



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Czerwiec 2018

ISSN 1426-661X

Nr 259

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



**Dr Antoni
Junosza-
-Szaniawski**

**PRYMARIUSZ
OPOLSKI 2017**

KOSMICI W PRZEWOZIE

Gęś trafiło w szopie. Spojrzała w prawo, obróciła się w lewo, zakolebała jak trafiony kulą kręgiel i podrobiła w stronę stodoły. Dygnęła przed wysokimi drzwiami i pochyliła głowę, jakby wchodziła do świątyni, a nie drewnianego spichlerza. Tuż za progiem kłapnęła dziobem i padła nieżywa. Podwórko tarzało się ze śmiechu: kosy gwizdały, sroka zamiała ogonem śnieg, kury odbijały się jak jojo i wracały na ziemię. Tylko nakrapiana perliczka przejęła się gąską. Rozpostarła skrzydła, podfrunęła, pochyliła się nad konającą, a wtedy nagły skurcz ścisnął i jej serduszko. Zadygotała, zakwiliła i przewróciła się. Martwa zupełnie. Taki był początek morowej lawiny, która spadła na ranczo. Wkrótce porwała i kury, sztuk pięćdziesiąt. Po czym ruszyła dalej.

To były pierwsze dni stycznia. Dopiero co ucichły fajerwerki i pogasły sztuczne ognie, którymi świętowano nadejście nowego 2017 roku. Pełkińczyki spacerowały w wełnianych sweterkach, pralnie kusiły rabatami na czyszczenie sukni balowych, „Żabki” – ciepłymi lodami. A w gminie Cisek zebrał się sztab kryzysowy. Na drodze do wsi Przewóz obowiązywał ruch wahadłowy. Ani traktor, ani ciągnik, ani auto, ani nawet rower nie mogły ominąć maty nasączonej Virkonem. Odwołano targi, wystawy i pokazy z udziałem kur, kaczek, gęsi, indyków, przepiórek, perlic, strusi, gołębi, bażantów i kuropatw.

Ale najgorsze miało dopiero nadejść. Bo rozgryziono wroga: bezwzględny wirus H5N8, sprawcę ptasiej grypy. Bakcyl pojawił się zniienacka i rozprzestrzenił błyskawicznie. Wystarczyło zgubione piórko, brud za pazurami czy nierozważne plotki z kawką taplającą się w kamionce w Budziskach. I już kolejną fermę nawiedzała mordercza zaraza.

Trzeciego stycznia na ranczo w Przewozie wkroczyli kosmici. Swoją opancerzoną pojezd zatrzymali koło kościoła. Wystrojeni w białe kombinezony i maski-dzioby w ciągu jednej godziny wymordowali cały kurnik: sto siedemdziesiąt dwie kury, gąsiora i perliczkę. Wieść o najeździe migiem obiegła okolicę. (Podobno ufoludków wypatrzył ministrant od świętego Judy, który zawiadomił sołtysa). Wieść rzuciła się ryglować drzwi, drutować ogrodzenia i mocować kolce

na bramach. Najbardziej zaciekli gospodarze chwycili za kosy. Ale obcy mieli za sobą mundurowych: policjantów i żołnierzy. W kilka dni wybili ponad pięć tysięcy ptaków grzebiących. I odjechali. Strach tymczasem powędrował dalej, minął Przewóz, Cisek i ruszył w stronę Opola. Przemknął obok tablic z hasłem wymyślonym przez starszego inspektora sanitarnego „Pani-ka – nie, profilaktyka – tak” i spadł na miasto. W popłoch wpadli gospodarze z Półwsi i Maliny, przestraszyli się też pracownicy opolskiego zwierzyńca: jak ochronić przed zarazą czterysta czternaście skrzydlatych sztuk?



Michał Krawiec, sitodruk format 30/42, tytuł: „W nienaturalnym środowisku”

Pod koniec stycznia dyrektor zoo zarządził kwarantannę. No i doigrały się zielononóżki, bezszpony i ohary. Dostały za swoje piźmówki i świstuny. W wiatkach stłoczono podgorzałki i pelikany. W szopach upchano gęsi garbonose i karpackie. Rupieciarnie oddano sówom śnieżnym i puchaczom. A orłom dostała się oszklona weranda. Tylko na flamingi przymknięto oko – ich wybieg (kosztował aż sto czterdzieści tysięcy złotych!) osłoniła siatka, zaporą przed ewentualnym nalotem dzikich grypiarzy.

I po co tyle zachodu? Przecież – zagrypięne czy nie – dzikie ptaki i tak omijają zwierzyńiec. Głównie logicznie: skoro pozwoliły się usidlić sowy, dał się złapać waleczny toko z rogiem zamiast dziobu, strach pomyśleć, co może tu spotkać wróblowate.

Agnieszka KANIA



Drodzy Czytelnicy! Przed Wami kolejny numer naszego izbowego Biuletynu. Bardzo cieszę się, że tym razem zawiera on tak wiele „rodzimych” materiałów. Tym bardziej, że w trzech przypadkach dotyczy to nagród i wyróżnień, jakie otrzymali członkowie naszej Izby. I tak z wielką radością przedstawiam sylwetkę kolejnego Prymariusza Opolskiego – dr Antoniego Junosze-Szaniawskiego. Dalej pisze o przyznaniu najwyższego odznaczenia naszego Samorządu „Meritus Pro Medicis” – kol. Marcie Rodziewicz-Kabarowskiej. I wreszcie przedstawiam laureatów kolejnej VII już edycji konkursu dla piszących lekarzy „Przychodzi wena do lekarza”, pośród których znalazła się pisząca od kilku lat na stronę obok kol. Agnieszka Kania.

Kol. Jakubiszyn pisze o bardzo ważnej kwestii zwrotu nienależnej refundacji oraz komentarzach na ten te-

mat. Ponadto znajdziecie dwa materiały o zapłodnieniu in vitro i o naszych opolskich osiągnięciach w tej dziedzinie – oba teksty mają związek z czerwcem jako miesiącem niepłodności. I na koniec – materiał o jubileuszu Opolskiego Oddziału PTG i tekst historyczny przygotowany tradycyjnie przez prof. Kubickiego.

W części „zagranicznej” – kolejny materiał dotyczący wprowadzania RODO, rozważania o lekarzu jako funkcjonariuszu publicznym oraz blaskach i cieniach takiej sytuacji, o receptach w obu postaciach (elektronicznej i papierowej), o kodach resortowych, dylematach etycznych zawodu lekarza i zbilansowanej diecie w chorobach nowotworowych.

Mam nadzieję, że Ci, którzy sięgają po nasz Biuletyn znajdą w tym wydaniu sporo ciekawej lektury. Ja zaś żegnam się do następnego podwójnego (bo wakacje) numeru.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki, Koledzy!

Piszę te słowa w przededniu nadchodzących zmian, które mniej lub bardziej dotkną każdego z nas. Zbiegiem okoliczności dotyczą one tej samej daty – 25 maja.

Tego dnia wejdzie w życie RODO (powszechnie używany skrót Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych). Celem RODO jest ujednolicenie zasad przetwarzania danych osobowych na terenie UE. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom członków naszej Izby zorganizowaliśmy – jako Opolska Izba Lekarska – szkolenie informacyjne na temat wybranych aspektów prawnych działalności leczniczej ze szczególnym uwzględnieniem nadchodzących z RODO zmian. Szkolenie odbyło się 12 maja br. na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu i spotkało się z ogromnym zainteresowaniem. 130 osób (bo tylko tyle osób mogła pomieścić sala!) wysłuchało szkolenia, przygotowanego przez Kancelarię Radców Prawnych ZPZ Legal we Wrocławiu. Na listę rezerwową zapisało się kolejnych prawie 60 osób, więc w planie jest powtórzenie szkolenia, bo niedostatki informacyjne w tym względzie są duże – sądząc po frekwencji na szkoleniu.

Drugi istotny fakt, związany z datą 25 maja, to XIV Krajowy Zjazd Lekarzy, rozpoczynający się tego dnia w Warszawie. To podsumowanie czterech lat pracy organów Naczelnej Izby Lekarskiej i wybór władz Samorządu na kolejną VIII kadencję. Pisząc dziś te słowa nie wiem, kto stanie na czele Naczelnej Izby Lekarskiej? Kto poprowadzi Samorząd Lekarski dalej? Ale, jak każdy z Was ufam, że Delegaci XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy powierzą to odpowiedzialne stanowisko właściwej osobie, a tych w Samorządzie przecież nam nie brakuje.

Na koniec informacja o e-zwolnieniach. Najnowszy projekt Ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw zakłada przesunięcie terminu obowiązkowego wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy wyłącznie drogą elektroniczną na dzień 1 grudnia 2018 r. Wszystko więc wskazuje na to, że postulat Porozumienia Organizacji Lekarskich, którego członkiem jest Naczelna Izba Lekarska został wzięty pod uwagę i stworzono nam szansę na lepsze przygotowanie się do nadchodzących obowiązków. Oczekując na lepsze zmiany – róbmy swoje.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU NOWEJ KADENCJI

W dniu 24 kwietnia 2018 r. odbyło się drugie w nowej kadencji posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu według programu przedstawionego członkom Okręgowej Rady Lekarskiej drogą elektroniczną z poprawką dot. wprowadzenia dodatkowego punktu posiedzenia (*patrz poniżej – przyp. Red.*). Spotkanie prowadziła Prezes Izby Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Brak wniosków

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Zarejestrowano szkolenie dla lekarzy dentystów realizowane przez firmę Amader s.c. – przyznano 5 pkt. edukacyjnych.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z rejestru wykreślono jedną grupową praktykę lekarską i jedną indywidualną praktykę lekarską.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie imprez sportowych

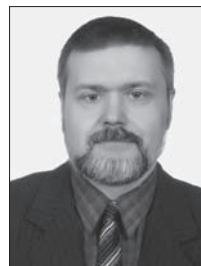
Do Funduszu Samopomocy wpłynęło podanie o przyznanie dwóch zapomóg, które przyznano jednogłośnie

W związku z pismem załogi żeglarskiej (Sylwester Pikor, Jolanta Korjat i Anna Adamska) z prośbą o dofinansowanie jej udziału w regatach, podjęto dyskusję nad ew. odwieszeniem uchwały o dofinansowaniu imprez sportowych, zawieszoną uchwałą z dnia 22 czerwca 2016 r. W głosowaniu jawnym (przy 1 głosie wstrzymującym) odwieszono powyższą uchwałę. Jednocześnie podjęto decyzję o dofinansowaniu udziału wnioskodawców w regatach w wysokości 350 zł na osobę (3 głosy przeciwne i 2 wstrzymujące się).

Na wniosek chóru naszej Izby podjęto decyzję o sfinansowaniu tzw. nagrania repertuarowego (w kwocie 1.900 zł), które umożliwi udział chóru w ogólnopolskich konkursach. Kwotę tę Rada wyasygnuje z działu „Materiały promocyjne” zaplanowaną w budżecie OIL. Kol. Mielczarek jednocześnie zgłosił wniosek o zapewnienie w przyszłorocznym budżecie Izby odpowiedniej puli środków na działalność chóru OIL.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Brzeskie Centrum Medyczne zwróciło się z wnioskiem o wyznaczenie przedstawiciela Izby do komisji konkursowej na pielęgniarki oddziałowe licznych oddziałów. Przedstawioną przez Prezydium kandydaturę kol. Barbary Suzanowicz przyjęto jednogłośnie.



Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej

O zwolnienie z opłacania składek członkowskich z powodu nieosiągania przychodów zwróciła się do Izby jedna osoba. Rada wniosek przyjęła jednogłośnie.

Podjęcie uchwał organizacyjnych, wybór Rzecznika Praw Lekarza i Mediatora (punkt wprowadzony dodatkowo)

Rada jednogłośnie przyjęła uchwałę w sprawie wykazu obowiązujących w nowej kadencji uchwał.

Ponadto podjęto uchwałę w sprawie zwrotu kosztów poniesionych na realizację zadań samorządowych przez członków organów Izby. Przyznano limity miesięczne kilometrów: dla Prezesa – 350 zł, dla Wiceprezesów, Sekretarza i jego Zastępcy oraz Skarbnika – 300 zł, a dla pozostałych członków Prezydium – 150 zł (przy głosach 2 przeciw i 2 wstrzymujących się). Na wniosek kol. Derkowskiego zwiększono kwotę ryczałtu za zakończoną sprawę dla zastępców OROZ do kwoty 300 zł, a na wniosek kol. Jakubiszyna dla sędziów Sądu Lekarskiego do kwoty 200 zł.

Podjęto również uchwałę w sprawie regulaminu wynagradzania pracowników zatrudnionych w OIL (jednogłośnie).

Ponadto Rada przyjęła jednogłośnie uchwałę w sprawie składu komisji problemowych.

Powołano także kol. Adama Bąka na stanowisko Rzecznika Praw Lekarza (1 wstrzymujący się), a kol. Jarosława Mijasa na stanowisko Mediatora (jednogłośnie).

I wreszcie na koniec znowelizowano (jednogłośnie) uchwałę w sprawie wysokości stawek za publikacje ogłoszeń i reklam w Biuletynie Informacyjnym i na stronie internetowej naszej Izby.

Opinia w sprawie kandydata na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii

Rada poparła kandydaturę dr hab. n. med. Marka Gierlotki na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii

W tym punkcie Prezes poinformowała o wystosowaniu zaproszeń na majowe Prezydium dla dr Jerzego Pietruszewskiego, kandydującego na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neurologii dziecięcej oraz dla kandydata na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatrii.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL i NRL

Prezes poinformowała o nominacji kol. Marty Rodziewicz-Kabarowskiej do odznaczenia „Meritus Pro Medicis”, przesunięciu daty odejścia od papierowych druków ZLA oraz o planowanych zmianach w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej kol. Jakubiszyn poinformował o wynikach wyborów w or-

ganach OIL. Natomiast kol. Latała zrelacjonował ostatnie posiedzenie PTS, którego gościem był prof. Tomasz Gedrange.

Sprawy różne i wolne wnioski

Podjęto dyskusję nad projektem ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Sprawę uprzednio zrelacjonował kol. Dryja. Stanowisko Rady w sprawie projektu zmian w ustawie przyjęto jednogłośnie.

Kol. Rekucki odczytał pismo urologów z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu w sprawie warunków pracy w SOR oraz odpowiedź Dyrekcji USK. Sprawa ta wywołała ożywioną dyskusję. W jej efekcie kol. Gajda zaproponowała podjęcie stanowiska w sprawie zmuszania rezydentów z wielu oddziałów USK do pracy w SOR. Tekst projektu tego stanowiska zostanie rozesłany do członków Rady drogą mailową.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

Prezes ORL,

lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Z-ca Sekretarza ORL, lek. Stanisław KOWARZYK

PROBLEM NIENALEŻNEJ REFUNDACJI



Koleżanki i Koledzy!

W ostatnim czasie do niektórych z Was dotarły pisma z OOW NFZ, domagające się najpierw wyjaśnień w związku z wystawieniem w prywatnej praktyce recepty refundowanej pacjentom nieubezpieczonym, a następnie – przy braku takowych – domagające się zapłaty kwoty tak zwanej nienależnej refundacji.

Dla wyjaśnienia genezy takich działań Funduszu pozwolę sobie na krótki rys historyczny. Otóż po raz pierwszy o istotnych karach za błędy w wystawianiu recept mówiła ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Na jej podstawie Fundusz opracował nowy wzór umowy, który miał być podpisywany przez lekarza prywatnie praktykującego, który chciał wystawiać recepty refundowane. Samorząd Lekarski ostrzegał wówczas lekarzy, że w umowach zawarte są liczne kary (m.in. tzw. zwrot nienależnej refundacji) i namawiał do niepodpisywania umów. Część lekarzy jednak umowy podpisała.

W grudniu 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015, poz.1991). Ustawa ta zmieniła niektóre zapisy ustawy o refundacji leków. Otóż w art. 2 pkt. 14 ustawy refundacyjnej rozszerzono krąg osób uprawnio-

nych do wystawiania recept refundowanych na wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, mających ważne prawo wykonywania zawodu, bez konieczności podpisywania umów z NFZ (w trakcie 2016 r. można było te umowy wypowiadać, z końcem 2016 r. traciły one moc z urzędu). Jednocześnie do art. 48 tejże ustawy wprowadzono ust. 7a, który mówił o karach – w tym o zwrocie nienależnej refundacji.

Inaczej rzecz ujmując lekarz, który za czasu obowiązywania dodatkowych umów z OOW NFZ wystawiał recepty refundowane (bo miał tę umowę), nie sprawdzając czy pacjent jest ubezpieczony narażał się na konsekwencje, które swoim podpisem pod umową akceptował. Z kolei od stycznia 2017 r. możliwość nałożenia kary została usankcjonowana przepisem rangi ustawowej.

Osobnym zupełnie zagadnieniem pozostaje fakt, kto zyskał na wystawieniu recepty refundowanej w takich okolicznościach. Oczywiście skorzystał pacjent i to on powinien być adresatem pisma z OOW NFZ, i to on powinien zwracać kwotę owej nienależnej refundacji. Ale to wymaga zmiany zapisu ustawy.

Poniżej załączam dwa teksty, związane z powyższym tematem. Pismo z OOW NFZ wyjaśniające, jak zabezpieczyć się przed konsekwencjami związanymi z wystawieniem recepty osobie nieubezpieczonej oraz opinię Mecenasu Jagielskiego, będącą odpowiedzią na moje zapytanie związane z tym, że ustawa nakazuje zwracać coś, czego się w ogóle nie dostało.

Pismo z OOW NFZ

Wypisując receptę refundowaną, również w prywatnej praktyce, należy pamiętać, iż udzielenie refundacji dla pacjenta podlega reżimowi artykułu 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.). Oznacza to, iż prawo pacjenta do refundacji musi być potwierdzone przez osobę wystawiającą receptę przed oznaczeniem tej recepty jako refundowanej. Odbyna się to w jeden z trzech sposobów określonych w art. 50.

Po pierwsze weryfikacja w systemie eWUŚ – warto podkreślić, iż dostęp do systemu można uzyskać także nie posiadając kontraktu na świadczenia z NFZ. Dzisiejsze technologie i rynek aplikacji mobilnych umożliwia posiadanie przez każdego zainteresowanego lekarza nieodpłatnego i wygodnego narzędzia weryfikacji ubezpieczenia pacjenta w swoim smartfonie. Umożliwia to sprawdzenie uprawnień gdziekolwiek jest zasięg telefonii komórkowej, co jest szczególnie wygodne np. w trakcie wizyt domowych. Więcej informacji: <http://www.nfz-opole.pl/dla-swiaadczeniodawcy/ewus/>.

Jeżeli nie można uzyskać potwierdzenia z systemu eWUŚ (gdy system nie potwierdza ubezpieczenia lub lekarz nie ma do niego dostępu), przepis ustawowy dopuszcza dwa rozwiązania. Po pierwsze przedstawienie dokumentu potwierdzającego uprawnienia, którego kopię lub odpis warto zachować w dokumentacji pacjenta (dokument wystawiony przez pracodawcę, potwierdzający odprowadzenie składki zdrowotnej) lub złożenie przez pacjenta pisemnego oświadczenia, zgodnego ze wzorem określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2015 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 438).

