

OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

W dniu 20 marca 2010 r. w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu odbył się XXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy. Głównym zadaniem tego zjazdu było zatwierdzenie preliminarza budżetowego Izby na obecny rok.

Na początku, jak zwykle największe emocje związane były z frekwencją. Na całe szczęście na 147 delegatów wybranych przed ponad pół rokiem, na Zjeździe zjawili się ich 77 (52%), co zadecydowało o tym, że Zjazd był uprawniony do podejmowania decyzji.

Prezes Jakubiszyn serdecznie powitał wszystkich zebranych, a wśród nich także i gości Zjazdu: posła na Sejm RP Jana Religę, przedstawiciela Wojewody Opolskiego – dyrektora Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego Mieczysława Wojtaszka, Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ – dr. Romana Kolka oraz prezesów zaprzyjaźnionych opolskich izb samorządowych: mgr Andrzeja Prygiela z Izby Aptekarskiej i dr Tomasza Pięknika z Izby Lekarsko-Weterynaryjnej oraz Przewodniczącego Zarządu Regionu Śląska Opolskiego OZZL – Rafała Olejnika.

Kolejnym punktem Zjazdu był bardzo miły i wzruszający moment. Prezes Jakubiszyn w asyście swojej zastępczyni dr Barbary Hamryszak wręczył odznaczenie – godność honorową Okręgowej Izby Lekarskiej „**Prymariusza Opolskiego**”. Jak wiecie jeszcze w poprzedniej kadencji podjęto uchwałę o ustanowieniu specjalnego wyróżnienia dla tych spośród członków Izby, którzy w znaczący sposób przyczynili się do budowy i umacniania samorządności lekarskiej. Ze względu na to, iż w tym roku wręczano te tytuły po raz pierwszy, Okręgowa Rada Lekarska zadecydowała, aby uhonorować aż siedmioro spośród nas. Pierwszymi laureatami statuetki tego tytułu zostali (w kolejności przyznanych numerów legitymacji):

- **Dr n. med. Ryszard KWIECIŃSKI** – Honorowy Dziekan Opolskiej Izby Lekarskiej, jeden ze współzałożycieli i pierwszy Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu;
- **Lek. med. Danuta HENZLER** – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej II i III kadencji, członek Okręgowego Sądu Lekarskiego IV kadencji;
- **Dr n. med. Andrzej SIKORSKI** – jeden ze współzałożycieli i Wiceprezes Opolskiej Izby Lekarskiej I kadencji, pomysłodawca i główny realizator projektu pozyskania własnej siedziby Izby przy ul. Grunwaldzkiej;

- **Dr n. med. Jacek MIARKA** – jeden ze współzałożycieli Opolskiej Izby Lekarskiej, członek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej I kadencji, Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego II kadencji, członek Naczelnego Sądu Lekarskiego V i VI kadencji;
- **Lek. dent. Stanisław CHRUSZCZYK** – jeden ze współzałożycieli i Wiceprezes Opolskiej Izby Lekarskiej I i III kadencji, członek Okręgowej Rady Lekarskiej IV i VI kadencji;
- **Lek. med. Wojciech OSIŃSKI** – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej I kadencji, zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej III, IV i V kadencji;
- **Lek. med. Stanisław KOWARZYK** – Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej V kadencji, Wiceprezes Izby III, IV i VI kadencji, zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej II kadencji.

W imieniu wszystkich laureatów, jako najstarszy spośród nich – jak to z dużym poczuciem humoru stwierdził przemawiający – głos zabrał dr Kwieciński. Pogratulował władzom Izby samego pomysłu wyróżnienia i gorąco podziękował za to wyróżnienie.

W dalszej części Zjazdu dokonano wyboru jego Przewodniczącego (kol. Jerzy Lach) oraz Prezydium (kol. kol. Anna Adamska i Zbigniew Górecki – sekretarze i kol. Marta Rodziewicz-Kabarowska – protokolant).

Następnie nowo wybrany Przewodniczący Zjazdu podał pod głosowanie porządek obrad i regulamin Zjazdu, do których wcześniej delegaci nie wnosili żadnych uwag. Oba te dokumenty zostały przyjęte jednogłośnie.

I wreszcie na koniec kol. Lach przedstawił kandydatury na członków poszczególnych komisji zjazdowych. I tak:

Do Komisji Mandatowej zaproponował kol. kol.:

- Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską (wybraną później jej Przewodniczącą),
- Donatę Hałaburdo,
- Pawła Mielczarka.

Do Komisji Uchwał i Wniosków kol. kol.:

- Mirosława Misiaka (wybranego później jej Przewodniczącym),
- Wiesława Sienkiewicza,
- Andrzeja Miśkę.

Do komisji Skrutacyjnej kol. kol.:

- Barbarę Szczepanik (wybraną później jej Przewodniczącą),

- Marka Kantorskiego,
- Rafała Olejnika,
- Andrzeja Westera.

Delegaci nie zgłosili żadnych innych kandydatur na członków wszystkich tych komisji i wszystkie powyższe kandydatury uzyskały w oddzielnym głosowaniu jednogłosną akceptację Zjazdu.

Po tej części formalnej głos zabrali goście Zjazdu. Jako pierwszy wystąpił Poseł na Sejm RP Ziemi Opolskiej – Jan Religa, który podkreślił apolityczność Samorządu Lekarskiego. Delegatom życzył wiele sukcesów w życiu zawodowym i osobistym.

Następnie głos zabrał przedstawiciel Wojewody Opolskiego – Mieczysław Wojtaszek, który odczytał list Wojewody do Zjazdu, a następnie (już od siebie) pogratulował laureatom wyróżnienia Opolskiej Izby Lekarskiej i podziękował za dotychczasową dobrą współpracę z Izbą Lekarską, przede wszystkim w zakresie prowadzenia szkoleń dla lekarzy. Poinformował zebranych o funkcjonowaniu internetowego portalu informacyjnego zdrowie.opolskie.pl, stworzonego również przy udziale Izby oraz o mającym rychło nastąpić podpisaniu porozumienia pomiędzy Wojewodą Opolskim a Opolską Izbą Lekarską o szerokiej współpracy.

Kolejnym mówcą był dr Roman Kolek z Narodowego Funduszu Zdrowia, który po gratulacjach dla pierwszych Prymariuszy Opolskich, życzył wszystkim obecnym takiego wyróżnienia.

Następnymi przemawiającymi byli Prezesi Okręgowej Izby Aptekarskiej – mgr farm. Andrzej Prygiel i Okręgowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej – dr Tomasz Pięknik, którzy złożyli delegatom na Zjazd życzenia owocnych obrad i mądrych decyzji.

Po tej oficjalnej części, Zjazd przystąpił do właściwych obrad. W pierwszym rzędzie zostały przedstawione sprawozdania głównych organów Izby.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W OKRESIE OD 24 PAŹDZIERNIKA 2009 R. DO 24 LUTEGO 2010 R.

Wybrana na XXVII Okręgowym Zjeździe Lekarzy nowa Okręgowa Rada Lekarska, uwzględniając decyzje personalne, związane z wyborem Prezydium tej Rady, które zapadły na pierwszym posiedzeniu Rady, rozpoczęła pracę w następującym składzie:

1. Przewodniczący (od 1 stycznia – w związku z wejściem w życie nowej ustawy o izbach lekarskich – prezes) Jerzy Jakubiszyn – lekarz
2. Zastępcy przewodniczącego
 - Barbara Hamryszak – lekarz dentysta
 - Stanisław Kowarzyk – lekarz

3. Sekretarz – Jerzy Lach – lekarz
4. Zastępca sekretarza – Jolanta Smerkowska-Mokrzyszka – lekarz dentysta
5. Skarbnik – Zbigniew Kowalik – lekarz
6. Członkowie prezydium
 - Marek Dryja – lekarz
 - Małgorzata Łuszczynska-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 5 posiedzeń, a jej Prezydium spotkało się dodatkowo 5 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 kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 1,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 17,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty obywatelowi Polski, który ukończył uczelnię medyczną w innym kraju Unii Europejskiej – 1,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy przenoszących się z innych izb – 7,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentystów przenoszących się z innych izb – 3,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy przenoszących się do innych izb – 4,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów przenoszących się do innych izb – 2,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 6,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentystów z powodu zgonu – 1,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,

- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty – 1,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych uprawnień lekarza – 2,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego okres wykonywania zawodu przez lekarza – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez lekarza specjalizacji – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentysty – 2,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 1,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza dentysty – 2,
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej – 2,
- rejestracja indywidualnej praktyki stomatologicznej – 5,
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej – 7,
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki stomatologicznej – 1,
- rejestracja indywidualnej praktyki lekarskiej na wezwanie – 4,
- rejestracja indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na wezwanie – 5,
- rejestracja indywidualnej praktyki stomatologicznej na wezwanie – 2,
- wykreślenie z rejestru praktyk z powodu zaprzestania działalności lub zmiany miejsca praktyki (wszystkie rodzaje praktyk) – 23,
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dotyczy podmiotów wpisanych do rejestru) – 5,
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dotyczy podmiotów, wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej) – 4,
- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej – 4,
- obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł – 6,

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

- 11 zapomóg,
- 1 pożyczki w związku ze specjalizacją i 1 pożyczki w związku z otwarciem przewodu doktorskiego.

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 1 komisji konkursowej, powołanej dla wyboru ordynatora,

- 2 komisji, powołanych dla wyboru zastępcy dyrektora ds. lecznictwa,
- do kilkunastu komisji powołanych dla wyboru pielęgniarek naczelnych i pielęgniarek oddziałowych,
- do kilku komisji powołanych dla rozstrzygnięcia konkursu ofert na świadczenia medyczne.

Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwały dotyczące składek członkowskich:

- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej – 4,
- obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł – 6.

Okręgowa Rada Lekarska ponadto:

- przyjęła stanowisko w sprawie obniżenia wysokości wartości kontraktów na świadczenia medyczne w 2010 r.
- opiniowała jednego kandydata na stanowisko konsultanta wojewódzkiego, proponowanego przez Wojewodę Opolskiego,
- dokonała nowelizacji dwóch uchwał: w sprawie zwrotu kosztów podróży osobom wykonującym czynności na rzecz Izby oraz w sprawie reklam zamieszczanych w Biuletynie Izby i na jej stronie internetowej,
- przyznała pierwszych 7 honorowych wyróżnień Opolskiej Izby Lekarskiej – Prymariusza Opolskiego,
- zorganizowała w okresie karnawału kolejny IV Bal Lekarza – w Trzebieiszowicach (koło Łądka Zdroju).

Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej brali udział w:

- posiedzeniach Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
- posiedzeniu Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej prowadził korespondencję m.in. z Wojewodą Opolskim, Prezesem Sądu Wojewódzkiego, Posłami i Senatorami Ziemi Opolskiej w sprawach dotyczących samorządu lekarskiego i wykonywania zawodu lekarza.

Sekretarz ORL

Lek. Jerzy Lach

Prezes ORL

Dr med. Jerzy Jakubiszyn

W uzupełnieniu tego sprawozdania kol. Jakubiszyn poinformował delegatów o zrealizowaniu przez Okręgową Radę Lekarską uchwały poprzedniego zjazdu o powołaniu Rzecznika Praw Lekarza, którym został wybrany przez Radę kol. Jacek Mazur (*regulamin Rzecznika znajdziecie Państwo w dalszej części Biuletynu – przyp. Red.*).

Mówił także o piśmie, jakie skierował do senatorów Ziemi Opolskiej w sprawie ostatniej nowelizacji usta-

wy o zakazie palenia tytoniu w miejscach publicznych uchwalonej przez Sejm oraz o informacji skierowanej do dyrektorów jednostek ochrony zdrowia na Opolszczyźnie w sprawie powołania przez OIL Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy (*oba te pisma znajdziecie Państwo także w dalszej części Biuletynu – przy. Red.*).

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ W 2009 R.

W 2009 r. rozpatrywano 88 spraw (66 wpłynęło, 22 pozostały z poprzedniego okresu sprawozdawczego). Ukończono 61 spraw, a 27 pozostało na 2010 r. Spośród zakończonych spraw w 7 (11%) OROZ odmówił wszczęcia postępowania, natomiast 14 (23%) umorzono. Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano wnioski o ukaranie 11 lekarzy w 8 (13%) sprawach.

Na przyczyny skarg złożonych w 2009 r. złożyły się:

- nieetyczne zachowanie lekarzy – w 20 sprawach (30% skarg)
- uszkodzenie ciała lub powikłania chorobowe – w 17 sprawach (26% skarg)
- śmierć pacjenta – w 11 sprawach (17% skarg)
- i dotyczyły następujących specjalności:
- chorób wewnętrznych – 19 spraw (29% skarg)
- stomatologii – 10 spraw (15% skarg)
- chirurgii z ortopedią (dorosłych) – 9 spraw (14% skarg)

W 2009 r. prawie o połowę zmalała liczba wniosków o ukaranie; nie wpłynęła żadna skarga dotycząca korzyści materialnych oraz nie prowadzono żadnej sprawy z zakresu chorób dzieci. Istotnie więcej postępowań dotyczyło internistów, a w II półroczu 2009 r. – lekarzy dentyków. Dało się zaobserwować zmniejszenie liczby skarg z powodu uszkodzenia ciała lub powikłań chorobowych z jednoczesnym ponad 100% wzrostem skarg w związku ze śmiercią pacjenta.

Coraz częściej za zgon obwiniany jest lekarz; niezadko podejrzenia te mają swe źródło w komentarzach pochodzących od personelu medycznego (także kolegów lekarzy). W sprawach stomatologicznych pacjenci chcą rozliczać lekarza z efektu jego pracy, a nie z dochowania należytej staranności. Narastaniu postaw roszczeniowych sprzyja niedoinformowanie chorego lub rodziny, wynikające także ze stosowania skrótów myślowych przez lekarzy.

Niepokojący jest wzrost liczby spraw przechodzących na następny okres o 23%, dlatego apeluję o uzupełnienie składu zastępców OROZ o 4 lekarzy, których

nie udało się wybrać podczas zjazdu sprawozdawczo-wyborczego.

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

Jako komentarz do swojego sprawozdania kol. Kuzyszyn gorąco zaapelował o zgłaszanie w trakcie Zjazdu kandydatów w wyborach uzupełniających na zastępców Okręgowego Rzecznika (4 wakaty).

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO W OPOLU W 2009 R.

W 2009 r. wpłynęło do Okręgowego Sądu Lekarskiego 7 spraw z wnioskami o ukaranie 10 lekarzy.

Z 2008 r. do rozpatrzenia w 2009 r. zostało przekazanych 7 spraw.

W 2009 r. odbyło się 13 wokand sądu (łącznie wokandy spraw pozostałych z 2008 r. i spraw, które wpłynęły w 2009 r.) w tym 12 rozpraw głównych i 1 posiedzenia niejawnie.

W 8 sprawach wydano orzeczenia w stosunku do 8 lekarzy:

1. uniewinniono – 2 lekarzy
2. ukarano:
 - karą upomnienia – 4 lekarzy
 - karą nagany – 1 lekarza
 - karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu – 1 lekarza.

W jednej sprawie przekazanej z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej umorzono postępowanie w stosunku do lekarza dentydy.

Do rozpatrzenia z 2009 r. w 2010 r. pozostało 5 spraw (jedna sprawa z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej) w stosunku do 8 lekarzy. Już w miesiącu styczniu 2010 r. odbyły się rozprawy w 3 sprawach w stosunku do 4 lekarzy (orzeczenia nieprawomocne).

Większość spraw skierowanych do sądu lekarskiego dotyczyło lekarzy posiadających specjalizacje zabiegowe (chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia oraz chirurgia urazowo-ortopedyczna).

W listopadzie 2009r zorganizowałem szkolenie dla członków Sądu Lekarskiego. Kolejne planowane jest w dniu 25 lutego 2010 r. w związku z wejściem w życie, w roku bieżącym ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich i regulaminem urzędowania sądów lekarskich, uchwalonego na X Krajowym Zjeździe Lekarzy pod koniec stycznia br.

W związku z wejściem w życie w roku bieżącym ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, zwiększyły się zadania Okręgowego Sądu Lekarskiego.

go, a związane z rozpatrywaniem zażaleń, na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o odmowie wszczęcia postępowania i postanowienia o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, rozpatrywane na podstawie poprzedniej ustawy o izbach lekarskich przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

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

W uzupełnieniu tego sprawozdania, Z-ca przewodniczącego OSL – kol. Barbara Szczepanik podkreśliła, jak ważną rolę w rozstrzyganiu spraw odgrywa dobrze, rzeczowo i dokładnie prowadzona dokumentacja lekarska. Stanowi ona podstawę działania i wyrokowania w Sądzie Lekarskim.

Uczestnicy Zjazdu nie zgłaszali uwag do przedstawionych sprawozdań wraz z dodatkowymi komentarzami i zaakceptowali je w całości. Tak więc następnym zabierającym głos na Zjeździe był Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej, który przedstawił jej sprawozdanie.

SPRAWOZDANIE KOMISJI REWIZYJNEJ OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W OPOLU

Komisja w składzie:

1. Przewodniczący: dr Adam Martyniszyn,
2. Z-ca przewodniczącego: dr Włodzimierz Fijałkowski
3. Członek: dr Leszek Pisarski

przeprowadziła w dniu 03.03.2010 r. przegląd ksiąg rachunkowych i ustaliła co następuje: sprawozdanie finansowe sporządzono w oparciu o uzgodnioną i prawidłowo zamkniętą księgę obrotów i sald. Sprawozdanie odzwierciedla w prawidłowy sposób gospodarkę finansową Opolskiej Izby Lekarskiej.

Stwierdzono, że koszty ogółem w stosunku do planu zostały nie przekroczone. Jedynie w pozycji materiały zostały znacznie przekroczone w kwocie 31.849 zł. Wpłynął na to remont pomieszczenia archiwum, zakup szaf oraz teczek do archiwizacji dokumentacji lekarzy i lekarzy dentystów.

Zaległość składek członkowskich za rok 2009 wynosi 292.444,90 zł, co stanowi 78% ściągłości.

Komisja wnioskuje o działanie poprawiające ściągłość składek członkowskich.

