



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2013

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 199

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Ryszard Morisson

**„Płoną góry,
płoną lasy...”**

KOBIETA UWIĘZIONA W BAŃCE

Łazienka jest niewielka, pomalowana na różowo. Farba na ścianach zwija się i fałduje, gdzieś niegdzie pobłyskuje i ciemnieje, łuszcząc się, odsłania chropowaty tynk. Płatanina rys i plam tworzy niby-fresk, namalowany z dbałością, jakby nie działał tu żaden przypadek, lecz pojawił się artysta, który zadbał o szczegóły i podporządkował je jednemu zadaniu, jednej myśli. Wannę obłożono glazurą, niegdyś białą, dziś już poszarzałą, z licznymi przetarciami. Ustawiono ją pod krótszą ścianą, tak że prawie sklepiła się z murem, stała się jego częścią. Z niej także odpada emalia, jakby oddzielanie się stanowiło sens tej przestrzeni. Pozwalało jej żyć własnym życiem.

Na środku umywalni, prawie na wprost lustra – również zniszczonego, z ledwie widoczną taflą – zastygła ogromna bańka mydlana. Może oddzieliła się od innych pęcherzyków, a może zawsze była osobna? Stoi w niej młoda kobieta. Podniosła sztuczną rękę na znak powitania i z lekka się uśmiecha. W bombce widać to samo wnętrze, ale sprzed lat. Kolory jeszcze nie wyblakły, glazura lśni, na kranach nie ma znaków czasu. A kim jest kobieta? Ktoś ją tam uwięził, czy też udzielił jej schronienia? Należy do dziś, czy do przeszłości? A może to zwierciadlane odbicie kogoś nieobecnego, odbicie zatrzymane pod mydlaną skórą?

Na tę grafikę patrzy się w milczeniu, z zadumą, bez pośpiechu i zniecierpliwienia. Należy pozwolić sobie na wyciszenie i nasłuchiwanie. *Smutek jest istotą wszelkiej rzeczy i wszelkiego losu, stanowi najgłębszą istotę życia* – napisał Paweł Muratow, przyglądając się kiedyś grobowcom Michała Anioła w zakrystii w San Lorenzo. Smutek odczuwa się też, stojąc przed dziełem Davidy Kidd. To niepokój oddalenia, nieprzynależności, odłączenia. Nie jest to osobność narzucona przez kulturę. Bańka mydlana, to nie czador, wola liczący oblicze, trzecia powieka. Ona nie przysłania, ale powiększa, odbija i zwielokrotnia. Pogłębia wrażenie pozbawienia czegoś. Wprawdzie Czesław Miłosz przekonywał: *Pozbawiony? A dlaczego nie miałby być pozbawiony. Lepszy od ciebie byli pozbawieni* – lecz poetyckie wytłumaczenie nie umniejsza przecież żalu.

Spróbujmy się zastanowić, jak kobieta, i to ułomna, się tam znalazła. Nie mogła ot, tak wejść do bombki, co więcej – zamieszkać w niej. Czyżby została połknięta we śnie? Mało prawdopodobne, bo zdążyła się ubrać, a sztuczną rękę zakryć rękawiczką. Najwyraźniej nikt jej nie zaskoczył w środku nocy.



A może bańka to tylko iluzja? Jak sen o możliwości wytropienia miejsc sprzed lat? Bo poszukując, nawet bardzo wytrwale, udaje się dostrzec tylko część przeszłości: jakiś urywek rozmowy, barwy z panińskiego pokoju czy wannę obłożoną kaflami. Z takich strzępów układa się historię, by wciąż opowiadać ją na nowo. Za każdym razem opowieść będzie inna, będzie się więc i motać.

Na grafice motki wełny walają się po podłodze. Czy są kluczem do rozwikłania zagadki? Kanadyjska artystka bawi się z widzem, rozrzuca symbole, pozostawia znaki. Zachęca do rozważań, do układania puzzli z różnokształtnych kawałków. Chce, aby oglądający zbliżyli przeszłość i teraźniejszość, porządek i nieporządek, dokonali czegoś niemożliwego, obrali ze skórki bańkę mydlaną.

A może chce nam powiedzieć coś jeszcze innego? Że to my zostaliśmy okaleczeni, że uwięziono nas w przezroczystej przestrzeni, która zniekształca losy. Bo patrząc na grafikę zdaje się, że sami tkwimy w bańce. W tej przezroczystej części, w głębi, że jesteśmy pogrążeni w absolu, żyjemy w nicości i w bezruchu.

Kiedy Hopper przekonywał, że jego „pragnieniem było namalować tylko i wyłącznie światło na ścianie”, wierzyliśmy mu, ale też nie dowierzamy. Bo jego obrazy pochodzą z miejsc ostatecznych, spoza granic. Grafika Davidy Kidd to także *pittura metafisica* – zdwaja, pomnaża, dopowiada. Pokazuje niewidzialne.

Agnieszka KANIA

Wystawę „Gdzie jest grafika?” można było podziwiać w Galerii Sztuki Współczesnej w Opolu. Skrócona wersja artykułu ukazała się w opolskim dodatku „Gazety Wyborczej”.

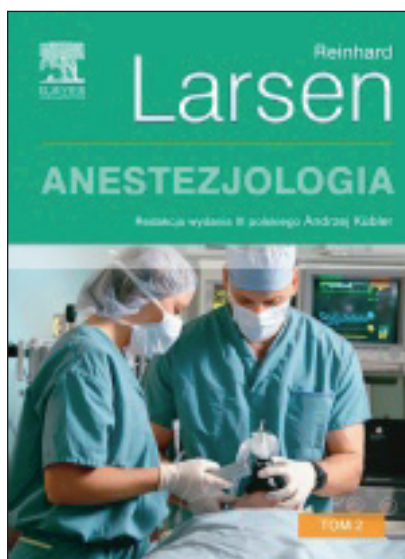
Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: www.elsevier.pl
tel. 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86
e-mail: zamowienia@elsevier.com



Padaczka u kobiet

Wyd. I polskie, red. J. Jędrzejczak, B. Mulikowska-Zwolińska
ISBN: 978-83-7609-857-9, format: 168x238, opr. twarda, 224 strony, cena: 87.55 zł (206 ELS pkt).

Publikacja ta jest bardzo ważnym wydarzeniem, pierwszym na rynku polskim przygotowanym przez polskie autorytety medyczne dziełem edukacyjnym z tej dziedziny. Jego merytoryczna zawartość jest adresowana nie tylko do lekarzy neurologów zajmujących się padaczką, lecz także do ginekologów położników i - co bardzo ważne - do neurologów dziecięcych zajmujących się nastolatkami, jak również do psychologów. Zamieszczone teksty najdobitniej świadczą, jak ważny jest to problem dla lekarzy wielu specjalności: neurologów, ginekologów, położników, internistów, psychiatrów i geriatrów oraz psychologów. Omawiane są w nich szeroko i w sposób pełny zagadnienia, z jakimi najczęściej w codziennej praktyce styka się lekarz.

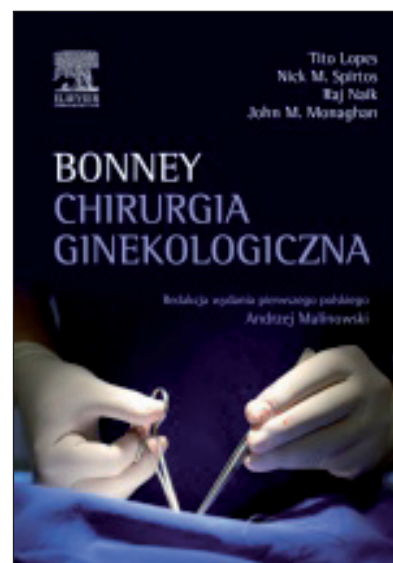


Anestezjologia. Larsen Tom. 2

R. Larsen
 Wyd. III polskie, red. A. Kübler
ISBN: 978-83-7609-880-7, format: 196x269, opr. twarda, 687 stron, cena: 177.65 zł (418 ELS pkt)

Pozycja dwutomowa. Książka stanowi cenne źródło wiedzy dla lekarzy chcących się specjalizować w anestezjologii, a także może służyć jako pozycja referencyjna, po którą sięga specjalista, aby odświeżyć lub poszerzyć swoje wiadomości.

Nowe wydanie aktualizuje wiedzę medyczną z zakresu anestezjologii klinicznej, wnosząc szereg nowych informacji przekazanych w jasnej i dostępnej formie. Szczególnie cenne jest zamieszczenie w tym wydaniu licznych wytycznych naukowych towarzystw medycznych w takich bardzo istotnych obszarach, jak np.: przygotowanie przed operacyjne w różnych stanach chorobowych czy postępowanie śródoperacyjne przy odmiennych technikach znieczulenia i w różnych populacjach znieczulanych pacjentów. Wytyczne te mają bardzo istotną wartość szkoleniową, a tak że praktyczną nie tylko dla lekarzy w trakcie specjalizacji, ale też dla specjalistów, którzy zaglądając do tego podręcznika będą mogli znaleźć odpowiedzi na wiele zagadnień i problemów w towarzyszących im w codziennej pracy.



Bonney.

Chirurgia ginekologiczna

R. Naik, T. Lopes, N.M. Spirtos, J.M. Monaghan
 Wyd. I polskie, red. A. Zieliński

ISBN: 978-83-7609-841-8, format: 200x290, opr. twarda, 219 stron, cena: 126.65 zł (298 ELS pkt)

W pierwszej części książki przedstawiono ogólne zasady i techniki operacyjne, które stanowią podstawę wiedzy i umiejętności każdego szkolącego się w zakresie chirurgii ginekologicznej. W części drugiej opisano zabiegi wykonywane w codziennej praktyce ginekologicznej. Część trzecia obejmuje swoim zakresem takie specjalności chirurgiczne, jak uroginekologia i ginekologia onkologiczna. Kilka z opisywanych zabiegów jest nadal wykonywanych nie tylko przez specjalistów z zakresu danej dziedziny, lecz także przez doświadczonych chirurgów ogólnych. Dzieje się tak jednak coraz rzadziej, zwłaszcza w przypadku chirurgii nowotworów. W części trzeciej zawarto również informacje dotyczące rozszerzonych zabiegów operacyjnych zarówno planowych, jak i takich, które należy przeprowadzić ze względu na nieoczekiwane rozpoznania śródoperacyjne czy powikłania.

Z przedmowy

UNIwersytet Medyczny w Łodzi
wraz z SKSR "WOLANT" Łódź i UKS "LOTKA" Łódź
ZAPRASZA NA

II MEDYCZNY PUCHAR BADMINTONA W ŁODZI

I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie



20-21.04.2013

ZDAŻYĆ PRZED LOTKĄ

Pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

Hala Sportowo-Widowiskowa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. 6-go Sierpnia 71 w Łodzi

Przyjedźcie i zagrajcie z nami

Wszystkie informacje dotyczące turnieju można uzyskać pod nr. telefonu



695 86 49 73 lub 668 17 94 08

Zgłoszenia do dnia 17.04.2013 r. na adres e-mail: robertbibik@gmail.com



UNIwersytet
MEDYCZNY
W ŁODZI



KLUB UCZELNIANY AZS
UNIwersytetu MEDYCZNEGO
W ŁODZI

Gdy będziecie trzymali w rękach bieżący numer Biuletynu będzie zapewne już po kolejnym – XXXI już Okręgowym Zjeździe Lekarzy. Jest to najważniejszy na poziomie okręgowej izby lekarskiej organ. W tym numerze znajdziecie wszystkie materiały, jakie rozesłano do delegatów na Zjazd. Sam jestem bardzo ciekaw jego przebiegu. Czy przyniesie ożywiona dyskusję, czy też będzie tylko żmudnym podsumowaniem kolejnego mijającego roku w pracy Rady Okręgowej i przyniesie nam uchwalenie budżetu Izby na bieżący – ostatni rok tej kadencji.

Następny Zjazd będzie już zjazdem sprawozdawczo-wyborczym. Ten rok będzie więc okazją do dyskusji nad przyszłością Samorządu Lekarskiego, nad kierunkami jego działalności na następne 4 i więcej lat. Będzie także okazją do ujawnienia się nowych „twarzy” – Koleżanek i Kolegów, którzy chcieliby powoli przejmować na swoje barki odpowiedzialność za Samorząd. Czy tacy się pojawią? Zobaczymy. W tym numerze zamieszczam po raz kolejny kartę zgłoszenia kandydata na delegata na jesienny Zjazd.

Oprócz materiałów Zjazdowych o około zjazdowych znajdziecie w tym numerze także sporo – myślę, że cie-

kawych – informacji. Będzie więc o wyróżnieniu trójki naszych Kolegów dentystów, o zasadach kierowania na rehabilitację ZUS-owską, o ciekawie zapowiadającym się interdyscyplinarnym sympozjum organizowanym przez naszą Izbę. Będzie także trochę lżejszych rzeczy – fotoreportaż z Balu Lekarza Delegatury Kluczborskiej, opłatek lekarz seniorów oraz dwa teksty niezawodnych naszych autorów – dr Agnieszki Kani o sztuce i prof. Janusza Kubickiego o medycznych aspektach historii.

W części „zagranicznej” znajdziecie próbę podsumowania dotychczasowego 20-letniego „dorobku” reformy ochrony zdrowia, drugą część rozważań nad idealnym systemem kształcenia lekarzy, kolejny głos dotyczący aspektów moralnych pracy lekarza, krótki tekst o nanotechnologii i nanotoksykologii, rzecz o alergiach i o bezsensownym umieraniu tysięcy kobiet na raka szyjki macicy. Będzie też reakcja zewnętrzna (ze Śląska) na smutne zdarzenie dotyczące opolskich ginekologów.

Biuletyn zakończy – jak zawsze – nowości wydawnicze i ogłoszenia. Pozostawiam Was więc sam na sam z tekstami, życzę miłej i pożytecznej lektury i do poczytania za miesiąc.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało prace nad nowym rozporządzeniem w sprawie recept lekarskich. Już na bardzo wstępnym etapie zaprosiło Naczelną Radę Lekarską do pracy nad tym dokumentem i obiecało, że dokument nie będzie tak skomplikowany, jak dotychczas (pisanie recept zgodnie z aktualnie obowiązującym rozporządzeniem sprawia czasami wrażenie chodzenia po polu minowym).

W odpowiedzi na to zaproszenie Prezes NRL sformułował główne założenia, jakimi będą się kierować przedstawiciele samorządu lekarskiego w trakcie prac nad projektem. A oto one:

- uprawnienia lekarza do wystawiania recept wynikają z posiadanego przez niego prawa wykonywania zawodu i żadne dodatkowe umowy nie są do tego potrzebne,
- ordynowanie leków ma być oparte na wskazaniach aktualnej wiedzy medycznej,
- nie jest rolą lekarza określanie poziomu refundacji, za wyjątkiem sytuacji, w której odpowiednia choroba przewlekła uprawnia pacjenta do skorzystania z większej refundacji,
- nie jest rolą lekarza sprawdzanie dodatkowych uprawnień pacjenta.

Mam nadzieję (po raz kolejny mam, choć już tyle razy Ministerstwo nas „wykiwało”), że zapowiedzi o wspólnej pracy nie są jedynie zasłoną dymną.

W ostatnim czasie dotarło do biura Izby pismo z Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, z którego wynika, że nie wszyscy lekarze stosują się do przepisów prawa, związanych z orzekaniem o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia. Otóż w sytuacji, w której dyrektor szkoły chce się odwołać od orzeczenia lekarza o potrzebie udzielenia takiego urlopu, kieruje to odwołanie do WOMP-u za pośrednictwem lekarza, który wydał orzeczenie. Lekarz ten przekazując odwołanie do adresata jest zobowiązany do przekazania tamże kopii dokumentacji medycznej, w oparciu o którą wydał orzeczenie. I właśnie z tym ostatnim bywają kłopoty, co uniemożliwia WOMP-owi wykonanie swojego zadania. Sprawa dla mnie jest tak oczywista, że niniejszy tekst powinien być ostatnim przypomnieniem o zasadach jakie obowiązują w tej procedurze.

Po raz kolejny przypominam o zgłaszaniu kandydatów do korespondencyjnych wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy nowej kadencji. W dalszej części Biuletynu znajdziecie ponownie kartę zgłoszenia kandydata (można zgłaszać samego siebie).

Jerzy JAKUBISZYN

XXXI OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

Gdy będziecie czytać ten materiał będzie najprawdopodobniej już po Okręgowym Zjeździe Lekarzy, który obradował 8 marca w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu. Poniżej przedstawiam Państwu – jak zawsze – komplet dokumentów zjazdowych. Natomiast sprawozdanie zamieszczę w następnym numerze Biuletynu.

Jerzy B. LACH

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W OKRESIE OD 8 LUTEGO 2012 R. DO 2 MARCA 2013 R.

Okręgowa Rada Lekarska VI kadencji, w okresie sprawozdawczym pracowała w następującym składzie:

1. Prezes – Jerzy Jakubiszyn – lekarz
2. Zastępcy Prezesa:
 - Barbara Hamryszak – lekarz dentysta
 - Stanisław Kowarzyk – lekarz
3. Sekretarz – Jerzy Lach – lekarz
4. Zastępca sekretarza – Jolanta Smerkowska-Mokrzycka – lekarz dentysta
5. Skarbnik – Zbigniew Kowalik – lekarz
6. Członkowie Prezydium:
 - Marek Dryja – lekarz
 - Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska – lekarz
 - Rafał Olejnik – lekarz
7. Członkowie Rady:
 - Adam Bąk – lekarz
 - Tadeusz Chowaniec – lekarz
 - Stanisław Chruszczyk – lekarz dentysta
 - Jarosław Karoń – lekarz
 - Wiesław Latała – lekarz dentysta
 - Jacek Mazur – lekarz
 - Paweł Mielczarek – lekarz
 - Mirosław Misiak – lekarz
 - Wojciech Redelbach – lekarz
 - Barbara Suzanowicz – lekarz
 - Andrzej Wester – lekarz
 - Aleksander Wojtyłko – lekarz

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Rada Lekarska odbyła 11 posiedzeń, a jej Prezydium spotkało się dodatkowo 15 razy.

Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich oraz prowadzeniem rejestru podmiotów, uprawnionych do realizacji kształ-

cenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 25,
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca (dla odbycia stażu podyplomowego) – 1
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (dla odbycia stażu podyplomowego) – 11,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 20,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty (po odbyciu stażu podyplomowego) – 8,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy, przenoszących się z innych izb – 25,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentystów, przenoszących się z innych izb – 2,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy, przenoszących się do innych izb – 9,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 30,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów z powodu zgonu – 16,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 37,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 4,
- wymiana prawa wykonywania zawodu lekarza na nowy dokument – 1,
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza – 4,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 3,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty – 1,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza – 6,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza dentysty – 6,
- podjęcie wykonywania zawodu lekarza (po zaprzestaniu) – 2,
- skierowanie lekarza na przeszkolenie w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą, niż 5 lat – 1,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 7,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych uprawnień lekarza – 5,

- zakończenie kary ograniczenia czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 1,
- wyrejestrowanie praktyki – 111,
- wpisanie nowych podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentyków – 4,
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dotyczy podmiotów wpisanych do rejestru) – 11,
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dotyczy podmiotów, wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej) – 2,
- informacja o prowadzeniu szkoleń na terenie OIL przez podmioty zarejestrowane w innych izbach, a mające potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia przez NIL – 6,

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

- 24 zapomogi dla 21 lekarzy i 3 dzieci lekarzy na ogólną kwotę 81.984 zł,
- 1 pożyczkę w związku ze specjalizacją na kwotę 4.950 zł,
- 8 odpraw pośmiertnych na ogólną kwotę 27.328 zł,

Ponadto Rada przyznała 5 nagród za uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych na łączną kwotę 13.750 zł, 62 nagrody za uzyskanie specjalizacji na kwotę 42.346 zł oraz dofinansowała udział 12 członków naszej Izby w różnego rodzaju zawodach sportowych na łączną kwotę 4.200 zł.

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 1 komisji, powołanej dla wyboru kierownika jednostki ochrony zdrowia,
- 4 komisji, powołanych dla wyboru zastępcy dyrektora ds. lecznictwa,
- 8 komisji konkursowych, powołanych dla wyboru ordynatora,
- 12 komisji powołanych dla wyboru pielęgniarek oddziałowych,
- 2 komisji powołanych dla rozstrzygnięcia konkursu ofert na świadczenia medyczne.

Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwały dotyczące składek członkowskich:

- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej – 11,
- obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł – 25.

Okręgowa Rada Lekarska ponadto:

1. podjęła szereg uchwał, w tym:
 - w sprawie zatwierdzenia wydatków na prowadzenie akcji protestacyjnej przeciwko zapisom o karach, związanych z wystawianiem recept,
 - w sprawie ustalenia rejonów wyborczych dla wyborów VII kadencji,

- w sprawie skierowania tytułów wykonawczych do Urzędów Skarbowych w związku z windykacją składek członkowskich,
 - w sprawie dofinansowania posiedzenia Kolegium Redakcyjnego Gazety Lekarskiej i Redaktorów Biuletynów Informacyjnych okręgowych izb lekarskich,
 - w sprawie dofinansowania posiedzenia naukowo-szkoleniowego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego,
 - w sprawie dofinansowania posiedzenia naukowo-szkoleniowego Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego,
 - w sprawie dofinansowania kursu szkoleniowego z podstaw USG,
 - w sprawie nowelizacji i ustalenia tekstu jednolitego uchwały o Funduszu Samopomocy,
 - w sprawie partycypowania w kosztach postępowania sądowego prowadzonego przez OIL w Gdańsku przeciwko Skarbowi Państwa o zapłatę za zadanie zlecone zrealizowane w 2011 roku,
 - w sprawie wsparcia finansowego leczenia lekarza-członka Wielkopolskiej Izby Lekarskiej,
 - w sprawie upoważnienia do podpisania decyzji aprobującej warunki przekształcenia prawa użytkowania wieczystego działki,
 - w sprawie dofinansowania projektu muzycznego „Kardioband”,
 - w sprawie dofinansowania chóru Opolskiej Izby Lekarskiej,
 - w sprawie zgody na rozwiązanie umowy o pracę z Zastępcą OROZ przez PMWSZ w Opolu,
2. przyjęła apele do lekarzy i lekarzy dentyków – członków Izby o powstrzymanie się z podpisywaniem nowych umów na wystawianie refundowanych recept oraz o przystąpienie do akcji protestacyjnej od 1 lipca 2012 r. (leki na 100%),
 3. opiniowała jednego kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego, proponowanego przez Wojewodę Opolskiego.

Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej brali udział w:

- posiedzeniach Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
- posiedzeniach Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego,
- posiedzeniach Rad Społecznych kilku szpitali.

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

Sekretarz ORL
Lek. Jerzy B. LACH

Prezes ORL
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W 2012 R.

W 2012 r. rozpatrywano 80 spraw (58 wpłynęło, 22 pozostało z poprzedniego okresu sprawozdawczego). Ukończono 65 (81%) spraw, a 15 (19%) przeszło na 2013 r.

Spośród zakończonych spraw w 31 (48%) OROZ odmówił wszczęcia postępowania, 11 (17%) umorzono, natomiast 13 załatwiono w inny sposób (np. przekazano do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lub innych instytucji). Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 10 wniosków o ukaranie 10 lekarzy i lekarzy dentystów.

Spośród 42 (65%) spraw, w których odmówiono wszczęcia lub je umorzono, odwołania złożono w 10 sprawach. OSŁ nie uwzględnił żadnego odwołania.

Na przyczyny 49 skarg złożonych w 2012 r.łożyły się:

- uszkodzenie ciała lub powikłania chorobowe – 26 skarg (45%),
- nieetyczne zachowanie lekarzy i lekarzy dentystów – 17 skarg (29%),
- śmierć pacjenta – 6 skarg (10%).

Skargi dotyczyły następujących grup specjalności:

- chorób wewnętrznych – 16 spraw (28%),
- psychiatrii – 8 spraw (14%)
- ortopedii i traumatologii – 7 spraw (12%).

W 2012 r. wpłynęło o 58 skarg (najmniej od 4 lat), było ich o 21% mniej niż w 2011 r. O 29% zmniejszyła się liczba spraw niezakończonych w roku sprawozdawczym i przechodzących na następny rok sprawozdawczy

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

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ ZA 2012 R.

W 2012 r. do Okręgowego Sądu Lekarskiego wpłynęło 18 spraw, w tym 8 wniosków o ukaranie 8 lekarzy i 10 zażeń na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego lub o umorzeniu postępowania).

Z poprzedniego okresu, tj. z 2011r. pozostało do rozpatrzenia 8 spraw, w tym 1 zażalenie pokrzywdzonej na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o umorzeniu postępowania.

W 2012 r. odbyło się 25 wokand sądu (łącznie wokandy spraw pozostałych z 2011 r. i 18 spraw, które wpłynęły w 2012 r.) – w tym 21 rozpraw głównych i 4 posiedzenia (jawne i niejawne).

W 11 sprawach wydano orzeczenia kończące postępowanie w stosunku do 12 lekarzy:

- umorzono postępowanie w stosunku do 1 lekarza,
- uniewinniono – 4 lekarzy,
- ukarano karą upomnienia – 4 lekarzy,
- ukarano karą nagany – 3 lekarzy,

W 6 sprawach złożono odwołania do Naczelnego Sądu Lekarskiego – w tym w 5 sprawach odwołanie przekazali ukarani lekarze, a w 1 sprawie – ukarany lekarz i pokrzywdzony.

Najwięcej spraw skierowanych przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej do Okręgowego Sądu Lekarskiego dotyczyło lekarzy specjalności zabiegowych (tj. chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii) oraz lekarzy nie posiadających specjalizacji.

Do rozpatrzenia w 2013 r. pozostało 7 spraw z 2012 r. – w tym 2 zażenia na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, które wpłynęły do Okręgowego Sądu Lekarskiego w IV kwartale 2012 r. i 5 wniosków o ukaranie lekarzy.

*Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Lek. dent. Rafał PĘDICH*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ W OKRESIE OD LUTEGO 2012 R. DO STYCZNIA 2013 R.

W okresie tym nasza Komisja spotkała się 11 razy. W listopadzie 2012 r. zaprosiliśmy przedstawicieli Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, którzy przedstawili nam problemy związane z wprowadzaniem od stycznia 2013 r. systemem elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców. Podczas posiedzeń omawiamy bieżące informacje dotyczące codziennej pracy lekarza dentysty, a wciąż zmieniające się przepisy obowiązujące polskich lekarzy są przekazywane przez Delegatów do kolegów w rejonach.

Lek. dent. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka na bieżąco przekazuje informacje i problemy, którymi zajmuje się Komisja Stomatologiczna działająca przy Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Członkowie KS biorą udział przy opiniowaniu projektów ustaw przedstawianych przez Ministerstwo Zdrowia, dotyczących m. in. świadczeń stomatologicznych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Nadal współpracujemy z Opolskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Wojewódzką Przychodnią Stomatologiczną przy organizacji szkoleń

dla lekarzy dentystów, co umożliwia gromadzenie punktów edukacyjnych. Wspólnie z Komisją Kształcenia organizujemy kursy z zakresu ratownictwa medycznego, prawa medycznego oraz z zakresu psychologii.

*Przewodnicząca Komisji
Lek. dent. Barbara HAMRYSAK*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ ZA OKRES 28.II 2012 R. – 2 MARZEC 2013 R.

Komisja Kształcenia OIL działa w składzie: Waldemar Ilczyszyn, Jerzy Jakubiszyn, Stanisław Kowarzyk, Elżbieta Krzymowska, Małgorzata Lechniak, Małgorzata Łuszczzyńska-Ostrowska, Ewa Nociński-Firlej, Ewa Pawliszyn, Rafał Pędich, Arkadiusz Rams, Marta Rodziewicz-Kabarowska, Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, Piotr Sysło, Ewa Trejnowska, Aleksander Wojtyłko.

Komisja w okresie sprawozdawczym odbyła 3 posiedzenia oraz zorganizowała 12 szkoleń, w których uczestniczyło około 300 lekarzy i lekarzy dentystów. Zorganizowano szkolenia w siedzibie naszej Izby oraz na terenie szpitali w Opolu, Strzelcach Opolskich, Brzegu.

Do końca I-szego półrocza br. zaplanowano następnych 8 szkoleń. W chwili obecnej najbardziej popularne są szkolenia o tematyce „Kompetencje miękkie”.

Uzyskano dotacje z Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NRL na wszystkie odbyte już szkolenia i na zaplanowane.

Komisja Kształcenia jest również współorganizatorem z Komisją Etyki Lekarskiej Sympozjum pt. „Dylematy etyczne w pracy lekarza”, które odbędzie się 12.04.2013 r. Wszystkich zainteresowanych odsyłam do zapoznania się z programem na stronie internetowej izby.

Informuję, że NIL przystąpiła do projektu na podstawie umowy z Ministerstwem Zdrowia, dzięki któremu jest możliwość bezpłatnego szkolenia lekarzy do 35 r. ż. i w trakcie specjalizacji. Szkolenia te uzupełniają program specjalizacji o elementy dodatkowe, będą trwały sześć dni, podzielone na dwie części. Pierwsza część przeznaczona na szkolenia z zakresu kompetencji miękkich, druga z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Istnieje możliwość zorganizowania takich szkoleń na terenie naszej Izby, jednak komisja musi zapoznać się z ilością chętnych uczestników. Proszę zatem lekarzy i lekarzy dentystów, spełniających wymogi, o zapisy w siedzibie izby z podaniem aktualnego numeru telefonu i adresu kontaktowego.

Komisja Kształcenia ponownie zachęca przedstawicieli Delegatów OIL do organizowania szkoleń na swoim terenie.

Informacje na temat szkoleń umieszczone są w każdym Biuletynie Informacyjnym OIL oraz na stronie internetowej Izby www.izbalekarska.opole.pl.

*Przewodnicząca Komisji
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI ETYKI LEKARSKIEJ PRZY ORL W OPOLU W OKRESIE POMIĘDZY XXXI I XXXI OKRĘGOWYM ZJAZDEM LEKARZY, TJ. 24 MARCA 2012 R. – 2 MARCA 2013 R.

Komisja Etyki Lekarskiej w okresie sprawozdawczym działała w 11-osobowym składzie:

1. Przewodnicząca: Marta Rodziewicz-Kabarowska
2. Zastępca przewodniczącej: Marek Dryja
3. Sekretarz: Małgorzata Falenta-Hitnarowicz
4. Członkowie komisji:
 - Wojciech Hulok,
 - Ewa Junosza-Szaniawska,
 - Antoni Junosza-Szaniawski,
 - Małgorzata Łuszczzyńska-Ostrowska,
 - Jacek Mazur,
 - Teresa Sicińska-Werner,
 - Ewa Trejnowska,
 - Jacek Wąsik.

W minionym okresie odbyło się 6 spotkań członków komisji. Na spotkaniach, przede wszystkim, omawiano organizację interdyscyplinarnego sympozjum „Dylematy etyczno-moralne w praktyce lekarskiej i lekarsko-dentystycznej”, adresowanego do wszystkich lekarzy, członków naszej OIL oraz delegatów Komisji Etyki Lekarskiej ze wszystkich OIL w kraju. Termin sympozjum – 12.04.2013 (piątek). Miejsce obrad – sala konferencyjna Państwowej Wyższej Szkoły Medycznej w Opolu.

Swój udział w sympozjum potwierdzili: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bielecki (Warszawa), ks. prof. Piotr Morciniec (Uniwersytet Opolski), dr Tomasz Grzyb – psycholog (SWPS Wrocław), dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelna (Konsultant Wojewódzki ds. Ortopedii – Opole), dr Konstanty Radziwiłł (Warszawa), dr Antoni Junosza-Szaniawski (KEL – Opole), Andrzej Józwiak (Prokuratura Wielkopolska).

Ponadto członkowie komisji rozpatrywali skargi, jakie do komisji wpłynęły. Skargi te dotyczyły przede wszystkim konfliktów w środowisku pracy lekarzy.

Mając na uwadze obecne trudne realia życia zawodowego lekarzy, należy uznać, że Komisja Etyki Lekarskiej miała, relatywnie, niewiele zażaleń do rozpatrywania w minionym okresie sprawozdawczym.

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

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZECZNIKA PRAW LEKARZA W OKRESIE 21 LUTEGO 2012 R. DO 28 LUTEGO 2013 R.

W okresie od 21 lutego 2012 r. do 28 lutego 2013 r. Rzecznik Praw Lekarza nie prowadził żadnych spraw pozostających w jego kompetencji, a jedynie udzielał porad lekarzom, którzy o takie porady się zwracali.

*Rzecznik Praw Lekarzy
Lek. Jacek MAZUR*

* * *

INFORMACJA Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI BIOETYCZNEJ OIL ZA OKRES OD 1 LUTEGO 2012 R. DO 31 STYCZNIA 2013 R.

Komisja Bioetyczna OIL w Opolu działa w następującym składzie:

Przewodniczący: dr n. med. Jacek Miarka – lek. internista / kardiolog,

Członkowie:

- Junosza-Szaniawski Antoni – lek. psychiatra,
- Kraszewska Jolanta – lek. pediatra,
- Chowaniec Tadeusz – dr med. ginekolog,
- Marcol Alojzy – teolog,
- Pichurski Ryszard – lek. chirurg,
- Półkoszek Mieczysław – lek. pulmonolog,
- Pytko Jerzy – lek. pediatra,
- Kossowska Agnieszka – psycholog,
- Krauze Anna – prawnik,
- Szczepielniak Barbara – farmaceutka.

W okresie, jak wyżej Komisja Bioetyczna odbyła 3 posiedzenia, na których rozpatrzyła łącznie 9 prac badawczo-naukowych. Wydano 8 opinii pozytywnych i 1 opinię negatywną.

*Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Jacek MIARKA*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI MŁODEGO LEKARZA PRZY OIL W OPOLU ZA OKRES MARZEC 2012 R.–STYCZEŃ 2013 R.

W dniu 3 marca 2012 r. odbyło się spotkanie Opolskiej Komisji Młodych Lekarzy, w którym wzięło udział 5 osób. Na spotkaniu wybrano delegatów na Konferencję w Poznaniu, dyskutowano na temat oczekiwań co do miejsc specjalizacyjnych i ustalono stanowisko dotyczące obowiązkowych dyżurów medycznych.

W dniach 20-22 kwietnia 2012 r. odbyła się XXI Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy w Poznaniu. Wzięły w niej udział Magdalena Lamm i Martyna Gizler. Tematem spotkania były „Specjalizacje XXI w.”. Po dwudniowych obradach wystosowano 4 apele:

- **Apel 1 (do Ministra Zdrowia) w sprawie obowiązkowych dyżurów medycznych** – o jednoznaczne określenie zasad, czasu i źródeł finansowania obo-

wiązkowych dyżurów medycznych osób odbywających specjalizację w trybie rezydenckim i pozarezydenckim – zarówno w jednostce macierzystej, jak i w trakcie staży kierunkowych.

- **Apel 2 (do Ministra Zdrowia) w sprawie modułowego systemu specjalizacji** – o zrównanie czasu trwania wszystkich modułów podstawowych w specjalizacjach lekarskich tak, aby wszystkie trwały 3 lata. Wnioskujemy, aby moduł podstawowy kończył się egzaminem, którego złożenie byłoby jedynym warunkiem przystąpienia do PES, natomiast nie byłby egzaminem kwalifikującym do modułu rozszerzonego. Postulujemy również o zapewnienie wystarczającej ilości miejsc akredytowanych w modułach szczegółowych oraz w modułach podstawowych.
- **Apel 3 (do Ministra Zdrowia) w sprawie systemu szkolenia specjalistycznego lekarzy dentystów** – o niezwłoczne zwiększenie ilości miejsc akredytowanych w specjalizacjach lekarsko-dentystycznych oraz uproszczenie procedury uzyskania akredytacji dla podmiotów leczniczych. Przy braku możliwości zwiększenia dostępnych miejsc akredytowanych postulujemy o jak najszybsze utworzenie alternatywnego systemu szkolenia specjalizacyjnego opartego na przykład na współpracy z określonym kierownikiem specjalizacji. Uzasadnienie: obecna minimalna dostępność do szkolenia specjalizacyjnego powoduje zagrożenie w postaci luki pokoleniowej pośród specjalistów, co spowoduje brak niezbędnej kadry do kształcenia przyszłych absolwentów i specjalistów. Aktualna sytuacja doprowadzi do jeszcze większego ograniczenia dostępności do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów.
- **Apel 4 (do Ministra Zdrowia) w sprawie zmiany zapisów dotyczących naboru na tryb rezydencki** – o wprowadzenie zmian legislacyjnych, które umożliwią kandydatowi na specjalizację wskazanie miejsca, bez uwzględnienia rejonizacji oraz dziedziny odbywania specjalizacji drugiego i trzeciego wyboru, analogicznie do obecnej kwalifikacji na staż podyplomowy, co umożliwi lepsze wykorzystanie puli miejsc rezydenckich w skali całego kraju. Zajęto jedno stanowisko, a mianowicie poparto stanowisko nr 8 przyjęte przez XI Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy w sprawie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów, który postuluje:
 - a) zwiększenie liczby etatów rezydenckich;
 - b) stworzenie centralnej bazy miejsc akredytowanych do odbywania specjalizacji;
 - c) zabezpieczenie środków do sfinansowania odpowiedniej liczby nowych etatów rezydenckich oraz do finansowania rezydentur w toku;
 - d) opłacanie obowiązkowych, zgodnie z programem specjalizacji, dyżurów rezydentów ze środków Ministerstwa Zdrowia;

e) wprowadzenie wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji.

22 sierpnia 2012 r. zorganizowane zostało spotkanie Opolskiej Komisji Młodych Lekarzy, w którym wzięły udział 4 osoby. Uczestnikom przedstawiono apele i stanowiska, które zostały podjęte na Konferencji w Poznaniu. Rozwiązywano również problemy związane z rozpoczęciem specjalizacji oraz założeniem własnej działalności gospodarczej.

Następne spotkanie wstępnie zaplanowano na drugą połowę kwietnia 2013 r., po Posiedzeniu Komisji Młodych Lekarzy, które ma się odbyć 18.04 2013 r. w NIL.

Przewodnicząca Komisji
Lek. dent. Magdalena LAMM

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW W OKRESIE KWIECIEŃ 2012 r.–STYCZEŃ 2013 r.

Komisja odbywała zebrania, w czasie których omawiano zagadnienia dotyczące lekarzy seniorów, a w szczególności pomocy socjalnej oraz warunków wypisywania recept dla siebie i najbliższych. Po ustaleniach źródło-

wych, zaprezentowano możliwości skorzystania z bezpłatnych kursów komputerowych (Komputer dla seniora), organizowanych zwłaszcza przez Domy Dziennego Pobytu w Opolu.

Planowany udział w koncercie w zamku w Mosznej nie doszedł do skutku, z powodu zbyt małej liczby chętnych. Natomiast grupa seniorów skorzystała z zaproszenia na koncert kolęd, organizowany przez zaprzyjaźniony z nami Chór Męski „Kamerton”. 21.04.2012 zorganizowano Wiosenne Spotkanie Lekarzy Seniorów, połączone z 50-leciem uzyskania dyplomów lekarskich. Gościem honorowym, wręczającym okolicznościowe dyplomy i odznaki była dr Anna Lella – Wiceprezes NRL.

Dnia 12.12.2012 odbyło się kolejne Spotkanie Oplatkowe, uświetnione udziałem chóru „Kamerton” i wspólnym śpiewaniem kolęd. Dodatkowo prezes OIL dr Jerzy Jakubiszyn omówił zasady uzyskiwania i wypisywania recept *pro auctore i pro familia*. Na najbliższym zebraniu Komisji zostanie ustalony termin i przebieg Spotkania Wiosennego.

Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC

PRELIMINARZ BUDŻETOWY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ NA 2013 R.

