



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Maj-Czerwiec 2017

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 247-248

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)



*Fot. Krzysztof ADAMSKI*

# PRZEPLATKA

Matylda Wirtemberska była krucha i wiotka. Wymyślała wiersze, układała ikebany, a włosy spinała w ciemny kok, tak aby wymykały się z niego spirale. Pamiętała imiona ptaków, wiedziała, jak pachnie lubczyk i piołun. Pewnego dnia dostała prezent – purpurowe kimono wyszywane w smoki, wachlarze i kwiaty lotosu. Odtąd, podobna do motyla, snuła się po urojonych ścieżkach parku, przemycala pajęczynami alejek i drepcząc po cienkich kładkach, zaglądała do świątyni Apollona.

Mąż księżnej, wychowany na dworze cara Pawła I w Petersburgu, lubił co prawda sztuki piękne (w Wigilię stroił nawet kontrabas), ale bardziej ciągnęło go do igraszek carskiej arystokracji. Celował do dzików i jeleni albo bawił się w tygrysa po ciemku: „*jeden uczeń strzelał z rewolweru, inny z dzwoneczkiem czaił się jak tygrys uzbrojony w zatruty sztylet*” – jak sto lat później opisał podobne figle Bolesław Miciński. Do pałacu wracał nad ranem, upojony świeżym powietrzem i winem, zakradał się do sypialni. Poruszał się jak wężące zwierzę, ostrożnie stąpał po schodach, omijając skrzypiące deski, a ona kulila się pod pierzyną drobna jak przeplatka – *Melitaea phoebe*.

Spotkali się na balu. Eugeniusz dobiegał do trzydziestki; odkąd w styczniu 1813 roku rozbił oddziały Napoleona pod Kulmem, matki markiz i hrabianek przyglądały mu się ciekawie. Nie miałyby nic przeciwko takiemu zięciowi. Panny zaś omijały go wzrokiem, bo nawet w mundurze generała carskiej armii konnej wyglądał pokracznie. Szeptaly między sobą: brzydal, pokraka, straszydło. Tamtej nocy muślinowa suknia Matyldy zaczęła jego sprzączkę. – *Jestem zgubiony* – wyjąkał. – *Pan wybaczy debutantce, zaraz się wyplączę* – powiedziała figlarnie. – *Już się pani nie wywinie*. – *Zobaczmy*.

Wymknęła się tylko na chwilę. Ledwie skończyła szesnaście lat, znów wystąpiła w bieli, tym razem w kościele. Podczas ślubowania jej diadem z różowymi rubinami osunął się na podłogę. – *To zły znak* – wieszczyły siostry ponuro. Nie były one powabne, żadne z nich nimfy, rusalki czy gracje. Odślaniały przerwy w uśmiechu, nie lubiły pudrów ani zalotów. O cienkich kibiciach raczej nie marzyły ani o wyznaniach pod lipą. To Matylda była księżniczką.

Księżę kochał ją miłością bezwzględna, lecz niestałą (odwiedzał też rezolutną pannę Ferdynandę von Kulisch). Kiedy do pałacu w Karlsruhe (dzisiejszym Pokoju) przyjechały siostry, Matylda leżała już na katafalku. Umarła 13 kwietnia 1825 roku, w dniu swoich dwudziestych czwartych urodzin.

– *Trudny połów* – tłumaczyły damy dworu, ale w folwarkach plotkowano, że poznała smak cykuty. – *W geburtstag odchodzą samobójcy* – krakały baby wiedzące. – *Babom to się od razu marzy śmierć z miłości* – psioczyli ogrodnicy. – *Wątła była* – pochlipywał chłopiec stajenny. – *Nie wątła,*

*tylko nadwątlona, zamęczył ją ten paskudnik* – wyklócała się guwernantka.

Księżne podwijały Matyldzie szczęki, obciążały talarami powieki i zapłaciły artyście, aby zdjął maskę pośmiertną. Poprosiły też Eugeniusza o diadem z różowymi rubinami. Od pokoleń należał do ich rodu, może któraś z nich pójdzie jeszcze za mąż? – *Tiary nie ma* – oburzył się wdowiec. – *Pewnie nieboszczka zakopała ją w parku, utopiła w stawie albo położyła księdzu na tacę*



Carl Rothe-Mathilde von Württemberg z dwójką dzieci (olej)

– mrucał. Przeszukał szafy w dworku porośniętym bluszczem (księżna częściej bywała w tym skromnym domu niż w pałacowych komnatach), przeorał świątynię Apollona, zaglądał do dziur, grzebał przy fundamentach, kazał nawet przenieść rzeźbę pięknego boga (może miała jakiegoś wspólnika? – zachodził w głowę). Ale klejnotu nie znalazł. Zniknął, rozplynął się, przepadł.

Co było robić, pod sklepieniem rotundy umieścił podobiznę Matyldy i ożenił się z dziedziczką fortuny – Heleną von Hohenlohe-Langenburg. A Ferdynada? – urodziła syna. Chłopak uczył się historii, studiował geometrię i topografię, wyruszył na Daleki Wschód i opisał jedwabny szlak. Zasłynął jako wybitny geograf i poszukiwacz skarbów.

Podczas wakacji warto odwiedzić Pokój, to miejsce skrywa tyle tajemnic.

Agnieszka KANIA



Przed Wami kolejny – tym razem podwójny – numer Biuletynu. Czas jest bardzo gorący, a będzie jeszcze bardziej. Zbliży się bowiem połowa roku i przed nami Wielka Niewiadoma – kolejna reforma systemu ochrony zdrowia. Jak to wszystko będzie wyglądać? Próbuję na to i inne związane z tym problemem pytania odpowiedzieć słowami ekspertów właśnie w tym numerze Biuletynu. Niestety nie wygląda to na zbyt wesoło, ale cóż – „taki mamy klimat!”

Oprócz materiałów dotyczących zmian w organizacji ochrony zdrowia zamieszczam również pakiet tekstów o nadchodzących lub zapowiadanych zmianach w kształceniu podyplomowym. To też nie są zbyt pogodne materiały. Coraz bardziej przybywa nam papierkowej roboty, która – jak przeczytacie to w materiale Prezesa niechęci tylko młodych lekarzy do specjalizowania się i „starych” lekarzy do opieki nad specjalizującymi się. Mam

jedynie nadzieję, że przynajmniej pogoda nie spłata nam psikusa i przełom wiosny i lata będzie raczej przypominał obie te pory roku w pełnym rozkwicie.

Natomiast początek Biuletynu, to – jak zawsze – materiały dotyczące naszej izby. A więc najważniejsze to Zjazd Okręgowy oraz sprawozdania ze spotkań Rady Okręgowej i Komisji Stomatologicznej. Jest również następny materiał przygotowany przez naszych Kolegów z Opolskiego Centrum Onkologii. Poza tym kolejne teksty: historyczny – prof. Kubickiego i historyczno-artystyczny – dr Agnieszki Kani. Jest także krzepiąca informacja o naszym zwycięstwie w Mistrzostwach Świata Lekarzy w Narciarstwie (przy okazji najserdeczniejsze gratulacje dla autorki materiału – Mistrzyni dr Agnieszki Kani!!).

Życząc miłej i pouczającej lektury żegnam się do numeru lipcowego (także podwójnego).

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy,

Z dniem 1 maja br. weszła w życie nowelizacja Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która wprowadziła System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zwany potocznie SMK.

Oznacza on konieczność dokonywania drogą elektroniczną wszelkich czynności związanych z procesem specjalizowania się – od momentu składania wniosku o rozpoczęcie specjalizacji do momentu zgłaszania wniosku o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Wymogom SMK będą musieli sprostać nie tylko specjalizujący się, ale także kierownicy specjalizacji. **Osoby, które będą chciały przystąpić do jesienno postępowania kwalifikacyjnego będą już w pełni temu systemowi podlegały.** Natomiast osoby, które już się specjalizują zetkną się z SMK dopiero w momencie zrealizowania programu specjalizacji. Najważniejsze informacje, dotyczące SMK znajdują się na stronie internetowej Izby i bardzo proszę, aby się z nimi zapoznać, ponieważ „przegapienie” pewnych terminów może się okazać bardzo dotkliwe.

W dalszej części Biuletynu zamieszczamy kolejne pismo OOW NFZ dotyczące wystawiania recept refundowanych. Tutaj też doszło do zmiany przepisów i dotychczasowe umowy na wystawianie recept refundowanych są zamieniane na uprawnienia do pobierania zakresów nu-

merów recept. Z końcem czerwca mija termin, w którym tę „zamianę” lekarz może zrobić w sposób prostszy i szybszy. Od 1 lipca procedura będzie wymagała większego nakładu czasu i przedkładania pewnych dokumentów. OOW NFZ rozsyłał do lekarzy i lekarzy dentystów przypominające sms-y i maile. Ale jeżeli ktoś jeszcze nie dokonał tej procedury to ten poniższy tekst jest właśnie dla niego.

OOW NFZ korzysta też z możliwości kontrolowania lekarzy, wystawiających recepty refundowane pod kątem posiadania oświadczenia pacjenta o ubezpieczeniu. Lekarze nie mający dostępu do EWU-sia, chcąc wystawić pacjentowi refundowaną receptę, powinni odebrać od pacjenta oświadczenie, że jest ubezpieczony. Oświadczenie musi być wypełnione na odpowiednim druku i zawierać odpowiednie informacje (tak jak to ma miejsce w poradniach i szpitalach w stosunku do pacjentów, świecących się w EWU-siu na czerwono). Niestety, zgodnie z obowiązującymi umowami receptowymi, Fundusz ma prawo domagać się przedłożenia takiego oświadczenia, złożonego przez pacjenta. Jeżeli jednak w efekcie nie przedłożenia tego oświadczenia ktoś z Was zostałby ukarany tzw. zwrotem nienależnej refundacji, to proszę o pilny kontakt z Izbą. Będziemy występować w Waszym imieniu, ponieważ z faktu wystawienia recepty refundowanej nie odnieśliście żadnej korzyści i nie od Was jakiś ewentualny zwrot powinien być dochodzony.

*Jerzy JAKUBISZYN*

znak: WGL.443.1.2016  
OOW.27.MIG

Opole, dnia 13.04.2017

Szanowni Państwo,

Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia uprzejmie informuje, że na podstawie art. 45 ust 1 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1991 z późn. zm.), z dniem **31 grudnia 2016 r.** straciły ważność wszystkie zawarte wcześniej umowy upoważniające do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom.

Na mocy Zarządzenia Prezesa NFZ nr: 114/2016/DGL z dnia 16 listopada 2016 przedłużony został okres składania wniosków przedłużających uprawnienia do wystawiania recept refundowanych pro auctore/pro familiae oraz w ramach prywatnych gabinetów, do dnia **30 czerwca 2017 r.**

Niedopełnienie formalności w wyżej wskazanym okresie skutkować będzie **całkowitym zablokowaniem dostępu do Portalu**, a tym samym koniecznością złożenia wniosku na zasadach obowiązujących lekarzy, którzy nie posiadali umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych na mocy zarządzenia 38/2012/DGL z dnia 30 czerwca 2012 r.

W celu przedłużenia aktualnych uprawnień:

1. W przypadku lekarzy posiadających dostęp do Portalu Personelu, konieczne jest wypełnienie w formie elektronicznej (za pośrednictwem Portalu Personelu) „**Wniosku o aktualizację danych osób uprawnionych do wystawiania recept**” oraz przekazanie go w formie papierowej do siedziby Funduszu. Po zatwierdzeniu w/w wniosku należy w ten sam sposób złożyć „**Wniosek o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept**”.
2. W przypadku lekarzy nieposiadających dostępu do Portalu Personelu konieczne jest wypełnienie w formie elektronicznej „**Wniosku o dostęp do Portalu NFZ dla pracowników medycznych**” z opcją „**Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ bez uprawnienia do pobierania numerów recept**” i złożenie powyższego wniosku **osobiście** w celu otrzymania danych dostępu do Portalu Personelu.

Dalszy sposób postępowania opisano w pkt 1.

Wszystkie niezbędne informacje potrzebne do wypełnienia powyższych wniosków znajdą Państwo na stronie tegoż oddziału: [www.nfz-opole.pl](http://www.nfz-opole.pl) w zakładce „Dla Lekarzy”.

Tel kontaktowy: 77-54-95-277

Z poważaniem

## XXXVI OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ



W dniu 18 marca 2017 r. w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu odbył się XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej.

Zjazd otworzył Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Jerzy Jakubiszyn, serdecznie witając – poza oczywiście delegatami – także i gości Zjazdu, którymi byli:

- **Rajmund Miller i Janusz Sanocki** – Posłowie na Sejm RP,
- **Liliana Łuczkiwicz** – asystentka Posła na Sejm RP Ryszarda Wilczyńskiego,
- **Mieczysław Wojtaszek** – reprezentujący Wicewojewodę Opolskiego Violetę Porowską, dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia UW w Opolu,
- **Edward Gondecki** – Przewodniczący Rady Społecznej OOW NFZ,
- **Robert Bryk** – Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
- **Marek Tomków** – Prezes Opolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej,
- **Piotr Klucznik** – Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarsko-Weterynaryjnej,
- **Maciej Szczepniak** – Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL.

Ponadto listy do uczestników Zjazdu z życzeniami pomyślnych obrad, przesłali nieobecni na obradach: **Roman Kolek** – Wicemarszałek Województwa Opolskiego, **Witold Zembaczyński** – Poseł na Sejm RP, **Sabina Wiatkowska** – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz **Maciej Hamankiewicz** – Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jeszcze przed rozpoczęciem samych obrad odbyła się szczególna uroczystość. Otóż decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej laureatką tegorocznego wyróżnienia „Prymariusz Opolski” została kol. Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska. Laureatka z rąk Prezesa Jakubiszyna oraz Wiceprezes ORL Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej odebrała statuetkę, dyplom i kwiaty, po czym podziękowała koleżankom i kolegom za to wyróżnienie.

Następnie przystąpiono do wyboru Prezydium Zjazdu. Kol. Jakubiszyn w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej zaproponował kandydaturę kol. Jacka Mazura na Przewodniczącego Zjazdu. W głosowaniu kandydatura została przyjęta przy 1 głosie wstrzymującym się.

Z kolei kandydatami na Sekretarzy Zjazdu zaproponowanymi w imieniu Rady Okręgowej byli Anna Adamska i Paweł Mielczarek. W głosowaniu kandydatury przyjęto przy 2 głosach wstrzymujących się. Natomiast protokolantem – przez aklamację – wybrana została Marta Rodziewicz-Kabrowska.

Zjazd – jak zawsze rozpoczęto od przyjęcia porządku obrad oraz regulaminu Zjazdu. Zebrani przyjęli je jednogłośnie. Następnie dokonano wyboru komisji Zjazdowych

Do Komisji Mandatowej zaproponowano kol. kol. Barbarę Hamryszak, Małgorzatę Łuszczyńską-Ostrowską i Iwonę Parzonkę. W głosowaniu kandydatury zaakceptowano przy 3 głosach wstrzymujących się.

Do Komisji Uchwał i Wniosków zaproponowano kol. kol. Zbigniewa Kuzyszyna, Andrzeja Bunio i Pawła Sługockiego. W głosowaniu kandydatury przyjęto przy 3 głosach wstrzymujących się.

Zgodnie z przegłosowanym wcześniej porządkiem obrad, po tych wyborach nastąpił czas dla zaproszonych gości.

Jako pierwszy głos zabrał Poseł na Sejm RP Rajmund Miller, który przekazał pozdrowienia od Posła na Sejm RP Tomasza Kostusia. Mówca, sam będący lekarzem, i jednocześnie zasiadający w Sejmowej Komisji Zdrowia podkreślił konieczność podniesienia składki na opiekę zdrowotną. Złożył także życzenia pomyślnych obrad.

Z kolei Janusz Sanocki – Poseł niezrzeszony, w swoim wystąpieniu podkreślił, iż utopią jest wyleczenie każdego za pieniądze budżetowe. Jego zdaniem musi być współfinansowanie świadczeń medycznych. Natomiast jako środowisko, lekarze powinni sami wypracować system zmian dla poprawy sytuacji – powinni być bardziej zmobilizowani i zdecydowani.

Marek Tomków – Prezes Izby Aptekarskiej zapewnił, że Naczelna Rada Aptekarska zawsze jest otwarta na współpracę ze środowiskiem lekarskim.

Liliana Łuczkiwicz odczytała pismo z życzeniami skierowanymi do uczestników Zjazdu przez Posła Ryszarda Wilczyńskiego.

Mieczysław Wojtaszek odczytał list od Wicewojewody Violety Porowskiej, która m.in. nawiązywała do sprawy uruchomienia Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Opolskim w najbliższym roku akade-

► mickim. Ponadto, w imieniu Wojewody podziękował za współpracę i wskazał na konieczność jej kontynuowania. Złożył również gratulacje tegorocznej laureatce „Prymariusza Opolskiego” – dr Łuszczczyńskiej-Ostrowskiej.

Edward Gondecki, w związku z dobieganiem końca drugiej i jednocześnie ostatniej kadencji jego działalności w Radzie Społecznej OOW NFZ, podziękował za 8 lat współpracy, kierując te słowa szczególnie do Jerzego Jakubiszyna. Podkreślił, że były trudności w bilansowaniu funduszy Oddziału, że przyjęto wiele uwag związanych z pakietem onkologicznym, które trafiły do Centrali NFZ. Wątpliwości budzą nadal wyceny punktowe procedur. Tworzona obecnie sieć szpitali może wiele rzeczy zmienić i zaburzyć. Konieczne jest więc – jego zdaniem – zmodyfikowanie zapisów dotyczących kryteriów przystąpienia szpitali do sieci. Sukcesem natomiast jest program zapobiegania próchnicy u dzieci. Na 3,5 tys. dzieci w naszym województwie, przebadano 1500 dzieci. Na koniec nasz gość wyraził nadzieję, że NFZ nadal będzie funkcjonować, choć najprawdopodobniej w nieco innej formie.

Robert Bryk, jako nowo wybrany Dyrektor OOW NFZ wspominał, że pierwsze spotkanie z lekarzami już odbył. Za priorytety swojej działalności uznaje edukację, promocję i profilaktykę. 1 mln złotych ma być przeznaczony w budżecie OOW NFZ na działalność edukacyjną i profilaktykę. W Sejmie odbyła się, pod przewodnictwem Marszałka Karczewskiego, bardzo udana konferencja na temat otyłości, na której podkreślono konieczność przeciwdziałania coraz powszechniejszej otyłości wśród Polaków. Okazało się, że najbardziej modelowy program profilaktyczny w tym zakresie ma Litwa. Wytyczono 5 filarów programu obecnego rządu dotyczących Służby Zdrowia, tj. likwidację NFZ, budżetowanie, stworzenie sieci szpitali, poprawę koordynacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej i zwiększenie nakładów na zdrowie. Budżet ma wzrosnąć do 102 mld zł. NFZ rzeczywiście podniesie stawkę punktu szpitalnego. Ponadto mają być dokupione świadczenia za ok. 1 mld zł w drugiej połowie tego roku. Konieczne jest również lepsze dostosowanie wielkości kontraktów do możliwości świadczeniodawców. Na koniec Dyrektor Bryk życzył udanego Zjazdu.

Dr Piotr Kluczniok, w imieniu Prezesa Opolskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej Marka Wisły, nawiązał do opracowanego przez weterynarzy własnego projektu ustawy o kontroli weterynaryjnej i żywności. Powstał komitet inicjatywy ustawodawczej dotyczący inspekcji weterynaryjnej. Gość zadeklarował poparcie dla działań OIL, zaprosił na kolejny Zjazd Izby Lekarsko-Weterynaryjnej i na kolejny mecz piłkarski pomiędzy izbami (dwa już odbyły się).

Po zakończeniu wystąpień gości Przewodnicząca Komisji Mandatowej kol. Łuszczczyńska-Ostrowska od-

czytała protokół komisji. Na 132 delegatów na Zjeździe obecnych jest 73, co stanowi 55,3%. Zjazd jest więc pracomocny.

W części dotyczącej sprawozdań poszczególnych organów Izby jako pierwszy głos zabrał Prezes Jakubiszyn, który przypomniał, że wszystkie sprawozdania: Prezesa ORL, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego i Przewodniczących Komisji Problemowych przedstawiono w materiałach zjazdowych.

Kol. Jakubiszyn uzupełnił sprawozdanie ORL o uwagi nawiązujące do wystąpienia posła Sanockiego. Wyjaśnił, że to nie jest tak, że Samorząd Lekarski nie uczestniczy w budowaniu systemu, lecz nasze pomysły nie są przez rządzących uwzględniane. W tym względzie jest zresztą przygotowane stanowisko naszego Zjazdu. Ponadto Prezes stwierdził, że Minister Zdrowia bardzo zawiódł środowiska medyczne swoimi propozycjami dotyczącymi regulacji płac w ochronie zdrowia. Temu tematowi będzie poświęcone kolejne stanowisko Zjazdu, dotyczące minimalnych progów wynagrodzeń lekarzy.

Kol. Jakubiszyn dodał, że przełom 2016/17 był szczególny dla naszej izby, gdyż nie przerywając działalności, w trudnych warunkach przeżywalismy konieczny remont. Podziękował pracownikom Biura za wyrozumiałość i cierpliwość. Z końcem maja remont ma zakończyć się. Będzie zainstalowana winda, podjazd dla niepełnosprawnych. Udało się wynegocjować również na dobrych warunkach dobry kredyt w banku PKO BP. W wyniku negocjacji została znacznie obniżona marża.

Na koniec Prezes poinformował, że partnerem i sponsorem Zjazdu jest PZU SA, z którym na kolejny rok wynegocjowane zostały korzystne warunki ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentystów – członków naszej Izby.

