



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Luty 2011

ISSN 1426-661X

Nr 174

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Laury umiejętności i kompetencji

Dr n. med.
Dariusz ŁĄTKA



Dr n. med.
Janusz PICHURSKI

Lek. med.
Sławomir ROWIŃSKI



LAURY UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI OPOLSKIEJ IZBY GOSPODARCZEJ – WRĘCZONE!

W dniu 10 stycznia br. w Filharmonii Opolskiej odbyła się uroczystość wręczenia Laurów Umiejętności i Kompetencji przyznawanych przez Opolską Izbę Gospodarczą. Miło nad donieść, że pośród laureatów tego wyróżnienia, znalazło się kilka osób związanych z ochroną zdrowia Opolszczyzny – w tym także 3 lekarzy. A oto ich sylwetki (zdjęcia i notki biograficzne cyt. za „Forum Opolskiego Biznesu” numer specjalny 4/2011)

Dr n. med. Dariusz ŁĄTKA **ZŁOTY LAUR UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI**

Kategoria: Pro Publico Bono

Neurochirurg, ordynator Oddziału Neurochirurgii WCM w Opolu, konsultant wojewódzki w zakresie neurochirurgii i neurotraumatologii. Jest inicjatorem powołania i prezesem Zarządu Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Neurochirurgii na Opolszczyźnie „Neuro”.

Dariusz Łątka urodził się w 1965 r. w Bytomiu. W latach 1983–89 studiował na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze. W 1992 r. zdobył specjalizację I-go stopnia z neurochirurgii, a trzy lata później specjalizację II-go stopnia z neurochirurgii i neurotraumatologii. W 1996 r. na jego koncie pojawił się doktorat z zakresu neurotraumatologii. Ukończył także Studia podyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia w Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.

Staż podyplomowy odbył w latach 1989–96 w Katedrze i Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Śląskiej Akademii Medycznej w Bytomiu. Od 1997 r. pracuje w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu na Oddziale Neurochirurgii. Od 2004 r. jest ordynatorem oddziału.

Uczestniczył w najbardziej prestiżowych stażach i kursach zagranicznych dotyczących m. in. chirurgii podstawy czaszki (Frankfurt, Niemcy), anatomii mikrochirurgicznej (Gainesville, USA), neurochirurgii naczyniowej (St. Louis, USA) oraz licznych specjalistycznych szkoleniach w USA, Austrii, Holandii, Hiszpanii, Szwajcarii i Malezji. Jako jeden z pierwszych polskich neurochirurgów ukończył pełny cykl szkoleń organizowanych przez Europejską Federację Towarzystw Neurochirurgicznych koniecznych do uzyskania European Board in Neurosurgery.

Może pochwalić się wieloma osiągnięciami. Wdrożył szereg nowych technik operacyjnych, w tym pionierskich w skali kraju nowoczesnych procedur protezowania i stabilizacji wewnętrznej kręgosłupa i wykorzystania nawigacji operacyjnej w neurochirurgii. Koordynował projekty badawcze realizowane we współpracy z Politechniką Wrocławską z wykorzystaniem matematyki nieliniowej w analizie danych biomedycznych. Z sukcesami działa na rzecz zmiany oblicza neurochirurgii opolskiej zarówno w zakresie jej organizacji i efektywności pracy, jak i modernizacji i wyposażania oddziału, którego pracą kieruje.

Dariusz Łątka jest też współautorem dwóch podręczników. Może się pochwalić ponad setką publikacji w fachowej prasie krajowej i zagranicznej. Przeprowadził kilkadziesiąt wykładów i prezentacji na sympozjach i konferencjach naukowych, m.in. na Światowych Kongresach Neurochirurgii w Amsterdamie, Sydney, Marrakeshu i Bostonie. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, Polskiego Towarzystwa Chirurgów Kręgosłupa, AO Spine Foundation oraz North American Spine Society.

W wolnym czasie lubi grać w squash, a zimą jeździć na nartach i... odśnieżać. Żegluje, nurkuje i gra w tenisa. Nieobce są mu także wariacje kulinarne. Odpoczywa migdałką ukochanego labradora Uduśia i spełniając nawet najbardziej wymyślne zachcianki żony Marty, której – jak mówi – zawdzięcza wszystko, co w życiu osiągnął. Syna Kajetana też chyba zaraził swoją pasją, skoro studiuje medycynę.

* * *

Dr n. med. Janusz PICHURSKI **SREBRNY LAUR UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI**

Kategoria: Pro Publico Bono

Dr n. med. Janusz Pichurski jest ordynatorem Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu. Jest także konsultantem w dziedzinie chirurgii ogólnej dla województwa opolskiego. Urodził się w 1956 r. w Opolu. Jest

absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Katowicach. Ma II stopień specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz blisko 30 lat pracy na oddziale, którego dziś jest ordynatorem. Ukończył studia podyplomowe z zakresu „Orzecznictwo medyczne i ubezpieczenia” w Zakładzie Medycyny Sądowej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Swoją rozprawę doktorską poświęcił chirurgii reoperacyjnej tarczycy.

Jest konsultantem z zakresu chirurgii ogólnej w Wojewódzkim Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Opolu oraz biegłym sądowym dla Sądu Okręgowego i Sądu Rejonowego w Opolu. Należy do Towarzystwa Chirurgów Polskich i jest członkiem Zarządu Oddziału Opolskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Jest także członkiem Sekcji Wideochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich. W 2010 r. zajął drugie miejsce w kategorii „Lekarz” w plebiscycie „Opolski Hipokrates” organizowanym przez „Nową Trybunę Opolską”.

Jako swoje główne zainteresowania zawodowe wymienia chirurgię laparoskopową i chirurgię endokrynologiczną. Jako pierwszy w województwie, w lutym 2008 r., przeprowadził operację guza nadnercza metodą laparoskopową, czyli bez użycia skalpela. Wcześniej na takie zabiegi Opole musiał jeździć do Wrocławia. Także pierwszy w regionie, we wrześniu 2010 r., zoperował tarczycę z użyciem neuromonitoringu nerwów krtaniowych.

– *Neuromonitor poprawia bezpieczeństwo pacjentów i komfort pracy lekarza. Dzięki podłączonej do monitora sondzie, którą manipuluje chirurg, lokalizujemy nerw krtaniowy i ustalamy jego przebieg. Pozwala to uniknąć uszkodzenia podczas operacji – tłumaczy Janusz Piechurski. – Bez tego urządzenia lekarz zawsze z duszą na ramieniu czekał, aż pacjent się wybudzi i dopiero wtedy będzie wiadomo czy coś się nie stało z jego głosem.*

* * *

Lek. med. Sławomir ROWIŃSKI

Zastępca Dyrektora

ds. Medycznych Krapkowickiego Centrum Zdrowia sp. z o.o.

SREBRNY LAUR UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI

Kategoria: Pro Publico Bono

Sławomir Rowiński jest mieszkańcem Krapkowic. Od 1992 r. zawodowo jest związany ze służbą zdrowia. Jest absolwentem Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W 2001 r., pracując na Oddziale Chirurgii Ogólnej krapkowickiego szpitala uzyskał specjalizację w zakresie chirurgii ogólnej. Cztery lata później ukończył studia podyplomowe w zakresie zarządzania jednostkami opieki zdrowia na Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.

Nieprzerwanie pracuje na Oddziale Chirurgii w Krapkowicach jako starszy asystent. Jednocześnie jako menadżer służby zdrowia zajmuje stanowisko zastępcy dyrektora ds. medycznych.

– *Jestem zaangażowany w organizację i przemianę w krapkowickiej służbie zdrowia w zakresie opieki specjalistycznej, przede wszystkim szpitalnictwa – mówi o sobie Sławomir Rowiński. – Brałem i nadal biorę czynny udział w przekształcaniu powiatowej służby zdrowia.*

Sławomir Rowiński brał również udział w rozbudowie szpitala w Krapkowicach. Obecnie szpital ze wszystkimi oddziałami mieści się w budynku szpitala w Krapkowicach-Otmęcie i spełnia wszystkie obowiązujące wymogi. W Krapkowickim Centrum Zdrowia wprowadzono zabiegi z zakresu okulistyki oraz urologii. Rozpoczęto leczenie owrzodzeń podudzi nowymi opatrunkami.

Krapkowickie Centrum Zdrowia ma w najbliższych planach rozwój chirurgii oraz kilku dziedzin w dotyczących chorób wewnętrznych. – *Myszę, że Srebrny Laur Umiejętności i Kompetencji pomoże nam w dalszym rozwoju służby zdrowia w powiecie krapkowickim – zaznacza laureat.*

Ponadto Złoty Laur Umiejętności i Kompetencji w kategorii: menadżer, lider społeczno-gospodarczy otrzymała mgr Renata Ruman-Dzido – Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, a Srebrny Laur Umiejętności i Kompetencji w kategorii: Pro Publico Bono trafił do Prudnickiego Centrum Medycznego. Wszystkim laureatom serdecznie gratulujemy!!!

Jerzy B. LACH

I aniśmy się obejrżeli, a już mamy za sobą pierwszy miesiąc Nowego 2011 Roku. W tym roku zapowiada się długi karnawał, mam więc nadzieję, że znajdziecie Koleżanki i Koledzy czas na ze wszech miar korzystne dla ciała i ducha skoordynowane ruchy całego ciała do akompaniamentu muzyczno-wokalnego różnorodnego autoramentu. Polecam to gorąco – także jako specjalista rehabilitacji. Taniec działa korzystnie za funkcjonowanie, zarówno organów wewnętrznych, jak i na sferę psychiczną. A zważywszy na to, co dzieje się wokół nas potrzeba nam wszystkim, jak powietrza odrobiny wytchnienia. Namawiam więc do korzystania z okazji. A, jak wyjdzie w tzw. „praniu” okaże się zapewne już w przyszłym numerze Biuletynu, kiedy to otrzymacie Państwo relacje pisemne i (chyba) fotograficzne ze styczniowych bali lekarskich.

No, ale na razie wróćmy z parkietów do naszego Biuletynu. W tym numerze sporo ważnych dla wszystkich informacji dotyczących składek ubezpieczenia OC i kas fiskalnych oraz aktualne informacje Biura Izby. Znajdziecie – tradycyjnie już – sprawozdania z posiedzeń or-

ganów naszej Izby, a wśród nich z opłatka naszych najstarszych Koleżanek i Kolegów, okraszone rymowanymi żartami dr Rekruckiego (zapraszam do lektury – b. zabawne). Będą także informacje o uhonorowaniu naszych Kolegów różnymi odznaczeniami (jeszcze raz serdeczne gratulacje).

W części „zagranicznej” bardzo ważna informacja na temat uruchomienia w Chorzowie (a więc po sąsiedzku) pracowni PET-CT i sposoby kierowania do niej chorych. Ponadto rozważania na temat kondycji zawodu lekarza, kolejny materiał o dopalaczach i historia nieszczęsnej (późniejszej świętej) Apolonii z Aleksandrii – patronki dentystów.

W części prawnej dwa materiały o problemach występujących na styku pacjent-lekarz i kilka spraw tzw. pracowniczych.

Na koniec – jak zawsze – aktualne ogłoszenia o kursach, konferencjach naukowych, oferty pracy.

Życząc miłej lektury pozdrawiam i... do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Od początku stycznia 2011 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej. Ujednoliciła ona zasady prowadzenia dokumentacji zarówno w prywatnej praktyce lekarskiej, jak i w zakładzie opieki zdrowotnej. Zostało opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 252 z 2010 r. pod pozycją 1697. Dla uniknięcia niepotrzebnych kłopotów, każdy lekarz czy lekarz dentysta powinien z treścią tego rozporządzenia się zapoznać.

Jak już Wam na pewno wiadomo Minister Finansów zmusza lekarzy do instalowania od 1 maja 2011 r. kas fiskalnych. W połowie stycznia odbyło się w Izbie szko-

lenie poświęcone temu tematowi. Najważniejsze informacje i wyjaśnienia znajdziecie na dalszych stronach Biuletynu.

Zbliża się 1 marca, czyli znowu będziemy zbierać pieniądze na ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów. Po raz pierwszy w momencie startu kolejnego roku polisowego będziemy mieli do czynienia z trzema ubezpieczeniami obowiązkowymi. Dokładne informacje znajdziecie także wewnątrz numeru.

Jerzy JAKUBISZYN

MEDAL „ORDINATORI CHIRURGII OPOLIENSIS” DLA DR KONRADA GLIŃSKIEGO

Dnia 26.11.2010 roku, w Sali Konferencyjnej WCM w Opolu, odbyło się 301 uroczyste posiedzenie Opolskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Uroczysty charakter posiedzenia związany był z wręczeniem dr Konradowi Glińskiemu, wspaniałemu chirurgowi i nauczycielowi, medalu „*Ordinatori Chirurgii Opoliensis*”.

Sylwetkę wyróżnionego przedstawił dr Janusz Pichurski, następca dr Konrada Glińskiego na stanowisku Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

Podczas prezentacji przedstawiono liczne slajdy z życia zawodowego dr Glińskiego.

Uroczyste wręczenie medalu przebiegło przy długotrwałych owacjach na stojąco licznie przybyłych chirurgów z całego województwa.

W części naukowej posiedzenia wystąpił prof. Jerzy Kołodziej oraz dr Adam Rzechonek z Kliniki Torakochirurgii AM we Wrocławiu.

Dr n. med. Janusz PICHURSKI



Dr J. Pichurski, dr K. Gliński, dr T. Jędrzejczyk, prof. J. Kołodziej

UBEZPIECZENIA OC NA 2011

Aktualnie obowiązują trzy rodzaje obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów, które zakresem swojego ubezpieczenia **nie zachodzą na siebie**.

Najstarsze, dotyczy lekarzy i lekarzy dentystów, którzy podpisali kontrakt z publicznym zakładem opieki zdrowotnej na świadczenie pewnego zakresu usług (konsultacji specjalistycznych, dyżurów, itp.). Będą to ubezpieczenia nazywał **ZOZ-owskim**. Chcę tu jeszcze

raz podkreślić, że odnosi się to tylko do kontraktów z publicznymi ZOZ-ami. Wobec tego **lekarze, którzy mają kontrakt dyżurowy podpisany bezpośrednio z publicznym szpitalem muszą mieć wykupione to ubezpieczenie**. Natomiast nie odnosi się to ubezpieczenie do lekarzy, którzy albo podpisali kontrakt dyżurowy ze szpitalem niepublicznym (np. PCM Kluczbork, PCM Prudnik, EuroMedicare Ozimek) lub też z publicznym, ale poprzez jakiś pośredniczący NZOZ.

Kolejne ubezpieczenie obowiązkowe dotyczy lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy mają podpisane kontrakty z NFZ i są w rozumieniu ustawy funduszowej świadczeniodawcami. To ubezpieczenie będę nazywał **funduszowym**.

Wreszcie najmłodsze jest ubezpieczenie wprowadzone w ubiegłym roku, które obejmuje wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w zakładach opieki zdrowotnej i/lub prowadzących prywatną praktykę lekarską. To ubezpieczenie będę nazywał **ogólnym**. Ubezpieczenie ogólne obowiązuje zawsze w sytuacji, w której wykonywane są jakiekolwiek świadczenia medyczne, które nie podlegają ani ubezpieczeniu ZOZ-owskiemu ani ubezpieczeniu funduszowemu.

Pozostało również na rynku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej ubezpieczenie dobrowolne. Daje ono ochronę ubezpieczeniową w czasie udzielania pierwszej pomocy poza szpitalem czy praktyką, a także pozwala ubezpieczyć mienie praktyki, czy pokryć koszty udziału firmy ubezpieczeniowej jako strony postępowania.

