



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Luty 2020

ISSN 1426-661X

Nr 279

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Jerzy Lach

DOKTORSKIE KŁY

Pisarze lubią zaglądać w zęby. Szczególnie, gdy ich własne wymykają się pojęciu piękna. Jeśli rozchwierutane - sterczą na boki, zbutwiałe - gniją, liche - kruszą się, spróchniałe - gubią fasady, a wygryzione - pokazują bebechy.

Balzak był *tęgi, krępy, czarne włosy w nieładzie, duże usta, zepsute zęby* – wymknęło się jego znajomemu z lat młodości. Stefan Zweig dopowiadał: *Na dodatek [miał Honore zęby] oślinione szybkim mówieniem. Toteż w odwecie za kaprys natury, włożył w usta swoich postaci, wątpliwe uzębienie. Matka Eugenii Grandet odsłaniała zęby czarne i rzadkie. Lichwiarka Nourisson, jedna z „Bezwiednych aktorek”, zostawiała Gazonala przerażonego [...] jej pięcioma żółtymi zębami, które pokazywała usiłując się uśmiechnąć. Prawie wszyscy mieszkańcy „Pensjonatu domowego dla obojga płci i innych”, prowadzonego przez panią Vauquer, tę samą, co chciała usidlić „Ojca Goriota”, posiadali ciała o mocnej budowie, organizmy, które oparły się burzom, twarze zimne, twarde, wytarte na kształt wyszłych z obiegu talarów. Zwiędłe usta, zbrojne były chciwymi zębami.*

Tomasz Mann również wziął na ząb swoich bohaterów: *miał pan Spinell sklepioną, porowatą wargę górną, rzymskiego typu, wielkie, spróchniałe zęby* – czytamy w „Tristanie”, *lśniące białe i nieco rozstawione zęby* dodawały uroku panie Reiner z „Pajaca”, *wargi* [Fryderyka ze „Śmierci w Wenecji”] *zdawały się zbyt krótkie, nie osłaniały zębów, które, obnażone aż do dziąseł, sterczały białe i długie.*



W powieściach Manna zęby zazębiają się z przeznaczeniem, wikłają koleje życia, wgrzyzają się w teraźniejszość, mogą nawet przypieczętować los. Tomasz Buddenbrook umarł po wyrwaniu trzonowca.



Za to malarzom zawsze coś w zębach zgrzytało. Starożytni, którzy tak chętnie rozbierali do rosołu Achillesów i Dianę, nie wiedzieli, jak ugryźć zęby. Pewnemu Grekowi zachciało się jednak odsłonić to i owo. I namalował Meduzę. Na wazie z 480 roku przed Chrystusem najmłodsza z gorgon wywała jęzor w szyderczym uśmiechu, podwija wargi i pokazuje osiem górnych siekaczy. Ma ich dwa razy więcej niż zwykły śmiertelnik!

Średniowiecze na dobre zamknęło portretom usta. Tylko diabły, czorty i demony rozdziawiają gęby. Żaden szanujący się bogobojny zębów nie suszy. Trudno się zresztą dziwić. Święte obrazy z tamtego okresu pokazują nader często sceny tortur, a katusze raczej nie śmieszą, szczególnie skazanych na nie delikwentów.

Aż do początków XX wieku zęby traktowano jak wstydlive kiszki albo nerki, porządny człowiek nie pokazuje ich bez arcyważnego powodu. Aż wreszcie w 1910 roku Egon Schiele namalował siebie z bezwstydnie wywinętymi wargami. Niesmaczne! – oszacowały wiedeńskie matrony zasłaniając córeczkom oczęta. Ale zębate koło potoczyło się już z zawrotną szybkością

Gdy w 1924 roku Otto Dix dostał zlecenie na portret ówczesnej sławy - Sylwii von Hardeni, postawił właśnie na zęby. Nieźle się napracował dopieszczając wielkie, kanclaste siekacze. Wytrwale równał je jak sztachety, fugował szpary, klepał styki i pędzlem - w zastępstwie dentystycznej szlifierki, tępił ostre krawędzie. Potem ząb po zębie nakładał biele i przyprószał nikotynową żołąć. Bo dziennikarka nałogowo paliła, skręt za skrętem.

Dziś kamery łowią zatrzymane ósemki, reklamy krzyczą sztucznie wywinętymi wargami, gwiazdeczki chcą dorównać gwiazdom i na potęgę równają zgryzy. Zęby są harde i niedyskretne, ujawniają skrywane namiętności. Palacz tytoniu obnaża poczerwiałe jedynki. Wyświechtane zdradzają giełdowego gracza - zjadł zęby na spółkach i skarbach. Ten, co zgrywa kozaka, ma zęby stępione na licznych bójkach i przepychankach. Opiumista miewa luki w pamięci i w szczękach, intendent połamał kły na zamówieniach, a dobrze zapowiadający się urzędnik ma ściśnięte i zęby i krawat. Wzięty krawiec cieszy się uśmiechem prosto spod igły, partacz zaś nosi przeniecony garnitur zębowy, inżynier lutuje stare przęsła w mostach, melancholik pędzuje afity, choleryk wyostrza gingiwity. Opancerzone zęby ma nastolatka, ścięte równo przy dziąsłach ukrywa milczący wdowiec, rozchwierutane gubi niezrównany piechur, wyleniale oblizuje lizus. Doktorom przydadzą się ostre kły, niekiedy trzeba się odgryźć.

Agnieszka KANIA

Ilustracja: Otto Dix – Portret dziennikarki Sylwii von Harden



No więc mamy wreszcie ten Nowy 2020 Rok. Co nam przyniesie?? Jak na razie ochrona zdrowia (nie znoszę określenia „służba zdrowia”, bo nie jestem niczym służącym) pełną parą prze w tajemniczą e-krainę! Zastanawiam się tylko, czy nie nazbyt pośpiesznie i bez oglądania się na przeszkody? Jak świadczą o tym pierwsze doświadczenia choćby z e-receptami nie jest aż tak różowo, jak tego chce w swojej wypowiedzi Pan Minister (patrz wnętrze Biuletynu). Mam nadzieję, że pomimo wzrostu stawek za prąd nie będziemy mieli jego wyłączeń oraz różnych problemów z komunikacją z odpowiednimi serwerami,

które „wywalą w powietrze” komputery i ich programy). Chyba jednak się czepiam!

No więc już bez zbytniego marudzenia zapraszam wszystkich do lektury najnowszego numeru Biuletynu, w którym znajdziecie przede wszystkim ważny materiał o ubezpieczeniu OC na bieżący rok. Poza tym mieliśmy po raz kolejny temat e-recept i najbliższej przyszłości w naszej branży.

Sporo jest materiałów z naszego opolskiego podwórka – co mnie bardzo cieszy. Zwłaszcza, że ich autorzy mogą się trochę pochwalić swoimi dokonaniem!

Życząc miłej lektury rozstajemy się na miesiąc.

Jerzy B. LACH



Koleżanki i Koledzy!

Początek roku za nami, a my wszyscy tkwimy po uszy w elektronicznym Armagedonie... Wszystko miało sprawnie działać, a tym czasem borykamy się ze sprawnością elektronicznych systemów. I nie chodzi tu tylko o e-recepty, ale także o rejestr BDO i wpisy do niego. Zamiast odbiurokratyzować naszą działalność w praktykach, przybywa nam stale obowiązków. Kto sam musi to prowadzić, to wie o czym piszę. Coraz mniej mamy czasu dla naszych pacjentów, coraz więcej obowiązków. W rozmowach z lekarzami seniorami, którzy wciąż jeszcze pracują, stale przewija się temat, że chcą zamknąć działalność, bo wszystko to ich przytłacza. Czym to grozi - wiemy doskonale.

Wracając do e-recept. Ministerstwo Zdrowia podało, że na dzień 7 stycznia 2020 r. 63 mln e-recept otrzymało ponad 10 mln polskich pacjentów, a ponad 81 tys. lekarzy w Polsce je wystawiło. Rzecznik resortu zdrowia Wojciech Andrusiewicz przekazał także dane, z których wynikało, że najwięcej lekarzy wystawiających e-receptę (ok. 40 tys.) było w grupie 40-65 lat. Ponad 500 lekarzy to lekarze w przedziale wiekowym 80-91lat. Co ważne, w określonych przypadkach nadal można wystawiać recepty w wersji papierowej. Dotyczy to m. in. recept *pro auctore i pro familiae*, a także wszystkich przypadków związanych z brakiem dostępu do systemu e-zdrowie, np. awaria systemu lub brak dostępu do Internetu.

SZPALTA PREZESA

Jeśli chodzi o rejestr BDO (dotyczy lekarzy-przedsiębiorców wytwarzających odpady), to zgodnie z ustawą o odpadach, wszyscy, którzy wytwarzają odpady, mieli być od 1 stycznia 2020 r. zarejestrowani w BDO (Bazie Danych o Odpadach) i bez tej rejestracji nikt nie mógłby odebrać z Twojej praktyki wytworzonych odpadów. Dodatkowo, potwierdzenia karty przekazania odpadów miały być generowane elektronicznie w systemie i najlepiej ad hoc. Miały, ale... Otóż okazało się na dzień 31 grudnia 2019 r., że w systemie jest zarejestrowanych nieco ponad 170 tys. przedsiębiorców (dotyczy to każdego wytwarzającego odpady), a powinno być dwa razy tyle, więc wszystko wskazywało na to, że po 1 stycznia 2020 r. Polska pogrąży się w „śmieciowym” chaosie. 9 stycznia br. Sejm uchwalił nowelizację ustawy o odpadach i ustawy o utrzymaniu czystości i porządku w gminach, które zezwalają na prowadzenie papierowej ewidencji odpadów do 30 czerwca 2020 r. Nowela nakłada na nas w tym przypadku (prowadzenia papierowej ewidencji odpadów przez ½ roku) obowiązek wprowadzenia tych danych do BDO najpóźniej do 31 lipca 2020 r.

W tym wydaniu Biuletynu znajdziecie też obszerny materiał dotyczący ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w 2020 r. Są pewne nowości, więc zachęcam do lektury.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

OSTATNIE DWA W 2019 ROKU POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 27 listopada odbyło się przedostatnie tegoż roczne posiedzenie Rady Okręgowej. Jak zawsze prowadziła je Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, a debatowano nad następującymi sprawami.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o wpisanie na listę członków naszej Izby w związku z przeniesieniem:

- lek. Małgorzata Siemińska - przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej,
- lek. Hanna Świnder - przeniesienie z Warszawskiej Izby Lekarskiej.

Uchwały w obu sprawach podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie po-dyplomowe lekarzy

Optima Medycyna SA przeprowadzi w Opolu szkolenie pt. „Wybrane zagadnienia w praktyce lekarza POZ” - przyznano 5 pkt. edukacyjnych.

Firma MEDITRAN Sp. z o.o. z siedzibą w Kielcach, zarejestrowana w NRL informuje o kursie medycznym pt. „Estetyka bez kompromisów”.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Do Rady złożono 6 wniosków o wykreślenie z rejestru praktyk lekarskich - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynęły 4 wnioski o przyznanie zapomogi bezzwrotnej - uchwały podjęto jednogłośnie.

Lek. Natalia Pelczar złożyła wniosek o dofinansowanie Turnieju Tenisowego VitalMedicCup lekarzy, który odbędzie się w sierpniu 2020 r. Rada podjęła jednogłośnie uchwałę o dofinansowaniu Turnieju kwotą 2.000 PLN.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor 116 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Opolu skierował do Rady prośbę o wyznaczenie przedstawicieli izby do komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Reumatologicznego. Rada podjęła jednogłośnie decyzję o wyznaczeniu do niej następujących lekarzy:

- lek. Małgorzaty Falenty-Hitnarowicz,

- dr n. med. Jarosława Mijasa.

Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich

Prezes odczytała pisma od Wojewody, w których informuje Radę Okręgową o odwołaniu dr n. med. Józefa Bojko z funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Nowym kandydatem Wojewody na to stanowisko jest dr Janusz Molinkiewicz. Prezydium zarekomendowało Radzie tę kandydaturę, a Rada jednogłośnie pozytywnie oceniła nowego kandydata na to stanowisko.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

W związku z nieosiąganiem przychodów złożono 13 wniosków o zwolnienie z płacenia składek - Rada jednogłośnie podjęła uchwały w tych sprawach.

Sprawozdanie z Konwentu Prezesów ORL i posiedzenia NRL

Prezes zrelacjonowała posiedzenie Konwentu Prezesów izb lekarskich z dnia 21 listopada oraz Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 listopada, na których poruszono następujące sprawy:

- konieczności podpisania nowej umowy z firmą LTC, która ma poprawić system informatyczny NIL i OIL;
- zabezpieczanie dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności praktyki lekarskiej z powodu śmierci lekarza;
- postępy w działaniu w sprawie delegalizacji Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach „Stop Nop”;
- propozycje ujednolicenia zwolnień ze składek członkowskich w izbach lekarskich oraz problem egzekwowania kar pieniężnych związanych z ich niepłaceniem;
- obowiązkowych szkoleń prowadzonych dla lekarzy w trakcie specjalizacji i problemach ich finansowania przez poszczególne izby (tylko 6 izb na 24 organizuje takie szkolenia – m.in. nasza izba);
- stanowisko NRL z dn. 22 listopada 2019 r. w sprawie wprowadzenia e-recept, które mówi o możliwości wystawiania recepty w wersji papierowej przy braku dostępu (szeroko pojęta definicja) do Systemu Informacji Medycznej;
- zła sytuacja stomatologii w Polsce.



Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Kol. Smerkowska-Mokrzycka poinformowała, że złożyła wniosek o nadanie medalu „Hominem Inveni” dla dr Janusza Cholewińskiego.

Prezes powtórnie przypomniała o II Interdyscyplinarnej Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej, której nasza izba jest współorganizatorem (wraz z Izbą Adwokacką w Opolu).

Kol. Błaszczuk przekazał informacje dotyczące lekarzy POZ. Otóż w związku z rozwojem cyfryzacji usług zdrowotnych ukazało się w listopadzie zarządzenie Prezesa NFZ nr 154/2019 w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta. Po wprowadzeniu go w życie, personel pracujący w POZ będzie mógł potwierdzać Profil Zaufany swoich pacjentów, a tym samym pomagać zakładać Indywidualne Konta Pacjenta. Jest to o tyle ważne, że posiadanie IKP jest niezbędne, aby móc bez przeszkód korzystać z wszelkich udogodnień związanych z cyfryzacją usług zdrowotnych. M.in.:

1. Pozwala przysyłać pacjentowi e-recepty za pomocą SMS lub/i za pomocą maila, co w określonych przypadkach pozwoli na przepisywanie recept bez konieczności wizyty w przychodni.
2. Pozwala na bieżąco śledzić historię wypisanych i realizowanych recept oraz wizyt (i ich kosztów) w publicznej ochronie zdrowia.
3. Pozwala udostępnić określonym lekarzom tę wiedzę.
4. Pozwoli w najbliższym czasie procedować działania związane z e-skierowaniem.
5. Gromadzić w niedługim czasie historię choroby pacjenta.

Na razie przewiduje się zakładanie IKP dla 10% zadeklarowanych pacjentów, ale w niedługim czasie wielu pacjentów będzie się nim posługiwać.

W dniu 18 grudnia odbyło się ostatnie już w 2019 r. posiedzenie Rady Okręgowej. Prowadziła je ponownie Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły trzy wnioski o wpisanie na listę członków Izby w związku z przeniesieniem:

- lek. Jerzy Kilijan - przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach,
- lek. Rafał Matusik - przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu,
- lek. dent. Maciej Warnecki - przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu,

oraz jeden wniosek lek. Olgi Szewczak, która ukończyła Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny i spełniła wszystkie wymogi celem odbycia stażu podyplomowego. Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Kol. Latała zrelacjonował ostatnie posiedzenie Opolskiego Oddziału PTS, na które zaproszona została prof. dr hab. n. med. Ingrid Różyło-Kalinowska - Kierownik Samodzielnej Pracowni Propedeutyki Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej UM w Lublinie, a jednocześnie Prezydent Europejskiej Akademii Radiologii Części Twarzowej Czaszki.

Kol. Jakubiszyn zrelacjonował spotkanie z obchodów Dnia Aptekarza zorganizowanych przez Izbę Aptekarską w Opolu.

Kol. Błaszczuk przekazał informacje o imprezie artystycznej „Tony Zdrowia”, która odbyła się w Opolu. Konferencja naukowa i część artystyczna zdobywają coraz większą popularność (w tym roku uczestniczyło w niej około 300 osób), a gościem specjalnym był zespół muzyczny lekarzy z USA, którzy zagrali wspólnie z zespołami naszej Izby.

Kol. Łuszczyńska-Ostrowska zgłosiła wniosek o przyznanie 10 wyróżnień „Prymariusza Opolskiego” w 2020 r. z okazji obchodów 30-lecia Opolskiej Izby Lekarskiej. Po burzliwej dyskusji (przy 7 głosach za, 6 głosach przeciwnych i 1 głosie wstrzymującym) podjęto Uchwałę w tej sprawie.

Kol. Kudyba poinformował, że w dn. 14 grudnia br. odbędzie się kolejne spotkanie opłatkowe Kolegów Emerytów.

Na zakończenie podjęto Uchwałę w sprawie terminów posiedzeń Rady i jej Prezydium na I półrocze 2020 r.

Wobec wyczerpania programu spotkania, na tym posiedzenie zakończono.

*Sekretarz ORL
lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA
Prezes ORL*

lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru wykreślono z powodu śmierci lekarzy trzy praktyki lekarskie - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynął jeden wniosek o bezzwrotną zapomogę, która przyznano jednogłośnie.

Ponadto dr n. med. Kazimierz Drosik – Prezes Fundacji „Tony Zdrowia” złożył wniosek o dofinansowanie udziału zespołów Reanimators New i Reanimators Classic w Ogólnopolskim Festiwalu Lekarskich Zespołów Rockowo-Blusowych, który odbędzie się w 2020 r w Olsztynie





w kwocie 5.000 zł. Także i tutaj Rada podjęła jednogłośnie uchwałę o ujęciu takiej kwoty w projekcie preliminarza na 2020 r.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brak wniosków

Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich

Prezes odczytała pismo Wojewody Opolskiego informujące o upływie kadencji i chęci ponownego powołania na Konsultantów Wojewódzkich:

- dr n. med. Katarzyny Sznajder w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz
- dr n. med. Jarosława Mijasa w dziedzinie Pediatrii.

Rada pozytywnie zaopiniowała obie kandydatury.

Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

Rada jednogłośnie podjęła uchwałę w sprawie zwolnienia z opłacania składek przez 1 lekarza w związku z nieosiąganiem dochodów.

Sprawozdanie z posiedzeń Konwentu Prezesów ORL i NRL

Prezes zrelacjonowała posiedzenie Konwentu Prezesów OIL w dniu 6 grudnia 2019 r. Odczytała fragmenty pisma Prezesa NIL, które skierował on do Dyrektora ZUS, a będące wynikiem licznych zgłaszanych przez lekarzy nieprawidłowości w działaniu systemu e-zwolnień i jego częstych awarii przy ich wystawianiu.

Ponadto kol. Smerkowska-Mokrzycka odczytała pismo z Ministerstwa Zdrowia z dnia 11 grudnia 2019 r., które informuje o możliwości wystawiania przez lekarzy recept w wersji papierowej po dniu 8 stycznia 2020 r. bez sankcji karnych wobec lekarzy, w przypadku awarii systemu lub innych przeszkód uniemożliwiających dostęp do Internetu. Pismo to jest wynikiem rozmów Konwentu z Podsekretarzem Stanu w MZ Januszem Cieszyńskim w dniu 6 grudnia 2019 r. (do zapoznania na stronie internetowej Izby).

Na posiedzeniu Konwentu poruszono również problem dotyczący obowiązkowych szkoleń dla lekarzy. Okręgowe izby lekarskie, które prowadzą takie szkolenia chcą rozmów w NIL dotyczących kwestii dofinansowania tych kursów, ponieważ udział w nich biorą lekarze z całej Polski.

Z kolei kol. Jakubiszyn zrelacjonował posiedzenie NRL z dnia 7 grudnia, na którym poruszono następujące problemy:

- zakup nowej siedziby NIL,
- podniesienia zwrotu kosztów uczestnictwa w posiedzeniach Naczelnej Rady Lekarskiej, komisji problemowych i spotkaniach organizowanych przez NIL.

Druga część posiedzenia odbyła się w Teatrze Polskim w Warszawie, gdzie podczas Gali 30-lecia Samorządu Lekarskiego m.in. wręczono Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” naszym kolegom: dr Stanisławowi Kowarzykowi i dr n. med. Zbigniewowi Kuzyszynowi.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Prezes zrelacjonowała spotkanie Rady Społecznej OOW NFZ, na której poruszano następujące kwestie:

- od 1 kwietnia 2020 r. OOW NFZ będzie funkcjonował w nowej siedzibie przy ul. Ozimskiej w Opolu,
- w każdym Oddziale NFZ będą działały tzw. Kioski Profilaktyczne,
- uruchomienie punktów obsługi klienta w miastach powiatowych: jest już w Nysie, a następne planowane są w Namysłowie i Kędzierzynie-Koźlu.

Kol. Błaszczuk przekazał informacje ze spotkania z Marszałkiem Województwa, które dotyczyło wizji Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego w latach 2021-2030. Plany rozwoju gospodarczego i strukturalnego będą analizowane w najbliższym okresie. Obecny plan strategii obowiązuje do końca 2020 r.

Kol. Latała zrelacjonował ostatnie posiedzenie Opolskiego Oddziału PTS z dn. 14 grudnia, na którym referat pt. „Owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej - przyczyny i postępowanie terapeutyczne” wygłosiła prof. dr hab. n. med. Małgorzata Radwan-Oczko - Dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego, kierownik Katedry i Zakładu Patologii Jamy Ustnej UM we Wrocławiu.

Wolne wnioski

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dr n. med. Wojciech Derkowski poruszył problem jednego z lekarzy pracujących na terenie województwa opolskiego, dotyczący nieprawidłowości w wystawieniu zwolnień lekarskich temu samemu pacjentowi (dłuższe zwolnienie i na tę samą jednostkę chorobową). Kol. Jakubiszyn zapozna się z tym problemem i ewentualne uwagi przekaże na kolejnym posiedzeniu Rady.

Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka poruszyła kwestię nadsyłanych do Rady Okręgowej pism lekarzy pediatrów, sygnalizujących nakładanie na nich przez NFZ kar finansowych w związku z wystawianiem przez tych lekarzy zleceń na preparaty mlekozastępcze, realizowanych z innym poziomem odpłatności niż przysługujący dziecku. Po długiej dyskusji Rada podjęła Apel (patrz poniżej) do OOW NFZ o zaniechaniu nakładania kar finansowych na lekarzy przez NFZ i zdjęcia z lekarzy obowiązku oznaczania stopnia refundacji leków, który zostanie przesłany do Dyrektora OOW NFZ, do NIL i do wszystkich izb okręgowych. Treść Apelu na stronie internetowej naszej Izby.