Warto podkreślić, iż przestrzeganie w/w zasad stanowi rękojmię dla osoby wystawiającej receptę, określoną w art. 50 ust 15. Upraszczając brzmienie tegoż przepisu oznacza on w praktyce, że Fundusz nie może żądać zwrotu kosztów refundacji od osoby ordynującej leki refundowane, jeżeli w dniu udzielenia tego świadczenia potwierdził uprawnienia pacjenta w jeden ze wskazanych sposobów. Za ewentualne niezgodności ze stanem faktycznym odpowiada wówczas pacjent. I odwrotnie, nie przestrzeganie tych zasad prowadzić może w konsekwencji do konieczności zwrotu kosztów refundacji przez osobę wystawiającą receptę.

Jednym z elementów postępowania wyjaśniającego, prowadzonego cyklicznie przez Fundusz, jest zbieranie materiałów dowodowych (oświadczeń pacjentów i kopii dokumentów), stanowiących realizację w/w przepisów, do ewentualnego wszczęcia postępowań administracyjnych względem pacjenta. Brak staranności w weryfikacji uprawnień pacjenta i brak stosownej dokumentacji może

prowadzić do sytuacji uruchamiania przez Fundusz regresu względem lekarza, wystawiającego receptę.

* * *

Opinia mec. Jagielskiego

Szanowny Panie Doktorze!

Z wielką uwagą i troską zapoznałem się z Pana informacją. Uważam, że sprawa ma dwa oblicza – prawne i moralne, które są ze sobą ściśle powiązane.

Bezspornym jest, że lekarze zawarli z NFZ umowy upoważniające ich do wystawiania recept na leki refundowane. W umowie tej istnieją zapisy zobowiązujące lekarzy do prowadzenia dokumentacji medycznej zawierającej m.in. ustalenie czy osoba otrzymująca świadczenie posiada uprawnienia do otrzymania świadczenia, mówiąc krótko – czy jest ubezpieczona. Lekarz fakt ten może sprawdzić za pomocą systemu eWUŚ, ewentualnie odebrać pisemne oświadczenie od pacjenta co do faktu ubezpieczenia. Wiem, że niestety koledzy lekarze tę część wizyty pacjenta traktowali z mniejszą uwagą, koncentrując się na jego leczeniu i przepisaniu mu leków zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej.

Panie Doktorze! Zadaniem lekarza jest leczyć, nieść pomoc ludziom tego potrzebującym i to nie tylko tym, którzy mają stosowny kwit czy zaświadczenie. Konstytucja Polski w sposób wyraźny i nie budzący wątpliwości mówi, że:

- **Art. 67. 1.** Obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego. Zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa.
- **2.** Obywatel pozostający bez pracy nie z własnej woli i nie mający innych środków utrzymania ma prawo do zabezpieczenia społecznego, którego zakres i formy określa ustawa.
- **Art. 68. 1.** Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
- **2.** Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
- **3.** Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Żle się dzieje, gdy Państwo dla chwilowych korzyści finansowych, usprawiedliwiając to uszczelnianiem systemu ubezpieczeń, zapomina o podstawowych gwarancjach obywatelskich. Przerzucanie odpowiedzialności finansowej za całą tą sytuację na lekarzy jest niesprawiedliwe i nieuzasadnione albowiem – jak Pan słusznie zauważył – ewentualną korzyść finansową otrzymał pacjent.

W przypadku procesu sądowego zainicjowanego przez NFZ, nie można zatem skutecznie twierdzić, że lekarz na

podstawie przepisów dotyczących bezpodstawnego wzbogacenia winien zwrócić refundację. Ta podstawa prawna może mieć zastosowanie w stosunku do osoby, która świadczenie to otrzymała – a więc do konkretnego pacjenta. Niestety możliwa jest również interpretacja – dużo bardziej prawdopodobna – że lekarz odpowiada z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, albowiem podpisał zobowiązanie do prowadzenia dokumentacji dla NFZ. W tym przypadku zasądzenie od lekarza kwot z tytułu tzw. refundacji przez NFZ leków dla osób nieuprawnionych jest niestety bardziej prawdopodobne.

Co zatem robić? Osobiście uważam aby walczyć, ale decyzja należy do lekarzy dotkniętych tą sytuacją. Myślę, że w obecnej sytuacji politycznej i prawnej nikt nie zadeklaruje, że wygramy. W przypadku – mówiąc kolokwialnie – przegrania sprawy lekarzy czekają koszty sądowe ok. 5% wartości przedmiotu sprawy, plus ewentualne koszty zastępstwa procesowego ze strony NFZ (ustalane od wartości przedmiotu sprawy).

W imieniu Kancelarii Adwokackiej, którą prowadzę wspólnie z Panią Mec. Malinowską mogę zadeklarować pomoc prawną i reprezentację lekarzy w sądzie w ce-

nie porady prawnej, tj. ok. 200 PLN od sprawy. Są to koszty minimalne, konieczne abyśmy nie mieli następnej sprawy. W takim przypadku lekarze czekają, aż NFZ wystąpi na drogę postępowania sądowego i wtedy włączamy się do sprawy. Proszę pamiętać jednak, że lekarze w tym przypadku muszą zadeklarować, że jeżeli nie mają oświadczeń od pacjentów, to pytali ich ustnie czy są ubezpieczeni i otrzymali odpowiedź twierdzącą.

Sprawa dochodzenia od pacjenta tzw. nienależnej refundacji jest sprawą wtórną, jak najbardziej zasadą i w tym zakresie służę pełną pomocą. Uważam, że przedmiotowa sprawa warta jest poruszenia na tej płaszczyźnie. Jeżeli wyrazi Pan taką wolę deklaruję – jako Dziekan ORA Opole – poruszenie tej sprawy na najbliższym posiedzeniu Naczelnej Rady Adwokackiej i być może podjęcie wspólnych i skoordynowanych działań na terenie całego kraju.

Tyle pisma. Ze swej strony problem tak zwanej nienależnej refundacji zgłoszę do dyskusji na zbliżającym się Krajowym Zjeździe Lekarzy (gdy będziecie czytać ten tekst będzie już po Zjeździe).

Jerzy JAKUBISZYN

„PRYMARIUSZ OPOLSKI” 2017 – DR ANTONI JUNOSZA-SZANIAWSKI

Dr Antoni JUNOSZA-SZANIAWSKI – rocznik 46., urodzony w Krakowie. Ukończył słynne Liceum im. Stefana Batorego w Warszawie w 1963 r. Dyplom i tytuł lekarza medycyny uzyskał w Akademii Medycznej w Warszawie w 1970 r.

Od samego początku swojej pracy zawodowej związany z Wojewódzkim Szpitalem dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. ks. biskupa Józefa Nathana w Branicach. Stopniowo piął się po szczeblach kariery zawodowej od młodszego asystenta, aż do stanowiska ordynatora oddziału. W 1975 r. zdobył specjalizację I stopnia, a w 1985 r. – II stopnia z psychiatrii. W 1996 r. otrzymał także tytuł specjalisty II stopnia z organizacji ochrony zdrowia. Ponadto od 1979 r. jest biegłym sądowym z zakresu psychiatrii.

W trakcie swej 47-letniej pracy w szpitalu pracował na niemal wszystkich jego oddziałach (psychiatrycznych: męskim i kobiecym, podsądnym i odwykowym). W latach 1995–2004 pełnił ponadto funkcję Kierownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Branicach. Pomimo przejścia w 2013 r. na emeryturę – nadal jest czynny zawodowo.

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrii oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Dr Junosza-Szaniawski należy do grona tzw. „Ojców Założycieli” Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu. Jeszcze przed oficjalnym powstaniem Samorządu Lekarskiego uczestniczył w batalii o utworzenie izby lekarskiej na Opolszczyźnie. Razem z dr Ryszardem Kwiecińskim (późniejszym pierwszym Prezesem naszej Izby) brał udział w założycielskim zebraniu Samorządu Lekarskiego w Warszawie ostro promując ideę małych izb lekarskich m.in. poprzez indywidualne rozmowy z organizatorami Samorządu – w tym z prof. Tadeuszem Chruścielcem (w jego prywatnym mieszkaniu), który był gorącym przeciwnikiem tej idei. Gdy wysiłki te spełzły na niczym współorganizował i uczestniczył w dalszych działaniach na rzecz tworzenia „małych izb” – m.in. na Zjeździe Delegatów we Wrocławiu, czy jako delegat na I Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie (10–12 grudnia 1989 r.), podczas którego ostatecznie zdecydowano o powołaniu OIL w Opolu i w innych małych ośrodkach.

Jako Wiceprezes ORL w Opolu I kadencji współuczestniczył w tworzeniu jej struktur i formuły działania. Na II Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy w Bielsku-Białej (13–14 grudnia 1991 r.) prezentował wypracowaną w Opol-



skiej Izbie Lekarskiej (m.in. poprzez badanie ankietowe lekarzy) propozycję zapisu w Kodeksie Etyki Lekarskiej regulującą problemy prokreacji, która zresztą nie została ostatecznie przyjęta.

Był Przewodniczącym Komisji Etyki Lekarskiej OIL w Opolu II i III kadencji, w czasie których wraz z jej członkami wypracował nową formułę jej działania jako Komisji Pojednawczej i Etyki Lekarskiej – zajmującej się także mediacjami w konfliktach pomiędzy lekarzami – członkami Samorządu Lekarskiego. Przez pozostałe kadencje, aż do dnia dzisiejszego aktywnie pracuje w tejże Komisji.

Od 2002 r. jest sędzią Okręgowego Sądu Lekarskiego. Od początku istnienia Komisji Bioetycznej naszej Izby Lekarskiej (oceniającej eksperymenty medyczne) jest również jej aktywnym członkiem.

KOLEJNY „MERITUS PRO MEDICIS” DLA NASZEJ KOLEŻANKI

Pisałem niedawno o przyznaniu przez Kapitułę odznaczenia „*Meritus Pro Medicis*” na grudniowym posiedzeniu tego tytułu naszej Prezes Jolancie Smerkowskiej-Mokrzyckiej. Miło mi więc donieść, że na kolejnym spotkaniu członkowie Kapituły postanowili przyznać ten zaszczytny tytuł naszej kolejnej koleżance – Marcie RODZIEWICZ-KABROWSKIEJ. Pozwolę więc sobie krótko scharakteryzować naszą laureatkę.

Lek. dent. Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA jest absolwentką Oddziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu rocznik 1979 r. Od samego początku swej pracy zawodowej związana z Opolem. Przez wiele lat pracowała w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej, by od kilku już lat prowadzić własny Gabinet Stomatologii Estetycznej. Posiada specjalizacje ze stomatologii zachowawczej i ze stomatologii dziecięcej – przez szereg lat pełniła zresztą funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

Aktywnie uczestniczyła i uczestniczy nadal w pracach Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, pełniąc w nim m.in. funkcję Sekretarza.

W działalność odrodzonego Samorządu Lekarskiego kol. Rodziewicz-Kabarowska włączyła się od II kadencji, i od samego początku jej udział w jego pracach był znaczący. Do dnia dzisiejszego jest niezwykle aktywna zarówno na terenie swej macierzystej – Opolskiej Izby Lekarskiej, jak i na forum ogólnym jako Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz jako członek szeregu komisji Naczelnej Rady Lekarskiej.

Poniżej przedstawiam jej działalność izbową:

- Delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy II i III kadencji;

Od „zawsze” prowadzi, w ramach organizowanych przez Izbę szkoleń, wykłady z bioetyki i etyki lekarskiej dla lekarzy przygotowujących się do LEP.

Na swoim styczniowym posiedzeniu Okręgowa Rada Lekarska przyznała Honorowy Tytuł „Prymariusza Opolskiego” za rok 2017 dr Antoni Junoszy-Szaniawskiemu. Statuetkę „Prymariusza” wręczyli wspólnie na Okręgowym Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Lekarzy Opolszczyzny w maju br. ustępujący Prezes – Jerzy Jakubiszyn oraz nowo wybrana na tę funkcję Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

SERDECZNIE GRATULUJEMY!!!

PS. Mam nadzieję, że laureat wybaczy mi, ale zawirowania wokół zmian kadencyjnych spowodowały niezamierzony przez mnie ten „poślizg” informacyjny – JBL.

- Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej nieprzerwanie od III do VII kadencji;
- Członek Komisji Stomatologicznej NIL II kadencji;
- Członek Komisji Współpracy Międzynarodowej NIL III kadencji;
- Członek Komisji Etyki Lekarskiej NIL VII kadencji;
- Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Opolu od II do VIII kadencji;
- Wiceprzewodnicząca Okręgowej Rady Lekarskiej OIL w Opolu II kadencji;
- Przewodnicząca Komisji Etyki OIL VI i VII kadencji i jej członek w IV kadencji;
- Przewodnicząca Komisji Kultury OIL VII kadencji;
- Sekretarz Komisji Stomatologicznej OIL w Opolu III i IV kadencji;
- Członek Komisji Kształcenia OIL V i VI kadencji;
- Współzałożycielka chóru Opolskiej Izby Lekarskiej „Medicantos”.

Za swoją działalność na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej w 2014 r. została uhonorowana tytułem „Prymariusz Opolski” – najwyższym Tytułem Honorowym przyznawanym w naszej Izbie.

W 2016 r., w czasie obchodów 25-lecia powstania Kodeksu Etyki Lekarskiej, została odznaczona przez Ministra Zdrowia Złotym Medalem „Za długoletnią służbę”.

Uroczyste wręczenie odznaczeń „*Meritus Pro medicis*” obu naszym Koleżankom odbędzie się w trakcie majowego Krajowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie. **Serdecznie gratulujemy tego tytułu!!!**

Jerzy B. LACH



LAUREACI OGÓLNOPOLSKIEGO KONKURSU LITERACKIEGO IM. PROF. ANDRZEJA SZCZEKLIKA „PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA” – EDYCJA VII

No i mamy kolejny powód do dumy!! W Krakowie 17 maja br. odbył się po raz siódmy uroczysty finał Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Prof. Andrzeja SZCZEKLIKA „Przychodzi wena do lekarza”. W tym roku w konkursie po raz pierwszy pojawiła się kategoria felietonu zamieszczanego przez poszczególne redakcje pism okręgowych izb lekarskich. Ze smutkiem stwierdzam, że nie wszystkie redakcje zgłosiły swoich piszących współpracowników, ale może w następnym roku dopisze frekwencja. Zgłoszono w sumie 12 tekstów, które były oceniane podwójnie. Z jednej strony redaktorzy pism izbowych na swoim kwietniowym spotkaniu w Płocku głosowali tajnie na poszczególne felietony, z drugiej zaś głosowało także profesjonalne konkursowe jury „Weny”. Suma oddanych głosów zadecydowała o ostatecznym wyniku konkursu w tej kategorii.

Milo mi przekazać Wam informację, że nasza stała felietonistka kulturalna – dr Agnieszka KANIA zajęła II miejsce w tegorocznej edycji konkursu „Przychodzi wena do lekarza” właśnie w kategorii felietonów.

A oto oficjalna lista laureatów VII edycji konkursu:

Kategoria POEZJA

- I miejsce – **Bogdan Stangrodzki** „Poetka we śnie”;
- II miejsce – **Barbara Rysz-Postawa** „Arytmia”;
- III miejsce – **Monika Kunstman** „** wieczór wspomnień”;
- Wyróżnienie – **Paweł Grabowski** „Moich kilku przyjaciół nie żyje”.

Kategoria PROZA

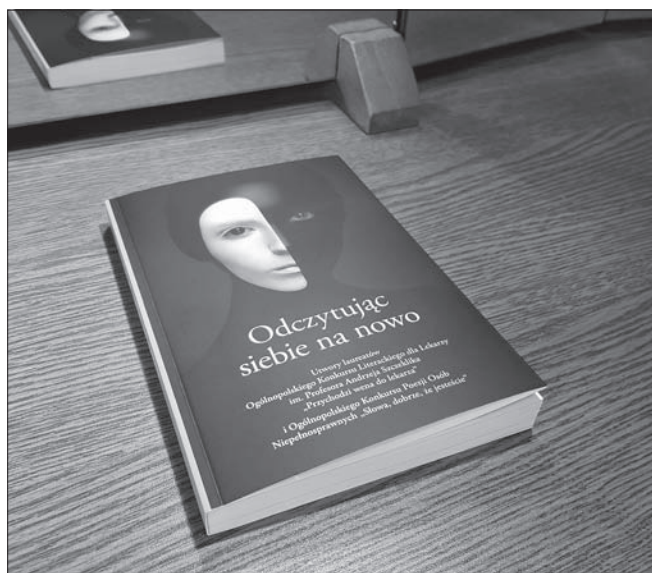
- I miejsce – **Małgorzata Nowaczyk** „Cienką nicią połączone”;
- II miejsce – **Marek Gawlik i Monika Kunstman** „Anatomia pamięci”;
- III miejsce – **Tomasz Kardacz** „Ananke”.

Kategoria FELIETON

- I miejsce – **Joanna Sokołowska** „Strachy na Lachy” / „Czarny kwadrat” („Gazeta Lekarska” / Biuletyn Płockiej Izby Lekarskiej)
- II miejsce – **Agnieszka Kania** „Anielskość” (Biuletyn Opolskiej Izby Lekarskiej)
- III miejsce – **Beata Januszko-Giergielewicz** „Pęknięte serce” (Biuletyn Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej)
- Wyróżnienie – **Włodzimierz Kuźma** „Do którego roku życia powinien pracować lekarz?” („Skalpel” Biuletyn Wojewódzkiej Izby Lekarskiej)



Laureaci „Weny” dwóch pierwszych miejsc w kategorii FELIETON: od lewej – dr Agnieszka KANIA i dr Joanna SOKOŁOWSKA oraz Przewodniczący Komisji Kultury NRL i jednocześnie członek jury dr Jarosław WANECKI



Wydanie książkowe nagrodzonych prac zrealizowane przez „Medycynę Praktyczną”

W prezentacji utworów laureatów wzięło udział 12 aktorów, w tym: Jerzy Trela, Anna Polony, Radosław Krzyżowski, Anna Radwan, Ewa Kaim, Małgorzata Gałkowska. Całość Gali prowadziła Anna Dymna i Piotr Gajewski. Nagrody w poszczególnych kategoriach, oprócz jury, wręczali wiceprezesi Naczelnej Rady Lekarskiej: Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Leszek Dudziński i Romu-



Uczestnicy części artystycznej „Weny” – Orkiestra „Operacja Muzyka” oraz Maja i Andrzej Sikorowscy z zespołem

ald Krajewski. Natomiast „Medycyna Praktyczna” wydała książkę z nagrodzonymi w konkursach utworami, które systematycznie drukować będzie również „Gazeta Lekarska”.

Podczas Gali wystąpili także gospodarze Małopolskiej Izby Lekarskiej – obecni i poprzedni Prezes Robert Stepien i Andrzej Matyja, którzy wręczyli nagrody Leszkowi Dudzińskiemu (Wiceprezes Naczelnej Rady Lekar-

skiej) i Markowi Jodłowskiemu (Sekretarz tejże Rady) za działalność samorządową.

