



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Wrzesień 2012

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 193

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

Ja niestety
nie jestem
złotą rybką



Fot. Janusz Lewandowski

„Jaka piękna katastrofa” – można by powtórzyć za legendarnym Grekiem Zorbą. Gorzkie są refleksje płynące z oceny naszego samorządowego protestu receptowego. Po raz kolejny się nam nie udało!! Trudno mi jednak uznać, że na takiej konstatacji można poprzestać. Myślę, że w Samorządzie – zwłaszcza przed zbliżającymi się kolejnymi wyborami do jego organów – należałoby, w ramach dyskusji nad rolą Samorządu w ogóle, jak najszybciej rozpocząć debatę także i nad tą sprawą.

Pojawienie się (na mocy odpowiednich ustaw) w naszym życiu publicznym samorządów zawodów zaufania publicznego było doniosłym krokiem na drodze demokratyzacji naszego kraju. Od II kadencji Izby staram się aktywnie uczestniczyć w jej funkcjonowaniu i przez te lata coraz bardziej dojrzała we mnie myśl, że klasie rządzącej – i to bez względu na orientację (od prawa do lewa) – pomysł na podzielenie się choćby częścią władzy jest bardzo nie w smak. No bo jakże to tak, nagle powstaje – niewielka co prawda, ale jednak – sfera nie podlegająca wpływom partyjnym!!! Nie ma już możliwości nominowania „swoich ludzi” na kierownicze stanowiska, a sama organizacja nie poddaje się „wpływowi” partyjnych polityków??

Na forum Rady Naczelnej, czy Okręgowej miałem niejednokrotnie okazję przekonać się w trakcie burzliwych dyskusji ze swoimi kolegami o ich różnych sympatiach politycznych. Zawsze jednak zwyciężała zasada, że Samorząd Lekarski jest organizacją apolityczną, reprezentującą wszystkich lekarzy, a nie określone grupki polityczne. W kraju, gdzie nawet stanowisko sprzątaczkę szpitalnej jest sprawą polityczną (sam się o tym przekonałem parę lat temu!), taka sytuacja jest dla rządzących nie do przyjęcia!!

W przeszłości Izba Lekarska była wielokrotnie kokietowana przez polityków różnej proveniencji, ale zawsze przede wszystkim z opozycji. Mamiono nas swoją rzekomą wrażliwością na nasze – powtarzane od lat stale te same – postulaty. Obiecywano nam, że „*jak tylko przejmiesz władzę zrealizujemy Wasze słuszne żądania*”. Ale, jak dochodziło co do czego, to okazywało się, że świeżo upieczeni senatorowie, posłowie i ministrowie „zapominali” o swoich obietnicach. Było to tym bardziej bolesne, że często byli to nasi koledzy lekarze, a co gorsza także i do niedawna działacze samorządowi. Co w sobie takiego ma tak pogardzana przez wielu „kobieta lekkich obyczajów” – polityka, że uwiedzeni nią, skądinąd „przywoici” ludzie (w starym, dobrym tego słowa znaczeniu) tracili dla niej głowę za cenę sprzeniewierzenia się własnym ideałom? To banalnie proste – nasza grupa zawodowa (tak na oko nieco ponad 250 tys. ludzi), to żadna licząca się politycznie siła, niewielkie grono wyborców!!!

I tak stopniowo Samorząd „osaczany” był przez rządzących, którzy w imię „dalszej demokratyzacji” obdarzali nas kolejnymi zadaniami „zapominając” o tym, że ich realizacja wymaga odpowiednich nakładów finansowych (vide np. prowadzenie rejestrów lekarzy i gabinetów lekarskich, sądów lekarskich i rzeczników). Doprowadziło to do sytuacji, w której Ministerstwo Zdrowia zwraca każdej izbie zaledwie ok. 1/3 poniesionych kosztów – stąd pozwy sądowe praktycznie wszystkich izb przeciwko ministerstwu.

Innym przejawem podobnej „troski o szeroki udział we współkierowaniu naszym państwem”, to zasypywanie Samorządu projektami aktów prawnych o często mizernej z naszego punktu widzenia ważności z prośbą o opinię, by móc zrealizować ustawowy obowiązek tzw. „konsultacji społecznych”. Gdy tymczasem nasze uwagi i opinie w sprawach niezwykle istotnych dla systemu opieki zdrowotnej, jej organizacji i finansowania, a przede

wszystkim dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli Polski były i są zupełnie pomijane, lekceważone lub wręcz odrzucane z uzasadnieniem, że Samorząd „dba jedynie o własne interesy”. Tymczasem sprawnie funkcjonujący i dobrze finansowany system opieki zdrowotnej to nie tylko zadowoleni pracujący w nim ludzie (biały personel) – to również zadowolony, dobrze leczony pacjent. Nie da się za „śmieszne” pieniądze realizować „poważnej”, na europejskim poziomie medycyny!

A teraz kamyczek do naszego ogródka! Zawieszenie naszego protestu receptowego przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej było jedynie próbą wyjścia z twarzą z niezrozumiałego dla większości naszych pacjentów i zignorowanego przez większość środowiska lekarskiego buntu przeciwko dyktatowi Narodowego Funduszu Zdrowia. I właśnie ten brak zainteresowania ze strony środowiska lekarskiego boli najbardziej. Czy rzeczywiście szmal rządzi wszystkim? Chęć zarobienia za wszelką cenę – zwłaszcza kosztem konkurencji – spowodował, że nasze koleżanki i koledzy (te małe litery to nie pomyłka w druku!) zaczęli patrzeć wyłącznie na koniec własnego nosa. Byle tylko nic na tym nie stracić!!

Tyle tylko, że jest to myślenie na krótką metę. Być może na razie będzie wszystko OK! Ale, czy już niedługo nie pojawią się następne przepisy, zasady i regulacje, które wprowadzą kolejne ograniczenia w wykonywaniu naszego zawodu?? A przecież ciągle chęlimy się, że wykonujemy wolny zawód i żądamy, by nas – elitę intelektualną, celebrujących sztukę leczenia – powszechnie szanowano! Nasz protest refundacyjny był – jak sądzę – ostatnią próbą przeciwstawienia się Samorządowi Lekarskiemu przed narzucaniem przez rządzących kolejnych ograniczeń w godnym i odpowiedzialnym realizowaniu przez lekarzy podstawowego celu – leczenia chorych wg najlepszych zasad sztuki medycznej. Niestety próba ta była całkowicie nieudana!!

Politycy zyskali już pewność, że można z naszym środowiskiem zrobić wszystko, nie oglądając się na Samorząd i tym podobne duperele (przepraszam – imponderabilia). Oni już wiedzą, że mogą to zrobić zupełnie bezkarnie, wciskając naszym pacjentom dowolną bzdurę na nasz temat. A my straciliśmy nie tylko oręż w naszej walce o lepsze wykonywanie naszego zawodu jakim jest solidarność zawodowa, ale i bardzo wiele z prestiżu społecznego naszego zawodu. I niech nas nie zwiedzie wysoka liczba kandydatów na studia medyczne. To nie jest dowód na zaufanie i pozycję tego zawodu w społeczeństwie. To jedynie przejaw dość prymitywnego i dobrze zakorzenionego pragmatyzmu małuczkich, że lekarz zawsze i wszędzie dobrze zarobi! W jaki sposób? To już inna sprawa (tak właśnie myślą!).

I co wtedy robią ci, którzy wypięli się na nasz ostatni protest? Pewnie będą jazgotać o tym, że Samorząd nic nie robi!!! Że tylko ściągają składki z naszych pensji, za które działacze izbowi wożą się po delegacjach!! Wtedy właśnie powinni sobie przypomnieć swoje zachowanie z tego i – jeśli się nie mylę – także poprzednich protestów i postąpić dokładnie tak samo, jak ostatnio. Niech „*wzją swój los w swoje ręce*”! Niech zadbają wyłącznie o siebie sami i niech nie mieszają do tego Samorządu!!

Że to brzmi brutalnie? Może. Na swoje usprawiedliwienie pragnę więc tylko nieco strawestować słynne zdanie Johna F. Kennedy’ego z jego przemówienia z 20 stycznia 1961 r. podczas swojego zaprzysiężenia na 35 prezydenta USA: „*Nie pytaj, co twoja izba lekarska może zrobić dla ciebie, zapytaj, co ty możesz zrobić dla swojej izby!*”

Jerzy B. LACH

Koleżanki i Koledzy,

Kończąc swoją szpaltę w poprzednim Biuletynie z pewną obawą wspominałem (choć wówczas bardzo wierzyłem w to, że „kraczę” na wyrost), że z naszą „receptową” akcją protestacyjną może być tak, jak z grą naszych piłkarzy – duże oczekiwania, płomienne deklaracje i na końcu kłapa.

Gdy 6 lipca brałem udział we wspólnym posiedzeniu Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich oraz Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, byłem – tak jak wszyscy – rozczarowany słabym odzewem „szerokich mas lekarskich” na apel Naczelnej Rady Lekarskiej – zaakceptowany przez Porozumienie Organizacji Lekarskich (POL), powtórzony potem przez wszystkie okręgowe rady lekarskie – o to, by po 1 lipca w każdym miejscu wykonywania swojego zawodu lekarz wystawiał receptę bez odnotowywania danych, pozwalających na refundowanie leku. Miało to być wyrazem poparcia dla lekarzy prywatnie praktykujących, którzy nie zgodzili się na podpisanie z NFZ nowych umów i po 1 lipca mogli wystawiać tylko recepty pełnopłatne. Akcja miała być powszechna, głównie po to, by mogła być krótkotrwała, ponieważ ta forma protestu była bolesna dla niektórych grup pacjentów, ale wszyscy organizujący tę akcję mieli tego świadomość.

Powszechność akcji zależała głównie od udziału w niej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, wypisujących najwięcej recept. Reprezentujące ich Porozumie-

nie Zielonogórskie jest jednym z członków POL, a Prezes Krajewski był jednym z sygnatariuszy komunikatu, podpisanego jeszcze pod koniec maja, w którym zaapelowano do wszystkich lekarzy o wystawianie po 1 lipca (w przypadku braku zmian we wzorze umowy z NFZ) recept pełnopłatnych.

Ponieważ bezpośrednio po w/w posiedzeniu Konwentu i Prezydium NRL wyjechałem na urlop, rozczarowanie i frustracja zostały wyparte przez radość ze wspólnego całorodzinnego (z trójką wnucząt) leniuchowania, opalania i pływania.

Dopiero po powrocie wziąłem do ręki sierpniowy numer „Praktyki Lekarskiej”, miesięcznika dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. A tam w słowie od redakcji przeczytałem, że „*protest nie był dla lekarzy poz, poza tym niewielu lekarzy rodzinnych prowadzi prywatną praktykę, większość z nich nie miała zatem interesu w protestowaniu*”. I ręce mi opadły, bo z tych słów wynika, że pojęcie solidarności zawodowej i wzajemnego wspierania się jest chyba już tylko frazesem.

Mimo to, doceniając wysiłek tych Koleżanek i Kolegów, członków Opolskiej Izby Lekarskiej, którzy po 1 lipca aktywnie wzięli udział w proteście, po raz kolejny wyrażam im podziękowanie. Zrobiła to już wcześniej cała Okręgowa Rada Lekarska, przyjmując 1 sierpnia odpowiednie stanowisko (*patrz poniżej – przyp. Red.*).

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

Sprawozdania z posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu:

W DNIU 20 CZERWCA 2012 r.

Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Podjęcie uchwały w sprawie skierowania do Urzędów Skarbowych tytułów wykonawczych w stosunku do lekarzy zalegających z opłatami składek członkowskich.
8. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich w Kazimierzu 25–27 maja 2012 r.
9. Sprawa umów na wystawianie refundowanych recept.
10. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
11. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad 1

Kol. Lach przedstawił wniosek kol. Anety Chróst o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej (przeniesienie z ŚIL). Wniosek został jednogłośnie zaakceptowany.

Ad 2

Kol. Jakubiszyn przedstawił pisma dwóch firm prowadzących szkolenia dla lekarzy:

- firma CEGEDIM Group zarejestrowana w Warszawie, prowadząca na Opolszczyźnie cykl szkoleń pn. „Nowości w leczeniu schorzeń alergicznych” oraz „Nowości wynikające z aktów prawnych”
- firma Nutrikon Sp. z o.o. z terenu Opolszczyzny chcąc przeprowadzić szkolenie „Leczenie ran przewlekłych”. Na to ostatnie szkolenie Rada – oprócz zgody na rejestrację – przyznała także 11 pkt. edukacyjnych.

Ad 3

Prezes przedstawił podania o wyrejestrowanie praktyk lekarskich czworga lekarzy (w trzech przypadkach z powodu zaprzestania działalności, w jednym – z powodu zgonu lekarza). Rada jednogłośnie zaaprobowala wnioski.

Ad 4

Do Funduszu Samopomocy wpłynął jeden wniosek o zapomogę – przyznano jednogłośnie – oraz jeden wniosek o pożyczkę szkoleniową – przyznano, przy jednym głosie wstrzymującym.

Troje lekarzy złożyło wnioski o dofinansowanie udziału w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Kolarstwie. Wnioski zostały zaakceptowane przez Radę jednogłośnie (350 zł na osobę).

Ad 5

Prezes przedstawił prośby o wyznaczenie przedstawicieli Izby na członków komisji konkursowych na Przełożoną Pielęgniarek oraz na Pielęgniarki Oddziałowe w Oddz. Wewnętrznym i w Pododdziale Kardiologicznym szpitala w Białej. Prezydium zaproponowało osobę Jacka Miarki, którą Rada jednomyślnie przyjęła.

Z kolei do konkursu na Pielęgniarkę Naczelną w WCM w Opolu Rada jednogłośnie wybrała kol. Jakubiszyną.

Ad 6

Do Rady wpłynęły wnioski w sprawie składek członkowskich:

- jeden w sprawie całkowitego zwolnienia z opłacania składek – przyjęty jednogłośnie,
- jeden w sprawie zwolnienia z jej opłacania tylko na jeden miesiąc – przyjęte przy jednym głosie wstrzymującym się,

- cztery w sprawie zmniejszenia składki do 10 zł – przyjęte jednogłośnie.

Ad 7

Następnie Prezes poinformował członków Rady, że podczas ostatniego posiedzenia Konwentu i radców prawnych zalecano, aby oddanie każdej indywidualnej sprawy do realizacji przez Urząd Skarbowy było poprzedzone podjęciem odpowiedniej uchwały przez Radę. W związku z taką interpretacją, kol. Jakubiszyn przedstawił listę 15 osób, w stosunku do których wyczerpane zostały wszystkie możliwe do zastosowania przez Izbę środki, a których sprawy mają zostać przekazane do egzekucji przez Urząd Skarbowy i zaproponował podjęcie uchwał w tej sprawie. Rada przyjęła je jednomyślnie.

Ad 8

W tej części posiedzenia Rady kol. Jakubiszyn, po krótko zapoznał członków Rady z przebiegiem Konwentu Prezesów, jaki odbył się w dniach 25–27 maja br. Poza opisanymi powyżej sprawami windykacji zaległych składek, Konwent poświęcony był przede wszystkim sprawom protestu „receptowego”. Padł na nim apel o jednolity sposób wypisywania recept bez refundacji wg propozycji Naczelnej Rady Lekarskiej (po 1 lipca, przy braku zmiany treści umowy wprowadzonej przez Prezesa Paszkiewicza).

W związku z tym kol. Jakubiszyn przedstawił projekt apelu Rady Okręgowej do lekarzy Opolszczyzny o wypisywanie od dn. 1 lipca recept bez żadnej refundacji.

Zaproponował również projekt uchwały w sprawie przeznaczenia kwoty 5000 zł na ewentualne ogłoszenie w NTO informujące o istocie protestu lekarzy, a skierowane do pacjentów. Obie propozycje Prezesa zostały jednogłośnie zaaprobowane przez Radę.

Ad. 9

Co do zaangażowania w sam protest, to – wg posiadanych przez Izbę danych – do 31 maja aneksy podpisało tylko ok. 20% spośród tych, którzy mieli dotychczas umowy na wypisywanie recept refundowanych, co stanowi, że Opolszczyzna jest regionem o największej procentowo liczbie protestujących lekarzy.

W ramach dyskusji głos zabrał kol. Mazur, który zwrócił uwagę na istniejącą potencjalnie groźbę karności lekarzy realizujących protest receptowy przez ich pracodawców. Zaproponował więc, aby przygotować wzór pisma do dyrektorów jednostek ochrony zdrowia Opolszczyzny, w którym lekarze zwracaliby się z prośbą o niekaranie ich za wypisywanie recept z pełną odpłatnością.

Prezes obiecał, że takie pismo zostanie przygotowane. Jednocześnie stwierdził, że OZZL rozsyła już podobne pisma po kraju. Stwierdził również, że w związku z ewentualnymi karami dla lekarzy nakładanymi przez

pracodawców należy przewidzieć odpowiednie kwoty w budżecie Izby przeznaczone na ten cel.

Na koniec kol. Jakubiszyn zaapelował o stałe śledzenie informacji pojawiających się na stronie internetowej naszej Izby.

Ad. 10

Prezes przedstawił krótką relację z ostatniego posiedzenia Rady Społecznej OOW NFZ w Opolu, na którym przedstawiono aktualną sytuację finansową Oddziału. Za ubiegły rok Oddział NFZ zaoszczędził kwotę ok. 18,7 mln. zł. Na pytanie Prezesa kwota ta pozostała na koncie NFZ, a nie została przeznaczona na dodatkowe świadczenia uzyskał informację, że pieniądze te są zarezerwowane na ewentualne roszczenia sądowe świadczeniodawców.

Ad. 11

W tej części posiedzenia Rady Kol. Mazur zwrócił uwagę członków Rady na publikację w „Gazecie Lekarskiej” przedstawiającą w bardzo korzystnym świetle jednego z członków naszej Izby. Tymczasem na naszym rodzimym podwórku jest to człowiek skonfliktowany ze środowiskiem pediatrów, przeciwko któremu toczyło się postępowanie w naszej Komisji Etyki. Należałoby więc spróbować sprostować informacje prasowe. Kol. Jakubiszyn stwierdził, że nie zna treści tego artykułu.

Kol. Lach przekazał informację na temat Okręgowego Zjazdu Lekarzy Weterynarii, w którym uczestniczył z ramienia naszej Izby. Stwierdził, że weterynarze doskonale rozumieją istotę lekarskiego protestu, ponieważ są w bardzo podobnej sytuacji.

Kol. Jakubiszyn przedstawił bieżącą korespondencję, jaka napłynęła do Izby. Pośród niej było także pismo Ministerstwa Zdrowia będące odpowiedzią na apel ostatniego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Opolszczyzny, dotyczący nowych przepisów związanych z postępowaniem konkursowym na ordynatorów. Przedstawiciel ministra stwierdził w nim, że nie ma przeszkód, by pośród przedstawicieli komisji konkursowej zaproponowanych przez dyrekcję jednostki znajdowali się zarówno konsultant wojewódzki, jak i przedstawiciel towarzystwa naukowego oraz ordynator oddziału jednoimiennego.

Ponadto Prezes przekazał, że dokonał szybkiej analizy listy, na której członkowie Rady podawali informacje o planowanych urlopach i zaproponował terminarz posiedzeń Rady i jej Prezydium w II półroczu.

Wobec wyczerpania programu zebrania, na tym posiedzenie Rady zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Jerzy B. LACH

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

* * *

W DNIU 1 SIERPNIA 2012 r.

Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Omówienie przebiegu protestu receptowego środowiska lekarskiego.
8. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
9. Sprawy różne i wolne wnioski.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, dr J. Jakubiszyn powitał zebranych i przystąpił do realizacji punktów programu zebrania.

Ad. 1

Ze względu na nieobecność kolegi Lacha, Prezes przedstawił wniosek kol. Kingi Barbarzak o wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu.

Ponadto kol. Jakubiszyn przedstawił wnioski dwóch lekarzy o wpis do rejestru OIL w Opolu w drodze przeniesienia – kol. kol.: Magdaleny Gidzińskiej-Kaczmarzkiej (przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej) oraz Shpatjan Tahiraj (przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej). Rada zaakceptowała jednogłośnie wszystkie wnioski.

Ad. 2

Firma CEGEDIM Group – podmiot prowadzący szkolenie podyplomowe lekarzy, przesłał do Izby informację o przeprowadzonych na terenie Opola i Nysy szkoleniach w zakresie prawa medycznego.

Ad. 3

Do Izby wpłynęły wnioski o wykreślenie z rejestru OIL w Opolu podmiotów prowadzących działalność leczniczą czterech praktyk na wezwanie, które Rada zaaprobowała.

