



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Kwiecień 2019

ISSN 1426-661X

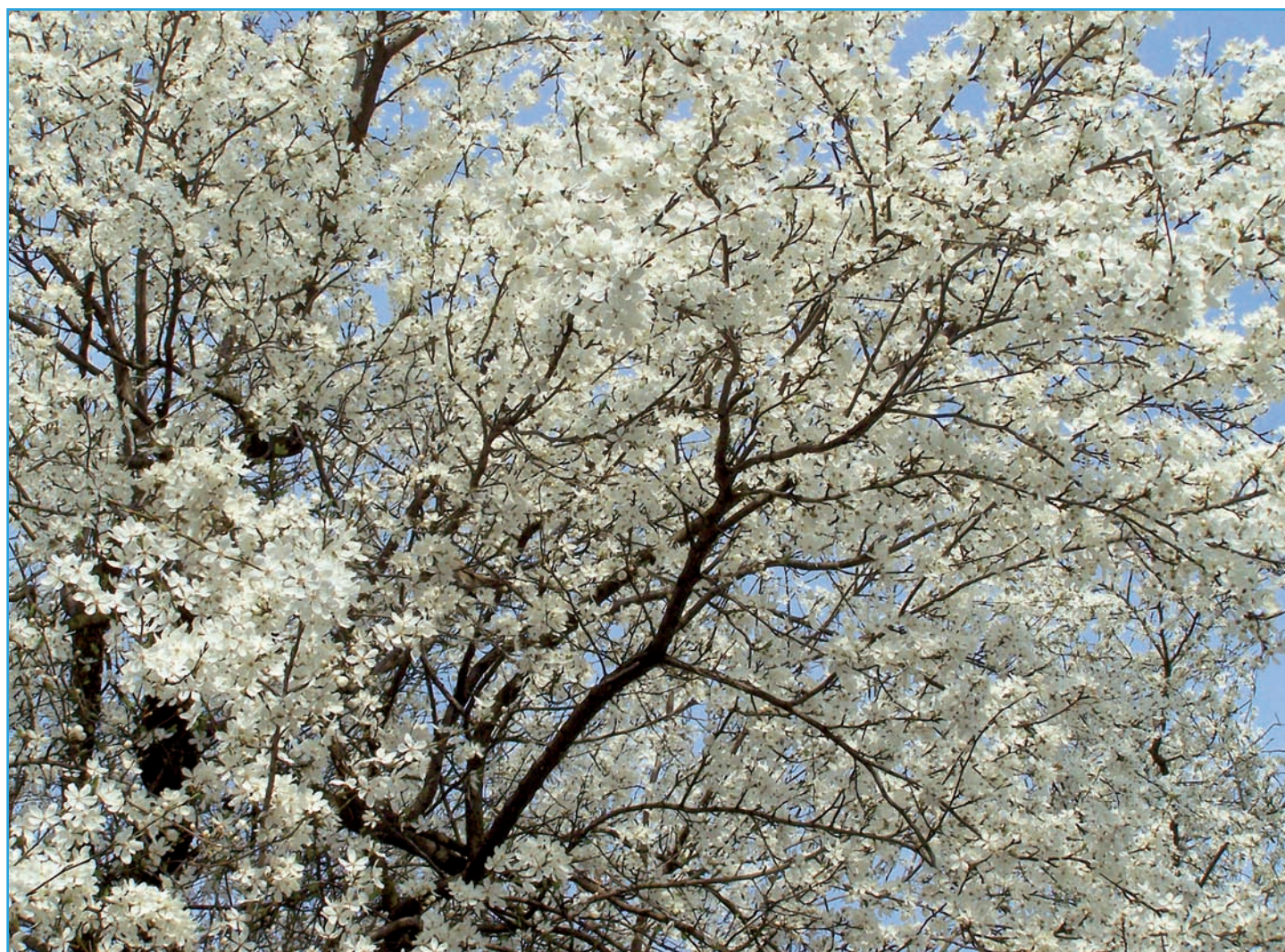
BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 269

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

WSZYSTKIEGO NAJLEPSZEGO Z OKAZJI ŚWIĄT WIELKIEJ NOCY



Fot. Jerzy B. LACH

GDZIE LWI PAZUR, TAM I ZĄB

Henri Matisse uważał, że są dwa rodzaje artystów, jeden, jak na przykład Corot – za każdym razem malują portret dłoni [...], inni natomiast – na przykład Delacroix – malują jej znak.

Nie tak dawno Jacek Poremba sfotografował Katarzynę Groniec. I udało mu się coś niemożliwego: dołączyć do tych pierwszych artystów z definicji Matisse’a i jednocześnie namalować znak. Chociaż oddał detale, i to tak wyraźnie, że można niemal policzyć komórki naskórka mimo, że odsłonił najdrobniejsze szczegóły: wciskający się pod paznokcie talk, napięte ścięgna i niebieskawą siateczkę żył, zagięcia skóry i prześwity cielistego różu wyłaniające się spod pudru, to zdjęcie jest również zaszyfrowaną wiadomością. Znakiem.

Na fotografii-obrazie dominuje dłoń udekorowana pierścieniami. To ślady dla tych, którzy łączą symbole, lubią zagadki i rozwiązują kalambusy. Na palcu wskazującym ostrzy się lwi pazur. Szpony należą do świata magii. Piosenkarka pochodzi więc z „krajiny pośredniej”, z przestrzeni „pomiędzy”. Tę podwójność sugeruje też tiul, symbol niewinności, emblemat rytuału przejścia, wstąpienia do nowego ładu. A na serdecznym palcu artystki przysiadł odlany ze szlachetnego stopu motyl. Japończycy utożsamiają go z delikatnością, kobiecością. Starożytnych Greków i Rzymian ciekawiła natomiast droga od larwy do skrzydlatej piękności. Podziwiali nie tyle doskonałość, ulotną zresztą, co zbliżanie się do niej. Metamorfozę. Poremba równo rozłożył akcenty: postawił i na zwiewność modelki i na jej potrzebę przemian.

Gdy w XVI wieku Dirck Jacobsz namalował uczonego Oci Pompeiusa, Jakob Rawaert, uwiedziony detalem z portretu, zawołał: – *Chcę jego dłoń!* I rzucił na stół ciężką sakiewkę, prosząc by obraz pocięto. Czy z portretem Katarzyny Groniec było podobnie? Nie ma wątpliwości, że ta upudrowana, ozdobiona klejnotami dłoń dopowiada artystkę. Wzmocnia jej obecność. Dookreśla: ona cała jest poezją. Doskonałością.

Z serca pożytek niewielki

Górna jedynka wielkością przypomina paznokieć małego palca, dwójka jest drobniejsza, trójka natomiast podtrzymuje załamanie łuku zębowego, stąd jej piramidalny kształt. Bliższa ściana należy do przedniego odcinka szczęki, dalsza wpisuje się już w boczny. Czwórkę z jej dwoma cienkimi korzeniami i koroną, która w przekroju podłużnym przypomina serce, często spisuje się na straty. Gdy zęby nie mieszczą się w kościach, ortodonci zalecają wyrwanie pierwszego

przedtrzonowca. *Z serca pożytek niewielki* – skarżył się Adam Asnyk. I jak tu nie wierzyć poecie? Piątka miała więcej szczęścia, jej korona jest nieznacznie mniejsza, więc natura obdarzyła ją pojedynczym korzeniem, w dodatku prostym, bez haczyków czy rozwidleń, toteż łatwo go przeleczyć. Nie bez powodu niemiecki architekt Ludwig Mies von der Rohe (1886–1976) mówił: *Mniej znaczy więcej*. Wiedzą o tym dobrze ortodonci, nie bez przyczyny nazywani architektami uśmiechu.

Szóstki przejmują na siebie prawie całą pracę związaną z gryzieniem, mieleniem, drobieniem, szatkowaniem, rozcieraniem, szarpaniem i miażdżeniem kęsów. Są jak kombajny, jak robotnicy zatrudnieni w trybie trójzmianowym. Wyrzynają się około szóstego roku życia i odtąd przeżywają bez końca. Pod warunkiem, że nie obróć się w próchno lub nie osłabi ich paradontoza. Pierwszy trzonowiec szczęki uzbrojono aż w trzy korzenie. I to wygięte jak mandragora. Bo parzyste szczęki utkano z delikatnych włókien kostnych. Muszą one utrzymać zęby i bronić szare komórki mózgu przed urazami pojawiającymi się podczas jedzenia twardych pokarmów czy zgrzytania zębami. W luźnej siatce kości gąbczastej te wszystkie napięcia wygasają, a potem rozpraszają się w zatokach szczękowych, nosowych, sitowych i czołowych. To amortyzatory chroniące mózg.

Górną siódmkę również zaopatrzone w rozwidlone korzenie, zaś ostatni w szeregu – ząb mądrości – niekiedy nie znajduje dla siebie miejsca i pozostaje w ukryciu przez całe życie. To cień przeszłości. Mamy mniejsze od praprzodków twarze, ale zęby nadal wielkie: siekacze mocne jak nagrobki, wilcze kły i trzonowce z korzeniami niczym macki ośmiornic.

Uśmiech zwykle nie odsłania całej głębi. Pokazuje tylko jej cząstkę. Zęby boczne mogą się ukryć w cieniu kłów, innym razem zasłonią je policzki. Wtedy śmieszki (siekacze) i psie zęby (kły) dopowiadają resztę, Dookreślają. Jeśli są ładne z natury lub podrobione przez biegłego w sztuce dentystę, to sugerują, że każdy detal w ustach jest doskonały.

Stają się znakiem szczególnym, jak ta dłoń z fotografii.



Jacek Poremba „Katarzyna Groniec” – fotografia

Agnieszka KANIA

Fragment książki: *Krzywy zgryz*



Drodzy Czytelnicy!

Przed Wami kolejny, kwietniowy numer Biuletynu. Co prawda zbliżają się Święta Wielkanocne, ale zawartość tego numeru

nie należy niestety do najlżejszych. Tyle się wokół dzieje, że nie sposób skomentować tego wszystkiego.

Najważniejszy jest oczywiście świeżo zakończony Zjazd Okręgowy, ale niestety cykl wydawniczy Biuletynu nie dał mi szansy na zapoznanie Was z jego przebiegiem. Dokładną relację z tego wydarzenia przeczytacie dopiero za miesiąc. Są jednak materiały, ważne dla wielu spośród Was (uchwała w sprawie „becikowego” w naszej izbie oraz zaświadczenia dla pracujących w POZ).

Sporo miejsca poświęciłem wszystkiemu, co dotyczy wypisywania recept, bo trochę się zrobiło „bałaganu”, na-

rosło wiele nieporozumień i musicie wiedzieć o wszystkich nowych rozwiązaniach dotyczących tego problemu.

Zamieszczam również materiały i komentarze dotyczące innych aktualnych wydarzeń w ochronie zdrowia.

By pomóc Wam w uzyskaniu stanu względnej równowagi psychicznej w tym zakręconym świecie, będę zamieszczał porady, jak radzić sobie ze stresem i do końca nie zwariować.

Życząc Wam udanej lektury, składam wszystkich czytającym Biuletyn najserdeczniejsze życzenia z okazji nadchodzących Świąt Wielkiej Nocy. **Zdrowia dla siebie, uśmiechu dla najbliższych, dystansu do tego co wokół** żyjemy

Jerzy B. LACH

**Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu
w dniu 2 maja 2019 r. (czwartek) będzie nieczynne.**



Koleżanki i Koledzy,

Zawód lekarza, lekarza dentysty to trudny zawód. I nie chodzi tutaj o stałe podnoszenie swych kwalifikacji, zdobywanie nowych umiejętności czy bycie na bieżąco z aktualną wiedzą medyczną. Teraz na horyzoncie

jawi się sprawa **podwójnego karania lekarzy za nieprawidłowości przy wystawianiu recept.**

Uchwalona 21 lutego 2019 r. przez Sejm ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, wprowadza kary administracyjne w związku z ordynacją leków refundowanych. A przecież są już kary za to samo w tzw. ustawie refundacyjnej. Art. 6 zmienionej ustawy, nadaje nowy wymiar przepisowi art. 52a ustawy refundacyjnej i rozszerza możliwość nakładania na lekarzy i lekarzy dentystów oraz świadczeniodawców, realizujących kontrakt z NFZ, kar administracyjnych w związku z ordynacją leków refundowanych w przypadku: prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z przepisami prawa; nieprowadzenia dokumentacji medycznej; wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi; wypisania recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy albo osoby uprawnionej; wypisania recepty niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach. Wskazane sytuacje są tożsame z sytuacjami, przewidzianymi

SZPALTA PREZESA

w obowiązującym przepisie art. 48 ust. 7a ustawy refundacyjnej, obligujące lekarza do zwrotu kwoty nienależnej refundacji. Mamy więc do czynienia z sytuacją, kiedy będzie możliwość podwójnego karania lekarzy i lekarzy dentystów. Zaprotestował Konwent (Stanowisko nr 2/2019 Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich z dnia 21 lutego 2019 r.), zaprotestował Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja (list do lekarzy-senatorów), by niekorzystny dla nas przepis został uchylony i to jeszcze w okresie *vacatio legis*, tj. w ciągu 3 miesięcy. Pozostaje oczekiwać, że tak się stanie.

Przed nami XXXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej (piszę to kilka dni przed Zjazdem). Mam nadzieję, że Koleżanki i Koledzy nie zawiodą. Wszak to nasza wspólna sprawa – Izba, Zjazd, posiedzenia komisji problemowych. Bez naszego czynnego udziału nic nie nabierze mocy i nic samo się nie robi. W tym miejscu chciałabym serdecznie podziękować tym Koleżankom i Kolegom, którzy aktywnie uczestniczą w życiu naszej Izby. Ale jednocześnie apeluję do pozostałych członków o czynne włączenie się do prac izbowych.

Kończąc, chciałabym wszystkim z okazji nadchodzących Świąt Wielkanocnych życzyć wielu pogodnych chwil spędzonych w rodzinnym gronie i z przyjaciółmi oraz radosnego Śmigusa-Dyngusa. Niech harmonia i wesoły nastrój towarzyszą Wam przez całe Święta!

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

W poprzednim numerze Biuletynu zamieściłem większość sprawozdań, jakie przedstawione zostaną delegatom na najbliższy Okręgowym Zjeździe Lekarzy. Poniżej przedstawiam pozostałe. Ponieważ Zjazd odbędzie się już po terminie oddania do druku obecnego numeru, pełne sprawozdanie z jego przebiegu ukaże się dopiero w numerze majowym.

Jerzy B. LACH

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej VIII kadencji w roku 2018

W roku 2018 wpłynęło 72 nowych spraw, a z poprzedniego okresu pozostało 27 spraw. W porównaniu z poprzednią kadencją OROZ, w której średnia roczna składowanych skarg wynosiła 72,5 można powiedzieć, że w 2018 roku utrzymała się w przybliżeniu podobna liczba składowanych skarg. W sumie w zespole Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w 2018 r. rozpatrywano 99 spraw, zakończono 66 spraw, a 33 sprawy pozostały na okres następny.

Spośród zakończonych postępowań, w 21 przypadkach (32%) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odmówił wszczęcia postępowania, a 10 spraw (15%) umorzono. Natomiast 29 spraw zakończono w inny sposób (np. przekazano ze względu na właściwość do innych OROZ).

Najczęściej zarzucane przez skarżących przewinienia to:

- nieetyczne zachowanie – 22%,
- brak należytej staranności – 48%.

W porównaniu z poprzednią kadencją zwraca uwagę wyraźny wzrost ilości skarg na brak należytej staranności podczas wykonywania czynności zawodowych przez lekarza (ponad 2-krotny wzrost ilości takich skarg). Skargi dotyczyły najczęściej następujących specjalności:

- choroby wewnętrzne – 15%,
- chirurgia ogólna – 8%,
- neurologia – 8%,
- pediatria – 7%.

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 6 spraw (9%) o ukaranie 7 lekarzy i lekarzy dentyków.

Spośród 31 spraw, które spotkały się z odmową wszczęcia postępowania lub umorzeniem, zażalenia rozpoznawane przez Okręgowy Sąd Lekarski były w 11 sprawach (35%), a Okręgowy Sąd Lekarski uwzględnił 1 (9%).

Na koniec należy zauważyć, że w 2018 r. zespół Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej liczył 10 osób, wobec 23 osób w poprzedniej kadencji oraz 30 osób w kadencji VI. Przełożyło się to na znaczny wzrost obciążenia pracą wszystkich rzeczników, którym wyrażam za to głębokie uznanie i składam podziękowanie

za ich wkład pracy. Praca w tak trudnych warunkach nie byłaby możliwa bez osobistego zaangażowania pani mgr Bożeny Jachymskiej-Kansy, prowadzącej perfekcyjnie Sekretariat Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Podziękowania należą się także wspierającej nas na bieżąco radą pani mec. Elżbiecie Jeznach.

OROZ, Wojciech Derkowski

Sprawozdanie z działalności Komisji Stomatologicznej OIL w okresie od maja 2018 do marca 2019 r.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 5 posiedzeń Komisji Stomatologicznej. Na pierwszym posiedzeniu w dniu 4 czerwca 2018 r., które to otworzyła Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, rozpoczęto od wyboru nowego przewodniczącego komisji, którą to jednogłośnie została wybrana dr Barbara Hamryszak. W kolejnych głosowaniach wybrano (również jednogłośnie) wiceprzewodniczącego – dr Roberta Rypniewskiego, sekretarza – dr Agnieszkę Chomik-Raczy oraz zastępcę sekretarza – dr Mateusza Snieżka.

Z szeregu naszych członków do Okręgowej Rady Lekarskiej wyłoniono czterech: dr dr Stanisława Chruszczyka, Justynę Grzybowską-Substelną, Barbarę Hamryszak i Wiesława Latałę.

Na zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – czterech: dr dr Donatę Hałaburdo, Jolantę Jarkę, Ewę Rogalę i Pawła Olszewskiego.

Na członków Okręgowego Sądu Lekarskiego – czterech: dr dr Annę Baszak, Olafa Kuliga, Ewę Nociń-Firlej i Katarzynę Raczy. Kol. Ewa Nociń-Firlej została Przewodniczącą Sądu Lekarskiego obecnej kadencji.

Do Okręgowej Komisji Rewizyjnej wybrano dr Włodzimierza Fijałkowskiego. Do Okręgowej Komisji Wyborczej wybrano: dr dr Stanisława Chruszczyka i Małgorzatę Lechniak. Delegatami na Krajowy Zjazd Lekarzy zostały wybrane: dr dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka i Barbara Hamryszak.

Ponadto w obecnej kadencji kol. Marta Rodziewicz-Kabarowska została wybrana Zastępcą Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, a kol. Rafał Pędich jest członkiem Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Większość podejmowanych spraw dotyczyła bieżącego rozpatrywania wniosków wynikających z prowadzenia działalności leczniczej lekarzy województwa opolskiego.

Tematem poruszonym niemal na każdym posiedzeniu Komisji były relacje z Narodowym Funduszem Zdrowia. Głównie były to sprawy dotyczące zasad kontraktowania umów, niedoszacowanej wyceny świadczeń oraz

projektów NFZ, mających na celu rozszerzenie uprawnień kontrolnych wyżej wymienionego. Niestety nasze postulaty nie znajdowały odzwierciedlenia w działaniach Opolskiego oddziału NFZ

Komisja zajmowała się także bieżącymi zagadnieniami prawnymi dotyczącymi wprowadzenia m.in.

1. RODO.
2. E-zwolnień od 01.12.2018 r.
3. Od 01.01.2019 r. obligatoryjnych separatorów amalgamatu.
4. E- dokumentacji od 31.12.2018 r., który to termin został odroczony.
5. E-recepty od 31.12.2019 r.
6. E-skierowania od 31.12.2020 r.