Kol. Martyniszyn zaprosił wszystkich chętnych do udziału w Balu Lekarza, który odbędzie się 11 stycznia



2020 r. w Kluczborku. Z kolei Prezes apelowała o wzięcie udziału w Charytatywnym Balu Prezydenta m. Opola, Adwokata i Lekarza, który odbędzie się w dniu 1 lutego 2020 r. (szczegóły na stronie internetowej Izby, a zapisy w Sekretariacie Izby Lekarskiej).

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

APEL

Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

z dnia 18 grudnia 2019 r.

do Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Okręgowa Rada Lekarska w Opolu apeluje do OOW Narodowego Funduszu Zdrowia o zaniechanie roszczeń finansowych w stosunku do lekarzy, którzy ordynowali preparat leczniczy Neocate LCP.

Preparat ten służy wyłącznie do leczenia chorych dzieci, dotkniętych ciężką alergią na białka mleka krowiego oraz złożoną nietolerancją białek pokarmowych i z medycznego punktu widzenia nie jest przeciwwskazany u pacjentów powyżej 1 roku życia. Wiek dziecięcy to specyficzny okres, gdzie przestrzeganie zaleceń i właściwe prowadzenie terapeutyczne małego pacjenta rzutuje na całe jego życie. Lekarze pediatri niejednokrotnie podkreślali, że wytyczenie granicy wiekowej, wyznaczającej stopień refundacji jest w tych przypadkach po prostu niemożliwe, gdyż niejednokrotnie mamy do czynienia z pacjentem, w stosunku, do którego aktualny stan kliniczny wymusza kontynuację leczenia preparatem Neocate LCP powyżej 1 roku życia.

Wierzimy, że żaden lekarz nie zaryzykuje zdrowia swojego pacjenta z żadnych pobudek, a tym bardziej finansowych. Wytworzona obecnie atmosfera wokół sprawy karania lekarzy za ordynowanie preparatu Neocate LCP powyżej 12 miesiąca życia zwiększy lęk przed zapisywaniem preparatu wśród pediatrów i sprawi, że ucierpią na tym mali pacjenci, gdyż nikt nie będzie chciał przedłużyć leczenia bez aktualnego zaświadczenia od specjalisty w obawie przed sankcjami, a obecnie termin oczekiwania do alergologa wynosi średnio 12 miesięcy.

Izba Lekarska od dawna wnioskuje o zdjęcie z lekarzy obowiązku oznaczania na receptę stopnia refundacji leków z uwagi na obciążenie pracą, wynikające ze znacznych niedoborów kadrowych, natomiast utrzymywanie tego stanu i uporczywe penalizowanie karami finansowymi lekarzy zamiast kompleksowej naprawy systemu, sytuację kadrową jedynie pogorszy.

W związku z tym, apelujemy o rozwiązanie istniejącego problemu lekarzy ordynujących preparat Neocate LCP w taki sposób, by nie ucierpiało na tym interes pacjenta poprzez dalsze pogorszenie dostępności do właściwej opieki lekarskiej.

Sekretarz ORL

lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

DWA OSTATNIE W 2019 ROKU SPOTKANIA STOMATOLOGÓW



W dniu 25 listopada 2019 r. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej, na którym poinformowano, o istotnym przepisie przejściowym w Prawie Atomowym (Dz. U. 2019.1593 z 2019.08.23), w którym mowa jest m.in. o tym, że kierownicy jednostek organizacyjnych:

- w terminie do 6 miesięcy od dnia wejścia ustawy dostosują kwalifikacje pracowników narażonych na promieniowanie;
- przeprowadzą szkolenia pracowników w tej sprawie;
- w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy przeprowadzą ocenę narażenia osób z ogółu ludności, o której mowa w ustawie;
- w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie ustawy dostosują programy zapewnienia jakości do wymagań zawartych w przepisach w/w ustawy.

W/w ustawa weszła w życie 23 września 2019 r.

Komisja przypomina o konieczności od 1 stycznia 2020 r. codziennego podawania harmonogramu przyjęć przez podmioty mające umowę z NFZ.

Komisja prosi wszystkich prowadzących własne działalności gospodarcze o zapoznanie się z artykułem dotyczącym zakupu sprzętu lub faktur za usługi budowlane na naszej stronie OIL pt.: „Uwaga Lekarze-Przedsiębiorcy”.

W związku ze zbliżającymi się Świętami Bożego Narodzenia członkowie Komisji Stomatologicznej składają wszystkim Koleżankom i Kolegom oraz ich najbliższym życzenia: dużo śniegu, uśmiechu, pogody ducha, wspaniałych chwil spędzonych w ciepłej, rodzinnej atmosferze oraz samych szczęśliwych dni w nadchodzącym roku oraz szampańskiej zabawy sylwestrowej.

Sekretarz KS Lek. dent. Agnieszka RĄCZY-CHOMIK

Przewodnicząca KS Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK





W dniu 19 grudnia odbyło się ostatnie w 2019 r. posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Spotkanie rozpoczęła dr Barbara Hamryszak upamiętniając wraz z członkami komisji minutą ciszy Koleżanki i Kolegów lekarzy dentyistów, którzy odeszli w 2019 roku. Byli to: Wanda Pichurska, Elżbieta Piwowarska, Alicja Janicka, Alicja Patkowska-Szot, Rafał Liphard i Bronisław Liphard.

Komisja przypomina o konieczności rejestracji każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą w systemie teleinformatycznym BDO. Od 1 stycznia 2020 r. każda placówka wytwarzająca odpady medyczne jest zobowiązana do wystawienia elektronicznej karty przekazania odpadów zamieszczając w nim następujące dane: datę, godzinę odbioru, dokładną wagę oraz numer rejestracyjny pojazdu odbierającego. Brak złożenia wnio-

sku i uzyskania wpisu do rejestru BDO zagrożony jest karą od 5.000 zł. Wszelkie informacje zamieszczone są na stronie naszej izby, bądź na stronie NIL.

Komisja przy jednym głosie wstrzymującym się prze głosowała przyjęcie do grona dwóch nowych członków: lek. dent. Barbary Ziobrowskiej oraz lek. dent. Ewy Maliszewskiej-Bukowińskiej.

W dniach 14-15 lutego 2020 r. odbędzie się XIV Podkarpacka i III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Lekarzy Dentystów w Rzeszowie. Informacje o innych szkoleniach znajdują się na stronie internetowej izby.

Sekretarz KS, Lek. dent. Agnieszka RĄCZY-CHOMIK

Przewodnicząca KS, Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ NA 2020 ROK

Koleżanki i Koledzy!

Od 1 marca 2020r. kontynuować będziemy program Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej oraz ubezpieczenie Ochrony Prawnej Lekarza wynegocjowany przez naszego partnera - Brokera PWS Konstanta SA z PZU SA oraz InterRisk TU S.A. Program gwarantuje stałą niezmienną wysokość składek ubezpieczeniowych w okresie kolejnych trzech lat tj. od 1 marca 2020 r. do 28 lutego 2023 r. Polisy ubezpieczeniowe będą wystawiane w okresach 12-miesięcznych z wyrównaniem okresu ubezpieczenia. Podobnie, jak w roku ubiegłym istnieje możliwość przystępowania do ubezpieczenia poprzez stronę internetową www.polisagrupowa.pl lub poprzez baner zamieszczony na stronie Izby, do czego zachęcamy wszystkich członków Opolskiej Izby Lekarskiej.

Obowiązek ubezpieczenia spoczywa na każdym lekarzu czy lekarzu dentyście, który wykonuje zawód w formie praktyki lekarskiej (dotyczy to każdego rodzaju praktyki – stacjonarnej, na wezwanie, kontrak-

tu). Inaczej mówiąc nie musi zawierać takiego ubezpieczenia lekarz (lekarz dentysta), który pracuje tylko i wyłącznie w oparciu o kodeksową umowę o pracę.

Rozporządzenie Ministra Finansów doprecyzowało zasady tego ubezpieczenia. Obejmuje ono wszystkie szkody, jakie mogą być wyrządzone w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych albo powstałe wskutek zaniechania udzielenia takich świadczeń. **Jest wyłączenie, które związane jest z zabiegami chirurgii plastycznej i zabiegami kosmetycznymi – otóż ochrona ubezpieczenia odnosi się wyłącznie do zabiegów wykonywanych w przypadku wad wrodzonych oraz następstw urazów czy chorób.** Ubezpieczenie nie pokrywa szkód, będących następstwem zabiegów estetycznych. Rozporządzenie wprowadziło minimalną sumę gwarancyjną dla tego ubezpieczenia – w przypadku lekarza (lekarza dentyisty) wynosi ona 75.000 euro na 1 zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.

Ubezpieczenie obowiązkowe wraz z ochroną prawną proponowane członkom Opolskiej Izby Lekarskiej przez PZU S.A. oraz InterRisk TU S.A. uwzględnia podział na trzy grupy specjalności:

Grupa I (składka 454 zł)	Grupa II (składka 202 zł)	Grupa III (składka 124 zł)
<ul style="list-style-type: none"> Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chirurgia naczyniowa Chirurgia onkologiczna Chirurgia plastyczna Torakochirurgia Kardiochirurgia Neurochirurgia Chirurgia szczękowo-twarzowa Chirurgia stomatologiczna Urologia 	<ul style="list-style-type: none"> Medycyna sportowa Radioterapia Lekarz dentysta nie posiadający żadnej specjalizacji oraz pozostałe specjalności stomatologiczne poza chirurgią stomatologiczną np.: <ul style="list-style-type: none"> ortodoncja periodontologia protetyka stomatologiczna stomatologia dziecięca stomatologia zachowawcza z endodoncją. 	<p>Wszystkie pozostałe specjalności</p> <p>Uwaga: Jeżeli lekarz z III grupy wykonuje jakies zabiegi chirurgiczne, endoskopowe, z zakresu radiologii interwencyjnej czy inne wymagające pisemnej zgody – musi się ubezpieczyć jak w grupie II.</p>



Grupa I (składka 454 zł)	Grupa II (składka 202 zł)	Grupa III (składka 124 zł)
<ul style="list-style-type: none"> • Urologia dziecięca • Ortopedia i traumatologia • Ginekologia i położnictwo • Ginekologia onkologiczna • Medycyna ratunkowa • Neonatologia 		

- Jeżeli lekarz ma kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, którą wykonuje.
- Jeżeli lekarz wykonuje kilka specjalizacji, ubezpiecza się zgodnie z tą, która ma wyższą składkę.
- W przypadku lekarzy będących w trakcie specjalizacji, nieposiadających żadnej innej specjalizacji, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy ryzyka obejmującej faktycznie wykonywaną specjalizację.

W dalszym ciągu istnieje możliwość bardzo korzystnego ubezpieczenia pakietowego (**połączenie ubezpieczenia obowiązkowego z dobrowolnym**) tzw. **klauzulą nadwyżkową**.

Pozwala to nie tylko podwyższyć sumę gwarancyjną ubezpieczenia, ale objąć ubezpieczeniem sytuacje czy zdarzenia, których nie zawiera ubezpieczenie obowiązkowe:

- udzielanie I pomocy (także w sytuacji, w której lekarz, ratując czyjeś życie, udzielał jej po spożyciu alkoholu),
- udzielanie świadczeń medycznych okazjonalnych (niezbędnej pomocy medycznej - nie dotyczy stałej pracy) poza terenem Polski – np. podczas wyjazdu wypoczynkowego lub podejmowanych w ramach stażu, praktycznej nauki zawodu, delegacji służbowej, udziału w konferencjach naukowych oraz wyjazdów interwencyjnych z pomocą medyczną obywateli RP,
- uwzględnienie w składce podstawowej zabiegów estetycznych i kosmetycznych,
- koszty ekspertów, biegłych, zastępstwa prawnego – poniesionych za zgodą PZU S.A. lub zasądzonych,
- niezbędne koszty sądowej obrony przed roszczeniami, niezbędne koszty sądowej obrony w postępowaniu karnym poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty postępowań sądowych, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego poniesione za zgodą PZU S.A. lub zasądzone,
- koszty poniesione na minimalizowanie wyrządzonej szkody,
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym pomieszczeniu praktyki (do kwoty 50.000 zł),
- odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone osobom trzecim w wynajmowanym sprzęcie (do kwoty 50.000 zł),
- szkody rzeczowe wyrządzone w mieniu pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ubezpieczenie od innych zdarzeń odpowiedzialności cywilnej, związanych z miejscem wykonywania praktyki, ale nie związanych z udzielaniem świad-

czeń (np. zalanie sąsiada wskutek awarii w gabinecie, uderzenie przedmiotem spadającym z okna gabinetu czy dachówką spadającą z dachu domu lub poślizgnięcie się pacjenta na mokrej posadzce w pomieszczeniu, w którym jest gabinet itp.),

- szkody związane z utratą, uszkodzeniem mienia przechowywanego do 5.000 zł, np. mienie pacjenta pozostawione w poczekalni lub depozycie,
- szkody nie związane ze szkodą osobową lub rzeczową (limit 100.000 zł),
- w ramach ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, PZU S.A. dla każdego Ubezpieczonego, organizuje i pokrywa koszty usługi Asysty Prawnej (usługa assistance). **Nr telefonu Centrum Alarmowego dla Asysty Prawnej: (22) 505-16-04.**

Usługa asysty prawnej polega na:

- udzielaniu telefonicznie lub udzielaniu w formie elektronicznej konsultacji prawnych,
- przesyłaniu w formie elektronicznej wzorów umów i wzorów pism należących do powszechnego obrotu prawnego,
- przesyłaniu w formie elektronicznej tekstów obowiązujących lub archiwalnych (obowiązujących na dany dzień) aktów prawnych prawa polskiego,
- informacje o obowiązujących procedurach sądowych i kosztach prowadzenia sporów prawnych oraz dochodzenia lub ochrony swoich praw,
- przesłanie danych teledresowych instytucji (sąd, prokuratura, kancelarie prawne).

W ramach składki ubezpieczeniowej ubezpieczenia pakietowego uzyskuje się również:

- ubezpieczenie na wypadek szkód wynikających z naruszenia praw pacjenta, w tym również szkód nie będących szkodą osobową czy rzeczową (np. badanie pacjenta bez zachowania intymności),
- ubezpieczenie szkód wyrządzonych w związku z uczestnictwem w eksperymencie medycznym lub badaniach klinicznych (jeżeli sponsor wykupił ubezpieczenie obowiązkowe),
- ochronę prawną (ubezpieczaną przez TU InterRisk S.A.) do kwoty 50.000 zł. Ubezpieczenie ochrony prawnej ma na celu zagwarantować lekarzowi bezwarunkowe pokrycie kosztów ochrony prawnej w przypadku wystąpienia do lekarza z roszczeniem odszkodowawczym przez poszkodowanego pacjenta, NFZ, czyli: koszty wynajęcia adwokata, radcy prawnego, który odpisze na pozew, będzie reprezentował go w Sądzie, koszty powołania biegłych; koszty te pokrywane są





do 50.000 zł w granicach wynagrodzenia określonego przez rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości, który wyznaczył minimalne należne wynagrodzenie adwokatom, radcom prawnym (konieczne jest zgłoszenie przez lekarza wniosku na piśmie).

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia ochrony prawnej - CORIS LEX SERVICES SP. z o.o.:

- Tel. (22) 647-56-10 - 7 dni w tygodniu w godz. 9-21,
- Fax. (22) 568-98-99 - 24 h,
- Email: interrisk@asysta.prawnika.pl - 24 h.

A oto warianty tego ubezpieczenia pakietowego:

Kwota, o którą zwiększa się suma gwarancyjna	Grupa I specjalności – składka łączna	Grupa II – składka łączna	Grupa III – składka łączna
100.000,00 zł	545,00 zł	265,00 zł	161,00 zł
200.000,00 zł	643,00 zł	298,00 zł	173,00 zł
300.000,00 zł	669,00 zł	304,00 zł	180,00 zł
400.000,00 zł	701,00 zł	314,00 zł	188,00 zł
500.000,00 zł	715,00 zł	320,00 zł	192,00 zł
700.000,00 zł	727,00 zł	324,00 zł	196,00 zł
800.000,00 zł	735,00 zł	335,00 zł	215,00 zł
1.300.000,00 zł	903,00 zł	402,00 zł	243,00 zł
1.500.000,00 zł	990,00 zł	420,00 zł	290,00 zł
2.500.000,00 zł	1.722,00 zł	733,00 zł	453,00 zł
3.000.000,00 zł	1.940,00 zł	820,00 zł	540,00 zł
3.500.000,00 zł	2.090,00 zł	870,00 zł	590,00 zł

- za 20 zł można podnieść sumę gwarancyjną do 500.000 zł na szkodach w ruchomościach i nieruchomościach użytkowanych na podstawie umowy najmu, dzierżawy lub innego stosunku prawnego – chodzi o szkody w użytkowanym obcym sprzęcie, np. medycznym.

Lekarz (lekarz dentysta) niewykonujący praktyki lekarskiej i niepodlegający ubezpieczeniu obowiązkowemu

może skorzystać z ubezpieczenia dobrowolnego. Daje ono ochronę przy udzielaniu pierwszej pomocy (nawet pod wpływem alkoholu w sytuacjach ratujących życie) oraz pokrywa szkody rzeczowe wyrządzone pacjentowi przy udzielaniu tej pierwszej pomocy. Daje również ochronę w innych sytuacjach udzielania świadczeń zdrowotnych, niezwiązanych z pracą etatową i niewymagających założenia prywatnej praktyki.

A oto warianty tego ubezpieczenia: Każdy, kto wykupi jeden z wariantów ubezpieczenia OC (niezależnie czy tyl-

Suma gwarancyjna	Grupa I - składka	Grupa II - składka	Grupa III - składka
100.000,00 zł	256,00 zł	139,00 zł	82,00 zł
200.000,00 zł	301,00 zł	155,00 zł	93,00 zł
300.000,00 zł	340,00 zł	169,00 zł	103,00 zł
400.000,00 zł	350,00 zł	180,00 zł	110,00 zł
500.000,00 zł	375,00 zł	190,00 zł	115,00 zł
700.000,00 zł	402,00 zł	197,00 zł	117,00 zł
800.000,00 zł	420,00 zł	203,00 zł	122,00 zł
1.300.000,00 zł	519,00 zł	243,00 zł	145,00 zł
1.500.000,00 zł	540,00 zł	255,00 zł	165,00 zł
2.500.000,00 zł	994,00 zł	436,00 zł	268,00 zł
3.000.000,00 zł	1.050,00 zł	470,00 zł	340,00 zł
3.500.000,00 zł	1.090,00 zł	540,00 zł	420,00 zł

ko obowiązkowe, czy tylko dobrowolne, czy pakietowe) może za dodatkową składkę zawrzeć ubezpieczenie NNW, rozszerzone dodatkowo o zarażenie się wirusa-

mi WZW lub HIV. Ubezpieczenie to obejmuje zarówno świadczenie jednorazowe z tytułu samego zakażenia jak i koszty leczenia.

A oto, jakie są warianty tego dodatkowego ubezpieczenia (wszystkie kwoty podane są w złotych):

NNW	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000
Wypłata 1-razowa z tytułu WZW	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Wypłata 1-razowa z tytułu HIV	10.000	10.000	10.000	20.000	50.000	100.000	100.000	100.000
Koszty leczenia	3.000	5.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Składka	86	110	170	180	210	259	299	417

Przystąpienie do ubezpieczenia:

Podobnie jak w ubiegłym roku jest możliwość przystąpienia do ubezpieczenia przez stronę internetową: www.polisagrupowa.pl.

Zachęcamy do korzystania ze strony internetowej oraz systemu naszego partnera, brokera ubezpieczeniowego PWS Konstanta S.A. Informujemy, iż jest to dedykowane rozwiązanie informatyczne przygotowane dla naszej Izby Lekarskiej. Będzie to na pewno przydatne narzędzie w zakresie informacji o funkcjonujących produktach dla lekarzy, nowych rozwiązaniach ubezpieczeniowych oraz baza danych zawierająca posiadane polisy ubezpieczeniowe.

Wszystkie niezbędne informacje, znajdziecie na stronie: www.polisagrupowa.pl lub poprzez baner na stronie Izby.

Zawierając ubezpieczenie OC Lekarza przez stronę internetową otrzymujecie bezpośrednio na swojego maila

potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia OC Lekarza oraz Ochrony Prawnej co pozwoli na zaoszczędzenie czasu. Składkę będzie można uiścić przelewem na konto bankowe Opolskiej Izby Lekarskiej w terminie 14 dni od daty wystawienia potwierdzenia ubezpieczenia.


Istnieje też możliwość tradycyjnej formy przystąpienia do ubezpieczenia – umowy ubezpieczenia, jak w latach poprzednich, którą można zawierać poprzez kontakt z Izbą Lekarską.

Przypominamy, iż do ubezpieczenia mogą przystąpić wyłącznie lekarze i lekarze dentyści, będący członkami Opolskiej Izby Lekarskiej.

W przypadku wyboru tradycyjnej formy ubezpieczenia (poprzez kontakt z pracownikiem Biura Izby) składki będą zbierane w okresie **od 10 do 24 lutego 2020 r.**

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Pismo MZ w sprawie e-recept



Ministerstwo Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Janusz Cieszyński

Warszawa, 11 grudnia 2019

EZU.9097.53.2019.MD

Według rozdzielnika

Szanowni Państwo,



uprzejmie przypominam, że **8 stycznia 2020 r. wejdzie w życie obowiązek wystawiania recept w postaci elektronicznej**. W określonych przypadkach recepty będą jednak również po ww. dacie wystawiane w postaci papierowej. Dotyczy to:

- recept w ramach tzw. importu docelowego,
- recept dla osób o nieustalonej tożsamości,
- recept transgranicznych (do końca 2020 r.),
- recept *pro auctore* i *pro familiae* (decyzja o wyborze postaci recepty – papierowej lub elektronicznej – należyć będzie do osoby wystawiającej),
- braku dostępu do systemu e-zdrowie, co może mieć związek m.in. z awarią ww. systemu lub systemu gabinetowego/HIS czy brakiem dostępu do Internetu.

Pragnę także podkreślić, że **recepta wystawiona w postaci papierowej również w innych niż ww. przypadkach będzie mogła być zrealizowana tak, jak dotychczas w każdej aptece, w tym lek będzie mógł być objęty refundacją**. Tym samym, wdrożenie nowych rozwiązań nie utrudni pacjentom dostępu do leków. Ponadto, przepisy nie przewidują kar dla lekarzy, którzy pomimo obowiązku ustawowego wystawią po 8 stycznia 2019 r. receptę w postaci papierowej.