Ponadto Prezes poinformował, że z powodu zmiany firmy, tworzącej program komputerowy do tego rejestru (4 System został zastąpiony przez Aseco), póki co Rejestr Praktyk Lekarskich nie w pełni jeszcze funkcjonuje. W związku z tym zainteresowanym Koleżankom i Kolegom tymczasowo wydawane są dla potrzeb NFZ zaświadczenia z Izby o złożonych dokumentach rejestracyjnych. Prezes zobowiązał się więc, że będzie interweniował w Funduszu, aby lekarze mogli posługiwać się dokumentami rejestrowymi sprzed

wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, ponieważ niedawna nowelizacja tej ustawy wydłużyła okres uaktualniania tego rejestru do 31 grudnia br.

Ad. 4

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły dwa wnioski o przyznanie zapomogi, które zostały przez członków Rady przyjęte jednogłośnie.

Ad. 5

Na prośbę kierownictwa Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Paczkowie, Rada wyznaczyła na swojego przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej kol. Wiesława Sienkiewicza.

Ad. 6

Do Rady wpłynęły podania o zmianę wysokości opłacanych składek członkowskich z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego czworga lekarzy (obniżenie do 10 zł) oraz dwa podania o zwolnienie z uiszczania opłat członkowskich z powodu zaprzestania wykonywania zawodu lekarza na czas nieokreślony. Rada jednomyślnie przychyliła się do tych prośb.

Ad. 7

W związku z podjętą przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej decyzją o zawieszeniu protestu lekarzy i lekarzy dentystów, związanego z nowymi umowami z NFZ na wypisywanie leków w ramach refundacji, Rada dokonała wstępnej oceny jego przebiegu. W trakcie burzliwej i długiej dyskusji członkowie Rady uznali, że wszystkim członkom Samorządu Lekarskiego należy się pełna i rzetelna informacja na temat aktualnej sytuacji z tym związanej. Jednomyślnie przyjęto Stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w sprawie akcji protestacyjnej, dotyczącej wystawiania recept (*patrz poniżej – przyp. Red*), które zostanie udostępnione wszystkim członkom Samorządu (między innymi na stronie internetowej OIL w Opolu).

Ad. 8

Z uwagi na okres urlopowy członkowie Rady nie uczestniczyli w żadnych posiedzeniach pozaizbowych

Ad. 9

Kol. Kuzyszyn, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, poruszył problem zagrożenia dla dalszej działalności Instytutu Zdrowia Publicznego w PWMSZ w Opolu ze względu na zbyt małe zainteresowanie absolwentów szkół średnich kształceniem w wyżej wymienionym kierunku.

Kol. Karoń po raz kolejny powrócił do sprawy organizowania przez naszą Izbę kursów z prawa medycznego dla lekarzy specjalizujących się. Prezes Jakubiszyn potwierdził, że będzie to możliwe dopiero po uzyskaniu

akredytacji przez OIL, co nie jest procesem szybkim, ale możliwym do uzyskania.

Wielu członków Rady zwracało uwagę na fakt, że zbyt mało jest informacji dla członków Samorządu o składanych do OOW NFZ dokumentach niezbędnych przy podpisywaniu nowych umów na recepty. Mówiono także o problemie niezbyt czytelnych dla lekarzy wymagań stawianych przez pracowników OOW NFZ, nie zawsze zgodnych z obowiązującymi w tej kwestii rozporządzeniami Ministra Zdrowia. W związku z powyższym podjęto decyzję, że pełna, zbiorcza informacja na temat wymaganych dokumentów ukaże się na stronie internetowej Izby, a niezależnie od tego kol. Jakubiszyn wyjaśni z Prezesem OOW NFZ rodzaj niezbędnej do podpisania umowy dokumentacji.

Na tym posiedzenie zakończono.

Zastępca Sekretarza ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

* * *

**STANOWISKO Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
z dnia 2 sierpnia 2012 r. w sprawie akcji
protestacyjnej, dotyczącej wystawiania recept**

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu wyraża podziękowanie tym wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom, członkom Opolskiej Izby Lekarskiej, którzy w pierwszych dniach lipca wzięli udział w proteście, polegającym na wystawianiu pełnopłatnych recept niezależnie od miejsca i formy wykonywania zawodu. Protest ten miał wesprzeć lekarzy prywatnie praktykujących w walce o zmianę niekorzystnych zapisów w umowach na wystawianie refundowanych recept.

Wobec oferty mediacji, złożonej przez Business Centre Club, w geście dobrej woli, licząc na podobną reakcję ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, protest został 6 lipca zawieszony. Niestety, ani Ministerstwo, ani NFZ żadnych rozmów w sprawie zmiany umowy nie podjęły. Umowa w dalszym ciągu jest nieprecyzyjna i zawiera wiele pułapek dla lekarza, wystawiającego receptę.

Okręgowa Rada Lekarska ze zrozumieniem przyjmuje uwagi ze strony części lekarzy, że dalsze odmawianie podpisania nowej umowy niesie ze sobą wiele problemów, związanych z leczeniem pacjentów i że dla dobra pacjentów chcieliby te umowy podpisać. Okręgowa Rada Lekarska przestrzega jednak przed podpisaniem umowy w aktualnym kształcie i zaleca, aby ta decyzja została podjęta bardzo rozważnie, po dokładnym zapoznaniu się z treścią umowy i przeanalizowaniu wszystkich możliwych zagrożeń z niej wynikających.

Zastępca Sekretarza ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Prezes ORL

Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

Wypisywanie leków dla siebie i swojej rodziny

W związku z licznymi pytaniami – zwłaszcza ze strony Naszych starszych Koleżanek i Kolegów – informuję, że w dniu 8 czerwca 2012 r. weszła w życie zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2012 r. poz. 583). Zgodnie z tą nową regulacją lekarz, który podpisał nową umowę z NFZ na wystawianie recept na leki refundowane, wystawiający recepty dla siebie (*pro auctore*) albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (*pro familia*) musi prowadzić tzw. **dokumentację zbiorczą wewnętrzną, ale tylko wyłącznie w formie wykazu**. Wykaz ten może być prowadzony dla każdej z w/w osób z osobna lub łącznie dla wszystkich razem. Wg nowego rozporządzenia wykaz ten powinien zawierać następujące dane:

1. numer kolejny wpisu;
2. datę wystawienia recepty;
3. imię i nazwisko pacjenta, a w przypadku gdy dane te nie są wystarczające do ustalenia jego tożsamości, także datę urodzenia lub numer PESEL pacjenta;
4. rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
5. międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu medycznego;
6. postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci;
7. dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli występuje w więcej niż jednej dawce;
8. ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego — nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia;
9. sposób dawkowania.

Jeżeli któraś Koleżanka lub Kolega wybierze formę prowadzenia odrębnych wykazów dla każdego z pacjentów, to w przypadku wypisywania tego samego leku, nie ma już obowiązku powtórnego wpisywania danych określonych w pkt 3–9, a jedynie adnotacji o kontynuacji leczenia. Ponadto przy wystawianiu recepty *pro auctore* i *pro familia* nie ma obowiązku zamieszczania w dokumentacji kodu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

W przypadku, gdy lekarz nie podpisał nowej umowy z NFZ i wypisuje leki ze 100% odpłatnością powinien

Recepta	
Pacjent IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA	
Rp NAZWA LEKU* POSTAĆ DAWKA IŁOŚĆ LEKU SPOSÓB DAWKOWANIA	
Data wystawienia: DATA	Dane i podpis lekarza PODPIS LEKARZA
Data realizacji „od dnia”: DATA LUB „X”	NUMER PWZ <small>Dane podmiotu drukującego</small>

*najlepiej międzynarodowa

postępować zgodnie z zaleceniami Naczelnej Rady Lekarskiej. Prezydium NRL skonkretyzowało sposób wystawienia recepty wskazując, że do jej wystawienia wystarczające jest podanie następujących danych:

1. imię i nazwisko pacjenta,
2. adres miejsca zamieszkania,
3. nazwa leku (najlepiej międzynarodowa),
4. postać,
5. dawka,
6. ilość leku,
7. sposób dawkowania,
8. data,
9. podpis lekarza,
10. numer prawa wykonywania zawodu.

Recepta może być wystawiona na dowolnym druku lub nawet na zwykłej kartce papieru o dowolnym rozmiarze pozwalającym odczytać zamieszczone na niej dane. Można zatem korzystać z posiadanych druków recept (nie wypełniając rubryk: świadczeniodawca, oddział NFZ, uprawnienia dodatkowe), białych blankietów z książeczek RUM lub z załączonego poniżej wzoru (do pobrania i wydrukowania ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej – www.nil.org.pl). Ważne jest również i to, że w takim przypadku nie ma potrzeby sygnowania druku receptowego jakąkolwiek pieczęcią nagłówkową.

Jerzy B. LACH

Kolejne legitymacje lekarskie czekają na odbiór

Biuro Opolskie Izby Lekarskiej informuje, że w siedzibie Izby w Opolu przy ul. Grunwaldzkiej 23 oczekują na odbiór kolejne legitymacje izbowe.

1. Benetkiewicz Dorota,
2. Buks-Hryciuk Monika,
3. Gielniewska-Kabza Joanna,
4. Kaplita Maciej,
5. Klekot Dominika,
6. Markowska-Kardyś Elżbieta,
7. Pawłowska Krystyna,
8. Pilewska Elżbieta,
9. Pułka Katarzyna,

10. Soczyńska Janina,
11. Średzka-Burman Barbara,
12. Tomczyk Piotr,
13. Wojciechowska Edyta,
14. Chudy Helena,
15. Chudy Tomasz,
16. Felbel Barbara,
17. Kuleszyński Michał,
18. Rysińska-Pragłowska Stanisława,
19. Tyłska-Latuszek Irena,
20. Wilk Urszula.

Jerzy B. LACH

Najczęściej popełniane błędy w drukach ZLA

(część II)

Wpisywanie niewłaściwego adresu miejsca pobytu chorego czasowo niezdolnego do pracy (dane adresowe ubezpieczonego – pola na druku ZLA: 08 – kod pocztowy, 09 – miejscowość, 10 – ulica, 11 – numer domu, 12 – numer lokalu)

Obowiązująca zasada to wpisywanie danych adresowych miejsca pobytu ubezpieczonego w okresie orzeczonej niezdolności do pracy!

Komentarz

Obecnie lekarze uprawnieni do wystawiania zaświadczeń ZLA wpisują adresy zameldowania, adresy tymczasowego zameldowania, adresy do korespondencji, bez ustalenia z pacjentem, gdzie będzie przebywał w czasie orzeczonej niezdolności do pracy.

Przykład 1.

Pacjent mieszka czasowo i pracuje w Warszawie, ale zameldowany jest w Opolu. Pracodawca otrzymujący zwolnienie od swojego pracownika wnioskuje o kontrolę zwolnienia lekarskiego wystawionego na druku ZLA do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Opolu.

Przykład 2.

Pacjent mieszka za granicą i przyjeżdża na urlop do Polski. W przypadku ustalenia, że w okresie zwolnienia lekarskiego (orzeczonej niezdolności do pracy), będzie przebywał w Polsce, to na zaświadczeniu ZUS ZLA wpisujemy faktyczny adres pobytu w czasie tejże niezdolności do pracy.

Skutek – jeżeli zwolnienie jest wystawione z nieprawidłowym adresem pobytu to:

- Zwolnienie jest wystawione nieprawidłowo (poświadczona jest nieprawda?)
- Kontrola ZUS ZLA jest kierowana przez pracodawcę do Oddziału ZUS, gdzie nie przebywa ubezpieczony.
- Kontrola obejmuje także lekarza uprawnionego, który nie zna zasad wystawiania zwolnień lekarskich ZUS ZLA.

* * *

Wystawianie zwolnień lekarskich na krótki okres, np. na 7 lub 10 dni w schorzeniach, o których wiadomo, że leczenie będzie trwało zdecydowanie dłużej, np. miesiąc lub kilka miesięcy lub rokowań w zakresie odzyskania zdolności do pracy nie ma.

Komentarz

Obecnie lekarze uprawnieni do wystawiania zaświadczeń ZLA wystawiają, zaświadczenia w znacznym odsetku na krótkie okresy od kilku do 10 dni. O ile w schorzeniach, których leczenie powinno zamknąć się w okresie krótkiego okresu jest to całkowicie uzasadnione i medycznie, i co do zasady wystawiania zwolnień lekarskich, to w przypadku schorzeń, o których wiadomo, że leczenie potrwa kilka miesięcy to wystawianie na bardzo krótkie okresy zwolnień nie jest uzasadnione.

Skutek – jeżeli zwolnienie jest wystawione na krótki okres to:

- Przysparza to pracy lekarzowi uprawnionemu, bo co tydzień lub co 10 dni jest zobligowany do wystawienia następnego zwolnienia lekarskiego.
- Jeżeli lekarz popełnia błędy wystawiając zwolnienie lekarskie, to automatycznie liczba popełnianych błędów się zwiększa.
- Rośnie w systemie zwolnień lekarskich liczba wystawionych zwolnień przez konkretnego lekarza (staje się liderem pod względem liczby wystawionych zwolnień).
- Zwiększa się liczba kontroli zwolnień lekarskich konkretnego ubezpieczonego.
- Zarówno lekarz, jak i chory – ubezpieczony – świadczeniobiorca, szczególnie przez pracodawcę, jest podejrzewany o to, że zwolnienie lekarskie – ze względu na jego krótki czas trwania – jest nieuzasadnione.

Korneliusz MICHAŁ

Główny Lekarz Orzecznik, ZUS Oddział Opole

Ilu Polaków zasiadło na tronie królów Polski?

Kiedy ostatnio na zebraniu Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego zadano mi to pytanie w pierwszej chwili byłem bardzo zaskoczony, ale wydaje mi się, że niewielu z nas udzieliłoby prawidłowej odpowiedzi.

Pomińmy dynastię Piastów od jej założyciela Mieszka I (Chrzest Polski w roku 966), poprzez książąt dzielnicowych, do ostatnich królów Piastowskich Władysława Łokietka (zm. 1333) i Kazimierza Wielkiego (zm. 1370).

Po śmierci Kazimierza Wielkiego na tron polski wstąpił Ludwik Węgierski (1326–82), syn króla węgierskiego Karola Roberta – potomka królów francuskich z rodu Andegawenów.

Po nim, na Króla Polski koronowana została jego najmłodsza córka Jadwiga Andegaweńska (1372–99) pierwsza żona króla Władysława Jagiełły (1362–1434).

71-letni Litwin Władysław Jagiełło z czwartą żoną – 17-letnią księżniczką ruską Sońką Olszańską (drugą jego żoną była Anna Cilejska, trzecią – Elżbieta Granowska) doczekał się dwóch synów:

- króla Władysława Warneńczyka (1424–44) poległego w bitwie z Turkami pod Warną,
- króla Kazimierza Jagiellończyka (1427–92).

Tak więc w żyłach synów Władysława Jagiełły płynęła krew litewsko–ruska.

Kolejny Jagiellon, Kazimierz Jagiellończyk poślubił córkę cesarza austriackiego Alberta II Habsburga Elżbietę Rakuszanę (Rakuzy to staropolska nazwa Austrii), która jako jego jedyna żona urodziła mu 6 synów, w tym czterech królów (stąd nazywana była „Matką Królów”):

- Władysława – króla Czech i Węgier,
- Jana Olbrachta – króla Polski (1459–1581),
- Aleksandra – króla Polski (1461–1596),
- Zygmunta I Starego – króla Polski (1467–1549),
- św. Kazimierza – patrona Litwy,
- Fryderyka – drugiego po Zbigniewie Oleśnickim Kardynała,

oraz 7 córek wydanych za członków dynastii.

Tak więc we krwi Jagiellonów znalazła się domieszka krwi austriackich Habsburgów.

Najmłodszy syn Kazimierza Jagiellończyka, Zygmunt I Stary z drugą żoną (pierwsza jego żona Węgierka Barbara Zapolya zmarła po porodzie drugiej córki w wieku 20 lat), włoską księżniczką (z księstwa Bari na południu Półwyspu Apenińskiego) Boną Sforza dochował się jedynego syna Zygmunta II Augusta (1520–72) – niestety, mimo trzech małżeństw (z Elżbietą Habsburżanką, Barbarą Radziwiłłówną oraz Katarzyną Habsburżanką),



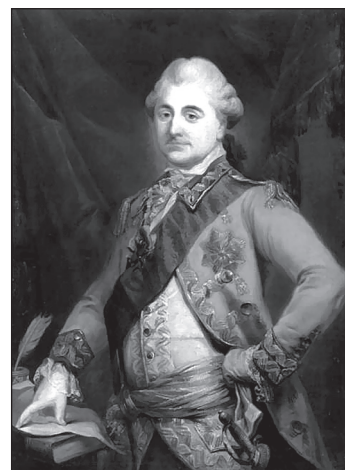
Michał Korybut Wiśniowiecki



Jan III Sobieski



Stanisław Leszczyński



Stanisław August Poniatowski

bezdzielnego, w którego żyłach poza krwią Jagiellonów musiała płynąć również krew włoska.

Po wymarciu tak wspaniale zapowiadającej się dynastii Jagiellonów, panujących w Polsce ponad 200 lat, na tron polski powołano pierwszego króla elekcyjnego – Francuza Henryka Walezy (1551–89), który po otrzymaniu wiadomości o śmierci swego brata króla francuskiego Karola IX po kilku miesiącach uciekł do Francji.

Kolejny król elekcyjny to Węgier Stefan Batory (1533–86) – Książę Siedmiogrodu (Transylwanii znajdującej się obecnie na terenie Rumunii).

Po nim na tron polski powoływani byli szwedzcy Wazowie: Zygmunt III Waza (1566–1632) – jego pierwsza żona Anna Austriaczka urodziła późniejszego króla polskiego Władysława IV Wazę (1595–1648), zaś jego druga żona, siostra Anny, Konstancja Austriaczka urodziła kolejnego króla polskiego Jana Kazimierza (1609–72).

Po tragediach Potopu Szwedzkiego i buntów kozackich Bohdana Chmielnickiego, na tron polski w kolej-

nej elekcji wybrano syna bohatera powieści Henryka Sienkiewicza „Ogniem i mieczem” księcia Jaremy Wiśniowieckiego, a zarazem wnuka założyciela Zamościa i słynnej Akademii Zamojskiej hetmana Jana Zamojskiego – Michała Korybuta Wiśniowieckiego (1639–73).

Dalej kolejno na tron polski powołano Wielkiego Hetmana Koronnego, pogromcę Turków pod Wiedniem w roku 1683 – Jana III Sobieskiego (1641–96) (jego jedyną ukochaną żoną Maria Kazimiera zwana „Marysieńką” była Francuzką).

Po śmierci Jana III Sobieskiego nastąpiła w Polsce dynastia Saska Augusta II Mocnego (1670–1705), który z jedyną żoną Eberhardyną miał jednego syna Augusta III Otyłego (1696–1763).

W ostatnich latach istnienia Rzeczypospolitej Obojga Narodów, na tronie polskim dwukrotnie zasiadał Stanisław Leszczyński (1677–1766) syn Rafała Leszczyńskiego, Podskarbiego Wielkiego Koronnego, którego córka Maria Leszczyńska została żoną francuskiego króla Ludwika XV i matką króla Ludwika XVI zgilotynowanego podczas Rewolucji Francuskiej w roku 1789. Po wyjeździe z Polski Stanisław Leszczyński otrzymał od króla francuskiego Księstwo Lotaryngii z stolicą w Nancy, gdzie zasłynął budownictwem wielu obiektów użyteczności publicznej, m. in. szpitali.

Ostatni król Polski to Stanisław August Poniatowski (1732–98), syn Stanisława Poniatowskiego, Kasztelana Krakowskiego (był bezżenny). Po jego abdykacji nastąpił mroczny okres 123 lat rozbiorów I Rzeczypospolitej.

Tak więc musimy przyznać, że po upadku dynastii polskich Piastów od roku 1370 do III Rozbioru Polski w roku 1795 (a więc przez ponad 4 wieki) na tronie polskim zasiadało tylko czterech „rdzennych” Polaków, co jest ewenementem niespotykanym choćby w historii Anglii, Francji, czy też Hiszpanii.

- Michał Korybut Wiśniowiecki (1639–73),
- Jan III Sobieski (1641–96),
- Stanisław Leszczyński (1677–1766),
- Stanisław August Poniatowski (1732–98),

Niezwykle interesującym jest również fakt, że na tronie polskim zasiadały tylko dwie żony królów, które były Polkami:

- Elżbieta Granowska – trzecia żona Władysława Jagiełły (trzykrotna wdowa),
- Katarzyna Opalińska-Kasztelanka Poznańska, żona króla Stanisława Leszczyńskiego.

*Prof. dr hab. Janusz KUBICKI
PWMSZ w Opolu*

CO PISZĄ INNI

Efektywna ochrona zdrowia, komercjalizacja szpitali – a co z motywacją pracowników?