Ponadto zajęliśmy się sprawami związanymi z kontrolami przeprowadzanymi w gabinetach stomatologicznych przez Powiatowe Stacje Sanitarne .

Wspólnie z Komisją Kształcenia oraz z Opolskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego organizujemy szkolenia podnoszące kwalifikacje dla lekarzy dentystów, członków naszej Izby.

Komisja na łamach naszego biuletynu na bieżąco informowała o zmieniających się przepisach prawnych dotyczących prowadzenia praktyk lekarskich, organizowanych szkoleniach oraz o wszelkich wydarzeniach istotnych dla lekarzy stomatologów.

*Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej
lek. dent. Barbara Hamryszak*

* * *

Sprawozdanie z działalności Komisji Etyki Lekarskiej przy ORL w Opolu w okresie pomiędzy XXXVII a XXXVIII Okręgowym Zjazdem Lekarzy

- Komisja Etyki Lekarskiej działa w 13-osobowym składzie:
- Przewodnicząca: Marta Rodziewicz-Kabarowska,
- V-ce Przewodnicząca: Barbara Szczepanik,
- Sekretarz: Małgorzata Falenta-Hitnarowicz,
- Członkowie: Ewa Junosza-Szaniawska, Antoni Junosza-Szaniawski, Małgorzata Łuszczynska-Ostrowska, Teresa Sicińska-Werner, Karolina Kotysz, Rafał Pędich, Barbara Radecka, Paulina Rekucka, Barbara Suzanowicz, Anna Ziemba.

W okresie sprawozdawczym odbyły się 3 zebrania członków komisji. Ponadto, kol. Barbara Szczepanik uczestniczyła w pierwszym w kadencji posiedzeniu Komisji Etyki Lekarskiej NRL, natomiast przewodnicząca wzięła udział w konferencji zorganizowanej przez Wielkopolską Izbę Lekarską pt. „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności” w Gnieźnie.

Ostatnie zebranie, w którym wzięł również udział Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Wojciech Derkowski wraz z zastępcami oraz Przewodniczącą Okręgowego Sądu Lekarskiego, Ewa Nociński-Firlej wraz z zespołem sędziów, a także Zbigniew Kuzyszyn – obecnie zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzial-

ności Zawodowej, poświęcone było instytucji mediacji jako alternatywnej formy rozstrzygania sporów w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. Wyniki swoich badań w tym temacie przedstawiła prawniczka z biura NROZ Paulina Tomaszewska, doktorantka Wydziału Prawa SWPS w Warszawie.

Ponadto omawialiśmy propozycje nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, nad którymi pracuje powołany w NRL zespół.

Przed Komisją Etyki Lekarskiej wciąż stoją nierozwiązane dotąd problemy, pojawiają się nowe. Zmieniająca się rzeczywistość, frustracje, które nas gnębią, a także permanentne niedofinansowanie ochrony zdrowia przekładają się też na postawy etyczne naszego środowiska.

Mimo to, należy dokładać wszelkich starań, by w każdych warunkach pojęcie etyki lekarskiej funkcjonowało i przypominało o tym, że powinniśmy zawsze pamiętać o staniu na straży godności zawodu lekarskiego.

*Przewodnicząca KEL
Marta Rodziewicz-Kabarowska*
* * *

Sprawozdanie z działalności Komisji Młodych Lekarzy OIL w Opolu

W okresie między XXXVII a XXXVIII Okręgowym Zjazdem Lekarzy, odbyły się dwa spotkania Komisji Młodych Lekarzy.

Podczas pierwszego posiedzenia wybrano przewodniczącego KML, którym został lek. Jacek Chełchowski, wiceprzewodniczącym – lek. Konrad Rekucki, sekretarzem – lek. Sandra Siano.

Członkowie Komisji zajmowali się głównie problemami lekarzy rezydentów, związanymi z realizacją programu szkolenia specjalizacyjnego. Aktualnie przygotowywany jest raport oceniający przebieg kształcenia podyplomowego na terenie działania Izby.

Przygotowano program cyklu spotkań naukowych, podczas których młodzi lekarze przedstawiać będą koleżankom i kolegom innych specjalizacji istotne aspekty swojej dziedziny, celem usprawnienia pracy młodych lekarzy w SOR, POZ, NPL. Pierwsze spotkanie odbędzie się w dniu 20.02.2019. Wykład poprowadzi kol. Jacek Chełchowski.

Zorganizowano karnety rekreacyjno-sportowe Fit-Profit/ FitSport dla członków OIL.

Młodzi lekarze uczestniczyli także w szkoleniu, które odbyło się dn. 4.12.2018 w siedzibie Izby i obejmowało aspekty związane z rozpoczęciem działalności gospodarczej.

Delegat KML OIL uczestniczył w spotkaniu Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL, które odbyło się w dniu 9.11.2018 w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie. Podczas posiedzenia omawiano głównie zagadnienia związane ze zmianą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – „Ustawa 6%”.

Przewodniczący KML, Jacek Chełchowski

PRELIMINARZ BUDŻETOWY NA ROK 2019

	PLAN 2018	WYKONANIE 2018	PLAN 2019
I. PRZYCHODY	2 056 000,00	2 070 315,77	2 077 500,00
1. Przychody z działalności statutowej	1 999 000,00	2 016 499,27	2 023 000,00
Składki członkowskie	1 850 000,00	1 851 490,00	1 860 000,00
Refundacja z Ministerstwa Zdrowia (zadania przejęte)	110 000,00	96 014,79	100 000,00
Oplaty za rejestrację praktyk	16 000,00	15 536,00	16 000,00
Refundacja z Urzędu Marszałkowskiego (staż podypl.)	13 000,00	12 913,31	13 000,00
Komisja Bioetyczna – wydanie opinii	2 000,00	12 195,11	12 000,00
Przychody finansowe	5 000,00	11 601,15	12 000,00
Inne przychody	3 000,00	16 748,91	10 000,00
2. Przychody pozostałe	57 000,00	53 816,50	54 500,00
Wynajem pomieszczeń	1 000,00	488,20	500,00
Reklamy w Biuletynie Informacyjnym	15 000,00	8 625,00	10 000,00
Prowizja OC	41 000,00	42 653,85	42 000,00
Pozostałe przychody operacyjne	-	2 049,45	2 000,00
3. Zyski nadzwyczajne	-	-	-
II. WYDATKI	1 904 650,00	1 863 057,93	2 077 500,00
1. Koszty rodzajowe	1 304 150,00	1 324 458,98	1 439 900,00
a) Zużycie materiałów, energii, wody	165 700,00	143 503,88	131 000,00
Energia, gaz, woda	46 000,00	39 946,11	46 000,00
Artykuły biurowe	8 000,00	10 919,47	12 000,00
Środki czystości	5 000,00	3 779,93	5 000,00
Prenumerata czasopism	2 700,00	1 659,06	2 000,00
Inne materiały	104 000,00	87 199,31	66 000,00
Wybory korespondencyjne	-	-	-
b) Usługi obce	189 700,00	231 324,09	288 900,00
Remonty, konserwacja	6 500,00	8 765,15	60 000,00
Koszty kolportażu	13 000,00	15 701,29	17 000,00
Koszty Biuletynu Informacyjnego	46 000,00	41 718,60	45 000,00
Usługi pocztowe	24 000,00	26 946,63	27 000,00
Usługi prawne	74 300,00	76 928,00	88 900,00
Inne usługi	20 000,00	51 480,09	51 000,00
Tworzenie nowego rejestru lekarzy	-	-	-
Wybory korespondencyjne	5 900,00	9 784,33	-
c) Podatki i opłaty	4 000,00	3 972,20	4 000,00
d) Wynagrodzenia	598 500,00	561 832,08	617 000,00
Osobowe wynagrodzenia	425 000,00	419 637,08	451 000,00
Umowa zlecenia, umowa o dzieło	112 000,00	102 350,00	116 000,00
Nagrody za specjalizację	60 000,00	37 245,00	45 000,00
Komisja Bioetyczna	1 500,00	2 600,00	5 000,00
Wybory korespondencyjne	-	-	-
e) Świadczenia na rzecz pracowników	96 650,00	103 400,06	114 700,00
Składka ubezpieczeniowa, Fundusz Pracy, FGŚP	86 700,00	93 686,41	104 400,00
Zakładowy Fundusz Nagród	-	-	-
Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	9 250,00	9 248,15	9 800,00
BHP	700,00	465,50	500,00
f) Amortyzacja	102 100,00	100 667,61	101 000,00
Amortyzacja środków trwałych	102 100,00	100 667,61	101 000,00
g) Pozostałe koszty	147 500,00	179 759,06	183 300,00
Posiedzenia ORL i Prezydium ORL	34 000,00	36 420,61	37 000,00
Posiedzenia komisji problemowych	10 000,00	19 644,55	20 000,00
Zjazd	4 500,00	5 991,78	5 000,00
Ubezpieczenia majątkowe	7 000,00	8 205,59	8 300,00
Sport, kultura, turystyka	4 000,00	6 250,00	13 000,00
Komisja Bioetyczna - ryczałt	4 000,00	7 600,00	8 000,00
Koszty podróży	56 000,00	40 867,23	42 000,00
Inne koszty	28 000,00	54 779,30	50 000,00
Wybory korespondencyjne	-	-	-
2. Składki do NIL	277 500,00	280 589,92	280 000,00
3. Kształcenie podyplomowe	100 000,00	47 784,62	75 600,00
4. Fundusz Samopomocy	100 000,00	100 000,00	150 000,00
5. Pozostałe koszty operacyjne	-	2,39	-
6. Straty operacyjne, odsetki od kredytu	118 000,00	109 603,53	110 000,00
7. Rzecznik Praw Lekarza	5 000,00	618,49	2 000,00
8. Wydatki delegatur	-	-	20 000,00
III. DOCHÓD	151 350,00	207 257,84	0,00
Podatek dochodowy od osób prawnych	-	4 636,00	-



**Okręgowa Rada Lekarska
w Opolu**

**Wniosek
o przyznanie bezzwrotnego świadczenia w związku z urodzeniem dziecka**

1. Imię:

2. Nazwisko:

3. Ulica:

4. Nr mieszkania/nr lokalu: Kod: -

5. Miasto:

6. Powiat:

7. Województwo:

8. Gmina:

9. Identyfikator podatkowy (PESEL lub NIP)

PESEL: NIP:

10. Telefon:

11. Nr konta:

12. Data urodzenia dziecka: - - r.

13. Nazwa i adres właściwego Urzędu Skarbowego:

Oświadczam, że powyższe dane złożyłem/łam zgodnie z prawdą.

data

podpis

Informacja:

Kwota wypłaconej zapomogi ujęta zostanie w deklaracji PIT-8C, wystawionej po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym nastąpiła wypłata świadczenia dla osoby będącej beneficjentem ww. zapomogi.

Załączniki:

1. Kopia/e aktu urodzenia dziecka lub dzieci.

Informacja z działu księgowości:

☐ brak zaległości
☐ zaległości w kwocie

podpis:

Akceptacja:

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ



W dniu 18 lutego br. odbyło się kolejne posiedzenie komisji stomatologicznej. Spotkanie rozpoczęło od smutnej informacji o śmierci naszego kolegi Rafała Liphardta z Głubczyc, który zmarł 7 lutego w wieku 50 lat. Zgromadzeni uczcili minutą ciszy pamięć wieloletniego członka komisji.

Do komisji wpłynęło w dniu 15.01.2019r. pismo od Opolskiego Oddziału NFZ przedstawiające wartość środków przeznaczonych na realizację świadczeń stomatologicznych w ramach umów zawartych na rok 2019. Całociągowa kwota opiewa na 39.682.641,88 zł, w tym:

- Świadczenia ortodontyki dla dzieci i młodzieży – 4.278.525,10;
- Świadczenia protetyki stomatologicznej – 3.936.823,20;
- Świadczenia ogólnostomatologiczne – 20.423.225,56;
- Świadczenia ogólnostomatologiczne w znieczuleniu ogólnym – 1.095.226,46;
- Świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii – 2.821.110,00;
- Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży – 6.341.081,56;
- Świadczenia udzielane w Dentobusie – 264.000,00;
- Świadczenia udzielane w Dentobusie (ryczałt) – 86.760,00;
- Świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej – 435.890,00.

W dniu 02.01.2019r. komisja otrzymała również odpowiedź na pismo z dnia 05.12.2018 r. dotyczącą braku możliwości szybkiej weryfikacji przez lekarza protetyka 5-letniego okresu wykonania protezy przez pacjenta w ramach umowy z funduszem. Opolski NFZ uprzejmie po-

informował, że z uwagi na brak rozwiązań informatycznych zapewniających bezpieczeństwo udostępnianych danych osobowych, w chwili obecnej brak jest możliwości uruchomienia portalu umożliwiającego sprawdzenie przez świadczeniodawców upływu pięcioletniego okresu pozwalającego na sfinansowanie uzupełnienia protetycznego ze środków publicznych. W dalszym ciągu pacjent może uzyskać powyższe informacje na wniosek pisemny, poprzez Zintegrowany Informator Pacjenta ZIP lub osobiście w siedzibie NFZ. Natomiast lekarz taką informację może uzyskać telefonicznie – oczywiście w godzinach pracy funduszu – lub złożyć pisemny wniosek.

10 stycznia br. komisja otrzymała również pismo od Opolskiego Oddz. NFZ w sprawie wysokości finansowania kontraktów medycznych, gdzie poinformowano, że jako instytucja dysponująca środkami publicznymi podlega rygorom ustawy o finansach publicznych, i że przekroczenie planowanych kosztów świadczeń stanowi naruszenie przepisów ustawy o finansach publicznych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – fundusz nie może przekroczyć kosztów przewidzianych na ten cel w swoim planie finansowym. Jednocześnie NFZ zaznaczył, że nasz Opolski Oddział plasuje się na 4 miejscu w skali kraju względem ceny jednostki rozliczeniowej, co według komisji nijak nie przekłada się na skrajnie niskie wyceny procedur stomatologicznych.

Sekretarz KS

Lek. dent. Agnieszka RĄCZY-CHOMIK

Przewodnicząca KS

Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK

OPOLSKI HIPOKRATES 2018

We wtorkowe popołudnie 26 lutego br. w Studenckim Centrum Kultury Uniwersytetu Opolskiego w Opolu podczas uroczystej gali po raz dziewiąty nagrodzono zwycięzców plebiscytu Nowej Trybuny Opolskiej „Opolski Hipokrates 2018”. Statuetki i dyplomy odebrali najlepsi na Opolszczyźnie – zdaniem czytelników i opolskich pacjentów – lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, ratownicy medyczni oraz szefowie najlepszych przychodni i szpitali w regionie. Nagrodzono laureatów plebiscytu z poszczególnych powiatów oraz zwycięzców głosowania w skali całej Opolszczyzny.

- Zgodnie z ideą naszego plebiscytu są to ludzie, którzy fachową wiedzę i umiejętności łączą z wrażliwością, życzliwością i oddaniem dla pacjentów – przypomniał Krzysztof Zyzik, Redaktor Naczelny „Nowej Trybuny Opolskiej”.

Tegoroczny plebiscyt był wyjątkowy, bo czytelnicy NTO zgłosili podczas jego trwania ponad 800 kandydatów – ludzi w białych fartuchach, ratujących życie i zdrowie, którym w ten sposób chcieli podziękować.

Najważniejszą osobą tegorocznej uroczystości był dr hab. Jerzy Sacha – kardiolog inwazyjny, Kierownik Pracowni Hemodynamiki z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, który otrzymał tytuł Opolskiego Hipokratesa 2018. Ze względu na swój wyjazd do USA laureat nie mógł osobiście odebrać nagrody, ale dzięki łączom internetowym wiadomość o decyzji Kapituły „Opolskiego Hipokratesa” została przekazana mu bezpośrednio do Nowego Jorku. W uzasadnieniu werdyktu określono, że zespół pod jego kierownictwem dokonał pierwszej na świecie operacji udroźnienia pnia lewej tętnicy wieńcowej bez kontrastu, co stanowi przełom w leczeniu choroby wieńcowej u osób z niewydolnością nerek. Ponadto dr Sacha prowadzi pionierskie badania dotyczące zespołu kruchości, zwanego też zespołem wyczerpania rezerw.

A oto lista lekarzy i lekarzy dentystów, którym przyznano tytuły Lekarza Roku w poszczególnych kategoriach w 2018 r.:

Lekarz Rodzinny Roku:

1. Krystyna Bedyńska-Tolstych z Opola,
2. Anna Białek z Kędzierzyna-Koźła,
3. Bernard Knosala z Izbycka,
4. Pediatra Roku:
5. Jarosław Mijas ze Strzelca Opolskich,
6. Marta Bokszczyńska z Opola,
7. Agnieszka Troper-Szczepuła z Lupszy.

Stomatolog Roku:

1. Ewa Tańczak z Opola,
2. Przemysław Kopka z Kędzierzyna-Koźła,
3. Beata Karuga z Głuchołaz.

Ginekolog Roku:

1. Tomasz Sikora z Nysy,
2. Adrian Dawidziak z Nysy,
3. Aneta Machnicka-Rusek z Opola.

Chirurg Roku:

1. Sebastian Olejnik z Opola,
2. Jacek Trompeta z Kluczborka,

3. Jacek Polewiak z Opola.

Okulista Roku:

1. Agnieszka Sobura-Ojeda z Opola,
2. Bogna Cierpicka z Opola,
3. Bożena Orkisz z Prudnika.

W plebiscycie przyznano również nagrody wyróżniającym się placówkom ochrony zdrowia w naszym województwie. Do najlepszych w poszczególnych kategoriach należały:

Przychodnia Roku:

1. NZOZ Medrem-Poliklinika w Opolu,
2. Centrum Nowoczesnej Stomatologii S-dentica z Krapkowic,
3. Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy w Głuchołazach.

Szpital Roku:

1. Vital Medic – Centrum Leczenia Kręgosłupa w Kluczborku,
2. Szpital nr 1 i nr 2 SPZOZ Głuchołazach,
3. Klinika Nova Sp. z o.o. w Kędzierzynie-Koźlu.

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I i II PÓŁROCZE 2019



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
11–12.IV.2019 r. czwartek–piątek	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka	Przetaczanie krwi i jej składników – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu, ul. Kośnego
24–26.IV.2019 r. środa–piątek	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Prawo medyczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
[cz. I] 7–11.V.2019 r. wtorek–sobota [cz. II] 16–18.V.2019 r. czwartek–sobota	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
1.VI.2019 r. godz. 9.00, sobota	Piotr Majchrzyk TRANS-MED	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – dla lekarzy/lekarzy stomatologów wszystkich specjalności	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
5–6.VI.2019 r. środa–czwartek	Dr n. med. Andrzej Bunio	Geriatrya – dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego z chorób wewnętrznych	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
13–14.VI.2019 r. czwartek–piątek	Dr n. med. Janusz Zaryczyński	Alergologia – dla lekarzy objętych programem modułu podstawowego z chorób wewnętrznych	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
16–20.IX.2019 r. poniedziałek–piątek	Prof. dr hab. n. med. Krystyna Sosada	Ratownictwo medyczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
[cz. I] 8–12.X.2019 r. wtorek–sobota [cz. II] 17–19.X.2019 r. czwartek–sobota	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
6–8.XI.2019 r. środa–piątek	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Prawo medyczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23

Członkowie Opolskiej Izby Lekarskiej zgłaszają się drogą mailową na adres: opole.szukolenia@hipokrates.org.