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Tel.: (22) 63 49 828
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

Niezależnie od powyższego, zachęcam wszystkich lekarzy, którzy nadal wystawiają recepty w postaci papierowej do przejścia na nowe zasady. Przy tej okazji pragnę też przypomnieć, że:

- Wystawianie e-recept wymaga podłączenia się do systemu e-zdrowie (P1), co następuje poprzez wdrożenie modułu e-recepty w systemie gabinetowym/HIS i uzyskanie certyfikatu systemu e-zdrowie lub poprzez założenie konta w bezpłatnej aplikacji gabinet.gov.pl. Sam proces wystawiania e-recepty polega na wpisaniu odpowiednich danych oraz podpisaniu ww. dokumentu poprzez użycie podpisu kwalifikowanego, osobistego (zawartego w warstwie elektronicznej e-dowodu osobistego), zaufanego (Profil Zaufany) lub certyfikatu ZUS wykorzystywanego do podpisywania e-ZLA.
- NFZ uruchomił dla świadczeniodawców dofinansowanie zakupu sprzętu i oprogramowania na potrzeby e-recepty (20 mln zł).
- CSIOZ oferuje w całej Polsce bezpłatne szkolenia dla kadry medycznej w zakresie m.in. wystawiania e-recept (<https://www.csioz.gov.pl/projekty/realizowane/akademia-csioz/>).
- Szczegółowe informacje dotyczące wystawiania e-recept znajdują się na stronie: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/dla-podmiotow-leczniczych/e-recepta>.
- Pomoc można również uzyskać dzwoniąc na infolinię 19 457, wysyłając pytanie na e-mail: e-recepta@csioz.gov.pl lub odwiedzając helpdeski uruchomione w Oddziałach Wojewódzkich NFZ.

Reasumując, pragnę podziękować za zaangażowanie środowiska lekarskiego w trwający proces wdrożenia e-recepty i wyrazić nadzieję na kontynuowanie tych wysiłków oraz współpracy.

Z poważaniem

Janusz Cieszyński
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

2

II INTERDYSCYPLINARNA OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA PT. „PRAWNO-KARNE I MEDYCZNE ASPEKTY ZANIECHANIA SZCZEPIEŃ DZIECI”

W dniu 28 listopada 2019 r. odbyła się w Opolu II Interdyscyplinarna Ogólnopolska Konferencja Naukowa pt. „Prawno-karne i medyczne aspekty zaniechania szczepień dzieci”. Organizatorami Konferencji, tak jak w roku ubiegłym - była Opolska Izba Lekarska, Okręgowa Rada Adwokacka w Opolu oraz Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego. Komitet naukowy Konferencji stanowili: prof. dr hab. Stanisław Hoc z Uniwersytetu Opolskiego, dr hab. Michał Królikowski - prof. Uniwersytetu Warszawskiego i dr Dariusz Mucha z Uniwersytetu Opolskiego.

Konferencja poruszyła niezwykle ważny temat konsekwencji prawno-medycznych, jakie niesie ze sobą coraz bardziej przybierający na sile nurt odstępowania od szczepień dzieci przez rodziców. O zgubnych skutkach takich postępowań dyskutowały uznane w Polsce autorytety medyczne i prawnicze. Wśród prelegentów gościliśmy m.in. prof. Leszka Szenborna - Kierownika Katedry i Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UM we Wrocławiu, dr Grzegorza Wronę - Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, dr n. med. Jacka Miarkę - Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, dr n. med. mgr prawa Martę Rorat - p.o. Kierownika Zakładu Prawa Medycznego w Zakładzie Medycyny Sądowej UM we Wrocławiu, radcę prawnego Aleksandra Czura z Głównego Inspektoriatu Sanitarnego, dr n. med. Urszulę Posmyk - Kierownika Oddziału Epidemiologii WSSE w Opolu oraz przedstawicieli świata prawniczego z całej Polski. O ważności i randze Konferencji świadczył fakt, że zgromadziła ponad 230 uczestników, a patronat honorowy nad Konferencją objęli, m.in. Marszałek Województwa Opolskiego Andrzej Buła, Prezydent Miasta Opola Arkadiusz Wiśniewski i Prezes Sądu Okręgowego w Opolu Jerzy Połukord.

Słowo wstępne na Konferencji wygłosił Wicemarszałek Województwa Opolskiego dr Roman Kolek. Towarzyszyły nam także media: TVP3 Opole i Radio DOXA FM. Uczestnicy Konferencji, prelegenci i słuchacze zgodnie podkreślali fakt, że patrzeć na ten sam problem ze strony medycznej i prawnej prowadziło do interesujących i bardzo przydatnych dla wszystkich dyskusji, które wymagają dalszej kontynuacji w przyszłości.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



Organizatorzy Konferencji (od prawej): Dziekan Okręgowej Izby Adwokackiej w Opolu – adv. Marian Jagielski, Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej lek. dent. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka oraz adv. dr Dariusz Mucha z Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego.



Marszałek Roman Kolek.



Uczestnicy Konferencji



Organizatorzy



SUKCES NASZYCH IZBOWYCH CHÓRZYSTÓW

W dniach 6-8 grudnia 2019 r. w Krakowie odbył się X Krakowski Festiwal Pieśni Adwentowych i Bożonarodzeniowych. W festiwalu wzięło udział 25 chórów z Europy i Republiki Południowej Afryki. Chór „Medicanto” Opolskiej Izby Lekarskiej wziął udział w konkursie, który odbył się w sobotę w kościele św. św. Piotra i Pawła. Przedstawiliśmy 4 utwory.

Chóry oceniało 5-osobowe międzynarodowe jury złożone z wybitnych chórmistrzów. Festiwal zakończył się w niedzielę. Wyniki ogłoszono w kościele św. Katarzyny Aleksandryjskiej. Zdobyliśmy Srebrny Dyplom. W tym roku nie przyznano Grand Prix.

Kraków pożegnał nas przepięknym zachodem Słońca.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA



LEKARSKI TENIS

Kolejny sezon tenisowy środowiska lekarskiego został rozpoczęty! W dniach 4-6.01.2020 r. odbył się w Częstochowie XIX Turniej Tenisowy Lekarzy - Trzech Króli. Organizatorami turnieju było Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy (www.pstl.org), Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie i Naczelna Izba Lekarska.

Turniej odbył się na kortach Centrum Sportowego SCOUT, a wzięło w nim udział 50 lekarzy z całej Polski. Mecze były rozgrywane w kategoriach wiekowych dla kobiet i mężczyzn w grze pojedynczej i podwójnej. Sponsorem Turnieju była firma Volvo, która udostępniła do jazd prób-

nych najnowsze modele samochodów. W trakcie Turnieju odbyło się szkolenie edukacyjne na temat e-medycyny oraz spotkanie towarzyskie połączone z balem karnawałowym.

Jako jedyny reprezentowałem naszą Opolską Izbę Lekarską i z dr Markiem Kintzi z Kalisza zdobyliśmy 3 miejsce w grze deblowej w kategorii +55 lat. W związku z tym, że izby lekarskie mające swoich reprezentantów w kolejnych turniejach rywalizują o Puchar Izb Lekarskich serdecznie zachęcam kolegów lekarzy - członków Opolskiej Izby o wzięcie udziału w kolejnych turniejach rozgrywanych na kortach całej Polski.





Już pod koniec marca gramy w Bielsku Białej, w maju w Gdańsku, a w czerwcu w Poznaniu na jubileuszowych XXX Letnich Mistrzostwach Polski Lekarzy w Tenisie. Wszystkie informacje dotyczące zapisów, terminów rozgrywek oraz rankingu umieszczone są na stronie www.pstl.org. Lekarze, członkowie PSTL mają również dostęp do forum tenisowego na WhatsApp, na którym na bieżąco informowani są o przebiegu danego turnieju, wymieniają uwagi i zamieszczają komentarze. Serdecznie zapraszam kolegów do aktywnego spędzania czasu na kortach tenisowych.

Krzysztof PARTYKA



Autor materiału pierwszy od lewej

HISTORIA „CUDU JASNOGÓRSKIEGO” – OBLĘŻENIA CZĘSTOCHOWY PODCZAS „POTOPU SZWEDZKIEGO”



Słynny „Potop szwedzki” spowodowany był pretensjami do korony polskiej szwedzkiego króla Karola X Gustawa, pierwszego władcy Szwecji z dynastii Wittelsbachów, ale spokrewnionego z Wazami, bohatera „Wojny Trzydziestoletniej” (1630-48).

21 lipca 1655 r. feldmarszałek Arvid Wittenberg przekroczył granicę Polski na czele 14 tys. żołnierzy i już trzy dni później otoczył obóz pospolitego ruszenia szlachty wielkopolskiej pod Ujściem nad Notecią. Polacy, mimo przewagi liczebnej - za namową podkanclerza koronnego Hieronima Radziejewskiego, który wcześniej po konflikcie z królem Janem Kazimierzem zbiegł do Szwecji, ale znalazł się w obozie pod Ujściem oraz wojewody poznańskiego Krzysztofa Opalińskiego - poddali się uznając władzę króla Szwecji. Szwedzi bez przeszkód wkroczyli do Poznania.

24 sierpnia 1655 r. do Polski wkroczył sam król Karol X Gustaw na czele 12 tys. żołnierzy i połączył się z siłami Wittenberga. Już 8 września Wittenberg zajął bez walki Warszawę (ciekawostką historyczną jest fakt, że 1 lipca następnego roku, tj. 1656, po odbiciu Warszawy przez Polaków broniącej przez Wittenberga dostał się on do niewoli i wkrótce zmarł).

Po zajęciu Warszawy Jan Kazimierz opuścił Polskę 25 września i udał się na Śląsk, gdzie zamieszkał na zamku



Oblężenie Częstochowy, Przeor Augustyn Kordecki

hrabiego Franciszka Oppersdorfa w Głogówku (wg. „Potopu” Henryka Sienkiewicza w Głogowej).

17 października, po trzytygodniowej obronie, Stefan Czarniecki poddał Kraków. Wkrótce Szwedzi zdobyli większość miast polskich, nie udało się im zdobyć tylko Lwowa i Gdańska.

17 października 1655 r. na uczcie w Kiejdanach Hetman Wielki Litewski Janusz Radziwiłł wzniósł niespodziewanie dla wszystkich zebranych słynny z „Potopu”



toast „Vivat Carolus Gustavus Rex” zrywając tym samym Unię Litwy z Koroną i podpisując pakt wiążący Wielkie Księstwo Litewskie ze Szwecją. Pamiętamy z „Potopu”, że Janusz Radziwiłł zmarł jeszcze w tym samym roku 1655 w dniu 31 grudnia w Tykocinie w wieku zaledwie 43 lat.

16 listopada 1655 r. rozpoczęło się, na rozkaz króla Karola X Gustawa, oblężenie Jasnej Góry. Chodziło mu bowiem przede wszystkim o zabezpieczenie granicy ze Śląskiem, gdzie schronił się Jan Kazimierz.

Pod murami Klasztoru Paulinów w Częstochowie stanęły wojska generała Burcharda Mullera, które liczyły 2000 żołnierzy, w tym 600 Polaków, którzy przeszli na stronę Szwedów (vide Sienkiewiczowski Kuklinowski). W wojskach Mullera tylko 350 żołnierzy było przeszkolonych do działań oblężniczych (resztę stanowiła jazda) i posiadało tylko osiem lekkich armat, które murom klasztornym nie mogły wyrządzić krzywdy.

Klasztor Jasnogórski był dobrze przygotowany do obrony przez przeora ojca Augustyna Kordeckiego. Dobrze wyszkolony garnizon liczył 160 żołnierzy, przy czym razem z przygotowanymi do walki zakonnikami i szlachtą, która schroniła się za murami (vide Kmicic) dawało to łącznie liczbę 250 obrońców. Paulini dysponowali równocześnie 24 działami, w tym 12 ciężkimi. Klasztor miał również bardzo wzmocnione mury, na zewnątrz których płynęła fosa.

Szwedzi w przypadku zdobycia Klasztoru Jasnogórskiego nie mogli liczyć na zdobycie wielkich skarbów oraz cudownego obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej, ponieważ zakonnicy wcześniej wywieźli obraz Matki Boskiej do Głogówka, gdzie znalazł schronienie w niedalekim klasztorze w Mochowie (do dzisiaj można tam podziwiać kopię obrazu), zaś do innych bezpiecznych miejsc większość jasnogórskich skarbów.

Pewnej nocy, jak w „Potopie”, Polacy dokonali wycieczki poza mury klasztorne, ale zamiast „Kolubryny” (której Szwedzi nie posiadali) zagwoździli dwie armaty, zaś akcją dowodził nie Andrzej Kmicic (vel Babinicz) lecz Piotr Czarniecki krewny hetmana Stefana Czarnieckiego.

10 grudnia Szwedzi zostali wzmocnieni dwoma ciężkimi armatami, a strzały z nich znacznie uszkodziły w jednym miejscu mury klasztoru. Równocześnie od kuli armatniej obrońców zginął siostrzeniec generała Mullera. W końcu Szwedzi sprowadzili z pobliskiego Olkusza górników, którzy zaczęli drążyć tunele pod klasztorem i mieli w nich złożyć materiały wybuchowe. 20 grudnia Polacy dokonali następnej wycieczki za mury, zabili górników i zagwoździli dwa następne szwedzkie działa.

Wielką rolę w obronie klasztoru Paulinów na Jasnej Górze (często mówi się o obronie Częstochowy) odegrał przeor ojciec Augustyn Kordecki, który nieustannie podniósł na duchu obrońców i codziennie prowadził procesję z krucyfiksem dookoła murów klasztornych.

Szwedom w końcu zabrakło amunicji, ostatni ostrzał przeprowadzili w Boże Narodzenie, zaś w nocy z 26 na 27 grudnia 1655 r., za pozwoleniem króla Karola X Gustawa, odstąpili od oblężenia. Tak więc oblężenie Częstochowy trwało 6 tygodni i w tym roku mija jej 360 rocznica. Mullerowi niepowodzenie oblężenia Częstochowy Karol X Gustaw wybaczył, ale wkrótce Muller - z uwagi na stan zdrowia i wiek - sam poprosił króla o dymisję.

Obrona Częstochowy spowodowała przebudzenie całego narodu polskiego. Już 18 grudnia 1655 r. powrócił do kraju Jan Kazimierz. Grabieże i gwałty, których dopuszczali się Szwedzi spowodowały, że do walki z nimi przystąpiła powszechnie szlachta i chłopci.

Wreszcie 1 kwietnia 1656 r. Jan Kazimierz złożył w Katedrze Lwowskiej tzw. „Śluby Lwowskie” oddając Polskę pod skrzydła Matki Boskiej, którą nazwano Królową Korony Polskiej.

7 kwietnia 1656 r. Polacy odnieśli pierwsze zwycięstwo ze Szwedami w walnej bitwie pod Warką dowodzeni przez hetmanów Jerzego Lubomirskiego i Stefana Czarnieckiego (był jednym z dziesięciu synów niezamożnego szlachcica, stąd często powtarzał „...jam nie z soli, ani z roli, tylko z tego co mnie boli...”).

Zryw całego narodu polskiego doprowadził szybko do wygnania Szwedów z Polski, którzy najdłużej utrzymywali się w Malborku i Elblągu.

13 maja 1657 r. król Karol X Gustaw opuścił Polskę i ruszył na wojnę z Danią, zajmując wkrótce cały Półwysep Jutlandzki, ale bez Kopenhagi. Na pomoc Duńczykom ruszyła flota holenderska (Holendrzy obawiali się bowiem dominacji Szwedów na Bałtyku), wojska brandenburskie oraz około 5 tys. żołnierzy polskich pod dowództwem hetmana Stefana Czarnieckiego, które po przekroczeniu Odry pod Kostrzyniem dotarły aż do Hamburga i Szlezwiku. Stąd w trzeciej zwrotce naszego hymnu „Jeszcze Polska nie zginęła” śpiewamy „...jak Czarniecki po szwedzkim zaborze dla Ojczyzny ratowania rzucił się przez morze...”. Wojska Czarnieckiego walczące ze Szwedami wsparły wojska brandenburskie dowodzone przez walczącego dotąd po stronie Szwedów Bogusława Radziwiłła znanego z „Potopu”.

13 lutego 1660 r. zmarł król Szwecji Karol X Gustaw, a w 3 miesiące później, 3 maja zawarto tzw. „Pokój Oliwski” pomiędzy Szwecją i Polską z udziałem mediatora, którą była Francja.

P. S. Pamiętamy, że Klasztor Jasnogórski ufundował i sprowadził do niego Paulinów książę opolski Władysław Opolczyk, namiestnik Rusi Czerwonej i ojciec chrzestny Jagiełły, który właśnie od niego otrzymał imię Władysław. 600 rocznicę fundacji Władysława Polczyka, spoczywającego w kryptach kościoła Franciszkanów w Opolu, upamiętnia marmurowa tablica znajdująca się w prezbiterium tego kościoła.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

Dr n. med. Ewgenij Mozgunow

Sz. P. Redaktor
Biuletynu Opolskiej Izby Lekarskiej
Jerzy B. LACH



**WORLDWIDE INDEPENDENT
ASSOCIATION OF RUSSIAN
SPEAKING-DOCTORS**

Szanowny Panie Redaktorze!

W skrócie podaję informację o sobie - mam 40 lat, ukończyłem studia medyczne w Czelabińsku (Rosja), również w Rosji nabyłem tytuł specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz stopień doktora nauk medycznych. W 2014 r. razem z żoną, która ma pochodzenie polskie i córką repatriowałem do Polski. Po nostryfikacji swego dyplomu w 2014 r. na Wydziale Lekarskim Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, odbyciu stażu podyplomowego i pozytywnym wyniku egzaminu LEK otrzymałem Prawo Wykonywania Zawodu oraz uznano mi w 2015 r. w CMKP specjalizację nabytą w Rosji. Od tego czasu pracuję w zawodzie w Szpitalu MSWiA w Opolu. W 2017 r. nostryfikowałem stopień naukowy w Zabrzu.

Z tych faktów wynika, że mam doświadczenie jak wygląda proces uznawania kwalifikacji lekarskich w Polsce. Pragnę jednak dzielić się swoją wiedzą i udostępniać ją osobom chętnym - w większości lekarzom ze Wschodu (Ukraina, Białoruś, Rosja, itp). Jestem jednym z administratorów grupy „Nostryfikacja dyplomu medycznego w Polsce” na Facebooku (<https://www.facebook.com/groups/291270561038032/>), zrzeszającej 5.400 lekarzy rosyjskojęzycznych, którzy przeszli albo są w trakcie nostryfikacji dyplomów w Polsce i pracują w Polsce.

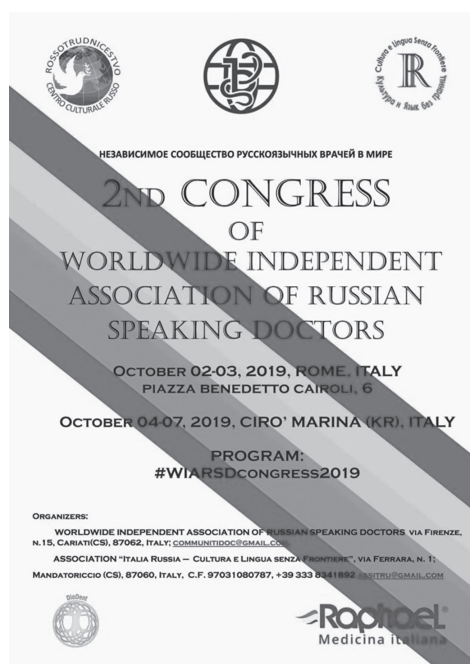
Pragnę podzielić się z Panem i Czytelnikami informacjami odnośnie mego udziału w II Kongresie Organizacji Pozarządowej „Niezależna społeczność rosyjskojęzycznych lekarzy na świecie” (Independent Community Of Russian Doctors In The World). Organizacja wyłoniła się z grupy zrzeszającej ok 10.000 lekarzy rosyjskojęzycznych, pracujących na emigracji (również i w Polsce) na Facebooku (<https://www.facebook.com/groups/207389290004127/>).

Od 2018 r. jestem Koordynatorem w Polsce i naukowym konsultantem Independent Community Of Russian Doctors In The

World. W październiku 2018 r. w Pradze (Czechy) odbył się I Międzynarodowy Kongres tej organizacji. Udział w pierwszym spotkaniu brało ok. 50 kolegów z różnych zakątków świata (Czechy, Polska, Słowacja, Czarnogóra, Szwecja, Finlandia, Włochy, Niemcy, Tunezja, Arabia Saudyjska, Australia, Izrael). Na tym Kongresie założono organizację pozarządową, o której mowa powyżej. Na stanowisko Prezesa jednogłośnie powołano Dr Olgę Kisselevą, która od 20 lat mieszka i pracuje we Włoszech.

W dniach 2-7 października 2019 r. w Rzymie, a później w miasteczku Ciro-Marina w południowej Kalabrii (Włochy) odbył się II Międzynarodowy Kongres tej organizacji. W kongresie brali udział prelegenci, którzy dokonali nostryfikacji swoich dyplomów uzyskanych na terenie krajów byłego ZSRR w różnych krajach: Polsce, Czechach, Słowacji, Czarnogórze, Szwecji, Finlandii, Włoszech, Wielkiej Brytanii, Irlandii, Niemczech i Arabii Saudyjskiej.

Powitalne wykłady wygłosili: dr hab. n. med. Viktor Egorov - profesor Kierownik Katedry Laryngologii Moskiewskiego Instytutu Naukowo-Badawczego „MONIKI”, Prezes rosyjskiego stowarzyszenia Zasłużonych Lekarzy Rosji oraz dr hab. n. med. Kamil Bakhtiyarov - profesor



Plakat Kongresu



Autor listu



Uczestnicy Kongresu

wykładowca Pierwszego Moskiewskiego Państwowego Uniwersytetu Medycznego im. I.M. Sieczenowa. Opisywali oni w nich stan obecny rosyjskiego systemu kształcenia lekarzy i rosyjskiej służby zdrowia. Mimo tego, że w dzisiejszej Rosji działa ponad 100 uniwersytetów medycznych, co przekłada się na ponad 40.000 absolwentów rocznie, Rosja nadal boryka się z deficytem kadry lekarskiej. Z powyżej liczby absolwentów, ponad połowa nie przystępuje wcale do szkolenia specjalistycznego. Winne temu są niskie zarobki w branży. Średnia płaca lekarza-specjalisty na etacie w Rosji wynosi w tej chwili ok 80.000 rubli, co odpowiada 4.800 zł. Do tego trzeba dodać przewlekłe niedofinansowanie branży – odsetek środków przeznaczonych na służbę zdrowia w Rosji wynosi 2,7% PKB państwa.