Rośnie nacisk na przekształcenia szpitali i poddanie ich normalnej grze rynkowej. No cóż, prywatny czy państwowy, proces rozpoczął się już kilka lat temu, szpital będzie musiał spełniać wymogi stawiane przedsiębiorstwom. Nowa ustawa o działalności leczniczej wymusza na organach założycielskich przekształcenie, bo inaczej długi obciążą, a w wielu wypadkach, zatopią te organy. Decyzje o przekształceniach, stymulowane kijem długów i marchewką oddłużenia, będą podejmowane coraz skwapliwiej. Pytanie, czy podejmując taką decyzję, bierze się pod uwagę meritum sprawy: Czy wypuszczony na wolność ekonomiczną szpital przetrwa w warunkach naturalnych? Przedsiębiorstwo „Szpital” musi się bilansować, w przeciwnym wypadku upada – ogłasza bankructwo.

Co produkuje szpital? Zdrowie. Kto produkuje zdrowie w tym szpitalu? Lekarze i pielęgniarki. Czy pracow-

nicy przedsiębiorstwa „Szpital” są motywowani do wydajnej pracy? Śmiem twierdzić, że słabo lub wcale.

Żeby odnieść sukces na rynku, trzeba oferować dobre produkty po dobrej cenie. Doskonale wiemy, że decyzje białego personelu mogą dramatycznie zmienić koszt i cenę. Osiągnięcie wyższej efektywności w szpitalu, gdzie proces produkcyjny to nie taśma montażowa z jednym modelem samochodu, a setki i tysiące procesów produkcyjnych (każda choroba i terapia to osobny proces), nie jest możliwe bez bezpośredniego zaangażowania lekarzy i pielęgniarek. Przy taśmie montażowej sprawny inżynier-racjonalizator może poprawić efektywność bez udziału robotników pracujących przy taśmie. W szpitalu nie da się tego zrobić.

Podnosząc efektywność, szpital oczekuje konkretnego efektu – lepszego wyniku finansowego. Jeżeli efekt został osiągnięty, pracownicy, którzy się do tego przy-

czynili, otrzymując odpowiednie gratyfikacje i nagrody. Wszyscy są zadowoleni, a pozycja rynkowa szpitala rośnie. Żeby wszystko dobrze działało, należy wprowadzić klarowne „reguły gry” między zarządem a pracownikami.

1. Wyznaczenie ambitnego, ale realnego celu.
2. Cel ma być związany z wynikiem ekonomicznym szpitala – to da fundusze na nagrody.
3. Cel musi być łatwo i obiektywnie mierzalny – pracownicy będą mogli kontrolować proces.
4. Wysokości nagród, wyznaczone przed rozpoczęciem gry, muszą być adekwatne do wielkości celu i proporcjonalne do osiągniętego wyniku.
5. Reguły nie mogą się zmieniać w trakcie gry.
6. Nagrody muszą być wręczone na czas i z celebrą.

No dobrze, tyle teoria! A jak to może wyglądać w praktyce?

Oddział chirurgii szpitala X miał w 2011 roku 1 mln zł straty. Kontrakt na 2012 nie zmienił się. Cel – podniesienie efektywności, ustala się prosto: strata na koniec 2012 poniżej 1 mln zł.

Różnica w wyniku jest podstawą do kalkulacji nagrody, która wynosi np. 30% od poprawy wyniku. Jeśli strata na koniec 2012 wyniosła 700 tys. zł, to $1\text{ mln} - 700\text{ tys.} = 300\text{ tys.} \times 30\% = 90\text{ tys. zł}$.

Nagroda wynosi 90 tysięcy złotych. Te pieniądze będą przeznaczone dla pracowników oddziału chirurgii, w tym np. jedna czwarta dla ordynatora, a reszta do podziału między pracowników według rekomendacji ordynatora lub innych reguł.

Oczywiście, łatwo wskazać szereg wątpliwości, które trzeba uwzględnić w regułach gry. Np. nawet, jeśli lekarze obniżą „swoje” koszty, to zarząd szpitala łatwo może naliczyć oddziałowi obciążenia, które spowodują, że wynik nie poprawi się. W takim wypadku trzeba jasno ustalić, że te obciążenia nie będą brane pod uwagę, itp.

Warunkami, od których zależy sukces w tej grze są: inteligencja i zaangażowanie, motywacja zarządu i pracowników, wzajemne zaufanie oparte o klarownie reguły. Przyczyniłeś się do sukcesu – należy ci się nagroda. Wysiłem się dla firmy, której ufam. Trudne? Trudne i łatwe zarazem. Jak to zrealizować? Trzeba wyjść „przed orkiestrę”. Trzeba zaryzykować porażkę, zaryzykować śmieszność, aby osiągnąć sukces.

Zarząd, podejmujący te wyzwania, też musi mieć motywację i system nagród. Wszyscy jesteśmy tak samo wrażliwi na bodźce!

Żeby zacząć, trzeba znać koszty i przychody, na bieżąco mierzyć ich zmiany. Bez tego wszyscy poruszają się na ślepo i przy najlepszej woli wszystkich stron efekt może być daleki od oczekiwań. Odpowiednie narzędzia kalkulujące i prezentujące kluczowe wskaźniki efektywności są niezbędnym narzędziem dla zarządu szpitala, lekarzy i pielęgniarek poprawiających efektywność.

Marek WESOŁOWSKI

Marek WESOŁOWSKI – lekarz chirurg, twórca medycznej firmy informatycznej UHC, prezes firmy SGA zajmującej się oceną efektywności w ochronie zdrowia (www.sga.waw.pl), e-mail: Marek.Wesolowski@sga.waw.pl

(przedruk z „Medicusa” nr 6–7/12)

Zakazać, nie pozwolić, nie dopuścić

Broń na konkurencję

Firmy sektora medycznego coraz chętniej sięgają po umowy zobowiązujące pracowników do lojalności. Zakaz konkurencji obejmuje już nie tylko lekarzy specjalistów, lecz także ratowników i techników medycznych. Nowe ograniczenia nie wiążą się jednak z wyższymi pensjami.

Nie od dziś wiadomo, że pracownicy służby zdrowia w szpitalach publicznych się szkolą, a w prywatnych wykorzystują swoje umiejętności i zarabiają. Ten funkcjonujący od lat układ ostatnio traci równowagę. Szefowie państwowych placówek zorientowali się, że pozwalając pracownikom na dorabianie u innych świadczeniodawców, tracą wiele w walce o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zaczęli więc wprowadzać przewidziane kodeksem pracy narzędzie w celu ochrony swoich interesów na rynku świadczeń zdrowotnych.

Ostra walka o byt

O konieczności przerwania „brutalnej konkurencji pomiędzy placówkami o fundusze NFZ” mówi Marta Laska, rzeczniczka Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy, który jako jeden z pierwszych podsunął swoim pracownikom aneksy umów zobowiązujące do lojalności. – *Podjęte przez nas działania zakończyły próby nieuczciwego przejmowania kontraktów z NFZ. Dzisiaj duży wpływ na przydział pieniędzy z funduszu ma to, jakimi specjalistami dana placówka dysponuje. To ich doświadczenie gwarantuje najwyższą jakość usług. Nasi lekarze mają tego pełną świadomość* – twierdzi Marta Laska. Klauzule lojalnościowe podpisali lekarze pracujący na podstawie umów cywilnoprawnych, czyli około jednej trzeciej medyków zatrudnionych w placówce.

W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku aneksy otrzymali wszyscy funkcyjni i prowadzący działalność gospodarczą oraz niektórzy technicy. W sumie 300 osób.

– *Impulsem do działania była nieprzyjemna sytuacja podczas konkursu na świadczenia medyczne z NFZ. Ja starałam się o kontrakt dla poszczególnych klinik, a zatrudniony w moim szpitalu lekarz lub właściciel ZOZ walczył o pieniądze dla swojej firmy. A fundusze są ograniczone i więcej NFZ nie proponuje, dlatego często nam ich brakuje, gdyż rozdrobniono kontrakty na wiele podmiotów, niekoniecznie w sposób racjonalny i uzasadniony* – tłumaczy Ewa Książek-Bator, dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

W pierwszych miesiącach 2011 r. umowy o zakazie konkurencji zawierano również z lekarzami Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie. Kierownictwo placówki zapewnia, że ze względu na negatywny odbiór społeczny umów lojalnościowych wnikliwie badano, czy dochodzi do konkurencji pomiędzy dodatkowym zatrudnieniem a działalnością statutową szpitala. Umowy zawarto z wybranymi grupami specjalistów.

O lojalność pracowników w ostatnich miesiącach upominały się również Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu oraz Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ im. Babińskiego w Łodzi.

Ratownicy zwolnieni za dorabianie

Zakaz konkurencji wprowadziła także Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi. Doszło nawet do tego, że dyrekcja zwolniła 11 pracowników, którzy dorabiali w prywatnym pogotowiu, choć zgodnie z kodeksem pracy pracownicy stacji pogotowia nie mają obowiązku uzyskiwania od pracodawcy zgody na dodatkową pracę lub prowadzenie działalności gospodarczej. W wywiadzie dla „Rynku Zdrowia” Bogusław Tyka, dyrektor WSRM w Łodzi, przyznał, że dwóch pracowników odwołało się od wypowiedzeń do sądu pracy. – *Nie mamy nic przeciwko temu, żeby ratownicy mogli dorabiać i zarabiać. Mogą jeździć w Gostyninie, Płocku... wszędzie tam, gdzie nie startowaliśmy w konkursach na ratownictwo medyczne. Ale nie u Falcka, naszego konkurenta, bo to jest nieuczciwe* – podkreślał Bogusław Tyka.

Podobne umowy o zakazie konkurencji już od 2004 r. funkcjonują w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym. Wprowadzono je – o dziwo – na wniosek organizacji związkowych.

Bez rekompensaty

– *Nie słyszałem o rekompensatach z tytułu utraconych korzyści, czyli podpisania umowy o zakazie konkurencji* – mówi Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. – *Nie sądzę, aby dyrektorzy równocześnie z zakazem konkurencji podsu-*

wali pracownikowi informacje o podwyżce. Zapewne zawalczyli o nie indywidualnie tylko pracownicy świadomi swojej wysokiej wartości na rynku pracy – dodaje.

Sprawdziliśmy to. Odpowiedź szpitala w Lublinie: *Podpisaniu umów nie towarzyszył wzrost wynagrodzeń. Sytuacja ekonomiczna placówki nie pozwalała na podjęcie takich działań.* Gdańsk: – *Mamy dobre systemy motywacyjne i zastosowane zasady mają zwiększyć możliwości całego zespołu, a nie tylko pojedynczych osób* – tłumaczy wymijająco dyrektor Ewa Książek-Bator. Podwyżek rekompensujących zakaz konkurencji nie było również w Bydgoszczy.

Idee a rzeczywistość

Polska ma jeden z najniższych w Unii Europejskiej wskaźnik liczby lekarzy. Według danych OECD z 2010 r., jesteśmy na przedostatnim miejscu w Europie, przed Turcją, jeśli chodzi o liczbę lekarzy przypadających na tysiąc mieszkańców. Brakuje zwłaszcza geriatrów, alergologów, onkologów i radiologów. Wkrótce dotkliwie odczujemy deficyt pediatrów. W tym kontekście ograniczanie możliwości wykonywania zawodu przez lekarzy w różnych placówkach rodzi kolejne kontrowersje.

– *Oczywiście, że idea jeden lekarz – jedno miejsce pracy jest słuszna. Myślę, że każdy lekarz wolałby pracować w jednej placówce, która zapewniałaby mu jednocześnie godziwe warunki finansowe i możliwości rozwoju. Ale rzadko jest to możliwe* – ocenia Andrzej Mądrała.

Polskiego społeczeństwa nie stać na pełnopłatne leczenie, więc szpitale prywatne również opierają swoje funkcjonowanie na kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia. – *Często NFZ wymaga zatrudnienia kilku specjalistów, a kontrakt, który oferuje, daje pełnoetatową pracę zaledwie jednemu. Trudno wymagać, aby szpitale prywatne dopłacały do interesu, zatrudniając pozostałych wymaganych przez NFZ lekarzy na pełny etat* – twierdzi Andrzej Mądrała.

Dyrekcje państwowych placówek bronią się, że jeśli nie godzi to bezpośrednio w interes szpitala, nie zabraniają lekarzom pracy po godzinach. Szpital w Bydgoszczy pozwala, np. na prowadzenie prywatnych gabinetów. W Gdańsku medycy muszą się starać o indywidualną zgodę dyrekcji. – *Mamy określone sytuacje, kiedy nie jest to dla nas konkurencja i wystarczy mnie powiadomić o takiej działalności, np. dyżurach w innej jednostce, prywatnej poradni, aby w tym zakresie nasze porozumienie nie wiązało rąk lekarzowi* – mówi Ewa Książek-Bator, dyrektor UCK w Gdańsku.

Ustawowy zakaz

Zakazy konkurencji nie tylko ograniczają pracowników publicznych szpitali. Artykuł 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych zakazuje zawierania umowy z lekarzem, jeżeli udziela on świadczeń u świadczeniodawcy mającego

kontrakt z funduszem. Problem mają zwłaszcza specjaliści z wąskich dziedzin. Jeśli jako właściciele gabinetu prywatnego podpisali umowę z NFZ, legalnie nie mogą zostać zatrudnieni u innego świadczeniodawcy mającego kontrakt z funduszem.

O tym absurdzie napisała do Naczelnej Izby Lekarskiej alergolog Małgorzata Kaniuka. Kontrakt, który wywalczyła z NFZ, wystarcza zaledwie na trzy dni pracy po cztery godziny. – *Nie mogę podjąć legalnie dodatkowej pracy u innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, gdyż zabrania mi tego zapis ustawy. Czy nasze państwo stać na marnotrawienie zasobów ludzkich i nabytych w wielkim trudzie kwalifikacji lekarskich?* – pisze rozgoryczona lekarka.

Przepis można ominąć, przekształcając NZOZ w spółkę. I wtedy NFZ nie będzie obchodziło, że świadczenia udziela ten sam lekarz w dwóch różnych podmiotach... Ale tu wracamy do punktu wyjścia – deficytu specjalistów. – *Nawet gdybym chciała założyć spółkę partnerską, to i tak nie mam kandydata, bo specjalistów brakuje* – konkluduje dr Małgorzata Kaniuka.

Naczelna Izba Lekarska interweniowała w Ministerstwie Zdrowia w sprawie nowelizacji tego przepisu półtora roku temu. Bezskutecznie.

Natalia ADAMSKA-GOLIŃSKA
(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 4/12)

Permanentny kryzys podstawowej opieki zdrowotnej

Najślabsze ogniwo

Lekarze rodzinni mieli być podstawą, *gatekeeperami* systemu zdrowotnego. Taką funkcję wyznaczono im 20 lat temu. I niemal od razu wyrwano tej reformie zęby. Lekarzy rodzinnych jest wciąż za mało i mają oni ograniczone możliwości diagnozowania, a na dodatek brakuje pomysłu, co z tym fantem zrobić.

Kolejne zarządzenia i „warunki udzielania świadczeń” określone przez NFZ jeszcze te możliwości ograniczają. Przykład? Po wprowadzeniu w życie ustawy refundacyjnej lekarze rodzinni mogą przepisać leki przewlekłym chorym (chorym na cukrzycę, nadciśnienie itp.), ale pod warunkiem, że pacjenci dostarczą zaświadczenie od specjalisty. Inaczej kontrolerzy funduszu mogą uznać, że lekarz przepisał leki bez koniecznego „udokumentowania rozpoznania schorzenia”. Efekt był łatwy do przewidzenia – gabinety w przychodniach POZ opustoszały, ale kolejki do specjalistów momentalnie się wydłużyły.

W Warszawie na wizytę do kardiologa trzeba czekać od 4 do 5 miesięcy. A przecież rok temu dokonano kolejnej „rewolucji” w podstawowej opiece – lekarze mogli liczyć na 3-krotność stawki kapitałowej za stałą opiekę nad chorymi na cukrzycę czy pacjentami kardiologicznymi. – *To doskonały przykład osłabiania pozycji lekarzy rodzinnych* – mówi Wojciech Maksymowicz, były minister zdrowia.

Lekarz nieznany

Tylko co drugi Polak ma lekarza rodzinnego, pozostali są pod opieką internistów i pediatrów. – *Należy kłaść większy nacisk na uświadomienie pacjentom, że lekarze rodzinni są lepiej przygotowani do pracy w POZ od specjalistów innych dziedzin* – podkreślał Adam Windak, konsultant krajowy ds. medycyny rodzinnej, podczas XII Kongresu Medycyny Rodzinnej.

W dodatku lekarzy rodzinnych jest ciągle za mało. Według danych z Centralnego Rejestru Lekarzy, w Polsce jest ich ok. 10 tys. Nie wiadomo, ilu praktykuje. Tymczasem, aby system funkcjonował właściwie, powinno w nim pracować ok. 20 tys. aktywnych zawodowo lekarzy rodzinnych. Wtedy na każdego przypadać będzie 1800–1900 pacjentów, co pozwoli na sprawowanie rzetelnej, kompetentnej opieki w zakresie POZ. Tymczasem w ostatnim wiosennym naborze w każdym województwie było po jednym miejscu dla lekarzy rezydentów na tę specjalizację.

Innym problemem są zróżnicowane rozwiązania organizacyjne – ciągle brakuje spójnego modelu. Na przykład w Warszawie funkcjonują mało elastyczne, ogromne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podczas gdy w wielu innych regionach i miastach, np. w Krakowie, te struktury zostały już sprywatyzowane. Są znacznie sprawniejsze, szybciej reagują na zmieniające się potrzeby pacjentów i możliwości działania w systemie ochrony zdrowia. Efekt? W okresach wzmożonej zachorowalności na przeziębienia i grypę na wizytę do lekarza rodzinnego trzeba czekać w stolicy nawet dwa tygodnie. – *To zaprzeczenie idei lekarza rodzinnego. Ciekawe, że w mniejszych ośrodkach w ogóle nie ma tego problemu* – mówi Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Profilaktyka niepotrzebna

Specjaliści narzekają, że lekarze rodzinni nie przeprowadzają badań, nawet tych podstawowych. – *Przewlekłą białaczkę szpikową można wykryć zwykłym badaniem morfologii krwi, wykonywanym w ramach rutynowych badań profilaktycznych. Niestety, w Polsce ta możliwość prawie nie jest wykorzystywana* – alarmuje prof. Wiesław Jędrzejczak, konsultant krajowy w dziedzinie

hematologii. Przypomina, że sytuacja się pogorszyła, bo np. w PRL to badanie wykonywano rutynowo w ramach medycyny pracy. – *Wtedy udawało się wykryć 20% białaczek. Teraz rzadko bada się poziom białych ciałek krwi. Szkoda, bo w krajach skandynawskich dzięki temu prostemu badaniu wykrywa się 40% białaczek* – dodaje profesor.

Dodatkową trudnością w wykrywaniu białaczki jest to, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie zawsze potrafią prawidłowo odczytać wyniki badania krwi. – *Test przeprowadzony w grupie 100 lekarzy wykazał, że aż 50% z nich nie podejrzewa ostrej białaczki na podstawie wyniku, który ją sugeruje. W wypadku białaczki limfocytowej 30% lekarzy nie było w stanie tego zrobić* – powiedział prof. Jędrzejczak.

Polska Unia Onkologii próbowała zmotywować lekarzy rodzinnych, by uruchomili tzw. alarm onkologiczny – podczas szkoleń onkolodzy zwracali uwagę, jakie objawy powinny zaniepokoić lekarza POZ na tyle, by skierował pacjenta na badania oraz do specjalistów. – *Zainteresowanie było ogromne, jednak po nagonce na Polską Unię Onkologii, kiedy oskarżano nas o zarabianie na szkoleniach i przekonywano, że takie zajęcia są zbyt kosztowne, ta idea upadła* – mówi Janusz Mader, prezes PUO.

Teraz Ministerstwo Zdrowia chce wrócić do tego pomysłu i zamierza zmotywować lekarzy POZ do większego zaangażowania na rzecz upowszechnienia badań profilaktycznych. Jak podkreślała niedawno w sejmie wiceminister Agnieszka Pachciarz, byłoby wskazane, żeby lekarz rodzinny dbał także o to, by na czas były wykonywane badania profilaktyczne.

Ministerstwo chce uruchomić mechanizmy, dzięki którym lekarze POZ byłiby zmuszeni do przekazania resortowi informacji zwrotnej, czy przeprowadzili rozmowę z pacjentem na temat badań profilaktycznych. Nie wiadomo jednak, w jaki sposób resort chce ten pomysł wdrożyć.