Wniosek na szkolenie do pobrania na stronie internetowej naszej Izby – szkolenia podyplomowe

Terminy szkoleń, które są w trakcie ustalania pojawią się najszybciej na stronie internetowej Izby.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

TRAGICZNA DECYZJA KONRADA MAZOWIECKIEGO (1187–1247)

Podczas wypraw krzyżowych w Jerozolimie w roku 1190 powstał rycerski Zakon Szpitala Najświętszej Marii Panny Domu Niemieckiego zwany popularnie Krzyżackim. Głównym jego zadaniem miała być opieka nad pielgrzymami i chorymi oraz walka z niewiernymi.

W roku 1211 król węgierski Andrzej II zaprosił Krzyżaków do Siedmiogrodu w okolice dzisiejszego miasta Braşow w Rumunii celem ochrony granic państwa węgierskiego przed pogańskimi Połowcami. Ale bez zgody króla węgierskiego Krzyżacy zaczęli powiększać swoje terytorium i próbowali stworzyć swoje własne niepodległe państwo. Nic też dziwnego, że król Andrzej II w roku 1225 siłą usunął ich z Siedmiogrodu.

W tym samym czasie Krzyżacy zostali wezwani przez księcia Konrada I Mazowieckiego do obrony Mazowsza przed pogańskimi plemionami Prusów.

Kim był Konrad Mazowiecki? Urodził się około roku 1187 jako młodszy syn Kazimierza Sprawiedliwego (najmłodszego syna Bolesława Krzywoustego), był więc wnukiem Bolesława Krzywoustego. Jego starszym bratem był książę krakowski Leszek Biały zamordowany przez Pomorzan w roku 1227 w Gąsawie. Konrad Mazowiecki panował na Mazowszu i Kujawach, które nieustannie były napadane przez plemiona Prusów zamieszkujących pomiędzy dolną Wisłą i dolnym Niemnem. Prusowie wielokrotnie przekraczali granice Mazowsza. Zniszczyli nawet Płock łącznie z Katedrą i rozrzucili szczątki z grobów pochowanych tam władców piastowskich. Później trzeba było dochodzić, gdzie leżą szczątki Władysława Hermana, a gdzie Bolesława Krzywoustego. Dotarli również do Jazdowa (dzisiejsza dzielnica Warszawy-Ujazdów), gdzie zabili broniącego się księcia Siemowita I - syna Konrada Mazowieckiego. Zaczęli nawet zagrażać Kaliszowi.

Rozmowy księcia Konrada Mazowieckiego w sprawie ich przybycia do Polski rozpoczęły się w roku 1226. Zobowiązał się on oddać im Ziemię Chełmińską (miasto Chełmno), co potwierdził cesarz niemiecki Fryderyk II oraz bullą papież Grzegorz IX. Mistrzem Wielkim Krzyżaków był wówczas Herman von Salza. W największym okresie było ich ponad 1000. Na czele Zakonu Krzyżackiego stał Wielki Mistrz wybierany tajnie (m. in. Konrad Wallenrod czy pokonany pod Grunwaldem Ulryk von Jungingen) oraz Kapituła. Stolicę utworzono w Malborku, gdzie Krzyżacy wybudowali największy zamek w średniowiecznej Europie.

Po przybyciu do Polski w roku 1230 Krzyżacy szybko rozpoczęli podbój ziem pruskich. Z pomocą przychodzili im liczne grupy rycerzy z krajów niemieckich i Europy Zachodniej liczące na szybkie i bogate łupy i zdobycze z podbijanych w imię chrześcijaństwa – terytoriów. Wypra-

wy krzyżackie posuwały się wzdłuż dolnej Wisły zaś później wzdłuż wybrzeża Bałtyku. Zakładali liczne miasta: Toruń (1233), Kwidzyn (1234), Elbląg (1237), Kłajpeda (1254), Królewiec (1258). Te sukcesy osiągnęli nie tylko dzięki sile militarnej, ale również wspaniałej organizacji i olbrzymiemu bogactwu.

Krzyżacy próbowali również podbić Ruś, ale zostali pokonani przez księcia Aleksandra Newskiego w roku 1242 na Jeziorze Newskim (ciężko uzbrojeni Krzyżacy zaczęli tonąć w wodzie z uwagi na cienką powłokę lodu). Próbowali także podboju Żmudzi i Litwy, a po połączeniu się z Kawaleriami Mieczowymi w roku 1257 opanowali Inflanty (tereny dzisiejszej Łotwy i Estonii), wreszcie w latach 1308–09 zajęli Pomorze Gdańskie.

Krzyżacy w końcu na podbitych terenach utworzyli własne państwo zakonne, które w roku 1409 rozpoczęło Wielką Wojnę z Królestwem Polskim i Litwą, związanymi Unią Polsko-Litewską podpisaną w Krewie w roku 1385. Klęska Krzyżaków pod Grunwaldem w roku 1410 nie przyniosła wymiernych efektów politycznych, ponieważ wojska polsko-litewskie po tym wspaniałym zwycię-



Konrad Mazowiecki

stwie przez trzy dni po bitwie „odpoczywało” za przyzwoleniem Władysława Jagiełły i księcia Witolda i kiedy dotarło do Malborka Krzyżacy byli już doskonale przygotowani do obrony i odparcia szturm.

Nic też dziwnego, że już w roku 1454 za panowania króla Kazimierza Jagiellończyka wybuchła tzw. „Wojna trzynastoletnia” z Zakonem Krzyżackim zakończona pokojem w Toruniu w roku 1466.

W roku 1521 Wielki Mistrz Krzyżacki Albrecht Hohenzollern sekularyzował zakon i przyjąwszy luteranizm przekształcił go w księstwo świeckie tzw. Prusy Książęce, z którego w roku 1525 na krakowskim rynku złożył hołd lenny królowi Zygmuntowi Staremu (słynny „Hołd Pruski”). Przypomnieć w tym miejscu należy, że w przyszłości Prusy Książęce wezmą udział w rozbiorach Rzeczypospolitej.

W roku 1809 Zakon Krzyżacki został rozwiązany przez Napoleona i jego schronieniem stał się dwór Habsburgów

w Wiedniu. W roku 1918 zatracił swój charakter rycerski i stał się zakonem duchowym. Dotąd istnieje m. in. w Austrii, Niemczech i Belgii – często paradując na rozmaitych uroczystościach w słynnych białych płaszczach z czarnymi krzyżami. Obecnie zajmuje się działalnością duszpasterską, charytatywną i oświatową.

Kiedy Konrad Mazowiecki umierał w roku 1247 nikt nie potępiał go za sprowadzenie Krzyżaków do Polski. Postawili oni bowiem tamę najazdom pogan na ziemię polskie, cieszyli się poparciem cesarza niemieckiego i papieża, a nawet większości książąt piastowskich. Wznosili nowe miasta, zamki i kościoły zachowane do dnia dzisiejszego. Dopiero w wieku XIV kiedy państwo krzyżackie okrzepło i wykazało się polityką szczególnie ekspansyjną nikt nie miał już wątpliwości, że decyzja Konrada Mazowieckiego była tragiczna, z którą królowie polscy zmagali się ponad 200 lat.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

REAKTYWOWANY STRESSOWY ŻŁAZ MEDYKA PO RAZ TRZECI!!!

Czy pamiętacie jeszcze swoje przygody na Stressowym Żłazie Medyka w czasach studenckich! A może zdarzyło się Wam współcześnie spotkać starych przyjaciół na reaktywowanych jego dwóch edycjach? Jeśli tak, to.... **UWAGA! UWAGA!!! W dniach 10–12 maja 2019 r. odbędzie się 3 Reaktywowany Stressowy Żłaz Medyka w Kotlinie Kłodzkiej. Nasza baza to „Chata Cyborga” w Bielicach.**

PLAN OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ZDARZENIA:

- W piątkowy wieczór (10 maja) przy grillu i beczce piwa śpiewamy piosenki rajdowe – instrumentalności z gitarami i innymi instrumentami mile widziani!!!
- W sobotę (11 maja) wyruszamy w góry!! – w końcu to żłaz:
- rajdy w Góry Złote (ze zdobyciem Kowadła) lub w Góry Bialskie (ze zdobyciem Czernicy);
- dla mniej wyrobionych turystycznie – relaksowy spacer w górę Doliny Białej Łądeckiej;
- wieczorem zaś przypominamy sobie przeboje z naszych studenckich lat, piosenki biesiadne, a w charakterze „wisienki na torcie” – występ poetycki Kazimierza Pichlaka.
- Jesteśmy do waszej dyspozycji:

Ryszard Ściborski – mail: sciborski@poczta.onet.pl, tel. kom. 601-713-154,

Jerzy Lach – mail: jerzy.lach@poczta.onet.pl, tel. kom. 664-936-762.

Do zobaczenia w maju na trasie 3 Reaktywowanego Żłazu Medyka!!!

Ryszard ŚCIBORSKI i Jerzy B. LACH

JAKI BĘDZIE 2019 ROK W OCHRONIE ZDROWIA – ZAPOWIEDZI, NOWELIZACJE, PILOTAŻE

Z zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia wynika, że w 2019 r. możemy się spodziewać wprowadzenia kilku istotnych dla systemu aktów prawnych, ich nowelizacji lub – w przypadku części regulacji – przyspieszenia prac legislacyjnych. Czy spełnią oczekiwania pacjentów i środowiska medycznego? Przekonamy się niebawem, o ile kalendarz wyborczy nie spowoduje opóźnień w resortowym harmonogramie.

Część anonsowanych zmian weszła w życie 1 stycznia 2019 r. Dotyczy to, między innymi, wprowadzenia obowiązku prowadzenia części dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Chodzi o przepisy wydane na podstawie art. 13a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

E-dokumentacja medyczna częściowo odroczone

Obowiązek ten obejmuje następujące rodzaje dokumentacji medycznej: informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala, a ponadto informację dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu oraz kartę informacyjną z leczenia szpitalnego. Reguły tworzenia dokumentacji medycznej są opisane na stronie CSIOZ.

Natomiast 31 grudnia 2018 r. weszły w życie przepisy rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Odraczają one prowadzenie w postaci elektronicznej:

Historii choroby – w przypadku świadczeniodawcy wykonującego działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;

Historii zdrowia i choroby – w przypadku świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem świadczeniodawcy realizującego umowę w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki indywidualnej.

– *Zmiana wynika z faktu, iż świadczeniodawcy nie są obecnie dostatecznie przygotowani do wypełnienia obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej historii choroby oraz historii zdrowia i choroby* – argumentowało Ministerstwo Zdrowia.

E-recepta ma się stać powszechnym standardem

Od 1 stycznia 2019 r. wszystkie apteki w Polsce obowiązują realizowanie recept w formie elektronicznej. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez resort zdrowia, 7 grudnia 2018 r. liczba aptek z wygenerowanym certyfikatem dostępu przekroczyła 10 tys. (na około 14 tys. działających w kraju).

Do 31 grudnia 2018 r. wszystkie apteki i punkty apteczne miały założyć konto na Platformie P1 (Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych), wygenerować certyfikaty oraz zaktualizować oprogramowanie o moduł e-recepty i zaimportować certyfikaty P1. Przypominało o tym w komunikacie z 21 grudnia 2018 r. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Od 1 stycznia 2019 r. wszystkie apteki i punkty apteczne zobowiązane są do generowania Dokumentu Realizacji Recepty (DRR) dla wszystkich recept – zarówno w postaci papierowej, jak i elektronicznej.

Ministerstwo Zdrowia planuje, że do końca 2019 r. będzie następować stopniowe włączanie kolejnych aptek, przychodni i szpitali wystawiających e-recepty do ogólnopolskiego systemu P1, a od 2020 r. e-recepty mają obowiązywać w całej Polsce.

Pilotaż e-skierowania na dużą skalę od stycznia 2019 r.

W październiku 2018 r. ruszył pilotaż elektronicznego skierowania do lekarza. – *Wdrożenie w pełnym zakresie tego rozwiązania ma przynieść systemowi i samym pacjentom wiele korzyści. Jednym z nich jest usunięcie tzw. zeszytu, czyli listy pacjentów wprowadzanych do kolejki poza listą oczekujących* – informował wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński w trakcie spotkania dla mediów w Ministerstwie Zdrowia. Dodał, że pilotaż e-skierowania na dużą skalę będzie prowadzony od stycznia 2019 r.

– *Po wdrożeniu całościowego rozwiązania, które ma zacząć obowiązywać z dniem 1 stycznia 2020 r., e-skierowania będzie można realizować, tak jak to ma miejsce obecnie dla wersji papierowej, czyli na terenie całego kraju* – zapowiada resort zdrowia.

Kiedy wejdzie ustawa o jakości w ochronie zdrowia?

MZ zapowiedziało także przyspieszenie prac nad wprowadzeniem w życie ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta. Regulacja ta jest od dawna oczekiwana przez środowisko medyczne.

- *Projekt tej ustawy należy jak najszybciej skierować do konsultacji społecznych, a potem wdrożyć* – apelowali 8 listopada 2018 r. eksperci podczas debaty „Bezpieczny szpital przyszłości – dyrektor szpitala wobec wyzwań 2019 r.”. Dr Marek Tombarkiewicz, dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, były wiceminister zdrowia, powiedział wówczas, że MZ ma już projekt takiej ustawy.

- *Ustawa o jakości w ochronie zdrowia mogłaby poprawić jakość usług medycznych oraz poziom bezpieczeństwa w szpitalach* – podkreślił Marek Tombarkiewicz. Z kolei 13 grudnia 2018 r. wiceminister zdrowia Zbigniew Król zapowiedział, że w ustawie o jakości resort, oprócz bezpieczeństwa pacjentów, szczególną wagę przywiązuje się do tworzenia rejestrów medycznych, pozwalających m.in. na analizowanie skuteczności leczenia.

- *Wiążemy z tą ustawą duże nadzieje. Projekt tej regulacji przewiduje, m.in. konieczność analizowania zdarzeń niepożądanych według matrycy SAC – Safety Assessment Code (wprowadzonej przez amerykańskie Krajowe Centrum Bezpieczeństwa – przyp. red.). To narzędzie służące do określenia zdarzeń niepożądanych według ich ciężkości oraz częstości występowania* – podkreślał w wywiadzie dla „Rynku Zdrowia” Piotr Daniluk, dyrektor, ds. medycznych Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych.

I dodał: - *Zdarzenia o parametrach określonych za pomocą tej matrycy podlegają automatycznej rejestracji oraz analizie. Co ważne, celem tych analiz nie jest szukanie winnego, ale odpowiedź na pytanie, dlaczego do danego zdarzenia doszło.*

Wreszcie poznamy plan dla chorób rzadkich?

Równie oczekiwanym od wielu lat dokumentem – zarówno przez pacjentów, ich rodziny, jak i środowisko medyczne – jest Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.

- *W 2012 r. specjalny zespół ds. chorób rzadkich złożył w Ministerstwie Zdrowia dokument ze swoich prac, mający służyć do stworzenia Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich. Od tego czasu wciąż czekamy na wdrożenie modelowych rozwiązań w tej kwestii* – przypominał w październiku 2018 r. Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich. Dodał, że później pojawiały się kolejne wersje tego eksperckiego dokumentu, do dzisiaj jednak plan nie został wdrożony.

17 grudnia 2018 r. odbyło się pierwsze spotkanie Zespołu ds. wypracowania rozwiązań w zakresie chorób rzadkich oraz opracowania projektu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich, powołanego przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego. W skład tego gremium weszli przedstawiciele organizacji pacjentów, klinicyści i eksperci. Przewodniczącym zespołu został wiceminister zdrowia Zbigniew Król. Zgodnie z zarządzeniem ministra zdrowia, zespół zakończy swoje prace najpóźniej 28 lutego 2019 r.

Nowelizacja ustawy refundacyjnej

W najbliższych tygodniach powinniśmy także poznać ostateczny kształt nowelizacji ustawy refundacyjnej. Jedną z kluczowych zmian może być mechanizm płacenia za efekty terapii, a nie za samo podanie leku. - *Na razie wciąż jednak obowiązują wadliwe przepisy dotyczące rejestrów, które wprowadzono za poprzedniego rządu. Przygotowany został projekt ustawy, który po pierwsze likwidowałby wadliwe zapisy, a po drugie wprowadziłby możliwości szerokiego tworzenia rejestrów* – podkreślał w jednym z wywiadów były wiceminister zdrowia Krzysztof Łanda.

- *Będzie dobrze, jeśli wprowadzimy tzw. warunkową refundację wraz z gromadzeniem dowodów w przypadku, gdy są jakieś wątpliwości odnośnie do skuteczności i bezpieczeństwa leku w praktyce* – wskazywał Łanda.

Tworzenie Agencji Badań Medycznych

W 2019 r. tworzona będzie Agencja Badań Medycznych. Przypomnijmy, że projekt ustawy o ABM Rada Ministrów przyjęła 11 grudnia 2018 r. ABM ma być wyspecjalizowaną jednostką zrzeszającą krajowych i zagranicznych ekspertów, którzy będą wspólnie pracować nad innowacyjnością polskiej medycyny.

Pieniądze pozyskane z działalności Agencji zostaną przeznaczone na badania, których efekty przyniosą korzyść dla pacjentów w postaci m.in. dostępu do najnowszych terapii lekowych. - *W obecnym systemie ochrony zdrowia nie funkcjonuje wyspecjalizowana instytucja zajmująca się wspieraniem i rozwojem badań medycznych. Niekomercyjne badania kliniczne stanowią zaledwie ok. 2% wszystkich badań klinicznych prowadzonych w kraju* – wyjaśniło MZ.

Agencja Badań Medycznych będzie odpowiedzialna m.in. za: tworzenie i zarządzanie programami, na podstawie których będą finansowane projekty badawcze lub rozwojowe dotyczące nauk medycznych i nauk o zdrowiu; upowszechnianie informacji o planowanych lub ogłaszanych konkursach; ocenę wniosków i zawieranie umów z beneficjentami wyłonionymi w konkursach; nadzór i kontrolę realizacji projektów badawczych lub rozwojowych; prowadzenie własnych badań naukowych i prac rozwojowych; organizację i finansowanie badań naukowych i prac rozwojowych; wspieranie przedsiębiorstw w prowadzeniu i rozwijaniu działalności innowacyjnej w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Agencja będzie finansowana z budżetu państwa oraz odpisu z Narodowego Funduszu Zdrowia, stanowiącego 0,3% jego przychodów. Agencję dotować będą także środki unijne oraz międzynarodowe programy badawcze.

Pilotaż KONS

Także w styczniu 2019 r. na dobre ma ruszyć pilotaż Kompleksowej Opieki Nad Osobami z Niewydolnością Serca (KONS). Program przygotowany został przez

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne wspólnie z Ministerstwem Zdrowia. KONS będzie realizowany w ciągu dwóch lat przez 6 ośrodków koordynujących i współpracujące z nimi szpitale rejonowe, placówki podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.

W pierwszym etapie do KONS zostanie włączonych ok. 5 tys. pacjentów. Do realizacji pilotażu zostały wybrane – jako ośrodki koordynujące: Gdański Uniwersytet Medyczny, Instytut Kardiologii w Warszawie, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II oraz Szpital Kliniczny „Przemienienia Pańskiego” w Poznaniu.

Głównym celem programu jest redukcja śmiertelności, poprawa jakości życia i zapewnienie nadzoru nad przebiegiem choroby, a w konsekwencji zatrzymanie epidemii niewydolności serca.

Nowe wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia, w styczniu 2019 r. wprowadzone zostały nowe normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Minimalny wskaźnik zatrudnienia w oddziałach o profilu zachowawczym będzie wynosił 0,6 etatu na łóżko, a dla oddziałów o profilu zabiegowym – 0,7 etatu na łóżko. Oznacza to, że np. na 40-łóżkowym oddziale wewnętrznym będą musiały być utworzone co najmniej 24 etaty pielęgniarskie (40 łóżek razy wskaźnik 0,6). W pediatrii normy zatrudnienia pielęgniarek będą jeszcze wyższe (0,8 dla oddziałów zachowawczych i 0,9 dla zabiegowych).