Z kolei kol. Tadeusz Chowaniec, Przewodniczący Komisji Lekarzy Seniorów, ogłosił, że 25 maja br. odbędzie się całodzienna wycieczka seniorów do Legnicy.

W ramach dyskusji nad sprawozdaniami głos zabrał nie delegat, ale nasz gość, Dyrektor Mieczysław Wojtaszek, który poinformował o wprowadzeniu Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK). 25 kwietnia w Urzędzie Wojewódzkim w Opolu odbędzie się spotkanie poświęcone nowym zasadom monitorowania przebiegu specjalizacji. Informacje te uzupełnił Konrad Rekucki dodając, że system ten będzie najpierw dotyczył lekarzy, którzy dopiero będą rozpoczynali specjalizację oraz przystępujących do PES.

Sami delegaci nie mieli uwag do przedstawionych w materiałach Zjazdowych sprawozdań.

Kolejnym mówcą był Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej kol. Aleksander Januszkiewicz,

który odczytał sprawozdanie Komisji, wnioskując o udzielenie absolutorium Radzie.

Wobec powyższego Przewodniczący Zjazdu kol. Mazur, przedstawił projekt uchwały w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania OIL za 2016 rok oraz zgłosił wniosek o udzielenie Radzie absolutorium. W głosowaniu delegaci jednogłośnie przyjęli uchwałę.

#### **Uchwała Nr 1**

### **XXXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 18 marca 2017 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu i udzielenia jej absolutorium**

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r., poz. 651) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330, z późn. zm.) uchwała się co następuje:

#### **§ 1**

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2016, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 4.299.779,61 zł.

#### **§ 2**

Zysk netto w kwocie 693.695,29 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

#### **§ 3**

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

#### **§ 4**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

<i>Sekretarz</i>	<i>Przewodniczący</i>
<i>XXXVI Okręgowego</i>	<i>XXXVI Okręgowego</i>
<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>	<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>
<i>Paweł Mielczarek</i>	<i>Jacek Mazur</i>

Po tym głosowaniu wystąpił Skarbnik Izby kol. Zbigniew Kowalik. Przypomniiał, że wchodzimy w okres spłacania kredytu związanego z remontem budynku izby. Preliminarz przedstawiony delegatom uwzględnia możliwość kontynuowania działalności komisji problemowych oraz utrzymania tego samego poziomu wydatków na Fundusz Samopomocy oraz dofinansowywanie szkoleń.

Wobec braku uwag z sali dotyczących preliminarza, przedstawiono projekt uchwały w sprawie uchwalenia budżetu na 2017 rok. Także i ten projekt spotkał się z jednomyślnym przyjęciem delegatów.

#### **Uchwała Nr 2**

### **XXXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 18 marca 2017 r. w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2017 rok**

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r., poz. 651) uchwała się co następuje:

#### **§ 1**

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2017, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekarską, XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2017 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

#### **§ 2**

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

#### **§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2017 r.

<i>Sekretarz</i>	<i>Przewodniczący</i>
<i>XXXVI Okręgowego</i>	<i>XXXVI Okręgowego</i>
<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>	<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>
<i>Paweł Mielczarek</i>	<i>Jacek Mazur</i>

Kolejnym punktem obrad było przyjęcie pozostałych dokumentów Zjazdu. Jako pierwsze przedstawione zostały 2 stanowiska, o których wcześniej wspominał Prezes Jakubiszyn.

Pierwsze stanowisko dotyczyło poparcia obywatelskiego projektu ustawy w sprawie minimalnych wynagrodzeń dla poszczególnych zawodów medycznych i zostało przyjęte jednogłośnie.

### **Stanowisko nr 1 XXXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 18 marca 2017 r.**

XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu wyraża zdecydowane poparcie dla obywatelskiego projektu ustawy ustalającego minimalne progi wynagrodzeń dla poszczególnych zawodów medycznych. Rozwiązania proponowane w tym projekcie są w pełni zbieżne ze stanowiskami Krajowych Zjazdów Lekarzy i Naczelnej Rady Lekarskiej, formułowanymi od wielu lat.

XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu apeluje do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów o składanie podpisów pod tym projektem.

<i>Sekretarz</i>	<i>Przewodniczący</i>
<i>XXXVI Okręgowego</i>	<i>XXXVI Okręgowego</i>
<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>	<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>
<i>Paweł Mielczarek</i>	<i>Jacek Mazur</i>

Z kolei drugie stanowisko opisywało obawy środowiska lekarzy Opolszczyzny związane z wprowadzaną reformą systemu ochrony zdrowia, która ma obowiązywać od 1 października 2017 r. Przy 2 głosach sprzeciwu, także i to Stanowisko zostało przyjęte przez Zjazd.

## Stanowisko nr 2

### XXXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 18 marca 2017 r.

XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu wyraża obawy, że reforma systemu ochrony zdrowia jaka ma obowiązywać od 1 października 2017 r., a która jednocześnie wprowadzi bardzo duże zmiany organizacyjne i finansowe, doprowadzi do ogromnego chaosu – a w efekcie do pogorszenia dostępności pacjentów do świadczeń.

XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu obawia się również, by odium niepowodzenia tego przedsięwzięcia nie spadło na lekarzy, którzy będą na pierwszej linii kontaktu z niezadowolonymi pacjentami.

<i>Sekretarz</i>	<i>Przewodniczący</i>
<i>XXXVI Okręgowego</i>	<i>XXXVI Okręgowego</i>
<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>	<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>
<i>Paweł Mielczarek</i>	<i>Jacek Mazur</i>

Ponadto Komisja Uchwał i Wniosków przedstawiła też apel, autorstwa kol. Wojciecha Derkowskiego w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze. Apel ten (przy 1 głosie wstrzymującym się) został przez delegatów przyjęty.

## Apel

### XXXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 18 marca 2017 r. do Ministra Zdrowia

XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu apeluje do Ministra Zdrowia o nowelizację rozporządzenia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. poz. 182, z późn. zm.), polegającą na zmianie zapisu § 9 ust. 3 pkt. 1 rozporządzenia i nadanie mu brzmienia: „zamieścić w prasie codziennej o zasięgu ogólnokrajowym, a w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt. 1 lit. b i c, także w Gazecie Lekarskiej”.

<i>Sekretarz</i>	<i>Przewodniczący</i>
<i>XXXVI Okręgowego</i>	<i>XXXVI Okręgowego</i>
<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>	<i>Zjazdu Lekarzy w Opolu</i>
<i>Paweł Mielczarek</i>	<i>Jacek Mazur</i>

W części dotyczącej wolnych wniosków jako pierwsza głos zabrała kol. Marta Kabarowska. Poinformowała o powołaniu w naszej Izbie Komisji Kultury, w której składzie znalazły się Koleżanki i Koleżdy znani jako pasjonaci muzyki, literatury i fotografii. Podkreśliła przy tym, że Komisja jest otwarta na współpracę z każdym chętnym lekarzem, twórcą lub wielbicielem różnych form sztuki. Najbliższym wydarzeniem organizowanym przez Komisję będzie Ogólnopolski Plener Fotograficzny „Opolszczyzna 2017”, który odbędzie się w dniach 14–18 czerwca br. w Rogowie Opolskim.

Z kolei kol. Bogusław Kudyba zgłosił 2 wnioski. Jeden z nich dotyczył skrócenia dziennego czasu pracy lekarzy i powrotu do 7 godzin dziennie, a nie – jak dotychczas – 7,35 min. Drugi dotyczył wprowadzenia dla lekarzy urlopu dla poratowania zdrowia (na wzór nauczycieli). Kol. Jakubiszyn zapewnił, że oba te wnioski przekaże do NRL.

Na koniec ponownie głos zabrał Prezes Jakubiszyn. Przypomniawszy, że zbliża się koniec tej kadencji Samorządu i należy przygotować się do nowych wyborów na następną kadencję, które zaczną się jesienią. Zwrócił uwagę, że zdarzają się pewne nieścisłości w systemie elektronicznym dotyczącym adresów czy miejsc zatrudnienia, a tym samym przypisania do poszczególnych rejonów wyborczych. Należałoby nanieść poprawki tak, by następny kwietniowy komunikat w sprawie wyborów do samorządu zawierał już prawidłowe wykazy członków rejonów wyborczych. Kol. Jakubiszyn podziękował wszystkim za współpracę, zachęcał do udziału w kolejnych wyborach – zwłaszcza osoby młode oraz podkreślił, że trzeba najpierw coś z siebie dać zanim zacznie się narzekać, że Samorząd jest mało skuteczny.

Wobec wyczerpania porządku obrad Przewodniczący Zjazdu kol. Mazur podziękował wszystkim delegatom za sprawne przeprowadzenie obrad i ogłosił zamknięcie Zjazdu.

Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA





# POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dn. 22 marca br. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Okręgowej, na którym poruszano następujące sprawy.

## Przyznanie praw wykonywania zawodu

O wpis na listę członków OIL zwróciła się lek. Dorota Małek – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Ponadto lek. dent. Małgorzata Leśniak wystąpiła o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry po zakończeniu stażu podyplomowego. Obie uchwały przyjęto jednogłośnie.

## Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Przyjęto do wiadomości organizowanie przez dwa podmioty, mające uchwały PNRL o spełnieniu warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystrów, kursów na terenie OIL:

- Fundacja Twórczych Kobiet, która zorganizuje 4 kursy medyczne dotyczące karmienia piersią pt. „*Opieka okołoporodowa, ochrona i wspieranie karmienia piersią, zaburzenia laktacji, perinatologia*” w marcu i kwietniu br.
- MIP-Pharma, która przeprowadzi kurs pt. „*Rekonstrukcja zwarcia jako istotny element rehabilitacji układu stomatognatycznego*” w dniu 6.04.17.

Ponadto jednogłośnie przyznano 4 pkt edukacyjne firmie Medico-Dent, która przeprowadzi w dniu 24.03.17 w Kędzierzynie-Koźlu kurs teoretyczno-praktyczny dla lekarzy dentystrów pt. „*Stomatologia zachowawcza – endodoncja*” oraz 4 pkt edukacyjne dla VII Oleskich Spotkań z Interną, które odbędą się 8.04.17.

## Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

O wykreślenie swoich praktyk z rejestru poprosiło troje lekarzy. Natomiast jedną praktykę wykreślono z powodu zgonu lekarza.

## Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Rada przyznała zapomogi trzem osobom (podeszły wiek i/lub liczne przewlekłe schorzenia).

## Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.

Dyrektor Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głucholazach poprosił o przedstawiciela Izby do konkursu na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej na następujących Oddziałach: Rehabilitacji Kardiologicznej z Działem In-

tensywnego Nadzoru Medycznego, Rehabilitacji Pulmonologicznej oraz Chorób Płuc, a także przedstawiciela Izby do konkursu na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds Medycznych. Rada desygnowała do tych postępowań Stanisława Kowarzyka.



## Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

O zwolnieniu z opłacania składek członkowskich zwróciły się dwie osoby. Jedna z powodu nie osiągnięcia przychodów, druga z powodu wyjazdu na kilkunastomiesięczny staż zagraniczny, gdzie nie będzie zarabkować. W pierwszym przypadku uchwałę podjęto jednogłośnie, w drugim – przy 3 głosach wstrzymujących.

## Omówienie wyników Okręgowego Zjazdu Lekarzy

Prezes przypomniał o dokumentach podjętych w czasie ubiegłotygodniowego Zjazdu. Poza rutynowymi uchwałami o absolutorium oraz budżecie były to: stanowisko dotyczące obywatelskiego projektu ustawy o minimalnych wynagrodzeniach dla pracowników medycznych, stanowisko w sprawie projektu ustawy o sieci szpitali oraz apel do Ministra Zdrowia o zmianę w rozporządzeniu w sprawie konkursów na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych). Przekazał jednocześnie, gdzie te dokumenty zostaną przesłane (Minister, Wojewoda, Marszałek, Dyrektor OOWNFZ, NRL, wszystkie Izby Okręgowe, media).

## Sprawozdanie z posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej (10 marca) oraz Konwentu Prezesów (9 marca)

Prezes poinformował, iż podczas Konwentu omawiano m.in. interpretację MZ, z której wynika, że nie można zdobywać punktów edukacyjnych w trakcie kursów, odbywanych za granicą. Następnego dnia PNRL przyjęło stanowisko domagające się usankcjonowania realizowania doskonalenia zawodowego również poprzez kursy zagraniczne. Nadal nie wiadomo według jakiego klucza nastąpi podział środków pomiędzy izbami za zadania zlecone przez MZ w roku 2017. Wkrótce zostanie wprowadzony tzw. System Monitorowania Kształcenia, a MZ zaleca, aby szkolenia w tym zakresie były organizowane przez izby okręgowe. Podczas posiedzenia NRL poruszono problem zatrudniania lekarzy w indywidualnych praktykach. Komisja Stomatologiczna wraz z Komisją Legislacyjną przedstawiła projekt no-

welizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty-  
sty, uwzględniający taką możliwość pod pewnymi wa-  
runkami. Rada ten projekt przegłosowała i skierowała  
do Ministra Zdrowia.

### **Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami**

Kol. Latała zdał relację z ostatniego szkolenia zor-  
ganizowanego wspólnie przez KS oraz PTS dla lekarzy  
dentystów, podczas którego prof. dr hab. n. med. Renata  
Górska – Krajowy Konsultant w dziedzinie Periodonto-  
logii z Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia War-  
szawskiego Uniwersytetu Medycznego wygłosiła wy-  
kład pt. „*Nowe spojrzenie na leczenie niechirurgiczne  
chorób przyzębia*”, a prof. dr hab. n. med. Tomasz Ko-  
nopka z Katedry i Zakładu Periodontologii Uniwersyte-  
tu Medycznego we Wrocławiu przedstawił pt. „*Zmiany  
w jamie ustnej wywołane w przebiegu chorób przeno-  
szonych drogą płciową*”.

Kol. Kuzyszyn uczestniczył w spotkaniu Rzeczników  
Odpowiedzialności Zawodowej w ramach Forum Zawo-  
dów Zaufania Publicznego.

Kol. Hamryszak uczestniczyła w szkoleniu organizo-  
wanym przez NIL, dotyczącym wprowadzenia elektro-  
nicznej dokumentacji medycznej w nieprzekraczalnym  
terminie 1 stycznia 2018 r. oraz w spotkaniu Rady Spo-  
łecznej naszego Oddziału NFZ, gdzie m.in. poruszono  
temat sieci szpitali w naszym województwie.

### **Sprawy różne i wolne wnioski.**

Nie było zgłoszeń.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posie-  
dzenie zakończono.

*Sekretarz ORL, lek. dent. Barbara HAMRYSZAK  
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

\* \* \*

W dniu 29 kwietnia 2017 r. odbyło się następne posie-  
dzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Na wstępie Prezes  
Jakubiszyn przywitał zebranych i zaproponował wpro-  
wadzenie do porządku obrad dodatkowego punktu doty-  
czącego podjęcia stanowiska Rady w sprawie wchodzącej  
w życie z dniem 1 maja 2017r. nowelizacji ustawy o za-  
wodach lekarza i lekarza denty, wprowadzającej tak  
zwany System Monitorowania Kształcenia. Członkowie  
Rady jednogłośnie zaaprobowali umieszczenie tego punk-  
tu w programie obrad. W związku z tym kol. Jakubiszyn  
odał głos Zastępcy Sekretarza Rady kol. Lachowi.

### **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

Kol. Lach przedstawił wniosek o wydanie duplikatu  
Praw Wykonywania Zawodu, w związku z jego utratą.  
Rada wniosek przyjęła jednogłośnie.

Następnie Rada jednogłośnie zaakceptowała dwa  
wnioski o wpisanie na listę członków OIL – przeniesie-

nie z Izby Dolnośląskiej oraz z Izby w Gdańsku (to dru-  
gie w celu dokończenia stażu podyplomowego).

### **Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy**

Dalszą część obrad poprowadził kol. Jakubiszyn, któ-  
ry stwierdził, że do Rady nie wpłynął żaden wniosek  
o rejestrację podmiotów prowadzących szkolenie pody-  
plomowe lekarzy

### **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

Następnie kol. Jakubiszyn poinformował członków  
Rady, że do Izby dotarły dwa wnioski o wyrejestrowanie  
praktyki lekarskiej. Rada podjęła decyzję w tych spra-  
wach jednogłośnie.

### **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy**

W kolejnej części obrad Prezes powtórnie stwierdził,  
że do Rady nie wpłynęły żadne nowe wnioski o przy-  
znanie świadczeń z Funduszu.

### **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

W tej części posiedzenia Prezes przedstawił wnio-  
sek dyrektora Szpitala Neuropsychiatrycznego w Opolu  
o wyznaczenie przedstawiciela Rady do komisji kon-  
kursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Izby  
Przyjęć. Rada wyznaczyła do tej komisji kol. Ewę Pen-  
działek-Grunwald.

Ponadto, wobec upływu kadencji, Wojewoda Opolski  
zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawicieli Sa-  
morządu Lekarskiego do Komisji ds. Zdarzeń Medycz-  
nych działającej przy Wojewodzie. Rada jednogłośnie  
zaproponowała kandydatury działających do tej pory  
w tej Komisji: Jacka Mazura, Teresy Sicińskiej-Wer-  
ner, Małgorzaty Łuszczynskiej-Ostrowskiej i Wojcie-  
cha Osińskiego.

### **Zmiany w wysokości składki członkowskiej**

Do Rady nie wpłynęły żadne podania o zmianę wy-  
sokości składki członkowskiej.

### **Podjęcie uchwały w sprawie liczby mandatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy VIII kadencji**

W kolejnym punkcie obrad kol. Kowarzyk poinfor-  
mował, że po ostatecznym ustaleniu list poszczególnych  
rejonów wyborczych wyliczono, że w nadchodzących  
wyborach do władz samorządu lekarskiego wybierać  
będziemy 163 delegatów na Okręgowy Sprawozdaw-  
czo-Wyborczy Zjazd Lekarzy. Rada, na wniosek Okrę-  
gowej Komisji Wyborczej podjęła stosowaną uchwałę,  
przy 1 głosie wstrzymującym się.

W tym punkcie przydzielono też poszczególnym członkom Rady zadanie przekazania do 15 maja br. informacji o miejscu i dacie zebrania wyborczego oraz składzie komisji skrutacyjnej w poszczególnych rejonach wyborczych.

### **Przyjęcie stanowiska Rady w sprawie wchodzącej w życie z dniem 1 maja 2017 r. nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wprowadzającej tak zwany System Monitorowania Kształcenia**

Prezes Jakubiszyn podzielił się z członkami Rady swoimi refleksjami ze spotkania w Urzędzie Wojewódzkim, poświęconego Systemowi Monitorowania Kształcenia czyli elektronicznej wersji dokumentowania procesu specjalizowania się, która będzie w pełni obowiązywać wszystkich rozpoczynających specjalizację jesienią 2017 oraz ich kierowników specjalizacji a także tych, którzy już się specjalizują, ale ich tylko w aspekcie zaliczania specjalizacji i aplikowania o PES. Kol. Jakubiszyn stwierdził, że kolejne nowelizacje przepisów dotyczących systemu specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych zamiast upraszczać ten system i ułatwiać poruszanie się w nim, zarówno chcącym specjalizować się, jak i kierownikom specjalizacji tylko sprawę dodatkowo gmatwa i narzuca dodatkową pracę stricte administracyjno-biurową. Podobne zastrzeżenia zgłosił kol. Mijas, który też brał udział w tym spotkaniu. Prezes proponował podjęcie stanowiska oprotestowującego tę sytuację. Oświadczył, że przygotuje projekt tego stanowiska i najdalej następnego dnia roześle go drogą mailową, oczekując uwag w ciągu 24 godzin. Rada zaakceptowała tę procedurę.

### **Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami**

W części poświęconej sprawozdaniom jako pierwszy głos zabrał kol. Chowaniec, który poinformował człon-

ków Rady o spotkaniu Komisji Senioralnej NRL, na którym omawiano sprawę wypisywania recept drogą elektroniczną przez lekarzy seniorów. Argumentował, że dla większości naszych starszych Koleżanek i Kolegów jest to problem nie do przebycia i zaapelował, aby na forum Naczelnej Rady nasi przedstawiciele wystąpili do Ministra o ustanowienie *vacatio legis* dla tej grupy członków samorządu.

Kol. Latała przekazał informację o kolejnym, zorganizowanym wspólnie przez Okręgową Komisję Stomatologiczną i PTS posiedzeniu szkoleniowym, na którym wykład pt. „*Zaburzenia czynnościowe układu stomatognatycznego w aspekcie praktycznym z uwzględnieniem szkoły poznańskiej*.” wygłosiła dr n. med. Katarzyna Mehr z Kliniki Rehabilitacji Narządu Żucia Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Natomiast kol. Suzanowicz przekazała, że po raz kolejny nierozstrzygnięty został konkurs na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa w BCM w Brzegu. Ta sytuacja niesie ze sobą groźbę, że na to stanowisko – zgodnie z prawem – powołany zostanie pełniący do tej pory te obowiązki lekarz nie posiadający odpowiednich ku temu kwalifikacji.

### **Sprawy różne i wolne wnioski**

W ostatniej części posiedzenia Rady Prezes poprosił członków Rady o wsparcie swoimi podpisami obywatelskiego projektu ustawy o Państwowej Inspekcji Weterynaryjnej. Obecna sytuacja tego środowiska jest równie niestabilna, jak i naszego. Obowiązujące przepisy mają negatywny wpływ na spokojną pracę lekarzy weterynarii i stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa żywności w Polsce.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu Rady zakończono.

