



Biuletyn Lekarski

Rok XX, czerwiec 2009, numer 108



GRYPA A/H1N1

str. 3



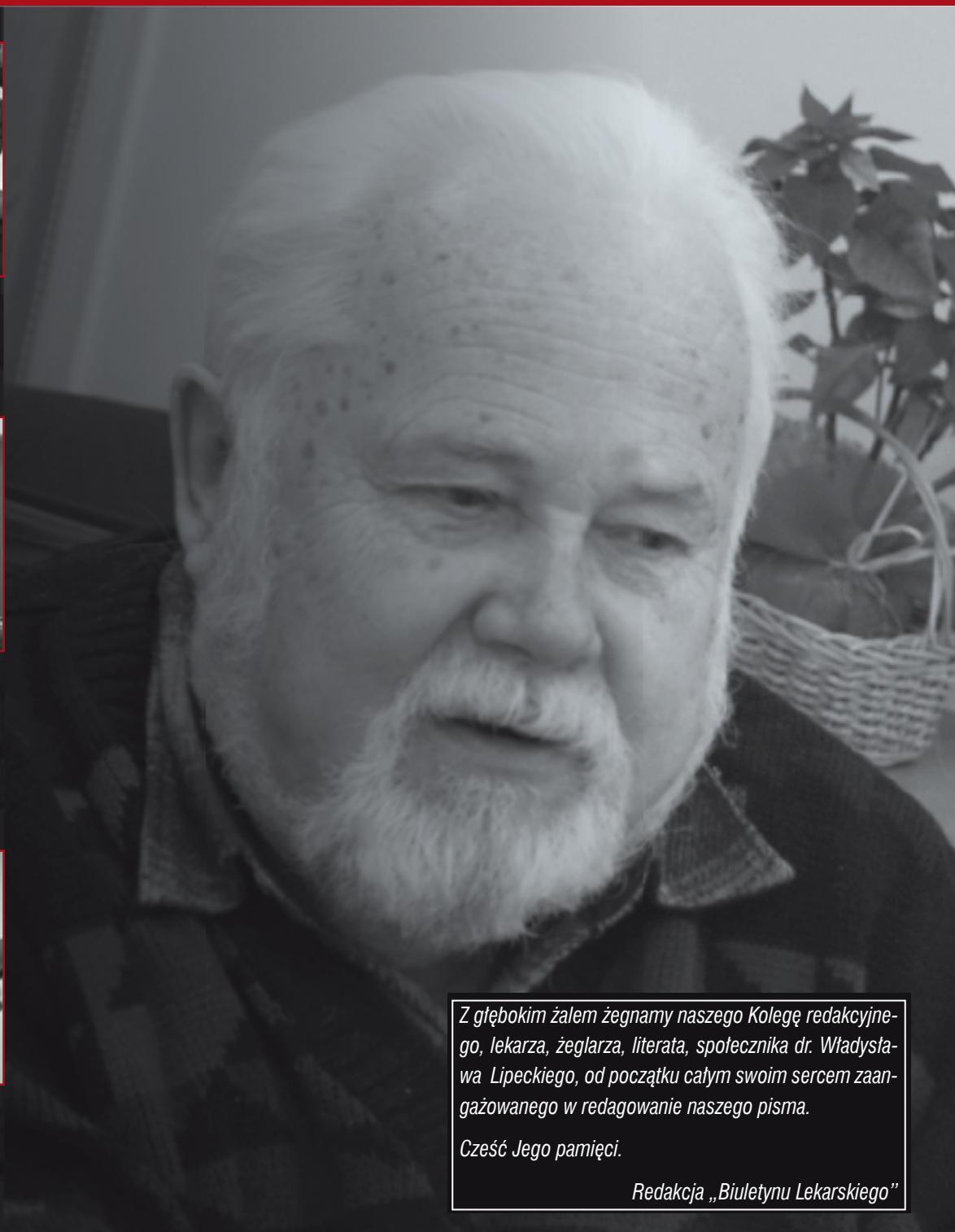
**NFZ – ZAŁOŻENIA
KONTRAKTOWANIA
2010**

str. 8



KONTROLE NFZ

str. 10



Z głębokim żalem żegnamy naszego Kolegę redakcyjnego, lekarza, żeglarza, literata, społecznika dr. Władysława Lipeckiego, od początku całym swoim sercem zaangażowanego w redagowanie naszego pisma.

Cześć Jego pamięci.

Redakcja „Biuletynu Lekarskiego”

W NUMERZE:

Grypa A/H1N1 – standard postępowania.....	3
Dotacje Naczelnej Izby Lekarskiej na organizację doskonalenia zawodowego lekarzy.....	4
XIX Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy ...	6
Nasz człowiek w Unii Europejskiej	7
NFZ – założenia kontraktowania 2010	8
Komunikat Okręgowej Izby Aptekarskiej w Olsztynie	9
Kontrole NFZ.....	10
Granty szkoleniowe	12
Dokumentacja wydawana pacjentowi przy wypisie ze szpitala	12
JGP w specjalistycie?	13
Kronika Okręgowej Izby Lekarskiej.....	14
Podstawowe zasady bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w rentgenodiagnostyce.....	16
Szkolenia w Domu Lekarza (rtg)	17
Tuż obok drogi	18
Wystawa w Izbie	19
Spotkanie medycyny, rekreacji i sztuki w Iławie	20
42,195	21
Pamięci tych, którzy odeszli	22
Informacje Biura	23

CENNIK za REKLAMY w „Biuletynie Lekarskim” Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Olsztynie:

1. Jedna strona –	1 000,00 zł
2. Ostatnia strona –	2 000,00 zł
3. Druga i przedostatnia strona –	1 200,00 zł
4. 1/2 strony –	350,00 zł
5. 1/4 strony –	200,00 zł
6. 2 strony środek –	2 100,00 zł
7. Insert do „Biuletynu” (1 strona A4, dla całego wydania) –	1 000,00 zł
8. Insert do „Biuletynu” (mniejsza ilość – cena do uzgodnienia (nie mniej niż 250 zł)	

Ceny netto. Przy własnych opracowaniach zniżki. Warunki techniczne przekazania materiałów do uzgodnienia w Redakcji.

SŁOWO REDAKTORA NACZELNEGO



Ze smutkiem i głębokim żalem pożegnaliśmy 7 maja naszego Kolegę redakcyjnego dr. Władysława Lipeckiego – zasłużonego lekarza, działacza samorządowego, sportowca, literata. Jest to dla nas ogromna strata – pracował w „Biuletynie” od samego początku, to dzięki niemu w dużej mierze zawdzięczamy to, jaki „Biuletyn Lekarski” jest dzisiaj. Żegnamy Cię Władku – będziesz na zawsze w naszej pamięci.

Zbliża się 20. rocznica reaktywowania samorządu zawodowego. Z tego powodu w końcu maja w Poznaniu odbyły się uroczystości. Każda rocznica to chwila refleksji nad tym, co było oraz kreowanie wizji przyszłości. W rozmowach z kolegami, czy to w pracy, czy „gdzieś w Polsce” często słyszy się lekceważące opinie na temat samorządu. A to, że nic nie robi, nie jest do niczego potrzebny, tylko zajmuje się karaniem lekarzy itp. Z biegiem lat liczba lekarzy podobnie myślących wydaje mi się taka sama. Nie było specjalnych badań statystycznych w tym względzie, ale sądzę, że i wśród malkontentów dominują głównie nasi starsi koledzy – choć może się myłę. Ten jubileusz zbiegł się – chyba raczej przypadkowo – z pewną refleksją, jaką zapanowała w naszym kraju nad sensem istnienia większości samorządów zawodowych, w stosunku do naszego dodatkowo wiąże się z nowelizacją ustawy o zawodzie lekarza i izbach lekarskich z propozycją nowego słusznego podziału, zgodnego z podziałem administracyjnym kraju, czy też poważną dyskusją na temat obowiązkowej przynależności wszystkich lekarzy do swojej korporacji zawodowej. Ponieważ liczba niezadowolonych z tego wydaje się znacząca i, w mojej ocenie, wcale w ciągu ostatnich lat niemalejąca, należałoby się uderzyć w pierś i zastanowić się nad przyczyną takiego stanu rzeczy – nie zwalając wszystkiego na barki kolegów.

W związku z tym rodzi się zasadnicze pytanie – jak zmienić opinię i nastawienie naszych kolegów do samej idei samorządności, czy w dotychczasowej naszej działalności wykorzystaliśmy już wszystkie możliwości w tym względzie? Na pewno nie. Co więc należałoby zmienić? Sam nie mam do końca sprecyzowanego poglądu w tej kwestii. Czy powinno to być „zblizenie” samorządu do lekarza, w formie powstania nowych formalnych struktur, np. w powiatach – integrujących środowisko, reprezentujących je wobec lokalnych władz publicznych, kreujących lokalną politykę zdrowotną, czuwającą na zachowaniem odpowiednio statusu zawodu. Czy też zmiana formy działania aktualnie istniejących organów Izby w kierunku większej otwartości, oferowania dodatkowych usług (np. porad prawnych, ubezpieczeniowych, rozszerzenia i ułatwienia kształcenia podyplomowego itp.). A może taka opinia to efekt naszego „zabiegania”, codziennej gonitwy z gabinetu do gabinetu, z dyżuru na dyżur tylko po to, aby zapewnić w miarę godny styl życia dla siebie i rodziny, z całkowitym brakiem czasu na tę chwilę refleksji, na dodatkową – społeczną pracę na rzecz samorządu. Może taka opinia to efekt tej frustracji, spowodowany permanentnym przeciążeniem z brakiem perspektyw na chwilę koniecznego odpoczynku.

Ciekawe, co Państwo o tym sądzą. Czekamy na Wasze opinie w tej sprawie.

Zbigniew Gugnowski

Organ Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie.

Zespół redakcyjny: Zbigniew GUGNOWSKI (redaktor naczelny), Jarosław ABRAMCZYK, Adam DAUKSZEWICZ, Władysław LIPECKI, Anna MATECKA-ABRAMCZYK, Bogdan RYBAK, Maria ŚWIETLIK.

Adres redakcji: DOM LEKARZA, 10-561 Olsztyn, Żołnierska 16c, tel./fax (0 89) 523 60 61.

Zespół wydawniczy: Hanna Królikowska, Elżbieta Skóra, Olga Strzelec, Tomasz Ciciński.

Edytor: Pracownia Wydawnicza „ElSet”, Olsztyn, ul. Samulowskiego 3/1, tel. (0 89) 534 99 25, fax (0 89) 521 81 83; e-mail: elset@elset.pl

Druk: Energopol-Trade-Poligrafia, Olsztyn.

Nakład: 3100 egz.

ISSN 1233-4731

UWAGA: Redakcja zaprasza do nadsyłania materiałów i ilustracji do „Biuletynu Lekarskiego”, zastrzegając sobie prawo do skrótów i zmian w tekście.

GRYPA A/H1N1

STANDARD POSTĘPOWANIA

Informacja dla lekarzy, organów założycielskich i dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej w sprawie podstawowych zasad postępowania w związku z przypadkami grypy A/H1N1

Zalecamy, co następuje:

Osoby, u których wystąpiły objawy infekcji górnych dróg oddechowych (gorączka, katar, kaszel, bóle mięśniowe, ból gardła itp.) powinny zgłosić się do swoich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarz POZ po ustaleniu dodatniego wywiadu epidemiologicznego (objawy grypy w ciągu dziesięciu dni od możliwego kontaktu – pobytu na terenach występowania ognisk grypy świń lub kontaktu z osobą chorą na grype świń) kieruje pacjenta do najbliższego oddziału zakaźnego, powiadamiając o tym właściwą stację sanitarno-epidemiologiczną.

Lekarz chorób zakaźnych hospitalizuje chorego w przypadku klinicznego podejrzenia grypy.

Wdraża się proces diagnostyczny celem ustalenia patogenu.

W przypadkach ciężkich przy braku przeciwwskazań zaleca się podawanie leków antywirusowych pod kontrolą lekarzy chorób zakaźnych.

Komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego, aktualizowane codziennie o godz. 12.00, dostępne są na stronie internetowej www.pis.gov.pl

Komunikaty zawierać będą m.in. informacje nt. aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz aktualne zalecenia.

Warszawa, 28.04.2009 r., godz. 10.00

Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Andrzej Horban
Krajowy Konsultant w dz. Chorób Zakaźnych

Grypa wywołana nowym wirusem A/H1N1

Definicja przypadku na potrzeby nadzoru epidemiologicznego

■ KRYTERIA KLINICZNE

Wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów:

- gorączka powyżej 38°C i objawy ostrej infekcji dróg oddechowych,
- zapalenie płuc (ciężka choroba układu oddechowego),
- zgon z powodu ostrej choroby układu oddechowego o nieznannej etiologii.

■ KRYTERIA LABORATORYJNE

Co najmniej jedno z trzech poniższych badań:

- real time RT-PCR,
- hodowla świń,
- czterokrotny wzrost swoistych przeciwciał neutralizujących przeciw wirusowi grypy świń A/H1N1 – surowica pobrana w trakcie ostrej fazy choroby oraz minimum 10–14 dni później, w fazie zdrowienia.