Każde z ubezpieczeń obowiązkowych ma „swoje” rozporządzenie Ministra Finansów, które je powołało, opisujące sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia. Kwoty tej nie można jakąś dodatkową składką podnieść, a w dobie coraz większych roszczeń ze strony pacjentów, kwoty te są niewystarczające. Dlatego też wynegocjowany został przez brokera wariant ubezpieczenia z tak zwaną **klauzulą nadwyżkową**, czyli połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym, pozwalające na przeliczenie kwoty gwarancyjnej z ubezpieczenia dobrowolnego do ubezpieczenia obowiązkowego. Najlepiej zobrazuje to przykład: ubezpieczenie obowiązkowe ogólne dla lekarza zabiegowego ma sumę gwarancyjną 100.000 Euro. Jeżeli zawrze on dodatkowo ubezpieczenie dobrowolne z sumą gwarancyjną 250.000 Euro, to nie tylko zyskuje te trzy dodatkowe pola ubezpieczenia (pierwsza pomoc, mienie, koszty firmy ubezpieczeniowej), ale de facto ma ubezpieczenie do sumy 350.000 Euro.

W ubezpieczeniu obowiązkowym ogólnym wszyscy lekarze i lekarze dentyści podzieleni zostali na **trzy** grupy.

Grupę I (dla której rozporządzenie przewidywało sumę gwarancyjną 100.000 Euro i dla której ubezpieczenie jest najdroższe) stanowią wszyscy lekarze o specjalnościach zabiegowych, anestezjolodzy, neonatolodzy, onkolodzy oraz specjaliści medycyny ratunkowej, a także lekarze dentyści o specjalnościach chirurgicznych.

Grupę II (suma gwarancyjna 50.000 Euro – ubezpieczenie nieco tańsze) stanowią wszyscy pozostali lekarze dentyści.

Grupę III (suma gwarancyjna 25.000 Euro – ubezpieczenie najtańsze) stanowią wszyscy pozostali lekarze.

Lekarze i lekarze dentyści specjalizujący się w danej specjalności traktowani są dla celów ubezpieczenia, jak lekarze posiadający już specjalizację. Podział na ana-

logiczne grupy zastosowany został przez PZU również w odniesieniu do ubezpieczenia ZOZ-owskiego i funduszowego.

Poniżej przedstawiam warianty ubezpieczeń, jakie są dostępne dla poszczególnych grup:

Grupa I

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne na kwotę 125.000 Euro (czyli łączna suma gwarancyjna wynosi 225.000 Euro) – składka **456 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 250.000 Euro (łącznie 350.000 Euro) – składka **864 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 500.000 Euro (łącznie 600.000 Euro) – składka **1.644 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 1.000.000 Euro (łącznie 1.100.000 Euro) – składka **2.916 zł**,

Dodatkowe wykupienie ubezpieczenia ZOZ-owskiego – **192 zł** za 1 kontrakt, po **50 zł** za każdy następny.

Dodatkowe wykupienie ubezpieczenia funduszowego – **336 zł**.

Grupa II

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 125.000 Euro (łącznie 175.000 Euro) – składka **288 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 250.000 Euro (łącznie 300.000 Euro) – składka **552 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 500.000 Euro (łącznie 550.000 Euro) – składka **1.044 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 1.000.000 Euro (łącznie 1.050.000 Euro) – składka **1.848 zł**,

Dodatkowe wykupienie ubezpieczenia ZOZ-owskiego – **144 zł** za 1 kontrakt, po **50 zł** za każdy następny.

Dodatkowe wykupienie ubezpieczenia funduszowego – **180 zł**.

Grupa III

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 125.000 Euro (łącznie 150.000 Euro) – składka **156 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 250.000 Euro (łącznie 275.000 Euro) – składka **300 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 500.000 Euro (łącznie 525.000 Euro) – składka **564 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe ogólne + dobrowolne 1.000.000 Euro (łącznie 1.025.000 Euro) – składka **996 zł**,

Dodatkowe wykupienie ubezpieczenia ZOZ-owskiego – **108 zł** za 1 kontrakt, po **50 zł** za każdy następny.

Dodatkowe wykupienie ubezpieczenia funduszowego – **108 zł**.

Istnieje również możliwość wykupienia ubezpieczenia dla lekarza czy lekarza dentyisty, który pracuje **tylko**

i wyłącznie w formie kontraktu z publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub w formie kontraktu z NFZ. Takiej osoby nie dotyczy ubezpieczenie obowiązkowe ogólne, natomiast wykupić ona musi ubezpieczenie obowiązkowe ZOZ-owskie lub funduszowe. Dla tych osób przewidziano następujące warianty, także przewidujące klauzulę nadwyżkową:

Grupa I

Ubezpieczenie obowiązkowe + dobrowolne 125.000 Euro – składka **432 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe + dobrowolne 250.000 Euro – składka **528 zł**.

Grupa II

Ubezpieczenie obowiązkowe + dobrowolne 125.000 Euro – składka **248 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe + dobrowolne 250.000 Euro – składka **335 zł**.

Grupa III

Ubezpieczenie obowiązkowe + dobrowolne 125.000 Euro – składka **123 zł**,

Ubezpieczenie obowiązkowe + dobrowolne 250.000 Euro – składka **165 zł**.

Jak co roku proponujemy zbieranie składek na ubezpieczenie poprzez przedstawicieli w poszczególnych Delegaturach – można też oczywiście zrobić to osobiście w Biurze Izby. **Bardzo prosimy o NIE wpłacanie tych pieniędzy na konto izbowe.** Pracownicy Biura będą przygotowani do zbierania składek **od 21 lutego**. Osoby, które nie uregulowały do tej pory zaległości związanych z „dopłatą” do zeszłorocznego ubezpieczenia prosimy o dokonanie tego razem z wpłatą składki za 2011 rok.

Jerzy JAKUBISZYN

ABC KASY FISKALNEJ

Który prywatnie praktykujący lekarz czy lekarz dentysta będzie musiał w 2011 r. zaopatrzyć się w kasę fiskalną i ewidencjonować przychody przy jej pomocy?

Należy tutaj wyróżnić dwie grupy lekarzy. Pierwszą stanowić będą ci, którzy swoją działalność gospodarczą mieli już zarejestrowaną przed 1 stycznia 2011 r.; drugą, tworzyć będą ci, którzy tę działalność rozpoczęli dopiero w 2011 r.

Grupa I – należy podliczyć swoje przychody w praktyce w trakcie minionego 2010 r., wynikające z tzw. obrotu konsumenckiego, czyli tylko te, pochodzące od osób

fizycznych (nie wchodzi w tę kwotę przychody uzyskane od przeróżnych firm, którym wystawiano rachunki; nie będzie też w tę kwotę wchodzić przychód uzyskany od pacjenta, który poprosił, żeby rachunek wystawić na jego firmę).

Jeżeli te przychody wyniosły 40.000 zł lub więcej – kasa musi być od 1 maja 2011 r. zainstalowana. Jeżeli te przychody w 2010 r. wyniosły 39.999 zł lub mniej – kasy od 1 maja 2011 r. nie trzeba instalować. Jeżeli kasę trzeba będzie zainstalować, to korzystanie z niej będzie konieczne już zawsze, niezależnie od tego jaki będzie w przyszłości obrót konsumencki.

Jeżeli zeszłoroczny obrót konsumencki był mniejszy niż 40.000 zł i nie powstał obowiązek zainstalowania kasy fiskalnej z dniem 1 maja 2011 r., należy sumować obrót konsumencki w trakcie 2011 r. Jeżeli jego kwota dojdzie do 40.000 zł, od następnego miesiąca trzeba będzie kasę zainstalować. Jeżeli do końca 2011 r. nie dojdzie do tej kwoty – od 1 stycznia 2012 r. liczenie zacznie się od początku.

Grupa II – należy zliczać obrót konsumencki od początku działalności praktyki. W momencie gdy osiągnie 20.000 zł (uwaga – jest to połowa tej kwoty o której była mowa powyżej), od następnego miesiąca trzeba będzie zainstalować kasę. Jeżeli do końca 2011 r. nie przekroczy się tej granicy, liczenie w 2012 r. rozpocznie się od nowa, przy czym wówczas granicą będzie już kwota 40.000 zł.

Które przychody wprowadzamy do kasy fiskalnej?

Tylko i wyłącznie te, które pochodzą z obrotu konsumenckiego czyli od osób fizycznych. Nie wprowadzamy do kasy tych przychodów, które udokumentowane są rachunkami wystawianymi na rzecz podmiotów działalności gospodarczej. Natomiast wystawienie rachunku pacjentowi nie zwalnia z obowiązku wprowadzenia przychodu do kasy (różnica wówczas polega tylko na tym, że pacjent nie dostaje wydruku z kasy fiskalnej tylko rachunek, a wydruk z kasy dopina się do kopii rachunku).

Czy prowadząc praktykę w kilku lokalizacjach trzeba mieć odrębną kasę w każdej z tych lokalizacji?

Można przyjąć takie rozwiązanie, ale nie jest to konieczne. Można mieć 1 kasę przenośną. Trzeba jednak o wyborze wariantu zdecydować na samym początku, bo tylko przy pierwszym instalowaniu kasy (kas) można wystąpić do Urzędu Skarbowego o częściowy zwrot kosztów kasy (kas) – a można ubiegać się o zwrot do każdej zainstalowanej kasy. Zwrot ten wynosi 90% ceny, nie więcej niż 700 zł. Trzeba pamiętać, że jeżeli z jakiś powodów dojdzie do awarii kasy, to do czasu jej

naprawienia nie można prowadzić działalności gospodarczej – dobrze jest więc mieć kasę zastępczą (też refundowaną). O wszelkich zmianach związanych z używaniem kas (np. kasa w jednej lokalizacji się zepsuła i kasa z innej lokalizacji będzie teraz używana w obu lokalizacjach) należy niezwłocznie powiadamiać Urząd Skarbowy. Oczywiście lekarz ma obowiązek udzielania pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia, jeżeli więc taka potrzeba zaistnieje w okresie „niesprawnej” kasy fiskalnej, należy bezwzględnie takiej pomocy udzielić, a uzyskany przychód wprowadzić do kasy po jej naprawieniu.

Jakie są kolejne etapy procesu instalowania kasy fiskalnej?

Do Urzędu Skarbowego, właściwego ze względu na siedzibę praktyki, należy zgłosić zamiar zainstalowania kasy (kas). Zgłoszenie należy zaadresować na Naczelnika tego Urzędu, w nagłówku podać dane praktyki wraz z nr NIP, w treści wspomnieć o liczbie kas i poszczególnych lokalizacjach albo o stosowaniu kasy przenośnej, jak też o zamiarze posiadania kasy zastępczej (od tego, co będzie w tym zgłoszeniu zależy krotność zwrotu kosztów zakupu). Należy też podać, jaka firma będzie serwisować kasę (kasy).

Do firmy serwisującej należy zgłosić potrzebę ufiskalnienia kasy. Kasa po jej zakupieniu może być używana w celu nabycia wprawy i operacje wykonywane w tym okresie nie wchodzą do pamięci kasy. Jednak najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia pełnego korzystania z niej (np. 30 kwietnia br.) musi ona zostać zaplombowana i od tego momentu nie można z niej usunąć żadnych operacji. Przedstawiciel firmy serwisującej po dokonaniu tego ufiskalnienia zostawia specjalny dokument, który należy w terminie do 7 dni przekazać do Urzędu Skarbowego (jeżeli osobiście – to trzeba zrobić kserokopię i poprosić o potwierdzenie daty wpływu, jeżeli listownie – to bezwzględnie listem poleconym za potwierdzeniem odbioru). Przekroczenie tych 7 dni pozbawia możliwości ubiegania się o refundację kosztów zakupu. Przedstawiciel serwisu wprowadzi również do pamięci kasy odpowiednie kody, który będą musiały być stosowane potem przez lekarza. Kody te muszą być zgodne z aktualną Polską Klasyfikacją Wyrobów i Usług. Na szczęście ich zakres jest bardzo ograniczony.

Każdy lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską będzie stosował jeden kod – **86.21.10.0** – *usługi w zakresie ogólnej praktyki lekarskiej*.

Lekarze prowadzący praktyki specjalistyczne mają dwa kody:

86.22.11.0 – *usługi w zakresie analizy i opisywania obrazów medycznych* lub

86.22.19.0 – *pozostałe usługi w zakresie specjalistycznej praktyki lekarskiej*.

Lekarze dentyści mają również do dyspozycji dwa kody:

86.23.11.0 – *usługi w zakresie praktyki ortodontycznej* lub

86.23.19.0 – *pozostałe usługi w zakresie praktyki dentystycznej*.

Urząd Skarbowy powiadomi o nadaniu kasie numeru identyfikacyjnego, który koniecznie trzeba w sposób trwały nanieść na obudowę kasy.

Rodzaje kas

Są kasy tańsze, które kopię paragonu fiskalnego drukują na zapisowym pasku papieru wewnątrz kasy i są kasy droższe, które mają pamięć elektroniczną i w niej zapisują poszczególne transakcje. W przypadku wydruku papierowego, kopie paragonów należy przechowywać przez okres 2 lat. W przypadku praktyki, która korzysta z systemu elektronicznego obsługującego działalność tej praktyki, a system z kolei jest rozbudowany o moduł fiskalny, można zamiast kasy fiskalnej posiadać drukarkę fiskalną sprzężoną z komputerem. Ceny w/w urządzeń oscylują w granicach 1000–1500 zł.

Kasy są zaopatrzone w zapasowe zasilanie bateryjne, które pozwala na wydrukowanie minimum 200 paragonów (ważne, gdy mamy awarię zasilania w energię elektryczną).

Korzystanie z kasy

Oryginał paragonu fiskalnego otrzymuje pacjent. Wyjątkiem, o którym już wyżej wspomniano, jest sytuacja, gdy pacjentowi wydajemy rachunek – wówczas paragon fiskalny doczepiany jest do kopii rachunku i pozostaje u lekarza.

Na koniec każdego dnia przyjmowania pacjentów należy sporządzić raport dzienny (w kasie jest odpowiedni przycisk, pozwalający na dokonanie tego podsumowania). Jeżeli po sporządzeniu takiego raportu trafi się niespodziewany pacjent (np. pacjent z bólem zęba u lekarza dentyści), należy go oczywiście przyjąć, wprowadzić kolejny przychód do kasy i wydrukować nowy raport dzienny. Na koniec każdego miesiąca należy sporządzić raport miesięczny. Raporty dzienne i miesięczne należy przechowywać przez 5 lat.

Kasa musi być serwisowana co 24 miesiące, nawet gdyby – jako kasa zastępcza – nie była w ogóle używana.

Jeżeli kasa została zainstalowana i pobrano zwrot kosztów zakupu, a z jakichś względów nie była przez 3 lata używana, to trzeba będzie oddać te 700 zł (nie dotyczy to kasy zastępczej).

Wszystkie awarie, kradzieże, „zapełnienia” pamięci, itp. wymagają zgłoszenia do Urzędu Skarbowego i do Serwisu.

Jerzy JAKUBISZYN

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 22 grudnia 2010 r. odbyło się kolejne w tej kadencji posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej.

Na wstępie kol. Jakubiszyn zapoznał członków Rady z ustaleniami komisji, powołanej przez Radę w październiku dla wydania orzeczenia o stanie zdrowia jednej z Koleżanek. Komisja stwierdziła, że brak jest podstaw do wstrzymania przyznania jej prawa wykonywania zawodu. W związku z powyższym Rada podjęła uchwałę o wydaniu prawa tej Koleżance.