*Z-ca Sekretarza ORL, lek. Jerzy B. LACH  
Prezes ORL, dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

## **POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU**

W dniu 23 marca br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie KS OIL. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

- 17 lutego odbyło się posiedzenie KS NRL, na którym przyjęto między innymi:
  - Stanowisko nr 2/VII/2017 w sprawie liczby przyznanych miejsc rezydenckich dla lekarzy dentyków uruchamianych w postępowaniu wiosennym

w 2017 r., w którym KS NRL wyraża stanowczy sprzeciw wobec tak małej liczby przyznanych rezydentur (jedynie 2 miejsc na cały kraj dla specjalizacji ze stomatologii dziecięcej).

- Apel nr 2/VII/2017 o podjęcie działań mających na celu zmianę przepisów rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 12.12.2014 r. w sprawie wzorów dokumentów stosowanych na



potrzeby ewidencji odpadów. Aktualnie stosowane wzory dokumentów wykazują masę przekazanych odpadów w megagramach (najniższą masę, jaką można wykazać jest 1 kg), natomiast masa odpadów amalgamatu dentystycznego z reguły nie przekracza kilkudziesięciu gramów. Konieczność każdorazowego zaokrąglania masy odpadu amalgamatu dentystycznego do 1 kg wykazuje wielokrotnie większą masę, niż jest ona w rzeczywistości wytwarzana.

- Apel nr 3/VII/2017 do Naczelnej Rady Lekarskiej o wystąpienie do Ministra Zdrowia z wnioskiem o niepodpisywanie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego. Krytykowany jest w szczególności załącznik nr 7 do tego rozporządzenia, określający wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością punktową. Załącznik ten narusza zasady równego traktowania podmiotów.
- 16 marca Senat RP przyjął nowelizację ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Nowe przepisy regulują m.in. kwestię dostępu do dokumentacji medycznej (o stanie zdrowia pacjenta może informować – oprócz lekarza – także np. pielęgniarka lub ratownik medyczny, doprecyzowuje też wydawanie dokumentacji medycznej).
- Parlament Europejski uchwalił rezolucję dotyczącą ograniczenia stosowania rtęci. Całkowity zakaz stosowania amalgamatu dentystycznego planuje się na rok 2030.
- NRL proponuje wprowadzenie przepisów ułatwiających zatrudnianie lekarza i lekarza dentysty przez innego lekarza i lekarza dentystę (poza przypadkami odbywania przez nich stażu lub szkolenia). Dotyczy to zapisu art. 53 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wg NRL przepisy należy zmodyfikować w sposób sprzyjający zatrudnianiu także członków rodziny i w przypadkach lekarzy i lekarzy dentystów, którzy mają nie więcej niż cztery lata do emerytury.
- Od 9 marca br. obowiązuje *„Zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”*. Dla stomatologów nie zaszły żadne istotne zmiany, MZ nie uwzględniło sugestii środowiska lekarzy stomatologów. Od 15 marca br. obowiązuje zarządzenie Prezesa NFZ określające warunki postępowania podczas zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdro-

wotnej, a także sposobu przygotowania i składania ofert oraz wnoszenia odwołań.

- Dr Hamryszak zreferowała aktualny stan przygotowań naszego oddziału NFZ do nowych konkursów ofert (informacje o konkursach na świadczenia ze stomatologii mają się ukazać w najbliższym czasie, umowy wieloletnie – ale finansowane na pół roku).
- Przewodnicząca dr Mokrzycka pokrótce omówiła odbywający się 18 marca XXXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy.
- Przewodnicząca KS przypomniała, że 20 marca był obchodzony Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej, ustanowiony przez Światową Federację Dentystyczną FDI. W siedzibie NIL z tej okazji odbyła się konferencja naukowa pt. *„Żyj rozsądnie – dbaj o zdrowie jamy ustnej”*.
- Szkolenia:
  - 27 marca br. w Rzeszowie odbędzie się seminarium naukowe na temat implantów stomatologicznych;
  - III Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne odbędą się w dniach 9–10 czerwca br. w Serocku k. Warszawy;
  - Wiosenne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne odbędą się w dniach 1–3 czerwca br. w Serwach k. Augustowa;
  - Od mikro- do makrozaburzeń estetyki i funkcji – w Krakowie VII Edycja Forum Praktyków w dniach 20–22 kwietnia br.
- Wolne wnioski:
  - odwołanie posiedzenia KS OIL z dnia 24 kwietnia br. (pokrywa się z terminem posiedzenia KS NRL)
  - kolejne posiedzenie odbędzie się 25 maja;
  - dr Chruszczyk przypomniał o zbliżających się wyborach na delegatów do organów Izby Lekarskiej, uwagi do wyborów można wносить do 15 kwietnia;
  - dr Hamryszak omówiła akcję Profilaktyki Stomatologicznej;
  - w imieniu Prezesa Opolskiego Oddziału PTS dr Latały dr Adamska przekazała informację o przyznaniu Przewodniczącej KS OIL dr J. Smerkowskiej-Mokrzyckiej odznaczenia **Bene Meritus**, które zostanie wręczone na posiedzeniu PTS 25 marca br. przez Wiceprezydenta PTS.

Przewodnicząca KS  
Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

# KOLEJNY „PRYMARIUSZ OPOLSKI” – MAŁGORZATA ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA



Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska ukończyła Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1981 r. Po studiach przeniosła się z Wrocławia do Opola, gdzie rozpoczęła pracę w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego – przez 5 lat jako lekarz rejonowy, a później jako radiolog w Pracowni RTG OLK Opole.

W 1985 r. uzyskała specjalizację z radiologii, a w 1997r. z organizacji ochrony zdrowia. Od 2002 r. do chwili obecnej pracuje w Pracowni RTG w SP ZOZ nad Matką i Dzieckiem, a od 2003 r. również w ZOZ MSW w Opolu.

W latach 2006–10 pracowała w Opolskim Centrum Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu jako starszy specjalista w dziale kontroli.

W Opolskiej Izbie Lekarskiej udziela się aktywnie od 1992 r. W II kadencji była członkiem Okręgowego Sądu Lekarskiego, w dwóch następnych pełniła funkcję Przewodniczącej Okręgowego Sądu Lekarskiego. Od 1996 r. w każdej kadencji była członkiem Komisji Etyki Lekarskiej. Od V kadencji jest również nieprzerwanie członkiem Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej. Od 2008 r. pełni funkcję Przewodniczącej Komisji Kształcenia. W chórze naszej Izby „Medicantos” śpiewa w sopranach.

W 2012 r. została powołana na członka Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych działającej przy Wojewodzie Opolskim.

# LECZENIE POWIKŁAŃ ZAKRZEPOWO-ZATOROWYCH NA PODSTAWIE PRZYPADKÓW Z CODZIENNEJ ONKOLOGICZNEJ PRAKTYKI KLINICZNEJ

„Nie wystarczy zdobywać mądrości, trzeba jeszcze z niej korzystać”

Szanowne koleżanki i koledzy.

Autorem przedstawionej powyżej myśli jest Marek Tulliusz Cyceon rzymski pisarz, mówca, prawnik, filozof i kapłan. Cytat odzwierciedla charakter artykułu, który przekazujemy w Państwa ręce. W artykule w skróty sposób przedstawione są główne zalecenia dotyczące leczenia powikłań zatorowo-zakrzepowych u pacjentów z chorobą nowotworową z wyróżnieniem specjalnych sytuacji klinicznych. Autorem artykułu jest kolega Marek Gelej, onkolog kliniczny i wiceprzewodniczący Oddziału PTO w Opolu.

W 1865 roku pojawiło się pierwsze doniesienie opublikowane przez Trousseau dotyczące żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych. Autor opisał u siebie samego objawy zakrzepicy żylnych, która, jak się okazało, miała związek z rozwijającym się rakiem żołądka.

Żyłna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ) jest związana z rozpoznaniem choroby nowotworowej oraz może pojawić się na każdym etapie rozwoju choroby. Pacjenci z chorobą nowotworową mają czterokrotnie wyższe ryzyko rozwoju ŻChZZ. Częstość występowania jest szacowana na 4–20% u osób z rozpoznaną chorobą nowotworową. Najwyższe ryzyko rozwoju ŻChZZ obserwowana jest w pierwszym okresie choroby nowotworowej i zmienia się w zależności od zastosowanego leczenia. W przypadku niektórych rozpoznań obserwuje się szczególnie wysokie ryzyko, szczególnie dla raka trzustki, płuca i nowotworów narządu rodowego, gdzie sięga do 20–30%.

W województwie opolskim w 2013 r. rozpoznano 4344 nowotwory. Przy częstości ŻChZZ na poziomie 4% oznacza to 174 przypadki rocznie rozpoznawane u pacjentów onkologicznych, natomiast przy częstości 20% liczba ta wynosi 868 przypadków. Cyfry te wskazują na konieczność prowadzenia leczenia ŻChZZ u pacjentów z chorobą nowotworową nie tylko przez onkologów, ale również lekarzy innej specjalności. W związku z wysoką częstością ŻChZZ u chorych onkologicznych pojawiły się zalecenia dotyczące profilaktyki i leczenia w tej grupie pacjentów przygotowane przez towarzystwa międzynarodowe i polskie (ESMO, ASCO, PTOK).

W przypadku pytań odnośnie postępowania u pacjentów z rozpoznaną ŻChZZ u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową zachęcam Państwa do kontaktu

telefonicznego albo drogą elektroniczną. Postaramy się odpowiedzieć na pytania i pomóc w postępowaniu.

*Dr n. med. Marek Szwiec*  
Przewodniczący Opolskiego Oddziału PTO w Opolu  
Oddział Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum  
Onkologii  
tel. 774416090; e.mail: szwiec72@gmail.com

\* \* \*

Leczenie choroby zakrzepowo-zatorowej z towarzyszącą chorobą nowotworową możemy podzielić na 3 fazy: wstępną (5–10 dni), długoterminową (3–6 miesięcy) i przewlekłą (bezterminową).

Postępowanie z pacjentem onkologicznym nie odbiega znacząco od podstawowych zasad dotyczących leczenia przeciwkrzepliwego. W fazie ostrej zakrzepicy żył głębokich (ŻŻG) lub zatorowości płucnej podstawowym lekiem jest heparyna drobnocząsteczkowa (HDCZ). Dawki poszczególnych HDCZ są określone w charakterystyce produktu leczniczego. Mogą być podawane jeden lub dwa razy dziennie, ale nie obserwowano różnic w skuteczności przy powyższych sposobach dawkowania. Prospektywne badania randomizowane wykazały, że jej zastosowanie w porównaniu z doustnymi antykoagulantami wiąże się z redukcją ryzyka zgonu o 29% (HR – 0,71; 95% CI 0.52–0.98), bez istotnych różnic w zakresie ryzyka krwawień. Brak jest danych porównujących stosowanie nowych doustnych antykoagulantów z HDCZ. W fazie długoterminowej preferowane jest również leczenie HDCZ przez okres od 3 do 6 miesięcy. Metaanaliza 7 randomizowanych badań porównujących ich zastosowanie z doustnymi antykoagulantami (VKA) wykazały ponad 50% redukcję ryzyka nawrotu powikłań zakrzepowych (HR- 0,47; 95% CL 0.32–0.71). W praktyce klinicznej powszechnie stosowana jest już nowa grupa leków przeciwkrzepliwych – bezpośrednich inhibitorów czynnika Xa (rivaroksaban, apiksaban, endoksaban). Nie są one zalecane u osób z chorobą nowotworową, ponieważ większość badań nad tymi lekami wykluczała tę grupę pacjentów. Trwające badania kliniczne, mają potwierdzić ich skuteczność i bezpieczeństwo u chorych z rozpoznaniem nowotworem. Zalecenia eksperckie dopuszczają możliwość ich zastosowania jedynie w przypadku braku możliwości zasto-



sowania HDCZ (np. reakcja nadwrażliwości czy HIT). Należy jednak pamiętać o możliwych interakcjach. Leki przeciwnowotworowe metabolizowane przez cytochrom cyp3A4 (np. większość nowych leków tzw. celowanych stosowanych w raku nerki, płuca czy piersi) zwiększają stężenie nowych doustnych antykoagulantów i potęgują ryzyko krwawień. Po zakończeniu fazy długoterminowej u każdego pacjenta onkologicznego należy zawsze rozważyć przewlekłe leczenie przeciwzakrzepowe. W tej grupie chorych ryzyko nawrotu może utrzymywać się na poziomie 10–20% w zależności od czynników ryzyka. Poniżej przedstawione scenariusze kliniczne mają ułatwić podejmowanie czasami trudnych decyzji dotyczących leczenia przeciwkrzepliwego.

### Scenariusze kliniczne:

***Pacjentka lat 53 z rakiem piersi prawej po radykalnej amputacji i zakończonej chemioterapii. Obecnie leczona uzupełniająco tamoxifenem. Z powodu bólu i obrzęku prawej kończyny dolnej zgłosiła się do lekarza rodzinnego, który po wykonaniu USG dopplerowskiego rozpoznał zakrzepicę żył głębokich.***

W tym przypadku preferowane jest zastosowanie HDCZ w dawce leczniczej przez 1 miesiąc, a następnie 75–80% dawki leczniczej przez okres 5 miesięcy. Należy pamiętać, że Tamoxifen zwiększa ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych i powinien być zamieniony na inną grupę leków nie mających takiego działania. Ważne jest utrzymanie odpowiedniej dawki HDCZ przez cały okres leczenia. Zastosowanie niższych np. profilaktycznych dawek HDCZ w fazie długoterminowej znacząco obniża skuteczność leczenia zwiększając ryzyko nawrotu choroby zakrzepowej. Brak jest uzasadnienia do wydłużania stosowania HDCZ powyżej 6 miesięcy ponieważ u pacjentki nie mamy aktywnej choroby nowotworowej.

Pacjent lat 65 z rakiem jelita grubego po hemikolektomii prawostronnej w trakcie uzupełniającej chemioterapii. Z powodu duszności wykonane zostaje TK klatki piersiowej, w której stwierdzona zostaje zatorowość płucna.

Podobnie jak w poprzednim przypadku prowadzone leczenie ma charakter uzupełniający. Nie mamy do czynienia z aktywną chorobą nowotworową. Preferowane jest zastosowanie HDCZ w dawce leczniczej przez 1 miesiąc, a następnie 75–80% dawki leczniczej przez okres 5 miesięcy. Brak jest wskazań do dalszego wydłużenia terapii przeciwzakrzepowej. Warto przypomnieć, że bezobjawowa zatorowość płucna jest wykrywana z częstością około 3% w badaniach tomograficznych u pacjentów bez podejrzenia choroby nowotworowej. W tym przypadku na-

leży przeprowadzić diagnostykę w kierunku choroby nowotworowej.

Pacjent lat 36 z rakiem jądra z przerzutami do płuc leczony chemioterapią. W trakcie leczenia rozpoznano zakrzepicę żył głębokich kończyny dolnej prawej. W kontrolnych badaniach TK po zakończeniu chemioterapii całkowita remisja choroby nowotworowej.

W przypadku wystąpienia ZZG w trakcie chemioterapii o ile nie występują jakieś szczególne okoliczności należy kontynuować chemioterapię i jednocześnie stosować odpowiednie leczenie przeciwkrzepliwe. Preferowane jest zastosowanie HDCZ w dawce leczniczej przez 1 miesiąc, a następnie 75–80% dawki leczniczej przez okres 5 miesięcy. Leki przeciwkrzepliwe powinny być stosowane do czasu wyleczenia pacjenta z choroby nowotworowej. U pacjenta doszło do całkowitej remisji choroby i brak jest wskazań do przewlekłej antykoagulacji.

Pacjentka lat 63 z rakiem piersi lewej z przerzutami do kości i węzłów chłonnych po zakończonej chemioterapii. W trakcie prowadzonej hormonoterapii inhibitorem aromatazy zgłosiła się z powodu bolesnego obrzęku kończyny górnej lewej. Rozpoznana została zakrzepica żył głębokich kończyny górnej lewej.

Postępowanie w przypadku zakrzepicy żył głębokich kończyn górnych jest analogiczne jak w innych postaciach choroby zakrzepowej. Preferowane jest zastosowanie HDCZ w dawce leczniczej przez 1 miesiąc, a następnie 75–80% dawki leczniczej przez okres 5 miesięcy. U chorych z aktywną chorobą nowotworową leczenie przeciwkrzepliwe powinno być prowadzone bezterminowo w oparciu o HDCZ lub doustne antykoagulanty. Doustne antykoagulanty cechują się dużą nieprzewidywalnością w działaniu u pacjentów onkologicznych. Wynika to z częstych interakcji lekowych z prowadzonym leczeniem systemowym, a także z zaburzeń farmakodynamiki na skutek stanów często towarzyszących chorobie nowotworowej np. uszkodzenia wątroby czy hypoalbuminemii. Z tego powodu preferowane jest stosowanie HDCZ. Nie ma konsensu jaka powinna być dawka HDCZ w przypadku wydłużenia terapii powyżej 6 miesięcy. Część ekspertów zaleca stosowanie 75–80% dawki leczniczej, część zaleca jej obniżenie do 50% dawki leczniczej. Dawka ta powinna być ustalona indywidualnie w oparciu o ryzyko nawrotu zakrzepicy i ryzyko powikłań krwotocznych. W naszym ośrodku większość pacjentów, u których stosowana jest bezterminowa terapia preferowana jest HDCZ z obniżeniem dawki o 50%.

Pacjent lat 77 z rakiem odbytnicy z przerzutami do węzłów chłonnych jest w trakcie chemioterapii fluorouracylem. Chory ma niewydolność nerek (GFR 28ml/

min). W kontrolnym badaniu TK klatki piersiowej stwierdzona zostaje obwodowa zatorowość płucna.

Przypadek ten przedstawia dwie sytuacje. Problem postępowania z bezobjawową zatorowością płucną rozpoznaną w trakcie kontrolnych badań oraz problem wdrożenia leczenia przeciwzakrzepowego u pacjenta z niewydolnością nerek. Wzrost śmiertelności u pacjentów z chorobą nowotworową i powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi obserwuje się niezależnie od tego czy wystąpiły objawy czy przebieg był bezobjawowy. Zalecane jest rozpoczęcie antykoagulacji, o ile nie występują przeciwwskazania do takiego postępowania. Strategia leczenia pacjenta z niewydolnością nerek zależy od klirensu kreatyniny. W przypadku GFR powyżej 30 ml/min nie ma potrzeb modyfikowania leczenia i preferowane jest standardowe leczenie HDCZ. W przypadku GFR poniżej 30 ml/min możliwych jest kilka scenariuszy postępowania: W leczeniu ostrej fazy preferowane jest stosowanie heparyny niefrakcjonowanej. W fazie przewlekłej stosowana jest HDCZ – dawka może być ustalona indywidualnie w oparciu o pomiar czynnika anty-Xa. Krew jest pobierana 4 godz. po iniekcji HDCZ. Wartość czynnika anty-Xa nie powinna przekraczać 0,5 IU/ml. Alternatywą jest stosowanie HDCZ w zredukowanej dawce o połowę. Jest to opcja preferowana w naszym ośrodku.

Pacjent lat 68 od 3 miesięcy leczony HDCZ w dawce wynoszącej 75% dawki leczniczej z powodu zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnej lewej. Z powodu raka jelita grubego z przerzutami do płuc stosowana jest chemioterapia FOLFOX (oxaliplatyna, fluorouracyl). W kontrolnych badaniach laboratoryjnych stwierdzana zostaje małopłytkowość (PLT 60 G/L). Chory nie ma objawów skazy krwotocznej

Postępowanie w tym przypadku uzależnione jest od wartości trombocytów. Zaleca się stosowanie terapeutycznych dawek leczniczych w przypadku wartości płytek krwi powyżej 50 G/L i braku objawów skazy krwotocznej. W przypadku okresu przewlekłego leczenia przeciwzakrzepowego definiowanego jako okres powyżej 3–6 miesięcy zaleca się zmniejszenie dawki HDCZ o 50%, jeżeli liczba płytek utrzymuje się w zakresie 20–50 G/L. Jeżeli liczba płytek wynosi poniżej 20 G/L lub wystąpią objawy istotnej skazy krwotocznej zaleca się odstawienie leczenia. W przypadku ostrego epizodu zakrzepicy u pacjenta z małopłytkowością poniżej 50 G/L bez objawów skazy krwotocznej zaleca się przetaczanie KKP i utrzymanie dawek terapeutycznych.

Pacjent lat 64 z rakiem płuca prawego w trakcie chemioterapii. Zgłosił się do kolejnego cyklu z objawami bólu, zaczerwienienia i stwardnienia wzdłuż przebiegu żyły do której wcześniej był podawany cytostatyk.

Brak jest jednoznacznych wytycznych odnośnie antykoagulacji pacjentów z zakrzepicą żył powierzchownych spowodowaną drażniącym działaniem chemioterapii. Część ekspertów ekstrapoluje dane pochodzące z badań nad leczeniem zakrzepicy żył powierzchownych kończyn dolnych i zaleca leczenie przeciwzakrzepowe w przypadku istnienia dodatkowych czynników ryzyka zakrzepicy żył głębokich (rozległa zakrzepica – długość powyżej 5 cm, nasilone objawy, zakrzepica w pobliżu ujść żył głębokich). Zalecane jest leczenie HDCZ w dawce profilaktycznej lub fondaparinyuks w dawce 2,5 mg przez okres 30–45 dni.

