamy. Wspinał się na akacje, huśtał się na lianach i szukał podwodnych jaskiń. Umiał udobrychać pytony, przekupić szakale i ujarzmić dzi-

kie rumaki. Wiedział, jak podejść żmije rogate, rozpracować kameleony i rozumiał klangor żurawi. W genetycznym spadku po lordach i hrabinach Greystoke otrzymał bystry umysł, poczucie humoru i ciekawość świata. Wymykał się więc małpim braciom i ślęczał nad książkami zostawionymi przez rodziców. A potem spotkał Jane Porter. I zadurzył się. Obłądnie. Zapraszał ją na szaszłyki z szarańczy, uszył bolerko ze strusich piór, może nawet wydukał: I love you. Sonetami Szekspira raczej nie zaskoczył. A jednak profesorska córka odwzajemniła uczucie dzikusa.



Domeradski – MAŁPY

Gambi nie miał tyle szczęścia. Kiedy po dłuższej przerwie potrzebnej na remont wybiegu wrócił do opolskiego zoo, ujrzał Bilbę (boską, z białym wianuszkciem wokół ust). I zakochał się. Wzdychał, pohukiwał, wisiał na jednej ręce, wykręcał piruety z zamkniętymi oczami albo kładł się do góry brzuchem i sunął plecami po ziemi z jednego końca klatki na drugi. Lecz gdyby nawet upiekl tort w kształcie banana i przystroił go lukrowanymi małpispzonami, gdyby upichcił zapiekankę z kokosa według przepisu babuni albo ułożył Shreka z pestek pomarańczy, żołą pewnie i tak by na niego nie spojrzała. Za to Tekla nie spuszczała wzroku z amanta. Skubiąc włosy na udach coś tam mruczała po swojemu. Chyba: „robisz z siebie idiotę” albo: „zabieram dziecinka i wynoszę się do Gucwińskich”. Pewnego dnia poniosło ją i spuściła zalotnikowi manto. Wytrząsała po głowie, spoliczkowała i odesłała do kąta.

Tymczasem Bilbę odwiedził Pongo. I wcale nie zwariował. Poruszał się dostojnie, jak gładysz, donżuan czy Eugeniusz Bodo w „Urodzie życia”. Przecież nie będzie głąbowatym gorylem, co nauczył się jedynie używać wody po goleniu Brutal. Żadnych umizgów, mizdrzenia się czy wygłupów. Od niechcenia rzucił powłóczyście spojrzenie, potrząsał czupryną, wreszcie wyśpiewał arię oparty o pień lipy, gestykulując i robiąc miny jak inny Eugeniusz – Oniegin (w którego wcielił się Mariusz Kwiecień) w operze wiedeńskiej. Podziało, gibbonica pokochała. A później, małpa jedna, oddawała się igraszkom miłosnym na oczach nieszczęśliwego Gambiego.





No cóż! Trudno od-
mawia się komuś, z kim
współpracowało się pra-
wie ćwierć wieku. Mam
nadto świadomość skali
problemów, przed jakimi staję w dzisiejszych realiach
nowo wybrana Prezes Naszej Izby. Tak więc – pomimo
wcześniejszych zapowiedzi – wróciłem na swoje poprzed-
nie miejsce w Biuletynie.

Macie Państwo przed sobą jego majowy numer, a w nim
przede wszystkim najważniejsze informacje dotyczące
zmian w organach Opolskiej Izby Lekarskiej, do jakich
doszło na ostatnim Zjeździe. Mam nadzieję, że – patrząc
zwłaszcza na różne „zawirowania” w innych izbach – nie
będą one miały większego wpływu na rytmiczne funk-
cjonowanie naszej izby. Mam także nadzieję, że otworzą
w jej historii nowy rozdział. Czy tak się rzeczywiście sta-
nie – czas pokaże.

A wracając do Biuletynu. Zamieszczam w nim w czę-
ści „zagranicznej” ważne i aktualne tematy dotyczące po-

rozumienia rezydentów z Ministrem zdrowia, spraw za-
trudniania lekarzy na zmiany, posępne widmo wejścia
w życie RODO (do pełnej informacji co to takiego odsy-
łam do wnętrza numeru) czy też dywagacje, co spowo-
dowało wprowadzenie sieci szpitali.

Życząc – jak zawsze – miłej lektury żegnam do na-
stępnego numeru.

Jerzy B. LACH

Komisja ds Lekarzy Seniorów OIL w Opolu **zapra-
sza na Wiosenne Spotkanie Lekarzy Seniorów**, któ-
re odbędzie się 12 maja br. (sobota), o godz. 13.00
w Restauracji CZARDASZ w Opolu, ul. Katowicka 55
(obok Biedronki). W czasie spotkania zostaną wrę-
czone medale i dyplomy lekarzom-seniorom, którzy
przed 50 laty uzyskali dyplomy lekarskie.

Wszystkich chętnych prosimy o zgłoszenie swego
uczestnictwa w Biurze Izby – tel.77/454-59-39 – do
dnia 10 maja br.

Przewodniczący Komisji

Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC



Koleżanki i Koledzy!

Gdy piszę te słowa, XXXVII Okrę-
gowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd
Lekarzy jest dawno za nami. Rozpoczęła
się nowa VIII kadencja, której – z woli wyborców – prze-
wodniczę. Samorząd lekarski w tej kadencji będzie musiał
zmierzyć się z nowymi wyzwaniem. Jednym z nich jest
czuwanie, by zawarte 8 lutego 2018 r. porozumienie Mini-
stra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów Ogólnopol-
skiego Związku Zawodowego Lekarzy było realizowane.
I nie chodzi tu tylko o realizację celów strategicznych Po-
rozumienia, o sprawny przebieg „mapy drogowej” – by
odsetek 6% PKB został osiągnięty nie później niż do dnia
1 stycznia 2024 r., ale także o realizację tych wszystkich
punktów porozumienia, które w sposób znaczący dotyczą
każdego z nas. Mam tu na myśli: zmniejszenie obciążeń
biurokratycznych, projekty stosownych aktów prawnych
zdejmujących z lekarza konieczność określania pozio-
mu refundacji leku na receptę, czy w końcu przysługi-
wanie lekarzowi pracującemu w publicznej służbie zdro-
wia, ochrony właściwej dla funkcjonariusza publicznego
w czasie udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych.

Lata nowej kadencji, to także okres przechodzenia z do-
kumentacji papierowej na elektroniczną. To lata, kiedy
wejdzie elektroniczne Prawo Wykonywania Zawodu, e-
recepta, e-skierowanie i - najszybciej pojawiające się na
widnokręgu – e-ZLA. Jeśli chodzi o e-zwolnienia, to zmia-
na ta najbardziej dotknie lekarzy w POZ i AOS. Ale nie

SZPALTA PREZESA

należy także zapominać o tym, że wielu z nas jest w wie-
ku około senioralnym lub senioralnym i zmiana systemu
papierowych zwolnień na elektroniczne może stwarzać im
duże trudności. To wszystko sprawia, że Stanowisko Po-
rozumienia Organizacji Lekarskich (POL), którego człon-
kiem jest Naczelna Izba Lekarska jest jasne i jednoznacz-
ne: termin obligatoryjnego wprowadzenia e-zwolnień
od 1 lipca 2018 r. jest absolutnie niewykonalny. Jak da-
lej potoczą się wypadki, trudno w tej chwili przewidzieć,
ale dla nas sprawa jest jasna – wprowadzanie e-zwolnień
powinno być procesem wieloletnim. W przeciwnym ra-
zie zdeorganizuje to system świadczeń zdrowotnych –
w szczególności wydłuży kolejki do lekarzy i drastycz-
nie ograniczy do nich dostęp w POZ i AOS.

Wspomnę jeszcze, że jest realna szansa na reaktywację
Komisji Młodych Lekarzy, których zapał i energia może
skutkować pracą na rzecz Samorządu. Mam nadzieję, że
w tej kadencji będą „lokomotywą” działań wielu komisji
problemowych w naszej Izbie.

Kończąc, chciałabym w tym miejscu serdecznie po-
dziękować Jurkowi Lachowi, który mimo „zmęczenia
organizmu” 25-letnią pracą na rzecz Samorządu Leka-
rzy i Lekarzy Dentystów, dał się przekonać, że „szmat
historii i niezły kawałek jego życia” jest bezcennym zja-
wiskiem i należy go kontynuować. Jurku! Cieszę się, że
zgodziłeś się być w dalszym ciągu Redaktorem Naczel-
nym naszego Biuletynu.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

STANOWISKO Nr 11/18/P-VII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 marca 2018 r.

w sprawie stosowania pseudonaukowych metod leczenia

Środowisko lekarskie z niepokojem obserwuje rozpowszechniane w Internecie, w tym za pośrednictwem mediów społecznościowych, informacje dotyczące rzekomej skuteczności metod i środków nie mających oparcia w aktualnej wiedzy medycznej, których stosowanie może być groźne dla zdrowia i życia zwłaszcza, jeśli stosowane są zamiast metod i środków, których skuteczność jest potwierdzona aktualną wiedzą medyczną.

Propagowanie pseudonaukowych metod leczenia jest w zdecydowanej większości przypadków elementem działalności ukierunkowanej na czerpanie zysku ze sprzedaży publikacji czy preparatów o niepotwierdzonej skuteczności terapeutycznej. Poglądy wygłaszane przez samozwańczych uzdrowicieli, nieposiadających wykształcenia medycznego czy nawet biologicznego, są bardzo często absurdalne z punktu widzenia każdej z dziedzin nauki – biologii, chemii czy w szczególności medycyny.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do pacjentów, aby porad w sprawach zdrowia poszukiwali u lekarzy, a w przypadku posiłkowania się informacjami powszechnie dostępnymi np. w Internecie, aby korzystali z informacji pochodzących z wiarygodnych źródeł.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przypomina także, że stosowanie przez lekarzy metod i środków niemających potwierdzonej naukowo skuteczności jest niezgodne z przepisami dotyczącymi wykonywania zawodu oraz zasadami etyki lekarskiej.

SEKRETARZ


Marek Jodłowski

PREZES


Maciej Hamankiewicz

SPRAWOZDANIE Z XXXVII OKRĘGOWEGO SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZEGO ZJAZDU LEKARZY

W dniu 3 marca 2018 r. w sali konferencyjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu odbył się XXXVII Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej.

Zjazd otworzył Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, Jerzy Jakubiszyn, który powitał przybyłych gości: Wicewojewodę Opolskiego Violetę Porowską, Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Roberta Bryka, asystentkę pośła Ryszarda Wilczyńskiego, przedstawiciela Krajowej Komisji Wyborczej Mariusza Malickiego oraz Wiceprezesa Okręgowej Rady Aptekarskiej Andrzeja Prygla.

Na początku obrad Prezes zapowiedział wprowadzenie dwóch autopoprawek do porządku obrad Zjazdu. Pierwsza to wręczenie statuetki Prymariusza Opolskiego dr Antoniemu Junosza-Szaniawskiemu (Godność Prymariusza została przyznana przez ORL już po rozesłaniu materiałów zjazdowych), druga to punkt 7a *Uchwalenie budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2018 rok* (brak tego punktu w rozesłanym w materiałach zjazdowych porządku obrad jest ewidentnym przeoczeniem).

Prezes przedstawił pokrótce zasługi Laureata dla opolskiego Samorządu Lekarskiego, którego był jednym ze współorganizatorów i następnie poprosił Wiceprezes J. Smerkowską-Mokrzycką o pomoc przy wręczaniu Laureatowi statuetki, dyplomu i kwiatów. Kol. Junosza-Szaniawski podziękował za wyróżnienie i podzielił się kilkoma wspomnieniami z okresu reaktywowania samorządu lekarskiego.

Następnie przystąpiono do wyborów Prezydium Zjazdu. Prezes Jakubiszyn zgłosił kandydaturę kol. Jacka Mazura na Przewodniczącego Zjazdu. Kol. Mazur wyraził zgodę i przy braku zgłoszeń z sali przegłosowano tę kandydaturę przy 1 głosie wstrzymującym się.

Z kolei nowo wybrany Przewodniczący Zjazdu zaproponował na sekretarzy Zjazdu kol. kol. Annę Adamską i Małgorzatę Falentę-Hitnarowicz. Przy braku zgłoszeń z sali obie kandydatury zostały przyjęte przy 2 głosach wstrzymujących się.

Po tych wyborach kol. Mazur poddał pod głosowanie porządek obrad (wraz z autopoprawkami zgłoszonymi na wstępie przez Prezesa) oraz regulamin Zjazdu. Oba dokumenty zostały zatwierdzone jednogłośnie.

W kolejnym punkcie obrad Zjazd przystąpił do wyboru komisji zjazdowych. Przewodniczący zgłosił kandydatury kol. kol. Barbary Hamryszak, Małgorzaty Łuszczynskiej-Ostrowskiej i Barbary Radeckiej do Komisji Mandatowej, które – przy braku zgłoszeń z sali – zostały zatwierdzone przy 3 głosach wstrzymujących się.

Następnie kol. Mazur zgłosił kandydatury kol. kol. Barbary Szczepanik, Andrzeja Bunio i Rafała Pędicha

do Komisji Uchwał i Wniosków. Także i w tym przypadku, wobec braku innych kandydatur – dokonano wyboru przy 3 głosach wstrzymujących się.

Kontynuując obrady Przewodniczący poprosił o zgłoszenie minimum 6 kandydatów do Komisji Skrutacyjnej zaznaczając przy tym, że osoby te nie będą mogły startować w wyborach do władz OIL. Z sali zgłoszono kol. kol. Joannę Gądek-Baran, Renatę Górecką, Martę Kabarowską, Teresę Sicińską-Werner, Małgorzatę Wagner i Roberta Rypniewskiego. W wyniku głosowania wszystkie zgłoszone osoby zostały jednogłośnie zaakceptowane przez delegatów.

Po przeprowadzeniu tej tury wyborów kol. Mazur przekazał, że zespół Okręgowej Komisji Wyborczej, delegowany do przeprowadzenia wyborów jest gotowy do przyjmowania zgłoszeń kandydatów do wszystkich głosowań, które będą przeprowadzone w drugiej części Zjazdu.

W kolejnej części obrad Przewodniczący poprosił o zabranie głosu gości Zjazdu. Violetta Porowska, Robert Bryk oraz Andrzej Prygiel przekazali podziękowania ustępującym władzom samorządu opolskiego, życzyli owocnych obrad zjazdowi i wyrażali nadzieję na dobrą współpracę z nowymi władzami Opolskiej Izby Lekarskiej.

Po tych wystąpieniach Przewodnicząca Komisji Mandatowej kol. Łuszczynska-Ostrowska poinformowała delegatów, że na 122 delegatów w Zjeździe uczestniczy 93 osób, co stanowi 76,2%. Zjazd jest więc prawomocny do podejmowania uchwał oraz dokonywania wyborów.

Następnie kol. Mazur odczytał adresy, które do Zjazdu przekazali Wicemarszałek Województwa Opolskiego Roman Kolek, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz, posłowie: Leszek Korzeniowski oraz Janusz Sanocki.

Przewodniczący przypomniał, że wszystkie sprawozdania roczne i kadencyjne zostały zawarte w materiałach zjazdowych i zapytał czy delegaci chcą, aby je odczytywać. Przez aklamację ustalono, że sprawozdania nie będą odczytywane, więc Przewodniczący zapytał autorów poszczególnych sprawozdań czy chcą je uzupełnić.

Prezes Jakubiszyn podziękował wszystkim za 8 lat współpracy. Wspominał o dużym przedsięwzięciu jakim był remont siedziby Izby i podziękował pracownikom biura Izby za wyrozumiałość i pracę przez szereg miesięcy w warunkach hałasu, kurzu i pyłu, a Józefowi Jakusowi za pilnowanie pracowników wykonawcy i nie liczenie czasu, poświęconego na nadzór nad remontem. Poinformował również, że na ostatnim posiedzeniu Rady rezygnację z funkcji redaktora Biuletynu Informacyjnego złożył kol. Jerzy Lach.

Przewodniczący Komisji Bioetycznej kol. Jacek Miarka, wyraził zdziwienie powołaniem odrębnej Komisji Bio-

► etycznej przez Uniwersytet Opolski zwracając uwagę, że nie ma podstaw prawnych, by Komisja Bioetyczna działała przy kierunku lekarskim, bo powinna działać przy Wydziale Lekarskim.

Przewodniczący otworzył dyskusję nad sprawozdaniami, ale nie było chętnych do zabierania głosu.

Przewodniczący poddał pod głosowanie projekt Uchwały nr 1 Zjazdu, udzielającej absolutorium ustępującym władzom Opolskiej Izby Lekarskiej. Uchwała została przegłosowana jednogłośnie.

Uchwała Nr 1

XXXVII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 3 marca 2018 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu i udzielenia jej absolutorium

Na podstawie art. 24 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r., poz. 395) uchwała się co następuje:

§ 1

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2017, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 6.542.928,22 zł.

§2

Zysk netto w kwocie 360.271,65 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego,

§3

Po zapoznaniu się z całokształtem działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu oraz po dokonaniu oceny wykonania budżetu Izby, działając na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej, XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXXVI a XXXVII Zjazdem Lekarzy.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*SEKRETARZ XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU*

Lek. dent. Anna ADAMSKA

*PRZEWODNICZĄCY XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU*

Lek. Jacek MAZUR

Następnie kol. Mazur poprosił skarbnika kol. Zbigniewa Kowalika o przedstawienie budżetu OIL na 2018 r. Skarbnik zwrócił uwagę na pozycje, istotnie różniące się od wydatków, zrealizowanych w 2017 r. W preliminarzu na bieżący rok dwukrotnie zwiększona została bowiem pula pieniędzy przeznaczona na kształcenie podyplomowe. Zarezerwowano również środki na spłaty odsetek od kredytu oraz wyposażenie siedziby Izby w nowe meble.

Przewodniczący poddał pod głosowanie projekt Uchwały nr 2 Zjazdu, która zatwierdzała budżet na 2018 rok zgodnie z przedstawionym preliminarzem. Uchwała przegłosowana została jednogłośnie.

Uchwała Nr 2

XXXVII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 3 marca 2018 r. w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2018 rok

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) uchwała się co następuje:

§ 1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2018, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2018 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§2

Preliminarz budżetowy, o którym mowa w § 1 niniejszej uchwały, stanowi jej załącznik.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2018 r.

*SEKRETARZ XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU*

Lek. dent. Anna ADAMSKA

*PRZEWODNICZĄCY XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU*

Lek. Jacek MAZUR

Po przerwie Przewodniczący poprosił ustępującego Prezesa Jakubiszyna o przedstawienie projektu uchwały, dotyczącej liczebności poszczególnych organów OIL. Kol. Jakubiszyn wyjaśnił zasady tworzenia rejonów wyborczych – w tym stworzenie dwóch nowych rejonów wyborczych dedykowanych młodym lekarzom. Zaproponował też utrzymanie w wyborach do Okręgowej Rady Lekarskiej takich samych parytetów, jak to było w poprzedniej kadencji. Dodał, że na etapie wyborów do Okręgowej Rady Lekarskiej osobnego parytetu dla młodych lekarzy już nie będzie i będą oni startowali razem ze swoimi starszymi kolegami. Podał też propozycje liczebności pozostałych organów naszej Izby. Dodał, że liczba delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy została ustalona uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej i wynosi 8 delegatów, w tym 2 lekarzy dentyistów.