		PLAN 2012	WYKONANIE 2012	PLAN 2013
I. PRZYCHODY				
A.	Przychód z działalności statutowej	1.425.000,00	1.364.999,54	1.425.500,00
1.	Składki członkowskie	1.300.000,00	1.244.803,60	1.300.000,00
2.	Refundacja wydatków za zadania przejęte z budżetu	57.000,00	38.040,00	38.000,00
3.	Oplaty za rejestrację gabinetów lekarskich	5.000,00	18.309,00	20.000,00
4.	Refundacja wydatków stażu podyplomowego – Urząd marszałkowski	13.000,00	13.227,00	13.500,00
5.	Komisja Bioetyczna – wydanie opinii	15.000,00	8.536,59	10.000,00
6.	Przychody finansowe	30.000,00	38.611,54	40.000,00
7.	Pozostałe przychody	5.000,00	3.471,81	4.000,00
B	Pozostałe przychody	82.000,00	79.881,25	82.000,00
1.	Z wynajmu pomieszczeń	32.000,00	28.871,80	30.000,00
2.	Z reklam w Biuletynie OIL	15.000,00	10.800,00	11.000,00
3.	Prowizja OC	35.000,00	40.209,45	41.000,00
	OGÓŁEM PRZYCHODY	1.507.000,00	1.444.880,79	1.507.500,00
II. WYDATKI				
A	Koszty rodzajowe	1.052.300,00	976.477,02	1.151.100,00
1.	Zużycie materiałów, energii i wody	99.700,00	91.269,02	93.200,00
	Energia, gaz, woda	78.000,00	66.945,92	62.200,00
	Artykuły biurowe	7.000,00	6.084,12	6.050,00
	Środki czystości	4.200,00	4.344,06	4.500,00
	Prenumerata czasopism	2.500,00	5.132,78	5.000,00

		PLAN 2012	WYKONANIE 2012	PLAN 2013
	Inne materiały	8.000,00	8.762,14	11.500,00
	Wybory korespondencyjne	–	–	3.950,00
2.	Usługi obce	270.000,00	199.838,69	298.500,00
	Remonty i konserwacja	100.000,00	2.878,49	100.000,00
	Koszty kolportażu Biuletynu	20.000,00	29.175,16	30.000,00
	Koszty Biuletynu Informacyjnego OIL	50.000,00	53.228,74	50.000,00
	Usługi pocztowe	20.000,00	24.420,74	24.000,00
	Usługi prawne	38.000,00	37.368,00	38.000,00
	Inne usługi	42.000,00	52.767,56	46.500,00
	Wybory korespondencyjne	–	–	10.000,00
3.	Podatki i opłaty	5.500,00	5.392,16	5.600,00
4.	Wynagrodzenia	429.000,00	424.203,43	480.000,00
	Osobowe wynagrodzenia	295.000,00	293.377,43	290.000,00
	Wynagrodzenia (umowa zlecenie, o dzieło)	76.000,00	68.350,00	95.800,00
	Wynagrodzenia zespołów wizytujących gabinety prywatne	5.000,00	–	–
	Nagrody za specjalizację	50.000,00	61.576,00	65.000,00
	Komisja Bioetyczna (umowa o dzieło)	3.000,00	900,00	3.000,00
	Kultura	–	–	7.000,00
	Wybory korespondencyjne	–	–	19.200,00
5.	Świadczenia na rzecz pracowników	93.000,00	96.675,12	98.300,00
	Składka ubezpieczeniowa, fundusz pracy	62.900,00	63.408,85	59.000,00
	Zakłady Fundusz Nagród	22.000,00	21.930,49	24.000,00
	Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	7.700,00	7.657,51	8.000,00
	Inne – BHP	400,00	3.678,27	3.300,00
	Wybory korespondencyjne	–	–	4.000,00
6.	Amortyzacja środków trwałych	4.900,00	5.019,89	5.000,00
7.	Pozostałe koszty	150.200,00	154.078,71	170.500,00
	Posiedzenia Prezydium i Rady OIL	27.000,00	25.342,86	27.000,00
	Posiedzenia komisji problemowych OIL	20.000,00	18.547,69	20.000,00
	Zjazd	6.000,00	6.196,32	13.000,00
	Ubezpieczenia majątkowe	2.200,00	2.498,00	2.500,00
	Dofinansowanie do imprez sportowych i kulturalnych	10.000,00	7.775,00	13.000,00
	Komisja Bioetyczna (ryczałt)	6.000,00	5.800,00	6.000,00
	Inne koszty	54.000,00	66.464,80	67.000,00
	Koszty podróży	25.000,00	21.454,04	22.000,00
B	Składki do NIL	180.000,00	178.702,50	180.000,00
C	Dofinansowanie – kształcenie podyplomowe	50.000,00	49.252,40	50.000,00
D	Fundusz Samopomocy	50.000,00	50.000,00	150.000,00
E	Rzecznik Praw Lekarza	20.000,00	601,78	10.000,00
F	Pozostałe koszty operacyjne	–	4,10	–
G	Straty operacyjne	–	2,49	–
	OGÓŁEM WYDATKI	1.352.300,00	1.255.040,29	1.541.100,00
	DOCHÓD	154.700,00	189.840,50	– 33.600,00
	Wykup działki	–	–	300.000,00

Skarbnik ORL – Dr n. med. Zbigniew KOWALIK

Okręgowa Komisja Wyborcza w

KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA DELEGATA NA OKREGOWY ZJAZD LEKARZY

[illegible]

imię kandydata

[illegible]

nazwisko kandydata			

LEKARZ.

LEKARZ DENTYSTA

--	--	--	--	--	--	--

nr prawa wykonywania zawodu

Kandydat na delegata na okręgowy zjazd lekarzy kadencji

w rejonie wyborczym nr nazwa

Wyrażam zgodę na kandydowanie na delegata na okręgowy zjazd lekarzy kadencji

w rejonie wyborczym nr nazwa

podpis

Oświadczam, że nie jestem karany oraz że nie istnieją okoliczności, które w myśl obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej i innych przepisów stanowią przeszkodę w pełnieniu mandatu delegata oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie i publikowanie moich danych osobowych przez okręgową komisję wyborczą, zgodnie z regulaminem wyborów.

podpis

* wypełnić również w przypadku osobistego zgłaszania swojej kandydatury

Zgłaszający*:

[illegible]

imię

[illegible]

nazwisko

LEKARZ.

LEKARZ DENTYSTA

--	--	--	--	--	--	--

nr prawa wykonywania zawodu

członek rejonu wyborczego nr, nazwa

pieczętka lekarska, podpis zgłaszającego

UROCZyste POSIEDZENIE ODDZIAŁU OPOLSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO

Dnia 12.01.2013 r. odbyło się uroczyste posiedzenie naukowo-szkoleniowe Oddziału Opolskiego PTS. Gościem naszego spotkania był JM Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, a także Kierownik Katedry i Zakładu Periodontologii prof. dr hab. Marek Ziętek.

Pan Profesor wygłosił wykład pt. „*Drobnoustroje jamy ustnej, przewodu pokarmowego i narządów płciowych - możliwość wzajemnego zakażenia.*” Wykład był bardzo ciekawy, z nowatorskim spojrzeniem na zagadnienie.

Jednak głównym punktem zebrania - bardzo wyjątkowym - było wręczenie jednego z najwyższych wyróżnień naszego Towarzystwa - Godności Członka Zasłużonego „Bene Meritus”. Godność ta jest przyznawana przez Zarząd Główny PTS osobom szczególnie zasłużonym dla naszej organizacji i Stomatologii Polskiej. W 2012 r. wyróżnienie to przyznane zostało kol. kol. Annie Szczombrowskiej, Justynie Grzybowskiej-Substelnej i Grzegorzowi Palaczowi. Weszli oni do bardzo wąskiego grona kolegów z całego kraju i znaleźli się w czwórce jedynych wyróżnionych tą godnością w historii naszego oddziału (pierwsze takie wyróżnienie nadane zostało w 2004 r.)

Z upoważnienia Prezydenta PTS dr hab. Bartłomieja W. Loster, jako Członkowie Prezydium Zarządu Głównego, a Pan Profesor również jako V-c Prezydent i Przewodniczący Komisji Odznaczeń i Wyróżnień PTS, mieliśmy przyjemność wręczyć to wysokie wyróżnienie naszym Kolegom, dziękując za tak duże zaangażowanie w pracę na rzecz Towarzystwa i stomatologii w Polsce. Jeszcze raz gratulujemy i bardzo serdecznie dziękujemy!

Lek. stom. Wiesław LATAŁA



Prof. Marek Ziętek oraz laureaci: Justyna Grzybowska-Substelna, Grzegorz Palacz i Anna Szczombrowska



Wiesław i Tomasz Latałowie oraz prof. Marek Ziętek



Zdjęcie „rodzinne” laureatów

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

Pierwsze spotkanie w 2013 roku, w dn. 24 stycznia rozpoczęło od informacji o śmierci dwójki naszych Kolegów, tj. Czesławy Głogowskiej-Mleczo oraz Stanisława Legieckiego. Ich pamięć uczczono minutą ciszy.

Następnie omówiono następujące tematy:

- przedstawiono pismo dr A. Lelli i dr A. Baszkowskiego do Prezes NFZ pani Agnieszki Pachciarz zawierające listę zagadnień do omówienia, m.in. budżet na stomatologię, negocjacje konkursowe, kwalifikacje i kompetencje zawodowe, punkty ujemne podczas konkursu, świadczenia dla dzieci i młodzieży, weryfikacje rozliczeń;
- apel Prezesa NRL dr Macieja Hamankiewicza do Ministra Zdrowia dotyczący możliwości prowadzenia uproszczonej dokumentacji medycznej dla lekarzy i lekarzy dentystów emerytów, którzy wystawiają recepty wyłącznie dla siebie i swojej rodziny oraz możliwości odstąpienia od obowiązku prowa-

dzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej od 1.08.2014;

- przedstawiono sprawę powstałego w Szczecinie laboratorium protetycznego oferującego „wysyłkową realizację usług protetycznych”. Prezydium ORL w Szczecinie podjęło decyzję o zawiadomieniu organów ścigania w sprawie sprzedaży protez przez Internet;
- w dn. 21.12.2012 r. Minister Zdrowia podpisał rozporządzenie w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych – opublikowano je w Dzienniku Ustaw z 31.12.2012 (weszło w życie 1.01.2013). Jest to nowe rozporządzenie zastępujące rozporządzenie z roku 2006 r.

Protokołowała
Lek. dent. Anna ADAMSKA

Przewodnicząca KS
Lek. dent.
Barbara HAMRYSAK

INFORMACJA DLA LEKARZY – JAK NAJPEWNIJ ORDYNOWAĆ LEKI REFUNDOWANE!

Szanowni Lekarze!

By sobie wzajemnie ułatwić życie wybrałem z rozporządzenia tylko te możliwości w wystawianiu recept, które dają największą szansę prawidłowej realizacji recepty, zgodnie z intencją lekarza. Jeżeli recepty będą wystawiane tak, jak opisałem, to recepta nie tylko będzie wystawiona prawidłowo, ale szanse na prawidłową jej realizację - jako refundowaną - wzrosną.

Możliwie najprościej i konkretnie - co gdzie i jak wpisać?

1 – przy słowie - *Recepta*: tylko unikalny numer recepty i tylko w postaci samego numeru, który musi być 22-cyfrowy i przy drukach **Rp** musi mieć na 21 miejscu cyfrę 8, a przy drukach **Rpw** na 21 miejscu - cyfrę 9;

2 – pole - *Świadczeniodawca* - musi zawierać poniższe dane, które są wystarczające:

- **2a - nazwę osoby uprawnionej lub świadczeniodawcy**, wynikającą z umowy z NFZ na wystawianie recept;
- **2b - adres miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego** (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu - jeżeli nadano) lub adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej;
- **2c - numer telefonu;**
- **2d - identyfikator i dodatkowo jego kod kreskowy** stanowiący dziewięć pierwszych cyfr numeru

identyfikacyjnego Regon (**gdy jest Regon nie wpisywać numeru umowy z NFZ zaczynającej się od liczby 98...**);

lub

- **2e – imię i nazwisko** jeżeli receptę wystawia lekarz w oparciu o umowę tylko na leki dla siebie i rodziny;
- **2f - adres miejsca zamieszkania** (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli nadano);
- **2g - numer telefonu;**
- **2h - dziewięciocyfrowy numer umowy** rozpoczynający się od 98, ten numer nie musi być kodem kreskowym; inne dane firmy lub lekarza (poza reklamą) mogą być zamieszczane na recepcie ale nie są konieczne;

3 – pole - *Pacjent* - musi zawierać:

- **3a - imię i nazwisko oraz adres (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu** - jeżeli nadano) miejsca zamieszkania, albo miejsca pełnienia służby wojskowej, albo dla osoby z decyzją z pomocy społecznej - adres siedziby urzędu gminy lub gminnego ośrodka pomocy społecznej albo siedziby świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia opieki zdrowotnej - w przypadku osoby bezdomnej;

- **3b - wiek - w przypadku pacjenta do lat 18**, o ile nie można go ustalić na podstawie numeru PESEL;
 - **3c – dla pacjentów z Unii Europejskiej** numer poświadczenia wydanego przez NFZ lub numer z pola nr 6 karty EKUZ;
 - **3d - *pro auctore, pro familiae*** lub inną równoważny tylko wtedy, gdy nie ma Regonu, a dodatkowo jest wpisany numer umowy z NFZ rozpoczynający się od 98 na wypisywanie recept dla siebie lub rodziny;
- 4 – miejsce przy określeniu PESEL musi zawierać:**
- **4a - numer PESEL**, a w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru - numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż pacjent **i wtedy podpisem lekarza**. PESEL warto, ale nie trzeba zamieścić dodatkowo kodem kreskowym.
 - **4b – lub numer Karty Polaka**, a w przypadku cudzoziemców i recept wyłącznie pełnopłatnych, gdy zniżka nie przysługuje - numer paszportu lub innego dokumentu ze zdjęciem;
- 5 – pole – Oddział NFZ - musi zawierać: tylko i nic innego niż numer oddziału NFZ (załącznik nr 2) lub symbol europejskiego państwa dla pacjentów z UE (załącznik nr 3) lub znak „X”;**
- 6 – pole – Uprawnienia dodatkowe - musi zawierać:** tylko i nic innego, niż dwuliterowy kod uprawnień dodatkowych pacjenta, określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia - jeżeli dotyczy, a jeżeli nie, to znak „X”. Zawsze jednak musi występować łącznie z numerem w okienku Oddział NFZ.
- 7 – pole - Rp - na wypisywanie leków:**
- **7a - wypisując recepty nazwami handlowymi najlepiej podać krótką nazwę handlową bez dodawania zbędnych informacji**, jak np. producenta czy sposobu pakowania leku, itp.; jednak **najlepszym sposobem na wypisywanie nazw leków jest podawanie nazw międzynarodowych**, wtedy szansa na realizację recepty jest największa, gdyż prawdopodobieństwo znalezienia jednego z odpowiedników jest największe. Przy wpisaniu, np. nazwy handlowej najtańszego odpowiednika apteka nie może wydać nic innego i przy jego całkowitym braku pacjent może tylko wrócić do lekarza po inną receptę lub wykupić inny odpowiednik tylko na 100%. Ponadto wpisując nazwę międzynarodową lekarz wykorzystuje wszystkie wskazania, jakie w jakiegokolwiek nazwie handlowej o tej nazwie międzynarodowej występują.
 - **7b – apteka ma obowiązek proponować pacjentom tańsze odpowiedniki**, a jedynym sposobem by ich nie proponować jest wpisanie „NZ” lub „nie zamie-

niać” przy każdej pozycji, która ma pozostać niezamieniona. O wpisaniu przez lekarza tej adnotacji apteki informują NFZ;

- **7c - ilość leku na recepcie podawać tylko i wyłącznie ilością jednostek dawkowania – na sztuki ! Nie pisać ilości i wielkości opakowań ! Jeżeli leku ma być w sumie więcej niż dwa najmniejsze opakowania musi pojawić się takie dawkowanie, by ta ilość mieściła się w 90-dniowym stosowaniu.** Warto się zorientować, jakie są dostępne opakowania leku refundowanego i wpisać na sztuki taką ilość, by apteka dobierając dostępne opakowania mogła tę ilość wydać, gdyż apteka nie może dzielić opakowań refundowanych poza iniekcjami i antybiotykami. Gdy sztuk będzie za dużo zawsze zaokrągli w dół do pełnego opakowania; gdy sztuk będzie mniej, niż jedno najmniejsze opakowanie - wyda jedno pełne opakowanie. **Proszę nie wpisywać ani ilości opakowań, ani ich wielkości**, gdyż apteka ma wtedy ograniczone możliwości wydania konkretnej ilości, a przy niewłaściwym zapisie musi zmniejszyć ilość leku do opakowań najmniejszych. **Upierając się przy wypisywaniu leków w opakowaniach i ich wielkości należy zawsze połączyć ilość opakowań z ich wielkością łącznikiem „a” lub „po” np. 2 op. po 90 sztuk.** Nie można łączyć ilości opakowań i ich sumarycznej ilości sztuk np. **2 op. 180 sztuk, apteka musi wydać 2 najmniejsze opakowania po 30 sztuk.**
- **7d – zawsze sprawdzić i wpisać właściwą postać leku**, gdyż coraz częściej rejestrowane są te same nazwy leków w innych postaciach, np. w tabletkach, gdy refundowane są np. tylko kapsułki. Gdy lekarz wpisze nierefundowane tabletki, apteka nie może tego zamienić na refundowane kapsułki. **Uniwersalnym sposobem byłoby wpisanie tylko skrótu sztuk (szt.), a farmaceuta dobierze właściwą postać, np. leku doustnego w postaci tabletek lub kapsulek, gdy lekarz nie wpisze postaci.**
- **7e – zawsze wpisać dawkę leku**, gdyż coraz więcej rejestrowanych jest leków w mniejszych dawkach niż dotychczasowe; brak wpisanej dawki zmusza aptekę do wydania dawki najmniejszej zarejestrowanej w danej chwili, czasami są to mniejsze dawki niż te refundowane i mniejsze od tych, do których przyzwyczaił się lekarz i które miał na myśli wypisując receptę;
- **7f - zawsze wpisać dawkowanie, a w szczególności jest to obowiązek przy lekach odurzających, psychotropowych lub robionych w aptece z substancją bardzo silnie działającą;**
- **7g – przy lekach odurzających i psychotropowych zawsze dodatkowo wpisać w pełni słownie sumaryczną ilość przepisanej substancji czynnej, a przy przekraczaniu dawki jednorazowej lub**

dobowej dodatkowo tą dawkę słownie, wykrzyknik, czytelny podpis lekarza i pieczęć;

- 7d – zawsze 22 cyfrowy kod kreskowy unikalnego numeru recepty;

8 – kolumna - **Odpłatność** - najlepiej zawsze sprawdzić i wpisać właściwą odpłatność i pamiętać, że **brak wpisania odpłatności spowoduje wydanie danego leku z listy leków refundowanych i zawsze jako refundowanego** ale w odpłatności mniej korzystnej dla pacjenta, gdy jest ich kilka dla danego leku. Zamiast konkretnej odpłatności można postawić znak P, by refundacja była najkorzystniejsza z kilku możliwych. **Gdy lek ma być pełnopłatny musi pojawić się oznaczenie 100% lub znak X.**

9 – miejsce – **Dane podmiotu drukującego** - nazwę i adres lub numer Regon podmiotu drukującego receptę, a w przypadku gdy wydruku dokonuje osoba wystawiająca receptę – zwrot „wydruk własny”.

10 – pole – **Dane i podpis lekarza** - imię i nazwisko lekarza i numer PWZ - także dodatkowo kodem kreskowym. Gdy dane lekarza już wydrukowano na receptce, to tylko się podpisać, a nie nabijać te same dane pieczęcią, która uniemożliwia odczytanie czegokolwiek. Na receptce muszą być wymagane dane, ale nie musi być żadnej pieczęćki, wystarczy, że wszystko jest nadrukowane i podpisane.

11 – **Data wystawienia** – datę wystawienia recepty;

12 – **Data realizacji „od dnia”**: wpisać X lub wypełnić datą tylko wtedy, gdy lekarz rozpisuje kurację na 2 lub 3 kolejne recepty, w sumie leku nie może być więcej, niż na 90 dni;

13 – **Stosować tylko nowe wzory recept czyli takie bez pola „Choroba przewlekła”**. Obecnie leki można wypisywać tylko na nowych wzorach recept oznaczonych **Rp** lub **Rpw**. Stosowanie starych recept różowych **Rpw** dopuszczono do końca marca 2013 r.