**Pacjent lat 75 z rozpoznaniem rakiem trzustki z przerzutami do wątroby leczony chemioterapią – gemcytabina. W kontrolnym badaniu TK wykryta zostaje przypadkowo zakrzepica żyły kręzkowej górnej. Pacjent nie prezentuje nowych dolegliwości ani niepokojących objawów.**

Leczenie przypadkowo wykrytej zakrzepicy naczyń brzusznych (żył kręzkowych, wątrobowych, śledzionowej) jest tematem kontrowersyjnym. W przypadku braku objawów (ból brzucha, wodobrzusze, powiększenie śledziony czy wątroby) sugeruje się niestosowanie leczenia przeciwzakrzepowego. Zdanie jednak są co do tego podzielone i wytyczne amerykańskie ASCO różnią się od polskich zaleceń, sugerując wdrożenie leczenia w przypadku braku przeciwwskazań. W przypadku objawowej zakrzepicy konsensus jest wspólny iż należy zastosować leczenie przeciwkrzepliwe. Należy zwrócić jednak uwagę na ryzyko powikłań krwotocznych szczególnie w przypadku przewlekłej zakrzepicy żył wątrobowych z nadciśnieniem wrotnym i żyłkami przełyku.

*Lek. med. Marek GELEJ*

*Oddział Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii*

*V-ce Przewodniczący Opolskiego Oddziału PTO w Opolu  
tel. 77/441-60-90; e-mail: mgelej@gmail.com*

#### PIŚMIENICTWO:

[1] Khorana A.A., Francis C.W., Culakova E.: Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy. *J. Thromb. Haemost.*, 2007; 5: 632–634

[2] Mandal M, Falanga A, Roila F. Management of venous thromboembolism (VTE) in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 2011; 22(Supplement 6): 85–92.

[3] Wojtukiewicz M., Sierko E., Witold Tomkowski W. i wsp. Guidelines for the prevention and treatment of venous thromboembolism in non-surgically treated cancer patients. *Oncology in Clinical Practice* 2016; 12: 67–91.

# PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2017 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
11–12.V.17 r. (2 dni – 16 godz.) <sup>2</sup>	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu	Przetaczanie krwi i jej składników (dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji)	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu
19.V.17 r. (5 godz.) <sup>1</sup>	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Senior – pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej	Opolskie Centrum Onkologii lub Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu
Czerwiec – termin w trakcie ustalania (2 dni – 16 godz.) <sup>2</sup>	Dr n. med. Sławomir Tubek Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych	Geriatra (dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego w zakresie chorób wewnętrznych)	Sala konferencyjna Urzędu Marszałkowskiego w Opolu

[1] zapisy w sekretariacie Izby – prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

[2] kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: [opole.szkozenia@hipokrates.org](mailto:opole.szkozenia@hipokrates.org) informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl) (w zakładce kursy specjalizacyjne) będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

## CZARCIE GUMY NA BELWEDERZE

Mistrzostwa Świata Lekarzy i Farmaceutów zaczęto organizować w 1973 roku. Ale wtedy nie było na nich Polaków. Żaden wysportowany ginekolog nie wystarzał się o paszport, ani jeden chirurg – specjalista od gigantów nie ustawił się w kolejce po wizę, chyba nikt nie wysłał listu do I Sekretarza Partii PZPR Edwarda Gierka z prośbą o pozwolenie na wyjazd w Alpy.

A przecież szał szusowania nas nie ominął. Ścigano się od Bieszczad po Karkonosze, od świtu do zmierzchu, w słońce i niepogodę. Ileż to razy lekarze-narciarze wspinali się na szczyty, taszcząc na ramionach ciężkie alu albo polsporty, by chociaż raz śmignąć w dół. W tamtych czasach wyciągi co rusz się psuły, wystarczył silniejszy podmuch wiatru i już zamykano krzesła. Nawet jeśli na ścianach pod wierchami chodziły orczyki i wyrwiraczki, trzeba się było do nich dostać. Nie to co dziś – sypie śnieg, duje hałny, świszczą zawierucha, a gondole i doppelmajery kursują jakby nigdy nic.

Tegoroczne Mistrzostwa Świata Lekarzy i Farmaceutów odbyły się w pobliżu Canazei, w rejonie Val di Fassa, czyli Eleganckiej Dolinie. Wydaje się, że tę część Dolomitów zaprojektował jakiś utalentowany architekt; wymyślił twierdze z mostami zwodzonymi, gdzie tłoczą się rycerze, postawił strzeliste katedry i zbudował zamki. Nie dość, że ozdobił je wieżami i arkadami, to jeszcze wykuł z kamieni olbrzymie tulipany, narcyzy, jaskry i obsadził nimi rabatki pomiędzy budowlami. Przybyszom zdaje się, że weszli do ogrodu Dominique'a Girarda, znaleźli się w stolicy Natury, cesarskim Wiedniu z pałacami Schoenbrunn i Lanckorońskich, Hofburgiem i Belwederem (zresztą ośrodek narciarski nosi nazwę Belweder).

W zawodach brało udział 141 osób, z Polski przyjechało 12 lekarek, 17 lekarzy i jeden farmaceuta. Spora grupa, to chyba odwet za lata, kiedy można było tylko pomarzyć o zagranicznych wjazdach. Liczniejszą reprezentację wystawili tylko gospodarze (na starcie pojawiły się: Bruna, Giorgia, Anna, Luigia, Laura, Anna Maria i 31 Włochów). Chociaż Niemcy ścigali się w czarcich gumach, Austriacy mieli wśród swoich zawodników z Pucharu Świata, Słoweńcy wzmacniali się pomarańczą z imbirem, Szwedzi liczyli na indywidualność – pannę Svenningsson (przyszła prosto od Bergmana), a Norwedzy trenowali na tyczkach również w lecie, to i tak nikomu nie udało się nas pokonać. **Zdobyliśmy drużynowe Mistrzostwo Świata!** Narciarki i narciarze walczyli do utraty tchu, rzucali się na dzidę w slalomie, szli piecem w gigancie, zapominali o strachu na trasie supergiganta. **Przywieźliśmy 28 medali (w tym 11 złotych) i do tego jeszcze mnóstwo punktowanych miejsc.** Za rok będziemy bronić tytułu w Kitzbuehel. Ubrani w kombinezony z orłem w koronie pewnie znów rozwinie skrzydła.

Zdobywczynie medali: Julitta Sołecka, Katarzyna Smolik, Agnieszka Kania, Małgorzata Salomonowicz, Karolina Miodek, Agata Wykrota, Anna Piszcz. Zawodnicy, którzy stanęli na podium: Daniel Najdźonek, Jakub Gałaszek i Wojciech Gwóźdź. Ponadto na stokach Belwederu o Mistrzostwo Świata walczyli: Teresa Zasacka, Bogna Kubica, Maria Mitus-Kenig, Patrycja Hartwich, Katarzyna Wojcieszyn, Andrzej Golec, Wiktor Napióra, Grzegorz Siteń, Mariusz Smolik, Jacek Sroczyński, Zbigniew Smyła, Michał Wojcieszyn, Adam Dyrda, Przemysław Nowak, Grzegorz Dziankowski, Bartosz Suliborski, Szymon Skoczyński, Michał Dyrda i Michał Smyła.

Agnieszka KANIA



# CO TO BYŁ TZW. „TRÓJKĄT CESARZY”?

Upadek I Rzeczypospolitej był spowodowany kłótniami politycznymi prominentnych polityków polskich (słynna „Targowica”), co skrzętnie wykorzystali nasi sąsiedzi dokonując trzech rozbiorów Polski:

- I Rozbiór Polski – 30 września 1773,
- II Rozbiór Polski – 3 stycznia 1793,
- III Rozbiór Polski – 24 październik 1795.

Sprawcami rozbiorów Polski byli: cesarz Prus Fryderyk August III (1750–1827), caryca Rosji Katarzyna Wielka (1729–1796), cesarzowa Austrii Maria Teresa (1717–1780).

W zaborze pruskim Wielkopolska stała się wielkim spichlerzem Rzeszy Niemieckiej. Równocześnie polscy patrioci postawili na tzw. „pracę organiczną”. M. in. Karol Marcinkowski doskonały chirurg i położnik został budowniczym znanego do dzisiaj „Bazaru”. Z kolei Hipolit Cegielski postawił na rozwój przemysłu maszynowego (do dnia dzisiejszego istnieją w Poznaniu zakłady im. H. Cegielskiego, produkujące tabor kolejowy). Niestety w miarę upływu czasu nasilał się proces germanizacji. We Wrześni dzieci zaprotestowały przeciwko nauce religii w języku niemieckim (słynny strajk dzieci we Wrześni). Tzw. „rugi pruskie” zdecydowały, że na znak protestu Michał Drzymała zamieszkał wraz z rodziną w wozie cyrkowym.

W zaborze rosyjskim początkowo ulubionym stał się car Aleksander I bohater wojen z Napoleonem, bo zezwolił na powstanie Królestwa Polskiego. To właśnie na jego cześć – o czym nie wielu pamięta – napisano hymn pt. „Boże coś Polskę”, który kończył się słowami „...naszego króla racz zachować Panie” (Aleksander I urodzony w roku 1777 zmarł w niewyjaśnionych okolicznościach w roku 1825). Po jego śmierci nasilono akcje rusyfikacyjne, szerzył się analfabetyzm, w przeciwieństwie do zaboru pruskiego nie budowano linii kolejowych – stąd wiele miejscowości było odcięte zupełnie od świata. Systematycznie organizowano tzw. „branki do wojska”, zaś Łódź została zmuszona do masowego produkowania tkanin dla całego Imperium Rosyjskiego.



Dwukrotne zrywy patriotyczne – Powstanie Listopadowe w roku 1830 i Powstanie Styczniowe w roku 1863 – zostały krwawo stłumione i zakończyły się masową emigracją na Zachód po Powstaniu Listopadowym oraz zsyłkami na Sybir po Powstaniu Styczniowym.

Tylko w austriackim cesarstwie Habsburgów dano Polakom samorząd i kulturalną autonomię. Uniwersytet Jagielloński, a zwłaszcza Wydział Lekarski konkurował z Uniwersytetem Wiedeńskim. Galicyjscy posłowie zasiadali w sejmie wiedeńskim, zaś w roku 1870 premierem Austrii został hrabia Alfred Potocki. Z kolei w roku 1880 ministrem skarbu Austrii został Julian Dunajewski (dotąd w Krakowie istnieją ulice noszące ich nazwiska). Mój pradziad Michał Bobrzyński profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego i autor pierwszego po Janie Długoszu dzieła pt. „Dzieje Polski”, został namiestnikiem Galicji. W tym okresie nastąpił nieprawdopodobny rozkwit kultury polskiej – stąd dzieła Jana Matejki („Bitwa pod Grunwaldem”, „Batory pod Pskowem” i inne), Stanisła-



*Trójkąt Trzech Cesarzy*

wa Wyspiańskiego („Wesele”), Lucjana Rydla („Zaczarowane Koło”) czy Wojciecha Kossaka.

Nastąpił równocześnie olbrzymi rozwój Zagłębia Boryslawskiego, które wkrótce stało się głównym dostarczycielem ropy naftowej dla cesarstwa habsburskiego.

Długowieczny cesarz austriacki Franciszek Józef wielokrotnie gościł w Krakowie (natomiast nigdy w Galicji nie była jego żona Sissi). Słynna anegdota mówi, że kiedy jedna z gazet nazwała cesarza Franciszka Józefa „starym pierdołą”, to wówczas Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego oświadczył, że w języku staropolskim „stara pierdoła” to „dobrotliwy staruszek”.

Rządy cesarza Franciszka Józefa starzy „Krakauerzy” wspominają sentymentalnie, ponieważ Kraków stał się nieformalną stolicą Habsburgów (tutaj ciekawostka Franciszek Józef miał nieco wysuniętą do przodu dolną wargę po Władysławie Jagiellie i Jagiellonach, którzy bardzo często żenili się z Habsburżankami). O sympatii do Franciszka Józefa wielokrotnie opowiadał mi mój dziadek Mieczysław Bobrzyński, który walczył podczas I Wojny Światowej w wojsku austriackim na terenie Włoch w okolicach Udine (na szczęście jako kwatermistrz), zaś po wojnie został pułkownikiem Wojska Polskiego.

Pozostałością po pobycie Austriaków w Krakowie są koszarne koszary na wzgórzu wawelskim widoczne od strony Wisły oraz liczne forty w centrum i okolicach Krakowa (obecnie składnice win importowanych i liczne lokale gastronomiczne).

Mimo nasilonej germanizacji tuż po zakończeniu I Wojny Światowej właśnie Wielkopolanie wznieśli pierwsze zwycięskie powstanie narodowe, do którego przyczyniło się przybycie do Poznania w dniu 26 grudnia 1918 roku ze Stanów Zjednoczonych wybitnego polityka i pianisty Ignacego Paderewskiego. To zwycięskie

Powstanie Wielkopolskie, zakończone ucieczką Niemców z Poznania, wyzwoliło ducha narodowego w pozostałych dwóch zaborach i powstanie II Rzeczypospolitej, która już wkrótce stanęła do walki o niepodległość w roku 1920 z najazdem bolszewików: I Armii Konnej Siemiona Budionnego (przeżył II Wojnę Światową) oraz armią pancerną Michaiła Tuchaczewskiego (zamordowany na rozkaz Stalina podczas „czystki” przed wybuchem II Wojny Światowej). Ta zwycięska wojna nazwana „Cudem nad Wisłą” przeszła do historii dwudziestu bitew mających wpływ na losy Europy. Było ono efektem wspaniałego manewru Wojska Polskiego i generałów Władysława Sikorskiego oraz Józefa Hallera (przyprowadził z Francji tzw. „Błękitną Armię”) pod genialnym dowództwem Naczelnika Józefa Piłsudskiego.

I wreszcie najważniejsze pytanie: Gdzie znajdował się słynny tzw. „Trójkąt Trzech Cesarzy”? Otóż znajdował się on w okolicach śląskiego miasta Mysłowice w miejscu, gdzie rzeka Czarna Przemsza łączy się z Białą Przemszą (przebiega tam obecnie droga krajowa Mysłowice-Jaworzno). W Mysłowicach w tamtych czasach wybudowano wieżę widokową, z której podziwiano okolice trzech cesarstw. Po Przemszy pływały statki wycieczkowe, wytyczono wiele ścieżek spacerowych, na gości czekały liczne restauracje i sklepy z pamiątkami – zwłaszcza z portretami trzech cesarzy.

Również na Opolszczyźnie istnieje pamiątka po rozbiorach Polski. Otóż na Kopie Biskupiej w Jarnołtówku znajduje się wieża widokowa (dawna strażnica graniczna z napisami „Kaiser Franz Joseph Wartha”) stojąca na granicy cesarstwa pruskiego i austriackiego. Corocznie w dniu 1 stycznia gromadzą się w tym miejscu rzesze turystów, aby uczcić nadejście Nowego Roku.

dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

## CO PISZĄ INNI

### A LEKARZY CORAZ MNIEJ...

– *Polska może liczyć tylko na własnych lekarzy. Nie przyciąga specjalistów z zagranicy* – mówi wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Romuald Krajewski. Tymczasem medyków jest za mało i według prognoz NRL, będzie jeszcze mniej. A co robi resort zdrowia? Zmniejsza liczbę miejsc rezydentkich.

Według danych NRL, bardzo mało lekarzy z zagranicy zaczęło pracować w Polsce. W ciągu ostatnich kilku lat było to zaledwie 245 Ukraińców, 102 Białorusinów i ponad 100 medyków z innych krajów. Znacznie więcej polskich lekarzy rozważa wyjazd za granicę. Gdyby zrobili to wszyscy, którzy poprosili o stosowne zaświadczenie w NRL, ubyłoby nam ich 10%.

#### Liczba zależy od tego, kto liczy

Z raportu organizacji OECD „Health at a Glance” wynika, że w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada 2,19 lekarza. To wynik, który plasuje nas w ogonie Europy. Ministerstwo Zdrowia twierdzi jednak, że mamy 166 tysięcy lekarzy, co daje 4,3 lekarza na 1000 Polaków. Według NRL, jest ich 128 tysięcy, wśród których liczba specjalistów wynosi niecałe 85,5 tysiąca. Bez względu na to, jak minister zdrowia będzie lekarzy liczył, kolejki do specjalistów mówią same za siebie. Czeka się nawet w prywatnej służbie zdrowia. A przecież polscy lekarze pracują więcej, niż ich koledzy w innych krajach UE.

Z sondaży przeprowadzonych przez samorząd lekarski wynika, że polski medyk pracuje tygodniowo 60 godzin

▶ w trzech różnych miejscach. Kilka procent przemieszcza się z jednego województwa do drugiego. Niespełna 10% pracuje po 100 godzin tygodniowo. A to oznacza, że mamy kilka tysięcy kompletnie przemęczonych doktorów. Tylko 1/3 polskich lekarzy jest usatysfakcjonowana swoimi zarobkami. Warunki pracy najgorzej oceniają zatrudnieni w pomocy doraźnej oraz w dużych szpitalach.

### **Czeka nas spadek liczby specjalistów**

Średni wiek lekarza specjalisty to aż 54,5 roku. Ze względu na braki kadrowe, większość lekarzy emerytów nadal pracuje. Różnice między województwami w liczbie specjalistów są nawet dziesięciokrotne, co determinuje dostępność ich usług. Rozbieżności występują też w ramach poszczególnych specjalności. W ciągu ostatnich 10 lat najwięcej przybyło kardiologów, średnio 29 rocznie. Za to najbardziej ubywa lekarzy rodzinnych, średnio 79 rocznie. Niestety, prognozy NRL pokazują, że czeka nas spadek liczby specjalistów, ponieważ po 1995 r. aż do 2008 r. drastycznie zmalała liczba osób przyjmowanych na studia medyczne.

Wcześniej uważano, że mamy „nadprodukcję” lekarzy i kształcimy specjalistów dla innych krajów, dlatego ograniczono liczbę studentów. Teraz dopiero pojawia się szansa, że będziemy kształcić tylu lekarzy, co w 1995 roku. Najwięcej ubędzie nam internistów i pediatrów. – *Zwłaszcza, że z ponad 28 tysięcy internistów większość pracuje w innych specjalnościach medycyny* – dodaje prof. Krajewski. Przedstawiciele NRL podkreślają, że, aby sytuację naprawić, trzeba zwiększyć liczbę studentów przyjmowanych na kierunek lekarski o 400–600 osób rocznie.

### **Normy „produkcji” specjalistów muszą wzrosnąć**

– *Konieczne jest zwiększenie liczby osób mogących rozpocząć specjalizację o około 400 osób rocznie* – podkreśla prof. Romuald Krajewski. Po studiach Ministerstwo Zdrowia powinno zapewnić jak największą liczbę dobrze zorganizowanych rezydentur dla młodych lekarzy, aby mogli uzyskać specjalizację. Tymczasem pojawiają się problemy ze szkoleniem, zwłaszcza ograniczenia możliwości wyboru specjalizacji oraz dramatycznie niskie zarobki. Lekarz stażysta zarabia mniej niż wynosi minimalna płaca, a rezydent tyle, co sprzedawca w Li-

dlu. Często w dyskusji o zarobkach pada argument, że lekarz, może dorobić na dyżurach. Idąc tym tokiem myślenia, nikt nie powinien narzekać na niskie zarobki, tylko po jednej pracy biec do następnej. – *Ucywilizowania wymaga też formuła robienia specjalizacji na wolontariacie* – mówi prof. Krajewski.

Nie dość, że pracujący w takiej formie lekarz jest wykorzystywany jak niewolnik i nie ma żadnych elementarnych praw pracowniczych, to system taki okrada też państwo ze składek i podatków wynikających ze stosunku pracy. Z kolei dla placówek szkolących problemem są dodatkowe koszty oraz brak zachęt do prowadzenia szkolenia. Jeśli to się nie zmieni, wykształceni w Polsce lekarze będą wyjeżdżać. W ubiegłym roku liczba medyków otrzymujących zaświadczenia umożliwiające pracę w innych krajach Unii Europejskiej wzrosła aż o 25%. Te dane nie obejmują lekarzy pracujących w krajach poza Unią. Najczęściej wyjeżdżają anestezjolodzy, patomorfologodzy, chirurdzy ogólni, chirurdzy plastyczni, chirurdzy klatki piersiowej, radiolodzy i specjaliści medycyny ratunkowej.

### **Ministerialna matematyka**

Wiceszef NRL prof. Romuald Krajewski podkreśla, że wprowadzenie tych zmian jest konieczne i nie może być zależne od rozstrzygnięć politycznych. – *Sytuacja wymaga natychmiastowych działań ponad podziałami politycznymi, bo na ich efekty przyjdzie czekać około 15 lat. Tymczasem perspektywa polityka sięga najczęściej jednej kadencji Sejmu, czyli czterech lat* – mówi. Resort zdrowia chyba jednak uparcie trzyma się swojej matematyki, bo zamiast zwiększać liczbę specjalizujących się lekarzy, zmniejsza ją.

W 2016 r. liczba miejsc rezydenckich wynosiła 6 tysięcy, natomiast w 2017 r. rząd zaplanował jej zmniejszenie o 3 tysiące. Tymczasem Niemcy chętnie przyjmą około 5 tysięcy lekarzy z Polski. Z dostaniem się w tym kraju na rezydenturę polski lekarz nie ma większego problemu. Będzie zarabiał 2400 euro miesięcznie. Również Wielka Brytania jeszcze przed Brexitem zamierza ściągnąć pół tysiąca medyków, przede wszystkim z Polski.

Halina PILONI

(przedruk ze „Służby Zdrowia” nr 4/17)

## **KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE CZEKAJĄ ZMIANY**

Z prof. dr. hab. n. med. Ryszardem GELLERTEM,  
dyrektorem Centrum Medycznego  
Kształcenia Podyplomowego, rozmawia  
Anetta CHĘCIŃSKA.