Większość wykładów na Kongresie opisywała zasady uznawania dyplomu lekarza z krajów byłego ZSRR w różnych krajach świata. Wyłonił się z nich obraz bardzo przynębiający. Lekarze z krajów byłego ZSRR nigdzie nie mają łatwo. Nie ma żadnych umów międzynarodowych pomiędzy krajami rozwiniętego Zachodu a wschodnimi sąsiadami upraszczających tryb uznawania wykształcenia lekarza. W większości przypadków jest to droga krzyżowa zajmująca od kilku do kilkunastu lat, pochłaniająca fortunę i wprowadzająca petenta w przewlekły stres i depresję. Wydaje się, że najbardziej cierpią na tym lekarze-specjaliści z wieloletnim doświadczeniem, ponieważ lądują oni w nowym kraju na poziomie absolwenta tutejszej uczelni.

W większości krajów brak programów uznania dotychczasowych kwalifikacji albo specjalizacji, tak że lekarz w wieku 40-50 lat z 10-cio czy 20-letnim doświadczeniem musi od początku odrabiać staż podyplomowy i spędzać wiele lat na rezydenturze.

Sen z powiek lekarzom-imigrantom spędza też problem legalizacji swego pobytu w kraju docelowym. Zamiast uczyć się terminologii medycznej w nowym języku, odbywać staże albo przygotowywać się do egzaminów muszą oni tułać się po urzędach, podejrzewani o wszystkie grzechy, jak by byli oni pracownikami niewykwalifikowani zamierzającymi pracować na czarno.



Prezes dr Olga Kisseleva

Równie poważnym problemem jest rosnąca w obecnym świecie ksenofobia i nieufność wobec imigrantów, nawet jeżeli są oni specjalistami wysokiej klasy.

Po wysłuchaniu wszystkich prelegentów i wygłoszeniu własnego wykładu stwierdziłem jednak, że obecny polski system uznania kwalifikacji lekarskich nabytych w krajach trzecich (z terenów poza UE) wygląda nie najgorzej w porównaniu z innymi krajami Zachodu:

1. System nostryfikacji dyplomu daje szansę na zdanie egzaminu za pierwszym razem w 40% przypadkach. W latach 2012-18 uznano 1.252 dyplomów lekarzy z krajów trzecich. Przed 2008 r. na podstawie Konwencji Praskiej z 1972 r. działał system automatycznego uznania dyplomu lekarzy z krajów byłego ZSRR (i wszystkich tzw. Krajów Demokracji Ludowej – przyp. Redakcji). Z owego systemu w latach 1988-2008 skorzystało 3.000 lekarzy (dane MZ z 2018 r.). W chwili obecnej w Polsce PWZ ma 1.640 lekarzy z krajów byłego ZSRR (dane NIL z 2018 r.). Ta liczba daje Polsce 4 miejsce na świecie pod względem liczby lekarzy-imigrantów z terenów byłego ZSRR (Israel – 7.820, USA – 6.021, Niemcy – 4.675 - dane OECD z 2018 r.).
2. Brak również w Polsce w tej chwili przepisów ograniczających liczbę prób zdawania egzaminu nostryfikacyjnego jak w niektórych krajach UE. Istnieje tryb pozwalający skrócić obowiązkowy staż podyplomowy na poczet odbytego stażu w kraju nabycia kwalifikacji lekarskich, co przyspiesza otrzymanie PWZ o kilka miesięcy. Z tego mechanizmu w latach 2006-19 skorzystało 241 lekarz, co stanowi prawie 10% lekarzy-cudzoziemców (ogólna liczba lekarzy-absolwentów cudzoziemskich uczelni w Polsce na 2018 r. – 2.549 - dane MZ z 2019 r.).
3. W Polsce, jako w jednym z nielicznych krajów UE, istnieje tryb pozwalający na uznanie dotychczasowej specjalizacji przez CMKP. Na przestrzeni ostatnich 14 lat z tego trybu skorzystało 169 lekarzy, co daje 6,6% liczby wszystkich lekarzy z dyplomem nabytym poza granicami UE (dane MZ z 2019 r.). Oprócz Polski taki system istnieje w Niemczech w znacz-



nie mniejszej skali, Czechach (możliwość skrócenia czasu szkolenia specjalistycznego), Rumunii, Wlk. Brytanii (żmudny i czasochłonny proceder CESR), Włoszech (prawie nie działający mechanizm), Estonii, Australii (sporadyczne przypadki).

4. System legalizacji pobytu w Polsce nie jest aż tak trudny, w porównaniu z krajami Zachodniej Europy - a szczególnie z krajami anglosaskimi. Istnieje również spora liczba lekarzy z krajów byłego ZSRR, którzy mają polskie pochodzenie i mogą skorzystać z ułatwień proponowanych przez Ustawę o Karcie Polaka i Ustawę o Repatriacji, na podstawie których nabycie polskiego obywatelstwa jest łatwiejsze i znacznie przyspieszone. W Polsce działa również system przyspieszonego nadania obywatelstwa przez Prezydenta RP, który ma prawo nadać je każdemu fachowcowi, którego uzna Polska za wartościowego dla kraju. Rokrocznie dzięki temu procederowi obywatelstwo RP otrzymują blisko 2.000 osób (dane Kancelarii Prezydenta RP z 2018 r.).

Jednocześnie trzeba przyznać, że pod względem ogólnej liczby lekarzy-imigrantów Polska (ogólna liczba lekarzy-absolwentów cudzoziemskich uczelni w Polsce na 2018 r. – 2.549, co stanowi 1,8% liczby lekarzy z czynnym PWZ) znajduje się w szarym ogonie zarówno w UE (średnia unijna wynosi 10%), jak i pośród 28 najbardziej rozwiniętych krajów Zachodu (średnia OECD wynosi w chwili obecnej 16,9% lekarzy-imigrantów pośród wszystkich zarejestrowanych lekarzy). Wyniki polskie w kwestii przyciągania lekarzy z poza granic kraju odbiegają najbardziej od krajów anglosaskich (Kanada - 24%, USA – 25%, Wielka Brytania – 27%, Australia – 32%, Irlandia – 39%, Nowa Zelandia – 42% i Izraelu - 58%) (dane OECD z 2015 r.).

Oprócz wykładów opisujących ww. drogi krzyżowe lekarzy-imigrantów w różnych zakątkach świata program Kongresu zawierał kilka ciekawych prelekcji dotyczących m.in. telemedycyny, rozwoju tzw. „medycznej turysty-

ki” (bardzo rozpowszechnionej np. w Izraelu, Włoszech, Niemczech) oraz postępu programów informatycznych w medycynie.

Na pożegnanie Kongresu Prezes Stowarzyszenia kol. dr Kisseleva zaproponowała rozpowszechnienie informacji o Kongresie w poszczególnych krajach UE, prace nad programem następnego Kongresu (padały również propozycję organizacji III Kongresu w Polsce, ponieważ Polska ma jedną z największych społeczności lekarzy-imigrantów z terenów byłego ZSRR) oraz stworzenie w poszczególnych krajach Zachodu filii Stowarzyszenia albo odrębnych pozarządowych organizacji, które broniłyby praw lekarzy-imigrantów. W chwili obecnej takie organizacje istnieją już m.in. we Włoszech, Czechach i na Słowacji. W Polsce kilkakrotnie już odbywały się nieformalne spotkania (m.in. w Krakowie i we Wrocławiu) lekarzy z krajów byłego ZSRR, którzy pokonali wszystkie trudności związane z otrzymaniem PWZ w Polsce. Jesteśmy na razie na etapie dyskusji dotyczącej kształtu przyszłej organizacji, która może zrzeszać kolegów lekarzy-imigrantów w Polsce.

Na koniec muszę jednak do swego listu dodać trochę gorzkości. Wydaje się oczywiste, że służba zdrowia w Polsce oszczędza nawet do 500.000 zł, kiedy zasila ją kolejny lekarz-imigrant, ponieważ w tym przypadku Polska nie wydaje ani grosza na kształcenie, otrzymując już wykwalifikowanego specjalistę. Jednak próżno szukać jakichś porad, merytorycznej pomocy albo wsparcia dotyczącego skomplikowanego proceduru nostryfikacji dyplomu, legalizacji pobytu, nabycia PWZ, odbycia albo skrócenia stażu podyplomowego, uznania dotychczasowej specjalizacji. Żadna izba lekarska nie stworzyła zespołu pomocy lekarzom-imigrantom, brak także takiej jednostki przy Ministerstwie Zdrowia. Myślę, że w tej kwestii trzeba brać przykład chociażby z Niemiec, Czech albo Słowacji, gdzie działają podobne komórki.

Łączę wyrazy szacunku

Ewgenij MOZGUNOW

CO PISZĄ INNI

APEL O WYDOBYCIE STOMATOLOGII Z NISZY

21 listopada, podczas pierwszego otwartego posiedzenia Komisji Stomatologicznej NRL lekarzy dentyistów - delegatów na KZL uchwalono Apel „do władz publicznych, klasy politycznej i wszystkich, których może on dotyczyć, o wydobywanie Stomatologii Polskiej z niszy, w jakiej pod względem zainteresowania władz publicznych się znalazła.” Apel ten 22 listopada poparła Naczelna Rada Lekarska. Poniżej jego fragmenty.

„(...) Przykłady marginalizowania stomatologii były wielokrotnie zgłaszane przez samorząd lekarski. (...)

Z faktu, iż większość lekarzy dentyistów zatrudnionych jest poza systemem świadczeń publicznych oraz faktycznego braku możliwości zagwarantowania pełnej gamy świadczeń jako gwarantowanych nie wynika w żadnej mierze brak konieczności troski instytucji państwa o:

- kształcenie podyplomowe lekarzy dentyistów,
- adekwatny do wyzwań poziom nakładów na publiczne leczenie stomatologiczne.

(...) Jako 22-procentowa część społeczności lekarskiej stomatolodzy uzyskują zaledwie 3-procentowy udział



w liczbie przyznawanych rezydentur. W tym kontekście projektowane zapisy nowelizujące ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ułatwiające zatrudnianie specjalistów spoza Unii Europejskiej, zastosowane do lekarzy dentystów będą nosiły wyraźnie dyskryminujący polskich stomatologów charakter.

(...) Poziom nakładów na publiczną stomatologię, wynoszący 2% ogólnych nakładów NFZ na świadczenia zdrowotne, czyli porównywalny z nakładami na obsługę administracyjną Funduszu, jest trudny nawet do opatrzenia stosownym określeniem wobec wyzwań, jakimi są alarmujący stan uzębienia dzieci i młodzieży oraz nieprzystający do wizerunku rozwiniętego społeczeństwa europejskiego współczynnik osób bezzębnych.

Narosłe latami problemy próbuje się rozwiązać (...) bez konsultacji ze środowiskiem lekarzy dentystów. (...) Przykładami są kosztowny projekt 1 dentobusu na województwo i próba zagwarantowania objęcia opieką stomatologiczną uczniów 25 tys. szkół przez 6,5 tys. gabinetów (ustawa z 12.04.2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami). Brnięcie w nietrafione projekty naraża pacjentów na ciągły brak właściwej opieki."

Sekretarz KS NRL

Anita Pacholec

Przewodniczący KS, wiceprezes NRL

Andrzej Cisko

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 12/19)

E-RECEPTA NIECH NIE STRASZY

z wiceministrem zdrowia Januszem Cieszyńskim rozmawia Anna Augustowska

Rozmawiamy na początku listopada – za chwilę zacznie obowiązywać ustawa o e-receptach. Jak przebiega proces podłączania się przez podmioty lecznicze do platformy e-zdrowie na Lubelszczyźnie i w kraju?

To prawda, od 8 stycznia 2020 r. w całym kraju zacznie obowiązywać elektroniczna postać recept. Już dziś e-recepty wystawia blisko 40 tys. lekarzy z ponad 6 tys. placówek medycznych, działających w prawie 2 tys. miast. I liczba ta każdego dnia rośnie, gdyż do systemu e-zdrowia (P1) podłączane są sukcesywnie kolejne podmioty. Dane te mówią same za siebie i są w pełni satysfakcjonujące. [...]*

Wielu lekarzy wciąż czuje obawę przed „nowym”, czy słusznie? Może jest tak, że strach ma wielkie oczy? Czy lekarze starszego pokolenia nie odejdą od zawodu i wybiorą spokój na emeryturze?

Myszę, że możemy być spokojni, jeżeli chodzi o lekarzy tzw. starszego pokolenia. Najstarszy lekarz, który w woj. lubelskim wystawił e-receptę ma 88 lat, a w kraju 91 lat. Wiek nie powinien tu być barierą. Lekarze, którzy już dziś wystawiają elektroniczne recepty chwalą sobie wygodę tego rozwiązania, ponieważ usprawnia im pracę. Jak wskazują doświadczenia krajów skandynawskich, elektroniczna recepta przyczyniła się do oszczędności czasu rzędu 30 min. dziennie w przypadku pojedynczego lekarza. Jest to związane z dostępem do rejestru leków, możliwością łatwego powtarzania preskrypcji oraz już wkrótce automatycznym określaniem poziomu refundacji.

Czy możemy podać – oczywiście w dużym skrócie – krótką instrukcję obsługi: czyli jak zrobić pierwszy krok i zacząć wystawiać e-recepty?

Cała procedura podłączenia szpitala lub przychodni do systemu e-zdrowie (P1) jest bardzo prosta. Zajmuje kilka minut. W tym celu należy skorzystać z wniosku udostępnionego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w RPWDL [https://](https://rpwdl.csioz.gov.pl/)

rpwdl.csioz.gov.pl/ Złożenie wniosku jest możliwe po zalogowaniu się na posiadane konto w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Pod linkiem <https://www.youtube.com/playlist?list=PLzPRusQntElmGVr-SxCPg90OCA91HoCn> dostępny jest film instruktażowy, prowadzący krok po kroku przez proces wygenerowania certyfikatów.

Dla lekarzy nieposiadających oprogramowania gabinetowego Ministerstwo Zdrowia wspólnie z CSIOZ przygotowało dedykowaną aplikację, pozwalającą na wystawianie e-recept – jest ona dostępna pod adresem gabinet.gov.pl.

Co ma zrobić lekarz, który prowadzi indywidualną lub grupową praktykę lekarską i chce wystawiać e-recepty?

Jeśli lekarz, prowadzący indywidualną lub grupową praktykę lekarską, posiada wdrożone oprogramowanie gabinetowe, to procedura rozpoczęcia wystawiania e-recept jest tożsama, jak dla podmiotu leczniczego – konieczne jest wygenerowanie certyfikatów oraz uruchomienie modułu e-recepty. Jak wcześniej zostało to wskazane – dla tych, którzy nie posiadają oprogramowania gabinetowego MZ oraz CSIOZ udostępniły pod adresem gabinet.gov.pl aplikację, pozwalającą na wystawienie e-recept. Aplikacja ta jest bezpłatna i z każdym dniem ma coraz więcej użytkowników.

Czy pacjent, który nie logował się do Internetowego Konta Pacjenta, może otrzymać e-receptę?

Tak, ale otrzyma jedynie wydruk informacyjny. Oznacza to, że na zakończenie wizyty lekarz wręczy pacjentowi wydruk informacyjny recepty z nazwą i dawką leku bądź leków i na tej podstawie będą mogli wykupić je w aptece – a w przypadku np. leków 75+ – otrzymać bezpłatnie zlecone lekarstwa. Ja zachęcam do logowania się do IKP (dostępnego pod adresem: pacjent.gov.pl), ponieważ daje to możliwości m.in. otrzymania e-recepty SMS-em i/

lub e-mailem oraz skorzystanie z wszystkich pozostałych funkcjonalności e-recepty i kolejnych usług e-zdrowia.

Czy po wprowadzeniu e-recepty błędem będzie wystawianie recept papierowych?

Wystawianie recept papierowych będzie możliwe. Na przykład wtedy, kiedy z powodu awarii lekarz nie będzie miał dostępu do systemu e-zdrowie (P1). W takim przypadku lekarz będzie miał możliwość wystawienia recepty w postaci papierowej (tradycyjnej). Ponadto papierowo wystawiane będą: recepty transgraniczne, recepty na leki z importu docelowego, recepty dla osób o nieustalonej tożsamości. W przypadku recept *pro auctore* oraz *pro familiae* dozwolona będzie zarówno postać papierowa, jak i elektroniczna (decyzja o wyborze należy do osoby wystawiającej taką receptę).

Co w sytuacji, gdy e-recepta zostanie wystawiona błędnie?

Elektroniczna recepta pozwala uniknąć wielu błędów, które znamy z recept papierowych. System może automatycznie wskazać nazwę leku oraz poziom refundacji, wczytać dane pacjenta, a recepta nie wymaga podpisu,

pieczętki ani numeru z NFZ. Elektroniczna forma recepty może być dużo wygodniejsza dla lekarza, farmaceuty i pacjenta.

Czy lekarz otrzyma informację zwrotną, jakie recepty pacjent zrealizował? Od kiedy?

Zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma dostęp do danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej pacjenta, który dokonał wyboru tego lekarza w deklaracji POZ.

Trwają prace nad wdrożeniem rozwiązania, dzięki któremu lekarz, pielęgniarka lub położna POZ będą mieć automatycznie dostęp do e-recept swoich pacjentów – w tym informacji, czy pacjent wykupił daną e-receptę oraz jakie inne e-recepty otrzymał w ramach innych wizyt (pacjent nie będzie musiał wyrażać na to zgody).

* - skrót pochodzi o opolskiej redakcji biuletynu.
(przedruk z „Medicusa” nr 12/19)

PIS ZWYCIĘŻA W WYBORACH. WYGRA TAKŻE OCHRONA ZDROWIA?

Wybory parlamentarne, które odbyły się 13 października, wygrało Prawo i Sprawiedliwość z wynikiem 43,59%. Drugie miejsce zajęła Koalicja Obywatelska (PO KO), która uzyskała 27,40% poparcia. Na trzecim miejscu znalazła się Lewica - 12,56% głosów, następnie: Koalicja Polska (PSL i Kukiz'15) - 8,55% i Konfederacja, na którą zagłosowało 6,81% wyborców. PiS będzie miało w Sejmie 235 mandatów, co pozwoli temu ugrupowaniu na samodzielne rządzenie. Frekwencja wyniosła ponad 61,1%.

Wyzwania, protesty, bilans mijającej kadencji

Co kolejna wygrana PiS oznacza dla systemu ochrony zdrowia, czas pokaże. Jedno wydaje się pewne - od stycznia 2018 r., kiedy prof. Łukasz Szumowski przejmował tekę szefa resortu zdrowia po Konstantym Radziwiłło - pakiet problemów czekających na rozwiązanie pozostaje ogromny. Wystarczy wymienić kilka co bardziej gorących. Rosnące kolejki pacjentów w większości dziedzin medycznych, coraz bardziej dotkliwe braki kadrowe, zwiększające się zadłużenie oraz straty finansowe szpitali, zróżnicowanie regionalne w dostępie do diagnostyki i leczenia, protesty płacowe poszczególnych grup zawodowych w ochronie zdrowia. To tylko niektóre wyzwania, z jakimi obóz rządzący będzie musiał się zmierzyć w najbliższej kadencji parlamentu.

11 października br. w rozmowie ze stacją RMF minister zdrowia odniósł się m.in. do słów Rafała Hołubickiego, rzecznika prasowego Naczelnej Izby Lekarskiej, który

powiedział, że w Polsce brakuje 68 tys. lekarzy. - *Zgadzam się z diagnozą, że mamy za mało lekarzy w Polsce, tylko na Boga, dlaczego nikt przez całe lata nic z tym nie zrobił, dopiero myśmy zrobili* - mówił Łukasz Szumowski. I dodał: - *To my zwiększyliśmy o połowę liczbę miejsc na studiach medycznych, to pierwsze. Dwa: 6.7500 zł dla lekarza pracującego na jednym etacie plus pochodne i dyżury, to wychodzi średni przychód 12 tys. zł. Liczby mówią same za siebie. Jeżeli popatrzymy na liczbę lekarzy wyjeżdżających z Polski, ilość zaświadczeń, które biorą z izb lekarskich, spadła o połowę i przybyło 11 tys. lekarzy pracujących w Polsce w tej kadencji* - wyliczał minister zdrowia.

Przyznał również: - *Szlag mnie trafia, jak wszyscy mówią, że jest zapaść, katastrofa, że wszyscy umierają. A mamy więcej lekarzy, więcej pielęgniarek - więcej o blisko 20 tysięcy* - wyliczał. Z kolei na swoim profilu w mediach społecznościowych Łukasz Szumowski wylicza inne osiągnięcia PiS, między innymi: wzrost nakładów na ochronę zdrowia z 73 mld zł w 2014 do 103 mld w 2019; zwiększenie o 39 liczby programów lekowych w minionej kadencji; skrócenie kolejek do operacji zaćmy, badań rezonansem magnetycznym i tomografią komputerowej. - *W 2024 r. wydamy 160 mld zł na zdrowie, czyli dwa razy więcej niż za czasów PO-PSL* - zapowiedział minister zdrowia 28 września br. podczas konwencji PiS w Opolu w tzw. piątce Szumowskiego.



Szumowski: po pierwsze ciągłość

Jeśli potwierdzą się tegoroczne zapowiedzi Łukasza Szumowskiego, w polityce zdrowotnej państwa w najbliższych latach nie należy spodziewać się żadnej rewolucji. Nikt w rządzącym ugrupowaniu nie mówi już o likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia i finansowaniu leczenia w ramach specjalnej zakładki w budżecie państwa (takie deklaracje padały podczas katowickiej konwencji Prawa i Sprawiedliwości i Zjednoczonej Prawicy w lipcu 2015 r.).

Na pytanie Rynku Zdrowia zadane podczas IV Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w marcu 2019 r. w Katowicach, jaki będzie kluczowy kierunek zmian w ochronie zdrowia w przyszłej kadencji, minister Szumowski odpowiedział: - *Co jest kluczowe? Oczywiście ciągłość. Ale przede wszystkim ocena efektów leczenia, która wiąże się m.in. z dostępnością. Jeżeli popatrzymy z perspektywy pacjenta, wolałbym mieć jedną operację, ale skuteczną, niż dostęp do kilku* - wyjaśniał. Dodał, że dostępność trzeba definiować z punktu widzenia pacjenta. Według Szumowskiego to „prawo do tego, by mieć dobrą jakość leczenia w rozsądnym terminie”. - *Myszę, że przy zwiększonych nakładach, informatyzacji, ocenie efektów - jest to realne - zaznaczył.*

- *Drugim punktem jest zdefiniowanie triady: ambulatorium-hospitalizacja-opieka długoterminowa. Jest ona w tej chwili zaburzona i powinna pójść w kierunku opieki ambulatoryjnej, wzmocnienia opieki długoterminowej. Hospitalizacja powinna być najdroższym, ale najrzadziej wykorzystywanym ogniwem. To pozwoli na racjonalizację i czasu pacjenta, i środków* - tłumaczył.