W rozmowach z „Rynkiem Zdrowia” eksperci wskazywali, że nowe wskaźniki mogą doprowadzić do zwiększenia liczby pielęgniarek w szpitalach albo do redukcji łóżek, a nawet zamykania oddziałów z powodu deficytu personelu pielęgniarskiego i niespełniania nowych norm. Każdy scenariusz jest możliwy, gdyż różne są lokalne rynki pracy, na których funkcjonują szpitale.

13 grudnia 2018 r. wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko zapewniała dziennikarzy, że z analizy przeprowadzonej przez resort zdrowia wynika, że obecnie zatrudnionych w szpitalach jest wystarczająco dużo pielęgniarek i położnych, aby możliwe było osiągnięcie norm zatrudnienia określonych w rozporządzeniu.

Mapy, czyli planowanie inwestycji i kontraktowania

W 2019 r. poznamy także kolejne aktualizacje map potrzeb zdrowotnych. Resort zdrowia zapowiada, że będą publikowane wyłącznie na ogólnodostępnej platformie cyfrowej. – *W pierwszej kolejności zostaną udostępnione na platformie dane za 2017 r. – już w I kwartale 2019 r. Dane i analizy za kolejne lata będą pojawiać się wkrótce po ich zebraniu, tym samym dane za 2018 r. powinny pojawić się w drugiej połowie 2019 r.* – poinformował 19 grudnia wiceminister zdrowia Zbigniew Król na spotkaniu z dziennikarzami.

Podkreślał, że od 2019 r. mapy będą przygotowywane według nowych zasad. – *Mają przede wszystkim służyć planowaniu inwestycji oraz kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych. Takie warunki muszą spełniać mapy potrzeb zdrowotnych zgodnie z wymogami Komisji Europejskiej w zakresie finansowania ze środków wspólnotowych w perspektywie 2021–2027 inwestycji w ochronie zdrowia* – przypominał wiceminister zdrowia.

Natomiast Jakub Adamski, dyrektor Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, przypomniał, że zespół roboczy w Ministerstwie Zdrowia przy tworzeniu map potrzeb zdrowotnych ściśle współpracuje, między innymi, z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny. Wskazał też główne wyzwania dotyczące tworzenia kolejnych map, w tym m.in. konieczność poprawy jakości i dostępu do danych dotyczących chorobowości, przyczyn zgonów oraz zasobów kadrowych i sprzętowych w ochronie zdrowia.

– *W pierwszej połowie 2019 r. zaplanowaliśmy zorganizowanie 16 konferencji poświęconych poszczególnym województwom. Ich celem będzie dyskusja nad potencjalnymi zmianami w organizacji opieki w danym regionie, z uwzględnieniem wniosków płynących z map potrzeb zdrowotnych. W konferencjach wezmą udział m.in. przedstawiciele administracji rządowej i samorządowej, świadczeniodawcy oraz konsultanci wojewódzcy w poszczególnych dziedzinach medycyny* – zapowiedział Jakub Adamski.

Opr. WOK

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 1-2/19)

JAJKO – SYMBOL WIELKANOCY

Wielkanoc to najstarsze święto chrześcijańskie, bowiem obchodzone jest od siedemnastu wieków. Symbolem tych świąt jest jajko, uważane za początek nowego życia.

Przed świętami panuje zwyczaj malowania jajek. Później, już jako święcone pisanki, dzielone są wśród bliskich z życzeniami „za zdrowie”. Ta tradycja pojawiła się w Polsce w X wieku, a zwyczaj zdobienia jaj przywieźli w nasze strony Persowie.

Nie wiadomo dokładnie, dlaczego przez ostatnie 30–40 lat naukowcy obarczali jajka za powstawanie zmian miażdżycowych. Obecnie wiadomo jednak, że nie mieli racji. Cholesterol z żółtka nie powoduje miażdżycy, ponieważ jest to tzw. „dobry cholesterol”. Światowa Organizacja Zdrowia uznała białko jajka za najlepszy wzorzec składu aminokwasów. Ostatnio z białka wyizolowano cystynę, która ma hamować niektóre procesy nowotworowe. Zdrowy człowiek może spożywać 6–8 jajek tygo-

dniowo, jednak w starszym wieku należy ograniczyć ich ilość do 3–4 na tydzień.

Obecnie uważa się, że zawarte w żółtkach kwasy omega-3 oraz lecytyna działają przeciwzapalnie, przeciwzaprzepowo i przeciwmiażdżycowo – zapobiegają m.in. tworzeniu się płytek miażdżycowych w tętnicach. Obecna w jajku luteina, poprawia koncentrację, pamięć, zapobiega uszkodzeniu siatkówki oka i spowalnia starzenie się organizmu.

Jajko ma siłę działania sycące – zmniejsza uczucie głodu, co wspomaga w odchudzaniu. Zawiera również żelazo w najłatwiej przyswajalnej postaci, które niezbędne jest do tworzenia hemoglobiny. Jajka wzmacniają także system odpornościowy, ponieważ zawierają znaczne ilości witaminy A, B12 oraz selen.

Dzięki zawartości cholin, która jest składnikiem neuronów i komórek glejowych, jajka poprawiają pamięć poprzez usprawnianie przepływu informacji. Cholina pobudza także układ nerwowy, wzmacniając zdolności koncentracji i wydajność umysłową. Zapewnia również szybką regenerację po wysiłku fizycznym. Ta substancja odgrywa również ważną rolę w rozkładzie homocysteiny. Aminokwas ten, powstający podczas trawienia białka zwierzęcego, zawartego głównie w czerwonym mięsie, uszkadza śródbłonek naczyń krwionośnych (tętnic), co sprzyja inicjacji miażdżycy.

Jajka wzmacniają mięśnie, ponieważ dostarczają wysokowartościowego białka. Wzmacniają również kości

oraz zęby, gdyż są bogate w witaminę D, niezbędną do prawidłowego przyswajania wapnia. Wspomagają także prawidłowy rozwój płodu.

Obecnie wiadomo, że opinie o zaburzeniach gospodarki lipidowej – dawniej przypisywane cholesterolowi z jajek – zostały po badaniach naukowych wycofane. Natomiast w pełni potwierdzono, że zaburzenia lipidowe są następstwem palenia papierosów, nadmiernego spożywania czerwonego mięsa, otyłości, spożywania dużych ilości cukru, nadmiernego spożycia alkoholu oraz braku aktywności fizycznej.

Jajka należy spożywać na miękko, ponieważ gotowane na twardo mogą wywołać dolegliwości trawienne, głównie u dzieci. Należy także unikać spożywania jajek surowych (tzw. kogel-mogel), ponieważ zawierają awidynę, związek blokujący przyswajanie witamin z grupy B. Jajka mogą również zawierać salmonellę, bakterię powodującą silne zatrucie pokarmowe (giną w czasie gotowania).

Na zakończenie należy podkreślić, że żadne inne pożywienie, poza mlekiem matki, nie zawiera wszystkich składników potrzebnych człowiekowi, jak jajka.

Składając życzenia z okazji świąt, podzielmy się symbolicznie jajkiem, ale także spożywajmy je na co dzień dla dobra naszego zdrowia.

Włodzimierz JANISZEWSKI
lekarz epidemiolog

(przedruk z „Doktora” nr 1/17)

SZPITALA POWIATOWE CORAZ GŁOŚNIEJ WOŁAJĄ O POMOC

Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych w ostrych, wręcz dramatycznych słowach opisuje fatalną kondycję finansową placówek, spowodowaną rosnącymi obciążeniami i niską wyceną świadczeń. – *To krzyk rozpacz naszego środowiska* – wskazują dyrektorzy szpitali.

Zarząd Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych złożył 18 grudnia 2018 r. w siedzibie Ministerstwa Zdrowia na ręce szefa resortu protest dotyczący pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali powiatowych. – *Obecnie, z powodu pewnych ruchów ministerstwa, nasze placówki stanęły pod ścianą* – stwierdził Waldemar Malinowski, prezes OZPSP.

Rosnące koszty

Chodzi przede wszystkim o wzrost kosztów związanych m.in. z wynagrodzeniami wprowadzonymi przez regulację, które nakładają na szpitale obciążenia finansowe, a nie przekazują placówkom dodatkowych środków z budżetu lub NFZ, czy rekompensują straty tylko częściowo.

– *Pierwsza z tych zmian to ustawa z 8 czerwca 2017 r. o wynagrodzeniach zasadniczych w ochronie zdrowia, dalej ustawa o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, która weszła w życie w styczniu 2018 r. i planowany wzrost najniższej płacy krajowej w przyszłym roku, podwyżki pielęgniarstwa, a następnie regulacja z lipca br., gwarantująca wzrost pensji lekarzy specjalistów do poziomu 6750 zł brutto, o ile będą pracować tylko w jednej placówce* – wylicza Waldemar Malinowski.

Na przykład w tym ostatnim przypadku NFZ zwraca jedynie część kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy, nie uwzględniając pochodnych od zwiększonego wynagrodzenia. – *Podwyżki dla lekarzy specjalistów pracujących na etacie spowodowały uzasadnione roszczenia lekarzy pracujących na kontrakcie, co za skutkowało następną falą żądań placowych* – dodaje Waldemar Malinowski.

Na trudną sytuację finansową szpitali powiatowych wpływa również wzrost cen prądu i postępująca inflacja. Organizacja pracodawców szpitali powiatowych przypomina ponadto, że NFZ nie tylko nie podniósł wyce-

ny świadczeń zdrowotnych, ale w sposób istotny obniżył wycenę świadczeń w zakresie np. chorób wewnętrznych.

Zbyt niskie finansowanie

W efekcie niebagatelnego wzrostu kosztów funkcjonowania szpitala każdy dyrektor zauważył w tym roku, że niedoszacowanie wyceny procedur jest kolosalne. – *Jeden z naszych dyrektorów powiedział na spotkaniu w ministerstwie, że jeśli już miał stratę, to nigdy nie przekraczała poziomu ok. 2 mln zł, a amortyzacji – 4 mln zł, więc płynności de facto nie tracił. W tym roku może jednak osiągnąć stratę na poziomie 10 mln zł, więc taka jest skala problemu* – wskazuje Malinowski.

Pracodawcy podkreślają, że przy tej wycenie świadczeń stoją już pod murem, nie są w stanie dalej tak funkcjonować, a organy założycielskie nie będą w stanie pokryć strat, które wygenerują szpitale. – *Od roku 2017 r. nasze ryczałty de facto zwiększyły się do 2%. To nie jest procent, który nas zadowala, dlatego że koszty wzrosły o wiele więcej. Na przykład koszty leków, obsługi, wzrost wynagrodzenia minimalnego w gospodarce powodują od razu podniesienie cen usług outsourcingowych, bo firma zewnętrzna ma prawo do takich podwyżek* – przypomina szef OZPSP.

W rezultacie, choć dyrektorzy szpitali nie zamierzają łamać ustawy o finansach publicznych, do tego w tej chwili zmierzają. – *Na razie możemy zwiększyć przychody szpitali wyłącznie przez zwiększenie ilości świadczeń. Ale personel szpitalny ma swoje granice wytrzymałości. Lekarze czy pielęgniarki więcej pracować nie są w stanie. Muszą wzrosnąć ceny świadczeń* – wskazuje Jerzy Friediger, członek Naczelnej Rady Lekarskiej.

Pielęgniarki czy łóżka szpitalne?

Największym jednak problemem, przed którym stoją wszystkie szpitale, jest wejście w życie od 1 stycznia 2019 r. nowych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

– *Wiadomo doskonale, że w Polsce brakuje pielęgniarek. Nagle pojawia się rozporządzenie, które zwiększa liczbę zatrudnionych pielęgniarek dość znacznie, bo w przeciętnym szpitalu o ok. 60 osób. Skąd mamy wziąć tych pracowników? Ale rozliczani z tych wymogów będziemy jak najbardziej* – mówi Jerzy Friediger.

– *Jakie będą konsekwencje wprowadzenia tego rozporządzenia? Nasza ankieta przeprowadzona w 100 szpitalach powiatowych wykazała, że albo zlikwidujemy 4,5 tys. łóżek, albo będziemy musieli zatrudnić 3,5 tys. pielęgniarek, co jest nierealne* – zaznacza z kolei prezes OZPSP.

Pracodawcy zastanawiają się, czy jeśli szpital z powodu braku pielęgniarek będzie musiał ograniczyć swoją działalność, założmy z oddziału internistycznego 40-łóżkowego zrobi 25-łóżkowy, z chirurgicznego 30-łóżkowego zrobi 15-łóżkowy itd., to czy taka placówka będzie miała w ogóle rację bytu? Ich zdaniem nowe normy mogą spo-

wodować, że niektóre placówki przestaną spełniać funkcję szpitala powiatowego.

– *Nic nie przyniosły także apele dyrektorów o to, żeby zawód opiekunki pojawił się w świadczeniach koszykowych, bo pielęgniarka naszym zdaniem, już niedługo stanie się zawodem elitarnym i świadczenia opiekuńcze będą wykonywane przez inne zawody. Ale nasze argumenty nie znalazły posłuchu, a mamy duże braki kadrowe i jeśli pójdzie na emeryturę większa liczba pielęgniarek, to będziemy mieli za chwilę potężny problem* – przypomina Waldemar Malinowski.

Niekontrolowana czy celowa likwidacja?

Prezes OZPSP podkreśla, że związek bardzo aktywnie uczestniczył w konstruowaniu reformy wdrażającej sieć szpitali. – *W tym momencie musimy powiedzieć, że jesteśmy zawiedzeni rozwojem sytuacji, tak naprawdę nie wiemy, dokąd zmierza ta reforma, nie wiemy też, jaka jest w niej nasza rola* – podsumowuje prezes Malinowski.

Niepokój pracodawców budzi to, że może dojść do niekontrolowanego zamykania oddziałów, a nawet szpitali. Wprowadzane regulacje, bez zapewnienia środków finansowych na ich realizację, mogą doprowadzić w konsekwencji do znacznego ograniczenia dostępności świadczeń w szpitalach powiatowych. Nikt oficjalnie nie zrobił żadnej symulacji, jakie skutki może przynieść np. rozporządzenie o normach pielęgniarskich.

Co więcej, w liście otwartym do ministra zdrowia przedstawiciele powiatowych lecznic wprost wyrażają swoje opinie, że „działania te podejmowane są w sposób celowy, a celem ich jest doprowadzenie do likwidacji łóżek, a nawet części szpitali powiatowych bez oglądania się na skutki społeczne takich decyzji, ponieważ nie jesteśmy w stanie uwierzyć, że Ministerstwo Zdrowia nie zdaje sobie sprawy z oczywistych skutków prowadzonej wobec naszych Szpitali polityki” – czytamy w liście.

– *Rozumiem, gdy minister mówi, że jest za dużo łóżek szpitalnych w naszym kraju. Ale w takim razie trzeba powiedzieć otwarcie, że część szpitali musimy zamknąć* – podkreśla Waldemar Malinowski.

Podobnego zdania jest Jerzy Friediger z Naczelnej Rady Lekarskiej: – *Nie wierzę, że wprowadzając pewne zasady rozliczeń i finansowania, ich twórcy nie wiedzą, po co to robią. Tylko że cieszyłbym się, gdyby to było jasno powiedziane* – podkreśla.

Chodzi o to, że do takiego rozwiązania trzeba przygotować powiat oraz pracowników placówki. – *Dlatego, że w takim powiecie opieka zdrowotna w odpowiednim wymiarze poradni POZ i AOS musi odpowiednio funkcjonować, aby pacjenci mieli dobrą opiekę medyczną* – zaznacza szef OZPSP.

Kukułcze jajo?

Jak stwierdza Krzysztof Żochowski, wiceprezes OZPSP, przy okazji takiego spotkania, jak to wtorkowe (18 grud-

nia 2018 r.) w ministerstwie, które było krzykiem rozpaczliwego środowiska, ciężko wypracować konkretne rozwiązania.

- *Ważny jest jednak dialog. Wszystkim zależy na bezpieczeństwie zdrowotnym Polaków, a cechą dyrektorów szpitali powiatowych jest to, że jesteśmy blisko ludzi, na pierwszej linii frontu. I tą wiedzą chcemy wspierać działania resortu w kierunku większej skuteczności, efektywności wydawania pieniędzy publicznych* – wskazuje.

Andrzej Bujnowski, członek zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, zwraca uwagę na to, że problem związany z poziomem finansowania szpitali narasta: – *Wiemy, że w systemie znajdują się pieniądze na wybrane dziedziny. Z drugiej strony*

istnieje w tej chwili bardzo duże zagrożenie ciągłości dla funkcjonowania szpitali powiatowych i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

- *Dzisiaj czujemy się takim podrzuconym kukułczym jajem, którym się nikt nie zajmuje. Z jednej strony dbamy o jakość i efektywność, bo w tej biedzie musimy sobie jakoś radzić. Ale z drugiej strony, przyciśnięci do muru, wołamy o pomoc. To nasz krzyk rozpaczliwy, żebyśmy ani my, ani NFZ nie musieli wypowiadać umów* – podsumowuje Andrzej Bujnowski.

Daniel KUOPAS

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 1-2/19)

E-SKIEROWANIA POZWOLĄ NA LEPSZE MONITOROWANIE KOLEJEK

Skierowanie elektroniczne pozwoli na bezpieczniejsze i bardziej optymalne wykorzystywanie zasobów w ochronie zdrowia – podkreślił 18 lutego minister zdrowia Łukasz Szumowski. Od 2021 r. skierowania będą wystawiane obowiązkowo w wersji cyfrowej. Trwa pilotaż tego rozwiązania. Trwa od 16 października 2018 r. w wybranych podmiotach leczniczych. Docelowo pilotaż e-skierowania zostanie przeprowadzony w około 200 placówkach, które będą sukcesywnie dołączały do programu.

Ma być wygodniej

- *Ten pilotaż będzie się rozszerzał, aż będziemy mieli tę możliwość (wystawiania e-skierowań – red.) w całej Polsce i będziemy dzięki temu mogli nie tylko wygodniej korzystać z systemu ochrony zdrowia, ale również w sposób bardziej bezpieczny i optymalny wykorzystywać te zasoby, które mamy* – powiedział Łukasz Szumowski.

Resort wskazuje, że dzięki e-skierowaniom skróci się czas, jaki lekarze przeznaczają na obsługę pacjenta. Wyeliminowany zostanie także problem nieczytelnych skierowań. Ponadto e-skierowania nie da się zgubić ani zniszczyć.

Pacjent w Internetowym Koncie Pacjenta ma dostęp do wszystkich swoich e-skierowań, ich statusu i do historii leczenia. E-skierowania nie trzeba osobiście dostarczać do placówki medycznej – aby umówić się na wizytę, wystarczy zadzwonić. – *Pilotaż będzie trwał do września. W naszej ocenie w ciągu tego okresu uda się około 100 placówek podłączyć do platformy e-zdrowia* – poinformował 18 lutego na konferencji w Warszawie wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński. Wkrótce na stronie <http://mapa.pacjent.gov.pl> będzie można sprawdzić, gdzie otrzymamy lub zrealizujemy e-skierowanie.

Jakie świadczenia w pilotażu e-skierowań

E-skierowania wystawiają i cyfrowo podpisują pracownicy medyczni. Jeśli pacjent ma Internetowe Kon-

to Pacjenta – otrzymuje dane dostępne e-skierowania w wybranej przez siebie formie: SMS-a lub e-maila. Jeśli pacjent nie ma IKP – otrzymuje wydruk informacyjny. Pacjent sam wybiera placówkę, w której dane świadczenie ma być zrealizowane (placówka musi brać udział w pilotażu). Dane dostępne do e-skierowania pacjent podaje osobiście lub telefonicznie i po pozytywnej weryfikacji zostaje zapisany na wizytę.

