



Nr 2/2016 (307) luty 2016

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



Deficyt kadr medycznych a telemedycyna

s. 4-22



TOYOTA

WAŁBRZYCH
&
BIELANY WROCŁAWSKIE

ZŁOTE WYPRZEDAŻE 2015

Skorzystaj z wyjątkowej oferty dostępnej tylko w salonach
Toyota Nowakowski Wałbrzych i Bielany Wrocławskie



RABATY DO **28 000 ZŁ**

Do każdego zakupionego modelu ze **ZŁOTEJ WYPRZEDAŻY**
otrzymasz **NAGRODĘ GWARANTOWANĄ**
o wartości **1 000 zł**, w skład której wchodzi:

- Przyjęcie do serwisu w ciągu 24 h • **BEZPŁATNE** mycie pojazdu przy każdej płatnej wizycie •
 - **40% ZNIŻKI** na pranie tapicerki w sezonie letnim •
- **BEZPŁATNE** uzupełnienie płynu do spryskiwaczy podczas przeglądów •
 - **BEZPŁATNY** przegląd sprawdzający przed wakacjami i feriami •
 - Montaż akcesoriów zakupionych w salonie z **50 % rabatem** •
- **BEZPŁATNE** przechowywanie opon zakupionych w naszym salonie •
 - **70% rabatu** na dezynfekcję jonizatorem układu klimatyzacji •
- Druga doba **GRATIS** przy wynajmie auta zastępczego na czas naprawy płatnej powyżej 3 dni •
 - **BEZPŁATNY** transport do i z miasta własną TAXI salonu •
- **BEZPŁATNA** wymiana i olej silnikowy podczas przeglądu przy przebiegu 60 i 120 tysięcy •
 - **BEZPŁATNY** test amortyzatorów i hamulców przy każdej płatnej wizycie •
 - **50% RABATU** na pojazd zastępczy na czas przeglądu •
 - **BEZPŁATNE** wypożyczenie na jeden dzień w roku boksu dachowego •

Toyota Wałbrzych Nowakowski
ul. Uczniowska 21
58-306 Wałbrzych
Tel. 74 648 17 00

www.ToyotaNowakowski.pl

Toyota Bielany Nowakowski
ul. Czekoladowa 10
55-040 Bielany Wrocławskie
Tel. 71 799 60 60

SPIS TREŚCI

DEFICYT KADR MEDYCZNYCH A TELEMEDYCYNĄ

- 4** **Demograficzny problem w ochronie zdrowia**
Magdalena Kludacz-Alessandri
- 7** **Kadry lekarskie polskiego systemu zdrowotnego**
Alicja Domagała
- 10** **E-zdrowie dedykowane pacjentom**
Agnieszka Bukowska-Piastczyńska
- 14** **Telemedycyna w świetle nowych polskich regulacji prawnych** Emilia Sarnacka
- 17** **Od telemedycyny nie ma odwrotu**
Małgorzata Piróg-Mulak

PACJENT 65+ W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARSKIEJ

- 20** **Telemedycyna wieku podeszłego**
Mariusz Kielar
- 23** **Psychogeriatrya**
Magdalena Orlicz-Benedycka

NASI STOMATOLODZY

- 26** **Obowiązki lekarzy jako przedsiębiorców**
Alicja Marczyk-Felba, Beata Kozyra-Łukasiak
- 28** **Jesienne spotkanie stomatologów**
Marzena Dominiak, Tomasz Gedrange

PRAWO A MEDYCYNĄ

- 30** **Dokumentacja medyczna**
Małgorzata Paszkowska
- 34** **Prawo na co dzień**
Beata Kozyra-Łukasiak

Wydarzyło się

Uchwały DRL

- 42** **Kształcenie lekarzy w Polsce do poprawki**
Maciej Biardzi
- 44** **Quo vadis HTA?**
Katarzyna Kolasa

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

Konferencje, szkolenia, kursy

- 52** **Słowo o książce**
Andrzej Kierzek

Felietony

Pro memoria

Ogłoszenia

38

41

46

48

54

55

58

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum „Medium”

Nowory Rok w ochronie zdrowia przywitał nas nowymi wyzwaniami: od 1 stycznia pojawiła się możliwość wystawiania druków ZUS ZLA w formie elektronicznej. Okres przejściowy, który będzie trwał dwa lata, to czas na dopracowanie projektu. Generalnie pracownicy ZUS zachwalają oszczędności i ułatwienia płynące z tej nowości, lekarze są

ostrożniejsi, bo oczywiście praktyka mówi, że każda zmiana rodzi kłopoty. Niezależnie od osobistych opinii mamy czas na sprawdzenie systemu i jego udoskonalenie, tym bardziej że obecny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł stawia na informatyzację. Obecnie każdy z zainteresowanych lekarzy może udać się do placówki ZUS i z pomocą pracownika tej instytucji założyć niezbędne do internetowego wystawiania druków L4 własne konto na Platformie Usług Elektronicznych ZUS, zamówić wizytę pracownika w swojej przychodni lub szpitalu, a wkrótce także skorzystać z dyżuru pracownika ZUS w siedzibie DIL.

O ile na tę nowość byliśmy przygotowani i mamy jeszcze dwa lata, żeby się z nią żyć, o tyle bardzo zaskoczyła nas błyskawiczna nowelizacja prawa, z której wynika, że od 18 stycznia br. zmieniły się zasady uznawania kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli studia za granicą lub studiowali w ramach tzw. English Division – studiów dla obcokrajowców w języku angielskim. Zmiana ta dotyczy nie tylko obywateli innych państw członkowskich Unii Europejskiej, ale także polskich lekarzy, którzy zdobyli wykształcenie medyczne za granicą. Zgodnie z nową ustawą będą oni musieli zdać egzamin z języka polskiego, a dotychczas wystarczało jedynie złożenie oświadczenia o jego znajomości. Gdzie leży problem? Organizacją egzaminów ma zająć się Naczelna Rada Lekarska, a pracownicy NIL informują, że proces przygotowania do podjęcia tych nowych obowiązków potrwa... kilka miesięcy. Kolegom, którzy na początku roku planowali rozpoczęcie u nas pracy, a podlegają opisanej zmianie, pozostaje tylko współczuć.