Następnie Rada zaakceptowała wnioski o wpisanie do rejestru Prywatnych Praktyk Lekarskich następujących stacjonarnych gabinetów lekarskich:

- Chwiłowicz-Faryan Joanna,
- Breś Maria,
- Daskocz Krzysztof,
- Kunicki Lech,
- stacjonarnych gabinetów lekarsko-dentystycznych:
- Lechniak Tomasz,
- Grymin Barbara,
- Mrozek Joanna.
- wyjazdowych praktyk lekarskich:
- Kaczurba Aniela,
- Szwedowski Wojciech,
- Głowska Magdalena,
- Wróbel Agnieszka,
- Wójtowicz Marcin.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły 3 wnioski o zapomogi, które zostały przez członków Rady przyjęte. Wpłynęły także dwa pisma w sprawie wysokości składki członkowskiej, w związku z osiągnięciem wieku emerytalnego:

Kandora-Smyk Bożena – o całkowite zwolnienie z płacenia składek członkowskich,

Wieczorek Krystyna – o zmniejszenie wysokości składki do 10 zł.

Rada także i te wnioski przyjęła.

Następnie Prezes poinformował członków Rady o przebiegu spotkania w Ministerstwie Zdrowia, które odbyło się na początku grudnia. W jego wyniku prezesi okręgowych rad lekarskich postanowili podpisać z Ministerstwem Zdrowia nowe umowy refundacyjne na 2010 rok. Ustalono, że razem z podpisaną umową przekazane zostanie pismo, domagające się uwzględnienia „niedopłaty” za 2010 r. w umowach przyszłorocznych. Decyzja o podpisaniu umów została podjęta po tym, jak Ministerstwo zwiększyło wysokość refundacji. Prezes przypomniał jednocześnie o nadal toczącym się sporze, co do

splaty zaległości z ostatnich 3 lat (2007–2009) i podjętych w tej sprawie działań sądowych. Działania te zostały uzgodnione przez Konwent Prezesów Izb Lekarskich, na poprzednich i ostatnim jego posiedzeniu.

W trakcie tego samego spotkania z min. Kopacz uzgodniono powołanie wspólnych z Samorządem Lekarskim, zespołów do wypracowania wniosków dotyczących planowanych przez Ministerstwo zmian szeregu przepisów. Minister Kopacz poinformowała również, że jest wstępna zgoda Konferencji Rektorów, co do planowanych zmian w programie kształcenia na wydziałach medycznych. M. in. ustalono, że po 3 roku studiów odbywać się będzie egzamin państwowy z przedmiotów teoretycznych, a na koniec studiów – także państwowy – egzamin z przedmiotów klinicznych.

W dalszej części posiedzenia kol. Jakubiszyn omówił ostatnie w ub. roku posiedzenie Rady Społecznej OOW NFZ w Opolu. Poinformowano na nim o przebiegu kontraktowania świadczeń medycznych na 2011 r. Nadal jeszcze nie zostały zakończone ogólnopolskie negocjacje pomiędzy przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego a Ministerstwem Zdrowia, co do wysokości stawki kapitałowej na następny rok, co grozi zamknięciem POZ od początku 2011 r. *(przynajmniej do połowy stycznia cała sprawa nie została nadal załatwiona do końca – przyp. Red.).*

W tej sprawie głos zabrał kol. Martyniszyn, który zapoznał członków Rady ze szczegółami tych negocjacji oraz sytuacją, jaka panuje aktualnie w podstawowej opiece zdrowotnej. Zaapelował do Rady o zajęcie w tej sprawie stanowiska. Kol. Jakubiszyn zobowiązał się do przygotowania projektu stanowiska Rady w tej sprawie, które przedstawi wszystkim członkom Rady do akceptacji drogą mailową.

Kolejnym punktem obrad była informacja o rezygnacji kol. Krzysztofa Nowakowskiego z funkcji Przewodniczącego Komisji ds. Młodych Lekarzy przy OIL w Opolu, spowodowanej koniecznością przeniesienia się do ościennego województwa. Obowiązki kierowania Komisją wzięła na siebie dotychczasowa Sekretarz tejże Komisji kol. Małgorzata Ziółkowska. Prezes zobowiązał się do zorganizowania już w styczniu 2011 r. zebrania Komisji i przeprowadzenia wyborów nowego Przewodniczącego.

Na zakończenie ostatniego w tym roku posiedzenia Rady Prezes zaprosił wszystkich do łamania się opłatkami i składania życzeń przy poczęstunku wigilijnym.

Jerzy B. LACH

KOLEJNE SPOTKANIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

W dniu 16 grudnia 2010 r. w siedzibie OIL, odbyło się ostatnie w tym roku posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitała przewodnicząca KS, dr B. Hamryszak.

Przewodnicząca poinformowała, iż dn. 8 grudnia br. miało miejsce spotkanie w Ministerstwie Zdrowia z przedstawicielami okręgowych izb lekarskich, dotyczące projektów ustaw zdrowotnych – najprawdopodobniej nie będzie zmian dotyczących LEP, LDEP i stażu podyplomowego.

Od stycznia 2011 r. zaczną obowiązywać nowe formularze recept – zakresy numerów do pobrania w oddziale NFZ. Wydruk tych recept możliwy jest w uprawnionych drukarniach. Taką usługę można również zamówić poprzez portal Medycyna Praktyczna – **www.mp.pl**

Na stronie Ministerstwa Zdrowia pojawił się projekt Rozporządzenia w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego. Niektóre informacje z projektu:

- technik może wykonać bez skierowania jedynie zdjęcie wewnątrzustne

- dzieci poniżej 16 r. ż. powinny mieć każdorazowo odnotowane w książeczce zdrowia każde zdjęcie rtg.

Do końca 2010 roku można składać wnioski o przyznanie „Prymariusza Opolskiego”. Dr Justyna Grzybowska-Subtelna zgłosiła propozycję, aby złożyć wniosek o uhonorowanie tym odznaczeniem dr Wiesława Latałę.

Przewodnicząca poinformowała, że dnia 16 grudnia 2010 r. odbędzie się spotkanie członków grupy roboczej KS NRL odpowiedzialnej za współpracę z NFZ. Spotkanie to ma być poświęcone sytuacji zaistniałej podczas kontraktowania usług na rok 2011, kiedy to wielu lekarzy albo nie otrzymało kontraktów (ich oferty zostały odrzucone), bądź też zaoferowano im kontrakty znacznie okrojone w stosunku do lat poprzednich.

Na koniec zebrania Przewodnicząca zaprosiła zebranych na tradycyjne spotkanie opłatkowe.

Sekretarz
Jerzy DRZYŻGA

Przewodnicząca
Barbara HAMRYSZAK

OPŁATEK LEKARZY – SENIORÓW

Coroczne Spotkanie Opłatkowe, tym razem w sobotę 18 grudnia, jak poprzednie, odbyło się w pomieszczeniu klubowym Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu. Śnieżna, zimowa pogoda dodawała uroku i chociaż niektórym uczestnikom spoza Opola utrudniała dotarcie na spotkanie, to sala była pełna. ORL reprezentował jej Sekretarz – dr Jerzy Lach. Po tradycyjnym łamaniu opłatkiem i życzeniach (metodą każdy z każdym), nastrój świąteczny spotęgowały kolędy, w wykonaniu zaprzyjaźnionego chóru męskiego „Kamerton” pod kierownictwem p. Marii Przebindowskiej. Pod koniec wieczory

„Kamerton” ponownie wspólnie z zebranymi, wyśpiewywał piękne polskie kolędy. Nie obeszło się także bez prezentacji kolejnych strof, napisanych i recytowanych przez nieocenionego Irzyka (dr Rekruckiego). Nutę smutku stanowił fakt, że brak było wśród zebranych nestora seniorów-lekarzy dra Zbigniewa Osińskiego, Jacka Pizio i Wandy Zyg, moich rówieśników, którzy poprzednio zawsze uczestniczyli w spotkaniach opłatkowych, a w ciągu ostatniego roku odeszli na Wieczny Dyżur.

* * *

Widzę, że tu jest przyjemnie,
Wszyscy siedzą grzecznie wkoło.
No to może o Was tutaj
Coś opowiem – na wesoło.

Ale bywa coraz częściej
(Fakt to dla nich oczywisty),
Chcą się leczyć z wyższej półki
U lekarza specjalisty.

Ortopedzi na początek -
Śnieg na dworze, więc na czasie.
Jak broń Boże źle upadniesz.
Zagipsują wsio – co da się.

Chorzy znają, nas lekarzy,
Od niesienia im pomocy.
I żądają różnych usług
W każdej chwili, w dzień i w nocy.

Lecz nie wszyscy chorzy wiedzą -
I tu szkopał jest niemały –
Kto od czego – jak to mówią,
Nie razbieriesz bez gorzały.

Gips to nic, lecz majzel, młotek,
Gwóźdź, wiertarka – to przeraża.
Zastanawiasz się czyś zgłupiał,
Czy trafiłeś do ślusarza?

Niech choć trochę coś zaboli
Lub gdzieś strzyknie albo gniecie.
Na dyżurze cię dopadną
Lub w rodzinnym gabinecie.

Otóż właśnie na ten temat
Chciałem zrobić mały wykład.
I o różnych specjalnościach
Opowiem – na przykład.

Ale nie idź do psychiatry
Tak od razu – będę szczerzy -
Bo jak wdepniesz, masz jak w banku
Wariackie papiery

Protest nic tu nie pomoże
I nikt nie usłyszysz krzyku.
Zapakują do kaftana
I już jesteś w Psychiatriku.

Niewyżyci są ftyzjatrzy -
Sierdżę nie wiem po raz który -
Bo każdego się czepiają
I szukają w całym dziury.

Teraz to pulmonolodzy,
Choć te same są mikroby.
Zamienili, by nie wyszło,
Że od jednej są choroby.

A poważnie – pragnę stwierdzić,
Bo szczęśliwie tak się składa,
Że mam wielki dług wdzięczności
I źle mówić nie wypada.

Z onkologią kontakt smutny
I nie życzę – nie daj Boże.
Wykrywają różne świństwa,
A to źle się skończyć może.

Choć nierzadko się udaje
Być ciut dłużej na tej ziemi,
Specjalista plus łut szczęścia
Czasem los fatalny zmienia.

Ważna gałąź medycyny
To pediatria – jak masz pecha,
Toś bez przerwy w Gabinetce,
Gdy choruje ci pociecha.

Czasem bywa też radocha,
Kiedyś (Tomek mój rodzony),
W szkolnej auli, niespodzianie,
Palnął wiersz swój ulubiony.

*„Jak przyjemnie w słońca blasku
Leżeć na nadmorskim piasku.
Ja z piaseczku babki lepię,
Tata inne babki klepie”.*

Całe szczęście, że nie wybrał
Innej strofy jemu znanej.
Gdyby stało się inaczej
Miałbym – przechlapane.

Z okulistą trzeba grzecznie.
W wiek podeszły człowiek wkroczył,
Jeszcze by się poderwało,
Lecz niestety – słabe oczy.

Gdy twarzowe szkła dobierze –
Mieć nie będziesz smutnej miny.
Z miejsca humor się poprawi,
Raźniej spojrzysz na dziewczyny.

Laryngolog wziernikami
W dziurki wpycha się, jak osa.
I potrafi parę metrów

Gazy wepchnąć ci do nosa.
Bardziej ludzkie jest badanie,
Gdy zagląda ci do ucha.
Lecz jak zaczniesz grzebać w krtani –
Murowany głos eunucha.

Panie – strzeżcie się chirurga!
Chociaż mina uśmiechnięta,
Gdy mu brzuszek wpadnie w oko –
Zostaniesz zerżnięta.

Urolodzy muzykalni –
Tu praktyka się nie zmienia.
Nic dziwnego – co dzień mają
Z „fujarkami” do czynienia.

Gdy zepsuje się instrument
I zabieg czeka cię Mój Złoty,
Musisz dzielny być i czuwać,
By zostały ci „klejnoty”.

Sprawa całkiem jest poważna
I nikt chyba nie zaprzeczy.
Łatwiej głową mur rozwalić,
Niż żyć z babką bez tych rzeczy

Jeśli zbyt ktoś „zatankuje”,
Co się nawet paniom zdarza,
Nie ma sprawy, mamy pomoc
Specjalisty pigularza.

Tylko tyle, że Alka-Prim
To po prostu zwykła chała.
Próbowałem, ale na mnie
Absolutnie nic nie działa.

A propos – to kup Alkomat
Mając auto, to zasada.
Dmuchniesz w czujnik i wiadomo –
Jedziesz ty, czy żona wsiada.

Dawniej każdy wenerolog
Kapitał miał niemały.
Dziś niestety, krętki blade,
Gdzieś się jakoś zapodziały.

Internista, co innego!
Piękna chata z nowym Fordem.
Obmacuje ci małżonkę
I nie możesz dać mu w mordę.

Oficjalnie, na twych oczach.
To bezczelność – wyznam szczerze.
I jak na ironię losu,
Jeszcze za to forsz bierze.

Ginekolog – władca kobiet.
Za kotarą wszystko może.
Patrz, czy po wizytach żony
Nie wyrasta ci poroże!

Niby „wąska” to specjalność.
Z nią się żadna nie umywa.
Nie ma innej w medycynie,
By poezji tyle kryła.

Krytycznego nic nie powiem,
Choćbym miał coś na widoku.
Raz, że Tadziu – szef z tej branży,
A po drugie – kumpel z roku.

Neurologzy to dziwaki.
I to chyba się nie zmieni.
Każdy twierdzi, że normalny,
Ale młotek ma w kieszeni.

Przy badaniu – bądź poważny,
Choć wygląda to na siupę.
Bo się może zdenerwować
I ukłuje igłą w dupę.

Gdy pomyślę o dentystce
Ciarki chodzą mi po spodniach.
A jak czuje się małżonek,
Który jest z nią prawie co dnia?

Toteż dziwić się nie można.
Strach człowieka szybko zmienia
I na głowie z włosów tylko
Zostają – wspomnienia.

Kiedy patrzę tu po Sali,
Jestem nieco zadziwiony.
Czyżby tylu panów miało
Dentystki za żony?

Seksuolog w medycynie
Delikates – jestem zdania.
Wszyscy wiedzą, że to lekarz
Specjalista od kochania.

Kiedys zjazd był naukowy
(Wyczytałem to w pokłosie).
Rozważano, jak to będzie
Na Księżycu i w Kosmosie?

Chodzi o to, czy tam w górze
Nie uniknie się problemu.
Może trzeba będzie jakoś
Całkowicie po nowemu?

Myślę – tak na chłopski rozum –
Człowiek tylko się pozłości.
No, bo jak do tego podejść
W stanie nieważkości?

Grawitacja rzecz istotna,
A bez przyciągania,
Boję się, że może nie być
W ogóle kochania?

Nie ma co filozofować.
To nie tylko moje zdanie,
Że najlepsze nie w Kosmosie,
Lecz na Ziemi jest kochanie

Ksiądz Kapelan, gdyby dojrzał
W wierszu zgrzyt zbyt śmiałej nuty,
Mea culpa – biję w piersi
I czekam pokuty.

Tak pół żartem i pół serio
Jakoś mi się ułożyło.
Lecz przepraszam, gdy ktoś z Państwa
Żarty odczuł niezbyt miło.

P. S. Z racji Świąt to życzę zdrowia,
Za pomyślność drinka walnę.
Dużej „kasy” dla każdego,
Lecz broń Boże nie fiskalnej.