Od 1 kwietnia skierowania w postaci elektronicznej (w ramach pilotażu) będą wystawiane m.in. na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, leczenie szpitalne, badanie tomografii komputerowej i rezonans magnetyczny.

Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których będą wystawiane e-skierowania, został określony w rozporządzeniu ministra zdrowia. W uzasadnieniu do projektu nowelizacji czytamy, że mają być to „*skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, na leczenie szpitalne oraz na wybrane badania diagnostyczne – między innymi na badania medycyny nuklearnej, na badania tomografii komputerowej, na badania rezonansu magnetycznego, na badania endoskopowe przewodu pokarmowego, na badania echokardiograficzne płodu*”.

Koniec z dublowaniem oczekujących

Wprowadzenie e-skierowań ograniczy możliwość zapisywania się na więcej niż jedną listę czekających na realizację badań czy innego rodzaju świadczeń. Po dokonaniu pierwszego zapisu skierowanie zostanie automatycznie oznaczone jako „w realizacji” i jego ponowne użycie do zapisania się u innego świadczeniodawcy nie będzie możliwe.

Janusz Cieszyński tłumaczył wcześniej (w grudniu 2018 r.) w Sejmie, że e-skierowanie jest elektronicznym odwzorowaniem dokumentu, który obecnie otrzymuje pacjent i fundamentalna systemowa zasada, że to on decyduje o wyborze realizatora, pozostanie niezmieniona.

► - *Zamiast udawać się z papierowym dokumentem skierowania do realizatora, wystarczy zadzwonić czy przekazać realizatorowi przez internet dane: albo 40-cyfrowy kod skierowania, albo PESEL i 4-cyfrowy PIN pacjenta. Za pomocą tych danych realizator „ściąga” z systemu skierowanie i zapisuje do kolejki* – wyjaśniał Cieszyński.

Przekonywał, że start pilotażu e-skierowań pozwoli uregulować kluczowe aspekty ich funkcjonowania. – *Wprowadzamy możliwość, aby NFZ przypominał SMS-em o nadchodzącym terminie wizyty. Takie informacje, wedle badań międzynarodowych, zmniejszają liczbę odwołanych wizyt nawet o 50%. Wówczas na te terminy można zaprosić innych* – mówił Cieszyński.

Monitorowanie harmonogramów przyjęć

Jak dodawał – odnosząc się do kwestii kolejek – e-skierowanie da możliwość bardziej elastycznego zarządzania listami oczekujących przez świadczeniodawcę poprzez

opcję „przełożenia” na zwolnione miejsce dowolnego pacjenta, który miał termin wizyty od 7 do 30 dni od odwołanej daty. – *W obecnym stanie prawnym, jeśli jedna osoba odwołuje wizytę, powinniśmy wszystkich przesunąć o jedno „oczko” i każdego poinformować o zmianie na piśmie. Tymczasem pacjenci zyskują pół godziny* – przekonywał wiceminister zdrowia.

Zaznaczył, że resort „otwiera oczy” NFZ na harmonogramy przyjęć. Chodzi o to, aby była możliwość ich monitorowania poprzez comiesięczne sprawozdania. – *Oprócz tego zwiększamy częstotliwość raportowania, jeżeli chodzi o następny wolny termin – z cotygodniowego na codzienny, przy czym tam, gdzie będzie to uzasadnione kwestiami technicznymi, dajemy możliwość dyrektorowi OW NFZ na zwolnienie danego świadczeniodawcy z realizowania tego obowiązku* – zaznaczył Janusz Cieszyński.

Opr. JW, PAP

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 3-4/19)

JAKOŚĆ, SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO SZCZEPIONEK

Szczepienia ochronne należą do świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktyki realizowanych w Polsce zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych. Jest on ogłaszany na kolejny rok pod koniec października w postaci komunikatu głównego inspektora sanitarnego. Zawiera wykaz obowiązkowych i zalecanych szczepień oraz zasady ich przeprowadzania. Procedura szczepienia zawsze obejmuje kwalifikację pacjenta do szczepienia poprzez badanie lekarskie i podanie szczepionki, która jest szczególnym produktem leczniczym pochodzenia biologicznego, stosowanym u osób zdrowych, poddawanych dokładnej ocenie na przestrzeni wielu lat.

Podstawy dopuszczenia szczepionek do obrotu

Szczepionki, podobnie jak inne produkty lecznicze, mogą być dopuszczone do obrotu w procedurze centralnej na terenie całej Unii Europejskiej. Proces prowadzi Europejska Agencja Leków (European Medical Agency, EMA), a decyzja ma formę pozwolenia Komisji Europejskiej (European Public Assessment Report, EPAR). W Polsce decyzję wydaje prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w oparciu o wniosek podmiotu odpowiedzialnego oraz stosowną dokumentację. Ich prawna podstawa jest określona w art. 10 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r., poz. 2211 z zm.), Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską. Zakres dokumentacji precyzuje załącznik nr 1 do dyrektywy nr 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych

stosowanych u ludzi, a także wytyczne przygotowane przez ekspertów Europejskiej Agencji Leków. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu jest wydawane po ocenie stosunku korzyści do ryzyka na podstawie dokumentacji zawierającej dane zebrane w czasie prac rozwojowych nad produktem i badań klinicznych prowadzonych zgodnie z zasadami etycznymi oraz wymaganiami dobrej praktyki wytwarzania (Good Manufacturing Practice, GMP), dobrej praktyki klinicznej (Good Clinical Practice, GCP) i dobrej praktyki laboratoryjnej (Good Laboratory Practice, GLP).

Wymagania są bardzo restrykcyjne, zawierają dodatkowe elementy w porównaniu z innymi produktami leczniczymi. Proces wytwarzania szczepionek, poszczególne etapy i zakres ich kontroli, stosowane metody badań omówione są w ogólnej oraz szczegółowych monografiach Farmakopei Europejskiej/Farmakopei Polskiej, a także wytycznych EMA, Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Międzynarodowej Konferencji ds. Harmonizacji (International Conference of Harmonization, ICH) i Europejskiej Dyrekcji ds. Jakości Środków Leczniczych (EDQM), w postaci wytycznych dotyczących wydania partii leku (Batch Release Guidelines). Kontroli podlega zarówno substancja czynna, jak również wszystkie wykorzystywane materiały. Scharakteryzowane są też odczynniki, które mogą być stosowane w procesie wytwarzania oraz substancje pomocnicze. Wymagania określone w Farmakopei mają niewątpliwą wpływ na bezpieczeństwo stosowania produktu przez pacjenta.

Należy podkreślić, że decyzja o pracach nad daną szczepionką poprzedzona jest dokładną analizą potrzeb

zdrowia publicznego oraz danych epidemiologicznych. Uwzględniane są także sugestie różnych instytucji i organizacji, w tym m.in. Światowej Organizacji Zdrowia. Następnie przeprowadza się badania przedkliniczne w warunkach laboratoryjnych z wykorzystaniem żywych komórek, bakterii, kultur tkankowych oraz badania na zwierzętach, których celem jest wstępna ocena bezpieczeństwa i immunogenności.

Po ich pomyślnym ukończeniu rozpoczyna się długi, rygorystyczny proces badań klinicznych. Obejmuje on trzy fazy. W I fazie ocenia się w grupie 20–100 ochotników bezpieczeństwo, działanie immunologiczne i tolerancję różnych dawek nowej szczepionki. Jeżeli te obserwacje wykażą jej bezpieczeństwo i dobrą tolerancję, przechodzi się do II fazy badań, w której uczestniczy 100–300 ochotników. Zostają określone potrzeby stosowania danej postaci leku, jego dawek oraz szczepionek przypominających i najkorzystniejszych odstępów czasowych między poszczególnymi dawkami. Czasami prowadzi się badania fazy pośredniej – IIb, pozwalające na wstępną ocenę jej skuteczności poprzez porównanie zapadalności wśród ochotników z grupy szczepionej i nieszczepionej grupy kontrolnej. Wymagają one udziału 2.000–9.000 osób. Najbardziej obiecujące szczepionki przechodzą do III fazy badań obejmującej 10.000 lub więcej ochotników. Ich celem jest zebranie odpowiedniej ilości danych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności, pozwalających na pozytywną opinię organów rejestrujących. Odniesieniem jest placebo (rzadko) lub zarejestrowana szczepionka. Immunogenność, określana przez stężenie swoistych przeciwciał po eksperymentalnym szczepieniu, stanowi surogat efektywności klinicznej. Badania kliniczne szczepionek różnią się od badań tradycyjnych leków, gdyż szczepionki są podawane najczęściej osobom zdrowym, w tym małym dzieciom. Wszystkie fazy są przeprowadzane z randomizacją i grupą kontrolną, metodą podwójnie ślepej próby.

Wyniki badań klinicznych potwierdzające skuteczność i bezpieczeństwo szczepionki stanowią obowiązkową część jej dokumentacji rejestracyjnej. Są one wykonywane według obowiązujących wytycznych Komitetu ds. Produktów Lekniczych Stosowanych u Ludzi (Committee on Medicinal Products for Human Use, CHMP), działającym przy Europejskiej Agencji Leków, powiązanych z wytycznymi ICH i WHO. Oprócz szczegółowego sprawozdania z przeprowadzonych badań klinicznych przedstawiany jest również plan badań skuteczności i bezpieczeństwa po wprowadzeniu produktu na rynek. Badania dotyczą trwałości utrzymywania się odporności i w związku z tym możliwej korekty schematu dawkowania lub wprowadzenia dawki przypominającej. Wszystkie szczepionki obecne w obrocie są monitorowane pod względem bezpieczeństwa, natomiast te, które zawierają nowe substancje czynne, podlegają dodatkowemu monitorowaniu, a ich druki informacyjne oznaczane są

czarnym odwróconym trójkątem. W Polsce informacje o skuteczności i bezpieczeństwie szczepień są dostępne na portalu szczepienia.info (<http://szczepienia.pzh.gov.pl>) prowadzonym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH), który jest członkiem sieci Vaccine Safety Network (VSN), podlegającej WHO. Proces produkcji szczepionek jest dłuższy, bardziej skomplikowany oraz trudniejszy niż leków chemicznych.

Skład szczepionek

Szczepionki można podzielić na dwie klasy – żywe, zawierające drobnoustroje osłabione, i zabite, inaktywowane patogeny, oczyszczone składniki nieaktywnych patogenów, oczyszczone toksoidy, oczyszczone polisacharydy otoczki oraz rekombinowane antygeny. Wyróżnia się szczepionki monowalentne – zawierające antygeny drobnoustroju chorobotwórczego jednego rodzaju lub poliwalentne, złożone z kilku, a nawet czasami kilkudziesięciu podtypów antygenów tego samego gatunku drobnoustroju. Inny podział obejmuje szczepionki swoiste i nieswoiste. Pierwsze z nich prowadzą do wytworzenia odporności w stosunku do określonego rodzaju drobnoustrojów, drugie służą ogólnej terapii bodźcowej, odpowiadają za zwiększenie ogólnej odporności. Ich działanie manifestuje się pobudzeniem produkcji wcześniej już wytwarzanych przez organizm przeciwciał i

nasileniem fagocytozy. Do szczepionek bakteryjnych należą szczepionki żywe, zawierające zawiesinę żywych, ale niezdolnych do namnażania drobnoustrojów oraz szczepionki martwe, w skład których wchodzi nieaktywne czynniki zakaźne. Innym rodzajem są anatoksyny, tzn. toksyny pozbawione właściwości toksycznych, odpowiedzialne za wytworzenie odporności czynnej.

Ważnym składnikiem szczepionek są substancje pomocnicze, do których zalicza się adiuwanty. Ich skład jakościowy i ilościowy można znaleźć w punkcie 2. Charakterystyki Produktu Leczniczego. Są one stosowane w celu przyspieszenia i zwiększenia odpowiedzi immunologicznej. Najczęściej wykorzystywane to wodorotlenek i fosforan glinu.

Zgodnie z wymogami Farmakopei całkowita zawartość związków glinu, w przeliczeniu na glin, nie może być większa od 1,25 miligrama w jednej dawce szczepionki. W skład niektórych szczepionek wchodzi substancje konserwujące, zabezpieczające przed zanieczyszczeniem mikrobiologicznym, np. tiomersal, fenoksytanol, trometamol. Ich dopuszczalną ilość określa również Farmakopea. Żaden produkt dopuszczony do obrotu w Polsce nie zawiera glinu ani rtęci w formie pierwiastkowej. Ponadto do substancji pomocniczych należą stabilizatory (cukry, białka, aminokwasy) – zapewniające właściwą immunogenność w czasie przechowywania. W szczepionkach są także obserwowane śladowe ilości substancji stosowanych w trakcie procesu ich wytwarzania, m.in.

białko jaja kurzego. Wszystkie składniki są dokładnie badane, a ich ilość jest bezpieczna. W czasie kwalifikacji do szczepienia należy uwzględnić np. uczulenie na białko jaja kurzego.

Monitorowanie bezpieczeństwa

Ocena profilu bezpieczeństwa szczepionki, a także jej skuteczności trwa cały czas, od jej opracowania, badań przedrejestracyjnych, procesu rejestracji aż do kontroli procesu wytwarzania każdej serii, następnie dopuszczania do obrotu oraz monitorowania niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Ocena laboratoryjna szczepionki obejmuje określenie tożsamości antygeny szczepionkowego (metodami immunochemicznymi, np. ELISA, Western Blot i testem neutralizacji), skuteczności poprzez ilościowe oznaczenie antygeny szczepionkowego (metodami immunochemicznymi, ilościową oceną miana wirusa lub liczby bakterii, określeniem bezpieczeństwa i immunogenności u zwierząt), bezpieczeństwa (określeniem zawartości endotoksyny, testem pirogenności) oraz spójności procesu produkcji (oceną wizualną, termostabilności, ustaleniem pH, określeniem zawartości związków glinu, stopnia adsorpcji, zawartości białek lub osmolalności).

Należy pamiętać, że podobnie jak pożądanym efektem leków towarzyszą im niepożądane działania (NDL), tak stosowanie szczepionek może również powodować występowanie niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). Są one określane jako niepożądane objawy chorobowe pozostające w związku czasowym z wykonanym szczepieniem (do 4 tygodni po podaniu szczepionki). Ich przyczyny mogą być zróżnicowane, od indywidualnej reakcji organizmu człowieka szczepionego, błędów wykonania lub podania, do zjawisk niezależnych, obserwowanych przypadkowo po ich zastosowaniu.

W załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz. U. nr 254, poz. 1711) opisano trzy rodzaje NOP – ciężkie, poważne i łagodne. Ciężkie zagrażają życiu, mogą wymagać hospitalizacji w celu ratowania zdrowia, prowadzić do trwałego ubytku sprawności fizycznej, umysłowej lub kończyć się zgonem. Poważne charakteryzują się dużym nasileniem objawów w postaci znacznego obrzęku kończyny, silnego zaczerwienienia, wysokiej gorączki, jednak nie wymagają zwykle pobytu w szpitalu w celu ratowania zdrowia, nie wiążą się z trwałym uszczerbkiem dla zdrowia, jak również nie stanowią zagrożenia dla życia. Łagodne nie mają szczególnie dużego nasilenia, manifestują się one zgodnie z danymi Instytutu Paula Ehrlicha za 2016 r. najczęściej bólem, obrzękiem i zaczerwienieniem w miejscu podania i objawami grypopodobnymi.

W Polsce system monitorowania niepożądanych odczynów poszczepiennych został wprowadzony w 1996 r.

i opiera się na zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie monitorowania bezpieczeństwa szczepień (WHO Drug Monitoring Programme, Extender Programme Immunization). WHO regularnie aktualizuje również dokument związany z niepożądanymi odczynami poszczepiennymi „Global Manual on Surveillance of Adverse Events Following Immunization”. Na szczeblu międzynarodowym funkcjonuje powołany przez WHO Komitet Doradczy ds. Bezpieczeństwa Szczepień, którego zadaniem jest ocena bezpieczeństwa szczepień w oparciu o naukowe doniesienia oraz dane epidemiologiczne.

Rejestr zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych z terenu powiatów oraz województw prowadzi Państwowa Inspekcja Sanitarna, jak również NZIP-PZH. Informacja o wystąpieniu NOP przekazywana jest także do głównego inspektoratu sanitarnego i wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych. Lekarz przesyła zgłoszenie państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu, właściwemu dla miejsca powzięcia podejrzenia wystąpienia odczynu. W przypadku ciężkiego lub poważnego NOP właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny, nie później niż po upływie godziny od powzięcia informacji, udostępnia ją właściwemu państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu, który nie później niż po upływie godziny, niezwłocznie udostępnia ją głównemu inspektorowi sanitarnemu. Niezależnie od tego, zgodnie z art. 36d Ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, działania niepożądane produktów leczniczych, w tym również szczepionek, podlegają zgłoszeniu prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Gromadzone są zgłoszenia pojedynczych przypadków działań niepożądanych pochodzących m.in. od osób wykonujących zawód medyczny oraz pacjentów lub ich przedstawicieli ustawowych. Zgłoszenie przypadku NOP może być więc przysłane zarówno przez lekarza, do którego zgłosił się pacjent podejrzewający jego wystąpienie, a także bezpośrednio przez samego pacjenta do urzędu. Częstość występowania NOP zależy od rodzaju szczepionki, jest to średnio jeden NOP na 10.000 szczepień.

Prowadzenie nadzoru nad bezpieczeństwem szczepionek poprzez zgłaszanie poszczepiennych działań niepożądanych jest bezcenne dla optymalizacji ich stosowania. Pozwala m.in. na identyfikację występujących rzadko NOP lub tych, które pojawiły się na długo po szczepieniu.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Biernacka J., *Substancje pomocnicze i śladowe pozostałości z procesu wytwarzania zawarte w szczepionkach*, Biuletyn Bezpieczeństwa Produktów Leczniczych, 2016, 1, 37-40.
- [2] *Bulletin zur Arzneimittelsicherheit Informationen aus BfArM und PEI*. https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/bulletineinzelartikel/2018-daten-pharmakovigilanz-impfstoffe-2016.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (accessed: 14.02.2018).

- [3] Cessak G., *Informacja prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych* z dnia 9 października 2018 r. w sprawie dopuszczenia do obrotu szczepionek u ludzi w Polsce i w Unii Europejskiej. <http://www.urpl.gov.pl/pl/print/4763> (data wejścia 17.01.2019).
- [4] Granowska J., *Kontrowersje wokół szczepień obowiązkowych*, opracowania tematyczne OT-660. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, Warszawa, 2018.
- [5] Koperny M., Bała M., Bandoła K., Seweryn M., Żak J., *Analiza występowania niepożądanych odczynów poszczepiennych w Polsce w latach 2003–2012*, Probl. Hig. Epidemiol., 2014, 95, 609–615.
- [6] Medaglini D., De Azero M.R., Leroy O., Bietrix F., Denoel P., *Innovation partnership for a roadmap on vaccines in Europe (IP-ROVE): a vision for the vaccines of tomorrow*, Vaccine, 2018, 36, 1136–1145.
- [7] Merkle A., Lechner H., Öpplig V., Meyer H., *Prüfung von Impfstoffen*. Bundesgesundheitsbl 2014, 57, 1188–1192. DOI 10.1007/s00103-014-2037-x.
- [8] Olear V., Kristufkova Z., Stefkovicova M., *How do we evaluate and manage many different vaccination schedules in the EU?*, Cent. Eur. J. Public Health, 2015, 23, 218–222.
- [9] Pieszka M., Waksmańska W., Woś H., *Wiedza rodziców dzieci do drugiego roku życia na temat szczepień ochronnych*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, 22, 221–226.
- [10] Pinkas J., *Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018 r. w sprawie Programu Szczepień Ochron-*

nych na rok 2019. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, Warszawa, dnia 25 października 2018 r., poz. 104.