Zawirowania wokół „protestu receptowego”, w wyniku którego wielu lekarzy zostało obciążonych finansowo przez NFZ, a Izba poniosła koszty związane z nieskutecznymi procesami sądowymi, zaowocowały nowym, rozszerzonym kształtem oferty naszego ubezpieczyciela, firmy Inter Polska S.A. w zakresie ubezpieczenia ochrony prawnej lekarzy i lekarzy dentystów. Niezależnie od tego, czy ubezpieczacie się w tej, czy w innej firmie warto zapoznać się z tą propozycją, bo dostępna jest dla wszystkich lekarzy. Za naprawdę niewielkie pieniądze można sobie kupić spokój w wielu dziedzinach. W zależności od wyboru jednego z trzech wariantów możecie zapewnić sobie ochronę prawną przed dochodzeniem odszkodowań skierowanych przeciwko Wam samym, ochronę prawną w sprawach karnych w życiu zawodowym – łącznie z ochroną w zakresie sporów z NFZ w najprostszym wariantcie, dodatkowo ochronę prawną umów związanych z użytkowaniem pojazdu mechanicznego wraz z ochroną prawną w sprawach karnych oraz w sprawach o wykroczenie w komunikacji i przy dochodzeniu odszkodowań przez ubezpieczonego związanych z przedmiotem ubezpieczenia – samochodem w wariantcie pośrednim po ochronę prawną w sprawach karnych w życiu prywatnym, w obszarze prawa pracy i ubezpieczeń społecznych w najszerszym zakresie. We wszystkich wariantach można skorzystać dodatkowo z telefonicznej i internetowej asysty prawnej.

Wyjątkowo krótki w tym roku okres karnawału zaowocował aż dwoma bałami w siedzibie naszej Izby. Mam nadzieję, że uczestniczące w nich Koleżanki i Koledzy bawili się dobrze, szczególne podziękowania należą się dr. Piotrowi Knastowi, który aktywnie włączył się w organizację tych wydarzeń, a ponadto wraz z dr. Bożeną Kaniak na ochotnika zgłosił się do pracy w Radzie Klubu Lekarzy. Mam nadzieję, że wkrótce prace Rady zaowocują ofertą, która trafi do jak najszerszego grona lekarzy, a na razie zachęcam do korzystania z wszystkich naszych pomieszczeń także prywatnie, przy okazji chrzcin, ślubów, urodzin i innych imprez – lepszej oferty nigdzie nie znajdziecie. Parking pod Narodowym Forum Muzyki działa – trwają negocjacje ws. warunków ewentualnego wynajmu miejsc dla naszych interesantów, a dla preferujących zdrowy tryb życia – przed wejściem do Izby stanął już... stojak na rowery. Sam jestem ciekaw, jakie będzie jego wykorzystanie...

Wszystkiego dobrego w Nowym, 2016 Roku!

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław,
ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 798 80 50, fax 798 80 51,
redakcja: 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl
PKO BP SA: 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570

Józef Lula – redaktor naczelny, Magdalena Janiszewska – redaktor/
korekta/oprac. graf./reklama, Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie, Tomasz Janiszewski – projekt okładki (źródło grafik: www.pixabay.com, www.flickr.com/photos/21236578204_75d7f0beac_o/Helge V. Keitel – obrazy modyfikowane)

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący, Alicja Marczyk-Felba,
Andrzej Kierzek, Krzysztof Wronecki, Paweł Wróblewski

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 27 stycznia 2016 r.

Druk: Zakłady Poligraficzne GREG, ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice,
tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70



Demograficzny problem w ochronie zdrowia

Tekst Magdalena Kludacz-Alessandri

”

W Polsce zdarza się, że na skutek niedoboru personelu medycznego podmioty lecznicze zatrudniają emerytowanych lekarzy. Powoduje to, że udział pracujących lekarzy powyżej 65. roku życia wynosi 15 proc. i jest to jeden z najwyższych wskaźników w tej kategorii wiekowej w Unii Europejskiej. Większy udział lekarzy powyżej 65. roku życia występuje jedynie w Estonii (22 proc.) i na Łotwie (17 proc.).

“

Braki kadrowe w ochronie zdrowia to jeden z podstawowych objawów kryzysu w polskim systemie ochrony zdrowia. Są one odczuwalne nie tylko na poziomie całego systemu, ale również na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych. W Polsce od lat obserwuje się jedno z najniższych wskaźników liczby lekarzy i pielęgniarek przypadających na 10 000 mieszkańców w porównaniu z innymi państwami Unii Europejskiej. Na koniec 2013 r., według danych Eurostatu, liczba praktykujących lekarzy w Polsce wynosiła 85 246. Warto podkreślić, że było to jedynie 63 proc. lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu. Analizując liczbę lekarzy przypadających na 10 000 mieszkańców, okazuje się, że Polska jest pod tym względem na ostatnim miejscu w całej Unii Europejskiej.

W ognie Europy

W 2013 r. najwięcej lekarzy na 10 000 mieszkańców pracowało w Grecji (62,7), Austrii (49,9), na Litwie (42,8), w Portugalii (42,6), Niemczech (40,2) i Szwecji (40,1). Polska ze wskaźnikiem 22,4 plasuje się na ostatnim miejscu w całej Unii Europejskiej. Warto podkreślić, że średnia unijna w 2013 r. wynosiła prawie 35 lekarzy na 10 000 mieszkańców. Więcej lekarzy pracowało nawet w gorzej rozwiniętych społecznie krajach, takich jak Rumunia (26) czy Bułgaria (39,8).

Struktura wieku kadry medycznej

Problem niedoboru lekarzy pogłębia zjawisko starzenia się społeczeństwa i pogarszająca się struktura wieku zatrudnionego personelu medycznego. W Polsce zdarza się, że na skutek niedoboru personelu medycznego podmioty lecznicze zatrudniają emerytowanych lekarzy. Powoduje to, że udział pracujących lekarzy powyżej 65. roku życia wynosi 15 proc. i jest to jeden z najwyższych wskaźników w tej kategorii wiekowej w Unii Europejskiej. Większy udział lekarzy powyżej 65. roku życia występuje jedynie w Estonii (22 proc.) i na Łotwie (17 proc.). Nienajlepsza sytuacja pod względem struktury wieku lekarzy występuje również we Francji, która ma prawie największy udział lekarzy w wieku 55-64 (36 proc.) i prawie najmniejszy udział pracowników najmłodszych, czyli w wieku poniżej 35. roku życia (9 proc.). W 2013 r. najliczniejszą grupę wśród polskich lekarzy stanowili pracownicy w wieku od 45 do 54 lat (25 proc.). Z kolei najmłodszy lekarze (w wieku poniżej 35. lat) stanowili jedynie 19 proc. wszystkich pracujących lekarzy. Zapowiada się zatem, że z powodu zmian demograficznych problemy związane z niedoborem lekarzy w Polsce będą jeszcze narastać. Potwierdzają to dane dotyczące liczby absolwentów uczelni medycznych kształcących się na lekarzy.