W dyskusji kol. Tomasz Rekucki stwierdził, że jest przeciwny jakimkolwiek parytetom.

Wobec braku innych głosów Przewodniczący poddał pod głosowanie poszczególne propozycje przedstawione przez Prezesa:

- liczebność zespołu Zastępców OROZ (21, w tym 5 lekarzy dentyistów) została zatwierdzona przy 1 głosie sprzeciwu;

- liczebność Okręgowego Sądu Lekarskiego (30, w tym 7 lekarzy dentyków) – przy 3 głosach wstrzymujących się i 1 głosie sprzeciwu;
- liczebność Okręgowej Komisji Rewizyjnej (5, w tym 1 lekarz dentyta) – przy 1 głosie sprzeciwu;
- liczebność Okręgowej Rady Lekarskiej (22, w tym 5 lekarzy dentyków) oraz parytety w części lekarskiej (powiaty opolskie – 7, Kędzierzyn-Koźle/Głubczyce – 2, Nysa/Głucholazy/Prudnik – 2, Brzeg/Namysłów – 2, Strzelce Opolskie/Krapkowice – 2, Kluczbork/Olesno – 2) – przy 3 głosach wstrzymujących się i 2 głosach sprzeciwu.

Następnie kol. Mazur poddał pod głosowanie projekt całej uchwały nr 3 Zjazdu, która ustalała liczebność wszystkich organów OIL w VIII kadencji oraz parytety wyboru członków Okręgowej Rady Lekarskiej. Uchwała została zatwierdzona przy 1 głosie sprzeciwu.

Uchwała Nr 3

XXXVII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 3 marca 2018 r. w sprawie ustalenia liczebności organów Opolskiej Izby Lekarskiej oraz okręgowej komisji wyborczej w kadencji 2018–2022

Na podstawie art. 24 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r., o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz.168) uchwała się co następuje:

§1

1. Ustala się liczebność Okręgowej Rady Lekarskiej VIII kadencji na 22 osoby – 17 lekarzy i 5 lekarzy dentyków.
2. W ramach kwoty przyznanej lekarzom przewidziana się:
 - 1) 2 miejsca dla delegatów powiatów brzeskiego i namysłowskiego,
 - 2) 2 miejsca dla delegatów powiatów kluczborskiego i oleskiego,
 - 3) 2 miejsca dla delegatów powiatów kędzierzyńsko-kozielskiego i głubczyckiego,
 - 4) 2 miejsca dla delegatów powiatów nyskiego i prudnickiego,
 - 5) 2 miejsca dla delegatów powiatów krapkowickiego i strzeleckiego,
 - 6) 7 miejsc dla delegatów powiatów opolskiego grodzkiego i opolskiego ziemskiego.

§2

Ustala się liczebność zespołu Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej VIII kadencji na 21 osób – 16 lekarzy i 5 lekarzy dentyków.

§3

Ustala się liczebność Okręgowego Sądu Lekarskiego VIII kadencji na 30 osób – 23 lekarzy i 7 lekarzy dentyków.

Ustala się liczebność Okręgowej Komisji Rewizyjnej VIII kadencji na 5 osób – 4 lekarzy i 1 lekarz dentyta.

§5

Ustala się liczebność okręgowej komisji wyborczej VIII kadencji na 6 osób – 4 lekarzy i 2 lekarzy dentyków.

*SEKRETARZ XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Lek. dent. Anna ADAMSKA*

*PRZEWODNICZĄCY XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Lek. Jacek MAZUR*

W dalszej części Zjazdu Przewodniczący udzielił głosu Przewodniczącemu Zespołu Okręgowej Komisji Wyborczej, delegowanemu przez OKW do przeprowadzenia wyborów w czasie Zjazdu – kol. Stanisławowi Kowarzkowi. Kol. Kowarzyk poinformował, że na funkcję Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej zgłoszona została jedna kandydatura – kol. Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej, a na funkcję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej także jedna kandydatura – kol. Wojciecha Derkowskiego. Przewodniczący poddał pod głosowanie zamknięcie listy kandydatów w tych dwóch wyborach. Listy zostały zamknięte jednogłośnie.

Przewodniczący poprosił kol. Smerkowską-Mokrzycką o zaprezentowanie swojej kandydatury i planów działania na nadchodzącą kadencję. Kol. Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła pokrótce swoją dotychczasową drogę zawodową oraz samorządową. Stwierdziła, że podstawowymi zadaniami w nowej kadencji będą: wprowadzanie elektronicznej dokumentacji medycznej, a przede wszystkim e-zwolnień i e-recept, wprowadzenie elektronicznego prawa wykonywania zawodu, nadzorowanie realizowania porozumienia rezydentów z Ministrem Zdrowia, wzmacnianie prawnej ochrony lekarzy i lekarzy dentyków, uaktywnianie młodych lekarzy oraz integracja środowiska lekarskiego także poprzez działalność w dziedzinie kultury.

Następnie swoją sylwetkę przedstawił też kol. Wojciech Derkowski.

Po tych autoprezentacjach Przewodniczący ogłosił rozpoczęcie głosowania w wyborach na funkcję Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej oraz Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Po zakończeniu głosowania Przewodniczący Komisji Skrutacyjnej kol. Robert Rypniewski przedstawił wyniki wyborów. W obu głosowaniach wydano 98 kart, oddano 98 głosów ważnych. Zarówno kol. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, jak i kol. Wojciech Derkowski uzyskali 95 głosów za swoimi kandydaturami.

Przewodniczący Zjazdu pogratulował wybranym uzyskanego wyniku i poprosił kol. Kowarzyka o przedstawienie list kandydatów w wyborach do poszczególnych organów Izby, Okręgowej Komisji Wyborczej oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Kol. Kowarzyk odczytał nazwiska zgłoszonych osób. W przypadku kandydatur do Okręgowej Rady Lekarskiej kandydaci byli proszenie

o pokazanie się ogółowi delegatów. Wobec braku dodatkowych propozycji z sali listy kandydatów zamknięte zostały jednogłośnie.

W miarę, jak przeprowadzane były kolejne głosowania w pakietach po dwa jednocześnie (do ORL + delegatów na KZL, zastępców OROZ + OKR, do OSL + OKW), w przerwach przeznaczonych na obliczanie głosów Przewodniczący Komisji Uchwał i Wniosków przedstawiał projekty dokumentów zjazdowych, które wpłynęły do komisji. Kol. Rekucki w imieniu młodych lekarzy zgłosił projekt apelu, dotyczącego przeprowadzenia analizy przebiegu procesu specjalizowania się na terenie działania Izby oraz projekt stanowiska, popierającego porozumienie zawarte przez rezydentów z Ministrem Zdrowia. Kol. Teresa Sicińska-Werner zgłosiła projekt apelu, odnoszącego się do zamieszczania w Biuletynie Informacyjnym wspomnień o zmarłych lekarzach. W kolejnych przerwach zgłaszano poprawki do w/w tekstów (w odniesieniu do apelu młodych lekarzy były to autopoprawki) i ostatecznie przegłosowano te dokumenty. A oto ich ostateczna treść:

Apel nr 1

XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu z dnia 3 marca 2018 r. w sprawie monitorowania jakości kształcenia podyplomowego

XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu zobowiązuje Komisję Młodych Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej do przygotowania w 2018 roku raportu, oceniającego przebieg kształcenia podyplomowego na terenie działania Izby oraz przekazania go Okręgowej Radzie Lekarskiej w celu podjęcia dalszych działań.

SEKRETARZ XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Lek. dent. Anna ADAMSKA
PRZEWODNICZĄCY XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Lek. Jacek MAZUR

Apel nr 1 Zjazdu został przyjęty przy 1 głosie przeciwnym oraz 8 głosach wstrzymujących się.

Apel nr 2

XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu z dnia 3 marca 2018 r. do lekarzy i lekarzy dentyków – członków Opolskiej Izby Lekarskiej

XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu zwraca się z apelem do wszystkich Koleżanek i Kolegów, członków Opolskiej Izby Lekarskiej o przekazywanie do biura Izby informacji o zmianach w danych osobowych oraz statusie zawodowym. Zjazd zwraca się również z prośbą o przekazywanie wspomnień o zmarłych lekarzach i lekarzach dentykach, które mo-

głyby być następnie zamieszczane w Biuletynie Informacyjnym OIL.

SEKRETARZ XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Lek. dent. Anna ADAMSKA
PRZEWODNICZĄCY XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Lek. Jacek MAZUR

Apel nr 2 Zjazdu został przyjęty przy 3 głosach wstrzymujących się.

Stanowisko

XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu z dnia 3 marca 2018 r. w sprawie porozumienia Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów OZZL,

XXXVII Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu popiera treść porozumienia, zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia a Porozumieniem Rezydentów OZZL w dniu 8 lutego 2018 r. i uważa za konieczne jak najszybsze i skuteczne wprowadzenie w życie ustaleń w nim zawartych.

SEKRETARZ XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Lek. dent. Anna ADAMSKA

PRZEWODNICZĄCY XXXVII OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Lek. Jacek MAZUR

Stanowisko Zjazdu zostało przyjęte przy 6 głosach wstrzymujących się.

W miarę podliczania głosów w poszczególnych wyborach, Przewodniczący Komisji Skrutacyjnej ogłaszał wyniki tych wyborów.

W wolnych wnioskach Rafał Pędich zaapelował o zgłaszanie się do chóru, działającego przy OIL, a nowo wybrana Prezes zachęcała do szeroko rozumianej aktywności na polu kultury i sztuki.

Po ogłoszeniu ostatnich wyników wyborów, wobec wyczerpania porządku obrad, Przewodniczący Zjazdu kol. Jacek Mazur ogłosił zamknięcie Zjazdu.

* * *

Poniżej ostateczne obwieszczenia o wynikach poszczególnych wyborów – w tym także wyboru Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu przeprowadzonego na pierwszym jej posiedzeniu w dn. 21 marca 2018 r.

Obwieszczenie

Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Opolskiej Izby Lekarskiej z dnia 3 marca 2018 r. o wynikach wyborów na XXXVII Okręgowym Zjeździe Lekarzy

Zgodnie z § 45 ust. 1 załącznika do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r.

w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych oraz na podstawie protokołów komisji wyborczych zgromadzenia wyborczego na XXXII Okręgowym Zjeździe Lekarzy, obwieszczam co następuje

1. Prezesem Opolskiej Izby Lekarskiej wybrana została:
 - Smerkowska-Mokrzycka Jolanta.
2. Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej wybrany został:
 - Derkowski Wojciech.
3. Na członków Okręgowej Rady Lekarskiej wybrano następujących lekarzy/lekarzy dentyistów:
 - Bąk Adam
 - Burgiel Henryk,
 - Chechłowski Jacek,
 - Chruszczyk Stanisław,
 - Dryja Marek,
 - Gajda Iwona,
 - Grzybowska-Substelna Justyna,
 - Hamryszak Barbara,
 - Jakubiszyn Jerzy,
 - Knosala Robert,
 - Kowarzyk Stanisław,
 - Kudyba Bogusław,
 - Latała Wiesław,
 - Łuszczyńska-Ostrowska Małgorzata,
 - Martyniszyn Adam,
 - Mazur Jacek,
 - Mielczarek Marcin,
 - Rekucki Konrad,
 - Suzanowicz Barbara,
 - Wojtyłko Aleksander.
4. Na Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wybrano następujących lekarzy/lekarzy dentyistów:
 - Drosik Kazimierz,
 - Hałaburdo Donata,
 - Jarka Jolanta
 - Knopińska-Rostkowska Ewa,
 - Konopka-Błaszczyk Małgorzata,
 - Olszewski Paweł,
 - Rogala Ewa,
 - Szczęśniak Maciej,
 - Ziemba Anna.
5. Na Członków Okręgowego Sądu Lekarskiego wybrano następujących lekarzy/lekarzy dentyistów:
 - Baszak Anna,
 - Bruzi-Bużowicz Róża,
 - Derkacz-Jedynak Marzanna,

- Doskocz Krzysztof,
 - Głęb Grzegorz,
 - Gulewicz Ireneusz,
 - Junosza-Szaniawski Antoni,
 - Kanturski Marek,
 - Kaźmierczak Anna,
 - Kobyłecki Czesław,
 - Krzymowska Elżbieta,
 - Kulig Olaf,
 - Łabuz-Margol Małgorzata,
 - Łotecki Ireneusz,
 - Murawski Józef,
 - Noceń-Firlej Ewa,
 - Porażko Tomasz,
 - Pyziak Andrzej,
 - Rączy Katarzyna,
 - Siewiński Marek,
 - Stempniewicz Krzysztof,
 - Tarnowski Piotr,
 - Tomala Marek,
 - Wartenberg Krystian,
 - Wileński Ryszard,
 - Zubrzycka Czesława,
 - Zwoliński Dariusz.
6. Do Okręgowej Komisji Rewizyjnej wybrano następujących lekarzy/lekarzy dentyistów:
 - Błaszczyk Marek,
 - Bunio Andrzej,
 - Fijałkowski Włodzimierz,
 - Piętka Marek,
 - Pisarski Leszek.
 7. Delegatami na Krajowy Zjazd Lekarzy zostali wybrani następujący lekarze/lekarze dentyści:
 - Dryja Marek,
 - Hamryszak Barbara,
 - Jakubiszyn Jerzy,
 - Kowarzyk Stanisław,
 - Kuzyszyn Zbigniew,
 - Mazur Jacek,
 - Miarka Jacek,
 - Smerkowska-Mokrzycka Jolanta.
 8. Do Okręgowej Komisji Wyborczej zostali wybrani następujący lekarze/lekarze dentyści:
 - Błaszczyk Marek,
 - Chruszczyk Stanisław,
 - Jakubiszyn Jerzy,
 - Kowarzyk Stanisław,
 - Lechniak Małgorzata,
 - Mielczarek Marcin.

*Przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej
Opolskiej Izby Lekarskiej
Lek. dent. Stanisław CHRUSZCZYK*

PIERWSZE POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU NOWEJ KADENCJI



W dniu 21 marca br. odbyło się pierwsze w VIII kadencji posiedzenie nowo wybranej Okręgowej Rady Lekarskiej. Po raz pierwszy w tej roli członków Rady powitała Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Ukonstytuowanie się Okręgowej Rady Lekarskiej – wybory wiceprezesów, sekretarza, zastępcy sekretarza, skarbnika i członków Prezydium

Na początku spotkania członkom Rady została przedstawiona Okręgowa Komisja Wyborcza w składzie: lek. Jerzy Jakubiszyn – przewodniczący oraz członkowie: lek. dent. Małgorzata Lechniak, lek. Stanisław Kowarzyk, lek. dent. Stanisław Chruszczyk, lek. Marek Błaszczuk oraz lek. Marcin Mielczarek.

W związku z tym, że delegat ze Strzelec Opolskich lek. Robert Knosala, wybrany podczas Okręgowego Zjazdu na członka Okręgowej Rady Lekarskiej złożył rezygnację z tej funkcji, Okręgowa Komisja Wyborcza podjęła uchwałę przyjmującą tę rezygnację i - zgodnie z regulaminem – powołującą na to miejsce lek. Jarosława Mijasa, który podczas wyborów zajął kolejne miejsce na liście kandydatów na członków ORL.

Wybory poprowadziła lek. dent. Małgorzata Lechniak. Powołano Komisję Mandatową, w skład której weszli: lek. dent. Stanisław Chruszczyk i lek. dent. Wiesław Łatała. Po policzeniu podpisów na liście obecności, Komisja stwierdziła, że obecnych jest 20 członków Rady i zebranie jest prawomocne. Ponadto wyłoniono Komisję Skrutacyjną w składzie: lek. Barbara Suzanowicz oraz lek. dent. Stanisław Chruszczyk.

Następnie Prezes przedstawiła kandydatów na Wiceprezesów: lek. Jacka Mazura i lek. dent. Barbarę Hamryszak. Z powodu braku innych kandydatów, postanowiono jednogłośnie o zamknięciu listy. Podczas głosowania obydwie kandydaci otrzymali po 19 głosów i tym samym zostali wybrani na funkcje Wiceprezesów Opolskiej Izby Lekarskiej.

Następnie kol. Smerkowska-Mokrzycka zaproponowała kandydaturę lek. Małgorzaty Łuszczynskiej-Ostrowskiej na funkcję Sekretarza ORL oraz lek. Stanisława Kowarzyka na funkcję Zastępcy Sekretarza ORL. Wobec braku innych kandydatów listę jednogłośnie zamknięto. W wyniku głosowania kol. Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska uzyskała 20 głosów, a lek. Stanisław Kowarzyk 19.

W dalszej kolejności Prezes przedstawiła kandydata na stanowisko Skarbnika ORL – lek. Jerzego Jakubiszyna. Po jednogłośnie zamknięciu listy, przystąpiono do głosowania, w którym kandydat uzyskał 17 głosów.

I wreszcie kol. Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła kandydatów na członków Prezydium ORL: lek. Marka Dryję, lek. Iwonę Gajdę, lek. Marcina Mielczarkę. Kol. Stanisław Chruszczyk zaproponował lek. Krystiana Rekuckiego, kol. Aleksander Wojtyłko – lek. Jarosława Mijasa, a kol. Jarosław Mijas – lek. Aleksandra Wojtyłkę. Po jednogłośnie zamknięciu listy kandydatów, nastąpiło głosowanie, w wyniku którego kandydaci otrzymali następujące ilości głosów: kol. Dryja – 16, kol. Gajda – 10, kol. Mielczarek – 7, kol. Rekucki 6, kol. Mijas – 9 oraz kol. Wojtyłko – 7. Tak więc członkami Prezydium zostali ostatecznie kol. kol. Dryja, Gajda i Mijas.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

W tym punkcie powołano Komisję ds. Rejestracji Lekarzy, w skład której jednogłośnie weszli kol. kol. Dryja, Jakubiszyn i Łatała.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Do Izby z prośbą o przyznanie punktów edukacyjnych zwróciła się Klinika Nova Sp. z o.o., która w okresie od 5 kwietnia do 14 grudnia 2018 r. w Kędzierzynie-Koźlu przeprowadzi cykliczne dwudniowe szkolenia dla lekarzy „Techniki RiRS w leczeniu kamicy układu moczowego”. Jednogłośnie przyznano 11 pkt. edukacyjnych za każdy dwudniowy kurs.

Ponadto jednogłośnie przyznano 4 pkt. edukacyjne Opolskiemu Oddziałowi Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, który w dn. 21 kwietnia br. w Jarnołtówku przeprowadzi spotkanie naukowe dla lekarzy. Jednocześnie Przewodniczący Oddziału Opolskiego PTP dr Jacek Płonka poprosił Radę Okręgową o dofinansowanie ww. wydarzenia i Rada jednogłośnie postanowiła wyasygnować kwotę 1.000 zł na ten cel.

Również jednogłośnie przyznano 4 pkt. edukacyjne za uczestnictwo w warsztatach szkoleniowych „IX Oleśkie Spotkania z Interną” organizowanych przez Oddział Chorób Wewnętrznych ZOZ w Oleśnie w dn. 24 marca br.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Jednogłośnie postanowiono wykreślić z rejestru praktykę lek. Aleksandry Kotowskiej.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Brak wniosków.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor Opolskiego Centrum Onkologii zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przez Radę jej przedstawiciela w komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi, Oddziału Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym oraz Oddziału Radioterapii. Rada zaproponowała lek. Lidię Czopkiewicz do wszystkich wymienionych powyżej konkursów.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

O zwolnieniu z opłacania składek członkowskich z powodu nie osiągnięcia przychodów zwróciła się do Izby 1 osoba – uchwałą przyjęto jednogłośnie.