■ KRYTERIA EPIDEMIOLOGICZNE

Co najmniej jedno z trzech poniższych kryteriów w okresie 7 dni przed wystąpieniem choroby:

- bliski kontakt z osobą chorą – przypadkiem potwierdzonym choroby wywołanej przez nowy wirus grypy A/H1N1,
- przebywanie na terenach (w krajach), gdzie stwierdzono przenoszenie się nowego wirusa grypy A/H1N1 z człowieka na człowieka (specjalna lista ECDC),
- praca w laboratorium, w którym badane są próbki zawierające nowy wirus grypy A/H1N1.

■ KLASYFIKACJA PRZYPADKÓW

- A. Przypadek możliwy (w okresie sprawdzania). Każda osoba spełniająca kryteria kliniczne i epidemiologiczne.
- B. Przypadek prawdopodobny. Każda osoba spełniająca kryteria kliniczne i epidemiologiczne, z dodatnim wynikiem badania laboratoryjnego w kierunku zakażenia niezsobytowanym wirusem grypy typu A.
- C. Przypadek potwierdzony. Każda osoba spełniająca kryteria laboratoryjne.

■ RODZAJE KONTAKTÓW

- Bliski kontakt: kontakt rodzinny, z osobą przebywającą w jednym mieszkaniu, miejscu pracy, w tym samym pomieszczeniu szpitalnym, internacie oraz osoby podejrzane o zachorowanie, która poda ich jako bliskie kontakty;
- Kontakt bezpośredni (twarz w twarz): w odległości poniżej 1 m, kiedy osoba ta kicha, kaszle lub rozmawia, osoba siedząca obok (w klasie, biurze, pociągu, samolocie itp.).

Osoby z bliskiego i bezpośredniego kontaktu podlegają nadzorowi lekarskiemu.

■ NADZÓR LEKARSKI

Lekarz powinien zgłosić najbliższej państwowej stacji sanitarno-epidemiologicznej przypadek zachorowania, spełniający kryteria kliniczne i epidemiologiczne. Jako przypadek podejrzany o zachorowanie na grype należy traktować osoby, u których stwierdzono gorączkę i objawy ostrej infekcji dróg oddechowych lub/oraz zapalenia płuc, względnie zgon z powodu ostrej choroby układu oddechowego o nieznannej etiologii.

Istnieje konieczność poinformowania osób z kontaktu o nieodzowności zgłoszenia się do lekarza POZ po wystąpieniu jednego z objawów – gorączka powyżej 38°C, kaszel, wodnisty katar, ból gardła, zapalenie płuc, niewydolność oddechowa.

Zgłoszeniu również podlegają przypadki mnogich zachorowań z wymienionymi wyżej objawami klinicznymi; do czasu wykluczenia przypadku brany jest on pod uwagę jako przypadek pod obserwacją.

W przypadku grupowych zachorowań (rodzinnych, w zakładach pracy) na zapalenie górnych dróg oddechowych należy przeprowadzić wywiad dotyczący kontaktów z chorymi osobami, które przyjechały z terenów utrzymującej się epidemii (specjalna lista ECDC) lub z tymi, które miały kontakt z przypadkami rozpoznanymi w Polsce podejrzanymi lub potwierdzonymi. W przypadku niezgłaszania tych kontaktów, podlegają one zgłoszeniu w normalnym trybie. Przypadkiem odrzuconym jest osoba, która nie zachorowała w ciągu 7 dni.

DOTACJE NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

NA ORGANIZACJĘ DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY

Przedstawiamy wszystkim zainteresowanym organizowaniem szkoleń dla lekarzy nowe możliwości dofinansowania ich, tym razem przez Naczelną Izbę Lekarską. Podstawą ubiegania się o dofinansowanie jest uzyskanie pozytywnej opinii Okręgowej Izby Lekarskiej, która każdorazowo musi w takich sytuacjach występować jako organizator szkolenia.

Jak uzyskać dotację Naczelnej Izby Lekarskiej na organizację doskonalenia zawodowego, prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską?

Na podstawie Uchwały nr 15/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z 19 września 2008 r. w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej okręgowe izby lekarskie, prowadzące doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów, mogą uzyskać dotację na organizację zdarzeń edukacyjnych w ramach tego szkolenia. Formy zdarzeń edukacyjnych objęte dotacją są określone w załączniku nr 2 do uchwały. Wysokość dotacji określa się na podstawie Uchwały nr 51/09/P-V Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 24 kwietnia 2009 r. oraz dodatkowo, każdorazowo w trybie odrębnej uchwały Prezydium NRL w sprawie przyznania lub odmowy przyznania dotacji.

Podstawowym warunkiem uzyskania dotacji jest uzyskanie akredytacji Naczelnej Rady Lekarskiej, czyli zgodnie z brzmieniem rozporządzenia ministra zdrowia z 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów uzyskanie potwierdzenia spełnienia warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego, o których mowa w art. 19 ust. 2 ustawy (o zawodach lekarza i lekarza dentysty) oraz wpisu do rejestru prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską. Informacje dotyczące tej procedury są dostępne oddzielnie. Potwierdzeniem spełnienia tego wymagania jest zaświadczenie o wpisie do rejestru (załącznik nr 2 do rozporządzenia).

Po uzyskaniu wpisu do rejestru i opracowaniu dokładnego programu oraz kosztorysu szkoleń można złożyć wniosek o dotację. Dane, które powinny znaleźć się we wniosku o dotację zostały określone w załączniku nr 1 do Uchwały nr 15/08/V NRL. Tryb postępowania w sprawie wniosków oraz szczegółowe zasady zostały określone w Uchwale Nr 52/09/P-V Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 24 kwietnia 2009 r. w sprawie określenia trybu działania Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej.

Zgodnie z Uchwałą nr 51/09/P-V Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 24 kwietnia 2009 r. w sprawie dotacji przeznaczonej na organizację doskonalenia zawodowego prowadzonego przez okręgowe izby lekarskie w 2009 r. dotacja może stanowić do 50% kosztów szkolenia poniesionych przez OIL i może obejmować koszty wymienione w pkt 15 i 16 wniosku oraz z pkt 17 koszty promocji szkole-

nia oraz koszty materiałów szkoleniowych. Maksymalną wysokość dotacji, jaka może zostać przyznana danej Okręgowej Izbie Lekarskiej na organizację doskonalenia zawodowego prowadzonego przez tę Izbę w jednej turze, ustala się na podstawie § 3 załącznika nr 1 do ww. uchwały. W przypadku zdarzeń edukacyjnych, organizowanych we współpracy z innymi podmiotami, we wniosku należy podać informacje dotyczące kosztów ponoszonych przez OIL oraz informację o podziale kosztów między OIL i współpracujące podmioty.

Wyjaśnienia do poszczególnych punktów tego wniosku są dostępne w poniższej instrukcji. Wniosek należy przesłać do Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL, ul. Konduktorska 4, 02-775 Warszawa. Wnioski są przyjmowane w dowolnym terminie, ale ich opiniowanie przez Radę ODZ i przyznawanie dotacji przez PNRL odbywa się dwa razy w roku, w czerwcu i w grudniu.

Wniosek powinien dotyczyć zdarzeń edukacyjnych, które odbędą się w okresie do 12 miesięcy od jego rozpatrzenia, czyli jeżeli wniosek został złożony od początku grudnia do końca maja, powinien dotyczyć zdarzeń odbywających się od początku lipca do końca czerwca, a w przypadku wniosków złożonych od początku czerwca do końca listopada, zdarzeń odbywających się od początku do końca następnego roku. Do wniosku wnioskodawca zobowiązany jest dołączyć uchwałę Prezydium OIL, upoważniającą Przewodniczącą Rady do złożenia wniosku oraz zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów, prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie obejmującym szkolenie, którego dotyczy wniosek.

Instrukcja wypełniania wniosków o dotację Naczelnej Izby Lekarskiej na doskonalenie zawodowe organizowane przez okręgowe izby lekarskie

Wniosek należy wypełnić czytelnie (wydruk komputerowy, maszynopis lub w wyjątkowych przypadkach ręczne czytelne pismo). Do wersji na papierze należy dołączyć jednoznacznie opisany dysk CD, zawierający nadesłane dokumenty w wersji elektronicznej lub przesłać je do ODZ pocztą elektroniczną. Wszystkie pozycje formularza wniosku muszą być wypełnione. W przypadku, gdy dana pozycja nie dotyczy danego zdarzenia edukacyjnego piszemy „nie dotyczy”. Wniosek powinien dotyczyć tylko jednego zdarzenia edukacyjnego. Jako jedno zdarzenie edukacyjne rozumiane jest szkolenie, trwające od 1 do 5 dni z najwyżej jedną przerwą nie dłuższą niż miesiąc. Szkolenie trwające 1 dzień nie powinno być krótsze niż 3 godziny (zegarowe). W przypadku zdarzeń określonych jako „platforma edukacyjna” albo „program edukacyjny oparty o zadania testowe” (pkt 5 wniosku) jako jedno zdarzenie rozumiane jest przygotowanie i udostępnienie kompletnego szkolenia, niezależnie od przewidywanego okresu jego dostępności.

Wyjaśnienia do poszczególnych punktów zawartych we wniosku są podane w tabeli obok.

Kształcenie w formie „internetowej platformy edukacyjnej” albo „programu edukacyjnego opartego o zadania testowe” będzie dotowane przez NIL

Wniosek o przyznanie dotacji Naczelnej Izby Lekarskiej (załącznik nr 1 do uchwały NRL)

1.	Organizator kształcenia	Jeżeli zdarzenie edukacyjne jest organizowane przez OIL we współpracy z innymi jednostkami, należy podać nazwę wydziału, instytutu, katedry, zakładu bądź innego podmiotu organizującego kształcenie oraz dane osób odpowiedzialnych za stronę merytoryczną w tych podmiotach.
2.	Okręgowa Izba Lekarska (nazwa, adres siedziby)	Nazwa oraz adres siedziby.
3.	Kod OIL	Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyków. Załącznik nr 4.
4.	Temat kształcenia	Temat/tytuł (jak w rejestrze i w programie).
5.	Forma kształcenia*	Konferencja/kongres/kurs/platforma edukacyjna/program edukacyjny/symposium/szkolenie/wykład/zjazd/posiedzenie kolegium specjalistów/posiedzenie towarzystwa naukowego.
6.	Planowany termin szkolenia	Szkolenie powinno odbyć się w okresie 12 mies. od rozpatrzenia wniosku o dotację.
7.	Liczba godzin szkolenia	Godziny zegarowe, zasadniczo maksymalnie 6 godz. dziennie.
8.	Nr ewidencyjny zdarzenia edukacyjnego	Numer w Rejestrze Podmiotów Prowadzących Kształcenie Podyplomowe.
9.	Kierownik szkolenia	
9.	Nazwisko i imię	
9.	Stopień naukowy	
10.	Warunki prowadzenia kształcenia podyplomowego spełnione na podstawie uchwały nr	Numer i data uchwały Okręgowej albo Naczelnej Rady Lekarskiej o wpisie do rejestru (po uprzednim potwierdzeniu spełnienia przez organizatora kształcenia warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego).
11.	Posiadana baza własna do realizacji programu kształcenia	
12.	Liczba uczestników	Przewidywana maksymalna liczba uczestników.
13.	Liczba osób prowadzących szkolenie	
14.	Stawka godzinowa wynagrodzenia	Za godz. wykładową (45 min), proszę podać wszystkie stawki (np. zależnie od kwalifikacji wykładowcy).
15.	Koszty wynagrodzenia prowadzących szkolenie	
16.	Koszt wynajęcia sali	
17.	Pozostałe koszty organizacyjne	Koszty promocji szkolenia (ogłoszenia, broszury informacyjne, utworzenie strony internetowej i jej utrzymanie), koszty materiałów szkoleniowych dla uczestników (notesy, długopisy, kalendarze, płyty CD, przygotowanie sprawdzianu końcowego itp.), koszty cateringu, dojazdu uczestników, koszty noclegu itp.
18.	Koszty całkowite	Jeżeli zdarzenie edukacyjne jest organizowane we współpracy z podmiotami wymienionymi w pkt 1, w pkt 12–18 proszę podać tylko OIL plus koszty ponoszone przez podmioty wymienione w pkt 1 wniosku). Wszystkie koszty powinny być podane jako koszt brutto.
19.	Planowana dotacja NIL	Wnioskowana dotacja nie może przekraczać 50% kosztów ponoszonych przez OIL.
20.	Planowane wpłaty uczestników	
21.	Planowane inne przychody (sponsor)	Wpłaty pochodzące od sponsorów i środki organizatorów kształcenia. Proszę oddzielnie podać wysokość finansowania zdarzenia edukacyjnego ze środków własnych OIL oraz środków podmiotów wymienionych w pkt 1.
22.	Planowane przychody (razem)	W pkt 19–22 proszę podać wszystkie przychody dotyczące zdarzenia edukacyjnego.
23.	Podstawa złożenia wniosku (uchwała ORL)	Wystąpienie z wnioskiem o przyznanie dotacji Naczelnej Izby Lekarskiej powinno mieć formę uchwały ORL, którą należy dołączyć do wniosku.
24.	Data złożenia wniosku o dotację	Data wypełnienia wniosku.
25.	Nazwisko i imię osoby składającej wniosek	Osoba, która wysłała wniosek i z którą należy kontaktować się w sprawach związanych z wnioskiem (prosimy o podanie numerów telefonów, adresu poczty elektronicznej, faksu).
26.	Podpis osoby składającej wniosek	
27.	Data wpływu wniosku do NIL	Do użytku ODZ NIL.
28.	Opinia rady ośrodka kształcenia o przyznanie dotacji	Do użytku ODZ NIL.
29.	Decyzja o przyznaniu dotacji (nr uchwały PNRL)	Do użytku ODZ NIL.
30.	Data uchwały PNRL o przyznaniu dotacji	Do użytku ODZ NIL.