System kształcenia a liczba lekarzy

Według danych Eurostatu w 2013 r. studia medyczne na kierunku lekarskim ukończyło



Dr Magdalena Kludacz-Alessandri

Zastępca dyrektora ds. studenckich Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych, Politechnika Warszawska

”

W porównaniu do innych państw UE Polska ma prawie najmniej-
szy udział lekarzy rodzinnych (poniżej 20 proc.), którzy odgrywają
szczególną rolę w rozwoju systemu ochrony zdrowia. Ich liczba jest
dramatycznie niska (niecałe 13 000 w 2013 r.), i w ciągu pięciu lat
zmalą o 25 proc. Ocenia się, że potrzeba ich aż dwa razy więcej.

“

”

W Polsce na 100 000 mieszkańców przypada jedynie 13 ane-
stezjologów, co znowu plasuje nas w ogonie Europy. Mniej ane-
stezjologów pracuje jedynie w trzech państwach: na Węgrzech
(12,4), w Holandii (11,4) i w Rumunii (9,3). Dramatyczna sytu-
acja występuje również w polskiej psychiatrii. W 2013 r. praco-
wało w Polsce około 3 300 psychiatrów, a ocenia się, że powinno
być ponad dwa razy więcej.

“

Źródło grafiki:

[www.pixabay.com/photos/
hospital-736568/inspi](http://www.pixabay.com/photos/hospital-736568/inspi)

3 757 studentów. Na 100 000 mieszkańców przypadało zatem
jedynie 9,9 absolwentów. Gorsza sytuacja pod tym względem
była jedynie w Bułgarii (9,5) i we Francji (9). Ponad 2 razy wię-
cej absolwentów kierunków lekarskich na 10 000 mieszkańców
przypadało w takich krajach, jak: Malta (20,3), Irlandia (20,2)
i Dania (18,4), a średnia unijna wynosiła 13,1.

Problem ten wynika z nieefektywnego systemu kształcenia
i ograniczonych, niewystarczających limitów na studia me-
dyczne. Liczba absolwentów kierunków medycznych w Pol-
sce jest zbyt mała, by uzupełnić niedobory kadrowe lekarzy,
zwłaszcza wobec problemu luki pokoleniowej. Trzeba również
zwrócić uwagę na to, że część absolwentów w ogóle nie podej-
muje pracy w zawodzie lekarza po zakończeniu studiów. Poza
tym spora grupa absolwentów uczelni medycznych wyjeżdża
za granicę w celu zdobycia specjalizacji i rozwoju zawodowe-
go. Pozyskanie młodego personelu, który zapełni lukę pokole-
niową, jest zatem istotnym wyzwaniem dla polskiego systemu
ochrony zdrowia.

Szkoły medyczne kształcą za mało lekarzy w stosunku do
potrzeb kraju, ale na szczęście sytuacja pomału ulega popra-
wie. Pozytywnie należy ocenić wzrost limitów przyjęć na kie-
runek lekarski w ostatnich ośmiu latach. Spowodowało to, że
od 2005 r. liczba absolwentów kierunku lekarskiego wzrosła
o około 60 proc.

Liczba lekarzy rodzinnych i specjalistów

Niedobory lekarzy w Polsce dotyczą zarówno lekarzy rodzin-
nych, jak i specjalistów. W porównaniu do innych państw UE
Polska ma prawie najmniejszy udział lekarzy rodzinnych (po-
niżej 20 proc.), którzy odgrywają szczególną rolę w rozwoju
systemu ochrony zdrowia. Ich liczba jest dramatycznie niska
(niecałe 13 000 w 2013 r.), i w ciągu pięciu lat zmalą o 25 proc.
Ocenia się, że potrzeba ich aż dwa razy więcej.

W porównaniu do innych państw UE Polska ma prawie naj-
mniej lekarzy rodzinnych na 10 000 mieszkańców (3,4). Mniej

lekarzy występuje jedynie na Węgrzech i w Grecji [(3,3) i (3,2)].
Średnia unijna wynosi prawie trzy razy tyle (9,8). Nieporówny-
walnie więcej lekarzy rodzinnych pracuje w takich państwach,
jak: Irlandia (23,5), Portugalia (21,7), Niemcy (16,7), Austria
(16,4), Francja (15,5) i Holandia (14,5).

Analiza wskaźnika liczby lekarzy specjalistów na 10 000
mieszkańców wykazała, że największe wartości przyjmuje on
w Grecji (38), na Litwie (33,6) w Bułgarii (33,2) i we Włoszech
(33,1). Natomiast najmniej lekarzy na 10 000 mieszkańców
przypada w Finlandii (14,7), Danii (15,4) i Irlandii (16). W Pol-
sce wskaźnik lekarzy specjalistów na 10 000 mieszkańców
wynosi 19, czyli poniżej średniej dla krajów Unii Europejskiej
wynoszącej 22,4.

Warto dodać, że w analizowanym okresie wskaźnik liczby
lekarzy specjalistów wzrastał zarówno w Polsce, jak i w więk-
szości krajów UE. Mimo to ocenia się, że w naszym kraju nadal
brakuje lekarzy w wielu specjalizacjach.

Z danych Eurostatu wynika, że najwięcej polskich lekarzy pra-
cuje w takich specjalizacjach jak: choroby wewnętrzne (41,8),
pediatria (13,2), położnictwo i ginekologia (13,3), chirurgia
ogólna (15,7). Z kolei najmniej specjalistów pracuje jako: onko-
lodzy (3,4), dermatolodzy (3,3), urolodzy (3,1), endokrynolodzy
(2,2), gastrologi (1,8), hematolodzy (1,2). We wszystkich tych
specjalnościach liczba lekarzy jest niewystarczająca w stosun-
ku do potrzeb pacjentów. Brakuje m.in. anestezyjologów, chi-
rurgów, pediatrów, psychiatrów, dermatologów, radiologów,
gastrologów, hematologów, kardiologów, endokrynologów,
neurologów, a także neonatologów, pulmonologów, torako-
chirurgów. Największe deficyty kadrowe dotyczące specjali-
stów występują w szpitalach powiatowych i w lecznictwie am-
bulatoryjnym, szczególnie w małych miejscowościach.