W części artystycznej wystąpiła Orkiestra „Operacja Muzyka” Wielkopolskiej Izby Lekarskiej pod dykcją Dobrochny Martenki oraz Maja i Andrzej Sikorowscy z zespołem.

Bardzo serdecznie gratulujemy wszystkim laureatom, a zwłaszcza dr Agnieszce KANI!!!

Z ŻYCIA ODDZIAŁU POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO

W dniu 16 marca 2018 r. odbyła się niezwykła i piękna uroczystość z okazji 500 zebrania naukowo-szkoleniowego Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Zebranie Jubileuszowe zaszczylicili swoją obecnością sympatycy naszego oddziału – prof. Janusz Woytoń z Uniwersytetu Wrocławskiego oraz prof. Ryszard Poręba z Uniwersytetu Śląskiego. W zebraniu wziął również udział prof. Pavel Cermak z Ostrawy ze swoim zespołem.

Można zadać sobie pytanie w jaki sposób doczekaliśmy się takiego Jubileuszu? Po pierwsze bardzo skrupulatna numeracja zebrań przez sekretarzy oddziału, po drugie regularne odbywanie zebrań jeden raz w miesiącu z krótką przerwą wakacyjną. Podkreślić należy, że nawet w okresie stanu wojennego byliśmy jedynym Towarzystwem Naukowym, które uzyskało zgodę ówczesnych władz na organizowanie zebrań.

Zebranie miało następujący program:

- Wystąpienie prof. Pavla Cermaka na temat nowoczesnych metod leczenia niepłodności oraz zapłodnienia „in vitro”,
- Przedstawienie przez dr hab. n. med. Janusza Kubickiego historii Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

Jak pamiętamy Polskie Towarzystwo Ginekologiczne powstało w okresie międzywojennym w roku 1922, natomiast nasz oddział w roku 1958 – a więc obchodzi 60 rocznicę powstania.

Założycielem naszego oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego był dr Sergiusz Mossor. Przed II wojną światową pracował on na Kresach Wschodnich w mieście Sambor. Losy wojenne rzuciły go do Opola, gdzie w roku 1945 był jedynym ginekologiem i położnikiem w mieście. Wkrótce stał się nauczycielem i wychowawcą nowej kadry lekarzy naszej specjalności. Jednak najważniejszym dokonaniem dr Mossora była budowa nowego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego.



Opole, które traktowane było jako „Festung Opeln” po wojnie było całkowicie zrujnowane – zwłaszcza w okolicy Rynku i śródmieścia (zachowany był tylko Ratusz i Wieża Piastowska znana z Festiwalu Polskiej Piosenki).

Propozycja budowy nowego szpitala wydawała się nie do zrealizowania, ponieważ ówczesne władze nastawione były przede wszystkim na odbudowę zniszczeń wojennych, a nie na budowę nowych obiektów.

Po zakończeniu wojny w Opolu istniał Szpital Ginekologiczno – Położniczy pod wezwaniem św. Wojciecha, ale wkrótce stał się za ciasny w związku z szybkim wzrostem populacji Polan.

Ponieważ na zebraniu gościliśmy kolegów z Czech, dr Kubicki zadał ciekawe pytanie co łączy postać św. Wojciecha patrona Szpitala z Opolem i Czechami. Otóż św. Wojciech wraz z bratem Gaudentym został wysłany przez niemieckiego cesarza Ottona III celem chrystianizacji pogańskich Prusów żyjących na terenach Estonii i częściowo Litwy. W drodze do krajów Prusów św. Wojciech zatrzymał się w Opolu i na tzw. „Górcie” najwyższym wzniesieniu Opola znanej wszystkim Opolanom i turystom, ponieważ znajduje się na niej Kościół po wezwaniu św. Wojciecha i Rektorat Uniwersytetu Opolskiego. Na „Górcie” św. Wojciech wygłosił płomienne kazanie, po którym Opolanie się ochrzczili, jako jedni z pierwszych w kraju. Pamiątką pobytu św. Wojciecha w Opolu jest piękna studnia, której woda w przeszłości miała właściwości lecznicze oraz kamień z odciskiem jego stopy.

Po dotarciu do kraju Prusów św. Wojciech został zamordowany w tzw. „Świętym Gaju”, natomiast jego brat Gaudenty został puszczonej wolno, aby świadczyć o śmierci św. Wojciecha. Bolesław Chrobry wg. legendy wykupił ciało św. Wojciecha za taką ilość złota ile ono ważyło. Ciało św. Wojciecha przewieziono uroczystie do pierwszej stolicy Polski, Gniezna i został pierwszym patronem Polski, zaś jego brat Gaudenty został pierwszym biskupem Polski.

W roku 1038 do Polski wtargnął czeski książę Brzetysław I dotarł do Gniezna skąd skradł czaszkę św. Wojciecha i umieścił ją w Katedrze św. Wita w Pradze na Hradczanach. Wg jednak współczesnych i historyków była to czaszka brata św. Wojciecha, Gaudentego, ponieważ w ostatniej chwili zamieniono ciała. Mimo wielu starań Czesi nie wyrażają zgody na wykonywanie porównawczych badań antropometrycznych i DNA. Ciało św. Wojciecha spoczywa w Katedrze w Gnieźnie w pięknej srebrnej trumnie, na której umieszczono postać św. Wojciecha w pozycji pół leżącej z pastorałem w ręce.

Inicjatywa dr Mossora budowy szpitala była jak najbardziej konieczna, ale wymagała niezliczonych zabiegów i prób ówczesnych władz, które w końcu zgodziły się na rozbudowę szpitala, ale ostatecznie zakończyła budowę nowego szpitala.

Nowo wybudowany szpital miał trzy oddziały operacyjny, patologii ciąży, położniczy, piękne sale operacyjne, piękne sale porodowe oraz duży oddział neonatologiczny z najnowszym, jak na owe czasy, sprzętem.

Uroczyste otwarcie nowego szpitala miało miejsce w roku 1965, niestety dr Mossor nie doczekał się tego wydarzenia, ponieważ zmarł 3 lata wcześniej w roku 1962. Szpital nazwano jego imieniem (Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. dr S. Mossora). Pamiątkową tablicę z jego podobizną umieszczono przy wejściu do szpitala. Przed kilku laty zmieniono nazwę naszego szpitala na Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii bez imienia jego założyciela.

Pierwszym Prezesem Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa po śmierci dr Mossora był dr Stanisław Lembrych, a w następnych kadencjach m. in. dr Tadeusz Chowaniec, dr Janusz Kubicki i ostatnio dr Dariusz Kowalczyk.

W naszym szpitalu odbywa się rocznie ponad 3.000 porodów. Można więc łatwo wyliczyć, że podczas 50-letniej kadencji opolskiego oddziału P. T. G. na świat przyszło ponad 150.000 dzieci, co podwoiło liczbę Polan.

Oczywiście największą radość sprawiają ciążę mnogie. Dosłownie 3 dni przed naszym spotkaniem Jubileuszowym na świat przyszły czworaczki: cztery identycznie podobne do siebie dziewczynki w 29 tygodniu ciąży o masie urodzeniowej od 1200 gramów do 1800 gramów. Ciążę rozwiązano oczywiście cięciem cesarskim. Był to drugi w historii szpitala poród czworaczek. W naszej pamięci pozostaje zawsze poród pięcioraczek przed 20 laty trzech dziewczynek i dwóch chłopców. W tym czasie niedoskonałych aparatów USG nasi koledzy rozpoznawali ciążę czworaczą, dlatego wielką niespodzianką podczas cięcia cesarskiego było stwierdzenie, że w jamie macicy znajduje się piąty płód. Masa urodzonych w 30 tygodniu ciąży noworodków wahała się od 1200 gramów do 1800 gramów. Dzięki wspaniałej opiece naszych pediatrów wszystkie pięcioraczki wyszły do domu w stanie dobrym i są już dorosłe. Po porodzie naszych opolskich pięcioraczek Polskie Radio zorganizowało audycję podczas której połączono matki i lekarzy z jedynymi urodzonymi w Polsce „pięcioraczkami gdańskimi”. „Nasza opolska” mama pięcioraczek po 7 latach zaszła w ciążę, ale urodziła tylko jedną dziewczynkę.



Studnia św. Wojciecha

Nasze Towarzystwo bierze aktywny udział w działalności naukowej innych Towarzystw i Wyższych Uczelni Opola. Wymienić tutaj należy:

1. Towarzystwo Świadomego Macierzyństwa,
2. Towarzystwo Rozwoju Rodziny,
3. nowopowstała z inicjatywy wrocławskiego profesora Steciwki Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, w której funkcję prorektora pełnił dr hab. n. med. Janusz Kubicki, a kilku kolegów prowadziło wykłady i zajęcia ze studentami,
4. Politechnika Opolska – dr hab. n. med. Janusz Kubicki był senatorem i prowadził wykłady w Instytucie Fizjoterapii,
5. w nowopowstałym Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Opolskiego wykłady i zajęcia ze studentami prowadzi obecny prezes naszego Towarzystwa dr n. med. Dariusz Kowalczyk.

Długoletni Dyrektor naszego szpitala dr n. med. Stanisław Knopiński przez kilka kadencji był radnym Miejskiej Rady Narodowej w Opolu i dzięki jego zaangażowaniu podejmowano wiele uchwał na rzecz służby zdrowia.

Z inicjatywy Towarzystwa powstała w Opolu druga po bytomskiej Szkoła Rodzenia (prof. Poręba), która działa do dnia dzisiejszego.

Szpital prowadzi niezwykle aktywną działalność naukową, przy czym podkreślić tutaj należy, że wielkim animatorem tej działalności był dr Stanisław Lembrych. Efektem tej działalności było 30 doktoratów (dyplomy wiszą w Sali Wykładowej szpitala budząc zainteresowanie i podziw wszystkich odwiedzających, dwie habilitacje (dr Stanisław Lembrych i dr Janusz Kubicki) i wreszcie profesura „Belwederska” Stanisława Lembrycha. Mimo, że w Opolu działa już kilka szpitali, m. in. Uniwersytecki Szpital Kliniczny, żaden z lekarzy się nie habilitował i nie uzyskał profesury.

Owocem tej działalności naukowej to ponad 100 prac publikowanych na łamach czasopism naukowych polskich (m. in. Ginekologia Polska, Biuletyny Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, Biuletynie Opolskiej Izby Lekarskiej) oraz recenzowanych czasopismach zagranicznych. Wielokrotnie aktywnie przedstawialiśmy te prace na wielu Sympozjach i Kongresach w Polsce.

Ciekawa jest także nasza aktywność sportowa, kilka razy w roku organizowaliśmy turnieje ping-pongowe w Sali wykładowej Szpitala, z dużą frekwencją kolegów, corocznie organizowaliśmy mecze piłkarskie na stadionie opolskiej Odry, które sędziował znany sędzia mię-



Odcisk stopy św. Wojciecha



Pamiątkowa tablica dr S. Mossora przy wejściu do szpitala

dzynarodowy Ryszard Wójcik obserwowane przez zawodników pierwszoligowej Odry.

Na zakończenie Jubileuszowej uroczystości dr hab. n. med. Janusz Kubicki zaapelował, aby w pamięci zachować postać twórcy naszego Szpitala i opolskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dr Sergiusza Mossora i jego wieloletnich ordynatorów i innych nauczycieli:

- wieloletniego Dyrektora Szpitala dr n. med. Stanisława Lembrycha,
- dr n. med. Andrzeja Chabałowskiego,
- dr n. med. Tadeusza Chowańca (jedyne żyjącego) – Przewodniczącego Komisji Emerytów Opolskiej Izby Lekarskiej,
- animatora działalności naukowej prof. dr hab. n. med. Stanisława Lembrycha.

Nowym adeptom ginekologii i położnictwa rezydentom dr Kubicki życzył nieustannego podnoszenia swoich umiejętności zawodowych, zdawania w terminie egzaminów specjalistycznych, rozpoczęcia działalności naukowej, na początku pisania prac naukowych i przedstawiania ich na sympozjach i kongresach nie tylko polskich ale także zagranicznych. Przed nimi jest obecnie duża możliwość kariery naukowej, uzyskiwanie tytułów doktoranckich a nawet habilitacji.

Wszystkim zebranym (a frekwencja była bardzo duża, bo w zebraniu udział wzięło ponad 70 członków PTG) życzył, aby w pełni zdrowia doczekali się kolejnego jubileuszu (600 zebrania naukowego), które będzie połączone z 70 rocznicą powstania szpitala – niestety dopiero za 10 lat.

Nowo wybieranemu zarządowi (kwiecień 2018) życzył podtrzymywania pięknych tradycji Towarzystwa, a nowymi planami i zamierzeniami – zapewnić nowe sukcesy.

Jubileuszowe zebranie naukowo – szkoleniowe opolskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zakończyła uroczysta kolacja.

prof. Janusz Kubicki

CZERWIEC ŚWIATOWYM MIESIĄCEM NIEPŁODNOŚCI

Niepłodność to choroba społeczna o podłożu cywilizacyjnym, która może dotknąć każdego z nas, członka naszej rodziny lub kogokolwiek z naszych znajomych. Ustanowienie czerwca światowym miesiącem niepłodności ma służyć zwróceniu społeczeństwu uwagi na złożony problem niepłodności, jej przyczyn, epidemiologii, skali problemu i możliwości leczenia. Problem niepłodności dotyczy ok. 15–20% par w wieku prokreacyjnym, czyli dotyczy on milionów ludzi na świecie. Możliwości współczesnej medycyny pozwalają na skuteczne leczenie niepłodności i realizację marzeń o upragnionym potomstwie.

Jednym z podstawowych praw i pragnień każdego człowieka jest chęć posiadania potomstwa. Jest to fakt tak oczywisty, że często zapominamy, iż nasze pragnienia to nie zawsze są nasze możliwości. Ważne jest, by zrozumieć ludzką biologię i ograniczenia płodności. Okazuje się, że z biologicznego punktu widzenia człowiek jest gatunkiem o ograniczonej płodności (około 20% szansa na ciążę w pojedynczym cyklu). Jednak biorąc pod uwagę ilość owulacji w ciągu roku 80–85% par regularnie współżyjących (tzn. 2–3 razy w tygodniu) ma szansę na urodzenie dziecka.

W dzisiejszych czasach tempo życia, konsumpcyjne podejście do naszych pragnień, częsta konieczność planowania w życiu i w pracy z wyprzedzeniem na tygodnie, a nawet miesiące do przodu, jak również niewiedza lub brak chęci przyjęcia do wiadomości naszych biologicznych możliwości, powodują frustrację i wmaśnianie sobie niepłodności już po 2–3 miesiącach prób zajścia w ciążę.

Zdrowy rozsądek i biologia powodują, że o niepłodności mówimy dopiero po 12 miesiącach regularnego współżycia bez zabezpieczenia 2–3 razy w tygodniu do 35 roku życia. Biorąc pod uwagę spadek płodności po 35 roku życia, diagnostykę i ewentualne leczenie zaczynamy po 6 miesiącach współżycia. Podobnie wcześniej zaczynamy diagnostykę i leczenie, przy braku bądź nieregularnych miesiączkach, po przebytych operacjach lub stanach zapalnych w obrębie jamy brzusznej.

Bardzo ważny jest fakt, że niepłodność to bardzo specyficzna choroba, gdyż dotyczy nie jednego pacjenta lecz pary. Okazuje się, że przyczyna niemożności zajścia w ciążę w 35% jest po stronie partnera, a w 35% po stronie partnerki. W 10% przyczyna jest zarówno po stronie kobiety, jak i mężczyzny, a w 20% nie potrafimy zdiagnozować przyczyny niepłodności.

Gdy minie 12 miesięcy bez ciąży para powinna rozpocząć diagnostykę i ewentualne leczenie niepłodności (w uzasadnionych przypadkach diagnostykę rozpoczynamy szybciej). Diagnostyka powinna dotyczyć zarówno mężczyzny, jak i kobiety. Do uzyskania ciąży potrzebujemy tylko (czasem aż) dwóch komórek – plemnika i komórki jajowej – pamiętając, że muszą one być prawidłowej jakości i muszą się połączyć.



Tak więc przyczyną niepłodności może być:

- **czynnik męski** – wymieniony jako pierwszy, gdyż jego diagnostyka jest najprostsza. Brak plemników w nasieniu skutkuje niemożnością zapłodnienia komórki jajowej. Obniżone parametry nasienia, czyli zmniejszona liczba plemników, ich upośledzony ruch czy budowa mogą znacznie zmniejszyć zdolność zapładniającą. Podstawą diagnostyki jest badanie nasienia – seminogram.
- **czynnik jajnikowy** – brak owulacji i uwolnienia komórki jajowej powoduje niemożność dojścia do zapłodnienia. Klinicznie najczęściej manifestuje się zaburzeniami rytmu krwawień miesięczkowych (brakiem bądź nieregularnością miesiączek). W diagnostyce zaburzeń owulacji pomocny jest wywiad, USG TV i badania hormonalne.
- **czynnik jajowodowy** – drożność jajowodów jest niezbędna do tego, aby plemnik po stosunku mógł dostrzeć do bańki jajowodu, gdzie dochodzi do zapłodnienia. Aby mogło dojść do zapłodnienia przynajmniej jeden jajowód musi być drożny. W diagnostyce drożności jajowodów wykorzystujemy histerosalpingografię – HSG, laparoskopię i sonohsg, czyli histerosalpingografię pod kontrolą USG.
- **czynnik maciczny** – gdy dojdzie już do zapłodnienia zarodek dociera do jamy macicy, gdzie implantuje w endometrium czyli w śluzówce macicy. Zdarzają się wady macicy utrudniające lub uniemożliwiające implantację lub donoszenie ciąży (wrodzone lub nabyte wady macicy, przegrody jamy macicy, polipy). W diagnostyce stosujemy USG, histeroskopię.
- **endometrioza** – czyli występowanie śluzówki macicy poza jamą macicy może upośledzać płodność. W zależności od stopnia zaawansowania wpływa na sposób leczenia niepłodności.
- **Niepłodność idiopatyczną** stwierdzamy w momencie, gdy wykonanie u pary rutynowych badań diagnostycznych nie wykazuje przyczyny niemożności zajścia w ciążę i przyczyna niepłodności jest nieznana.

W zależności od postawionego rozpoznania rozpoczynamy leczenie.

- **czynnik męski** – w leczeniu staramy się poprawić parametry nasienia (zmiana trybu życia, dieta, witaminy czasem leczenie operacyjne). Przy utrzymujących się obniżonych parametrach nasienia leczeniem z wyboru jest inseminacja czyli podanie do jamy macicy oczyszczonych, zagęszczonych, ruchliwych plemników. Po 3 nieudanych inseminacjach powinniśmy sugerować parze IVF. Przy bardzo słabych parametrach nasienia leczeniem z wyboru jest zastosowanie technik IVF. W leczeniu czynnika męskiego przy bardzo słabych parametrach nasienia lub braku plemników w nasieniu rozważamy zastosowanie nasienia dawcy.
- **czynnik jajnikowy** – leczeniem z wyboru jest stymulacja monoowulacji i współżycie partnerów. Do stymulacji stosujemy leczenie doustne lub zastrzyki podskórne. Przy braku ciąży po zaobserwowanych 5–6 owulacjach rozważamy inseminację lub IVF.
- leczeniem **czynnika macicznego** jest histeroskopia, w trakcie której usuwamy zrosty, polipy lub przegrody macicy.