Łukasz Szumowski przyznał, że system opieki długoterminowej w Polsce wymaga zdecydowanej poprawy, szczególnie wobec postępującego starzenia się społeczeństwa. - *To jedno z najpilniejszych wyzwań na najbliższe lata. Jest coraz więcej sukcesów w medycynie naprawczej, w związku z tym coraz więcej pacjentów będzie pacjentami przewlekłymi. Mamy większe możliwości ratowania ludzkiego życia, ale wyzwaniem pozostaje później utrzymanie pacjentów w możliwie najlepszym zdrowiu.*

Konserwować czy doskonalić system?

Wszystko wskazuje więc na to, że nadal będziemy w Polsce konserwować (jak mówią krytycy obecnego systemu) lub rozwijać, tudzież doskonalić (tak chcą jego zwolennicy) mieszany model ubezpieczeniowo-budżetowy. Znamienne, że podczas kampanii wyborczej o wprowadzeniu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, zmianie sposobu finansowania całego systemu i likwidacji monopolu NFZ jako płatnika świadczeń, mówiła otwarcie tylko Konfederacja.

- *Cały obecny system jest wadliwy, zły w założeniu. 80% pracy lekarza to biurokracja. Wynika to z tego, że urzędnicy narzucają kolejne obowiązki na lekarzy, bo próbują naprawić coś, czego naprawić się nie da* - zaznaczył

Tomasz Brzezina z Konfederacji w programie „Widziane z Południa” (emitowanym 5 października br. w portalach: WNP.PL, Parlamentarny.pl i Rynek Zdrowia). - *Powróćmy do kas chorych, sprawy, by były one również prywatne. Konkurencja kas chorych wymusiłaby na szpitalach optymalizację funkcjonowania i dzięki temu rynek by się poprawił. Wolny rynek zawsze działa. Jeśli mu się nie przeszkadza - działa szybko. Jeśli mu się przeszkadza - również działa, ale znacznie wolniej* - konkludował Tomasz Brzezina.

Więcej konsekwencji

Także zdaniem Anny Rutkiewicz, prezes Grupy Lux Med i prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej, dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne są w Polsce bardzo potrzebne, nawet przy założonym wzroście finansowania ochrony zdrowia do 6% PKB w 2024 r. - *Potrzeby zdrowotne będą w tym czasie stale rosły, m.in. ze względu na starzenie się społeczeństwa. 6% wydatków PKB na zdrowie w 2024 r. na pewno okaże się niewystarczające. Trudno też mówić, że nas stać na przyspieszenie tempa wzrostu tych wydatków publicznych. Nawet przy założonym wzroście powinny pojawiać się alternatywne źródła finansowania ochrony zdrowia. Ubezpieczenia dodatkowe są jednym z takich źródeł* - mówiła nam w marcu br. prezes Rutkiewicz.

Jakie są jej oczekiwania wobec rządzących w sferze ochrony zdrowia? - *W zarządzaniu opieką zdrowotną w skali całego kraju najbardziej brakuje nam konsekwencji we wdrażaniu ustalonych wcześniej priorytetów* - zaznaczyła we wrześniowej rozmowie z Rynkiem Zdrowia. I dodała: - *Priorytetów w opiece zdrowotnej pojawia się wiele, ale najważniejsze regularnie powtarzają się od kilku lat. Trzeba więc wreszcie wybrać te, które uznamy za najważniejsze, i zdecydować, że na przykład w ciągu czterech najbliższych lat wprowadzimy konkretne rozwiązania w ramach tychże priorytetów.*

- *Równie ważne jest określenie i przyjęcie wskaźników pozwalających po pewnym czasie rozliczać efekty naszych działań. Niestety, wraz ze zmieniającymi się ministrami zdrowia, zmieniają się też główne priorytety w polityce zdrowotnej, nawet w czasie jednej kadencji* - podsumowała Anna Rutkiewicz.

Pakt dla zdrowia przetrwa?

Przypomnijmy, że z inicjatywy „Dziennika Gazety Prawnej” politycy PO, PSL, PiS i SLD podpisali Pakt dla Zdrowia 2030. Obejmuje zobowiązania ujęte w 11 punktach, opublikowane, po kilkumiesięcznych negocjacjach, 8 października br. (2019 – przyp. Red. opolskiej). Okazało się, że - wyłączywszy kwestie in vitro, aborcji i prywatnej ochrony zdrowia - można znaleźć wspólny język.

Główny postulat w pakcie to zwiększenie finansowania ochrony zdrowia do co najmniej średniej unijnej. Politycy zgodzili się też, że należy podnieść nakłady na



ksztalcenie większej liczby kadry medycznej oraz wprowadzić personel pomocniczy w szpitalach. Kolejne pomysły to m.in. obowiązkowa profilaktyka i opieka psychiatryczna blisko domu najmłodszych pacjentów oraz utworzenie specjalnego Funduszu Opiekuńczego, który miałby wspierać osoby starsze i niesamodzielne.

Jak mówił podczas XV Forum Rynku Zdrowia (Warszawa, 21-22 października) poseł Tomasz Latoś (PiS), przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, dobrze, że

taki dokument został podpisany, ale byłoby zdecydowanie lepiej, gdyby nie stało się to tuż przed wyborami. - *To porozumienie należy jednak obecnie odświeżyć, ponieważ o zmianach w systemie opieki zdrowotnej musimy myśleć nie w perspektywie jednej kadencji, ale zdecydowanie dłuższej* - podkreślił Latoś.

Wojciech KUTA

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 11-12/19)

„USTAWA 6 PROCENT” – ILE ZDROWIA KUPIMY ZA TE PIENIĄDZE?

„Ustawa 6 procent” to pierwszy, historyczny zapis rangi państwowej, który daje gwarancję wzrostu finansowania ochrony zdrowia i pokazuje perspektywę dochodzenia do zakładanych wydatków - zgadzają się eksperci. Co możemy zyskać dzięki dojściu do 6% wydatków PKB na zdrowie w 2024 r.?

Odpowiedź na postawione pytanie wcale nie jest prosta, czego dowiodła dyskusja, jaka wywiązała się pomiędzy gośćmi sesji „Finansowanie świadczeń zdrowotnych w Polsce” podczas XV Forum Rynku Zdrowia (Warszawa, 21-22 października 2019 r.).

Jak zauważyła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, zastępca przewodniczącego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, jesteśmy krajem o największej dynamice wzrostu PKB na tle Europy. Niemniej, zaczęliśmy naprawę ochrony zdrowia z poziomu bardzo niskiego PKB na głowę mieszkańca i odnoszenie wydatków publicznych na zdrowie tylko do PKB może doprowadzić do niepełnego zrozumienia miejsca, w jakim jesteśmy na zglobalizowanym rynku świadczeń zdrowotnych.

Nie jesteśmy wyspą, koszty rosną

- *Warto brać pod uwagę, że koszty wytwarzania usług zdrowotnych w kraju mają tendencję dążenia do wyrównania na tle europejskiego rynku. Nie określiliśmy też standardu opieki zdrowotnej, jaki chcielibyśmy zapewnić, wykorzystując 6% PKB* - poddawała pod rozagę dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, pytana o trudności, na jakie mimo wszystko natrafimy, dysponując nawet dużo większymi niż obecnie pieniędzmi na zdrowie.

Dr Andrzej Mądrała, wiceprezydent Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, wiceprzewodniczący rady nadzorczej Centrum Medycznego MAVIT, przypominał, że w roku 2018 duże strumienie pieniędzy, które wpłynęły do systemu, w ogromnej części zostały skonsumowane przez wzrost wynagrodzeń. - *Przy rosnących nakładach na zdrowie sytuacja pacjenta w wielu zakresach świadczeń uległa pogorszeniu, nastąpił spadek liczb realizowanych procedur. Jednocześnie rosną koszty realizacji świadczeń*

- wskazywał na realne otoczenie, w jakim prowadzona jest naprawa systemu ochrony zdrowia.

Jak przypomniła Bogna Cichowska-Duma, dyrektor generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych Infarama, tylko 0,3% wolumenu leków refundowanych w kraju to leki nowoczesne zarejestrowane po 2009 r. W krajach rozwiniętych w wolumenie leków refundowanych ze środków publicznych leki nowoczesne stanowią niemal 3%. - *„Ustawa 6 procent” jest pewną obietnicą, ale liczymy na rzeczywiste środki, a nie tylko na wyliczenia oparte na procencie PKB* - zaznaczała, przywołując dane OECD z 2018 r. pokazujące, że polskie wydatki na zdrowie per capita to ok. 1,5 tys. dolarów, podczas gdy średnia unijna - 3 tys. dolarów, a np. tak bliscy nam Czesi przeznaczają na zdrowie ok. 2,5 tys. dolarów na głowę.

Co mówią prognozy

Jak wynika z prognoz Ministerstwa Zdrowia, w 2024 r. możemy uzyskać aż 160 mld zł publicznych wydatków na zdrowie, licząc procent PKB za 2 lata do tyłu, tak jak zapisano w „ustawie 6 procent”. - *To oznacza, że potrzebujemy wzrostu PKB o 7,8 punktu procentowego rocznie. Są to bardzo optymistyczne założenia* - mówiła Bogna Cichowska-Duma. Dodała, że zaplanowane w roku 2020 zaledwie 15,25% środków NFZ przeznaczonych na refundację leków to rekordowo niski poziom. Jak oceniła, w stosunku do zapisów ustawy refundacyjnej brakuje 1,5 mld zł. - *Liczymy na to, że jednak dodatkowe środki zostaną przeznaczone w trakcie roku finansowego* - powiedział dyrektor Infarmy.

Plan finansowy NFZ przygotowany na 2020 rok w oparciu o wieloletnie prognozy Ministerstwa Finansów przewiduje wzrost wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne o 8,6 mld zł. Prognozowane przychody ze składki zdrowotnej plus wydatki szacowane na ok. 9 mld zł z budżetu państwa, budżetów Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz samorządów dają razem kwotę 106,3 mld zł.

- Ta kwota spełnia założenie wydatkowania 5,03% PKB na zdrowie w 2020 r., który to wskaźnik, zgodnie z ustawą, odnosimy do PKB z roku 2018 - mówił dr Bernard Waśko, zastępca prezesa ds. medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia. Powiedział, że minister finansów ma świadomość, że osiągnięcie wskaźników zakładanych w latach kolejnych nie będzie możliwe bez celowych dotacji. Zaplanowano je już np. w latach 2020 i 2021, odpowiednio w kwocie 7 i 7,5 mld zł. - *Zatem mamy zero dotacji na przyszły rok, ale w kolejnych latach państwo ma zasilić budżet zdrowia znaczącymi kwotami* - mówił wiceprezes NFZ.

Na co przeznaczyć oszczędności

Podczas dyskusji jej uczestnicy wskazywali też, że choć zwiększenie nakładów na zdrowie jest bardzo istotne, pewną poprawę w zakresie dostępności do świadczeń i terapii można uzyskać dzięki umiejętnym rozwiązaniom organizacyjnym.

Grzegorz Rychwalski, wiceprezes zarządu Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, przypomniał, iż wygasanie patentów powoduje, że na rynek wchodzi zdecydowanie tańsze leki biorównoważne, co daje oszczędności. Jako przykład podał spadek ceny adalimumabu w ciągu ostatniego roku prawie o 90%. W Polsce jednak, na tle Europy, dostęp do leczenia biologicznego jest nadal ograniczony. - *Na przykład w chorobie Leśniowskiego-Crohna przy zastosowaniu terapii biologicznych leczonych jest 9,5% populacji pacjentów, na Węgrzech - 19%, we Francji ponad 30%.*

- *Ze względu na erozję cen niektórych leków biologicznych czas się zastanowić, jak zapewnić pacjentom dostęp do leczenia we wczesnych fazach lub bez wykluczania z programu lekowego w razie uzyskania remisji. Dyskutowane jest na przykład przeniesienie leków z programów do katalogu chemioterapii czy aptek ogólnodostępnych* - mówił wiceprezes Grzegorz Rychwalski.

Także zdaniem Beaty Ambroziewicz, wiceprezes Fundacji Wygrajmy Zdrowie, członka grupy sterującej All.Can Polska, istotny jest nie tylko wzrost środków, ale również to, jak je alokujemy. - *To była jedna z głównych rekomendacji zawartych w projekcie All.Can* - mówiła, przywołując zalecenia ekspertów zawarte w raporcie „Diagnoza zmian, jakie zaszły w opiece onkologicznej w Polsce w latach 2017-19”. Zaznaczyła: - *Niewątpliwie widzimy postęp w zakresie lepszej organizacji ochrony zdrowia, rozwiązaniach systemowych, jak np. pilotaże opieki koordynowanej, wdrażanie kompleksowych ośrodków opieki onkologicznej w ramach breast cancer unit.*

Nie marnotrawmy pieniędzy

Trwają ponowne wyceny świadczeń onkologicznych, w tym badań patomorfologicznych. - *To bardzo ważne, bo niestety przy finansowaniu z ryczałtu widzimy spadek liczby wykonywanych badań zarówno patomorfologicz-*

nych, jak i molekularnych. A to skutkuje blokadą włączenia pacjentów do dalszego leczenia lub pacjenci są leczeni nieoptymalnie, co powoduje, że środki na ich terapię są marnotrawione - podkreśliła Beata Ambroziewicz. Mówiąc o długim czasie oczekiwania na finansowanie nowych terapii, powiedziała, że nie wynika to tylko z braku środków. - *Potrzebne jest uproszczenie procedur refundacyjnych, zniesienie konieczności wydawania zgody przez firmę, której lek już jest w programie na wprowadzenie kolejnego leku innego producenta* - apelowała.

Prof. Jacek Sobocki, kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, też nawiązał do wątku dyskusji dotyczącego racjonalnego wydatkowania środków. Podał przykład celowości włączania leczenia żywieniowego u wymagających takiej procedury pacjentów już po zakończeniu hospitalizacji. W przypadku żywienia dojelitowego w warunkach domowych czas oczekiwania zależy od miejsca zamieszkania pacjenta, średnio wynosi 6 miesięcy. - *Pacjent albo pozostaje w szpitalu wiele tygodni, albo wraca do domu, tam jego stan się pogarsza i ponownie trafia do szpitala, czasami nawet kilkakrotnie. W efekcie koszt ponownych hospitalizacji wielokrotnie przekracza koszty żywienia dojelitowego, jakie byłoby w tym samym czasie prowadzone w domu. Zasadne wydaje się zatem nielimitowanie takiego świadczenia, jak żywienie w warunkach domowych* - argumentował profesor.

Finansowanie stale rośnie

Odpowiadając na sugestie, jakie padły podczas dyskusji, wiceprezes NFZ wyjaśnił, że oszczędności uzyskane na lekach nie pozostają w budżecie Funduszu, są wydatkowane zgodnie z obowiązującymi priorytetami. Podał, że dopuszczenie do refundacji zarówno nowych częstelek, jak i rozszerzenie wskazań dla już istniejących spowodowało np. w raku płuca w latach 2017-19 trzykrotny wzrost liczby leczonych pacjentów objętych specjalnymi programami terapeutycznymi, z ok. 1.600 do ok. 5 tys.

Mówiąc o zapobieganiu niepotrzebnym hospitalizacjom wynikającym z niedożywienia pacjentów, poinformował, że licząc od 2015 r. nakłady na żywienie w warunkach domowych wzrosły ze 136 mln zł do 210 mln zł w ciągu 3 lat. - *Z wykonywanych analiz, w przeliczeniu na osobodzień w ZOL-ach i ZPO wynika, że w skrajnym przypadku różnica między województwami w finansowaniu leczenia żywieniowego wynosi prawie 100%. Będziemy dążyli do tego, żeby zmniejszać te dysproporcje* - zadeklarował.

Obszerną relację z sesji „Finansowanie świadczeń zdrowotnych w Polsce” zamieściliśmy w portalu rynekzdrowia.pl, w zakładce Konferencje.

Piotr WRÓBEL
(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 11-12/19)

- W Polsce mamy 22 mln chorych na nadwagę i otyłość, to katastrofa - alarmuje w jednym z wywiadów prof. Mirosław Jarosz, były szef Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ). On i kilku ekspertów przekonują, że wysokość składki zdrowotnej należy uzależnić m.in. od masy ciała. Trend nagród i kar za (nie)zdrowy styl życia idzie z USA, ale zderza się z polskim solidaryzmem społecznym w ochronie zdrowia.

- Myślę, że gdybyśmy chociaż wprowadzili system kontroli masy ciała i dali jakąś nagrodę tym, którzy ją utrzymują na prawidłowym poziomie, np. w postaci mniejszych składek na ubezpieczenie zdrowotne, to już byłby efekt. Bo jakąś nagrodę trzeba dawać - powiedział pod koniec lipca br. w „Dużym Formacie” Gazety Wyborczej prof. Jarosz.

Nagrody i kary w obszarze dbałości obywateli o zdrowie funkcjonują od dawna, także w Polsce. Na razie karanie, nie licząc prawnych konsekwencji unikania obowiązkowych szczepień, jest głównie pośrednie (m.in. akcyza na papierosy i alkohol). Jednak coraz częściej pojawiają się pomysły na dodatkowe oskładkowanie zdrowotne osób celowo i świadomie niszczących własne zdrowie - np. otyłych „na własne życzenie” czy odmawiających leczenia alkoholików/narkomanów. Są też inne propozycje: opodatkowanie cukru w napojach; obowiązkowe badania w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi czy szyjki macicy w ramach medycyny pracy.

Na razie zdecydowanie popularniejszy jest jednak system zachęt. Stosują go i państwo, i firmy; w przypadku pracodawców to np. sportowe karty benefitowe, darmowe owoce/woda w miejscu pracy. Ciekawym przykładem działania władz była promocja igrzysk w Soczi - za trzydzieści przysiadów wykonanych na specjalnej platformie można było otrzymać darmowy bilet na przejazd moskiewskim metrem.

Wyższa składka za nadwagę, bo...

O uzależnieniu wysokości składki zdrowotnej lub podatku od wagi ciała mówił podczas ubiegłorocznej debaty „Medyczna Racja Stanu - Tezy dla zdrowia” prof. Leszek Czupryniak, były prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Identyfikujący pomysł przedstawił w marcu br. w rozmowie z serwisem *holistic.news* Piotr Matczak, lekarz ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

- Trzeba jasno powiedzieć, że otyłość w większości przypadków wynika ze złych nawyków żywieniowych. Przyczyny genetyczne to niewielki margines, natomiast chętnie podnoszony przez pacjentów powód, jakim jest niedoczynność tarczycy, w przypadku prawidłowego leczenia nie ma wpływu na masę ciała - zaznaczał Małczak.

Inny z lekarzy, Michał Wysocki - z tego samego szpitala i w tej samej rozmowie - zauważał, że „otyłość w 99% przypadków wynika z nadmiernej podaży kalorii”.

W ocenie Małczaka pacjenci z otyłością powinni płacić wyższą składkę, gdyż są obarczeni zwiększonym ryzykiem szeregu chorób, których leczenie realnie kosztuje więcej, w porównaniu z osobami o prawidłowej wadze. - Kiedyś w Szwecji zauważono, że kadra oficerska tyje na potęgę, 80% miało nadwagę czy otyłość. I zdecydowano, że tym, którzy będą utrzymywali prawidłową masę ciała, podniosą miesięczny żołd o 30%. Po trzech latach nadwagę miało tylko 15% - zaznacza prof. Jarosz we wspomnianym już wywiadzie na łamach DF.

Obwiniamy ofiarę?

- Jeśli będziemy karać otyłych, to obwiniamy ofiarę, ponieważ otyłość nie jest wyłącznie związana z zachowaniami, osobistymi decyzjami czy wyborami, ale zależy od szeroko rozumianych warunków życia, w tym także zasobności portfeli. Obecne dowody naukowe mówią, że istnieją dziesiątki uwarunkowań otyłości - mówi Rynkowi Zdrowia dr hab. Dorota Cianciara z Zakładu Promocji Zdrowia i Prewencji Chorób Przewlekłych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH). Zauważa, że kara to rodzaj tzw. apelu lękowego, a ten - jak twierdzi - bywa skuteczny tylko w stosunku do ściśle określonych osób i warunków. Z reguły jednak nie działa, a nierzadko szkodzi. - Jeśli z kolei będziemy nagradzać szczupłych, to nasuwa się pytanie, czy to jest w porządku, aby pomagać tym, którzy sami sobie świetnie radzą. Elementarne poczucie sprawiedliwości społecznej mówi, że byłoby to krzywdzące dla pozostałych - ocenia.

Zaznacza, że propozycja wyższych składek dla otyłych rodzi cały szereg pytań. - Kto zdecyduje, jaką metodą będzie się oceniać otyłość i jak to wpłynie na składkę? Czy wskaźnikiem do oceny otyłości będzie mocno krytykowany BMI? Czy rodzice będą ponosić konsekwencje składkowe za otyłość dzieci, nawet jeśli sami nie są otyli? Czy będą brane pod uwagę wszystkie formy zatrudnienia i wszystkie przychody? I dalej. Kto będzie właścicielem i dysponentem wrażliwych danych? Jak będą uwzględniane: podłoże genetyczne lub związane ze współistniejącymi chorobami funkcje poznawcze, świadomość danej osoby, jej kompetencje zdrowotne? Jak będą chronione karane osoby otyłe przed stygmatyzacją? Kto i w jaki sposób będzie prowadził monitoring i ewaluację procesu oraz efektów? Ile to będzie kosztować? Jaka będzie stopa zwrotu? - wylicza dr hab. Dorota Ganciarra i podkreśla, że podobne pytania pojawią się dla innych kwestii zdrowotnych, które będziemy chcieli uskładkować. Konstatuje, że w obecnych realiach systemu zdrowia w Polsce dyskusja o wyższych składkach zdrowotnych dla niektórych grup osób jest nieuzasadniona, a wręcz abstrakcyjna.



Wzmocnienia negatywne: ostrożnie i mądrze

Jak mówi Dorota Cianciara, wiele wskazuje na to, że inspiracją do europejskiej (w tym i polskiej) dyskusji nad zwiększaniem finansowej odpowiedzialności ludności za zdrowie są trendy amerykańskie. - *W USA wiek firm podjęło kroki, aby kontrolować stan zdrowia i zachowania zdrowotne pracowników i odpowiednio za to nagradzać lub karać, z reguły oferując równolegle jakieś programy zdrowotne dla kadry. Pamiętajmy jednak, że Ameryka to kraj zbudowany na indywidualizmie. System zdrowotny jest tam najdroższy na świecie i relatywnie mało skuteczny, a ubezpieczenia zdrowotne w dużej mierze opierają się na pracodawcach* - podkreśla. Przypomina, że w Polsce czynniki ryzyka (związane z wiekiem, stanem zdrowia, płcią itp.) są rozłożone na wszystkich ubezpieczonych, a świadczenia dla osób w złej sytuacji finansowej są opłacane z budżetu państwa. - *Jakiegokolwiek kary czy nagrody mogą rujnować tę filozofię* - przestrzega.