Winna stawka

Tymczasem lekarze rodinni twierdzą, że są doskonale przygotowani do przeprowadzania badań, ale ograniczają ich przepisy. Jak mówi Adam Windak, system ogranicza możliwości diagnozowania przez lekarzy rodzinnych i dlatego muszą oni kierować pacjentów do innych specjalistów, aby ci zlecali badania. – *Przeważająca część lekarzy rodzinnych jest przygotowana, aby rozwiązywać większość problemów zdrowotnych swoich pacjentów bez kierowania do innych specjalistów. Zresztą, zgodnie z założeniami polskiego modelu me-*

dycyny rodzinnej oraz doświadczeniami zachodnimi lekarz rodzinny powinien rozwiązywać ok. 80% problemów zdrowotnych pacjenta – mówi Windak.

Przyczyny tej sytuacji upatruje się w stawce kapitacyjnej, która jest demotyującym systemem wynagradzania. I chociaż zdania w tej sprawie są zgodne, od 12 lat nic się nie zmieniło. Sytuacja wręcz się pogorszyła – kiedy zniesiono obowiązek, by 10% stawki lekarz przeznaczal na badania. W rezultacie ich liczba zaczęła spadać, mimo że nakłady na POZ systematycznie rosną. Jak więc należałoby wynagradzać lekarzy rodzinnych? – *Chociażby za osiągnięcie wybranych wskaźników zdrowotnych, np. za określony poziom wszczepienia populacji i świadczenie pewnych usług, do których chcielibyśmy pacjentów zachęcać. Nie wykorzystujemy wielu szans. Zmiana wyceny punktu od czasu do czasu nie przekłada się na motywację lekarzy* – proponuje Windak.

Środek stawki

Najlepszą opiekę podstawową zapewniają swoim pacjentom lekarze rodinni w Holandii, Wielkiej Brytanii, Danii i Szwecji. Polska znalazła się w środku europejskiej stawki – wynika z badań ekspertów z Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), którzy zrealizowali międzynarodowy projekt badawczy porównujący organizację, finansowanie i funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej w 31 krajach europejskich. Badanie trwało przez trzy lata. We wszystkich badanych krajach analizowano 99 wskaźników świadczących o poziomie opieki zdrowotnej (pod uwagę wzięto również opinie pacjentów). W Polsce pozytywnie oceniono m.in. odrębne finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej z budżetu NFZ, dbałość o przestrzeganie praw pacjenta, ustawiczne kształcenie lekarzy rodzinnych, wypracowanie standardów i wytycznych postępowania w różnych jednostkach chorobowych, a także organizację i wyposażenie indywidualnych oraz grupowych praktyk lekarzy rodzinnych. Za słabe strony uznano przede wszystkim brak współpracy między POZ a ambulatoryjną opieką specjalistyczną i lecnictwem szpitalnym, sposób wynagradzania, który nie zachęca do efektywniejszej pracy, oraz tradycyjny kontakt z pacjentem. Podstawowa opieka zdrowotna ma największy wpływ na zdrowie całej populacji. Jeśli jest właściwie zorganizowana, otwiera pacjentom bramy do systemu opieki – podkreślali autorzy badania. W Polsce na razie lekarze to wciąż „wypisywacze skierowań”. Czy ten stan rzeczy uda się wreszcie zmienić?

Agnieszka BORUSZKOWSKA
(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 4/12)

Zaglądnienie do portfela

Na dobrą sprawę nie wiadomo, czego miernikiem jest tak naprawdę płaca: ilości wykonanej pracy? jej jakości? znaczenia, jakie społeczność przykładła do umiejętności i wiedzy pracownika? Zapewne wszystkim po trosze, a jeszcze i jakąś wypadkową podaży i popytu, czyli działań „niewidzialnej ręki rynku”. Czymkolwiek jest – miło, gdy owocuje grubością portfela lub dopisywaniem końcowych zer na bankowym koncie. W „GGL” taki wstęp musi prowadzić do pytania: ile zatem zarabiają lekarze? Uprzedzając pointę powiedzmy od razu: ile dokładnie zarabiają – nie wiadomo, poza tym, że ich dochody ze „stosunku pracy” są, jak na Polskę wysokie i że należą oni do najlepiej u nas opłacanych grup zawodowych. Pewnie to zdanie wywoła gwałtowne protesty naszych Czytelników, niemniej warto chyba przeczytać, jak widzą nas inni.

Główny Urząd Statystyczny, liczący niemal wszystko, co da się policzyć, rejestruje także wysokość wynagrodzeń. Ale laik łatwo zginię w gąszczu tabel i liczb. Preto o pomoc w poszukiwaniu drogi poprosiłem dr Kazimierza Sedlaka, z zawodu psychologa, autora ponad 30 publikacji naukowych z zakresu psychologii i zarządzania zasobami ludzkimi, założyciela w 1990 r. pierwszej w Polsce firmy doradztwa personalnego. W 1997 r. rozszerzył swe zainteresowania na kwestię płac i od kilku już lat żadna rzetelna publikacja w kraju na ten temat nie może obyć się bez odwołań do raportów firmy Sedlak & Sedlak. Tematyka zarobków lekarskich jest mu też dobrze znana prywatnie, jako mężowi lekarki.

– Z zarobkami lekarzy – mówi dr Sedlak – sprawa jest nieco skomplikowana. Przede wszystkim dlatego, że nie tak duża część ich zarobków pochodzi z umowy o pracę (potocznie: z etatu), a tylko te rejestruje GUS. Dużą część dochodów – oceniam, że mniej więcej połowę – przynosi tak zwany kontrakt, przy czym niczego się tak naprawdę w nim nie kontraktuje. Jest to po prostu jednoosobowa działalność gospodarcza i za swoją pracę lekarz wystawia fakturę. A na końcu jeszcze mamy prywatne praktyki. Z drugiej strony lekarze nie pracują „od – do”, tylko na okrągły zegar, a zdarza się nawet, że w tym samym czasie świadczą pracę w dwóch lub trzech różnych miejscach... To się chyba uczenie nazywa bilokacją i jest niezmiernie cenione w świecie Harry’ego Pottera, a przez pracodawców nieco mniej.

Ale już na serio: powoduje to, że część lekarskich dochodów, i to niemała, umyka statystyce, bo GUS o nich nie wie. A według jego danych: średnia płaca lekarza wyniosła w 2010 r. 6.640 zł miesięcznie. Dokładniej: 6.688 zł w sektorze publicznym, a 6.534 zł w sektorze prywatnym. Nie, to nie pomyłka – w sektorze prywatnym średnia zarobków lekarskich jest niższa niż w publicznym. I wcale nie musi to kryć pobierania części wynagrodzenia z po-

minięciem służb podatkowych. To raczej efekt większej wydajności pracy: godzina pracy lekarza w publicznej służbie zdrowia kosztuje 37,70 zł, w placówkach prywatnych – 40,02 zł. Podano tu oczywiście kwoty „brutto”, przed opodatkowaniem, opłaceniem składki na ZUS itd., a więc nie sumy otrzymywane „na rękę”. Jak widać zarobki lekarzy należą do wysokich: w sektorze publicznym stanowią 179% średniej krajowej, w prywatnym – nawet 194%. Zarazem lekarze (bez stomatologów i weterynarzy) stanowią dość liczną grupę zawodową: w sektorze publicznym jest ich 46 tys. – co siedemdziesiąty zatrudniony to lekarz (w prywatnym jest ich 9 tys.).

Dr Sedlak zwraca jednak uwagę, że są to zarobki okupione dłuższym nominalnym czasem pracy. Aż 13,7% lekarskich zarobków stanowią płace za tzw. nadgodziny. W innych grupach zawodowych regułą jest 1 do 2-procentowy udział nadgodzin w funduszu płac.

Najwyższe zarobki osiągają lekarze w wieku 45–64 lat. I tu zatem, jak w wielu innych zawodach, procentuje doświadczenie. W rozbiciu na grupy wiekowe średnia zarobków lekarskich wynosi:

- do 24 roku – 2.623 zł (mało kto przy 6-letnich studiach, zostaje lekarzem przed ukończeniem 24 roku życia – komentuje K. Sedlak),
- wiek 25–34 lat – 4.901 zł,
- 35–44 lat – 7.043 zł,
- 45–54 lat – 7.387 zł,
- 55–59 lat – 7.449 zł,
- 60–64 lata – 7.345 zł,
- 65 lat i więcej – 6.700 zł.

Podobnie wygląda korelacja między zarobkami, a stażem pracy: staż mniejszy niż 2 lata to zarobki średnio 3.398 zł. To dosyć dużo w porównaniu z zaczynającymi pracę absolwentami innych kierunków studiów, tym bardziej, że już w 3 lata później średnia zarobków młodego lekarza sięga 5.204 zł. Dwudziestoletni staż to średnie zarobki w wysokości 7.486 zł.

I jeszcze takie oto dane: 0,5% lekarzy zarabia do 1.771 zł, 41% – między 3.543 a 6.200 zł, prawie 21% – ponad 8.850, a najlepiej zarabiające 10% osiąga ponad 11.144 zł. Tak jak poprzednio są to tylko zarobki z umowy o pracę.

W tym momencie dr Sedlak wprowadza jeszcze jedno pojęcie: medianę, czyli kwotę powyżej (i poniżej) której zarabia dokładnie po 50% badanej grupy. Z reguły jest to liczba znacznie niższa od średniej płacy, gdyż na ogół około dwu trzecich danej grupy zawodowej osiąga zarobki poniżej średniej.

Mediana zarobków lekarzy to 5.824 zł. Świadczy to o spłaszczeniu dochodów tej grupy zawodowej, przynajmniej w zakresie umów o pracę.

I tyle naszej, zebranej przez GUS, wiedzy o zarobkach lekarskich. Dla osób spoza środowiska są to już znaczne kwoty, a przecież nie obejmują wszystkich dochodów z pracy lekarskiej, ot choćby dyżurów szpitalnych, rozmaicie płatnych w zależności od wielu czynników. – *Osobiście* – mówi dr Kazimierz Sedlak – *jestem skłonny szacować, że całkowite dochody lekarzy są ok. dwa razy wyższe i przekraczają 12 tys. zł. Wiem, że jest to opłacone całodobową dostępnością dla pacjentów, przepracowaniem, stresem... Ale chyba lekarze nie mają już powodu przekonywania społeczeństwa, że są źle opłacani* -.

Przynajmniej tymczasem, bo powyższe opinie nie dotyczą ani czasu przeszłego, ani przyszłego. (msz)

* * *

Trudno dyskutować z cyframi. Można kwestionować to czy inne kryterium obliczeń zastosowane przez GUS czy firmę Sedlak & Sedlak, ale jakieś wyliczenia średniej trzeba w końcu przyjąć. Choć średnia ma to do siebie, że jak jedzie chłop na koniu to średnio mają po trzy nogi; a inny stary kawał mówi o dziadku i wnuczku, że jak jeden ma 4 a drugi 74 lata, to średnia im wychodzi niezła...

A teraz poważnie – należy się cieszyć, że zarobki lekarskie wreszcie ruszyły z miejsca, ale nie można zapominać, że:

1. Podane cyfry dotyczą płacy brutto, czyli przed opodatkowaniem i opłaceniem ZUS.

2. Dane te dotyczą całkowitych zarobków, a nie płacy podstawowej. Ta nadal jest niska, a w szpitalach czy klinikach bardzo niska.
3. Dochody lekarzy osiągane są ogromnym nakładem pracy, w czasie znacznie przekraczającym normalny czas pracy.
4. Faktycznym miernikiem płacy jest stawka za godzinę pracy w miejscu podstawowego wynagrodzenia.
5. Najmniejszy dochód przynosi codzienna praca na etacie w podstawowym miejscu zatrudnienia
6. Powinniśmy jasno mówić, że najlepiej zarabiać muszą ci, którzy mają najwyższe kwalifikacje i ponoszą szczególną odpowiedzialność – czyli właśnie lekarze. Tak jest na całym świecie i tak ma być w Polsce.
7. Tak więc należy nadal walczyć o to, by w każdym podstawowym miejscu pracy, w normalnym czasie pracy lekarz zarabiał na poziomie pozwalającym mu na godnym poziomie utrzymać siebie i rodzinę. A do tego jeszcze daleko.

Tym niemniej – choć do satysfakcjonujących zarobków wszystkich lekarzy daleko – należy się cieszyć, że jest lepiej.

Wiceprezes ORL
Jerzy FRIEDIGER

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 4/12)

Wypalenie zawodowe lekarzy

Fragment streszczenia z rozprawy na stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny pł: „Wypalenie zawodowe lekarzy jako problem i wyzwanie dla zdrowia publicznego”, przedstawionej Radzie Naukowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie w 2011 r. przez **Panią dr hab. n. med. Anitę Gębską-Kuczerowską**

Wstęp

Obecnie jesteśmy świadkami nowych potrzeb lub eskalacji istniejących oczekiwań społecznych w takich systemach, jak np. ochrona zdrowia, opieka społeczna i edukacja. Spełnienie tych oczekiwań oraz gwarancja ich wysokiej jakości wymaga nie tylko nakładów finansowych w infrastrukturę, ale również zapewnienia odpowiednio licznej i odpowiednio przygotowanej kadry profesjonalistów. Dynamicznie kształtujące się prawa rynku i ekonomiczne różnice w nakładach, na wymienione wyżej systemy, mogą być odpowiedzialne za narastanie dysproporcji w warunkach pracy, czynnikach ryzyka, jak

też mogą być odpowiedzialne za narastanie różnic w zakresie zdrowotności (nierówności w zdrowiu).

Ponadto obserwuje się zmniejszenie efektywności i jakości pracy, wykonywanej przez fachowych pracowników, m.in. lekarzy, co prowadzi do zwiększenia kosztów systemowych świadczeń społecznych i kosztów własnych. W dużej mierze może być to spowodowane wypaleniem zawodowym lekarzy. Pogarszająca się opinia pacjentów o systemie i jakości świadczeń pozbawia pozytywnego wzmocnienia w motywacji lekarzy, co ma wpływ na pogłębianie u nich procesu wypalenia zawodowego. W ten sposób tworzy się tzw. błędne koło. Z perspektywy zdrowia publicznego, z uwagi na wyżej wymieniony mechanizm, ważne jest monitorowanie problemu wypalenia zawodowego pracowników, zwłaszcza w grupach osób wysokiego pod tym względem ryzyka. Ważne jest też zapobieganie występowaniu ryzyka i skutków wypalenia, a także proponowanie niezwłocznie wdrażanych rozwiązań w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi. Wypalenie w znaczeniu zawodowym jest często konsekwencją przeciążenia zawodowego w mechanizmie weryfikacji i efektu stałego porównywania swoich możliwości, potrzeb, osiągnięć

do przyjętych standardów typowych dla danej grupy środowiskowej, wieku jak również zawodowej. Ostatnie obserwacje specyfiki badanego zjawiska oraz określenie grup ryzyka sprawiły, iż syndrom wypalenia zawodowego stał się przedmiotem zainteresowania psychologii pracy oraz organizacji zarządzania zasobami ludzkimi. W takim interdyscyplinarnym ujęciu, charakterystycznym dla zdrowia publicznego, oceniono, że zjawisko to może dotyczyć szerokiej grupy pracowników na wszystkich szczeblach organizacji, także tych na kierowniczych stanowiskach....

Omówienie

Narastający problem wypalenia zawodowego, sygnalizowany przez środowiska medyczne w większości krajów, wynika z przeciążenia zawodowego, zmian modelu z relacji patriarchalnych na partnerskie, niestety nie łączących się ze współodpowiedzialnością za zdrowie osób leczonych, jak i leczących. Niesprecyzowanie obszarów odpowiedzialności i działań, niedobory kadrowe, nieprawidłowe relacje w zespołach diagnostyczno-terapeutycznych, brak umiejętności komunikacji, stanowią sprzyjające podłoże do rozwoju postawy depersonalizacji wobec pacjentów. Również zgłoszony przez respondentów konflikt ról (lekarz-menedżer), priorytet finansowy świadczenia usługi nad priorytetem pacjenta, mogą przyczyniać się do pogłębiania trudności czerpania satysfakcji z obopólnych kontaktów lekarz-pacjent. Jednocześnie uprzedmiotowiony pacjent nie uzyskuje satysfakcji.

Studia medyczne powinny wyposażać przyszłych absolwentów w praktyczne umiejętności psychologiczne, mające na celu utrzymanie poprawnych relacji interpersonalnych w środowisku pracy oraz z pacjentem. Powinny nauczyć umiejętności komunikacji w zespole terapeutycznym i kontaktu z kadrą pielęgniarek, psychologów, duszpasterzy oraz ukształtować potrzebę ciągłego i wszechstronnego doskonalenia, także w zakresie kontaktów interpersonalnych – służących wypracowaniu prawidłowych zachowań, umiejętności radzenia sobie ze stresem i wypracowaniu prawidłowych postaw w sytuacjach problemowych.

Wyniki prezentowanych badań wskazują na duże potrzeby poszerzenia wiedzy lekarzy w zakresie psychologii. W prezentowanych badaniach własnych respondenci często zwracali uwagę na narastające trudności w kontaktach z agresywnymi i roszczeniowymi pacjentami oraz ich krewnymi. Dyskusyjne jest, na ile te problemy w tym zakresie wynikają z braku umiejętności komunikacji lekarzy, a na ile z braku czasu, poszanowania i nie respektowania prawa przez obie strony. Wypalenie zawodowe ingeruje w różne obszary życia: fizyczny, psychiczny i duchowy. Aby przeciwdziałać skutkom wypalenia zawodowego należy: dbać o odpoczynek (sen, urlop) oraz nastawienie i dystans do podejmowanych działań. Warto również zwrócić uwagę na konieczność doradztwa

zawodowego dla absolwentów studiów medycznych, z możliwością wskazania predyspozycji osobowościowych i ewentualnych zagrożeń wynikających z podjęcia wybranych aktywności. W obliczu transformacji systemowej, inicjowanej koniecznością podniesienia jakości funkcjonowania systemu i poprawy efektywności ekonomicznej, pod społeczną presją ulega również zmianom system wartości. Generalnie obserwowane zmiany w systemie wartości sprawiły, że słabną więzi społeczne oraz coraz trudniejszym staje się utrzymanie norm etycznych w całym społeczeństwie. Wraz ze zmianami w systemie opieki zdrowotnej zmieniły się relacje lekarz — pacjent, z relacji patriarchalnych na partnerskie. W systemie wolnorynkowym, w medycynie opartej na faktach — lekarz staje się bardziej usługodawcą – rzemieślnikiem liczby zrealizowanych procedur, niż mistrzem, a medycyna staje się bardziej rzemiosłem, niż sztuką. Z perspektywy organizacji systemu ochrony zdrowia, istotnym staje się argument poszerzenie zespołu terapeutycznego o specjalistów z dziedziny psychologii (nie zapominając także o innych profesjach np. specjalistach rehabilitacji ruchowej, dietetyki itp.).

Zadowolony pacjent stanowi silną motywację dla lekarza. Brak czasu, zła komunikacja oraz obecność choroby przewlekłej skazują często wysiłek lekarza na niepowodzenie. Dzieje się tak w sytuacji przeciążenia zawodowego lekarza lub nieprzystosowania na początku drogi zawodowej. Podobnie dyssatisfakcja pacjentów, wynikająca np. z ograniczonej dostępności do świadczeń lub niejasnych zasad korzystania z nich, jest utożsamiana w efekcie końcowym zmagania z chorobą i systemem opieki zdrowotnej z pracą lekarza (agresja przeniesiona).

W subiektywnej ocenie autorki, nie wydaje się konieczne rozbudowanie programów specjalizacji o szczegółową wiedzę psychologiczną, ale jedynie stworzenie możliwości udziału lekarzy w warsztatach fakultatywnych dla wypracowania lepszej komunikacji interpersonalnej, zespołowej i z pacjentem.

Wielu ekspertów zarządzania zasobami ludzkimi zwraca uwagę na znaczenie satysfakcji pracowników w zarządzaniu jakością dóbr i usług. Satysfakcja pracowników przekłada się na satysfakcję klientów (pacjentów). Informacje o satysfakcji pracowników stanowią cenne źródło współczesnych pracodawców w nowoczesnym zarządzaniu zasobami ludzkimi z kilku względów.

Największym bogactwem organizacji są ludzie, którzy akceptują i rozumieją potrzeby organizacji oraz utożsamiają je na pewnym etapie z własnymi potrzebami. Zgodnie z opinią specjalistów z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi – kapitał ludzki jest aktywem. To on decyduje o konkurencyjności firmy. System ochrony zdrowia stanowi zbiór podmiotów działających na rzecz ochrony zdrowia populacji, począwszy od promocji zdrowia/profilaktyki/prewencji, leczenia do rehabilitacji. Dlatego tak ważne jest, szczególnie w obszarze sys-

temu ochrony zdrowia, zwrócenie uwagi na wdrażanie programów siedliskowych promocji zdrowia (np. szpital promujący zdrowie).