Po zapoznaniu się z całokształtem działalności finansowej Okręgowej Rady Lekarskiej oraz po dokonaniu oceny wykonania budżetu Izby Komisja Rewizyjna wnioskuje o udzielenie absolutorium.

Wobec powyższego wniosku Komisji, Przewodniczący poddał pod głosowanie następującą uchwałę zjazdu.

UCHWAŁA NR 1 XXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU Z DNIA 20 MARCA 2010 R. W SPRAWIE ZATWIERDZENIA SPRAWOZDANIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU I UDZIELENIA JEJ ABSOLUTORIUM

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2009 r. nr 152, poz. 1223, z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2009, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 1.993.892,70 zł.

§ 2

Nadwyżkę w kwocie 422.203 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

§ 3

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

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Anna Adamska*

*Przewodniczący
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Jerzy B. Lach*

Uchwała została przyjęta przez delegatów na Zjazd jednogłośnie.

W dalszej części Zjazd zajął się sprawami finansowym Izby. Skarbnik Okręgowej Izby Lekarskiej kol. Zbigniew Kowalik przedstawił główne założenia izbowego budżetu na bieżący – 2010 – rok. Wypowiedź Skarbnika uzupełnił Prezes Jakubiszyn zwracając uwagę zgroma-

dzonym na fakt zarezerwowania w budżecie kwoty 50 tys. zł na działania Rzecznika Praw Lekarzy.

Kol. Barbara Szczepanik – Przewodnicząca Opolskiego Towarzystwa Pediatrycznego podziękowała za możliwość nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń OIL przy organizacji posiedzeń naukowo-szkoleniowych pediatrów i lekarzy rodzinnych. Zwróciła się jednocześnie z pytaniem, czy OTP może starać się o dofinansowanie szkoleń z budżetu OIL. Kol. Jakubiszyn wyjaśnił, że należy złożyć do OIL wnioski i będzie on rozpatrzony.

Kol. Jacek Miarka, wobec niskiej ściągalności składek zapytał, jakie są sankcje za niepłacenie składek członkowskich podejmowane przez Izbę? Kol. Jakubiszyn odpowiedział, że Izba będzie występować o egzekucję komorniczą w stosunku do lekarzy uporczywie zalegających ze składkami. W przypadku zaś Koleżanek i Kolegów, którzy aktualnie pracują za granicą i także nie płacących należnych składek, Opolska Izba Lekarska będzie informować zagraniczne izby lekarskie (do których aktualnie należą te osoby) o zaleganiu w płatnościach na terenie Polski.

Wobec braku uwag ze strony delegatów do przedstawionego preliminarza, Przewodniczący poddał pod głosowanie następną uchwałę zjazdu.

UCHWAŁA NR 2 XXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU Z DNIA 20 MARCA 2010 R. W SPRAWIE UCHWALENIA BUDŻETU OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ NA 2010 ROK

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się co następuje:

§ 1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2010, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwala budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2010 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§ 2

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

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2010 r.

Sekretarz
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Anna Adamska

Przewodniczący
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Jerzy B. Lach

PRELIMINARZ BUDŻETOWY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ NA 2010 R.

	PLAN 2009	WYKONANIE 2009	PLAN 2010
I. PRZYCHODY			
A Przychód z działalności statutowej	1.159.000,00	1.506.979,51	1.510.000,00
1 Składki członkowskie	1.020.000,00	1.374.335,21	1.390.000,00
2 Refundacja wydatków za zadania przejęte z budżetu	40.000,00	38.882,00	39.000,00
3 Opłaty za rejestrację gabinetów lekarskich	50.000,00	28.950,00	30.000,00
4 Refundacja wydatków stażu podyplomowego – Urząd Marszałkowski	13.000,00	25.657,00	13.000,00
5 Komisja Bioetyczna – wydanie opinii	8.000,00	6.700,00	7.000,00
6 Przychody finansowe	18.000,00	26.001,96	25.000,00
7 Pozostałe przychody	10.000,00	6.453,34	6.000,00
B Pozostałe przychody	54.000,00	64.143,89	65.000,00
1 Z wynajmu pomieszczeń	30.000,00	33.544,11	34.000,00
2 Z reklam w Biuletynie OIL	6.000,00	7.068,32	8.000,00
3 Prowizja OC	18.000,00	22.460,85	23.000,00
4 Pozostałe przychody operacyjne	–	1.070,61	–
OGÓŁEM PRZYCHODY	1.213.000,00	1.571.123,40	1.575.000,00
II. WYDATKI			
A Koszty rodzajowe	944.500,00	905.063,53	975.600,00
1 Zużycie materiałów i energii			
Energia gaz światło	60.000,00	69.024,73	71.000,00
Artykuły biurowe	20.000,00	34.300,67	12.000,00
Środki czystości	3.500,00	5.479,18	6.000,00
Prenumerata czasopism	2.000,00	3.518,78	3.500,00
Inne materiały	20.400,00	25.425,75	8.500,00
RAZEM	105.900,00	137.749,11	101.000,00
2 Usługi obce			

		PLAN 2009	WYKONANIE 2009	PLAN 2010
	Remonty: konserwacja	30.000,00	4.365,89	55.000,00
	Koszty kolportażu Biuletynu	23.000,00	16.264,73	23.000,00
	Koszty Biuletynu Informatycznego OIL	60.000,00	29.186,67	60.000,00
	Usługi pocztowe	30.000,00	30.513,15	20.000,00
	Usługi prawne	20.500,00	30.791,95	39.400,00
	Inne usługi	45.000,00	44.134,96	57.600,00
	RAZEM	208.500,00	155.257,35	255.000,00
3	Podatki i opłaty	5.000,00	5.235,16	6.000,00
4	Wynagrodzenia			
	Osobowe wynagrodzenia	262.000,00	261.390,44	286.000,00
	Wynagrodzenie (umowa zlecenie, o dzieło)	56.000,00	59.156,00	60.000,00
	Wynagrodzenia zespołów wizytujących gabinety prywatne	14.000,00	8.576,00	10.000,00
	Nagrody za specjalizację	70.000,00	38.909,00	50.000,00
	Komisja Bioetyczna (umowa o dzieło)	1.000,00	1.200,00	1.500,00
	RAZEM	403.000,00	369.231,44	407.500,00
5	Świadczenia na rzecz pracowników			
	Składka ubezpieczeniowa, fundusz pracy	52.000,00	53.775,95	53.000,00
	Zakładowy Fundusz Nagród	18.000,00	19.114,00	22.000,00
	Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	7.000,00	7.000,28	7.700,00
	Inne – BHP	500,00	319,50	400,00
	RAZEM	77.500,00	80.209,73	83.100,00
6	Amortyzacja			
	Amortyzacja środków trwałych	10.000,00	1.0842,99	12.000,00
7	Pozostałe koszty			
	Posiedzenie Prezydium i Rady OIL	44.000,00	44.332,32	28.700,00
	Posiedzenie Komisji Problemowych OIL	20.000,00	16.518,95	18.000,00
	Zjazd	8.000,00	11.207,21	4.700,00
	Ubezpieczenia majątkowe	2.600,00	2.461,00	2.600,00
	Dofinansowanie do imprez sportowych	2.600,00	2.550,00	3.000,00
	Komisja Bioetyczna (ryczałt)	4.000,00	3.600,00	4.000,00
	Inne koszty	30.000,00	43.329,60	27.000,00
	Koszty podróży	23.000,00	22.538,67	23.000,00
	Razem	134.600,00	146.537,75	111.000,00
B	Składki do NIL	168.500,00	173.863,00	180.000,00
C	Dofinansowanie – kształcenie podyplomowe	50.000,00	11.263,00	50.000,00
D	Fundusz Samopomocy	50.000,00	50.000,00	130.000,00
E	Pozostałe koszty operacyjne	-	8,53	-
F	Straty nadzwyczajne	-	3.922,34	-
G	Rzecznik Praw Lekarza	-	-	50.000,00
	OGÓŁEM WYDATKI	1.213.000,00	1.144.129,40	1.385.600,00
	DOCHÓD		427.003,00	189.400,00

Także i ta uchwała, wraz z załącznikiem, została przyjęta przez Zjazd jednogłośnie.

Kolejnym punktem obrad miały być wybory uzupełniające zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Niestety początkowo nie było kandydatów do tej funkcji, dopiero po pewnym czasie na kandydowanie zgodził się kol. Celestyn Kalisz. Delegaci na Zjazd w głosowaniu zaakceptowali tę kandydaturę i kol. Kalisz dołączył do grona zastępców Rzecznika. Nadal jednak pozostały do obsadzenia jeszcze 3 miejsca,

ale kolejne głosowanie uzupełniające odbędzie się dopiero za rok, na kolejnym zjeździe budżetowym.

W dalszej części obrad członkowie zjazdowej Komisji Uchwał i Wniosków przedstawili zebrany projekt dokumentów Zjazdu, jakie zostały złożone do Komisji.

Pierwszym był projekt uchwały w sprawie wynagrodzeń specjalistów złożony przez kol. Zbigniewa Góreckiego. Autor w komentarzu do swego projektu stwierdził, że nie do pomyślenia jest sytuacja, w której lekarz rezydent ma wyższe zarobki, niż uczący go specjalista.

W dyskusji nad tym projektem głos zabrali także kol. Rafał Olejnik, Jerzy Jakubiszyn i Aleksander Wojtyłko. Zwrócili oni uwagę na to, że pensje rezydentów są ustalane i realizowane z budżetu Ministerstwa Zdrowia, natomiast zarobki pozostałych lekarzy zależą od dyrektorów poszczególnych jednostek ochrony zdrowia. Ich wysokość uległa w ostatnim czasie istotnemu wzrostowi – co nota bene Ministerstwo uznaje za swój sukces (sic!), ale nadal ich poziom jest nie satysfakcjonujący – o czym świadczy właśnie przedstawiony projekt uchwały. Nadal pozostaje również nierozstrzygnięta sprawa wynagrodzeń dla lekarzy odbywających studia doktoranckie.

UCHWAŁA NR 3 XXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU Z DNIA 20 MARCA 2010 R. W SPRAWIE ZOBOWIĄZANIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU DO DZIAŁAŃ W ZAKRESIE WYNAGRODZENIA LEKARZY SPECJALISTÓW

Na podstawie art. 24 pkt. 1 w związku z art. 5 pkt. 12 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz.1708), przyjmując z zadowoleniem decyzję Ministra Zdrowia o podniesieniu wynagrodzenia lekarzy rezydentów oraz przywołując stanowisko VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie ustawowego uregulowania minimalnej płacy dla lekarzy, uchwala się co następuje:

§ 1

Zobowiązuje się Okręgową Radę Lekarską w Opolu do podjęcia wszelkich zgodnych z prawem działań, zmierzających do urealnienia wynagradzania lekarzy specjalistów w stosunku do wynagrodzenia lekarzy rezydentów.

§ 2

Zobowiązuje się Okręgową Radę Lekarską w Opolu do przedstawiania na okręgowych zjazdach lekarzy sprawozdania z podjętych działań i ich rezultatów.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Anna Adamska*

*Przewodniczący
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Jerzy B. Lach*

Kolejnym dokumentem, jakim zajął się Zjazd, był projekt stanowiska w sprawie nowelizacji ustawy o zakazie palenia tytoniu. Autor projektu, kol. Jakubiszyn przypomniał o swoim liście do Senatorów w tej sprawie i stwierdził, że nie do pomyślenia jest fakt, by Minister Zdrowia występowała w spotach reklamowych (kręcących co prawda jeszcze przed objęciem przez nią urzędu), w których wypowiada się ona przeciw szerokiemu zakazowi palenia tytoniu.

STANOWISKO XXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU Z DNIA 20 MARCA 2010 R. W SPRAWIE NOWELIZACJI USTAWY O OCHRONIE ZDROWIA PRZED NASTĘPSTWAMI UŻYWANIA TYTONIU I WYROBÓW TYTONIOWYCH

XXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu stwierdza z zaniepokojeniem że *ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* przegłosowana w Sejmie znacznie odbiega od pierwotnego projektu opiniowanego i przyjętego z dużymi nadziejami przez środowisko lekarskie.

XXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu stoi na stanowisku, że jedynie podniesienie świadomości społeczeństwa oraz wprowadzenie całkowitego ustawowego zakazu palenia w miejscach publicznych przyczyni się do poprawy zdrowotności obywateli, a co za tym idzie do oszczędności w wydatkach na opiekę zdrowotną w zakresie diagnostyki i leczenia chorób powodowanych przez dym papierosowy.

Jednocześnie Zjazd wyraża zażenowanie kierunkiem działań resortu zdrowia, w którym urzędujący Minister Zdrowia – lekarz, w głosowaniu sejmowym opowiada się za złagodzeniem ograniczeń palenia w miejscach pracy i wypoczynku osób niepalących.

*Sekretarz
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Anna Adamska*

*Przewodniczący
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Jerzy B. Lach*

Następnym projektem przedstawionym delegatom był projekt apelu do Naczelnej Rady Lekarskiej autorstwa kol. Janusza Różańskiego o przeciwdziałanie coraz częstszemu praktykom powoływania na stanowiska kierownicze w ochronie zdrowia nielekarzy oraz o doprowadzenie wreszcie do wydania w formie książkowej pytań egzaminacyjnych LEP-u i LDEP-u.

APEL XXVIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU Z DNIA 20 MARCA 2010 R. DO NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

XXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu apeluje do Naczelnej Rady Lekarskiej o:

1. Podjęcie wspólnych działań z Ministerstwem Zdrowia, które doprowadzi do określenia wykazu stanowisk funkcyjnych w ochronie zdrowia, które mogą być pełnione wyłącznie przez lekarzy lub lekarzy dentystów.
2. Podjęcie wspólnych działań z Centrum Egzaminów Medycznych, które doprowadzi do wydania w formie książkowej pytań testowych z zakresu LEP, LDEP i PES.

*Sekretarz
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Anna Adamska*

*Przewodniczący
XXVIII Okręgowego
Zjazdu Lekarzy w Opolu
Jerzy B. Lach*

I wreszcie na koniec kol. Justyna Grzybowska-Substelną, będąca jednocześnie Konsultantem Wojewódzkim ds. Ortodoncji, zaproponowała, aby Izba podjęła starania o stworzenie parytetu miejsc do specjalizowania się lekarzom naszego województwa na naszym terenie. Obecne przepisy preferują bezwzględnie lekarzy i lekarzy dentystów, którzy najlepiej zdali LEP lub LDEP. Zdarza się więc, że miejsca specjalizacyjne na terenie Opolszczyzny uzyskują lekarze, którzy mieszkają i zamierzają pracować poza naszym województwem. Tymczasem w województwie opolskim często brakuje specjalistów z danej dziedziny. Głos ten wywołał bardzo ożywioną dyskusję, w której uczestniczyli m. in. kol. Jacek Mazur, Aleksander Wojtyłko, Mirosław Misiak, i Stanisław Chruszczyk. Dyskutanci, dostrzegając zagrożenia brakami kadrowymi w niektórych specjalnościach medycznych na terenie Opolszczyzny, podkreślali jednocześnie, że premiowanie najlepiej zdających egzamin jest najbardziej demokratyczne i nic nie stoi na przeszkodzie, aby to Opolanie należeli do tej grupy zdających. W zarządzonym przez Przewodniczącego po dyskusji głosowaniu projekt dokumentu nie uzyskał akceptacji Delegatów i został odrzucony.

Ostatnim punktem obrad XXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy były wolne wnioski. Na początku kol. Jerzy Lach poinformował delegatów, że Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej – Jerzy Jakubiszyn został wybrany Przewodniczącym Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich Naczelnej Rady Lekarskiej.

Kolejnym zabierającym głos był kol. Janusz Różański, który poruszył problem wypełniania druków ZUS-

ZLA. Do tego głosu dołączył się kol. Rafał Olejnik, który zaproponował, aby Okręgowa Rada Lekarska w Opolu zwróciła się do ZUS z prośbą o wyjaśnienie, kto ma ponosić koszty związane z przysyłaniem druków ZUS-ZLA do ZUS i z jakiego przepisu prawnego to wynika. Prezes Jakubiszyn zobowiązał się do podjęcia stosownych działań w tej sprawie.

Na tym wyczerpany został porządek obrad i Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej zakończył obrady Zjazdu.

*Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA
i Jerzy LACH*

KORESPONDENCJA PREZESA

W sprawozdaniu z obrad ostatniego Zjazdu Lekarzy mowa była o kilku listach, jakie Prezes Jakubiszyn przesłał do Senatorów Opolszczyzny oraz do dyrektorów jednostek ochrony zdrowia w naszym województwie. Oto oba te listy.

Jerzy B. LACH

* * *

Szanowny Panie Senatorze,

W ostatnich dniach została w Sejmie przegłosowana ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Projekt tej nowelizacji z entuzjazmem został przyjęty przez środowisko lekarskie, ponieważ miał chronić osoby niepalące – przed szkodliwym wpływem dymu papierosowego. Niestety, po poprawkach wprowadzonych przez posłów, znacznie odbiega on od pierwotnego i w takim kształcie nie poprawia w sposób odczuwalny sytuacji w tej materii.

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu, podobnie jak Naczelna Rada Lekarska (której stanowisko jeszcze z roku 2006 przesyłałyśmy w załączeniu) wyraża niezmiennie przekonanie, że ustawowy zakaz palenia w miejscach publicznych, w znacznym stopniu przyczyniłby się do poprawy zdrowotności obywateli, a co za tym idzie do oszczędności w wydatkach na opiekę zdrowotną w zakresie diagnostyki i leczenia chorób powodowanych przez dym papierosowy.

Ustawa trafi wkrótce do Senatu. Dlatego też zwracamy się do Pana Senatora o wprowadzenie i poparcie zapisów ustawowych, które znajdowały się pierwotnie w omawianym projekcie nowelizującym, a które z niezrozumiałych dla nas względów zostały z niego wykreślone lub złagodzone w głosowaniu sejmowym.