XIX ŻEGLARSKIE MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY

CEL:

aktywizacja lekarskiego środowiska żeglarskiego.

ORGANIZATOR:

Komisja Kultury i Sportu Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie, reprezentowana przez lek. Bogdana Kulę.

TERMIN:

3 (czwartek) – 6 (niedziela) września 2009 r.

MIJESCE:

Giżycko, Międzynarodowe Centrum Żeglarstwa i Turystyki Wodnej „ALMATUR” Sp. z o.o., ul. Mońszki 21, tel. 087 428 59 71 (jezioro Kisajno).

ZGŁOSZENIA:

startują załogi 4-osobowe (w tym 2 lekarzy). Sternik jachtu winien posiadać stopień żeglarski. Zgłoszenia osobiste, telefoniczne lub faxem do 15 sierpnia br. proszę składać w Biurze Izby Lekarskiej. Koszt udziału wynosi 500 zł od załogi, płatne do 15 sierpnia na konto OIL.

PROGRAM MISTRZOSTW:

regaty rozegrane zostaną systemem przesiadkowym. Start do pierwszego wyścigu – 4 września o godz. 10.00, a następnie do kolejnych wyścigów. Zakończenie 6 września o godz. 14.00.

INFORMACJE DODATKOWE:

załogi śpią na jachtach – proszę zabrać koce i śpiwory. Załogi startują na własną odpowiedzialność. Sternicy ponoszą pełną odpowiedzialność za sprzęt i załogi. Organizator ubezpieczy jachty i załogi od następstw wypadków. Możliwa jest rezerwacja noclegów na koszt uczestników. Instrukcję Żeglugi przedstawi Sędzia Główny na molo o godz. 9.00, podczas uroczystego otwarcia Mistrzostw.



Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska
ul. Żołnierska 16 C, 10-561 Olsztyn, tel. 089 539 19 29, fax. 089 534 44 83)
Konto: 61 1140 1111 0000 3048 4600 1001

w trybie § 9 załącznika nr 1 do Uchwały nr 52/09/P-V z 24 kwietnia 2009 r.

Po podjęciu uchwały, o której mowa w pkt 29 załącznika nr 1 do Uchwały nr 15/08/V NRL z 19 września 2008 r. wnioskodawca zostanie niezwłocznie powiadomiony o decyzji PNRL. W przypadku podjęcia decyzji o przyznaniu dotacji w uchwale zostanie określona jej maksymalna wysokość jako suma i procent kosztów. Przekazana po rozliczeniu dotacja nie będzie mogła być większa od kwoty określonej w Uchwale nr 51/09/P-V PNRL z 24 kwietnia 2009 r., ale może być mniejsza jeżeli poniesione przez organizatora koszty będą niższe i ich część finansowana w formie dotacji NIL wyniesie mniej niż przyznana dotacja (udział procentowy dotacji w rozliczonym całkowitym koszcie szkolenia będzie zawsze taki sam, jak we wniosku).

W przypadku podjęcia decyzji o nieprzyznaniu dotacji PNRL lub Rada ODZ może wskazać wnioskodawcy, jakie punkty wniosku wymagałyby uzupełnienia lub zmiany, jeżeli wniosek będzie składany ponownie.

Po przeprowadzeniu szkolenia lub udostępnieniu szkoleń w formie „platformy edukacyjnej” albo „programu edukacyjnego opartego o zadania testowe” wnioskodawca powinien w terminie czterech tygodni przestać do ODZ rozliczenie dotacji NIL zgodnie z załącznikiem nr 2 do Uchwały nr 15/08/V NRL.

Po otrzymaniu rozliczenia ODZ sprawdza jego poprawność i jeżeli jest to potrzebne zwraca się do wnioskodawcy z prośbą o wyjaśnienia, po czym niezwłocznie przedstawia rozliczenie PNRL, które podejmuje decyzję (uchwałę) o rozliczeniu dotacji. Na tej podstawie następuje przekazanie przyznanej dotacji.

Redakcja

NASZ CZŁOWIEK W UNII EUROPEJSKIEJ

Andrzej Ryś (ur. 16 kwietnia 1960 r. w Limanowej), polski polityk, lekarz, dyrektor w Komisji Europejskiej od 2006. Jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Krakowie. W latach 1990–1997 sprawował funkcję dyrektora Szkoły Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Od 1997 do 1999 r. był dyrektorem Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa. Od 24 czerwca 1999 do 22 października 2002 r. był wiceministrem zdrowia w rządzie Jerzego Buzka. Zajmował się współpracą międzynarodową i integracją Polski z Unią Europejską. Był członkiem Zespołu Negocjacyjnego pod przewodnictwem Jana Kulakowskiego, odpowiedzialnym za przystosowanie polskiego prawa do przepisów unijnych. Od 2005 do 2006 r. był dyrektorem zarządzającym Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia. 29 marca 2006 r. został mianowany na stanowisko jednego z dyrektorów w departamencie Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Ochrony Konsumentów w Komisji Europejskiej, odpowiadał za sprawy zdrowia publicznego. Jest również konsultantem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), a także Banku Światowego oraz członkiem Rady Wszechnicy Uniwersytetu Jagiellońskiego.

24 marca 2009 r. odbyło się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej spotkanie z dr. Andrzejem Rysiem, dyrektorem ds. zdrowia publicznego w Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Ochrony Konsumentów Komisji Europejskiej. Omawiano wiele tematów dotyczących zawodów lekarza i lekarza dentystry, regulowanych opracowaniami unijnymi, m.in.: czas pracy lekarzy, transgraniczną dostępność do opieki medycznej, przepisy o amalgamacie, wybielaniu.

Na pamiątkę spotkania dr Ryś od naszej Izby otrzymał album *ARS VITAE* i medal wybitny z okazji otwarcia Wydziału Lekarskiego na UWM.

Anna Lella



NFZ – ZAŁOŻENIA KONTRAKTOWANIA 2010

W siedzibie naszej Izby 20 maja odbyła się prezentacja, przygotowana przez Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie Andrzeja Zakrzewskiego, który w towarzystwie swoich współpracowników przedstawił główne założenia, przyświecające oddziałowi NFZ w konstruowaniu planu zakupu świadczeń na rok 2010. W skrócie przedstawia się on następująco.

Głównym założeniem planu było ustalenie zapotrzebowania na poszczególne rodzaje świadczeń z uwzględnieniem możliwości ich realizacji przez konkretnych wykonawców w określonym terenie, mając na uwadze sytuację demograficzną, epidemiologiczną zarówno obecną, jak i przyszłą. W swoich opracowaniach NFZ korzystał z powszechnie dostępnych danych statystycznych, danych zawartych w swoich systemach informatycznych, rejestru izby lekarskiej i Centrum Zdrowia Publicznego. W planach w stosunku do poszczególnych rodzajów świadczeń starano się określać, gdzie powinny być zlokalizowane ośrodki wiodące, a gdzie i w jakiej liczbie powinny być dostępne dla pacjentów ośrodki niższego

przy wskaźniki 217 dla Polski. Liczba ubezpieczonych 3,75% populacji jest zbliżona do liczby zamieszkujących nasze województwo. Nakłady na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na jednego mieszkańca lokują nasze województwo na przedostatniej pozycji w kraju i są o ok. 400 zł mniejsze od najlepszego. Cena punktu w szpitalach jest jednakowa dla całego kraju, tj. 51 zł. Średnio hospitalizuje się w Polsce 1700 mężczyzn na 10 tys. ludności i odpowiednio 2000 kobiet. W naszym województwie jest o 400 hospitalizacji mniej zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Przyczyny hospitalizacji są takie same jak w całej Polsce. Dane te zarówno co do częstotliwości hospitalizacji, jak i ich przyczyn są zbliżone do średniej w Europie. Obłożenie łóżek szpitalnych to aktualnie 62,4% z założeniem wzrostu tego obłożenia do 77,05% w 2010 r. Aktualnie więc na terenie województwa nie potrzeba więcej łóżek szpitalnych. W założeniach nie ma zatem tworzenia nowych jednostek czy likwidacji – należałoby się jednak zastanowić nad zmianą charakteru niektórych z nich z „ostrych” na „przewlekłe”. W zamierzeniu NFZ na terenie Olsztyna powinno dojść m.in. do



szczebla referencyjnego, zakładając, iż odległość pacjenta od ośrodka odgrywa decydującą rolę w ich dostępności. Z analizy demograficznej wynika, że nasze województwo jest jednym z największych w Polsce obszarowo, a zarazem mniej zaludnionym. Jest województwem stosunkowo młodym, ale w perspektywie najbliższych 20 lat można spodziewać się znacznego przyrostu odsetka ludzi w wieku podeszłym. Sytuacja zdrowotna ludności jest porównywalna do średniej ogólnopolskiej, aczkolwiek różna w różnych powiatach.

W stosunku do dostępnej bazy świadczeniodawców jest ona zróżnicowana w zależności od regionu. Jest wystarczająca, a w niektórych dziedzinach nawet za duża, np. w Olsztynie czy Elblągu, i maleje z reguły w miarę wzrostu odległości od nich. Liczba lekarzy świadczących usługi dla NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców jest zbliżona do średniej ogólnopolskiej. Średnia cena za usługę jest o ok. 6% niższa od średniej. Nieco gorzej jest z liczbą lekarzy zatrudnionych w szpitalach – jest ich 196/10 tys. ludności

przekształcenia niektórych oddziałów z całodobowych na oddziały jednego dnia: dotyczy to np. dwóch oddziałów laryngologicznych, przekształcenia jednego oddziału chorób wewnętrznych na oddział onkologiczny, rozwoju kardiologii inwazyjnej i kardiochirurgii itd. W terenie NFZ rozważa korzyści z łączenia niektórych usług w ramach porozumienia międzypowiatowego, np. Ostródy, Działdowa i Nidzicy, powstania oddziału chirurgii dziecięcej i gastroenterologii we wschodniej części województwa, a chorób płuc w zachodniej. Pod znakiem zapytania jest także funkcjonowanie OJOM tam, gdzie jest mniej niż cztery łóżka lub za mało wykwalifikowanego personelu. Dla zapewnienia wszystkich świadczeń w lecznictwie zamkniętym potrzeba aktualnie 167 mln zł, a na wszystkie świadczenia (nie licząc POZ – którego finansowanie określone jest centralnie) potrzeba 267 mln zł.

W lecznictwie specjalistycznym ambulatoryjnym założeniem NFZ jest, aby w każdym powiecie dostępnych było przynajmniej 12 poradni specjalistycznych (aler-

KOMUNIKAT

OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ W OLSZTYNIE

gologia, chirurgia, dermatologia, diabetologia, kardiologia, gruźlica, neurologia, okulistyka, ortopedia, otolaryngologia, położnictwo z ginekologią i reumatologią) + dodatkowo poradnia medycyny sportowej i preluksacyjna. Pozostałe poradnie powinny być zlokalizowane na poziomie ponadpowiatowym. Aktualnie zakontraktowano usługi u 357 świadczeniodawców, co daje 138 lekarzy na 100 tys. mieszkańców przy średniej krajowej 138 na 100 tys., udzielają oni porad dla 710 tys. osób rocznie. Największym problemem są braki poszczególnych specjalistów w niektórych powiatach, przy ich nadmiarze w innych. Stąd działania NFZ będą polegały m.in. na zachęcaniu niektórych z nich do przenoszenia swoich praktyk w miejsca, gdzie ich brakuje. Kontraktując poszczególne rodzaje świadczeń specjalistycznych na określonym terenie, fundusz określa na wstępie zapotrzebowanie na określone świadczenie w punktach w odniesieniu do średniej dla danej populacji oraz uwzględnia możliwości ich realizacji – tzn. czy jest wystarczająca liczba świadczeniodawców do realizacji danego świadczenia.

W zakresie POZ celem NFZ jest zwiększenie liczby udzielanych porad profilaktycznych, a także przejęcie na siebie większych obowiązków w zakresie leczenia pacjentów z cukrzycą i chorobami układu krążenia poprzez zwiększenie finansowania tej grupy pacjentów, co ma skutkować mniejszym ich odpływem do poradni specjalistycznych. Zarówno w POZ, jak i w specjalistyce w ostatnich latach nastąpił wzrost finansowania świadczeń odpowiednio o 25,87% i 39%, co jest zjawiskiem pozytywnym dla zatrzymania kadry specjalistów i zapewnienia odpowiedniej dostępności do świadczeń.

W zakresie opieki stomatologicznej celem funduszu jest rozproszenie kadry w miejsca, gdzie brakuje opieki stomatologicznej oraz zróżnicowanie wartości punktów. W ostatnich czterech latach finansowanie w opiece stomatologicznej wzrosło o 51% przy spadku liczby świadczeń o 10%, stąd kolejne przyrosty finansowania świadczeń NFZ planuje przeznaczyć na zwiększenie liczby świadczeń, nie zaś na podwyższenie ich wartości.