- **endometrioza** – farmakologiczne leczenie endometriozy, w odniesieniu do płodności, nie zwiększa szans na ciążę. Leczenie operacyjne torbieli ponad 40mm i bardzo zaawansowanej endometriozy jest do rozważenia przed następnym etapem leczenia niepłodności czyli IVF.

W leczeniu i diagnostyce niepłodności najważniejsze jest żeby leczyć skutecznie, w jak najkrótszym czasie i jak najmniej inwazyjnie.

W 2018 roku mija 40 lat od urodzenia Louisy Brown – pierwszego dziecka poczętego u pacjentki z niedrożnymi jajowodami metodą in-vitro. Dało to nadzieję i pozwoliło na dalszy postęp leczenia niepłodności u par, co wydawało się to do tego momentu niemożliwe. Dzięki metodzie in-vitro urodziło się do tej pory na świecie miliony dzieci.

PIĘKNIE JEST MARZYĆ I JESZCZE PIĘKNIEJ JEST MÓC
ZREALIZOWAĆ MARZENIA

*Dr n. med. Wojciech NIEMCZYK
GMW-Embrio Sp. z o.o.
ul. Juliana Tuwima 1, Opole.*

CZY AZOOSPERMIA OZNACZA NIEPŁODNOŚĆ? DOŚWIADCZENIA GMW-EMBRIO W OPOLU

Bezdzielnosć, to coraz bardziej rozpowszechniona choroba cywilizacyjna współczesnego świata. Obecnie szacuje się, że w krajach rozwiniętych dotyczy co najmniej 15% populacji w okresie rozrodczym, a w ostatnim 25-leciu nawet do 20%. Problem niepłodności jest złożony i wieloczynnikowy. Dotyczy zarówno strony medycznej, jak i socjologiczno-kulturowej. Przyczyny niepłodności pary nie leżą jedynie, jak to w poprzednich latach błędnie uważano, głównie po stronie kobiet. Obecnie wiadomo, że obniżenie płodności dotyczy coraz liczniejszej grupy mężczyzn. Głównych przyczyn tego zjawiska upatruje się w zmianach społecznych dotyczących obniżenia aktywności fizycznej, zanieczyszczeniu środowiska naturalnego, rozpowszechnieniu używek wpływających negatywnie na spermatogenezę.

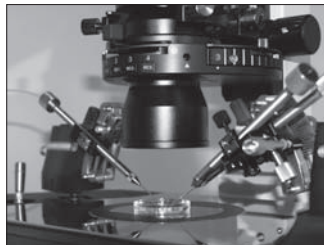
Podstawowym badaniem pozwalającym na ocenę potencjału rozrodczego mężczyzny jest badanie nasienia zwane seminogramem. Jest to wieloelementowa analiza parametrów ilościowych (koncentracja), ocena jakościowa cech motorycznych plemników (ruchliwość), żywotności oraz mikroskopowa ocena morfologiczna. Najbardziej obiektywnymi metodami badania nasienia są metody mikroskopowe zarówno preparatów przyżyciowych analizowanych z zastosowaniem mikroskopii kontrastowo-fazowej, jak i klasycznych preparatów utrwalanych i barwionych, uzupełnionych o ocenę parametrów fizykochemicznych, w szczególnych przypadkach uzupełniane diagnostykę

hormonalną i genetyczno-molekularną. Najwyższy poziom obiektywizmu przy analizie nasienia zapewnia stosowanie systemów informatycznie wspomaganych, z których najbardziej rozpowszechnionym jest hiszpański program Computer Assay Sperm Analysis (CASA). Parametry seminogramu płodnego mężczyzny są przedmiotem standaryzacji Światowej Organizacji Zdrowia i w ostatnim 50-leciu były wielokrotnie modyfikowane. Ostatnia modyfikacja z 2010 r. jest powszechnie obowiązująca ustalając podstawowe parametry na maksymalnie niskich pułapach, znacznie odbiegających od przeciętnych wartości w populacji płodnych mężczyzn.

Skrajnie nieprawidłowe wyniki seminogramu, czyli całkowity brak plemników w ejakulacie, określa się terminem **azoospermia**. W ocenie makroskopowej nasienia można podejrzewać azoospermie lub ciężką oligozoospermie, jeśli próbka nasienia jest przezroczysta. Jednak w celu potwierdzenia tego podejrzenia niezbędna jest analiza mikroskopowa. Na początku badania nasienia ocenia się preparat bezpośredni (kropla nasienia naniesiona na szkiełko mikroskopowe i oglądana pod powiększeniem 200–400x) i jeśli nie stwierdza się w nim plemników nasienie odwirowuje się w wirówce. Postępuje się tak, gdyż wirowanie powoduje zgromadzenie plemników (a także innych komórek znajdujących się w nasieniu, np. leukocytów, młodszych komórek spermatogenezy) w osadzie,



a przez to ich zagęszczenie. Jeśli w nasieniu jest bardzo mało plemników, to można ich nie zauważyć w preparacie bezpośrednim, ale w osadzie powinny być łatwiej dostrzeżone. Jeśli również w osadzie nie stwierdza się obecności plemników, to można podejrzewać azoospermie. Jeśli natomiast w osadzie obserwuje się plemniki (których nie było widać w preparacie bezpośrednim), to mówimy o kryptozoospermii. Dwukrotne badania w odstępie 3 miesięcy upoważniają do postawienia takiego rozpoznania. Jeśli wynik potwierdzający azoospermie jest pewny, należy skonsultować się ze specjalistą urologiem w celu ustalenia przyczyn takiego stanu.



– mamy wtedy do czynienia z tzw. zespołem samych komórek Sertoliego, który świadczy o bezpłodności. Jeśli jednak okaże się, że w jądrach są produkowane plemniki, to przyczyna ich braku w ejakulacie leży najprawdopodobniej w niedrożności dróg wyprowadzających nasienie. W takich przypadkach można rozważać próbę udrożnienia kanałów wyprowadzających nasienie, jednak nie we wszystkich przypadkach jest to możliwe, ani

skuteczne. Dalsza diagnostyka pacjenta z azoospermia lub znaczną oligozoospermia jest też wskazana ze względu na to, iż przyczyną takiego stanu mogą być nowotwory jądra, dlatego nawet u mężczyzn nie starających się w danej chwili o potomstwo, nie powinno się tego stanu lekceważyć.

W tych przypadkach, w których wykonane badania określają istotne prawdopodobieństwo zachowanej produkcji plemników, rozważa się możliwość wykonania biopsji diagnostycznej jąder. Jeżeli w pobranym materiale uzyskuje się plemniki, to po wstępnej ocenie, zamraża się je. W kolejnym etapie parę przygotowuje się do leczenia metodą in vitro (IVF-ICSI). Liczba plemników uzyskanych w wyniku biopsji jest niewielka, dlatego ten zabieg to jedyna skuteczna metoda stosowana w takich przypadkach. Jeśli jednak u mężczyzny nie uzyska się plemników, pary mogą skorzystać z banku nasienia.

Najlepszym czynnikiem prognostycznym dla obecności plemników w jądrach lub w najądrach jest stężenie FSH w surowicy. U pacjentów z FSH >15 mIU/ml szansa na obecność plemników w pobranym materiale wynosi < 20%. U pacjentów z FSH >25 mIU/ml szansa na obecność plemników jest bliska zeru. Dodatkowym czynnikiem prognostycznym jest objętość jąder, która wykazuje ujemną korelację ze stężeniem FSH w surowicy. Inne czynniki prognostyczne (takie jak: stężenie inhibiny B, hormonu antymullerowskiego (AMH), ocena unaczynienia tkanki jądra za pomocą kolorowego Dopplera, ocena mutacji w AZF) nie mają w obecnej chwili na tyle znaczącej przewagi nad pomiarem stężenia FSH, aby wprowadzić je do codziennej praktyki.

Częstość występowania azoospermii oceniana jest na 5–9% wśród par, u których niepłodność jest spowodowana czynnikiem męskim. Do ostatniej dekady XX-go wieku mężczyzn dotkniętych azoospermia z obu przyczyn uważano za trwale niepłodnych. Podstawową metodą uzyskania potomstwa (choć nie biologicznego) była inseminacja partnerki nasieniem dawcy (dawstwo rodzinne lub anonimowe). Użycie nasienia innego płodnego mężczyzny

Przyczyny azoospermii mogą mieć dwojaki charakter:

- **jądrowy inaczej nieobturacyjny** (brak lub bardzo niska produkcja plemników w jądrach). Przyczyną braku plemników mogą być: zaburzenia hormonalne, uszkodzenie kanalików plemnikotwórczych po zapaleniu, napromieniowaniu, niektórych lekach (np. przeciwnowotworowych), nowotwory jąder, zaburzenia rozwoju jąder spowodowane zaburzeniami genetycznymi, takimi jak mutacje odcinka AZF chromosomu Y, mutacja genu CFTR-gen na chromosomie 7 odpowiedzialnym za nosicielstwo mukowiscydozy, związanym także z wrodzonymi zaburzeniami w budowie nasieniowodów czy zaburzenia kariotypu (Zespół Klinefeltera, Zespół Kallmana, Zespół Pradera-Willego). Przyczyną mogą być także choroby podwzgórza i przysadki prowadzące do niedoborów produkcji gonadotropin (LH i FSH) oraz gonadoliberyny (GnRH) lub czynnikami środowiskowymi, które uszkadzają jądra w okresie płodowym (np. ksenoestrogeny – substancje o działaniu estrogenopodobnym).
- **pozajądrowy inaczej obturacyjny** (niedrożność dróg wyprowadzających nasienie). Niedrożność dróg wyprowadzających ma zwykle miejsce w najądrzu lub nasieniowodzie. Może być ona nabyta, np. po zapaleniu lub urazie, a także wrodzona.

Diagnostyka w przypadku azoospermii (poza badaniem ogólnym nasienia oraz diagnostyką genetyczną) rozpoczyna się od wywiadu oraz badania przedmiotowego. Metodami diagnostycznymi wdrażanymi na tym etapie są badania hormonalne, a także USG jąder oraz biopsja jąder. Biopsja jądra polegająca na pobraniu tkanki z jądra metodą operacyjną (wycinek wielkości ziarnka ryżu) lub poprzez nakłucie igłą i ocenie wycinka pod mikroskopem. W specjalnie przygotowanym preparacie mikroskopowym można zobaczyć, czy w jądrze dochodzi do produkcji plemników, czy też produkcja ta jest zatrzymana i na jakim etapie. Istnieje też możliwość, że w jądrze nie ma w ogóle komórek płciowych (prekursorów plemników)

związane było z wieloma problemami natury psychologicznej i ryzykiem przeniesienia chorób zakaźnych. Korzystanie z banków anonimowych dawców nasienia ogranicza do minimum ryzyko transmisji wertykalnej chorób zakaźnych, gdyż pobrane nasienie jest kriokonserwowane i przechowywane przez co najmniej 6-miesięczny okres (tzw. okna serologicznego) oczekiwania na dwukrotnie ujemne wyniki badań serologicznych w kierunku HIV, HBS, HCV, WR i CMV celem wyeliminowania późniejszej serokonwersji. Tożsamość dawcy jest nieznana, natomiast znane są parametry fenotypowe i serologiczne, co pozwala na dobranie dawcy o podobnych cechach. Z punktu widzenia prawnego nie ma możliwości kwestionowania praw ojcowskich.

Od 1991r., wraz z wprowadzeniem techniki mikroinjekcji plemnika do cytoplazmy komórki jajowej (ICSI), pojawiła się realna szansa na uzyskanie biologicznego potomstwa – zwłaszcza dla pacjentów z azoospermia obturacyjną. Coraz powszechniejsze stosowanie biopsji jądra (MESA) lub otwartej biopsji jądra (TESE) z wykorzystaniem uzyskanych tą drogą gamet do procedury ICSI stanowiło przełom w postępowaniu z niepłodnymi parami z azoospermia. Początkowe ogromne koszty i trudny dostęp do procedury ICSI ograniczał szersze stosowanie jedynie do procedur eksperymentalnych, ale seria zachęcających wyników i coraz łatwiejsza dostępność pozwala obecnie na praktyczne zastosowanie tej metody na szerszą skalę. Metaanalizy z bazy Cochrain nie wskazują na istotne zwiększenie ryzyka anomalii genetycznych i powikłań w trakcie ciąży, porodów i w okresie noworodkowym u potomstwa poczętego metoda TESE w porównaniu do dzieci urodzonych po IVF z innych wskazań.

Stosunkowo nieliczne grupy pacjentów, krótki czas obserwacji i zróżnicowanie technik, kwalifikacji, sposobu uzyskania gamet, ewentualnej ich kriokonserwacji, odmienne sposoby stymulacji pacjentek i hodowli embrionów uniemożliwiają zarówno obiektywne porównywanie wyników pomiędzy ośrodkami, jak i opracowanie metaanaliz. Na sukces składa się wieloelementowa współpraca urologów, ginekologów, anestezjologów i embriologów. Z dostępnych niezbyt licznych publikacji należy wysunąć wnioski, że najlepsze rokowanie co do urodzenia dziecka daje zakwalifikowanie pacjentów z nabytą azoospermia obturacyjną, prawidłowymi wartościami gonadatropin i AMH, z małym ryzykiem anomalii genetycznych genu AZT. Preferowaną techniką uzyskania gamet jest otwarta biopsja jądra w wykonaniu doświadczonego urologa z zachowaniem pełnej aseptyki z pobraniem bloku tkanki jądrowej ok. 2x2x2 mm w znieczuleniu przewodowym połączonym z sedoanalgezą, co pozwala zminimalizować ryzyko powikłań w trakcie zabiegu i po jego zakończeniu. Najlepiej, jeśli biopsję jądra można przeprowadzić jednocześnie z pobraniem oocytów i użyć plemników świeżo uzyskanych z biopsji do procedury ICSI. Niestety nie zawsze jest to możliwe, więc alternatywnie następuje kriokonserwacja plemników i ich następne rozmrożenie w dniu pobrania oocytów u partnerki. Ponieważ zawsze ilość wyizolowanych plemników jest bardzo mała należy się liczyć ze stratami ich ilości i gorszymi parametrami biologicznymi po rozmrożeniu. Dalsze postępowanie embriologiczne, hodowla in vitro, transfer zarodków i ich ewentualna kriokonserwacja nie odbiega od rutynowych zasad dla niepłodnych par.

Wyniki własne

W materiale GMW-Embrio z lat 2004–2018 mężczyźni z azoospermia stanowią ok. 7–8% populacji badanych seminogramów i stale obserwujemy niewielką tendencję wzrostową. Większość z naszych pacjentów zdecydowała się na inseminację domaciczną nasieniem anonimowego dawcy (AID) z banku Cryos w Danii. Z analizy danych raportowanych w kolejnych latach do firmy Cryos wynika, że skuteczność tej techniki oceniana współczynnikiem ciąży biochemicznych (21,2%) i klinicznych (19,2%) nieco przewyższa wyniki wszystkich wykonywanych inseminacji domacicznych (IUI) nasieniem pochodzącym od partnera. Jest to zrozumiałe, gdyż do AID kwalifikuje się jedynie młodych dawców o absolutnie prawidłowych parametrach nasienia i sprawdzonych biologicznie (posiadających zdrowe potomstwo). Wykonując zabiegi IUI nasieniem znanego partnera często mamy do czynienia z nieprawidłowymi parametrami (oligospermia, astenozoospermia, teratozoospermia i przypadkami mieszanymi), a nasienie do inseminacji pochodzi od mężczyzn w różnym wieku i z różnymi czynnikami obciążającymi.

W GMW-Embrio dotychczas wykonaliśmy procedury TESE u 15 par z powodu pozajądrowej azoospermii. Pobranie bloku tkanki jądrowej dokonali specjaliści urologii dr Andrzej Andrejczuk (13x) i dr Rafał Olejnik (2x). W 13 przypadkach były to biopsje diagnostyczne z kriokonserwacją uzyskanych plemników, a w 2 – biopsje jednoczesowe z pobraniem oocytów od partnerki i użyciem niemrożonych plemników do ICSI. U 10 par uzyskaliśmy ciążę kliniczną, w tym jedną bliźniaczą, w 2 przypadkach oczekujemy na poród pojedynczych płodów. Pięć urodzeń uzyskano po transferach zarodków w 5 dobie hodowli, a pozostałe 5 po witrifikacji blastocysty z prawie rocznym odroczeniem transferu. Oczywiście nasz materiał jest nieliczny, ale uzyskanie dziesięciorga potomstwa u 15 par traktujemy jako ogromny sukces, źródło zawodowej satysfakcji i zachętę do dalszych starań, pomimo trudności organizacyjnych. Koszty procedury TESA i IVF, poza czynnikami psychologicznymi, były bardzo istotnym czynnikiem ograniczającym stosowanie tych technik wspomaganego rozrodu.

*Dr n. med. Grzegorz GŁĄB
Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły
Zawodowej w Opolu GMW-Embrio sp. z o.o.
Opole, ul. Julina Tuwima 1*

PIŚMIENNICTWO u autora

Z OKAZJI 10-LECIA...

Inspiracją do wspomnień była notatka w „Gazecie Lekarskiej” (nr 5/18), w której Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska informuje, że z okazji 50-lecia uzyskania dyplomu lekarza honoruje swoich członków gratulacjami i repliką obrazu olsztyńskiego artysty. Do 2018 r. przyznano 131 tych wyróżnień.

Sądzę, że warto przypomnieć Opolanom, jak to było i jest w naszej Izbie. W listopadzie 2007 r. Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów przedstawiła Okręgowej Radzie Lekarskiej propozycję honorowania lekarzy-seniorów, którzy przed 50-latę uzyskali dyplom lekarza. Po akceptacji przez ORL, dyskusjach i ustaleniach, w 149 numerze „Biuletynu Informacyjnego OIL” (maj 2008 r.), w Szpalcie Prezesa, dr Stanisław Kowarzyk napisał m.in. „Mamy wśród naszych starszych Koleżanek i Kolegów osoby, które od ponad 50 lat służą dobru chorego i wychowywaniu nowych pokoleń adeptów nauki Hipokratesa. Dla nich przygotowujemy okolicznościowe medale i dyplomy, które

zostaną wręczone we wrześniu na uroczystości w auli PMWSZ w Opolu. Wkrótce, do każdej osoby, która ukończyła 50-letni staż w zawodzie lekarskim wyślemy odpowiednie zaproszenie, z prośbą o wstępne potwierdzenie uczestnictwa, w tej bezprecedensowej w naszej Izbie imprezie”.

Spośród 600 ówczesnych seniorów 170 osób zostało wtedy uhonorowanych. Ustalono ponadto, że co roku, w ramach Wiosennych Spotkań seniorów, 50-latkowie w zawodzie będą specjalnie wyróżniani. Ostatnio miało to miejsce 12 maja br., a liczba wszystkich uhonorowanych – z tegorocznymi łącznie (44) – osiągnęła 514 osób. W CIĄGU 10 LAT!!!

Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC



PLAN SZKOLEŃ NA II PÓŁROCZE 2018 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
cz. I 14–17.VI.18 r. cz. II 21–24.VI.18 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne – dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności będących w trakcie specjalizacji „starego trybu”	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
Czerwiec 2018 r. (termin w trakcie ustalania)	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Senior – pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej – dla lekarzy zatrudnionych w POZ	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
4–8.VI.18 r. (zajęcia odbywać się będą w godzinach popołudniowych)*	Prof. dr hab. Krystyna Sosada – Śl. U.M w Katowicach	Ratownictwo medyczne -dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
Wrzesień 2018 r. (termin w trakcie ustalania)	Lek. Krzysztof Waszkiewicz – Z-ca Dyrektora ds. Medycznych Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego	Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne – dla lekarzy wszystkich specjalności	Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego Opole ul. Mickiewicza 2
Wrzesień 2018 r. (termin w trakcie ustalania)*	Dr n. med. Kazimierz Drosik – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej	Onkologia – dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolskie Centrum Onkologii, Opole ul. Katowicka 66a
3–7.X.18 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne – dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
25–27.X.18 r.*	Prof. nadzw. Teresa Kokot – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Prawo medyczne – dla lekarzy i lekarzy dentystów wszystkich specjalności specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

* Zgłoszenia na kursy proszę kierować na formularzach znajdujących się na stronie CMKP.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

CZY POLACY KIEDYKOLWIEK BYLI ZAANGAŻOWANI W WALKĘ O KRYM?

W trakcie Wojny Trzydziestoletniej prowadzonej przez króla Kazimierza Jagiellończyka z Krzyżakami zjawiała się przed nim delegacja z dalekiego portu leżącego na Krymie – Kaffy. Na jej czele stały najważniejsze osoby w mieście: konsul Raffaele Monte Monterossi i biskup Girolamo Panissaro. Przebyli oni ponad dwa tysiące kilometrów, by przedstawić polskiemu królowi pismo, w którym władze Kaffy (kolonii genueńskiej) wyrażają chęć przejścia pod protektorat polskiego króla Kazimierza Jagiellończyka w obliczu zagrożenia tureckiego. Po zapoznaniu się z tym pismem polski król ostatecznie zgodził się zostać panem Kaffy. 1 lipca 1462 r. sporządzono odpowiedni dokument i przekazano posłańcom. Ich misja zakończyła się pełnym sukcesem i delegacja mogła powrócić do Kaffy (na tym dokumencie brak podpisu Kazimierza Jagiellończyka ponieważ nie umiał on pisać).

Kaffa (obecnie Teodozja) była w tamtych czasach wielką metropolią, centrum biznesowym i kulturalnym. Liczyła wówczas ponad siedemdziesiąt tysięcy mieszkańców (dla porównania stolica Rzeczypospolitej tylko dwadzieścia tysięcy mieszkańców). W Kaffie znajdowała się katolicka katedra pod wezwaniem św. Agnieszki oraz klasztory o.o. Franciszkanów i Dominikanów, jak również kościół ormiański, prawosławny, meczety i synagoga. Centralnym punktem Kaffy był port, do którego w sezonie dobijało ponad dwieście statków ze wszystkich portów Morza Czarnego. Niedaleko portu znajdował się bazar, na którym można było kupić wszystko. Na bazarze znajdował się również targ niewolników, bo Kaffa była centrum handlu żywym towarem. Liczba sprzedawanych niewolników dochodziła do dwóch tysięcy rocznie.

Mimo, że Kaffa była otoczona podwójną linią murów obronnych mających pięć tysięcy metrów długości, w obliczu zagrożenia tureckiego władze Kaffy w dniu 1 kwietnia 1462 r. podpisały dokument na mocy którego Kaffa oddawała się opiece króla polskiego Kazimierza Ja-

giellończyka żyjącego w pokoju z Turcją, tym bardziej, że władze Kaffy przyznały się, że zerwały stosunki z Genuą. Tymczasem potęga Turcji rosła po zdobyciu Konstantynopola w roku 1543, co spowodowało ostateczny upadek Cesarstwa Bizantyjskiego. Delegaci Kaffy w drodze powrotnej zwerbowali pięciuset ochotników, którzy w celach rabunkowych podpalili miasteczko Braclaw. Wówczas namiestnik królewski książę Michał Czartoryski prawie całkowicie wymordował ochotników.

1 kwietnia 1475 pojawiła się pod Kaffą armia turecka w sile czterdziestu tysięcy i trzystu galer wojennych pod wodzą Gedik Ahmeda paszy. Mimo podwójnych murów obronnych broniła ich garstka żołnierzy. W tej sytuacji władze Kaffy poddały się Turkom 6 czerwca 1475 zaledwie po pięciu dniach obrony. Po zdobyciu Kaffy Turcy wybrali trzy tysiące chłopców do oddziałów janczarów oraz trzy tysiące dziewczynek do haremów. Chrześcijańskich mieszkańców deportowano do Stambułu. Kazimierz Jagiellończyk nie zareagował na turecką agresję na Krymie. Tymczasem

można było ruszyć na pomoc Kaffie zanim rozpoczęło się jej oblężenie.

Po sukcesach na Krymie zmieniła się polityka Turków osmańskich, którzy podporządkowali sobie Tatarów. Ci zaś z sojuszników Rzeczypospolitej stali się jej wrogami. Równocześnie Turcy zmienili swoją politykę podbojów. Odtąd Turcy zaprzestali podbojów na Zachodzie kierując się w kierunku północnym, w wyniku czego Polska została na dwa stulecia „przedmurzem chrześcijaństwa”.

Liczne potyczki z Turkami zakończyła Victoria Króla Jana III Sobieskiego pod Wiedniem w roku 1688.

Uwaga: zaraz po wejściu Turków do Kaffy usunęli oni flagi polskiego króla Kazimierza Jagiellończyka zastępując je flagami Proroka. Tak więc Polska miała wpływ na Krymie w latach 1462 – 1475, ale ich nie wykorzystwała.



Król Kazimierz Jagiellończyk

Prof. Janusz KUBICKI

JAMA USTNA JAKO ZWIERCIADŁO ORGANIZMU

Apel profesor Marzeny Dominiak do premiera RP Mateusza Morawieckiego

Od 20 lutego 2018 r., przez kolejne cztery tygodnie, z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego prowadzona była w Polsce kampania „Polska mówi #aaa”. Hasło to bezpośrednio nawiązywało do tegorocznego: „Say Ahh. Think mouth, think health”, ustanowionego przez Światową Federację Dentystyczną FDI w ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. Dzień ten przypada obecnie na 20 marca, wcześniej, czyli w latach 2008–2013, obchodzony był 12 września.

Kampania pod auspicjami PTS obejmowała szereg inicjatyw upowszechniających profilaktykę chorób jamy ustnej. Działania te polegały na szeroko rozumianej edukacji w tym zakresie, nie tylko za pośrednictwem mediów, ale i bezpośrednio w gabinetach chętnych do współpracy lekarzy dentystów. Oddzielną grupę stanowiły badania przesiewowe w kierunku nowotworów jamy ustnej, które są coraz częstszym problemem w Polsce.

Należy nadmienić, że skala problemów ze zdrowiem jamy ustnej jest ogromna i transgraniczna. Według danych FDI choroby jamy ustnej dotyczą prawie cztery miliardy ludzi na świecie. W Polsce na próchnicę cierpi 99,9% osób w wieku 35–44 lata i 95% nastolatków. Co gorsza, zaled-

wie 10% Polaków – według danych Ministerstwa Zdrowia – myje zęby częściej niż dwa razy na dzień.

W związku z tymi danymi, prezydent PTS – prof. Marzena Dominiak zwróciła się z apelem do premiera Mateusza Morawieckiego o podjęcie działań, których celem będzie „ustanowienie zdrowia jamy ustnej jako priorytetu dla projektujących system opieki zdrowotnej oraz zainicjowanie narodowej debaty poświęconej poprawie stanu zdrowia jamy ustnej Polaków”. Profesora zaznaczyła, że „nie brakuje dowodów na to, że zdrowie jamy ustnej jest niezbędne dla zachowania dobrego zdrowia ogólnego i dobrego samopoczucia”. Wskazała też, iż „poprzez skuteczne strategie oraz programy profilaktyczne można poprawić stan zdrowia jamy ustnej wśród społeczeństwa, przyczyniając się tym samym do zapobiegania głównym chorobom niezakaźnym”. Pokreśliła ponadto, że „zdrowie jamy ustnej nadal nie jest traktowane jako priorytet i jest marginalizowane w programach zdrowotnych”.

Na koniec prof. Marzena Dominiak, w imieniu Zarządu Głównego Oddziału PTS, złożyła deklarację chęci współpracy w zakresie realizacji proponowanych działań, w celu poprawy zdrowia jamy ustnej Polaków. (PP)

(przedruk z „Panaceum” nr 5/18)

LEKARZ JAK FUNKCJONARIUSZ PUBLICZNY? SPOSÓB NA AGRESJĘ ZE STRONY PACJENTÓW

Siedemdziesiąt procent lekarzy deklaruje, że przynajmniej raz w ciągu roku spotyka się z „niewłaściwym zachowaniem” ze strony pacjentów. I choć przypadki fizycznej agresji są stosunkowo rzadkie, ta słowna bywa nie tylko znacznie częstsza, ale przede wszystkim – odczuwalna. Lekarze skarżą się, że coraz częściej po prostu boją się agresywnych pacjentów.

W podpisanym przez Młodych Lekarzy i Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego porozumieniu znalazł się punkt, który ma stanowić ochronę dla lekarzy pracujących w publicznym systemie ochrony zdrowia. W tej chwili ochrona, jaka należy się funkcjonariuszom publicznym, dotyczy jedynie lekarzy pracujących w jednostkach pomocy doraźnej lub udzielających pomocy doraźnej, czyli przede wszystkim na szpitalnych oddziałach ratunkowych, w izbach przyjęć i w karetkach pogotowia. Minister zdrowia zobowiązał się do przygotowania projektu nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, który rozciągnie ochronę właściwą funkcyj-

niuszom publicznym na wszystkich lekarzy, pracujących w publicznym systemie. To postulat środowiska lekarskiego, który pojawia się od wielu lat.

Jak wynika z badań przeprowadzonych na zlecenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, lekarze tłumaczą (co nie znaczy, że usprawiedliwiają) niewłaściwe zachowania pacjentów przede wszystkim względami psychologicznymi, ale drugą najczęściej wskazywaną przyczyną są mankamenty i słabości systemu ochrony zdrowia. Im większe problemy w systemie napotyka pacjent, tym bardziej jest skłonny odreagowywać na tych, których spotyka „na pierwszej linii frontu”. Choć najbardziej właściwymi adresatami wyrazów niezadowolenia z jakości obsługi (przemęczony personel lub wręcz jego brak) czy czasu oczekiwania na świadczenie byłoby politycy, i to niekoniecznie minister zdrowia, ale premier, pacjent z konieczności wyładowuje złość na lekarzu lub/i pielęgniarce. Wiele przypadków mogłoby swój finał mieć w sądzie, ale pracownikom medycznym szkoda czasu, by szukać

► sprawiedliwości w prokuraturze czy sądach. Lekarze liczą, że ochrona przysługująca funkcjonariuszom publicznym powstrzyma przynajmniej część pacjentów (i rodzin pacjentów) przed dawaniem upustu złości, bo np. naruszenie nietykalności cielesnej osoby posiadającej ochronę przysługującą funkcjonariuszom publicznym jest zagrożone karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat trzech i ścigane z urzędu. To samo przestępstwo popełnione wobec innego pokrzywdzonego jest zagrożone karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku, a ściganie odbywa się z oskarżenia prywatnego.

Prawnicy zwracają jednak uwagę, że w interesie samych lekarzy jest to, by nowelizacja ustawy zakończyła się wyłącznie rozszerzeniem ochrony właściwej funkcjonariuszom publicznym na większą niż w tej chwili grupę lekarzy. Przestrzegają zaś przed pokusą starań o nadanie lekarzom statusu funkcjonariuszy publicznych (w publikacjach medialnych można przeczytać, że właśnie taki jest postulat środowiska lekarskiego czy wręcz treść porozumienia między ministerstwem a rezydentami – ale

to nieprawda). Status funkcjonariusza publicznego oznacza bowiem również szczególną odpowiedzialność karną. Ale to nie wszystko – funkcjonariusze publiczni mają w znaczący sposób ograniczone, w stosunku do innych obywateli, prawo do prywatności (i np. dane osoby, która wykonuje funkcje publiczne, nie są chronione i szpital nie mógłby odmówić przekazania informacji, którzy lekarze dyżurowali w szpitalu). W myśl przygotowywanej ustawy, rozszerzającej w znaczący sposób katalog osób zobowiązanych do składania oświadczeń majątkowych, obowiązek taki mieliby mieć wszyscy funkcjonariusze publiczni.

Małgorzata SOLECKA

O Autorce: dziennikarka i publicystka, pracowała m.in. w „Rzeczpospolitej” i tygodniku „Newsweek Polska”. Problematyką ochrony zdrowia zajmuje się od 1998 roku. Obecnie współpracuje m.in. z miesięcznikiem „Służba Zdrowia” i portalem „Medycyna Praktyczna”.

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 4/18)

SEKRETARKI MEDYCZNE RUSZĄ LEKARZOM Z ODSIECZĄ?

Sekretarki medyczne pracują już w wielu polskich szpitalach. Minister zdrowia Łukasz Szumowski chce, aby pojawiły się na każdym oddziale i przejmowały większość papierkowej pracy, jaką zajmują się obecnie lekarze. Środowisko oczekuje teraz regulacji dotyczących zasad wykonywania zawodu sekretarki medycznej.

Zdjęcie z lekarzy obowiązków związanych z wypełnianiem licznych dokumentów pozwoli na to, by mieli więcej czasu na kontakt z chorym i przyczyni się do skrócenia kolejek – zapowiada szef resortu zdrowia. W publicznych wystąpieniach minister Łukasz Szumowski podkreśla, że gdy sam pracował jako lekarz, zawsze najbardziej irytowała go właśnie biurokracja.

Jak to wygląda w praktyce

Zarządzający szpitalami zwracają uwagę, że sekretarki medyczne pracują już w wielu placówkach, np. od ponad 20 lat są zatrudnione w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich.

Od lat sekretarki medyczne pracują również, między innymi, w Śląskim Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu, Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy czy Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia w Poznaniu. – *Rola sekretarek medycznych jest wręcz nieoceniona* – podkreślają zgodnie przedstawiciele tych lecznic.

– *W naszym szpitalu sekretarki medyczne zatrudnione są na każdym oddziale i stanowią olbrzymie wsparcie dla personelu medycznego. Bez nich praktycznie nie byłoby możliwe przygotowanie na czas chociażby dokumentacji dla NFZ, pacjenci dłużej czekali by na wypis ze szpitala. To one zajmują się m.in. wprowadzaniem danych do systemu, nadzorują także kolejki pacjentów* – wymienia Kamila Wicińska, rzecznik Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy.

Podobnie wygląda to w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia w Poznaniu. Tu na każdym oddziale, ale także w laboratorium i poradniach zatrudnione są sekretarki medyczne i rejestratorki medyczne, które pełnią zbliżone funkcje do sekretarek.

– *Na tych stanowiskach zatrudnione są zarówno pielęgniarki, jak i osoby nie posiadające wykształcenia medycznego. Ukończenie uczelni medycznej nie jest kryterium wymaganym przy kwalifikacji do tej pracy. Jest nim posiadanie co najmniej wykształcenia średniego* – wskazuje Stanisław Rusek, rzecznik poznańskiego szpitala im. Strusia.

Ten zawód wymaga prawnego uregulowania

Nasi rozmówcy przyznają, że być może wraz z regulacją tego zawodu zwiększy się zakres obowiązków takich pracowników. – *Obecnie rola sekretarki medycznej, jako pomocnika organizacyjno-administracyjnego lekarza, często jest ograniczona przez brak regulacji dotyczą-*

cych zasad wykonywania tego zawodu – stwierdza Kamila Wicińska.

Dodaje, że dziś pełniejsze wykorzystanie sekretarek, na przykład przy prowadzeniu dokumentacji medycznej, jest mocno ograniczone przepisami. – *W Polsce nie ma jeszcze zawodu sekretarki medycznej. Niekiedy pracują z lekarzami osoby, które tak są nazywane, ale zawód sekretarki medycznej i jej kompetencje nie są tak naprawdę znane* – podkreśla dr Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

W jego opinii konieczne jest wykształcenie osób, które będą profesjonalnymi sekretarkami medycznymi, umiejącymi np. właściwie przypisywać kody z klasyfikacji ICD, rozliczać świadczenia z NFZ, czyli stosować Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP), będą znaly pojęcia medyczne.

Prezes Hamankiewicz przypomina, że w świetle obowiązujących przepisów za dokumentację medyczną odpowiada lekarz, ale sam nie musi jej sporządzać. – *Może na przykład nagrywać wynik badania na dyktafon i przekazywać do wpisania sekretarce* – mówi szef samorządu lekarskiego.

MZ: trwają prace nad określeniem kompetencji zawodowych sekretarki medycznej

Są prowadzone prace analityczne, dzięki którym zostanie podjęta decyzja o sposobie uzyskiwania kompetencji sekretarki medycznej tj. o typie kształcenia w tym zawodzie – poinformował nas 12 lutego resort zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia przypomina, że wśród stanowisk pracy określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896) zostały uwzględnione stanowiska sekretarki medycznej i starszej sekretarki medycznej. Zgodnie z tym rozporządzeniem na tym stanowisku może być zatrudniona osoba posiadająca wykształcenie średnie, natomiast na stanowisku starszej sekretarki medycznej – osoba posiadająca dodatkowo 5-letnie doświadczenie zawodowe.

Resort przyznaje natomiast, że w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 marca 2017 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2017 r. poz. 622, z późn. zm.) nie ma tego zawodu. To oznacza brak podstaw prawnych do regulowanego kształcenia w systemie oświaty przygotowującego do pracy w zawodzie sekretarki medycznej. W MZ, we współpracy z Sektorem Radą ds. Kompetencji, prowadzone są jednak prace analityczne. Po ich zakończeniu zostanie przygotowany szczegółowy opis kompetencji zawodowych i zostanie podjęta decyzja o sposobie uzyskiwania tych kompetencji, tj. o typie kształcenia w tym zawodzie.

Potrzebny jest także asystent lekarza

Tak właśnie pracują lekarze w Śląskim Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu. Zostali wyposażeni

ni w dyktafony, na które nagrywają informacje potrzebne do wypełnienia dokumentacji medycznej, które następnie wprowadzają do systemu sekretarki medyczne.

Prezes NRL zwraca uwagę, że resort zdrowia wskazuje też na pomysł powołania zawodu asystenta lekarza. – *Wyobrażam sobie, że taka osoba po kilkuletniej szkole medycznej miałaby umiejętności odpowiadające umiejętnościom felczera. W ten sposób dodatkowo odciążałaby lekarza od czynności medycznych, takich jak nacięcie ropnia, cewnikowanie pęcherza itp.* – wylicza dr Hamankiewicz.

Na konieczność uregulowania profesji sekretarki medycznej wskazuje także Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali.