14 – **Numeracja recept: od 2013 r. można stosować tylko 22 cyfrowe numery recept** o budowie określonej przez obecne rozporządzenie i rozpoczynające się od 01 lub 02, z tym że numery rozpoczynające się od 01 można stosować tylko do końca marca 2013,r. **W numeracji recept refundowanych na 21 miejscu musi być cyfra 8 dla recept Rp i cyfra 9 dla recept Rpw**. Na receptach refundowanych oczywiście mogą być leki nierefundowane, jednak lekarze nie wystawiający w ogóle recept refundowanych **Rpw** mogą pobrać numerację rozpoczynającą się od 07 dla recept **Rpw** pełnopłatnych z inspekcji farmaceutycznej.

Inne ważne szczegóły:

- **Recepta nie musi mieć żadnych pieczęćki, może być w całości wydrukowana, a tylko podpis lekarza musi być wykonany ręcznie i osobiście**; dane świadczeniodawcy i pacjenta mogą być naniesione nieusuwalną naklejką.

- Przy każdej jakiegokolwiek poprawce należy z osobna postawić pieczęćkę i podpis.
- Na jednej receptce nigdy nie więcej niż 5 leków. Przy lekach odurzających lub psychotropowych lub robionych w aptece na jednej receptce tylko jeden lek.
- Przy przekraczaniu dawki leków odurzających lub psychotropowych postawić pieczęćkę, wykrzyknik, czytelny podpis i napisać przekroczoną dawkę w całości słownie.
- Na jednej receptce tylko taka ilość leku recepturowego, która jest sprzedawana za jeden ryczałt – pojedyncza ilość określona w rozporządzeniu o wycenie receptury - gdy będzie więcej apteka zmniejszy.

Opisany sposób wypełniania recepty i ordynowania leków zapewni lekarzom ich prawidłową i bezpieczną ordynację, a pacjentom największą szansę na otrzymanie zamierzonych leków w odpowiedniej ilości. **Stale aktualizowane informacje z pytaniami i odpowiedziami znajdziecie na stronie – www.recepta.farmacja.pl**

UWAGA! BARDZO WAŻNE!

Chcąc prawidłowo i bezpiecznie wystawiać recepty proszę nie sugerować się tym, że apteki Państwa recepty realizują, gdyż rozporządzenie w sprawie recept dało aptekom wiele możliwości realizacji źle wystawianych recept, co jest szczególnym zagrożeniem dla lekarzy, a wynika z ewentualnych roszczeń o zwrot refundacji za leki wydane w aptekach na podstawie źle wystawionych recept.

Dr farm. Stanisław PIECHULA
Wiceprezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej

* * *

Załącznik nr 2

KODY UPRAWNIEŃ DODATKOWYCH PACJENTA

Kody muszą być wpisane w okienko recepty „**Uprawnienia dodatkowe**” - jeżeli przysługują - i musi być określony także numer NFZ w polu „**Oddział NFZ**”. Apteka dodatkowo kontroluje dokumenty pacjentów tylko w przypadku ZK, IB, IW i PO - w pozostałych przypadkach w pełni odpowiada lekarz.

AZ - pacjent posiadający uprawnienia wynikające z chorób wywołanych pracą przy azbestie (art. 7a ust. 1 ustawy o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest - DU-2004-003-020), któremu przysługują bezpłatnie leki z listy określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (DU-2005-198-1603).

BW - pacjent, który nie jest ubezpieczony, ale posiada uprawnienia do leków refundowanych określone w art. 2 ust. 1 pkt 2 i art. 54 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

zwanej dalej ustawą (DU-2008-164-1027), które wynikają z bardzo niskich dochodów.

CN - pacjentka, która nie jest ubezpieczona, ale przysługują jej leki refundowane zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, posiadająca obywatelstwo polskie i zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będąca w okresie ciąży, porodu i pogołu.

DN - pacjent, który nie jest ubezpieczony i nie ukończył 18 roku życia, ale posiada prawo do leków refundowanych zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, posiadający obywatelstwo polskie i zamieszkały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

IB - inwalidzi wojenni, osoby represjonowane, małżonkowie inwalidów wojennych i osób represjonowanych pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych uprawnieni do renty rodzinnej, osoby, które są cywilnymi niewidomymi ofiarami działań wojennych, czyli wszyscy posiadający uprawnienia określone w art. 46 ustawy.

IN - pacjent inny, niż ubezpieczony, posiadający uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z zasadami określonymi w art. 12 ustawy (w chwili obecnej nie ma tu żadnych uprawnień co do leków).

IW - inwalidzi wojskowi, osoby wymienionym w art. 42 ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, osoby, które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów, czyli wszyscy pacjenci posiadający uprawnienia określone w art. 45 ustawy.

PO - żołnierz odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydaci na żoł-

nierzy zawodowych, czyli wszyscy pacjenci posiadający uprawnienia określone w art. 44 ustawy, a także weterani poszkodowani.

WP - żołnierz zawodowy skierowany do pełnienia zawodowej służby wojskowej poza granicami państwa oraz żołnierz zawodowy w trakcie szkoleń poligonowych i ćwiczeń wojskowych, czyli wszyscy pacjenci, o których mowa w art. 133, art. 134, art. 135 ust. 1, art. 161, art. 164 ust. 1, art. 170 ust. 1 i art. 206 ust. 1 ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (DU-2004-241-2416), oraz o których mowa w art. 24 ust. 7 pkt 2 i art. 67 ust. 3 ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (DU-2010-090-0593).

ZK - Zasłużony Honorowy Dawca Krwi lub Zasłużony Dawca Przeszczepu posiadający uprawnienia określone w art. 43 ustawy.

* * *

Załącznik nr 3

SYMBOLE PAŃSTW UE

Austria – AT	Litwa – LT
Belgia – BE	Luksemburg – LU
Bułgaria – BG	Łotwa – LV
Cypr – CY	Malta – MT
Czechy – CZ	Niemcy – DE
Dania – DK	Norwegia – NO
Estonia – EE	Portugalia – PT
Finlandia – FI	Rumunia – RO
Francja – FR	Słowacja – SK
Grecja – GR	Słowenia – SI
Hiszpania – ES	Szwajcaria – CH
Holandia – NL	Szwecja – SE
Islandia – IS	Węgry – HU
Irlandia – IE	Wielka Brytania – GB
Liechtenstein – LI	Włochy – IT

REHABILITACJA ZUS

Zakład Ubezpieczeń Społecznych od 1996 r. realizuje program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Rehabilitacja prowadzona w ośrodkach rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS oparta jest na założeniach kompleksowego oddziaływania procedurami diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnymi i psychologicznymi oraz na szeroko prowadzonej edukacji zdrowotnej.

Celem w/w programu jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilita-

cji. W realizacji programu priorytetem jest jak najwcześniejsze skierowanie osoby ubezpieczonej do ośrodka rehabilitacyjnego, ponieważ im wcześniej rozpocznie się rehabilitację, tym lepsze efekty można uzyskać.

Do kogo skierowana jest ta forma rehabilitacji?

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej skierowany jest do osób ubezpieczonych:

- zagrożonych całkowitą lub częściową niezdolnością do pracy,

- uprawnionych do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego po ustaniu tytułu do ubezpieczenia chorobowego lub wypadkowego,
- pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy rokujących jednocześnie odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Jak uzyskać skierowanie na rehabilitację leczniczą?

Podstawą skierowania ubezpieczonego lub rencisty do ośrodka rehabilitacyjnego jest orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej wydane przez lekarza orzecznika ZUS. Orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej lekarz orzecznik ZUS może wydać:

- na wniosek lekarza prowadzącego leczenie, przy czym wniosek o przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej może być sporządzony na dowolnym formularzu (**wniosek o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS**),
- podczas kontroli zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy,
- przy ustalaniu uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego,
- podczas orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych.

Wniosek o przeprowadzenie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej może wystawić każdy lekarz prowadzący leczenie, a osoba, której ten wniosek dotyczy, składa go w oddziale ZUS właściwym ze względu na miejsce zamieszkania.

Jeżeli lekarz orzecznik ZUS wyda orzeczenie o potrzebie przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej, osoba zainteresowana otrzymuje zaawizowanie o skierowaniu do ośrodka rehabilitacyjnego.

Formy i profile rehabilitacji.

Zakład aktualnie kieruje na rehabilitację leczniczą w następujących grupach schorzeń:

1. w systemie stacjonarnym,
 - narząd ruchu, w tym w ramach programu pilotażowego we wczesnych stanach pourazowych,
 - układ krążenia,
 - układ oddechowy,
 - schorzenia psychosomatyczne,
 - schorzenia onkologiczne po operacjach gruczołu piersiowego,
2. w systemie ambulatoryjnym
 - rehabilitacja dla kobiet po mastektomii w ramach prewencji rentowej ZUS w systemie ambulatoryjnym,
 - narząd ruchu,
 - układ krążenia, w tym monitorowany telemedycznie.

Kto pokrywa koszty rehabilitacji?

Pełny koszt rehabilitacji, uwzględniający w szczególności koszty leczenia, zakwaterowania i żywienia, pokrywa ZUS. Koszty dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego z miejsca zamieszkania i z powrotem Zakład refunduje do wysokości ceny biletu najtańszego środka komunikacji publicznej.

Co obejmuje program rehabilitacji leczniczej?

Kompleksowa rehabilitacja lecznicza obejmuje ustalony indywidualnie program ukierunkowany na leczenie schorzenia będącego przyczyną skierowania na rehabilitację oraz na schorzenia współistniejące i uwzględnia w szczególności:

- różne formy rehabilitacji fizycznej, tj. kinezyterapię indywidualną, zbiorową i ćwiczenia w wodzie oraz zabiegi fizykoterapeutyczne z zakresu ciepłolecznictwa, krioterapii, hydroterapii, leczenia polem elektromagnetycznym wielkiej i niskiej częstotliwości, leczenia ultradźwiękami, laseroterapii, masażu klasycznego i wibracyjnego,
- rehabilitację psychologiczną, w tym między innymi psychoedukację i treningi relaksacyjne,
- edukację zdrowotną ukierunkowaną na przekazanie informacji w zakresie:
 - nauki zasad prawidłowego żywienia,
 - znajomości czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych,
 - podstawowej wiedzy o procesie chorobowym uwzględniającej profil schorzenia,
 - znajomości czynników zagrożenia dla zdrowia w miejscu pracy,
 - podstawowych informacji o prawach i obowiązkach pracodawcy oraz pracownika,
 - udzielania instruktażu odnośnie kontynuacji rehabilitacji w warunkach domowych po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego.

Czas trwania rehabilitacji leczniczej.

Rehabilitacja lecznicza w ośrodku rehabilitacyjnym powinna trwać 24 dni, przy czym czas jej trwania może być przedłużony lub skrócony przez ordynatora ośrodka rehabilitacyjnego po uprzednim uzyskaniu zgody Zakładu w przypadku:

- pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy w przedłużonym czasie trwania rehabilitacji,
- wcześniejszego przywrócenia zdolności do pracy,
- zaistnienia innych przyczyn leżących po stronie osoby skierowanej na rehabilitację.

Ośrodki współpracujące z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

ZUS nie posiada własnych ośrodków rehabilitacyjnych i prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach prewen-

cji rentowej na podstawie umów zawieranych z krajowymi ośrodkami rehabilitacyjnymi spełniającymi określone przez Zakład wymagania prawne, lokalowe, kadrowe i medyczne, wybranymi w drodze ogłoszonego przez Zakład **konkursu ofert**. Zakład ogłasza konkurs ofert na prowadzenie rehabilitacji w ramach prewencji rentowej w dwóch dziennikach o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej Zakładu <http://www.zus.pl/default.asp?p=1&id=11>.

W przypadku ogłoszenia przez Zakład konkursu ofert - ogłoszenie o konkursie oraz materiały dotyczące konkursu ofert (zawierające w szczególności wymaga-

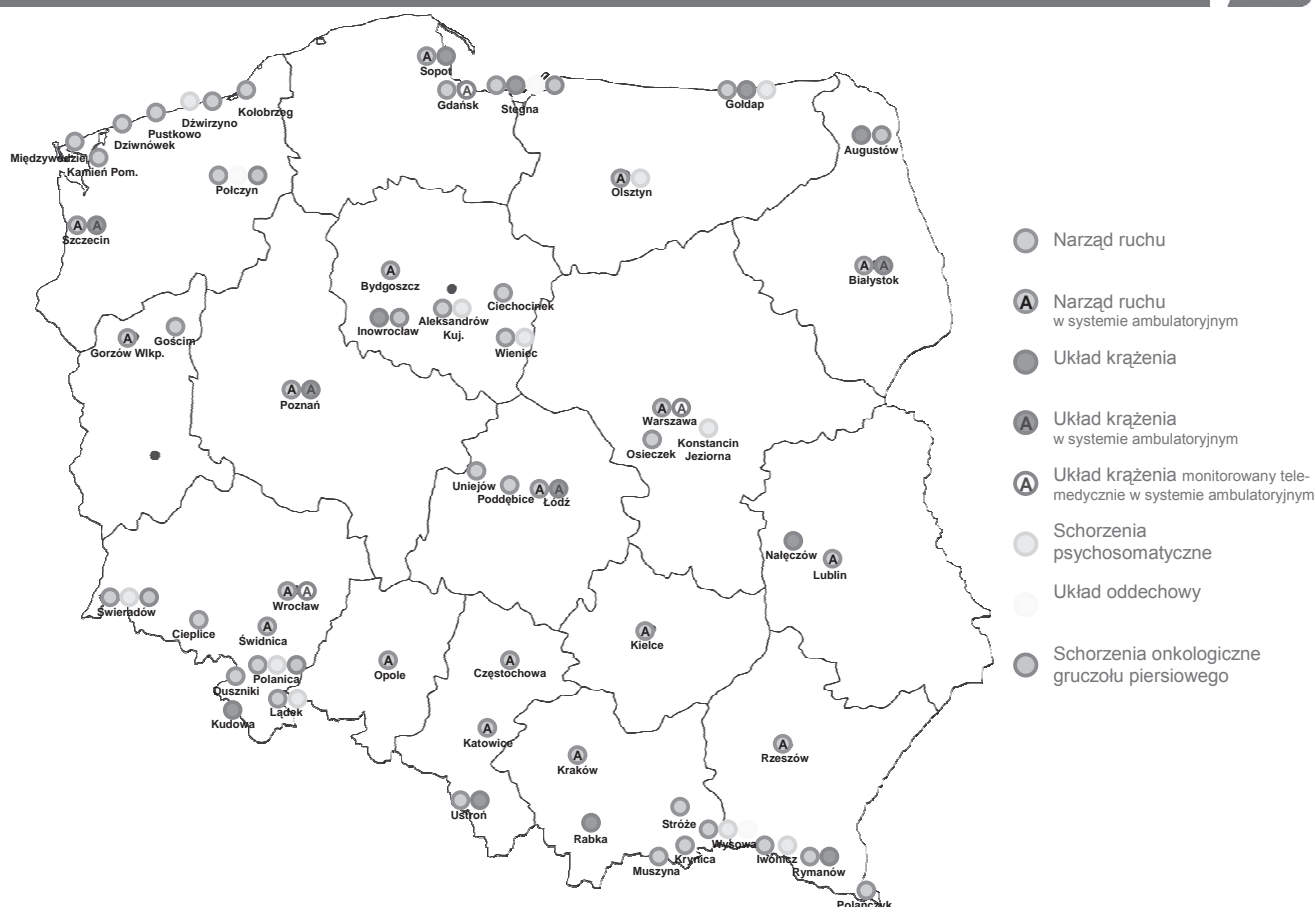
nia, które oferenci przystępujący do konkursu ofert winni spełniać i formularz oferty) umieszczone zostają na w/w stronie internetowej Zakładu.

Aktualny wzór wniosku o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS można pobrać pod adresem - http://www.zus.pl/files/dpir/Wniosek_o_rehabilitacje.pdf.

Gorąco zachęcam do korzystania z propozycji ZUS, która może być w wielu przypadkach, cennym uzupełnieniem postępowania terapeutycznego naszych pacjentów.

*Korneliusz MICHAŁ
GŁO ZUS Opole*

Lokalizacja ośrodków rehabilitacyjnych współpracujących z ZUS w 2013 r.



(informacja ze strony internetowej <http://www.zus.pl>)

OPŁATEK NASZYCH SENIORÓW

Magiczna data – 12.12.2012 r. Zimowa sceneria. Siedziba Opolskiej Izby Lekarskiej – spotykamy się na corocznym Opłátku. Zapach piernika, wystrojona choinka, białe obrusy – Opłatek z Przyjaciółmi!

Czekamy na Prezesa Izby dr n. med. Jerzego Jakubiszyna. Już jest! Pierwsze słowa należą do niego. Składa nam wszystkim i każdemu z osobna życzenia świąteczne i na nadchodzący Nowy 2013 Rok – zdrowia i wszelkiej pomyślności dla nas i naszych rodzin. Łamiemy się opłatkami – każdy z każdym.

W nastrój świąteczny wprowadza nas zespół „Camerton”, dając koncert kolęd. Potem już wspólnie kolędujemy. Atmosfera podniosła. Fotograf z nami nie było, ale zapewniam – było świątecznie.

Następne spotkanie - jak już roztopią się śniegi i królować będzie Wiosna. Do zobaczenia.

Sekretarz Komisji Lekarzy Emerytów i Rencistów – Grażyna WOJTALSKA

ZAPROSZENIE NA INTERDYSCYPLINARNE SYMPOZJUM

Komisja Etyki Lekarskiej wraz z Komisją Kształcenia Podyplomowego zapraszają do udziału w **Interdyscyplinarnym Sympozjum pt. „Dylematy etyczno-moralne w praktyce lekarskiej i lekarsko-dentystycznej”** organizowanym w dniu **12 kwietnia 2013 r. (piątek)** w Opolu. Do udziału w sympozjum zapraszamy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów - członków naszej Izby - oraz przedstawicieli Komisji Etyki Lekarskiej wszystkich Okręgowych Izb Lekarskich w kraju.

Udział w sympozjum jest bezpłatny. Uczestnicy otrzymają certyfikaty oraz punkty edukacyjne. Miejsce sympozjum – sala konferencyjna **Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, ul. Katowicka 68.**

Ramowy program sympozjum:

- Rejestracja uczestników od godz. 10.00.
- **11.00 – Otwarcie, powitanie gości, krótki występ Opolskiego Chóru Lekarzy.**
- **11.30 – 13.30 Sesja pierwsza.**
- 11.30 – Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bielecki (Warszawa) – *Osobowość chirurga.*
- 12.00 – Dr Antoni Junosza-Szaniawski (Branice) – *Dylematy etyczne w praktyce psychiatrycznej.*
- 12.30 – Dr n. med. Justyna Grzybowska-Substelnia – *Dylematy etyczne w praktyce lekarsko-dentystycznej.*

- 13.00 – Dr n. med. Konstanty Radziwiłł – *Dylematy etyczno-moralne w praktyce lekarza rodzinnego.*
- 13.30 – Dyskusja.
- 14.00 – 14.30 – Przerwa kawowa.
- **14.30 – 16.00 Sesja druga.**
- 14.30 – Ks. prof. Piotr Morciniec (Uniwersytet Opolski) – *Dylematy etyczne u kresu życia w relacji lekarz – pacjent.*
- 15.00 – Andrzej Józwiak – Prokuratura Wielkopolska (doradca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy NIL) – *Aspekty prawne (nie) etycznego postępowania lekarza.*
- 15.30 – Dr Tomasz Grzyb – adiunkt SWPS (Wrocław) – *Przychodzi lekarz do psychologa.*
- 16.00 – Dyskusja.
- 16.30 – **Zakończenie sympozjum.**

Istnieje możliwość wzięcia udziału w wieczornej gali operowej organizowanej w Filharmonii Opolskiej z udziałem Izabeli Kłosińskiej (sopran - primadonna Opery Narodowej) i Filharmoników Opolskich pod dyr. Bartosza Żurakowskiego.

Potwierdzenie uczestnictwa przyjmuje biuro Opolskiej Izby Lekarskiej pod numerem tel. 77/454-59-39 oraz e-mail: **izba61@pro.onet.pl** do dnia **25 marca 2013 r.**

STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA – PRZYPOMNIENIE

Przypominamy, że Stresowy Złaz Medyka odbędzie się w dniach 31 maja – 2 czerwca 2013 r. Zarezerwowaliśmy dla wszystkich chętnych noclegi w Ośrodku „Jonny's Apartments” w Starym Gierałtowie (www.jonnys.pl) w Dolinie Białej Łądeckiej.