Zdrowie Polaków powinno być naszym wspólnym dobrem. Ostrzeżenia przed zgubnymi skutkami pale-

nia wypowiedziane zza biurka lekarskiego oraz napisy na opakowaniach papierosów nie są skuteczne. W zasadzie, z punktu widzenia medycznego, palenie tytoniu powinno być ustawowo całkowicie zakazane. Zdajemy sobie sprawę, że obecnie jest to wizja utopijna. Żywimy jednak nadzieję, że w przyszłości dojrzejemy cywilizacyjnie do tego typu rozwiązań.

Gorąco prosimy więc o pomoc i przyłączenie się do tej prozdrowotnej inicjatywy ustawodawczej! Jest to jeden z aktów prawnych, przy uchwalaniu którego nie powinno być żadnych podziałów politycznych.

*Przewodniczący
Opolskiej Izby Lekarskiej
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

* * *

Szanowna Pani Dyrektor,
Szanowny Panie Dyrektorze,

Informuję, że w Opolskiej Izbie Lekarskiej działa Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy, powołany w oparciu o odpowiednie uchwały Okręgowego Zjazdu Lekarzy i Okręgowej Rady Lekarskiej. Podjęcie tych uchwał zbiegło się w czasie z przyjęciem przez Naczelną Radę Lekarską uchwały „*W sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom denty stom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu*”.

Problem uzależnień, mających wpływ na zdolność do wykonywania zawodu, jest problemem trudnym, często niestety bagatelizowanym. Z rozmów z lekarzami, którym udało się wyjść z takiego uzależnienia wynika jednoznacznie, że przymykanie oczu i tolerowanie przez otoczenie takich zachowań jest rozwiązaniem najgorszym z możliwych. Uważają oni, że lekarzy uzależnionych należy wręcz szantażować możliwością zawieszenia prawa wykonywania zawodu, jeżeli nie poddadzą się leczeniu.

Jeżeli w Państwa jednostce pracuje lekarz, w stosunku do którego istnieje podejrzenie o możliwości uzależnienia od alkoholu czy środków odurzających, proszę o skontaktowanie się z Pełnomocnikiem. Do jego obowiązków należy przeprowadzenie odpowiedniego wywiadu środowiskowego i upewnienie się, czy rzeczywiście mamy do czynienia z uzależnieniem, a w przypadku potwierdzenia tego faktu, wdrożenie odpowiedniego postępowania, którego końcowym efektem będzie zgoda lekarza na podjęcie leczenia albo wnioski Pełnomocnika do Okręgowej Rady Lekarskiej o powołanie komisji, która oceni wpływ stanu zdrowia lekarza na zdolność do wykonywania zawodu. **Pełnomocnikiem jest dr Wiesław Dawidziak (telefon kontaktowy – 501 036 886, adres mailowy: dawidziuk@mp.pl).**

*Przewodniczący
Opolskiej Izby Lekarskiej
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

MINISTER TWARDOWSKI POGROZIŁ PALCEM PREZESOWI NFZ

Kolejnym listem, jaki zamieszczam w całości jest pismo Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marka Twardowskiego do Prezesa Małopolskiej Izby Lekarskiej dr Andrzeja Matyji, w którym daję jednoznaczną wykładnię, co do sposobu dokumentowania faktu wypisywania recept przez lekarzy dla siebie i członków swojej najbliższej rodziny. A oto jego zawartość.

B. LACH

* * *

MINISTERSTWO ZDROWIA
Warszawa, 2010-03-12
Podsekretarz Stanu
Marek Twardowski
MZ-DS-OP-50-1607-28/AK/10

Szanowny Panie Prezesie!

W odpowiedzi na pismo, w którym informował Pan o przypadkach karania lekarzy z powodu nie odnotowywania faktu wystawienia recepty typu „*pro autore*” i „*pro familia*” w wyodrębnionej dokumentacji medycznej pacjentów uprzejmie informuję, że dnia 10 marca br. wystosowałem do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz do dyrektorów wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu pismo zawierające stanowisko resortu zdrowia w tej sprawie. Wskazałem w nim w szczególności, że zarówno przepis art. 41 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty sty, jak i art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nie nakładają wprost na lekarzy obowiązku dokumentowania takiego faktu. Rozstrzygnięcia w tym zakresie nie zawierają również regulacje rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 97, poz. 646, z późn. zm.).

W związku z powyższym w przedmiotowym stanowisku poinformowałem, że nieudokumentowanie, w oddzielnej karcie pacjenta, faktu wystawienia recepty „*pro autore*” bądź „*pro familia*” nie może pociągać za sobą negatywnych skutków dla lekarza wypisującego receptę.

Jednocześnie pragnę Panu Prezesowi podziękować za przekazanie do Ministerstwa Zdrowia informacji o opisanych wyżej przypadkach, które pozwoliły na ostateczne jak się wydaje wyjaśnienie kwestii związanych z wypisywaniem przez lekarzy recept typu „*pro autore*” i „*pro familia*”. Z poważaniem

*Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Marek Twardowski*

KASY FISKALNE U LEKARZY I ZWOLNIENIA USŁUG MEDYCZNYCH Z PODATKU VAT – RAZ JESZCZE

Ponownie głośno zrobiło się ostatnio w sprawie kas fiskalnych w gabinetach lekarskich oraz zwolnień z podatku VAT od usług medycznych. W tej sprawie do Ministra Finansów zwrócił się nowo wybrany Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej kol. Maciej Hamankiewicz.

Poniżej zamieszczam odpowiedź Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Finansów – Macieja Grabowskiego na zapytania Prezesa.

Jerzy B LACH

* * *

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Warszawa, 23 lutego 2010 r.
MINISTER FINANSÓW
PTI/811-9-86/EFU/2010/BMI9-1655

Pan
Maciej Hamankiewicz
Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej
ul. Jana Sobieskiego 110
00-764 Warszawa

W odpowiedzi na wystąpienie z dnia 5 lutego 2010 r. znak: NRL/ZRP/EJ/112/215/2010, dotyczące kwestii związanych z wprowadzeniem obowiązku posiadania kas rejestrujących przez lekarzy, uprzejmie informuję:

Obowiązek ewidencjonowania przy zastosowaniu kas rejestrujących ma charakter powszechny. Został on ustanowiony w drodze ustawy i dotyczy wszystkich podatników dokonujących sprzedaży na rzecz osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych. Minister Finansów upoważniony został jedynie w tym akcie prawnym do wprowadzenia na okres przejściowy zwolnień od ewidencjonowania przy zastosowaniu kas dla niektórych grup podatników oraz niektórych czynności.

Wprowadzenie kas rejestrujących jako narzędzia ewidencjonującego obrót przy detalicznej sprzedaży towarów i świadczeniu usług miało miejsce w latach 1993-1994 i było związane z wdrożeniem w krajowym systemie podatkowym zasad funkcjonującego m.in. w krajach członkowskich UE, podatku od wartości dodanej.

Instytucja kas rejestrujących w systemie podatku od wartości dodanej była kojarzona nie tylko z realizacją funkcji ewidencyjnej przy zastosowaniu tych urządzeń ale również z jej wprowadzeniem łączono koncepcje ochrony praw konsumenckich w zakresie przywileju otrzymania, bez specjalnych życzeń lub żądań ze strony klientów, dowodu dokumentującego nabycie towaru lub usługi, dowodu przedstawiającego sposób skalkulo-

wania ceny i jej strukturę prezentującą kwotę naliczonego podatku na rzecz budżetu lub zastosowanie ulgi albo zwolnienia od podatku.

Tocząca się na łamach prasy dyskusja co do rezygnacji z dalszego stosowania okresowych zwolnień od ewidencji kasowej w usługach medycznych a także prawniczych, to nie tylko efekt, jak to się określa w wystąpieniu Pana Prezesa, „szumu medialnego”, ale w dużym zakresie efekt autentycznego zapotrzebowania usługobiorców (korzystających z usług służb zaufania publicznego: medycznych i prawniczych) w zakresie właściwego dokumentowania wnoszonych płatności.

Chciałbym też zaznaczyć, iż również Rzecznik Praw Obywatelskich kierując stosowne wystąpienie do Ministra Finansów, zwracał uwagę na konstytucyjną zasadę równości podmiotów wobec prawa i na tym tle zgłaszał swoje zastrzeżenia do praktyki przedłużania zwolnień od stosowania kas m.in. w sferze usług medycznych i prawnych. Również zagadnienia wprowadzania kas przy świadczeniu m.in. usług medycznych były przedmiotem dezyderatów komisji sejmowej, interpelacji poselskich oraz licznych wystąpień i wniosków obywatelskich.

Obecnie trwają prace nad przygotowaniem kolejnego rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie kas rejestrujących. Po ich zakończeniu projekt zostanie rozesłany do uzgodnień oraz zamieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Finansów.

Odnosząc się natomiast do postulatu likwidacji zwolnienia od podatku od towarów i usług, dla usług w zakresie ochrony zdrowia i wprowadzenia w to miejsce stawki VAT 0%, wyjaśniam, że realizacja tych postulatów nie jest możliwa.

Funkcjonowanie systemu podatku od wartości dodanej w krajach członkowskich UE podlega ścisłej harmonizacji. Z tych względów również polskie przepisy dotyczące podatku od towarów i usług muszą być zgodne z przepisami wspólnotowymi, w szczególności z przepisami dyrektywy 2006/112/WE Rady z dnia 28 listopada 2006 r. w sprawie wspólnego systemu podatku od wartości dodanej.

Zgodnie z art. 132 ust. 1 lit. b) i c) dyrektywy 2006/112/WE Rady, państwa członkowskie zwalniają opiekę szpitalną i medyczną oraz ściśle z nimi związane czynności podejmowane przez podmioty prawa publicznego lub, na warunkach socjalnych porównywalnych dostosowanych w odniesieniu do instytucji prawa publicznego, przez szpitale, ośrodki medyczne i diagnostyczne oraz inne odpowiednio uznane placówki o podobnym charakterze, a także świadczenie opieki medycznej w ramach zawodów medycznych i paramedycznych, określonych przez zainteresowane państwo członkowskie.

Natomiast stawkę VAT 0% (zwolnienie z prawem do odliczenia podatku naliczonego), zgodnie z przepisami dyrektywy stosuje się, co do zasady, do eksportu oraz

do wewnątrzwspólnotowej dostawy towarów. Stosowanie przez państwa członkowskie stawki 0% dla innych czynności, jako odstępstwo od ogólnych reguł wynikających z dyrektywy, jest możliwe jedynie na podstawie udzielonych derogacji.

Jak wynika z powyższych wyjaśnień, stosowanie zwolnienia od podatku od towarów i usług, do usług w zakresie ochrony zdrowia i opieki medycznej, jest zgodne z przepisami wspólnotowymi. Brak jest natomiast możliwości, by usługi w zakresie ochrony zdrowia były opodatkowane stawką 0% podatku od towarów i usług.

Z poważaniem

*Z upoważnienia Ministra Finansów
Podsekretarz Stanu
Maciej Grabowski*

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 17 marca 2010 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej rady Lekarskiej. Na samym początku członkowie Rady spotkali się z zaproszonym przez Prezesa Jakubiszyn na Radę, dr Andrzejem Sznajderem. Do spotkania doszło w związku z zamiarem powołania przez Wojewodę Opolskiego dr Sznajdera na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego z zakresu Diagnostyki Obrazowej.

Dr Sznajder pokrótce przedstawił swoją dotychczasową drogę zawodową i osiągnięcia – zarówno jako Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej WCM w Opolu, jak również z czasów, gdy pełnił już wcześniej funkcję Konsultanta Wojewódzkiego. W części poświęconej swoim planom związanym z przyszłą funkcją, podkreślił, że najbardziej zależy mu na doprowadzeniu do ujednolicenia standardów zapisów cyfrowych badań diagnostycznych oraz na wypracowaniu jednolitego sposobu funkcjonowania na Opolszczyźnie wszystkich placówek wykonujących badania z zakresu diagnostyki obrazowej, bez względu na ich status.

W ożywionej dyskusji, jaka się po tym wywiązała członkowie Rady zadawali kandydatowi liczne pytania, dotyczące sposobu sprawowania przez niego funkcji konsultanckich. Dr Sznajder przyznał, że ma trudny charakter i jest bezkompromisowy w działaniu, obiecał przy tym, że postara się postępować łagodniej, niż dotychczas.

Po wysłuchaniu odpowiedzi na wszystkie zadane pytania członkowie Rady Okręgowej postanowili pozytywnie zaopiniować kandydaturę dr Andrzeja Sznajdera na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego ds. Diagnostyki Obrazowej.

W następnej części obrad Rada przyznała Stałe Prawa Wykonywania Zawodu po zakończeniu stażu podyplomowego następującym Koleżankom:

- lek. Suchy Joanna,
- lek. dent. Jędrzejak Alicja

oraz w związku z przeniesieniem z innych izb lekarskich, Kolegom:

- lek. Falkowski Krzysztof – przeniesienie z DIL-u,
- lek. Płoucha Jacek – przeniesienie z DIL-u.

Następnie Prezes zapoznał członków Rady z wnioskiem Medycznego Centrum Naukowe Dentystyczne BB-Med z Opola dotyczącym I Śląskiej Konferencji Medycyny Perinatalnej, która odbędzie się w Zabrzu w dniach 19-20.III br. W związku z tym wnioskiem wywiązała się bardzo burzliwa dyskusja, w której członkowie Rady zwracali uwagę na to, że istniejący system jest niedoskonały. Rada rejestrując takie podmioty nie ma bowiem żadnego wpływu na merytoryczny poziom prowadzonych przez rejestrowane podmioty szkoleń, choć jednocześnie wyrażając zgodę na rejestrację niejako firmuje ich działanie. Wsuwano różne propozycje, dotyczące sposobów sprawowania nadzoru nad tymi szkoleniami, ale wszystkie te działania byłyby niezgodne z obowiązującymi przepisami – na co zwrócił uwagę Prezes Jakubiszyn. W wyniku głosowania Rada postanowiła zarejestrować podmiot szkolący i przyznać 10 pkt. edukacyjnych za uczestnictwo w tej konferencji..

W dalszej części tego punktu obrad, Przewodniczący poinformował o szkoleniach prowadzonych dla lekarzy dentystów przez podmioty zarejestrowane w Naczelnej Izbie Lekarskiej (ze względu na ogólnopolski charakter prowadzonych szkoleń): Pol-Dent z Warszawy (4 szkolenia oraz MIP Pharma Polska z Gdańska (2 szkolenia).

Na zakończenie kol. Jakubiszyn przedstawił wniosek dr Wojciecha Walasa – ordynatora Oddziału Intensywnej Opieki medycznej dla Dzieci z WCM, w sprawie dofinansowania, współorganizowanej przez OIL, konferencji „Trudne przypadki wodogłowia u dzieci” w kwocie 1000 zł. Wniosek został przyjęty jednogłośnie.

W kolejnej części zebrania Rada zajęła się rejestracją stacjonarnych lekarskich praktyk prywatnych następujących lekarzy: Barbary Suzanowicz, Jerzego Lacha, Jana Danela, Lidii Sendal, Jarosława Głowackiego, Andrzeja Fima, Ryszarda Pakuła i Piotra Drozdowskiego. Dalej rozpatrzono wnioski o rejestrację lekarskich praktyk wyjazdowych lekarzy: Krystiana Kościowa, Bernadety Magdyny, Krzysztofa Falkowskiego i Jacka Noparlika – rejestrując te praktyki.

W dalszej części posiedzenia Rada rozpatrzyła wniośki skierowane do Funduszu Samopomocy w sprawie zapomóg dla 2 lekarek. W przypadku jednego z nich, po zapoznaniu się z argumentami przedstawionymi we wniosku, Rada odrzuciła wniosek o zapomogę, jako bezzasadny.

Następnie Rada rozpatrzyła pozytywnie wniosek lek. dent. Witolda Pędicha o dofinansowanie jego udziału w Mistrzostwach Polski w Piłce Siatkowej w Szczyrku na kwotę 300 zł. Kol. Pędich został jednak zobowiązany przez Radę do występowania w barwach Opolskiej Izby Lekarskiej na tej imprezie.

Drugi wniosek o dofinansowanie dotyczył udziału 4-osobowej osady lekarzy dentystów w VII Ogólnopolskich Mistrzostwach Lekarzy w Żeglarskim w klasie „Omega”, w wysokości 1200 zł i także został zaakceptowany.

Prezes Jakubiszyn poinformował o konkursach na świadczenia medyczne w:

- Zakładzie Karnym w Głubczycach – przedstawicielem Izby został kol. Antoni Junosza-Szaniawski,
- Brzeskim Centrum Medycznym – przedstawicielem Izby został kol. Andrzej Trzepizur,
- Urzędzie Miasta w Białej – przedstawicielem został kol. Andrzej Miśta.

Rada w następnym punkcie swoich obrad podjęła decyzję o obniżeniu składki członkowskiej jednej z naszych Koleżanek w związku z jej przejściem na emeryturę.

W kolejnym punkcie obrad Rady rozpatrywano projekt Regulaminu Rzecznika Praw Lekarza (*patrz poniżej – przyp. Red.*). Ponieważ obecni na zebraniu nie wnieśli żadnych uwag do treści tego dokumentu został on ogłoszony i jednogłośnie przyjęty. Równocześnie kol. Jarosław Karoń zaproponował, by funkcję Rzecznika pełnił kol. Jacek Mazur i członkowie Rady zatwierdzili tę kandydaturę.

W dalszej części obrad Rady jednogłośnie zatwierdzono składy osobowe komisji Okręgowej Izby Lekarskiej: Stomatologicznej – 40 osób, Kształcenia – 14 osób, Etyki – 11 osób i Lekarzy Emerytów i Rencistów – 11 osób.

W związku ze zbliżającym się posiedzeniem Naczelnej Rady Lekarskiej, która ma zatwierdzić składy osobowe komisji NRL, Prezes zaproponował, aby przedstawicielami Opolskiej Izby Lekarskiej w Komisji Kształcenia Naczelnej Rady Lekarskiej był kol. Jerzy Lach, a w Komisji Emerytów i Rencistów NRL – kol. Tadeusz Chowaniec. Rada jednogłośnie zaakceptowała obie kandydatury.