Zwolennikiem bezpośrednich kar w postaci wyższych składek zdrowotnych dla świadomie pogarszających własne zdrowie nie jest też dr Grzegorz Juszczuk, obecny dyrektor dwóch instytutów: IŻŻ oraz NIZP-ZH. Wskazuje m.in. na potencjalnie ogromne trudności z wdrożeniem takiego mechanizmu, „ponieważ nie mamy tak obiektywnych metod oceny zwiększonego ryzyka, jak w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych”.

- *Na pewno prostym i już stosowanym instrumentem wzmocnienia negatywnego jest podatek nałożony np. na papierosy i alkohol. Podwyższanie akcyzy lub VAT-u na określone używki/produkty należy dalej rozwijać. Od lat dyskutujemy też o wprowadzeniu tzw. sugar tax, podatku od napojów wysokosłodzonych, mającego na celu zwalczanie otyłości i poprawę zdrowia ludności* - mówi dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. - *Taki podatek wprowadzono już w 11 krajach. Funkcjonuje m.in. w Finlandii, Francji, Belgii, na Węgrzech, w Katalonii czy Norwegii* - zauważa dr Juszczuk.

Dr Gałązka-Sobotka zaznacza, że nie można ograniczać się tylko do podnoszenia cen. - *Zdrowa żywność*

jest bardzo droga, przez co dostępna dla niewielu. Z kolei żywność tania - z reguły - jest mniej zdrowa czy wręcz szkodliwa. Taką polityką fiskalną pogłębiany nierówności w zdrowiu - twierdzi.

Zdrowie na wagę złota

- *Jeżeli chodzi o system nagród, często ma on charakter dofinansowań. Obywatel może zyskać np. darmowy dostęp do komunikacji miejskiej czy ośrodków sportowych. Nieco egzotycznym przykładem może być Dubaj, który wielokrotnie organizował akcje zachęcające mieszkańców do rezygnacji z poruszania się samochodem czy odchudzania. Osoby, które brały udział w tego typu wydarzeniach, mogły liczyć na loterie i konkursy z nagrodami, a nawet złoto* - mówi dr Juszczuk. Faktycznie - wystarczyło stracić co najmniej 2 kg w ciągu 30 dni, żeby dostać dwa gramy złota. Każdy następny zrzucony kilogram był nagradzany kolejnym gramem kruszcu.

Dr Gałązka-Sobotka uważa, że sięganie obecnie w Polsce po narzędzia restrikcji w postaci podnoszenia składki zdrowotnej dla niektórych grup obywateli byłoby błędem. - *Państwo polskie ma wieloletnie zaniedbania w obszarze edukacji zdrowotnej, dlatego tym bardziej nie można karać społeczeństwa, któremu nie udostępniono (lub udostępniono szczątkowo) narzędzi do świadomego dokonywania wyborów w obszarze dbania o zdrowie. Byłoby to zwyczajnie nieuczciwe* - ocenia. Podpowiada, by najpierw zainwestować w system edukacji, zbudować świadomość, że zdrowie należy do nas i to my jesteśmy jego głównym gospodarzem i menedżerem, a dopiero wówczas, gdy takie podejście okaże się niewystarczające, rozważać wprowadzenie bardziej radykalnych metod.

Edukować trzeba przede wszystkim najmłodszych. Dr Juszczuk zauważa, że coraz częściej mówi się o wprowadzeniu nowego przedmiotu szkolnego „Wiedza o zdrowiu”. - *Pokazujemy korzyści z dobrego zdrowia, akcentujemy, ile trosk i kosztów związanych z leczeniem możemy uniknąć dzięki* - często - *dość prostym wyborom* - podsumowuje.

Jacek WYKOWSKI

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 9-10/19)

DOPALACZE I NOWE NARKOTYKI, CZYLI JAK „BAWIĄ SIĘ” MŁODZI

Dopalacze są na polskim rynku od nieco ponad 10 lat, zatruwają się nimi corocznie tysiące ludzi, kilkadziesiąt osób umiera. Mamy różne narzędzia, żeby podejmować walkę z tymi substancjami, ale wciąż wiemy o nich zbyt mało. Leczenie jest trudne, dedykowane programy dopiero powstają

We wrześniu 2008 r. w Łodzi ruszył ze swoją ofertą pierwszy sklep z dopalaczami. Dopalacze docierały do

naszego kraju już nieco wcześniej w bagażach imigrantów zarobkowych wracających w rodzinne strony z Wysp Brytyjskich. Była to ciekawostka, działanie jak narkotyki, ale legalne, ładnie zapakowane. Zaskoczyło. Sklepy powstawały w ekspresowym tempie na terenie całego kraju. Liczba interwencji medycznych w przypadkach podejrzenia zatrucia nowymi substancjami psychoaktywnymi rosła z dnia na dzień.





W październiku 2010 r. inspektorzy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wspierani przez Policję zamknęli ponad 1.400 sklepów z tzw. dopalaczami. Problem używania tych substancji bynajmniej jednak nie zniknął. Dopálacze przez wiele lat wyrobiły sobie markę, mocno umocowały się w świadomości szczególnie młodych ludzi, szukających rozrywki, relaksu, zapomnienia.

Dziesiątki nowych substancji

Jak destrukcyjne są dopálacze i inne nowe narkotyki, najlepiej pokazują liczby. W 2013 r. w całym kraju dopálaczami zatrúły się 1.082 osoby, a w 2015 r. - 7.284 osoby. W Polsce w 2018 r. odnotowano nowymi narkotykami: 4.257 zatrúć oraz 65 zgonów. 50% osób, które zażyły NSP, odczuwało negatywne skutki ich działania, ale tylko 6% szukało pomocy medycznej (dane dr Piotra Burdy). Prym wśród województw z największą liczbą zatrúć wiedzie łódzkie i śląskie. Najwięcej zatrúć nowymi substancjami psychoaktywnymi notuje się w przedziale wiekowym od 16 do 29 roku życia.

Kolejne regulacje prawne oraz działania Policji, Państwowej Inspekcji Sanitarnej przynoszą efekty, groźne substancje są eliminowane z rynku, jednak całkiem z niego nie znikają. Niestety za chwilę pojawiają się nowe, ich sprzedaż odbywa się legalnie, najczęściej w sklepach internetowych, w których można płacić bitcoinami, tak żeby całkowicie ukryć transakcję. Taka formuła płatności jest najbardziej preferowana, nagradzana zniżkami, gratisami. Wysyłka tych substancji odbywa się tzw. paczką bez przypału - jesteśmy z kurierem na telefon, odbieramy w bezpiecznym miejscu.

Często dopálacze można kupić także w zwykłych sklepach, w ramach tzw. sprzedaży „zakamuflowanej”. Osoby wtajemniczone wiedzą, w którym sklepiku osiedlowym można się zaopatrzyć w nowe narkotyki. „Proszę artykuł numer 3” - słysząc takie słowa w małym sklepiku na uboczu osiedla, prawdopodobnie jesteśmy świadkami zakupu nielegalnych substancji psychoaktywnych w nie do końca legalny sposób.

Sklep z szyldem „dopálacze” raczej nie przetrwa zbyt długo na rynku, ponieważ samorządy, Policja, Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne poprzez własne doświadczenia, regulacje prawne oraz wypracowane strategie działań szybko doprowadzą do zamknięcia takiej działalności. Opuszczone lokale na uboczu, z zaklejonymi szybami, są poza podejrzeniem, a to w takich właśnie miejscach konsultowani przeze mnie klienci poradni zaopatrują się w dopálacze czy nowe narkotyki.

Wskazanie najlepszej nazwy, która oddałaby charakter nowych substancji psychoaktywnych, jest trudne. Używanie nazwy dopálacze jest według mnie pewnego rodzaju hołdem dla tych substancji. W żargonie ulicznym usłyszymy określenia - dopały, dopki, śmieszne rzeczy. Nazwą, która najlepiej określa te substancje, jest, moim zdaniem, NSP, czyli Nowe Substancje Psychoaktywne.

Wiele z tych substancji ma w składzie naturalnie występujące w przyrodzie rośliny, często odkryte na nowo.

W trakcie trwania ogólnopolskiej konferencji „Skuteczne strategie w leczeniu uzależnień 2019” zorganizowanej we wrześniu tego roku (2019 – przyp. Red. opolskiej) przez Stowarzyszenie Eleuteria, dr n. med. Bogusław Habrat, kierownik Zespołu Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, zaliczył w poczet nowych substancji psychoaktywnych m.in. syntetyczne kanabinoidomimetyki, syntetyczne katynony, pochodne „klasycznych” psychodelicznych fenyletyloamin/MDMA-podobnych, nowe stymulanty o różnej budowie chemicznej, syntetyczne opioidy (w tym fentanyl), syntetyczne imitatory kokainy, nowe pochodne tryptaminy, agoniści receptorów GABA A/B (GHB/GBL, baklofen, pregabalina etc), leki działające podobnie do fencyklidyny, piperazyny, substancje naturalne (np. szałwia, kratom, kava-kava, ayahuasca, ibogaina, magnolia, hortensja, naparstnica), leki na receptę (stymulanty do leczenia ADHD, prebagalina, gabapentyna, kwetiapina, wenlafaksyna, tropikamid) oraz substancje poprawiające wygląd i sprawność czy suplementy diety.

Podział przedstawiony przez dr Habrata jasno wskazuje na dużą różnorodność gotowych produktów i półproduktów NSP. Na lokalnych rynkach klienci mojej poradni kupują nowe substancje pod nazwami znanymi od wielu lat tj. „częstka boga”, „rzymskie medaliony” czy „kokolino”, jednak o zmienionym składzie i działaniu.

Po omacku

Leczenie pacjentów, którzy trafiają z zatrúciem na szpitalne oddziały, odbywa się najczęściej metodami objawowymi, poprzez analogię do znanych substancji psychoaktywnych. Dopálacz trudno jest oznaczyć, rozpoznać, a tym samym wdrożyć dedykowane leczenie. Ze względu na niejednorodny skład nowych substancji ważne dla profesjonalisty i nakładanie się efektów substancji stymulujących i halucynogennych, możliwe działania personelu medycznego są bardzo ograniczone.

Jeśli chodzi o leczenie w ośrodkach terapeutycznych, to na naszym rynku zaczynają się pojawiać oferty terapii opartej na autorskich programach. W pozostałych placówkach leczenie odbywa się poprzez oddziaływania analogiczne do tych przy leczeniu uzależnień od narkotyków. Z opinii terapeutów pracujących w ośrodkach leczenia uzależnień oraz w poradniach leczenia uzależnień osoby uzależnione od dopálaczy (NSP) wynika, że bardzo często zgłaszane przez klientów trudności i problemy noszą znamiona organicznego uszkodzenia układu nerwowego. Terapeuci wskazują tutaj na silną korelację z działaniem dopálaczy.

Pacjenci w trakcie konsultacji jako powód używania NSP jako zamiennika narkotyków, wskazują na mocniejsze działanie dopálaczy, dużo silniejsze doznania po zażyciu. Klienci używający dopálaczy często mają duży problem



w określeniu tego, co zażyli. Jako rekomendację w momencie nabywania nowego narkotyku usłyszeli „działa jak kokaina, ale jest pięć razy tańsza”. Znają tylko nazwę potoczną np. „mięta”, ale nie są w stanie stwierdzić, jakie jest jej działanie, skutki uboczne, dawka bezpieczna. Wypowiedzi typu „to okropnie mnie poniewiera, ale i tak strasznie mnie ciągnie” pojawiają się dość często. Z wypowiedzi konsultowanych przeze mnie osób używających NSP wynika, że wizja mocniejszych doznań, niższa cena niż znanych narkotyków oraz mniejsze prawdopodobieństwo konsekwencji prawnych za posiadanie dopalaczy, są tym, co skłania je do przerzucania się na dopalacze.

Sytuacja z lipca 2015 r., kiedy to na Śląsku w krótkim czasie dopalaczami, a konkretnie substancją o nazwie „Mocarz”, zatruło się kilkaset osób, pokazuje, jak dużym zagrożeniem wśród osób używających substancji psychoaktywnych może być tzw. przerzucenie się na dopalacze.

Kolejną kwestią, która zaczyna się powoli ujawniać, jest duże zainteresowanie klientów poradni lekami (tj. pregabalina), którymi w szybki sposób mogą osłabić działanie stymulantów takich jak amfetamina i jej pochodne, uspokoić się.

W Stanach Zjednoczonych ogromnym problemem stały się syntetyczne opioidy, pochodne fentanyli. W Polsce coraz więcej osób interesuje się tymi substancjami, które można uzyskać choćby z plastrów przeciwbólowych.

Wielu z nas postrzega substancje psychoaktywne głównie przez pryzmat narkotyków tj. marihuana, amfetamina, kokaina, heroina... W 2019 r. substancje psychoaktywne zmieniają swoje oblicze na coraz bardziej tajemnicze, działanie na skrajnie ekstremalne, skutki używania na trudne do przewidzenia. Dopapalacze wciąż są łatwo dostępne, a przede wszystkim tańsze od narkotyków znanych do tej pory.

Warto też zwrócić uwagę, że coraz więcej medykamentów różnego rodzaju zasila domowe apteczki. Niestety, dorośli nie zawsze w dostateczny sposób kontrolują, co dzieje się z ich zawartością. Skrętnie wykorzystują to młodzi ludzie. Na etykietach większości substancji psychoaktywnych znajdziemy dziś informacje na temat ewentualnego ich działania niepożądanego, dozwolonej

dawki, zakazu spożywania przez osoby, które nie ukończyły osiemnastu lat, ale młodzież hołduje zasadzie: „co jest zakazane, jest mocno pożądane.”

Nikt nie pokusi się o wycofanie ze sprzedaży kawy, papierosów, „energetyków” czy leków, nowe narkotyki i dopalacze to jeszcze trudniejszy temat. Możemy jednak uzbroić młodzież w wiedzę na temat ich szkodliwości, a dorosłych uwrażliwiać na zagrożenia, jakie niosą ze sobą dla młodego pokolenia substancje psychoaktywne XXI w.

Bibliografia

1. Raporty Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych z dn. 30.07.2019. www.gis.gov.pl.
2. dr n. med. Bogusław Habrat, Jak wiedza może przyczynić się do poprawy postępowania w przypadkach użytkowników Nowych Substancji Psychoaktywnych, Bronisławów, 2019 za Schifano F. i wsp.: World Psychiatry, 2015,
3. Ośrodek Kontroli Zatruc, Warszawa, Piotr Burda, „Raport o zgłoszonych przypadkach podejrzeń zatrucia substancjami psychoaktywnymi („dopalaczami”) w okresie lipiec-sierpień 2015 r.,
4. dr Piotr Burda, Nowe substancje psychoaktywne - toksyczność, zatrucia i skutki zdrowotne ostrych intoksykacji, pod red. Ewa Waluk: Nowe narkotyki w Polsce, tendencje- zagrożenia-procedury postępowania, W-wa 2016.

Lukasz NIEWCZAS

O autorze: terapeuta uzależnień od narkotyków, kierownik działu Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w Świętokrzyskim Centrum Profilaktyki i Edukacji w Kielcach, specjalista pracy socjoterapeutycznej, pedagog środowiskowy, wychowawca, interwent kryzysowy, członek Stowarzyszenia Pomocy Rodzinie PRO, terapeuta młodzieży i osób dorosłych pracujący pod stałym nadzorem superwizorów PTP, twórca i realizator autorskich programów profilaktycznych dla młodzieży.

(przedruk z „Terapii” nr 5/19)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

SUPLEMENTY DIETY - „PARASOLOWY” PRZEGLĄD BADAŃ KLINICZNYCH I METAANALIZ

Stwierdzono, że jedna trzecia pacjentów z nowotworami w USA stosuje interwencje z zakresu medycyny komplementarnej i alternatywnej (Complementary and Alternative Medicine, CAM). Najczęściej CAM dotyczy to suplementów i preparatów ziołowych. Popularność suple-

mentów to skutek nieświadomości pacjentów lub ich sceptycyzmu wobec danych naukowych, a także stosunkowo duża dowolność w reklamowaniu suplementów (Pieter A. Cohen. The Supplement Paradox. Negligible Benefits, Robust Consumption. JAMA 2016; 316(14): 1453-1454).





Wstęp

Suplementy diety są skoncentrowanym źródłem witamin, składników mineralnych lub innych substancji stosowanych w celu wzbogacenia codziennej diety, jednak nie mogą być jej zamiennikiem. Stosuje się je celem utrzymania, wspierania oraz optymalizacji efektów fizjologicznych. Natomiast lek roślinny to preparat, który zawiera co najmniej 60% substancji roślinnej. Stosowanie leków ziołowych jest postrzegane przez pacjentów jako bezpieczne, mało inwazyjne oraz wpływające holistycznie na cały organizm. Suplement diety nie może być stosowany w zastępstwie leku roślinnego. Substancje roślinne dodawane są do suplementów w ilościach wielokrotnie niższych od dawek leczniczych. Suplementy diety wzbogacone w składniki roślinne, o określonych dopuszczalnych poziomach substancji aktywnych biologicznie, stanowić mogą cenne uzupełnienie codziennej diety. Przy wprowadzaniu suplementu do sprzedaży wystarczy powiadomić o tym fakcie Główny Inspektorat Sanitarny i dostarczyć wzór opakowania. W powiadomieniu tym należy podać m.in. dokładny skład produktu, tj. jakie składniki, w jakiej formie i w jakiej ilości w nim występują. Nie jest natomiast wymagana dokumentacja potwierdzająca jakość oraz deklarowane efekty działania suplementu.

Kiedy można stosować suplementy?

1/4 Polaków przyjmuje suplementy diety przynajmniej kilka razy w tygodniu, a co trzecia kobieta stosuje je codziennie (SW Research). W 2014 r. wartość sprzedaży suplementów diety wyniosła 3,5 mld zł i szacuje się, że wzrośnie do 5,0 mld zł w 2020 r. (PMR Consulting). Suplementacja może przynieść korzyści osobom, których dieta nie pokrywa zapotrzebowania na określone składniki żywności w pewnych okresach życia oraz z powodu chorób (okres wzrostu, jednostronne diety, dieta wegetariańska, przewlekłe choroby, zaburzenia wchłaniania, stosowanie niektórych leków, ciąża i laktacja, podeszły wiek). Suplementacja diety stanowi dobry sposób na uzupełnienie niedoborów tych czy innych składników wśród sportowców. Powszechnie przyjmowanymi suplementami są preparaty wielowitaminowe i „odchudzające”, w dalszej kolejności zawierające wapń i witaminę D₃, kwasy Ω -3 lub oleje rybne, błonnik, jeżówkę, żeń-szeń, miłorząb japoński, czosnek oraz glukozaminę. Należy pamiętać, że nie tylko niedobór, ale i nadmiar składników odżywczych może być niekorzystny dla organizmu. Wskazane jest jednocześnie przyjmowanie żelaza łącznie z witaminą C, magnezu z witaminą B₆, cynku z witaminą A, a selenu z witaminą E.

Choroby sercowo-naczyniowe

Homocysteina zyskała miano cholesterolu XXI w., ponieważ stanowi niezależny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca, incydentów zakrzepowo-zatorowych, udaru mózgu czy nadciśnienia tętniczego. Suplementacja

kwasem foliowym skutecznie obniża poziom homocysteiny. Stosowanie kwasu foliowego (ponad 1000 μ g/dziennie) powoduje redukcję i istotne zmniejszenie ryzyka nadciśnienia tętniczego oraz incydentów sercowych. Duże dawki kwasów Ω -3 zawierające kwas eikozapentaenowy zmniejszają o 25% ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych oraz zawału serca i udaru mózgu. Metaanaliza badań randomizowanych oceniających wpływ popularnych suplementów diety na umieralność całkowitą i sercowo-naczyniową ujawniła korzystne działanie jedynie w odniesieniu do kwasu foliowego oraz brak efektu po stosowaniu witaminy C i D, β -karotenu, wapnia i seleniu. Przyjmowanie potasu przez osoby zdrowe skutkowało obniżeniem ciśnienia skurczowego krwi o 4,7 mmHg i rozkurczowego o 3,5 mmHg, a przez osoby z nadciśnieniem odpowiednio o 6,8 i 4,6 mmHg. Suplementy magnezu także obniżają ciśnienie. Bergamota jest rośliną cytrusową rosnącą niemal wyłącznie we włoskiej Kalabrii. Z uwagi na wysokie stężenie polifenoli, hypolipemiczne silne właściwości terapeutyczne posiada miąższ bergamoty. Analogiczne do statyn preparaty bergamoty hamują reduktazę HMG-CoA oraz aktywują kinazę AMP (szlak działania metforminy), dzięki czemu wpływają nie tylko na normalizację gospodarki lipidowej, ale także na metabolizm węglowodanów oraz procesy spalania tłuszczu. Suplementy bergamoty redukują poziom LDL cholesterolu, podobnie jak rosuvastatyna w dawce 10 mg dziennie. Suplementy te stanowią doskonałą alternatywę dla pacjentów, którzy nie akceptują terapii statynami oraz dla osób z podwyższonym stężeniem cholesterolu o 20-40% i z niskim lub umiarkowanym ryzykiem sercowo-naczyniowym. Dodając preparat bergamoty do 10 mg rosuvastatyny następuje redukcja stężenia cholesterolu LDL o 53%, analogiczna do działania 20 mg rosuvastatyny.

Choroby metaboliczne

Witaminę D zaleca się zażywać do stężenia około 30 ng/ml 25-hydroksyvitaminy D₃ w krwi. Jest to stężenie najkorzystniejsze celem zmniejszenia ryzyka złamań oraz uzyskania innych korzyści zdrowotnych. Ocena wpływu suplementacji witaminy D na profil metaboliczny chorych z cukrzycą typ 2 (DM2) ujawniła po 18 miesiącach suplementacji redukcję poziomu cholesterolu LDL z wartości 4.4 ± 0.8 mmol/L do poziomu 3.6 ± 0.8 mmol/L, ($p < 0.001$). Badania kliniczne i doświadczalne potwierdzają fakt, że systematyczne stosowanie witaminy D może zmniejszyć częstość występowania otyłości oraz cukrzycy typu 1 i DM2. U pacjentów z przewlekłym migotaniem przedsionków witamina C zmniejszała częstość wczesnych nawrotów po kardiowersji. Dane te potwierdzają obserwacje wskazujące na związek stresu tlenowego z funkcjonowaniem układu bodźcotwórczo-przewodzącego w sercu i rozwojem migotania przedsionków. Suplementacja witaminy C lub witaminy E nie wpływa istotnie na insulinooporność wśród pacjentów z DM2.