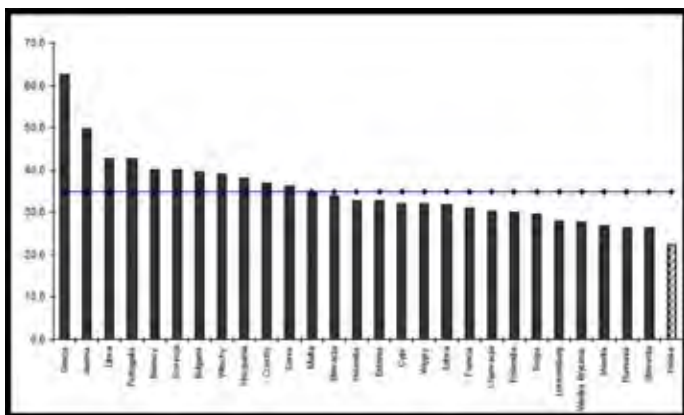
Dramatyczna sytuacja w polskiej anestezyjologii i psychiatrii

Porównując Polskę z innymi krajami Unii Europejskiej naj-
gorzej wypadamy pod względem liczby anestezyjologów i psy-

chiatrów. W Polsce jest tak mało anestezjologów, że muszą znieczulać po kilku pacjentów jednocześnie, co jest wbrew standardom bezpieczeństwa. Jest to sytuacja bardzo niebezpieczna dla pacjentów, którym w przypadku powikłań (zaburzenia rytmu serca, uszkodzenia płuc) i braku natychmiastowej pomocy ze strony anestezjologa grozi śmierć.

W Polsce na 100 000 mieszkańców przypada jedynie 13 anestezjologów, co znowu plasuje nas w ogonie Europy. Mniej anestezjologów pracuje jedynie w trzech państwach: na Węgrzech (12,4), w Holandii (11,4) i w Rumunii (9,3). Z kolei najwięcej anestezjologów pracuje na Litwie (30,5), w Austrii (28,4) i Niemczech (24,4). Średnia unijna wynosi 18,4 anestezjologów na 100 000 mieszkańców.

Główną przyczyną niedoboru lekarzy tej specjalności są ich masowe wyjazdy za granicę, gdyż w niektórych krajach mogą zarobić kilkakrotnie więcej niż w Polsce, pracując na dwóch etatach. Do tej pory aż 15 proc. spośród zarejestrowanych anestezjologów uzyskało zaświadczenie potrzebne do uznania ich kwalifikacji w Unii Europejskiej.



Liczba praktykujących lekarzy na 10 000 mieszkańców w krajach UE w 2013 r. Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat, 2015

Dramatyczna sytuacja występuje również w polskiej psychiatrii. Polscy pacjenci czekają nawet kilka miesięcy w kolejce do poradni zdrowia psychicznego. Na choroby psychiczne zapada w Polsce coraz więcej osób, tymczasem specjalistów w tej specjalności brakuje. Warto podkreślić, że w przypadku chorób psychicznych nie wystarcza jednorazowa konsultacja. W wielu przypadkach leczenie może trwać kilka miesięcy, lat, a nawet całe życie. Zapotrzebowanie na lekarzy tej specjalności jest zatem spore i będzie coraz większe. Tymczasem w 2013 r. pracowało w Polsce około 3 300 psychiatrów, a ocenia się, że powinno być ponad dwa razy więcej. Absolwenci studiów medycznych nie widzą perspektyw w tej niedofinansowanej specjalności medycznej.

W 2013 r. na 100 000 mieszkańców przypadało tylko 8,8 psychiatrów. W większości krajów unijnych wskaźnik ten był ponad dwukrotnie wyższy. Najlepsze wskaźniki zaobserwowano w takich krajach jak: Francja (22,6), Szwecja (22), Holandia (22), Litwa (21,8), Niemcy (21,6), Finlandia (20,7), Luksemburg (20,6). Z kolei większe problemy z niedoborem lekarzy tej specjalności występują tylko w dwóch krajach: na Maltie (8,5) i w Bułgarii (8,1). W polskiej psychiatrii brakuje nie tylko specjalistów, ale również łóżek szpitalnych i pieniędzy. Jak w przypadku wielu innych specjalności usługi medyczne są tu wycenione na zbyt niskim poziomie.

Brakuje nie tylko lekarzy

Najliczniej reprezentowaną grupę zawodów medycznych stanowią pielęgniarki. W 2013 r. pracowało w Polsce około 200 tys. pielęgniarek. Warto podkreślić, że było to jedynie 71 proc. pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawo-

du. Z danych Eurostatu wynika, że podobnie jak w przypadku lekarzy również liczba polskich pielęgniarek na 10 000 mieszkańców jest mniejsza niż średnia dla krajów UE i wynosiła 52,7. Z kolei średnia dla analizowanych państw Unii Europejskiej wynosiła 81,4.

Przeciętne zasoby pielęgniarek w Polsce, w porównaniu z innymi krajami UE, nie są imponujące. Polska plasuje się pod tym względem na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej. Gorzej od Polski wypada jedynie pięć krajów: Hiszpania (51,4), Cypr (49), Łotwa (48,8), Bułgaria (44,7) i Grecja (35,5). Z kolei najwięcej pielęgniarek na 10 000 mieszkańców przypada w Danii (163), Finlandii (141,2), Niemczech (128,4) i Irlandii (126,4). Wskaźnik dla Polski jest znacznie mniejszy od średniej unijnej wynoszącej 81,4.

Niedobory pielęgniarek w polskim systemie ochrony zdrowia wynikają, podobnie jak w przypadku lekarzy, z emigracji, a także z małego zainteresowania kierunkiem pielęgniarskim. Jest to spowodowane stosunkowo niskimi wynagrodzeniami pielęgniarek w Polsce, niskim statusem społecznym w tym zawodzie, a z drugiej strony wysokim poziomem odpowiedzialności, długim okresem kształcenia, wysokimi wymaganiami zawodowymi i społecznymi. Pod względem liczby absolwentów kierunku pielęgniarskiego też jesteśmy poniżej średniej unijnej.

Wnioski

Skutkiem problemów kadrowych w polskim systemie ochrony zdrowia są ciągle rosnące kolejki do specjalistów oraz korupcja w ochronie zdrowia. Do głównych przyczyn problemów związanych z niedoborem lekarzy i pielęgniarek w Polsce zalicza się niski poziom finansowania ochrony zdrowia i proces starzenia się społeczeństwa, który wpływa na rosnącą zachorowalność na choroby przewlekłe, a z drugiej strony oddziałuje negatywnie na średnią wieku kadr medycznych. Ta z roku na rok jest coraz wyższa.