### ***Co jest największym problemem obecnego modelu kształcenia podyplomowego?***

System szkolenia specjalizacyjnego opiera się na zasadzie dobrowolności. Organizacja kursu lub wystąpienie o akredytację zależą od woli instytucji zgłaszającej się do nas. CMKP koordynuje proces kształcenia pody-

plomowego, ale nikogo nie może zobligować do zorganizowania szkolenia. Nie posiadamy takich umocowań. Jednak, jeżeli kurs się nie odbędzie, jako winnych wskazuje się nas. Nie możemy zorganizować wszystkich kursów we własnym zakresie i musimy je kupować. Mamy problemy z organizacją szkolenia w dziedzinach, w których specjalizuje się niewielu lekarzy. Jeżeli w kursie uczestniczą cztery osoby, a potrzeba dla nich kilkunastu wykładowców, koszt tego szkolenia jest niezwykle wysoki. Szukamy rozsądnych rozwiązań organizacyjnych, gdyż wydajemy publiczne pieniądze. Staramy się, żeby kurs odbywał się przynajmniej raz w roku, ale zdarza się, że słuchacze muszą poczekać. Dla kilku osób z całej Polski nie zorganizujemy szkolenia w miejscu, które będzie dogodnie dla każdego uczestnika i nie każdy będzie z tego zadowolony. Dlatego na pewno warto zastanowić się, czy specjalności nie jest za dużo. A może do zrobienia specjalizacji w rzadkiej specjalności wymaga się zbyt wiele kursów?

***W ubiegłym roku Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL przeprowadził badanie ankietowe wśród młodych lekarzy na temat barier w kształceniu podyplomowym. Respondenci zwracali uwagę m.in. na problem dostępności kursów CMKP i informacji o wolnych miejscach.***

Z naszych badań wynika, że 60–70% rezydentów te utrudnienia wiąże z pracą i brakiem zgody przełożonych na uczestniczenie w kursie we wskazanym terminie, co wpływa na wydłużenie okresu szkolenia. Kursy, które organizuje CMKP (a to tylko połowa szkoleń specjalizacyjnych w Polsce), są oceniane przez słuchaczy pod względem jakości i wartości merytorycznej na piątkę i szóstkę. Jeżeli chodzi o informacje o wolnych miejscach, wprowadziliśmy poprawki i te dane udostępniamy.

System kształcenia podyplomowego wymaga zmian. Minister Radziwiłł powołał w ubiegłym roku zespół ekspertów w celu przygotowania projektu dotyczącego tych zagadnień. W toku burzliwych dyskusji na pewno trudno było pogodzić stanowiska i oczekiwania przedstawicieli różnych medycznych specjalności, samorządu lekarskiego, także młodych lekarzy i rezydentów, ale udało się opracować wspólny raport końcowy.

***Przedstawiciele samorządu lekarskiego biorący udział w pracach tego zespołu zgłosili do raportu zdanie odrębne.***

Uważam, że są to rozbieżności dotyczące formy opracowania, ujęcia tematu, a nie zawartości merytorycznej, choć drobne różnice istnieją. Najważniejsze, że raport powstał, a sugestie w nim zawarte będą jeszcze konsultowane i oczywiście wymagają działań legislacyjnych. Przede wszystkim zaproponowane rozwiązania zmierzają do ułatwienia ścieżki kształcenia podyplomowego i uniezależnienia tego procesu od obciążeń, z którymi obecnie mamy do czynienia. Pomocny stanie się System Monitorowania Kształcenia, z któ-

rego lekarze i lekarze dentyści będą mogli korzystać najpewniej od 1 maja 2017 r. Wszyscy w zespole jednoznacznie wskazywali, że nabór na szkolenie specjalizacyjne powinien być centralny, a rezydentura musi być podstawowym sposobem uzyskiwania specjalizacji. Obecnie rezydenci stanowią 60% specjalizujących się. Pozostali specjalizację odbywają w systemie pozarezydenckim, np. na wolontariacie.

***Nie wszyscy dostają się na rezydenturę, a wolontariat jest często jedyną drogą do wybranej specjalizacji.***

Zgodnie z zapotrzebowaniem, miejsc rezydenckich jest najwięcej w dziedzinach deficytowych, takich jak medycyna rodzinna. To forma zachęty do kształcenia się w określonej specjalności. Są specjalizacje chętniej wybierane przez lekarzy, ale nie potrzebujemy tylko okulistów czy neurochirurgów. Dlatego osoby, które mimo wszystko chcą specjalizować się w konkretnej dziedzinie, muszą wybrać inną ścieżkę specjalizacji.

A mówiąc o planowanych zmianach: chcemy, aby rezydent mógł w trakcie szkolenia zmienić specjalizację. Oczywiście musiałby wtedy jeszcze raz wziąć udział w procesie rekrutacji. Modułowy system szkolenia specjalizacyjnego to ułatwia. Planujemy również, aby po zakończeniu modułu podstawowego przeprowadzać egzamin sprawdzający wiedzę. Brak zaliczenia wykluczałby podejście do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Rozważamy też umożliwienie zdawania PES już w ostatnim roku rezydentury. Na pewno ważne są też kwestie odpowiedniej gratyfikacji dla opiekunów specjalizacji i warunków finansowych dla oddziałów z akredytacją CMKP.

***Akredytacja będzie okresowa?***

Obecnie akredytacje udzielane są na określoną liczbę miejsc specjalizacyjnych i właściwie bezterminowo. Jednostka akredytowana jest zobowiązana poinformować CMKP o wszelkich zmianach, które jej dotyczą, np. adresu, liczby lekarzy specjalistów itp. Tymczasem bywa z tym różnie. Na przykład rezydenci informują nas, że z oddziału odszedł jedyny specjalista i zostali tam sami, bez opiekuna. Takie są realia, z którymi musimy sobie radzić, ale dotąd w drodze negocjacji i dzięki dobrej woli stron znajdujemy rozwiązania. Na pewno potrzebne są regulacje, które porządkowałyby te kwestie. Sugerujemy, żeby akredytacja była odnawiana co pięć lat. Ważne, by istniała możliwość okresowej oceny jej kryteriów. Uważamy, że programy specjalizacyjne powinny być uaktualniane nie rzadziej niż co trzy lata, gdyż wiedza medyczna szybko się rozwija. Minister zdrowia wystąpił do konsultantów krajowych o ocenę programów specjalizacyjnych i takie ich dostosowanie, aby osoby, które rozpoczęły specjalizację przed 1.10.2014 r., mogły uczestniczyć również w kursach nowego typu na równoprawnych zasadach.

***W jakim stopniu CMKP korzysta z nowoczesnych technik nauczania, np. z kursów internetowych?***

Oczywiście w medycynie nic nie zastąpi kontaktu z mistrzem oraz praktyki, ale kursy w ramach e-learningu też są prowadzone. Materiały z wykładów zamieszczamy na stronie internetowej. Idziemy w kierunku webinariów. Nauczanie przed- i podyplomowe różni się. W CMKP kształcimy ludzi dojrzałych, nierzadko mających już jedną specjalizację, własne doświadczenia i dokonania zawodowe. Ich oczekiwania i wymagania są inne niż studentów medycyny rozpoczynających naukę. Wychodząc naprzeciw nowym technikom w nauczaniu, szkolimy również wykładowców.

***Co jest zatem misją CMKP dziś, a co będzie jutro?***

Przede wszystkim dążymy do harmonizacji działań. Chciałbym, żeby osoby odpowiedzialne za proces kształ-

cenia podyplomowego z uczelni medycznych, z CMKP i innych ośrodków akademickich, które, tak jak my, otrzymują środki na szkolenie, rozmawiały i wspólnie ustalały, kto co robi. To ułatwiłoby nasze zadania. Jesteśmy w stałym kontakcie z przedstawicielami młodych lekarzy, z rezydentami, bo wiele zmian, które wprowadzamy, wiąże się z ich oczekiwaniami. Wskazujemy nowe rozwiązania, które będą służyły systemowi ochrony zdrowia, ale legislacja leży oczywiście poza naszymi uprawnieniami. Jestem przekonany, że robimy wszystko, aby uczelnia, którą jest CMKP, miała wiodący głos w sprawach kształcenia podyplomowego kadr medycznych, przygotowania specjalistów.

(przedruk z „Pulsu” nr 3/17)

## CZY NASTĄPI DOBRA ZMIANA W SZKOLENIU SPECJALIZACYJNYM?

To, jak ważne jest odpowiedniej jakości szkolenie specjalizacyjne, wie każdy świeżo upieczony specjalista. To, jak trudno dostać się na wymarzony kierunek specjalizacji, wie każdy lekarz stażysta. Mimo, że dzieli ich odstęp kilku trudnych lat, ich wspólnym mianownikiem jest przeogromna chęć gruntownej poprawy procesu kształcenia specjalizacyjnego. Podobnymi intencjami zapewne kierowali się eksperci z ministerialnego zespołu do spraw opracowania zmiany systemu kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Chciałbym przytoczyć kilka kwestii, z którymi osobiście się zgadzam i staram się wdrożyć je w życie.

1. Przede wszystkim należałoby przywrócić możliwość jednokrotnej zmiany kierunku rezydentury bez podania przyczyny. Jest to bardzo ważne dla osób, które niewłaściwie wybrały swoją, jak sądziły upragnioną, dziedzinę medycyny. Przecież Polska potrzebuje lekarzy specjalistów z pasją i powołaniem, a nie przypadkowych i sfrustrowanych wyrobników. Dlatego w przypadku zmiany specjalizacji w obrębie różnych modułów/specjalizacji jednolitych możliwość zmiany specjalizacji powinna dotyczyć pierwszych 12 miesięcy szkolenia specjalizacyjnego.

Natomiast w przypadku zmiany specjalizacji w obrębie tego samego modułu podstawowego, możliwość zmiany powinna obowiązywać do ukończenia modułu podstawowego. Osobę zmieniającą specjalizację obowiązuje konieczność przystąpienia do rekrutacji i uzyskania kwalifikacji do odbywania wybranej specjalizacji.

2. W mojej ocenie należy znieść przepis art. 16a ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty uniemożliwiający ubieganie się o rezydenturę po raz kolejny. Jest szczególnie ważne, aby lekarz, który zakwalifikował się na rezydenturę, także w dziedzinach

podstawowych, ale nie przystąpił do jej realizacji, nie tracił możliwości kolejnej aplikacji o miejsce rezydenturę w przyszłości. W końcu każdy ma prawo wycofać się z podjętej decyzji przed rozpoczęciem szkolenia.

3. Należałoby również umożliwić uzyskanie przez lekarza kolejnej rezydentury w przypadku szkolenia w dziedzinie medycyny, jeśli zapotrzebowanie na tę specjalność, według ministra zdrowia, jest priorytetowe i podejmuje on formalną decyzję o jej przyznaniu.

4. Według mnie dobrym rozwiązaniem byłaby redefinicja określenia rezydentura, dlatego że jest to szczególna forma prawa pracy. Rekomendowana definicja powinna brzmieć: „*Etat rezydenturki to szczególny stosunek pracy uwzględniający dodatkowe obowiązki kształcenia się obok świadczenia pracy na rzecz określonego podmiotu*”. Co ważne, podczas wielu staży może to nie być praca świadczona na rzecz pracodawcy! Należy stanowczo przyjąć, że rezydentura jest formą wykonywania realnej pracy na rzecz pracodawcy, a zatem nie może być mowy o „odpracowaniu” rezydentury (umowy lojalnościowe itp.). Jest to należąca pensja za wykonywaną pracę, a wynagrodzenie pokrywa państwo w związku z zapotrzebowaniem obywateli na świadczenia, które w tym przypadku wykonywane są samodzielnie przez rezydentów z pełną Odpowiedzialnością.

5. Odnosząc się do samego systemu naboru na specjalizację, a więc postępowania konkursowego, dobrym rozwiązaniem byłoby zniesienie postępowania kwalifikacyjnego w poszczególnych województwach i wprowadzenie centralnego, ogólnopolskiego systemu naboru. W systemie tym konieczne trzeba odejść od obecnego, wojewódzkiego systemu naboru na specjalizację, gdyż jest on krzywdzący, powoduje dysproporcje w dostę-

pie do miejsc szkoleniowych z nierównomiernym rozkładem sił.

6. Organem koordynującym postępowanie kwalifikacyjne powinno być Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, a narzędziem do prowadzenia naboru elektroniczna platforma internetowa. Minister zdrowia powinien dysponować systemem przyznawania „aktywnych miejsc szkoleniowych” (rezydenckich i pozarezydenckich w oparciu o jednostki akredytowane do szkolenia – zasięgnięte z CMKP). „Aktywne miejsca szkoleniowe” oznacza miejsca w jednostce akredytowanej, które może zostać obsadzone w konkretnym naborze. Wśród puli „aktywnych miejsc szkoleniowych” minister wydziela rezydentury, ewentualne pozostałe miejsca przypadają na etaty pozarezydenckie. System „aktywnych miejsc szkoleniowych” spowoduje racjonalizację przyznawania etatów szkoleniowych, by miała bardziej płynny i uporządkowany charakter – dziś w jednym roku jest 30 miejsc wolnych i wszystkie zostają wykorzystane, a w kolejnym nie ma żadnego – w pewnym momencie szkolenia 30 osób musi zacząć realizować staże specjalizacyjne. Dzięki li-

mitowaniu miejsc i wprowadzeniu miejsc „aktywnych” można by rozłożyć te 30 miejsc na cztery lata.

7. Postępowanie konkursowe rozstrzygające o przyznaniu miejsc szkoleniowych (rezydenckich i pozarezydenckich) musi być jednolite i obejmować wszystkie osoby kandydujące do szkolenia specjalizacyjnego. Dodatkowo postępowanie konkursowe powinno odbywać się na podstawie wyników Lekarskiego Egzaminu Końcowego lub Lekarskiego Egzaminu Państwowego – dla osób zdających starym trybem z uwzględnieniem w procesie kwalifikacji do specjalizacji dodatkowych punktów (publikacje, IF, studia doktoranckie, koła naukowe itp.), wyrównujących szanse ze startującymi w trybie pozarezydenckim.

Pozostaje mieć tylko nadzieję, że wyżej wymienione propozycje zmian zyskają aprobatę osób odpowiedzialnych za kształt procesu kształcenia podyplomowego w myśl zasady „kropla draży skałę”.

Dr n. med. Bartosz URBAŃSKI  
przewodniczący KMLWIL

(przedruk z „Medical Tribune” nr 2/17)

## STARE I NOWE ŹRÓDŁA WIEDZY LEKARZA

Przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej i ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry zobowiązują nas do stałego poszerzania i aktualizowania wiedzy. Zobowiązanie to doprecyzowuje rozporządzenie ministra zdrowia o obowiązku ciągłego szkolenia podyplomowego. Może z wykonaniem tych zobowiązań bywa różnie, ale świadomość potrzeby uczenia się w naszym środowisku zawodowym jest powszechna. Od ciągłego uczenia się nie ma odwrotu.

### Klasyczne źródła wiedzy

Praźródłem wiedzy lekarskiej pozostaje „*Corpus Hippocraticum*”, najstarsze dzieło pisane, pochodzące z lat 440-350 p.n.e. Metoda Hipokratesa opierała się na zasadach racjonalnych. Na podstawie badania, obserwacji chorego oraz własnego doświadczenia lekarz wyciągał wnioski diagnostyczne i zalecał leczenie. To Hipokrates wprowadził do medycyny takie określenia jak diagnoza czy prognoza, jest także autorem ponadczasowo aktualnego powiedzenia „*Primum non nocere*”. Był mistrzem dla swoich uczniów, a także wielu kolejnych pokoleń lekarzy, oraz autorytetem dla chorych, którzy nie mieli dostępu do wiedzy medycznej.

W ostatnim stuleciu podstawą działania lekarza były: intuicja, doświadczenie kliniczne oraz wiedza z biochemii i patofizjologii. Znajomość cyklu Krebsa, wykutego na drugim roku studiów, miała nas pasować na osoby obyte z medycyną kliniczną rozpoczynającą się w następnym sezonie akademickim. Z owym oby-

ciem bywało różnie, a w niektórych przypadkach jego niedobór przybierał formy dość przewlekłe. Podpatrywaliśmy starszych kolegów, zdawaliśmy egzaminy i w naszym mniemaniu stawialiśmy się coraz mądrzej – si i bardziej doświadczeni.

### Rewolucyjne lata 90.

Pewnie stan taki trwałby do dziś, gdyby nie rewolucyjne lata 90., które wyróciły wszystko do góry nogami. Przestaliśmy być służbą zdrowia, zostaliśmy ochroną zdrowia. Wybiliśmy się na pozycję niesłużebną, więc nie wypadało, abyśmy zdobywali wiedzę w zgrzebnych salach wykładowych pamiętających wiek XIX, konieczne były nowe miejsca nauczania medycyny. Elegancie centra konferencyjne z towarzyszącymi wykładom przerwami kawowymi i lunchami stały się naszymi nowymi uczelniami medycznymi. Ani się spostrzegliśmy, jak zaczęliśmy pochłaniać nową wiedzę między kęsem spaghetti bolognese a łykiem czerwonego wina.

Zewsząd płynął przekaz: „*Oto nadeszła medycyna nowa, niech się stara schowa!*”. Czym była owa nowa medycyna? To słynna Evidence Based Medicine, czyli medycyna oparta na faktach. Już sama nazwa jest bardzo przewrotna i sugeruje, że jest jakaś inna medycyna, oparta na fikcji.

EBM sięgała do danych epidemiologicznych i niewątpliwie wniosła wiele cennych informacji do medycyny (<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182722>). Największe w tym zakresie zasługi ma

► Framingham Heart Study, prowadzone na wybranej grupie mieszkańców niewielkiego miasteczka pod Bostonem. Na podstawie tych właśnie badań dowiedzieliśmy się o szkodliwości palenia papierosów i o konieczności leczenia nadciśnienia. Również badanie The Seven Countries Study, które dostarczyło danych o wpływie diety i stylu życia na nasze zdrowie, jest jednym z filarów EBM. Dzięki niemu wiemy, że nadmiar jonu sodowego w diecie jest bardzo szkodliwy dla naszego zdrowia. Wyniki tego badania na tyle zbulwersowały biznes solny całego świata, że poddano badanie ocenie sądu handlowego w Londynie. Znakomity profesor Graham Mac Gregor obronił fakty naukowe przed sądem i możemy bez przeszkód informować pacjentów, że nadmiar soli szkodzi.

Dalszy rozwój EBM związany był w mniejszym stopniu z jej pierwotnym rodowodem, czyli epidemiologią, w większym zaś z potężnym biznesem farmaceutycznym. Ustalenia czynione na podstawie badania starannie wyselekcjonowanych grup pacjentów, biorących udział w ocenie skuteczności działania wybranego leku, mają specyficzną wymowę i rozciąganie ich na wszystkich ludzi nie zawsze jest trafne. Bywa też, że na siłę lansuje się protokoły badań klinicznych przeczące wiedzy patofizjologicznej i zdrowemu rozsądkowi, co kończy się tragicznie, jak historia z rimonabantem lub ostatnio z preparatem BIA 10-2474.

## Medycyna oparta na wiedzy z komputera

Rozpowszechnienie komputerów i Internetu zmieniło źródło wiedzy. Pacjenci nie pytają doktora, co im dolega, lecz po skontaktowaniu się z lekarzem pierwszego kontaktu, zwanym dr. Google, zawiadamiają swojego świadczeniodawcę o diagnozie i oczekiwanym leczeniu. Lekarze też nie w każdym przypadku posługują się osobistym doświadczeniem. Mogą, jako profesjonaliści, korzystać z bardziej wyrafinowanych źródeł wiedzy, takich jak Medline (amerykańska narodowa biblioteka medyczna) czy baza artykułów Cochrane.

Dziś praktyka lekarska na całym świecie jest nieodłącznie związana ze żmudnym wypełnianiem dokumentacji elektronicznej (ang. *Electronic Health Record*) dotyczącej przybywających do naszych gabinetów pacjentów. Lekarz, który widział ich wielu, jest doświadczonym lekarzem. Czy komputer, który zgromadził w swej pamięci dane wielu pacjentów, może zamienić się w superdoktora? Pokusa postawienia takiej tezy jest spora. Pierwsze kroki w kierunku praktycznego wykorzystania informacji z dużych baz danych poczyniono z jednym z amerykańskich centrów onkologicznych. Zebrano dane z historii chorób 25 tys. pacjentek

z rakiem piersi i usiłowano wyciągnąć wnioski diagnostyczne, jednak okazało się to niemożliwe do automatycznego zrealizowania. Podobna sytuacja ma miejsce z badaniami nad genomem ludzkim.

– *Zasoby dużych baz danych są w równej mierze ekscytujące i frustrujące* – powiedział przed kilkoma miesiącami dr Barrett Rollins, dyrektor naukowy Dana-Farber Cancer Institute w Bostonie. – *Wszyscy widzimy, jaki potencjał zawierają duże bazy danych, ale jesteśmy sfrustrowani, ponieważ nie mamy jeszcze wystarczających narzędzi i umiejętności, aby ten potencjał wykorzystać* (<http://www.modernhealthcare.com/article/20160409/MAGAZINE/304099981>).

Z podobną inicjatywą w sprawie wykorzystania dużych baz danych wystąpiono w kardiologii, jednak korzyści praktycznych nie widać. Zwolennicy wdrożenia do praktyki danych z dużych baz wyróżniają następujące ich zasoby: elektroniczne historie chorób, dane o genomie, dane z mediów społecznościowych, dane z gabinetów medycznych.

Czy wszystkie te źródła utworzą nową medycynę? Czy będzie ona na tyle zdigitalizowana i ujednolicona, że wszyscy jej zwolennicy będą wiedzieli to samo co lekarz? Czy zwolennicy przetworzenia baz danych na wiedzę praktyczną odróżniają takie segmenty analizy lekarskiej jak wywiad, badanie przedmiotowe, badania dodatkowe? Czy rozumieją, że każdy z tych etapów dostarcza odmiennych jakościowo danych, niezbędnych do postawienia diagnozy i zaordynowania leczenia? Wydaje mi się, że entuzjaści wiedzy z dużych baz danych nie mają dziś tej niezbędnej świadomości.