W rehabilitacji NFZ zamierza poprawić dostępność do rehabilitacji w przypadku schorzeń ostrych, kosztem schorzeń przewlekłych. Analizując odsetek osób niepełnosprawnych, zastanawia, iż w jednym z najmłodszych województw w Polsce ten odsetek jest najwyższy, jest on również najwyższy w Europie. Finansowanie rehabilitacji w ciągu ostatnich czterech lat wzrosło o 62% przy wzroście usług o 9%, stąd podobnie jak w stomatologii przyrost środków będzie wykorzystany do wzrostu liczby świadczeń.

W zakresie położnictwa i ginekologii szanse rozwoju mają ośrodki, w których zlokalizowane jest położnictwo i liczba porodów rocznie przekracza 500. W ramach dyskusji zwrócono uwagę na problemy z opieką nad matką i dzieckiem z ciążą patologiczną z powodu z jednej strony trudności w umieszczeniu ich w ośrodku referencyjnym z permanentnego braku miejsc i niedostatecznego finansowania przez NFZ opieki nad tymi pacjentami w ośrodkach niereferencyjnych w przypadku takiej konieczności z drugiej.

W odniesieniu do psychiatrii działania funduszu nakierowane będą na rozwój psychiatrii dziennej i środowiskowej oraz zwiększenie poziomu wartości świadczenia, ponieważ aktualnie jest ona na czwartym miejscu od końca w skali kraju.

W krótkiej dyskusji po wystąpieniu Dyrektora Zakrzewskiego zwrócono uwagę na ewentualne rozszerzenie przedziałów wiekowych w profilaktyce kardiologicznej i profilaktyce raka szyjki macicy, rozważanie przez NFZ w kontraktowaniach na lata przyszłe realizacji kształcenia ustawicznego przez lekarzy jako istotnego elementu przy wyborze ofert.

Na zakończenie Dyrektor Zakrzewski podkreślił, iż przedstawiony materiał jest aktualnie na etapie konsultacji z partnerami społecznymi i samorządowymi i po jego zatwierdzeniu będzie dostępny dla wszystkich na stronie internetowej Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zbigniew Gugnowski

Okręgowa Izba Aptekarska w Olsztynie informuje o powtarzających się przypadkach naruszania przez lekarzy wystawiających recepty przepisów rozporządzenia ministra zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lecarskich (DzU nr 97, poz. 646 z późn. zm.). Naruszenia te polegają głównie na błędnym lub niedokładnym wystawianiu recept, wskutek czego konsekwencje finansowe w postaci potrąceń kwot z refundacji NFZ ponoszą właściciele aptek. Ponadto pacjenci, zaopatrzeni w nieprawidłowo wystawione recepty, zmuszeni są niejednokrotnie do powrotu do gabinetu lekarskiego w celu ich poprawienia. Według naszego rozeznania, na podstawie informacji uzyskanych od właścicieli aptek oraz zatrudnionych w nich farmaceutów, najczęściej występujące uchybienia w tym zakresie to:

- **w odniesieniu do danych świadczeniodawcy** – niedbałe umieszczone, nieczytelne pieczętki zawierające dane świadczeniodawcy. Najczęściej nieczytelny jest REGON, co uniemożliwia realizację recepty. Numer REGON określający świadczeniodawcę musi być wpisany do systemu komputerowego apteki, ponieważ jest przesyłany w formie elektronicznej do oddziału NFZ razem z zestawieniem refundacyjnym, które sporządza apteka. Recepty bez prawidłowego numeru REGON nie będą zrefundowane;
- **w odniesieniu do danych pacjenta** – nieczytelne dane pacjenta na receptach wystawionych ręcznie, brak kodu pocztowego w adresie zamieszkania pacjenta (uwaga: wg interpretacji NFZ elementy adresu określa ustawa z 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych – DzU 2006 nr 139, poz. 993 z późn. zm.), nazwa miejscowości zamieszkania pacjenta zapisana skrótowo, np. W-wa (zam. Warszawa), Ol-n (zam. Olsztyn), nazwa ulicy w adresie pacjenta zapisana skrótowo, np. Wl-wa IV (zam. Władysława IV), brak numeru domu/mieszkania, niewpisywanie wieku pacjenta – dziecka do 18. roku życia;
- **w odniesieniu do PESEL-u pacjenta** – napisany nieczytelnie, często błędnie lub wpisany w miejscu przeznaczonym dla świadczeniodawcy, wpisany innym charakterem pisma lub innym długopisem – taka recepta zostaje odrzucona z refundacji, ponieważ kontrolerzy NFZ uważają, że PESEL dopisał farmaceuta, do czego rozporządzenie w sprawie recept lecarskich go nie upoważnia. PESEL pacjenta jest wprowadzany do systemu komputerowego apteki i przesyłany w formie elektronicznej do oddziału NFZ razem z zestawieniem refundacyjnym. Recepta bez prawidłowo wpisanego numeru PESEL nie będzie refundowana;
- **w odniesieniu do wystawiającego receptę** – pieczętka lekarza częściowo nieczytelna (częściowo czytelne nazwisko czy numer prawa wykonywania zawodu), pieczętka lekarza postawiona na kodzie kreskowym dotyczącym numeru recepty powoduje, iż cyfry numeru prawa wykonywania zawodu są nieczytelne, brak jednej lub kilku cyfr numeru wykonywania zawodu lekarza uniemożliwia realizację recepty.

Przedstawiając powyższy problem, Okręgowa Rada Aptekarska w Olsztynie zwraca się z uprzejmą prośbą o eliminowanie, a przynajmniej zminimalizowanie opisanych uchybień przy wystawianiu recept, w dobrze pojętym interesie wszystkich zainteresowanych stron, tj. pacjentów, lekarzy i farmaceutów.

mgr farm. Ewa Więckowska
Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Olsztynie

KONTROLE NFZ

KOMUNIKAT WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W OLSZTYNIE

Analiza wyników kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za rok 2008, w tym umów ze świadczeniodawcami, dla których organem założycielskim jest Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawie-
dliwości oraz minister właściwy ds. wewnętrznych.

Lp.	Rodzaj kontrolowanych świadczeń	Liczba prze- prowadzonych kontroli	W tym kontrole Wydziału ds. Służb Mundurowych
1.	Podstawowa opieka zdrowotna	55	2
2.	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	74	4
3.	Leczenie szpitalne	68	3
4.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	4	1
5.	Rehabilitacja lecznicza	7	1
6.	Opieka długoterminowa	5	–
7.	Leczenie stomatologiczne	10	–
8.	Leczenie uzdrowskowe	0	–
9.	Pomoc doraźna i transport sanitarny	12	–
10.	Programy profilaktyczne i promocja zdrowia	2	–
11.	Świadczenia odrębnie kontraktowane	0	–
12.	Zaopatrzenie w środki ortopedyczne i artykuły pomocnicze	2	1
13.	Ordynacje lekarskie	16	3

Do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości w poszczególnych rodzajach świadczeń należały uchybienia wymienione w poniższej tabeli.

Rodzaj świadczeń	Nieprawidłowości stwierdzone w toku kontroli
Leczenie szpitalne	Nieprawidłowe kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej do określonych procedur katalogu świadczeń szpitalnych i/lub grup JGP.
	Przedstawianie procedur do rozliczenia niezgodne z opisem zawartym w katalogu świadczeń szpitalnych.
	Liczba łóżek szpitalnych niedostosowana do powierzchni pokoi.
	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel medyczny niezgłoszony do NFZ.
	Niedostosowanie pomieszczeń udzielania świadczeń do wymogów określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia (dot. oddziału intensywnej terapii, oddziału chorób wewnętrznych z pododdziałem intensywnej opieki kardiologicznej).

Leczenie szpitalne	Brak dokumentacji potwierdzającej dopuszczenie do użytku sprzętu i aparatury medycznej. Brak aktualnych przeglądów technicznych.
	Prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodne z obowiązującymi przepisami.
	Prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej niezgodne z obowiązującymi przepisami. Brak podziału na kategorie medyczne <i>pilny / stabilny</i> .
	Brak bieżącej aktualizacji wykazu osób udzielających świadczeń zdrowotnych.
Podstawowa opieka zdrowotna	Rozbieżności między danymi przekazywanymi w sprawozdaniach do NFZ, a wynikającymi z list oczekujących (dot. liczby oczekujących i czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej).
	Prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej niezgodne z obowiązującymi przepisami.
	Niekompletne wyposażenie: zestawów przeciwwstrząsowych, neseserów pielęgniarki i położnej POZ.
	Wykonywanie wizyt patronażowych u położnic i noworodków niezgodne z wymogami rozporządzenia ministra zdrowia.
	Nieudzielanie świadczeń w miejscu i czasie zgodnym z zawartą umową, bez powiadomienia NFZ.
	Brak kompletnych informacji dla świadczeniobiorców określonych wymogami ogólnych warunków umów.
	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel nieposiadający wymaganych kwalifikacji, w tym w ramach nocnej świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ.
	Wyposażenie ambulatorium nocnej świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej niezgodne z wymogami.
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Niekompletne dane na deklaracjach wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ.
	Nieprawidłowe – jednoczasowe udzielanie świadczeń w ramach ambulatoryjnej i wyjazdowej nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ i innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców.
	Oznakowanie na zewnątrz budynku niezgodne ze wzorem ustalonym przez Prezesa NFZ.
	Prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodne z obowiązującymi przepisami.
	Niepełne informacje dla świadczeniobiorców na tablicy informacyjnej.
	Prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej niezgodne z obowiązującymi przepisami.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Rozbieżności między danymi przekazywanymi w sprawozdaniach do NFZ, a wynikającymi z list oczekujących (dot. liczby oczekujących i czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej).
	Nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej do określonych typów porad
	Utrudniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych – bariery architektoniczne.
	Warunki lokalowe niezgodne z wymogami.
	Niekompletne wyposażenie poradni w sprzęt i aparaturę medyczną.
	Brak dokumentacji potwierdzającej aktualne przeglądy techniczne sprzętu i aparatury medycznej.
	Brak bieżącej aktualizacji wykazu personelu medycznego realizującego świadczenia zdrowotne.
	Prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodne z obowiązującymi przepisami.
	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel medyczny niezgłoszony do NFZ.
	Liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego i hospicjum domowego niezgodna z wymogami i umową z NFZ.
	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel medyczny nieposiadający wymaganych kwalifikacji.
	Pomieszczenia udzielania świadczeń niedostosowane do wymogów.
Opieka długoterminowa	Prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodne z obowiązującymi przepisami.
	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel medyczny niezgłoszony do NFZ.
	Liczba personelu medycznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego i hospicjum domowego niezgodna z wymogami i umową.
	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel medyczny nieposiadający wymaganych kwalifikacji.
Rehabilitacja lecznicza	Rozbieżności między danymi przekazywanymi w sprawozdaniach do NFZ a wynikającymi z list oczekujących (dot. liczby oczekujących i czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej).
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Udzielanie świadczeń zdrowotnych niezgodne z zapisami umowy.
	Nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej do określonych procedur.
	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel medyczny nieposiadający wymaganych kwalifikacji.
	Przekroczenie dopuszczalnych norm dotyczących liczby łóżek w pokojach szpitalnych.
	Prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodne z obowiązującymi przepisami.
Pomoc doraźna i transport sanitarny	Braki w zakresie wymaganego przepisami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w kontrolowanych zespołach ratownictwa medycznego: specjalistycznych i podstawowych.

Pomoc doraźna i transport sanitarny	Brak dokumentacji potwierdzającej aktualne przeglądy techniczne sprzętu i aparatury medycznej.
	Brak wymaganego przepisami prawa zestawu leków i materiałów medycznych w zespołach podstawowych.
	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel medyczny niezgłoszony do NFZ.
	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel medyczny nieposiadający wymaganych kwalifikacji – podstawowe zespoły ratownictwa medycznego – felczer, sanitariusz.
	Nieprawidłowa – jednoczasowa realizacja świadczeń innego rodzaju przez personel zespołów ratownictwa medycznego, przy użyciu karetki systemu.
	Brak zgody lekarza koordynatora na wykonywanie transportów zleconych przez lekarzy POZ oraz świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju leczenia szpitalnego, zespołami systemu, w tym poza rejon operacyjny.
	Przyjmowanie i dokumentowanie wezwań przez dyspozytorów medycznych pogotowia ratunkowego bez przestrzegania wymaganych procedur.
Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi	Prowadzenie rejestru świadczeń niezgodne z rozporządzeniem ministra zdrowia z 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.
Ordynacja lekarska	Prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodne z obowiązującymi przepisami.
	Brak dokumentacji medycznej potwierdzającej ordynowanie leków.
	Wystawianie recept na leki refundowane niezgodne z obowiązującymi przepisami.
	Ordynowanie leków osobom nieposiadającym wymaganych uprawnień.

W wyniku kontroli przeprowadzonych w 2008 r.:

- zakwestionowano świadczenia zdrowotne na kwotę 365 762,63 zł (w tym u świadczeniodawców mundurowych – 30 561,16 zł),
- nałożono kary umowne w wysokości 320 686,90 zł (w tym u świadczeniodawców mundurowych – 50 703,43 zł),
- zakwestionowano refundacje cen leków na kwotę 74 707,23 zł.