- [11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania, Dz. U. nr 254, poz. 1711.

Anna WIELA-HOJEŃSKA,
Beata SIENKIEWICZ-OLESZKIEWICZ

Prof. zw. dr hab. Anna WIELA-HOJEŃSKA – Kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Klinicznej UM we Wrocławiu, konsultant wojewódzki ds. farmakologii klinicznej dla województwa dolnośląskiego, przewodnicząca: Polskiego Towarzystwa Farmakologii Klinicznej i Terapii, Komisji Farmakologii i Farmacji Klinicznej oraz Terapii w Komitecie Terapii i Nauk o Leku PAN oraz grupy eksperckiej Farmakoterapeutycznej Komisji Farmakopei, członkini Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów.

Mgr Beata SIENKIEWICZ-OLESZKIEWICZ – asystent w Katedrze i Zakładzie Farmakologii Klinicznej UM we Wrocławiu oraz czynny zawodowo farmaceuta. W pracy naukowej zajmuje się badaniami nad bezpieczeństwem farmakoterapii w kontekście zmienności genetycznej.

(przedruk z „Medium” nr 3/19)

PORZUCENIE OSOBY STARSZEJ W SZPITALU

Przy okazji świąt, wakacji czy długich weekendów media regularnie donoszą o przypadkach porzucenia osób starszych w szpitalach. Problem jest niewątpliwie poważny i wiąże się z szerszym zagadnieniem tzw. pacjentów socjalnych. Na przykład w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach rocznie notuje się 50 przypadków porzucenia pacjentów. Znaczna część łóżek stale przeznaczona jest dla osób przebywających w szpitalu ze względów społecznych, a nie zdrowotnych.

Zjawisko dotyczy przede wszystkim osób starszych, które wymagają nie tylko leczenia, ale przede wszystkim opieki i pielęgnacji. Często przebywają one w domu, pod opieką członków rodziny, którzy często nie mają kwalifikacji i możliwości, aby stale sprawować opiekę. Kiedy następuje pogorszenie stanu zdrowia osoby starszej albo rodzina już nie może lub nie chce sprawować opieki, wzywa się karetkę, by tę osobę zawieźć do szpitala. Poprawa stanu zdrowia wymaga niekiedy długotrwałej hospitalizacji, co może wynikać z zaniedbań

w opiece domowej, ale w końcu przychodzi moment, kiedy pacjent kwalifikuje się do wypisania. Zdarza się wówczas, że nikt z rodziny po takiego pacjenta się nie zgłasza, a ze względu na wiek i stan zdrowia nie jest on w stanie funkcjonować samodzielnie.

Czy porzucenie przez opiekuna osoby starszej w szpitalu ma konsekwencje prawne? Wydaje się, że nie. Kodeks karny w art. 210 kryminalizuje czyn polegający na porzuceniu, wbrew obowiązkowi troszczenia się, osoby nieporadnej ze względu na stan psychiczny i fizyczny. Prawny obowiązek otoczenia troską osoby starszej przez

członków jej rodziny można wyprowadzić z kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, który nakłada obowiązek alimentacji na krewnych w linii prostej oraz rodzeństwo. Jednak Sąd Najwyższy w uchwale z 4 czerwca 2001 r. wyjaśnił, że „porzucenie”, o którym mowa w kodeksie karnym, oznacza działanie polegające na opuszczeniu osoby nieporadnej połączone z zaprzestaniem troszczenia się o nią, bez zapewnienia jej opieki ze strony innych osób. Pozostawienie osoby starszej w szpitalu, nawet w poczekalni SOR, nie wydaje się podlegać kodeksowej definicji „porzucenia”. Osoba starsza, podstawiona pod szpital, otrzyma niewątpliwie niezwłoczną pomoc. Brak reakcji narażałby personel placówki medycznej na odpowiedzialność, a prawidłowe zachowanie pracowników szpitala zwalnia zarazem z odpowiedzialności karnej opiekuna.

Ten swoisty paradoks to nie jedyna wada obowiązujących rozwiązań prawnych. Wspomniany kodeks rodzinny i opiekuńczy nakłada co prawda obowiązek alimentacji na rzecz osoby starszej i nieporadnej wobec szerokiego grona rodziny, ale w praktyce skonkretyzowanie takiego obowiązku oraz określenie jego zakresu pozostawione jest zainteresowanej osobie, która musiałaby wystąpić przeciwko członkom rodziny na drogę sądową. Brak systemowego wsparcia w tym zakresie prowadzi do tego, że są to sprawy rzadkie.

Systemowe rozwiązania powinny polegać na współpracy placówek służby zdrowia z opieką społeczną. Możliwości jednych i drugich są jednak ograniczone. Dla osób porzuconych w szpitalu, po udzieleniu niezbędnych świadczeń, poszukuje się zazwyczaj miejsca w domu

opieki społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub hospicjum. Znalezienie go bywa trudne, szczególnie w krótkim czasie. Pewnych form wsparcia rodzinie osoby starszej może udzielić pomoc społeczna, która na wniosek przydziela usługi gospodarcze lub pielęgnacyjne, polegające m.in. na pomocy pracownika socjalnego w codziennych czynnościach, takich jak robienie zakupów, umycie się, jedzenie.

W krajach zachodnich funkcjonuje system *respite care* polegający na tymczasowym wyręczeniu opiekunów, jeśli przez pewien czas nie mogą zajmować się osobą starszą. Opieka nad starszym członkiem rodziny trwa nieraz wiele lat, bywa obciążająca i czasochłonna. Rozwiązania funkcjonujące w Niemczech, we Francji oraz Wielkiej Brytanii pozwalają na okresowe przejęcie obowiązków opiekuna przez instytucje publiczne. Taka doraźna pomoc trwa nie dłużej niż kilka tygodni, później opiekun

wraca do dotychczasowej roli. System tymczasowej opieki nad osobami starszymi stale się rozwija i jest uznawany za skuteczne rozwiązanie problemów, jakie przynosi konieczność długotrwałej opieki. Niewątpliwie warto byłoby rozważyć budowę takiego systemu w Polsce, opartego na ośrodkach lokalnych.

Problem osób starszych pozostawionych w szpitalu przez rodzinę ujawnia typowe mankamenty polskiego systemu prawnej ochrony zdrowia. Z jednej strony brak odpowiednich instrumentów, aby reagować wobec niepokojących incydentów porzuceń, z drugiej zaś – nie ma rozwiązań systemowych umożliwiających pomoc opiekunom, którzy muszą sprawować długotrwałą i wymagającą opiekę nad osobą starszą.

Filip NIEMCZYK
advokat

(przedruk z „Pulsu” nr 2/19)

ZATRZYMAJ SIĘ ...

Niedoczas, wielozadaniowość, presja stałego doskonalenia się, pracoholiczne nawyki, starania, by być miłym lub wszytkowiedzącym... Udowadnianie omnipotencji potrafi wyczerpać. Odmawiamy sobie prawa do kruchości i wrażliwości. Odwracamy się od swojej prawdziwej kondycji psychofizycznej, wypierając to, co świadczy o zmęczeniu. Nie pozwalamy sobie odpocząć po wykonanym zadaniu, świętować sukcesu bez jednoczesnego planowania kolejnego, czy osiągać tyle, ile nam wystarcza.

Uważność jest jak przygoda. To nowy sposób funkcjonowania w świecie. Medytacja, czyli kontakt z własnym doświadczeniem wewnętrznym i zewnętrznym, jest bliska medycynie. Uzdrawia i przynosi ulgę. Taki stan umysłu można wyćwiczyć praktykami uważności. I o nich będę pisać w kolejnych odcinkach cyklu „Uważność a medycyna”. Przedstawię techniki rozwijania uważności, wyniki badań nad uważnością oraz najnowsze trendy w tej dziedzinie, która coraz częściej wspiera służbę zdrowia, edukację i biznes. Moim celem jest propagowanie uważności jako metakompetencji pozwalającej lepiej pracować i godnie żyć.

Jako lekarze mamy spotkać drugiego człowieka w jego słabości i sile. Ale nie sposób tego dokonać, jeśli najpierw nie potraktujemy tak sami siebie. Czy potrafimy być dla siebie jednocześnie lekarzem i pacjentem? Dawać i brać mądrość? Często ci, którzy szukają naszej pomocy i których nazywamy pacjentami są naszymi nauczycielami. Praca z nimi, jest sposobem pracy nad sobą.

Pokazują swoje zmartwienia: ich świat przestał być przewidywalny, czują się naruszeni przez procedury i system, mają poczucie izolacji, zagrożenia i ograniczeń. Tak naprawdę każdy z nas zna te uczucia – niezależnie, czy się kimś opiekuje, czy sam potrzebuje opieki. Pomoc, je-

śli ma uzdrawiać, wymaga od lekarzy tego, by poznali i zaczęli rozumieć niepewność i dezintegrację tych, którzy się do nich zgłaszają. Te czułe punkty się uaktywniają, gdy brak nam zdrowia i dobrostanu psychicznego. Cierpienie stanowi część naszej, ludzkiej natury. Żeby mu się przyjrzeć, trzeba nauczyć się zwalniać i – nie rezygnując oczywiście z wiedzy i medycznych umiejętności – głębiej wejść w to, co odczuwa pacjent. Przed nami stoi człowiek. My też jesteśmy ludźmi. Rozumienie i współczucie sobie i innym w tym, co nas spotyka, bycie blisko i z troską – to klucz do odzyskania równowagi, a czasem chęci życia.

Ale zanim rozpoczniemy budowanie uzdrawiającej relacji z pacjentami, to zastanówmy się, czy jesteśmy zaprzyjaźnieni sami ze sobą. Czy jesteśmy siebie ciekawi, dla siebie życzliwi? Czy dajemy sobie przyzwolenie na traktowanie siebie z godnością i wyrozumiałością? Czy cierpliwie zwracamy uwagę na wszystko, co się w nas dzieje? Czy wyłapujemy myśli, które nakręcają stres, emocje, które w nas utykają, napięcia w ciele, które stają się chroniczne? Tym jest mindfulness. Pełna i uważna świadomość siebie. Jeśli nie widzimy tego, co jest w nas, nie możemy tego kontrolować, a nie mogąc tego kontrolować, nie możemy tego zmieniać.

Gdy naprawdę widzimy pacjenta, on może rozkwitnąć, czyli lepiej zająć się sobą i swoimi sprawami. Nie uwiesza się na nas, a korzysta ze swojej sprawczości i zaufania do siebie. Tak samo, gdy naprawdę widzimy

siebie, możemy odzyskać swoje życie. Albo lepiej i pełniej je przeżywać. Wystarczy się zatrzymać i być obecnym. Są ku temu szczególne momenty, które przynosi samo życie. Świąteczny czas zaprasza, by świadomie być, nie tylko kupować, przygotować lub koordynować

święteczną akcję. Być i oddychać. Pamiętając, że oddech to życie. Wdychamy powietrze – jesteśmy tutaj. Wydychamy – jesteśmy teraz. Wdychając – wyciszamy umysł. Wydychając – otwieramy serce. Słyszymy kojące dźwięki kołęd, widzimy kolory, czujemy zapachy, smakujemy, tulimy bliskich, doświadczamy tego, co jest bogactwem zmysłów tej chwili. Jakakolwiek ona jest, już się nie powtórzy. Więc zatrzymujemy się i jesteśmy obecni.

Wdech – rozluźniam się. Wydech – uśmiecham się. Wdech – otwieram się na to, co jest. Wydech – odczuwam spokój.

Po co takie zatrzymanie? By zaopiekować się tym, co opuszczone i wyparte z listy priorytetów – własnym samopoczuciem. By na ten szczególny czas wyjść z trybu mobilizacji i gotowości do działania. By alarmową reakcję stresową, która stała się naszą drugą naturą, zastąpić innym misternym systemem – regeneracją. By do dyscypliny, w której się sztywno trzymamy, dołączyć czułość i empatię dla siebie.

Gdy się zatrzymujemy i jesteśmy obecni, dowiadujemy się bardzo wiele o sobie. Choćby tego, że łagodność sprzyja naszej sile woli, inicjatywie i determinacji, a surowość i krytycyzm wobec siebie wywołują narastające odrętwienie i opór. I że rodzący się w nas spokój ma moc budowania wewnętrznej siły, która jest niezależna od otoczenia, a nasza prawdziwa obecność przywraca nam radość w relacjach.

Czy możemy w te Święta podarować sobie tak wartościowy czas? Zajrzeć głęboko w życie i zacząć je przeżywać w kontakcie ze swoimi istotnymi potrzebami? A dzięki temu zatroszczyć się o siebie, a nie tylko o swój wizerunek.

Jesteśmy czymś znacznie większym niż nasz powierzchowny wizerunek. Istotami, nie robotami. Autorytetem, ale też człowiekiem. Mamy nie tylko mózg, ale też serce i duszę. Dużo robimy, ale wiele też czujemy. Pamiętamy o przeglądzie samochodu, a zapominamy o przeglądzie swoich życiowych, nie tylko materialnych, potrzeb: więzi z innymi, miłości, ciepła, wolności, akceptacji, humoru i lekkości. Nie odróżniamy, czy jeszcze się rozwijamy zawodowo czy już eksploatujemy. Czy nasze ambitne cele nie są zdobywane kosztem czegoś cenniejszego – zdrowia, rodziny i szacunku do siebie?

Dopiero, gdy stworzymy współczujące porozumienie ze sobą i swoimi niedogodnościami, będziemy w stanie przyjrzeć się także pacjentowi w tyglu jego życiowych niedogodności.

Bywa, że prosty gest i kontakt uzdrawiają bardziej niż kliniczny dystans. Ludzie tęsknią za tym, niezależnie, czy są lekarzami czy pacjentami. Jesteśmy współzależni. Relacje opieramy na wzajemnych pytaniach, zrozumieniu i współpracy. Nie ma tu lepszych i gorszych. Każdy w tej interakcji ma wiele do zaoferowania. Kiedy jesteśmy uważni, pozwalamy, by nasza ciekawość, a nie

krytycyzm czy pośpiech, była przewodnikiem. Jakie myśli nas odpychają, a jakie przybliżają do pacjenta, czy pojawia się zniecierpliwienie, znudzenie czy zainteresowanie, jaki oddech temu towarzyszy – swobodny czy ciężki?

Kiedy nauczymy się spotykać ze sobą, nauczymy się też spotykać z innymi. Z ich przygaszonymi oczyma, zmarszczkami, zmęczeniem, napięciem mięśni, unikową bądź bojową postawą. Gdy świadomie będziemy rejestrować procesy zachodzące w interakcji, pojawią się nowe tory relacji.

Uważność jest jak przygoda. To nowy sposób funkcjonowania w świecie. Medytacja, czyli kontakt z własnym doświadczeniem wewnętrznym i zewnętrznym, jest bliska medycynie. Uzdrawia i przynosi ulgę. Udowadnia, że nawet „rozbici, jesteśmy jednak cali”, jak mówi Saki Santorelli, lekarz i nauczyciel mindfulness, współtwórca Kliniki Redukcji Stresu na Uniwersytecie Medycznym w Massachusettes, autor książki „Twoje zdrowie potrzebuje Ciebie – lekcje mindfulness w medycynie”, której pierwsze rozdziały były inspiracją do napisania tego artykułu.

Wdech – jestem tutaj. Wydech – jestem teraz. To jest mój dom – umysł i ciało razem. To połączenie przynosi spokój, siłę i radość poprzez uważne bycie w tej chwili.

A święteczne życzenie niechaj brzmi tak: „Czuj się ze sobą jak w domu. I oby inni czuli się przy Tobie jak w domu. Bezpiecznie, dobrze, pewnie”.

Dorota WOJTCZAK

Dorota WOJTCZAK jest psychologiem biznesu, trenerem komunikacji interpersonalnej, coachem, mediatorem, certyfikowanym trenerem redukcji stresu przez uważność (MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction), autorką bloga My Way uważność i empatia; pisze artykuły do Mindfulness Business&Life. Pracuje głównie w środowisku służby zdrowia i edukacji, ucząc jak skutecznie radzić sobie ze stresem. Jest terapeutą Domu Uważności. Prowadziła w szpitalach cykle warsztatów na temat empatycznej i uważnej komunikacji między personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną (m.in.: Szpital Wojewódzki w Koszalinie, Szpital Wojewódzki w Staszowie, Szpital Kliniczny w Poznaniu, Centrum Medyczne Żelazna w Warszawie). Realizowała kilkanaście 8-tygodniowych otwartych kursów redukcji stresu MBSR, w których udział brali także lekarze i psychoterapeuci. Te grupy zawodowe kurs traktowały zarówno jako wsparcie dla siebie, jak i innowacyjną metodę do pracy z pacjentem. Jej pragnieniem jest, by świeckie praktyki kontemplatywne, jako element psychologicznego wglądu i zrozumienia mechanizmów potęgujących poziom stresu, stały się dostępne dla jak największej liczby osób. Tak, jak w niektórych krajach (USA, Wielka Brytania, Niemcy), gdzie pacjentom z syndromami stresu lekarze i terapeuci zapisują kurs MBSR na receptę, a wybrani ubezpieczyciele częściowo lub w pełni refundują koszty uczestnictwa w tym kursie.

(przedruk z „Primum” nr 12-1/18-19)

CO PO WEJŚCIU W ŻYCIE OBOWIĄZKU WYSTAWIANIA E-RECEPT?

Chociaż do wprowadzenia obowiązku wystawiania recept w postaci elektronicznej został jeszcze blisko rok (zasada ta wchodzi w życie od stycznia 2020 r.), lekarze już teraz dopytują się, w jaki sposób będą wówczas przepisywać leki sobie albo członkom swoich rodzin. Zastanawiają się nad tym zwłaszcza lekarze emerytowani, którzy poza takimi receptami nie wystawiają żadnych innych, nie prowadzą już bowiem praktyk i nie zamierzają inwestować w oprogramowanie gabinetowe.

Sprawa ta była również przedmiotem wielu wystąpień okręgowych zjazdów lekarzy, rad lekarskich oraz dyskusji na posiedzeniach komisji izbowych. Zgodnie z opinią, wydaną przez Zespół Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej ds. Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, zagadnienie to jest uregulowane w art. 95b ustawy – Prawo farmaceutyczne z 30 listopada 2017 r. (tekst jednolity Dz. U. 2017.2211).

Zgodnie z tym przepisem papierową postać mogą zachować recepty *pro auctore* (dla osoby wystawiającej) oraz recepty *pro familiae* (wystawione dla członków rodziny: małżonka, wstępnego, zstępnego lub rodzeństwa osoby wystawiającej).

Ponadto papierowa postać recepty dopuszczalna będzie w przypadku:

- braku dostępu do systemu teleinformatycznego SIM,
- recepty transgranicznej,

- recepty dla osoby o nieustalonej tożsamości,
- recepty wystawionej przez czasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na terenie RP: lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu w innym niż Polska kraju UE lub pielęgniarkę będącą obywatelką państwa Unii Europejskiej,
- recepty na produkt leczniczy nieposiadający pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzany z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne.

Tak więc recepty *pro auctore* i *pro familiae* zachowają swoją tradycyjną papierową postać po 1 stycznia 2020 r. i zasada ta będzie obowiązywać do 31 grudnia 2025 r. (choć – jak zapowiada resort zdrowia, już w przyszłym roku udostępniona ma być również bezpłatna aplikacja do elektronicznego wystawiania takich recept). A co po tym terminie? Trzeba będzie chyba definitywnie przedstawić się na e-receptę, również w przypadku leków dla siebie i rodziny. Wówczas jednak – jak się przewiduje – nie będzie już z tym problemu, bo nawet wiekowym lekarzom ani komputer, ani Internet nie będzie sprawiał żadnych problemów.