Problem niedoboru personelu medycznego pogłębia dodatkowo zjawisko migracji, powodujące nadmierny odpływ wykwalifikowanych kadr medycznych z Polski do krajów lepiej rozwiniętych. Nie bez znaczenia są również czynniki epidemiologiczne, wysokie tempo postępu technologicznego i coraz wyższy poziom rozwoju nauk medycznych.

Zbyt niska wycena wielu procedur medycznych przez płatnika i niedofinansowanie podmiotów leczniczych powoduje, że nie są one w stanie utrzymać odpowiedniej liczby kadr medycznych, adekwatnej do rosnących potrzeb społeczeństwa. Często zdarza się, że są one zmuszane do optymalizacji kosztów poprzez redukcję etatów, np. na stanowiskach pielęgniarek i położnych lub zawieranie z zatrudnionym personelem umów cywilnoprawnych.

Z drugiej strony znacznie wyższy poziom wynagrodzeń kadr medycznych w krajach Europy Zachodniej stanowi motywację dla lekarzy i pielęgniarek do wyjazdu i pracy poza granicami kraju, gdzie oprócz wyższych wynagrodzeń mogą liczyć na możliwości rozwoju zawodowego i podnoszenia swoich kwalifikacji. Przyczyną migracji kadr medycznych jest również utrudniony dostęp do niektórych specjalizacji. Migrację umożliwiają jednolite kryteria uznawania kwalifikacji zawodowych w państwach UE. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej zaświadczenia potrzebne do podjęcia pracy w innych krajach UE uzyskało już 7 proc. ogólnej liczby lekarzy wykonujących zawód (dane za 2014 r.).

Według szacunków Unii Europejskiej przedstawionych w dokumencie „EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends” braki zasobów ludzkich w systemie zdrowotnym na poziomie UE już w 2020 r. będą wynosić ok. miliona pracowników, w tym niedobory lekarzy szacowane są na poziomie ok. 230 000.

Kadry lekarskie polskiego systemu zdrowotnego

Tekst Alicja Domagała

Wprowadzenie

Organizacje międzynarodowe zajmujące się problematyką zdrowia od lat dużą wagę przypisują problemom pracowników medycznych, gdyż są oni podstawą każdego systemu zdrowotnego i stanowią kluczowe zasoby warunkujące poziom dostępności i jakości usług medycznych. Analizy stanu zdrowia populacji wskazują na bezpośrednią zależność pomiędzy stanem zdrowia populacji a liczebnością kadry medycznej. Postępujący aktualnie proces starzenia się populacji oraz wzrost zachorowań na choroby przewlekłe, prognozują zwiększenie zapotrzebowania na usługi medyczne, a tym samym zwiększenie zapotrzebowania na personel medyczny¹. Z drugiej strony ograniczenia ekonomiczne wymuszają racjonalizację wydatków finansowych na opiekę zdrowotną, co skutkuje koniecznością racjonalizacji zatrudnienia. Ok. 50-70 proc. budżetu opieki zdrowotnej jest przeznaczane na wynagrodzenia pracowników i inne koszty bezpośrednie związane z zatrudnieniem pracowników, stąd restrykcje finansowe mają wyraźny wpływ na poziom zatrudnienia. W ostatnich latach zagadnienia dotyczące niedoborów kadr medycznych, luki pokoleniowej w grupie lekarzy i pielęgniarek oraz prognoz w tym zakresie są więc tematami bardzo aktualnymi i ważnymi. Dokumentem, który zainicjował debatę międzynarodową o problemach kadr medycznych w Europie był raport WHO pt. *Human resources for health in the WHO European Region*, w którym problemy te określono jako „światowy kryzys zasobów kadr medycznych”, podkreślając, że zjawisko to dotyczy zarówno krajów biednych, jak i bogatych. O aktualnym kryzysie sytuacji kadr medycznych zdecydowało wiele czynników, z których najważniejsze to: nieefektywne zarządzanie zasobami ludzkimi (w tym brak racjonalnej polityki kadrowej), niedostosowanie struktury zatrudnienia do profilu i zakresu świadczonych usług, brak planowania w systemie edukacji oraz w wielu krajach – niedofinansowania ochrony zdrowia. Aktualnymi problemami większości krajów są problemy dotyczące kształcenia i szkoleń zawodowych, zapewnienia satysfakcjonującego poziomu wynagrodzenia oraz utrzymania pracowników na stanowiskach pracy².

Według szacunków Unii Europejskiej przedstawionych w dokumencie „EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends” braki zasobów ludzkich w systemie zdrowotnym na poziomie UE już w 2020 r. będą wynosić ok. miliona pracowników, w tym niedobory lekarzy szacowane są na poziomie ok. 230 000.

Deficytu tego nie da się zlikwidować w krótkim czasie, gdyż proces kształcenia lekarzy trwa od kilku do kilkunastu lat, a więc ewentualne błędy i zaniedbania w planowaniu kadr medycznych mogą mieć poważne konsekwencje dla systemu przez wiele lat. Ponadto specyfika systemu opieki zdrowotnej wymaga opracowania i wdrożenia skutecznych mechanizmów monitorujących zapotrzebowanie i dostępność kadr medycznych.

W przypadku polskiego systemu zdrowotnego nie dysponujemy szczegółowymi prognozami w zakresie dostępności kadry lekarskiej, gdyż polityka kształtowania kadr lekarskich jest zdecydowanie niewystarczająca, brak formalnych struktur odpowiedzialnych za planowanie kadr medycznych, na poziomie rządowym nie są prowadzone działania planistyczne w tym obszarze, podczas gdy informa-



Fot. z archiwum autorki

Dr Alicja Domagała

Adiunkt w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Zainteresowania badawcze: zarządzanie zasobami ludzkimi w jednostkach ochrony zdrowia i kadry systemu zdrowotnego

Źródło grafiki:
www.pixabay.com/photos/tie-216992/PublicDomainPictures

cje i prognozy podawane przez środowisko lekarskie i ekspertów są bardzo niepokojące. Przyczyny niedoboru kadrowego wśród lekarzy w Polsce są złożone, a do najczęściej wymienianych zalicza się: migracje lekarzy z Polski do innych krajów UE, postępujący proces starzenia się tej grupy zawodowej, trudne warunki pracy i ciągle niesatysfakcjonujący poziom wynagrodzeń.