Program Złazu obejmuje:

- 31 maja (piątek) – dojazd na noclegi do Starego Gierałtowa, rozlokowanie się i „nocne Polaków rozmowy” z grillowaniem przy ognisku, gitarach, śpiewie i ...
- 1 czerwca (sobota) – po śniadaniu wymarsz na trasy, następnie powrót do Gierałtowa i wieczorem koncert z udziałem „Wolnej Grupy Bukowina” i Jurka Filara.
- 2 czerwca (niedziela) – śniadanie i rozjazd do domów.

Opłata wpisowa wynosi 350 zł i obejmuje: znaczek, śpiewnik z niespodzianką, noclegi, śniadania w sobotę i niedzielę, piątkowe grillowanie z piwem, obiadokolą-

cję w sobotę oraz koncert. Istnieje możliwość przyjazdu w Boże Ciało, tj. w czwartek 29 maja z dodatkową trasą w piątek. W takim przypadku opłata wynosić będzie 420 zł i obejmować będzie wszystkie powyżej wymienione atrakcje oraz dodatkowy nocleg i śniadanie.

Wpłaty należy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do dnia 31 marca 2013 r. z dopiskiem (b. ważne!!!!) Stresowy Złaz Medyka AM 19xx (te xx to końcówka roku zakończenia studiów – jej podanie ułatwi nam planowanie tras).

Uwaga! W przypadku wyczerpania miejsc noclegowych w „Jonny's Apartments” zapewniamy miejsca w najbliższych hotelach domach prowadzących działalność agroturystyczną. W razie wątpliwości prosimy o kontakt. Czekamy na Wasze zgłoszenia

Jerzy LACH
jerzy.lach@poczta.onet.pl

Ryszard ŚCIBORSKI
sciborski@poczta.onet.pl

KLUCZBORSKI BAL LEKARZA

Drugiego lutego 2013 r. hotel „Adler” w Byczynie kolejny raz gościł uczestników Balu Lekarza Delegatury Kluczborskiej OIL. Bawiło się 50 osób - przede wszystkim członkowie naszej Delegatury, ale również goście z sąsiednich miast. Bal od wielu lat pełni rolę spotkania integracyjnego środowiska lekarskiego. Dobra muzyka i świetna kuchnia sprzyjały zabawie, a w sali kominkowej można było spokojnie porozmawiać. Był taniec brzucha wykonany przez orientalną tancerkę. Wspania-

le zaprezentowała się pani doktor Aleksandra Biernacka-Bartnik - rezydentka w kluczborskim oddziale ginekologiczno-położniczym - śpiewając z zespołem standardy rockandrollowe. Tradycji stało się zadość i najbardziej zahartowani balowicze dotrwali prawie do świtu.

Róża BUŻOWICZ-BRUZI

Mirosław MISIAK

Zdjęcia: Barbara Derkowska i Mirosław Misiak



KIEDY NASTĄPIŁ KONIEC ŚREDNIOWIECZA W EUROPIE?

W roku 395 cesarz Teodozjusz podzielił Imperium Rzymskie na część zachodnią ze stolicą w Rzymie oraz wschodnią z centrum w Konstantynopolu (nazwanego później Bizancjum). Po upadku Rzymu w roku 476 splądrowanego przez Wandalów pod wodzą Odoakera zapanały w Europie mroki średniowiecza ożywiane jedynie bezsensownymi wyprawami krzyżowymi do Ziemi Świętej, które miały na celu odbicie z rąk Saracenów grobu Jezusa Chrystusa. Doprowadziły one nawet do powstania ponad 100-letniego Królestwa Jerozolimskiego oraz kilku zakonów rycerskich, których celem była ochrona grobu Jezusa Chrystusa (m. in. Templariuszy, Joannitów).

Serce Europy było wówczas w Bizancjum, które niestety zostało zdobyte przez Turków Osmańskich pod wodzą Sułtana Mehmeda II Zdobywcy w roku 1453 (ostatnim cesarzem bizantyjskim był Konstantyn XI). Wydawało się, że jest to już koniec Europy, gdyż Turcy wkrótce opanowali tereny obecnej Bułgarii, Rumunii, Serbii, część Włoch, zagrażając austriackim Habsburgom i Polsce, która wówczas na południu graniczyła z Imperium Osmańskim (vide bitwa pod Warną w roku 1444). Włochy i Niemcy rozbite były wtedy na liczne księstwa i królestwa, natomiast w Anglii (Stuartowie, Tudorowie), Francji i Hiszpanii toczyły się zmagania dynastyczne.

I oto nadszedł rok 1492, który przez większość historyków jest uznawany za koniec średniowiecza i początek Odrodzenia Europy. O dziwo stało się to na końcu Europy, na Półwyspie Iberyjskim, którego połowa od siedmiu wieków była w rękach Arabów (Maurów). Oto w roku 1469 nastąpił sojusz pomiędzy największymi królestwami Kastylii i Aragonii uwieńczony ślubem Izabeli Kastylskiej, zwanej Katolicką (1454 – 1504) i Ferdynanda Aragońskiego (1452 – 1516). W ten sposób powstało Królestwo Hiszpanii. Oboje podejmują walkę o wypędzenie Maurów z Półwyspu Iberyjskiego, co udaje się ostatecznie właśnie w roku 1492, po zdobyciu Granady i pokonaniu ostatniego Emira Muhameda XI. Wygnani Maurów osiedlili się ostatecznie na terenie dzisiejszego Maroka i Algierii.

W tym samym 1492 roku Izabela Kastyljska i Ferdynand Aragoński przyjmują na swoim dworze żeglarza Krzysztofa Kolumba urodzonego w Genui (1454 – 1506), który snuje plany odkrycia nowej zachodniej drogi morskiej do Indii. Uprzednio jego śmiałe plany odrzucił król Portugalii Jan II. Królowie hiszpańscy ostatecznie postanowili sfinansować eskadrę Krzysztofa Kolumba (Santa Maria, Niña i Pinta), która 12 października 1492 roku dotarła do wybrzeży dzisiejszej wyspy Haiti (nazwa-



nej później „Małą Hiszpanią” – Espanyolą). W kwietniu 1493 roku Krzysztof Kolumb stanął przed parą królewską - Izabelą i Ferdynandem - w towarzystwie kilku Indian, papug oraz egzotycznych nieznanych w Europie owoców i roślin.

W tym miejscu należy podkreślić, że skonfundowani odkryciem Krzysztofa Kolumba królowie Portugalii dopiero kilka lat później wysłali Vasco da Gammę, który jako pierwszy opłynął kulę ziemską. Jego monumentalny Pomnik Odkrywców stoi u wrót Lizbony, natomiast Krzysztof Kolumb ma swój piękny pomnik na kolumnie z uniesioną na zachód ręką w porcie w Barcelonie naprzeciwko najsłynniejszej ulicy Rambli.

Krzysztofowi Kolumbowi zawdzięczamy nie tylko odkrycie „wrót do Ameryki” (odkrycia Ameryki dokonał kilka lat później Amerigo Vespucci), ale również:

- przywiezienie olbrzymiej ilości złota, dzięki czemu Hiszpania stała się wówczas największą potęgą kolonialną,
- sprowadzenie do Europy ziemniaków, tytoniu, kukurydzy, kakao,
- przywleczeniem syfilisu (choroby neapolitańskiej, choroby francuskiej, przymiotu dworskiego).

Wyprawy Krzysztofa Kolumba i jego następców zaferowały natomiast rdzennej ludności indiańskiej:

- wodę ognistą,
- broń palną (dotąd Indianie używali jedynie łuków z zatrutymi strzałami),
- konie (dotąd w Ameryce nieznanne),

a w niedalekiej przyszłości wytrzebienie przez hiszpańskich konkwistatorów (Pizzaro) Majów, Azteków i wielu plemion indiańskich (ostatni wódz indiański, który poddał się „białym” to słynny Geromino).

Krzysztof Kolumb zmarł w roku 1506 i pochowany został w Sewilli, później jego ciało zostało przewiezione zgodnie z jego wolą do Katedry w Santo Domin-

go stolicy Haiti, którą odkrył i gdzie spoczywa do dnia dzisiejszego.

Tak więc rok 1492 można uznać za koniec mrocznego średniowiecza w Europie. Określenie „mroczne” może być dyskutowane, ponieważ na przykład w XIV i XV wieku powstawały monumentalne budowle, zakładano nowe miasta, dokonywano pierwszych odkryć naukowych. Jednak wygnanie Maurów z Europy i odkrycia nowych lądów przez Krzysztofa Kolumba dało początek nowego okresu dziejów Europy – Odrodzenia.

A co działo się wówczas w Polsce. W roku 1492 umiera jeden z najwybitniejszych królów Polski – Kazimierz

Jagiellończyk (1427–1492), fundator ołtarza Wita Stwosza w Kościele Mariackim w Krakowie, ojciec 4 królów: Władysława króla Czech i Węgier oraz królów polskich Jana Olbrachta, Aleksandra i Zygmunta Starego, których wychowawcami byli Jan Długosz i Włoch Filip Kalimach. Rozpoczyna się w Polsce „Złoty Wiek Odrodzenia” - najwspanialszy okres w historii Polski pod rządami Zygmunta Starego (1467–1548) i Zygmunta Augusta (1529–1572). Polska staje się jednym z najpotężniejszych państw w Europie.

Dr hab. n med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

PRAWO LINCZU?

lincz, lynch – rodzaj samosądu, polegający na zabiciu przez tłum osoby posądzonej o przestępstwo (Słownik języka polskiego)

lincz (ang. lynch), samosąd – wymierzenie lub wykonanie kary przez osobę nieuprawnioną (WIKIPEDIA)

Koniec ubiegłego roku zdominowała szeroko nagłaśniana w mediach sprawa osobistej tragedii rodzinnej, która dotknęła naszego brązowego medalistę ostatnich igrzysk olimpijskich, a związanej z narodzinami córek. Wszystkie media starały się ze szczegółami relacjonować na bieżąco zdarzenia związane z porodem, który odbył się w opolskim oddziale ginekologiczno-położniczym.

Bez wątpliwości u wszystkich, którzy wykazują jakąkolwiek wrażliwość, narodziny dziecka w złym stanie wzbudzać muszą współczucie. Bezsprzecznie, tak i w przypadku osoby, którą przecież wszyscy znamy - sportowca, któremu kibicowaliśmy w dniu walki o medal dla naszego kraju, współczujemy szczególnie.

Jednak trudno pogodzić się ze zdarzeniami, które tej jakże przykrej sprawie towarzyszyły, a które wiążą się z odpowiedzialnością lekarzy odpowiedzialnych za prowadzenie tego porodu. Dzięki mediom, w ciągu niespełna tygodnia zostali oni uznani winnymi i co najgorsze - ukarani. Społeczeństwu wskazano z imienia i nazwiska „winowajców”.

Może dziwnym wydawać się, ale mnie zupełnie nie dziwi, że w naszym kraju istnieje jakaś niewytłumaczalna dążność do pochopnego i błyskawicznego osądu zdarzeń medycznych i ferowania wyroków. Oczywiście nie myślę tutaj o instytucjach, które prawo wyznacza do prowadzenia takich spraw, i którym daje na to przyzwolenie.

W tym przypadku oceną zdarzeń związanych z porodem w Opolu zająć się powinni prokurator i rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Instytucje te analizują

dokumentację i przebieg zdarzeń, aby wyciągnąć obiektywne wnioski, korzystając z opinii biegłych - znawców danej dziedziny medycyny. Największe oburzenie w środowisku medycznym spowodował fakt, że dyrektor szpitala powołał - myślę, że pod przemożnym naciskiem mediów i opinii publicznej - własną komisję, która na potrzeby dyrekcji oceniła *ad hoc* decyzje i postępowanie lekarzy, wydając werdykt o ich winie.

Dyrektor szpitala, pomimo że złożył doniesienie do prokuratury, chcąc tym zasygnalizować dążenie do prawdy obiektywnej, równocześnie upublicznił - co jest niedopuszczalne - wyniki pracy powołanej przez siebie komisji. Na domiar złego media opublikowały również kontrowersyjne wypowiedzi przewodniczącego tejże komisji.

Oczywiście dyrektor, szczególnie jeżeli pozwala mu na to statut czy też regulamin porządkowy szpitala, może powołać komisję, która ma być pomocną w podjęciu przez niego słusznej decyzji. Ale tylko ta decyzja powinna być podana do wiadomości publicznej i to najlepiej przez rzecznika prasowego lub osobę, która taką funkcję sprawuje i do której jest przygotowana. Zupełnie inny wymiar miałaby informacja, że lekarze na czas prowadzonego postępowania wyjaśniającego przed organami do tego powołanymi, zostali zawieszani w czynnościach kierowniczych. Decyzja taka zawsze przysługuje dyrektorowi, biorąc pod uwagę również dobro lekarzy. Trudno sobie wyobrazić przy tak dużej presji normalne wykonywanie obowiązków kierowniczych. Natomiast rozważania pracowników szpitala przed kamerami na temat „licznych nieprawidłowości” skutkowały tym, że w prasie mogliśmy przeczytać (Gazeta Wyborcza 30.11.2012 r.): „Lekarze zdegradowani za brak cesarki”. Gdzież w tym tytule, bądź tekście, znajduje się uczciwy przekaz, że zostali oni jedynie zawieszani w peł-

nieniu funkcji kierowniczej? Fatalne zachowanie się zarządu szpitala doprowadziło do publicznego przekonania o winie lekarzy, a tym samym może doprowadzić do niekorzystnego dla szpitala finału postępowania przed sądem cywilnym w sprawie o odszkodowanie.

Niestety, brak profesjonalizmu spotkał się tutaj z wszechotaczającą nas „żądzą krwi”. W cywilizowanym społeczeństwie najgorszy nawet bandzior ma prawo do sprawiedliwego i niezawisłego, czyli pozbawionego nacisków (w tym i medialnych), postępowania wyjaśniającego, dochodzenia, śledztwa czy też procesu. Zasady

sprawiedliwości rodem z „Dzikiego Zachodu” po prostu nie przystoją.

*Dr n. med. Tadeusz URBAN
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Śląskiej Izby Lekarskiej
(przedruk z „Pro Medici” nr 1/13)*

Od Redakcji

Ponieważ aktualnie toczy się postępowanie prokuratorskie, a ponadto sprawą zajmuje się Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Redakcja nie publikuje żadnego „rodzimego” komentarza w tej sprawie.

20 LAT PO REFORMIE...

Artykuł dedykuję śp. prof. Andrzejowi STECIWCE – pomysłodawcy tego tematu. Była to Jego ostatnia wypowiedź dla prasy

Komercyjne myślenie w ochronie zdrowia staje się koniecznością, a dobrym rozwiązaniem wydaje się być system mieszany, gdzie prywatną służbę zdrowia uzupełnia państwo – twierdzi Wesley Smith, jeden z najwybitniejszych amerykańskich ekspertów zajmujących się problemami systemów opieki zdrowotnej. Mija 20 lat od wprowadzenia reformy w ochronie zdrowia w Polsce. Bilans strat i zysków nie wypadł na zero. Różne punkty widzenia, różne przemyślenia... Jedno jest pewne – potrzebę zmian systemowych dostrzegają wszyscy.

20 lat temu ówczesny minister zdrowia dr Władysław Sidorowicz mówił w wywiadzie o sytuacji kryzysowej, odpłatnych procedurach, braku pieniędzy i konieczności debaty. Wynika z tego, że do dziś nie zrealizowano postulatów środowiska lekarskiego dopominającego się zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do min. 6% PKB. Cierpią na tym pacjenci i lekarze.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwo – śp. kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej UM we Wrocławiu: Problemy istniały, zostały dokładnie omówione, przedyskutowano co poprawić. To w gestii ówczesnego rządu leżało przyjęcie założeń reformy i rozpoczęcie etapowej ich realizacji. Nasze działania ograniczyły się tymczasem w głównej mierze do apeli, dyskusji. Nie podjęto przemyślanych rozwiązań. Brak konsekwentnego działania spowodował, że sytuacja zamiast się poprawić, uległa pogorszeniu. Nie do pomyślenia przed rokiem 1999 było limitowanie usług (czyt. limitowanie chorób, planowanie chorób) i w ślad za tym ograniczenia w finansowaniu. Dawniej przyjmowaliśmy wszystkich, udzielaliśmy świadczeń zdrowotnych, nie patrząc na to, czy ubezpieczony czy nieubezpieczony. Najważniejsze było ludzkie życie i zdrowie.

Jerzy Łuźniak – wicemarszałek województwa dolnośląskiego: Słowa ówczesnego ministra zdrowia dr Si-

dorowicza były prawdziwe, nie można ich jednak odnieść wprost do problemów, z którymi mamy do czynienia obecnie. Tamta wypowiedź dotyczyła innych realiów i odnosiła się do systemu ochrony zdrowia odziedziczonego po poprzednim ustroju politycznym. Ówczesna transformacja gospodarcza obnażyła wszystkie słabe strony systemu ochrony zdrowia. Niedoinwestowana, a w wielu przypadkach zdekapitalizowana infrastruktura, mnogość podmiotów finansowanych z budżetu i przestarzała aparatura diagnostyczna powodowały, że przy pozornej nieograniczonej dostępności usług, nie spełniały one oczekiwań pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Wprowadzone w 1999 roku dwie reformy: administracyjna i o świadczeniach zdrowotnych (utworzenie Kas Chorych) miały fundamentalne znaczenie dla obecnie funkcjonującego systemu.

Dr Wiktor Wolfson – przewodniczący Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska: Fundamentalne znaczenie, bo dotyczy wszystkich świadczeniodawców, ma niedoszacowanie procedur medycznych. Przyczyną tego stanu rzeczy jest brak rzetelnego obliczenia kosztów świadczeń. To stąd biorą się gigantyczne długi szpitali, brak dostępu do niektórych specjalności, wieloletnie kolejki do specjalistów. Korzystną zmianą po reformie było umożliwienie prywatyzacji POZ w oparciu o praktyki lekarzy rodzinnych, lekarzy chorób wewnętrznych i pediatrów, finansowanej wg tzw. systemu kapitałowego. Zarówno POZ, jak i działające w jej ramach praktyki lekarzy rodzinnych, to dziedziny, które najszybciej się sprywatyzowały dzięki prostym zasadom kontraktowania i finansowania dającej szansę stabilnego rozwoju. Nie bez znaczenia jest udział w procesie modernizacji ambulatoryjnej opieki medycznej organizacji pracodawców opieki zdrowotnej i lekarzy rodzinnych, którzy starają się skutecznie współdecydować o warunkach organizacji i funkcjonowania tego segmentu leczenia. W zapowiadanych w czasie transformacji

zmianach w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej podkreślano konieczność policzenia kosztów systemu i wprowadzenie w życie zasady kierowania pieniędzy „za pacjentem”. Jak wiadomo nie zrealizowano tych zamierzeń. POZ to jedyny segment opieki medycznej, w którym wyboru dokonuje pacjent. W szpitalu i AOS pieniądze przekazywane są na podstawie konkursu ofert i stanowią one promesę na sfinansowanie kontraktu. Pacjent nie ma tu wielkiego wyboru, a w najlepszych placówkach staje się kłopotem, bo

generuje nadwykonania. Takie podejście eliminuje racjonalne kryteria wyboru, nie motywuje do poprawy jakości i kultury udzielanych świadczeń, kreuje wreszcie sztuczny popyt, bo jeśli wysoki kontrakt był dziełem szczęśliwego zbiegu okoliczności, to należy go zrealizować choćby dla poprawienia płynności finansowej firmy. Zabieganie o pacjenta zastąpione zostało walką w konkursie ofert o pieniądze. Przewodniczę związkowi od 8 lat, organizowałem też przychodnię POZ i specjalistyczną. Od początku największym problemem jest niestabilność systemu, niepewność uzyskania kontraktu, jego przeregulowanie i niedofinansowanie. Przed 20 laty autorzy reformy zakładali 11% PKB proporcjonalnie do średniej europejskiej, jako niezbędny poziom finansowania opieki zdrowotnej. Obecnie nie osiągnęliśmy połowy tej kwoty. Gdyby nie POZ z gęstą siecią praktyk w całym kraju ten system już dawno stałby się niewydolny.