(opr. NS)

Źródło: www.nil.org.pl, www.gazetaprawna.pl

(przedruk z „Panaceum” nr 3/19)

ELEMENTY PRAWIDŁOWEJ RECEPTY

18 kwietnia 2018 r. weszły w życie zmiany przepisów dotyczących sposobu wystawiania i realizacji recept. Część z wprowadzanych zmian ma na celu wyłącznie umocowanie oraz doprecyzowanie zasad wystawiania i realizacji recept w postaci elektronicznej, a niektóre modyfikują zasady wystawiania i realizacji recept.

W tym samym dniu weszło również w życie Rozporządzenie ministra zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept, które zostało wydane na podstawie art. 96a ust. 12 Ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (dalej Prawo farmaceutyczne), i które zmieniło sposoby podpisywania wystawionych przez lekarzy recept.

Zgodnie z art. 96a Prawa farmaceutycznego prawidłowo wystawiona recepta powinna zawierać w szczególności następujące informacje:

1. dane dotyczące pacjenta (m.in. imię albo imiona i nazwisko, adres, datę urodzenia pacjenta);
2. dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę lub osoby, która wystawiła receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae*;

3. dane dotyczące osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty:

- imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę,
- kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę, w tym posiadany tytuł zawodowy,
- identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 Ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę;
- podpis;

4. dane i nazwę dotyczące przepisanego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego oraz jego dawkowanie i ilość produktu;

5. dane dotyczące daty realizacji recepty.

Do 18 kwietnia 2018 r. obowiązywało Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (obecnie zastąpione Rozporządzeniem ministra

zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept). Zmiana dotychczasowego rozporządzenia w sprawie recept lekarskich związana była z koniecznością ujednolicenia treści recept wystawianych przez upoważnione podmioty.

Zgodnie z treścią § 3 ust. 1 pkt 7 Rozporządzenia ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich, recepta powinna być zawierać dane osoby uprawnionej, a więc imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu.

W związku z wejściem w życie 12 grudnia 2015 r. Ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, zmiana uległa definicja osoby uprawnionej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom. W związku z powyższym, od 12 grudnia 2015 r. osobami uprawnionymi są osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego, które na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego, są uprawnione do wystawiania recept zgodnie z ww. ustawą, Prawem farmaceutycznym oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (nowa definicja osoby uprawnionej zawarta została w art. 2 pkt 14 Ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych). **Obecnie więc osobami uprawnionymi do wystawiania recept, oprócz lekarzy są również m.in. pielęgniarki czy położne.**

Zatem dotychczasowy stan prawny prowadził do rozbieżności w treści wystawianych recept w zakresie oznaczania osoby upoważnionej do jej wystawienia. **Ze względu na rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do wystawiania recepty, samo podanie imienia, nazwiska oraz numeru prawa wykonywania zawodu nie pozwalało na ustalenie, jaki tytuł zawodowy posiada osoba wystawiająca daną receptę. Powyższe ma istotne znaczenie, ponieważ m.in. pielęgniarka nie jest uprawniona do wystawiania recept w takim samym zakresie jak lekarz.**

Rozporządzenie ministra zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept, które zastąpiło dotychczasowe Rozporządzenie ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich, reguluje, co powinno znaleźć się na prawidłowo wystawionych receptach i w tym zakresie odsyła do art. 96a ust. 1 pkt 3 Prawa farmaceutycznego.

Przepis art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy Prawo farmaceutyczne stanowi, że recepta zawiera m.in. dane z zakresu kwalifikacji zawodowych osoby wystawiającej receptę, w tym posiadanego przez nią tytułu zawodowego. Prawidłowe nazewnictwo w zakresie tytułów naukowych zostało natomiast uregulowane w Rozporządzeniu ministra nauki i szkolnictwa wyższego z 27 września 2018 r. w sprawie studiów. Zgodnie z § 31 pkt 1–3 rozporządzenia, absolwentom jednolitych studiów magisterskich:

a) na kierunku lekarskim nadaje się tytuł zawodowy „lekarz”;

b) na kierunku lekarsko-dentystycznym nadaje się tytuł zawodowy „lekarz dentysta”;

c) na kierunku weterynarii nadaje się tytuł zawodowy „lekarz weterynarii”.

Prawidłowym oznaczeniem tytułu zawodowego osób legitymujących się powyżej wskazanym wykształceniem jest więc użycie sformułowania zawartego w rozporządzeniu. Analogiczne oznaczenia powinny więc zostać zamieszczone na receptach.

Zgodnie z brzmieniem art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. b Prawa farmaceutycznego na recepcie zamieszcza się dane dotyczące kwalifikacji zawodowych osoby wystawiającej receptę, w tym jej tytułu zawodowego. Tytuł zawodowy, określony zgodnie z przywołanym powyżej rozporządzeniem, stanowi więc jedynie element oznaczenia kwalifikacji osoby wystawiającej receptę. **Należy z tego wynioskować, że posługiwanie się przez np. lekarza pieczęcią, która zawiera oznaczenie tytułu zawodowego, np. „lekarz”, wraz z dodatkowym oznaczeniem kwalifikacji (np. informacje dotyczące specjalizacji) jest prawidłowe. Mając na uwadze racjonalność stosowania przedmiotowego przepisu, zgodnie z art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. b Prawa farmaceutycznego jest zapisanie przedmiotowego oznaczenia w formie skrótu „lek.”.**

Natomiast oznaczenia tytułu zawodowego wyłącznie poprzez wskazanie specjalizacji, z pominięciem oznaczenia faktycznego tytułu zawodowego, należy uznać za problematyczne i niezgodne z obowiązującymi przepisami. Należy przede wszystkim zwrócić uwagę na powtarzalność nazw specjalizacji pomiędzy grupami zawodowymi. Przykładowo, zarówno lekarz, jak również pielęgniarka mogą być specjalistą w dziedzinie anestezjologii, geriatrici, pediatrii lub psychiatrii – nazwy tych specjalizacji są identyczne lub bardzo zbliżone dla obu grup zawodowych. Powyższe wyłącza zatem jednoznaczność zawartej na recepcie informacji w przedmiocie tytułu zawodowego osoby ją wystawiającej.

Natomiast posłużenie się jedynie oznaczeniem tytułu naukowego osoby wystawiającej jest nieprawidłowe, ponieważ nie zawiera danych wymaganych powołanym przepisem i przez wzgląd na możliwość uzyskania tytułu naukowego, np. doktora nauk medycznych, bez konieczności posiadania tytułu zawodowego lekarza, nie spełnia funkcji prawidłowego oznaczenia kompetencji osoby wystawiającej receptę.

Reasumując, wprowadzone w kwietniu 2018 r. zmiany wymagają, by prawidłowo wystawiona recepta była opatrzona przez lekarza odpowiednim tytułem zawodowym, jak np. „lekarz”.

Przedmiotowe oznaczenie może być uzupełnione o wskazanie specjalizacji osoby wystawiającej receptę – np. lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii.

Jadwiga JARZĄBKIEWICZ-GÓRNIAK
Radca prawny

(przedruk z „Primum” nr 2/19)

REGON NA RECEPCIE, RECEPTA PAPIEROWA PO WEJŚCIU W ŻYCIE OBOWIĄZKU WYSTAWIANIA E-RECEPTY

Od 1 stycznia br. apteki są zobligowane do generowania elektronicznego Dokumentu Realizacji Recepty. Jest on obowiązkowy nie tylko przy realizacji e-recepty, ale również przy realizacji recept papierowych oraz odpisów recept. Powyższe wiązało się z koniecznością wdrożenia w aptekach tego nowego sposobu otaksowania recept, a to z kolei wywołało liczne problemy praktyczne związane z realizacją recept nie zawierających numeru REGON podmiotu lub osoby, która wystawiła receptę. Mówiąc wprost, w wielu aptekach odmawiano realizacji recept nie zawierających numeru REGON. Czy w każdym przypadku taka odmowa jest zasadna? Przyjrzyjmy się temu, jak kwestia ta kształtuje się na poziomie przepisów prawa.

Zgodnie z treścią art. 96a ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, od dnia 18 kwietnia 2018 r. recepta musi zawierać m.in. dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę, lub osoby, która wystawiła receptę „*pro auctore*” albo receptę „*pro familiae*”, w tym identyfikator miejsca udzielania świadczeń:

- w przypadku recept w postaci elektronicznej – identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (czyli dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą – kod utworzony z części kodu z systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania)
- w przypadku recept w postaci papierowej – dziewięciocyfrowy numer REGON, jeżeli dotyczy.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, iż w przypadku recept, na których przepisywane są produkty lecznicze podlegające refundacji, powinny one odpowiadać wzorowi recepty określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 96a ust. 12, czyli w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept. Zgodnie z treścią załącznika nr 6 i nr 7 do ww. rozporządzenia, recepta w postaci papierowej musi zawierać kod kreskowy umożliwiający automatyczny odczyt numeru REGON osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy. Przy czym recepta w postaci papierowej, na której przepisano wyłącznie produkty lecznicze niepodlegające refundacji, posiadające kategorię dostępności „Rp” lub „Rpz”, nie musi odpowiadać wzorowi recepty określonego w ww. rozporządzeniu.

Zasadą jest więc, iż na dzień dzisiejszy recepta papierowa powinna zawierać numer REGON podmiotu lub

lekarza, który ją wystawia, ale tylko wówczas, jeżeli obowiązek posiadania numeru REGON dotyczy danego podmiotu (lekarza). Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, iż lekarze, którzy nie wykonują zawodu np. z uwagi na to, iż przeszli już na emeryturę, w dalszym ciągu uprawnieni są przecież do wystawiania recept „*pro auctore*” i „*pro familiae*”, nie będąc jednocześnie już zobowiązanymi do posiadania numeru REGON. W takich sytuacjach, zgodnie z treścią przywołanych powyżej przepisów, apteki nie mają prawa odmówić realizacji recepty, na której nie widnieje nr REGON.

Dodatkowo należy również zwrócić uwagę na treść §7 ust. 5a pkt 2 lit. a rozporządzenia w sprawie recept, zgodnie z którym w przypadku realizacji recepty w postaci papierowej Dokument Realizacji Recepty obejmuje m.in. dane określone w art. 96a ust. 1, pkt 2 lit. d ustawy – Prawo farmaceutyczne (numer REGON) z wyjątkiem Dokumentu Realizacji Recepty dla recept „*pro auctore*” i „*pro familiae*”. Powyższe oznacza, iż system powinien umożliwiać aptekom realizację ww. recept nawet w przypadku, gdy nie zawierają one numeru REGON podmiotu wystawiającego receptę.

Warto jednak zauważyć, iż z uwagi na występujące problemy z realizacją recept niezawierających numeru REGON, Ministerstwo Zdrowia opracowało już projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie recept, w zakresie odnoszącym się do treści Dokumentu Realizacji Recepty. Zmiana rozporządzenia w §7 ust. 5a pkt 2 lit. a wynika z konieczności doprecyzowania kwestii realizacji recept w postaci papierowej.

Proponuje się, aby obowiązek umieszczania w Dokumentu Realizacji Recept numeru REGON został wyłączony dla wszystkich recept papierowych, na których nie przepisano produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych podlegających refundacji. Z uwagi na techniczny charakter zmiany, a także jej korzystny wpływ na adresatów, proponuje się, aby zawarty w projekcie przepis wszedł w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Powyższą propozycję zmiany rozporządzenia należy ocenić pozytywnie i liczyć na jej jak najszybsze wejście w życie.

Kolejną kwestią, która w ostatnim czasie budzi niepokój środowiska lekarskiego, jest zbliżająca się wielkimi krokami data 1 stycznia 2020 r. Od tego dnia w życie wejdzie obowiązek wystawiania e-recept, a recepty w formie papierowej odejdą do lamusa. Na szczęście jednak ustawodawca przewidział kilka sytuacji, w których wystawienie i realizacja recepty w formie papierowej będą dopuszczalne również po tej dacie.

W oparciu o zapisy art. 95b ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne postać papierowa recepty dopuszczalna będzie w przypadku:

- recept „*pro auctore*” i „*pro familiae*”,
- braku dostępu do systemu teleinformatycznego SIM, np. podczas wizyty domowej u pacjenta,
- recepty transgranicznej,
- recepty dla osoby o nieustalonej tożsamości,
- recepty wystawionej przez czasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na terenie RP: lekarza posiadającego

prawo wykonywania zawodu w innym niż Polska kraju UE lub pielęgniarkę będącą obywatelem państwa UE,

- recepty na produkt leczniczy nieposiadający pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzany z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne.

Maria RACHWAŁ-FRANKOWSKA
radca prawny

(przedruk z „Vox Medici” nr 12-1/2018-19)

TAJEMNICA LEKARSKA – PO MODYFIKACJI

Z dniem 9 lutego 2019 r., po czternastu dniach od opublikowania, weszła w życie ustawa z 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw. Te inne akty prawne to głównie ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ale też ustawa – Kodeks postępowania karnego.

Zasadniczym celem nowelizacji było wprowadzenie dawno oczekiwanych zmian w przepisach dotyczących obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem po jego śmierci przez osoby wykonujące zawód medyczny. Z jednej strony ma ona wyeliminować dotychczasowe bardzo nieprecyzyjne przepisy, których realizacja powoduje, że w praktyce bliscy osoby zmarłej nie mają możliwości uzyskania niezbędnych informacji o nim. Z drugiej strony – wprowadza przepisy, na mocy których dostęp osób bliskich do tych informacji zostaje poddany kontroli sądowej, co zapewni ochronę prywatności zmarłego pacjenta po jego śmierci.

Zmiana definicji osoby bliskiej

Dotychczasowe przepisy przewidywały, że pacjent może za życia wyrazić sprzeciw wobec dostępu do informacji medycznej o nim, zwłaszcza dotyczących jego zdrowia. Sprzeciw ten powinien być wówczas dołączony do dokumentacji medycznej. Po śmierci pacjenta dokumentacja ta może być udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Obecnie – po nowelizacji – dokumentacja może zostać udostępniona także osobie bliskiej, co jest dosyć istotną zmianą. Warunek jest jeden, że udostępnieniu nie sprzeciwi się inna osoba bliska lub pacjent za życia nie wyraził takiego sprzeciwu.

Po pierwsze – nowelizacja zmienia nieco definicję osoby bliskiej. Za taką uznaje się – po zmianach – „*małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta*”. Po drugie – sprzeciw pacjenta, wyrażony przez niego za życia, dotyczący informacji o nim, może zostać przełamany na drodze sądowej.

Wyrok sądu będzie decydujący

Sąd może „odtajnić” informacje dotyczące pacjenta, jeżeli jest to niezbędne:

- w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta,
- dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

Sąd ostatniego miejsca zamieszkania zmarłego może także rozstrzygać potencjalny spór między osobami bliskimi, np. między żoną i rodzicami zmarłego pacjenta, dotyczący zakresu ujawnianej tajemnicy. Wniosek w takiej sprawie może zostać złożony także przez lekarza (lub innego przedstawiciela zawodu medycznego), jeżeli ma on wątpliwości, czy dana osoba może być uznana za osobę bliską pacjentowi. Postępowanie będzie toczyło się w trybie nieprocesowym, co sprawia, że owocem całej procedury będzie wydanie przez sąd postanowienia o ujawnieniu tajemnicy lub też odmowie jej ujawnienia.

Sąd w postępowaniu powinien wziąć pod uwagę następujące czynniki:

- interes uczestników postępowania,
- rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem,
- wolę zmarłego pacjenta,
- okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Kiedy tajemnica nie obowiązuje

Warto w tym miejscu przypomnieć, że ogólna zasada dotycząca zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem przez osoby wykonujące zawód medyczny, może być przełamana.

W myśl przepisów tajemnica nie obowiązuje, gdy:

- tak stanowią przepisy odrębnych ustaw (na przykład w przypadku przesłuchania przez sądem karnym),
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób (sytuacje związane chociażby z podejrzeniem roznoszenia przez pacjenta chorób zakaźnych i koniecznością wdrożenia nadzoru epidemiologicznego),
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (czyli po polsku – przekazania kolejnym lekarzom dotychczas zdobytej wiedzy o pacjencie).

Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta wprowadziła zasadę, że w powyższych przypadkach ujawnienie tajemnicy może nastąpić „*wyłącznie w niezbędnym zakresie*”. Można mieć wątpliwości, czy konieczne było aż takie doprecyzowanie, gdyż wynikało to z rozsądnej interpretacji przepisów.

Nina SMOLEŃ

(przedruk z „Panaceum” nr 3/19)

ANTYBIOTYKI W PRAKTYCE DENTYSTYCZNEJ

Z początkiem roku pojawiła się nowa, obowiązująca dla każdego lekarza stomatologa pozycja pt. *„Rekomendacje Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w zakresie stosowania antybiotyków w stomatologii”*. Autorami opracowania są: prof. Elżbieta Bołtacz-Rzepkowska, lek. dent. Karolina Babiuch, prof. Marzena Dominiak, prof. Waleria Hryniewicz, prof. Tomasz Kaczmarzyk, prof. Tomasz Konopka, prof. Mariusz Lipski, prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. Adam Szeląg oraz dr hab. n. med. Mariusz Szuta. Forum ekspertów utworzyli lekarze dentyści, wspomagani wiedzą mikrobiologów i farmakologów.

Na podstawie analizy siedemdziesięciu sześciu pozycji najnowszego piśmiennictwa, na dwudziestu sześciu stronach tej pozycji, zawarto najnowsze rekomendacje dotyczące stosowania antybiotyków w zakresie różnych dziedzin stomatologii. Podane są wskazania, nazwy i dawki antybiotyków zalecanych do stosowania w profilaktyce zakażeń u pacjentów obciążonych ogólnomedycznie, jak i dla pacjentów zdrowych w konkretnych stomatologicznych sytuacjach klinicznych. Jak podkreślają eksperci, nadrzędnym celem jest doprowadzenie do ograniczenia stosowania antybiotyków w rutynowym postępowaniu stomatologicznym oraz podanie precyzyjnych wskazań do stosowania tych leków w przypadkach, które tego bezwzględnie wymagają.

Opracowanie podzielono na rozdziały. Pierwszy dotyczy profilaktyki antybiotykowej zakażeń miejsca operowanego z uwzględnieniem zabiegów chirurgicznych, w tym m.in.: chirurgii zęba mądrości, implantologii stomatologicznej, wprowadzania przeszczepów kostnych, chirurgii wyrostka zębodołowego, endodoncji, periodontologii, chirurgii ortognatycznej, chirurgii szczękowo-twarzowej oraz oddzielnie dla pacjentów przyjmujących leki antyresorpcyjne lub antyangiogenne, bądź po przebytej radioterapii obszaru szczękowo-twarzowego.

W indywidualnych rozdziałach podano szczegółowe rekomendacje dotyczące profilaktyki antybiotykowej zakażeń odległych, czyli profilaktyki infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW) oraz zakażeń po wszczepieniu sztucznego stawu. Oddzielnie omówiono też wskazania do stosowania antybiotyków w endodoncji oraz w trakcie leczenia urazów zębowych. Autorzy duży nacisk położyli na rolę utrzymania odpowiedniej higieny jamy ustnej w zakresie prewencji zakażeń oraz bezwzględne

stosowanie się do ogólnie przyjętych zasad aseptyki i antyseptyki okołozabiegowej, z zastosowaniem preparatów chlorheksydyny i oktenidyny.

Pacjenci podzieleni zostali na immunokompetentnych, u których antybiotykoterapię powinno się stosować tylko przy ściśle określonych wskazaniach i immunoniekompetentnych. U tych drugich zastosowanie prewencyjne antybiotyków jest szersze, ale możliwie ograniczone w czasie, preferowaną formą jest tzw. schemat „one-shot”. Profilaktykę antybiotykową ze względu na czas jej stosowania, podzielono na profilaktykę ultrakrótką, krótkoterminową i długoterminową.