Kierunki strategii w zarządzaniu zasobami ludzkimi, w zakresie polityki kadrowej podmiotów prawnych w systemie ochrony zdrowia, są kształtowane przez czynniki zewnętrzne – niezależne oraz wewnętrzne. W obszarze czynników wewnętrznych znajdują się warunki pracy, produktywność oraz kultura organizacji, struktura organizacyjna i zatrudnienia, programy kształcenia, a także kompetencje i poziom kwalifikacji kadry. Czynniki zewnętrzne determinujące strategie personalne organizacji, to najczęściej uwarunkowania ekonomiczno-społeczne, prawne, demograficzno-epidemiologiczne oraz wynikające z polityki zatrudnienia, rynku pracy i polityki wynagrodzeń.

Podsumowanie i wnioski

Reasumując – racjonalne zarządzanie personalne, z upodmiotowieniem pracownika, ma na celu nie tylko realizację przyjętych zadań organizacji, ale również podjęcie strategii, których celem jest uzyskanie satysfakcji pacjentów oraz pracowników systemu ochrony zdrowia, i co za tym idzie – zapobieganie ich wypaleniu zawodowemu.

Monitorowanie w organizacji (w systemie ochrony zdrowia) zmian satysfakcji, zarówno pacjenta (klienta), jak i lekarza (pracownika) może:

- zwiększyć obszar systemu motywacji,
- zapobiec zjawiskom patologicznym (np. mobbing),
- poprawić wzajemne relacje interpersonalne pomiędzy pracownikami i pacjentem,
- zwiększyć efektywność i jakość pracy (w sektorze ochrony zdrowia).

W skali kraju przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu może ograniczać koszty ponoszone przez system z racji:

- zmniejszenia liczby chorób i dolegliwości psychosomatycznych pracowników,
- poprawy jakości usług i wizerunku systemu ochrony zdrowia,
- zmniejszenia fluktuacji kadr (rezygnacja z zawodu, emigracje zarobkowe).

Wypalenie zawodowe lekarzy jest zatem nie tylko problemem, ale i wyzwaniem dla wszystkich podmiotów w systemie ochrony zdrowia oraz nowego zdrowia publicznego.

Publikacja Pani dr hab. n. med. Anity Gębskiej-Kuczerowskiej pt. „Wypalenie zawodowe lekarzy jako problem i wyzwanie dla zdrowia publicznego” jest dostępna w Bibliotece Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 5–6/12)

Turystyka i sport w upale

Trening, turystyka, wysiłek fizyczny w warunkach upału lub podwyższonej temperatury otoczenia wymaga od nas zadbania o poziom wody w organizmie. Kilka informacji o tym ważnym zagadnieniu. Co należy wiedzieć i o czym pamiętać.

Woda stanowi przeciętnie 60% masy ciała człowieka, jednak jej zawartość ulega zmianom w różnych okresach życia. U 24-tygodniowego płodu woda stanowi 88,6%, a u noworodka ok. 75% masy ciała. Po 12. roku życia odnotowuje się różnice w zależności od płci: więcej wody jest w ciele mężczyzny niż kobiet. W wieku podeszłym woda stanowi już tylko 50% masy ciała i jest to o 10% mniej niż w przypadku osób młodych. Organizm przeciętnego mężczyzny o masie 70 kg zawiera 45 litrów wody.

Zapotrzebowanie na wodę wzrasta przy podwyższonej temperaturze i obniżonej wilgotności otoczenia. Również przebywanie w niskiej temperaturze może wymagać wyższej podaży płynów na skutek większego wydatku energetycznego i noszenia grubej, ciężkiej odzieży. Również wzmożona aktywność fizyczna powoduje wydalanie większych ilości wody z potem,

a także przez płuca. Zwiększenie wartości energetycznej pożywienia wymaga podniesienia podaży płynów ze względu na konieczność metabolizowania większej ilości składników odżywczych. Organizm człowieka nie może magazynować większej ilości wody, dlatego, w celu prawidłowego funkcjonowania, musi być ona stale dostarczana. Niedostateczna podaż płynów może szybko doprowadzić do odwodnienia, które może stać się przyczyną poważnych zaburzeń stanu zdrowia. Tempo utraty wody przez ustrój człowieka może być bardzo różne i zależy głównie od aktywności nerek i gruczołów potowych.

Człowiek, odczuwając uczucie pragnienia, stara się uzupełnić braki płynów, aby zbilansować swoją gospodarkę wodną. Jeśli to nie następuje, organizm uruchamia mechanizm obronny. Dochodzi do zmniejszenia wydzielania moczu z 1,5–2 l na dobę w warunkach zrównoważonego bilansu wodnego do 300–400 ml w stanach znacznego deficytu wody. Wydzielanie 300–400 ml moczu w ciągu doby umożliwia jeszcze wydalanie z ustroju produktów przemiany materii. Jeśli wydalanie jest mniejsze dochodzi do zatrucia or-

ganizmu przez produkty metaboliczne, pochodzące głównie z przemiany białkowej, takie jak mocznik czy kreatynina.

Do poważnych konsekwencji zdrowotnych, będących efektem odwodnienia zalicza się: bóle i zawroty głowy, zaburzenia mowy, zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia elektrolitowe, mogące prowadzić do zaburzeń rytmu serca i przewodzenia, zaburzenia wydalania moczu, zmiany ciśnienia krwi, zaparcia, spadek masy ciała, upośledzenie wydzielania śliny, suchość skóry i śluzówek, która może prowadzić do zakażeń oraz zaburzenia działania leków. Na niedobór płynów szczególnie wrażliwe są niemowlęta, gdyż w ich przypadku dzienna utrata wody może stanowić nawet 15% ich całkowitej masy ciała. Również u osób starszych występuje zwiększone ryzyko odwodnienia organizmu, co wynika z odczuwania mniejszego pragnienia aniżeli fizjologiczne zapotrzebowanie, zmniejszonego spożycia wody, ograniczonej dostępności płynów oraz mniejszej sprawności resorpcji wody. Ograniczenie przyjmowania wody, bądź jej nadmierna utrata w wyniku biegunki, wymiotów czy nadmiernego pocenia się, prowadzą do jej niedoboru, który powinien być jak najszybciej uzupełniony. Wodę należy pić powoli, w małych porcjach, aby stopniowo uzupełniać ubytki. Ilości wypijanej wody powinny być proporcjonalne do jej strat. Przy wysokiej temperaturze otoczenia i podczas intensywnego wysiłku fizycznego trzeba pić więcej wody, ponieważ organizm nie posiada zdolności adaptowania się do stanu odwodnienia. Błędne jest twierdzenie, że w czasie upałów należy pić mniej.

Wypita woda nie wchłania się natychmiast, a zaspokojenie pragnienia następuje wcześniej, zanim zostanie wyrównany niedobór płynów ustrojowych i ciśnienie osmotyczne. Przyjmuje się, że zaspokajając pragnienie wyrównuje się straty wody tylko w 65–70%. Dlatego też w upalne dni, bądź podczas intensywnego wysiłku fizycznego po zaspokojeniu pragnienia należy wypić jeszcze trochę wody. Do całkowitego nawodnienia zwykle dochodzi dopiero wieczorem lub następnego dnia. Ważna jest również temperatura wypijanych płynów. Dla osób przebywających w wysokiej temperaturze nie są wskazane ani zbyt zimne, ani zbyt ciepłe napoje. Zaleca się, aby w takich warunkach temperatura płynów dochodziła do 15°C. Należy unikać picia większych ilości napojów gazowanych. Znajdujący się w nich dwutlenek węgla uwalniany jest w żołądku i rozciąga jego ściany. Powoduje to pobudzenie zakończeń nerwowych w ścianie żołądka, skąd bodźce są prze-

wodzone do ośrodkowego układu nerwowego. W wyniku tego zostaje zahamowane uczucie pragnienia. Nie zaleca się również uzupełniania niedoborów płynu za pomocą napojów energetycznych. Napoje te zawierają duże ilości kofeiny oraz innych składników działających pobudzająco. Są one hipertoniczne i nie nadają się do zaspokajania pragnienia.

Przeciętny człowiek traci ok. 1,8 l wody siedząc przy biurku w klimatyzowanym biurze. Jeśli więc wykonujesz jakieś ćwiczenia w upale, możesz tracić nawet 1 l wody na godzinę. Niektórzy sportowcy mogą wypocić nawet 2 l w ciągu godziny. Więc jeśli pracujesz w biurze, a potem przez dwie godziny trenujesz, powinienś spożywać w granicach 3,8–4 l wody dziennie. Jeśli twoja praca wymaga fizycznej aktywności i przebywania przez długie godziny na dworze, w upale, a prócz tego jeszcze przez godzinę trenujesz, wtedy będziesz potrzebował 6–7 l wody. Zastanów się, czy wypijasz minimum 2–3 litry wody w ciągu dnia? Jeżeli tracisz tylko tę ilość wody, która stanowi 1% wagi ciała, tracisz jednocześnie zdolność regulowania temperatury organizmu. Może to poważnie ograniczyć twoją fizyczną aktywność. Jeśli zaś utracisz ilość wody, która stanowi 7% wagi ciała i będziesz ćwiczył w upale, możesz nawet zemleć. Badania wykazały, iż podczas treningu w czasie upału z pragnienia wypijamy zaledwie połowę płynów niezbędnych do zrekompensowania utraconej wody. Warto jeszcze raz powtórzyć i powtarzać w nieskończoność: pragnienie bardzo słabo odzwierciedla rzeczywiste zapotrzebowanie organizmu na wodę. Zwykle można je zaspokoić wypijając pół litra płynu. Tymczasem pełne nawodnienie organizmu nie odbywa się tak od razu.

Nawet po spożyciu dużej ilości płynów organizm będzie potrzebował kilku godzin, a nawet dni, aby w pełni odbudować swe zasoby. Dokładny czas trwania procesu nawodnienia zależy od stopnia odwodnienia i od tego, które tkanki utraciły najwięcej wody. Tkanki skórna i mięśniowa, które składają się w większej mierze z wody, najdłużej wychodzą ze stanu odwodnienia. Możesz spróbować ustalić swe dzienne zapotrzebowanie na wodę określając, ile jej tracisz w ciągu dnia. Wszystkie podane wyżej dane to są przybliżone szacunki dotyczące minimalnego zapotrzebowania organizmu, ale pomogą uzmysłwić Ci, czy właściwie dbasz o równowagę wodną organizmu.

Mieczysław GAŁĘZIA

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 7–8/12)

Najczęstsze składniki preparatów ziołowych – cz. II

Preparaty ziołowe stosowane w przeziębieniu

Bez czarny (*Sambucus nigra*)

Surowcem leczniczym bzu są prawie wszystkie części tej rośliny. Substancjami czynnymi owocu są przede wszystkim barwniki antocyjanowe, cyjanidyny oraz heterozydy, a także garbniki, pektyny czy kwasy organiczne.

Kwiat bzu czarnego jest typowym surowcem flawonoidowym, którego ilość w przeliczeniu na kwercetynę stanowi od 1–4%, a także triterpeny (alfa-amryna, beta-amryna, kwas oleanolowy, kwas ursolowy), fitosterole (kampesterol, beta-sitosterol, stigmasterol), kwasy fenolowe (kwas chlorogenowy), olejek eteryczny i związki mineralne. Kwiaty są również bogate w garbniki, nitrylozydy (sambunigryna), pektyny, śluzu, etyloaminę, izobutyloaminę, kwas walerianowy, cholinę, sole potasu.

Bogactwo flawonoidów i fitosteroli powoduje, że owoce i sporządzone z nich napary mają także właściwości napotne, powodując obniżenie gorączki. Ułatwiają one odkrztuszanie zalegającej wydzieliny śluzowej w drogach oddechowych. Wodne wyciągi z kwiatów bzu czarnego uszczelniają i wzmacniają naczynia krwionośne, rozszerzają naczynia wieńcowe, poprawiając krążenie krwi w obrębie serca. Owoce bzu czarnego wzmagają diurezę i wydalanie szkodliwych produktów przemiany materii. Mają też wpływać spazmolitycznie na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego i dróg moczowych. Napar z owocu posiada również słabe właściwości przeciwbólowe. Stosowany na skórę i błony śluzowe działa przeciwzapalnie, antyseptycznie i przeciwobrzękowo, czego wynikiem jest zapobieganie powstawaniu „worków” i cieni pod oczami [22].

Dzika róża (*Rosa sp.*)

Owoce dzikiej róży są znanym od dawna bogatym źródłem witaminy C, której zawartość może dochodzić nawet do 126 mg/100 g owocu. Dzika róża posiada też dużo likopenu i karotenoidów, o czym świadczy jej kolor. Bogata jest także w fitosterole, galaktolipidy, nienasycone kwasy tłuszczowe w nasionach owoców, pektyny, garbniki, flawonoidy (astragalina, izokwercytryna), antocyjany, alkohole cukrowe (sorbitol, inozytol).

Bogactwo aktywnych związków powoduje, że zarówno owoce, a w szczególności napary w postaci herbatek, mają działanie prozdrowotne. Dzięki obecności witaminy C napar z tego owocu może być wykorzystywany jako źródło tej witaminy, szczególnie w leczeniu przeziębienia. Napary z owoców dzikiej róży zaleca się nie tylko przy rekonwalescencji i niedoborze witamin, ale także przy stanach zapalnych układu moczowego, jelit, żołądka czy przy nadciśnieniu. Kwas askorbinowy w kompleksach z antocyjanami i flawonoidami działa immunosty-

mulująco, natomiast w połączeniu z kwasem jabłkowym czy bursztynowym – moczopędnie.

Obecność aktywnego w owocach dzikiej róży galaktolipidu GOPO, będącego naturalnym składnikiem chrząstki, może służyć jako naturalny związek łagodzący bóle stawu i jest szczególnie przydatny w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów. Nie stwierdzono przeciwwskazań i działań toksycznych na organizm. Przebywanie wśród pyłków owoców nie jest wskazane dla osób z alergią układu oddechowego [22].

Lipa drobnolistna i szerokolistna (*Tilia cordata et Tilia platyphyllos*)

Kwiatostany lipy bogate są we flawonoidy. Spośród flawonoidów lipy wymienić można: rutynę, hiperozyd, kwercetynę, glikozyd flawonoidowy kemferolu – tyliroside (tylirozyd), astragalin (astragalinę). Tylirozyd zbudowany jest z kwasu p-kumarowego (p-coumaric acid), glukozy oraz kemferolu (kamferol). Zawartość olejku w kwiatach wynosi 0,02–0,1–0,38%.

Napary sporządzone na bazie lipy działają napotnie. Działanie to polega przede wszystkim na zwiększeniu wrażliwości gruczołów potowych na bodźce dochodzące od nerwów współczulnych, dlatego też napary te stosowane są w stanach gorączkowych oraz jako środek powlekający w nieżytach dróg oddechowych.

Wskazane jest doustne przyjmowanie naparu z kwiatów lipy przy chorobach przeziębieniowych z objawami gorączki, chorobach górnych dróg oddechowych, a także przy nieżycie żołądka i jelit jako środek łagodzący podrażnienia i działający spazmolitycznie.

Dodatek syropu z malin i miodu do naparu lipowego wzmacnia jego działanie przeciwgorączkowe i wzmacniające. Ponadto śluzu zawarte w naparze działają osłaniająco, zmiękczająco, przeciwkaszlowo i łagodząco na podrażnienia błony śluzowej przewodu pokarmowego i gardła.

Znacznie rzadziej napar lipowy stosuje się w przypadku nadpobudliwości nerwowej czy bezsenności. Flawonoidy, olejek eteryczny i glikozydy fenolowe lipy mają właściwości uspokajające i rozkurczowe. Napary z kwiatów lipy zwiększają diurezę. Dzielne spożycie lipy nie powinno przekraczać od 2–4 g, napary nie są jednak zalecane przy chorobach serca. Podobnie jak w przypadku płatków róży, kwiatostan lipy może wywoływać alergię [22].

Wierzba purpurowa (*Salix purpurea*)

Kora wierzby zawiera glikozydy fenolowe – salicynę, ponadto glikozydy: fragilinę, salikortynę, tremulacynę i populinę. Istotnymi składnikami czynnymi są również flawonoidy (kwercetyna, luteolina, eriodykjol, naryngenina), kwas salicylowy, kwas ferulowy, p-kumarowy, kawowy i garbniki.

Gałązki z liśćmi zawierają ok. 6–9% związków salicylowych. Napar z kwiatów wierzby ma w składzie olejek eteryczny, fitosterole, fenolokwasy, cukry proste, śluzu, flawonoidy i glikozydy salicylowe. Działa więc napotnie, przeciwgorączkowo, wykrztuśnie, przeciwkaszlowo i przeciwzapalnie, łagodnie uspokajająco. Napar można sporządzać ze świeżych lub suchych kwiatów wierzby. Korzystne jest łączenie wierzby (kora, pędy, baze) z lipą, wiązówką, pączkami sosny, owocem maliny, tymiankiem, hyzopem i cząbrem, dzięki czemu wzrasta jeszcze jej zdrowotne działanie. Zawartość tak dużej ilości garbników powoduje, że znalazła ona również swoje zastosowanie pomocnicze w ostrych stanach zapalenia wielostawowych oraz w schorzeniach dróg moczowych.

Związki salicylowe i flawonoidy poprawiają krążenie krwi, zwiększają diurezę, przyspieszają wydalanie toksycznych i zbędnych metabolitów (w tym kwasu moczowego). Składniki kory wzmagają również wydzielanie żółci, przez co również przyczyniają się do nasilenia procesów detoksykacji. Ponadto korzystnie działają przy stanach zapalnych przydatków u kobiet.

Jednakże z uwagi na brak doniesień dotyczących stosowania naparu w czasie ciąży i laktacji, należy unikać jego podawania w tym okresie. Raporty z badań klinicznych pokazują, iż w przypadku zbyt dużego spożycia mogą wystąpić dolegliwości, takie jak wymioty, biegunka czy zawroty głowy. Zawarte w korze salicylany mogą powodować interakcje z alkoholem oraz doustnymi lekami przeciwzkrzepowymi [22].

Preparaty ziołowe stosowane w zaburzeniach trawienia

Niedomagania i schorzenia przewodu pokarmowego są bardzo powszechne. Zaburzenia czynności przewodu pokarmowego mają swoje źródło w stosowaniu nieprawidłowej diety, przejadaniu się, pospiesznym jedzeniu i niedokładnym żuciu pokarmu. Nudności, wzdęcia, zgaga, dyspepsja, biegunki, brak łaknienia – to pierwsze sygnały nieprawidłowej czynności przewodu pokarmowego. Odpowiedni dobór środków roślinnych przy zastosowaniu diety lekkostrawnej pozwala na przywrócenie równowagi i opanowanie zaburzeń czynności przewodu pokarmowego.

Mięta pieprzowa (*Mentha piperita*)

Aktywnym składnikiem liści mięty jest olejek miętowy (mentol) o działaniu pobudzającym wydzielanie soków trawiennych i żółci, wiatropędnym, rozkurczającym mięśnie gładkie w stanach skurczowych żołądka i jelit, nasilającym łaknienie [9]. Badania kliniczne wykazały, że polifenole zawarte w liściach mięty zmniejszają wchłanianie żelaza, obniżając poziom ferrytyny [23].

Olejek miętowy hamuje aktywność cytochromu P 450 i nasila toksyczność felodipiny, lowastatyny i ketkona-

zolu. Surowiec jest przeciwwskazany w ciąży, może powodować krwawienia [10].

Rumianek pospolity (*Matricaria chamomilla*)

Koszyczek rumianku jest surowcem olejkowym (zawierającym głównie bisabolol i spiroeter), o działaniu przeciwzapalnym i rozkurczowym, odznacza się także wysoką zawartością chamazulenu o właściwościach przeciwzapalnych. Ponadto surowiec zawiera inne składniki o działaniu rozkurczowym, m. in. bioflawonoidy (głównie apigenina) oraz pochodne kumaryny (herniaryna) [9].

Z działań niepożądanych obserwowano reakcje uczuleniowe. Ze względu na ograniczone dane kliniczne nie zaleca się jednoczesnego stosowania surowca z warfaryną i cyklosporyną [10]. Sedatywne działanie rumianku związane jest z występowaniem flawonoidu apigeniny, dlatego też możliwe jest nasilenie depresyjnego wpływu na ośrodkowy układ nerwowy przy równoczesnym stosowaniu leków o działaniu ośrodkowym (opiodów, barbituranów, anksjolityków) [23].