Czy słuszna i sensowna jest propozycja ministra, aby prowadzić lokalną politykę zdrowotną? Uaktywnić bardziej lekarzy POZ?

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko: Uważam, że prezentowany przez ministra zdrowia pogląd jest bezsensowny. Główne zadanie szefa resortu to zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w skali całego kraju. Natomiast polityka zdrowotna jest prowadzona na dziś i teraz, a powinna dotyczyć rozwoju ochrony zdrowia w skali przynajmniej 15-20 lat. Do realizacji określonych celów minister powinien wykorzystywać lokalną politykę zdrowotną prowadzoną i finansowaną przez samorządy lokalne do urzędów marszałkowskich włącznie. U lekarzy rodzinnych i lekarzy POZ trzeba wprowadzić płacenie za podopiecznego w ramach kontraktu 30% per capita i 70% for service, bo to motywuje do działania. Równie istotnym jest fakt egzekwowania realizacji kompetencji lekarzy rodzinnych i lekarzy POZ.

Jerzy Łuźniak: Jest to słuszne rozwiązanie, niestety jego realizacja nie została rzetelnie przeprowadzona. Wyróżnić można dwa obszary, w których obowiązujące rozwiązania się nie sprawdzają. Po pierwsze – kompetencje i zależności pomiędzy poszczególnymi szczeblami samorządów. Po drugie – brak regulatora rynku usług zdrowotnych posiadającego realną władzę i kom-

petencje pozwalające na gromadzenie i analizę potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionów, w oparciu o które realizowana byłaby polityka zdrowotna. Przez to samorządowe jednostki ochrony zdrowia, zamiast współpracować ze sobą na płaszczyźnie optymalizacji jakości udzielanych świadczeń, adekwatnie do potrzeb pacjenta, konkurują ze sobą o kontrakty z NFZ. W naszej ocenie ta sytuacja wymaga pilnej zmiany i będziemy czynili starania, aby zapisy o kompetencji regulatora znalazły się w zapowiadanej Ustawie o zdrowiu publicznym lub nowelizacji Ustawy o działalności leczniczej.

Współpraca lekarzy rodzinnych z pacjentami przewlekle chorymi lekarstwem na kolejki do specjalistów? Co z finansowaniem?

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko: Musi istnieć bardzo ścisła współpraca pomiędzy lekarzami rodzinnymi, specjalistami oraz z oddziałami szpitalnymi, klinicznymi i innymi ośrodkami ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Kolejki do specjalistów powinny zniknąć bardzo wyraźnie w przypadku realizacji przez POZ wszystkich kompetencji lekarza rodzinnego przy założeniu, że wzrośnie stawka za podopiecznego POZ, co najmniej o 60- 80%, a w skali kraju powstanie ok. 18 tys. praktyk lekarzy rodzinnych. Trzeba umiejętnie i konsekwentnie realizować politykę zdrowotną, egzekwując od wszystkich realizacji zapisów, jakie zawarte są w kontraktach z NFZ.

A co z premiowaniem świadczeniodawców gwarantujących pacjentowi kompleksową opiekę (propozycja MZ)?

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko: To skuteczne i motywacyjne działanie. Zawsze podkreślałem, że finansowe premiowanie najlepiej wyposażonych praktyk lekarzy rodzinnych, oddziałów szpitalnych stanowi zachętę dla innych. Im więcej usług medycznych, im większa liczba leczonych pacjentów, im wyższa jakość świadczonych usług tym wyższe zarobki dla pracowników i dochody dla jednostki. Dziś jest odwrotnie. Muszą powstać standardy diagnostyki i leczenia różnych chorób zaakceptowane przez MZ. Nie zrealizowanie tych założeń wiąże się z problemami we właściwym funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wszystkie te rozwiązania funkcjonują od lat w wielu krajach UE. Mają mankamenty, ale należałoby je ulepszyć. Jedynie 11% PKB jest w stanie zabezpieczyć właściwe funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce. POZ w całości będzie oparty o praktyki lekarza rodzinnego sprawujące całodobową opiekę nad swoimi podopiecznymi.

Dr Wiktor Wolfson: W przypadku premiowania za jakość, kompleksowość arbitrem powinien być pacjent,

któremu nie wolno odbierać prawa wyboru, gdzie chce się leczyć. To jest raczej pomysł urzędników na dofinansowanie niektórych zadłużonych szpitali, potwierdzający jedynie fakt nierównego traktowania podmiotów. W większości krajów europejskich pieniądze idą za pacjentem. Jeśli chcemy się pozbywać patologii systemu pacjent musi wybierać i współdecydować. Teraz decyduje urzędnik na podstawie konkursu ofert i negocjacji. Premiowanie jednych a eliminowanie innych to jedna z patologii systemu. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej stworzono system rankingowania ofert. Lekarzy po I stopniu specjalizacji, których pani minister Kopacz uznała za specjalistów, wypchnięto z AOS przez to, że decyzją prezesa NFZ powodują zaniżenie rankingu poradni. Świadczeniodawcy, którzy zgłosili takich lekarzy, ryzykowali wypadnięciem z konkursu, a ci którzy ich zatrudniają, nie zgłosili, ryzykują utratą kontraktu. To bezsensowna, rabunkowa gospodarka.

Jerzy Łuźniak: Trudno jest nam się zgodzić z prezentowaną obecnie przez NFZ definicją kompleksowości, którą można przedstawić w następujący sposób: kontraktujemy pojedynczą specjalność i pacjenta sprowadzamy do jednego problemu zdrowotnego z danej specjalności – pacjent zostaje zbadany – o ile posiada inną dokumentację medyczną zostaje ona oceniona – wydaje się dodatkowe skierowania na diagnostykę lub do specjalisty z innej dziedziny i dopiero to daje podstawy do postawienia ostatecznego rozpoznania. Usługa ta uznawana jest przez NFZ za kompleksową, ale dla pacjenta sprowadzonego do przedmiotu z problemem zdrowotnym oznacza to konieczność ustawienia się w kolejce do badań diagnostycznych lub innego specjalisty, a następnie ponownie do pierwszej poradni. Uważamy, że tak pojęta kompleksowość w żaden sposób nie reprezentuje interesu chorego. W naszym rozumieniu pojęcie „kompleksowości świadczenia” dla pacjenta, to możliwość uzyskania pełnej wiedzy o stanie zdrowia możliwie w jednym miejscu i najkrótszym czasie, czego obecny system kontraktowania nie zapewnia. W naszej ocenie kompleksowość mogą zapewnić świadczeniodawcy oferujący możliwie szeroki wachlarz specjalności i dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym. Takich jednostek będzie mniej, ale zapewnią oni faktyczną kompleksową dostępność.

Uzdrowić sytuację... Od czego zacząć?

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Steciwko: Od najprostszych, spokojnych i szczególnie konsekwentnie prowadzonych etapów reformy, której założenia i program zostały opracowane przez ministra śp. Jacka Żochowskiego. Wycofać się z prowizorek, uzdrowić przepisy prawne i rozporządzenia wykonawcze do niektórych ustaw, wprowadzić państwowe, ale też prywatne Ka-

sy Chorych, przyjąć strategię na wiele lat podzieloną na etapy realizacji, która wdroży właściwe realizowanie reformy służby zdrowia w naszym kraju.

Dr Wiktor Wolfson: Należy zacząć od: oszacowania prawdziwych kosztów świadczeń medycznych, opracowania standardów medycznych, indywidualnych kart chipowych, informatyzacji procesu leczenia i raportowania. Ponadto trzeba zwiększyć kompetencje lekarzom POZ, konsekwentnie przekazywać uprawnienia z najdroższego poziomu leczenia szpitalnego do tańszego poziomu oddziałów dziennych, oddziałów 1 dnia i do AOS. Decentralizacja NFZ niewiele zmieni. Jeśli kompetencje zostaną przekazane funduszom wojewódzkim to dobrze. Jednak najważniejsze, aby wprowadzić konkurencję na rynku ubezpieczycieli. Bez dodatkowych ubezpieczeń nie dojdzie do zasadniczych zmian. Odciążony dzięki temu NFZ będzie mógł przeznaczyć więcej środków na refundację kosztów leczenia mniej zamożnych. Obraz opieki zdrowotnej w kraju może też pozytywnie zmienić przyznanie dodatkowego budżetu POZ na finansowanie konsultacji specjalistycznych i bliższą współpracę między lekarzem POZ a specjalistą, zwłaszcza kiedy potrzebna jest szybka konsultacja. To pozwoliłoby na usprawnienie procesu diagnostycznego i leczenia pacjentów. W naszym regionie testowano system, w którym lekarze POZ i rodzinni dysponowali pieniędzmi na opiekę specjalistyczną. Kiedy potrzebowali konsultacji, kierowali pacjenta do specjalisty i sami za to płacili. Lekarz POZ powinien móc wykonywać drobne świadczenia specjalistyczne, które byłyby opłacane w dodatkowym rozliczeniu.

Jerzy Łuźniak: Ustanowienie oddzielnej instytucji finansującej świadczenie usług zdrowotnych jest bardzo istotne z punktu widzenia aktualnych problemów występujących w systemie. Z jednej strony odpolityczniono wysokość środków finansowych przeznaczanych na realizację udzielanych świadczeń, wiążąc składkę zdrowotną z dochodami obywateli. Z drugiej strony jednak dochody NFZ związane zostały z zamożnością społeczeństwa i stały się podatne na wahania gospodarcze – z taką sytuacją mamy do czynienia obecnie. Wydaje nam się, że podczas aktualnych prac nad reorganizacją NFZ trzeba wprowadzić mechanizmy zabezpieczające interes pacjentów, np. poprzez możliwość zaciągania kredytów. W tym kontekście niezbędnym jest formalne ustanowienie wspomnianej już wcześniej instytucji organizatora opieki zdrowotnej, biorącej udział w procesie planowania zakupu i kontraktowania usług zdrowotnych. Gdyby takie mechanizmy istniały, wielu problemów, z którymi obecnie borykają się pacjenci i NFZ, można by uniknąć lub je złagodzić.

Magdalena ORLICZ-BENEDYCKA

(przedruk z „Medium” nr 2/13)

MÓJ „IDEALNY” SYSTEM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO – CZ. 2

Mimo wszystko, narażając się na miano niepoprawnego marzyciela, przedstawiam zarysy systemu CPD, zastrzegając jednak realistycznie, że to rodzaj bytu, a po części niebytu, wirtualnego, który może jednak ułatwić krytyczne spojrzenie na stan obecny. Przedstawione poniżej postulaty to przede wszystkim podstawa do dyskusji z jednym, zasadniczym pytaniem: jak to zrobić? Przy okazji nie mogę się oprzeć wyrażeniu prowokacyjnej, aczkolwiek opartej na wieloletnim doświadczeniu, opinii, że ów jeden, powszechny, „idealny system” powinien w zasadzie dotyczyć lekarzy samodzielnie praktykujących (pracujących poza zespołem). W szpitalach akademickich, mających swoje własne systemy bodźców i kryteriów ocen, jest on w istocie niepotrzebny, a jeśli już, to skonstruowany według innych szczegółowych zasad.

„Idealny” system kształcenia ustawicznego (doskonalenia zawodowego) lekarzy:

1. Powinien obejmować lekarzy wszystkich specjalności mających kontakt z pacjentem.
2. W zasadzie powinien być oparty na zdobywaniu punktów edukacyjnych. (Jest to system prosty i dlatego szeroko stosowany; niestety uspokaja sumienie tych, którzy organizują naukę, i uczących się, ale aby punkty odzwierciedlały prawdziwe efekty nauki, trzeba ów system bardzo skomplikować).
3. Ocena punktowa powinna być różna dla poszczególnych specjalności (różne wymagania punktowe w zależności od tego, czym zajmują się lekarze, np. interniści, chirurdzy, epidemiolodzy, dermatolodzy itp.).
4. Zdobyte punkty nie powinny być miarą czasu spędzonego na szkoleniu, ale odzwierciedlać jego wartość i wpływ na zmiany w praktyce. (Jest to niezmiernie trudne. Za pomocą odpowiednich kwestionariuszy można sprawdzić satysfakcję uczestników i przyrost ich wiedzy zaraz po wykładzie, ale znacznie trudniej sprawdzić, czy tę wiedzę wcielają w życie).
5. Powinien dopracować się obiektywnych metod oceny takiego kształcenia, którego celem byłoby nie tyle poszerzanie obszarów wiedzy, co poprawa praktyki.
6. Powinien być różny dla lekarzy pracujących samodzielnie i lekarzy pracujących w szpitalach. (Liczne badania wykazały, że na zmianę w postępowaniu praktykującego lekarza w głównej mierze wpływa środowisko pracy, dyskusje z kolegami, wspólne rozwiązywanie problemów. W tej sytuacji w najlepszej sytuacji znajdują się lekarze pracujący w zespole).
7. Powinien w pierwszym rzędzie służyć lekarzom pierwszego kontaktu i tym, którzy pracują samodzielnie. (Wprawdzie mamy dostęp do Internetu i zalew piśmiennictwa medycznego, ale to stwarza problem czasu i rozsądnej selekcji. Praktykowi należy więc pomóc. Oczywiście w środowisku medycznym zdarzają się jednostki samodzielne i twórcze, które zawsze dadzą sobie radę, ale większość przedstawicieli tego zawodu, tak samo jak innych uprawianych przez dorosłych ludzi zawodów, idzie chętnie wskazaną im drogą).
8. Powinien wynagradzać różne formy relacji lekarzy pierwszego kontaktu ze szpitalami, a szczególnie zajęcia warsztatowe (uczestnictwo w obchodach i posiedzeniach omawiających przypadki, dyżurowanie, łącznie z wykonywaniem zabiegów w specjalnościach zabiegowych itp.).
9. Powinien promować szkoleniowe grupy koleżeńskie.
10. Powinien wynagradzać lekarzy prowadzących szkolenia finansowo, punktami kredytowymi czy innymi „przywilejami”. (Poza wszystkim uczenie innych jest jedną z najlepszych form uczenia siebie. Chodzi tu nie o nauczycieli akademickich, ale o praktyków, np. ordynatorów, asystentów oddziałów szpitalnych, liderów grup samokształceniowych).
11. Powinien zawierać system szkoleń lekarzy szkolących. (Posiadanie wiedzy nie zawsze idzie w parze z umiejętnością jej przekazywania).
12. Powinien zawierać minimum programów obowiązkowych, uwzględniających specyficzne potrzeby kraju czy regionu (np. epidemiologia, medycyna katastrof itp.).
13. Powinien wynagradzać nowoczesne, niekonwencjonalne metody szkolenia (np. Internet).
14. Powinien wynagradzać znajomość piśmiennictwa.
15. Powinien zawierać ustawowe ułatwienia i zachęty (urlopy szkoleniowe i różne formy zwrotu lub obniżenia kosztów kształcenia, np. odpis od podatku).
16. Powinien zawierać jakieś zróżnicowane (zależnie od specjalności) formy „recertyfikacji” - to znaczy przynosić formalne korzyści lekarzom efektywnie się szkolącym.
17. Powinien w nim uczestniczyć odpowiedzialny płatnik, jak państwo lub Kasy Chorych (np. NFZ zy-

skalby długofalowe korzyści, choćby przez mniejszą liczbę hospitalizacji, gdyby zamiast karać za formalne błędy na receptach wspomagał kształcenie lekarzy POZ-ów).

18. Powinien być elastyczny, a więc posiadać gremium zdolne do bieżącej oceny różnych, wybiegających poza schematy i tradycje, przedsięwzięć edukacyjnych.

Na koniec uwaga: system taki, chociaż złożony i trudny, powinien być jednak atrakcyjny i rozsądny. Unikniemy wówczas demobilizującego wrażenia nadmiernej re-

presyjności. Słowo „idealny” umieściłem w cudzysłowie, co oczywiste, bo na obecnym etapie przedsięwzięciem idealnym byłaby jedynie poważna, twórcza dyskusja nad poszczególnymi punktami.

W wielu krajach, również w Polsce, wprowadzono lub debatuje się nad wprowadzeniem wielu wspomnianych wyżej elementów. Warto uczyć się na cudzych doświadczeniach, podążając szlakiem sukcesów, unikając łudzących manowców.

Krzysztof SCHREYER

(przedruk z „Pulsu” nr 2/13)

KLAUZULA SUMIENIA

Problem klauzuli sumienia, ze względu na kontrowersyjność tego pojęcia, jest przedmiotem ożywionej dyskusji nie tylko w środowisku medycznym i prawnym, ale i w społeczeństwie. W polskim systemie prawa klauzula sumienia jest zarówno pojęciem etycznym, jak i kategorią prawną, a więc oceniającą legalność podejmowanej praktyki lekarskiej. Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera również uregulowania dotyczące klauzuli sumienia. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy w Strasburgu przyjęło rezolucję potwierdzającą prawo lekarzy do opierania się w swych decyzjach na klauzuli sumienia. Aktualnie w mediach omawiana jest klauzula sumienia aptekarzy i dziennikarzy. Problemy te były przedmiotem rozważań Komitetu Bioetyki PAN.

Przestawiamy pismo członka tego komitetu, byłego członka Rady OIL w Warszawie i byłego rektora Akademii Medycznej w Warszawie, prof. dr Tadeusza Tołłoczko skierowane do przewodniczącego komitetu prof. dr Zbigniewa Szawarskiego.

Szanowny Panie Profesorze,
ponieważ prawo dopuszcza w określonych sytuacjach aborcję i diagnostykę prenatalną, procedury takie wykonywane będą legalnie, niezależnie od ich oceny moralnej. W tej rzeczywistości ujawnia się problem interpretacji klauzuli sumienia. Przedstawiam swoją interpretację, starając się, by wynikała z realizmu, ale bez konformizmu.

Tekst projektu „Stanowisko Komitetu Bioetyki (.)” w odniesieniu do problemu klauzuli sumienia odczytać można jako propozycję zwrócenia się Komitetu Bioetyki do polityków o prawne, a więc siłowe, rozwiązanie etycznego problemu lekarskiego sumienia i odpowiedzialności. Nie rozumiem, dlaczego Komisja Bioetyczna ma podporządkować normę etyczną normie prawnej?

Przypominam sobie dyskusje z okresu rozpatrywania przez Trybunał Konstytucyjny w 1992 r. zaskarżenia przez rzecznika praw obywatelskich Kodeksu Etyki Lekarskiej pod zarzutem niezgodności z prawem. Trybu-

nał, rozstrzygając tę sprawę, odrzucił podporządkowanie norm etycznych normom stanowionym przez państwo i stwierdził: „zbiory norm prawnych i norm etycznych nie pokrywają się [...] i tworzą dwa względnie niezależne od siebie kręgi. Nieuprawnione jest więc twierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi. To raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną. Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej”.

Szczególną wartość i znaczenie ma dla mnie stwierdzenie, że „etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej”. Myślę, że na tej zasadzie powinna się opierać działalność naszej komisji.

Klauzula sumienia uniezależnić więc powinna lekarza od administracyjnie, politycznie i światopoglądowo sterowanych presji zmuszających go do przyjęcia postawy koniunkturalnej, a konformizm i koniunkturalizm stał się współcześnie niemal powszechną i skuteczną metodą na życiowe sukcesy.

Trudno mi się też zgodzić z wydaniem legislatorom, przez ogólnikowe sformułowania, zgody „in blanco” na zakładanie kleszczy na sumienie odmiennie niż oni myślących lekarzy, o odmiennym światopoglądzie. Byłaby to niebezpieczna decyzja, na którą powoływaliby się legislatorzy po opracowaniu nawet niezgodnego z etyką przepisu. Myślę tu oczywiście o ustawodawstwie, a nie prawodawstwie. Oczekiwałem, że komitet sam określi, jakie kroki należy podjąć, by były skuteczne i moralnie uzasadnione. W ten sposób można uniknąć wydania zgody w ciemno na każdą decyzję legislatorów.

Wyobrażam sobie, co by było, gdyby to legislatorom próbowano w jakikolwiek sposób ograniczyć swobodę myśli i narzucić wyłącznie etyczne rozwiązanie problemu.

Sumienie jest nierozłącznym atrybutem człowieczeństwa i cechą tylko ludzkiej natury. Jakiegokolwiek ograniczanie kierowania się sumieniem oznaczałoby przejście do niższego od ludzkiego poziomu.