Sprawy różne i wolne wnioski

Rektor Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu zwrócił się do Opolskiej Izby Lekarskiej o objęcie patronatu nad V Międzynarodową Konferencją – Medical Science Pulse, organizowaną w dn. 22–23 maja br. w Opolu. Przy 5 głosach wstrzymujących postanowiono, iż Izba obejmie patronat honorowy ww. konferencji.

Kol. Kowarzyk zaproponował, aby każdy z członków Rady przedstawił się osobiście i opowiedział o sobie kilka słów, co też się stało.

Kol. Wojtylko poruszył problem kar wymierzanych przez Opolski Oddział NFZ za wystawienie recept osobom nieubezpieczonym. Kol. Jakubiszyn zobowiązał się spotkać z Dyrektorem naszego Oddziału i wyjaśnić ten problem.

Jednogłośnie podjęto uchwałę dotyczącą harmonogramu posiedzeń Prezydium i Rady Lekarskiej w I półroczu 2018 r. Członkowie Prezydium spotkają się: 18.04, 16.05 oraz 20.06 o godz. 13.00. Natomiast członkowie Rady zbiorą się: 25.04, 23.05 oraz 27.06 br. o godz. 12.30.

Prezes poinformowała, że stronę internetową naszej Izby będzie nadal prowadził kol. Kowarzyk, natomiast redakcją Biuletynu Informacyjnego zajmie się kol. Lach, który będzie uczestniczył w spotkaniach Rady.

Kol. Gajda poruszyła problem nowych wymogów stawianych jednostkom leczniczym przez Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne. Prezes poinformowała, że pismo w tej sprawie zostało już wystosowane do Kazimierza Łukawieckiego, który obecnie sprawuje funkcję Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

Kol. kol. Gajda i Martyniszyn zaproponowali, aby podczas zbliżającego się Krajowego Zjazdu Lekarzy podjąć stanowisko zobowiązujące Ministerstwo Zdrowia do wy-

dłużenia okresu przejściowego przed obowiązkiem wystawiania e-zwolnień.

Kol. Rekucki poinformował, iż na stronie internetowej naszej Izby pojawiła się informacja o możliwości skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych.

Kol. Dryja zwrócił uwagę, że należy powołać w naszej Izbie Mediatora oraz Rzecznika Praw Lekarza.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

Wiceprezes ORL

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

* * *

OBWIESZCZENIE

Okręgowej Komisji Wyborczej Opolskiej Izby Lekarskiej z dnia 21 marca 2018 r. o wynikach wyborów na członków prezydium, wiceprezesa, sekretarza, zastępcy sekretarza i skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

Zgodnie z § 45 ust. 1 załącznika do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, obwieszczam co następuje:

1. Wiceprezesami Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu zostali wybrani:
 - Hamryszak Barbara,
 - Mazur Jacek.
2. Skarbnikiem Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu został wybrany:
 - Jakubiszyn Jerzy.
3. Sekretarzem Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu została wybrana:
 - Łuszczynska-Ostrowska Małgorzata.
4. Zastępcą Sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu został wybrany:
 - Kowarzyk Stanisław.
5. Na członków Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu wybrano następujących lekarzy:
 - Dryja Marek,
 - Gajda Iwona,
 - Mijas Jarosław.

Sekretarz

Okręgowej Komisji Wyborczej
Opolskiej Izby Lekarskiej
Lek. Małgorzata LECHNIAK

WYBORY W POLSKIM TOWARZYSTWIE STOMATOLOGICZNYM

W końcu listopada 2017 r. odbyły się wybory do władz Oddziału Opolskiego PTS. Na stanowisko Prezesa został wybrany jednogłośnie **dr Wiesław Latała**. Obiecał ścisłą współpracę z naszą Izbą Lekarską – Komisją Stomatologiczną oraz organizację szkoleń ze znanymi i ciekawymi wykładowcami.

Do Zarządu Oddziału weszły te same osoby, co w poprzedniej kadencji. **Sekretarzem** ponownie została **dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka** (obecnie Prezes OIL), **Skarbnikiem** – **dr Grzegorz Palacz**, **Przewodniczącym Komisji Rewizyjnej** – **dr Włodzimierz Fijałkowski**, **Przewodniczącą Sądu Koleżeńskiego** – **dr Barbara Hamryszak** (obecnie Wiceprezes i Przewodniczącą Komisji Stomatologicznej OIL).

Na początku grudnia 2017 r. odbyły się również wybory do władz krajowych Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. **Prezydentem PTS została Pani prof. dr hab. Marzena Dominiak** – Kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Akcent opolski tych wyborów to ponowny wybór do **Prezydium Zarządu Głównego dr Wiesława Latały**. „Ciekawostką” wyborów jest to, że nasz kolega otrzymał największą ilość głosów poparcia

spośród wszystkich głosowań do władz, jakie odbyły się podczas tych wyborów (również na Prezydenta).

Korzystając z okazji w imieniu Prezesa i Zarządu Oddziału pragnę serdecznie pogratulować Koleżance **Jolancie Smerkowskiej-Mokrzyckiej** wyboru na **Prezesa Opolskiej Izby Lekarskiej** i życzyć jej wielu sukcesów w działaniach na rzecz naszego całego środowiska lekarskiego. Jesteśmy bardzo dumni z faktu, że jest pierwszym stomatologiem naszej izby, który objął to zaszczytne stanowisko. Pani Doktor od kilku kadencji pełni funkcję Sekretarza naszego Oddziału.

Gratulujemy również, przyznania odznaczenia „Meritus Pro Medicis” Naczelnej Izby Lekarskiej. To najwyższe wyróżnienie Kapituła przyznała naszej Koleżance, jako drugiemu stomatologowi w naszym województwie. Pierwszy dostał tego zaszczytu w 2016 r. dr Wiesław Latała. Jeszcze raz serdecznie gratulujemy Pani Prezes – jesteśmy wszyscy dumni z tych osiągnięć i życzymy powodzenia w realizacji wytyczonych celów.

*Kronikarz
Oddziału Opolskiego PTS
Dr n. med. Piotr WIŚNIEWSKI*

OSTATNIE POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ VII KADENCJI

W dniu 12 lutego br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się ostatnie w VII kadencji posiedzenie KS OIL. Ustępująca Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

1) Krótkie sprawozdanie ze styczniowego posiedzenia KS NIL przedstawiła dr Barbara Hamryszak. Omawiano na nim m.in.: dyrektywę dotyczącą promieniowania jonizującego, sprawy kształcenia przed- i podyplomowego, urealnienie cen na świadczenia stomatologiczne w ramach kontraktów z NFZ oraz podpisano list intencyjny o współpracy z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym.

2) W związku ze zbliżającym się Światowym Dniem Zdrowia Jamy Ustnej (20 marca) PTS, NIL, Be Active Dentist oraz agencja ewiDENTniepr.pl. zaproponowały ogólnopolską kampanię promującą ten dzień pod hasłem „Polska mówi aaa”.

3) NRL w formie apelu przekazała nowemu Ministrowi Zdrowia Rafałowi Szumowskiemu postulaty środowiska medycznego dotyczące zmian w systemie ochrony zdrowia, zasadach wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz kształcenia przed- i podyplomowego.

Bardzo wiele postulatów dotyczyło stomatologii, m.in.: powołania w MZ koordynatora ds. stomatologii, podniesienia wyceny świadczeń stomatologicznych, prowadzenia list oczekujących do lekarzy specjalistów z dziedzin stomatologicznych.

4) 26 stycznia br. zostało zawarte porozumienie o współpracy między NIL a PTS. W imieniu NIL podpisał je Prezes NIL dr Maciej Hamankiewicz, a w imieniu PTS – Prezydent PTS prof. Marzena Dominiak – Przewodnicząca przekazała krótkie sprawozdanie z tego wydarzenia.

5) W związku z przekazaniem do konsultacji projektu rozporządzenia MZ dotyczącego priorytetów zdrowotnych, Prezydium NRL zgłosiło poprawkę, w której zwraca uwagę na poprawę opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą oraz osobami w podeszłym wieku (obszar ten nie został dostrzeżony w projekcie rozporządzenia).

6) Przewodnicząca przedstawiła zestawienie budżetu NFZ na stomatologię w latach 2008–18. W wartościach nominalnych budżet tegoroczny jest zbliżony do budżetu z roku 2009. Niestety, tak jak w minionych latach udział procentowy jest mniejszy – Opolski Oddział Wojewódzki

NFZ w tym roku przeznaczy na leczenie stomatologiczne 2,37% środków (w 2017 r. było 2,46%). W związku z tak niskimi nakładami na świadczenia stomatologiczne oraz z ubiegłoroczną akcją OOW NFZ próbującą w ostatnich dniach grudnia „dorzucić” stomatologom trochę pieniędzy, bez możliwości ich wykorzystania (ze względu na zbyt krótki termin realizacji oraz okres świąteczno-noworoczny) Przewodnicząca wystosowała do Dyrektora OOW NFZ pismo z prośbą o wyjaśnienie tej sytuacji. Treść pisma została większością głosów zaakceptowana przez członków KS.

7) Na ostatnim posiedzeniu KS NIL 9 lutego br. omówiono przedstawione przez MZ opracowanie dotyczące mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób jamy ustnej i stomatologii. Niestety zbiorcza analiza w głównej mierze skoncentrowana jest na leczeniu w warunkach szpitalnych.

8) Szkolenia:

- 23–25 luty – XX Jubileuszowa Konferencja naukowo-szkoleniowa w Kołobrzegu „Najnowsze trendy w stomatologii”;

- 2–3 marca – III Konferencja Periodontologiczna w Warszawie;
- 15–17 czerwca – „IV Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne” w Serocku;
- 29–30 czerwca – III Konferencja „Stomatologia XXI wieku” w Gdańsku.

9) Informacje:

- OIL w Szczecinie zaprasza na XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie OMEGA, które odbędą się w dniach 15–17 czerwca w Morzyczynie, Jezioro Miedwie;
- OIL w Gdańsku zaprasza na IX Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w klasie PUCK w terminie 25–27 maja na wodach Zatoki Puckiej.

Na zakończenie posiedzenia Przewodnicząca podziękowała członkom Komisji Stomatologicznej za cztery lata pracy w komisji, powitała też nowych członków, którzy przyjęli zaproszenie na to spotkanie.

*Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej
Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

KOLEŻANKI, KOLEDZY!

W dniu **12 maja 2018 r. w godzinach 10.00–15.00** odbędzie się szkolenie dla lekarzy i lekarzy dentyistów w zakresie wybranych aspektów prawnych działalności leczniczej. Główne tematy szkolenia:

1. **RODO** (dane osobowe w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą).
2. **Dokumentacja medyczna w codziennej praktyce lekarza.**

Organizatorem szkolenia jest Opolska Izba Lekarska.

Miejsce szkolenia: **USK Opole, al. W. Witosa 26 – sala 04.**

Zapisy chętnych w Sekretariacie Izby u Pani Barbary Oborskiej, tel. 77/454-59-39 w nieprzekraczalnym terminie do 8 maja 2018 r.

Prezes ORL – Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

KOMU ZAWDZIĘCZAMY PRZETRWANIE PRZEZ PONAD DWA I PÓŁWIEKU DYNASTII JAGIELLONÓW?

W dniu 16 października 1384 r. w Katedrze Wawelskiej 12-letnia Jadwiga Andegaweńska została koronowana na króla Polski. Był to jedyny w historii przypadek koronowania kobiety na króla Polski.

Jadwiga Andegaweńska urodzona 18 lutego 1374 r. była najmłodszą córką Ludwika Węgierskiego z rodu Andegawenów, króla Polski i Węgier (tam otrzymał przydomek Wielkiego).

Wkrótce po koronacji problemem stało się zamążpójście Jadwigi celem kontynuacji dynastii. Problemem był fakt, że już jako 4-letnia dziewczynka została zaręczona z 9-letnim Wilhelmem Habsburgiem z którym wychowywała się na dworze węgierskim w Budzie i z którym łączyła ją młodzięcza miłość.

Tymczasem polscy możnowładcy planujący powstanie unii polsko-litewskiej przed rosnącym w potęgę Zako-

nem Krzyżackim pragnęli małżeństwa Jadwigi z Wielkim Księciem Litewskim Jagalem. Jadwiga wzbraniała się przed tą decyzją do momentu kiedy modląc się przed ołtarzem z czarnym Chrystusem w lewej nawie Katedry Wawelskiej usłyszała słowa: „...*Jadwigo ratuj Litwę...*” (przed tym ołtarzem modlił się podczas jednej z pielgrzymek do Polski papież Jan Paweł II). Jadwiga wysłała wówczas na Litwę swoich zaufanych dworzan z Zawiszą z Oleśnicy na czele, którzy przez Jagalę zostali zaproszeni do „łaźni”. Poinformowali oni Jadwigę, że jest on dobrze zbudowanym mężczyzną, niezbyt wysokim (Jadwiga była bardzo wysoka, liczyła bowiem 180 cm wzrostu), lekko łysiejący od czoła, ale bardzo wesołym i dowcipnym.



Głównym problemem stał się Wilhelm Habsburg, który kilkakrotnie pojawiał się w Krakowie, a nawet wg. niektórych historyków na Wawelu, z którego siłą był usuwany.

Ostatecznie 18 lutego 1386 r. odbył się ślub 14-letniej Jadwigi Andegaweńskiej z Wielkim Księciem Litewskim starszym od panny młodej o 20 lat.

W przededniu ślubu Wielki Książę Litewski został ochrzczony i po ojcu chrzestnym Władysławie Opolczyku, namiestniku Rusi Czerwonej otrzymał imię Władysław. W tym miejscu należy wspomnieć, że Władysław Opolczyk był fundatorem Klasztoru Paulinów na Jasnej Górze, którym ofiarował obraz „Czarnej Madonny” przywiezionej właśnie z Rusi (Opolczyk spoczywa w kryptach Klasztoru Franciszkanów w Opolu).

Koronacja Władysława Jagiełły na króla Polski odbyła się kilka dni później (4 marca 1386 r.) w Katedrze Wawelskiej.

Dopiero po 12 latach małżeństwa z Władysławem Jagiełłą Jadwiga zaszła w ciążę. Posądzana była o niepłodność i przez te lata poświęcała się działalności charytatywnej wśród biedoty Krakowa. Niestety 22 czerwca 1399 r. urodziła przedwcześnie córeczkę Elżbietę Bonifację. Imię Bonitacja otrzymała ona na cześć ówczesnego papieża Bonifacego IX, który zgodził się zostać ojcem chrzestnym nowopowstającej dynastii królewskiej.

Przedwcześnie urodzona Elżbieta Bonifacja zmarła po 3 tygodniach, zaś królowa Jadwiga tydzień później 17 lipca 1399 r. w wieku zaledwie 27 lat. Prawdopodobnie przyczyną jej śmierci było zakażenie połogowe (vide moja książka pt.: „Żony królów i władców Polski”). Jadwiga spoczęła w przepięknym sarkofagu z białego marmuru projektu prof. Antoniego Madeyskiego, który znajduje się w prawej nawie Katedry Wawelskiej.

Drugą żoną Władysława Jagiełły została 29 stycznia 1402 r. 19-letnia hrabianka Anna Cillejska (1381–1416) pochodząca z miejscowości Celje (w obecnej Słowenii, przez którą przebiega autostrada nad Adriatyk). Jej matką była córka króla Kazimierza Wielkiego – Anna. Mimo, że nie grzeszyła urodą, jej stosunki z Władysławem Jagiełłą były coraz bardziej serdeczne, czego wyrazem jest fakt, że pierwsze wiadomości o Victorii Grunwaldzkiej Jagiełło nie przesłał Prymasowi Polski, ale właśnie żonie Annie Cillejskiej. Anna Cillejska urodziła 8 kwietnia 1408 r. córkę Jadwigę (na cześć pierwszej żony Jagiełły), która zmarła w roku 1431. Krążyły pogłoski o jej otruciu przez czwartą żonę Jagiełły – Sońkę, która obawiała się współzawodnictwa o tron z jej synami. Anna Cillejska zmarła 21 marca 1416 r. w wieku 35 lat.

Trzecią żoną Władysława Jagiełły była niejaka Elżbieta z Pilczy Granowska (1372–1420) wdowa po trzech mężach poślubiona w wielkiej tajemnicy w Nowogrodzku 2 maja 1417. Jagiełło liczył już 66 lat i - jak piszą historycy – uwiodła go swoim temperamentem seksualnym. Już 19 października 1417 została koronowana na królową Pol-



Jadwiga Andegaweńska



Władysław Jagiełło

ski, ale trzy lata później 12 maja 1420 zmarła z powodu „suchot” (chodziło prawdopodobnie o gruźlicę płuc). Jak piszą kronikarze podczas jej pogrzebu: „...zarówno duchowni jak świeccy śmiali się i cieszyli w świąteczne szaty ubrani, tylko Jagiełło płakał...”.

Jagiełło skończył 70 rok życia i świetnie zapowiadająca się nowa dynastia Jagiellonów średniowiecznej Europy była poważanie zagrożona. Staremu Jagielle zaproponowano małżeństwo z młodziczką prawosławną księżniczką Sońką Holszańską (1405–61), która tuż przed ślubem przeszła na katolicyzm i przyjęła imię Zofia. Sonia Holszańska nosiła tytuł Księżniczki Ruskiej, ale całe życie spędziła na Litwie. W dniu ślubu w Nowogrodzku na Litwie 24 lutego 1422 r. miała 17 lat, zaś Jagiełło 71. Koronowana została na królową Polski w Katedrze Wawelskiej 5 marca 1424 r. 30 października 1424 r. urodziła syna Władysława (Warneńczyka). Był to pierwszy od 114 lat od chwili narodzin Kazimierza Wielkiego przypadek pojawienia się męskiego następcy tronu. Wobec podejrzeń, czy naprawdę ojcem jest stary Władysław Jagiełło (liczył wówczas 72 lata) Sońka przed głównym ołtarzem Katedry Wawelskiej przysięgała wierność małżeńską. Mimo wszystko z Wawelu wygnano kilku rycerzy podejrzanych o kontakty z Sońką. W roku następnym Sońka urodziła drugiego syna królewicza Kazimierza, który zmarł wkrótce po porodzie. Imię po nim odziedziczył trzeci potomek sędziwego Jagiełły – później nazwany Kazimierzem Jagiellończykiem uderzająco podobny do ojca (urodził się 30 listopada 1427). Jagiełło liczył wówczas już 76 lat. Właśnie Kazimierz Jagiellończyk (1427–92) rozpoczął najwspanialszy złoty wiek w historii polski kontynuowany przez Zygmunta I Starego (1467–1549) i Zygmunta II Augusta (1520–72).

Władysław Jagiełło zmarł 1 czerwca 1434 r. w Gródzku koło Lwowa nazwanego później Jagiellońskim w wieku 83 lat z powodu zapalenia płuc spowodowanym nocnym słuchaniem śpiewu słowików, co było wielką pasją starego Jagiełły. Jego piękny sarkofag z czerwonego marmuru możemy podziwiać w prawej nawie Katedry Wawelskiej. Jego żony Anna Cillejska, Elżbieta Granowska

i Sońska Holszańska spoczywają również w Katedrze Wawelskiej pod chórem.