Jerzy REKUCKI

Opole, grudzień 2010

* * *

W związku z utratą ważności starych książeczek RUM, przewodniczący Komisji wskazał drogę do uzyskania aktualnie ważnych recept:

Pobrać z NFZ druk „*Wniosek o przydzielenie numerów recept lekarza.... na refundację recept **Pro auctore i pro familia***”. Ww. druk można pobrać **także** w sekretariacie **Izby**.

Wypełniony druk złożyć w NFZ osobiście lub przesłać pocztą.

Odebrane z NFZ (osobiście lub odesłane pocztą – na prośbę) przyznane numery, upoważniają do wydrukowania bloczków recepturowych, **we własnym zakresie** (w Opolu, przy ulicy Kośnego 39 jest sklep „Art. Biuro-we, Druki”, który to załatwi za opłatą).

W Wydziale Gospodarki Lekami, w NFZ (tel. 77/402–01–57) receptami zajmuje się b. sympatyczna p. Szczytyńska (pokój 504), obiecała mi, że lekarzom-seniorom będzie sprzyjać.

Przewodniczący Komisji
ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów
Tadeusz CHOWANIEC

P.S. Informuję, że sieć aptek DOZ (Dbam o zdrowie) także w roku bieżącym stosuje 25% zniżki na leki wypisywane na receptę, dla osób które ukończyły 75 rok życia i uzyskały od DOZ odpowiednie legitymacje. Uprawnienie pozwala zaoszczędzić 500 zł, do końca tego roku. Sprawdziliśmy w ubiegłym roku – warto!

AKTUALNE INFORMACJE IZBOWE

Poniżej drukuję dwa wykazy naszych Koleżanek i Kolegów. W imieniu pracowników naszej Izby proszę o kontakt z Biurem Izby w poniższych sprawach

Jerzy B. LACH

WYKAZ LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW, KTÓRYM ZOSTAŁY ROZLICZONE PUNKTY EDUKACYJNE ZA LATA 2008–2010

1. Akielaszek Iwona
2. Arczyńska Wioleta
3. Baluch-Proksa Monika
4. Bartosz-Gabalewicz Dorota
5. Baszak Anna
6. Betlej Jolanta
7. Bracka Joanna
8. Brycka Ewa
9. Bujak-Jędryka Maria
10. Chwiłowicz Krystyna
11. Czernecka-Mikołajczyk Dagmara
12. Czerw Kamila
13. Dalach Monika
14. Damuć Aniola

15. Duma-Komorowska Magdalena
16. Dyzia Krzysztof
17. Fabianowska Magdalena
18. Falenta-Hitnarowicz Małgorzata
19. Florczak Andrzej
20. Gawryś-Ptak Marzena
21. Gądek-Baran Joanna
22. Giet Barbara
23. Górna Edyta
24. Górska Barbara
25. Grala-Klockowska Beata
26. Hadzik Zdzisława
27. Hamryszak Barbara
28. Hylak Małgorzata

29. Jastrzębska-Jurczak Wanda
30. Jednaki Jolanta
31. Jurczak-Rastelli Danuta
32. Kiełek Tomasz
33. Kizys Jolanta
34. Kizys Zbigniew
35. Kosturek Beata
36. Kowalski Andrzej
37. Król Ewa
38. Kubista Tomasz
39. Kwolik-Ziemniarska Anna
40. Latała Wiesław
41. Lipka Paweł
42. Łuczyńska-Sopel Anna
43. Malinowska Jolanta
44. Małycha-Bartczak Ewa
45. Mrowiec-Aleksandrowicz Bożena
46. Namysłak-Krajewska Katarzyna
47. Napierała Ewa
48. Nikiel-Raj Iwona
49. Olszańska-Kot Małgorzata
50. Pawelec Monika
51. Pawleta-Pownug Alina
52. Pawlikowska-Babiak Agnieszka
53. Piecha Ewa
54. Piecuch Małgorzata
55. Podgórski Dariusz
56. Poleszuk-Spakowska Teresa
57. Przeniczna Halina
58. Ptak Dariusz
59. Pytel Robert
60. Raczyńska Ewa
61. Rosa Krystyna
62. Rutkowska Małgorzata
63. Rypniewska Mileta
64. Rypniewski Robert
65. Ryzner Alina
66. Ślădeczek Małgorzata
67. Suchecka Grażyna
68. Starzyk Krzysztof
69. Telka Ewa
70. Tęcza-Jagięła Janina
71. Trela Anna
72. Trzciańska Małgorzata
73. Tuczyński Stefan
74. Tuła-Granat Ewa
75. Tyłska-Latusek Irena
76. Walorski Andrzej
77. Wąsiak Bożena
78. Wątorska Aleksandra
79. Wesółowska Krystyna
80. Wirzeska Małgorzata
81. Wiślawiczek Elżbieta
82. Wiśniewska Katarzyna
83. Wójtowicz Marcin

84. Wylęgała Tadeusz
85. Wywiół Adam
86. Wywiórska Lucyna
87. Zahuta Jan
88. Żymełka Małgorzata

Uprzejmie prosimy o dostarczanie do Biura Izby dokumentu pt. „**Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza** lub **Lekarza Dentysty**” w celu uzyskania wpisu o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego.

* * *

WYKAZ GOTOWYCH IZBOWYCH LEGITYMACJI LEKARSKICH

1. Adamczyk-Ledniowska Aneta
2. Biernacka-Bartnik Aleksandra
3. Brzęczek Włodzimierz
4. Buchowiecka Antonina
5. Chmielewska-Bienek Zdzisława
6. Chomik Artur
7. Chomik-Raczy Agnieszka
8. Chrapkowska-Kosicka Danuta
9. Chudy Mieczysław
10. Cichoń Krystyna
11. Derkacz-Jedynak Marzanna
12. Długosz-Horzela Danuta
13. Fabianowska Magdalena
14. Gadula-Milejska Agnieszka
15. Gąsiorowska Małgorzata
16. Gąsiorowski Przemysław
17. Gizowski Ryszard
18. Gliński Konrad
19. Głowacka-Popowska Elżbieta
20. Górka Barbara
21. Grondkowska-Wąsowicz Iwona
22. Grzegorska Aldona
23. Jagieła Ewa
24. Jastrzębski Piotr
25. Jeżewska Halina
26. Kałużyńska-Chmiel Urszula
27. Kapel Aleksandra
28. Kil-Rybczyńska Beata
29. Kobylińska Ewa
30. Kopa Janusz
31. Korjat Jolanta
32. Kornacka-Saczek Dominika
33. Kosela-Gatkowska Dorota
34. Kozłowska Marta
35. Kubiak Marcin
36. Kubicka Halina
37. Kubik Bożena
38. Kwolik-Ziemniarska Anna
39. Lewińska Bożena
40. Łuczyńska-Sopel Anna

41. Łukowska-Zdobylak Adriana
42. Machowska Ewa
43. Matusiak-Brzęczek Lila
44. Michalska-Rokosa Katarzyna
45. Miszczyk Dagmara
46. Niesłony-Szecówka Anna
47. Orczewski Eugeniusz
48. Piechura Maria
49. Piskorowska-Pliś Anna
50. Plamitzer Andrzej
51. Praski Wojciech
52. Pulter-Korzyńska Elżbieta
53. Romaniuk Janusz
54. Rozmus Beata
55. Rutkowska-Rychlicka Bożena
56. Rychlicki Grzegorz

57. Ryzner Alina
58. Sajkowska Marta
59. Sekyra Beata
60. Sempruch-Kaszuba Anna
61. Stachowiak-Adamowicz Urszula
62. Szykaruk Malwina
63. Trela Anna
64. Tuczyński Stefan
65. Wawrzyniak Małgorzata
66. Wisła Agata
67. Wójcik Ewa
68. Wyszowska Marzena
69. Żymełka Małgorzata

Zapraszamy po ich odbiór do Biura Izby Lekarskiej w Opolu przy ul. Grunwaldzkiej 23.

CO PISZĄ INNI

NOWA PRACOWNIA PET-CT JUŻ DZIAŁA!

Od stycznia br. w Chorzowskim Centrum Pediatrii i Onkologii działa pierwsza w województwie śląskim pracownia PET-CT w szpitalu wieloprofilowym.

Pracownia Medycyny Nuklearnej w Chorzowie

Specjalistyczna kamera PET-CT zbudowana jest z wielu detektorów (kryształów, umieszczonych na orbicie urządzenia w wielu rzędach), które rejestrują pary fotonów gamma wyemitowane równocześnie pod kątem 180 stopni z punktu w ciele pacjenta, w wyniku anihilacji pozytonu z elektronem. Dzięki tak nowoczesnej budowie urządzenia i przesuwaniu się stołu z pacjentem przez pierścienie detektorów, kamera PET-CT pozwala na precyzyjną trójwymiarową lokalizację zmian chorobowych w ciągu zaledwie kilkunastu minut badania.

W diagnostyce onkologicznej badanie PET-CT obejmuje najczęściej obszar od podstawy mózgu do połowy ud, w diagnostyce neurologicznej wykonujemy badanie celowane na obszar głowy, zaś w diagnostyce kardiologicznej – na okolice serca.

Połączenie techniki PET z tomografią komputerową (CT) umożliwia precyzyjną anatomiczną lokalizację zmiany chorobowej i różnicowanie patologicznej tkanki od tzw. artefaktów związanych z fizjologicznym nagromadzeniem radioznacznika w zdrowych tkankach. Ponadto pozwala na uzyskanie lepszej jakości obrazu dzięki korekcie pochłaniania promieniowania przez tkanki ciała pacjenta.



Na zdjęciu: dr n. med. Joanna Nalewajka-Kołodziejczak, Koordynator Pracowni PET-CT przy urządzeniu Biograph mCT zainstalowanym w ChCPiO. Oprócz niej kadrę pracowni tworzą: lek. Jolanta Siewińska, specjalista medycyny nuklearnej; lek. Małgorzata Mikanik-Klemens, specjalista chorób wewnętrznych, dr n. med. Grzegorz Romanowicz, specjalista medycyny nuklearnej, konsultant

W obrazowaniu wykorzystuje się radioznaczniki emitujące pozytony (cząstki naładowane dodatnio), przy czym najczęściej wykorzystywana jest pochodna glukozy 18F-fluorodeoxyglukoza (FDG). Każda żywa komórka wykorzystuje glukozę jako substrat procesów metabolicznych – komórki nowotworowe zużywają jej więcej niż zdrowa tkanka, co umożliwia zastosowanie 18F-FDG jako środka kontrastowego. Dla oceny ilościowej stężenia radioznacznika w narządzie czy chorej tkance wykorzystuje się wskaźnik SUV wyrażający standaryzowaną wartość wychwytu. W tkance nowotworowej wskaźnik ten jest przeważnie znacznie podwyższony.

Prawidłowa dystrybucja 18F-FDG zależy od poziomu glukozy we krwi pacjenta. Zaleca się, aby pacjenci przed badaniem mieli prawidłową glikemię lub unormowaną cukrzycę. Wskazany jest również spokój oraz zaprzestanie wysiłku fizycznego dobę przed badaniem, aby unikać artefaktów związanych z nadmiernym metabolizmem radioznacznika w tkance mięśniowej. Przeciwwskazaniem do badania PET-CT jest ciąża.

Dr n. med. Joanna NALEWAJKA-KOŁODZIEJCZAK

* * *

Wskazania do refundacji badania PET-CT przez NFZ (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. z dnia 27 września 2004 r.: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej):

1. Pojedynczy przerzut o nieznanym punkcie wyjścia – w celu lokalizacji guza pierwotnego, przy braku potwierdzenia rozpoznania lokalizacji ogniska pierwotnego innymi dostępnymi badaniami.
2. Pojedynczy guzek płuca – w celu różnicowania pomiędzy guzem łagodnym i złośliwym przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami.
3. Niedrobnokomórkowy rak płuca – w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania.
4. Ziarnica i chłoniaki nieziarnicze – w celu wstępnej lub końcowej oceny skuteczności chemioterapii, wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli TK nie daje jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania.
5. Choroba wieńcowa – w celu oceny zamrożonego mięśnia sercowego do precyzyjnego ustalenia wskazań/przeciwwskazań do rewaskularyzacji w przypadku braku jednoznacznych informacji z innych badań.

6. Przed transplantacją serca – w celu wykluczenia nieodwracalnego uszkodzenia w wyniku procesu zapalnego w przypadku braku możliwości wykluczenia tego stanu w innych badaniach.
7. Padaczka – w celu lokalizacji ogniska pierwotnego w przypadku braku możliwości zlokalizowania ogniska w innych badaniach.
8. Mięsaki tkanek miękkich – w celu oceny skuteczności chemioterapii po dwóch kursach i wczesnego wykrycia nawrotu.
9. Rak piersi – w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania w przypadku leczenia oszczędzającego przed biopsją, jeżeli MR wykazuje pojedyncze ognisko.
10. Rak jajnika – w celu wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi co do oceny stopnia zaawansowania i rozpoznania nawrotu.
11. Rak tarczycy – w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu poziomu tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska.
12. Podejrzenie przerzutów do kości – jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu.
13. Planowanie radioterapii radykalnej o modulowanej intensywności wiązki – w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji, proliferacji guza, w przypadku braku możliwości dokonania takiej oceny w innych badaniach.
14. Radiochirurgiczne leczenie raka płuca o wczesnym stopniu zaawansowania – w celu wykluczenia istnienia innych ognisk nowotworowych, jeżeli inne badania nie pozwalają ich zlokalizować.
15. Rak jelita grubego – w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania i wczesnego rozpoznania nawrotu.
16. Rak przełyku – w celu oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia wznowy.
17. Nowotwory głowy i szyi – w celu wczesnego rozpoznania nawrotu.
18. Złośliwe guzy mózgu – w celu wczesnego rozpoznania nawrotu dla określenia miejsca biopsji.
19. Czerniak – w celu kwalifikacji do operacji guza pojedynczego, jeżeli w skali Clarka grubość zmiany przekracza 1,5 mm.

Refundacja badania przez NFZ jest możliwa w przypadku czytelnego wypełnienia skierowania zgodnie z w/w wskazaniami – wówczas placówka zlecająca nie jest obciążana kosztami badania.

CORAZ DALEJ DO PACJENTA

Czy „czucie i wiara” nadal więcej znaczy w praktyce współczesnego lekarza?

Pierwszym lekarzem uznanym przez starożytnych Greków był Asklepios, nazwany patronem lub bogiem medycyny. Mistrzem sztuki leczenia był dla Asklepiosa dobry centaur Chiron, dzięki któremu Asklepios nabrał takiej biegłości w leczeniu, że ośmielił się przywracać martwych do życia. Tego było za wiele Zeusowi i trafił w Asklepiosa piorunem. Niewątpliwą zaletą Centaura była możliwość prowadzenia rozmów z Asklepiosem, podczas których mógł przekazać mu zasady leczenia. Już wiele lat później, jako pierwszy określił je legendarny, już historycznie udowodniony ojciec medycyny, Hipokrates (ok. 460 – ok. 377 p.n.e). Przez kolejne wieki medycyna miała swe dobre i złe okresy, zawsze jednak zasady jej działania opierały się na bezpośredniej relacji pacjent–lekarz, który swoje metody leczenia uzależniał od dwóch istotnych informacji: rozmowy oraz badania chorego.