Układ pokarmowy

Korzystne działanie zdrowotne posiadają suplementy błonnika. Błonnik o zmniejszonej zdolności do fermentacji jest błonnikiem nierozpuszczalnym w wodzie. Wpływa on na objętość i konsystencję stolca, reguluje rytm wypróżnień. Do frakcji rozpuszczalnej błonnika zalicza się przede wszystkim pektyny, gumy, śluz, 6-glukan i inulinę. Frakcja błonnika rozpuszczalnego w wodzie wpływa na spowolnienie pasażu treści pokarmowej w jelitach. Pektyny powodują obniżenie glikemii po posiłkowej oraz obniżają stężenie cholesterolu. Dodatkowo pektyny wpływają na zwiększenie wydzielania kwasów żółciowych. Wiązanie cholesterolu i kwasów żółciowych przez frakcje błonnika ma korzystny wpływ na hamowanie ich przemiany w związki kancerogenne takie jak wtórne kwasy żółciowe tj. LCA (kwas lithocholowy) i DCA (kwas dezoksycholowy). W terapii pacjentów z zespołem jelita drażliwego i zaparciami leczeniem pierwszego rzutu jest suplementacja błonnika. Należy zaczynać od najmniejszej dawki i stopniowo zwiększać do 20 -30 g na dobę, unikając otrębów pszennych.

W ostatnich latach bardzo wzrosło zainteresowanie strukturą i zaburzeniami mikrobiomu jelitowego, który ma znaczący udział w patogeniezie licznych chorób od otyłości do choroby Parkinsona i depresji włącznie. Preparaty probiotyków stały się bardzo popularne, światowy rynek szacuje się na 37 mld \$. Probiotyki kolonizują szybko jelita po antybiotykoterapii, ale jednocześnie opóźniają przywrócenie fizjologicznego mikrobiomu nawet o 5 miesięcy. Probiotyki zawierające *Lactobacillus rhamnosus* i *Lactobacillus helveticus* nie były skuteczne u dzieci przyjętych na SOR z nieżytem żołądka i jelit.

Układ oddechowy

Stosowanie 1000 witaminy C +10 mg cynku przez 5 dni znacząco zmniejszało intensywność kataru. Infekcje górnych dróg oddechowych są częstym schorzeniem występującym u dzieci - średnio dzieci w wieku 3 lat chorują na przeziębienie 6-10 razy w roku. Podstawową strategią leczenia jest zminimalizowanie występujących objawów oraz dyskomfortu związanego z tymi schorzeniami. *Echinacea* zmniejszała wyciek z nosa, ale nie miała wpływu na inne objawy infekcji dróg oddechowych. Natomiast terapia jeżówką + propolis + witamina C redukowały częstość infekcji oraz czas ich trwania. Inne badania nie potwierdzają skuteczności zastosowania u dzieci mega dawek witaminy C (powyżej 1000 mg dla dzieci i powyżej 500 mg u młodszych dzieci) w zapobieganiu lub też łagodzeniu objawów infekcji górnych dróg oddechowych. Suplementacja witamin D, A, E, K, jako postępowanie wspomagające standardową farmakoterapię, korzystnie wpływa na przebieg kliniczny chorób obturacyjnych płuc. Obserwacje te nie są całkowicie spójne i wykazują pewne rozbieżności.

Nowotwory

Program badawczy VITAL (Vitamin D and Ω -3 Trial) był randomizowaną, kontrolowaną obserwacją kliniczną podczas której porównywano witaminę D₃ w dawce 2000 UI/dobę i kwasy Ω -3 w dawce 1 g/dobę z placebo u 25.871 pacjentów, mediana obserwacji wyniosła 5,3 lat. Wniosek końcowy: stosowanie suplementów kwasów Ω -3 i witaminy D₃ w pierwotnej prewencji sercowo-naczyniowej i nowotworowej nie wydaje się uzasadnione. Badania SELECT i PHS II, mocno podważają ideę profilaktyki raka stercza, czy jakiegokolwiek innego nowotworu, za pomocą podawania witaminy E lub selenu.

Witamina C w leczeniu nowotworów

Farmakopea jednoznacznie definiuje witaminę C jako kwas L-(+)-askorbinowy. W cząsteczce kwasu askorbinowego są dwa centra chiralne, może więc istnieć on w postaci czterech izomerów. Znak + oznacza, że odchyła on płaszczyznę polaryzacji w prawo, L oznacza, że jest to stereoizomer szeregu L. Suplementy diety mogą zawierać kwas L-askorbinowy oraz L-askorbiniany: sodu, wapnia, potasu, magnezu i cynku oraz 6-palmitynian L-askorbylu. W ostatnich latach producenci zaznaczają zawartość w produkcie witaminy C lewoskrętnej. Lewoskrętny izomer kwas D-(-)-askorbinowy nie jest witaminą tylko produktem, który służy do konserwacji żywności. Oznakowanie jest błędne.

Koncepcja leczenia raków mega dawkami witaminy C opiera się na dwóch faktach:

- poziomy witaminy w krwi po podaniu dożylnym są wyższe, od 1 do 5 mM niż po stosowaniu doustnym oraz
- kumulacja witaminy C w tkance nowotworowej jest wówczas wyższa niż w sąsiedztwie raka. Witaminy C dożylnie w dużych dawkach nie należy stosować u osób z niedoborem G6PD w erytrocytach z obawy przed hemolizą, w niewydolności nerek i w przypadku wysokich stężeń żelaza w krwi.

Witamina C działa antyoksydacyjnie, stymuluje układ immunologiczny, hamuje syntezę DNA, RNA i białek w komórkach nowotworowych. Korzyści zdrowotne wynikające ze stosowania witaminy C w nowotworach są iluzoryczne. Należy jednak podkreślić, że leczenie mega dawkami witaminy C stosowano w stanach terminalnych kiedy, zawiodła profesjonalna terapia antynowotworowa.

Sygnałem do leczenia witaminą C była praca kazuistyczna z ubiegłego wieku. U 42-letniego mężczyzny z rozsia-
nym mięsakiem siateczkowo-komórkowym uzyskano dwukrotnie całkowitą remisję i 17-letnie przeżycie. Autorzy tego doniesienia dyskutują czy była to spontaniczna remisja czy efekt terapeutyczny witaminy C. Później, 99 pacjentom z terminalnym procesem nowotworowym podawano 10 g witaminy dożylnie przez 10 dni. Czas przeżycia wynosił 246 dni, podczas gdy w grupie kontrolnej 43 dni. Podobna terapia mega dawkami witaminy C stosowana u 31 pacjentów z nowotworami skutkowa-
ła cza-





sem przeżycia wynoszącym 155 dni w porównaniu z przeżyciem 48 dni chorych leczonych innymi metodami. Ci pierwsi zgłaszali znaczną poprawę jakości życia. Dwa randomizowane badania kliniczne prowadzone w Mayo Clinic (60 i 100 chorych z zaawansowanym nowotworem) nie wykazały skuteczności leczenia wysokimi dawkami witaminy C. Antyoksydanty stosowane w trakcie chemioterapii nowotworów, nie tylko witamina C, ale także glutation, melatonina, witamina E wydłużały czas przeżycia oraz łagodziły objawy ogólne terapii np. gorączkę. Wysokie dawki witaminy C stosowane dożylnie łącznie z chemioterapią w raku jajnika minimalizowały toksyczność terapii.

Inne schorzenia

Niektóre obserwacje wskazują na pozytywne skutki suplementacji β -karotenem w zakresie funkcji poznawczych. Luteina pozytywnie działa w chorobie plamki żółtej i zaćmie. Większe dawki witaminy C mogą redukować ryzyko wystąpienia zaćmy. Suplementacja witaminy D u dzieci jest korzystna w łagodzeniu objawów atopowego zapalenia skóry, bowiem stężenie cytokin prozapalnych (IL-2, IL-4, IL-6, IFN- γ) we krwi ulega redukcji. Suplementy dziurawca pozostają najlepiej udokumentowaną terapią pochodzenia naturalnego w leczeniu łagodnej lub umiarkowanej depresji. Opisano jednakże reakcje fototoksyczne, zespoły serotoninowe czy przypadki manii w trakcie ich stosowania.

Ciąża

Preeklampsja (stan przedrzucawkowy) to ciśnienie krwi $>140/90$ mm Hg stwierdzone po 20-tym tygodniu ciąży u kobiet z poprzednio prawidłowym ciśnieniem, u których występuje dobowy białkomocz $>0,3$ g białka. U 30 irańskich kobiet w ciąży z wysokim ryzykiem wystąpienia stanu przedrzucawkowego obserwowano siedmiokrotną redukcję tego powikłania kiedy stosowano 2 g wapnia dziennie. Ponadto kobiety te urodziły dzieci o 552 g cięższe, niż w grupie ciężarnych otrzymujących placebo. Dane te potwierdziły późniejsze obserwacje 868 ciężarnych zagrożonych stanem przerzucawkowym, u których suplementacja witaminą D z/lub bez preparatów wapnia zmniejsza ryzyko tego zagrożenia. Stosowanie suplementów wapnia w ciąży prawdopodobnie zmniejsza ryzyko autyzmu u potomstwa.

Zalecenia Academy of Nutrition and Dietetics dotyczące stosowania suplementów:

1. 400 IU/dobę witaminy D u dzieci głównie karmionych piersią.
2. 400 to 800 μ g/dobę kwasu foliowego u kobiet planujących ciążę.
3. Suplementy zawierające antyoksydanty w zwyrodnieniu plamki żółtej.
4. 2.4 mg/dobę witaminy B₁₂ u osób powyżej 50 lat.
5. Stosowanie pojedynczych witamin i minerałów nie jest zalecane, jeśli nie występują szczególne niedobory.

Negatywne lub neutralne skutki zdrowotne

W kohortowym badaniu z udziałem 219.059 mężczyzn i 169.170 kobiet po 12-letniej obserwacji wykazano, że konsumpcja dużych ilości wapnia wiązała się z istotnym bo 20% wzrostem śmiertelności sercowo-naczyniowej u mężczyzn. Programy badawcze NIH-AARP Diet i Health Study wskazują, że suplementacja wapnia może mieć niekorzystny wpływ na choroby układu sercowo-naczyniowego. Badanie Omega-3 Treatment Trialists' Collaboration objęło prawie 78.000 pacjentów z chorobą wieńcową (66%), udarem (28%) lub cukrzycą (37%). W 4,4-letniej obserwacji nie stwierdzono wpływu suplementów Ω -3 vs placebo na żadne z analizowanych punktów końcowych.

Wyniki niektórych badań sugerują, że przekraczanie zalecanego dziennego spożycia (recommended dietary allowance, RDA) β -karotenu, witaminy E, seleniu może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem zgonu, raka i/lub udaru krwotocznego. Randomizowane programy kliniczne dotyczące składników takich, jak L-karnityna, *Garcinia cambogia*, *Yerba mate* czy zielona herbata nie wykazały żadnego działania przyspieszającego odchudzanie albo niewielkie i monitorowane w krótkim okresie czasu, co nie wystarcza do deklarowania skuteczności w okresie długoterminowym. Badania ankietowe populacji 77.719 mieszkańców stanu Waszyngton wykazały, że suplementy witaminy C nie miały wpływu na śmiertelność sercowo-naczyniową, a suplementy witaminy E na śmiertelność z powodu nowotworów. Rezultaty z Women's Antioxidant Cardiovascular Study dowiodły, że suplementacja: witamina C (500 mg dziennie), witamina E (600 IU dziennie) i β -karoten (50 mg dziennie) nie miały wpływu na 9,4-letnie ryzyko sercowo-naczyniowe pośród 9.171 kobiet. Dokonano analizy systematycznej 78 randomizowanych badań klinicznych osób zdrowych (prewencja pierwotna) lub pacjentów ze stabilnymi chorobami przewlekłymi (prewencja wtórna - m.in. choroba wieńcowa, cukrzyca), którym antyoksydanty podawano doustnie, samodzielnie lub w połączeniu z innymi witaminami lub składnikami mineralnym przez trzy lata. Nie obserwowano skuteczności witamin A, C, E i β -karotenu w prewencji pierwotnej lub wtórnej. Multiwitaminy są nieskuteczne w prewencji sercowo-naczyniowej i nie zmniejszają ryzyka zawału serca i udaru mózgu. W odniesieniu do kwasów Ω -3 stanowisko AHA jest przeciwne zalecaniu tych suplementów w prewencji pierwotnej, ponieważ nie jest to poparte faktami naukowymi. Natomiast mogą działać korzystnie po zawale serca oraz u pacjentów z niewydolnością serca.

Badania CARET obejmujące 18.000 palaczy papierosów przerwano po czterech latach ponieważ β -karoten i retinol zwiększały nawet o 28% ryzyko raka płuc. β -karoten w pokarmie występuje w towarzystwie innych karotenoidów, takich jak α -karoten, luteina, likopen, astaksantyna. W suplementach zazwyczaj obecny jest bez ich dodatku. Nie ustalono, czy różnica ta tłumaczy ich rozbieżny wpływ na zdrowie człowieka.



Witamina C spożywana w nadmiarze może być przyczyną kamicy nerkowej. Stosowanie tranu u dzieci powoduje wzrost ryzyka krwawień podczas zabiegów operacyjnych. Preparaty żelaza mogą utrudniać wchłanianie cynku i witaminy E. Suplementy wapnia hamują przyswajanie żelaza. Witaminy z grupy B powinny być stosowane kompleksowo, ponieważ uzupełniają się wzajemnie i przyjmowanie tylko jednego rodzaju z tej grupy witamin może prowadzić do zachwiania równowagi kompleksu tych składników. Za dużo witaminy D w organizmie zwiększa się zapadalność na kamice pęcherzyka żółciowego oraz nerek. Do innych objawów nadmiaru witaminy D zalicza się wzmożone oddawanie moczu, pocenie się, biegunkę, nudności, osłabienie, wymioty, świąd skóry, ból głowy. Nadmiar witaminy A jest szczególnie groźny dla ciężarnych, ponieważ powoduje efekt teratogeny. Oznacza to opóźnienie rozwoju dziecka, przedwczesny poród lub poronienie, a także wady rozwojowe takie jak wodogłowie, małopłowie czy deformacje układu kostnego. Chitosan, który pozyskuje się z pancerza skorupiaków ulega rozprowadzeniu w kwaśnym środowisku żołądka. Dochodzi do powstania żelu, który może wiązać nie tylko cząsteczki tłuszczu, ale może także absorbować biopierwiastki i witaminy.

Badania laboratoryjne

Negatywnym skutkiem stosowania suplementów diety może być ich wpływ na wyniki badań diagnostycznych, czyniąc je fałszywie dodatnimi lub ujemnymi. Kilka przykładów. Witamina B₁ może fałszywie zawyżać poziom kwasu moczowego we krwi, witamina C obniża pH moczu mimo prawidłowej pracy nerek, natomiast nadmiar żelaza, może powodować fałszywie dodatni wynik badania kału na obecność krwi. Obniżony wskaźnik INR wskazujący na szybsze krzepnięcie krwi obserwowano po spożywaniu suplementów diety zawierających koenzym Q oraz żeń-szeń. Żeń-szeń może zmniejszać efekt przeciwbólowy morfiny.

Stanowisko Academy of Nutrition and Dietetics dotyczące negatywnych skutków stosowania suplementów:

- Dorośli mężczyźni oraz kobiety wieku postmenopauzalnym powinni unikać suplementów żelaza;
- Kobiety w wieku postmenopauzalnym nie powinny przyjmować preparatów retinolu z uwagi na ryzyko osteoporozy i złamań;

- Wysokie spożycie witaminy B₆ wiąże się z ryzykiem neuropatii czuciowej;
- Preparaty wapnia hamują wchłanianie żelaza;
- Witaminy K i E wykazują interakcje z lekami przeciwkrzepliwymi;
- Wysokie dawki β-karotenu mogą zwiększać ryzyko raka płuc u palaczy.

Suplementy i leki na receptę

Istnieją skomplikowane zależności pomiędzy lekami i suplementami diety. Do interakcji farmakodynamicznej dochodzi wtedy, kiedy suplement wzmacnia lub osłabia aktywność leku. Osoby leczone doustnymi antykoagulantami powinny ograniczyć preparaty zawierające oleje rybne oraz sok żurawinowy, które mogą zwiększać krzepliwość krwi oraz preparaty dziurawca, które ją obniżają. Dziurawiec może mieć również wpływ na stężenie we krwi digoksyny, werapamilu, statyn i leków przeciwdepresyjnych. Ryzyko działań niepożądanych związanych ze stosowaniem inhibitorów monoamino oksydazy (antydepresanty) zwiększa żeń-szeń. Przyjmowanie przez chorych na epilepsję preparatów z miłorzębu japońskiego prowadzi do zmniejszenia skuteczności leków przeciwpadaczkowych. Magnez, wapń, żelazo czy cynk obniżają wchłanianie tetracyklin, miedź upośledza wchłanianie penicyliny, a witaminy z grupy B osłabiają działanie leków przeciwdrgawkowych.

Wnioski

Znaczna część osób przyjmujących klasyczne leki nie informuje lekarza, że zażywa jednocześnie suplementy według własnego uznania. Istotna jest rola lekarza lub farmaceuty, który powinien pomóc w wyborze odpowiedniego suplementu diety i przekazać rzetelną informację o jego działaniu. Należy podkreślić, że szeroka dostępność suplementów diety stwarza ryzyko wystąpienia zagrożeń dla pacjentów w przypadku nieuzasadnionego lub nadmiernego ich spożycia.

Piśmiennictwo: 30 pozycji u Autora.

*Prof. dr hab. med. Paulin MOSZCZYŃSKI
(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej
w Koszalinie nr 5-6/19)*

PRAWO NA CO DZIEŃ

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA LEKARZA REZYDENTA

Ponieważ lekarz rezydent nie jest specjalistą, jego odpowiedzialność ma swoją specyfikę. Postawa obronna „jestem tylko rezydentem” jest dość często spotykana w przypadkach skarg pacjentów, ale czy jest skuteczna?

Skarga 1

Do biura OROZ wpłynęła skarga na lekarza, który operował matkę skarżącą. Skarżący opisuje stan zdrowia swojej matki, obciążonej licznymi schorzeniami, w tym cukrzycą,



niewydolnością nerek, układu krążenia i innymi. Ze względu na stan zdrowia pacjentki, została przyjęta na oddział chirurgiczny i wykonano u niej zabieg ratujący życie (w omawianej sprawie nie ma znaczenia, jaki). Po niepowikłanym przebiegu pooperacyjnym pacjentka została wypisana do domu pod opiekę rodziny. Ponieważ rany pooperacyjne nie goiły się, pacjentka często była przewożona transportem sanitarnym do poradni chirurgicznej celem kontroli, oczyszczenia ran i wykonania opatrunków. Skarżący zarzuca w swoim piśmie nieprawidłowe wykonanie zabiegu operacyjnego, co spowodowało długotrwałe gojenie się rany pooperacyjnej, przez lekarza XY (którego wymienienia z imienia i nazwiska).

Skarga 2

W innym przypadku pacjentka, lat 71, opisuje, że na skutek upadku doznała urazu nadgarstka, w związku z czym zgłosiła się na SOR. Lekarz, który ją przyjmował, zebrał wywiad, zbadał pacjentkę i wykonał badanie rtg. Rozpoznał złamanie nasady dalszej kości promieniowej z przemieszczeniem. W znieczuleniu miejscowym wykonał repozycję złamania i unieruchomił kończynę w opatrunku gipsowym przedramiennym, zlecił leki przeciwbólowe i kontrolę w poradni ortopedycznej za cztery tygodnie.

Pacjentka zastosowała się do zaleceń lekarza i, pomimo stałego bólu uśmierzanego lekami, zgłosiła się do kontroli w wyznaczonym terminie w poradni specjalistycznej. Lekarz specjalista chirurgii urazowej i ortopedii zdziwił się, że pacjentka zgłosiła się po takim czasie, usunął gips i zlecił wykonanie badania rtg.

Badanie wykazało, że nastawienie złamania było nieskuteczne, pozostało przemieszczenie odłamów, a unieruchomienie nie spełniało warunków, jakie musi spełniać w takich przypadkach. Pacjentka napisała skargę na lekarza SOR, który ją zaopatrywał, zarzucając mu nieprawidłowe nastawienie złamania, niewykonanie rtg kontrolnego, niewłaściwe unieruchomienie złamania i wyznaczenie zbyt odległego terminu wizyty u specjalisty.

W ramach czynności sprawdzających OROZ ustalił, że obaj lekarze, których dotyczyły skargi, to rezydenci. Ponieważ lekarz rezydent nie jest specjalistą, jego odpowiedzialność ma swoją specyfikę. Problem ten często pojawia się w rozmowach z rezydentami. Jak to zatem jest w praktyce Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej?

Postawa obronna „jestem tylko rezydentem” jest dość często spotykana w takich przypadkach, ale czy jest skuteczna? **Należy zaznaczyć, że lekarz rezydent dysponuje pełnym prawem wykonywania zawodu. Jest jednak lekarzem bez specjalizacji i w związku z tym ma bardzo ograniczo-**

ne możliwości w zakresie rodzaju podejmowanej pracy. Regulujące to zagadnienie przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.) są w tej sprawie jednoznaczne. Z zapisów ustawy wynika, że w okresie kształcenia specjalizacyjnego rezydent, za zgodą kierownika specjalizacji lub lekarza nadzorującego, może od pewnego momentu samodzielnie, bez nadzoru specjalisty, wykonywać określone czynności wchodzące w zakres danej specjalizacji.

W omawianym na wstępie przypadku (skarga 1) lekarz rezydent operował pacjentkę, której dotyczyła skarga, ale kierownik specjalizacji był w zespole operacyjnym. Ponadto w toku postępowania wyjaśniającego nie potwierdziły się zarzuty skarżącego o nieprawidłowe wykonanie zabiegu.

Odrębną sprawą jest pełnienie samodzielnych dyżurów przez rezydentów (głównie w IP lub na SOR). Art 95. ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie wprowadza żadnych obostrzeń w tym zakresie (dyżur może pełnić każda osoba posiadająca wyższe wykształcenie medyczne). Chociaż lekarz rezydent odbywający specjalizację pozostaje pod nadzorem kierownika specjalizacji, to nadzór ten nie obejmuje czynności zawodowych wykonywanych przez lekarza rezydenta poza programem specjalizacji, np. dyżurów medycznych, (np. na SOR). W takich przypadkach rezydent sam ponosi odpowiedzialność zawodową, a czasem karną czy cywilną.

W przywołanej sprawie (skarga 2) Rzecznik ustalił, że zarzuty, jakie zostały sformułowane w skardze przez pacjentkę, są słuszne. Lekarzowi zostały postawione zarzuty, a w trakcie postępowania wyjaśniającego okazało się, że w tym samym czasie w oddziale ortopedyczno-urazowym pełnił dyżur specjalista. Rezydent nie skorzystał jednak z możliwości pomocy, a nawet konsultacji.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej sformułował przeciwko lekarzowi zarzut o naruszenie art 10 pkt 1 i 2 KEL „lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzeczniczych oraz jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu lub życiu chorego”. Lekarz rezydent został ukarany przez OSL.