Tak więc możemy przyznać, że ponad dwu i pół wieczne panowanie jednej z najwspanialszych dynastii ówczesnej Europy – Jagiellonów możemy zawdzięczać małżeństwu sędziwego Władysława Jagiełły z młodszą 17-letnią księżniczką Ruską Sońką Holszańską. Sońska Holszańska zmarła 21 września 1461 r. w wieku 56 lat –

wg Długosza wskutek „nadużycia melonów”, które spowodowały wysoką gorączkę i paraliż.

PS. Władysław Jagiełło posiadał wybitnie wystającą wargę dolną, co wyraźnie widać na jego sarkofagu. W związku z licznymi małżeństwami Jagiellonów z Habsburgami ta tzw. warga Jagiellonów często obserwowana była u Habsburgów (m. in. u cesarza Franciszka Józefa).

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

PLAN SZKOLEŃ NA II PÓŁROCZE 2018 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
Maj 2018 r. (termin w trakcie ustalania)	Lek. Krzysztof Waszkiewicz – Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne – dla lekarzy wszystkich specjalności	Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego Opole ul. Mickiewicza 2
7–10.V.18 r.*	Lek. Andrzej Sznajder – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Diagnostyka obrazowa – dla lekarzy specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Zakład Diagnostyki Obrazowej USK w Opolu al. Witosa 26
14–17.V.18 r.*	Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej	Medycyna paliatywna – dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych	Ośrodek Medyczny „Samaritanin” Opole ul. Pużaka 11
24–25.V.18 r.*	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka – Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu	Przetaczanie krwi i jej składników – dla lekarzy specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu ul. Kośnego 55
25.V.18 r. godz. 9.00	Dr Emil Korporowicz	Zastosowanie najnowszych dostępnych rozwiązań i materiałów w stomatologii dziecięcej w zakresie profilaktyki, stomatologii zachowawczej, endodoncji i traumatologii w oparciu o własne doświadczenia i dokumentację medyczną prowadzącego	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
cz. I 14–17.VI.18 r. cz. II 21–24.VI.18 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne – dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności będących w trakcie specjalizacji „starego trybu”	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
Czerwiec 2018 r. (termin w trakcie ustalania)	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Senior – pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej – dla lekarzy zatrudnionych w POZ	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
4–8.VI.18 r. (zajęcia odbywać się będą w godzinach popołudniowych)*	Prof. dr hab. Krystyna Sosada – Śl. U.M w Katowicach	Ratownictwo medyczne -dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
Wrzesień 2018 r. (termin w trakcie ustalania)	Lek. Krzysztof Waszkiewicz – Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne – dla lekarzy wszystkich specjalności	Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego Opole ul. Mickiewicza 2
Wrzesień 2018 r. (termin w trakcie ustalania)*	Dr n. med. Kazimierz Drosik – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej	Onkologia – dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolskie Centrum Onkologii Opole ul. Katowicka 66a
3–7.X.18 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne – dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
25–27.X.18 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Prawo medyczne – dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

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

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

CO KAŻDY LEKARZ POWINIEN O NIM WIEDZIEĆ?

POROZUMIENIE REZYDENCI – MINISTER

8 lutego 2018 r., po prawie 2,5 roku działalności Porozumienia Rezydentów OZZL od czasu jego reaktywacji, zawarto porozumienie pomiędzy ministrem zdrowia prof. Łukaszem Szumowskim a przedstawicielami młodych lekarzy. Część osób odniosła się do tego faktu bardzo krytycznie, jednak czy słusznie? W tym tekście postaramy się przedstawić i wyjaśnić punkt po punkcie treść tego dokumentu, odpowiadając na najczęściej padające uwagi.

Najważniejszym punktem porozumienia, bez którego spełnienia przedstawiciele Porozumienia Rezydentów nie kontynuowali rozmów z rządem, było podniesienie nakładów na ochronę zdrowia. Pierwotny postulat – 6,8% PKB – nadal jest docelową wartością, o którą będziemy zabiegać. Ostatecznie strony uzgodniły jednak 6% w 2024 r. Często słychać, że to żaden sukces, wręcz porażka – nakłady zostały przyspieszone tylko o rok w porównaniu z propozycją zapisaną już ustawowo przez rząd. Gdyby jednak spojrzeć do Programu Konwergencji na rok 2017 przygotowanego przez Ministerstwo Finansów w ramach tworzenia Wieloletniego Planu Finansowego Państwa, w tabeli dotyczącej długookresowej stabilności finansów publicznych znajdziemy, że w kwietniu 2017 r. rząd zakładał osiągnięcie 5,5% PKB na ochronę zdrowia w... 2060 r.! Dopiero po naszym proteście głodowym na tapecie pojawiła się schowana w szufladzie od ponad roku ustawa zakładająca wzrost finansowania ochrony zdrowia do 6% w 2025 r. Sama akcja opt-outowa przyniosła dodatkowe 16 mld zł na zdrowie w ciągu 6 lat, z czego ponad 2 mld zł trafią do systemu już w tym roku, a na przykład w 2024 r. będzie to o 4,548 mld zł więcej niż planował rząd po głodówce (a patrząc na plany sprzed głodówki, różnica wyniosłaby dziesiątki miliardów!). Protest rezydentów przyspieszył zatem w ciągu 10 miesięcy plany rządu o 36 lat z dodatkowym 0,5% PKB – nie można nazwać tego porażką. Warto też zaznaczyć, że minister zdrowia zobowiązał się (lub swego następcę) do zorganizowania w styczniu 2020 r. spotkań mających na celu dalsze prace nad wzrostem finansowania ochrony zdrowia i pozostałymi punktami. Dlatego obecne porozumienie jest jedynie przystankiem na drodze do 6,8% PKB na zdrowie.

Kolejna kwestia dotyczy wynagradzania lekarzy. Zaczniemy od kwot brutto dla rezydentów: w specjalizacjach „zwykłych” 4.000 zł w pierwszych dwóch latach oraz 4.500 zł od 3. roku. Specjalizacje deficytowe: 4.700 zł w pierwszych dwóch latach oraz 5.300 zł od 3. roku.

Ponadto dodatkowe 600 zł dla specjalizacji „zwykłych” i 700 zł dla priorytetowych (co ważne – wliczane do podstawy i tym samym mające znaczenie np. przy wyliczaniu stawki godzinowej na dyżurach) za deklarację przepracowania w Polsce 2 z 5 lat przypadających bezpośrednio po rezydenturze (lub proporcjonalnie do tej długości w zależności od okresu pobierania). Najwyższa stawka osiągnie 6.000 zł brutto. Dla porównania w latach 2009–2017 pensje wynosiły od 3.170 zł do 3.890 zł, co daje wzrost wynagrodzeń na poziomie 26–54% w porównaniu z czerwcem 2017 r. W tym czasie, pod wpływem protestu głodowego, minister Radziwiłł wydał rozporządzenie, w którym podniósł wynagrodzenia w niewielkim stopniu obecnym rezydentom i w większym tym, którzy dopiero rozpoczynają specjalizację. Nasze porozumienie wyrównało prawie całkowicie te różnice. Ponadto dzięki naszemu twardemu stanowisku w tej sprawie zagrożono osobom, którym mogłoby grozić obniżenie wynagrodzeń, utrzymanie pensji na obecnym poziomie. Mowa tu o rezydentach, którzy rozpoczęli pracę w poprzedniej rekrutacji i ich stawka wynosi 4.890 zł. Zostanie ona utrzymana, a od 3. roku specjalizacji wszystkich obowiązywać będzie już kwota 5.300 zł – wtedy znikną w pełni dysproporcje pomiędzy rezydentami na danej specjalizacji. Ponadto warto zaznaczyć, że nowe rozporządzenie w sprawie wynagrodzeń lekarzy rezydentów obejmie wszystkich rezydentów – tym samym status specjalizacji deficytowej zostanie przyznany wszystkim osobom specjalizującym się w danej dziedzinie niezależnie od chwili rozpoczęcia specjalizacji. W przypadku gdy dana specjalizacja straci ten przywilej, również obowiązuje gwarancja przynajmniej utrzymania obecnego wynagrodzenia. W związku z tym można tylko zyskać – bez ryzyka straty.

Wracając do kwestii dodatkowych środków dla osób specjalizujących się, które zadeklarują wolę pracy w Polsce po specjalizacji – stanowi to jeden z punktów zapalnych tego porozumienia przez wiele niedomówień. Jak wspomnieliśmy, po specjalizacji, w przypadku dobrowolnego wyrażenia takiej woli, należy przepracować co najmniej 2 z 5 lat bezpośrednio po zakończeniu szkolenia. Porozumienie nie określa, że musi to się odbyć w tym samym szpitalu czy chociażby w placówce publicznej, więc w żadnym stopniu nie można dodatkowych pieniędzy nazywać „lojalką”. Warto zwrócić uwagę, że wpisanie tej kwoty jako podwyższenie podstawy wynagrodzenia podniesie także stawki dyżurowe o kilka złotych na go-

dzinę w porównaniu z kwotą podstawową. Tym samym, deklarując chęć pozostania w kraju, nawet dyżurując zgodnie z Kodeksem pracy, sporą część będzie można „odrobić” lub zyskać dodatkowo już z samych dyżurów. Dlatego jest to opcja opłacalna nawet dla osób, które ostatecznie nie zdecydują się na spełnienie warunków postawionych przez rząd (co mimo wszystko nie powinno być trudne dla znacznej większości lekarzy specjalizujących się w Polsce). Co warto również podkreślić, w przypadku rewaloryzacji wynagrodzeń w przyszłości stawki będą rosły przynajmniej do minimalnego poziomu stawki podstawowej, a dodatkowa kwota za pozostanie w kraju zawsze będzie nadwyżką ponad ten poziom.

Porozumienie określa również minimalne wynagrodzenia dla lekarza specjalisty w wysokości 6.750 zł. Warunek postawiony przez rząd budzi wiele kontrowersji – lekarz zobowiązuje się bowiem do niewykonywania tożsamyh świadczeń w innej publicznej placówce. Nie dotyczy to jednak pracy w poradni specjalistycznej, POZ, świadczeń rehabilitacyjnych czy udzielanych w gabinecie prywatnym. Specyfika niektórych specjalizacji, np. neonatologii, sprawia, że trudno jest spełnić ten warunek ze względu na ograniczone możliwości pracy dodatkowej w zawodzie poza dyżurem na oddziale. Warto w tej sytuacji podjąć starania o rozwiązanie tej kwestii lokalnie u siebie w szpitalu. Mimo to dla wielu lekarzy specjalistów wzrost wynagrodzenia będzie znaczący, wpłynie bardzo korzystnie na stawkę dyżurową z etatu, dzięki czemu będzie istniała szansa rezygnacji lub renegotjacji kontraktów. Co najważniejsze, daje to nadzieję na zwalczenie patologii w postaci niższych zarobków lekarzy specjalistów niż rezydentów, co zdarzało się w niektórych szpitalach. Na tym zależało nam najbardziej w tym punkcie porozumienia.

Kończąc temat zarobków lekarzy, mimo szczerych chęci w porozumieniu nie znalazł się niestety punkt mówiący o wzroście wynagrodzeń dla lekarzy specjalizujących się w trybie pozarezydenckim. Ministerstwo uzasadniało odrzucenie tego punktu prawami wolnego rynku – państwo nie byłoby w stanie dokładać do etatów, niejako przekształcając je w dodatkowe „rezydentury”. Jednak należy pamiętać, że te osoby obowiązują wzrost wynagrodzenia zgodnie z uchwaloną w czerwcu 2017 r. ustawą o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia.

Kolejną deklaracją jest zwiększenie liczebności kadry medycznej w Polsce poprzez dalsze zwiększanie liczby studentów na kierunkach lekarskich, pielęgniarstwie i innych kierunkach medycznych. Dzięki takiej strategii w 2028 r. Polska ma być krajem wolnym od klauzuli opt-out!

W porozumieniu, wbrew panującej opinii, nie zapomniano o innych zawodach medycznych. Poza zwiększeniem limitów przyjęć na studia minister zobowiązał się do podjęcia rozmów z przedstawicielami innych zawodów medycznych w celu poprawy ich warunków pracy. Uważamy, że nie mieliśmy prawa niczego więcej w tym

porozumieniu zawrzeć. Pracownicy wykonujący konkretny zawód sami najlepiej wiedzą, z jakimi problemami się borykają. Decydowanie za nich mogłoby się okazać niedźwiedzią przysługą – na to nie mogliśmy pozwolić. Dlatego liczymy, że pozostałe zawody medyczne skorzystają z otwartych drzwi do ministerstwa i wezmą sprawy w swoje ręce, uzyskując zadowalające dla siebie efekty.

Kolejny punkt dotyczy zmniejszenia biurokracji w ochronie zdrowia poprzez wprowadzenie do szpitali sekretarek asystentów medycznych, żeby odciążyć lekarzy, pielęgniarki oraz inne zawody od ich biurokratycznych obowiązków. Zgodnie z porozumieniem stanowiska te miałyby być częściowo lub całkowicie finansowane ze środków publicznych, co daje nadzieję, że nie obciążą to szpitali finansowo w zbyt dużym stopniu, a nam z pewnością ułatwi pracę.

W porozumieniu zawarto również propozycje dotyczące zmian w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w postaci m.in. centralnego naboru na specjalizacje, przywrócenia możliwości zmiany specjalizacji bez podania przyczyny czy regulacji kwestii dyżurów medycznych. Zwłaszcza ten ostatni punkt wymaga krótkiego rozwinięcia. Zgodnie z porozumieniem zostaną wprowadzone przepisy prawne zobowiązujące pracodawcę do wypłaty wynagrodzenia za dyżur zgodnie z zapisami Kodeksu pracy czy niezabierania części pensji rezydenckiej za zejście z dyżurów. Dzięki temu powinny zostać zlikwidowane takie patologie, jak przedłużanie specjalizacji ze względu na zejścia z dyżurów, niewypłacanie wynagrodzenia za dyżur medyczny czy pozostawianie po zakończonym dyżurze w pracy pomimo przysługującego zgodnie z prawem odpoczynku.

Ważną podkreślenia zakładaną zmianą w ustawie o naszym zawodzie będzie przyznanie lekarzowi pracującemu w placówce publicznej ochrony właściwej dla funkcjonariusza publicznego. Naszym zdaniem jest to jeden z najmocniejszych punktów porozumienia, a lekarze, którzy na dyżurach borykali się z problemem pacjenta agresywnego, z pewnością zrozumieją wartość tego zapisu. Każdy atak na lekarza od teraz będzie przestępstwem ściganym z urzędu.

Ministerstwo Zdrowia zobowiązało się również do wprowadzenia kryteriów jakościowych w ochronie zdrowia (w ramach „stawiania na jakość” jako głównego hasła akcji opt-outowej), przeglądu koszyka świadczeń gwarantowanych i jego urealniania w celu zapobieżenia dalszemu zadłużaniu szpitali, a także wprowadzenia w pełni funkcjonalnej informatyzacji ochrony zdrowia. Mamy nadzieję, że uda się w ten sposób wpłynąć na poprawę jakości w polskiej ochronie zdrowia.

Ostatni wątek, ale z pewnością nie najmniej ważny, dotyczy zdjęcia z lekarza obowiązku określania poziomu refundacji leków na recepcie. Ma to zostać docelowo powiązane z e-receptami – refundacja będzie określana automatycznie na podstawie kodów ICD-10 w rozpozna-

niach pacjenta. W związku z tym zniknie również odpowiedzialność finansowa w przypadku błędnie określonego poziomu refundacji. Ten punkt według nas był wart podpisania porozumienia sam w sobie – toczyły się już bowiem w przeszłości protesty z tym związane. Niewątpliwie osiągnęliśmy w tym względzie sukces.

Jak w przypadku każdego porozumienia związane go z protestem musieliśmy coś zadeklarować. Warunkiem podpisania porozumienia było zakończenie protestu związanego z wypowiadaniem klauzul opt-out do stycznia 2020 r., gdy mają odbyć się kolejne spotkania dotyczące dalszych zmian w ochronie zdrowia. Wbrew obiegowo krążącej opinii nie zobowiązaliśmy się do nawoływania do ponownego podpisywania klauzul opt-out! W tej kwestii pozostawia się wolność wyboru lekarzowi – zgodnie z Kodeksem pracy klauzula ta jest bowiem dobrowolna i za jej niepodpisanie nie powinny grozić żadne konsekwencje. Mowa jedynie o apelu o wykonywanie pracy w większym wymiarze godzinowym. Jeśli ktoś jest w stanie wziąć o dyżur więcej – apelujemy, by to zrobił, niekoniecznie podpisując przy tym opt-out. Jeśli jednak ktoś nie czuje się na siłach, by pracować więcej niż obecnie – jego święte prawo, które każdy powinien uszanować. Decyzja w tej kwestii należy do każdego z nas. Apel padł już zresztą z ust naszych negocjatorów podczas kon-

ferencji prasowej w dniu podpisania i nie było tam ani słowa o powrocie do opt-outów.

Mamy nadzieję, że porozumienie zawarte z ministrem zdrowia jest dobrym krokiem na drodze do dalszych zmian w ochronie zdrowia, choć bliżej mu do trudnego kompromisu niż sukcesu. Wszystkim nam zależy, by system zdrowotny w Polsce zmieniał się na lepsze. Niezależnie od tego, czy kogoś treść porozumienia satysfakcjonuje czy nie, zmiana mentalności wśród lekarzy biorących udział w proteście jest dla nas największym zwycięstwem. Akcja sama w sobie pozytywnie wpłynęła na środowisko, które zorientowało się, że można pracować inaczej – mniej, za to z pasją i energią. Do protestu opt-out dołączyło niecałe 20% rezydentów i kilka procent specjalistów. Niezbyt dużo – stać nas na więcej. Dziękujemy jednak wszystkim za zaangażowanie i prosimy o nie w przyszłości, poprzez zaangażowanie w pracę izb lekarskich, oddziałów terenowych OZZL, współdziałanie z Porozumieniem Rezydentów. Wierzymy, że to dopiero początek zmian na lepsze w polskiej ochronie zdrowia, a ich gwarantem będziemy my sami. Zapraszamy do współpracy!

Jakub BAJER

Członek Komisji Rewizyjnej
Porozumienia Rezydentów

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

(przedruk z Biuletynu WIL nr 4/18)

GDY RODO WEJDZIE W ŻYCIE...

Z dr. Maciejem KAWECKIM, dyrektorem Departamentu Zarządzania Danymi w Ministerstwie Cyfryzacji, rozmawia Ewa SZARKOWSKA

Już za kilka miesięcy polski system ochrony danych osobowych czeka prawdziwa rewolucja. Dlaczego?

Nasza reforma ochrony danych osobowych znajduje źródło w prawie europejskim. Ustawodawca unijny podjął decyzję o zunifikowaniu zasad ochrony danych osobowych, czyli o stworzeniu aktu, który obowiązuje w takim samym zakresie we wszystkich państwach członkowskich. Pewne obszary pozostawił w kompetencji państw członkowskich. Od 25 maja 2018 r., kiedy unijne rozporządzenie znane jako RODO wejdzie w życie, polski system ochrony danych osobowych będzie się składał z trzech aktów – rozporządzenia unijnego, nowej ustawy o ochronie danych osobowych i zmienionych ponad 130 ustaw sektorowych. To ogromny pakiet legislacyjny. Czwartym będzie ustawa implementująca tzw. dyrektywę policyjną, ale ma ona mniejsze znaczenie dla sektora zdrowia.

Na czym polegają główne zmiany?