## Podsumowanie

Współczesny świat nieustannie się zmienia i wiele pojęć, kiedyś mających charakter science fiction, stało się codziennością. Nadal jednak każdy słownik językowy jest tylko słownikiem. Nie stanie się powieścią dlatego, że

zgromadzono w nim dużo słów. Połączenie słów w zdania, rozdziały i wreszcie w pasjonującą książkę wymaga innych talentów niż umiejętność gromadzenia. Podobnie jest z faktami w dużych bazach danych medycznych. Aby stały się wiedzą przydatną dla lekarza, konieczna jest umiejętność kojarzenia i łączenia ich w ciągi przyczynowo-skutkowe. Dziś nie mamy narzędzi przetwarzających tysiące danych w wiedzę medyczną.

Krystyna KNYPL

(przedruk z „Pulsu” nr 3/17)

# NA ZDROWIE PRZEZNACZAMY MNIEJ NIŻ BYŁOBY TO ROZSĄDNE

***Kraje Grupy Wyszehradzkiej przeznaczają na ochronę zdrowia mniej, niż należałoby i byłoby rozsądne, a Polska jest nawet na ostatnim miejscu – powiedział podczas debaty w Warszawie przewodniczący Węgierskiego Stowarzyszenia Komunikacji w Ochronie Zdrowia dr Mark Molnar.***

Dyskusja poświęcona była przyszłości zdrowotnej obywateli państw Grupy Wyszehradzkiej, głównie w związku z nowotworami hematologicznymi.

Dr Mark Molnar podkreślił, że wszystkie kraje Grupy Wyszehradzkiej wydają zbyt małą część swych PKB na opiekę medyczną. Dużo mniejszą niż kraje Europy Zachodniej. Skutkiem tego jest gorsza dostępność nowoczesnego leczenia, w tym leków najnowszej generacji stosowanych w onkologii i hematologii.

*- Wydatki na zdrowie ze środków publicznych w Czechach, na Słowacji, w Polsce i na Węgrzech nie przekraczają 4-6% PKB, a w Polsce wynoszą około 5,5. Tylko 0,8% PKB przeznacza się w tych krajach na leki. W efekcie jakość opieki medycznej jest w nich niższa niż w państwach zachodnich – stwierdził dr Molnar.*

Według raportu OECD „Health at Glance 2015” wszystkie wydatki na opiekę medyczną, również prywatną, sięgają w naszym kraju 6,4% PKB, podczas gdy średnia w państwach OECD to 8,9%. Najwięcej w Europie wydają Holendrzy, Szwajcarzy, Szwedzi i Niemcy – 11% PKB.

Dr Molnar zwrócił uwagę, że „niedostatek środków w opiece medycznej powoduje, iż refundacja nowych terapii uzależniana jest od tzw. oceny technologii medycznej (HTA), która we wszystkich krajach Grupy Wyszehradzkiej jest bardzo restrykcyjna, szczególnie na Węgrzech i w Polsce”.

Prezes spółki HTA Consulting Robert Plisko powiedział, że w Polsce w ostatnich pięciu latach nie wzrosły wydatki na refundację leków. Wzrósł natomiast odsetek negatywnych ocen nowych leków, wydawanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. – *W przypadku leku, którego refundację się rozważa, silne są naciski Komisji Ekonomicznej Ministerstwa Zdrowia na firmy farmaceutyczne, by obniżyły jego cenę – podkreślił.*

Konsultant krajowy w dziedzinie hematologii prof. Wiesław Jędrzejczak przyznał, że w lipcu 2016 r. wprowadzono nowy program lekowy dotyczący terapii przewlekłej białaczki limfocytowej. Refundacją objęto w nim tylko jeden lek przeznaczony dla określonej grupy chorych (nieleczonych wcześniej, z istotnymi chorobami współistniejącymi, uniemożliwiającymi stosowanie fludarabiny).

Użycie leku w tym programie nie wykorzystuje jednak w pełni potencjału terapeutycznego, jaki wnoszą w leczenie pozostałe terapie przełomowe, stosowane w leczeniu przewlekłej białaczki limfocytowej.

*- Brakuje przede wszystkim terapii dla chorych najbardziej pokrzywdzonych przez los, z oporną postacią tej choroby (z delecją 17p), którymi najczęściej są osoby starsze – dodał prof. Jędrzejczak. Terapia jest już dostępna w Czechach, na Słowacji i Węgrzech oraz w Rumunii.*

Wojciech Matuszewicz, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, powiedział, że decyzje o refundacji terapii uzależnione są głównie od efektywności kosztowej i tzw. progu opłacalności. Proóg ten ustalono na poziomie trzykrotnego PKB w przeliczeniu na jeden rok życia w pełnym zdrowiu pacjenta leczonego daną terapią (ang. Quality Adjusted Life Year).

Prezes AOTMiT przyznał, że leki innowacyjne wspomniany próg zazwyczaj przekraczają. – *W projekcie nowelizacji ustawy refundacyjnej przewiduje się poprawę dostępu do nowoczesnych terapii przez ułatwienie zasad podejmowania decyzji refundacyjnych w przypadku chorób rzadkich i ultrarzadkich – podkreślił. Dodał, że w hematologii 90% schorzeń to choroby rzadkie i ultrarzadkie.*

Dyrektor Centrum Onkologii w Warszawie prof. Jan Walewski zwrócił uwagę, że proces refundacji leków w Polsce jest zbyt długi, nieprzejrzysty i nieelastyczny. Jako przykład podał lek na oporną postać choroby Hodgkina, który objęto refundacją w połowie 2016 r., po czterech latach od zarejestrowania. – *Wcześniejsza refundacja tego leku pozwoliłaby uratować więcej chorych – zaznaczył.*

Dyrektor ds. systemów opieki zdrowotnej, produktów medycznych i innowacji Komisji Europejskiej Andrzej Ryś powiedział podczas debaty, że jedną z kategorii jakości w służbie zdrowia jest tzw. śmierć do uniknięcia. W Unii Europejskiej najlepiej pod tym względem wypada Francja, na końcu są kraje Grupy Wyszehradzkiej: Czechy, Słowacja, Polska i Węgry.

Prof. Krzysztof Giannopoulos z Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie stwierdził, że polscy lekarze wyjeżdżają z kraju nie tylko z powodu wyższych zarobków za granicą, również dlatego, że mają tam większe możliwości rozwoju i stosowania nowoczesnych terapii.

Posel Krzysztof Ostrowski (PiS), członek Sejmowej Komisji Zdrowia, powiedział, że jesteśmy nawet w ogonie Grupy Wyszehradzkiej, zamykamy peleton i chciałoby się, żeby to się zmieniło. – *Jednym z priorytetów polskiego rządu jest zwiększenie nakładów na służbę zdrowia, które w 2025 r. mają wzrosnąć do 6% PKB – dodał.*

Inicjatorem debaty „Przyszłość zdrowotna obywateli państw Grupy Wyszehradzkiej” była Fundacja Instytut Studiów Wschodnich.

*Źródło informacji: Centrum Prasowe PAP*

*(przedruk z „Pulsu” nr 2/17)*

# KARETKA JEDZIE, LEKARZ ZOSTAŁ W DYSPOZYTORNI

Ambulanse specjalistyczne mogą zniknąć z ulic, do poszkodowanych będą jeździć pojazdy z ratownikiem i pielęgniarką na pokładzie.

Obniżenie standardów usług ratowniczych i większe obciążenie pacjentami szpitalnych oddziałów ratunkowych mogą być konsekwencją zmian, jakie szykuje w systemie ratownictwa medycznego rząd. Minister zdrowia zamierza zlikwidować ambulanse specjalistyczne z lekarzem i zastąpić je karetkami podstawowymi z ratownikami i pielęgniarką. Poza tym z ulic mają zniknąć pojazdy należące do prywatnych firm, bo pogotowia będą upaństwowione.

Takie zmiany przewiduje projekt noweli Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, nad którą zakończyły się właśnie konsultacje społeczne. Minister zdrowia zniesienie wymogu obecności lekarza w karetkach specjalistycznych typu „S” uzasadnia w ten sposób, że to odpowiedź na problem niedostatecznej ilości lekarzy mających specjalizację z medycyny ratunkowej. Sami specjaliści nie zostawiają jednak na tym pomysłe suchej nitki. – *Politycy tym sposobem zdestabilizują ratownictwo medyczne. Eliminacja lekarzy medycyny ratunkowej z działań w jednostkach organizacyjnych ratownictwa medycznego oraz z odpowiedzialności i nadzoru specjalistycznego nad personelem pracującym w karetkach zagraża bezpieczeństwu osób w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia* – tłumaczy prof. dr hab. med. Juliusz Jakubaszko, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Podkreśla, że cywilizowane kraje idą w zupełnie innym kierunku. – *Np. m.in. w USA i Austrii systematycznie wzrasta obsada lekarska ambulanсів ratunkowych. W Norwegii, jako w kolejnym kraju europejskim, wprowadzono właśnie podstawową specjalizację lekarzy w medycynie ratunkowej i nikt nie myśli o rezygnacji z ich usług w karetkach* – zaznacza.

## Braki kadrowe

Według danych NIL lekarzy ze specjalizacją w medycynie ratunkowej mamy 960. Konsultanci uważają, że to jest wystarczająca liczba do pełnienia dyżurów w karetkach, na oddziałach ratunkowych czy na stanowiskach koordynatora ratownictwa medycznego. – *Przypadki zmniejszania ilości specjalistycznych zespołów w karetkach w niektórych województwach, np. świętokrzyskim, podyktowane są wyłącznie żenująco niskimi stawkami wynagrodzenia. Inna dyspozytornia w sąsiednim województwie oferuje stawki o ok. 60% wyższe i nie ma żadnego problemu z obsadą kadrową* – uważa lek. Paweł Podsiadło, konsultant w dziedzinie medycyny ratunkowej województwa świętokrzyskiego.

Pogotowia, które miały problemy ze znalezieniem do karetek lekarzy specjalistów z medycyny ratunkowej, korzystały z przejściowego rozwiązania, które dopuszcza ją przepisy. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym zezwala, aby do 2020 r. w karetkach czy na szpitalnych oddziałach ratunkowych pracowały osoby posiadające specjalizację lub w trakcie robienia kursu z anestezjologii, chirurgii ogólnej, ortopedii czy interny. Albo w ogóle nie musiały mieć jeszcze specjalizacji, bo do zatrudnienia w pogotowiu wystarczyło wylegitymować się doświadczeniem, czyli mieć 3 tys. przepracowanych godzin w karetce, izbie przyjęć czy na oddziale ratunkowym. – *I to właśnie ta ostatnia grupa lekarzy bez specjalizacji nie ma motywacji, aby ją zrobić, skoro rządzący kilkakrotnie odsuwali im ten obowiązek w czasie. W ten sposób obniżali standardy ratownictwa* – mówi prof. Juliusz Jakubaszko. Nie jest bowiem tajemnicą, że wynagrodzenie za ciężką pracę odbiega znacznie na niekorzyść od płac w innych specjalnościach, a dodatkowo pacjenci są roszczeniowi. – *Jak tylko coś pójdzie nie tak, lekarz musi liczyć się z tym, że czeka go pozew ze strony chorego* – tłumaczy prof. Jakubaszko. Poza tym dyżur w pogotowiu czy na SOR może trwać 24 godziny. – *To jest zabójcze. Dyżur powinien trwać maksymalnie 12 godzin* – mówi prof. Jakubaszko.

## Lekarz u alkoholika

Dlatego z powodu braków lekarzy, według planów ministra zdrowia, karetki specjalistyczne „S” miałyby być sukcesywnie zastępowane karetkami podstawowymi typu „P”, gdzie jeżdżą ratownicy i pielęgniarka. Jeśli podczas akcji ratunkowej mieliby wątpliwości, mogliby się skontaktować z lekarzem zatrudnionym przez wojewodę w dyspozytorni medycznej. Lekarz otrzymałby wgląd do danych zbieranych w karetce i zapisywanych na bieżąco na tablecie załogi. Teraz w karetkach „P” jeżdżą zespoły dwuosobowe, czyli pielęgniarka i ratownik, który często pełni też rolę kierowcy.

Inna sprawa – szacuje się, że ok. 4-5% karetek typu „S”, czyli z lekarzem na pokładzie, jest wzywanych niepotrzebnie. A utrzymanie jednego takiego ambulansu kosztuje pogotowie milion złotych rocznie.

– *Zdarzało mi się wyjeżdżać do pacjenta w stanie upojenia alkoholowego. To niepotrzebne. Nie jest to jednak powód, aby rezygnować z karetek „S”.* Jeśli bowiem w ambulansach zabraknie lekarzy, znacznie bardziej będą obciążone szpitalne oddziały ratunkowe – przewiduje dr n. med. Przemysław Guła z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Podkreśla, że karetki z ratownikami będą częściej przywozić do szpitali pacjentów, którym na miejscu zdarzenia nie udzielono specjalistycznej pomo-

cy. – *A już dziś SOR-y są tak mocno obciążone, że generują długi* – dodaje dr Guła.

## Możliwe ustępstwa

Zgodnie z planami Ministerstwa Zdrowia ratownicy, którzy mieliby zastąpić lekarzy w karetkach, musieliby przejść dodatkowe kursy. Przeciwno rozszerzeniu kompetencji tej ostatniej grupy zawodowej protestują anestezjodzy. Związek Zawodowy Anestezjologów wskazuje, że umożliwienie ratownikom podawania pacjentom leków zwiózających i prowadzenia intubacji w sytuacjach innych niż nagłe zatrzymanie krążenia zwiększy liczbę zgonów w okresie przedszpitalnym.

Wobec takiego oporu i sprzeciwu niewykluczone, że urzędnicy Ministerstwa Zdrowia zweryfikują jednak swoje pomysły. Zaproponowano np. zamiast całkowitej likwidacji karetek specjalistycznych wdrożenie systemu rendez-vous. Miałby on polegać na tym, że zespół podstawowy karetki „P” złożony z ratowników w określonych okolicznościach mógłby wezwać zespół „S” z lekarzem i pielęgniarką. Takie rozwiązanie dawałoby też większą pewność działania ratownikom medycznym. – *To jest lepsze niż całkowita eliminacja karetek „S”*. Wówczas lekarz, nawet w samochodzie osobowym, mógłby jeździć tylko do zdarzeń, w których rzeczywiście jego interwencja jest niezbędna – tłumaczy Ireneusz Szafraniec, rzecznik prasowy i I wiceprzewodniczący rady Polskiej Rady Ratowników Medycznych.

## Eliminacja prywatnych

Inna ważna zmiana, przewidziana projektem noweli Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, to dopuszczenie do zawierania umów na świadczenie usług ratownictwa medycznego tylko publicznych podmiotów. – *To jest zupełnie niezrozumiała zmiana i cofnie nas do głębokiego PRL-u. Jeśli rząd chciałby rzeczywiście upaństwić ratownictwo medyczne, nie powinno to polegać na wycięciu z niego prywatnych firm, ale na uczynieniu z ratownictwa służby, np. na wzór francuski, gdzie ratownictwo medyczne jest powierzone w zarząd straży pożarnej* – mówi dr Guła.

W Polsce funkcjonuje dziś kilkanaście firm prywatnych. Największą z nich jest Falck Medycyna (66 stacji pogotowia, 150 ambulansów i 25 placówek medycznych). Zatrudnia 3 tys. osób i zapewnia usługi dla ponad 2,5 mln osób. Falck ma umowę z NFZ na 120 ambulansów.

Ideę upaństwowienia systemu popierają zaś ratownicy medyczni, bo sugerują, że prywatne podmioty głównie nastawione są na zysk. – *W tych podmiotach ratownicy są nierzadko zmuszeni pracować po 500 godzin miesięcznie, aby godnie zarabiać. Nie przestrzega się tam norm czasu pracy. Przecież to jest niebezpieczne i dla nich samych, i dla pacjentów* – tłumaczy Ireneusz Szafraniec. Podkreśla, że aby mogły być w pełni spełnione wspomniane propozycje, konieczny jest wzrost płac dla ratowników medycznych, bo dzisiaj pensja tej grupy zawodowej jest na poziomie kasjera w hipermarkecie, a chyba nie o to chodzi. – *W przypadku zaoszczędzonych finansów z kontraktu, zysk należy inwestować np. w nowy sprzęt, szkolenie kadry, odbudowę taboru, a nie jak dotychczas, gdzie prywatne podmioty gromadzą kapitał, a publiczne, nierzadko funkcjonujące przy ZOZ-ach, łatają dziury niedofinansowanych oddziałów* – dodaje Ireneusz Szafraniec.

Falck broni się przed podobnymi zarzutami i tłumaczy, że jego karetki stanowią teraz duże wsparcie dla publicznego systemu. – *Nie ma badań, które wskazywałyby, że podmioty niepubliczne wykonują świadczenia ratownictwa medycznego gorzej niż jednostki publiczne. Natomiast jest wiele przykładów na poparcie tezy, że konkurencja korzystnie wpływa na jakość usług, wzrost standardów i rozwój systemu. Obserwujemy to od 1993 roku, kiedy rozpoczęliśmy działalność w Polsce* – uzasadnia Wojciech Józwiak, rzecznik prasowy Falck Medycyna.

W Polsce w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego aktualnie funkcjonuje 1490 zespołów. Ambulanse dysponentów niepublicznych stanowią ok. 10%. Z ogólnej liczby zespołów 61% to zespoły podstawowe. Pozostałe to zespoły specjalistyczne z lekarzem.

Katarzyna NOWOSIELSKA

(przedruk z „Medical Tribune” nr 2/17)

# CEROWANIE ROZDARTEJ SIECI

Prace nad siecią szpitali trwały bardzo długo, ale – niestety – w większości w zaciszu Ministerstwa Zdrowia. Po kolejnych falstartach udało się w końcu Radzie Ministrów przyjąć jedną z najbardziej kontrowersyjnych ustaw, meblującą na lata rynek świadczeń zdrowotnych. Na inaugurację ustawy o sieci szpitali poczekamy aż do jesieni.

Sieci sprzeciwiają się pacjenci, lekarze, związkowcy, pracodawcy i samorządowcy. Nawet w obozie władzy z dnia na dzień szeregi jej entuzjastów topnieją w oczach.

Dodatkowy czas ma być poświęcony na podjęcie kolejnych dyskusji i wyjaśnienie wątpliwości zgłaszanych w kolejnych etapach prac legislacyjnych.

Uwagi samorządu lekarskiego tradycyjnie zignorowano. „Zmiana zasad rozliczeń z kontraktowych na ryczałtowe nie będzie motywować szpitali do lepszej gospodarności. Konkurencyjność jest bezcenną wartością dla ochrony zdrowia, a radykalne zmiany w systemie powinno się wprowadzać jedynie pod warunkiem zwiększenia publicznych nakładów na zdrowie do minimum 6%

PKB” – bezskutecznie przekonywał jeszcze w styczniu br. Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

### Gonitwa myśli ściga się z harmiderem

„W swoich założeniach projekt o sieci przypomina raczej wprowadzenie struktur SPZOZ-ów, które przecież nie miały nic wspólnego z jakąkolwiek samodzielnością” – cofa się pamięcią Maciej Murkowski, wykładowca Wyższej Szkoły Menadżerskiej w Warszawie. „Obraz rzeczywistości, jaki rysuje się po wprowadzeniu tej ustawy, to upadłość kilkuset szpitali, wydłużone kolejki, około 20 tysięcy pracowników medycznych, którzy będą poszukiwać nowego miejsca pracy i szpitale prywatne leczące tylko odpłatnie. Jednym słowem chaos i zamieszanie” – bije na trwogę dr Beata Małecka-Libera, przewodnicząca sejmowego Zespołu Zdrowia Publicznego (PO). Tymczasem minister Konstanty Radziwiłł (PiS) przekonuje, że szpitale uzyskają stabilną gwarancję finansowania i fundusze, którymi będą mogły elastycznie dysponować. Co więcej, wieszczy rychły koniec głównej plagi polskiej służby zdrowia: wielogodzinnych kolejek chorych na SOR-ach. Zapewnia, że pacjent wypisany ze szpitala będzie mógł uzyskać wiele świadczeń w poradni przyszpitalnej. Emocje, egzaltacja, gonitwa myśli, a co najgorsze harmider po obu stronach politycznej barykady, nie dają nadziei, aby zwyczajny polski zjadacz chleba, czyli nasz pacjent, cokolwiek z tego zrozumiał. Ani szewska pasja dziarskich reformatorów z Miodowej, ani melodramatyzm i rozplócenie opozycji nie przybliżają nas do rozwiązania tego węzła gordyjskiego.

Przypominam, że jeszcze przed dziesięciu laty, kiedy nieodżałowanej pamięci Zbigniew Religa nieśmiało napomykał o sieci, Radziwiłł ostrzegał o „niebezpiecznej utopii tego pomysłu, który miałby sprowadzić centralizm i etatyzm na skalę niespotykaną w żadnym nowoczesnym kraju”. Pewnie nie on pierwszy i nie ostatni swój punkt widzenia dopasowuje do punktu siedzenia.

### Tak naprawdę chodzi o pieniądze

A właściwie o ich chroniczny niedostatek w ochronie zdrowia. Celem tej „operacji sieciowej” jest medialne stworzenie mamidła i błędnego mniemania, że przeniesienie kolejek z jednego miejsca na inne, będzie dobrodziejstwem dla pacjentów/wyborców. Reszty dopełnią rządowe ekipy reporterskie, które w porze największej telewizyjnej oglądalności pokażą opustoszałe korytarze, dotychczas obleganych SOR-ów. Z punktu widzenia władzy, która chełpi się zapowiedziami, że będzie nami rządzić przez kolejne dekady, skupienie skąpych zasobów finansowych i medycznych profesjonalistów w uprzywilejowanej grupie szpitali, bez większego związku z jakością usług czy potrzebami społecznymi, jest sprytnym socjologicznym zabiegiem. Tyle tylko, że to po prostu mistyfikacja.