Diagnoza sytuacji kadry lekarskiej w Polsce

Według danych publikowanych przez Naczelną Izbę Lekarską łączna liczba osób wykonujących zawód lekarza na dzień 31 grudnia 2015 r. wyniosła **131 076**, a zarejestrowanych członków izb w tej grupie odnotowano **143 157** osób (bez lekarzy dentystów i lekarzy posiadających podwójne prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty). Wynika z tych danych, że 8,4 proc. osób posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza nie praktykuje w zawodzie.

”

Według raportu autorstwa Romualda Krajewskiego z Naczelnej Izby Lekarskiej, średni wiek lekarza wykonującego zawód w Polsce wynosi obecnie 49,5 lat, zaś średni wiek lekarza posiadającego specjalizację i wykonującego zawód to 54,5. (...) Migracja kadry lekarskiej jest kolejnym negatywnym zjawiskiem w polskim systemie ochrony zdrowia. Według informacji statystycznych NIL, na dzień 31.12.2105 r. wydano 9 337 zaświadczeń lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE, co pozwala szacować skalę migracji na poziomie ok. 7 proc. czynnych zawodowo lekarzy.

“

Według danych publikowanych w raporcie *Health at a Glance 2015 OECD Indicators*³, Polska charakteryzuje się najniższą wartością wskaźnika zatrudnienia lekarzy na 1000 mieszkańców wśród krajów regionu europejskiego należących do OECD. Ponadto analiza tego wskaźnika na przestrzeni lat pokazuje, że Polska jest jednym z niewielu krajów OECD, w którym liczba lekarzy w ostatnich kilkunastu latach nie wzrosła. Średnia wartość tego wskaźnika dla wszystkich krajów OECD w 2013 r. wyniosła 3,3 lekarzy/1000 mieszkańców, a dla Polski zaledwie – 2,2/1000. Wartość wskaźnika liczby lekarzy na 1000 mieszkańców dla Polski przedstawione w raporcie OECD znajdują potwierdzenie w statystykach prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia⁴. Średnia wartość omawianego wskaźnika dla województw w 2013 r. wyniosła 2,17 lekarza na 1000 mieszkańców i dla wszystkich województw naszego kraju wskaźnik ten był niższy niż średnia dla krajów OECD.

Spośród krajów europejskich największa liczba czynnych zawodowo lekarzy na 1000 mieszkańców występuje w Grecji (6,3) oraz Norwegii (4,3). Ciekawym przypadkiem jest Wielka Brytania, dla której wskaźnik ten w okresie 2000-2013 wzrósł z 2,0 do 2,8. Należy jednak zaznaczyć, że udział procentowy lekarzy imigrantów wśród lekarzy zatrudnionych w Wielkiej Brytanii wynosi aż 28,7 proc., co oznacza, że wzrost wskaźnika uzyskano nie tylko poprzez zwiększenie liczby kształconych lekarzy, ale także częste zatrudnianie lekarzy innej narodowości.

Wśród najistotniejszych problemów dotyczących dostępności kadry lekarskiej w Polsce zwraca się szczególną uwagę na starzenie się grupy zawodowej lekarzy. Aktualną strukturę wiekową lekarzy w Polsce przedstawia tabela nr 2 (s. 9).

Według raportu autorstwa Romualda Krajewskiego z Naczelnej Izby Lekarskiej, średni wiek lekarza wykonującego zawód w Polsce wynosi obecnie 49,5 lat, zaś średni wiek lekarza posiadającego specjalizację i wykonującego zawód to 54,5. Liczba lekarzy

aktywnych zawodowo zaczyna zmniejszać się od grupy 61-65 lat, od tego wieku zaczyna się także zmniejszać liczba lekarzy specjalistów⁵. Niekorzystna struktura wiekowa lekarzy prowadzi do problemu tzw. luki pokoleniowej.

Migracja kadry lekarskiej jest kolejnym negatywnym zjawiskiem w polskim systemie ochrony zdrowia. Według informacji statystycznych NIL, na dzień 31.12.2105 r. wydano 9 337 zaświadczeń lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE, co pozwala szacować skalę migracji na poziomie ok. 7 proc. czynnych zawodowo lekarzy⁶. Wśród lekarzy odbierających w izbach lekarskich zaświadczenia potrzebne do podjęcia pracy w innych krajach UE są nie tylko rezydenci, czy młodzi lekarze. Wśród osób pobierających zaświadczenie w okresie od 1 stycznia do 1 grudnia 2015 r. aż 22,3 proc. stanowili lekarze pomiędzy 40. a 50. rokiem życia, zaś lekarze pomiędzy 50. a 60. rokiem życia stanowili 12,8 proc. Przesłanki ekonomiczne są głównym, ale nie jedynym motywem migracji. Osoby, które decydują się na wyjazd do pracy za granicą, decyzje swoje motywują nie tylko niskim poziomem wynagrodzenia w kraju i koniecznością podejmowania pracy na kilku etatach, ale także trudnymi warunkami pracy, ograniczeniami i barierami w ścieżce kariery zawodowej, nieszanowaniem dopuszczalnego czasu pracy, utrudnieniami w podjęciu specjalizacji, problemami związanymi z kształceniem ustawicznym oraz ogólnym kryzysem w polskim systemie ochrony zdrowia.

Planowanie kadry lekarskiej

Na szczeblu europejskim niedobory kadry medycznej od lat traktowane są w sposób priorytetowy. Proponowanych jest wiele rozwiązań tego problemu, a działania te wymagają wielosektorowej współpracy i oparcia współczesnej polityki zdrowotnej na odpowiednim zarządzaniu, jak i planowaniu kadr medycznych. Jednym z postulowanych przez ekspertów rozwiązań problemu niedoboru lekarzy jest zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne, jak również liczby miejsc kształcenia specjalizacyjnego finansowanych z budżetu centralnego. Racjonalna polityka kształtowania kadr lekarskich z jednej strony wymaga planowania limitów kształcenia, aby nie ponosić nadmiernych kosztów, ale z drugiej strony wymaga zapewnienia wystarczających zasobów kadry w przyszłości. Ponadto liczba osób podejmujących kształcenie zmniejsza się o tych, którzy nie kończą studiów, nie podejmują pracy w zawodzie oraz wyjeżdżają do pracy za granicą.