Kol. Wojtyłko zreferował krótko przebieg konkursu na ordynatora Oddziału Chirurgii w Szpitalu Wojewódzkim. W wyniku postępowania konkursowego do zatrudnienia na to stanowisko Komisja przedstawiła dyrekcji szpitala dr Janusza Pichurskiego.

Kol. Kowarzyk powrócił do sprawy dokumentacji technicznej siedziby OIL, niezbędnej do przeprowadzenia modernizacji i remontów. Okazało się, że udało się odzyskać część dokumentacji budowlanej budynku, co znacznie skróci i ułatwi przeprowadzenie jego inwentaryzacji.

Kol. Latała przekazał informację o Walnym Zebraniu Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, które odbyło się niedawno w Warszawie, połączone z wyborem nowego Prezesa Towarzystwa (*krótkie sprawozdanie z tego zebrania znajdziecie Państwo w dalszej części Biuletynu – przyp. Red.*).

W wolnych wnioskach kol. Karoń przedstawił problem, funkcjonującej do tej pory w Delegaturze Izby w Kędzierzynie-Koźlu, Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej. W związku z wprowadzeniem nowych przepisów finansowych Kasa ta nie może już dłużej funkcjonować w ramach SP ZOZ-u w Kędzierzynie-Koźlu. Kol. Karoń, wspierany przez kol. Mazura i Olejnika zaproponował, aby Kasę tę afiliować przy Opolskiej Izbie Lekarskiej, wpisując jednocześnie jej pracowników do niej. Kol. Jakubiszyn zobowiązał się do przeprowadzenia w tej sprawie rozmów potwierdzających możliwość dokonania, zgodnie z prawem, takiego kroku.

Prezes przedstawił treść pisma, jakie skierował do dyrektorów wszystkich placówek ochrony zdrowia na Opolszczyźnie, z informacją o powołaniu w Izbie Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy – kol. Dawidziuka.

Następnie zapoznał członków Rady z projektem swojego pisma skierowanego do Senatorów Ziemi Opolskiej w sprawie ostatnich zmian w ustawie dotyczącej zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych. (*oba pisma znajdziecie w całości w innym miejscu tego numeru Biuletynu – przyp. Red.*).

W części dotyczącej bieżącej poczty, Przewodniczący zapoznał członków Rady z treścią odpowiedzi, jakiej, na zapytanie kol. Jakubiszyn w sprawie organizacji Centrów Urazowych i nie przyznania takiego statusu dla WCM w Opolu, udzielił Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Haber. Z pisma tego wynikało, że w skali kraju takich centrów powstanie 13. Brak jest jednak na tej liście Opolszczyzny. Wg przekonania ministra Habera, jego brak nie będzie miał żadnego wpływu na poziom finansowania Oddziału Ratunkowego w WCM w Opolu, nie spowoduje też ograniczenia dostępu do tego rodzaju usług mieszkańców województwa opolskiego.

Drugim pismem, jakie przedstawił Prezes, była odpowiedź Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Finansów Macieja Grabskiego na zapytanie Prezesa NRL Macieja Hamankiewicza. Pismo dotyczyło wprowadzenia w gabinetach lekarskich kas fiskalnych oraz możliwości zwolnienia świadczeń medycznych z podatku VAT od towarów i usług. Z treści pisma wynikało, że obowiązek wprowadzenia kas fiskalnych został odroczony. Natomiast nie ma żadnej możliwości zwolnienia z podatku VAT usług medycznych, bo jest to sprzeczne z rozwiązaniami obowiązującymi w UE.

Jerzy B. LACH

REGULAMIN DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW LEKARZA OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

§ 1

Rzecznik Praw Lekarza Opolskiej Izby Lekarskiej, zwany dalej Rzecznikiem, działa w oparciu o obowiązujące regulacje prawne, a w szczególności zawarte w:

- Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. nr 78, poz. 483),
- ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 219, poz. 1708),
- ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857 z późn. zm.),
- Kodeksie Etyki Lekarskiej uchwalonym przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy w Toruniu w dniu 20 września 2003 r.,
- ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.),
- ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.),
- ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111, poz. 535 z późn. zm.),
- ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 191, poz. 1410 z późn. zm.),
- ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.).

§ 2

1. Rzecznika wybiera i odwołuje Okręgowa Rada Lekarska Opolskiej Izby Lekarskiej większością 2/3 głosów przy obecności co najmniej połowy członków.
2. Okręgowa Rada Lekarska może powołać, na wniosek Rzecznika, jego zastępcę.

§ 3

Do zadań Rzecznika należą:

- działania na rzecz ochrony godności wykonywania zawodu lekarza,
- obrona dobrego imienia lekarza, zarówno jako jednostki, jak i społeczności, w kontaktach z mediami, instytucjami, organizacjami, administracją,
- ochrona lekarzy przed nieuzasadnionymi atakami ze strony mediów, pacjentów i ich stowarzyszeń, pracodawców, instytucji itp.,
- wspieranie działań lekarzy na rzecz ochrony ich słuszych interesów,
- w uzasadnionych przypadkach organizowanie pomocy prawnej i finansowej dla lekarzy, których dobre imię i godność zostały naruszone.

§ 4

Do uzyskania pomocy ze strony Rzecznika uprawnieni są wyłącznie lekarze, członkowie Opolskiej Izby Lekarskiej, nie posiadający zaległości w opłacaniu składek członkowskich.

W uzasadnionych przypadkach pomoc taka może zostać udzielona rodzinie lekarza, którego dobra zostały naruszone.

Pomoc, o której mowa w ust.1, może być realizowana przez udzielanie porad prawnych, organizację lub pokrycie kosztów zastępstwa procesowego, udzielanie poręczeń, pomoc w uzyskiwaniu opinii i ekspertyz biegłych, występowanie w kontaktach z mediami itp.

W realizacji swoich obowiązków Rzecznik podejmować będzie współpracę z wybranymi kancelariami prawnymi i instytucjami.

W swojej działalności Rzecznik współpracuje z organami Opolskiej Izby Lekarskiej.

Działalność Rzecznika nie może stać w sprzeczności z funkcjonowaniem organów Opolskiej Izby Lekarskiej.

§ 5

Rzecznik składa coroczne sprawozdanie ze swojej działalności Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy.

§ 6

Obsługę administracyjną Rzecznika zapewnia Biuro Opolskiej Izby Lekarskiej.

Koszt funkcjonowania Rzecznika uwzględnia się w budżecie Opolskiej Izby Lekarskiej.

SPRAWOZDANIE ZE SPOTKANIA KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ W DN. 15.03.2010 R.

Na początku spotkania omówiono pismo, które otrzymaliśmy od Z-cy Dyrektora ds. Medycznych Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – lek. med. Romana Kolka. Z pisma wynika, iż wartość zakontraktowanych świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego w roku 2010 jest o ok. 1 mln zł mniejsza od wartości w roku ubiegłym. Postanowiono wystosować kolejne pismo z zapytaniem, co było przyczyną takiego ograniczenia funduszy i dlaczego dotknęło to świadczeń stomatologicznych i przy okazji wyrazić nasz kolejny sprzeciw.

Następnie omówiono pisma dotyczące „Memoriału” ukazującego sytuację polskiej stomatologii, wystosowanego przez Komisję Stomatologiczną Naczelnej Izby Lekarskiej. Treści pisma Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia – pana Cezarego Rzemka oraz Zastępcy Prezesa ds. Medycznych Narodowego Funduszu

Zdrowia – pana Macieja Dworskiego zamieszczono poniżej.

Otrzymałmy również informacje skierowane do pana Macieja Hamankiewicza, Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej dotyczące kwestii związanych z wprowadzeniem obowiązku posiadania kas rejestrujących przez lekarzy. Autorem jest Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów pan Maciej Grabowski, informuje on, iż obowiązek ewidencjonowania przy zastosowaniu kas rejestrujących ma charakter powszechny, a Minister Finansów upoważniony został do wprowadzenia na okres przejściowy zwolnień od ewidencjonowania przy ich zastosowaniu dla niektórych grup podatników. Do Ministra Finansów zwrócił się Rzecznik Praw Obywatelskich i zwrócił uwagę na konstytucyjną zasadę równości podmiotów wobec prawa i na tym tle zgłaszał swoje zastrzeżenia do praktyki przedłużania zwolnień od stosowania kas m. in. w sferze usług medycznych i prawnych. Obecnie trwają prace nad przygotowaniem kolejnego rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie kas rejestrujących.

Omówiono również regulamin działania Rzecznika Praw Lekarza, który wnet zostanie powołany przez Radę Lekarską naszej Izby.

Skład Komisji Stomatologicznej poszerzony został o konsultantów wojewódzkich z zakresów stomatologii i Prezesa Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

Dr Wiesław Latała poinformował o odbytym Walnym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, na którym wybrano nowego Prezydenta, został nim profesor Bartłomiej Loster z Krakowa. Informacje o aktualnych szkoleniach, kursach, sympozjach dostępne są na naszej stronie internetowej. Na tym posiedzenie zakończono.

*Protokołowała
lek. dent. Anna Adamska*

* * *

MINISTER ZDROWIA Warszawa, 2010-02-22
MZ-UZ-F-078-19134-2/HŻ/10

Pani Anna Lella
Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

W związku z pismem Pani Prezes, z dnia 22 stycznia 2010 r., (znak: NRL/KS/8/10), przy którym został przesłany „*Memoriał w sprawie opieki stomatologicznej realizowanej w ramach ubezpieczeń zdrowotnych*” Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej uprzejmie informuję co następuje.

Odnosząc się do przedmiotowej sprawy uprzejmie informuję, iż zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdro-

wotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust. 3 i art. 102 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z powyższym, w ramach nadzoru sprawowanego nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia, Minister Zdrowia zwrócił się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o przedstawienie stanowiska w przedmiotowej sprawie. Ze stanowiska Prezesa NFZ wynika, co następuje.

Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz ewentualna jej zmiana jest konsekwencją, z jednej strony, wysokości oraz podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy OW NFZ, z drugiej strony, okoliczności, które musiały być uwzględnione przy opracowaniu planu finansowego, w tym w szczególności: skutków rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (Dz. U. Nr 139, poz. 1136-1142 oraz Nr 140, poz. 1143-1148), zarządzeń Prezesa w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych, znacznego zwiększenia wartości świadczeń udzielonych w ramach migracji ubezpieczonych oszacowanych na podstawie rzeczywistego wykonania za okres I-III 2009 r.) w porównaniu do wartości pierwotnie prognozowanych, konieczności zabezpieczenia planowanych kosztów refundacji cen leków na poziomie nie mniejszym niż wynikającym z prognozy NFZ.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że planowanie środków na poszczególne zakresy świadczeń w ramach planu finansowego oddziału wojewódzkiego należy do kompetencji dyrektora tego oddziału. Również w zakresie kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu leży, zgodnie z art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, możliwość dokonywania przesunięć w ramach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym tego oddziału.

Odnosnie sprawy dotyczącej wprowadzenia cen minimalnych świadczeń stomatologicznych, uprzejmie informuję, że zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się w drodze konkursu ofert albo rokowań (art. 139 ust. 1 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Zgodnie z art. 148 przedmiotowej ustawy, porównanie ofert w toku postępowania konkursowego obejmuje między innymi: jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie, liczbę oferowanych świadczeń oraz ich cenę.

Zgodnie z art. 142 ust.5 i 6 ustawy, w części niejawnej konkursu ofert (którego wyniki stanowią podstawę do zawarcia umów ze świadczeniodawcami), komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Jednocześnie komisja konkursowa może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

Przy rozpatrywaniu wysokości ceny świadczeń, istotne są również możliwości finansowe Funduszu, a efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziałów, zgodnie z treścią art. 107 ust. 5 pkt 1 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, należy do zadań dyrektorów oddziałów wojewódzkich.

W związku z powyższym brak jest podstawy prawnej do uwzględnienia wniosku dotyczącego cen minimalnych.

Odnosząc się do sposobu ustalania ceny przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Prezes NFZ poinformował, że algorytm postępowania przy wyliczaniu ceny oferty w kryterium ceny wskazany jest w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 73/2009/DSOZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z zapisami ww. zarządzenia cena jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji odnoszona jest do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy w następujący sposób:

1. Maksymalna liczba punktów oceny punktów oceny w zakresie kryterium ceny (wzór wg załącznika nr 1 do ww. zarządzenia).
2. Podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferty z ceną oczekiwaną.
3. Ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się biorąc pod uwagę (wzór wg załącznika nr 2 do ww. zarządzenia): liczbę punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny, cenę zaproponowaną przez oferenta, cenę oczekiwaną.

Prezes NFZ wyjaśniając różną wielkość etatów przeliczeniowych w poszczególnych ÓW NFZ, wskazał, że zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ, z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, etat przeliczeniowy jest to liczba punktów stomatologicz-

nych na miesiąc, przeznaczona na wykonanie świadczeń stomatologicznych przez 1 lekarza udzielającego świadczeń w wymiarze czasu pracy opisanym w załączniku nr 4 do zarządzenia, przy czym kalkulacyjna wysokość etatu przeliczeniowego wynosi 15 tys. pkt. Jednocześnie zgodnie z paragrafem 8 tego zarządzenia w uzasadnionych przypadkach dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może m.in. ustalić inną wielkość etatu przeliczeniowego niż wielkość kalkulacyjna. Decyzje takie podejmowane są przez dyrektorów w celu zabezpieczenia dostępności do świadczeń, po przeanalizowaniu m.in. wysokości środków finansowych przeznaczonych w oddziale wojewódzkim na finansowanie leczenia stomatologicznego, a także liczby dentystów (w tym lekarzy specjalistów), którzy przystępują do postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umów z NFZ.

Ponadto Prezes NFZ poinformował, że współpracuje z przedstawicielami Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie opracowywania zasad udzielania świadczeń stomatologicznych oraz możliwości wprowadzenia zmiany cen finansowanych przez NFZ świadczeń stomatologicznych.

Odnosząc się do możliwości systemowego uregulowania kwestii kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej pragnę poinformować, że w chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia wspólnie ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie realizuje projekt szkoleniowy realizowany w ramach programu operacyjnego „Kapitał ludzki” pn. „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”. Wyrażam nadzieję, że realizacja tego projektu pozwoli również na opracowanie efektywnych narzędzi liczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz uwzględnienie przy kontraktowaniu świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Z poważaniem

*Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu, Cezary Rzemek*

* * *

Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Warszawa, 17.02.2010 r.
Narodowego Funduszu Zdrowia
znak: NFZ/CFDSOZ/2010/07610141/W/03017/KM

Pani Anna Lella
Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

W nawiązaniu do pisma z dnia 22 stycznia 2010 r. znak NRL/KS/8/10, przekazującego w imieniu Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej *Memoriał w sprawie opieki stomatologicznej realizowanej w ramach ubezpieczeń zdrowotnych*, przestawiam stanowi-

sko w kwestiach pozostających w kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do *zmniejszenia budżetu na świadczenia stomatologiczne w 2010 r.*, uprzejmie wyjaśniam, że podstawą sporządzenia projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, a w konsekwencji planu finansowego Funduszu, zgodnie z art. 120 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity – Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej ustawą, są: prognozy, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 3 ustawy (tj. coroczna prognoza przychodów i coroczna prognoza kosztów na kolejne trzy lata) oraz projekty planów, o których mowa w art. 120 ust. 5 ustawy (tj. projekty planów finansowych oddziałów, zaopiniowane przez rady oddziałów wojewódzkich Funduszu).

Podkreślić należy, iż ww. prognozy sporządzane przez Prezesa Funduszu w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Ministrem Finansów oparte są na danych o liczbie tytułów i wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne zrealizowanych za rok poprzedzający rok planowania oraz prognozowanych na lata objęte prognozą wskaźnikach makroekonomicznych, w tym w szczególności będących podstawą do opracowania projektu budżetu państwa na kolejny rok, jak również na danych o kształtowaniu się poszczególnych rodzajów kosztów w okresie poprzedzającym sporządzenie prognoz, dostępnych w chwili sporządzania, tj. w miesiącach maj-czerwiec roku, w którym sporządzany jest projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz ew. jej zmiana jest konsekwencją z jednej strony algorytmu podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy OW NFZ, z drugiej, pozostałych okoliczności, które musiały być uwzględnione przy opracowaniu projektu planu finansowego, w tym w szczególności:

- skutków:
 - rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (Dz. U. Nr 139, poz. 1136-1142 oraz Nr 140, poz. 1143-1148),
 - zarządzeń Prezesa w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych,
- znacznego zwiększenia wartości świadczeń udzielanych w ramach migracji ubezpieczonych (oszacowanych na podstawie rzeczywistego wykonania za okres I-VIII 2009) w porównaniu do wartości pierwotnie prognozowanych,
- konieczności zabezpieczenia planowanych kosztów refundacji cen leków na poziomie nie mniejszym niż wynikający z prognozy Departamentu Gospodarki Lekami Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dodatkowo dyrektorzy niektórych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia dokonali, w trybie art. 124 ust. 5 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w planach finansowych swoich oddziałów.

Obecny plan finansowy NFZ na 2010 r. (po zmianach), uwzględniający aktualną sytuację ekonomiczno-finansową oraz dostosowany do aktualnie rozpoznanych potrzeb w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, stwarza korzystniejsze warunki do efektywniejszego wykorzystania środków przeznaczonych na koszty świadczeń opieki zdrowotnej oraz zabezpieczenia optymalnego – przy obecnie dostępnych środkach – dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu do planu finansowego na rok 2010 z dnia 31 lipca 2009 r.

Odnosząc się do postulatu Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadzenia *cen minimalnych świadczeń stomatologicznych* uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 142 ust. 5 i 6 ustawy w części niejawniej konkursu ofert (którego wyniki stanowią podstawę do zawarcia umów ze świadczeniodawcami) komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Jednocześnie komisja konkursowa może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

W związku z powyższym brak jest podstawy prawnej do uwzględnienia wniosku dotyczącego cen minimalnych.