Koper włoski (*Foeniculum vulgare*)

Owoc kopru włoskiego jest surowcem olejkowym (anetol), o działaniu wiatropędnym, spazmolitycznym, pobudzającym apetyt i wzmagającym wydzielanie soków trawiennych. Surowiec jest często stosowany jako lek wykrztuśny u dzieci oraz środek mlekopędny [9]. Ponadto wykazano łagodzenie kaszlu po żuciu owoców kopru włoskiego przez osoby przyjmujące enalapril [23].

Preparatów z koprem włoskim nie należy stosować u kobiet w ciąży, gdyż istnieją doniesienia o genotoksyczności olejku koprowego [10].

Babka jajowata (*Plantago ovata*)

Rozpuszczalne w wodzie polisacharydy zawarte w łupinie nasiennej babki jajowatej pęcznią w jelitach i poprawiają perystaltykę, z tego względu często używane są w przewlekłych zaparciach [9]. Babka lancetowata stosowana jest także u osób z cukrzycą typu 2, gdyż zmniejsza poziom glukozy na czczo, co ułatwia kontrolę glikemii i prowadzi do możliwości zmniejszenia dawek leków hipoglikemizujących [23].

Wykazano, że babka jajowata zmniejsza wchłanianie litu i karbamazepiny, a to może być groźne u osób z chorobą dwubiegunową lub chorych na padaczkę [10].

Babka jajowata ma niewiele działań niepożądanych, do których należą reakcje alergiczne, trudności w oddychaniu, kichanie, łzawienie oczu [10]. Działanie przeczyszczające wyklucza stosowanie tej rośliny u kobiet w ciąży.

Imbir lekarski (*Zingiber officinale*)

Kłącze imbiru lekarskiego jest używane w leczeniu niestrawności i w łagodzeniu choroby lokomocyjnej dzięki zawartości olejku bogatego w seskwiterpeny, monoterpeny i fenyloalkanony (gingerole), wywierające silne

działanie przeciwwymiotne [9]. Warto dodać, że wyciąg z imbiru nasila działanie przeciwbakteryjne klaritromycyny w eradykacji *Helicobacter pylori* [23]. Bezpieczeństwo stosowania imbiru w porannych nudnościach u kobiet w ciąży jest dyskusyjne.

Chociaż preparaty imbiru są dobrze tolerowane, w dużych dawkach mogą powodować zgagę, biegunkę oraz podrażnienia jamy ustnej [10]. Stosowanie preparatów imbiru u osób przyjmujących niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwbólowe może nasilać krwawienia. Stwierdzono także, że łączne stosowanie imbiru z preparatami żelaza zmniejsza jego wchłanianie.

Borówka czernica (*Vaccinium myrtillus*)

Tradycyjny lek ściągający zawierający głównie garbniki – stosuje się go w leczeniu biegunek. Poprawia mikrokrośnienie w gałce ocznej (dzięki działaniu antocyjanozydów uszczelnia ściany naczyń włosowatych) [9].

Należy jednak pamiętać, by unikać stosowania preparatów borówki z kwasem acetylosalicylowym i innymi niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi, gdyż takie połączenie leków może spowodować krwawienia [23].

Dziurawiec zwyczajny (*Hypericum perforatum*)

Dziurawiec jest nazywany w medycynie ludowej „świętojańskim ziele” i od dawna cieszy się dużym uznaniem. W zależności od sposobu otrzymywania surowca uzyskuje się produkty o różnych właściwościach:

- wyciągi i napary wodne z surowca zawierają glikozydy flawonoidowe, garbniki, fenolokwasy o działaniu ściągającym i spazmolitycznym, co jest szeroko wykorzystywane w chorobach przewodu pokarmowego
- w roztworach olejowych lub alkoholowych występują hyperycyna i olejek eteryczny, które wykazują działanie przeciwdepresyjne, stabilizujące nastrój, a także uczulające na światło [9].

Stosowanie ziela jest przeciwwskazane u kobiet w ciąży oraz matek karmiących. Wyniki badań opisują liczne interakcje ziela dziurawca z lekami syntetycznymi. Z najważniejszych interakcji należy wymienić zmniejszenie skuteczności preparatów doustnej antykoncepcji oraz nasilenie przeciwzakrzepowego działania antagonistów witaminy K (np. warfaryny, acenokumarolu) [10].

Preparaty ziołowe stosowane wspomagająco w odchudzaniu

Rynek oferuje bardzo szeroki asortyment ziół do zaparzania o postulowanym działaniu wspomagającym odchudzanie. Wśród nich można wyróżnić preparaty o działaniu:

- przeczyszczającym (kora kruszyny, liść senesu, korzeń rzewienia),

- przyspieszającym przemianę materii (czerwona herbata – Pu Erh, zielona herbata, morszczyn),
- odtruwającym organizm (zielona herbata, liść pokrzywy, liść skrzypu).

Preparaty o działaniu przeczyszczającym, m.in. kora kruszyny, liść senesu, korzeń rzewienia, powinny być stosowane przy uwzględnieniu przeciwwskazań i działań niepożądanych z powodu możliwości wywoływania zaburzeń elektrolitowych, z których najgroźniejszą jest hipokaliemia i hipomagnezemia, oraz poważnego uzależnienia (przy długotrwałym stosowaniu, zwłaszcza wysokich dawek) prowadzącego do zmian pracy jelita grubego i paradoksalnego nasilenia zaparć.

Zanotowano także niebezpieczne interakcje tych surowców z glikozydami naparstnicy, lekami przeciwarrytmicznymi, lekami powodującymi hipokaliemię (moczopędne – np. diuretyki pętlowe i tiazydowe, glikokortykosteroidy) [23].

Kruszyna pospolita (*Frangula alnus*)

Głównymi składnikami kory kruszyny są antrazwiązki, a także flawonoidy i saponiny. Kora kruszyny działa przeczyszczająco w wyniku drażnienia jelit, co w rezultacie pobudza ruchy perystaltyczne jelita grubego, rozmiękcza masy kałowe. Związki te przeciwdziałają zaparciom nawykowym oraz działają żółciopędnie, zapobiegając niedomaganiom wątrobowym [9].

Preparat może powodować bóle brzucha oraz zaburzenia elektrolitowe. Stosowanie kory kruszyny jest przeciwwskazane w krwawieniach z przewodu pokarmowego o nieznannej etiologii, w stanach zapalnych jelit i wyrostka robaczkowego, w chorobach nerek, w okresie miesiączki, u kobiet w ciąży oraz w okresie karmienia.

Senes (*Cassia angustifolia et Cassia acutifolia*)

Liście senesu są tradycyjnie stosowane w celach przeczyszczających w zaparciach nawykowych oraz w zaparciach o charakterze atonicznym, występujących pod wpływem podawania np. opioidowych leków przeciwbólowych (morfina, kodeina). Efekt farmakologiczny związany jest z zawartością w liściach senesu antrazwiązków (senozydy A i B) [9]. Inne składniki, takie jak flawonoidy, śluz i żywice, mają mniejsze znaczenie.

Ziela nie wolno podawać w stanach zapalnych jelit, w zapaleniu wyrostka robaczkowego, w stanach odwodnienia organizmu, u kobiet w ciąży oraz w okresie karmienia (antranoidey przechodzą do mleka matki). Długotrwałe, systematyczne picie naparu prowadzi do uzależnienia, zaburzeń elektrolitowych oraz czerwonego zabarwienia moczu (które nie ma znaczenia klinicznego) [9].

Rzewień (*Rheum palmatum et Rheum officinale*)

Korzeń rzewienia zawiera antrazwiązki i garbniki. W ziołolecznictwie wykorzystuje się przede wszystkim jego działanie przeczyszczające (antrazwiązki), które

występuje po zastosowaniu większych dawek surowca. Efekt przeczyszczający jest łagodny i wydaje się, że w mniejszym stopniu wywołuje uzależnienie oraz zmianę w pracy jelita grubego [9].

Działania niepożądane, przeciwwskazania oraz interakcje są podobne jak w przypadku stosowania kory kruszyny i liści senesu. Należy pamiętać, że preparaty ziołowe o działaniu przeczyszczającym są przeciwwskazane w ciąży, ponieważ ich stosowanie grozi poronieniem.

Czerwona herbata (*Pu-Erh*)

Czerwona herbata jest uprawiana w Chinach od ponad 1700 lat. Wyjątkowy aromat oraz prozdrowotne działania czerwona herbata zawdzięcza powolnemu procesowi fermentacji. Amerykanie nazywają herbatę Pu-Erh „mordercą tłuszczu”. Wyniki badań przeprowadzone w Japonii wykazują, że regularne picie tej herbaty umożliwia redukcję masy ciała i zmniejszenie współczynnika BMI (Body Mass Index) u osób z nadwagą oraz otyłych [24].

Herbata ta zawiera m.in. małe ilości kofeiny i taniny oraz flawonoidy, minerały (wapń, mangan, magnez, cynk, miedź, selen), witaminę C. Ponadto wykazuje właściwości odtruwające organizm z toksyn. Badania przeprowadzone we Freiburgu dowodzą, że Pu-Erh wspomaga pracę nerek, wątroby, obniża poziom cholesterolu, poza tym blokuje wytwarzanie enzymów umożliwiających wchłanianie tłuszczu z pożywienia, co powoduje skuteczną walkę z nadwagą [25]. Wydaje się, że picie herbaty Pu-erh nie powoduje działań niepożądanych.

Zielona herbata (*Camelia sinensis*)

Jest to herbata przyrządzana z niefermentowanych liści herbaty chińskiej (*Camelia sinensis*). Zdaniem konsejerów to napar z drugiego parzenia jest najsmaczniejszy i zarazem najlepszy dla zdrowia. Optymalny czas zaparzania zielonej herbaty wynosi 3–4 minuty przy temperaturze wody 70°C. Liście są bogate w kofeinę, teofilinę i teobrominę, poza tym w garbniki o działaniu ściągającym, saponiny, flawonoidy, rozpuszczalne fluorki [9].

Picie zielonej herbaty obniża stężenie cholesterolu w organizmie, oczyszcza organizm z toksyn, działa pobudzająco na organizm. Ponadto wspomaga odchudzanie i zmniejsza nadmiar wody w organizmie, ma redukować ryzyko zawału serca oraz zapobiegać niektórym chorobom nowotworowym.

Ze względu na zawartość kofeiny zielona herbata powinna być stosowana ostrożnie u osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego, nerek, nadczynnością tarczycy, u pacjentów przyjmujących leki zmniejszające krzepliwość krwi. Występowanie bezsenności, zaburzenia rytmu serca, wzrost ciśnienia krwi, drżenie rąk, ból głowy – mogą być skutkiem przedawkowania herbaty, a ściślej substancji ośrodkowo pobudzających zawartych w herbacie, i/lub interakcji z następującymi le-

kami: benzodiazepinami (BDZ; nitrazepam, estazolam), lekami blokującymi receptor beta-adrenergiczny (ŁBA; propranolol, metoprolol), efedryną, inhibitorami monoaminooksydazy (IMAO; moklobemid), antykoncepcją doustną [10].

Ze względu na zawartość kofeiny picie zielonej herbaty nie jest zalecane u kobiet w ciąży.

Morszczyn pęcherzykowaty (*Fucus vesiculosus*)

Morszczyn pęcherzykowaty jest wysuszonym ciemnobrunatnym glonem zawierającym jod (0,03–0,1%) oraz polisacharydy, z których najważniejszym jest kwas alginowy [9].

Surowiec, ze względu na zawartość jodu, pobudza produkcję hormonów tarczycy, prowadząc do poprawy przemiany materii, co przyczynia się do redukcji masy ciała. Dodatkowe właściwości pęczniące kwasu alginowego są wykorzystywane w celu regulowania wypróżnienia.

Ze względu na zmienną zawartość jodu w surowcu może dojść do przedawkowania i wywołania objawów nadczynności tarczycy u osób z eutyreozą lub destabilizacji leczenia chorych z hipertyreozą (co może przejawiać się bezsennością, nadciśnieniem, bradykardią, zaburzeniami rytmu serca, biegunką, nadmiernym poceniem się). Możliwe są ponadto niekorzystne interakcje z jedzeniem zawierającym jod (sole jodowane), z lekami o działaniu przeciwartymicznym zawierającymi w swojej strukturze jod (m.in. amiodaron) [26].

Przeciwwskazania do stosowania morszczynu obejmują osoby z chorobami sercowo-naczyniowymi, z nadczynnością lub niedoczynnością tarczycy oraz kobiety w ciąży.

Pokrzywa zwyczajna (*Urtica dioica*)

Liście pokrzywy są surowcem moczopędnym i witaminowym. Zawierają barwniki roślinne, witaminy (A, C, K oraz z grupy B), flawonoidy, garbniki oraz „roślinną sekretynę”, pobudzającą część korową nerki, wzmagającą wydzielanie moczu [12]. Wyciąg z liści pokrzywy przywraca wytwarzanie protrombiny (czynnika uczestniczącego w zahamowaniu krwawień) w stanach uszkodzenia miększu wątroby [9]. Surowiec ten zalecany jest wspomagająco w chorobach reumatoidalnych, kamicy nerkowej, jako środek odwadniający i oczyszczający organizm. Surowce roślinne o działaniu moczopędnym wykazują słabsze działanie odwadniające w porównaniu z syntetycznymi lekami moczopędnymi (np. diuretykami pętlowymi czy tiazydowymi), dlatego nie wpływają znacząco na eliminację innych leków, a co za tym idzie, nie zmieniają w sposób istotny ich stężenia [23].

Skrzyp polny (*Equisetum arvense*)

Roślina o tak pięknej nazwie łacińskiej *Equisetum arvense* wykazuje działanie moczopędne, prawdopo-

dobnie związane z zawartością saponin, flawonoidów i związków krzemu, oraz uzupełnia niedobory krzemu w organizmie, w wyniku których może dochodzić do łamliwości paznokci, wypadania włosów, pogorszenia stanu skóry [9].

Przy długotrwałym stosowaniu naparów ze skrzypu polnego należy uzupełniać witaminę B₁, gdyż ziele powoduje zmniejszenie jej stężenia w organizmie. Działania niepożądane oraz interakcje herbatek zawierających ziele skrzypu do końca nie są poznane. Przeciwwskazania dotyczą stosowania skrzypu u kobiet w ciąży, karmiących matek oraz dzieci.

Preparaty ziołowe stosowane wspomagająco w infekcjach dróg moczowych

Infekcje dróg moczowych to najczęściej bakteryjne zakażenia dolnych dróg moczowych i/lub nerek. Ze względu na budowę anatomiczną zaburzenia te występują znacznie częściej u kobiet. Cukrzyca dwukrotnie zwiększa zapadalność na infekcje dróg moczowych w porównaniu z osobami zdrowymi.

Typowymi objawami ostrego zakażenia dolnych dróg moczowych są nasilone objawy dyzuryczne: nagłe wystąpienie bolesnego oddawania moczu, częstomocz, gwałtowne parcie na mocz, krwimocz, ból i pieczenie przy oddawaniu moczu. W ostrym odmiedniczkowym zapaleniu nerek mogą też pojawić się bóle w okolicy lędźwiowej, gorączka, czasem dreszcze, zły stan ogólny.

W leczeniu infekcji dróg moczowych stosowane są leki syntetyczne o działaniu przeciwbakteryjnym, ordynowane na podstawie posiewu moczu wspartego antybiogramem. W czasie stosowania chemioterapeutyków oraz w celach profilaktycznych (np. w okresach remisji w przewlekłym odmiedniczkowym zapaleniu nerek) praktykowane jest podawanie preparatów roślinnych o działaniu odkażającym.

Żurawina wielkoowocowa (*Vaccinium macrocarpon*)

Owoc żurawiny wielkoowocowej zawiera proantocyjanidy o działaniu odkażającym drogi moczowe, a oprócz tego kwasy organiczne oraz witaminę C [27]. Proantocyjanidy powodują zmniejszenie przyczepiania się bakterii do ścianek dróg moczowych, które następnie są wypłukiwane. Preparaty te są bezpieczne u kobiet w ciąży oraz dobrze tolerowane, a z działań niepożądanych zarejestrowano biegunki [28]. Nie zaobserwowano istotnych interakcji z lekami syntetycznymi.

Sok z żurawiny oraz kapsułki zawierające żurawinę wykazują porównywalną skuteczność [27]. W badaniach przeprowadzonych wśród kobiet w młodym oraz w średnim wieku okazało się, że profilaktyka żurawinowa zmniejsza wystąpienie powtórnego zakażenia dróg moczowych [27]. Wyniki innych badań klinicznych wykazały, że stosowanie preparatów żurawiny nie zmniej-

szało częstości występowania objawów zakażenia układu moczowego u kobiet w ciąży oraz u ludzi w starszym wieku [28,29].

Brzoza brodawkowata oraz brzoza omszona (*Betula verrucosa* et *Betula pubescens*)

Liście brzozy są pozyskiwane ze stanu naturalnego w okresie letnim. Składniki czynne to glikozydy flawonolowe (hiperozyd, miceryna), olejek eteryczny oraz garbniki katechinowe [9]. Liście brzozy stanowią częsty składnik mieszanek ziołowych. Wykazują działanie moczopędne (nie drażnią nerek), przeciwbakteryjne, przeciwreumatyczne i napotne.

Mącznica lekarska (*Arctostaphylos uva ursi*)

Liść mącznicy to często stosowany lek roślinny w schorzeniach nerek i dróg moczowych jako środek odkażający drogi moczowe oraz preparat ściągający. Opisane działanie zawdzięcza obecności glikozydów fenolowych (arbutyna, metyloarbutyna), garbników hydrolizujących o działaniu ściągającym oraz flawonoidów. Właściwości odkażające drogi moczowe są związane z uwalnianiem hydrochinonu oraz metylohydrochinonu, które działają przeciwdrobnoustrojowo przy zasadowym odczynie moczu, pojawiającym się zazwyczaj w stanie zapalnym (w przypadku kwaśnego odczynu moczu, aby osiągnąć działanie mącznicy – mocz należy dodatkowo alkalizować).

Mącznica może wywoływać podrażnienie błon śluzowych przewodu pokarmowego (dyspepsja); rzadziej – przy długotrwałym stosowaniu – może dochodzić do uszkodzeń nerek i/lub wątroby [9].

Preparat coraz częściej bywa zastępowany przez liście borówki brusznicy (*Folium Vitis idaeae*) o podobnym działaniu moczopędnym oraz dezynfekującym.

Podsumowanie

Celem artykułu było przypomnienie najważniejszych surowców roślinnych i zawartych w nich substancji aktywnych, które są wykorzystywane w preparatach ziołowych stosowanych wspomagająco w różnych schorzeniach.

Wykazano, że omawiane preparaty roślinne, oprócz dobroczynnego wpływu na organizm człowieka mogą wywoływać także działania niepożądane oraz prowadzić do niekorzystnych interakcji z preparatami leczniczymi, w tym syntetycznymi.

Piśmiennictwo w redakcji

Krystyna CEGIELSKA-PERUN, Emilia TRZASKA,
Zakład Farmakodynamiki,

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kier. zakładu: prof. dr hab. Helena E. Makulska-Nowak

Anna FABISIAK

Zakład Technologii Przetworów Owocowych i Warzywnych,

Instytut Biotechnologii Przemysłu

Rolno-Spożywczego, Warszawa

Kier. zakładu: dr inż. Sylwia Skąpska

(przedruk z „Leku w Polsce” nr 3/12)

Prawne niuanse praktyki lekarskiej,

czyli o czym każdy doktor wiedzieć powinien

Coraz częściej pacjenci wytaczają lekarzom procesy i coraz wyższe kwoty odszkodowań i zadośćuczynień orzekają w takich sprawach sądy. Mając to na uwadze, warto o kilku rzeczach w codziennej praktyce pamiętać.

Po pierwsze: dokumentacja

Rośnie grono lekarzy, którzy na wstępie mieli gorszą pozycję w procesie, ze względu na źle prowadzoną dokumentację medyczną. Trzeba ją prowadzić starannie, czyli i na bieżąco. Należy pracownice umieszczać opis wywiadu (zawierającego także informacje o środowisku pacjenta i jego trybie życia), badania przedmiotowego, stwierdzonych objawów, wyników badań, rozpoznania, wybranej metody leczenia, wymienić wypisane leki i podawać ich dawkowanie, zalecenia odnośnie do diety itp. Trzeba też odnotować fakt, że pacjent został poinformowany o mającym nastąpić procesie leczenia i wyrazić na nie zgodę. Każde skreślenie czy dopisek musi być opisany, poświadczony podpisem, datą i pieczęcią. Niestaranna, wybrakowana dokumentacja medyczna w sądzie zawsze świadczy na niekorzyść lekarza.