– *Wprowadzenie nowych zawodów, które odciążąby lekarzy i pielęgniarki w zakresie czynności biurowo-administracyjnych, jest potrzebne, by nasz system zaczął skuteczniej funkcjonować* – zaznacza.

– *Tacy pracownicy od lat z powodzeniem stanowią ważny element zachodnich systemów ochrony zdrowia. Dzięki temu czas lekarza poświęcony jest wyłącznie na zebranie wywiadu, ustne zlecenie badań i leków, omówienie leczenia, a nie pisanie* – stwierdza Jarosław Fedorowski.

W innych krajach

Dodaje, że w tej grupie pracowników w innych krajach można wyróżnić osoby zajmujące się wszelkimi sprawami administracyjnymi i socjalnymi takimi jak: uzgadnianie terminów badań i wizyt, ułatwianie kontaktów personelu medycznego pomiędzy innymi oddziałami czy nawet szpitalami. – *Czyli mówimy o asystencie administracyjnym personelu medycznego* – wyjaśnia prezes PFSz.

Zwraca uwagę, że są też tzw. transkrypcjoniści medyczni, czyli osoby, które zajmują się spisywaniem notatek i zaleceń lekarskich: – *To powszechny zawód np. w Wielkiej Brytanii, gdzie lekarze często korzystają z dyktafonów. Takie nagrania są spisywane przez transkrypcjonistów, którzy na ich podstawie tworzą potrzebne raporty.*

– *Dziś, szczególnie w amerykańskich SOR-ach, tacy pracownicy są już zastępowani przez systemy rozpoznawania mowy, które przekładają nagranie na zapis elektroniczny. Wydaje mi się, że właśnie o takich pracownikach myślał minister Szumowski* – dodaje Fedorowski.

Jak podkreśla nasz rozmówca, w zachodnich systemach możemy też spotkać osoby pełniące funkcję koordynatora opieki. To pracownicy stojący najwyżej w hierarchii grupy wspierającej pracę personelu medycznego. W tym przypadku zazwyczaj są to przeszkolone pielęgniarki. Do ich zadań należy między innymi nadzór i wsparcie realizacji zleceń lekarza oraz opieka nad pacjentem.

W opinii Jarosława Fedorowskiego obecne w naszym systemie sekretarki medyczne są zbyt mocno przypisane do danego ordynatora. W efekcie nie są więc wsparciem dla pozostałego personelu medycznego, dlatego ich rola

nie jest widoczna z punktu widzenia działalności całego systemu. Oczywiście jest też ich zbyt mało.

– *Brak takich pracowników jest podyktowany faktem, że nie istnieją przepisy dotyczące zasad wykonywania tego zawodu, w tym w zakresie chociażby przestrzegania tajemnicy lekarskiej. Potrzebne będą też szkolenia, bo ten personel musi dokładnie zapoznać się m.in. z przepisami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej, terminologią i procedurami medycznymi* – wskazuje prezes Polskiej Federacji Szpitali.

Takie rozwiązanie będzie opłacalne

Minister zdrowia przekonuje, że wprowadzenie zawodu sekretarki medycznej nie będzie kosztowało, a wręcz odwrotnie, da oszczędności w systemie. Jak tłumaczył Łukasz Szumowski w rozmowie z TVP Info, lekarz, którego wykształcenie i praca są tak drogie, będzie mógł skupić się na swojej właściwej roli.

Szpitala, gdzie sekretarki medyczne już są zatrudnione, także przekonują, że ich pensje stanowią wydatek, który się zwraca. Odpowiedź na pytanie, co się bardziej opłaca: zatrudnienie personelu pomocniczego do prowadzenia dokumentacji czy przesunięcie tego obowiązku na specjalistów, wydaje się dla naszych rozmówców oczywista.

– *Rezygnacja z sekretarek medycznych oznaczałaby obciążenie lekarzy obowiązkiem wypełniania i kompletowania dokumentów* – mówi Kamila Wicińska.

Do tego, że inwestycja w sekretarki medyczne jest dalece opłacalna, przekonuje od lat prof. Mieczysław Komarnicki, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Proste wyliczenie

Profesor przeliczył godziny poświęcane przez lekarzy na czynności biurowe. Ustalił, że samo tylko wypełnienie ankiety stosowanej u chorych na przewlekłą białaczkę szpikową leczonych inhibitorami kinaz w ramach terapeutycznego programu zdrowotnego zajmuje w ciągu roku – dla każdego chorego – prawie jedną godzinę.

Jak wyjaśniał nam wcześniej prof. Komarnicki, mający pod opieką poradnię hematologiczną w Poznaniu – z której korzysta ponad 100 chorych leczonych inhibitorami – aby sprostac temu ankietowemu wymogowi, należy poświęcić rocznie ponad 100 godzin pracy lekarza specjalisty. Zakładając, że pacjentów objętych tym leczeniem może być w Polsce około 1500, na wypełnienie takiej ankiety zostanie zatem poświęconych w skali roku 1500 godzin pracy hematologów, do których na przyjęcie pacjenci czekają miesiącami.

Katarzyna LISOWSKA

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 3-4/18)

ETYKA

DYLEMATY ETYCZNE W ZAWODZIE LEKARZA

„Granice etyki lekarskiej. Protest lekarzy. Ryzyko moralne” – wykład prof. **Pawła ŁUKOWA** wygłoszony podczas spotkania okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w Warszawie.

Dlaczego kwestie etyczności są tak ważne w tym zawodzie? Prawdą jest również fakt, że możemy mieć doskonale zdefiniowane przepisy i instytucje, ale jeżeli będą się nimi posługiwali podli ludzie, to nic dobrego z tego nie wyniknie. Etyka to zbyt poważna sprawa, żeby mówić nieprecyzyjnie. W etyce zajmujemy się rzeczami najważniejszymi, w etyce lekarskiej też, zajmujemy się życiem i zdrowiem ludzkim. Decyzje etyczne wpływają na całe ludzkie losy.

Zacznijmy dywagacje od granic etyki lekarskiej. Po pierwsze rozprawmy się z dwoma mitami na temat zawodu lekarza, mitem zawodowego bohatera oraz mitem zawodu jak każdy inny. Ten pierwszy jest gotów poświęcić

zupełnie bezinteresownie własne dobro nad interes pacjentów. Część lekarzy traktuje ten zawód jak każdy inny i irytują ich określenia typu „powołanie” do zawodu. Dla nich jedynym powołaniem z jakim mieli do czynienia było powołanie do wojska.

Przyjęcie postawy zawodowego bohatera jest groźne, ponieważ może być podatne na szantaż moralny, który mówi: masz robić wszystko dla jakiegoś celu, wszystko inne jest nieważne.

Taki lekarz ma etykę lekarską i nie ma żadnej możliwości upominania się własne interesy. Przed kilku laty pewien wiceminister zdrowia nagabywany przez dziennikarkę, przy okazji jakiegoś protestu lekarzy, co zrobią w ministerstwie, jeżeli lekarze odejdą od łóżek? – ten odpowiedział, niech odejdą, jest jeszcze etyka lekarska! To było nieprzyzwoite ze strony ministerialnego urzędnika. To szantaż moralny. Nie możesz upomnieć się o własny interes, bo musisz postępować zgodnie z etyką. Nie jest wstydem żądanie dobrych zarobków, nie jest rów-

nież wstydem dobrze zarabiać. Wstydem jest nieuczciwe zarabianie.

Pytania o granice etyki lekarskiej: jak wiele lekarz powinien poświęcić dla dobra pacjenta? Kiedy lekarzowi wolno troszczyć się o siebie? Czego wolno od lekarza wymagać? Co lekarzowi wolno zrobić, jakie ryzyko wolno lekarzowi podjąć?

Zawód lekarza, jak każdy inny, nastawiony jest na pozyskanie środków do życia, ale jednocześnie jest również w pewien sposób szczególny, gdyż powierza się lekarzowi swoje zdrowie i życie. Zawód lekarza polega więc na tym, żeby umieć zarządzać tymi dwiema motywacjami.

W naturę zawodu lekarza wbudowany jest konflikt interesu własnego (środki utrzymania, wygody) z interesem pacjenta. W sytuacji konfliktu tych dóbr lekarz powinien wybierać dobro pacjenta.

Nie ma możliwości sprawowania bieżącej i zewnętrznej kontroli społecznej nad działaniami lekarzy, gdyż próba takiego działania spowodowałaby naruszenie intymności i prywatności pacjentów.

Normy etyki lekarskiej to jedyny, praktycznie dostępny środek kontroli społecznej nad działaniami lekarzy tzn. najmniej zagrażający efektywności działań lekarzy i wartościom moralnym.

To rodzaj samokontroli lekarzy nad swoimi działaniami, realizowany pośrednio przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej, poprzez sprawowanie pieczy nad prawidłowym wykonywaniem zawodu z należytą starannością.

Ideale profesjonalizmu lekarzy wkraczają w ich życie prywatne. Lekarz wykonuje swój zawód we własnym imieniu. I tu pojawia się nieuchronnie problem, w jaki sposób lekarz ma zachować swoją tożsamość w obliczu dużego zróżnicowania światopoglądowego, religijnego, społecznego swoich pacjentów?

Pojawiają się nowe problemy etyczne we współczesnej medycynie. Wobec pluralizmu światopoglądowego społeczeństw, wobec rozwoju ruchów konsumenckich, zaawansowania technologicznego w medycynie lekarze muszą przyjmować odpowiednią do ich przekonań, postawę. A oczekiwania nowych pacjentów wobec pracy lekarza stają się inne. Jakość pracy lekarza zaczyna oceniać się po skutkach. A wiemy, że tego się nie da. Dlatego, że lekarz podejmuje działania związane z ryzykiem i niepewnością, wobec tego lekarz nie może gwarantować rezultatu swego postępowania.

Lekarz nie dysponuje metodami, które gwarantują sukces. Jedynie go uprawdopodobniają. W dobie dzisiejszej większość lekarzy jest zatrudniona w publicznych systemach ochrony zdrowia. Są zatem oni typowymi pracownikami najemnymi. Do rzadkości należy przykład lekarza jako samozatrudniającego się przedstawiciela „wolnego zawodu”. W takich systemach nieodłącznie musi dochodzić do napięć pomiędzy interesem własnym lekarza a interesem pacjenta.

Podstawą etyki lekarskiej wcale nie są przepisy, reguły, ale postawy i cechy charakteru lekarzy. Zalety i wady składają się na charakter moralny i profesjonalny lekarza. Zalety i wady charakteru ujawniane w życiu prywatnym przenikają do życia zawodowego.

Protesty lekarzy. Protestują ci, którzy dążą do uzyskania spełnienia wyrażanych przez siebie postulatów. Chcą uniknąć otwartego konfliktu. Mechanizmem protestu jest stworzenie dla adwersarza ryzyka poniesienia strat lub szkód w dziedzinie, za którą odpowiada. Straty takie mogą być materialne, ale mogą być też wizerunkowe.

Co jest przyczyną strajków lekarzy? To mogą być ciągłe zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia, niedotrzymywanie przez pracodawców porozumień w sprawie zarobków i warunków pracy, poczucie niemożności zapewnienia pacjentom dobrej opieki z powodu niewłaściwego wyposażenia placówek ochrony zdrowia, braków w dostępie do leków i braku wsparcia przez podmioty odpowiedzialne za organizację ochrony zdrowia.

Prawo do strajku, prawo do protestu uważa się za podstawowe prawa pracownicze. Bez nich praca niczym nie różni się od niewolnictwa.

Równocześnie funkcjonuje wśród polityków przekonanie, że jak lekarze przestaną leczyć i odejdą od łóżek, to pacjenci będą umierali. Nie jest to prawdą. W Kalifornii np. w 1976 roku 50% lekarzy nie przyjmowało pacjentów pilnych przez 5 tygodni. W tym czasie zanotowano znamieny spadek zgonów ogółem. Wnioski – strajki lekarzy nie zwiększają śmiertelności wśród pacjentów, jeżeli uczestniczy w nich tylko część lekarzy, a prawie zawsze tak jest.

Granice protestu lekarzy – protesty zawsze wystawiają lekarzy na ryzyko zakwestionowania ich przywiązania do głoszonych ideałów etycznych oraz do utraty ich morale. Protesty czynią z lekarzy „zakładników” etyki zawodowej, podważają zaufanie do grupy zawodowej oraz przypisują im niskie pobudki. Protesty sprzyjają rozczarowaniu i utracie motywacji do wykonywania swoich obowiązków i ideałom swojego zawodu.

Aby to ryzyko zmniejszyć, protesty muszą mieć charakter ograniczony, aby nie przysparzać pacjentom istotnie większych ciężarów niż przed protestem. Pacjenci powinni być poinformowani o celach protestu i powinni te cele akceptować zanim do niego dojdzie.

Ryzyko pracy lekarza. Ryzyko kliniczne, tj. ryzyko niepowodzenia leczniczego wynika z tego, że wiedza medyczna opiera się na prawdopodobieństwach. Wiedza medyczna jest często zawodna i niestety zmienna. Istnieje trudność w przekładaniu wiedzy naukowej (statystycznej) na poszczególne przypadki. W każdej z dziedzin medycyny pojawia się w ciągu roku ogromna ilość artykułów, z których jedynie ok. 20% ma jakąś wartość możliwą do zastosowania. Poznanie zatem tego wszystkiego nie jest możliwe, dlatego każdy lekarz musi popełniać błędy, zawsze kiedyś musi wystąpić niepowodzenie.

W związku z tym pojawia się nieuchronnie **ryzyko prawne**. W pracy lekarza istnieje permanentne ryzyko ponoszenia odpowiedzialności prawnej niezależnie od tego, czy lekarz popełnił błąd lub zaniedbanie, czy nie. Prawdopodobieństwo dochodzenia względem lekarza roszczeń przez pacjenta zależy m.in. od jakości relacji między nimi, a zwłaszcza od szczerości lekarza wobec pacjenta, od przekazywania pełnej informacji klinicznej, nawet niewygodnej dla lekarza, okazywanej empatii, współczucia itp. Nie bez znaczenia jest tu również kultura prawna ogółu społeczeństwa, ukształtowane, między innymi przez media, zaufanie społeczne dla grupy zawodowej lekarzy. Lekarze powinni dlatego zaakceptować fakt, że ryzyko prawne w ich pracy jest pewnikiem i że należy się nauczyć z tym żyć.

Błąd moralny a ryzyko moralne. Błąd moralny to podjęcie decyzji, która w sposób nieuzasadniony naru-

sza kluczowe normy etyczne. Błąd moralny można popełnić rozmyślnie (to występki) lub nierozmyślnie np. w wyniku niewiedzy, nieznajomości normy lub braku staranności (pomyłka).

Rozmyślność lub nierozmyślność błędu moralnego nie rozstrzyga o tym, czy ponosi się za niego winę. Pewne rodzaje niewiedzy lub nieświadomości tego, co się robi są zaniedbaniami moralnymi lub jego skutkiem.

Ryzyko moralne, którego można uniknąć lub mu zapobiec, można zminimalizować drogą doksztalcenia w zakresie etyki zawodowej, uzyskania dodatkowych informacji, wysłuchania opinii innych, przestrzegania norm etyki zawodowej i budowania zaufania pacjentów.

Lek. Andrzej MATYJA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w ŚiL

(przedruk z „Eskulapa Świętokrzyskiego” nr 3-4/18)

PRAWO NA CO DZIEŃ

RECEPTY: ELEKTRONICZNA I PAPIEROWA

Parlament uchwalił ustawę o e-receptach, a minister zdrowia wydał rozporządzenie o receptach: papierowych i elektronicznych. Ustawa o e-receptach jeszcze w fazie projektu spotkała się z zarzutami, że była przygotowywana zbyt pośpiesznie. Nie wszyscy lekarze są zadowoleni z jej rozwiązań, a jej pomysł był zbyt powierzchownie konsultowany z lekarzami. Według nich informatyzacja prowadzona jest w błyskawicznym tempie i nie przewidziano w niej, że w niektórych przychodniach nie ma szybkiego Internetu, a nawet komputerów. Dr Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej przypomina, że przecież system może się zawieszać. A jak pacjent nie otrzyma recepty, to nie będzie się mógł leczyć. Taka sytuacja może doprowadzić do wielu nieprzewidzianych komplikacji. Poza tym trudności z opanowaniem nowych programów mogą mieć lekarze w wieku emerytalnym, których jest około 30%, a stanowią oni istotne wsparcie dla niedoborów kadrowych w ochronie zdrowia i wykonują 20% świadczeń lekarskich.

Dr Marek Jędrzejczak, wiceprezes Naczelnej Izby Aptekarskiej (NIA) – „e-Recepta ma zapewnić m. in. lepszą kontrolę dystrybucji leków i monitorowanie farmakoterapii. Jednak NIA dostrzegając zagrożenia z wdrożenia systemu e-recepta, uważa, że przez wiele lat musi funkcjonować równolegle recepta tradycyjna (papierowa) i elektroniczna. Trzeba mieć na uwadze przede wszystkim bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, któremu należy zapewnić dostęp do leku, bo co będzie wówczas, gdy system elektroniczny zawiedzie. W Wielkiej Brytanii system e-recepta wprowadza-

dzany jest od kilkunastu lat, warto skorzystać z tych doświadczeń”.

Jak działa e-recepta?

Nowelizacja reguluje zakres informacji, jakie powinny się znaleźć na receptce. Oprócz danych osobowych (imię i nazwisko, adres zamieszkania, wiek), znajdują się tam informacje dotyczące podmiotu, w ramach którego wystawiano receptę, zakres refundacji, dane o leku, dane dotyczące realizacji recepty, okres farmakoterapii oraz informacje o odpisie. W ustawie rozszerzony został zakres danych na receptce pełnopłatnej. Obligatoryjnie będą wpisywane dane podmiotu, który ją wystawił oraz numer PESEL, bądź inny identyfikator usługobiorcy.

Ustawa wprowadza instytucję informacji o wystawionej w postaci elektronicznej receptce, którą otrzymuje pacjent – jest to System Informacji Medycznej (SIM). Informacja ta stanowi potwierdzenie jej wystawienia, a także zawiera dane przepisane leku. W przypadkach wskazanych w ustawie oraz na każde żądanie pacjenta, informacja będzie wydawana w postaci wydruku informacyjnego. Do realizacji recepty elektronicznej wystarczy podanie kodu (który może zostać przekazany m.in. w przesłanej wiadomości tekstowej na telefon komórkowy) oraz numeru PESEL lub numeru innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Treść recepty zapisanej w SIM nie może być zmieniona. W przypadku konieczności dokonania zmiany, recepta zostaje anulowana w SIM przez osobę, która wystawiła tę receptę. Zmiana treści takiej recepty następuje poprzez wystawienie nowej recepty. Re-

cepty w postaci elektronicznej są przechowywane w SIM przez okres co najmniej 5 lat. Elektroniczna dokumentacja medyczna, są to dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

Projektowane zmiany regulują również funkcjonowanie Centralnego Wykazu Produktów Leczniczych, którego głównym celem jest zapewnienie wymaganej funkcjonalności systemu w obszarach związanych m.in. z:

- weryfikacją leków przepisywanych na receptach,
- weryfikacją interakcji pomiędzy lekami przyjmowanymi przez pacjentów,
- udostępnianiem listy odpowiedników leków przy realizacji recept,
- udostępnianiem lekarzom danych o lekach refundowanych, czy wyrobach medycznych,
- udostępnianiem farmaceutom danych o komunikatach głównego inspektora farmaceutycznego powiązanych z konkretnymi lekami.