Podstawą – wywiad i badanie fizykalne

Już student III roku medycyny dowiaduje się, że rozpoznanie choroby ustalamy na podstawie badania podmiotowego (wywiad), badania przedmiotowego (badanie fizykalne) oraz wyników badań dodatkowych. Kilkadziesiąt pokoleń lekarzy poznawało zasady badania chorego z niewielkiej książeczki, której autorem był warszawski internista profesor Witold Orłowski. Tam właśnie określił cztery podstawowe metody badania fizykalnego: oglądanie, opukiwanie, obmacywanie i osłuchiwanie (te dwie ostatnie, w zależności od badanego narządu, stosuje się w odpowiedniej kolejności). Istnieje powszechne przekonanie, że z niewielkimi wyjątkami starannie i precyzyjnie oraz fachowo zebrany wywiad w ponad 80% przypadków może prowadzić do prawidłowego rozpoznania.

Warto przypomnieć, że wywiad składa się z dwóch części. Pierwsza dotyczy historii obecnej choroby, czyli obejmuje zasadnicze dolegliwości, które sprowadzają chorego do lekarza, natomiast druga poświęcona jest zebraniu dodatkowych danych, dotyczących charakteru bólów, ich promieniowania, objawów towarzyszących, podobnych dolegliwości w przeszłości, jak również chorób przebytych wcześniej. Dopiero zebrawszy te informacje lekarz może przystąpić do najczęściej już ukierunkowanego badania fizykalnego. Potem, w zależności od danych uzyskanych z tych obu rodzajów badania, podejmuje decyzję o wykonaniu dodatkowych badań diagnostycznych.

Diagnostyka obrazowa „w natarciu”

Zasady te, stosowane przez pokolenia lekarzy od czasów Hipokratesa, obecnie coraz częściej są modyfikowa-

ne pokusą możliwości wykonania od razu szeregu badań diagnostycznych, zwłaszcza obrazowych. Pokusa ta jest najczęściej bardzo duża, zarówno u lekarza pierwszego kontaktu, jak i izby przyjęć, w sytuacji natłoku chorych czekających w poczekalni. Sprowadza się więc do szybkiego wypisania skierowania do specjalisty lub wykonania szeregu badań dodatkowych, w których w ostatnich dziesięcioleciach nastąpił nieporównywalny postęp.

Aktualnie lekarz kończący roczny staż podyplomowy nie wyobraża sobie swej przyszłej praktyki lekarskiej bez możliwości wykonania badania ultrasonograficznego, tomografii komputerowej czy badań naczyniowych, ale też np. określenia specyficznych markerów zawału mięśnia sercowego. W niektórych chorobach zastąpiły one tak inwazyjne badania, jak koronarografia czy diagnostyczne nakłucie jamy otrzewnej. Już niewielu z nas pamięta badanie żołądka przy pomocy sztywnego gastroskopu czy podania papki barytowej w celu stwierdzenia owrzodzenia dwunastnicy.

Lekarski „nos diagnostyczny”...

Jednak – o czym nie można zapominać – wyniki badań dodatkowych nie w każdym przypadku potwierdzają przypuszczalne rozpoznania. Każdy student medycyny poda objawy zapalenia wyrostka robaczkowego, podkreślając znaczenie podwyższonej leukocytozy. Później jednak, już jako praktykujący chirurg, jakże często wycina ropowiczo zmieniony wyrostek z prawidłową lub nieznacznie podwyższoną leukocytozą, a decyzję o operacji podejmuje po zebraniu wywiadu, zbadaniu chorego, stwierdzeniu przyspieszonego tętna i dyskretnej bolesności (zwłaszcza przy zakątniczym ułożeniu wyrostka). O ustaleniu wskazań do operacji decyduje po pewnym czasie to, co określa się jako „nos diagnostyczny”, a co jest po prostu umiejętnością korzystania z własnego doświadczenia i czasem podświadomego eliminowania mogących wprowadzić w błąd wyników badań dodatkowych. W tych właśnie przypadkach zasadnicze znaczenie dla ustalenia prawidłowego postępowania ma wynik badania – zarówno podmiotowego, jak i przedmiotowego.

Jakże często nie pamiętamy, zwłaszcza w odniesieniu do wyników obrazowych badań dodatkowych, gdzie znaczny jest udział subiektywnej oceny prowadzącego badanie, że mogą być one fałszywie dodatnie lub znacznie częściej fałszywie ujemne. Przyczyną takiej oceny nie musi być nieuwaga lub niedostateczne doświadczenie badającego, ale też brak informacji od lekarza zlecającego, jaką patologię podejrzewa u chorego. Równie często do pracowni ultrasonograficznej trafiają skierowania zatytułowane „USG jamy brzusznej”. Można sądzić, że jest to próba przesunięcia przez lekarza kierującego trudności ustalenia prawdopodobnego rozpoznania na lekarza ultrasonografistę. Jest to również niepotrzebne obciążanie pracowni USG i wpływa na wydłużanie list oczeku-

jących oraz – coraz częściej podkreślane przez media – wyeliminowanie lekarza z procesu diagnostycznego.

Komputer w służbie medycyny

Jeszcze w ubiegłym stuleciu, okresie szybkiego rozwoju techniki komputerowej, nawet w prasie medycznej pojawiały się opinie, że przełom wieków umożliwi ustalenie rozpoznania choroby przy pomocy naciskania klawiszy, odpowiadających kolejnym objawom. Nie brano jednak pod uwagę faktu, że liczba objawów jest znacznie mniejsza niż liczba chorób. Te same objawy występują w różnych chorobach, a o właściwym rozpoznaniu decyduje ich wzajemne powiązanie, nasilenie jednych, a osłabienie innych. Lekarz prawidłową diagnozę ustala przez porównywanie tych wszystkich spostrzeganych symptomów. Zasadniczą rolę spełnia wiedza i doświadczenie.

Aktualnie jednak, a także w niedalekiej przyszłości, będzie się korzystać z coraz to bardziej udoskonalanych technik diagnostycznych oraz z takich programów komputerowych, które umożliwią porównanie cech poszczególnych objawów. W Szwecji przygotowano kilkaset zapisów elektrokardiogramów, które oceniane były niezależnie przez dwóch kardiologów oraz specjalny program komputerowy. Okazało się, że wyniki komputerowe zawierały mniejszy odsetek fałszywych rozpoznań, przy wielokrotnie krótszym czasie odczytywania.

„Czarna kura” i... roboty

Czy jednak te supernowoczesne techniki uda się zastosować w odniesieniu do cierpiącego, zaniepokojonego stanem swego zdrowia chorego, siedzącego twarzą w twarz u lekarza pierwszego kontaktu? Część dolegliwości, które przedstawia chory – o czym nie zawsze pamiętamy – ma przecież charakter choroby psychosomatycznej, a wówczas zasadniczy wpływ na proces leczenia ma zaufanie i autorytet lekarza (co obecnie skutecznie przez media jest niszczone, często niestety z naszej winy). Niektórzy z nas z pewnością pamiętają mądre rady starego lekarza z „*Awantury o Basię*” Kornela Makuszyńskiego (1884–1953), który to lekarz osłabionemu po chorobie rolnikowi zalecał rosół z kury, ale „*koniecznie czarnej, zabitej punktualnie o północy*”, bo tylko te specjalne, dodatkowe okoliczności miały mieć wpływ na przebieg rekonwalescencji. Podobnie najbardziej wzięty w Europie szwedzki lekarz i psychiatra z początków ubiegłego wieku Axel Munthe (1857–1949), autor książki „*Księga z San Michele*”, zasłynął z leczenia dolegliwości, które obecnie określamy jako zespół jelita wrażliwego.

Jestem przekonany, że i aktualnie nasi pacjenci przede wszystkim doceniają w nas indywidualne podejście, chęć wysłuchania i coraz częściej partnerską dyskusję. Jest to o tyle ważne, że przychodzą oni nierzadko nieźle podszkoleni na temat swojej choroby przez informacje znalezione w Internecie (a które jednak jakże często błędnie interpre-

tuja), co niewątpliwie ma wpływ na zmianę istniejących od czasów Hipokratesa relacji pacjent–lekarz. Jest to tym bardziej bolesne, że o sposobie i przebiegu leczenia coraz częściej zaczynają decydować aspekty finansowe, a szpital nazywany jest „przedsiębiorstwem medycznym”.

Niebywały rozwój techniki – czy chcemy, czy nie chcemy – zmienia i zmieniać będzie oblicze obecnej medycyny, że wspomnę o telemedycynie, stosowaniu robotów bardziej precyzyjnych niż ręka doświadczonego chirurga, czy wreszcie wprowadzaniu symulatorów zabiegów operacyjnych (podobnie jak ma to zastosowanie w szkoleniu pilotów). Dotychczas adept chirurgii pierwsze emocjonujące ruchy nożem wykonywał u operowanego chorego pod baczynym okiem starszego, doświadczonego kolegi. Nie miał on wpływu na to, jak często wykonywał poszczególne operacje, bo to zależało wyłącznie od liczby leczonych pacjentów. Dzięki treningowi na symulatorze, będącym początkiem jego szkolenia, ma możliwość „wykonywania” nieograniczonej liczby zabiegów i staje przy stole operacyjnym już dobrze wyszkolony.

Limity NFZ kontra zasady Hipokratesa

Jednak najczęstszym kontaktem, jaki ma pacjent z lekarzem, to wizyta u lekarza rodzinnego. Dlatego też należy pamiętać, że od Niego (właśnie pisanego dużą literą!) zależy tak wiele. Truizmem staje się zdanie, o którym jako początkujący lekarz starałem się pamiętać: „*zachowuj się do pacjenta tak, jak do swojego przyjaciela*”. Następne lata pokazały, jak często było to i jest to niezwykle trudne, ale zawsze przynosi korzystne efekty.

Zdaje sobie sprawę, na jakim zakręcie aktualnie znajduje się nasze leczenie, a kolejne nadzieje, że powoli zbliżamy się do tzw. prostej, okazują się być złudne. Katastrofalne wydłużanie się kolejek na badania specjalistyczne, zwłaszcza radiologiczne, to nie tylko narzucane arbitralnie przez NFZ limity finansowe, ale brak specjalistów w wielu dziedzinach. Połowicznym rozwiązaniem byłoby usankcjonowanie współpłacenia przez pacjenta za wizyty lekarskie i badania, a przede wszystkim pobieranie opłat tzw. hotelowych w szpitalach. Niestety, ta propozycja, wysunięta przed kilku laty przez ówczesnego prezesa naszej Okręgowej Izby Lekarskiej, spotkała się z powszechną krytyką. A możliwości uzyskania pomocy lekarskiej zarówno w lecnictwie otwartym, jak i w szpitalu od tego czasu dramatycznie się pogorszyły.

Uważam, że niezależnie od tej pogarszającej się sytuacji lecnictwa i narastania konfliktów w relacjach pacjent–lekarz, na nas – lekarzach nadal ciąży obowiązek pamiętania o zasadach ustalonych przed dwoma tysiącami lat, że chory jest podmiotem a nie przedmiotem leczenia i że *salus aegroti suprema lex* (zdrowie chorego największym prawem).

Ryszard MARKERT

mediator Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

(przedruk z „PANACEUM” nr 10/10)

FRUSTRACJE NASZE CODZIENNE, NIEUSTAJĄCE

Nieraz już postanawiałam sobie, że nie dam się „zdołować”, że mimo wszystko i wbrew temu, co się wokół nas dzieje, zachowam tzw. pogodę ducha i nie będę zwracała uwagi na marność otaczającego nas świata, który przecież „sam z siebie” jest naprawdę wspaniały. A że ludzie psują go na wszelkie dostępne sposoby, to niezaprzeczalna prawda. Tylko aby tę prawdę dostrzec, trzeba się jakoś wyizolować, zbliżyć do przyrody, może wręcz zaszyć gdzieś na odludziu i nie odbierać telefonów, nie słuchać denerwujących audycji radiowych, nie oglądać wielu programów telewizyjnych (zwłaszcza tych związanych z polityką i przestępczością), nie czytać tragicznych doniesień prasowych, umieć lekceważyć natrętne reklamy itp.

No i niektórzy tak właśnie czynią, jednak znakomita większość wybiera „konwencję”, czyli bytowanie stadne ze wszystkimi tego konsekwencjami, jak np. zatrucie siebie oraz otoczenia. I nie chodzi wyłącznie o ekologię, ponieważ truciele i trucizny mogą się objawiać rozmaicie, szkodząc jak się da. Do najgroźniejszych zaliczyłabym kłamstwo, agresję i bezpardonowość w walce o przetrwanie lub raczej o coraz dogodniejsze trwanie, czyli skuteczne pomnażanie własnych korzyści. Z tym zaś wiąże się szeroko pojmowana konkurencja (niekiedy zwana wyścigiem szczurów), często też wspomagana przemocą fizyczną lub psychiczną, a nie wiadomo, która z nich gorsza.

To jedynie powierzchowny zarys tendencji, jakie pojawiają się w procesie dążenia do realizacji ludzkich wizji życia. Jedni wprowadzają swoje zamierzenia w czyn dość gwałtownie, niecierpliwie, a inni powoli, lecz konsekwentnie i trudno ocenić co jest bardziej skuteczne. Wprawdzie istnieje jeszcze trzecia, nota bene najliczniejsza grupa ludności, nie angażująca się w te „homoludensy”, jednak ta populacja prawie się nie liczy. Może bowiem stanowić jedynie szare tło dla „jednostek wyjątkowych”, które tym skuteczniej się eksponują – obojętne w jakim znaczeniu tego pojęcia.

Przepraszam za nieco przydługi wstęp, ale nie bardzo wiedziałam, jak przejść do sedna, gdy owo sedno jest takie odrażające i okrutne. A chodzi o to, że obserwacje oraz wnioski, dotyczące osób i sytuacji naprawdę wyjątkowych, ostatnio stają się coraz bardziej frustrujące. Pazerność i nieuczciwość tych, co nie mają skrupułów lub dorwali się do rządzenia i uważają, że wszystko im wolno, widać nie tylko u polityków, lecz także pośród władzy ustawodawczej i wykonawczej, na polu nauki, w szkolnictwie, sporcie, sądownictwie, a zwłaszcza w tym, co nas dotyczy i boli najbardziej: w medycynie. Ostatnio odżyły emocje po wyrokach dotyczących afery tzw. łowców skór. Już samo takie określenie jest tak niehumanitarne, jak niehumanitarne było działanie przestępców, a przypomnienie, kto uczestniczył w tym nieczym procederze, wprost burzy krew.

O lekarskim łapownictwie napisano już całe tomy, ale to jeszcze wydaje się dość banalne wobec uśmiercania osób chorych czy sprzedawania informacji o zgonach. Po zakończeniu procesu pojawiły się liczne wątpliwości i pytania. Jedni chcieliby wiedzieć, czy tacy pseudolekarze nie powinni być pozbawiani prawa wykonywania zawodu, a inni zapytują o granice między czynami nieetycznymi a przestępstwem, bo nie zawsze te kryteria są ściśle określone i nieraz bywają różnie interpretowane.

Odkąd właściwie wszystko jest na sprzedaż, niektórzy nie dostrzegają cech niemoralności w fakcie opłacania informatorów. Ponoć za pieniądze można pozyskać prawie każdego – co zależy jedynie od wysokości kwoty. Bardzo to smutna konstatacja. Kiedyś dumnie mawiano: *Umnie słowo droższe niż pieniądze*, albo: *Mój honor nie ma ceny, bo nie jest na sprzedaż*, lecz dziś takie stwierdzenia uważa się za śmieszne archaizmy lub deklaracje bez pokrycia. Czasy się zmieniły, słowność i uczciwość, a także duma i honor Polaków pozostają już tylko wartościami historycznymi.