W standardzie, u pacjentów dorosłych zalecany lekiem w profilaktyce zakażeń jest amoksycylina bez kwasu klawulanowego, podana w jednorazowej dawce 2000 mg, na 30–60 minut przed zabiegiem (o ile nie ma innych szczegółowych rekomendacji i z wykluczeniem pacjentów uczulonych na antybiotyki penicylinowe). W najczęściej zaś spotykanych w praktyce dentystycznej zakażeniach zębopochodnych, antybiotykiem rekomendowanym do podania doustnego jest również amoksycylina bez kwasu klawulanowego (w dawce dla osób dorosłych 500 mg co 8 godzin lub 750–1000 mg co 12 godzin).

Za antybiotyki drugiego rzutu zostały uznane: amoksycylina z kwasem klawulanowym (1 g co 12 godzin) i klinedamycyna (150 mg co 6 godzin lub 300 mg co 8 godzin). W przypadkach innych niż rutynowe, można zastosować tzw. antybiotyki alternatywne, do których zostały zaliczone: cefuroksym, spiramycyna, klarytromycyna oraz azytromycyna. W martwiczych chorobach przyzębia dopuszczone jest stosowanie metronidazolu.

Uwaga! U dzieci dawki przeliczane są odpowiednio na kilogram masy ciała.

* * *

Opracowanie to stanowi pozycję obowiązującą dla każdego lekarza dentystry – praktyka. Plik można znaleźć na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego: <https://pts.net.pl>. Dodatkowo dla lekarzy, którzy nie znajdą tam odpowiedzi na wszystkie swoje pytania i wątpliwości, uruchomiono specjalny adres mailowy: antybiotyki@pts.net.pl. Jak zapowiedziała prof. Marzena Dominiak, prezydent PTS, na wszystkie pytania będą starać się odpowiedzieć eksperci tej organizacji.

Dr n. med. Patrycja PROC
specjalista stomatologii dziecięcej

(przedruk z „Panaceum” nr 3/19)

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



Ekspresowa kuchnia diabetyka. Przepisy na każdy dzień

Matthias Riedl; 2019; ISBN: 978-83-66067-84-4, format: 165 x 210, miękka, 192 strony, cena: 36.75 zł (98 EUP pkt)

Chorujesz na cukrzycę i szukasz smacznych, a jednocześnie sprawdzonych przepisów na potrawy przygotowywane każdego dnia? Przy odrobinie wiedzy i odżywianiu zorientowanym na białko z łatwością zmienisz swoje dotychczasowe nawyki żywieniowe. W niniejszej książce znajdziesz przepisy na dania, które spełnią wszystkie twoje wymagania: w czasie nie dłuższym niż pół godziny wyczarujesz pyszności!

Książka ta pomoże prowadzić aktywne życie z dobrym jedzeniem, a wszystko to przy odrobinie uważności i bez konieczności rezygnacji z ulubionych smaków.

Do codziennego użytku: przepisy na dania, które można przygotować w krótkim czasie, dopasowane do życia rodzinnego i zawodowego;

Sukces dzięki zasadzie „low carb”: odżywianie zorientowane na białko oraz doskonałe składniki

pozwoли zapanować nad stężeniem cukru we krwi;

Wiedza specjalistów: najnowsze wyniki badań dietetyków nad cukrzycą;

W punkt: wszystkie najpotrzebniejsze informacje dotyczące cukrzycy przedstawione w zrozumiałej i łatwej do zapamiętania sposób;

Rozsądny plan: usprawniające pracę przybory kuchenne i mądre zamienniki kulinarne do wykorzystania poza domem.

* * *



Toksyna botulinowa. Dermatologia kosmetyczna

Red. A. Carruthers, J. Carruthers, M. Alam, red. serii J.S. Dover; wyd. 4, red. wyd. polskiego A. Ignaciuk; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66067-83-7, format: 195 x 265, opr. twarda, 218 stron, cena: 125.10 zł (278 EUP pkt)
Gdybyśmy chcieli wybrać substancję, które wywarły największy wpływ na rozwój medycyny estetycznej w ostatnich 25 latach, na pierwszym miejscu trzeba byłoby umieścić toksynę botulinową. A gdybyśmy chcieli i mogli (a mogą to zrobić ja, gdyż

od prawie ćwierć wieku jej używam) sięgnąć pamięcią do jej „początków” na polskim rynku, to dostrzeżemy, jak trudną drogę pokonaliśmy.

Ile wątpliwości mieliśmy odnośnie do jej wskazań zarówno stricte medycznych, jak i estetycznych, bezpieczeństwa stosowania, łączenia z innymi zabiegami i preparatami.

Sensacyjne doniesienia mediów oraz środowiska medycznego o objawach ubocznych okazały się w ogromnym stopniu nieprawdziwe, ale na pewno nie ułatwiały obiektywnej oceny toksyn botulinowych.

Książka *Toksyna botulinowa* z serii *Dermatologia Kosmetyczna* to naprawdę wyjątkowa publikacja i to nie tylko dzięki sławie i autorytetowi jej redaktorów i autorów. To, co jest wyjątkowe i wyróżnia ją spośród wielu innych poświęconych tej tematyce jest fakt, że znajdujemy w niej obiektywny opis i porównanie wszystkich dostępnych na rynku toksyn botulinowych. A ponadto wszystko w aspekcie bardzo praktycznym, żeby nie rzec „przewodnikowym”, krok po kroku, okolica po okolicy, wskazanie po wskazaniu, bez nadmiaru przypisów i odniesień, jednak wszystko zgodnie z Evidence Base Medicine. Czyta się świetnie, język jest jasny, prosty i pełen treści.

Przystępując do prac redakcyjnych tej książki nie spodziewałem się, jak pouczająca i interesująca będzie jej lektura.

Gości i szczerze polecam ją wszystkim lekarzom praktykującym medycynę estetyczną. Powinna się stać pozycją obowiązkową zarówno dla początkujących, jak i dla tych zaawansowanych.

Dr med. Andrzej Ignaciuk

* * *

W imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie zapraszam do wzięcia udziału w **XII Międzynarodowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia**, który odbędzie

się w dniach **13–25 maja 2019 r. w pałacu Sulisław, na Opolszczyźnie**. Tematem przewodnim Konferencji będą „*Nowe horyzonty w postrzeganiu i leczeniu dysfunkcji narządu żucia*”. Do wygłoszenia wykładów zaprosiliśmy wybitnych specjalistów z Polski i z zagranicy.

Polskie Towarzystwo Dysfunkcji Narządu Żucia jest stowarzyszeniem naukowym zrzeszającym w większości lekarzy stomatologów, a także lekarzy medycyny i fizjoterapeutów. Celem działalności PTDNŻ jest przede wszystkim pogłębianie i propagowanie wiedzy na temat dysfunkcji narządu żucia,

które stanowią problem globalny w zakresie zdrowia publicznego. Organizowane zjazdy naukowe

pozwalają na pogłębianie wiedzy z zakresu zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego w środowiskach medycznym i akademickim.

Informujemy, że szczegółowe dane dotyczące Zjazdu oraz formularze uczestnictwa i zgłoszenia prezentacji naukowej dostępne są na stronie: www.dysfunkcje.pl

Łączę wyrazy szacunku

Prof. dr hab. Włodzimierz Więckiewicz
Prezes PTDNŻ

X Kongres Polonii Medycznej i Światowy Zjazd Lekarzy Polskich

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,
Zapraszamy Was na organizowany w dniach **29 maja – 1 czerwca 2019 r. w Gdańsku** jubileuszowy **X Kongres Polonii Medycznej**, który już po raz trzeci odbędzie się w rozszerzonej formule **Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich**. Kongres służyć ma prezentacji osiągnięć le-

karzy polskich i polonijnych z wielu różnych dziedzin medycyny oraz być okazją do spotkań i nawiązywania kontaktów służących później, po Kongresie, celom przede wszystkim naukowym i edukacyjnym. Swoją udział zapowiedziało wielu lekarzy – naukowców z imponującym dorobkiem naukowym, kilkunastu redaktorów międzynarodowych periodyków medycznych.

Poza programem naukowym w trakcie Kongresu planujemy wiele różnorodnych wydarzeń towarzyszących, kulturalnych, integracyjnych. Kongresowi towarzyszyć będą również wystawa i konferencja związana z obchodami XXX-lecia reaktywacji Samorządu Lekarskiego w Polsce. A wszystko to odbędzie się w Gdańsku, mieście wolności i solidarności, jednym z tych niezwykłych polskich miejsc, których duch sprawia że chętnie się do nich wraca.

Wszelkie informacje można znaleźć na oficjalnej stronie internetowej Kongresu: kongrespoloniimedycznej.com.pl lub poloniamed2019.pl.

Do zobaczenia w Gdańsku

Roman Budziński (Gdańsk)

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

Janusz Kasina (Sztokholm)

Prezes Federacji Medycznych Organizacji

Polonijnych

Dariusz Kutella (Gdańsk)

Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku

* * *

Serdecznie zapraszamy do udziału w **XVII Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy**, która odbędzie się w dniach **26- 31 maja 2019 r. w Klubie Lekarza w Łodzi**.

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

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych prac do Okręgowej Izby Lekar-

skiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) **do 13 maja br.**

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach. **Wraz z tytułami prac i nazwami technik, w jakich są wykonane, prosimy o przesłanie następujących danych: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, adres zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.**

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas wcześniejszych edycji Wystawy planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trójki profesjonalistów. Drogą głosowania gości wernisażu wyłonimy też **Laureata Nagrody Publiczności.**

Wernisaż Wystawy odbędzie się **26 maja 2019 r. (niedziela) o godzinie 17⁰⁰** w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 31 maja br.

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

* * *



Szanowni Państwo, w imieniu Ministra Zdrowia pragniemy serdecznie zaprosić Państwa do udziału w **bezpłatnych szkoleniach e-learningowych w zakresie zasad zdrowego odżywiania oraz aktywności fizycznej.**

Szkolenia dedykowane są dla szeroko rozumianej grupy specjalistów z obszaru ochrony zdrowia. Na dzień dzisiejszy znajdują Państwo na platformie szkolenia kierowane do:

- Lekarzy POZ,
- Pielęgniarek i położnych,

- Kadry zarządzające.

W najbliższym czasie na platformie uruchomione zostaną kolejne szkolenia dedykowane dla:

Pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej (II kwartał 2019 r.),

Fizjoterapeutów i Rehabilitantów (II kwartał 2019 r.),

Pediatrów (I kwartał 2020 r.).

Serdecznie zapraszamy do rejestracji na platformie <http://npz1.ehsol.pl>. Zachęcamy do przekazania niniejszej informacji pracownikom/członkom Państwa organizacji. Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

* * *

Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie zaprasza lekarzy do rywalizacji w biegu na 10 kilometrów. Zawody odbędą się w Rzeszowie 1 czerwca 2019 r. (sobota) w ramach biegu Sparing organizowanego przez Stowarzyszenie „Rzeszów Biega”. Zapisy na runrzeszow.pl

Małgorzata Piel

* * *

Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Opolu zatrudni na umowę zlecenie lekarza internistę, pediatrę, okulistę i laryngologa. Proponujemy atrakcyjne warunki finansowe, elastyczne godziny pracy dostosowane do grafiku lekarzy. Lekarzy zainteresowanych współpracą prosimy o kontakt tel.: 77/45-24-230 i 77/45-24-639.

* * *

Prudnickie Centrum Medyczne S.A. w Prudniku zatrudni lekarzy ginekologów, lekarza internistę oraz lekarza pediatrę na dyżury. Tel. 77/406-78-90, pcm@pcm.prudnik.pl (wynagrodzenie do uzgodnienia).

* * *

Sprzedam aparat USG Phillips HD 7 rok 2010 z 2 głowicami – brzuszną i kardiologiczną. Tel. 504-259-707.

ETYKA 2019

XII Sympozjum „Dylematy
etyczne w praktyce lekarskiej”
Lekarze wobec terapii daremnej

Kraków, 23 maja 2019 r.
Teatr im. Juliusza Słowackiego

- Udział w konferencji jest bezpłatny po wcześniejszej rejestracji.
- Uczestnicy Sympozjum otrzymują 6 punktów edukacyjnych.

Zgłoszenia

- telefonicznie: 12 293 40 04
- na stronie internetowej mp.pl/etyka2019
- pocztą elektroniczną: etyka@mp.pl

Organizatorzy

Medycyna Praktyczna
Towarzystwo Internistów Polskich

Współorganizatorzy

Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie
Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
Międzywydziałowy Instytut Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego
Jana Pawła II w Krakowie

Program (10.00–16.00)

Terapia daremna czy uporczywa – wprowadzenie pojęć

prof. Małgorzata Krajnik, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Terapia daremna na świecie i w Polsce

prof. Andrzej Kübler, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

Trudności w stosowaniu rekomendacji PTaIT dotyczących odstępowania od terapii podtrzymującej życie

prof. Piotr Knapik, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci

dr Marcin Rawicz, Warszawa

Dlaczego jedni chorzy wybierają wentylację mechaniczną, a inni nie – casus chorych na stwardnienie boczne zanikowe

lek. Anna Adamczyk, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Collegium Medicum w Bydgoszczy

Kiedy lekarz może wyłączyć respirator? Punkt widzenia bioetyka katolickiego

ks. prof. Piotr Aszyk, Collegium Bobolanum, Papieski Wydział
Teologiczny w Warszawie

Konsultacje medycyny paliatywnej w szpitalu jako pomoc dla lekarzy oddziałów intensywnej terapii

prof. Małgorzata Krajnik, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Pomoc rodzinie w sytuacji konieczności podejmowania decyzji dotyczących uporczywych terapii

dr Małgorzata Piskunowicz, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

Rola lekarza w konferencjach rodzinnych na oddziałach intensywnej terapii

prof. Roman Jaeschke, McMaster University, Kanada

Co zrobić, żeby lekarz intensywnej terapii nie bał się prawnika

dr n. praw. Małgorzata Szeroczyńska, Warszawa

Terapia daremna – czego nas uczą doświadczenia świata zachodniego

Wesley Smith, Center on Human Exceptionalism, Discovery
Institute, USA

Dyskusja panelowa



POLSKIE TOWARZYSTWO
OPIEKI DUCHOWEJ
W MEDYCYNIE



mp.pl/etyka2019



KONFERENCJA NAUKOWO - SZKOLENIOWA

**AKTUALNOŚCI W ROZPOZNAWANIU
I LECZENIU CHORÓB TROPIKALNYCH
PASOŻYTNICZNYCH I ODKLESZCZOWYCH**

31 MAJA 2019 R.

POZNAŃ, UL. SZYPERSKA 14

W programie:

- **NAJCIEKAWSZE PRZYPADKI CHORÓB EGZOTYCZNYCH u polskich turystów,**
- **NOWOŚCI W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH dla podróżujących,**
- **GROŹNE PARAZYTOZY RODZIME - rozpoznawanie i leczenie,**
- **BORELIOZA - EPIDEMIA CZY NADROZPOZNAWALNOŚĆ?,**
- **DYSKUSJA OKRĄGŁEGO STOŁU - współpraca parazytologów klinicznych z lekarzami innych specjalności medycznych.**

**Przewodniczący Komitetu Naukowego
prof. dr hab. n. med. Jerzy Stefaniak**



Formularz zgłoszeniowy do pobrania na www.wil.org.pl
Więcej szczegółów pod nr tel. 726 222 012

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**;
środa **7.30–16.00**; piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

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

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:
tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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


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

REDAKCJA: Jerzy Lach

OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



Okręgowa Izba Lekarska
w Łodzi
na wniosek Literackiej Grupy Nieformalnej,
działającej przy łódzkim Klubie Lekarza

ogłasza

IX Ogólnopolski KONKURS LITERACKI pod hasłem „Pisać każdy może...”

Organizatorzy serdecznie zapraszają do udziału w konkursie wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów oraz studentów uczelni medycznych, którzy amatorsko zajmują się twórczością poetycką lub prozatorską.

Każdy uczestnik może zgłosić na konkurs 3 wiersze albo utwór prozatorski, nie przekraczający 3 stron arkusza formatu A-4 (wydruk z interlinią i marginesami).

Teksty – w czterech egzemplarzach, podpisane godłem –

należy przesłać najpóźniej do 30 kwietnia 2019 r.

pod adresem:

Okręgowa Izba Lekarska 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3
(z dopiskiem na kopercie **KONKURS LGN**)

Do zestawu tekstów powinna być dołączona **zaklejona koperta, opatrzona tym samym godłem, co teksty,** w której znajdzie się imię i nazwisko autora, jego adres pocztowy oraz numer telefonu kontaktowego oraz adres e-mail.

UWAGA:

na kopercie nie można umieszczać nazwiska autora ani adresu zwrotnego.

Zgłoszone utwory będą oceniane przez jury w dwóch kategoriach – oddzielnie prozy i poezji. **Przewidziane są nagrody pieniężne oraz wyróżnienia rzeczowe.** Jury zastrzega sobie też możliwość innego podziału nagród.

Uroczyste zakończenie Konkursu odbędzie się w niedzielę, dnia 9 czerwca 2019 r. o godz. 17.00 w Klubie Lekarza OIL w Łodzi przy ul. Czerwonej 3.

Laureaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

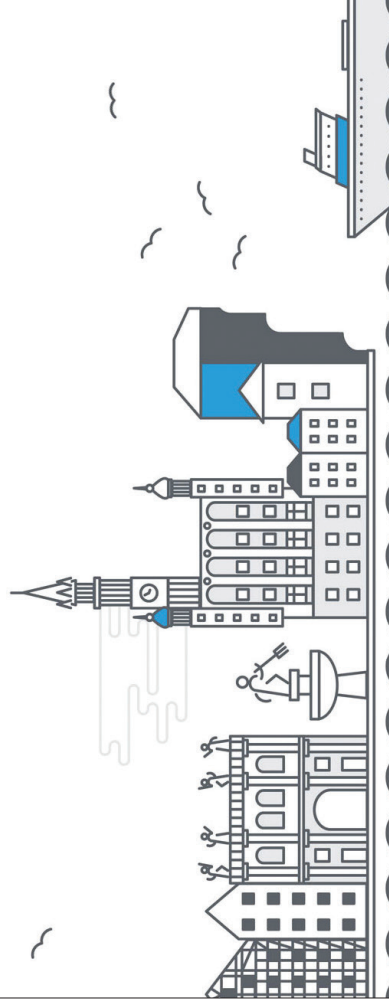
Wszelkich informacji - również dotyczących noclegów - udzieli **p. Iwona Szelewa** w Sekretariacie OIL lub pod nr tel. 42/ 683 17 01.



X Kongres Polonii Medycznej

III Światowy Zjazd Lekarzy Polskich

29.05.2019 - 01.06.2019
Gdańsk



www.kongrespoloniamedycznej.com.pl

www.poloniamed2019.pl



X Kongres Polonii Medycznej

29.05.2019 - 01.06.2019

Poprzez połączenie z III Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich kontynuujemy formułę Kongresu jako spotkania lekarzy z Polski z lekarzami polskiego pochodzenia pracującymi w różnych krajach na całym świecie.



SERDECZNIE ZAPRASZAMY



DR ROMAN BUDZIŃSKI
PRZEWODNICZĄCY KOMITETU ORGANIZACYJNEGO
X KONGRESU POLONII MEDYCZNEJ



DR JANUSZ KASINA
PREZES FEDERACJI POLONIJNYCH ORGANIZACJI
MEDYCZNYCH

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE I REJESTRACJA:

www.kongrespoloniamedycznej.com.pl

www.poloniamed2019.pl