Sumienie posiada i posiadać może granice, ale tylko etyczne, a nie prawne. Dlatego klauzula sumienia nie daje podstaw do jakiegokolwiek formy przemocy lekarza wobec chorego.

Nie daje też podstaw do jakiegokolwiek formy przemocy prawodawców wobec lekarskiego sumienia. W sumienie lekarza, jako człowieka, nie można ingerować ani też go ignorować.

Zdaję sobie sprawę, że klauzula sumienia nie ma charakteru obiektywnego i że sumienie nasze nie jest formą doskonałą, bowiem jesteśmy na takim poziomie intelektualnej biegłości, sprytu, chytrłości, sprawności, zręczności, umiejętności i wyszkolenia, że potrafimy już nie tylko innych, ale nawet i siebie samego przekonać do wszystkiego, co nam jest potrzebne, bez względu na etyczną tego wartość.

Na problem ten w sposób szczególny powinni być uczuleni członkowie wszelkich komisji etycznych, bo sumienie ma być przecież bezkompromisowym obrońcą prawdy i dobra.

Myślę, że problem trudności w skorzystaniu ze świadczeń z zakresu medycyny reprodukcyjnej i diagnostyki prenatalnej został sztucznie stworzony, wyolbrzymiony i nagłośniony, zwłaszcza że są to zdarzenia rzadkie. Niewątpliwie ich znaczenie i waga są znacząco duże.

Rozwiązanie tego problemu jest tak proste, że zagadką pozostaje fakt, dlaczego, mimo swej prostoty, problem ten nie został rozwiązany.

Proste organizacyjne rozwiązanie polega na umożliwieniu swobodnego skorzystania ze świadczeń lekarzy, którzy nie odczuwają konfliktu sumienia w tej dziedzinie. Nie ma żadnej trudności w zorganizowaniu „pełnoprofilowych” gabinetów, poradni i oddziałów udzielających tego rodzaju świadczeń. Lekarze tych organizacyjnych jednostek z pewnością się na takie rozwiązanie zgodzą, bowiem uzyskiwać będą z NFZ przewidziane prawem dotacje. Zniknie też problem odmowy udzielania tego typu świadczeń przez lekarzy z powszechnej służby zdrowia, a udzielania w praktyce prywatnej.

Jeszcze chętniej problem ten rozwiążą prywatne jednostki organizacyjne otrzymujące refundacje z NFZ. Będzie to dodatkowo zgodne z realizowaną koncepcją prywatyzacji ochrony zdrowia.

W ten prosty sposób uniknęłoby się stosowania presji administracyjnych i kaleczenia sumień, ze wszystkimi tego następstwami, a świadczeniobiorcy bezproblemowo zostaliby załatwieni. Sprawy z tego zakresu są trudne, dotkliwe i przykre, ale na szczęście stosunkowo rzadkie, co ułatwia rozwiązanie organizacyjne.

Tworzyć należy taką rzeczywistość, w której sumienie obywatela nie będzie prawnie ograniczane lub nawet prawnymi przepisami kaleczone. Zniknie wówczas problem gry z władzami i władzy z lekarzami, pojedynków z myślami, walki lekarza ze sobą. Chodzi o to, by lekarz jako człowiek nie przestał być sobą. Nie tylko chory, ale

i lekarz jest człowiekiem, którego obejmują zasady Deklaracji Praw Człowieka.

Piękno i harmonia życia uwarunkowane są m.in. zgodą z własnym sumieniem. Natomiast każda władza ma niezliczone możliwości łamania ludzkich sumień i zmuszania do konformizmu, chociażby decyzjami finansowymi czy groźbą zwolnienia z pracy.

W systemach totalitarnych wychowanie młodzieży polegało właśnie na zaplanowanym systemie łamania sumień. Skutki tego są i tragiczne, i dalekosiężne.

Czego możemy się spodziewać od ludzi, którym zraniono sumienie? Z pewnością stracą oni wiarę w istnienie wolności i prawdy, w sumienie innych ludzi i urzędów, zwłaszcza w środowisku, w którym funkcjonują, i państwie, w którym żyją.

Czy można się spodziewać, że osoba zmuszona różnymi metodami do konformizmu i z okaleczonym sumieniem będzie nadal postępowała moralnie, czy najwyżej zgodnie z prawem?

Stopień wielości, wielorakości i złożoności wielu problemów moralnych, kreowanych przez postęp naukowy i technologiczny, oraz niedostatek finansowy ochrony zdrowia jest tak wielki, że sumienie może tracić orientację. W tej sytuacji etyka stwarza szanse na prawidłowe rozwiązania.

W rodzimej ochronie zdrowia brak równowagi między finansowaniem a obowiązkami, a im mniej pieniędzy, tym więcej pułapek na nasze lekarskie sumienie. Po co więc stwarzać nowe?

Jeśli z mocy prawa zmusza się kogoś do niegodziwego w jego ocenie czynu, łamiącego jego sumienie, mimo istniejących możliwości uniknięcia takiej sytuacji, oznacza to, że jest w tym jakiś inny, ukryty cel.

Myślę, że raczej w wyniku nieużywania sumienia niż jego nadużywania doszło do pomieszania pojęć prawdy i kłamstwa, dobra i zła, uczciwości i nieuczciwości, a nawet przyzwoitości i nieprzyzwoitości. Satyrycy mówią, że ktoś ma czyste sumienie, bo nieużywane.

Sumienie straci swą wartość, jeśli wypełnione zostanie papierami z wydrukowanymi paragrafami, a nie zasadami moralnymi. W takiej sytuacji z łatwością może błądzić podporządkowując się wyłącznie treści paragrafów prawa.

Zawarte w piśmie stwierdzenie: „*Komitet stanowczo sprzeciwia się jednak przypadkom nadużywania lub korzystania z klauzuli sumienia wbrew przepisom ustawy, z pogwałceniem fundamentalnych praw reprodukcyjnych polskich pacjentek i pacjentów*”, wyraża w swej treści oskarżenie lekarzy o to, że nie chcą podporządkować swego sumienia legislatorom. Raz jeszcze podkreślę, że nie będzie żadnej potrzeby zmuszania lekarzy do działania wbrew własnemu sumieniu przy chęci bezkolizyjnego organizacyjnego rozwiązania tego problemu. Dlaczego więc w publikatorach rozważa się tylko drogę ograniczania sumienia? Wyrażać to może za-

mierzone narzucanie jedynie słusznego światopoglądu. Osobiście wspierałbym współpracę ludzi o różnych światopoglądach w poszukiwaniu bezkolizyjnego rozwiązania, które w konkretnym przypadku, jak wykazałem, jest niezwykle proste. W ten sposób wolność światopoglądowa i pluralizm przekonań nie będą tylko wyborczą obietnicą.

Swoje uwagi uzasadnię znanymi mi jeszcze z lat licealnych sentencjami klasyków rzymskich, którzy mawiali: „*Ius est quod iustum est*” - *prawem jest to, co jest prawe*, a nie to, co mówią legislatorzy. I dlatego „*Non*

omne licitum honestum” - *nie wszystko, co jest zgodne z prawem, jest godziwe*, bowiem „*Non veritas, sed auctoritas facit legem*” - *nie prawda, lecz władza stanowi prawo*. A z władzą, jak wiemy, różnie bywa.

Ale nie o polemiczne argumenty tu chodzi, lecz o prawdę.

Tadeusz TOŁŁOCZKO

PS Niedawno przeczytałem w Internecie, że amerykańscy farmaceuci ze stanu Washington uzyskali prawo do klauzuli sumienia.

(przedruk z „Pulsu” nr 6-7/12)

UMIERANIE CAŁKIEM BEZ SENSU

Odkąd zajmuję się pisaniem o zdrowiu, a przede wszystkim o chorobach nowotworowych, wiem, czytam i słyszę, że problem raka szyjki macicy w Polsce jest chyba nie do rozwiązania. Już ze 30 lat temu mówiło się o tym, że w takiej na przykład Finlandii raka szyjki nie ma i lekarze przyjeżdżają go oglądać w Polsce. W Finlandii bowiem 100% kobiet poddaje się cytologicznym badaniom skringingu populacyjnego. U nas, według sprawozdania z realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, zaledwie ok. 27%. Tymczasem w Polsce na raka szyjki macicy zapada rocznie ok. 3200 kobiet, umieralność od roku 2001 kształtuje się na stałym poziomie 1800 zgonów rocznie. Standaryzowany współczynnik umieralności w Polsce wynosi 5,3, podczas gdy w „starej” Unii zaledwie 1,6. Najlicniejszą grupę wśród tych, które umierają na raka szyjki (RSM), stanowią jeszcze młode, aktywne życiowo kobiety między 50. a 59. rokiem życia.

Ten nierozwiązywalny problem postanowiła przeanalizować powołana rok temu Polska Koalicja na

rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy, zrzeszająca już ponad 60 organizacji, instytucji i osób, reprezentujących sektor publiczny, samorządowy, pozarządowy i prywatny, które postanowiły doprowadzić do znacznego ograniczenia zachorowalności na RSM w Polsce i zmniejszenia do 2020 r. liczby zgonów o połowę. Koalicja powołała wybitnych specjalistów z różnych obszarów medycyny i życia publicznego, którzy w ramach kilku zespołów eksperckich opracowali raport „*Rekomendacje kompleksowych zmian w obszarze profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce*”. Dokument został przedstawiony szerszej opinii publicznej w Sejmie, podczas debaty „*Zdrowa kobieta - silna Polska. Bądź dla siebie najważniejsza*”. Abstrahując od tytułu debaty (znów ktoś chce, żeby na nas, kobietach, stała cała Polska i w dodatku silna), dane zawarte w raporcie są wręcz fascynujące, o ile nie porażające.

Przed wszystkim, jak powiedział prof. Ryszard Połęba, przewodniczący Rady Programowej Koalicji RSM,

to choroba zupełnie niepotrzebna i może zniknąć, tak jak choroba Heinego-Medina, należy tylko pomyśleć o RSM w perspektywie dwudziestoletniej. Nowoczesna, skuteczna profilaktyka raka szyjki macicy powinna zasadzać się na trzech filarach: edukacji, szczepieniach i badaniach cytologicznych. W zasadzie proste, więc dlaczego do tej pory, jak mówią zwięźle i obrazowo budowlańcy – „awykonalne”?

Edukacja

Z badań zrealizowanych w 2010 r. przez Millward-Brown SMG/KRC wynika, że aż 97% ankietowanych kobiet w wieku 29-59 lat wiedziało, że regularne badania cytologiczne mogą uchronić przed rakiem szyjki macicy, a 81% słyszało o bezpłatnych badaniach skringingowych. Jednak od „wiedzieć” do „badać się” droga daleka, skoro, jak wspomniałam, na badania zgłasza się zaledwie 27% kobiet. Eksperci twierdzą, że przyczyną jest m.in. niespójna strategia komunikacji z pacjentkami i strasząca konstrukcja przekazu edukacyjnego. Z badań przeprowadzonych na zlecenie firmy Siemens w 2011 r. wynika z kolei, że kobiety, które wykonują regularnie badania cytologiczne, i te, które tego nie robią, identycznie określają swój strach przed rakiem. Czyli to nie budzące lęk apele mogą zmobilizować kobiety do działania, nie plakaty z trumną. (Sama kiedyś, podczas konferencji, oprotostowałam reklamę, której treść brzmiała: „Codziennie pięć kobiet umiera na raka szyjki macicy, wśród nich możesz być ty”. Żeby przekaz nie budził lęku, powinien podkreślać: „ty nie musisz być wśród nich”).

Według raportu Koalicji na rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy inne kluczowe ograniczenia w edukacji to m.in. brak zdefiniowanej roli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologów i pediatrów w budowaniu świadomości profilaktyki RSM. Zgodnie z wynikami cytowanych badań SMG/KRC tylko co trzecia kobieta jest zachęcana przez ginekologa do przeprowadzenia badania, a lekarze POZ nie mają czasu na omawianie profilaktyki nowotworowej i edukowanie pacjentek. Nie

mówiąc już o pediatrach, którzy nie informują rodziców o zaletach szczepionki przeciwko wirusowi HPV. Jest to niezgodne z rekomendacjami europejskimi. W tym punkcie autorzy raportu proponują konkretne rozwiązanie: opracowanie kodeksu profilaktyki RSM dla lekarzy POZ i pediatrów, przygotowanie poradnika na temat budowania i prowadzenia profilaktyki RSM z uwzględnieniem elementów komunikacji społecznej - nie straszyć, nie budować asocjacji między rakiem szyjki a śmiercią (w znacznym stopniu udało się to w przypadku raka piersi), umocnić postawę: badam się, bo chcę. Furorę na konferencji zrobiła metafora użyta przez dziennikarkę Jolantę Fajkowską: kiedy w samolocie rozhermetyzowuje się kabina i spadają maski, przede wszystkim należy założyć maskę sobie!

Badania cytologiczne

Mówiąc o bardzo niskiej zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne, autorzy raportu podkreślają, że ocena efektywności Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania RSM jest... niemożliwa, ponieważ brak wiarygodnych danych. Rejestry w Polsce nie uwzględniają bowiem kobiet, które wykonały badania prywatnie lub w ramach AOS. Są bazami zamkniętymi i nie ma między nimi przepływu danych. Uwierzyłabym w możliwość niedorejestrowania, gdyby nagle okazało się, że spada śmiertelność na RSM, ale w sytuacji gdy od lat utrzymuje się na stałym poziomie, raczej trudno przyjąć wyjaśnienie, że kobiety nagle masowo zaczęły udawać się na prywatne badania. Mimo wszystko autorzy raportu rekomendują zmiany w organizacji systemów informacyjnych w taki sposób, by umożliwiały efektywną wymianę informacji między rejestrami.

Z kolejnych badań (Spaczyński M. i wsp.) wynika, że jako główną przyczynę niezgłaszania się na skriningowe badania cytologiczne kobiety podają brak czasu (24%), opiekę „stałego” ginekologa (23%), „nie lubię się badać” (15%) i w dalszej kolejności - fakt, że mają daleko do gabinetu ginekologicznego, brak daty i godziny na zaproszeniu. Tu znowu kółko się zamyka i wracamy do potrzeby właściwej edukacji i komunikacji. W raporcie proponuje się zatem zmianę formuły listu zapraszającego na badanie w kierunku „listu fińskiego”, uwzględniającego dokładną datę badania, wyjaśnienie, na czym ono polega, i informacje, że zajmuje tylko krótką chwilę. Sądzę, że nie trzeba tak daleko szukać, podobne listy od kilkunastu lat otrzymują wszystkie mieszkanki warszawskiego Ursynowa w ramach - na początku - badania pilotażowego, obecnie już przesiewowego.

Autorzy raportu rekomendują poprawę dostępności badań cytologicznych przez m.in. umożliwienie, a więc kontraktowanie, przeprowadzania badań przez położne (od 2008 r. mają prawo je wykonywać) i certyfikowane pielęgniarki (ok. 1000 posiada certyfikaty WOK upraw-

niające do samodzielnego wykonywania cytologii), a także dopuszczenie realizacji skriningu w cytobusach.

Szczepienia przeciw HPV

Rodzina *Papillomaviridae* obejmuje ponad 100 typów wirusa brodawczaka ludzkiego. Typy 16, 18 i 45 powodują 90% przypadków raka gruczołowego i 73% raka płaskonabłonkowego szyjki macicy. To chyba wystarczający powód do zmiany strategii profilaktyki raka szyjki macicy - po raz pierwszy w historii medycyny jest możliwość wyeliminowania głównego czynnika powodującego powstanie konkretnego nowotworu. Jeśli komuś mało, można dodać, że nie bez powodu za odkrycie mechanizmów ontogenezy wirusa HPV Harald zur Hausen dostał w 2008 r. Nagrodę Nobla. Ale to wiadocznie nie wystarcza, skoro ciągle w Polsce pojawiają się opinie, że szczepionka sprzyja rozwiązłości i wczesnej inicjacji seksualnej. Trudno mi uwierzyć, że to właśnie ta iniekcja popychać będzie jedenastoletnie dziewczynki w ramiona równie nieletnich chłopców, ale i ten argument pojawił się w Sejmie przy okazji prezentacji raportu. Dziennikarka Katarzyna Dowbor, która kupiła szczepionkę córce na urodziny, opowiedziała, że w podwarszawskiej gminie, gdzie mieszka, samorząd postanowił sfinansować szczepionki wszystkim dziewczętom, ale nie zgodzili się rodzice. Ktoś inny przytoczył argument, że Finlandia opanowała RSM, zanim wynaleziono szczepionkę.

Szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego w formie zalecenia wprowadzono do Programu Szczepień Ochronnych, ale nie są finansowane z budżetu państwa. Koszt trzech dawek to ok. 1500 zł; nie jest to mało. Dwie trzecie badanych twierdzi, że nie stać ich na zakup tak drogiej szczepionki. Rozwiązania są następujące: rozszerzenie o szczepienia NPZChN i zintegrowanie go z Populacyjnym Programem Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, a nadzór nad całym programem „Matka - cytologia, córka - szczepienia” sprawowałoby Ministerstwo Zdrowia (koszt rozliczany przez NFZ); szczepienie w ramach listy refundacyjnej oraz włączenie szczepień przeciw HPV do kalendarza szczepień, co oznacza dwukrotne zwiększenie kwoty przeznaczonej na realizację szczepień obowiązkowych (obecnie ok. 83 mln zł). I wreszcie - można rozważać finansowanie szczepień w ramach budżetów samorządowych, co już jest praktykowane. Czyli jak zwykle chodzi też o pieniądze, czyli całkowitą zmianę finansowania i organizacji systemu profilaktyki RSM. Bez tego wszystkiego kobiety nadal będą umierały na raka szyjki macicy całkiem bez sensu.

Anna MAZURKIEWICZ

(przedruk z „Pulsu” nr 11/12)

FAKTY I KONTROWERSJE

Choroby związane z nadwrażliwością alergiczną stanowią współcześnie dotkliwą plagę naszej cywilizacji, a wielu określa je mianem epidemii XXI wieku. Należałoby przypomnieć, że zaburzenia patologiczne, zwane dzisiaj alergicznymi względnie atopowymi, były co prawda opisywane w starożytnej Babilonii (nietolerancja białka jaja) i Egipcie (wstrząs po użądleniu pszczoły), ale jeszcze w początkach XX wieku, gdy odkrywano zjawiska anafilaksji, uchodziły raczej za ciekawostkę z dziedziny patologii i nie stanowiły poważniejszego problemu. Począwszy od lat 50. minionego stulecia liczba alergików zaczęła się powiększać w tempie przyspieszonym, podwajając się niemal w każdym dziesięcioleciu.

Obecnie sytuacja stała się nad wyraz niepokojąca, szczególnie w Ameryce Północnej, Australii i w krajach Europy Zachodniej. W USA np. liczba chorych na astmę podwoiła się w ciągu 15 ostatnich lat i wzrosła o 7,8 mln osób między 1980 a 1996 rokiem. W roku 1998 chorowało na astmę w tym kraju już 17,3 mln obywateli. Zdaniem badaczy amerykańskich i zachodnioeuropejskich zwiększającą się stale częstość występowania chorób alergicznych spostrzega się przede wszystkim w krajach zamożnych z wysoko rozwiniętą cywilizacją techniczną. Przytoczone dane pozwalają wykazać, że rzeczywiście mamy w chwili obecnej do czynienia z epidemicznym narastaniem częstości chorób atopowych, a zatem istnieją powody do uzasadnionego niepokoju o przyszłość.

Bieżąca sytuacja związana z narastaniem problemów dotyczących nadwrażliwości typu alergicznego jest powodem coraz większego zapotrzebowania na specjalistyczne, w pełni profesjonalne usługi w tym zakresie, bywa jednak również, niestety, okazją do nadużyć i przekłamań wynikających zarówno z braku podstawowej wiedzy w tym zakresie, jak i ze stosowania tzw. alternatywnych metod diagnostyki i terapii. Problem jest rzeczywiście złożony i wymaga szerszego omówienia. Dotyczy on zarówno podejmowania leczenia alergii przez lekarzy o niewystarczającej wiedzy i kompetencjach, np. immunoterapii alergenowej, jak i rozpoznawania fałszywie dodatniej lub ujemnej choroby alergicznej, wynikającej z błędów popełnianych na różnych etapach diagnostyki, począwszy od źle przeprowadzonego wywiadu, źle dobranych i wykonywanych badań aż do coraz popularniejszych, również w środowiskach lekarskich, metod medycyny alternatywnej.