Niestety, do archiwaliów nieraz też są zaliczane kodeksy etyki lekarskiej, a medycyna aż tak się skomercjalizowała, że wcale nie jest podobna do tej, jaką była jeszcze pół wieku temu. Wtedy wprawdzie panowały w szpitalach i lecznicach obyczaje jakby paternalistyczne, ale życie ludzkie miało jednak znacznie większą wartość niż obecnie, a lekarze czuli się bardziej odpowiedzialni za swoje postępowanie niż dziś, kiedy opłacają coraz liczniejsze ubezpieczenia. Błędy zdarzały się zawsze, lecz co innego niezamierzony błąd, a całkiem co innego przestępstwo popełniane świadomie, dla materialnych korzyści.

Uzależnienie od pieniędzy jest tak wielkie, że np. karetki pogotowia celowo wożą chorych, wymagających natychmiastowej pomocy specjalistycznej do takich szpitali, gdzie wiadomo, iż tej pomocy tam nie uzyskają. Natomiast powtórne wezwanie karetki przez szpital oznacza dla pogotowia zysk w postaci dodatkowej opłaty (od 255 do 425 zł od każdego pacjenta wożonego ze szpitala do szpitala). Chory człowiek jest więc traktowany jak towar do transportu, bo tak zostało ustalone przez „finansowców”; a na pytanie, czy ktoś tu dba o dobro chorego, oczywiście należy odpowiedzieć przecząco. Tylko nikt nie ujawni, dlaczego taki stan wciąż się utrzymuje i czy ktoś za to ponosi odpowiedzialność.

Mamy tu zaledwie wierzchołek góry lodowej. Bardzo wysokiej i bardzo złej góry, która jakoś nie chce topnieć. Natomiast powoli topnieje moje postanowienie, że nie dam się zdołować. Chyba jednak jestem zbyt słaba.

Jak zawsze, czekam na Państwa opinie i komentarze.

Barbara SZEFFER-MARCINKOWSKA
e-mail: bsm3@tlen.pl, tel. 42 686 28 10

(przedruk z biuletynu „Panaceum” nr 3/10)

DOPALACZE

Dopalacze (ang. *legal highs*, *smarts*, *boosters*) to potoczna nazwa substancji psychoaktywnych, syntetycznych lub ziołowych, używanych w celu wywołania efektów możliwie zbliżonych do działania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Były one sprzedawane w licznych sklepach jako „produkty kolekcjonerskie”, co umożliwia ich dystrybucję nieobjętą przepisami farmaceutycznymi. W wyszukiwarce Google można znaleźć setki ogłaszających się sklepów zachwalających i sprzedających dopalacze, na miejscu lub za pośrednictwem Internetu (w ten sposób także substancje niezalegalizowane w Polsce). Dopalacze są stosowane doustnie w postaci proszku, tabletek lub kapsułek, palone w fajeczkach lub wdychane są ich pary. Dopalacze syntetyczne są zwykle związkami pochodnymi zakazanych związków psychoaktywnych (najczęściej amfetaminy lub kanabinoidów), które jeszcze nie zostały zdelegalizowane. Wiele z nich ma właściwości uzależniające, ale większość nie została jeszcze zbadana pod tym względem. Dopalacze ograniczają sprawność psychomotoryczną, dlatego mogą być przyczyną wypadków drogowych. Niestety, policja nie ma sposobów na wykrycie obecności dopalaczy w ustroju kierowcy. Najczęściej używane dopalacze o działaniu amfetaminowym to: BZP, czyli N-benzylpiperazyna (proszek, tabletki, kapsułki; zdelegalizowana w Polsce od 2009 r.) i TMPP czyli 3-trifluorometylo-fenylopiiperazyna (proszek, tabletki, kapsułki – zwykle w połączeniu z BZP). Do tej grupy należą także pochodne katynonu, na przykład etylokatynon, metylokatynon i 4-metolomet-katynon (czyli mefedron), sprzedawany zwykle pod eufemistyczną nazwą: „sól do kąpieli”. Podobne działanie wywiera prolintan, zawarty zresztą w legalnym w wielu krajach (ale niezarejestrowanym w Polsce) leku witaminowo-wzmacniającym Cato-vit. Ostatnio w mediach wiele mówiono o groźnym dopalaczu o nazwie Tajfun. Najprawdopodobniej zawiera on m. in. 4-bromo-2,5-dimetoksyfenetyloaminę. Działanie kanabinoidowe powoduje IWH-018, czyli naftalen-1-ylo(1-pentyloindol-3-ylo)metanon (często mieszany ze składnikami ziołowymi). Działanie psychodeliczne, podobne do działania LSD, wywiera na przykład salwinoryna, występująca w szaławii wieszczej (*Salvia divinorum*), a także pochodne kwasu lizergowego (lizeramid i ergina) zawarte w powoju hawajskim (*Argyreia nervosa*). Działanie narkotyczne, podobne do działania opium wywiera kratom, zawarty w roślinie *Mitragyna speciosa*. Dekstrometorfan (lek przeciwkaszlowy) bywa także stosowany jako środek podniecający, podobnie jak wspomniany wyżej prolintan. Kiedy jakiś syntetyczny dopalacz ulega delegalizacji, to zwykle natychmiast jest syntetyzowany związek pochodny o działaniu takim, jak produkt zdelegalizowany, tylko z niewielką zmianą

w cząsteczce chemicznej. Dopalacze ziołowe są zwykle stosowane jako zioła suszone, często sproszkowane i palone w fajeczkach. Najczęściej używane to wymienione już: szaławia wieszcza (*Salvia divinorum*), kratom (*Mitragyna speciosa*), powój hawajski (*Argyreia nervosa*), a także muchomor czerwony (*Amanita muscaria*), *Calear zacatechichi*, lion (*Leonotisleonorum*).

Kinetyka i metabolizm

Poszczególne dopalacze różnią się pod względem kinetyki i metabolizmu w ustroju. Przyjmowane doustnie lub palone jak tytoń wchłaniają się szybko (niektóre już przez błonę śluzową jamy ustnej) i równie szybko zaczynają działanie. Metabolizm dopalaczy amfetaminopodobnych i kanabinoidopodobnych jest zbliżony odpowiednio do metabolizmu amfetamin i kanabinoidów.

Toksyczność

W przypadku większości dopalaczy nie przeprowadzono wiarygodnych badań toksyczności. Ustalenie toksyczności na podstawie opisów przypadków zatrucia nie jest przekonujące, gdyż różne substancje są zwykle zażywane łącznie, a oznaczenie zawartości dopalacza w płynach ustrojowych jest niewykonalne albo bardzo trudne i kosztowne. Zatrucia dopalaczami zwykle nie stanowią zagrożenia życia, ale dopalacze przyjęte w dużych dawkach mogą być groźne. Zanotowano przypadki zatrucia śmiertelnego, aczkolwiek nie wiadomo, czy razem z dopalaczami ofiary nie przyjęły jednocześnie innych, zakazanych, silniej działających substancji psychoaktywnych.

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny zatruc dopalaczami syntetycznymi jest podobny do zatruc, odpowiednio, amfetaminą lub pochodnymi haszyszsu. Dopalacze ziołowe powodują rozmaite zaburzenia psychiczne, od pobudzenia (muchomor czerwony) do senności (duże dawki kratomu); szaławia wieszcza i *Argyreia nervosa* działają psychodelicznie, ale znacznie słabiej niż LSD. Większość dopalaczy może powodować zaburzenia żołądkowo-jelitowe (wymioty, biegunkę), ale mogą występować także głębokie zaburzenia świadomości, zaburzenia oddychania, niebezpieczny wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego, hipoglikemia, napady drgawkowe.

Rozpoznanie

Rozpoznanie orientacyjne musi się opierać przede wszystkim na wywiadach. Ustalenie rozpoznania na podstawie objawów klinicznych jest nieprawdopodobne, tym bardziej że dopalacze są często przyjmowane w różnych kombinacjach. Wywiady mogą być mylące, kiedy pacjent (lub jego otoczenie) ukrywa przed lekarzem, że przyjął oprócz dopalaczy także inne, zakazane substancje. Badania laboratoryjne mogą wykryć większość dopalaczy

za pomocą chromatografii cienkowarstwowej, ale takie badania są rzadko konieczne.

Leczenie

Dekontaminacja, metody przyspieszonej eliminacji i odtrutki nie mają znaczenia w zatruciu dopalaczami. Leczenie powinno być objawowe i podtrzymujące podstawowe czynności ustroju. Znaczne pobudzenie może wymagać zastosowania benzodiazepin (trzeba pamiętać, że po podaniu domięśniowym efekt działania tych leków ujawnia się późno, gdyż są wchłaniane bardzo powoli, a dożylnie muszą być wstrzykiwane wolno, by nie spowodować zatrzymania czynności oddechowej). Leczenia wymagają oczywiście inne zaburzenia istotnych czynności ustroju. W cięższych przypadkach konieczne jest leczenie na oddziale intensywnej terapii.

Uwagi końcowe

Dopalacze stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia psychicznego i fizycznego społeczeństw. Sprzedawane są pod dziwnymi nazwami, zwykle obiecującymi wspaniałe po nich przeżycia, w opakowaniach niezawierających informacji o składnikach. Nawet leki, prawdziwe lub pozorne, reklamowane w telewizji, zawierają taką informację i podlegają badaniom w wiarygodnych instytucjach państwowych, natomiast dopalacze są sprzedawane bez żadnej kontroli farmaceutycznej. Nieprawdopodobne jest, by opakowania niezliczonych dopalaczy, pobrane ze smart shopów, mogły być badane przez wiarygodne laboratoria przed dopuszczeniem do obrotu lub choćby w czasie handlowania nimi.

Rozwiązania problemu dopalaczy można oczekiwać od doraźnych, zdecydowanych działań samorządowych i rządowych, ale przede wszystkim od wprowadzenia odpowiedniej ustawy. Należy jednak pamiętać, że nawet pomimo ustawowych zakazów pozostanie możliwość zaopatrywania się w dopalacze przez Internet także z zagranicy. Dopapalacze to nie tylko szukanie przygody psychicznej. Dla niektórych to etap drogi do używania silnych środków uzależniających.

Objawy wywoływane przez amfetaminy i pochodne

Pobudzenie, uczucie lęku, bezsenność, agresywne zachowania, halucynacje, rozszerzenie źrenic, wzmożona potliwość, suchość w ustach, nudności, kurczowy ból brzucha, biegunka, zawroty głowy, zaburzenia równowagi, sztywność mięśni, drżenia, dyskinezy, tachykardia, komorowe zaburzenie rytmu serca, wzrost ciśnienia tętniczego, ból wieńcowy, w EKG możliwe cechy niedokrwienia mięśnia sercowego. W zatruciach najcięższych – nawracające drgawki, śpiączka, hipertermia, możliwość udaru mózgu (niedokrwienno lub krwotocznego) i zawału serca.

Objawy wywoływane przez kanabinoidy (marihuana, haszysz)

Mogą być zbliżone do obserwowanych po alkoholu; najczęściej: euforia i wielomówność lub senność, nadwrażliwość zmysłów, wzrost ciśnienia tętniczego i przyspieszenie tętna, wysuszenie błony śluzowej jamy ustnej, czasami napady kaszlu, przekrwienie gałek ocznych i spojówek, niekiedy obrzęk powiek, wzmożone pocenie się, zwiększenie łaknienia, ból i zawroty głowy, zaburzenia koordynacji ruchowej, uwagi, możliwości uczenia się, pamięci, pogorszenie sprawności psychofizycznej (możliwe urazy).

Objawy wywoływane przez LSD i substancje pochodne lub podobne

Halucynacje („trip”) wzrokowe, słuchowe i dotykowe, zawroty głowy, poszerzenie źrenic i osłabienie ich reakcji na światło, suchość w ustach, drżenie mięśniowe i skurcze mięśni klatki piersiowej, nudności i wymioty, zaburzenia rytmu serca, hipertermia, hiperglikemia, wzrost ciśnienia tętniczego, zaburzenia równowagi, zaburzenia mowy, uczucie ucisku w klatce piersiowej, skrajne emocje. Zagrożenie urazami w związku z zaburzeniem odczuwania odległości i orientacji przestrzennej.

Dr med. Janusz SZAJEWSKI

*Stożeczny Ośrodek Ostreż Zatruc, Szpital Praski
w Warszawie*

*Opracowanie na podstawie artykułu zamieszczonego
w Kurierze Medycyny Praktycznej – Grzegorz Wojciechowski
(przedruk z „Vox Medici” nr 6/10)*

APOLONIA Z ALEKSANDRII – ZRANIONA UZDROWICIELKA

W średniowieczu przyczynę chorób przypisywano ponadnaturalnym siłom nieczystym, stąd najczęstszym sposobem zwalczania dolegliwości były modły o boską pomoc. Bezpośrednie zwracanie się do samego Boga stanowiło grzeszną zuchwałość, dlatego chorzy i cierpiący, nie ośmielając się wzywać jego imienia, modlili się do świętych kościoła, by za ich pośrednictwem wyblagać pomoc z nieba. Różnorodność intencji, z jakimi zwracali się chorzy do swoich boskich lekarzy spowodowała, iż niektórym z nich zaczęto przypisywać szczególne moce w uzdrawianiu określonego typu schorzeń. Nazwani oni zostali patronami chorób i dolegliwości. Miano to zyskiwali święci często z uwagi na cierpienia fizyczne, jakich sami doznali. Ta grupa świętych lekarzy była najliczniejsza. Reprezentowali oni mityczny typ „zranionego uzdrowiciela”, który pomimo leczących umiejętności sam musi doznać bólu, bądź zostać napiętnowany symboliczną raną. Pod tym względem można odnaleźć

analogię między cierpiącymi świętymi, a starożytnymi okaleczonymi uzdrowicielami: leczącym ludzi centaurem – Chironem czy lekarzem, synem Asklepiosa, Machaonem. W późnym średniowieczu powszechność wiary w uzdrowicielską moc świętych doprowadziła do powstania „aptek świętych”, czyli spisów patronów od chorób, z których można było dowiedzieć się, jaki święty przyporządkowany jest do danej choroby lub danego organu ciała ludzkiego. Im bardziej dotkliwe i ciężkie schorzenie tym większą liczbę patronów oferowały „apteki świętych”. Jeden z takich spisów wymienia 21 pomocników od bólu zębów, 48 świętych opiekujących się chorobami oczu oraz 68 orędowników zarazy. I tak do najpopularniejszych patronów chorób należeli: św. Otylia i św. Łucja – w wyniku ślepoty stały się patronkami niewidomych; św. Erazm – z uwagi na torturę rozprucia brzucha, jakiej go poddano, objął patronat nad chorobami jelit i brzucha; św. Bartłomiej – odarty ze skóry jest orędownikiem schorzeń skórnych; św. Agata – z powodu obcięcia piersi była opiekunką kobiet z chorobami piersi; a św. Sebastian i św. Roch – dotknięci zarazą (dżumą), stawali się patronami w czasie epidemii. Święta Apolonia zaś, która straciła zęby podczas tortur, zyskała miano opiekunki cierpiących na bóle zębów.

Święta Apolonia żyła w III wieku naszej ery w Aleksandrii. Była katolicką zakonnicą, opiekującą się dziećmi i chorymi. Także data jej śmierci nie jest dokładnie znana. Powszechny jest pogląd, że zmarła wśród tortur

związanych z pozbawienie jej zębów, podczas krwawej rzezi chrześcijan urządzonej na obchody milenium założenia Rzymu (w 248 lub 249 roku).