Dr Stefan KOPOCZ

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej

Śląskiej Izby Lekarskiej

(przedruk z „Pro Medico” nr 9/19)

SKIEROWANIA DO SPECJALISTÓW

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest najważniejszym filarem systemu ochrony zdrowia w Polsce i wielu innych krajach świata. Jest najbliższe pacjenta i rozwiązuje 80% jego problemów zdrowotnych. Do swojego lekarza

Polacy zgłaszają się również z problemami rodzinnymi, zawodowymi i społecznymi. Mimo to spora grupa chorych, ale także lekarzy, nie wie na jakich zasadach ona funkcjonuje. Ciągłe zmiany, wymuszane oszczędności nie sprzy-



jają stabilizacji czy rozwojowi. Wręcz przeciwnie – wprowadzają chaos i zamieszanie. Planowany cykl artykułów ma przybliżyć Koleżankom i Kolegom zasady funkcjonowania POZ w zmieniającej się polskiej rzeczywistości.

Konsultacje specjalistów wąskich dziedzin potrzebne są lekarzowi POZ, specjaliście medycyny rodzinnej w przypadkach, kiedy problem kliniczny przekracza jego kompetencje. Ale to tylko teoria! Powodów wystawiania takich skierowań może być bardzo wiele. Podstawowym dokumentem regulującym relacje między lekarzem POZ, a ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS) i opieką stacjonarną (SZP) jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (OWU), (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

Na podstawie ww. przepisów lekarz POZ wystawia pisemne skierowanie do specjalisty wąskiej dziedziny i dołącza do niego badania dodatkowe będące podstawą podejrzenia danej jednostki chorobowej.

§ 12. OWU 1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do dalszego leczenia, dołącza do skierowania: 1) kopie wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;

Teoretycznie lekarz POZ powinien kierować pacjenta na konsultację w przypadku, kiedy problem kliniczny przekracza jego kompetencje. W mojej ocenie jest to jeden z rzadszych powodów wystawienia takiego skierowania. Najczęstszą przyczyną wystawienia skierowania do AOS jest potrzeba wykonania badania dodatkowego, którego lekarz rodzinny nie ma prawa zlecić, (np. CT, ECHO serca, przeciwciała antyTG i antyTPO, USG stawów, USG naczyń, USG sutki i wiele, wiele innych). Badania te są często niezbędne do diagnostyki różnicowej wielu chorób. Gdyby istniała możliwość zlecenia ich w ramach POZ, nie byłoby potrzeby kierowania chorego do specjalisty.

Kolejnym powodem wystawiania skierowania do AOS jest życzenie pacjenta. Spora część chorych życzy sobie być leczonymi u:

- laryngologa, z powodu zapalenia gardła lub woszczyzny w uchu,
- kardiologa, z powodu łagodnego nadciśnienia tętniczego,
- diabetologa, kiedy są leczeni np. metforminą z powodu cukrzycy typu 2,
- gastrologa, z powodu odbijania i zgagi,
- pulmonologa, z powodu kaszlu trwającego od tygodnia.

Przykłady mógłbym mnożyć. Próba wyjaśnienia pacjentowi, że nie jest to konieczne, kończy się z konfliktem lekarz – pacjent lub agresją ze strony tego ostatniego.

Często chorzy przychodzą po skierowanie do specjalisty, bo są już z nim umówieni i potrzebują jedynie „papierka”, aby ten stan zalegalizować. Kolejnym powodem wypisywania skierowania jest zalecenie jednego specjalisty AOS (najczęściej ustne), żeby pacjent zgłosił się do innego specjalisty AOS. Nie ma takiej potrzeby. Każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego może skierować chorego do dowolnej poradni specjalistycznej.

§ 12. OWU 3. W przypadku stwierdzenia braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, po uzasadnieniu w dokumentacji medycznej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej, w tym o tej samej specjalności, uwzględniając wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz o zastosowanym leczeniu.

Konsumentami licznych konsultacji i badań diagnostycznych są również pacjenci chcący uzyskać orzeczenie niepełnosprawności, pozostający na świadczeniach rehabilitacyjnych czy rentach okresowych.

Olbrzymim problemem jest brak komunikacji zwrotnej ze strony lekarzy specjalistów. Pacjent wraca do POZ po konsultacji w AOS bez jakiegokolwiek informacji. Często specjalista AOS zapytany przez pacjenta o takową informację mówi, że nie jest ona potrzebna albo że lekarz rodzinny będzie wiedział. Nie, nie będzie wiedział!

§ 12. OWU 4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (...) o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Brak takiej informacji stawia pod znakiem zapytania potrzebę konsultacji specjalistycznej, uniemożliwia dalszą diagnostykę i prowadzenie właściwego leczenia, w szczególności z zastosowaniem leków refundowanych.

Ogromnym problemem i źródłem konfliktów, nie tylko pomiędzy lekarzem i pacjentem, ale i pomiędzy lekarzami POZ i AOS, jest odsyłanie chorych stale leczonych w poradni specjalistycznej do lekarza rodzinnego celem wykonania badań kontrolnych oraz badań niepozostających w zakresie kompetencji lekarza POZ (np. CT, MRI). Jest to niezgodne z obowiązującymi zasadami.

§ 12. OWU 6. W przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.





Nie ostatnim problemem dla lekarza POZ jest odsyłanie do niego pacjentów z poradni AOS i SOR-ów celem orzeczenia niezdolności do pracy. Wystawienie zaświadczenia ZUS ZLA jest elementem porady lekarskiej i powinno nastąpić po osobistym zbadaniu chorego. Poza tym należy pamiętać, że lekarz POZ nie jest asystentem medycznym specjalisty AOS czy lekarza SOR, aby wykonywać tę czynność za niego.

Jerzy RAJEWSKI

O autorze: Jerzy Rajewski, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Kierownik Przychodni Lekarskiej RODZINA w Koronowie, wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

(przedruk z „Primum” nr 12-1/19-20)

ODESZLI OD NAS

DOKTOR BRONISŁAW FISHER

Pan Doktor Bronisław Fisher zmarł dnia 2 listopada 2019 r. w wieku 89 lat. Z Prudnikiem związał 64 lata swojego życia. Dla wielu z nas, jak i dla mnie był z nami „od zawsze”.

Urodzony 8 września 1930 r. w Kulikowie (woj. łwowskie), ukończył Akademię Medyczną we Wrocławiu w 1953 r. uzyskując tytuł lekarza dentystry. Został powołany do wojska i w 1955 r. przeniesiony służbowo - jako stomatolog - z Koszalina do jednostki wojskowej w naszym mieście. Założył tutaj rodzinę i pomimo wystąpienia z szeregów WP w 1970 r. pozostał w Prudniku wraz z żoną Urszulą i dziećmi Wojciechem i Bogną. Do ostatnich chwil swojego życia pozostał wierny Poradni Chirurgii Stomatologicznej, którą stworzył.

Miałam ogromny zaszczyt i codzienną jeszcze większą przyjemność spędzić z nim w gabinecie ostatnie 12 lat jego pracy zawodowej. Był Szefem i Przyjacielem. Rozwijał i gruntował utworzone wraz z lek. stom. Wandą Jastrzębską-Jurczak „Centrum Stomatologiczne”. Przyjmując pacjentów prowadził staże specjalizacyjne, podyplomowe, częstkowe z chirurgii stomatologicznej, której był specjalistą drugiego stopnia od 1974 r.

Dla nas - specjalizantów, posiadał unikalną umiejętność wspierania i dodawania wiary we własne umiejętności. Jego niezapomniane słowa: „*Moje orły*” w każdym otwierały nowe horyzonty i pozwalały rozwinąć skrzydła w trudnej dziedzinie chirurgii stomatologicznej.

Ogromnie wymagający, a jednocześnie pobłażliwy i wyrozumiały na codzienne słabości. Nieustępliwy i uparty z niebywałą ojcowską intuicją pedagoga wychwytywał możliwości i predyspozycje stażystów wspierając przekraczanie granic własnych umiejętności. Mądrą zachętą i przede wszystkim obecnością sprawiał najtrudniejszy zabieg stomatologiczny łatwiejszym i przewidywalnym.

W ostatnim roku życia Doktor, walczący co dnia z własnymi chorobami, bólem, słabościami, wciąż pomagał swoim pacjentom. Biorąc schorowaną, ledwo idącą staruszkę za rękę i żartując z charakterystycznym poczuciem humoru mówił: „*Pani to młódka dla mnie*” i osobiście

z uśmiechem na twarzy sprowadzał ją na konsultację dwa piętra niżej w naszej przychodni. Mimo trudności zdrowotnych oraz zaawansowanego wieku z zaangażowaniem i pogodą ducha niósł pomoc i wspierał.

Często wspominał dziecięce lata, stratę matki we wczesnym dzieciństwie, tajne komplety podczas okupacji hitlerowskiej, gimnazjum w Rzeszowie i egzamin dojrzałości w 1949 r.

Na zawsze pozostanie ze mną wspomnienie i wdzięczność za niezastąpione towarzystwo Doktora na moim egzaminie specjalizacyjnym. W klinice prof. J. Zapały w Krakowie przez ponad 6 godzin oczekiwaliśmy wśród grupy kilkunastu zdających i ich kierowników specjalizacji na wejście na egzamin. Pośród zdenerwowanych, zmęczonych, narzekających i zniechęconych długim oczekiwaniem młodych ludzi, wtenczas 83-letni Doktor, jak zawsze wyprostowany, z podniesioną głową, bez słowa skargi, czekający na naszą kolej, dodawał mi otuchy mówiąc: „*Dana, dasz radę*”.

Człowiek z ogromną wiedzą zawodową i 60-letnią praktyką, który tak wiele zrobił dla setek ludzi (pacjentów, lekarzy), stremowany przed Komisją Egzaminacyjną, skromny, szukający słów, żeby się przedstawić. Choć był to najtrudniejszy egzamin w moim życiu to patrząc na Niego, zagubionego, wiedziałam, że nie mogę zawieść, tak jak On Nigdy Nie Zawiodł Nas.

Dzięki Niemu, między innymi, mogę podpisać się pod tym wspomnieniem: Specjalista chirurg stomatolog

Danuta JURCZAK-RASTELLI

Dziękuję serdecznie Pani doktor Jolancie Smerkowskiej-Mokrzyckiej za umożliwienie mi opublikowania tych wspomnień.



W dniu 11 grudnia 2019 r. **Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłobucku** uzyskał wpis na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji w zakresie **medycyny rodzinnej**. Jednostką organizującą szkolenie specjalizacyjnej jest Poradnia Medycyny Rodzinnej w Pankach. Liczba przyznanych miejsc specjalizacyjnych — 2. Akredytacja została przyznana do 10 grudnia 2024 r.

* * *

NZOZ OMEGA Krapkowice zatrudni do pracy w Poradni Medycyny Rodzinnej **specjalistę medycyny rodzinnej** (również w trakcie specjalizacji). Harmonogram pracy, rodzaj umowy oraz wynagrodzenie – do uzgodnienia. Pytania lub zgłoszenia prosimy kierować na adres nzoz.omega@interia.pl lub pod numer telefonu: 516-086-500.

* * *

Przyjmę do pracy lekarza w Przychodni Rodzinnej ul Moniuszki 16 w Strzelcach Opolskich na etat lub godziny, mile widziana specjalizacja z medycyny rodzinnej lub interny. Osoby zainteresowane proszę o kontakt tel. 602-384-460.

* * *

Poszukujemy do nowo otwartej przychodni:

- dermatologa,
- pediatry,
- ortopedy,
- endokrynologa,
- ginekologa,
- chirurga naczyniowego,
- urologa.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt mail: folwark_przychodnia@interia.pl, tel. 606-678-951.





MAZURDENT Centrum Stomatologiczne poszukuje do współpracy stomatologa. Gabinet świadczy tylko prywatne usługi stomatologiczne. Bardzo dobre warunki pracy. Kontakt pod nr tel.603 -706-810 lub 664-081-444.

* * *

Przychodnia rodzinna **NZOZ s.c. Med-Izb w Izbicku** (pow. strzelecki) **poszukuje lekarza** chętnego do pracy w POZ w godzinach popołudniowych 1-3 razy w tygodniu (dni i godziny do ustalenia). Stawka 100 zł/h brutto. Forma zatrudnienia: umowa zlecenie, umowa cywilno-prawna (ind. praktyka lekarska). Więcej informacji pod nr tel. 606-641-484.

* * *

W związku z zakończeniem działalności **TANIO SPRZEDAM wyposażenie gabinetu ginekologicznego.** R. Kabarowski – tel. 602-649-646 Opole

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**;

środa **7.30–16.00**; piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:
poniedziałek 9.00–10.30, środa 14.30–17.00, czwartek 14.00–16.00,
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

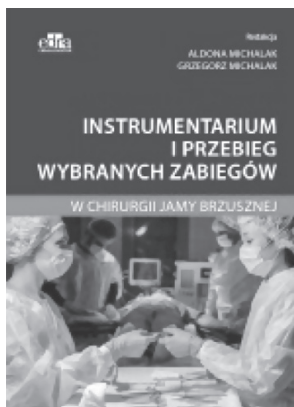
Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

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

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

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

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86w



Instrumentarium i przebieg wybranych zabiegów w chirurgii jamy brzusznej

red. A. Michalak, G. Michalak

rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66610-64-3, format: 165 x 240, oprawa miękka, 160 stron, cena: 39.60 zł (88 EUP pkt)

Pomysł do napisania tej książki powstał dzięki naszemu wieloletniemu doświadczeniu zdobytemu podczas pracy w obrębie bloku operacyjnego. W publikacji staraliśmy się przekazać nie tylko własną wiedzę i doświadczenie. Do współpracy w napisaniu tej pozycji zaprosiliśmy osoby z pasją oraz, przede wszystkim, z doświadczeniem w wykonywaniu poszczególnych procedur. Każdy z rozdziałów jest napisany wspólnie przez pielęgniarki operacyjne i lekarzy. Takie założenie zagwarantowało osiągnięcie celu, jakim było stworzenie swego rodzaju przewodnika, stanowiącego praktyczną pomoc w codziennej pracy dla personelu medycznego bloku operacyjnego. Uważamy, że ta pozycja powinna stać się bardzo ważnym źródłem wiedzy dla całego personelu medycznego pracującego w obrębie bloku operacyjnego, tzn. dla: pielęgniarek operacyjnych, pielęgniarek uczestniczących w kursach oraz specjalizujących się w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego, lekarzy stażystów, lekarzy rezydentów, lekarzy specjalizujących się w zakresie specjalizacji „zabiegowych”, studentów medycyny oraz studentów pielęgniarstwa.

Książka napisana jest prostym, przystępnym językiem, co pozwala na szybkie przyswajanie zawartych w niej treści. Jesteśmy przekonani, że wiedza zawarta w niniejszym podręczniku z pewnością przyczyni się do zwiększenia komfortu pracy oraz do zmniejszenia poziomu stresu, który zwykle towarzyszy pracy w obrębie sali operacyjnej.

Aldona Michalak
Grzegorz Michalak

W książce zawarto informacje m.in. na temat:

- przygotowania sali operacyjnej,
- przygotowania pacjenta do zabiegu,
- przebiegu najczęściej wykonywanych operacji w obrębie jamy brzusznej, z uwzględnieniem narzędzi używanych do danej operacji,
- bezpieczeństwa pacjenta,
- zapobiegania zakażeniom okołoperacyjnym,
- stresu towarzyszący pracy.



Dermatologia dla kosmetologów

wyd. 3, red. Z. Adamski, A. Kaszuba

rok wydania: 2019

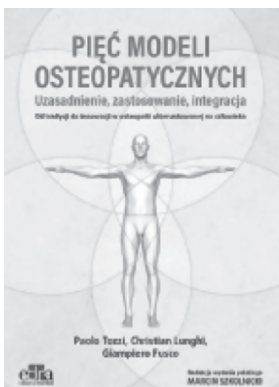
ISBN: 978-83-66310-14-8, format: 215 x 305, opr. twarda, 496 stron, cena: 138.60 zł (308 EUP pkt)

Książka wypełniła dotkliwą lukę w naszym piśmiennictwie medycznym. Zapotrzebowanie na tego typu wydawnictwa jest ogromne i to nie tylko wśród dermatologów, kosmetologów, ale także wśród lekarzy ogólnych. Kosmetologia w coraz większym stopniu zdobywa sobie prawo do istnienia wśród dyscyplin medycznych, stając się jednym z działów nowoczesnej dermatologii.

Książka składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera opisy podstawowych chorób skóry. W drugiej przedstawiono wybrane zagadnienia praktyczne zgodnie z wiedzą autorów, bardzo przydatne w codziennej działalności kosmetologów oraz dermatologów estetycznych.

Z Przedmowy





Pięć modeli osteopatycznych. Uzasadnienie, zastosowanie, integracja. Od tradycji do innowacji w osteopatii ukierunkowanej na człowieka

P. Tozzi, Ch. Lunghi, G. Fusco

red. M. Szkolnicki

rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66310-73-5, format: 165 x 240, oprawa miękka, 416 stron, cena: 152.10 zł (338 EUP pkt)

Osteopatia to holistyczne podejście do pacjenta, opierające się na przekonaniu, że organizm człowieka jest całością, a nie sumą niezależnych od siebie narządów i układów, i to właśnie całościowa kondycja pacjenta jest przedmiotem działań osteopatycznych.

W terapii pacjenta postrzega on konkretne objawy i dolegliwości w odniesieniu do wszystkich układów organizmu, a także dąży do zrozumienia pochodzenia zaburzeń funkcji organizmu oraz mechanizmów adaptacyjnych, które utrudniają dostosowanie się do codziennych bodźców.

Autorzy publikacji omówili pięć podstawowych zasad osteopatii, które przyczyniły się do powstania pięciu modeli postępowania terapeutycznego: biomechanicznego, neurologicznego, krążeniowo-oddechowego, metaboliczno-energetycznego i behawioralno-biopsychospołecznego. Modele te pozwalają zrozumieć mechanizmy doprowadzające do powstania dysfunkcji u pacjentów i umożliwiają dobór odpowiedniej terapii, która wpłynie na pobudzenie siły samoleczenia organizmu.



Ginekologia estetyczna. Techniki zabiegowe

C. Hamori, P.E. Banwell

red. T. Paszkowski

rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66310-43-8 format: 210 x 275, oprawa twarda, 304 strony, cena: 197.10 zł (438 EUP pkt)

Odajemy w Państwa ręce polskojęzyczną wersję znakomitej monografii i *Female Cosmetic Genital Surgery. Concepts, Classification and Techniques*. Jest to moim zdaniem najlepsza z dotychczas wydanych książek poświęconych technikom zabiegowym z zakresu ginekologii estetycznej. Bardzo praktyczne przedstawienie procedur omawianych w szerokim kontekście anatomicznym i funkcjonalnym to wyróżnik tej monografii. Dostęp do treści multimedialnych w postaci filmów z sali operacyjnej, jaki otrzymujecie Państwo wraz z tą książką, podnosi walor edukacyjny tego wydawnictwa. Znakomitym uzupełnieniem opisu procedur zabiegowych są szczegółowo omówione aspekty prawne oraz etyczne związane z ich wykonywaniem.

Autorami poszczególnych rozdziałów są najwybitniejsi eksperci z zakresu ginekologii estetycznej i rekonstrukcyjnej. Z pełnym przekonaniem rekomenduję tę wyjątkową książkę wszystkim ginekologom, którzy już wykonują zabiegi korygujące defekty estetyczno-funkcjonalne, a także tym, którzy planują poszerzenie portfolio swoich usług o procedury z tego zakresu.

Prof. dr hab. Tomasz Paszkowski
Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii
Estetycznej i Rekonstrukcyjnej



Atlas anatomii człowieka Sobotta. Angielskie mianownictwo. Tom 3. Głowa, szyja i układ nerwowy

wyd. 24, red. F. Paulsen, J. Waschke, red. wyd. polskiego K.S. Jędrzejewski, M. Polgaj

rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66310-28-5, format: 230 x 314, opr. twarda, str. 361, cena: 134.10 zł (298 EUP pkt)

W aktualnej formie, oprócz wspaniałej jakości ilustracji, zawiera kluczowe informacje z zakresu anatomii człowieka i morfologicznych podstaw zaburzeń klinicznych, a także bank pytań egzaminacyjnych, ułatwiających przygotowanie się do egzaminu. Motywuje studentów do aktywnego uczestniczenia w zajęciach prosektoryjnych, zwłaszcza do samodzielnego preparowania oraz zwrócenia większej uwagi na aspekty kliniczne w trakcie studiowania anatomii.

Turnieje Tenisowe Lekarzy w 2020 roku z akredytacją PSTL

-  **4-6.01.2020 r. – Częstochowa**
XIX Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
„Trzech Króli”
-  **27-29.03.2020 r. – Bielsko-Biała**
Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy
BKT Advantage
-  **22-24.05.2020 r. – Gdańsk**
Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
-  **11-14.06.2020 r. – Poznań**
XXX Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie
„Lexus Cup 2020”
-  **3-5.07.2020 r. – Zamość**
IX Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
„Memoriał dr Tomasza Teresińskiego”
-  **21-23.08.2020 r. – Chrzastowice k. Opola**
IV Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
„Vital Medic Cup 2020”
-  **18-20.09.2020 r. – Zielona Góra**
IX Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
-  **10-16.10.2020 r. – Antalya, Turcja**
50. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie
(WMTS Congress and Championship)
-  **11-14.11.2020 r. – Pabianice**
XXII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie
„Memoriał dr Andrzeja Jasińskiego”



www.pstl.org



XXIV konferencja naukowo-szkoleniowa

Najnowsze Trendy w Stomatologii

Hotel Aquarius ★★★★★

KOŁOBRZEG, 20-22 marca 2020

Szanowni Państwo,

jest nam niezmiernie miło po raz kolejny zaprosić Państwa na Ogólnopolskie XXIV Najnowsze Trendy w Stomatologii. Tym razem będziemy gościć w hotelu Aquarius, w przepięknym mieście Kołobrzeg, którego klimat sprzyja nauce i integracji. Będzie można także zapoznać się z wieloma nowinkami technologicznymi nie tylko z branży stomatologicznej. Jako organizatorzy zadbamy o atrakcyjność naszego wydarzenia. W imieniu Komisji Stomatologicznej ORL w Szczecinie serdecznie zapraszamy.

Agnieszka Ruchała-Tyszler
Dr n. med. Agnieszka Ruchała-Tyszler
Przewodnicząca KS ORL w Szczecinie

Łukasz Tyszler
Dr n. med. Łukasz Tyszler
Wiceprezes ORL w Szczecinie



WYKŁADY



WARSZTATY



WYSTAWCY



INTEGRACJA

PAKIETY KONFERENCYJNE OD 579 ZŁOTYCH

Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne

Zgłoś się na www.trendywestomatologii.pl

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

www.izbalekarska.opole.pl;

nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach.

OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X