Generalnego inspektora ochrony danych osobowych zastąpi prezes Urzędu Ochrony Danych. Nowy urząd będzie miał więcej uprawnień, m.in. możliwość nakładania surowych kar finansowych, co gwarantuje powszechniej-

sze poszanowanie praw do ochrony danych osobowych. Ale prezes urzędu będzie przede wszystkim organem wspomagającym i konsultującym, a dopiero w drugiej kolejności – karzącym. Będzie opracowywał wspólnie z poszczególnymi sektorami tzw. dobre praktyki, które ułatwią wykorzystywanie danych osobowych obywateli w sposób odpowiadający nowym przepisom, z uwzględnieniem potrzeb każdej branży.

Nowe regulacje oznaczają dla systemu ochrony zdrowia sporo istotnych zmian, do których trzeba się przygotować.

Sektor zdrowia to obszar, w którym dane osobowe są przetwarzane w ogromnych zasobach. Nie ma innego podmiotu, który by przetwarzał większą liczbę danych dotyczących zdrowia niż NFZ. Poza tym prawie wszystkie gromadzone dane są danymi wrażliwymi, bo dotyczą naszego stanu zdrowia, a zatem szczególnie chronionymi. I dlatego w zasadzie w całości sektor medyczny będzie objęty obowiązkiem powołania inspektora ochrony danych. I nie ma tu znaczenia, czy jest to duży szpital, czy mała praktyka lekarska. Jeśli lekarz przyjmuje dziennie czterech pacjentów, tygodniowo ma ich 20, miesięcznie co najmniej 80, w ciągu roku ponad 1000, a w ciągu paru lat – kilka tysięcy. I jest zobowiązany do powołania inspektora danych osobowych. Obowiązek ten dotyczy również lekarza specjalisty, który w ramach indywidualnej działalności gospodarczej przyjmuje prywatnie tylko raz

w miesiącu, a także lekarza, który prowadzi własną praktykę lekarską w pomieszczeniu wynajętym przez szpital. W przypadku kontraktorów, wynajętych jako podwykonawcy przez szpital, odpowiedzialność za zabezpieczenie danych osobowych ponosi ów szpital. Lekarze na kontraktach mają jednak obowiązek stosować się do wdrożonych przez placówkę procedur bezpieczeństwa.

To jest pierwsza zmiana bardzo istotna, odczuwalna i kosztogenna dla sektora medycznego. Nikt nie pracuje za darmo i inspektorowi należy się wynagrodzenie, bo musi opracować i wdrożyć procedury zapewniające bezpieczeństwo zbiorów danych wrażliwych. W dużym szpitalu prawdopodobnie to będzie osoba zatrudniona na etacie. Jednoosobowe praktyki lekarskie zapewne będą korzystały z outsourcingu zewnętrznego podmiotu.

Czy funkcję inspektora może pełnić sam lekarz?

Lekarz nie może pełnić takiej roli, ponieważ byłby to absolutny konflikt interesów.

Czy inspektorem danych osobowych może zostać obecny administrator IT?

Tak, pod warunkiem, że ma wiedzę i doświadczenie w zakresie ochrony danych osobowych. Pracodawca/zleceniodawca musi żądać poświadczenia doświadczenia. Są różne formuły weryfikacji – studia podyplomowe, rozmowa kwalifikacyjna, testy wstępne. Inspektorem może być osoba, która zajmowała się przez 20 lat systemami informatycznymi i ma doświadczenie albo zajmowała się kadrami i przetwarzała zasoby kadrowe. Powierzenie zadań inspektora ochrony danych osobowych osobie nie-doświadczonej wiąże się z większym ryzykiem wizerunkowym i finansowym, czyli z karami.

Na co jeszcze muszą się przygotować wszystkie placówki medyczne?

Zgodnie z nowymi regulacjami każdy będzie miał prawo żądania, by przekazano jego dane osobowe innemu podmiotowi. To będzie dotyczyło także sektora medycznego. Jeśli ktoś np. zmieni lekarza rodzinnego, będzie mógł zażądać od tego, u którego leczył się wcześniej, żeby jego dokumentację medyczną przesłał innemu lekarzowi. W takiej sytuacji lekarz A będzie zobowiązany przekazać informacje lekarzowi B, a jednocześnie pozostawić je w swoich zasobach. W ogromnych podmiotach, takich jak szpitale kliniczne, liczba żądań pewnie będzie wynosiła kilka dziennie, więc ten proces powinien być zautomatyzowany. W jednoosobowych praktykach lekarskich proces nie musi być zautomatyzowany, wymaga jednak wdrożenia pewnych procedur.

Nowe przepisy wprowadzają podejście do przetwarzania i ochrony danych osobowych oparte na ryzyku.

To bardzo istotna zmiana. Dzisiaj jesteśmy przyzwyczajeni, że dostajemy konkretne wytyczne, jak zabezpieczać dane osobowe, i jeśli ktoś je wypełnia, nawet gdy coś się stanie, nie ponosi odpowiedzialności. Teraz to się zmieni. Każdy administrator danych, czyli każdy szpital, każdy lekarz, który prowadzi indywidualną praktykę lekarską, będzie miał obowiązek samodzielnie każdo-

razowo oceniać ryzyko i dostosowywać do niego swoje zabezpieczenia. Przykład – korzystanie z monitoringu wizyjnego. Jeśli jest zainstalowany na korytarzu w Ministerstwie Cyfryzacji, gdzie nikt nie ujawniania informacji dotyczących swojego stanu zdrowia, korzystanie z niego podlega normalnym zasadom określonym prawem. Ale zamontowanie monitoringu w poczekalni oznacza już gromadzenie danych wrażliwych. Bo bardzo często na drzwiach, obok imienia i nazwiska lekarza, jest także informacja o jego specjalizacji, bardzo często u pacjenta widać chorobę. W związku z tym zasady stosowania monitoringu są tam zupełnie inne, bo ryzyko jest wysokie. Zabezpieczanie taśm z monitoringu w takich miejscach powinno być zatem odpowiednio dokładne.

Inny przykład – korzystanie z usług firm sprzątających. Są pomieszczenia, takie jak mój gabinet, gdzie poza biurkiem nie ma nic, a dostęp do komputera uzyskuje się za pomocą indywidualnej karty, którą właściciel ma zawsze przy sobie.

W związku z tym pomieszczenie może być sprzątane pod nieobecność kogokolwiek. Ale jeżeli mamy do czynienia z placówką medyczną przetwarzającą dane wrażliwe o zdrowiu, gdzie bardzo często karty pacjentów z widocznymi na kopertach numerami PESEL rozłożone są na biurku w gabinecie lekarskim, nie mówiąc już o rejestracjach, w których jest przechowywana pełna dokumentacja medyczna w wersji papierowej lub elektronicznej, to takie miejsca powinny być sprzątane tylko w obecności pracowników placówki.

Warto chyba o tym pamiętać, bo z nowymi regulacjami pacjenci zyskają prawo żądania odszkodowania za naruszenie prawa do ochrony danych osobowych, a na podmiot, który dokona naruszenia, będą nakładane horrendalnie wysokie kary.

Za naruszenie poufności danych osobowych lub prywatności, GODO nie ma uprawnienia do nakładania kar finansowych. Od 25 maja 2018 r. sytuacja ulegnie radykalnej zmianie. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych będzie uprawniony do nakładania kar: w przypadku sektora prywatnego do 20 mln euro, w przypadku sektora publicznego – do 100 tys. zł. Jeżeli placówka ochrony zdrowia funkcjonuje w formie publicznego zakładu opieki zdrowotnej, złamanie przez nią przepisów będzie podlegało karze do 100 tys. zł.

Wobec placówek medycznych działających w formie spółek cywilnych oraz jednoosobowych praktyk lekarskich będą orzekane kary do 20 mln euro. To kara absolutnie maksymalna, ale rzeczywiście robi wrażenie. W większym wymiarze będzie nakładana, jeśli zdarzy się, że z winy umyślnej lekarza lub innej osoby mającej dostęp do danych wrażliwych dojdzie do bezprawnego udostępnienia danych dotyczących stanu zdrowia wszystkich pacjentów. W praktyce o jej ostatecznej wysokości będzie decydować wiele kryteriów, tj. wina umyślna, nieumyślna, współpraca z organem nadzorującym, posiadanie certyfikatu bezpieczeństwa itp.

(przedruk z „Pulsu” nr 2/18)

CO ZMIENIŁA SIEĆ SZPITALI?

Już prawie pół roku funkcjonuje sieć szpitali. Co zmieniła w systemie ochrony zdrowia dla lecznic, a przede wszystkim dla pacjenta? To pytanie jeszcze pozostaje bez jednoznacznej odpowiedzi. Niemniej w oparciu o opinie dyrektorów szpitali można wysnuć pierwsze wnioski.

Sieć szpitali ruszyła 1 października 2017 r. W założeniu ma ułatwiać pacjentom dostęp do świadczeń, a dyrektorom szpitali zarządzanie. Jak przyznaje dr Jerzy Gryglewicz, ekspert Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, nie ma jeszcze jednoznacznych sygnałów, czy to pozytywnych, czy negatywnych na temat funkcjonowania sieci.

Pierwszą analizę informującą, jak wprowadzenie sieci szpitali wpłynęło na system, poznamy dopiero wtedy, kiedy NFZ opublikuje dane dotyczące JGP.

- Z tej statystyki wyniknie, jakie świadczenia są realizowane częściej, a jakich ubywa. Jeśli się okaże np., że mamy wzrost świadczeń realizowanych w trybie szpitalnym w chorobach, których w pełni wyleczyć się nie da, jak np. choroba zwyrodnieniowa stawów czy osteoporoza, to będzie to oznaczało, że oczekiwanej racjonalności nie uzyskujemy. Ale jeśli odnotujemy wzrost liczby procedur zabiegowych, to będzie to sygnał, że zmiany zmierzają w dobrym kierunku – mówi Jerzy Gryglewicz.

Ryczałt i koniec nadwykonań

Jak wynika z informacji uzyskanych przez nas w NFZ, pierwszych analitycznych danych płatnika ukazujących działanie sieci można się spodziewać nie wcześniej niż za miesiąc.

Przypomnijmy, że system opiera się obecnie na nowym sposobie finansowania, którego zasadniczym narzędziem jest ryczałt. To z góry określona, zagwarantowana pula środków dla szpitala, wyliczana w oparciu o wykonanie świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym. Ryczałtowanie likwiduje jednocześnie tzw. nadwykonania. Szpital nie może już liczyć na to, że po przekroczeniu kwoty ryczałtu (tak jak kiedyś kontraktu) uzyska zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit.

Ministerstwo Zdrowia argumentowało, że zarządzanie szpitalem w oparciu o nowe zasady finansowania będzie łatwiejsze niż dotąd, bo m.in. znacznie wzrasta rola dyrektora szpitala.

- Do tej pory to Fundusz określał liczbę i kwotę na określoną grupę świadczeń, teraz to dyrektor szpitala decyduje o tym, jak będzie dysponował tymi zasobami. Zakładamy racjonalizację i wzrost efektywności działania systemu właśnie również dzięki temu, że dyrektorzy będą lepiej dostosowywać swój potencjał do potrzeb pacjentów, a także do możliwości swojego podmiotu – wyjaśniał wiceminister zdrowia Piotr Gryza w pierwszych dniach funkcjonowania sieci.

Tam kolejki maleją, ale...

Mariusz Wołosz, wiceprezes Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego, dyrektor SPZOZ – Szpitala nr 2 w Mysłowicach, zauważa, że pierwsza i zasadnicza zmiana, jaka wynika z wprowadzenia sieci w zarządzanym przez niego szpitalu, to konieczność dostosowania się do obowiązującej zasady dysponowania zasobami finansowymi zakreślonymi przez płatnika wysokością ryczałtu.

- Po prostu musimy dostosować się do ryczałtu, nie generując żadnych nadwykonań. Nie robimy nic więcej, nic mniej, tylko tyle, ile mamy w umowie – mówi dyrektor, krótko i prosto podsumowując jeden z pierwszych zauważalnych w szpitalu efektów wprowadzenia sieci.

Dodaje: *- Jeśli chodzi o ryczałtowanie i wyznaczoną nim ilość procedur, to u nas wszystko się zgadza, ale gdy mowa o zapotrzebowaniu na świadczenia i o rzeczywiście ponoszonych kosztach, to niestety na tym tracimy i tracą pacjenci jako beneficjenci wyniku finansowego. Pacjenci dostają termin i czekają, bo jeśli wiemy, że za nadwykonane świadczenia nikt nam nie zapłaci, to ich po prostu nie możemy realizować.*

Przyznaje natomiast, że w szpitalu maleją kolejki do zabiegów w tych zakresach, gdzie były największe, co jednak nie jest zasługą funkcjonowania mechanizmów sieci, ale lepszego finansowania w końcu roku wybranych świadczeń. *- Wszczepianie endoprotez i operacje zaćmy – tam wyłożono w ostatnim czasie bardzo dużo pieniędzy i rzeczywiście zrobiliśmy tych zabiegów znacząco więcej. Jeśli taka tendencja się utrzyma, to kolejki w tych zakresach, przynajmniej jeżeli chodzi o nasz szpital, będą maleły* – podkreśla dyrektor Mariusz Wołosz.

Teraz pieniądze co miesiąc

Marcin Kuta, dyrektor Specjalistycznego Szpitala im. E. Szczeklika w Tarnowie, mówi nam, że jak dotąd sieć praktycznie nic nie zmieniła w codziennym zarządzaniu kierowaną przez niego lecznicą. Zarządzaniu towarzyszy natomiast świadomość, że wynikiem pracy w IV kwartale 2017 r. i pierwszym kwartale 2018 r. będzie wysokość kontraktu na II półrocze. Za tym idzie przewidywalność i stabilność finansowania.

Dyrektor przyznaje też, że rzeczywiście – jak oczekiwano – nowe rozwiązania wprowadzające finansowanie w oparciu o ryczałt przyniosły bardziej elastyczny dopływ środków do szpitala. *- W poprzednim systemie w oddziałach, w których mieliśmy nadwykonanie, otrzymywaliśmy środki do wysokości kontraktu, a tam, gdzie nie było wykonania – do wysokości wykonania oczywiście. Potem, po bilansowaniu, po przesunięciu świadczeń, odzyskiwałem te pieniądze i podobnie dyrektorzy innych szpitali, lecz działało*

się to – powiedzmy – po pół roku, dziewięciu miesiącach, czasem przy rozliczeniu roku – przypomina.

Teraz pieniądze za tak wykonane procedury szpital otrzymuje co miesiąc. – *I to jest niewątpliwy plus nowego rozwiązania. Mam na myśli to, że oddziały, które nadwykonywały świadczenia – po zbilansowaniu z tymi, które w danym miesiącu świadczeń nie wykonały – i tak w ryczałcie się mieszczą. To w tej chwili najbardziej istotna zmiana. Te pieniądze po prostu mamy szybciej, co pozwala bardziej elastycznie zarządzać – słyszymy od dyrektora.*

Dyrektor Kuta zarządza zbilansowanym szpitalem. – *Będąc lekarzem, mam również świadomość misji szpitala i nie zamierzam w tej chwili czynić rewolucji, jeśli chodzi o przesunięcia w zakresie procedur wykonywanych na poszczególnych oddziałach – zapowiada.*

Czekając na taryfikację

Klaudia Rogowska, dyrektor Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach, potwierdza, że faktycznie zgodnie z zapowiedziami środki, które szpital otrzymał na IV kwartał, pozwoliły przewidzieć ilość pieniędzy, jaką GCM będzie dysponowało w pierwszym półroczu 2018 r. – *Możliwość zaplanowania środków na kolejne okresy rozliczeniowe jest istotnym ułatwieniem w zarządzaniu szpitalem – zaznacza.*

Dodaje: – *Co do alokacji środków wewnątrz szpitala, to też korzystamy z tej możliwości, przesuwając je tam, gdzie dostrzegamy potrzebę większej dostępności dla pacjenta. Na razie obserwujemy ruch pacjentów i liczbę realizowanych procedur, i tu jeszcze nie mamy jasnych wniosków.*

Szpital oczekuje jednak na wprowadzanie innych elementów reformy, które towarzyszą funkcjonowaniu sieci szpitali.

– *Dla nas w tym zakresie najważniejszą sprawą jest uporządkowanie wycen, zmiana taryfikacji świadczeń – zaznacza dyr. Klaudia Rogowska. Tu dyrektor wymienia: choroby wewnętrzne, geriatrię, rehabilitację, psychiatrię,*

onkologię, część procedur w ortopedii w zakresie traumatologii, chirurgię ogólną, które są wycenione poniżej kosztów. – Nadal oczekujemy na to, że finansowanie tych procedur będzie podlegało zmianom – zaznacza.

– *System działa poprawnie, wszystkie szpitale podpisały uzgodnienia finansowe w nowym systemie i pacjenci są bezpieczni. Żadnego chaosu, wbrew głosom niektórych sceptyków, którzy funkcjonowali w poprzednim systemie, nie było i nie ma – podkreślał wiceminister Piotr Gryza w październiku 2017 r. tuż po wprowadzeniu nowego systemu. Zapewne i dzisiaj diagnoza wypowiedana przez ministra byłaby podobna, z tym tylko, że zagrożeniem dla funkcjonowania szpitali w sieci i zabezpieczenia świadczeń staje się brak lekarzy.*

– *Dochodzi lokalnie do zawieszenia działalności niektórych oddziałów i bardzo poważnych utrudnień w dostępie do usług zdrowotnych. To z kolei stwarza dla szpitali także zagrożenie dla ustalenia ryczałtu na kolejne okresy – zauważa wicemarszałek opolski Roman Kolek w związku do kłopotów, jakie przeżywają szpitale w Kluczborku i Oleśnie, gdzie od tygodni nie działają oddziały chorób wewnętrznych.*

Pojawia się zatem taka myśl, że warto by było w niektórych częściach opieki szpitalnej przyjąć model dzienny. – *Po to, żeby szpitale mogły te świadczenia wykonywać, wypełniając potrzeby pacjentów bez konieczności stałego angażowania dużej kadry w nadzór i opiekę całodobową – mówi wicemarszałek, sugerując jeden z kierunków, jakie warto rozważać z myślą o zmianach w sieci szpitali.*

– *Owszem, we wzorze obliczania ryczałtu znalazł się element premiujący lecnicstwo ambulatoryjne, ale pozostaje obawa, że szpitale nadal będą koncentrowały się na hospitalizacjach – konstatuje, nawiązując do oczekiwań regulatora, że część procedur zostanie przesunięta do lecnicstwa ambulatoryjnego, poprawiając efektywność wydatkowania środków w ochronie zdrowia.*

Piotr WRÓBEL

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 3-4/18)

LOSY NARODOWEGO PŁATNIKA JUŻ NIE SĄ PRZESĄDZONE

W NFZ odbywają się pozytywne zmiany i z pewnością w obecnej kadencji parlamentu żadne kroki w kierunku jego likwidacji nie będą podejmowane. Tak brzmiała jedna z pierwszych, ważnych deklaracji nowego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego. – *Może się okazać, że do likwidacji Funduszu w ogóle nie dojdzie, bo ten z zarządzaniem pieniędzmi na zdrowie radzi sobie coraz lepiej – rozważają eksperci, z którymi rozmawialiśmy.*

Zastąpienie Narodowego Funduszu Zdrowia przez agencje działające przy wojewodach oraz wprowadzenie systemu budżetowego zamiast obecnie funkcyj-

ującego ubezpieczeniowego były jednym z głównych pomysłów ministra Konstantego Radziwiłła, który w tych działaniach widział drogę ku naprawie systemu ochrony zdrowia. Tłumaczył, że zostanie utworzony Państwowy Fundusz Celowy, „który będzie zawiadywał pieniędzmi dotyczącymi zdrowia”. Wskazał, że środki te będą pochodziły „przede wszystkim z podatków”.