Tymczasem codzienność jest nieco bardziej brutalna. NFZ przeznacza na leczenie w szpitalach około 30 mld zł. Wszyscy wiedzą, że to zdecydowanie za mało. Trąbią o tym od 27 lat. Ale nie wszyscy zdają sobie sprawę, że nie ma z czego dołożyć, bo teraz za brakujące miliardy trzeba wspierać dietność naszych rodaków i organizować obronę terytorialną.

### Czy się stoi, czy się leży...

Chyba tylko dogmatycy nie dostrzegą, że rządowa ustawa spowoduje wydłużenie się kolejek, a także zwiększenie zadłużenia szpitali. Bo nadal nie będą uregulowane płatności za nadwykonania. Niezależnie od tego, ile szpitale zrobią, dostaną tylko tyle, ile odgórnie ustali polityczny dysponent, który z pewnością znajdzie sprzymierzeńców w swoich przepastnych instytucjach i szpitalach klinicznych. A prywatne szpitale będą się mogły obejść smakiem. Jeśli w ogóle dostaną kontrakty, to groszowe. A o idei powołania konsorcjów, czyli stworzenia organizacji łączących szpitale publiczne z tymi jednodniowymi, czy AOS będą mogły sobie pomarzyć.

Dziś gołym okiem widać, że sieć nie może dotyczyć tylko szpitali, bo będzie ułomna. Potrzeby zdrowotne obywateli spletają się z terytorialnym miejscem udzielania usług, także w zakresie rehabilitacji leczniczej, psychiatrii i leczenia uzależnień, leczenia długoterminowego, stomatologii, zaopatrzenia ortopedycznego, etc. Szczególnie wyraziste jest to w przypadku AOS, gdzie mamy do czynienia z zagęszczeniem poradni specjalistycznych w metropoliach, przy braku podstawowych poradni w mniejszych miejscowościach.

### Pacjent dla polityków to tylko wyborca

Jedno jest pewne: wszyscy bez wyjątku będziemy się uczyć tego systemu od nowa. Szpitale – innego podziału wewnętrznego pieniędzy. Świadczeniodawcy prywatni – przedstawienia się na obsługę prywatnych pacjentów płacących z własnej kieszeni. Lekarze, pielęgniarki i personel medyczny – nowych reguł kwalifikacji, kompleksowej obsługi i rozliczania procesu leczenia pacjenta.

*A pacjent? Przecież to tylko wyborca, jak głosi każda partyjna drwina. Jak będzie mniej placówek i mniej łóżek – bo nie wszyscy zakwalifikują się do sieci – to nie ma siły, żeby mu było lepiej* – ostrzega Andrzej Sośnierz (PiS).

Sieci nie można zadekretować raz na zawsze. Trzeba stale analizować jej skuteczność. Można wierzyć albo nie, że dane z map potrzeb zdrowotnych będą obiektywne. Ale przecież z czasem zmieniają się zasoby, oby na lepsze, co może dać szansę na zwiększenie liczby oddziałów, poradni czy pracowników w sieci. Nie wspominając już o kompetentnych ekspertach, których będą potrzebować centralne i wojewódzkie instytucje zarządzające siecią. Ktoś będzie musiał spokojnie, niekoniecznie

w rytm partyjnych werbli, bezstronnie potwierdzić, że białe to białe, a nie czarne.

Miejsce szpitala w sieci powinno być nobilitacją dającą szansę na strategiczny rozwój, a nie skokiem na kasę kosztem innych podmiotów. Inaczej będzie to pic na wodę i nowa klątwa, rzucona na społeczeństwo, które

i tak cierpliwie dopłaca z własnej kieszeni za swoje zdrowotne upokorzenia. Czas pokaże, co będzie prawdziwą ceną tej systemowej operacji. I oby pacjent, dosłownie i w przenośni, wyszedł z niej żywy.

Marek STANKIEWICZ

(przedruk z „Medicusa” nr 4/17)

## KIEDY RUSZY PILOTAŻ OPIEKI KOORDYNOWANEJ POZ+?

Dobiega końca pierwszy etap wieloletniego projektu „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK-NFZ)”, pod nazwą „Opracowanie modeli koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”. Bank Światowy, który koordynuje prace, ma do końca miesiąca (kwietnia – przyp. Red.) przekazać resortowi zdrowia kompletne opracowanie.

W realizacji projektu, współfinansowanego przez Unię Europejską, uczestniczą m.in. Bank Światowy, uczelnie medyczne oraz eksperci rynku medycznego. Andrzej Zapaśnik, członek zespołu realizującego projekt poinformował portal rynekzdrowia.pl, że po ponad rocznej pracy, z trzech przygotowywanych modeli, pierwszy przeszedł już pozytywną akceptację Ministerstwa Zdrowia i zapadła decyzja o jego uruchomieniu.

W NFZ zostały wszczęte procedury związane z uruchomieniem pilotażu nazwanym roboczo „POZ+”, który jest dedykowany dla małych i średnich przychodni.

– *W tym modelu chcemy dać lekarzom odpowiednie narzędzia oraz możliwości diagnostyczno-terapeutyczne, konsultacyjne i finansowe, które zmotywują lekarza rodzinnego do kompleksowego zajmowania się pacjentami. Na realizację niektórych działań będzie dodatkowa stawka kapitacyjna, a niektóre typy świadczeń będą finansowane w systemie fee for service* – mówi Andrzej Zapaśnik, prezes Polskiej Fundacji Opieki Zintegrowanej.

### Trzy modele pilotażu

Jak wyjaśnia Anna Kozieł z Banku Światowego, na zlecenie NFZ przygotowane zostały trzy modele pilotażu opieki koordynowanej. Zostały zawarte na 400 stronach raportu. Mają być elementem działań wspierających reformy systemu ochrony zdrowia zapisanych w Policy Paper ds. Zdrowia, a wdrożenie pilotażu ma odbywać się na zasadzie realizacji projektów współfinansowanych przez fundusze strukturalne, w których instytucją wdrażającą może być NFZ. Modele pilotaży opieki koordynowanej przygotowane przez Bank Światowy mają trzy różne zakresy.

– *Model pierwszy obejmuje poszerzony zakres świadczeń, który ma być dostępny w ramach zespołu podstawowej opieki zdrowotnej. Oprócz poszerzonych kompetencji lekarza rodzinnego, dodatkowe role są tu przypisane pielęgniarkom (profilaktyka, edukacja, interwencje zdrowotne) czy koordynatorom (koordynacja organizacyjna i opieka nad pacjentami chorymi przewlekle)* – informuje Kozieł.

Drugi model dotyczy koordynacji na poziomie POZ i opieki specjalistycznej, gdzie również proponowana jest nowa funkcja koordynatora, narzędzia do realnego prowadzenia działań profilaktycznych czy też dodatkowe usługi rehabilitacyjne niezbędne części pacjentom.

Natomiast trzeci model dotyczy koordynacji opieki poszpitalnej dla osób w stanie zdrowia niepozwalającym na korzystanie z przychodni przyszpitalnych, a jednocześnie wymagających kompleksowej opieki domowej. Dodatkowym elementem tego modelu jest propozycja włączenia usług społecznych dla potrzebujących tego pacjentów.

### Rekrutacja podmiotów – możliwe, że jesienią...

Po opracowaniu założeń i odpowiednich modeli kolejną fazą realizacji projektu ma być przeprowadzenie jego pilotażu. Obecnie NFZ podejmuje szereg działań, które mają na celu jego wdrożenie, występuje o przyznanie środków na ich realizację. Konieczna jest także, od strony formalnej, zmiana ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która umożliwi wprowadzenie pilotażu.

Jeżeli do końca czerwca zostaną uregulowane wszelkie kwestie formalno-prawne, to jesienią będzie możliwa rekrutacja podmiotów, które będą w nim uczestniczyć oraz wdrożenie pilotażu.

Jak informuje Sylwia Wądrzyk, rzecznik prasowy NFZ, zainteresowanie udziałem placówek w pilotażu jest duże. – *Wiemy to na podstawie spotkań z placówkami medycznymi prowadzonymi w różnych miastach Polski. Minimalna liczba podmiotów, która powinna wziąć udział w pilotażu to 45* – mówi Wądrzyk.

– *Głównym elementem poprawy koordynacji usług medycznych będzie wypracowanie, w oparciu o przygotowany model opieki koordynowanej, optymalnego sposobu kontraktowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ na poziomie POZ* – stwierdza rzecznik Funduszu.

Kto będzie mógł wziąć udział w pilotażu? Jak wyjaśnia Sylwia Wądrzyk, podstawowym kryterium stawianym świadczeniodawcom jest realizacja opieki POZ dla populacji od 2.500 do 10.000 osób liczonej do miejsca udzielania świadczeń. Pilotaż w zakresie POZ+ ma być realizowany głównie przez mniejsze podmioty lecznicze oraz indywidualne lub grupowe praktyki lekarza rodzinnego w zakresie POZ, realizujące umowy z NFZ.

### **Ile to będzie kosztowało**

Według założeń modelowego opracowania pilotaż, mający trwać cztery lata, bez względu na liczbę biorących w nim udział świadczeniodawców, powinien objąć swoim zasięgiem do 300 tys. pacjentów.

Średni roczny wzrost wydatków na rzecz świadczeniodawców biorących udział w programie ma wynieść ok. 50%, w tym ok. 16% wyniosą wydatki na usługi lekarzy specjalistów, fizykoterapeutów oraz 12% na wydatki związane z informatyzacją oraz funkcjonowaniem koordynatorów. Według szacunków dodatkowo koszt pilotażu ma wynieść ok. 40 mln zł rocznie, w tym 20 mln zł wydatkowanych ma być w ramach funduszy unijnych.

Jak zastrzega Sylwia Wądrzyk, harmonogram realizacji pilotażu uzależniony jest od wprowadzenia zmian w ustawie o świadczeniach wprowadzających możliwość realizacji programu pilotażowego przez Fundusz oraz podpisania umowy z Ministerstwem Zdrowia na jego realizację.

### **To będzie proces wieloletni**

Według pierwotnych założeń, które przedstawiał minister Radziwiłł we wrześniu 2016 r., opieka koordynowana na poziomie POZ miała ruszyć od 1 lipca 2017 r. Z kolei rekomendacja Banku Światowego i ekspertów, na podstawie dotychczasowych światowych doświadczeń wprowadzania opieki koordynowanej mówi, o co najmniej kilku, kilkunastu latach, etapowego jej wprowadzania.

– *W procedowanej ustawie o POZ zawarto zapis o pilotażu opieki koordynowanej. W komentarzach urzędników mówi się, że ma to być pilotaż przygotowany właśnie przez zespół ekspertów Banku Światowego. Jest też propozycja, że będzie on prowadzony przez dwa lata, a od lipca 2020 roku zostanie wprowadzony w całym kraju* – mówi Zapaśnik.

– *Aby jednak wprowadzenie opieki koordynowanej było skuteczne, muszą być spełnione trzy warunki. Musi to być proces dobrowolny, zarówno dla świadczeniodawców, jak i pacjentów. Musi być to proces wieloletni oraz oczywiście konieczne jest dodatkowe finansowanie dla niego. Nie da się tego zrealizować za pieniądze, którymi dysponuje obecnie POZ* – podkreśla ekspert.

– *Jako środowisko cały czas jesteśmy jeszcze w merytorycznym sporze z ministerstwem, czy wprowadzanie opieki koordynowanej ma być obligatoryjne czy dobrowolne oraz kiedy ma być wprowadzone całym kraju* – dodaje Zapaśnik.

### **Duże zainteresowanie**

Jak informuje NFZ, w pierwszym pilotażu ma wziąć udział ok. 45 świadczeniodawców. Chętnych z pewnością nie zabraknie. Na pytanie rozesłane przez Polską Fundację Opieki Zintegrowanej do przychodni zrzeszonych w Federacji Porozumienia Zielonogórskiego, o ewentualny akces wzięcia w nim udziału, odesłano aż 170 pozytywnych odpowiedzi z całego kraju. I nie jest to jeszcze liczba zamknięta.

Wśród placówek zainteresowanych udziałem w pilotażu programu POZ+ jest między innymi Łożyńskie Centrum Medyczne. Jak wyjaśnia dr Bartosz Pędziński, zastępca dyrektora placówki, pilotaż pozwoli wykazać, że realizacja opieki zdrowotnej w modelu zintegrowanym potrafi być bardziej efektywna oraz cechować się wyższą jakością niż opieka sprawowana w aktualnym modelu.

– *Nieefektywność alokacji środków publicznych oraz zagubienie pacjenta w systemie dostrzega każdy. Brak jest integracji pomiędzy szczeblami systemu POZ, AOS i szpitalnictwem, a także brak współpracy pomiędzy profesjonalistami medycznymi tych samych szczebli oraz brak współpracy międzysektorowej. Czas, aby spróbować te nieprawidłowości zmienić* – stwierdza dr Pędziński.

We współczesnych modelach naturalnym koordynatorem opieki jest świadczeniodawca POZ. Do niego trafia pacjent w pierwszej kolejności i na tym szczeblu może być zaspokojona większość potrzeb.

– *Jest to najbardziej efektywne kosztowo. Swoje funkcje POZ pełni poprzez foundholding i gatekeeping, ale także podejście interdyscyplinarne i holistyczne, typowe dla medycyny rodzinnej. Jestem zwolennikiem takiego podejścia do opieki zdrowotnej, a ponieważ prezentowane jest ono w projekcie pilotażowym POZ+, deklarujemy swoją chęć wzięcia udziału w tym przedsięwzięciu* – dodaje dr Pędziński.

Jacek JANIK

(przedruk z „Rynku Zdrowia” wer. internetowa 26 kwietnia 2017)

# FARMAKOTERAPIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO W OPARCIU O DRABINĘ ANALGETYCZNĄ WHO (SILNE OPIOIDY) CZ. IV

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podzieliła leki przeciwbólowe w ten sposób, że umieściła je na trzech stopniach drabiny analgetycznej. Na stopniu I są proste leki przeciwbólowe (paracetamol, metamizol i NLPZ), na II szczeblu słabe opioidy (tramadol, kodeina i dihydrokodeina DHC), a na III – silne opioidy (morfina, fentanyl, buprenorfina, oksykodon, metadon i tapentadol). Do leków z każdego stopnia w określonych sytuacjach klinicznych dołączyć można leki wspomagające – adjuwantowe. Drabina stworzona została dla leków zwalczających ból towarzyszący chorobie nowotworowej, obecnie umieszczone są na niej leki stosowane w przypadku każdego rodzaju bólu przewlekłego.

Nowością wprowadzoną w ostatnich latach jest stosowanie niskich dawek silnych opioidów (np. do 30 mg morfiny, do 20 mg oksykodonu na dobę) zamiast słabych opioidów z II szczebla drabiny. Najważniejsze jest jednak dobranie leku do natężenia i rodzaju bólu oraz stopnia wydolności narządów, a także właściwe dawkowanie i łączenie leków przeciwbólowych, w którym wykorzystuje się sumowanie efektu przeciwbólowego (addycję) lub jeszcze lepiej – synergizm działania, oraz odpowiednie dobranie do danej jednostki chorobowej leków adjuwantowych. Właściwa farmakoterapia zapewnia dobry efekt przeciwbólowy u 85% chorych.

## Buprenorfina

Buprenorfina jest opioidem o właściwościach częściowego agonisty receptora opioidowego  $\mu$  oraz antagonisty receptora  $\kappa$ . Działa również przez receptory nocyceptyny. Cechą charakterystyczną częściowych agonistów receptorów opioidowych jest występowanie tzw. efektu pułapowego.

W przedziale dawek terapeutycznych (poniżej 7 mg na dobę) krzywa zależności dawka-efekt układu się liniowo, czyli każdemu zwiększeniu dawki buprenorfiny towarzyszy poprawa efektu przeciwbólowego. Oznacza to, że w tym przedziale dawek buprenorfina zachowuje się jak czysty agonista. Efekt pułapowy uzyskiwany jest dopiero po stosowaniu bardzo wysokich, przekraczających 16 mg na dobę dawek. Do tak wysokich dawek nie dochodzi się nawet w terapii uzależnień.

Buprenorfina cechuje, w przeciwieństwie do innych silnych opioidów, efekt pułapowy w zakresie depresyjnego działania na ośrodek oddechowy, co czyni ją szczególnie

przydatną w leczeniu bólu nienowotworowego, zwłaszcza u chorych w wieku podeszłym. Wydalana jest w 70–80% w postaci niezmienionej przez przewód pokarmowy i tylko w 10–30% w postaci metabolitów z moczem, dlatego nie trzeba redukować dawek leku u chorych z upośledzoną czynnością nerek. U pacjentów w podeszłym wieku właściwości farmakokinetyczne buprenorfiny pozostają niezmienione, dlatego jej dawkowanie nie wymaga istotnej modyfikacji.

Niskie ryzyko rozwoju tolerancji powoduje, że w przypadku buprenorfiny wolniej niż w przypadku czystych agonistów narasta tolerancja i znacznie rzadziej konieczne jest zwiększanie dawki. Mniej uporczywe są również towarzyszące terapii zaparcia. Z uwagi na silne powinowactwo buprenorfiny z receptorami opioidowymi efekt przeciwbólowy występuje już przy związaniu <50% receptorów opioidowych, co pozostawia dużą „rezerwę opioidową” pozwalającą na stosowanie w razie potrzeby buprenorfiny w połączeniu z innymi opioidami (np. morfina). Buprenorfina szybko wchłania się przez śluzówkę jamy ustnej, dlatego jest stosowana w postaci tabletek podjęzykowych w dawce początkowej 0,2–0,4 mg, co 6–8 godzin, a ze względu na mały rozmiar cząsteczki i wysoką lipofilność – także w postaci przezskórnych plastrów uwalniających odpowiednio 35, 52,5, 70 mg buprenorfiny na godzinę. Czas działania plastra wynosi 4 dni, zwykle jednak dla wygody stosuje się go w stałe dni, dwa razy w tygodniu, czyli co 3,5 doby (plaster generyczny wymieniany jest co 3 doby).

## Metadon

Metadon to silny opioid, który oddziałuje na receptor opioidowy  $\mu$ , ale prawdopodobnie również na receptor  $\delta$ , aktywuje układ serotoninowy i jest antagonistą receptora NMDA. To lek opioidowy o najbardziej złożonej farmakokinetyce.

Tylko 1% metadonu występuje we krwi, pozostała część tworzy rodzaj rezerwuaru w tkankach, stąd bardzo długi czas eliminacji tego leku. Metadon jest metabolizowany w wątrobie i ścianie jelit do kilku nieaktywnych metabolitów, a następnie wydalany przez nerki i przewód pokarmowy (do 60%). Ilość metadonu wydalanego z moczem zależy od jego kwasowości: spadek pH moczu powoduje zwiększenie ilości metadonu wydalanego z moczem. U chorych z niewydolnością nerek nie

zmienia się klirens metadonu, zwiększa się natomiast ilość leku wydalanego przez przewód pokarmowy. Może być w związku z tym bezpiecznie stosowany u pacjentów z niewydolnością nerek, również dializowanych. Okres półtrwania metadonu wydłuża się istotnie u chorych z ciężką niewydolnością wątroby, co nakazuje bardzo rozważne stosowanie leku u chorych z tej grupy. Podając metadon, należy pamiętać o jego długim i bardzo zmiennym czasie eliminacji, który wynosi 15–75 godzin. Oznacza to, że po wprowadzeniu zmian w dawkowaniu stan równowagi między absorpcją a wydalaniem ustala się najwcześniej po upływie kilku dni. Terapię metadonem rozpoczyna się zazwyczaj od dawek 2,5–5 mg podawanych doustnie, co 8–12 godzin.

Podobnie, jak w przypadku innych silnych opioidów ważne są interakcje farmakodynamiczne metadonu, w tym z benzodiazepinami i innymi lekami działającymi depresyjnie na OUN. Istnieją doniesienia o wystąpieniu zespołu serotoninowego u chorych leczonych metadonem w skojarzeniu z sertralina, wenlafaksyną i ciprofloksacyną. Metadon należy do leków, które mogą wydłużać odstępn QT. U pacjentów leczonych dużymi dawkami tego leku, przy współistnieniu innych czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń rytmu serca i w połączeniu ze stosowaniem innych leków, takich jak: haloperidol, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (TLPD), ciprofloksacyna, może to być przyczyną wystąpienia zagrożających życiu zaburzeń rytmu serca. Ze względu na takie ryzyko nie zaleca się łączenia metadonu z fentanyllem. Poza terapią bólu przewlekłego metadon jest stosowany w leczeniu uzależnienia od opioidów oraz zespołów abstynencyjnych. Należy jednak pamiętać, że długi okres półtrwania tego leku w tkankach, możliwość kumulacji oraz osobnicze odmienności w farmakokinytyce sprawiają, że jego dawkowanie jest bardzo indywidualne i powinno być wdrożone przez lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej lub medycyny bólu.

## Tapentadol

Tapentadol to pierwszy przedstawiciel nowej klasy farmakologicznej leków przeciwbólowych określanej MOR-NRI. Jest agonistą receptora opioidowego  $\mu$  o powinowactwie 50 razy mniejszym od morfiny oraz inhibitorem zwrotnego wychwytu noradrenaliny, nie wykazuje natomiast wpływu na wychwyt zwrotny serotoniny. Lek jest metabolizowany głównie w wątrobie (w 97% w procesie glukuronizacji), a jego metabolity nie mają działania analgetycznego. Nie wykazano jego wpływu na enzymy CYP450, nie stwierdzono także istotnych klinicznie interakcji z innymi lekami, takimi jak: paracetamol, kwas acetylosalicylowy, NLPZ, omeprazol, metoklopramid.