Nowym trendem, obserwowanym w ostatnich latach w Polsce, jest zainteresowanie uruchamianiem studiów medycznych przez uczelnie ogólne. Za otwarciem kierunku lekarskiego na uczelniach niemedycznych przemawiają następujące czynniki: narastający problem niedoboru kadry lekarskiej, zmiany w kształceniu lekarzy, podniesienie prestiżu regionu posiadającego własny uniwersytet medyczny. W roku 2015 uprawnienia do prowadzenia jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim uzyskały trzy uniwersytety niemedyczne: Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Medycyny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Wydział Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Według Naczelnej Izby Lekarskiej limity przyjęć na stacjonarne studia medyczne nie zapewniają jednak utrzymania nawet obecnej liczby lekarzy, zwłaszcza wobec problemu luki pokoleniowej, która jest niepokojącym zjawiskiem (ok. 30 proc. obecnie pracujących lekarzy przekroczyło 60. rok życia, czyli w najbliższych latach odejdą na emeryturę). NIL postuluje więc istotne zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne. Hamulcem zwiększenia limitów przyjęć na studia medyczne są jednak restrykcje finansowe, gdyż kierunek lekarski jest jednym z najdroższych kierunków studiów, a koszty wykształcenia studenta medycyny są bardzo wysokie. Limity przyjęć na studia stacjonarne na kierunku lekarskim przez lata utrzymywały się na względnie stałym poziomie. Istotna zmiana dokonała się w roku akademickim 2015/2016, gdyż zwiększono limity przyjęć na kierunku lekarskim o 394 miejsca na jednolitych

studiach magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej w języku polskim oraz wzrost o 183 miejsca na studiach niestacjonarnych. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2015 r. w sprawie limitów przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny (Dz. U. z dnia 7.8.2015, poz. 1119) limit przyjęć na kierunek lekarski na jednolitych studiach magisterskich stacjonarnych dla obywateli polskich w roku akademickim 2015/2016 wyniósł 3 529 oraz 1 048 na studiach niestacjonarnych.

Podsumowanie

- Sytuacja kadr lekarskich w Polsce jest aktualnie obszarem wymagającym szczególnej troski i zaangażowania decydentów zdrowotnych. Sytuację tę charakteryzują następujące problemy: najniższy w UE wskaźnik zatrudnienia lekarzy na 1000 mieszkańców, postępujące zjawisko starzenia się tej grupy zawodowej, niedobory kadrowe w wielu specjalnościach medycznych oraz zjawisko migracji zawodowej.
- Diagnoza stanu zasobów kadry lekarskiej jest bardzo niekorzystna, zarówno w ujęciu ilościowym (najniższy wśród krajów OECD regionu europejskiego wskaźnik zatrudnienia lekarzy), jak i demograficznym (starzejąca się struktura wiekowa tej grupy zawodowej), co w perspektywie najbliższych lat może spowodować nasilenie problemu dostępności do świadczeń zdrowotnych.
- Polityka kształtowania kadr lekarskich w naszym kraju jest zdecydowanie niewystarczająca. Brak jest w Polsce formalnych struktur oraz dokumentów kierunkowych w zakresie planowania kadr lekarskich, jak również regularnych prognoz planistycznych (choć pojawiają się prognozy samorządu lekarskiego i prace eksperckie w tym obszarze), co jest jedną z przyczyn poważnych problemów z zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych.
- Dynamika liczby dostępnych miejsc na kierunku lekarskim w ostatnim latach zmieniała się nieznacznie, dopiero w roku akademickim 2015/2016 wzrost był znaczący. Kształcenie lekarzy w Polsce prowadzone jest aktualnie przez 15 uczelni wyższych (w tym 3 uczelnie niemedyczne). Proces kształcenia lekarzy jest procesem długotrwałym, okres od rozpoczęcia studiów medycznych do ukończenia specjalizacji trwa na ogół od kilku do kilkunastu lat (w zależności od rodzaju specjalizacji). Ponadto lekarz zobligowany jest do ciągłej aktualizacji wiedzy w ramach kształcenia ustawicznego. Dlatego wszelkie zmiany w tym zakresie powinny być wprowadzane bardzo starannie w oparciu o rzetelne analizy i prognozy.
- Działania na rzecz poprawy sytuacji kadr lekarskich powinny być kontynuowane przy ścisłej współpracy wszystkich podmiotów i instytucji odpowiedzialnych za kształcenie, zatrudnienie i zarządzanie pracownikami medycznymi tj.: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, uczelnie medyczne, izby lekarskie, izby pielęgniarskie, stowarzyszenia zawodów medycznych, związki zawodowe, stowarzyszenia pracodawców systemu opieki zdrowotnej, konsulatntów krajowych i wojewódzkich poszczególnych dziedzin medycyny oraz organy administracji samorządowej.

Pełna wersja tekstu i wykaz piśmiennictwa dostępne na stronie: medium.dilnet.wroc.pl

Bibliografia:

- Domagała A., *Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność?* Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2013: T. 11, nr 2.
- Włodarczyk C. W., Domagała A., *Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania.* Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, nr 2/2011.
- OECD, Health at a Glance 2015 OECD Indicators, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en [dostęp 2016-01-15].
- Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2015.*
- Raport NIL, *Lekarze specjaliści i lekarze dentyści specjaliści 2015*, Krajewski R., Naczelna Izba Lekarska <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/lekarze-specjalisci-i-lekarze-dentysty-specjalisci-sytuacja-demograficzna>
- http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0010/104140/Zestawienie-nr-06a.pdf

Tabela 1. Liczba lekarzy i dentystów wykonujących zawód wg województwa, miejsca zameldowania i tytułu zawodowego

Województwo	Liczba lekarzy i lek. dentystów wykonujących zawód				Liczba członków izby
	Lekarze	Dentyści	Podw. PWZ	Łącznie	Łącznie
dolnośląskie	10 503	3 062	13	13 578	15 182
kujawsko-pomorskie	6 106	1 275	11	7 392	7 814
lubelskie	7 870	2 113	12	9 995	10 675
lubuskie	2 322	797	6	3 125	3 437
łódzkie	10 432	2 736	46	13 214	14 479
małopolskie	12 262	3 307	33	15 602	16 501
mazowieckie	22 244	5 814	103	28 161	32 341
opolskie	2 340	667	8	3 015	3 274
podkarpackie	5 423	1 620	7	7 050	7 573
podlaskie	4 909	1 408	29	6 346	6 665
pomorskie	7 696	2 141	9	9 846	11 787
śląskie	16 149	3 925	94	20 168	21 694
świętokrzyskie	3 761	1 076	7	4 844	4 991
warmińsko-mazurskie	3 473	916	3	4 392	4 819
wielkopolskie	9 973	2 857	52	12 882	14 384
zachodnio-pomorskie	5 379	1 641	12	7032	7 983
brak informacji	233	106	2	342	360
ŁĄCZNIE	131 075	35 461	447	166 984	183 959