Pomysł był aktualny przez około półtora roku. – *Kwestia ostatecznych decyzji dotyczących likwidacji NFZ to sprawa na następną kadencję – stwierdził w lipcu 2017 r.*

na konwencji Zjednoczonej Prawicy prezes PiS Jarosław Kaczyński.

Zamiar likwidacji NFZ wiążano z koncepcją budżetowej służby zdrowia. Pomysł budżetowania pojawił się jeszcze w 2005 r., ale się z niego wycofano. Nie popierał go minister zdrowia Zbigniew Religa, który swój udział w rządzie PiS i Samoobrony miał uzależniać od pozostawienia systemu ubezpieczeniowego.

Był zespół, nie było wniosków

- I teraz, jak się wydaje, przeanalizowanie przez polityków odpowiadających za gospodarkę korzyści z likwidacji NFZ i systemu ubezpieczeniowego spowodowało, że prezes PiS podjął publicznie decyzję w tej sprawie, dając do zrozumienia, że odstępuje od pomysłu budżetowej służby zdrowia – mówi nam dr Jerzy Gryglewicz, ekspert ochrony zdrowia z Uczelni Łazarskiego.

Dr Adam Kozierkiewicz, ekspert ochrony zdrowia, uważa, że likwidacja NFZ była postulatem stricte politycznym. – *Poza pomysłem likwidacji nie było właściwie kontroferty i przekonujących argumentów, że inna instytucja poradziłaby sobie w systemie lepiej – rozważa.*

- Jeśli NFZ miałby być zlikwidowany, trzeba by zastanowić się nad alternatywną formułą prawno-administracyjną instytucji i prawdę mówiąc, trudno tu znaleźć nową opcję, taką, której byśmy już nie testowali – mówi, przypominając, że postulat likwidacji NFZ był powrotem do pomysłu wiceministra zdrowia Bolesława Piechy, opartego na doświadczeniach dotyczących działalności wojewodów z lat 80. i 90.

Tamten pomysł, zakładający przejęcie nadzoru nad pieniędzmi na świadczenia zdrowotne przez wojewodów, zlikwidowanie odrębnej składki zdrowotnej i zamienienie jej na kwotę płaconą z podatków, został skrytykowany przez ekspertów. Uznawali, że zasilanie ochrony zdrowia z podatków nie zapewni koniecznej stabilności finansowania przy podejmowaniu decyzji budżetowych.

Podobne zdanie mieli eksperci zasiadający w powołanym jeszcze pod koniec 2016 r. zespole do opracowania zmian organizacyjnych w związku z planowaną likwidacją Narodowego Funduszu Zdrowia. Przedstawiany przez ministra Radziwiłła pomysł wzbudzał takie kontrowersje, że ów ministerialny zespół nigdy nie przedstawił ostatecznego sprawozdania ze swojej pracy. Zespół ostatecznie zakończył pracę w lipcu 2017 roku, bez wniosków.

- Większość członków zespołu była przeciwna likwidacji NFZ, ja również – mówi nam pytany o stanowisko w tej sprawie, wchodzący w skład zespołu, były minister zdrowia Marek Balicki, dodając, że dobrze się stało, iż wstrzymano pracę nad koncepcją likwidacji Funduszu.

Składkowy, budżetowy czy mieszany

Jak mówi, trudno nie zgodzić się z ministrem Szumowskim, że w ochronie zdrowia są dzisiaj do rozstrzy-

gnięcia ważniejsze kwestie. Zdaniem Marka Balickiego, nie należy przeprowadzać zmian, które „nie rozwiązują żadnego problemu, a mogą powodować nowe”.

- Mamy dobrą koniunkturę gospodarczą, jest też ustawa o dążeniu do 6% PKB na zdrowie do 2025 r. Nie ma powodu, by likwidować NFZ i przechodzić na system budżetowy. Wyodrębniona z podatku, znaczna składka jest bezpieczniejsza dla pieniędzy na zdrowie niż rozmyta w podatku – uzasadnia swoje stanowisko.

Jak można sądzić, decydenci wykazali się umiejętnością słuchania ekspertów. Postawiony na czele NFZ p.o. prezesa Andrzej Jacyna podczas II Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w marcu 2017 r. jednoznacznie potwierdził, że wykona zadania, jakie postawi przed nim Ministerstwo Zdrowia, jeśli zapadnie decyzja o likwidacji Funduszu. Wydawał się jednak być zwolennikiem systemu mieszanego: ubezpieczeniowo-budżetowego.

- Przejdzie wprost na finansowanie budżetowe oznacza, że wszystko będzie w rękach polityków i na dany rok dostaniemy pieniądze określonej wysokości albo nie. Minister zdrowia nie zawsze wygrywa w walce toczącej się przy uchwalaniu ustawy budżetowej. To było zmartwieniem 20–30 lat temu i nadal jest pewnym zagrożeniem, które należy rozważać, decydując o zmianie systemu finansowania – zwracał uwagę p.o. prezesa Funduszu.

Dzisiaj już wiadomo, że pewnym wsparciem dla składkowego systemu ochrony zdrowia mają się stać zapisane ustawowo pieniądze w wydatkach budżetowych na zdrowie. Tak, by na te cele do 2025 r. wydawano nie mniej niż 6% PKB. Jednak eksperci dają do zrozumienia, że jakiegokolwiek dofinansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa jest wrażliwe na decyzje polityczne, bo można je z roku na rok odwołać.

- Prawdziwy test pojawi się wtedy, kiedy gospodarka zwolni i wtedy będzie wiadomo, jak skutecznie MZ egzekwuje deklarację o dochodzeniu do 6% PKB na zdrowie – stwierdza Adam Kozierkiewicz, dodając, że jest zwolennikiem systemu składkowego.

NFZ coraz lepiej oceniany

Jak na razie system ubezpieczeniowy pozostaje i trudno będzie znaleźć argumenty przemawiające za innym rozwiązaniem. System składkowy stabilizuje przychody, wiemy to z polskich i międzynarodowych doświadczeń.

- W czasie kryzysu finansowego lat 2008–09 generalnie systemy składkowe miały stabilny przyruch środków, a systemy oparte na podatkach np. w Hiszpanii, Grecji Finlandii notowały gwałtownie spadki składek sięgające 10% i więcej (Katalonia -15%) rok do roku – mówi Adam Kozierkiewicz. – To jest nie do pomyślenia dla nas. Nigdy nie przeżyliśmy czegoś takiego. Najgorszą sytuację mieliśmy bodaj w 2011 r., kiedy przyrost przychodów NFZ był zerowy.

To jeden z argumentów, który kazał bardzo ostrożnie podchodzić do zmian w systemie finansowania ochro-

ny zdrowia i związaną z nimi koncepcją likwidacji NFZ. Były i kolejne.

Jak zauważa dr Jerzy Gryglewicz, NFZ miał za sobą poważny argument w dyskusji o przyszłości narodowego płatnika w ochronie zdrowia. Wykazywał bowiem już od lat, że jego koszty funkcjonowania, gdy porównać je z kasami chorych w innych krajach, są najniższe w Europie. Zaledwie około 1% wydatków na świadczenia przeznaczane jest na koszty zarządzania składką.

NFZ, na co też zwraca uwagę ekspert, stał się również bardziej przyjazny dla świadczeniodawców. Do tego stopnia, że to nawet oni sami zaczęli go bronić przed likwidacją, widząc w nim instytucję działającą w sposób przewidywalny: – *System składkowy, uzależniony od PKB, przy dobrych warunkach makroekonomicznych, a takie mamy w tej chwili, gwarantuje, że z roku na rok pieniędzy w budżecie NFZ będzie coraz więcej. To zaś powoduje, że NFZ jest wiarygodnym płatnikiem dla świadczeniodawców.*

Reguły funkcjonowania NFZ po wielu latach stały się na tyle jasne, że Fundusz praktycznie spotykał się z coraz mniejszą krytyką. – *Poza tym NFZ coraz lepiej się komunikuje ze świadczeniodawcami. Informuje o działaniach, wykorzystując do tego celu portale. Przestał zaskakiwać, jak było w przeszłości, decyzjami zawartymi w zarządzeniach prezesa NFZ. Widać też, że w NFZ zwrócono dużą uwagę na jakość pracy urzędników i ich relacji ze świadczeniodawcami* – zaznacza dr Gryglewicz.

Nie w NFZ tkwi przyczyna problemów

Jak dodaje, po proteście rezydentów społeczeństwo trafniej identyfikuje rzeczywiste przyczyny problemów

naszego systemu ochrony zdrowia. Są nimi bowiem jedne z najniższych poziomów finansowania ochrony zdrowia w Unii Europejskiej i braki lekarzy, które też lokują nas na końcu europejskiej stawki.

– *Do świadomości społecznej przebił się przekaz, że kłopoty naszego systemu ochrony zdrowia, to nie wina instytucji, jaką jest NFZ. Pomysł narodowej służby zdrowia autorstwa ministra Radziwiłła wydaje się w zestawieniu z tymi faktami po prostu propagandowy. NFZ, który przestał zbierać złe oceny, też ma zresztą w swojej nazwie „narodowy”* – zauważa dr Gryglewicz.

Adam Kozierekiewicz dodaje, że NFZ powinien pozostać, ale cały czas trzeba go wzmacniać i poprawiać. – *Przed wszystkim NFZ musi mieć odpowiedni potencjał administracyjny, by analizować dane, które zbiera, i aktywnie pracować nad sposobami organizacji opieki* – zauważa.

Sugeruje też, że NFZ powinien teraz skierować swoje działania w kierunku pacjentów, podobnie jak towarzystwa ubezpieczeniowe, które obsługują swoich klientów, oferując wsparcie za pomocą call center, dzięki czemu pacjentowi łatwiej poruszać się w systemie. – *Mamy na to pośrednie dowody, że można wykonać takie działania w sferze publicznej. W latach 2008–10 brytyjski NHS, który cierpiał na podobne wizerunkowo problemy jak NFZ, uruchomił system wsparcia ubezpieczonych – połączenie call service ze stroną internetową. W efekcie przyniosło to pacjentom łatwiejszy dostęp do informacji i poprawiło ocenę tej instytucji.*

Piotr WRÓBEL

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 3-4/18)

SAMORZĄD – NIEPRZYJACIEL CZY SPRZYMIERZENIEC?

Lekarze i lekarze dentyści od lat narzekają na złe funkcjonujący system ochrony zdrowia w Polsce. Krytykują jego rozwiązania legislacyjne i organizacyjne, zmieniające się wraz ze zmianą władzy, co powoduje, że cały system robi się coraz bardziej niespójny i nieczytelny. Denerwują ich obciążenia biurokratyczne lekarzy, co przy dramatycznych brakach kadrowych sprawia, że mają coraz mniej czasu dla swoich pacjentów i... dla siebie. Takie „wkurzające” przypadki można by mnożyć, wyzwiał bowiem, z jakimi muszą się mierzyć lekarze na co dzień, lawinowo przybywa.

Otoczenie, w którym przychodzi pracować lekarzom, nie jest im przychylne (na ogół, bo ostatnio trochę się to zmieniło): ani jeśli chodzi o szeroko pojętą władzę, ani społeczeństwo. W tak nieprzyjaznych warunkach najłatwiej funkcjonować, gdy się działa w grupie, wówczas o osiągnięcie zamierzonych celów jest łatwiej. Tymczasem samorząd lekarski dla wielu, zamiast być sprzymierzeńcem, jest nieprzyjacielem. Najlepiej, gdyby go w ogóle nie było...

Kiedy prawie trzydzieści lat temu, w 1989 r., odrodziły się izby lekarskie (utworzone w 1921 r., a zlikwidowane – po okupacyjnej przerwie – w 1951 r.) panowała euforia i nikomu wówczas nie przeszkadzała obowiązkowa do nich przynależność. Z upływem lat, zapał do samorządowej pracy spadał i teraz aktywnych działaczy brakuje, a przybywa ich krytyków. Ci, którzy stoją z boku, negatywnie oceniają pomoc, jakiej udziela im korporacja, zwłaszcza w dziedzinie przepisów prawa i kształcenia podyplomowego, nie widzi troski o wizerunek lekarzy w mediach, inicjatyw zmierzających do wzrostu wydatków na ochronę zdrowia czy lobbowania przepisów prawa, które pozwoliłyby lepiej funkcjonować medykom w systemie. Czy mają rację?

Jakieś dwa lata temu, na łamach „Służby Zdrowia”, ukazał się artykuł autorstwa Oliwii Tarasewicz-Gryt, socjologa i specjalisty od komunikacji, która prześledziła strony internetowe NIL oraz OIL, a także izbowe pisma oraz portale internetowe i na tej podstawie dokonała oce-

ny, że – jej zdaniem – samorząd lekarski... działa całkiem prężnie. Nie sposób tu wymienić wszystkich izbowych inicjatyw, propozycji i aktywności, jakie opisała w tym artykule autorka, jako że różne izby mają różne oferty dla swych członków, ale każda z nich ma ich sporo i to prawie w każdej dziedzinie (nawet w tych niedostrzeganych przez lekarzy).

Mimo tej oceny, członkowie izb kwestionują działalność samorządu i nie darzą zaufaniem jego działaczy. Jednocześnie jednak wolą się nie angażować w codzienną pracę izbową, tłumacząc to brakiem czasu (co – niestety – znajduje uzasadnienie). Jakże są tego przyczyny? Jeśli się je pozna i zdefiniuje – łatwiej będzie osiągnąć założone cele. We wstępie do wspomnianego artykułu m.in. czytamy: „Samorząd to wizytówka. Nieakceptowa-

ny przez środowisko, nie będzie o nim dobrze świadczył, nawet jeśli ma dobrą »ofertę« dla swoich członków. Do zbudowania ich akceptacji, identyfikacji i motywacji potrzeba umiejętności zarządzania oraz wewnętrznego PR-u [...] Potrzebna jest nie tylko współpraca, ale i współdecydowanie [...] Samorząd powinien zadbać o to, by jego członkowie zyskali poczucie wpływu na podejmowane decyzje. Czasami nie jest to kwestia wdrażania kosztownych rozwiązań, lecz zweryfikowania dotychczasowych narzędzi i sposobów komunikacji”.

Ten krótki komentarz warto poddać „pod rozwagę” przyszłych władz, do wyborów których delegaci izb lekarskich właśnie przystępują.

Nina SMOLEŃ

(przedruk z „Panaceum” nr 3/18)

MOLEKUŁY MIŁOŚCI – BIOCHEMIA ZAKOCHANIA

Miłość, nawet opisywana jako formuła chemicznych interakcji i zależności, pozostaje wciąż nieodgadniona w swej tajemnicy początku i trwania.

MJ

Co dzieje się w organizmie, gdy jesteśmy zakochani? Co to znaczy, że pomiędzy zakochanymi osobami zadziałała chemia, która sprawia, że odczuwamy ten niezwykle stan euforii i zafascynowania na samą myśl o ukochanym lub reagujemy na jego głos bądź zapach ciała? Skóra człowieka wydziela bardzo subtelne substancje zwane feromonami i to dzięki nim odczuwamy chemię, jaka zadziałała między nim i nią, między nimi. Podobnie u zwierząt – zapach płci przeciwnej stymuluje wytwarzanie hormonów płciowych. Zapach ciała może być zatem uważany za afrodyzjak.

Zakochanie

Narodziny miłości są dla organizmu prawdziwym szokiem. Serce bije szybciej, podwyższa się ciśnienie krwi, a ręce drżą. Jesteśmy coraz mniej świadomi swoich zachowań, kieruje nami niezdefiniowana siła i odczuwamy bolesną tęsknotę za obiektem naszego zainteresowania. Miłość niczym stan stresu wyzwala w organizmie burzę hormonów. Hormony miłości działają jednak na mózg, a nie na serce, które jest synonimem miłości (przynajmniej tak jest w literaturze pięknej). Olbrzymia liczba neuronów mózgu, bo aż około 100 mld, tworzy sieć komórek połączonych synapsami, a te dzięki receptorom i ligandom w postaci neuromediatorów odpowiadają za chemiczne zamieszanie stanu zakochania i miłości. Najistotniejszą rolę w miłości odgrywa mózg i wytwarzane przez niego substancje chemiczne. To gwałtowne, namiętne uczucie jest wynikiem działania co najmniej kilku związków chemicznych, na produkcję których świadomie zupełnie nie mamy wpływu!

Zatem miłość, jak i wiele innych naszych emocji, to po prostu efekt licznych procesów biochemicznych. Zmiany chemiczne w mózgu zachodzą pod wpływem aktywnych neuroprzekaźników. W pierwszym etapie miłości, zwanym zakochaniem, następuje wyrzut hormonów szczęścia do mózgu, m.in. dopaminy. Dopamina działa pobudzająco na organizm, to ważny neuroprzekaźnik powodujący odczuwanie stanu euforii. Niemniej to, że jesteśmy pod wpływem dopaminy, nie dowodzi zawsze, że jesteśmy zakochani. Podobnie np. zażycie kokainy stymuluje wydzielanie tej substancji. Niemniej dopamina, spokrewniona z amfetaminą, wydzielana naturalnie w istocie czarnej mózgu, pobudzając organizm, czyni nas jednocześnie bezkrytycznymi wobec wybranka.

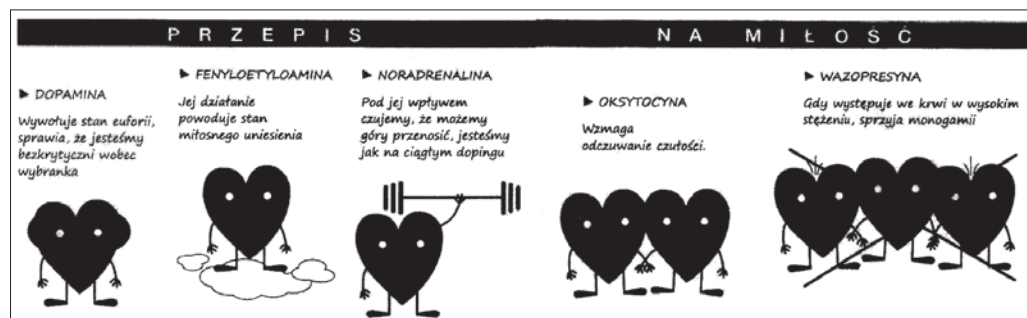
Aby czuć się zakochanym, potrzebujemy czegoś więcej, dosłownie chemicznego zauroczenia. Kluczowe okazują się tutaj feromony – bezwonne sygnały wysyłane i odbierane poza naszą świadomością, które działają na mózg jak narkotyk. Jednak związkiem określanym jako chemiczna formuła miłości jest fenyletyloamina (w skrócie PEA, od 2-fenyletyloaminy) – wywołuje stan bliski euforii, jej działanie powoduje miłosny stan uniesienia, jednak mimo tego że wprowadza nas w narkotyczny trans, nie jest szkodliwa dla organizmu. Fenyletyloamina jest obecna też w czekoladzie (choć z tego źródła jest szybko rozkładana w organizmie), a jej poziom w organizmie skutecznie podnoszą również lekkie ćwiczenia fizyczne. PEA i dopamina pobudzają ośrodek przyjemności w mózgu, a zakochani wydzielają ogromne ilości tych hormonów (nawet 14 tys. razy więcej), w tak pobudzonym mózgu powstają nawet nowe połączenia między neuronami.