Po drugie: świadoma zgoda pacjenta

Niedawno do izby przyjąć jednego z mazowieckich szpitali została przez męża przywieziona pacjentka, która gołymi palcami stopy podczas biegu uderzyła o próg. W wyniku tego urazu paluch znajdował się pod kątem ostrym w stosunku do reszty palców. Lekarz w izbie przyjęć, po wysłuchaniu historii tego zdarzenia i obejrzeniu palucha (tylko tego palucha), bez wyjaśnienia i bez ostrzeżenia chwycił go i szarpnął, próbując nastawić (prawdopodobnie, bo celu swojego działania nie wyjaśnił). Pacjentka z powodu bólu wyrwała stopę. Lekarz zapytał, czy chce, by jej pomógł. Pacjentka oczywiście wyraziła zgodę, ale zastrzegła, że nie chce, by ją to tak bolało. Kolejna próba nastawienia palucha zakończyła się podobnie, z tym że doszło do awantury z przyglądającym się temu mężem pacjentki. W końcu zajął się nią inny lekarz, który po oględzinach stopy zlecił prześwietlenie rtg. Wykazało ono złamanie kości palucha z przesunięciem. Nastawienie tym razem odbyło się po zaaplikowaniu znieczulenia.

Co może grozić pierwszemu lekarzowi? Co najmniej powództwo cywilne za podjęcie interwencji lekarskiej bez wyrażonej przez pacjentkę świadomej zgody na

czynności medyczne. Pacjent ma prawo do uzyskania informacji o stanie swojego zdrowia oraz planowanej terapii, z uwzględnieniem jej ryzyka i ryzyka zaniechania takiej terapii, rokowania oraz alternatywnych metod leczenia. To prawo pacjenta, lekarz zaś ma obowiązek takiej informacji udzielić w formie zrozumiałej dla pacjenta. Zwolniony jest z tego obowiązku w sytuacji, gdy zwłoka potrzebna na uzyskanie zgody skutkowałaby nieodwracalnym pogorszeniem się stanu zdrowia lub zgonem pacjenta, gdy chory nie jest w stanie jej wyrazić (bo np. jest nieprzytomny) lub gdy sobie takiej informacji nie życzy.

Świadoma zgoda oznacza, że pacjent został poinformowany o wszystkich wymienionych aspektach sytuacji. **„Zgoda, która nie jest »objaśniona«, jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej”** – czytamy w książce prof. Mirosława Nesterowicza „Prawo medyczne”. Profesor przytacza orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie, w której pacjent dochodził odszkodowania za powikłania powstałe wskutek operacji tarczycy. Powikłania były przejściowe i ustąpiły, niemniej jednak lekarz sprawę przegrał, ponieważ sąd ustalił, że pacjent nie został poinformowany o możliwościach i skutkach leczenia zachowawczego oraz celowości i wynikach zabiegu operacyjnego. **„Ograniczenie się lekarza do uzyskania zgody formalnej (braku sprzeciwu) jest niewystarczające i stanowi brak zgody pacjenta, co czyni zabieg nieusprawiedliwionym i uzasadnia odpowiedzialność za rozstrój zdrowia powoda”** – podkreśla prof. Nesterowicz. Zaznacza przy tym, że lekarz nie ma obowiązku przekazywania wszelkich informacji, ma poinformować pacjenta o skutkach typowych, z którymi w danym wypadku należy się liczyć.

Mirosław Nesterowicz uważa, że zgoda pacjenta na dokonanie zabiegu lekarskiego czy wdrożenia terapii **„ma takie znaczenie, że oprócz nadania cechy prawności interwencji lekarza powoduje, iż pacjent akceptuje ryzyko zabiegu i przejmuje je na siebie”**. Profesor zastrzega jednak, że **„akceptacja ryzyka kończy się, gdy w postępowaniu lekarza można dopatrzeć się winy, gdyż chory nie obejmuje zgodą szkody wynikłej z niedbalstwa czy innego zawinionego działania lekarza.”** W takiej sytuacji lekarza chroni jego polisa ubezpieczenia OC. O ile świadomie ją zawarł.

Po trzecie: ubezpieczenie obowiązkowe

W ciągu ostatniego roku w istotny sposób zmieniły się przepisy w tym zakresie. Stanowi o tym art. 25 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz postanowienia rozporządzenia ministra finansów z 22 grudnia 2011 r., wydanego na podstawie tego artykułu. Rozporządzenie określa „szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem udzielania świadczeń zdrowotnych.” W paragrafie 2 tego rozporządzenia czytamy, że ubezpieczeniem OC objęta jest odpowiedzialność cywilna „podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium RP za szkody (...) wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego.”

– *Zatem ubezpieczenie to dotyczy lekarzy prowadzących praktyki lekarskie zarejestrowane w rejestrze Okręgowej Rady Lekarskiej* – mówi koordynatorka zespołu radców prawnych w OIL w Warszawie mecenas Elżbieta Barcikowska-Szydło.

– *Jeśli doktor Kowalski wykonywał swój zawód na podstawie umowy cywilnoprawnej i jako doktor Kowalski miał wykupioną polisę OC, pod rządami nowych przepisów nie korzysta już z tej ochrony. Musi zarejestrować praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego i tę praktykę ubezpieczyć* – wyjaśnia mecenas Barcikowska-Szydło. – *W rejestrze ORL trzeba wykazać wszystkie szpitale i przychodnie, z którymi zawarło się kontrakt. W przeciwnym razie grozi brak ochrony ze strony ubezpieczyciela.*

Za lekarzy, którzy wykonują zawód na podstawie umowy o pracę, zawsze odpowiada pracodawca. W razie szkody pacjenta obowiązek wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia spada na szpital lub przychodnię, w której zatrudniony jest lekarz. Pracodawca lekarza, który przyczynił się do powstania szkody, może jednak wystąpić do niego z roszczeniem regresowym. Na podstawie kodeksu pracy górną jego granicą są trzymiesięczne pobyty lekarza. Jeśli jednak lekarz przyczynił się do powstania szkody z winy umyślnej, odpowiada do pełnej wysokości szkody.

Lekarze wykonujący zawód w ramach praktyk lekarskich na podstawie umowy cywilnoprawnej za powstałe szkody odpowiadają solidarnie ze szpitalem (art. 441 par. 1 kodeksu cywilnego).

– *Nic nie da wyłączenie w takiej umowie odpowiedzialności solidarnej. O tym, że będzie to właśnie solidarna odpowiedzialność, mowa jest w art. 27, ust. 7 ustawy o działalności leczniczej, która ma rangę wyższą od umowy* – twierdzi mecenas Barcikowska-Szydło.

Co oznacza odpowiedzialność solidarna? Bynajmniej nie jest to odpowiedzialność pół na pół. Oznacza, że pacjent może żądać całości lub części świadczenia od szpitala i lekarza łącznie albo od każdego z osobna, a wy-

plata odszkodowania przez jednego ze zobowiązanych zwalnia drugiego.

Po czwarte: ubezpieczenie dobrowolne

W wielu sytuacjach warto ubezpieczyć się także dobrowolnie. Mecenas Barcikowska-Szydło zwraca też uwagę, by lekarze, którzy na zaproszenie kolegów z innego szpitala udzielają tam konsultacji lub wykonują inne świadczenia medyczne (bezpłatnie, na umowę-zlecenie itp.), ubezpieczyli tego typu działalność. Na terenie innego szpitala nie działa ochrona ubezpieczeniowa pracodawcy czy też praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego innego niż wymienione w rejestrze Okręgowej Rady Lekarskiej.

Po piąte: polisę kupować z pełnym zrozumieniem, a potem schować ją w sejfie

Nie ma rady, ogólne warunki umowy ubezpieczeniowej, wyłączenia z ochrony i wszelkie informacje w umowie trzeba nie tylko przeczytać, ale i wyciągnąć z nich wnioski. Mecenas Barcikowska-Szydło podkreśla, że do ubezpieczenia trzeba zgłosić każde ryzyko związane z działalnością, jaką się wykonuje. Prawdopodobnie nie uczynił tego dermatolog, którego pozwała pacjentka, zarzucając mu poparzenie laserem. Nie objął ochroną ubezpieczeniową zabiegów wykonywanych za pomocą tego rodzaju aparatury, a jedynie swoją działalność medyczną jako ogólne usługi dermatologiczne.

– *Bardzo często polisy nie obejmują świadczeń wykonywanych za pomocą różnego rodzaju aparatury. Przed zawarciem umowy trzeba na to zwrócić uwagę. Pamiętajmy, że inaczej wygląda ubezpieczenie lekarza internisty, a inaczej zabiegowca* – mówi pani mecenas. Po zakupie polisy umowę zawarcia ubezpieczenia oraz informację o warunkach ogólnych należy schować w dobrym miejscu i przechowywać przez okres dziesięciu lat. Przedawnienie roszczeń, w zależności od ich charakteru, następuje po upływie od trzech do dziesięciu lat, licząc od daty ujawnienia szkody.

Justyna WOJTECZEK

Dziękuję za konsultację artykułu mecenas Elżbiecie Barcikowskiej-Szydło.

Uwaga! Niniejszy materiał zawiera jedynie informacje natury ogólnej, niewyczerpujące omawianych zagadnień. Przedstawionych informacji nie należy zatem traktować jako porad konsultingowych, prawnych czy też porad lub usług innego rodzaju. Nie należy także wyłącznie na podstawie otrzymanych informacji podejmować jakichkolwiek decyzji, które mogą dotyczyć czytelnika lub jego działalności. Przed podjęciem jakichkolwiek decyzji lub działań dotyczących kwestii finansowych czy biznesowych należy skonsultować się z wykwalifikowanym profesjonalnym doradcą prawnym, aby indywidualnie omówić swoją sprawę.

(przedruk z „Pulsu” nr 6–7/12)

Cukrzyca i choroby współistniejące. Interdyscyplinarne spojrzenie na codzienne problemy diabetologii



Zapraszamy serdecznie do udziału w konferencji, której celem jest przybliżenie interdyscyplinarności diabetologii. Wybitni specjaliści przedstawiają swoje rekomendacje, jak postępować, gdy chory na cukrzycę nie tylko skarży się na źle kontrolowaną glikemię lub na to że nie może schudnąć, choć bardzo się stara, lecz także zgłasza inne problemy – gorzej widzi, bołą go nogi, pojawiły się obrzęki, traci pamięć, przestał regularnie wspólnie czy obawia się nawrotu choroby nowotworowej. To częste problemy zgłaszane przez pacjentów z cukrzycą i zwykle potrzeba kilku specjalistów, aby chory był skutecznie i bezpiecznie leczony. Wykładowcy przedstawiają praktyczne sposoby rozwiązywania codziennych problemów diagnostycznych i terapeutycznych na podstawie najnowszych doniesień naukowych i zasad medycyny opartej na dowodach (evidence-based medicine). Uczestnicy konferencji otrzymują punkty edukacyjne.

Termin: 13 października 2012 r. **Miejsce:** Warszawa

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Leszek Czupryniak, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

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

IV Kongres Naukowo-szkoleniowy Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Motto Kongresu: Twórzmy szanse i możliwości gojenia ran przewlekłych



W Kongresie uczestniczyć będą wybitni specjaliści z Polski i zagranicy, w tym również z Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran.

Wiodącym tematem Kongresu będzie szeroko rozumiana opieka nad chorym z raną przewlekłą, w tym: diagnostyka i możliwości leczenia operacyjnego ran przewlekłych o różnej etiologii, postępowanie interdyscyplinarne w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni, przewlekłych owrzodzeń kończyn dolnych o różnej etiologii, w tym stopy cukrzycowej, odleżyn, oparzeń, ran przewlekłych pourazowych i innych, metody gojenia miejscowego, mikrobiologia rany przewlekłej, problematyka bólu w gojeniu ran, modele opieki, profilaktyka i edukacja.

IV Kongres Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran będzie interdyscyplinarną platformą wymiany doświadczeń naukowych, a także źródłem wiedzy o najnowszych osiągnięciach w kraju i za granicą.

Termin: 4–6 października 2012 r.

Miejsce: Opera Nova, ul. Marszałka Focha 5, Bydgoszcz

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej UM, Poznań, wydawnictwo Termedia

Komiteta Organizacyjny: przewodnicząca: dr hab. Maria T. Szewczyk, prof. UMK – sekretarz PTLR wiceprzewodniczący: prof. Arkadiusz Jawień – prezes PTLR, dr n. med. Maciej Sopała – wiceprezes PTLR

Komiteta Naukowy: przewodniczący: prof. zw. dr hab. med. Arkadiusz Jawień – prezes PTLR, wiceprzewodnicząca: dr hab. Maria T. Szewczyk, prof. UMK – sekretarz PTLR

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

III Kongres Top Nephrological Trends. Aktualności Nefrologiczne



5 i 6 października 2012 r. odbędzie się w Poznaniu III Kongres Top Nephrological Trends. W tym roku nie ogranicza się on do zagadnień związanych z rozpoznawaniem i leczeniem chorób o specyfice jedynie nefrologicznej. Do współudziału w Kongresie zaproszeni zostali specjaliści urologów, gdyż w obszarze wspólnych zainteresowań leży wiele zagadnień wymagających ujednolicenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Wysoki poziom naukowy i wartość edukacyjną Kongresu gwarantuje udział wybitnych specjalistów w dziedzinie nefrologii, urologii, chirurgii naczyniowej i transplantologii.

W programie konferencji: dostęp naczyniowy do hemodializy, wybrane problemy nefrologiczno-urologiczne, konfrontacje nefrologiczno-urologiczne, nadciśnienie tętnicze a nerki oraz zakażenia układu moczowego w szczególnych stanach klinicznych. Uczestnicy Kongresu otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 5–6 października 2012 r.

Miejsce: Centrum Kongresowe Instytutu Ochrony Roślin, ul. Władysława Węgorka 20; 60-318 Poznań

Komiteta Naukowy: przewodniczący: prof. dr hab. Stanisław Czekalski, prof. dr hab. med. Zbigniew Kwias, prof. dr hab. Jacek Maniatus

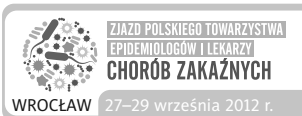
Komiteta Organizacyjny: przewodniczący: prof. dr hab. Andrzej Oko

Patronat Honorowy: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. dr hab. Jacek Wysocki

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

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

XIX Zjazd Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych



XIX Zjazd Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych odbędzie się w dniach 27–29 września we Wrocławiu, w pięknie zmodernizowanym Regionalnym Centrum Turystyki Biznesowej przy Hali Stulecia. Podczas uroczystego otwarcia zostaną ogłoszone wyniki konkursu im. Józefa Kostrzewskiego organizowanego przez Zarząd Główny PTE-iLChZ.

Zaproszenie do aktywnego udziału w Zjeździe przyjęli wybitni klinicyści i naukowcy zajmujący się problematyką chorób zakaźnych, epidemiologii i immunologii z Polski i z zagranicy. Tematykę Zjazdu wzbogacą sesje plakatowe i sesje sponsorowane przez przemysł farmaceutyczny, a najlepsze prace z okresu od ostatniego Zjazdu zostaną nagrodzone.

Podczas Zjazdu odbędzie się także Walne Zebranie Delegatów Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz wybory nowych władz. Kierownikiem Naukowym konferencji jest prof. dr hab. Krzysztof Simon.

Termin: 27–29 września 2012 r.

Miejsce: Wrocław, Regionalne Centrum Turystyki Biznesowej Hala Stulecia, ul. Wystawowa 1

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, wydawnictwo Termedia

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Krzysztof Simon

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

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotografii Lekarzy tym razem pod hasłem „Fotografia z odrobiną humoru...”. Realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później, niż do 8 października br. Fotogramy winny być nie mniejsze, niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytuł.

Wernisaż wystawy planujemy na 21 października 2012 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 26 października br. Kontakt: Iwona Szelera, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. 42/683-17-01.

Śląska Izba Lekarska w Katowicach zaprasza dn. 11.09.2012 (wtorek), o godz. 15.30 na **kurs doskonalący RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA NOWORODKÓW I NIE-MOWŁĄT**. Kurs odbędzie się w Domu Lekarza w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49a. Kierownik naukowy: dr hab. n. med. Iwona Maruniak-Chudek.

Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji z zastosowaniem manekinów i sprzętu ratunkowego. Terminy spotkań warsztatowych podane zostaną do wyboru w dniu wykładu.

Czas trwania: wykład – 6 godzin dydaktycznych, ćwiczenia – 7 godzin dydaktycznych. Koszt dla członków ŚIL – 80 zł, koszt dla członków innych izb – 300 zł. Wpłaty należy dokonać na konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 (z dopiskiem: resuscytacja noworodków).

Liczba miejsc została ograniczona. Zgłoszenia wyłącznie na formularzu zgłoszeniowym. Decyduje kolejność zgłoszeń. Uczestnik otrzymuje punkty edukacyjne zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 231 poz. 2326).

Zgłoszenia można przysyłać elektronicznie na FORMULARZU ZGŁOSZENIOWYM ON-LINE lub FORMULARZU ZGŁOSZENIOWYM umieszczonym na stronie www.izba-lekarska.org.pl (w zakładce kursy dla lekarzy) na adres e-mail: kursy@izba-lekarska.org.pl. Dodatkowe informacje pod numerem telefonu (0 32) 203 65 47/8 wew. 321 i 322.

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Oddział Regionalny w Opolu ul. Ozimska 51A poszukuje kandydatów na stanowisko lekarza rzeczoznawcy KRUS. Lekarzem rzeczoznawcą Kasy może być lekarz, który spełnia następujące warunki:

- jest specjalistą, w szczególności w zakresie następujących specjalizacji: chorób wewnętrznych, medycyny przemysłowej, medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej, reumatologii, chirurgii ogólnej, chirurgii ortopedyczno-urazowej, rehabilitacji, neurologii, psychiatrii,
- posiada prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
- posiada co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie lekarza,
- nie był karany, w tym również za przewinienia zawodowe,
- po podjęciu zatrudnienia – konieczność odbycia szkolenia w zakresie ustalonym przez Prezesa Kasy.

Lekarzy, którzy są zainteresowani naszą ofertą prosimy o złożenie n/w dokumentów na adres OR KRUS. Wymagane dokumenty i oświadczenia:

- kopia dowodu osobistego,
- kopia dokumentów potwierdzających wykształcenie, kwalifikacje, staż pracy,
- oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych i o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie, w tym również za przewinienia zawodowe,
- oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji,
- kwestionariusz osobowy dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie (do pobrania ze strony internetowej www.bip.krus.gov.pl).

Zatrudnienie w ramach umowy zlecenia.

Hospicjum w Nysie zatrudni lekarza, który byłby skłonny identyfikować się z potrzebami pacjentów znajdujących się w terminalnych stanach chorób nowotworowych. Zatrudnienie przewidziane jest w wymiarze od połowy do całego etatu. Szczegółowe warunki – do omówienia podczas osobistego spotkania. Otwarta jest także perspektywa podnoszenia kwalifikacji w obszarze medycyny paliatywnej.

Osoby zainteresowane prosimy o telefon (601-913-630; 600-085-506) lub o osobiste przybycie do Hospicjum w Nysie, ul. Sienkiewicza 9 B, w godz. 12.00 – 15.00.

Duża Praxisklinik w Zagłębiu Ruhry (Praxisklinik Sworszt, Cranegr Str. 276, 45891 Gelsenkirchen, Niemcy) poszukuje lekarza ogólnego z możliwością wieloletniego doksztalcenia i późniejszego przejścia ośrodka.

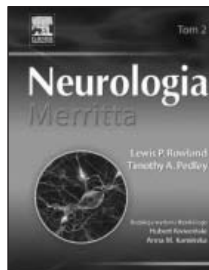
Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu zatrudni lekarza specjalistę w zakresie psychiatrii, tel. 77/541-42-43.

Sprzedam gabinet stomatologiczny wraz z zapleczem (17m² i 25m²), razem lub oddzielnie, na terenie przychodni w centrum Nysy koło szpitala. Tel. kontaktowy: 534-168-305 lub SMS na numer 696-462-555.

ultrasonografy.pl



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



Neurologia Merritta

III wydanie. Tom 3; oprac. L.P. Rowland, T.A. Pedley; wyd. III polskie, red. H.H. Kwieciński, A.M.; ISBN: 978-83-7609-527-1, format: 220x282, opr. twarda, 300 stron, cena det.: 139.00 zł, twoja cena: 125.10 zł (278 ELS pkt.)

Jest to ostatni tom, podręcznika przeznaczanego dla szerokiego kręgu odbiorców. Odda on usługi nie tylko tym, którzy rozpoczynają dopiero naukę neurologii, ale także tym, którzy zechcą poszerzyć uprzednio zdobyte wiadomości. Zawiera wyczerpujące informacje o częstych schorzeniach, z którymi stykamy się codziennie w naszej praktyce. Omówiono w nim aktualne zagadnienia nie tylko medyczne, ale także prawne i etyczne, dotyczące np. terminalnego okresu życia. Autorzy nie zapominają też o chorobach rzadkich. W tym wydaniu podręcznika pojawiły się nowe rozdziały poświęcone np. niedoborom przekazników glukozy czy zaburzeniom naprawy, transkrypcji i translacji DNA – jednostkom, które rozpoznajemy dzięki zastosowaniu najnowocześniejszych metod diagnostycznych.