Popularność niebieskich uzdrowicieli zaowocowała już we wczesnym chrześcijaństwie różnorodnymi formami ich kultu, wśród których wymienić można modlitwy, pieśni, pielgrzymki do cudownych miejsc związanych ze świętymi, składanie im ofiar wotywnych, wiara w moc relikwii świętych, a także leczniczych amuletów. Kult świętej Apolonii już wkrótce po śmierci męczennicy upowszechnił się na całym Wschodzie, a potem także w Europie. W pontyfikacie krakowskim z XV wieku, zbiorze zawierającym modlitwy i przepisy dotyczące obrzędów sakramentaliów i sakramentów, sprawowanych przez biskupa wymieniona jest Apolonia jako patronka Królestwa Polskiego (*Regni Poloniae*). Wcześniej wybranym dniem ku jej czci był 20 lutego, który później w kościele katolickim zmieniono na 9 lutego.

Chociaż współcześnie kult patronki osłabł, a medycy ufają głównie zdobyczom stomatologii i farmakologii w leczeniu bólu zębów, pamiętajmy także o świętej Apolonii jako orędowniczce cierpiących.

Opracowano w oparciu o artykuł: Łysiak-Seichter M, Łysiak M: Apolonia z Aleksandrii – zraniona uzdrowicielka. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny Tom 70, 2007, volume 70, Poznań, 121–123.

(przedruk z biuletynu „Meritum” nr 4/10)

PRAWO NA CODZIEN

CZY MOŻLIWE JEST UDZIELENIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA NIEPRZYTOMNEGO PACJENTA OSOBOM MU BLISKIM?

Komu można udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta? Czy konkubina, przyjaciel mogą uzyskać informacje o stanie chorego, jeśli ten nie może wyrazić informacji o sposobie przetwarzania swoich danych osobowych z powodu stanu nieprzytomności? Czy dopuszczalna jest forma udzielania informacji o stanie zdrowia przez telefon, jeśli rodzina mieszka daleko od szpitala, a pacjent jest nieprzytomny?

Osoby wykonujące zawody medyczne mogą informować osoby trzecie o stanie zdrowia pacjenta w przypadkach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.

z 2009 r. nr 52, poz. 417 z późn. zm.) – dalej u.p.p. – oraz ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857 z późn. zm.) – dalej u.z.l.l.d. Osoba bliska, w tym konkubina lub przyjaciel pozostający we wspólnym pożyciu, może uzyskać informację o stanie zdrowia pacjenta w razie utraty przez niego przytomności. Ustawy medyczne nie regulują zagadnienia sposobu udzielania informacji osobom trzecim. Możliwe jest udzielanie informacji przez telefon, pod warunkiem że świadczeniodawca ma pewność, że informacje te uzyskuje uprawniona osoba. (Odpowiedzi udzielono: 8 czerwca 2010 r., stan prawny dotychczas się nie zmienił).

Uzasadnienie

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewidują możliwość udzielenia informacji:

- pacjentowi, który osiągnął co najmniej 16 rok życia;
- przedstawicielowi ustawowemu;
- osobie upoważnionej przez pacjenta;
- opiekunowi faktycznemu;
- osobie bliskiej.

Pacjenci pełnoletni, którzy nie zostali ubezwłasnowolnieni, nie mają przedstawiciela ustawowego. W takim wypadku lekarz powinien informować osobę upoważnioną przez pacjenta. Uwaga ta dotyczy zarówno członków rodziny, osób bliskich, jak i innych osób wskazanych przez pacjenta. Lekarz co do zasady nie powinien więc informować osób bliskich, chyba że pacjent upoważni je do uzyskiwania informacji.

Sytuacja osób bliskich zmienia się jednak, jeżeli pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji. W takim wypadku lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. (małżonkowi, krewnemu lub powinowatemu do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu lub osobie wskazanej przez pacjenta) — wynika to z art. 31 ust. 6 u.z.l.l.d.

Cytowane ustawy nie przesądzają o tym, w jakiej formie powinno się informować osoby trzecie o stanie zdrowia pacjenta. W konsekwencji lekarz powinien mieć pewność, że przekazuje informacje osobie uprawnionej. W takim wypadku możliwe jest udzielenie informacji telefonicznie (np. lekarz przekazuje informacje telefonicznie osobie, którą poznał wcześniej w szpitalu i w stosunku do której ma pewność, że spełnia ona wymagania stawiane osobom bliskim). Podkreślam jednak, że na świadczeniodawcy spoczywa w takim wypadku ryzyko poinformowania osób nieuprawnionych, co może skutkować odpowiedzialnością z tytułu naruszenia tajemnicy zawodowej.

Anita GAŁĘSKA-ŚLIWKA
ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie

www.abc.com.pl, www.prawoizdrowie.pl

* * *

Czy nieletni pacjent powinien się zjawić na wizycie lekarskiej ze swoim opiekunem? Czy może on sam się zjawić u lekarza?

Wszystko zależy od tego, w jakim wieku jest małoletni. Prawo polskie, zwłaszcza ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857 z późn. zm.) — dalej u.z.l.l.d. — postuluje się kryterium 16. roku życia

(odpowiedź dotyczy tradycyjnych świadczeń zdrowotnych, na marginesie zostawiamy przypadki prowadzenia eksperymentów medycznych czy zabiegów aborcyjnych). Co do zasady małoletni nie jest uprawniony do samodzielnego wyrażenia zgody. (Odpowiedzi udzielono: 1 lipca 2010 r., stan prawny dotychczas się nie zmienił).

Uzasadnienie

Jeżeli małoletni nie ukończył 16. roku życia, zgodę za niego wyraża przedstawiciel ustawowy (tzw. zgoda zastępcza). Samo dziecko nie jest w stanie zezwolić na przeprowadzenie interwencji medycznej.

Jeżeli jednak małoletni ukończył 16. rok życia i działa z dostatecznym rozeznaniem, lekarz poza zgodą przedstawiciela ustawowego odbiera zgodę od samego małoletniego (tzw. zgoda łączna).

W przypadkach nagłych prawo polskie pozwala lekarzowi udzielić pomocy bez zgody przedstawiciela ustawowego lub małoletniego. W takim wypadku małoletni może przyjść do gabinetu sam, a lekarz powinien udzielić mu pomocy mimo nieobecności przedstawiciela ustawowego. Zgodnie z art. 33 u.z.l.l.d., badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym (np. pacjent ma 12 lat, wymaga niezwłocznego zszycia rany, a jego rodzice nie są osiągalni).

Lekarz powinien skonsultować swoją decyzję w miarę możliwości z innym lekarzem oraz odnotować okoliczności danego przypadku w dokumentacji medycznej. Podobnie wygląda sytuacja w przypadku świadczeń stwarzających zwiększone ryzyko dla pacjenta (wszystkie zabiegi operacyjne i inne stwarzające podobne ryzyko dla pacjenta). Zgodnie z art. 34 ust. 7 u.z.l.l.d. lekarz może wykonać te czynności bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Marcin ŚLIWKA
ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie

www.abc.com.pl, www.prawoizdrowie.pl

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 8–9/10)

NADZÓR LEKARSKI NAD LEKARZAMI ZATRUDNIONYMI NA PODSTAWIE UMOWY CYWILNOPRAWNEJ

PORADY PRAWNE – WOLTERS KLUWER
POLSKA

Czy w SP ZOZ (hospicjum stacjonarne, zol, łącznie 20 łóżek) powinien być zorganizowany nadzór lekarski w przypadku, kiedy wszyscy lekarze są zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych? Jeżeli tak, czy może to być koordynator medyczny?

Jednostka, o której mowa w pytaniu, jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Artykuł 44a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm. – dalej jako u.z.o.z.) stanowi, że w SP ZOZ, z wyjątkiem zakładów zajmujących się pracami badawczymi, należy obsadzić stanowisko ordynatora i to w trybie konkursu. Pytanie o nadzór sprowadza się do pytania o konieczność powołania ordynatora. Obowiązek powołania takiego stanowiska wynika z przepisu ustawy. Powołanie lub zakontraktowanie koordynatora medycznego niestety nie spełnia tego wymogu i zostanie w ten sposób naruszone prawo. Zbieżne stanowisko, choć dotyczące stanowisk pielęgniarki naczelnej, wyraziły sądy administracyjne. Autorka odsyła do strony internetowej www.nsa.gov.pl, gdzie można odnaleźć wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 sierpnia 2008 r. (sygn. akt II OSK 666/08) oraz związany z nim wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 18 grudnia 2007 r. (sygn. akt III SA/Kr 909/07).

Oba wyroki wskazują na niedopuszczalność zastąpienia stanowiska opisanego w art. 44a u.z.o.z. stanowiskiem koordynatora, czy jakimkolwiek innym, którego obsada nie wymagałaby przeprowadzenia konkursu lub który nie odpowiadałby wymogom ustawy. Pytanie sugeruje powołanie koordynatora medycznego. Przepisy wskazują na konieczność powołania stanowiska ordynatora. W tym kontekście należy uznać, że należy powołać ordynatora. Pozostała kadra może być zatrudniona na podstawie umów cywilnoprawnych, oczywiście z zachowaniem wymogów określonych w art. 35 i 35a u.z.o.z. (Odpowiedzi udzielono: 20 sierpnia 2009 r., stan prawny dotychczas się nie zmienił).

Agnieszka SIENKO
Ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie
Wolters Kluwer Polska, www.abc.com.pl

* * *

DODATEK WYRÓWNAWCZY PRZYSŁUGUJĄCY PRACOWNICY (LEKARCE) BĘDĄCEJ W CIĄŻY

Jestem w ciąży, nie mogę dyżurować. Mój pracodawca nie zgadza się wypłacać średniej dyżurowej. Czy mogę się powoływać na art. 178 i 179 Kodeksu Pracy?

Dodatek wyrównawczy, o którym mowa w art. 179 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (tekst jedn. Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 z późn. zm.), przysługuje kobiecie w ciąży w sytuacji, gdy zmiana warunków pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku pracy, skrócenie czasu pracy lub przeniesienie pracownicy do innej pracy powoduje obniżenie wynagrodzenia. Odsunięcie pracownicy w ciąży od pełnienia dyżurów medycznych jest w istocie przeniesieniem pracownicy do lepszej pracy, choć faktycznie może ona wykonywać takie same obowiązki. Powoduje to także obniżenie wynagrodzenia. Wobec tego pracownicy przysługuje prawo do dodatku wyrównawczego na podstawie art. 179 § 4 Kodeksu Pracy.

Uzasadnienie:

Problematyka ta była przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego. W uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 28 kwietnia 1994 r. Sąd Najwyższy orzekł, że pracownicy lekarce przysługuje dodatek wyrównawczy przewidziany w art. 179 § 2 Kodeksu Pracy (obecnie art. 179 § 4 Kodeksu Pracy), jeżeli wcześniej pełniła dyżury zakładowe, za które otrzymywała dodatkowe wynagrodzenie, a ze względu na ciążę nie może ich pełnić (sygn. akt IPZP 6/94). Dla zasadności wypłaty dodatku wyrównawczego nie ma znaczenia, że przeniesienie do pracy dziennej nie zmienia rodzaju wykonywanej przez kobietę ciężarną pracy, istotne jest to, że powoduje to obniżenie wynagrodzenia (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 15 marca 1979 r., sygn. akt V PZP 13/78). Wysokość dodatku jest równa różnicy między wynagrodzeniem z okresu poprzedzającego przeniesienie pracownicy, a wynagrodzeniem po przeniesieniu jej do innej pracy. Wynagrodzenie do celów określenia dodatku wyrównawczego oblicza się według zasad obowiązujących przy ustalaniu wynagrodzenia za urlop (§ 7 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 29 maja 1996 r. w sprawie sposobu ustalania wynagrodzenia w okresie niewykonywania pracy oraz wynagrodzenia stanowiącego podstawę obliczania odszkodowań, odpraw, dodatków wyrównawczych do wynagrodzenia oraz innych należności przewidzianych w Kodeksie Pracy; Dz.U. nr 62, poz. 289 z późn. zm.).

Anna GOTKOWSKA
Ekspert Serwisu Prawo i Zdrowie

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



IV Ogólnopolski Uniwersytecki Dzień Diabetologii

IV Ogólnopolski Uniwersytecki Dzień Diabetologii ma za zadanie stworzyć warunki i możliwości do pogłębionej wymiany informacji i poglądów oraz do kreatywnych dyskusji naukowych, a także do zasygnalizowania i omówienia nowych praktycznych problemów i dążeń do optymalizacji opieki nad chorymi na cukrzycę.

W programie ujęto: postępy molekularnej patologii cukrzycy, postępy i nowości farmakoterapii cukrzycy opartej na EBM i patofizjologii, praktyczne rekomendacje, palące problemy kliniczne z pogranicza diabetologii oraz innych specjalności – holistyczne ujęcie leczenia cukrzycy, zaniedbania w prewencji cukrzycy w Polsce, neuropatia cukrzycowa – niedostatecznie doceniane powikłanie cukrzycy, psychologiczne, społeczne, edukacyjne i ekonomiczne uwarunkowania jakości leczenia cukrzycy, zespół depriwacji, prewencji, standardy edukacyjne i socjologiczne.

Konferencja bezpłatna

Termin: 9 kwietnia 2011 r.

Miejsce: Warszawa, Biblioteka Narodowa, Aula im. St. Dembego, al. Niepodległości 213

Patronat honorowy: Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. zw. dr hab. Marek Krawczyk

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Anna Czech

Organizatorzy: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (Szpital Bródnowski), Centrum Diabetologii w Szpitalu Bródnowskim, Towarzystwo Edukacji Terapeutycznej, Oddział Warszawsko-Mazowiecki Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Czasopismo naukowe „Medycyna Metaboliczna” oraz wydawnictwo *Termedia*

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

* * *



III Kongres Współczesnej Onkologii

W ramach tematu wiodącego: Cele terapii nowotworów (Tumor targeting), poruszane będą zagadnienia dotyczące: biologii nowotworów (ostatnie odkrycia związane z molekularnym i genetycznym podłożem nowotworzenia, nowotworowe komórki macierzyste, mechanizmy

przerzutowania), celów terapii (immunoterapia, małe cząsteczki, chemioterapia, radioterapia), terapii skojarzonych, biomarkerów, badań przedklinicznych dotyczących terapii celowanych (nowe modele badań *in vitro* i *in vivo*, rozwój technik obrazowania molekularnego i optycznego, nowe terapie celowane w fazie badań przedklinicznych), badań klinicznych (nowe terapie celowane w badaniach klinicznych oraz wyniki terapii celowanych nowotworów z zastosowaniem leków zarejestrowanych: przeciwciała monoklonalne, drobne cząsteczki, immunoterapia, terapie skojarzone), problemów legislacyjnych związanych z rozwojem terapii celowanych. Ponadto dyskutowane będą postępy w leczeniu raka płuca, piersi i przewodu pokarmowego. Planujemy warsztaty, szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu, dyskusje okrągłe. Udział zapowiedzieli uznani onkolodzy polscy oraz wielu ekspertów z całego świata.

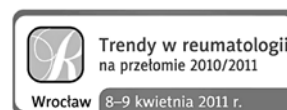
Termin: 14–16 kwietnia 2011 r.