Noradrenalina – to jeszcze jeden element kompozycji budujący recepturę miłości. Jej działanie zbliżone jest do adrenaliny – podwyższa ciśnienie i poziom glukozy we krwi. To hormon dopingujący. Pod jej wpływem jeste-

śmy skłonni przenosić góry, czujemy się jak na ciągłym dopingu, wpadamy w stan euforii.

Miłość

Narodziny miłości są dla organizmu prawdziwym szokiem, bywa, że jej kres również. Jednak ci, którym udaje się po okresie zakochania zbudować trwały związek, mówią o pewnej formie uzależnienia od drugiej osoby. Wspomagają nas w tym endorfiny, których działanie zbliżone jest do morfiny. To hormony tłumiące też odczuwanie bólu, a ich ilość wzrasta podczas fizycznego aktu miłosnego. Dzięki ich uwalnianiu czujemy się bezpieczni, pełni spokoju i faktycznie w pewnym stopniu uzależniamy się od drugiej osoby, w tym przypadku zawsze z nadzieją, że tylko z korzyścią dla obojga zainteresowanych. Istotne są tu dwa hormony: oksytocyna i wazopresyna. Zbudowane z 9 aminokwasów peptydy (z czego 7 identycznych). Oksytocyna pojawia się podczas seksu i karmienia piersią. Wzmaga odczuwanie czułości. Wazopresyna to hormon monogamii, gdy występuje w wysokim stężeniu we krwi. Zaś jej niski poziom przynosić może kłopoty z utrzymaniem związku. Po kilku latach związku następuje czas oksytocyny – to czas czułości. Można zatem podsumować, że o ile PEA to początek miłości o tyle oksytocyna i wazopresyna warunkują jej trwanie. Co ciekawe badania technika-



mi neuroobrazowania wykazały, że po podaniu ochotnikom oksytocyny następowała aktywacja tzw. układu nagrody w ich mózgu.

Formuła miłości sprawdza się, ale tylko przy założeniu, że chemia to dobry początek, a potem jest już tylko prawdziwa miłość. Nawet gdy zdajemy sobie sprawę z chemicznych podstaw stanu miłości, nadal pozostaje ona pełna tajemnicy, magii i piękna. Miłość to impuls, dzięki któremu powstaje poezja, muzyka, piosenki, sztuka wysoka i masowa. Zatem miłość zaczyna się, gdy trafiamy na właśnie tę osobę i zadziała chemia, ale dalej jest już tak wiele emocji i uczuciowych zależności, że pozostawmy to najpiękniejsze uczucie w sferze naszego serca, duszy i tajemnicy tych dwojga.

Marek JURGOWIAK

Dr n. med. Marek Jurgowiak jest członkiem Rady Programowej „PRIMUM”, sekretarzem Rady Programowej Centrum Nowoczesności „Młyn Wiedzy” w Toruniu, pracownikiem Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK.

(przedruk z „Primum” nr 4/18)

MEDYCYNĄ PO DYPLOMIE

O PARU ZAGROŻENIACH W GÓRACH NAJWYŻSZYCH

Co pewien czas kolejne dramatyczne, a czasem i tragiczne wydarzenia górskie, jak te ostatnie na Nanga Parbat, przypominają nam o niebezpieczeństwach związanych z tymi górami. Problemy zdrowotne, jakie mogą pojawić się na dużych wysokościach są obecnie dobrze znane środowisku medycznemu i wspinaczom. Może jednak warto przypomnieć o niektórych z nich. Uczy- nię to skrótowo.

Hipoksja hipobaryczna

Wraz ze wzrostem wysokości, na którą się wspinamy, nie zmienia się wprawdzie skład procentowy powietrza, którym oddychamy, spada jednak ciśnienie otoczenia, zwane ciśnieniem atmosferycznym, więc – proporcjonalnie – spada też ciśnienie cząstkowe wszystkich składników powietrza, w tym tlenu. I tu zaczyna się problem. Tlen – jak wiadomo – jest transportowany do tkanek

w znakomitej większości w postaci wiązań z hemoglobi- ną (ok. 97%) i w niewielkiej swej części (ok. 3%) w postaci fizycznie rozpuszczonej w osoczu. Wiązanie się z hemo- globiną, a następnie przejście do tkanek – jest możliwe po fizycznym rozpuszczeniu się cząsteczek tlenu. Prawo – sformułowane przed ponad 200 laty przez angielskiego chemika Williama Henry’ego – mówi, że rozpuszczalność gazów w cieczach spada (maleje w nich zawartość gazu) wraz ze wzrostem temperatury i obniżaniem ciśnienia. Wprawdzie w górach, w miarę zdobywania wysokości – temperatura otoczenia spada, ale to jedynie w niewielkiej części łagodzi następstwa spadku ciśnienia cząstkowe- go tlenu, coraz mniejszej jego ilości ulegającej fizyczne- mu rozpuszczeniu w płynach ustrojowych – a więc osta- tecznie – dostępnej tkankom.

Bardzo duże wysokości, takie, na których – po przy- stosowaniu się – możemy jeszcze przebywać stale bez po-

► bierania tlenu ze sztucznych źródeł, sięgają granicy około 5.500 m n.p.m., choć na tej wysokości ciśnienie atmosferyczne osiąga już tylko połowę swej wartości z poziomu morza. Na wysokościach ekstremalnych, a więc tych pomiędzy 5.500 a 7.500 m n.p.m., nawet najlepiej zaaklimatyzowani, nie jesteśmy już w stanie wyrównać niedoborów tlenu. Strefa powyżej 7.500 m n.p.m. to już strefa śmierci, gdzie człowiek może przeżyć jedynie ograniczony, krótki czas.

Tak więc w miarę zdobywania wysokości pojawia się i stopniowo nasila w wspinacza proces hipoksji hipobarycznej. U jego początku następują zmiany adaptacyjne, jeszcze fizjologiczne, ale w miarę jego postępu pojawiają się zmiany patologiczne, coraz groźniejsze. Po wzroście częstości i głębokości oddechu, częstości tętna, rzutu serca, ciśnienia tętniczego krwi, perfuzji mózgowej, po zwiększeniu produkcji erytropoetyny i następnie – po kilku już dniach – ilości krwinek czerwonych i hematokrytu (a więc i lepkości krwi – kłania się niebezpieczeństwo zakrzepicy) – pojawia się skurcz naczyń płucnych, zwyżka ciśnienia w tętnicy płucnej, a także wzrost przepuszczalności naczyń. Dalej – dla osób, które nie przeszły odpowiedniej aklimatyzacji – otwiera się już obszar choroby wysokogórskiej.

Aklimatyzacja

Prawidłowa aklimatyzacja ma umożliwić nam dłuższy bezpieczny pobyt w bazie (dziś obozy bazowe są zwykle rozwijane wysoko: pod Kangchenjungą nasz obóz bazowy był na wysokości ponad 5.100 m.n.p.m., pod Makalu – ponad 5500 m.; jedynie pod Baturą w Karakorum baza była poniżej 5.000 m n.p.m.) i nieco wydłużyć czas w miarę bezpiecznego pobytu na wysokościach ekstremalnych. Pobyt w strefie śmierci to zawsze kwestia godzin, a nie dni. Jeżeli dni, to już zwykle, walka o przeżycie – bardzo często przegrana. Aklimatyzacja to stopniowe wchodzenie wyżej i schodzenie, by spać niżej, ale tak, aby spać też coraz wyżej. Przepustką do ataku szczytowego w Karakorum czy Himalajach jest zwykle przespanie nocy na wysokości co najmniej 7.000 m n.p.m. i wyżej, z następowym zejściem do bazy i odpoczynkiem. To także miarkowanie nasilenia wysiłków fizycznych, dbanie o dobre nawodnienie (rzecz nieraz niełatwa, a bezdyskusyjnie konieczna), utrzymanie diety bogatej w węglowodany, a przede wszystkim – wchodzenie wyżej wtedy, gdy nie mamy niepokojących dolegliwości. To wszystko wymaga czasu (nieco różnego dla poszczególnych osób). Próby przyspieszania tego procesu, pomijania jego etapów, skracania go użyciem środków farmakologicznych (za moich czasów ukochany był m.in. Diamox), wychodzenie wyżej lub pozostawanie na ekstremalnych wysokościach pomimo objawów mogących wskazywać na chorobę wysokogórską, maskowanie tych objawów środkami przeciwbólowymi, nasennymi, które często pogłębiają stopień hipoksji – to wszystko prowadzi najczęściej

do zagrożenia wspinacza i narażania życia tych, którzy będą musieli go ratować. Trzeba jednak przyznać, że choroba wysokogórską pojawia się czasem niespodziewanie u pozornie dobrze zaaklimatyzowanych i doświadczonych wspinaczy.

Choroba wysokogórską

Dla mnie, jako lekarza wypraw, problem ten wyglądał następująco: nie kombinuj nad leczeniem ostrej choroby wysokogórskiej wysoko na górze, bo tam nie ma praktycznie leczenia innego niż schodzenie. Staraj się za wszelką cenę jak najwcześniej wychwycić zagrożenie tą chorobą i nie puszczaj zagrożonego wyżej. Obserwuj go bacznie, bo może trzeba go będzie odesłać nawet poniżej bazy.

Choroba wysokogórską u osób szczególnie wrażliwych może pojawić się zaskakująco nisko: już około 3000 m (niektórzy obserwowali ją jeszcze nieco niżej), najczęściej jej pierwsze objawy występują jednak w przedziale 4500–5500 m, a u osób nieco już (ale niewystarczająco) zaaklimatyzowanych – wyżej. Zwykle rozpoczyna się bólami głowy, brakiem łaknienia, zmęczeniem, osłabieniem, zawrotami głowy, mdłościami, nieraz oszołomieniem. Kiedy inni jedzą, czytają, pracują, odpoczywają, są w dobrym nastroju, rozmowni, towarzyscy, ofiara tej choroby jest niemrawa, ospała, pokłada się, nie bierze udziału w rozmowach, skarży się na ból głowy i złe samopoczucie. Często oddaje niewiele zagęszczonego, ciemnego moczu, „rysując” na śniegu ciemnopomarańczowe wzory. Dalszy postęp schorzenia wiedzie zwykle w kierunku obrzęku płuc lub obrzęku mózgu – często kojarzącym się ze sobą. Obrzek płuc to zwykle najpierw częsty, suchy kaszel z pojawiającą się stopniowo pianistą, a później i krwistą wydzieliną, dusznością wysiłkową, a później spoczynkową – z przybieraniem charakterystycznej pozycji, osłabienie, ucisk w klatce piersiowej, widoczna sinica, znaczne przyspieszenie oddechu i tętna, wreszcie – zaburzenia świadomości. Oczywiście typowe są objawy osłuchowe. W obrzęku mózgu – przy niereagujących na leki bólach głowy, mdłościami, wymiotach – pojawiają się nasilające się zaburzenia świadomości, ataksja, nieraz ogniskowe ubytki neurologiczne, dziwne zachowania, omamy, wreszcie śpiączka i zgon z powodu porażenia oddechu.

Są też przypadki wpinaczy bez tych typowych objawów, ale z postępującymi objawami deterioracji, kończącej się często zgonem, bodaj czy nie częściej niż w przypadku jasnych obrazów choroby wysokogórskiej.

Jeżeli objawy choroby wysokogórskiej są łagodne, nie należy pozwalać na wymarsz chorego w górę, obserwować go, zalecać odpoczynek. Jeżeli objawy nasilają się, jedynym rozsądnym postępowaniem jest schodzenie, a jeśli chory nie jest w stanie chodzić – jego ewakuacja, jeśli jest ona możliwa. Odpowiednia tlenoterapia – jeśli dostępna, jest korzystna, ale nie zastąpi schodzenia

w dół. Podobnie inne środki, w tym – odwadniające. Jeśli nie mamy możliwości ewakuacji chorego – tlen i środki farmakologiczne mogą kupić nam jedynie nieco czasu (zwykle niewiele) i nic więcej. Uczestniczka jednej z naszych wypraw opowiadała mi o swoich perypetiach w czasie innej wyprawy: kiedy pojawiły się u niej objawy choroby wysokogórskiej, została potraktowana sporą dawką furosemidu. Odpowiedź organizmu była szybka i zaskakująca: poczuła zmniejszenie się duszności i ucisku w płucach, ale osłabła tak, że musiała leżeć. Nie była w stanie przyjąć pozycji stojącej, o schodzeniu nie było mowy. A na ekstremalnych wysokościach znosi się osłabłych towarzyszy wspinaczki na plecach, owszem, ale jedynie na filmach.

Co jeszcze?

Och – wiele. Kiedy (z różnych przyczyn) zawiedzie ochrona przed promieniowaniem UV – ślepotą śnieżną. Przy wdrożonej ochronie oczu i leczeniu – trwa zwykle kilka dni, a unieruchamia wspinacza na nieco dłużej. Osobny problem to odmrożenia. Wyczerpanie, hipoksja zaburzająca samokontrolę, co zmniejsza dbałość o chronienie ciała przed zimnem, odwodnienie, zbyt długie dla danej osoby przebywanie w niskich temperaturach i lodowatym wietrze, nieodpowiedni sprzęt i ubiór, parę jeszcze innych czynników – prowadzą do odmrożeń. Jeżeli do nich doszło, a wyglądają na głębokie, bo tkanki są twarde, blade, nieczułe – celem działań jest możliwa w danych warunkach ochrona odmrożeń i szybka ewakuacja do bazy. Tam – silny lek przeciwbólowy, kąpiel odmrożeń w przegotowanej, cieplej (38–40°C) wodzie – może też z niewielkim dodatkiem odpowiedniego antyseptyku, następnie osuszenie powierzchni, maść antybakteryjna, jałowe opatrunki, uniesienie (jeśli możliwe) odmrożonych kończyn, ich ochrona przed ponownym zamrożeniem (skutkującym znacznym rozszerzeniem obszarów następowej martwicy) i mikrourazami. Na przykład – odmrożone palce stóp przy schodzeniu doznają ich, przesuwając się w bucie ku przodowi i uderzając w wewnętrzną powierzchnię czubka buta. Pamiętam, jak mój towarzysz wyprawowy, zdobywca wysokiego ośmiotysięcznika, za co zapłacił paskudnie wyglądającymi odmrożeniami palców i przodostopi, był znoszony przez tragarzy w koszu do miejsca, skąd mógł zabrać go nepalski pilot. Dwóch tragarzy, Nepalczyków, przez cztery dni zносиło go na zmianę, pojedynczo, na własnych plecach. Każdy z nich dźwigał mego kolegę, schodząc łożyskiem wyschłego strumienia, pełnego kamieni i dziur, idąc w jakichś prymitywnych, luźnych klapkach. Zmieniali się co pół godziny (!) i rwali w dół tak, że z moim plecakiem musiałem dobrze wyciągać nogi za nimi. Aha – i cały czas gadali ze sobą jak najęci. Giganci! Stopy zostały uratowane.

Tam, gdzie już istnieją warunki do ścisłej obserwacji i kontrolowania stanu chorego oraz odpowiednie wyposażenie, podaje się m.in. donaczyniowo mocne środ-

ki rozszerzające naczynia, np. Prostvasin, stosuje się też tlenoterapię hiperbaryczną, która ma umożliwić dotarcie cząstek tlenu do tych uszkodzonych tkanek, do których przestała docierać krew. Tę część tkanek, których nie dało się uratować, wskazuje sam organizm, wyznaczając po pewnym czasie linię demarkacyjną martwicy.

Kilka uwag o stylu alpejskim

Na marginesie powyższych rozważań można uznać, że coraz bardziej popularny styl alpejski wspinania (zdo-bywanie wysokości w niewielkim, często dwuosobowym zespole, bez schodzenia w dół, bez przygotowanych i wyposażonych uprzednio obozów, zespołów wspinaczy, wyposażenia w tlen, leki i sprzęt medyczny), gdzie podstawą jest zasada: „*Omnia mea mecum porto*”, tak skuteczna w górach typu alpejskiego i coraz popularniejsza w Himalajach i Karakorum, nie tylko latem, ale już i zimą – to styl, który znacznie podnosi ryzyko pojawienia się zagrożeń zdrowia i życia wspinaczy. Wiem, że najlepsi wspinają się w ten sposób z sukcesami w górach najwyższych latem i pewnie w ich gronie ten styl będzie nadal stosowany i coraz bardziej popularny, jednak – moim skromnym zdaniem – styl ten już latem staje się często – jak powiedział kiedyś Wojtek Kurtyka – „*biletem w jedną stronę*”, a stosowany zimą jest ogromnym i bezpośrednim zagrożeniem życia tych, którzy go stosują.

Będzie on jednak pewnie stosowany także i zimą i to coraz częściej. Bardzo mi się to nie widzi, ale uznaję prawo ludzi do takiej działalności górskiej, jaką chcą podjąć. Tym, którzy powiedzą: „*no tak, ale oni narażają innych i swoje rodziny, a nawet podatników*” – odpowiem:

Ci „inni” to grupa niewielu najlepszych na świecie wspinaczy, przystosowanych do działania w warunkach ekstremalnych. Pozostali nie biorą udziału w takich akcjach ratunkowych. Ci „inni” sami chcą iść na ratunek ginącym ludziom i sami, pewnego dnia, mogą też takiej pomocy potrzebować.

Co do rodzin – sam nie jestem bez winy, bo wiem ile moja rodzina przeżyła w czasie moich wypraw, ale – lepiej nie mówić w imieniu tych rodzin, a spytać o to same rodziny. Ich odpowiedź jest bardzo często zaskakująca.

Podatnicy płacą, owszem, choć nie zawsze, za akcje ratunkowe. I co – nie zapłacimy za ratunek ginącemu, choćby sam wmanewrował się w swoją sytuację w sposób, którego nie pochwalamy?

Wspomnijmy też znany fakt, że najmniej wątpliwości i najpewniejsze osądy mają w danej sprawie zwykle te osoby, które ją najmniej znają. Im więcej wiedzy i doświadczenia osobistego, tym większa ostrożność, ale też i celność w formułowaniu wniosków i opinii. Tak, jak w naszym zawodzie...

Ryszard DŁUGOŁĘCKI

Doktor Ryszard Długołęcki, chirurg, przez wiele lat był lekarzem wypraw w Himalaje, Karakorum, góry Alaski i Afryki.

(przedruk z „Primum” nr 3/18)

PRACA ZMIANOWA DLA LEKARZY

Na mocy art. 94 ustawy o działalności leczniczej, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których **dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę – należy jednak przestrzegać tygodniowych norm czasu pracy**. Rozkład czasu pracy powinien być stosowany na podstawie harmonogramów pracy ustalanych dla przyjętego okresu rozliczeniowego, określających dla poszczególnych pracowników dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy. Każda nieobecność (np. urlop czy choroba) będzie mogła oznaczać konieczność ustalenia rozkładu na nowo. Dodatkowo trzeba pamiętać, że wymiar czasu pracy: 1) pracownik w ciąży, 2) pracowników opiekujących się dzieckiem do lat 4, bez ich zgody – nie może przekraczać 8 godzin na dobę.