Łącznie zakwestionowano świadczenia zdrowotne, refundacje cen leków oraz nałożono kary umowne w kwocie 761 156,76 zł (w tym u świadczeniodawców mundurowych – 87 253,19 zł), z czego na 31 grudnia 2008 r. wyegzekwowano kwotę w wysokości 657 828,29 zł (u świadczeniodawców mundurowych wyegzekwowano 75 914,42 zł), w tym:

- 337 531,68 zł z tytułu zakwestionowanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- 293 866,99 zł z tytułu nałożonych kar umownych,
- 26 429,62 zł z tytułu zakwestionowanych refundacji cen leków.

Różnica między wartością zakwestionowanych świadczeń opieki zdrowotnej i refundacji cen leków a wartością kwot wyegzekwowanych wynika z faktu, iż część zakwestionowanych kwot znajduje się w trakcie windykacji. W jednym przypadku (kontrola ordynacji lekarskich) świadczeniodawca złożył zażalenie do Prezesa NFZ (kwota 42 529,93 zł). Pozostało do rozliczenia 103 328,47 zł.

W wyniku przeprowadzonych kontroli złożono dwa zawiadomienia do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o nieprawidłowościach stwierdzonych w trakcie kontroli. Z jednym Świadczeniodawcą rozwiązano umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej bez wypowiedzenia (AOS).

WNIOSKI

Do najczęściej występujących nieprawidłowości stwierdzanych w toku kontroli należały:

1. Prowadzenie dokumentacji medycznej, potwierdzającej wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej ordynowanych leków refundowanych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami prawa;
2. Kwalifikowanie udzielonych świadczeń zdrowotnych do niewłaściwej procedury katalogu szpitalnego/grupy JGP lub do niewłaściwego typu porady;
3. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej prowadzone niezgodnie z wymogami określonymi w ustawie;
4. Świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny, który nie został zgłoszony do Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i/lub nieposiadający wymaganych kwalifikacji.

DOKUMENTACJA

WYDAWANA PACJENTOWI PRZY WYPISIE ZE SZPITALA

Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie przypomina, że zgodnie z zapisami § 12 ust. 10 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. – DzU 08.484.81), po zakończeniu leczenia szpitalnego (w tym również – po zakończeniu udzielania świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć), świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy:

- kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
- skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej (w tym: skierowania do poradni specjalistycznych, jeżeli zalecona jest wizyta kontrolna – na przykład: zdjęcie szwów po zabiegu operacyjnym – lub dalsze leczenie),
- recepty na zalecone leki/zlecenia na zalecone środki pomocnicze lub wyroby ortopedyczne,
- ewentualne zlecenie na transport (zgodnie z odrębnymi przepisami).

Karta informacyjna leczenia szpitalnego nie jest skierowaniem do poradni specjalistycznej.

Jednocześnie WMOW NFZ pragnie przypomnieć, że zgodnie z treścią § 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy (DzU 05.145.1219), wydanie orzeczenia o czasowej niezdolności do pracy może nastąpić wyłącznie po przeprowadzeniu przez lekarza bezpośredniego badania pacjenta.

Niedopuszczalnym jest odsyłanie rodziny pacjenta bądź samego pacjenta do lekarza rodzinnego z kartą informacyjną leczenia szpitalnego (w tym również po udzieleniu świadczenia w SOR lub izbie przyjęć szpitala) w celu wystawienia druku ZUS ZLA! Lekarz otrzymuje upoważnienie od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy bez względu na miejsce pracy, a zatem nie ma przeszkód, aby takie zaświadczenie wystawił – w razie wskazań medycznych – także dyżurując w ramach izby przyjęć lub SOR.

GRANTY SZKOLENIOWE

Komisja Kształcenia Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie przypomina, że towarzystwa naukowe, które organizują szkolenia mogą ubiegać się o granty w wysokości 2500 zł na dofinansowanie organizowanych szkoleń. Z uwagi na niewykorzystanie budżetu przeznaczonego na ten cel informujemy, że termin składania wniosków o dofinansowanie zostaje przedłużony do końca sierpnia 2009 r. Wnioski powinny dotyczyć szkoleń organizowanych w okresie do grudnia 2009 r.

Kryteria przyznawania środków:

1. Interdyscyplinarny temat szkolenia łączący zainteresowania lekarzy różnych specjalizacji medycznych;
2. Posiadanie kadry dydaktycznej o odpowiednich kwalifikacjach;
3. Adresowanie szkoleń do dużej liczby lekarzy (minimalna liczba uczestników: 60 lekarzy/lekarzy dentystów);
4. Niekomercyjny charakter wykluczający udział sponsorów;
5. Miejscem odbywania szkoleń winna być siedziba Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie (ul. Żołnierska 16C, Sala Konferencyjna im. Jana Rymiana, mieszcząca ok. 150 osób).

JGP W SPECJALISTYCE?

Analogicznie do leczenia szpitalnego NFZ przymierza się do wprowadzenia nowych zasad rozliczeń, udzielanych świadczeń zdrowotnych opartych o tzw. Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP). Poradnie, chcące realizować wspomniane grupy, poza dotychczas obowiązującymi wymaganiami, będą dodatkowo musiały zabezpieczyć obecność lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiadającej zakresowi leczonych schorzeń oraz posiadać gabinet zabiegowy, zgodny określonymi wymaganiami. W projekcie przedstawiony jest również katalog procedur w zależności od poszczególnych układów, narządów czy lokalizacji.

Oto propozycje wymagań wobec gabinetów diagnostyczno-zabiegowych, w których wykonywane będą procedury zabiegowe rozliczane w ramach jednolitych grup procedur zabiegowych (GPZA).

Zabiegi chirurgiczne rozliczane w ramach GPZA w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) przeprowadzane powinny być w wydzielonych pomieszczeniach, zapewniających odpowiednią jakość udzielanych świadczeń, aseptykę i bezpieczeństwo pacjentów.

Gabinet zabiegowo-diagnostyczny, funkcjonujący w ramach przychodni, powinien umożliwiać wykonywanie świadczeń zdrowotnych o charakterze chirurgicznym, niewymagających konieczności przedłużonego pobytu.

Aby osiągnąć powyższe cele, przewiduje się iż, oprócz gabinetu lekarskiego – czyli pomieszczenia przeznaczonego do badania lekarskiego:

1. W poradniach chirurgicznych powinien być urządzony osobny gabinet diagnostyczno-zabiegowy, czyli pomieszczenie służące do wykonywania zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych o powierzchni co najmniej 15m²;
2. Gabinet zabiegowy, w którym wykonuje się znieczulenie ogólne powinien mieć powierzchnię co najmniej 20m²;
3. Ściany powinny być wykonane na całej wysokości z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, a podłoga z materiałów gładkich, zmywalnych, nienasiąkliwych odpornych na stosowanie środków dezynfekcyjnych;
4. Pomieszczenia te należy wyposażać w umywalki z bateriami ciepłej i zim-

nej wody uruchamiane bez kontaktu z dłonią;

5. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy oraz inne pomieszczenia, w których wykonywane są świadczenia zdrowotne przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalek, powinny być wyposażone w zlew co najmniej jednokomorowy, chyba że odrębne przepisy stanowią inaczej, oraz co najmniej powinna być w nich możliwość przygotowania do sterylizacji narzędzi wraz z zabezpieczeniem dostępu do sterylizacji;
6. W poradniach chirurgicznych powinny być urządzone osobne pokoje zabiegowe dla przypadków septycznych i aseptycznych;
7. W przypadku wykonywania zabiegów wymagających wyłącznie znieczulenia dożylnego lub sedacji należy przygotować salę lub stanowisko wybudzeniowe, z możliwością pobytu pacjentów do dwóch godzin;
8. W pomieszczeniu musi znajdować się zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, obejmujący w szczególności: zestaw rurek ustno-gardłowych, zestaw masek twarzowych, worek samorozprężalny, sprzęt niezbędny do kaniulacji żył, płyny infuzyjne oraz niezbędne leki i środki opatrunkowe, aparat do RR i stetoskop;
9. Pomieszczenia, w których mają być wykonywane zabiegi wymagające znieczulenia dożylnego lub sedacji powinny być wyposażone co najmniej w:
 - dodatkowy worek samorozprężalny i zestaw rurek ustno-gardłowych,
 - zestaw do intubacji dotchawiczej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami,
 - sprzęt do dożylnego podawania leków,
 - dodatkowy stetoskop,
 - monitor EKG;
10. W pomieszczeniu, w którym mają być udzielane świadczenia zdrowotne w ramach specjalistycznej praktyki lekarskiej w dziedzinie ginekologii lub urologii albo mają być udzielane świadczenia o charakterze inwazyjnym z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, powinna być wydzielona kabina higieny osobistej – czyli wyodrębnione pomieszczenie wyposażone w bidet, miskę ustępową i umywalkę.

Pozostałe wymagania zgodne z odpowiednimi przepisami.

Zbigniew Gugnowski



KRONIKA

OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

Zbigniew Gugnowski



18 lutego 2009 r.

■ ■ ■ ■ ■ **Posiedzenie ORL.** Obradom przewodniczyła sekretarz ORL dr Anna Lella, która zdała sprawozdanie z działalności Prezydium w okresie od 15 stycznia do 17 lutego 2009 r. Poinformowała m.in. o rozmowach prowadzonych w sprawie wznowienia „Rocznika Medycznego”. Prof. Ireneusz Kowalski zaoferował pomoc w pozyskaniu kandydatów do nowego składu redakcji i podjął starania, aby publikacje w naszym wydawnictwie były wyżej punktowane. W dalszej części kol. A. Lella poinformowała o losach zmiany ustawy o izbach lekarskich. Odbyły się spotkania komisji uzgodnieniowych, uwagi środowiska w dużej mierze będą uwzględnione, jak również inne zapisy wynikające z doświadczenia izb lekarskich. Problem dotyczy zmian w obszarze działania poszczególnych okręgowych izb lekarskich, który ma pokrywać się z podziałem terytorialnym kraju na województwa. Dyskusje społeczne jeszcze nie zostały zakończone.

Ministerstwo Zdrowia przekazało stanowisko w sprawie uwag zgłoszonych przez Prezesa Konstantego Radziwiła do projektu ustawy o izbach lekarskich. Skarbnik kol. Bogdan Kula przedstawił projekt budżetu na rok 2009, uwzględniający zmiany, zgodnie z sugestią Okręgowej Rady Lekarskiej. Nie wniesiono poprawek i uwag.

Okręgowa Rada Lekarska postanowiła przedstawić projekt budżetu na rok 2009 do akceptacji na Okręgowym Zjeździe Lekarzy 21 marca 2009 r.

Na prośbę Wojewody Warmińsko-Mazurskiego o przedstawienie kan-



Dr Jadwiga Świszcz-Gniadek odbiera Odznaczenie „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur”

dydatury lekarza stomatologa na objęcie funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortodoncji dla województwa warmińsko-mazurskiego ORL po wysłuchaniu rekomendowanej przez Prezydium ORL dr Katarzyny M. Miśków, postanowiła udzielić stosownej rekomendacji.

Na wniosek skarbnika kol. Bogdana Kuli ORL podjęła decyzję w sprawach dotyczących lekarzy ubiegających się o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej, na podstawie Uchwały nr 8/08/V NRL z 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.



Posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej 20 maja 2009 r.



Wykład z transplantologii w Izbie Lekarskiej w Olsztynie

ORL zaakceptowała preliminarz wydatków Komisji Kultury i Sportu w roku 2009, który zaprezentował Przewodniczący Komisji kol. Roman Żuralski. Kol. B. Kula podkreślił, że budżet tej komisji problemowej jest najwyższy w kraju, bowiem żadna okręgowa izba lekarska nie przeznaczą tak dużo środków na działalność sportowo-rekreacyjną.

18 marca 2009 r.

■ ■ ■ ■ ■ **Posiedzenie ORL.** Obradami kierował Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej kol. Leszek Dudziński, który na początku zdał sprawozdanie z działalności Prezydium w okresie od 18 lutego do 17 marca 2009 r.

ORL złożyła serdeczne gratulacje Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej Konstantemu Radziwiłłowi z okazji wyboru na stanowisko Prezesa Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich na kolejną kadencję 2010–2011.

Po krótkiej rozmowie z kandydatami na konsultantów wojewódzkich, ORL przyjęła uchwałę w sprawie udzielenia rekomendacji:

- a) kol. Monice Edycie Jabłońskiej na objęcie funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry dla województwa warmińsko-mazurskiego,
- b) kol. Monice Rucińskiej na objęcie funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej dla województwa warmińsko-mazurskiego.

ORL przyjęła wniosek Kapituły Odznaczenia „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur”, wyrażając zgodę na przyznanie 21 odznaczeń w roku 2009 w VI edycji.

ORL przyjęła propozycje udziału przedstawicieli samorządu lekarskiego w pracach komisji konkursowych w konkursach na stanowiska ordynatorów oddziałów w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie.

Na wniosek kol. L. Dudzińskiego ORL przyjęła uchwałę w sprawie wyznaczenia osób do przeprowadzenia sprawdzianu z bioetyki i prawa medycznego.