Tapentadol nie wywiera wpływu na układ serotonergiczny, w związku z tym nie zwiększa ryzyka niekorzystnych interakcji po łącznym podaniu z lekami z grup SNRI, SSRI, TLPD i lekami przeciwdrgawkowymi. To

bardzo ważne dla znacznego odsetka pacjentów z bólem przewlekłym leczonych przy zastosowaniu terapii skojarzonej. W przeprowadzonych dotychczas badaniach doświadczalnych i klinicznych stwierdzono dobrą skuteczność tapentadolu, zarówno w zespołach bólu ostrego (somatycznego i trzewnego), jak i przewlekłego, także bólu neuropatycznego.

Lek jest dobrze tolerowany, stwierdzono mniej przypadków zaprzestania leczenia niż w terapiach innymi opioidami, mniejszą ilość działań niepożądanych związanych z przewodem pokarmowym (nudności, wymiotów, zaparć) oraz bezpieczeństwo leku dla układu krążenia. Tapentadol podawany jest doustnie, w postaci preparatów o natychmiastowym uwalnianiu w dawce 50-75-100 mg, co 4–6 godziny (maksymalna dawka dobową 600 mg) lub preparatów o kontrolowanym uwalnianiu w dawce 25-50-100-150-200-250 mg 2 razy dziennie (maksymalnie do 500 mg na dobę). Wszystkie formy leku są dostępne w Polsce. Preparat od września 2016 r. jest refundowany dla chorych na nowotwór, przy udokumentowanej nieskuteczności morfiny lub jej nietolerancji.

## Oksykodon

Oksykodon jest półsyntetycznym opioidem, alkaloidem tebainy, agonistą receptora m i k. W porównaniu z morfiną cechuje go wysoka biodostępność po podaniu drogą doustną (42–48%). Oksykodon jest metabolizowany przy udziale CYP3A4 i CYP2D6. Udział w metabolizmie oksykodonu dwóch typów cytochromu P450 sprawia, że ryzyko interakcji farmakokinetycznych z innymi lekami jest niewielkie. Nie zaleca się stosowania oksykodonu u chorych z ciężką niewydolnością nerek i wątroby. Działania niepożądane są podobne jak w przypadku innych opioidów. Podawany jest doustnie, dożylnie lub podskórnie. Tabletki oksykodonu o kontrolowanym uwalnianiu dostępne są w dawkach 5, 10, 20, 40 i 80 mg.

W ostatnim okresie wprowadzono do terapii lek będący połączeniem oksykodonu z antagonistą receptora opioidowego – naloksonem (Targin) w preparacie o kontrolowanym uwalnianiu eliminuje zaparcia, nie wykazuje natomiast działania ośrodkowego, w związku z tym nie odwraca efektu analgetycznego oksykodonu. Jest to możliwe dzięki bardzo intensywnemu metabolizmowi wątrobowemu naloksonu (w 97% ulega on efektowi pierwszego przejścia przez wątrobę), który zabezpiecza przed przedostawaniem się większych ilości leku do krążenia systemowego i w następstwie przed osłabieniem efektu analgetycznego oksykodonu. Maksymalna dawka oksykodonu z naloksonem przy wydolnej wątrobie wynosi 160 mg na dobę.

*Małgorzata MALEC-MILEWSKA*

*Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP w Warszawie*

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów związanego z prezentowanymi w artykule zagadnieniami. Piśmiennictwo u autorki.

(przedruk z „Pulsu” nr 3/17)

## PROFIL ZAUFANY EPUAP CZY PODPIS KWALIFIKOWANY – CO WYBRAĆ?

Od 1 stycznia 2018 r., zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, dokumentacja medyczna ma być prowadzona w formie elektronicznej. Oznacza to, że taka forma dokumentowania staje się podstawową w pracy każdej placówki medycznej.

Truizmem jest stwierdzenie, że dokumentacja medyczna ma charakter sensytywny, czyli szczególnie chroniony, a co za tym idzie dostęp do informacji w niej zawartych jest bardzo ograniczony i podlega szczególnej ochronie. W celu zapewnienia bezpieczeństwa i wiarygodności danych, które tam się znajdują, wprowadzony został obowiązek odpowiedniego autoryzowania każdego wpisu lub jego zmiany. W tym celu uprawniona osoba dokonująca tych wpisów/zmian będzie miała obowiązek posługiwania się specjalnym narzędziem – podpisem elektronicznym.

Istnieją dwa rodzaje podpisu elektronicznego:

- podpis elektroniczny potwierdzony profilem zaufanym ePUAP, w rozumieniu Ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne;
- podpis kwalifikowany, który jest weryfikowany ważnym kwalifikowanym certyfikatem, w rozumieniu Ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym.

Jaka jest różnica między nimi?

- Podpis elektroniczny z wykorzystaniem platformy ePUAP jest darmowym podpisem elektronicznym. Wykorzystywany jest tylko w kontaktach z ZUS i niektórymi organami administracji publicznej. Zasięg jego skuteczności prawnej ogranicza się tylko do tych instytucji. Aby móc posługiwać się tym narzędziem, niezbędne jest spełnienie kilku warunków: założenie własnego konta na platformie ePUAP, złożenie wniosku o potwierdzenie Profilu Zaufanego, osobiste potwierdzenie własnej tożsamości w jednym z punktów potwierdzających. Użycie tej formy podpisu elektronicznego wymaga logowania się we właściwej platformie komunikacyjnej urzędu, np. w przypadku ZUS jest to: <http://pue.zus.pl>. Złożenie i następnie uwiarygodnienie podpisu wymaga jego

potwierdzenia. W tym celu osoba podpisująca dokument musi, by zatwierdzić tę operację, za każdym razem uzyskać kod autoryzacyjny przekazywany SMS-em lub poprzez pocztę elektroniczną.

- Elektroniczny podpis kwalifikowany potwierdzony certyfikatem kwalifikowanym istotnie różni się od podpisu elektronicznego potwierdzanego profilem zaufanym platformy ePUAP. Przede wszystkim spełnia rolę podpisu składanego osobiście w sposób tradycyjny. Po prostu zastępuje go. Jest bez zastrzeżeń akceptowany i honorowany przez wszystkie podmioty uczestniczące w obrocie cywilnoprawnym, zarówno w kraju, jak i za granicą. Można go używać w kontaktach z urzędami administracji państwowej, w e-sądach, przy zawieraniu umów, itp. Dziś można stwierdzić, że zastosowanie podpisu z certyfikatem kwalifikowanym jest powszechne. Użycie podpisu kwalifikowanego za pośrednictwem platformy ePUAP eliminuje konieczność dodatkowej autoryzacji i oczekiwanie na SMS lub pocztę elektroniczną. Podpis kwalifikowany identyfikuje jednoznacznie osobę, która takiej procedury używa. Pod warunkiem, że dysponent certyfikatu nie udostępni go innej osobie, co stanowiłoby naruszenie prawa i było traktowane jako przestępstwo. Podpis taki, oprócz danych osoby go używającej, posiada jeszcze jeden bardzo istotny element – znacznik czasu. Dzięki niemu możliwe jest precyzyjne ustalenie, z dokładnością co do minuty, daty i czasu wytworzenia dokumentu.

Podpis kwalifikowany nie jest darmowy. Wymaga zakupu czytnika karty kryptograficznej wraz z samą kartą oraz certyfikatu kwalifikowanego.

Wprowadzany obowiązek w zakresie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej czyni nieodzownym posiadanie podpisu elektronicznego. Tak sygnowane dokumenty są bezpieczne w rozumieniu przepisów prawa. Z uwagi na wagę problemu kwestia bezpieczeństwa zostanie rozwinięta w następnym artykule.

*Robert SULIK*

(przedruk z „Medium” nr 3/17)

## KURSY Z MEDYCYNY RODZINNEJ DLA POZ

\* \* \*

Lekarze posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych z zakresu **podstawowej opieki zdrowotnej** na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ albo którzy są zatrudnieni lub wykonują zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie takich świadczeń, **są obowiązani** w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej **ukończyć KURS W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ organizowany przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.**

Wymóg ten wynika z art. 55 ust. 2a i 2 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Zgodnie z ustawą koszty kursu pokrywa lekarz lub jednostka, z którą lekarz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Kursy takie zostały zaplanowane w tym roku w dwóch terminach.

Osoby zainteresowane udziałem w kursach prosimy o korzystanie z elektronicznego formularza zgłoszeniowego dostępnego na stronie <http://www.cmkp.edu.pl/kursy-z-medycyny-rodzinnej-dla-poz/>

### Firma EUROIMMUN POLSKA

serdecznie zaprasza wszystkich Lekarzy do wzięcia udziału w kursie online pt.: „**Diagnostyka przeciwciał ANA w teorii i praktyce**”. Kurs będzie aktywny od 3 kwietnia do 30 czerwca 2017 r. na stronie [akademia.euroimmun.pl](http://akademia.euroimmun.pl). Ukończenie kursu upoważnia do otrzymania 12 punktów edukacyjnych.

Najnowsze osiągnięcia w dziedzinie medycyny i diagnostyki laboratoryjnej umożliwiają stosowanie nowoczesnych metod diagnostycznych. Jedną z nich jest badanie obecności przeciwciał przeciwjądrowych (ANA), które mają istotne znaczenie diagnostyczne w rozpoznawaniu układowych chorób tkanki łącznej. Wierząc, że szybka i trafna diagnoza zwiększy szanse pacjentów reumatologicznych na wdrożenie skutecznego leczenia bądź zahamowanie postępu choroby, EUROIMMUN POLSKA uruchomiło kurs „Diagnostyka przeciwciał ANA w teorii i praktyce”, aby promować badania przeciwciał przeciwjądrowych zgodnie z rekomendacjami American College of Rheumatology. Patronat naukowy nad kursem sprawuje prof. dr hab. Piotr Wiland z Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

**Bądź na bieżąco! Zamów newsletter i zdobądź bezpłatny dostęp do najnowszych informacji medycznych!**

Cyklicznie wysyłamy newslettery zawierające wywiady z ekspertami, najnowsze doniesienia naukowe, aktualne informacje z zakresu ochrony zdrowia. Newslettery są przeglądem najważniejszych informacji z portali Wydawnictwa *Termedia* – mają sprecyzowany profil tematyczny, opracowywane są przez zespoły fachowców na podstawie międzynarodowych czasopism specjalistycznych, skierowane do określonych grup odbiorców:

- **[www.edermatologia.pl](http://www.edermatologia.pl)** – portal zawierający najbardziej aktualne doniesienia z dziedziny dermatologii. Łuszczyca, czerniak, trądzik, atopowe zapalenie skóry, grzybica, łupież i łojotokowe zapalenie skóry, choroby pęcherzowe, dermatologia estetyczna i kosmetologia, chirurgia dermatologiczna, dermatologia dziecięca – to wybrane kategorie dostępne w portalu.

- **[www.eonkologia.pl](http://www.eonkologia.pl)** – portal dla onkologów zawierający najnowsze doniesienia światowe i krajowe. W serwisie dostępna jest również wyszukiwarka badań klinicznych dotyczących chorób nowotworowych obejmująca wszystkie nowotwory, nad którymi prowadzone są badania w Polsce.

- **[www.egastroenterologia.pl](http://www.egastroenterologia.pl)** – największy w Polsce serwis internetowy dla gastroenterologów, skierowany do leka-

rzy specjalistów i pracowników ochrony zdrowia.

- **[www.ereumatologia.pl](http://www.ereumatologia.pl)** – portal poświęcony tematyce reumatologicznej i ortopedycznej. W serwisie codziennie: najnowsze doniesienia naukowe, aktualności z rynku farmaceutycznego, wydarzenia i książki dla reumatologów, wyszukiwarka leków refundowanych.

- **[www.epulmonologia.pl](http://www.epulmonologia.pl)** – serwis zawierający głównie informacje dotyczące chorób płuc a także zagadnienia z dziedziny alergologii.

- **[Lekarz POZ](http://www.lekarzpoz.pl)** – serwis zawierający aktualne wytyczne postępowania w diagnostyce i terapii różnych schorzeń, a także opisy przypadków, wywiady i artykuły pisane przez praktyków dotyczące najczęstszych problemów codziennej praktyki lekarskiej w POZ

## **Newsletter TOP10**

Codziennie do ponad 60 tys. odbiorców wysyłamy Newsletter Menedżera Zdrowia – TOP10 zawierający przegląd najważniejszych wiadomości sektora medycznego ukazujących się na portalach: „Menedżera Zdrowia” oraz [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

**Zapisz się do odbiorców tematycznych newsletterów Termedii:** [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl), [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), tel./faks +48 61 656 22 00

## OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, [opole@hipokrates.org](mailto: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](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

**Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)

**Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:** tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:**  
tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)

## FotOptyk



*Fot. Alfred Polok*

### BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

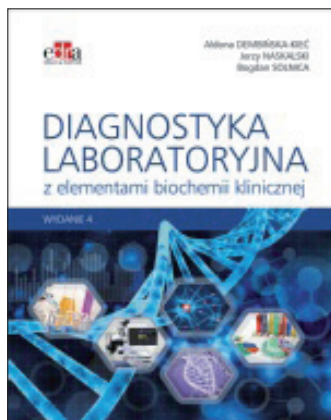
WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl); nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

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

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X

- Edra Urban & Partner Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
- Zamówienia: [ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl) • tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86



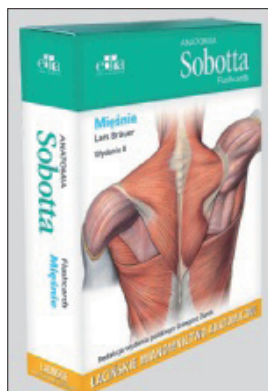
## Diagnostyka laboratoryjna z elementami biochemii klinicznej

A. Dembińska-Kieć, J.W. Naskalski, B. Solnica; wyd. IV; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-50-2, format: 168 x 238, opr. broszurowa, 909 stron, cena: 147.60 zł (328 EUP pkt)

Czwarte wydanie *Diagnostyki laboratoryjnej z elementami biochemii klinicznej* jest kontynuacją naszego zamierzenia, którym było stworzenie podręcznika zarówno dla osób studiujących medycynę i analitykę medyczną, jak i diagnostów laboratoryjnych oraz zainteresowanych lekarzy praktyków. Nowe wydanie znacznie różni się od poprzedniej wersji, co odzwierciedla dynamiczny postęp wiedzy medycznej i towarzyszącej jej medycyny laboratoryjnej. Treść podręcznika została zaktualizowana i poszerzona o opis nowych technologii i możliwości oraz zalecenia praktyki klinicznej dotyczące diagnostyki laboratoryjnej. Opracowując materiał staraliśmy się uwzględnić zakres wiedzy niezbędny dla osób przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego z medycyny diagnostyki laboratoryjnej oraz przydatny w codziennej praktyce lekarskiej.

*Z przedmowy*

\*\*\*



## Anatomia Sobotta Flashcards. Mięśnie. Łacińskie mianownictwo anatomiczne

L. Bräuer; wyd. VII, red. G. Żurek; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-27-4, format: pudełko, opr. broszurowa, 125 stron, cena: 53.10 zł (118 EUP pkt)

### Anatomia Sobotta Flashcards – Twój przenośny sposób na anatomię

*Anatomia Sobotta Flashcards* to kolorowe ilustracje struktur anatomicznych połączone z szczegółowym opisem i zwięzłym omówieniem tych struktur oraz ich korelacji klinicznych i funkcjonalnych.

To doskonała pomoc naukowa i uzupełnienie *Atlasu anatomii człowieka Sobotta*

#### Dzięki flashcards:

- ZAPAMIĘTASZ WIĘCEJ, UCZĄC SIĘ MNIEJ
- możesz się uczyć w dowolnym miejscu
- stwierdzisz, że anatomia jest możliwa do opanowania
- możesz przepytac sam siebie, bez proszenia innych

#### JAK TO DZIAŁA?

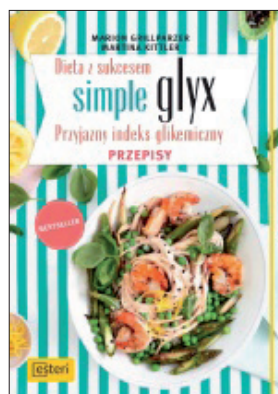
Na jednej stronie karty znajduje się opisana mianami struktura anatomiczna, z drugiej strony brak opisów umożliwia sprawdzenie nabytej wiedzy.

Przykładowe pytanie na każdej karcie ułatwi przygotowanie się do egzaminu. Odpowiedź znajduje się na odwrocie karty.

Ramki i tabele zawierają zwięzłe informacje na temat zależności klinicznych, anatomicznych i funkcjonalnych.

Miana anatomiczne są zgodne z aktualnym Terminologia Anatomica.

\*\*\*



## Dieta z sukcesem. Simple glyx. Przepisy

M. Grillparzer, M. Kittler; tłumaczenie: B. Wencka; 2017; ISBN: 978-83-65625-46-5, format: 169 x 233, opr. broszurowa, 144 strony, cena: 33.00 zł (88 EUP pkt)

Najważniejsza reguła SIMPLE GLYX, czyli diety o niskim indeksie glikemicznym:

KTO CHCE SCHUDNĄĆ, MUSI JEŚĆ.

Niniejsza książka oferuje ponad 130 przepisów, które sycą, wyszczuplają i uszczęśliwiają.

SIMPLE GLYX to dania kuchni wiejskiej. Ale też kuchnia nowoczesna. To smaczne dania w klimacie śródziemnomorskim. Szybkie potrawy z woka. Słodkości. Fascynujące doznania dla podniebienia: od zielonego koktajlu o poranku do łosia z cukinią na wieczór. Od marynowanego limburgera do musu czekoladowo-figowego. Od morelowego lassi, aż po kulki szpinakowo-sezamowe. Zupełnie zapominamy, że jesteśmy na diecie. Dieta to sposób życia. A SIMPLE GLYX to „sposób na życie” dla smakoszy. To po prostu cudowna kuchnia. Przepisy SIMPLE GLYX są smaczne, zdrowe, sycące i sprzyjają utrzymaniu szczupłej sylwetki.

Prosto i inteligentnie: jemy niskoglikemicznie, znikają wahania insuliny, chudniemy na długo.

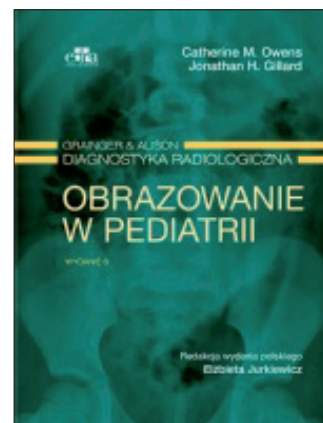
Różnorodnie: według ochoty i nastroju wybieramy spośród przepisów na dania śródziemnomorskie, azjatyckie, wiejskie i miejskie.

Na wszystkie okazje: przepisy na koktajle, müsli, chleb białkowy, przekąski, zimne i ciepłe dania główne oraz słodkości. Niezaskomplikowana kuchnia na każdy dzień, na podróż, dla przyjaciół, rodziny...

Dla wegetarian: liczne wskazówki odnośnie do wyboru składników i możliwych zamienników

SIMPLE GLYX – BO JEDZENIE TO ŻYCIE!

\*\*\*



## Obrazowanie w pediatrii. Grainger & Allison Diagnostyka radiologiczna.

C.M. Owens, J.H. Gillard; wyd. VI, red. E. Jurkiewicz; rok wydania: 2017; ISBN: 978-83-65625-70-0, format: 210 x 280, opr. broszurowa, 300 stron, cena: 134.10 zł (298 EUP pkt)

Książka składa się z ośmiu rozdziałów zaczerpniętych z podręcznika Grainger & Allison's Diagnostic Radiology (wyd. 6), z części poświęconej technikom obrazowania w pediatrii. Każdy rozdział poświęcony jest innemu narządowi i zawiera zwięzłe omówienie współczesnych technik obrazowania oraz ich zastosowania w codziennej praktyce klinicznej. Konkretnie ujęcie tematu pozwoli czytelnikowi szybko opanować podstawowe wiadomości z tej dziedziny. Przedstawiono zalety poszczególnych badań obrazowych, ich odmiany oraz najnowsze osiągnięcia diagnostyki obrazowej.

# DO PRACY W ZUS

## Jednostka ZUS: ZUS Oddział w Opolu

- stabilne zatrudnienie w ramach umowy o pracę
- uczciwe i przejrzyste zasady wynagradzania
- atrakcyjny pakiet socjalny
- bogatą ofertę szkoleń



# DWULETNI STUDIA PODYPLOMOWE DLA LEKARZY

- WSPÓŁPRACĘ Z RENOMOWANYMI OŚRODKAMI MEDYCYNY ESTETYCZNEJ
- MOŻLIWOŚĆ ZAPOZNANIA SIĘ Z TECHNIKAMI ZABIEGÓW WYKONYWANymi PRZEZ EKSPERTÓW Z POLSKI I ZAGRANICY
- PROGRAM STUDIÓW DOPASOWANY DO NAJNOWSZYCH TRENDÓW
- NOWOCZESNĄ BAZĘ DYDAKTYCZNĄ I ZABIEGOWĄ
- ZAJĘCIA W MAŁYCH GRUPACH STUDENCKICH



WSPIA.PL/CME

**Płatne przelewem na konto: 45 2490 0005 0000 4530 2393 0918**

**VITAL MEDIC**