Niewątpliwie praca zmianowa ma dobre strony – np. można uniknąć wyczerpujących 16- i 24-godzinnych dyżurów. Są też jednak wady – powoduje ona, że pacjenci prowadzeni są przez kilku lekarzy, a nie jednego. Łatwiej zatem o różne-

go typu przeoczenia i wymaga to zwiększenia czujności przy przekazywaniu pacjentów. Dodatkowo omawiany system pracy wymaga odpowiedniej liczby pracowników, gwarantującej ciągłość opieki medycznej, co nie zawsze jest możliwe. Przy brakach kadrowych, nawet jak się uda skleić harmonogram, każda nieobecność (w tym choroba lub urlop) burzy system. W typowym tryzmianowym systemie pracownicy zmieniają się co 8 godzin – np. I zmiana: 6.00–14.00, II zmiana: 14.00–22.00, III zmiana: 22.00–6.00. Przy większej dostępności pracowników można zaplanować zmiany na zakładkę, co ma istotne znaczenie w podmiotach leczniczych, skoro lekarz pracuje niepełne 8 godzin (7,35 godz.). W efekcie pierwszy pracownik może kończyć zmianę np. o 15.35, a inny rozpoczynać zmianę np. o godzinie 13.00.

Możliwe jest także wydłużenie zmian dobowych nie więcej jednak niż do 13 godzin – trzeba bowiem pamiętać, że pracownikowi przysługuje w każdej dobie 11 godzin odpoczynku.

Źródło: „Dziennik Gazeta Prawna”

CO GROZI ZA BRAK OPŁACANIA SKŁADEK NA RZECZ IZBY LEKARSKIEJ?

Podobno w życiu dwie rzeczy są pewne: śmierć i podatki. W przypadku lekarzy należałoby dodać jeszcze jedno, a mianowicie obowiązek opłacania składki członkowskiej samorządu zawodowego. Zgodnie z uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII z 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, obowiązek opłacania składki członkowskiej przez lekarza lub lekarza dentystę powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz bądź lekarz stomatolog został wpisany na listę członków okręgowej izby lekarskiej.

Zgodnie art. 116 ustawy o izbach lekarskich nieopłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Powstaje jednak pytanie, czy lekarzowi, który nie zapłacił wymaganych składek, grozi dodatkowo odpowiedzialność zawodowa przed sądem lekarskim. Odpowiedź na to pytanie można znaleźć w postanowieniu Sądu Najwyższego (SN) z 11 lutego 2016 r. (SDI 71/15). Sprawa trafiła przed oblicze SN na skutek kasacji wniesionej przez obrońcę lekarza. Stan faktyczny przedstawiał się w tym przypadku następująco. Orzeczeniem Okręgowego Sądu Lekarskiego z 10 września 2014 r. obwinieni lekarze A.Z. i E.Z. zostali uznani za winnych przewinienia zawodowego określonego w art. 59 zd. 1 Kodeksu etyki lekarskiej (KEL), polegającego na tym, że uchylali się od obowiązku wspierania samorządu zawodowego poprzez dobrowolne nieregulowanie obowiązkowych składek – w przypadku A.Z. za

okres od maja 2006 r. do października 2013 r. na łączną kwotę 1.980 zł, a w przypadku E.Z. za okres od października 2008 r. do października 2013 r. na łączną kwotę 2.365,16 zł – i za to sąd lekarski wymierzył każdemu z obwinionych kary pieniężne po 2.500 zł. Wspólne odwołanie od tego orzeczenia wnieśli obydwójce obwinieni, którzy zarzucili, że wniosek o ukaranie wniosła Okręgowa Izba Lekarska, co było niedopuszczalne i sprzeczne z prawem, skoro stroną „pokrzywdzoną” był samorząd lekarski, a zatem wystąpiła sytuacja, iż strona pokrzywdzona była „sędzią we własnej sprawie” oraz Okręgowy Sąd Lekarski utożsamiał powinność wspierania działalności samorządu z przewinieniem zawodowym jako naruszeniem etyki lekarskiej, czego w istocie rzeczy nie dotyczą unormowania KEL. W konkluzji obwinieni wnieśli o uchylenie w całości orzeczenia i o uniewinnienie. Po rozpoznaniu odwołania Naczelny Sąd Lekarski orzeczeniem z 16 stycznia 2015 r. zmienił zaskarżone orzeczenie w ten tylko sposób, że sprecyzował, iż przypisane obwinionym czyny stanowią naruszenie art. 59 zd. 1 KEL. Z kolei w pozostałym zakresie utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie. Kasację od orzeczenia NSL wniósł obrońca obwinionego lekarza A.Z. Jednak w ocenie SN kasacja okazała się bezzasadna i należało ją oddalić. Sąd Najwyższy wyraził tu też, że KEL jest aktem wydanym w określonym przez ustawę trybie i przez organ ustawowo upoważniony, a zatem ma odpowiedni status prawny w ramach organizacji samorządu lekarskiego. W tej sytuacji fakt związania jego normami lekarzy oraz fakt odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie tych norm na podstawie art. 53 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach

lekarskich, nie może budzić wątpliwości. Dotyczy to również przepisów regulujących kwestię płacenia przez lekarzy składek na rzecz samorządu lekarskiego, określonych przez Naczelną Radę Lekarską z mocy ustawowego upoważnienia. Sąd Najwyższy podkreślił, że art. 59 zd. 1 KEL stanowi, że lekarze powinni solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie lekarzom należytej pozycji w społeczeństwie. Trzeba stwierdzić, że zachowanie, które polega na naruszeniu przez lekarza przepisów KEL, może być kwalifikowane jako „przewinienie zawodowe” w rozumieniu art. 53 ustawy o izbach lekarskich. Dotyczy to również odpowiedzialności z tytułu zawinionego niepłacenia składek na rzecz samorządu lekarskiego. Ponadto SN zauważył, że na podstawie art. 8 ustawy o izbach lekarskich na członkach samorządu lekarzy ciąży obowiązek przestrzegania zasad etyki lekarskiej, przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza oraz stosowania się do uchwał organów izb lekarskich. Z kolei przepisy tej ustawy nakładają na władze samorządu lekarskiego obowiązek dbałości o przestrzeganie zasad etyki. Wreszcie przestrzeganie zasad KEL gwarantowane jest przepisami ww. ustawy, które stanowią o odpowiedzialności lekarzy przed sądami dyscyplinarnymi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej i deontologii lekarskiej. W tym przypadku wypada zwrócić uwagę, że odpowiedzialność zawodowa za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej została potraktowana w powyższej ustawie na równi z odpowiedzialnością za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza (art. 53 ustawy). Jak wskazano w uzasadnieniu orzeczenia SN, pomimo że w przepisach ustawy o izbach lekar-

skich nie został wprost wyrażony obowiązek płacenia przez lekarza składek na rzecz samorządu, nie oznacza to bynajmniej, iż obowiązek taki nie wynika z przepisów ustawy. Trzeba bowiem mieć na uwadze fakt, że przynależność lekarza do samorządu lekarskiego jest obowiązkowa, co wynika wprost z art. 6 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, stanowiącego, iż przyznanie lekarzowi przez okręgową radę lekarską prawa do wykonywania zawodu oznacza automatyczne wpisanie go na listę członków tej izby lekarskiej. W tej sytuacji obowiązek płacenia przez lekarza składki członkowskiej na rzecz samorządu wynika – co prawda pośrednio – z obligatoryjnej przynależności do samorządu. Jest również oczywiste, że aby samorząd mógł wykonywać swoje ustawowe zadania, musi dysponować odpowiednimi środkami finansowymi. Skoro zatem uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej została podjęta w ramach upoważnienia ustawowego i dotyczy spraw samorządu lekarskiego, to zawinione zaniechanie przez lekarza – członka izby lekarskiej – płacenia składek członkowskich na rzecz tego samorządu stanowi czyn sprzeczny z zasadami etyki lekarskiej, co w konsekwencji wypełnia znamiona „przewinienia zawodowego” w ujęciu art. 53 ustawy o izbach lekarskich.

Jaki morał z tej historii? Trzeba płacić. To chyba oczywiste. Bo w przeciwnym razie, nie dość, że w drodze egzekucji administracyjnej zostanie należność ściągnięta, to dodatkowo – co w wyżej przytoczonym precedensowym orzeczeniu SN podkreślono – może grozić za to kara nałożona przez sąd lekarski w ramach odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Jerzy SOWIŃSKI, Jędrzej SKRZYPCZAK

(przedruk z Biuletynu WIL nr 2/18)

RÓŻNEGO RODZAJU ZAŚWIADCZENIA – ZMORĄ LEKARZY

Jedną z bolączek lekarzy jest narzucanie im lub żądanie od nich wystawiania różnego rodzaju zaświadczeń – zwykle nieodpłatnie. Fakt, że wydawanie orzeczeń lekarskich należy do zadań lekarza, nie oznacza, że ma on obowiązek wypisać każde zaświadczenie na żądanie. Zakres obowiązków lekarza w tym zakresie wynika ze zobowiązań, jakie sam zaciągnął, zawierając umowę z zatrudniającą go instytucją lub Zakładem Ubezpieczeń Społecznych. Przy czym te obowiązki, w przypadku lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego realizujących kontrakty z NFZ, wynikają głównie z uprawnień pacjentów (czyli tzw. świadczeniobiorców). Dla przejrzystego omówienia zagadnienia konieczne jest rozróżnienie trybu wystawiania różnych zaświadczeń, procedury bowiem w przypadku każdego z nich są odmienne.

Zwolnienia lekarskie

Zastosowanie mają w tym zakresie przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdzie w rozdziale piątym, określającym zasady wykonywania zawodu lekarza, zostało zapisane w art. 42, pkt 1, że: „Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach”. Prawo nie definiuje pojęcia „orzeczenie o stanie zdrowia”, jednakże

można przyjąć, że oznacza to stwierdzenie stanu zdrowia danej osoby w formie zaświadczenia lub innego dokumentu, np. stwierdzającego okres czasowej niezdolności do pracy, jakim jest zwolnienie lekarskie (czyli formularz ZUS o nazwie ZLA – papierowy lub e-ZLA – elektroniczny). Takie zaświadczenie jest dowodem, który potwierdza:

- czasową niezdolność pracownika do pracy w związku z chorobą,
- pobyt w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej,
- konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny (np. dzieckiem).

Zaświadczenie lekarskie jest konieczne przy ustalaniu prawa do zasiłków przysługujących z ubezpieczenia społecznego oraz ich wysokości. Kwestie dotyczące wystawiania zwolnień lekarskich uregulowane zostały w ustawie z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Zasady dokumentowania prawa do zasiłków i kontroli orzekania o czasowej niezdolności do pracy zawarte są w rozdziale 10 tej ustawy, gdzie w art. 54 pkt. 1 (w aktualnym brzmieniu, obowiązującym od 1 grudnia 2017 r.) zapisano, że: „Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności

do pracy [...] lekarza, lekarza dentyście, felczera lub starszego felczera, zwanych dalej »wystawiającym zaświadczenie lekarskie«, po złożeniu, w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego [...] oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy i przepisów o ochronie danych osobowych». Dalszy przepis stanowi, że upoważnienia takiego ZUS udziela w formie decyzji.

Z przepisów cytowanej ustawy wywnioskować można, że lekarz nie jest zobowiązany do wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, a wręcz przeciwnie – nie może ich wystawiać na formularzu ZUS, jeśli nie ma podpisanej z nim stosownej umowy. Po jej podpisaniu, zobowiązany jest jednak do przestrzegania wszystkich szczegółowych zasad i trybu wystawiania tych dokumentów. Zasady te określone zostały w dalszych przepisach rozdziału 10 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia w razie choroby i macierzyństwa oraz w rozporządzeniu ministra pracy i polityki socjalnej w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim.

Inne zaświadczenia lekarskie

Problem ten jest wprost uregulowany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Mimo regulacji ustawowej, nastrocza on jednak wiele wątpliwości interpretacyjnych, z uwagi na niejasną stylizację przepisów art. 16 tej ustawy. Na podstawie przywołanego przepisu, za zaświadczenia bezpłatne uznaje się **orzeczenia i zaświadczenia wydawane przez lekarza:**

1. **w związku z dalszym leczeniem lub rehabilitacją**, np. zaświadczenia do okazania lekarzom specjalistom, do których kierowany jest pacjent, zaświadczenia o stanie zdrowia wydawane w związku z uczestnictwem pacjenta w turnusach rehabilitacyjnych,
2. **orzekające o niezdolności do pracy, pozwalające na kontynuowanie nauki**, np. zaświadczenia dla szkoły o usprawiedliwieniu nieobecności dziecka w szkole z powodu choroby, zaświadczenia, że stan zdrowia pacjenta pozwala na zdawanie egzaminów do szkoły policealnej, czy pozarnicznej,
3. **związane z uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku**, np. zaświadczenia, że stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestniczenie w zawodach sportowych, zajęciach sportowych, koloniach,
4. **do celów pomocy społecznej**, np. zaświadczenia, że pacjent znajduje się pod stałą opieką lekarską, która wymaga stosowania przewlekłe leków, na które pacjent ponosi znaczne koszty,
5. **do celów uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, czy orzecznictwa o niepełnosprawności**,
6. **do ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenie wystawione przez położną**, wydawane do celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

Zaświadczeniami lekarskimi płatnymi są wszystkie pozostałe wydawane na życzenie pacjenta, w tym m.in.:

1. orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych,
2. dla firm ubezpieczeniowych,
3. do Urzędu Pracy potwierdzające, że pacjent ze względu na stan zdrowia mógł w danym dniu stawić się w Urzędzie Pracy, aby potwierdzić swoją gotowość do podjęcia pracy,
4. dla ZUS, KRUS na potrzeby postępowania rentowego oraz o przyznanie świadczeń z tytułu wypadków przy pracy czy chorób zawodowych, w postępowaniach o odszkodowania, np. dla PZU,
5. obdukcje w celach sądowo-lekarskich,
6. wydawane w celu podjęcia pracy za granicą,
7. dla potrzeb sanitarno-epidemiologicznych,
8. w innych celach pozaleczniczych.

Należy dodać, że koszty zaświadczeń wydawanych na zlecenie prokuratury lub sądu są pokrywane z budżetu państwa. Z kolei ZUS zobowiązany jest do finansowania jedynie tych zaświadczeń, które zostaną wydane na jego zlecenie. Ma to miejsce w ramach postępowania orzeczniczego, gdy ZUS zleca na podstawie umów cywilnoprawnych przeprowadzenie badań dodatkowych lub wydanie opinii specjalistycznych.

Zaświadczenia wystawia każdy lekarz udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo który jest zatrudniony, lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (vide: art. 5 ust 13a i 14 ustawy).

Podstawa prawna:

1. zwolnienia lekarskie

- ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 19 stycznia 2017 r., poz. 125),
- ustawa z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jedn. Dz. U. z 12 lipca 2017 r., poz. 1368),
- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim (Dz. U. z 2 grudnia 2015 r., poz. 2013).

Powyższe rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy (Dz. U. nr 145, poz. 1219), które straciły moc z dniem 1 stycznia 2016 r., w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1066 i 1735);

2. inne zaświadczenia lekarskie:

- ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 19 października 2017 r., poz. 1938).

Nina SMOLEŃ,

mec. Paweł LENARTOWICZ – radca prawny OIL w Łodzi

(przedruk z „Panaceum” nr 3/18)



Termin: 12 maja 2018 r. (sobota)

Miejsce: Filharmonia Zielonogórska (Plac Powstańców Wielkopolskich 10)

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: dr n. med. Dariusz Giezowski

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. med. Witold Bartnik

Członkowie Komitetu Naukowego: prof. Jarosław Reguła, prof. Grażyna Rydzewska, prof. Marek Hartleb, prof. Elżbieta Poniewierka, dr n. med. Dariusz Giezowski

Rejestracja: lsgh.zdrojowaclinic.pl

Kontakt: kontakt@zdrojowaclinic.pl,

www.zdrojowaclinic.pl

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
zaprasza na **XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w żeglarskiej w klasie OMEGA.**

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

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

Termin: 15-17.06.2018 r.

Miejsce regat: Morzyczyn, jezioro Miedwie

Nocleg: Hotel 104, Stargard,

<http://osir.stargard.pl/hotel-104/informacje>

Wpisowe:

– 1.350 zł od załogi – obejmuje: dwa noclegi oraz pełne wyżywienie dla 3 osób

– 900 zł od załogi – obejmuje: pełne wyżywienie dla 3 osób (bez noclegu)

Wpłaty (wpisowe) należy dokonać na konto: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „REGATY – OIL”

Organizator: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel. 91 48 74 936 wew. 116, e-mail ksidor@oil.szczecin.pl

Osoby do kontaktu:

– Halina Teodorczyk – tel. 517 905 224,

adres e-mail: halte@wp.pl

– Kamila Sidor biuro OIL w Szczecinie – tel. 91 48

74 936 wew. 116, adres e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

Prywatny, nowoczesny, dynamicznie rozwijający się gabinet stomatologiczny Dental Care w Opolu poszukuje do współpracy lekarza dentysty w pełnym wymiarze godzin. Dobre warunki pracy oraz miła atmosfera.

Kontakt: gabinet@dentalcare.opole.pl

tel. 505-160-280

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, opole@hipokrates.org

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



Patronat Honorowy Rektora
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie

Aktywność fizyczna jako lek.

Punkt widzenia Ekspertów.

2 czerwca 2018

godz. 10.00 – 15.00

Netto Arena

ul. Władysława Szafera 3/5/7

71-245 Szczecin

Organizator: Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych PUM Szczecin

Komitet naukowy:

Przewodniczący Komitetu Naukowego:

prof. Kazimierz Ciechanowski

prof. Marcin Słojewski

prof. Leszek Domański

dr n. med. Katarzyna Żułtak-Bączkowska

dr hab. n. med. Marek Prech

dr n. med. Jarosław Krzywański

dr n. med. Wojciech Marlicz

dr n. med. Igor Łoniewski

Komitet organizacyjny:

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego:

dr n. med. Magda Wiśniewska

mgr Beata Dąbrowska

mgr Robert Szych

Partner konferencji:

4 SANPROB / MARATON SZCZECIŃSKI

Aktywność fizyczna jako lek. Punkt widzenia Ekspertów.

- 1 Aktywność fizyczna i dieta w leczeniu zespołu metabolicznego.
prof. Kazimierz Ciechanowski
- 2 Aktywność fizyczna a serce - rzecz niby oczywista.
dr hab. n. med. Marek Prech
- 3 Czy chory z nadwrażliwym jelitem może biegać tylko do toalety?
dr n. med. Wojciech Marlicz
- 4 Aktywność fizyczna w profilaktyce i terapii onkologicznej.
dr n. med. Katarzyna Żułtak-Bączkowska
- 5 Sport niepełnosprawnych. Od rehabilitacji do wyczynu.
mgr Agnieszka Turoń-Skrzypińska, mgr Arkadiusz Skrzypiński
- 6 Aktywność fizyczna w ciąży.
prof. Kazimierz Ciechanowski
- 7 Aktywność fizyczna a prostata.
prof. Marcin Słojewski, lek. med. Remigiusz Stamirowski
- 8 Niebezpieczeństwa związane z wysiłkiem fizycznym:
„How much is too much”.
dr n. med. Jarosław Krzywański

Szczegółowy program konferencji oraz zgłoszenia

www.maratonszczecinski.pl

Zakładka > Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

Udział dla Lekarzy w konferencji bezpłatny

Za udział w konferencji uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.