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

Organizatorzy: czasopismo *Współczesna Onkologia*, wydawnictwo *Termedia*, Zakład Immunologii Nowotworów, Katedra Biotechnologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

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

* * *



Trendy w Reumatologii na przełomie 2010/2011

Podczas obrad będą prezentowane zagadnienia dotyczące: reumatoidalnego zapalenia stawów (patogeneza reumatoidalnego zapalenia stawów, wczesne zapalenie stawów, terapia RZS syntetycznymi lekami modyfikującymi – bezpieczeństwo i skuteczność, leczenie biologiczne RZS), nowe spojrzenie na choroby wieku dziecięcego (młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, układowe choroby tkanki łącznej wieku rozwojowego), spondyloartropatie zapalne (patogeneza i rozpoznawanie zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa, leczenie zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa w świetle najnowszych badań, łuszczycowe zapalenie stawów – patogeneza i rozpoznawanie, postępy w leczeniu łuszczycowego zapalenia stawów), zapalenie naczyń, twardzina i miopatie zapalne (twardzina układowa, miopatie zapalne, rozpoznawanie i leczenie zapalenia naczyń, rozpoznawanie i leczenie zapalenia dużych na-

czyn), nowe spojrzenie na toczeń rumieniowaty układowy, zespół antyfosfolipidowy oraz zespół suchości, niezapalne choroby reumatyczne (fibromialgia i zespół przewlekłego zmęczenia, postępy w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów, postępy fizjoterapii chorób reumatycznych) oraz osteoporoza i choroby z odkładania się kryształów (perspektywy leczenia dny moczowej, praktyczne aspekty farmakoterapii osteoporozy, osteoporoza w chorobach zapalnych stawów).

Termin: 8–9 kwietnia 2011 r.

Miejsce: Wrocław, **kierownik naukowy:** dr hab. prof. nadzw. Piotr Wiland

Organizatorzy: Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego oraz wydawnictwo *Termedia*

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

* * *



Wielkopolskie Spotkania Kardiodiabetologiczne

Nasz styl życia, zwiększająca się częstość występowania otyłości niesie ze sobą wzrost ryzyka rozwoju cukrzycy. Prognozy epidemiologiczne przewidują, iż w roku 2030 w Polsce zachoruje na cukrzycę około 4 mln osób. Główną przyczyną przedwczesnych zgonów chorych na cukrzycę są powikłania sercowo-naczyniowe. W obliczu narastającej epidemii cukrzycy zapraszamy Państwa na I Wielkopolskie Spotkania Kardiodiabetologiczne do Poznania. Nasza konferencja będzie pierwszym wydarzeniem w ramach planowanej Ogólnopolskiej Szkoły Kardiodiabetologii. Spotkanie jest organizowane z myślą o kardiologach, diabetologach, internistach oraz lekarzach rodzinnych. Wykłady zaprezentują znani kardiolodzy i diabetolodzy, poruszane będą istotne problemy terapeutyczne tej grupy chorych – kardiologiczne i diabetologiczne.

Konferencja bezpłatna

Termin: 8 kwietnia 2011 r.

Miejsce: Poznań, **kierownik naukowy:** prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik

Organizatorzy: wydawnictwo *Termedia*

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

* * *

Zarząd Optima Medycyna SA ma przyjemność poinformować, że w naszej nowej przychodni w Opolu przy

ul. Dambonia 171, NFZ zakontraktował szeroki zakres usług w poradniach specjalistycznych.

Posiadamy nowoczesną salę zabiegową z możliwością kontroli stanu pacjentów na sali obserwacyjnej po wykonanym zabiegu. Dlatego zapraszamy do współpracy lekarzy zainteresowanych przeprowadzaniem zabiegów w doskonałych warunkach ambulatoryjnych w Opolu oraz zabiegów na salach operacyjnych znajdujących się w Prudnickim Centrum Medycznym. Kontakt telefoniczny dr Marek Błaszczyk – 77/887–21–21, 77/455–41–21. Więcej informacji www.optima-medycyna.eu

* * *

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu zatrudni lekarza zainteresowanego radiologią zabiegową – specjalistę radiologa lub lekarza chcącego specjalizować się w dziedzinie radiologii. Tel. 77/541–42–43.

* * *

Prywatny gabinet stomatologiczny w Opolu zatrudni lekarza stomatologa. Warunki i czas pracy do uzgodnienia na rozmowie.

Tel. kont. 698–869–400, 77/454–65–75.

* * *

Gabinet Stomatologiczny MADEJDENT w Łambinowicach (woj. opolskie) pilnie zatrudni lekarza dentystę. Praca w ramach kontraktu NFZ i prywatnie. Zapewniamy atrakcyjne wynagrodzenie i komfortowe mieszkanie służbowe. Wykonujemy pełen zakres usług stomatologicznych. Do dyspozycji radiowizjografia, praca ergonomiczna z doświadczoną asystentką, profesjonalnie wyposażony nowy unit i szereg nowoczesnych instrumentów niezbędnych do pracy lekarza dentysty.

Satysfakcja zawodowa gwarantowana dla lekarzy bezpośrednio po stażu, jak i starego zawodowca. Po pracy jest gdzie odpocząć – okolice turystycznie atrakcyjne. Zapraszamy do współpracy. Kontakt 607–912–055 Łukasz Madej; e-mail: madejdent@gmail.com

* * *

Specjalista chorób wewnętrznych z 30-letnim stażem poszukuje pracy w POZ jako internista na terenie Opola lub powiatu opolskiego. Kontakt – tel. 601–637–269.

* * *

„Na dobre i na złe”

Apteki posiadają w sprzedaży szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego

SILGARD

Cena na posiadaną przez nas partię wynosi **260 zł** pod warunkiem zakupu dwóch lub więcej szczepionek. **300 zł** to cena jednej sztuki. Zapraszamy.

Oferta ważna do wyczerpania zapasów.

SZKOLENIA W UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W ŁODZI

Nr kursu	Specjalność/Temat kursu	Data kursu	Koszt od osoby	Liczba miejsc	Kierownik kursu
1.	Patogeneza zaburzeń męskiego układu płciowego. Niepłodność męska.	09–10.06.2011	200,-	10	dr hab. J. Słowikowska-Hilcher
2.	Podstawy chirurgii laparoskopowej	2 tygodnie – ustalany indywidualnie	2.000,-	3	prof. K. Kuzdak
3.	Chirurgia tarczycy	2 tygodnie – ustalany indywidualnie	1.600,-	2	prof. K. Kuzdak
4.	Wskazania i zasady leczenia radiojodem chorób tarczycy	27.05.2011	50,-	20	Prof. J. Komorowski
5.	Postępowanie w przypadkowo wykrytych guzach gruczołów dokrewnych.	20.03.2011	50,-	20	Prof. J. Komorowski
6.	Guzy neuroendokrynne.	20.03.2011	50,-	20	Prof. J. Komorowski
7.	Postępowanie w przypadkowo wykrytych guzach gruczołów dokrewnych.	20.03.2011	50,-	20	Prof. J. Komorowski
8.	Guzy neuroendokrynne.	20.03.2011	50,-	20	Prof. J. Komorowski
9.	Patogeneza zaburzeń męskiego układu płciowego. Niepłodność męska.	09–10.06.2011	200,-	10	dr hab. J. Słowikowska-Hilcher
10.	Ablacja śródoperacyjna u chorych z utrwalonym migotaniem przedsionków i wadą mitralną.	04.03.2011	200,-	10	dr K. Bartczak
11.	Operacje tętniaków aorty wstępującej z zachowaniem zastawki aortalnej.	18.03.2011	200,-	10	dr M. Bitner
12.	Całkowita rewaskularyzacja tętnicza u chorych z chorobą wieńcową.	25.03.2011	200,-	10	dr W. Pawłowski
13.	Echokardiografia – indywidualny kurs praktyczny	5 dni – ustalany indywidualnie	1.200,-	2	dr hab. P. Lipiec
14.	Podstawy echokardiografii dziecięcej	18.05.2011	200,-	12	dr K. Niewiadomska-Jarosik
15.	Zapisy holterowskie u pacjenta z rozrusznikiem serca – kurs praktyczny	3 dni – ustalany indywidualnie	800,-	2	dr J.K. Wrancz
16.	Podstawy programowania stymulatorów serca	24–25.02.2011	600,-	2	dr M. Chudzik
17.	Podstawy analizy holterowskiej – kurs praktyczny	5 dni – ustalany indywidualnie	1.200,-	2	dr M. Chudzik
18.	Elektrokardiografia – kurs praktyczny	5 dni – ustalany indywidualnie	1.200,-	10	dr hab. M. Kurpesa
19.	Echokardiografia, szkolenie praktyczne dla początkujących	5 dni – ustalany indywidualnie	1.000,-	2–8	prof. J. Kasprzak
20.	Echokardiografia – kurs doskonalący dla zaawansowanych: badania klasyczne, techniki obciążeniowe, przezprzelykowe, nowe technologie (Doppler tkankowy, echokardiografia kontrastowa i trójwymiarowa)	5 dni – zajęcia warsztatowe ustalane indywidualnie	1.200,-	max 3	prof. J. Kasprzak
21.	Koronografia i angioplastyka tętnic wieńcowych. Dostęp z tętnicy promieniowej. Kurs praktyczny dla zaawansowanych	2 dni – ustalany indywidualnie	1.000,-	1	dr M. Kośmider
22.	Podstawy koronografii i angioplastyki – kurs dla średnio-zaawansowanych	5 dni – ustalany indywidualnie	1.500,-	2	dr M. Kośmider
23.	Ocena układu równowagi na podstawie badania klinicznego i videonystagmograficznego – kurs praktyczny	5 dni – ustalany indywidualnie	900,-	3	dr hab. M. Józefowicz-Korczyńska
24.	Praktyczne podejście do zawrotów głowy – leczenie i rehabilitacja	5 dni – ustalany indywidualnie	300,-	10	dr hab. M. Józefowicz-Korczyńska
25.	Zaburzenia rytmu serca u dzieci dla lekarzy praktyków	06.04.2011	100,-	20	dr B. Kierzkowska
26.	Praktyczne podejście do zawrotów głowy – leczenie i rehabilitacja	5 dni – ustalany indywidualnie	300,-	10	dr hab. M. Józefowicz-Korczyńska

Nr kursu	Specjalność/Temat kursu	Data kursu	Koszt od osoby	Liczba miejsc	Kierownik kursu
27.	Zaburzenia rytmu serca u dzieci dla lekarzy praktyków	06.04.2011	100,-	20	dr B. Kierzkowska
28.	Podstawy echokardiografii dziecięcej	18.05.2011	100,-	12	dr K. Niewiadomska-Jarosik
29.	Choroby reumatyczne wieku dziecięcego z uwzględnieniem najnowszych metod diagnostyczno-terapeutycznych	24–25.02.2011	200,-	20	dr K. Niewiadomska-Jarosik
30.	Profilaktyka, rozpoznawanie, leczenie zaburzeń mineralizacji kośćca wieku rozwojowego	09.06.2011	100,-	30	Prof. D. Chlebna-Sokół
31.	Wczesne i późne powikłania wcześniactwa – rozpoznawanie, leczenie, zapobieganie	12.05.2011	100,-	30	Prof. D. Chlebna-Sokół
<p align="center">KURS OBOWIĄZKOWY – OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA przeznaczony dla radiologów, techników radiologii, wszystkich specjalności zabiegowych oraz osób wykonujących procedury z użyciem promieniowania jonizującego</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji med. (z 25.08.2005 r., Dz. U. RP Nr 194 z 6.10.2005 r., poz. 1625) formularz http://blnsk.umed.lodz.pl/download.php?id=19</p>					
32.	Ochrona radiologiczna pacjenta	Kurs weekendowy – 24–27.02.2011 Kurs weekendowy – 21–24.04.2011 Kurs weekendowy – 22–25.09.2011 Kurs weekendowy – 24–27.11.2011	500,-	30	prof. M. Staniszevska
33.	Patogeneza zaburzeń męskiego układu płciowego. Niepłodność męska.	09–10.06.2011	200,-	10	dr hab. J. Słowikowska-Hilczerska
34.	Wykorzystanie laserów w zabiegach urologicznych – kurs praktyczny	2 dni – ustalany indywidualnie	500,-	3	dr hab. W. Różański

KARTA WSTĘPNEGO ZGŁOSZENIA

1. Imię i Nazwisko

.....

2. Posiadana specjalizacja

.....

3. Adres do korespondencji

.....

4. Nr kursu, tytuł kursu

.....

5. Nr tel., adres e-mail

.....

6. Dane do faktury VAT

.....

UWAGA! Po dokonaniu wyboru, proszę przesyłać swoje zgłoszenie mailem: DziekanatWKP@csk.umed.lodz.pl, faxem: (42) 679–12–21 lub na adres: Dziekanat Wydziału Nauk Biomedycznych i Kształcenia Podyplomowego, 92–216 Łódź, ul. Czechosłowacka 2 B

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45–054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl

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

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

Biuro Turystyki Aktywnej KOMPAS sp. z o.o. – wiodący organizator aktywnych imprez turystycznych, rekreacyjnych i sportowych poszukuje:

LEKARZY

(w okresie wakacji letnich)

Wymagania:

- odpowiednie kwalifikacje zawodowe (pełne prawo wykonywania zawodu),
- mile widziane doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą,
- odpowiedzialność i zaangażowanie.

Zakres obowiązków:

- nadzór medyczny nad uczestnikami obozów.

Oferujemy:

- umowę zlecenie,
- zakwaterowanie, pełne wyżywienie,
- przejazd w obie strony,
- możliwość wyjechania na więcej niż 1 turnus.

Terminy obozów i miejsce:

26.06 – 09.07.2011 Kaszuby, Mazury, Jura, Wisła, Góry Sowie

09.07 – 20.07.2011 Kaszuby, Mazury, Jura, Wisła, Góry Sowie

22.07 – 02.08.2011 Kaszuby, Mazury, Jura, Wisła, Góry Sowie

04.08 – 15.08.2011 Kaszuby, Mazury, Jura, Wisła, Góry Sowie

17.08 – 28.08.2011 Kaszuby, Mazury, Jura, Wisła, Góry Sowie

Osoby zainteresowane prosimy o przesyłanie swojego zgłoszenia na adres **praca@kom-pas.pl** (w temacie: lekarz-nazwisko).

Biuro Turystyki Aktywnej KOMPAS Sp. z o.o.
ul. Asesora 72
80-119 Gdańsk
tel./fax (048 58) 303 18 78
www.kompas.pl





Program do gabinetu **firmy Syriusz**
GRATIS!

Przyjazne użytkownikom kasy fiskalne

ELZAB

www.elzab.com.pl

www.kasy-dla-lekarzy.com.pl

Pytaj o Ofertę Specjalną u naszych Partnerów



- niezawodna kasa z intuicyjną obsługą
- skróty klawiszowe najpopularniejszych usług, raportów, funkcji
- bezpieczny zapis kopii elektronicznej znacznie obniżający koszty eksploatacji
- przystępna cena kasy
- autoryzowany serwis (instalacje, szkolenia, obligatoryjne przeglądy) blisko użytkownika

Rekomendowani Partnerzy ELZAB

Brzeg PIOMAR

tel./fax (77) 416 81 22
biuro@piomarbrzeg.pl
ul. Jagiełły 13/1

Nysa CENTER SYSTEMY INFORMATYCZNE

tel. (77) 433 06 60
biuro@center.net.pl
ul. Piastowska 28

Olesno COCON SYSTEMY KOMPUTEROWE

tel. (34) 359 79 36
cocon@cocon.pl
ul. Wolności 8/10

Opole COMPILER

tel. (77) 457 46 44
kom. 603 211 472
compileropole@compiler.pl
ul. 1 Maja 9

Opole INFO-FIS

tel. (77) 454 89 74
biuro@info-fis.pl
ul. 1 Maja 121 /6

Opole SEGAL

tel. (77) 457 75 99
kasy@segal.pl
ul. Światowida 5

Opole CASSA FISCALE

kom. 602 613 489
pisula@kki.net.pl
ul. Gomołów 9

Prudnik MERCURY

tel. (77) 436 60 00
biuro@mercury.pc.pl
ul. Damrota 17

Strzelce Opolskie EKIPA

tel. (77) 461 47 22
biuro@ekipa.pl
ul. Powstańców Śląskich 26A