Pragnę dodać, że algorytm postępowania przy wyliczaniu oceny oferty w kryterium ceny wskazany jest w zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z powołanym zarządzeniem cena jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji odnoszona jest do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy w następujący sposób:

1. Maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny: $s = \text{waga skalująca określona w załączniku nr 1}$.
2. Podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferty z ceną oczekiwaną.
3. Ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia [C_{NFZ}] jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej

w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
Liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

$$A \begin{cases} C_{of} < C_{min} \\ y_c = s \end{cases}$$

$$B \begin{cases} C_{of} \geq C_{min} \\ y_c = \frac{s(C_{maks} - C_{of})}{C_{maks} - C_{min}} \end{cases}$$

gdzie:

y_c – liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny

$$C_{maks} = 1,1 \times C_{NFZ}$$

$$C_{min} = 0,9 \times C_{NFZ}$$

C_{of} – cena zaproponowana przez oferenta

C_{NFZ} – cena oczekiwana

Wyjaśniając różną wielkość etatów przeliczeniowych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu, uprzejmie wyjaśniam, że zgodnie z treścią zarządzenia Nr 59/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne z późn. zm., etat przeliczeniowy jest to liczba punktów stomatologicznych na miesiąc, przeznaczona na wykonanie świadczeń stomatologicznych przez 1 lekarza udzielającego świadczeń w wymiarze czasu pracy opisanym w załączniku nr 4 do zarządzenia, przy czym kalkulacyjna wysokość etatu przeliczeniowego wynosi 15 tys. pkt. Jednocześnie, zgodnie z § 8 tego zarządzenia w uzasadnionych przypadkach dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może m.in. ustalić inną wielkość etatu przeliczeniowego niż wielkość kalkulacyjna. Decyzje takie podejmowane są przez dyrektorów w celu zabezpieczenia dostępności do świadczeń, po przeanalizowaniu m.in. wysokości środków finansowych przeznaczonych w oddziale wojewódzkim na finansowanie leczenia stomatologicznego, a także liczby lekarzy dentystów (w tym lekarzy specjalistów), którzy przystępują do postępowania w sprawie zawarcia umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Przedstawiając powyższe, uprzejmie informuję, że Narodowy Fundusz Zdrowia nadal deklaruje wolę współpracy z przedstawicielami Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie opracowywania zasad udzielania świadczeń stomatologicznych oraz możliwości wprowadzenia zmiany cen finansowanych przez Fundusz świadczeń stomatologicznych.

Z poważaniem

*Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Narodowego Funduszu Zdrowia
Maciej Dworski*

OGÓLNOPOLSKIE WALNE ZEBRANIE DELEGATÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO

W dniach 25-26.02.2010 r. odbyło się Walne Zebranie Delegatów PTS. Jednymi z punktów trwających dwa dni obrad były wybory Prezydenta, Prezydium Zarządu Głównego, Głównej Komisji Rewizyjnej oraz Głównego Sądu Koleżeńskiego. Prezydentem na obecną kadencję został wybrany dr hab. n. med. Bartłomiej W. Loster z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Wśród członków Prezydium Zarządu Głównego (21 osób) znalazł się po raz trzeci doktor Wiesław Latała. Nasz kolega został wybrany z pośród 42 kandydatów i na około 120 wybierających uzyskał ponad 60 głosów, plasując się na 10 miejscu na liście. Jak dotąd jest pierwszym i jedynym lekarzem z Opolszczyzny zasiadającym w krajowych władzach Towarzystwa

Nowy Prezydent w swoim wystąpieniu zwrócił uwagę między innymi na udział PTS w szkoleniu ustawicznym, jak i specjalizacyjnym. Mówił o powołaniu Komisji do Spraw Nauki oraz włączeniu do współpracy ośrodków regionalnych. Dalszemu rozwojowi ma ulegać portal internetowy i inne formy komunikacji elektronicznej. Ma także zostać rozwinięta współpraca z Izbą Lekarską.

Pragnę przypomnieć, że uroczyste podpisanie listu intencyjnego o współpracy pomiędzy Oddziałem Opolskim PTS a Komisją Stomatologiczną OIL miało miejsce już w 2004 roku.

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

ZŁOTA SPINKA – KATEGORIA BIZNES

Każdego dnia jesteśmy bombardowani przez media kłopotami w służbie zdrowia. Można by przypuszczać, że proces leczenia trzeba rozpocząć, nie od pacjentów, ale od służby zdrowia. Dlatego należy odnotować fakt otrzymania nagrody „Złota Spinka” w kategorii BIZNES przez dyrektora SP ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu, Panią Aleksandrę Kozok. Pani Dyrektor przywróciła szpitalowi blask i renomę. Pod jej rządami placówka każdego roku zdobywa wysokie lokaty w krajowych rankingach na najlepsze szpitale monospecjalistyczne. W ciągu 19 lat pracy, kierując Wojewódzkim Szpitalem Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków w Opolu, doprowadziła tą placówkę do jej rozkwitu. Tytuł z Nowej Trybuny Opolskiej – „Nagrodziliśmy najlepszych” – jest wielce wymowny. Częściej można na łamach tej gazety przeczytać o patologiach, niedociągnięciach lub różnego rodzaju pretensjach. Okazuje się, że dzięki lu-

dziom mających pasję można odnieść sukces również w medycynie.

Rozdanie nagród przebiegało w wyjątkowej atmosferze, bowiem wręczano je podczas gali „Forum Gospodarczego Śląsk 2010” w Filharmonii Opolskiej. Na widowni zasiedli goście reprezentujący ponad 60 krajów z 5 kontynentów. Laureatka dziękując za wyróżnienie, powiedziała: „*Opolszczyzna się starzeje. Naszym obowiązkiem jest to poprawić. Szpital ginekologiczny z personelem oraz... bociany czekają na odbiór każdej ilości porodów* (kieruję ten apel również do Młodych Lekarzy – przyp. autorki)”. Mówiąc te słowa, rozwinęła plakat z bocianami.



W swoim wystąpieniu Pani Dyrektor podziękowała wszystkim pracownikom szpitala podkreślając, że bez ich profesjonalnej, oddanej i rzetelnej pracy nie byłoby Jej tutaj i tej nagrody.

O laureatach nagród Nowa Trybuna Opolska pisała tak: „*To oni, nietuzinkowi, pełni pasji, są dumą naszego regionu. Wybitnych Opolan nagrodziliśmy już po raz 13. Bez ich zapалу nie byłoby sukcesów*”. Dlatego należy się cieszyć, że doceniono zarówno dokonania Pani Dyrektora, jak również służby zdrowia.

Serdecznie gratulujemy Pani Dyrektor, życzymy dalszych sukcesów i Diamentowej Spinki. Lekarzy zaś zachęcamy do budowania gniazd bocianom.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

UWAGA LEKARZE – SENIORZY

W marcu br. przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Opolu, na okres kadencji 2009-2013, została powołana Komisja ds Lekarzy Emerytów i Rencistów, z przewodniczącym dr med. Tadeuszem Chowańcem i sekretarzem dr Grażyną Wojtalską-Kusyk.

Ustalono, że tegoroczne **Wiosenne Spotkanie Lekarzy Seniorów odbędzie się w sobotę 22 maja, o godz. 15.00**, w pomieszczeniach Klubu Lekarza w Opolu. Prosimy o zgłaszanie zamiaru uczestnictwa do dnia 17 maja br. do Biura OIL w Opolu, ul. Grunwaldzka 23, tel. 77/454-59-39.

W czasie spotkania zostaną wręczone dyplomy, pamiątkowe medale i znaczki izbowe, lekarzom seniorom, którym w tym roku mija 50 lat od uzyskania dyplomu lekarskiego.

Przewodniczący Komisji
Dr med. Tadeusz CHOWANIEC

UWAGA SZKOLENIA

Po dłuższej przerwie, spowodowanej kłopotami z edycją Biuletynu i brakiem możliwości dotarcia do szerokiego grona lekarzy z informacją o tematach szkoleń, wracamy do szkoleń prowadzonych przez konsultantów wojewódzkich.

W sobotę 12 czerwca, o godzinie 10, zapraszamy na szkolenie na temat **tocznia trzewnego**, które prowadzić będzie dr n. med. Grażyna Bogdanowicz.

Prawdopodobnie również w czerwcu odbędzie się szkolenie, poświęcone **prawidłowym zasadom żywienia dzieci, zapobieganiu otyłości i zaburzeniom metabolicznym**. We wrześniu tematem szkolenia będzie **rak jelita grubego**. Dokładne terminy tych dwóch szkoleń zostaną podane w Biuletynie majowym.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego przy Naczelnej Izbie Lekarskiej wystąpił z ofertą organizowania wyjazdowych (na terenie poszczególnych izb lekarskich) szkoleń na następujące tematy: **Wystąpienia publiczne, Techniki negocjacji, Jak pracować z trudnym pacjentem**.

Komisja kształcenia, która odbyła swoje pierwsze posiedzenie w nowej kadencji, proponuje organizowanie cyklicznych (raz na kwartał) szkoleń z zakresu **ratownictwa i udzielania pierwszej pomocy**. Na posiedzeniu Komisji padła również propozycja dotycząca szkolenia w zakresie **posługiwania się językiem migowym**.

Dla sprawnego przeprowadzenia tych szkoleń i – przede wszystkim – zagwarantowania udziału odpowiednich wykładowców musimy wcześniej znać orientacyjną liczbę osób zainteresowanych uczestnictwem w poszczególnych zdarzeniach edukacyjnych. Stąd prośba o potwierdzenie udziału lub wyrażenie zainteresowania tematem któregoś ze szkoleń.

Telefon do biura Izby to 77-454-59-39.

Jerzy JAKUBISZYN

KOMISJA STOMATOLOGICZNA OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ – JEJ POCZĄTKI

Historia ogólna

Do przełomu lat 80/90 za polską stomatologię pod względem organizacyjnym i finansowym odpowiadało tylko Państwo. W województwie, jednostką będącą ramieniem Ministerstwa Zdrowia była Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna. Ostoją stomatologów było natomiast Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, które zajmowało się działalnością naukowo szkoleniową. Praca Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego została zainicjowana przez Pracowników Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej, a tron Zarządu w znakomitej większości stanowili i stanowią do dziś jej pracownicy.

Na przełomie 1989-1990 lekarze pracujący w WPS i PTS, gdy tylko nadeszła taka możliwość zaczęli brać udział w tworzeniu struktur naszych izb. W tym czasie Kierownikiem WPS w Opolu był śp. dr n. med. Jerzy Werner, natomiast Przewodniczącym Oddziału Opolskiego PTS lek. stom. Stanisław Chruszczyk. Ja, jako pracownik Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej, będąc również V-ce Przewodniczącym Oddziału brałem aktywny udział w tych pracach. Przypomnę jeszcze, że wówczas Prezesem Polskiego Towarzystwa

Stomatologicznego był Prof. Włodzimierz Józefowicz. Ponieważ Polskie Towarzystwo Stomatologiczne było jednym z inicjatorów reaktywowania izb lekarskich w Polsce, reprezentował on w Komitecie Organizacyjnym Izb Lekarskich stomatologów. Komisja Stomatologiczna przy NRL została powołana dopiero uchwałą z dn. 30.11.1991 r. Naczelnej Rady Lekarskiej. 14.12.1991 r. nowym członkiem NRL został wybrany dr Andrzej Fortuna, który z rekomendacji Prof. Włodzimierza Józefowicza stanął na czele Komisji Stomatologicznej.

Historia regionalna

Samorząd Lekarski mieliśmy tworzyć wspólnie z województwem wrocławskim. Dzięki usilnym staraniom naszego środowiska lekarskiego udało się stworzyć Opolską Okręgową Izbę. Początkowo stomatolodzy działali wyłącznie „rozproszeni” w organach i komisjach problemowych. Pod koniec pierwszego roku działania naszego samorządu (1991 r.), na posiedzeniu naukowo-szkoleniowym Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego powstał – z inicjatywy między innymi dr Wenera i mojej – Klub Stomatologa. Dzięki przychylności ówczesnego Prezesa PTS, Klub mógł funkcjonować. Był pewnego rodzaju pomostem pomiędzy Wojewódzką Przychodnią i naszym Towarzystwem (skupiających w tym czasie stomatologów), a powstającą Komisją Sto-

matologiczną. Honorowym Przewodniczącym Klubu zostaje dr n. med. Jerzy Werner. Klub przez 2 lata pracuje głównie na bazie Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej. Ma ścisły kontakt z Komisją Stomatologiczną NRL i jej Przewodniczącym dr Andrzejem Fortuną i realizuje jej zalecenia w naszym województwie. Ta współpraca, pozwoliła w 1993 r. na powstanie Komisji Stomatologicznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Opolu. Nasze działania nie były chęcią wyodrębnienia się, ale z uwagi na specyfikę pracy, w porównaniu z innymi specjalnościami medycznymi, chcieliśmy rozwiązywać nasze problemy we własnym gronie, by przygotowane przedstawiać na Radzie i Prezydium Okręgowej Izby Lekarskiej. Ścisłe współpracując z kolegami medykami stanowiliśmy nadal jedną rodzinę lekarzy.

Dnia 22 października 1993 r., w czasie trwania walnego zebrania sprawozdawczo-wyborczego II kadencji OIL grupa lekarzy (19osób) zgłosiła swój akces do pracy w Komisji Stomatologicznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Opolu. 13 listopada 1993 r. odbyło się pierwsze zebranie delegatów, na którym po dyskusji i określeniu ogólnych planów działania, dokonano wyboru przewodniczącego. Miałem zaszczyt zostać wybrany pierwszym Przewodniczącym Komisji Stomatologicznej OIL w Opolu.

Na kolejnym posiedzeniu ustalono, że Komisja zbierać się będzie celem przedyskutowania problemów, bądź wydania opinii w sprawach sygnalizowanych przez KS przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, bądź uchwał Okręgowej Rady Lekarskiej dotyczących w sposób pośredni lub bezpośredni stomatologów. Posiedzenia protokołowała dr Anna Szczombrowska. Praca w początkowym okresie polegała między innymi na przekazywaniu członkom istotnych informacji dotyczących działań KS Naczelnej i Okręgowej Rady Lekarskiej, Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz materiałów uzyskanych z różnych oficjalnych źródeł uwiadamiających problemy, a także kierunki, w których dąży nasza stomatologia. Współpracowaliśmy i korzystaliśmy z doświadczeń i opracowań Warszawskiej, Krakowskiej i Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Zagadnienia, którymi zajmowaliśmy się w I kadencji dotyczyły między innymi:

- rejestracji prywatnych praktyk
- standardowego wyposażenia gabinetów stomatologicznych
- formy „reklamy” – informacji stosowanych przez lekarzy stomatologów
- staży podyplomowych (organizacja, pilotowanie i wdrażanie od 1993r.)
- staży specjalizacyjnych na I i II stopień specjalizacji także lekarzy praktykujących wyłącznie prywatnie
- kontraktów w stomatologii

Prawie w każdym Biuletynie Lekarskim były zamieszczane artykuły dotyczące spraw bieżących samorządu i różnych dyscyplin w stomatologii.

Priorytetem było szkolenie stomatologów i stworzenie możliwości uzyskania specjalizacji II stopnia w naszym województwie z każdej dyscypliny stomatologicznej. Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna była w tym czasie jednym z nielicznych ośrodków pozaakademickim w kraju mającym takie możliwości. Wspólnie z AM we Wrocławiu stworzyliśmy możliwość udziału naszych lekarzy w kursach między innymi z radiologii, endodoncji i pedodoncji. W tym czasie rozpoczął się w stomatologii proces przechodzenia z systemu państwowego na system praktyk prywatnych. Dzięki działaniom, jakie poczyniliśmy razem z ówczesnymi Kierownikami Obwodowych Poradni Stomatologicznych*, którym „szefowałem” jako Kierownik WPS (od 1993r.) i akcji „propagandowej”, którą wspierał również ówczesny Prezes PTS, udało się oddać gabinety stomatologiczne w ręce stomatologów tam pracujących. Nie dopuściliśmy do przejęcia przez pojedyncze osoby całych ZOZ-ów, jak to miało miejsce w innych województwach. Innymi słowy każdy ze stomatologów wziął swoje sprawy w swoje ręce. Uważaliśmy, że takie rozwiązanie jest sprawiedliwe i to właśnie było bardzo dużym osiągnięciem tego okresu.

To przy pomocy Kierowników Obw. Por. Stom. rozpropagowany został Samorząd Lekarski i zainicjowana jego praca wśród stomatologów Opolszczyzny. Zostały zbudowane w tym czasie struktury umożliwiające komunikację pomiędzy Komisją w Opolu, a każdą Praktyką Stomatologiczną w województwie.

Dzięki temu między innymi wszystkie opinie, ustalenia, opracowania i zalecenia Komisji Stom. NRL i naszej docierały do każdego na bieżąco (sytuacja w tamtym czasie zmieniała się bardzo szybko). W tych pierwszych czterech latach nastąpiło zainicjowanie i ugruntowana została praca naszego Samorządu Stomatologicznego. Rozpoczęto również łagodne przejmowanie obowiązków Woj. Przych. Stom. przez Komisję, dzięki dobrej koordynacji działań również z PTS. Rzeczowej pracy i dobrej organizacji zazdrościli nam wówczas koledzy z innych województw. Jak można zauważyć pierwsze 6 lat (jak również następne) tworzenia się i organizacji naszej Komisji odbywało się w ścisłym powiązaniu z Woj. Przych. Stom.

Działalność Komisji Stomatologicznej w III kadencji funkcjonowania Izby Lekarskich rozpoczęła się 18.XII 1997 r. Chęć pracy w komisji zadeklarowało wówczas 15 lekarzy stomatologów, reprezentujących prawie wszystkie delegatury naszej Izby. Na pierwszym zebraniu o charakterze organizacyjno-informacyjnym, wybrano na przewodniczącego komisji kol. Stanisława Chruszczyka, na sekretarza – kol. Martę Rodziewicz-Kabarowską.