Dodatkowo Centralny Wykaz Produktów Leczniczych informować będzie lekarzy o składzie leków, umożliwiając im zapoznanie się z ich charakterystykami i wskazaniami refundacyjnymi. Lekarzom ułatwi to pracę i przyspieszy wypisywanie medykamentów.

Weryfikacja wypisanych recept z Centralnym Wykazem Produktów Leczniczych zlikwiduje błędy i pomyłki, które uniemożliwiają ich realizację, zmuszając pacjenta do ponownej wizyty u lekarza. Organem prowadzącym rejestr będzie minister zdrowia. Projektowany rejestr wspomaga również pracę farmaceutów, którzy dla danej pozycji potrzebują informacji o tym np., że dana partia określonego produktu leczniczego nie została wstrzymana w sprzedaży. Ministerstwo Zdrowia zapewnia, że ustawa powinna być uchwalona w obecnej kadencji Sejmu. Dzięki temu nie istnieje zagrożenie związane z brakiem wejścia w życie przepisów dotyczących e-recepty.

Pilotaż e-recepty

W okresie 16 lutego 2018 r. – 1 maja 2018 r. w Siedlcach i Skierniewicach trwa pilotaż e-recept. Po jego ukończeniu mają być przedstawione sugestie ewentualnych korekt. E-recepta w zakresie dostosowania aptek wejdzie w życie 31 grudnia 2018 r., a w zakresie obiegu recept elektronicznych w całym systemie z początkiem 2020 r.

Minister zdrowia w jednym rozporządzeniu zunifikował zasady dotyczące realizacji recept wystawionych przez wszystkie osoby, które mają do tego uprawnienia, tj. lekarzy, lekarzy dentyków, felczerów, starszych felczerów, pielęgniarki i położne. Rozporządzenie w sprawie recept określa sposób realizacji recept wystawianych w postaci elektronicznej, jak i papierowej, oraz zakres niezbędnych danych do ich realizacji. Osoby uprawnione i świadczeniodawcy mają obowiązek zaopatrzenia się w druki re-

cept we własnym zakresie, po przydzieleniu im unikatowych numerów identyfikujących.

Wymóg określonych wymiarów recepty odnosi się jedynie do recepty wystawianej w postaci papierowej, bo w świadomości społecznej funkcjonuje ona jako kartka papieru. Natomiast recepta elektroniczna będzie funkcjonowała w przestrzeni wirtualnej i nie będzie sama w sobie czymś namacalnym.

Nowością jest to, że rozporządzenie wprowadza szereg możliwości realizacji recepty, pomimo braków w stosunku do obowiązujących wymogów, lub skorygowanie na recepcie danych wpisanych w sposób nieczytelny, niepełny lub błędny. Farmaceuta m.in. będzie mógł określić postać leku, sposób dawkowania, brak daty realizacji „od dnia”, brak daty urodzenia w przypadku pacjenta do 18 r.ż. Oczywiście możliwość tych korekt dotyczy wyłącznie recept papierowych. Nie ma tych możliwości w przypadku recept elektronicznych, które istnieją tylko w przestrzeni wirtualnej. Recepta elektroniczna może być jedynie anulowana i ponownie wystawiona w prawidłowej formie na poziomie osoby wystawiającej receptę. Dokonywanie zmian na recepcie papierowej należy postrzegać wyłącznie jako uprawnienie farmaceuty (a nie obowiązek), bo ma ono na celu ochronę zdrowia pacjenta. Dzięki temu nie będzie on musiał iść ponownie do lekarza po korektę recepty.

Według Ministerstwa Zdrowia zaletą e-recepty jest m.in. to, że nie można jej zgubić, ponieważ jest zapisana w zabezpieczonym systemie informatycznym o standardach światowych. Jest dużo mniejsze ryzyko jakiegokolwiek fałszerstwa, czy działania niezgodnego z prawem. W przeciwieństwie do recepty papierowej, e-recepta nie jest całością zamkniętą, a każda pozycja na tej recepcie jest także odrębną receptą. Dla przykładu, jeżeli przyjdziemy do apteki, w której nie ma możliwości zrealizowania recepty w całości, to możemy wziąć tylko jeden lek, a reszta recepty pozostanie w systemie do realizacji. Czyli pacjent nie musi czekać na sprowadzenie przez aptekę danego leku, bo może po prostu bez problemu wykupić go w innej aptece.

Jak w praktyce ma działać e-recepta

Szczegóły techniczne nie są jeszcze dokładnie znane, ma w tym pomóc przeprowadzany pilotaż w Siedlcach i Skierniewicach. Pierwsza grupa 200 pacjentów ma być włączona do pilotażu na początku maja 2018 r. Pacjent w przyszłości ma otrzymać w przychodni lub szpitalu kod kreskowy SMS-em lub na papierowym wydruku. Aptekarz zeskanuje kod i będzie widział w swoim komputerze wystawioną przez lekarza receptę. Pacjent będzie też mógł wykupić leki poprzez okazanie specjalnego PIN i dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzonego PESEL pacjenta. E-recepta ma również pozwolić na monitoring leczenia chorób przewlekłych i sprawdzenie, czy pacjent wykupuje zlecone leki. Warto jeszcze raz

przypomnieć, że od 1 stycznia 2019 r. każda apteka musi mieć możliwość obsługi e-recepty. Natomiast **od 1 stycznia 2020 r. każdy gabinet lekarski będzie musiał spełniać warunki do wystawiania e-recepty**. Wprowadzenie tych programów do realizacji będzie zmuszało do posiadania odpowiedniego sprzętu informatycznego i odpowiedniego przeszkolenia personelu, co oczywiście będzie się wiązało z dodatkowymi kosztami.

Recepty papierowe będzie można stosować do 1 stycznia 2026 r. wyłącznie w następujących przypadkach:

- braku dostępu do systemu informatycznego,
- recept refundowanych dla wystawiającego („pro auctore”), jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej i rodzeństwa („pro familiae”),
- recept transgranicznych, ale mają one zawierać adres udzielania świadczeń i oznaczenie państwa członkowskiego UE. Recepta taka jest realizowana za pełną odpłatnością, podobnie jak recepta wystawiona w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska.
- recept dla osoby o nieustalonej tożsamości,
- recept wystawionych przez lekarza, pielęgniarkę i położną „okazjonalnie wykonujących zawód”.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 9 marca 2018 r. stwierdziło, że możliwość wystawiania recept „pro auctore” i „pro familiae” w postaci papierowej nie powinna być ograniczona czasowo. Likwidacja możliwości wystawiania takich recept z końcem 2025 r. uniemożliwi znacznej liczbie lekarzy i lekarzy dentystów seniorów wystawienie recept dla siebie i osób najbliższych.

Wprowadzone zmiany w ustawie przewidują, że lekarz może bez dokonania badania pacjenta wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie medyczne jako kontynuację zaopatrzenia, jeśli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta. Na receptce „pro auctore”, osoba wystawiająca receptę może nie zamieszczać, w części dotyczącej pacjenta, danych już naniesionych na receptę w postaci nadruku, naklejki lub pieczęci.

Numer unikatowy recepty papierowej jest zbudowany z dwudziestu dwóch cyfr, a dwie pierwsze cyfry stanowią oznaczenie wersji wzoru recepty dla druków recept: a – 02 – w przypadku lekarzy i felczerów; b – 03 – przypadku pielęgniarek i położnych.

Unikatowy numer recepty elektronicznej jest zbudowany z dwóch części, które nie są połączone w jeden ciąg. Na numer recepty w postaci elektronicznej mogą składać się wyłącznie cyfry arabskie lub znaki literowe alfabety łacińskiego.

Na informatyzację służby zdrowia Polska z UE dostała dużo pieniędzy, które musi wykorzystać w określonym terminie. Jeżeli tego nie zrobi to będzie musiała te środki zwrócić. Dlatego rząd wykonuje obecnie takie nieskoordynowane ruchy, przyspieszając maksymalnie tempo informatyzacji. Do konsultacji została skierowana ustawa o Internetowym Koncie Pacjenta (IKP), która ma umożliwić dostęp do informacji o wystawionych receptach i udzielonych świadczeniach.

Jerzy JAKUBOWICZ

(przedruk z „Medicusa” nr /18)

KTO BĘDZIE MUSIAŁ WYZNACZYĆ INSPEKTORA OCHRONY DANYCH

Od 25 maja 2018 r. w Polsce bezpośrednio zastosowanie znajdzie Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, czyli tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych lub RODO. Rozporządzenie to wprowadza m.in. instytucję inspektora ochrony danych.

Regulacje odnoszące się do inspektora ochrony danych nie są u nas nowością, gdyż obecnie na gruncie ustawy o ochronie danych osobowych analogiczną funkcję pełni administrator bezpieczeństwa informacji nazywany w skrócie ABI.

Do zakresu zadań inspektorów ochrony danych będzie należało m.in.:

- informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego dane osobowe oraz ich pracowników o obowiązkach na nich spoczywających a wynikających z RODO oraz innych przepisów

o ochronie danych osobowych, a także doradzanie tym osobom w ww. zakresie;

- monitorowanie przestrzegania przepisów odnoszących się do ochrony danych osobowych, działania zwiększające świadomość osób przetwarzających dane, szkolenie personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty,
- udzielanie zaleceń co do oceny skutków operacji przetwarzania dla ochrony danych osobowych.

W związku z nową regulacją nasuwa się pytanie, które z podmiotów będą musiały wyznaczyć inspektora ochrony danych. Omawianą kwestię reguluje art. 37 RODO, zgodnie z którym administrator i podmiot przetwarzający wyznaczają inspektora ochrony danych, zawsze gdy:

- przetwarzania dokonują organ lub podmiot publiczny, z wyjątkiem sądów w zakresie sprawowania przez nie wymiaru sprawiedliwości;
- główna działalność administratora lub podmiotu przetwarzającego polega na operacjach przetwar-

zania, które ze względu na swój charakter, zakres lub cele wymagają regularnego i systematycznego monitorowania osób, których dane dotyczą, na dużą skalę; lub

- główna działalność administratora lub podmiotu przetwarzającego polega na przetwarzaniu na dużą skalę szczególnych kategorii danych osobowych, o których mowa w art. 9 ust. 1 (m.in. danych dotyczących zdrowia), oraz danych osobowych dotyczących wyroków skazujących i naruszeń prawa, o czym mowa w art. 10.

Na gruncie powyższego nie ma więc żadnych wątpliwości, iż obowiązek ten będzie dotyczył wszystkich publicznych podmiotów leczniczych, czyli publicznych szpitali, klinik i przychodni (również tych przekształconych w spółki z udziałem jednostek samorządu terytorialnego).

Nie są to jednak jedyne podmioty wykonujące działalność leczniczą, które będą musiały powołać inspektora ochrony danych. Należy bowiem zwrócić uwagę, iż jedną z przesłanek zobowiązujących do wyznaczenia inspektora jest fakt przetwarzania na dużą skalę szczególnych kategorii danych (obecnie określanych jako dane wrażliwe), które to przetwarzanie stanowi dodatkowo główną działalność administratora. Omawiane przesłanki nie zostały określone zbyt precyzyjnie, więc tak naprawdę ustalenie tego, czy dany podmiot, np. przychodnia, spełnia ww. kryteria, będzie wymagało każdorazowo dokonania analizy konkretnej sytuacji. Konieczność do-

konywania takiej analizy potwierdzona została w wytycznych dotyczących inspektorów ochrony danych wydanych przez Grupę Roboczą art. 29 przyjętych w dniu 13 grudnia 2016 r. W przedmiotowych wytycznych wskazano m.in., iż niemożliwe jest wskazanie konkretnego rozmiaru zbioru danych, czy liczby osób, których dane dotyczą, która determinowałaby dużą skalę. Nie wyklucza to sytuacji, w której wraz z rozwojem działalności dojdzie do sytuacji, która umożliwi uznanie, iż mamy do czynienia z dużą skalą (np. rozwój małej przychodni). Jednocześnie, jako przykład przetwarzania na dużą skalę wytyczne wyraźnie podają przetwarzanie danych przez szpital w ramach prowadzonej działalności.

Przy dokonywaniu wykładni pojęcia dużej skali pewnych wskazówek interpretacyjnych można ponadto poszukiwać w pkt 91 preambuły rozporządzenia. Wskazano tam, iż przetwarzanie danych osobowych nie powinno być uznawane za przetwarzanie na dużą skalę, jeżeli dotyczy danych osobowych pacjentów lub klientów i jest dokonywane przez pojedynczego lekarza, innego pracownika służby zdrowia lub prawnika.

Z powyższego wynika, iż w przypadku prowadzenia praktyki lekarskiej można przyjąć zasadę, że przetwarzanie szczególnych kategorii danych nie spełnia wymogu dużej skali, a co za tym idzie lekarz wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej nie ma obowiązku wyznaczania inspektora ochrony danych.

Maria RACHWAŁ-FRANKOWSKA – radca prawny

(przedruk z „Vox Medici” nr 3/18)

NOWE KODY RESORTOWE – CO TO OZNACZA DLA PRAKTYK I PODMIOTÓW LECZNICZYCH

W czerwcu 2017 r. weszła w życie zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia określającego system kodów resortowych wpisywanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Po pół roku, czyli 22 marca 2018 r. upływa termin, w którym wszystkie podmioty podlegające temu rozporządzeniu powinny dostosować swoje wpisy w rejestrze do nowego rozporządzenia. Co to oznacza dla lekarzy prowadzących praktyki, a co dla tych, którzy prowadzą podmioty lecznicze?

Praktyki a podmioty lecznicze

Przypomnijmy: lekarze prowadzący działalność jednoosobowo lub w spółkach cywilnych, jawnych lub partnerskich, od wielu lat mają do wyboru formę praktyki zawodowej (indywidualnej lub grupowej – rejestrowanej w OIL), bądź też wpis do rejestru wojewody podmiotu leczniczego (dawniej NZOZ). Od tego, w której z owych form praktyka jest prowadzona, zależy zaś to, czy zmiana przepisów dotyczących kodów resortowych ma dla danego lekarza (spółki lekarskiej) znaczenie.

Dla kogo bez zmian

Praktyki zawodowe nie podlegają oznaczeniu kodami resortowymi. W rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oznaczane są tylko kodem rodzaju praktyki („stacjonarna”, wyjazdowa, wyłącznie w siedzibie podmiotu leczniczego), które to oznaczenie wynika z innych przepisów i nie ulega zmianie. Dla lekarzy prowadzących działalność w formie praktyk zawodowych (indywidualnych i grupowych) zmiana kodów resortowych nie ma więc znaczenia i nie powoduje żadnych nowych obowiązków.

Lekarz jako podmiot leczniczy

Oznaczeniu kodami resortowymi podlegają natomiast podmioty lecznicze rejestrowane u właściwego wojewody. Są to: kod rodzaju działalności (stacjonarna, ambulatoryjna), kod rodzaju specjalności (POZ, poradnia specjalistyczna, oddział szpitalny etc), kod funkcji ochrony zdrowia (leczenie „jednego dnia”, leczenie w domu pacjenta etc), kod dziedziny medycyny (specjalizacja). Zmiana

dotyczy tych właśnie kodów, zatem jest istotna dla podmiotów leczniczych.

Nowe poradnie, nowe oddziały

W nowych przepisach pojawia się przede wszystkim wiele nowych nazw komórek organizacyjnych. Wprowadzono możliwości rejestrowania poradni leczenia zespołu stopy cukrzycowej, poradni leczenia ran przewlekłych, poradni endokrynologii i diabetologii dziecięcej, poradni genetyczno-onkologicznej, poradni kontroli systemów neuromodulacji, poradni anestezjologicznej oraz wielu oddziałów i zakładów, w tym związanych z leczeniem uzależnień. Wprowadzono możliwość rejestracji poradni lekarza rodzinnego (niezależnie od poradni POZ) oraz poradni/gabinetu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Nowe zakresy specjalności

Dla dużej liczby podmiotów leczniczych ważne może być rozszerzenie katalogu specjalności, jakie można wykazać w rejestrze, daje ono bowiem możliwość znacznie szerszego niż dotychczas zróżnicowania oznaczenia udzielanych świadczeń. I tak nowe rozporządzenie dodaje możliwość wprowadzenia takich specjalności jak choroby płuc u dzieci, endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, medycyna morska i tropikalna i inne.

Część oznaczeń – zmieniona

Kilka oznaczeń zostanie natomiast zmodyfikowane: poradnia chorób błon śluzowych przyzębia ulega zmianie na poradnię periodontologiczną oraz chorób błon śluzowych przyzębia. Znika pracownia diagnostyki laboratoryjnej, zastępowana przez medyczne laboratorium diagnostyczne (laboratorium), pracownię genetyczną lub pracownię toksykologiczną, położnictwo zostaje zastąpione pielęgniarstwem położniczym, zaś położnictwo

rodzinne – pielęgniarstwem rodzinnym dla położnych. Kilka zmian dotyczy też oznaczenia oddziałów/zakładów rehabilitacji oraz pojawia się komórka w postaci dyspozytorni medycznej.

Kto może, a kto musi

Pojawienie się nowych komórek i specjalności to dla lekarzy prowadzących podmioty lecznicze tylko możliwość, lecz nie obowiązek. Inaczej przedstawia się sprawa tych kilku komórek organizacyjnych, których nazwy ulegają zmianie (w tym poradnia chorób błon śluzowych przyzębia, pracownia diagnostyki laboratoryjnej i inne wspomniane wyżej). W przypadku podmiotów, które posiadały w rejestrze wpisy tych komórek, konieczne jest złożenie wniosku o zmianę do rejestru wojewody.

Kolejność działań

Należy pamiętać, że ustawa o działalności leczniczej wymaga, by struktura organizacyjna podmiotu wykonującego działalność leczniczą była określona w regulaminie organizacyjnym, a wpis z rejestru musi być z nim zgodny. Jeśli więc musimy lub chcemy odzwierciedlić w rejestrze omówione wyżej zmiany, pierwszym krokiem powinno być dokonanie zmiany w tymże regulaminie, polegające na wprowadzeniu zapisów o nowych komórkach lub ich nowych nazwach. Drugim etapem jest złożenie wniosku o zmianę w wpisie w rejestrze.

*Iwona KACZOROWSKA-KOSSOWSKA
Radca prawny OIL w Gdańsku*

Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2017.999)

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 4/18)

LEKARZE POSIADAJĄCY UPRAWNIENIA DO PRACY W POZ

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami co do uprawnień poszczególnych grup lekarzy do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, a także co do konieczności uzyskiwania przez poszczególnych lekarzy zaświadczeń z okręgowych izb lekarskich potwierdzających posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zasadne wydaje się dokonanie krótkiego omówienia obowiązującej obecnie definicji lekarza POZ.