W dalszej części obrad ORL przyjęła uchwałę w sprawie zobowiązania Komisji Prywatnych Praktyk Okręgowej Rady Lekarskiej do żądania od lekarzy, niebędących członkami Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie, którzy wnoszą o dokonanie wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk

lekarskich lub grupowych praktyk lekarskich OWMIL w Olsztynie, zaświadczenia o niezaleganiu w opłacaniu składek członkowskich, wystawionego przez Okręgową Izbę Lekarską, której dany lekarz jest członkiem.

Kol. B. Kula przedłożył Okręgowej Radzie Lekarskiej informację, iż na indywidualne konta bankowe składki członkowskie wpłaca 2/3 członków Izby, tj. 1923 lekarzy i lekarzy dentyistów. Żadna z okręgowych izb lekarskich nie może pochwalić się równie dobrym osiągnięciem. ORL pogratulowała sukcesu skarbnikowi kol. B. Kuli w tym zakresie.

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej kol. Stanisław Adamowicz przypomniał kalendarium wyborcze wyborów delegatów na VI kadencję działalności samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Przewodniczący kol. L. Dudziński po raz kolejny zaapelował o aktywizację środowiska, zapraszał i zachęcał do czynnego udziału w zebraaniach rejonów wyborczych, których dobry wynik pozwoli na przeprowadzenie ostatecznych wyborów na kolejną VI kadencję.

8 kwietnia 2009 r.

■ ■ ■ ■ ■ **Posiedzenie ORL.** Obradom przewodniczył kol. L. Dudziński. Na wstępie, na wniosek skarbnika kol. B. Kuli, ORL podjęła decyzję w sprawach dotyczących lekarzy ubiegających się o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej, na podstawie Uchwały nr 8/08/V NRL z 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

ORL przyjęła wniosek skarbnika kol. B. Kuli i podjęła Uchwałę nr 333/2009/V w sprawie zmiany Uchwały nr 121/2000/III z 5 października 2003 r. w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej do działania w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej: w sprawie ustalenia miesięcznej wysokości składki członkowskiej w kwocie 10 zł na podstawie § 2 ust. 2 uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej, w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej na podstawie § 4 ust. 2 uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej.

W części poufnej posiedzenia ORL przyjęła uchwałę w sprawie uchylecia Uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie, dotyczącej zawieszenia lekarza w prawie wykonywania zawodu oraz podjęła uchwałę w sprawie odmowy uchylecia uchwały dotyczącej zawieszenia lekarza w prawie wykonywania zawodu.



Przekazywanie złych informacji – warsztaty 8 kwietnia 2009

PODSTAWOWE ZASADY BEZPIECZNEGO STOSOWANIA PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO W RENTGENODIAGNOSTYCE

Każde zastosowanie promieniowania jonizującego w diagnostyce i terapii rentgenowskiej powinno odbywać się w takich warunkach, które zapewniają optymalizację dawek promieniowania na tak niskim poziomie jak to jest rozsądnie osiągalne biorąc pod uwagę możliwości techniczne, ekonomiczne i społeczne, o czym mówi **zasada ALARA** – As Low As Reasonably Achievable.

W przypadku dawek dla personelu medycznego i osób postronnych zasadą ALARA limitują warunki techniczne, ekonomiczne i dobra organizacja pracy.

W przypadku pacjentów do ograniczeń wymienionych powyżej dochodzi użycie takiej minimalnej dawki promieniowania, która zapewnia uzyskanie odpowiedniej informacji diagnostycznej lub zaaplikowanie minimalnej dawki koniecznej do wyleczenia.

Przy stosowaniu diagnostyki rentgenowskiej należy pamiętać, że każda dawka promieniowania jonizującego może być niekorzystna dla zdrowia ludzkiego, ponieważ nie ma dawki progowej do wywołania niektórych postaci nowotworów. Dlatego ryzyko zaindukowania choroby przez promieniowanie musi być znacznie mniejsze od przewidywanych korzyści, jakie daje użycie promieniowania w celu postawienia trafnej diagnozy, szybkiego wyleczenia oraz od strat, jakie wyniknęłyby na skutek zaniechania jego użycia.

Z uwagi na brak alternatywnych metod obrazowania, skutki, jakie może wywołać stosowane promieniowanie jonizujące, należy zminimalizować m.in. przez uzasadnienie konieczności wykonania badania rtg, ograniczenie liczby ekspozycji, wyeliminowanie zbędnych ekspozycji, stosowanie sprzętu wysokiej jakości, minimalizowanie dawek przez odpowiednie dobieranie parametrów technicznych, stosowanie odpowiednich osłon, szkolenie personelu nadzorującego i wykonującego badania rtg oraz przestrzeganie przepisów prawnych. W związku z tym na użytkownika aparatury rtg zostały nałożone duże obowiązki, które mają zapewnić pacjentowi bezpieczną usługę na najwyższym poziomie. Wszelkie regulacje prawne zostały zawarte w Prawie atomowym oraz przepisach wykonawczych. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2006 r. (DzU nr 180 poz. 1325) zawarte zostały wymagania dla pracowni i gabinetów, zobowiązujące właściciela aparatu rtg m.in. do zainstalowania go w pomieszczeniu o odpowiedniej powierzchni, wentylacji oraz właściwym zabezpieczeniu ścian, stropów, okien i drzwi przed przenikaniem promieniowania jonizującego. Od kilku lat przepisy zezwalają na instalowanie aparatów rtg w budynkach mieszkalnych pod warunkiem uzyskania zmiany sposobu użytkowania lokalu oraz sporządzenia projektu osłon stałych potwierdzającego bezpieczne przebywanie ludzi w otoczeniu źródła promieniowania. Drugim istotnym dokumentem jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 sierpnia 2005 r. (DzU nr 194 poz. 1625) w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania w medycynie. W w/w rozporządzeniu kładzie się duży nacisk na wykonywanie

badan przez upoważniony personel na podstawie właściwego skierowania, systematyczną kontrolę jakości aparatury oraz profesjonalny opis badania rtg. **Lekarz kierujący na badanie rtg musi wystawić skierowanie**, zawierające wszystkie wymagane przepisami elementy. Niewłaściwie wystawione nie będzie przyjęte do realizacji. Wszystkie badania rtg wymagają skierowania **oprócz badań rtg stomatologicznych wewnątrzustnych, densytometrycznych oraz badań przesiewowych (skriningowych)**. Za właściwe wykonanie badań odpowiada osoba wykonująca badania, tj. lekarz radiolog, stomatolog, lekarz wykonujący badania z zakresu radiologii zabiegowej, technik rtg. **Wszystkie zdjęcia wykonane w danej pracowni rtg nie mogą być wydawane bez opisu** (poza zdjęciami stomatologicznymi wewnątrzustnymi).

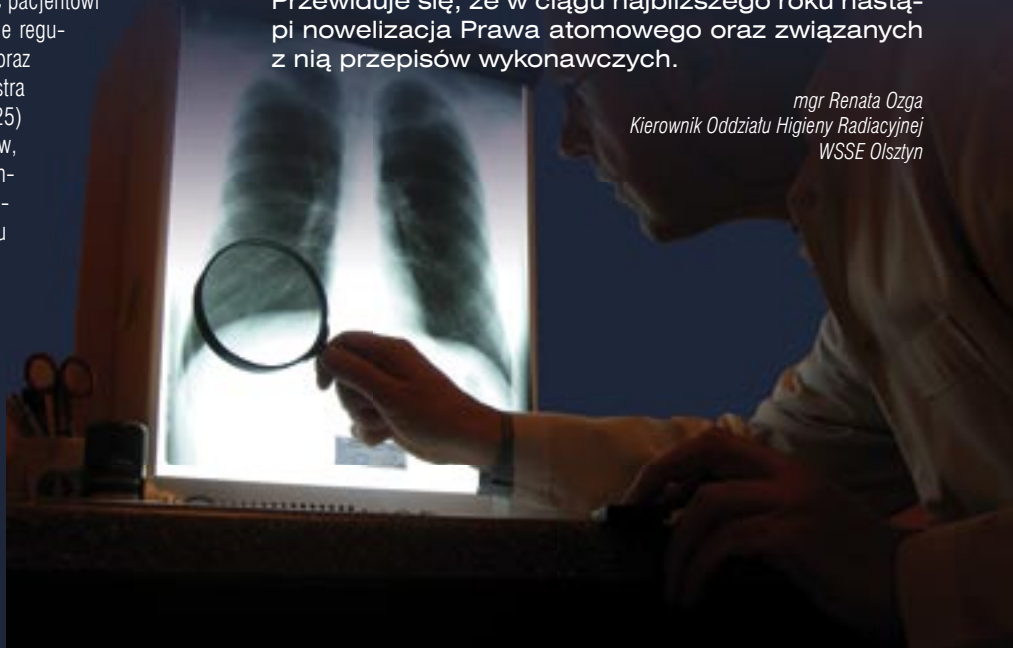
Opisu dokonują lekarze radiolodzy oraz lekarze dentyści przeszkoleni w zakresie radiologii szczękowo-twarzowej.

W trakcie wykonywanych badań, o ile to jest możliwe, należy zakładać osłony osobiste bez względu na wiek i płeć. Szczególną uwagę trzeba zwrócić na osłony przewidziane dla pacjentów podczas badań mammograficznych (półfartuch), stomatologicznych wewnątrzustnych (fartuch ochronny z osłoną na tarczycę), panoramicznych (fartuch ochronny bez osłony na tarczycę), badań w obrębie jamy brzusznej (osłony na gonady), badań tomograficznych (osłony na sutki, okulary ochronne, osłony na gonady – kawałki gumy otwieranej). Należy pamiętać, że osłony znacznie redukują dawkę nawet do 95%.

Od 2 lat wdrożony został w pracowniach rtg system zarządzania jakością, mający na celu zapobieganie awariom radiologicznym. System ten wymusza przestrzeganie obowiązujących przepisów.

Przewiduje się, że w ciągu najbliższego roku nastąpi nowelizacja Prawa atomowego oraz związanych z nią przepisów wykonawczych.

*mgr Renata Ozga
Kierownik Oddziału Higieny Radiacyjnej
WSSE Olsztyn*



SZKOLENIA W DOMU LEKARZA (RTG)

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (DzU nr 194, poz.1625) nakłada na osoby wykonujące badania rentgenowskie obowiązek posiadania przeszkolenia w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta, odbycie takiego szkolenia zakończone jest egzaminem testowym i potwierdzone certyfikatem wydanym na 5 lat. Program i czas szkolenia jest szczegółowo opisany, w/w rozporządzenie narzucało, aby odbyć takie szkolenia do 31 grudnia 2008 r.

Według danych z Sanepidu w woj. warmińsko-mazurskim jest zarejestrowanych 327 aparatów RTG, w tym 190 stomatologicznych.

Aby ułatwić koleżankom i kolegom realizację tego obowiązku, zorganizowano w Domu Lekarza wymagane szkolenie. Organizacją zajął się pan Adam Jończyk MED-DENT SERWIS Ełk, kierownikiem naukowym kursu była konsultant woj. w zakresie radiologii dr n. med. Elżbieta Stefanowicz. Kurs z „ochrony radiologicznej pacjenta”, adresowany głównie do stomatologów, wykonujących lub zamierzających wykonywać zdjęcia RTG, odbył się na początku grudnia ur.

Poza wymaganym programem, przeprowadzono dodatkowe zajęcia „Praktyczne aspekty wykonywania ekspozycji w rentgenodiagnostyce stomatologicznej”, ponadto uczestnicy kursu otrzymali materiały szkoleniowe na CD.

Pierwsza tura spotkała się z tak dużym zainteresowaniem, że zdecydowano się na drugą edycję szkolenia w marcu br. Z przeprowadzonych w Domu Lekarza dwóch cykli szkoleniowych skorzystało ok. 300 lekarzy i lekarzy dentystów (XII – 208 osób; III – 78 osób).

Starania Komisji Stomatologicznej NRL o zmianę niektórych zapisów, dotyczących RTG wciąż trwają.

Nikt nie kwestionuje zasadności wprowadzenia rozwiązań, optymalizujących ochronę radiologiczną pacjenta przed niepożądanym działaniem promieniowania jonizującego, jednak uważamy, że wymogi te nie zostały dostosowane do specyfiki pracy lekarzy dentystów, a przede wszystkim do warunków technicznych, stosowanych, przez nich aparatów RTG. Nasze zmagania o zmianę przepisów były szeroko opisane w „Gazecie Lekarskiej” (6/08) w artykule *Kulawa diagnostyka*.

Najwięcej emocji budzi obowiązek kosztownych testów, 46-godzinne przeszkolenia na podstawie „Ramowego programu szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta” oraz obowiązek wdrożenia w gabinetach stomatologicznych systemu zarządzania jakością, w tak rozbudowanym zakresie, w jakim przewiduje to załącznik do w/w rozporządzenia.

Szczegółowy opis koniecznych zmian zawiera Stanowisko Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej z 22 listopada 2008 r.

Pomimo dużego zaangażowania, znajdującego przejaw m.in. w licznych pismach kierowanych do Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego i do Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia; w sprawę nowelizacji przepisów ustawy z 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (DzU 2007, nr 42, poz. 276), a w szczególności przepisów wykonawczych do tej ustawy, samorząd lekarzy i lekarzy dentystów został pominięty w konsultacjach społecznych ustawy z 11 kwietnia 2008 r. o zmianie ustawy Prawo atomowe (DzU nr 95, poz 583).