Najistotniejszymi zagadnieniami, którymi zajmowała się Komisja w II kadencji swojego działania (a w III OIL) to:

- przekształcenia w stomatologii w świetle nowej ustawy o puz, a w szczególności przeprowadzenie prywatyzacji praktyk stomatologicznych i przygotowanie ich do funkcjonowania na podstawie umów kontraktowych z ORKCH,
- rejestrowanie indywidualnych praktyk stomatologicznych (w kilku przypadkach dot. lekarzy spoza terenu OIL odmówiliśmy rejestracji, zawsze po konsultacji i głosowaniu w komisji),
- ustalenie zasad przeprowadzania kontroli w już istniejących i nowo otwieranych gabinetach stomatologicznych z uwzględnieniem obowiązujących przepisów w tym zakresie – wizytacje przeprowadzali prawie wszyscy członkowie komisji,
- opracowanie norm prawidłowego ogłaszania się lekarzy w świetle obowiązującej uchwały NRL i egzekwowanie ich przestrzegania poprzez zwalczanie nieuczciwej reklamy w mediach i na tablicach informacyjnych,
- staże podyplomowe i specjalizacje w świetle nowych uwarunkowań prawnych,
- opiniowanie projektów nadsyłanych z NIL, a dotyczących m. in. wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych przysługujących osobom ubezpieczonym,
- wykorzystania „Katalogu wartościowania pracy lekarza stomatologa”, opracowanego przez kol. W. Grabe i zaakceptowanego przez całe środowisko stomatologiczne, do negocjacji w Kasach Chorych,
- systemu szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego,
- projektów programów profilaktycznych.

Kom. Stom. prowadziła korespondencję z Miejskim Inspektorem Sanitarnym w Opolu w sprawie sprecyzowania jednoznacznych wytycznych dotyczących norm w zakresie przeprowadzenia procesów sterylizacji w gabinetach stomatologicznych, obowiązujących w całym kraju.

Przemiany zachodzące wówczas wymusiły rozpoczęcie prac między innymi nad opracowaniem zasad współdziałania z powstałą 1998r. Kasą Chorych. Rozmowy opracowania, konsultacje, które przeprowadzałem jako Kierownik WPS i Specjalista Wojewódzki ds. Stomatologii, wcześniej Przewodniczący Komisji Stomatologicznej przy udziale dr Szczombrowskiej prowadzone były z naszej inicjatywy już od przełomu 1996/97 r. Dzięki przychylności i zrozumieniu dr Roberta Urbańczyka i mgr Marii Pisuli, którzy między innymi tworzyli w tym czasie Kasę Chorych w Opolu, pracowało nam się rzeczowo i owocnie. To wszystko pozwoliło w 2000 r. doprowadzić do oficjalnych rozmów i nadanie odpo-

wiedniego kształtu kontraktom stomatologicznym w naszym województwie. Najważniejszym jest fakt, że występowaliśmy wobec Kasy jako korporacja, ponieważ w rozmowach oficjalnych brali udział przedstawiciele Komisji Stomatologicznej, Woj. Przych. Stom. i PTS. Przejście w 1999 r. z WPS do Kasy Chorych dr Anny Szczombrowskiej i jej ścisła współpraca z jednostką macierzystą, były kluczem do sukcesu jakim były dobre relacje środowiska stomatologów z Kasą Chorych. Zaowocowało to wypracowaniem i wprowadzeniem rozwiązań korzystnych dla pacjentów, lekarzy stomatologów i Kasy Chorych. Takim „reliktem” z tamtych czasów przetrwałym do niedawna była cena za punkt rozliczeniowy (jedna z najwyższych w kraju).

Jak widać obowiązki jakie sprawowała w tamtym czasie Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna (jej pracownicy) udało się łagodnie i bezboleśnie przenieść w znakomitej większości do Komisji Stomatologicznej jako obecnego organizatora stomatologii w województwie.

Zachęcam zainteresowanych do lektury oryginalnych sprawozdań (1993-1997) – mojego i (1997-2001) – dr. Stanisława Chruszczyka, które były drukowane również w Biuletynie Informacyjnym naszej Izby. To te kadencje opracowały i nadały pewien styl pracy w samorządzie

stomatologicznym, który przejął między innymi obowiązki Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej.

To tyle w ramach przypomnienia odległych czasów, bo kadencje 2001-2009 dr Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej mamy świeżo w pamięci.

Jest to fragment naszej historii. Uwidacznia on jak wielkie zmiany zaszły w naszej mentalności, sposobie myślenia jak i rzeczywistości, która nas otacza. Wiele rzeczy na początku naszej drogi było nie do przewidzenia. Pewne sprawy – dzięki naszym staraniom – udało się doprowadzić do końca. Inne – wciąż pozostają otwarte („zasługa” lobbystów i polityków).

Ważne, że przemiany, przez które już przeszliśmy nie podzieliły naszego środowiska. Ufam, że kolejne modyfikacje i procesy trudne, ale konieczne nie zachwieją swoim status quo naszej grupy, a koledzy z innych województw nadal będą nam zazdrościć.

* Kierownicy Obwodowych Poradni Stomatologicznych to stomatolodzy odpowiadający za organizację i pracę w ówczesnych ZOZ-ach – obecnych powiatach i sprawowali nadzór nad lekarzami w nich pracującymi. Przewodniczył im i odpowiadał za ich działania Kierownik Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej.

Lek. stom. Wiesław LATAŁA

NOBEL MEDYCZNY 2008 – HARALD ZUR HAUSEN, HPV A RAK.

Do napisania tego felietonu zmobilizowała mnie lektura przedruku o medycznych Nagrodach Nobla za 2009 zawartego w tegorocznym lutowym Biuletynie naszej Izby oraz rozpaczliwa prośba o pomoc Redaktora Naczelnego zawarta w styczniowym numerze, aby wypełnić nasze izbowe pismo tekstami rodzimymi.

W maju zeszłego roku miałem możliwość uczestniczyć w Światowym Kongresie Towarzystwa Zakażeń HPV w szwedzkim Malmö. Honorowym gościem i główną naukową gwiazdą był ponad 80-letni niemiecki wirusolog z Heidelbergu, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny w 2008. Udało mi się uchwycić go na zdjęciu, gdy wchodził do Centrum Kongresowego, zaadaptowanego w jednej z hal dawnej Stoczni w Malmö. Obecnie w tym miejscu wytwarza się ogromne wiatraki, których setki ustawione na mieliznach cieśniny między Szwecją, a Danią, produkują ekologiczną „czystą” energię. Ten wynalazek ludzkości jakoś się u nas nie zadomowił, choć nierentownych stoczni i wiatrów mamy pod dostatkiem.



Należę do nielicznego grona szczęśliwców, pośród laureatów Nagrody Nobla, którzy za swojego żywota zobaczyli owoce swoich odkryć – szczęśliwy człowiek Harald zur Hausen

O teorii Haralda zur Hausena, łączącej zakażenie wirusami *Papilloma* z rakami płaskonabłonkowymi po raz pierwszy zetknąłem się w 1984 r. podczas IV roku studiów, przygotowując się do egzaminu z dermatologii z nowego wydania podręcznika dla studentów autorstwa prof. Stefanii Jabłońskiej. Po kilku latach mogłem dowiedzieć się znacznie więcej o roli HPV w patogenezie raka szyjki macicy i innych płaskonabłonkowych nowotworów dolnego odcinka kobiecych narządów płciowych od mojego promotora, wówczas jeszcze doc. Antoniego Bastysty z Collegium Medicum UJ. Mechanizm HPV-zależnej karcinogenezy opisałem szczegółowo w mojej rozprawie doktorskiej, zilustrowałem w formie atlasu zarówno morfologiczne cechy zakażenia widoczne w rozmazach pochwowo-szyjkowych, cechy obrazów kolposkopowych, a także stosowaną wtedy w 1997 r. metodę diagnostyki molekularnej Hybrydy Capture 1, pozwalającą na detekcję DNA jedynie pięciu onkogennych typów HPV.

To, czego się nauczyłem wprowadzam w życie na opolskim gruncie od 15 lat. Obecnie określenie kolposkopia nie budzi aż takiego zdziwienia „...co to takiego...”, populacja „wypalaczy nadżerek” szyjek stopniowo odchodzi do niechlubnej historii. Od kilku lat w opolskiej LOMIE wykonuje się ponad 20 000 badań cytologicznych, co 2 tygodnie pracuje lumenometr do oznaczania DNA trzynastu onkogennych typów HPV. Od stycznia 2007 r. szczepimy zainteresowane i zakwalifikowane pacjentki. Rodzice oraz samorządy niektórych miast i gmin szczepią nastolatki, jak w cywilizowanym świecie.

Pierwszy raz widziałem prof. zur Hausena w Warszawie w 2006 r. podczas Europejskiego Kongresu HPV zorganizowanego przez prof. Sławomira Majewskiego, ucznia i godnego następcę wspomianej prof. Stefanii Jabłońskiej, która była ozdobą imprezy i pomimo 90 lat brylowała umiejętnościami lingwistycznymi i znajomością tematu. Nikt z obecnych, a zwłaszcza skromny, drobny, starszy pan o białych włosach nie przypuszczał, że za dwa lata będzie chlubą europejskiej medycyny i maskotką światowych Kongresów (najbliższy w maju w Berlinie z okazji 90-lecia wynalezienia kolposkopii).

We wzruszającym wykładzie inauguracyjnym w Malmö prof. Zur Hausen opowiedział, jak doszło do odkrycia związku pomiędzy zakażeniem HPV, a rozwojem raka szyjki oraz innych mniej rozpowszechnionych raków płaskonabłonkowych. Do odkrycia doszło w laboratorium, w którym rok wcześniej w 1984 r. zidentyfikował przyczynę pojawiania się łagodnych brodawek na

zewewnętrznych narządach płciowych od czasów Hipokratesa znanych pod nazwą *Condylomata accuminata*, czyli kłykciny kończyste. Zespół prof. zur Hausena udowodnił związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy infekcją HPV typami 6 i 11, a pojawianiem się kłykcin. Brodawki płciowe, pomimo że częste i dokuczliwe, nie są chorobą śmiertelnie niebezpieczną.

W kolejnym roku – 1985 narodził się pomysł, aby zastosować ten sam model badawczy do raka szyjki macicy, który z epidemiologicznego punktu widzenia przypominał bardziej chorobę zakaźną przenoszoną drogą kontaktów bezpośrednich, niż typowy nowotwór. Początkowo okazało się, że w preparatach płaskonabłonkowego raka szyjki macicy wykrywano kapsydy HPV, a w szczegółowych badaniach DNA w 50% identyfikowano typ 16, w 25% typ 18. Opublikowanie tych danych i hipoteza o możliwym związku przyczynowo-skutkowym wywołała lawinę szyderstw, głównie w gronie amerykańskich onkologów i ginekologów. Szydercy się mądrzyli, a inni badali dalej. Obecnie nikt nie kwestionuje faktu, że w 99,7% raków płaskonabłonkowych udaje się zidentyfikować co najmniej jeden z 13 onkogennych typów HPV, a w nielicznych przypadkach genom wirusa 6, uważanego za niegroźnego „kłykcino-twórcę”. Nabłonek tzw. strefy transformacji, czyli styku nabłonka gruczołowego kanału szyjki macicy i paraepidermalnej błony śluzowej pochwy, ulega dość często urazom mechanicznym, mikrobiologicznym lub jatrogennym (WY-PALANKI!!! itp.), stanowiąc wrota dla zakażenia około 40 typami wirusów *Papilloma*. Tylko 13 z nich to wirusy onkogenne, po integracji z DNA komórek ludzkich przylączają swoje marne 7 genów, aby się replikować. Niestety 2 z nich E6 i E7 to onkogeny mogące zablokować naturalny mechanizm apoptozy prawidłowych komórek nabłonka.

Obecnie wiadomo, że proces transformacji nowotworowej w nabłonku płaskim jest wieloetapowy (co najmniej 7 kumulujących się stopniowo mutacji) i niezbyt szybki – od 3 do 20 lat. Przebieg zakażenia jest bezobjawowy i przez wiele lat absolutnie niewidoczny podczas zwykłego badania ginekologicznego. Wybitna brytyjska epidemiolog prof. Ann Szarewski z Londynu przedstawiała szokujące dane, że badanie szyjki „gołymi oczami” (*visual inspection*), praktycznie niczym nie różni się od nie badania wcale, jeśli chodzi o skumulowane ryzyko zachorowania i zgonu z powodu zaawansowanego raka szyjki macicy. Badanie „gołym okiem” jest codzienną praktyką w większości polskich gabinetów ginekologicznych. Pobranie profilaktycznego rozmazu cytologicznego zmniejsza skumulowane ryzyko jedynie o 20%, ponieważ nieprawidłowe komórki pojawiają się w powierzchownych warstwach nabłonka dopiero w raku przedinwazyjnym, czyli tuż przed nabyciem przez nowotwór zdolności do przerzutowania. Znacznie lepsze wyniki można osiągnąć wprowadzając w cykl diagnostyki ba-

dania molekularne DNA HPV, które pozwalają na wykrycie nie tylko chorych kobiet na KAŻDYM etapie, to jeszcze dodatkowo identyfikują zdrowe pacjentki – bezobjawowe nosicielki z grupy najwyższego ryzyka. Diagnostyka molekularna DNA HPV ewoluuje bardzo szybko i równie szybko tanieje (ok. 40 \$). Różne odmiany metod PCR i hybrydyzacji, pozwalają na wykrycie nawet kilkudziesięciu kopii groźnych onkogennych wirusów HPV w pojedynczej komórce. Przedstawione przez uczonych z Finlandii wyniki metaanalizy z ostatnich 50 lat pokazały, że w najbliższych latach tzw. konwencjonalna cytodiagnostyka powinna być zastąpiona bardziej wydajnymi badaniami molekularnymi.

Kolejnym, nowym sposobem zwalczania raka szyjki macicy i innych nowotworów HPV-zależnych są szczepienia. Konsekwencją odkrycia zur Hausena było wytworzenie w laboratoriach koncernu Merck Division początkowo monowalentnej szczepionki przeciw HPV 16, następnie dwu przeciw typom 16 i 18. Od 2006 r. na całym świecie powszechnie dostępna jest szczepionka czterowalentna, zawierająca rekombinowane białka L1 HPV 6, 11, 16 i 18. Obecnie w 30 krajach świata szczepienie profilaktyczne nastolatek jest refundowane przez systemy ubezpieczeń zdrowotnych, głównie w krajach zamorskich, gdzie od ponad 40 lat powszechnie stosowana jest profilaktyka wtórna oparta o cytodiagnostykę. Polski Resort Zdrowia od 4 lat skutecznie ignoruje problem przerzucając koszty szczepień na zainteresowane osoby prywatne i lokalne samorządy. W Rumunii jakoś są publiczne pieniądze i przekonanie o zasadności profilaktyki pierwotnej. Pewnie Ministerstwu Zdrowia RP zależy na utrzymaniu polskiego prymatu w ilości zgón na raka szyjki macicy w Unii Europejskiej nie tylko obecnie, ale i w kolejnych latach.

Moja wiedza o szczepieniach była fragmentaryczna i pochodząca z niezbyt frapujących zajęć z końcowych lat studiów. Szczęśliwie znalazłem doskonałych nauczycieli w osobach prof. A. Gładysza i prof. L. Szenborna – specjalistów chorób zakaźnych z Wrocławia, prof. S. Majewskiego – wenerologa z Warszawy. Uświadomiłem sobie fakt, że największy postęp w medycynie XX wieku dokonał się dzięki profilaktycznym szczepieniom. Spora grupa chorób trafiła do kazuistyki, a proces ich „eliminacji” dokonał się w stosunkowo krótkim czasie. Obecnie trwają międzynarodowe badania III fazy nad multiwalentną szczepionką V 503 przeciw 9 typom HPV. Mam nadzieję, że po ich zakończeniu, uproszczeniu technologii produkcji i obniżeniu kosztów szczepień, problem raka szyjki dla naszych następców będzie rzadko spotykany jak: gruźlica, tężec, choroba Heine-Medina czy WZW typu B. Obecnie dysponuję w moim komputerze bardzo znaczną „kolekcją przypadków” ze zmianami przednowotworowymi szyjki i sromu kobiet z każdego zakątka Opolszczyzny i pewnie w najbliższych latach wiele się nie zmieni.

Na zakończenie zacytuję ostatnie zdanie Noblisty 2008 z *guest lecture* podczas ceremonii otwarcia Kongresu HPV w Malmö. *Należę do nielicznego grona szczególnie, wśród laureatów Nagrody Nobla, którzy za swojego żywota zobaczyli owoce swoich odkryć* – szczególnie człowiek Harald zur Hausen

Dr n. med. Grzegorz GŁĄB
Centrum Diagnostyki
Ginekologiczno-Położniczej GMW Opole

ŚMIERTELNE CHOROBY PIASTÓW I JAGIELLONÓW

Ustalenie przyczyny zgonów pierwszych Piastów polskich (Mieszko I, Bolesław Chrobry, Bolesław Krzywousty i in.) oraz książąt dzielnicowych napotyka na duże trudności histograficzne.

Istnieją przypuszczenia, że król Bolesław Śmiały (Szczodry) (1041-1081) na wygnaniu do Węgier po zabójstwie biskupa krakowskiego Stanisława ze Szczepanowa został otruty przez wysłanników możnowładców polskich. Bolesław Śmiały zmarł w Osijeku (obecnie Karyntia w Austrii). Miejsce jego pochówku jest nadal nieznane (być może klasztor Benedyktynów w Tyńcu koło Krakowa, którego był fundatorem). Zresztą jego jedyny syn Mieszko, który po śmierci ojca powrócił do Polski przywożąc insygnia królewskie, został wkrótce otruty na polecenie swojego stryja księcia Władysława Hermana, który zasiadł na tronie krakowskim.

Również przekazy historiograficzne są pełne wątpliwości, czy Książę Kazimierz Sprawiedliwy (1138-1194) nie został otruty podczas uczty w Krakowie po zwycięskim powrocie z wojny z Jadrzyngami (w okolicach dzisiejszego Ełku).

Książę Leszek Biały (1188-1227) został zamordowany przez Pomorzan w Gąsowie.

Król Przemysław II (1257-1296) został zamordowany przez margrabiów brandenburskich w Rogoźnie.

Król Władysław Łokietek (1260-1333), pierwszy koronowany król Polski po rozbiu dzielnicowym, zmarł w sędziwym – jak na ówczesne czasy – wieku 73 lat, w dniu 2 marca 1333. Jego ascetyczna żona, Królowa Jadwiga (matka Kazimierza Wielkiego) po śmierci męża wstąpiła do klasztoru Klarysek w Starym Sączu założonym przez św. Kingę, żonę księcia Bolesława Wstydlwego.