Pytanie, czy pacjent jest alergikiem, jest podstawowym na które powinien odpowiedzieć lekarz. Z codziennej praktyki alergologicznej wynika, że odpowiedź nie zawsze jest łatwa, a błędnie postawione rozpoznanie niesie za sobą daleko idące konsekwencje zdrowotne. Dotyczy to sytuacji zarówno nierozpoznania nadwrażliwości typu alergicznego tam, gdzie ona rzeczywiście jest przy-

czyną uporczywych dolegliwości, jak również, co zdarza się częściej, leczenia rzekomych alergii u osób z zaburzeniami czynnościowymi.

Doskonałym przykładem obrazującym skalę problemu jest alergia pokarmowa. Alergia pokarmowa jest definiowana jako niepożądana reakcja o podłożu immunologicznym w odpowiedzi na spożywany pokarm. Nie jest ona sensu stricto chorobą, a raczej zjawiskiem patofizjologicznym obejmującym różne narządy i tkanki, którego klinicznym wyrazem może być występowanie takich chorób alergicznych jak zespół atopowego zapalenia skóry (ZAZS), pokrzywka, astma czy stany chorobowe przewodu pokarmowego. Alergia pokarmowa jest postacią nadwrażliwości, która może szczególnie zagrażać wystąpieniem niebezpiecznych dla życia powikłań. Faktem bowiem jest, że – według danych pochodzących z oddziałów intensywnej terapii Stanów Zjednoczonych i Wlk. Brytanii – obserwuje się wzrost przypadków wstrząsów anafilaktycznych indukowanych uczulającym działaniem pokarmów. Podczas sesji „Alergia – morderca” dr Brunello Wuthrich z Zurychu przedstawił dramatyczny przebieg reakcji anafilaktycznych na orzeszki ziemne, owoce morza, seler i dania kuchni chińskiej, jakie w ostatnich latach obserwuje się coraz częściej w różnych państwach. Zatem symptomatologia alergii na pokarm ma różne oblicza i może manifestować się objawami nagłymi i niebezpiecznymi, łagodnymi i jednocześnie przewlekłymi, pozornie niezwiązanymi ze spożywaniem pokarmem dotyczącymi różnych narządów.

W Stanach Zjednoczonych w co drugiej rodzinie istnieje przekonanie, że jeden z jej członków wykazuje nadwrażliwość alergiczną na pokarmy. Badania diagnostyczne wykonane na dużej populacji brytyjskiej, gdzie około 20% badanych uważało się za alergików, a część z nich nawet była leczona drastycznymi dietami eliminacyjnymi, tylko u 2% wykazały alergiczne tło dolegliwości. Innym – odmiennym – przykładem jest ogromna rzesza chorych cierpiących z powodu zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. W badaniach na populacji włoskiej chorzy kwalifikowani pierwotnie jako „dyspepsja czynnościowa” czy „zespół jelita drażliwego” mieli w części przypadków alergię na pokarmy manifestującą się przewlekłymi zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego. Zatem w alergii pokarmowej istnieje problem zarówno przeceniania tego zjawiska, jak i niedoceniania go przez lekarzy różnych specjalności. W praktyce najczęściej problemów stwarzają objawy, których na wstępie nie podejrzewa się o etiologię alergiczną. Ich przewlekłość lub nieskuteczność zalecanego leczenia powinny skłonić lekarza do podejrzeń o alergiczne tło dolegliwości związanych na przykład z nawracającymi nieżytami dróg oddechowych lub przewlekłymi

dolegliwościami ze strony innych narządów. Ważne zatem jest zobiektywizowanie dolegliwości, ich sklasyfikowanie i ustalenie rozpoznania, a dopiero potem poszukiwanie alergicznej przyczyny choroby. Dobrze zebrany wywiad ma zatem ogromne znaczenie. Alergiczna przyczyna staje się bardzo prawdopodobna, gdy udokumentujemy immunologiczny mechanizm występujących objawów. Aby jednak uzyskać taki dowód, konieczne jest wykonanie badań dodatkowych, np. punktowych testów skórnych, alergenowo swoistych IgE, a w pewnych przypadkach prób prowokacyjnych.

Kolejnymi pytaniami, na które trzeba udzielić odpowiedzi, są: na co pacjent jest uczulony i czy to, na co jest uczulony, tłumaczy jego objawy. Obok uznanych i sprawdzonych metod wykrywania uczulenia w praktyce stosuje się również metody, których wartość jest dyskusyjna lub wręcz żadna. Lekarz w postępowaniu diagnostycznym powinien posługiwać się zalecanymi metodami o potwierdzonych wartościach diagnostycznych. Winny one wynikać z racjonalnej wiedzy o chorobie, zawierać wskaźniki, których rola w patologii choroby jest uznana i ściśle określona, posiadać wysoką czułość i swoistość oraz być pozbawione subiektywnych elementów oceny. Istnieje grupa badań referencyjnych, uznanych zarówno przez europejskie, jak i amerykańskie towarzystwa naukowe stosowanych w alergologii, ukierunkowanych na wykrywanie nadwrażliwości typu alergicznego, takich jak różnego rodzaju testy skórne, badania surowiczych immunoglobulin czy swoiste próby prowokacyjne, ekspozycyjne, diety eliminacyjne, które zwykle rozwiewają wszelkie powstałe wątpliwości.

W przypadkach trudnych diagnostycznie wykonuje się w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach skomplikowane badania, takie jak test degranulacji i uwalniania histaminy, test zahamowania migracji, test transformacji blastycznej limfocytów czy nowe techniki mapowania IgE w testach mikrooznaczeń.

Niekiedy chorzy postępują nieracjonalnie i korzystają z zupełnie bezwartościowych, ale mocno reklamowanych metod tzw. medycyny alternatywnej. Metody medycyny alternatywnej, choć nie mają racjonalnego uzasadnienia i empirycznie potwierdzonej wartości, cieszą się szybko wzrastającą popularnością. Przyczyną tego zjawiska, szczególnie widoczną w Polsce w ostatnich latach, jest wysoce komercyjne podejście do medycyny. Sprawia ono, że lekarze skłaniają się do posługiwania metodami niesprawdzonymi (test prowokacji-neutralizacji, ALCAT-test), niezalecanymi (alergenowo swoiste IgG i IgG4) lub innymi, które w przypadku diagnostyki alergologicznej są bezwartościowe (np. analiza chemiczna włosów). Szkody wynikające z takiego postępowania polegają nie tylko na opóźnieniu właściwego rozpoznania, ale również stosowaniu zaleceń opartych na błędnej diagnozie, co prowadzi do daleko idących konsekwencji zdrowotnych.

*Prof. dr hab. n. med. Zbigniew BARTUZI
kierownik Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii
Klinicznej i Chorób Wewnętrznych CM UMK*

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 6–7/12)

NANOTECHNOLOGIA I NANOTOKSYKOLOGIA

Nanotechnologia, a zwłaszcza nanotoksykologia są pojęciami stosunkowo nowymi. Nanotechnologia to technologia XXI wieku, przynosi nowe, wartościowe rozwiązania techniczne, ale zwłaszcza lekarze muszą pamiętać, że w ślad za postępem idzie działanie toksyczne wytworzonych nanocząstek. Te problemy stały się jednym z tematów V Ogólnopolskiego Zjazdu Naukowego Toksykologów Klinicznych, który odbył się w Lublinie w dniach 7 – 9 września 2012 r. Podstawowe problemy z tym związane, przedstawił w swoim trudnym, ale jednocześnie bardzo ciekawym wykładzie „Nanotoksykologia” dr med. Piotr Hydzik, kierownik Kliniki Toksykologii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W 1959 r. Richard Feynman, fizyk, laureat nagrody Nobla, użył po raz pierwszy, określenia „nanotechnologia”. Określana ona jest czasem wytwarzaniem molekularnym lub nanotechnologią opartą na produkcji molekularnej. Nanotechnologia jest produkcją z wykorzystaniem technologii umożliwiającą osiągnięcie bar-

dzo dużej dokładności i wyjątkowo małych wymiarów cząsteczek, tzn. precyzji rzędu 1 nm (10 do minus 9 metra, czyli 1 nm jest milion razy mniejszy od milimetra). W przetwarzaniu materiałów najmniejszy uzyskany rozmiar jest wielkości 1 atomu lub cząsteczki (rzędu wielkości 0-1, 0-2 nm). Techniki jego pomiaru i kontroli muszą być precyzyjne i sięgać wielkości 1 nm. Dla porównania rzędu wielkości wirus grypy ma 25 nm, DNA 2 nm, atom krzemu 0,2 nm.

W 1990 r. opatentowano pierwsze nanomateriały z węglowych nanorurek. Od tego czasu corocznie zwiększa się liczba dostępnych w handlu produktów wykorzystujących nanotechnologię. Takie rozdrobnienie powoduje, że materiał może się zachowywać zupełnie inaczej niż w formie dużej bryły. Dzięki temu można tworzyć bardziej wytrzymałe materiały kompozytowe, czyli powstające z połączenia różnych tworzyw albo miniaturyzować urządzenia elektroniczne.

Z czasem okazało się, że wytworzone w tej technologii cząsteczki działają toksycznie i wkrótce powstała nowa gałąź medycyny – nanotoksykologia, zajmująca się badaniami ewentualnych toksycznych właściwości nanomateriałów. W miarę jak przybywa wiedzy na temat nanomateriałów, staje się coraz bardziej oczywiste, że miewają one również niebezpieczne właściwości. Nanocząsteczki są wysoce reaktywne, łatwo ulegają dyspersji w powietrzu i wodzie. Mechanizm toksyczności nanocząstek polega na ich penetracji w struktury komórkowe. Są 3 drogi ich wchłaniania: pokarmowa, inhalacyjna, przezskórna. Wiele badań wskazuje na większą toksyczność nanometali przy narażeniu doustnym.

Co prawda, Komisja Europejska w oświadczeniu wydanym 3 października 2012 r. uspokaja, że nie ma powodu do alarmujących ostrzeżeń przed stosowaniem nanotechnologii, ale jednocześnie stwierdza, że przy obecnym stanie wiedzy określenie wszystkich zagrożeń może być bardzo trudne.

Nanotechnologia coraz śmielej wkracza też do medycyny. W 1985 r. odkryto nową formę węgla – fulereny, są to cząsteczki węgla C₆₀, C₇₀, C₇₆, C₈₄ o różnych rozmiarach i wadze. Fulereny, jako bardzo dobre anty-

oksydanty, będą stosowane w medycynie, aby zapobiegać zniszczeniu i śmierci komórek w wyniku procesu utleniania, jak również będą używane w konserwowaniu żywności, zapobieganiu rozkładowi plastyku czy korozji metali. Fulereny okazały się 100 razy skuteczniejsze niż obecnie wiodące antyoksydanty. Dzięki temu być może będą one miały zastosowanie w leczeniu ostrych i przewlekłych schorzeń neurodegeneracyjnych, które są wynikiem zniszczeń spowodowanych przez wolne rodniki. Trwają prace nad lekami przeciw miażdżycy i lekami przeciwwirusowymi. Prowadzone są też prace nad konstrukcją glukometru z nanorurek węglowych (10 nm), który dzięki czujnikowi wszczepionemu pod skórę pozwoli na stałą obserwację poziomu cukru w organizmie bez konieczności częstych i bolesnych nakłuć. Wynalezek nanoigieł spowoduje, że każdorazowe podanie leku w iniekcji będzie bezbolesne, gdyż nie zostaną przebite receptory czuciowe. W podobny sposób można by także mierzyć stężenie leku w komórce, co pozwoliłoby na trafniejsze dobieranie dawek.

Jerzy JAKUBOWICZ

(przedruk z „Medicusa” nr 12/12)



V Kongres Współczesnej Onkologii

NEXT GENERATION – pod takim hasłem odbędzie się w Poznaniu 21–23 marca 2013 r. **Kongres Współczesnej Onkologii z cyklu NOWOTWORY WYZWANIEM XXI WIEKU**. Uczestnicy będą mieli okazję wysłuchać wykładów na temat terapii innowacyjnych, leków generycznych czy biopodobnych oraz innych trudnych problemów polskiej rzeczywistości onkologicznej. Next generation to również – a może przede wszystkim – ludzie, nowe pokolenie lekarzy i naukowców.

- Podium V Kongresu zostanie udostępnione młodemu, aby przedstawili własne osiągnięcia oraz wyniki badań zespołów. Doświadczeni już badacze i praktycy onkolodzy będą moderatorami V Kongresu w nowej koncepcji. – mówią dr hab. Maria Litwiniuk oraz prof. dr hab. Andrzej Mackiewicz, przewodniczący Komitetu Naukowego. **Uczestnicy kongresu otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 21-23 marca 2013 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, pl. Władysława Andersa 3.

Kierownicy naukowcy: prof. Andrzej MACKIEWICZ, dr hab. Maria LITWINIUK.

Organizatorzy: czasopismo *Współczesna Onkologia*, wydawnictwo *Termedia*, Zakład Immunologii Nowotworów, Katedra Biotechnologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Patronat Honorowy: Polskie Towarzystwo Onkologiczne.

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



Stwardnienie Rozsiane 2013

Stwardnienie rozsiane to jedno z częstszych, przewlekłych schorzeń układu nerwowego, dotyczące często nawet ludzi młodych. Rozwój medycyny pozwala na nowe możliwości leczenia SM ukierunkowane na indywidualne potrzeby chorych. Podczas konferencji **Stwardnienie Rozsiane**, na którą zapraszamy 2 marca br. do Łodzi specjaliści omówią m.in.: *Nowe biomarkery, Postępy w leczeniu objawowym, Nowe perspektywy leczenia stwardnienia rozsianego, Nowe leki w terapii, Dalsze perspektywy terapii*. Konferencja odbędzie się pod naukowym kierownictwem uznanego autorytetu w dziedzinie SM, prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Selmaja. **Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 2 marca 2013 r.

Miejsce: Hotel Borowiecki, ul. Kasprzaka 7/9, 91-078 Łódź.

Kierownik naukowy: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Selma.

Organizatorzy: Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Oddział Kliniczny Neurologii, wydawnictwo *Termedia*.

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

* * *

Wynajmę gabinet lekarski w centrum Opola. Tel. kontaktowy: 606-221-448.



Top Medical Trends

Zapraszamy na siódmą już edycję **KONGRESU TOP MEDICAL TRENDS**, nazywanego polskim naukowym festiwalem medycyny, który tradycyjnie odbędzie się w Poznaniu w dniach 15–17 marca 2013 r. Formuła „*Liderzy opinii partnerami lekarza praktyka*” spotkała się z zainteresowaniem środowiska medycznego, a TOP MEDICAL TRENDS jest jedną z najbardziej wyczekiwanych imprez naukowo-szkoleniowych.

Na Kongresie zostaną zaprezentowane najnowsze trendy w medycynie oraz nowości w diagnostyce i terapii z ostatnich kilkunastu miesięcy. Wśród zaproszonych wykładowców będzie wielu konsultantów krajowych, prezesów towarzystw i członków gremiów naukowych o zasięgu krajowym i międzynarodowym, którzy podzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem. Problemy i wątpliwości z codziennej praktyki będzie można omówić podczas nieograniczonych czasowo spotkań z ekspertami.

Choć ponieśliśmy ogromną stratę i w tym roku zabraknie *spiritus movens* tego przedsięwzięcia – śp. prof. Andrzeja Steciwki, mamy nadzieję, że siódma edycja Top Medical Trends również zapisze się w pamięci uczestników jako bardzo wartościowe i merytoryczne spotkanie. **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 15–17 marca 2013 r.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich, pawilon 15.

Komitety Honorowy: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prof. dr

hab. Jacek Wysocki, Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prof. dr hab. Marek Ziętek, Marszałek Województwa Wielkopolskiego, Marek Woźniak, Wojewoda Wielkopolski, Piotr Florek, Prezydent Miasta Poznania, Ryszard Grobelny, Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Krzysztof Kordel.

Organizatorzy: wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Top Medical Trends - Przewodnik Lekarza*, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej - patronat naukowy.

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Andrzej Steciwko Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Sekretarz Komitetu Naukowego: dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: Janusz Michalak Prezes Zarządu wydawnictwa *Termedia*.

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

* * *



Zdrowe Kości 2013

Choroby metaboliczne kości i osteoporoza – to hasło przewodnie konferencji **Zdrowe Kości 2013**, na którą zapraszamy do Poznania 8-9 marca 2013 r. Najlepsi specjaliści w dziedzinie chorób metabolicznych z całej Polski podzielą się swoją wiedzą dotyczącą praktycznego wykorzystania technik densytometrycznych w diagnostyce chorób kości. Na podstawie własnych doświadczeń omówią tak-

że klasyczne prowadzenie leczenia farmakologicznego pacjenta z osteoporozą w codziennosci klinicznej. Przewodniczącym Komitetu Naukowego jest dr hab. med. Piotr Leszczyński. **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 8-9 marca 2013 r.

Miejsce konferencji: IBB ANDERSIA Hotel, plac Andersa 3, Poznań.

Kierownik Naukowy: dr hab. med. Piotr Leszczyński.

Patronat Honorowy: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, prof. dr hab. Jacek Wysocki, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Agnieszka Pachciarz, Wielkopolska Izba Lekarska.

Organizatorzy: Sekcja Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Katedra Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Reumatologii i Osteoporozy Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*.

Patronat: Polskie Towarzystwo Reumatologiczne, Fundacja JaTyMy, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Polskie Towarzystwo Menopauzy i Andropauzy, Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne.

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

* * *

Serdecznie zapraszamy do udziału w **XI Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy**, która odbędzie się w dniach 26-31 maja 2013 r. w Klubie Lekarza w Łodzi.

Na coroczną, Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz jedenasty, także w maju - kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży.

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) **do 10 maja br.**

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie **2** prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Nowością tegorocznej edycji Wystawy będzie przeprowadzenie - obok tradycyjnego plebiscytu publiczności - konkursu, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów.

Wernisaż Wystawy odbędzie się 26 maja 2013 r. (niedziela) o godzinie 17⁰⁰ w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 31 maja br.

Serdecznie zapraszamy Autorów i Wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy. Kontakt: Iwona Szelewa, tel. 42/683-17-01, fax. 42/683-13-78, adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl

* * *

Szpital Specjalistyczny MSW w Głucholazach zatrudni lekarzy na Oddział Chorób Płuc i Rehabilitacji Pulmonologicznej: pulmonologa, internistę, lekarza rehabilitacji medycznej. Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy. Telefon: (77) 40-80-155.

* * *

Wynajmę gabinety lekarskie na praktyki specjalistyczne /także ginekologiczną/ w nowej siedzibie Przychodni POZ w Dobrodzieniu przy ul. Parkowej 2A. Gabinety spełniają wymogi Sanepidu i posiadają wymaganą infrastrukturę techniczną oraz zaplecze socjalne. Kontakt telefoniczny pod numerem 695-693-739.

* * *

Wynajmę dentyście lub lekarzowi medycyny estetycznej **gabinet stomatologiczny**, mieszczący się na ul. Krzemienieckiej w Opolu (osiedle za „Castorą”) wyposażony w nowy sprzęt. Możliwość rejestracji prywatnej praktyki. Tel. kontaktowy: 504-233-408.

* * *

Do wynajęcia lokal z przeznaczeniem na gabinet lekarski, stomatologiczny, okulistyczny itp. Powierzchnia ok. 14m² + część wspólna z poczekalnią i zapleczem. Gabinety znajdują się na parterze budynku - W PEŁNI PRZYSTOSOWANE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH!!!! W bezpośred-

nim sąsiedztwie budynku duży, ogólnodostępny, darmowy parking. Gabinety znajdują się w ścisłym centrum Głogówka (boczna ul. Zamkowej). Gabinety po wszystkich odbiorach BHP, sanitarnych itd. niezbędnych do prowadzenia tego typu usług. Spełniają najnowsze wymogi ustawy z lipca 2012!! Tel. 793-331-283.

* * *

Wynajmę lokal (po gabinecie dentystycznym), parter, pow. 36 m², przy przystanku komunikacji miejskiej w Kędzierzynie. Tel. kontaktowy: 77/48-25-235; 692-729-924.



BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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