Projekt nowelizacji ustawy Prawo atomowe był dostępny wyłącznie w Biuletynie Informacji Publicznej Państwowej Agencji Atomistyki oraz Ministerstwa Środowiska. Był on uzgadniany międzyresortowo, m.in. z Ministerstwem Zdrowia z pominięciem uwag środowiska lekarzy i lekarzy dentystów.

Ministerstwo Zdrowia ma opracować nowe przepisy wykonawcze nie później niż 24 miesiące od wejścia w życie znowelizowanej ustawy.

Ekspertyza, sporządzona przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny (Zakład Ochrony Radiologicznej i Radiobiologii) w Warszawie, zawierająca merytoryczną ocenę zasadności obecnych przepisów, popiera nasze starania.

Wsparcia udzielili nam też parlamentarzyści, m.in. przez złożenie zapytania poselskiego (Tadeusz Naguszewski) i interpelacji (Krystyna Łybacka).

Anna Lella

TUŻ OBOK DROGI



PAŁACYK NA METALOWEJ

Większość z nas wie, że przy ulicy Metalowej w Olsztynie znajduje się Izba Wyrzeźwien. Nieco dalej, w resztkach zabytkowego parku położony jest uroczy, eklektyczny dworek pochodzący z przełomu wieków XIX i XX. Był siedzibą właścicieli niewielkiego majątku ziemskiego, należał początkowo do rodziny Rhode, następnie do Maxa Lion, właściciela cegielni w Nagórkach i Ostrzeszewie. Po wojnie wnętrze podzielono na kilka mieszkań i obiekt ulegał powolnej dewastacji. Pomysł utworzenia w nim muzeum przyrody wziął się w końcu lat 80., zrealizowany został w 1999 r. w ramach programu „hallandzkiego” we współpracy ze Szwecją. Obecnie mieszczą się tu zbiory przyrodnicze Muzeum Warmii i Mazur, a w odremontowanej wozowni, pracownia konserwatorska. W planach jest zagospodarowanie parku. Interesująca bryła obiektu, zdobionego gankami i wieżyczką, lekkość i zwiewność konstrukcji zachęca do krótkiego spaceru, zaś ciekawe zbiory muzealne do zwiedzenia wnętrza.

Jarosław Parfianowicz



Miło nam zaprezentować Państwu część prac naszej koleżanki dr Wandy Popławskiej, które aktualnie możemy oglądać w galerii „Artibus” naszej Izby. Mam nadzieję, iż będą one zachętą do częstszych odwiedzin naszej siedziby.

Redakcja



SPOTKANIE MEDYCyny, REKREACJI I SZTUKI W IŁAWIE

27 czerwca 2009

Program spotkania

12.00 Przyjazd gości. Zakwaterowanie. Toast powitalny dla punktualnych gości, bar bistro.

13.00 Rozpoczęcie Otwartych Regat po Małym Jezioraku o Puchar Prezesa Izby Lekarskiej.

13.30 Rozpoczęcie rozgrywek sportowych medycy – iltawianie o Puchar Burmistrza Iławy: bieg wokół Małego Jezioraka – indywidualnie i sztafeta; mecz piłki siatkowej-plażowej, tenis ziemny na poważnie, zawody pływackie.

14.30 Rejsy statkiem Ilavia wokół wyspy Wielkiej Żuławy w towarzystwie muzyków.

16.00 Uroczyste oficjalne otwarcie i koncert słynnej Młodzieżowej Orkiestry Dętej z Iławy.

18.00 Otwarcie wystawy prac fotograficznych i malarskich w Restauracji „Yellow”, wieczór poezji.

19.30 Wręczenie nagród uczestnikom zawodów i pamiątek z Iławy dla aktywnych gości.

od 20.00 Biała Noc w Iławie – zabawa medyków i mieszkańców miasta w Restauracji „Yellow” i Restauracji-Hotelu „Stary Tartak” przy rytmach gorącej muzyki znanych wykonwców.

Uwaga: koneserom sztuki teatralnej Iltawianie oferują plenerowe spotkania z teatrem. Od 26 do 27 czerwca odbędą się Letnie Impresje Teatralne, organizowane przez ICK. Szczegółowy program znajduje się na stronie internetowej www.ickilawa.pl

Kontakt: Restauracja-Hotel „Stary Tartak”

14-200 Iława, ul. Biskupska 5, tel. 603 522 588,

www.starytartak.com.pl, e-mail: starytartak@wp.pl

Roman Żuralski, tel. 605 290 909 (po godz. 20.00),

www.spotkanieilawa.zuralscy.pl, e-mail: roman@zuralscy.pl

Wszystkie imprezy odbywać się będą w centrum miasta wokół Małego Jezioraka – wspaniałego miejsca na spacer po nastrojowych kafejkach, w celu zapoznania się z doskonałą miejscową kuchnią. Kilka restauracji o niepowtarzalnym klimacie chętnie przygotuje dla Was na swoich tarasach przy wodzie swoje najlepsze oferty kulinarne. Warto przyjechać tu już w piątek 26 czerwca, aby spokojnie spędzić kilka dni w tym pięknym zakątku i zrelaksować umysł w kontakcie z naszym Jeziorakiem.

A mamy tu wiele dobrej energii!!! Czekamy już dziś na Was.

Więcej informacji na stronie internetowej www.ilawa.pl





Zacząłem się niewinnie – nad Basenem, gdzie „uprawiałem” sport. Czytając kolorowe czasopisma, natknąłem się na artykuł opisujący biegaczy amatorów, którzy przebiegli maraton – na zdjęciu była okrągłutka Oprah Winfrey, uprawiająca jogging i podpis: „42 km 195 metrów w 4 godziny 35 minut”.

„Kurcze” – pomyślałem. Na początku były stare buty (o numer za małe) i dwa kilometry dziennie – niewiele – a wysiłek nieprawdopodobny. Potem kolejne stopnie wtajemniczenia: 10, 20 i wreszcie 30 km. Po półrocznych przygotowaniach zdecydowałem się spróbować przebiec maraton w Dębnie. Kiedy wreszcie po długiej podróży pociągiem dotarłem na ten zachodni kraniec Polski, miałem olbrzymią tremę. Nie wiedziałem, jak przyczepić do buta chipa do pomiaru czasu, nie miałem pojęcia, jak się ubrać. Spotkałem kilku życzliwych ludzi, wszystko mi wytłumaczyli: na co zwrócić uwagę, jak biec te wszystkie kilometry i (co najważniejsze) jak zwalczyć kryzys na 30 km.

Dzień przed startem Pasta Party – makaron bez ograniczeń (żeby mieć odpowiednią energię) i wczesne spanie.

Dzień startu był chłodny, wydawało się, że zamrznę, ale dobrym sposobem na wiatr okazały się worki na depozyt – foliowe czarne worki.

Na starcie około 1000 osób, bardziej lub mniej profesjonalnie wyglądających biegaczy. Ja stanąłem na samym końcu – za peacemakerem na 4godziny 30 minut (osoba, która biegnie na określony czas) i pomyślałem, że marzenie się spełniło, lecz największa przygoda była przede mną – bieg. Zacząłem w tempie spacerowym, powoli z grupą z Poznania (wyglądali mniej więcej tak samo mało profesjonalnie jak ja) i spędziłem z nimi ciekawe 4 godziny (kryzys 30 km nie nadszedł), po czym przyspieszyłem na 38 km, dobiegając na metę po 4 godzinach i 20 minutach na 624 miejscu.

Spełniłem swoje marzenie. Po biegu spotkałem kolegów, którzy biegają już długo i powiedziałem, że był to mój pierwszy maraton. Odpowiedzieli mi, że może nie dzisiaj, ale jutro zacząć planować kolejny – i stało się – 7 czerwca biegniemy z żoną z Bydgoszczy do Torunia.

Rafał Staszkiwicz

O G Ł O S Z E N I A

Klinika Stomatologiczna „Centrum Uśmiechu” oraz Przychodnia Stomatologiczna „AS-DENT” w Mławie zatrudnią dwóch lekarzy stomatologów na pełen etat. Absolwentów stomatologii zapraszamy na staż podyplomowy. Do dyspozycji bezpłatne komfortowe mieszkania. Doskonałe warunki finansowe (wynagrodzenie ok. 10 tys. zł/mies., lekarze z doświadczeniem do negocjacji), możliwość szybkiego rozwoju zawodowego i udział w specjalistycznych szkoleniach. Mile

widziana znajomość języków krajów UE i Skandynawii. Kontakt: www.centrumsmiechu.eu, e-mail: gosczycki@centrumsmiechu.eu, tel. +48 601 275 202.

Zarząd Metalowej Spółdzielni Inwalidów „Gwarancja” zatrudni lekarza stomatologa. Możliwe różne formy zatrudnienia. Prosimy o składanie ofert w terminie 14 dni od daty ukazania się ogłoszenia na wskazany adres: M.S.I. „Gwarancja”, 10-603 Olsztyn, ul. Metalowa 4; tel. 089 533 86 72, 0 507 059 616.

„POLKARD” Sp. z o.o. (Olsztyn) zatrudni lekarzy stomatologów z tytułem specjalisty w zakresie ortodontcji. Kontakt: e-mail: mwojtkowska@polkard.pl, tel. 089 541 83 83 wew. 122, 0 501 451 108.

SPZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Jeleniej Górze posiada 6 miejsc w ramach specjalizacji z psychiatrii na staże kierunkowe leczenia nerwic. Zatrudnimy także lekarza w trakcie specjalizacji lub po jej ukończeniu. Kontakt: e-mail: szpimsw_jg@golddom.com.pl, tel. 0 667 701 164, 0 601 548 066.

PAMIĘCI TYCH, KTÓRZY ODESZLI...



Władysław Lipecki (1932–2009)

Urodził się 3 września 1932 r. w Białymstoku. Maturę uzyskał w Liceum im. A. Mickiewicza w Olsztynie w 1951 r. Dyplom lekarza otrzymał w 1957 r. po ukończeniu Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Do końca 1959 r. był asystentem Kliniki Chirurgii Dziecięcej w Lublinie, a następnie wrócił do Olsztyna i rozpoczął pracę w Oddziale Chirurgii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala im. M. Kopernika w Olsztynie. Tej specjalności był wierny do końca życia, uzyskał specjalizację I° i II°.

W Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym pracował od jego otwarcia. Od 1981 r. pełnił funkcję zastępcy ordynatora, był kierownikiem specjalizacji wielu chirurgów dziecięcych, zawsze wymagającym od siebie i współpracowników. Dzięki wielkiemu zaangażowaniu w kształcenie lekarzy, wprowadzaniu nowych metod operacyjnych, uzyskiwał uznanie wśród pacjentów i konsultantów krajowych. Opisując operacje, często własnoręcznie je ilustrował szkicami. Nie małą Jego zasługą było zorganizowanie poradni rehabilitacji dziecięcej – pierwszej tego typu w naszym województwie. Od 1981 r. przez wiele lat kierował Działem Rehabilitacji Szpitala Dziecięcego. Przez wiele lat był cenionym lekarzem w Szkole Mistrzostwa Sportowego w Olsztynie.

Oddany całkowicie chirurgii dziecięcej – leczeniu noworodków i niemowląt z ciężkimi wadami rozwojowymi. Wiele pracy poświęcał na wypracowanie kompleksowego leczenia tych dzieci. Od 1968 r. był członkiem Zarządu Gdańskiego Oddziału Chirurgii Dziecięcej. Przez kilka kadencji był skarbnikiem oddziału, przez wiele lat członkiem Komisji Rewizyjnej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych.

Brał bardzo czynny udział w organizowaniu Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, był delegatem na pierwszy Krajowy Zjazd Lekarzy w grudniu 1989 r. Praca w Izbie była jego drugim życiem, pełnił wiele odpowiedzialnych funkcji, z których wywijał się zawsze wzorowo. Od początku powstania Izby był członkiem redakcji BL oraz przewodniczącym Komitetu Redakcyjnego „Rocznika Medycznego” (od 1983 r.). W BL miał swoje „okienko”, pisał felietony o aktualnych problemach służby zdrowia. Zawsze niezawodny członek wielu komisji konkursowych na stanowiska ordynatorów, kierowników działów.

Drugim domem Władka była koja marynarska zarówno na żaglowcach, jak i na statkach handlowych i rybackich trawlerach. Urlopy spędzał na morzu. Przez wiele miesięcy pracował jako lekarz okrętowy. Pływał po wszystkich oceanach świata. Nie obca mu była ciężka praca rybaków morskich i lekarzy okrętowych. Przeżycia z tego okresu opisał w dwóch wydanych książkach. Zauroczony żaglami zarówno latem, jak i zimą był międzynarodowym sędzią bojerowym i żeglarskim, a także głównym organizatorem dorocznych Mistrzostw Żeglarskich Lekarzy.

Był lekarzem obowiązkowym i sumiennym, człowiekiem prawym, etycznym, koleżeńskim, wymagającym, ale zawsze sprawiedliwym. Dowcipny – dusza towarzystwa na spotkaniach koleżeńskich.