Król Kazimierz Wielki (1310-1370). W dniu 8 września 1370 roku król podczas polowania na jelenie w miejscowości Przedborze spadł z konia doznając ran na goleni lewej. W drodze do Krakowa był leczony przez nadwornych medyków podawaniem miodu pitnego i lewatywami. Zmarł o świcie w dniu 5 listopada 1370 roku na

Wawelu w obecności licznie zgromadzonych przedstawicieli dworu i duchowieństwa w wieku 60 lat. Wg opisu jego osobistego sekretarza Jana z Czarnkowa można przypuszczać, że przyczyną śmierci króla Kazimierza Wielkiego była sepsa spowodowana urazem kości lewego podudzia. Faktycznie, kiedy w XIX wieku otwarto sarkofag królewski stwierdzono ślady po złamaniu obu kości lewego podudzia.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
Prorektor ds. studenckich PMWSZ w Opolu

TELOMER I TELOMERAZA CZ. I

„Telomer i telomeraza w procesie starzenia i ontogenezie” – Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny w 2009 dla trojga Amerykanów: Carol Greiner, Elizabeth Blackburn i Jack Szostak.

Wstęp

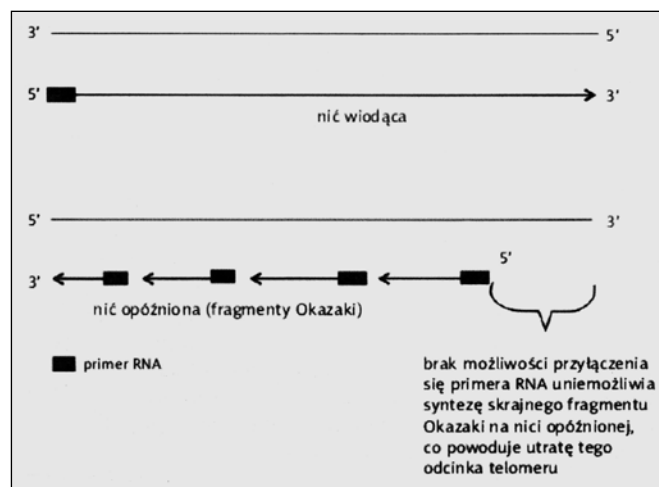
Starzenie się to nieunikniony i skomplikowany proces biologiczny, prowadzący do bezpowrotnego niszczenia potencjału intelektualnego i fizycznego człowieka. Od lat naukowcy, nie pogodzeni z procesem starzenia i związanymi z nim schorzeniami, poszukują recepty na wieczną młodość. Duże nadzieje w uzyskaniu „eliksiru młodości” wiąże się ze zrozumieniem roli telomeru i telomerazy w procesach podziałów komórkowych i starzenia. Nie mniej istotne jest poznanie funkcji i budowy telomerazy i telomeru dla zrozumienia procesu onkogenezy.

Rys historyczny

Pierwszy opis i nazwa telomeru (gr. *telos* – koniec; *meros* – część) pochodzi z prac Hermana J. Mullera i Barbary Mc Clintock z lat trzydziestych XX wieku. Autorzy przypisywali mu rolę ochronną dla końcowych odcinków chromosomów. W roku 1972 James D. Watson wykazał, że podczas procesów replikacji dochodzi do skracania chromosomów. Spowodowane jest to niepełną replikacją nici DNA przy końcu 5' (rys. 1).

W międzyczasie w latach sześćdziesiątych Leonard Hayflick przedstawił biologiczne spojrzenie na proces starzenia. Wykazał on, że ludzka komórka diploidalna może ulegać podziałowi tylko ograniczoną ilość razy (*Hayflick limit* – około 60 podziałów). Jeśli komórka odbędzie ściśle zaprogramowaną, maksymalną liczbę podziałów, zachodzą w niej morfologiczne i biochemiczne zmiany blokujące proliferację. Stan ten nazwał spoczynkiem. W latach siedemdziesiątych Aleksiej Ołownikow powiązał problem skracania chromosomu ze stanem

uśpienia komórki. W jego teorii skracanie się telomeru jest wewnętrznym zegarem starzenia, który odlicza liczbę podziałów komórkowych zanim doprowadzi do zatrzymania komórki w fazie spoczynku.



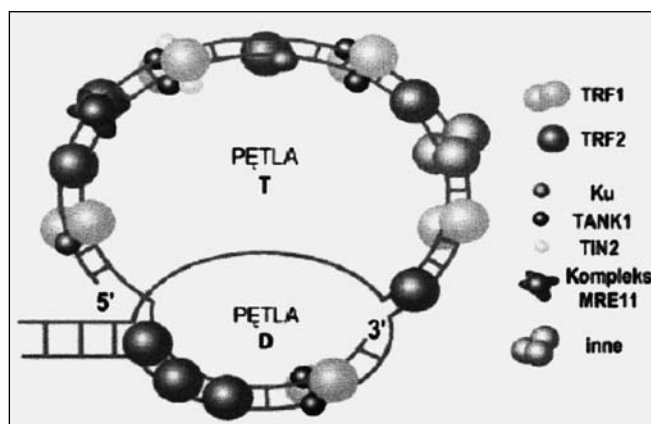
Rys. 1. Problem replikacji końca 5' nici opóźnionej

Pierwsze badania struktury molekularnej u pierwotniaka *Tetrahymena pyriformis* przeprowadziła w 1978 roku Elizabeth Blackburn. Na początku lat 80. XX w, współpraca Elizabeth Blackburn i Jacka Szostaka zaowocowała sklonowaniem telomeru drożdży, co umożliwiło poznanie znaczenia telomeru dla funkcjonowania chromosomu eukariotycznego. Sekwencje telomeru ludzkiego ustaliła Robin Allshire w 1988 roku. W 1985 roku Carol Greider wyizolowała enzym telomerazę, który powodował wydłużanie telomerów. W 1989 roku Gregg B. Morin opisał istnienie telomerazy w ludzkich komórkach nowotworowych i powiązał jej aktywność z nieśmiertelnością tych komórek. Równocześnie ukazały się doniesienia C. Greider o braku telomerazy w zdrowych komórkach somatycznych.

W latach dziewięćdziesiątych Jerry Shay i wsp. wykryli telomerazę w 90 na 101 badanych próbek komórek z ludzkich nowotworów i nie wykazali obecności telomerazy w żadnej z 50 różnych, prawidłowych komórek somatycznych. Obserwacje te wskazywały na istotną rolę telomerazy w procesie onkogenezy. W 1997 roku Jerry Shay i Woodring Wright wykazali, że ludzkie komórki, do których wprowadzi się gen telomerazy, podejmują produkcję tego enzymu i dzielą się, podobnie jak komórki nowotworowe. W badanych hodowlach komórki dzieliły się prawie 100 razy, podczas gdy zdrowe komórki ludzkie są zdolne średnio do 70 podziałów. To odkrycie naukowców amerykańskich dało nadzieję na potencjalne zastosowanie telomerazy w opóźnianiu procesu starzenia i wydłużeniu życia.

Budowa telomeru

Telomer to element strukturalny chromosomów. Każdy chromosom ma dwa telomery umieszczone na jego końcach. W diploidalnej komórce ludzkiej znajdują się więc 92 telomery. Telomery nie zawierają żadnych genów i nie kodują białek. Są one zbudowane z tysięcy powtarzających się sekwencji 6 nukleotydów TTAGGG połączonych z białkami TBP (*ang. telomere binding proteins*). Białka TBP są niejednorodną grupą protein, które tworzą dwa główne kompleksy białkowe TRF1 i TRF2 (*ang. telomere repeat factor 1 i telomere repeat factor 2*). Kompleks białkowy TRF1 blokuje wydłużanie telomerów przez telomerazę, jak również ma swoje funkcje w regulacji wrzeciona mitotycznego. Przypuszcza się, że TRF1 może uczestniczyć w odpowiedzi systemów naprawczych na podwójnoniciowe przerwanie DNA. TRF2 jest regulatorem długości telomerów, jego nadekspresja powoduje ich skracanie. Brak aktywności tego kompleksu prowadzi do apoptozy i niehomologicznego łączenia końców (*NHEJ* – z *ang. nonhomologous end joining*) telomerów. Podjednostki białkowe TRF2 są kodowane m. in. przez geny (*MRE11/NBS1/RAD50*, *ATM*, *WRN*, *BLM*), których mutacje związane są z zespołami przedwczesnego starzenia. Integralną częścią struktury telomerowej jest enzym telomeraza, który wydłuża telomer. Składa się z komponentu białkowego odwrotnej transkryptazy (*hTERT*), białka *DKC1* i nici RNA (*hTERC/hTR*) służącej za matrycę przy syntezie telomeru (gen *hTERC* ulega stale ekspresji w komórkach). Telomeraza jest aktywna (ekspresji ulega gen *hTERT*) w komórkach embrionalnych, u mężczyzn także w komórkach linii płciowej. Nie stwierdzono aktywności telomerazy (brak ekspresji genu *hTERT*) w komórkach somatycznych, z wyjątkiem tkanek mających zdolność do odnawiania się, a mianowicie komórek skóry, hematopoetycznych komórek macierzystych, aktywnych limfocytów, komórek krypt jelitowych.



Rys. 2. Model budowy telomeru

W przeciwieństwie do zdrowych komórek somatycznych, komórki nowotworowe w znacznym odsetku wy-

kazują aktywność telomerazy – w 90% typów nowotworów (ekspresji ulega gen hTERT). Aktywność telomerazy umożliwia komórkom nowotworowym stałe wydłużanie telomeru i niekończące się możliwości podziałów komórkowych powodujące, że komórki stają się nieśmiertelne. Komórki somatyczne posiadające aktywną telomerazę (np. komórki krypt jelitowych) cechują się stałą zdolnością do proliferacji, co sprzyja gromadzeniu mutacji w genach istotnych dla procesu nowotworzenia. Należy nadmienić, iż samo unieśmiertelnienie komórki (obecność wydłużającej telomer telomerazy) nie jest równoznaczne z fenotypem nowotworowym, ale jest jedynie okolicznością sprzyjającą do uzyskania przez komórkę cech nowotworowych. Reaktywacja telomerazy w prawidłowych komórkach somatycznych (przed rozpoczęciem fazy M1-patrz niżej) powoduje, że taka komórka dzieli się dłużej nie wykazując cech nowotworowych, co wykorzystuje się w inżynierii biomedycznej (patrz niżej). Obecność telomerazy nie jest jedynym sposobem na wydłużanie telomerów. Potwierdziły to badania na fibroblastach, pochodzących od myszy z nieaktywnymi genami telomerazy, w których wykazano obecność alternatywnego mechanizmu wydłużania telomerów (*ang. alternative lengthening of telomeres – ALT*), niezależnego od telomerazy. Mechanizm ten prawdopodobnie opiera się na homologicznej rekombinacji między siostrzanymi chromatydami.

Funkcje telomeru

- Dzięki obecności telomeru komórka nie ma problemu z kompletną replikacją nici opóźnionej, a tym samym żadna część informacji genetycznej nie jest tracona podczas podziału. Skróceniu ulega jedynie telomer o około 50-150 par zasad.
- Struktura telomeru (*ang. capping*) chroni końce chromosomów przed atakiem egzonuklaz, które inaczej trawiłyby skrajne fragmenty DNA, degradując tym samym sekwencje kodujące informację genetyczną.
- Chroni chromosomy przed niehomologicznym łączeniem końców (NHEJ), tym samym zapobiegając niestabilnościom chromosomowym, w tym translokacjom i amplifikacjom.
- Struktura telomeru pomaga systemom naprawczym rozróżnić prawdziwe uszkodzenie DNA od końca chromosomu.
- Telomer jest molekularnym zegarem, który informuje komórkę o przekroczeniu krytycznej liczby podziałów (skrócenie telomerów uniemożliwia utrzymanie właściwej struktury przestrzennej telomerów – *ang. uncapping*) i kieruje ją na drogę spoczynku lub apoptozy.

Telomer a proces starzenia

Aby życie mogło trwać, komórki muszą się ciągle dzielić, czego jaskrawym przykładem są jednokomórkowce czy komórki samoodnawiające się u człowieka. Jak już wspomniano, w większości komórek somatycznych człowieka, wraz z każdym podziałem długość telomeru ulega skróceniu (tylko w niektórych komórkach somatycznych jest utrzymywana odpowiednia długość telomerów, co zapobiega zatrzymaniu podziałów – patrz wyżej). Skracanie się telomerów jest związane z wieloma chorobami wieku starczego, a mianowicie: chorobami serca, osłabieniem układu immunologicznego, zmniejszoną zdolnością do gojenia ran, chorobą wrzodową jelita grubego, utratą masy ciała, niepłodnością czy marskością wątroby. I tak np. ludzie posiadający krótsze telomery w leukocytach mają wyższe ciśnienie tętnicze krwi i zwiększone ryzyko miażdżycy niż ich rówieśnicy z dłuższymi telomerami. Krótkie telomery w leukocytach korelują również z występowaniem różnych form otępienia starczego, związanego z postępującym z wiekiem zanikiem neuronów. Utrata masy ciała u ludzi starszych wiąże się z zanikiem komórek, które przestały się dzielić i dotyczy to przede wszystkim mięśni szkieletowych. Brak podziałów komórkowych zaburza produkcję plemników. Ważnym czynnikiem negatywnie wpływającym na aktywność telomerazy i długość telomerów jest stres. Ogólnie rzecz ujmując, krótkie telomery w leukocytach są, jak się okazuje, wskaźnikiem szybszego starzenia, a tym samym podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób wieku starczego. Oprócz chorób związanych z naturalnym procesem starzenia opisano grupę schorzeń, u podłoża których leżą zaburzenia struktury i długości telomerów prowadzące do przedwczesnego starzenia. Molekularnym podłożem tych chorób są mutacje w sekwencji telomerów i białkach tworzących kompleksy TBP, jak również w samej telomerazie. Do omówionej grupy chorób należą: ataksja telangiektazja, zespół Wernera, zespół Blooma, zespół złamania Nijmegen, choroba podobna do ataksji telangiektazji, dyskeratoza wrodzona, niedokrwistość Fankoniego, niedokrwistość aplastyczna. Dyskeratoza wrodzona jest wynikiem mutacji występujących w genach (TERT, TERC i DKC1) kodujących kompleks telomerazy. Pacjenci cierpiący z powodu tej choroby wykazują wraz z wiekiem większą niestabilność chromosomową, która predysponuje ich m. in. do rozwoju niskorosłości, wczesnej niedoczynności gonad z niepłodnością, zmian skórnych, niewydolności szpiku, nowotworów czy w końcu do przedwczesnej śmierci. Dziedziczna dyskeratoza wrodzona charakteryzuje się wcześniejszym pojawianiem się objawów chorobowych w stosunku do pokolenia poprzedniego (tzw. antycypacja).

Aldona KOWALSKA

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 9/09)

Przekąski diety ABS

Większość diet traktuje podjadanie między posiłkami za błąd. Zachęcam jednak, aby przekąski traktować jako coś wręcz przeciwnego – klucz do dietetycznego sukcesu. Sekret zdrowego podjadania tkwi w tym, by robić to we właściwym czasie: około 2 godziny przed kolejnym dużym posiłkiem. W ten sposób zaspokoisz głód w wystarczającym stopniu, aby nie poczuć ssania w żołądku, zanim siądziesz do porządnego obiadu lub kolacji. Wybierz sobie cokolwiek z podanych niżej produktów, pamiętając o tym, by w przekąsce znalazła się chociaż odrobina białka.

Nabiał

- 250 ml niskotłuszczowego jogurtu
- 1 kubek mleka (maksymalnie 1,5 proc. tłuszczu)
- 3/4 kubka lodów o niskiej zawartości tłuszczu
- 1,5 plasterka chudego sera żółtego

Owoce i warzywa

- 30 g rodzynek
- dowolnie wiele surowych warzyw (seler naciowy, brokuły, marchewki)
- 1,5 kubka owoców leśnych
- 1 duża pomarańcza
- 1 butelka (330 ml) przecierowego soku warzywnego

Białko

- 30 g migdałów
- 3 plasterki piersi z kurczaka
- 3 plasterki pieczeni wołowej
- 2 łyżki odtłuszczonego masła orzechowego

Węglowodany złożone

- 1–2 kromki chleba pełnoziarnistego
- 1 miseczka płatków owsianych lub płatków śniadaniowych bogatych w błonnik

Pierwszy dzień z dietą ABS

Co może być lepszego, od dania pomagającego pozbyć się nadwagi? Pięć różnych dań o takich właściwościach. Oto pięć przepisów, z których możesz ułożyć swój jadłospis na cały dzień.

Leśny koktajl (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 3/4 kubka błyskawicznych płatków owsianych namoczonych w wodzie lub chudym mleku
- 3/4 kubka chudego mleka
- 3/4 kubka mrożonych owoców leśnych
- 2 łyżeczki białka serwatkowego
- 3 pokruszone kostki lodu.

Liczba porcji: 2.

Wartość odżywcza porcji: 144 kcal, 7 g białka, 27 g węglowodanów, 1 g tłuszczów (zero g nasyconych kwasów tłuszczowych, NKT), 4 g błonnika, 109 mg sodu.

Kanapka z jajkiem (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 5)

- 4 duże jajka (oddziel i wyrzuć 3 żółtka)
- 1 łyżeczka drobno siekanego siemienia lnianego
- 2 kromki tostowego chleba razowego
- 1 plaster polędwicy wołowej
- 1 pomidor w plasterkach lub zielona papryka krojona w paski
- 250 ml soku pomarańczowego.

Rozbij jajka do miski i dodaj do nich siemię lniane. Usmaż je na teflonowej patelni z dodatkiem kilku kropel oleju roślinnego. Przełóż jajka na kanapkę, dodaj polędwicę, pomidora lub paprykę (mogą to być inne warzywa, jeśli chcesz). Wypij do tego szklankę soku pomarańczowego – dzięki niemu zamienisz kanapkę w żołądku w sycącą papkę i wzbogacisz posiłek o dodatkową porcję błonnika.