Definicji tej należy obecnie poszukiwać w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2217). W oparciu o przepis art. 6 ust. 1 ustawy o POZ, lekarz POZ to lekarz, który:

1. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
 2. odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
 3. posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo
 4. posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej
- z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej

opieki zdrowotnej, wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

Dodatkowo lekarzami POZ są również lekarze wymienieni w art. 6 ust. 2 ustawy o POZ, tj.:

1. posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
2. posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych – udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r., pod warunkiem ukończenia kursu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1172).

Na gruncie powyższych przepisów, nie ma wątpliwości, iż lekarze wymienieni w art. 6 ust. 1, czyli lekarze specjaliści medycyny rodzinnej, lekarze w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej, lekarze posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, a także lekarze pediatrzy, z mocy samego prawa posiadają kwalifikacje lekarza POZ. Z tym zastrzeżeniem, iż lekarze pediatrzy do końca 2024 r. powinni ukończyć kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej. Powyższe oznacza, iż **lekarze ci nie potrzebują jakichkolwiek zaświadczeń wydawanych przez okręgowe izby lekarskie, potwierdzających ich kwalifikacje jako lekarzy POZ.**

Niestety niefortunnie sformułowane zastrzeżenie stosowania art. 14 ustawy zmieniającej u.ś.o.z., zawarte w art. 6 ust. 2 ustawy o POZ, w kontekście komunikatu NFZ skierowanego do świadczeniodawców w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, doprowadziło do powstania licznych wątpliwości interpretacyjnych, co do tego, którzy lekarze posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych mają uprawnienia lekarza POZ oraz co do tego, czy ww. lekarze muszą uzyskiwać zaświadczenia z okręgowych izb lekarskich dotyczące praw nabytych do udzielania świadczeń POZ.

W tym miejscu należy przywołać zapisy art. 14 ustawy zmieniającej u.ś.o.z. Jak wynika z ust. 1 ww. przepisu, lekarz:

1. który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
2. inny niż wymieniony w pkt 1, udzielający nieprzerwanie przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – zachowuje po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Z kolei na podstawie ust. 3 przywoływanego przepisu, lekarz, który nie posiada wymaganego okresu do świadczenia zawodowego określonego w ust. 1 pkt 2, a który w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo będąc zatrudnionym lub wykonując zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, zachowuje prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej do dnia 31 grudnia 2017 r.

Ponadto, jak wynika z ust. 4 ww. przepisu, zaświadczenie potwierdzające posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie ust. 1 lub ust. 3 wydaje, na wniosek lekarza, właściwa okręgowa rada lekarska.

Należy w tym miejscu zauważyć, iż art. 6 ust. 2 ustawy o POZ odnosi się do węższego katalogu podmiotów objętych jego dyspozycją, niż art. 14 ustawy zmieniającej u.ś.o.z. W art. 6 ust. 2 ustawy o POZ nie ma bowiem mowy o lekarzach pediatrach, którzy prawo do udzielania świadczeń POZ nabywają z mocy ust. 1 ww. przepisu. Tymczasem dyspozycja art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy zmieniającej u.ś.o.z. obejmuje również lekarzy pediatrów. Powyższy dysonans jednoznacznie świadczy o tym, iż niemożliwe jest literalne stosowanie art. 14 ustawy zmieniającej u.ś.o.z. w całości. W ocenie opiniującego powyższe oznacza, iż art. 14 ustawy zmieniającej u.ś.o.z., znajduje zastosowanie jedynie w zakresie nieuregulowanym bezpośrednio w ustawie o POZ. Przeciwna interpretacja ww. zastrzeżenia stosowania art. 14 ustawy zmieniającej u.ś.o.z., prowadziłyby do wniosków, iż jedynie ci lekarze z I stopniem specjalizacji w dziedzinie medycyny ogólnej i ci lekarze interniści, którzy uzyskali te specjalizacje lub tytuł specjalisty przed 2007 r. mogliby zostać na gruncie obecnych przepisów uznani za lekarzy POZ. Powyższe wykluczałoby z POZ wszystkich specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych, którzy specjalizację ukończyliby po 2007 r. Powyższe stanowiłoby zupełnie bezpodstawne różnicowanie uprawnień lekarzy tej samej specjalizacji i byłoby niezgodne z celami ustawy o POZ.

W związku z powyższym, należy stanąć na stanowisku, iż również lekarze posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ przed dniem 31 grudnia 2024 r., nabywają uprawnienia lekarza POZ z mocy samej ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Osoby te nie muszą legitymować się zaświadczeniami z okręgowych izb lekarskich.

Należy więc uznać, że zastrzeżenie stosowania art. 14 ustawy zmieniającej u.ś.o.z., pomimo iż zostało sformu-

lowane w dość niefortunny sposób, odnosi się do lekarzy innych niż wymienieni powyżej, udzielających nieprzerwanie przed dniem wejścia w życie ustawy zmieniającej u.ś.o.z., przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. **Lekarze ci, jeżeli nie posiadają jeszcze zaświadczenia wydanego w oparciu o art. 14 ustawy zmieniającej u.ś.o.z., powinni zwrócić się o jego wydanie.** Nie jest z kolei konieczne wnioskowanie przez lekarza o kolejne zaświadczenie, w przypadku posiadania zaświadczenia wydanego po wejściu w życie ustawy zmieniającej u.ś.o.z., gdyż zaświadczenia te wydawane były na czas nieokreślony.

Odnosząc się zaś do sytuacji lekarzy, o których mowa w art. 14 ust. 3 ustawy zmieniającej u.ś.o.z., tj. tych którzy w dniu wejścia w życie ww. ustawy nie posiadali wymaganego 10-letniego doświadczenia w POZ, a którzy w dniu

wejścia w życie niniejszej ustawy udzielali świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo będąc zatrudnionym lub wykonując zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, zaznaczenia wymaga, iż utracili oni status lekarza POZ z dniem 31 grudnia 2017 r. **Nieemożliwe jest więc wydanie ww. lekarzom przez właściwą izbę lekarską zaświadczenia potwierdzającego status lekarza POZ. Lekarze ci mogą jednakże udzielać świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jako lekarze pracujący pod nadzorem lekarza POZ.**

Maria RACHWAŁ-FRANKOWSKA – radca prawny

(przedruk z „Vox Medici” nr 2/18)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

ZBILANSOWANA DIETA (w chorobie nowotworowej)

W obliczu walki z chorobą nowotworową odpowiednie żywienie pozwala znacząco poprawić jakość życia pacjenta, wspomóc go w walce z chorobą i poprawić rokowania. Prawidłowe postępowanie dietetyczne w tym schorzeniu ma na celu dostarczenie wszystkich niezbędnych składników odżywczych, zapobieganie niedoborom, utrzymanie optymalnej masy ciała, stymulowanie układu odpornościowego i minimalizację negatywnych skutków zastosowanej terapii. Dieta w leczeniu onkologicznym powinna dostarczać odpowiedniej ilości energii, pełnowartościowego białka, węglowodanów, wysokiej jakości tłuszczów, witamin i składników mineralnych.

Zapotrzebowanie kaloryczne osoby w trakcie terapii nowotworowej może być nawet 20-krotnie większe niż osoby zdrowej. Istotną rolę odgrywa podaż pełnowartościowego białka. Ze względu na procesy odnowy uszkodzonych tkanek i intensywną pracę układu immunologicznego – zapotrzebowanie na ten składnik wzrasta. W diecie zatem powinno przeważać białko pochodzenia zwierzęcego (mięso, ryby, jaja, produkty mleczne), które jest lepiej przyswajane przez organizm. Węglowodany, które zapewniają właściwy metabolizm białek, powinny dostarczać około 55% energii. Przy czym najlepsze źródła to kasze, ryż, makaron, pieczywo, warzywa i owoce.

Bardzo istotna jest również odpowiednia podaż płynów – dziennie powinno się wypijać ok. 2 litry, głównie wody. W diecie onkologicznej nie może zabraknąć również wysokiej jakości tłuszczu. Warto ją wzbogacić

zwłaszcza w wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3, które mają działanie przeciwzapalne. WKT znajdują się przede wszystkim w olejach roślinnych, rybach morskich, a także orzechach i pestkach.

Podczas leczenia nowotworów nie można również zapomnieć o roli antyoksydantów, które neutralizują działanie wolnych rodników i spowalniają proces nowotworowy. Szczególne znaczenie mają: witaminy C i E, B-karoten, selen, cynk, miedź, magnez, mangan i koenzym Q₁₀. Ostatnie doniesienia podkreślają również ogromny wpływ witaminy D na procesy nowotworzenia. Bogate w antyoksydanty są przede wszystkim warzywa i owoce, dlatego wskazane jest spożywać min. 400g dziennie produktów z tej grupy.

Dieta w trakcie terapii onkologicznej powinna opierać się na zasadach zdrowego żywienia, jednak często wymaga wprowadzenia modyfikacji w zależności od samopoczucia i stanu chorego. Nie ma uniwersalnych zaleceń odpowiednich dla pacjenta z chorobą nowotworową – każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie. Żywienie onkologiczne powinno opierać się na zasadach diety lekkostrawnej, żeby nadmiernie nie obciążać przewodu pokarmowego. Należy wykluczyć potrawy smażone, wędzone, konserwowe, ostre przyprawy, tłuste produkty, a także produkty z dużą zawartością cukru. Węglowodany proste powinno się ograniczyć do minimalnych ilości.

Posiłki powinny być zjadane regularnie w stałych odstępach czasowych. Najkorzystniej jest spożywać 4–5, małych objętościowo, posiłków co 3–4 h. W przypadku gastrektomii lub wysokiej resekcji żołądka należy zwiększyć ich ilość do 8–10. Posiłki powinny być jak najbardziej urozmaicone, żeby dostarczyć maksymalnie dużo składników odżywczych (aby zabiegać niedoborom i niedożywieniu). Świetnie sprawdzają się koktajle (np. koktajl z banana, kiwi, pomarańczy i natki pietruszki), gdzie możemy w niewielkiej objętości dostarczyć wielu różnych składników odżywczych.

Dieta lekkostrawna nie oznacza diety jałowej – śmiało można zastosować różnorodne przyprawy takie jak: pietruszka, koper zielony, kminek, tymianek, majeranek, bazylia, lubczyk, rozmaryn, wanilia, cynamon. Zalecane metody obróbki termicznej to: gotowanie, gotowanie na parze, pieczenie w folii i rękawie, duszenie. Podczas smażenia, grillowania i wędzenia powstają związki, które przyczyniają się do nowotworzenia – takich metod nie powinno się stosować.

Żywnienie w trakcie chemioterapii i radioterapii

Chemioterapia, jak i radioterapia bardzo często wiąże się z występowaniem przykrych dolegliwości i skutków ubocznych. U chorego może pojawić się brak apetytu, nudności, wymioty, biegunki, zaparcia, zmiana zapachu i smaku jedzenia, suchość w jamie ustnej. Często wiąże się to z rezygnacją z przyjmowania pokarmów. Bardzo istotne jest, aby odpowiednio dopasować dietę do samopoczucia i stanu chorego. Należy uwzględnić upodobania smakowe pacjenta i dostarczać pożywienie w małych porcjach. Warto unikać silnych zapachów jedzenia, a posiłki przygotowywać w taki sposób, aby wyglądały apetycznie.

W przypadku, kiedy nie jest możliwe dostarczenie odpowiedniej ilości kalorii i składników odżywczych wraz z dietą, z pomocą przychodzi koncentraty odżywcze. Są to wysokowartościowe produkty, które zawierają w dużym stężeniu wszystkie mikro- i makroskładniki (węglowodany, białko, tłuszcz, witaminy, pierwiastki śladowe i substancje mineralne).

Przykładowe menu osoby w trakcie leczenia

Śniadanie: płatki owsiane/jaglane gotowane na wodzie z dodatkiem nasion lnu, owocem granatu i jogurtem naturalnym;

Przekąska: sok wyciśnięty z buraka, jabłka i marchwi; bułka grahamka z szynką i pomidorem;

Obiad: ryba pieczona w folii, kasza jagłana posypana natką pietruszki, brokuły gotowane;

Podwieczorek: krem czekoladowy z awokado – zblendowana połówka awokado z bananem i łyżką kakao;

Kolacja: zupa krem z kalafiora i pietruszki.

W przypadku chorych cierpiących na nowotwory przewodu pokarmowego może okazać się konieczne przygotowywanie posiłków o płynnej lub półpłynnej konsystencji.

Karolina KAŻMIERCZAK

Mgr Karolina KAŻMIERCZAK – absolwentka Collegium Medicum w Bydgoszczy, kierunek dietetyka i kosmetyka. Pracuje w „Laboratorium Kalorii” – catering dietetyczny. Posiada wieloletnie doświadczenie w dietoterapii pacjentów zarówno pod kątem diet odchudzających jak i diet specjalistycznych w leczeniu chorób klinicznych (m.in. choroby nerek, wątroby, nowotwory).

(przedruk z „Primum” nr 2/18)

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

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



Do 31 sierpnia obowiązują promocyjne opłaty na konferencję Post Eular&ACR! Trwają intensywne prace nad programem naukowym konferencji. Nad jego ostatecznym kształtem czuwa prof. dr hab. Włodzimierz Samborski, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

Podobnie, jak w latach poprzednich uznani eksperci zaprezentują najnowsze doniesienia z tegorocznych kongresów Europejskiej Ligi Przeciwréumatycznej (EULAR) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (ACR). Program konferencji adresowany jest nie tylko do specjalistów – reumatologów, ale wszystkich, którzy są zainteresowani postępami w tej dziedzinie.

Termin: 7–8 grudnia 2018 r.

Miejsce: IBB Andersia Hotel, pl. Andersa 3, Poznań

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego

Organizator: Wydawnictwo Termedia

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

* * *

Dyrekcja SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu zatrudni od zaraz lekarzy specjalistów (lub w trakcie specjalizacji), z zakresu: chirurgii ogólnej, geriatrii, pediatrii, urologii oraz lekarzy do pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Zapewniamy dowolną formę zatrudnienia, du-

że możliwości rozwoju zawodowego. Warunki płacowe do uzgodnienia na miejscu. Kontakt – Kadry tel.: 77/40-62-555.

* * *

Dyrekcja SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu zatrudni od zaraz lekarzy specjalistów z zakresu otorynolaryngologii (lub w trakcie specjalizacji) w Oddziale Laryngologicznym lub/i Poradni Laryngologicznej. Zapewniamy dowolną formę zatrudnienia, duże możliwości rozwoju zawodowego. Warunki płacowe do uzgodnienia na miejscu. Kontakt 77/40-62-447, e-mail: gduze-l@e-szpital.eu lub Kadry 77/40-62-555.

* * *

Dyrektor Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, zatrudni na stanowisku starszego asystenta lekarzy specjalistów w zakresie:

- neonatologii lub pediatrii w Oddziale Neonatologicznym,
- ginekologii i położnictwa w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.
- Od kandydatów oczekujemy:
- specjalizacji z zakresu neonatologii lub pediatrii,
- specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii,
- aktualnego prawa wykonywania zawodu,
- zaangażowania i odpowiedzialności w codziennej pracy zawodowej,
- wysokich wartości etycznie-moralnych i społecznych.

Oferujemy:

- komfortowe warunki pracy w placówce posiadającej trzeci stopień referencyjności,
- możliwości stałego rozwoju kompetencji zawodowych,
- pakiet socjalny,
- możliwość uczestniczenia w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych,
- zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną.

Pytania i oferty (CV, list motywacyjny, zgoda na przetwarzanie danych osobowych) proszę kierować na adres: Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, ul. Reymonta 8, 45-066 Opole, tel. (77) 454-54-29 lub na adres e-mail: jcisek@ginekologia.opole.pl

Szpital w Branicach zatrudni lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, lekarza specjalistę psychiatrii, internistę, lekarzy w trakcie specjalizacji bądź chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Kontakt pod numerem telefonu: 77/40-34-307 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

Namysłowskie Centrum Zdrowia SA w Namysłowie ul. Oleśnicka 4 **zatrudni lekarzy do pracy w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej.** Oferujemy bardzo korzystne warunki zatrudnienia, cena za 1 godzinę dyżuru zwykłego 75,00 zł brutto, a cena za 1 godzinę dyżuru weekendowego i świątecznego 80,00 zł brutto. Forma zatrudnienia – do uzgodnienia. Proszę o kontakt z Działem Kadr – tel. 663-635-448 oraz 77/40-40-259 lub na maila: ewelinasara@wp.pl

Zatrudnię lekarza w Poradni POZ w Starych Budkowicach – tel. 603-974-054; mail medicor69@tlen.pl.



WSPiA im. MIESZKA I W POZNANIU
CENTRUM MEDYCYNY ESTETYCZNEJ

NOWOCZESNA UCZELNIA
PODĄŻAJĄCA ZA
ŚWIATOWYMI TRENDAMI
W EDUKACJI ZDROWOTNEJ.



Wyższe Szkoły
Pielęgniarstwa i Administracji
im. Mieszka I w Poznaniu

WSPiA.PL/CME

POZNAŃ

PRESTIŻOWE KIERUNKI:

👉 **PODOLOGIA LEKARSKA** 👈

TRZYLETNIE STUDIA PODYPLOMOWE DLA LEKARZY, PIERWSZY KIERUNEK W POLSCE. PROGRAM ZGODNY Z WYTYCZNYMI EUROPEJSKIMI.

👉 **MEDYCYNĄ ESTETYCZNA** 👈

DWULETNI STUDIA PODYPLOMOWE DLA LEKARZY I STOMATOLOGÓW.

- 👉 ATRAKCYJNE KIERUNKI Z PERSPEKTYWĄ PROWADZENIA WŁASNEJ, NIEZALEŻNEJ PRAKTYKI
- 👉 PROGRAMY STUDIÓW DOPASOWANE DO NAJNOWSZYCH TRENDÓW DYNAMICZNIE ROZWIJAJĄCEGO SIĘ RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH
- 👉 PROFESJONALNA KADRA NAUKOWA, Z BOGATYM DOŚWIADCZENIEM PRAKTYCZNYM
- 👉 MOŻLIWOŚĆ ZAPOZNANIA SIĘ TECHNIKAMI ZABIEGÓW WYKONYWANYCH PRZEZ EKSPERTÓW Z POLSKI I ZAGRANICĄ
- 👉 NOWOCZESNA BAZA DYDAKTYCZNA I ZABIEGOWA
- 👉 WSPÓŁPRACA Z RENOMOWANYMI OŚRODKAMI MEDYCYN ESTETYCZNEJ
- 👉 MAŁE GRUPY STUDENCKIE UMOŻLIWIAJĄCE EFEKTYWNE ZDOBYWANIE UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH

REKRUTACJA
TEL. 618 32 11 79



Saloniki

Fot. Alfred Polok

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



bemfola

follitropin alfa



GEDEON RICHTER

Czerwiec światowym miesiącem niepłodności



IN VITRO

W OPOLU OD 2004 ROKU

Pomożemy Wam zostać rodzicami.
Od pierwszej komórki...
...bo nie ma nic piękniejszego
niż poczuć bicie małego serca.



GMW-Embrio Sp. z o.o., ul. Juliana Tuwima 1, 45-551 Opole
tel. kom.: 600 391 782, tel.: (77) 453 81 66

WWW.INVITROGMW.PL