Za swoją pracę otrzymał wiele odznaczeń: „Zasłużony dla Warmii i Mazur” (1966), „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia” (1974), „Złoty Krzyż Zasługi” (1977), „Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski”, „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur” (2006).

W styczniu 1997 r. przeszedł na emeryturę, nie operował, pracę w poradni chirurgii dziecięcej przerwała choroba w czerwcu 2008 r.

Był uczestnikiem naszych rodzinnych radości i smutków. Będzie nam Ciebie Władku bardzo brakowało.

Ryszard Fuks



**Mieczysław Bień
(1924–2009)**

*Meditatio mortis summa
est philosophia*

19 marca 2009 r. pożegnaliśmy na cmentarzu komunalnym w Olsztynie przy ul. Poprzecznej naszego Kolegę, emerytowanego dyrektora i ordynatora

Samodzielnego Publicznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie.

Urodził się 12 lutego w Jankach, w powiecie radomskim. Był synem Piotra i Apolonii z Rojewskich małżonków Bieńów. Szkołę powszechną ukończył we wsi Wierchowiny. W 1937 r. zaczął uczęszczać do Gimnazjum im. Jana Kochanowskiego w Radomiu. Do 1939 r. ukończył dwie klasy gimnazjum. W czasie wojny pracował jako robotnik rolny i przerabiał program nauki III i IV klasy gimnazjalnej. Wiosną 1945 r. zdał małą maturę, a następnie w latach 1945–1946 uczęszczał do Liceum im. J. Kochanowskiego w Radomiu, w którym 7 czerwca otrzymał świadectwo dojrzałości.

W latach 1946–1952 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Lekarskiej, przemianowanej następnie na Akademię Medyczną w Gdańsku. Dyplom lekarza otrzymał 28 czerwca 1952 r. Jako student po piątym roku studiów rozpoczął 15 lipca 1951 r. pracę na stanowisku młodszego asystenta w Państwowym Sanatorium Przeciwgruźliczym w Prabutach. Po otrzymaniu dyplomu lekarza pracował nadal w Sanatorium Przeciwgruźliczym w Prabutach i 29 grudnia 1952 r. otrzymał nakaz pracy w miejscu zatrudnienia. Uzyskał specjalizacje I° (11 listopada 1953) i II° (15 lutego 1956) z fizjatrii. W 1954 r. pracował jako pełniący obowiązki ordynatora oddziału VI, w którym wykonywano operacje na klatce piersiowej. 13 lutego 1958 r. mianowany ordynatorem tego oddziału. Zabiegi były wykonywane przez ekipę chirurgów z II Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Gdańsku – kierownik prof. Kazimierz Dębicki.

2 stycznia 1959 r., decyzją Wydziału Zdrowia Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Olsztynie, przeniesiono Go z Sanatorium w Prabutach na stanowisko dyrektora Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Olsztynie – z datą od 1 stycznia 1959 r. Kiedy Wojewódzką Poradnię Przeciwgruźliczą połączono z Sanatorium Przeciwgruźliczym w Olsztynie i powstał Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc, został również jego dyrektorem i ordynatorem I oddziału.

4 kwietnia 1968 r. uzyskał specjalizację II° z organizacji ochrony zdrowia. Oprócz organizacji walki z gruźlicą i chorobami płuc w województwie olsztyńskim, prowadzonym według zaleceń Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Sanatorium w Olsztynie zawdzięcza Mu rozbudowę. W miejscu dawnych werand, przeznaczonych do leżakowania chorych, dobudowano dwa skrzydła. W jednym powstał oddział IV, w drugim laboratorium, przychodnia przyszpitalna. W latach 1960–1962 czynny był oddział chirurgii klatki piersiowej – ordynator dr med. Stanisław Tumilowicz; oddział uległ likwidacji po wyjeździe ordynatora z Olsztyna. Sanatorium od 1972 r. brało udział w badaniach nad metodami leczenia nowo wykrytej gruźlicy płuc.

Brał udział w pracy zespołowej ogłoszonej drukiem *Jakość kwalifikacji i wyniki rocznego leczenia tlenem w Polsce* (Pneum. Alerg. Pol. 1992, t. 60, z. 9–10, s. 28–35). Wspólnie z A. Borgosz ogłosił pracę *Walka z gruźlicą na terenie województwa olsztyńskiego w latach 1962–1986 (Problemy zdrowotne ludności Warmii i Mazur, Olsztyn 1987, s. 51–61)*.

Był członkiem Polskiego Towarzystwa Ftyzjo-pneumonologicznego od 1955 r. Na posiedzeniach Olsztyńskiego Oddziału często wygłaszał referaty i był jego wiceprzewodniczącym. Prezesował Społecznemu Komitetowi do Walki z Gruźlicą w Olsztynie, był konsultantem gruźlicy i chorób płuc województwa olsztyńskiego. Za pracę odznaczony Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski, uhonorowany Medalem 40-lecia Polski Ludowej i Odznaką „Zasłużony dla Warmii i Mazur”. Przeszedł na emeryturę w 1997 r.

Przed niespełna rokiem widziałem się z Nim na spotkaniu absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku – naszego rocznika – studia w latach 1946–1952 – u naszego kolegi, mieszkającego w Gdyni. Opowiedział mi wtedy o przebytej, wykonanej na czas operacji, z którą łączył nadzieję na dobre rokowanie. Dlatego Jego śmierć zaskoczyła nas. Zmarł 13 marca w Olsztynie. Zachowamy Go we wdzięcznej pamięci jako dobrego organizatora walki z gruźlicą i chorobami płuc w województwie olsztyńskim.

Zenobiusz Bednarski

L I S T Y D O R E D A K C J I

Szanowny Panie Redaktorze,

Z wielkim szacunkiem i wdzięcznością dla dr. Bednarskiego odpowiadam na Jego apel w sprawie tablicy „Memoria gratum fakt”, swego votum wdzięczności dla śp. Sue Ryder.

Podpisuję się pod rzeczoną propozycją z niemałym wstydem, gdyż to my onkolodzy, jako bezpośredni odbiorcy dobra tej skromnej, wielkiej postaci, w pierwszej kolejności winniśmy zabiegać o Jej pamięć.

Wśród lekarzy niewielu jest nas, onkologów i swego rodzaju referendum może być nieskuteczne, gdyż każdy głos może się liczyć – stąd mój odzew.

Osoba szacowana w świecie w dziedzinie dobroczynności na trzecim miejscu po dr. Schweicerze, Matce Teresie godna jest wielu tablic na wyniosłych monumentach, a coś dopiero na skromnym pawilonie.

Miałem wielkie szczęście być blisko Pani baronessy, gościć Ją w naszym domu i z wielką przyjemnością obserwować Jej zaangażowanie w sprawy ludzkie (nie zawsze dobrze rozumiane), w sprawy polskie, z których bardzo utkwiała mi w pamięci Jej bezzwłoczna wizyta z pomocą humanitarną po ogłoszeniu stanu wojennego. Jako pierwszy obcokrajowiec stanęła swoim Land Roverem na granicy polsko-NRD-owskiej i na oczach naigrywających się NRD-owskich pograniczników, z pomocą córki musiała rozładować do końca i zapakować z powrotem szczelnie ubitego darami vana.

Chwała Jej i Jej dziełom rozproszonym nie tylko na terenie Polski, ale całej Europy, a wspólnie z mężem, płk. Cheshire, na całym świecie.

Niech ta skromna tablica unaoczní tym, co nie wiedzą, a przypomina tym, co o tym pamiętają, że Pani Sue Ryder, czyniąc dobro człowiekowi, czyniła to dla niego samego.

W tym skromnym pawilonie olsztyńskiej onkologii wszystko się zaczęło.

Z poważaniem
Stanisław Niepsuj

Szanowny Panie Redaktorze,

Uprzejmie proszę o sprostowanie omyłek; chodzi o niewłaściwe użycie słowa insert w kolejnych numerach BL 106 i 107. Nie ma takiego słowa – jest natomiast słowo inserat (rodzaj męski, IV deklinacja, kogo? czego? inseratu), oznacza ogłoszenie w czasopiśmie zwykle o charakterze reklamowym, anons. Jest pochodzenia niemieckiego, wywodzącego się z łaciny – inserto (2 koniugacja), rui, rtum i oznacza wtykać, zatknąć. Najwłaściwszym słowem polskim byłoby wkładać, wkładka. Inserat jest słowem przestarzałym.

Nr 106 BL, str. 2, szpalta II jest w insercie do BL – powinno być W inseracie, bo jest inserat.

Nr 107 BL, str. 2, szpalta I jest Insert do Biuletynu – powinno być Inserat do Biuletynu;

i jeszcze raz insert do Biuletynu – powinno być Inserat do Biuletynu; str. 8, szpalta II jest Reklamy i inserty – powinno być Reklamy i inseraty.

Z poważaniem
Zenobiusz Bednarski

Od Redakcji

Wielki słownik wyrazów obcych PWN, pod red. Mirosława Bańko (Warszawa 2005, str. 548) podaje:

inserat, -ratu, -racie, *lm* -raty, *mrz* I *przestar.* «ogłoszenie w czasopiśmie, mające zwykle charakter reklamowy; anons» <niem. *Inserat*, od łac. *inserto* ‘wsadzać’ >

insert, -sertu, -sercie, *lm* -serty, *mrz* 1. «wkładka, zwykle o charakterze reklamowym, dodawana do gazety lub czasopisma; wrzutka» 2. *film.* «krótkie ujęcie w filmie (...)» 3. *film.* «materiał archiwalny (...)».

BIURO OKRĘGOWEJ WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W OLSZTYNIE
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 16c, <http://www.owmil.olsztyn.pl>, e-mail: olsztyn@hipokrates.org

Biuro czynne: w poniedziałki, wtorki i czwartki w godzinach od 8.00 do 16.00
w środy w godzinach od 8.00 do 17.00; w piątki w godzinach od 8.00 do 15.00

Sekretariat: tel. (0 89) 539 19 29, fax. (0 89) 534 44 83

Rejestracja i wydawanie praw wykonywania zawodu: tel. (0 89) 539 19 29 wew. 45

Doskonalenie zawodowe lekarzy, Komisja Bioetyczna: tel. (0 89) 539 19 29 wew. 31

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
i Okręgowego Sądu Lekarskiego: tel. (0 89) 539 19 29 wew. 44

Dział prawny: w poniedziałki i środy od godz. 12.00 do godz. 16.00 – mgr Katarzyna Godlewska (Kancelaria Radcy Prawnego K. Godlewskiej), w czwartki od godz. 9.00 do godz. 14.00 – mgr Anna Kubczak, (Kancelaria Adwokacka adw. Henryka W. Kubczaka) tel. (0 89) 539 19 29 wew. 37

Księgowość Izby: tel. (0 89) 539 19 29 wew. 41 i wew. 38, tel. (0 89) 523 60 61

Rachunki bankowe: 1. Składki członkowskie – wpłaty na indywidualne konta bankowe.

2. Kasa Pożyczkowa i Samopomocy Lekarskiej: BRE BANK SA: 12 1140 1111 0000 3048 4600 1010

Pacjent mówi, że jest osłabiony? Pomoże mu **Nutridrink!**

Jeżeli Twój pacjent mówi, że:

- ✓ **nie ma apetytu**
- ✓ **ma problemy z jedzeniem**
- ✓ **chce się wzmocnić**
- ✓ **traci na wadze**
- ✓ **chce przytyć**

zaproponuj **Nutridrink** – preparat wzmacniający, który jest produktem bogato-energetycznym i zawiera składniki dodające sił w walce z chorobą: białko, tłuszcze, węglowodany oraz kompletny zestaw witamin i minerałów.

Nutridrink wskazany jest przede wszystkim dla pacjentów: po pobycie w szpitalu, z nowotworami, z chorobami płuc, z chorobami zapalnymi jelit, z chorobami ograniczającymi samoobsługę, z problemami z gryzieniem, z zaburzeniami połykania.

Pacjentom z cukrzycą polecany jest Diasip.

WAŻNE!

- Nutridrink jest skuteczny tylko w prawidłowej dawce czyli **1–3 opakowania przez co najmniej 7–10 dni.**



Skrócona informacja o preparacie Nutridrink. Skład: produkt złożony zawierający białko, tłuszcz, węglowodany, składniki mineralne i witaminy. Postać farmaceutyczna: płyn. Wskazania: niedożywienie związane z chorobą. Dawkowanie: zależne od wieku, płci, wzrostu, wagi i stanu zdrowia pacjenta. Przeciwwskazania: niedrożność przewodu pokarmowego i nadwrażliwość na jeden ze składników preparatu. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności: brak. Działania niepożądane: nie stwierdzono. Nr pozwolenia MZ: R/6616, R/6618, R/6619, 4006. Produkt wydawany bez recepty – OTC. Nutridrink o smaku neutralnym, Nutridrink Yoghurt style, Nutridrink Multi Fibre, Nutridrink Juice style, Nutridrink Soup – dietetyczne środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego. Podmiot odpowiedzialny: N.V. Nutricia, Holandia.

NUTRICIA Polska Sp. z o.o. · ul. Bobrowiecka 6 · 00-728 Warszawa
tel. 022 55 00 000 · ecn@nutricia.com.pl · www.nutricia.com.pl
www.niedajsiezjesccchorobie.org

NUTRICIA
Nutridrink

Nutridrink dodaje sił