Liczba porcji: 1.

Wartość odżywcza jednej porcji: 399 kcal, 31 g białka, 46 g węglowodanów, 11 g tłuszczów (3 g NKT), 6 g błonnika, 900 mg sodu.

Salatka z kurczakiem z grilla (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 60 g grillowanej piersi z kurczaka
- 1/2 główki sałaty lodowej
- 1 pomidor
- 1 mała papryka zielona
- 1 średnia marchewka
- 1 łyżeczka oliwy z oliwek
- 1 łyżka tartego parmezanu
- 1 łyżka siemienia lnianego.

Liście sałaty porwij na drobne kawałki, warzywa i kurczaka pokrój w kostkę, siemię lniane posiekaj. Połącz wszystkie składniki i włóż do lodówki. Możesz jeść z kromką lub dwoma wieloziarnistego chleba.

Liczba porcji: 1.

Wartość odżywcza porcji: 248 kcal, 16 g białka, 33 g węglowodanów, 8 g tłuszczów (2 g NKT), 10 g błonnika, 875 mg sodu.

Łosoś z warzywami (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 5)

- 2 łyżki oliwy z oliwek
- 1 łyżka soku cytrynowego
- 1/4 łyżeczki soli
- 1/4 łyżeczki mielonego czarnego pieprzu
- 1 łyżka drobno siekanych nasion siemienia lnianego
- 1 ząbek czosnku

- 4 200-gramowe filety z łososia
- 1 kubek gotowanego ryżu
- zielone warzywa do wyboru.

W dużym naczyniu mieszaj ze sobą oliwę, sok cytrynowy, sól, pieprz, siemę lniane i rozgnieciony czosnek. Filety starannie posmaruj sosem, nakryj naczynie i włóż do lodówki na 15 minut. Rozgrzej piekarnik do 220-230° C i przygotuj folię do pieczenia, smarując ją oliwą. Wyjmij ryby z marynaty, połóż je stroną ze skórą do dołu i zawiń starannie folię. Piecz przez 9-12 minut. Podawaj z ryżem i warzywami.

Liczba porcji: 4.

Wartość odżywcza porcji: 433 kcal, 42 g białka, 19 g węglowodanów, 20 g tłuszczów (3 g NKT), 3 g błonnika, 252 mg sodu.

Indyk z serem (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 2)

Zwiń 3 plasterki piersi z kurczaka z 1,5 plasterkami chudego sera żółtego. Piecz w plastikowym rękawie.

Liczba porcji: 1.

Wartość odżywcza porcji: 93 kcal, 14 g białka, 7 g węglowodanów, 1 g tłuszczów (0,5 g NKT), 0 g białka, 990 mg sodu.

Śniadania Diety ABS

Kanapka z bekonem (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 1 pełnoziarnista bułka
- 1/2 łyżeczki tłuszczu do smarowania nie zawierającego tłuszczów trans
- 1 jajko
- 1 plaster półtłustego sera
- 1 plaster bekonu z grilla
- warzywa do wyboru

Przekrój bułkę na pół, opiecz w tosterze i posmaruj tłuszczem. Wbij jajko do żaroodpornego naczynia, przekłuj żółtko wykałaczką i przykryj naczynie folią spożywczą. Wstaw do mikrofalówki na 30 sekund. Odczekaj 30 sekund. Wsadź ser, jajko i bekon między połówki bułki i podgrzewaj w kuchence mikrofalowej przez 20 sekund. Dodaj warzywa do smaku.

Liczba porcji: 1

Jedna porcja zawiera: 350 kcal, 25 g białka, 26 g węglowodanów, 17 g tłuszczów, (6 g NKT), 1023 mg sodu, 3 g błonnika

Kanapka dla kawosza (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 3)

- 1,5 łyżeczki niskotłuszczowego sera twarogowego
- 1 pełnoziarnista pita przekrojona na pół, tak by powstały dwie „kieszonki”
- 2 plastry indyka albo szynki

- 1 sałata albo zielenina

Posmaruj serem obie połówki pity w środku. Włóż do środka wędlinę i warzywa. Bez wahania wgrzyź się w kanapkę.

Liczba porcji: 1

Jedna porcja zawiera: 260 kcal, 15 g białka, 45 g węglowodanów, 3 g tłuszczów (1 g NKT), 410 mg sodu, 3 g błonnika

Obiady Diety ABS

Salatka z kurczakiem z grilla (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 60 g kurczaka z grilla
- 1 główka sałaty rzymskiej
- 1 pomidor pokrojony w kostkę
- 1 mała pokrojona w wąskie paski zielona papryka
- 1 średnia posiekana marchew
- 3 łyżki dressingu włoskiego bez tłuszczu albo łyżka oliwy z oliwek
- 1 łyżka startego parmezanu
- 1 łyżka zmielonego siemienia lnianego

Posiekaj kurczaka na małe kawałki. Wymieszaj wszystkie składniki i wstaw do lodówki. Jedz z pełnoziarnistym pieczywem, jeśli masz ochotę.

Liczba porcji: 1

Jedna porcja zawiera: 350 kcal, 28 g białka, 14 g węglowodanów, 20 g tłuszczów (6 g NKT), 250 ml sodu, 6 g błonnika

Tortilla z indykiem bez poczucia winy (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 3)

- 3/4 łyżki majonezu z obniżoną zawartością tłuszczu
- 1 pełnoziarnista tortilla
- 2 ugotowane plastry bekonu z indyka
- 60 g pieczonej piersi indyka pokrojonej w kostkę
- 2 plastry pomidora
- 2 liście sałaty

Rozsmaruj majonez na tortilli. Na środku połóż bekon, a z wierzchu pierś indyka, pomidor oraz sałatę. Ciąsn zwiń tortillę w naleśnik.

Liczba porcji: 1

Jedna porcja zawiera: 330 kcal, 32 g białka, 10 g węglowodanów, 19 g tłuszczu (5 g NKT), 168 mg sodu, 1 g błonnika

Guac & roll (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 170 g tuńczyka w oleju
- 150 ml sosu guacamole
- 2 posiekane pomidory
- 1 łyżeczka soku cytrynowego
- 1 łyżka majonezu niskotłuszczowego
- 1 łyżeczka zmielonego siemienia lnianego

- 2 pełnoziarniste bułki o średnicy 15 cm

Wrzuć do miski pierwsze sześć składników z listy i wymieszaj widelcem. Przekrój bułki na pół i każdą połówkę posmaruj pastą.

Liczba porcji: 2

Jedna porcja zawiera: 622 kcal, 35 g białka, 58 g węglowodanów, 29 g tłuszczów (5 g NKT), 818 mg sodu, 9 g błonnika

Tuńczyk na gorąco (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 4)

- 2 posiekane łądygi selera naciowego
- 1 posiekana cebula
- 60 g startego sera mozzarella o obniżonej zawartości tłuszczu
- 90 g serka wiejskiego Ligot
- 170 g tuńczyka w solance odcedzonego i podzielonego na części
- 4 łyżki majonezu Ligot
- 1 łyżka soku cytrynowego
- 3 pełnoziarniste bułki przekrojone na pół

Nagrzewaj piekarnik do temperatury 180°C. Smaż seler z cebulą na patelni teflonowej na małym ogniu, aż nie zmiękną. Dodaj sery, tuńczyka, majonez i sok cytrynowy. Podsmaż, tak by wszystko było ciepłe. Posmaruj pastą połówki bułek, następnie ułóż na papierze do pieczenia i piecz przez 10 minut.

Liczba porcji: 2

Jedna porcja zawiera: 768 kcal, 44 g białka, 81 g węglowodanów, 32 g tłuszczów (8 g NKT), 1300 mg sodu, 10 g błonnika

Zupa z piersią z kurczaka (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 3)

- 225 g piersi z kurczaka
- 225 g posiekanej cebuli
- 1 łyżeczka oliwy z oliwek
- 2 drobno posiekane ząbki czosnku
- 1,5 l bulionu z kury z niską zawartością sodu
- 145 g fasolki szparagowej albo odcedzonej fasoli cannellini z puszki
- 60 g drobno posiekanej marchwi
- 115 g kukurydzy
- 100 g obranych pomidorów z puszki
- 2 łyżki posiekanej bazylii albo pietruszki
- 1/4 łyżeczki mielonego czarnego pieprzu

Rozgrzej oliwę z oliwek na dużej patelni. Smaż kurczaka i cebulę na małym ogniu około 10 minut albo do momentu, aż cebula się zeszkli. Dodaj czosnek i smaż jeszcze przez minutę. Dodaj bulion, fasolę i marchew. Doprowadź do wrzenia. Dodaj kukurydzę i pomidory (wraz z sokiem). Gotuj przez 15 minut. Dodaj zioła i pieprz.

Liczba porcji: 4

Jedna porcja zawiera: 176 kcal, 18 g białka, 20 g węglowodanów, 4 g tłuszczów (1 g NKT), 571 mg sodu, 4 g błonnika

Szybkie curry (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 3)

- 120 ml beztłuszczowego jogurtu naturalnego
- 120 ml majonezu Ligot
- 3 łyżki drobno posiekanej cebuli
- 1 łyżeczka startego świeżego imbiru
- 1 łyżeczka curry w proszku
- 455 g piersi kurczaka bez skóry pokrojonej na paski szerokości 1 cm
- 1 łyżeczka papryki w proszku
- 1/2 łyżeczki mielonego czarnego pieprzu
- 150 g ugotowanego brązowego ryżu

Zmieszaj jogurt z majonezem, cebulą i curry w małej misce. Włóż kurczaka do średniej miski. Posyp mięso papryką i pieprzem. Dokładnie wymieszaj. Smaż kurczaka przez 4-5 minut na patelni teflonowej na małym ogniu. Dodaj sos jogurtowy. Gotuj przez 2 minuty, mieszając. Jedz z ryżem.

Liczba porcji: 2

Jedna porcja zawiera: 700 kcal, 60 g białka, 70 g węglowodanów, 25 g tłuszczów (6 g NKT), 359 g sodu, 2 g błonnika

Kanapka na szybko (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 3)

- 2 kromki pełnoziarnistego chleba
- 60 g pieczonej wołowiny pokrojonej w plastry
- 2 środkowe liście sałaty rzymskiej
- 1 łyżeczka majonezu Ligot
- 30 g niskotłuszczowego sera cheddar

Liczba porcji: 1

Jedna porcja zawiera: 347 kcal, 34 g białka, 25 g węglowodanów, 13 g tłuszczów (5 g NKT), 1154 mg sodu, 4 g błonnika

Pikantny ryż z fasolą (liczba grup, z których produkty wykorzystano: 2)

- 100 g brązowego ryżu
- 115 g czarnej fasoli z puszki
- 1 łyżeczka Benecolu
- kilka kropli tabasco

Gotuj ryż zgodnie ze wskazówkami zamieszczonymi na opakowaniu. Dodaj fasolę (z płynem), Benecol i tabasco. Wymieszaj. Wstaw do lodówki na noc i zjedz następnego dnia na obiad.

Liczba porcji: 1

Jedna porcja zawiera: 315 kcal, 15 g białka, 55 g węglowodanów, 6 g tłuszczów (1 g NKT), 333 mg sodu, 5 g błonnika.

David ZINCZENKO

(tekst pochodzi z magazynu „Men's Health”)

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska
w Toruniu
i Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych
mają zaszczyt zaprosić Państwa na

VII ŚWIATOWY KONGRES POLONII MEDYCZNEJ



który odbędzie się w Toruniu,
w dniach 24–26 czerwca 2010 roku.

Tematem Kongresu będzie „**MEDYCYNĄ XXI WIEKU – możliwości i zagrożenia**”.

Po uroczystej inauguracji zaplanowano wykład gościa specjalnego Kongresu prof. Marii Siemionow – wykład pt. „Całkowity przeszczep twarzy – marzenie i rzeczywistość”. Więcej informacji w internecie na stronie: www.kongrespoloniimedycznej.org.pl

**Uczestnikom Kongresu przysługuje
20 pkt edukacyjnych.**

Ania Zielaskiewicz
Kierownik Działu Rejestracji Lekarzy
Kuj.-Pom. Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu
87-100 Toruń, ul. Chopina 20, tel./fax 56 /
6554160-61, 0-695 673 753,
a.zielaskiewicz@hipokrates.org
www.torun.oil.org.pl

* * *

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji
wraz z Komitetem Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, Uniwersytetem Medycznym
w Łodzi, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz Interservis Sp. z o.o. zapraszają na:

VII MIĘDZYNARODOWY KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA REHABILITACJI Cywilizacyjne uwarunkowania kierunków rozwoju rehabilitacji medycznej

Kongres odbędzie się w dniach 23–25 września 2010
r., w Miejskim Ośrodku Sportu i Rekreacji, Łódź, ul.
Ks. Skorupki 21

Celem Kongresu jest wypracowanie i propagowanie
nowoczesnych metod rehabilitacji w ramach działań na
rzecz profilaktyki pierwotnej i wtórnej niepełnosprawności
oraz eliminacji powikłań w chorobach stanowiących
problemy współczesnej cywilizacji.

Omawiane będą m.in.: problemy diagnostyki w rehabilitacji
medycznej i fizjoterapii, rehabilitacji dzieci i młodzieży,
rehabilitacji w onkologii, w zespołach bólowych kręgosłupa,
w naczyniowych chorobach mózgu i spastyczności oraz postępy
rehabilitacji w alloplastykach stawów. Odrębne sesje poświęcone
będą pomyślnemu starzeniu się organizmu (ageing) i rehabilitacji
geriatrycznej, nowym wyzwaniom w rehabilitacji kardiologicznej,
metodom biostymulacyjnym w rehabilitacji medycznej, ergonomii
w rehabilitacji medycznej i wspomaganiu narządów zmysłów.

Program kongresu oprócz specjalistycznych sesji naukowych,
z prezentacją doświadczeń własnych, obejmuje kursy oraz
multimedialną sesję plakatową.

**Za udział w Kongresie przewidziane są punkty
edukacyjne dla lekarzy.**

Szczegółowe informacje o Kongresie (program, formularz
zgłoszeniowy) dostępne są na stronie internetowej: www.kongresptreh.pl

* * *

„ASTMA, POChP i CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE”

Warszawa, 7–8 maja 2010 r.

Konferencja Naukowo-szkoleniowa pod patronatem
Komisji Chorób Układu Oddechowego Komitetu Patofizjologii
Klinicznej Polskiej Akademii Nauk
tel./fax 022-711-40-21;
e-mail: medpress@medpress.com.pl

Wstępny program naukowy 7.05.2010 r. (piątek)

- 10.00 – Spotkanie z kierownikami klinik i oddziałów
chorób wewnętrznych Szpitali Wojskowej Służby Zdrowia
- Zadania stawiane przed Wojskową Służbą Zdrowia
- Miejsce medycyny ratunkowej w systemie opieki
zdrowotnej WP
- Możliwości współpracy między ośrodkami

- Problemy i zagrożenia dla ośrodków Wojskowej Służby Zdrowia
- Pokaz sprzętu medycznego
- Postępowanie w zagrożeniu życia spowodowanym niewydolnością narządów

7.05.2010 r. (piątek)

Postępowanie w astmie i POChP

- 14.00 – Otwarcie konferencji
- 15.30 – Kierunki badań nad patogenezą chorób obturacyjnych
- 15.00 – Postępy w kontrolowaniu chorób obturacyjnych
- 15.30 – Fenotypy ciężkiej astmy
- 16.30 – Skuteczność standardów postępowania w POChP
- 17.00 – Choroby obturacyjne w praktyce lekarza rodzinnego
- 17.30 – Nowotwory układu oddechowego a choroby obturacyjne dróg oddechowych

8.05.2010r. (sobota)

Współczesne problemy w leczeniu chorych na astmę

- 9.00 – Epidemiologia i postacie kliniczne astmy
- 9.30 – Remodeling w astmie i POChP
- 10.00 – Patogenetyczne i kliniczne uwarunkowania terapeutyczne astmy
- 10.30 – Ocena terapii skojarzonej w kontrolowaniu astmy

Współczesne problemy w leczeniu chorych na POChP

- 11.30 – Astma i POChP – zespół nakładania
- 12.00 – Epidemiologia, patogenezę i klinika POChP
- 12.30 – Miejsce dilatatorów oskrzeli w leczeniu POChP
- 13.00 – Postępowanie w zaostrzeniach POChP

Choroby współistniejące i leczenie w astmie i POChP

- 14.30 – Wpływ farmakoterapii astmy i POChP na układ krążenia
- 15.00 – Zatorowość płucna a choroby obturacyjne
- 15.00 – Antybiotykoterapia w astmie i POChP – miejsce makrolitów
- 15.30 – Bierny nikotynizm a choroby obturacyjne płuc
- 17.00 – Podsumowanie konferencji

* * *



KONFERENCJA PORTRET KOBIETY WE WNIĘTRZU. ASPEKTY KARDIOLOGICZNE I VARIA

Konferencja poświęcona problemom zdrowotnym kobiet. Wraz z gronem znakomitych specjalistów, wykładowców z Polski i z zagranicy, organizatorzy chcą pochylić się nad odrębnościami diagnostycznymi i terapeutycznymi u kobiet. Problemy chorób układu sercowo-naczyniowego, stanowiących najczęstszą przyczynę zgonów w populacji, w największym stopniu dotyczą kobiety, które według badań statystycznych żyją wprawdzie dłużej, lecz ten dystans w ostatnich latach ulega zmniejszeniu. Organizatorzy zapraszają do wspólnych refleksji nad pytaniami, dlaczego tak się dzieje, co wynika z badań obserwacyjnych będących podstawą do planowania dużych badań klinicznych i jakie będą dalsze losy medycyny płci.

Termin: 7–8 maja 2010 r.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich

Organizatorzy: Katedra i Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz wydawnictwo *Termedia*

Kierownik naukowy:

dr hab. Anna Posadzy-Mańczyńska

Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

Biuro organizacyjne:

Termedia sp. z o.o., ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00,

szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

REDAKCJA: Jerzy Lach; ZDJĘCIA: I str. okładki – fot. Krzysztof Świdorski, OPRACOWANIE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE I DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6

NAKŁAD: 2.500 egz.

ISSN 1426-661X