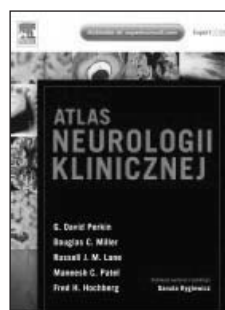
Znakomicie zaplanowany, unowocześniony układ tej edycji pozwala na szybkie odnalezienie wszystkich informacji. Waleory dydaktyczne podręcznika, uznawanego za jeden z najlepszych podręczników neurologii na świecie sprawiły, że jest on polecany w Polsce jako główne źródło wiedzy dla lekarzy przy-

gotowujących się do państwowego egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie neurologii.



Stany nagłe w położnictwie. M.R. Foley, T.H. Strong, Jr., T.J. Garite; wyd. I polskie, red. R. Dębski; ISBN: 978-83-7609-748-0, format: 186x234, opr. twarda, 360 stron, cena det.: 179.00 zł, twoja cena: 161.10 zł (358 ELS pkt.)

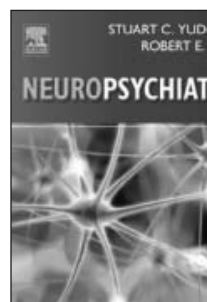
Znakomity podręcznik przeznaczony dla wszystkich praktykujących położników. Stanowi doskonałe źródło wiedzy dotyczące stanów nagłych w położnictwie. W 27 rozdziałach omówiono m.in. takie zagadnienia, jak podstawy monitoringu hemodynamicznego, krwotok poporodowy, chorobę zakrzepowo-zatorową, zator wodami płodowymi czy psychiatryczne stany nagłe w ciąży. Książka zawiera liczne algorytmy postępowania, które wskazują kierunek działania, ułatwiając lekarzowi podjęcie właściwych decyzji terapeutycznych.



Atlas neurologii klinicznej. G.D. Perkin, D.C. Miller, R.J.M. Lane, M.C. Patel, F.H. Hochberg; wyd. I polskie, red. D. Ryglewicz; ISBN: 978-83-7609-698-8, format: 220x300,

opr. twarda, 482 strony, cena detaliczna: 229.01 zł, twoja cena: 206.10 zł (458 ELS pkt.)

Atlas neurologii klinicznej to doskonała pozycja adresowana do lekarzy neurologów i neurochirurgów. Informacje w niej zawarte są niezwykle pomocne w czasie procesu diagnostycznego pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi. W książce zamieszczono prawie 2000 wysokiej jakości ilustracji, w tym 1000 kolorowych, prezentujących obraz kliniczny, histopatologiczny oraz wyniki badań obrazowych stosowanych w neurologii. Czytelnik znajdzie tu również zwięzłe opisy poszczególnych jednostek chorobowych wraz z metodami diagnostycznymi. Książka zawiera kod aktywujący dostęp na stronie www.expertconsult.com



Neuropsychiatria

S.C. Yudofsky, R.E. Hales; wyd. I polskie, red. J. Wciórka; ISBN: 978-83-7609-694-0, format: 174x252, opr. twarda, 590 stron, cena det.: 230.00 zł, twoja cena: 207.01 zł (460 ELS pkt.)

Znakomity podręcznik neuropsychiatrii przeznaczony dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie psychiatrii i neurologii. Zawarto w nim informacje dotyczące m.in. badania, obrazowania klinicznego i funkcjonalnego, psychofarmakoterapii, rehabilitacji, a także neuropsychiatrycznych aspektów urazowych uszkodzeń mózgu, zaburzeń napadów, guzów mózgu, schizofrenii czy chorób otępiennych. Publikacja ułatwia zrozumienie mechanizmów chorobowych wywołujących zaburzenia, umożliwiając

wyбір odpowiednich badań diagnostycznych i metod leczenia.



Metabolizm i żywienie. Seria Crash Course

L. Roach; wyd. I polskie, red. T. Brzozowski; Redaktor serii Dan Horton-Szar, redaktor merytoryczny Marek Dominiczak; ISBN: 978-83-7609-645-2, format: 175x254, opr. broszurowa, 280 stron, cena det.: 74.00 zł, twoja cena: 66.60 zł (148 ELS pkt.)

Podręcznik podzielono na części zawierające słownik podstawowych terminów biochemicznych, rozdziały opisujące metabolizm węglowodanów, kwasów tłuszczowych, białek i aminokwasów, kwasów nukleinowych i witamin oraz rozdziały dotyczące utrzymania homeostazy energetycznej, a także zasad właściwego żywienia i układania fizjologicznej diety całodobowej. Rozdziały wzbogacono przejrzystymi tabelami i schematami oraz zabawnymi komentarzami, mającymi pobudzać wyobraźnię i ułatwiać przyswojenie wiedzy z zakresu skomplikowanych reakcji biochemicznych zachodzących w organizmie człowieka. Ponadto informacje te uzupełniono i interesująco powiązano z wiedzą kliniczną dotyczącą najczęściej występujących zaburzeń metabolicznych u człowieka, ich genetycznych podstaw, sposobów dziedziczenia, charakterystycznych objawów klinicznych w różnych schorzeniach o podłożu metabolicznym oraz prób nowoczesnych metod ich leczenia.

Metabolizm i żywienie jest wartościowym podręcznikiem akademickim wypełniającym

lukę wydawniczą na polskim rynku z tego zakresu, który rewelacyjnie odpowiada wymogom aktualnie wprowadzanych do polskich uczelni zintegrowanych programów nauczania medycyny na podstawie połączenia nauk podstawowych z wiedzą kliniczną.



Wywiad i badanie w pediatrii. R.B. Goldbloom; wyd. I polskie, red. A. Dobrzańska; ISBN: 978-83-7609-649-0, format: 215x276, opr. broszurowa, 340 stron, cena det.: 132.00 zł, twoja cena: 118.80 zł (264 ELS pkt.)

W podręczniku przedstawiono jedno z najistotniejszych etapów procesu diagnostycznego, jakim są wywiad i badanie fizykalne pacjenta. Autorzy książki zwracają uwagę przede wszystkim na istotność komunikacji i umiejętności zbierania wywiadu, a także na właściwe przeprowadzanie badania przedmiotowego. Czytelnik odnajdzie tu również wiele cennych wiadomości dotyczących diagnostyki różnicowej. Na szczególne wyróżnienie zasługuje to, iż w podręczniku znajdują się informacje dotyczące m.in. roli dziecka w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, postępowania z pacjentem nieletnim, klinicznej oceny dziecka, które może być ofiarą przemocy, czy opieki nad dziećmi przewlekle chorymi i ich rodzinami, których czytelnik nie znajdzie w innych, podobnych publikacjach. Liczne zdjęcia i ryciny stanowią cenne uzupełnienie tej pozycji. Książka jest skierowana przede wszyst-

kim do studentów medycyny, a tak że do lekarzy rodzinnych i pediatrów.



Atlas anatomii człowieka Sobotta. Tom 1.: Ogólne pojęcia anatomiczne. Narządy ruchu

J. Sobotta; wyd. IV polskie, red. W. Woźniak, K.S. Jędrzejewski; ISBN: 978-83-7609-776-3, format: 230x314, opr. twarda, 400 stron, cena detaliczna: 119.00 zł, twoja cena: 107.10 zł (238 ELS pkt.)

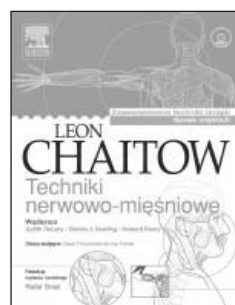
Atlas składa się z trzech tomów oraz oddzielnego zeszytu z tabelami stawów, mięśni i nerwów. Jest przeznaczony przede wszystkim dla studentów kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, fizjoterapii, ratownictwa medycznego, a także pielęgniarstwa i położnictwa. Umożliwia szybkie i rzeczowe przyswojenie wiedzy do egzaminów, kolokwium i zaliczeń. W atlasie wiedzę anatomiczną powiązano z wybranymi zagadnieniami klinicznymi mającymi duże znaczenie w późniejszej praktyce lekarskiej. Wskazane jest zatem, by towarzyszył lekarzom wszystkich specjalności, rehabilitantom, fizjoterapeutom, pielęgniarce i położnym oraz kosmetologom.

- Tom 1 Ogólne pojęcia anatomiczne. Narządy ruchu
- Tom 2 Narządy wewnętrzne klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy
- Tom 3 Głowa, szyja i układ nerwowy

Do każdego tomu załączono krótki słownik objaśniający mianą anatomiczne. Pod ryci-

nami zamieszczone są krótkie opisy anatomiczne bardzo istotne w zajęciach prosektoryjnych oraz przy powtarzaniu materiału. Ważne są także opisy rozwoju narządów oraz uwagi kliniczne, wyjaśniające przydatność anatomii w dyscyplinach klinicznych i motywujących do nauki anatomii. Wiadomości dotyczące rozwoju wyjaśniają powstawanie wad wrodzonych w poszczególnych okresach życia wewnątrzmacicznego. W niektórych działach atlasu znajdują się wskazówki dotyczące preparowania oraz tematyczne listy przeglądowe wskazujące struktury i najważniejsze informacje.

Do barwnych ilustracji anatomicznych dołączono wiele instruktywnych obrazów to-mografii komputerowej oraz magnetycznego rezonansu jądrowego, a także schematów i tabel.



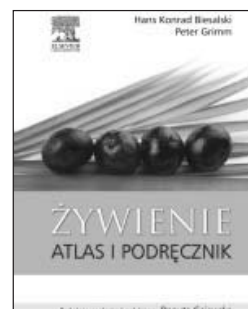
Techniki nerwowo-mięśniowe. Zaawansowane techniki terapii tkanek miękkich

L. Chaitow, J. DeLany, D.J. Dowling, H. Evans; wyd. I polskie, red. R. Gnat; ISBN: 978-83-7609-621-6, format: 190x245, opr. broszurowa, 356 stron, cena det.: 159.00 zł, twoja cena: 143.10 zł (318 ELS pkt.)

Publikacja jest skierowana do studentów fizjoterapii, praktykujących fizjoterapeutów i masażystów, specjalistów terapii manualnej, osteopatów i chiropraktyków. Polecana jest też wszystkim, którzy w swojej praktyce klinicznej zajmują się

badaniem i leczeniem tkanek miękkich oraz przewlekłych dolegliwości bólowych.

W książce m.in.: • omówienie podstaw teoretycznych różnych technik nerwowo-mięśniowych, • zasady diagnozowania, • wady i zalety europejskich oraz amerykańskich TNM, • zasady łączenia TNM z masażem tajskich, • płyta DVD w języku angielskim z praktyczną prezentacją technik.



Żywnienie. Atlas i podręcznik. H.K. Biesalski, P. Grimm; wyd. I polskie, red. D. Gajewska; ISBN: 978-83-7609-653-7, format: 137x172, opr. broszurowa, 350 stron, cena det.: 123.00 zł, twoja cena: 110.70 zł (246 ELS pkt.)

Książka obejmuje w formie zwartej, ale kompletnej i przejrzystej całość, według dzisiejszego stanu wiedzy, nauki dotyczącej podstaw wiedzy o żywieniu człowieka. Tekst ilustrują liczne tabele i wykresy. Jest to poradnik encyklopedyczny niezbędny dla studentów Wydziałów Nauk o Żywieniu Człowieka, dietetyków klinicznych, a także specjalistów w zakresie żywienia człowieka, tj. tych wszystkich, którzy zajmują się poradnictwem, udzielaniem pomocy innym poprzez szerzenie prawidłowego żywienia, korygowaniem nieprawidłowych zachowań żywieniowych, a dzięki temu mają swój udział w zapobieganiu rozwojowi chorób uwarunkowanych żywieniowo.

Ze słowa wstępnego

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

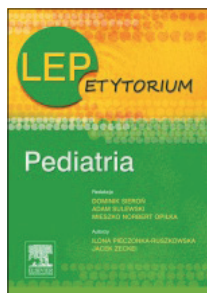
WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

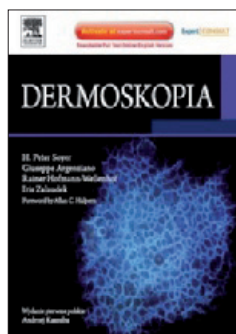
ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X

I. Pieczonka-Ruszkowska, J. Zeckei; wyd. I, red. D. Sieroń, A. Sułewski, M.N. Opółka; ISBN: 978-83-7609-637-7, format: 146x204, opr. broszurowa, 232 strony, cena det.: 49.00 zł, twoja cena: 44.10 zł (98 ELS pkt.)

Książka zawiera nie tylko niezbędne informacje do przygotowania się do egzaminu LEP, lecz także stanowi zwięzłe źródło wiedzy niezbędnej w codziennej praktyce lekarza rodzinnego i potrzebnej lekarzowi w trakcie specjalizacji z zakresu pediatrii.




H.P. Soyer, G. Argenziano, R. Hofmann-Wellenhof, I. Zalaudek; wyd. I polskie, red. A. Kaszuba; ISBN: 978-83-7609-615-5, format: 190x245, opr. twarda, 226 stron, cena det.: 159.00 zł, twoja cena: 143.10 zł (318 ELS pkt.)



Książka jest nie tylko atlasem dermoskopii zawierającym doskonałej jakości obrazy, ale również, dzięki praktycznym komentarzom, podręcznikiem spełniającym wszystkie kryteria dydaktyczne. Wspaniały pomysł z wykorzystaniem „sygnalizacji świetlnej” przy ocenie każdego obrazu zmusza do dłuższej refleksji nad nim i ułatwia zapamiętywanie szczególnie tych najgroźniejszych przypadków. Należy podkreślić, iż kolekcja obrazów dermoskopowych zawartych w książce jest imponująca, nie tylko pod względem ilości, ale także jakości i różnorodności prezentowanych przykładów. Wszystko to daje dermatologowi wyjątkowe możliwości dalszego praktycznego doskonalenia umiejętności i nauki oceny obrazów dermoskopowych, a jednocześnie zachęca do szerszego stosowania badania w praktyce klinicznej.

• *Kolorowe zdjęcia zmian barwnikowych*
• *Kryteria diagnostyczne*
• *Opisy najczęstszych zmian barwnikowych.*



Z przedmowy do wydania polskiego

R. Adam, C. Cebollero; wyd. I polskie, red.
J. Jakubaszko; ISBN: 978-83-7609-716-9, format: 840x140, opr. broszurowa (spiralna), 150
stron, cena det.: 65.00 zł, twoja cena: 58.50 zł
(130 ELS pkt.)

Intensywna terapia pacjenta w czasie transportu stawia szczególne wymagania wobec zespołu ambulansu. Wynika to nie tylko ze szczególnych potrzeb zabezpieczania i podtrzymywania funkcji życiowych poszkodowanych osób, przy ograniczonych możliwościach terapeutycznych w porównaniu z warunkami szpitalnymi, ale również z wymagań czasowych. RAPID. Intensywna terapia w trakcie transportu jest zbiorem zwięzłych informacji odnoszących się do tak istotnych zagadnień, jak wspomaganie lub kontrola oddechu pacjenta, szybkie obliczanie zasobów tlenu dostępnych w butlach transportowych, trafna interpretacja parametrów monitorowania układów krążenia i oddechowego. Bardzo istotne jest również przedstawienie podstawowych leków interwencyjnych, tabel przeliczeniowych dawek i szybkości wlewów oraz omówienie niepożądanych objawów ubocznych.

- Parametry i zabezpieczenie funkcji życiowych
- Dawki leków
- Algorytmy postępowania

Ze wstępu do wydania polskiego



C. Klimczak; wyd.

III polskie, red. A. Szyszka; ISBN: 978-83-7609-777-0, format: 168x238, opr. broszurowa, 220 stron, cena det.: 98.00 zł, twoja cena: 88.20 zł(196 ELS pkt.)

Dr Klimczak dzieli się z Czytelnikiem swoim olbrzymim doświadczeniem, nie skąpiąc wielu przydatnych w codziennej praktyce rad, których trudno szukać w innych pozycjach echokardiograficznych. Warto podkreślić, że w czasach doplerotankowego, echokardiografii trójwymiarowej dr Klimczak nie zapomina o „starej”, ale także przydatnej prezentacji jednowymiarowej, która obecnie wzbogacona prezentacją anatomiczną i zakrzywioną przeżywa drugą młodość. Książka zawiera wiele starannie dobranych ilustracji, a liczne przydatne informacje zebrano w postaci przejrzystych tabel oraz schematów.

Autor ma wyjątkowy dar pisania o trudnych zagadnieniach prosto i zrozumiale i dlatego jego najnowsza pozycja powinna znaleźć się w ręku każdego lekarza zaczynającego swoją przygodę z echokardiografią. Doświadczeni echokardiografisci również znajdą w książce wiele ciekawych spostrzeżeń autora.

Z przedmowy do wydania polskiego

Książka posiada dodatkowe materiały wideo dostępne po wpisaniu kodu ze zdrapki znajdującego się w książce.

* * *

TERMEDIA sp. z o.o.

61-615 Poznań, ul. Kleeberga 2,

tel./faks: 61/656-22-00

e-mail: ksiazka@termedia.pl

Książka do nabycia na www.termidia.pl

Kompendium postępowania w nowotworach wątroby pod redakcją Krzysztofa Simona i Krzysztofa Krzemienieckiego; ISBN: 978-83-62138-87-6, format: A5, oprawa: miękka, 88 stron, cena: 52.50 zł (w tym VAT 5%)



W wielu krajach świata, także w Polsce, obserwuje się zwiększenie liczby zachorowań i zgonów z powodu pierwotnych nowotworów wątroby.

Wydaje się, że wynika to ze starzenia się populacji zakażonej wirusami hepatotropowymi, narastania liczby czynników rakotwórczych w środowisku oraz zachowań sprzyjających kancerogenezie. Książka pt.: *Kompendium postępowania w nowotworach wątroby* pod redakcją Krzysztofa Simona i Krzysztofa Krzemienieckiego to niezmiernie potrzebna na rynku wydawnictw medycznych obszerna publikacja poruszająca najważniejsze zagadnienia chorób onkologiczno-hepatologicznych. Autorzy publikacji, na co dzień pracujący jako onkolodzy, lekarze chorób zakaźnych czy hepatolodzy przedstawiają najnowsze trendy w diagnostyce i terapii nowotworów wątroby.

Książkę można zamówić:

www.termedia.pl; dzwoniąc 61 656 22 00,
ksiazka@termedia.pl



• *Grzywa* •

• GRAY • Sobotta



www.elsevier.pl



do każdego zestawu
KOSZULKA GRATIS!



Anatomia Grzy Podręcznik dla Studentów. Tom 1-3

Anatomia Grzy Pytania i Odpowiedzi. Tom 1-3

206,50 zł

Atlas anatomiczny i cyfrowy Sobotta 4.3

107,50 zł

Atlas anatomiczny i cyfrowy Sobotta 4.3

107,50 zł

Atlas anatomiczny i cyfrowy Sobotta 4.3

107,50 zł

Atlas anatomiczny i cyfrowy Sobotta 4.3

107,50 zł

Atlas anatomiczny i cyfrowy Sobotta 4.3

107,50 zł

Pracownia ważna do 15 września 2012

www.elsevier.pl

zamówienia:

[tel. 042 680 44 09](tel:0426804409); [fax 042 680 44 36](tel:0426804436); [e-mail: zamowienia@elsevier.com](mailto:zamowienia@elsevier.com)

WPS Spółka Gospodarczo Własności w Wydziale Gospodarczym w 0000120353, NIP: 896 001 39-48, Księga zakładowy 7 023 000 PLN

wyłączny autoryzowany dystributor sprzętu medycznego



GE Healthcare



Dyrektor Handlowy



Kazimierz Polarczyk
+48 609 333 288

Ultrasonografy & Echokardiografy



Mariusz Piątek
+48 665 993 400



Aleksander Kondera
+48 693 818 040



Tomasz Zymek
+48 697 333 117

Radiologia



Roman Spachowski
+48 503 018 081



Artur Elias
+48 512 430 404

Serwis i Densytometria



Marcin Brzeziński
+48 605 993 400



Arkadiusz Orlak
+48 605 993 450

Wiosenna Rewolucja Cenowa GE Healthcare

INFOLINIA

+48 32 251 18 35

+48 609 333 288



ul. Sowińskiego 50
40-018 Katowice

sprzedaz@gemed.info.pl



www.gemed.pl