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych statystycznych publikowanych przez Naczelną Izbę Lekarską wg stanu na dzień 31.12.2015 r. (http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0015/104136/Zestawienie-nr-02.pdf [dostęp 2016-01-20])

Tabela 2. Zestawienie lekarzy i lekarzy dentystów wg wieku, płci i tytułu zawodowego

"Mężczyźni kategoria wiekowa"	Liczba lekarzy i lek. dentystów wykonujących zawód			
	Lekarze	Dentyści	Podw. PZW	Łącznie
do 25 lat	29	120	0	149
26-30 lat	5 045	1 221	5	6 271
31-35 lat	4 178	1 127	14	5 319
36-40 lat	4 422	1 074	33	5 529
41-45 lat	5 456	1 119	53	6 628
46-50 lat	7 303	1 164	42	8 509
51-55 lat	7 422	754	32	8 208
56-60 lat	6 967	730	27	7 724
61-65 lat	5 930	545	13	6 488
66-70 lat	3 444	328	15	3 787
od 71 lat	5 694	429	18	6 141
ŁĄCZNIE	55 890	8 611	252	64 753
"Kobiety kategoria wiekowa"	Liczba lekarzy i lek. dentystów wykonujących zawód			
	Lekarze	Dentyści	Podw. PZW	Łącznie
do 25 lat	70	329	0	399
26-30 lat	8 559	3 087	3	11 649
31-35 lat	7 710	3 027	13	10 750
36-40 lat	6 648	2 769	30	9 447
41-45 lat	6 838	2 868	39	9 745
46-50 lat	8 736	3 560	29	12 325
51-55 lat	8 232	3 309	32	11 573
56-60 lat	9 117	2 214	15	11 346
61-65 lat	7 298	2 438	12	9 748
66-70 lat	5 167	1 567	8	6 742
od 71 lat	6 810	1 682	14	8 506
ŁĄCZNIE	75 185	26 850	195	102 230
ŁĄCZNIE	131 075	35 461	447	166 983

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych publikowanych przez NIL wg stanu na dzień 31.12.2015 r., http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0016/104137/Zestawienie-nr-03.pdf



Fot. z archiwum autorki

Dr hab. Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska

Jest zatrudniona na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego. Specjalizuje się w problematyce biznesowego funkcjonowania podmiotów opieki zdrowotnej. Jest autorką kilku książek (m.in. „Lekarz i przedsiębiorczość. Od teorii do praktyki”) i kilkudziesięciu artykułów z tego zakresu. Prowadzi wykłady i szkolenia z marketingu relacji skierowane do personelu podmiotów opieki zdrowotnej.



Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/14445634744_3d2d72c990_o/ / NEC Corporation of America

E-zdrowie dedykowane pacjentom – korzyści i ograniczenia

Tekst Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska

Przemiany społeczne, zachodzące w Polsce od 25 lat, kreują rosnące oczekiwania Polaków wobec jakości codziennego życia. Przekłada się to m.in. na oczekiwanie dostępnej i efektywniejszej kosztowo opieki zdrowotnej, a także dążenie do zdrowego stylu życia. Sposobem na zaspokojenie przynajmniej części potrzeb w tym zakresie mogą być usługi elektroniczne w obszarze zdrowia. Celem artykułu jest przedstawienie telemedycyny jako sposobu na poprawę dostępności wybranych usług medycznych, a także zwrócenie uwagi na przeszkody w jej praktycznej realizacji.

E-ZDROWIE – ISTOTA

Usługi elektroniczne w zdrowiu obejmują wszystkie możliwe zastosowania nowoczesnych technologii informacyjnych i komunikacyjnych we wzajemnych relacjach lekarzy, instytucji ochrony zdrowia (szpitali, przychodni) i ich pacjentów. W szczególności e-zdrowie:

- odnosi się do narzędzi i usług z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT), które mogą polepszyć działania związane z zapobieganiem chorobom, ich diagno-

”

W Polsce telemedycyna koncentruje się głównie na opracowywaniu i wdrażaniu systemów do przesyłania sygnałów EKG, zdjęć RTG, obrazów USG w celach konsultacyjnych, a także na sprawnej organizacji baz danych i systemów kontroli dostępu do nich. Jednak podejmowane działania nie mają charakteru kompleksowego – ukierunkowane są na poszczególne działy medycyny jak: kardiologia, radiologia, neurologia czy ortopedia. A gospodarka elektroniczna tworzy nowe ramy kontaktów na płaszczyźnie pacjent – lekarz, umożliwiające nie tylko zmniejszanie asymetrii informacyjnej między nimi, ale również stwarza możliwości do optymalizacji kosztów procesu leczniczego (np. dzięki eliminacji dublujących się badań).

“

zowanie i leczenie (funkcjonują już m.in. portale dla specjalistów: www.egastroenterologia.pl/; www.ereumatologia.pl/; www.eonkologia.pl/; www.edermatologia.pl/), a także monitorowanie sytuacji i zarządzanie w tej dziedzinie;

- może przynieść korzyści ogółowi społeczeństwa poprzez ułatwienie dostępu do usług opieki zdrowotnej oraz polepszenie ich jakości, a także poprzez zwiększenie skuteczności działań sektora zdrowia;
- obejmuje wymianę informacji i danych między pacjentami i placówkami opieki zdrowotnej, szpitalami, personelem medycznym oraz sieciami informacji o zdrowiu, elektroniczne rejestry medyczne, usługi w zakresie telemedycyny, przenośne urządzenia monitorujące stan pacjenta, oprogramowanie zarządzające grafiką sali operacyjnej, zastosowanie robotów w chirurgii oraz badania podstawowe w oparciu o wirtualny model fizjologii człowieka.

Z przedstawionego rozróżnienia wynika, że e-usługi w obszarze zdrowia można podzielić na następujące kategorie: 1. usługi oparte na relacjach lekarzy i pacjentów (e-konsultacje medyczne, elektroniczne recepty, kontrola stanu zdrowia pa-

cjenta), które pozwalają na „przybliżenie” pacjenta do lekarza; 2. usługi skierowane bezpośrednio do pacjentów (elektroniczne konta zdrowotne, medyczne portale informacyjne i edukacyjne, apteki internetowe); 3. usługi skierowane bezpośrednio do lekarzy (portale wiedzy i narzędzia szkoleniowe dla lekarzy).

Skupiając się na usługach e-zdrowia dedykowanych pacjentom, można wskazać na następujące ich obszary¹: m-zdrowie – aplikacje mobilne, telemonitoring i teleopieka, telekonsultacje, telediagnostyka, telezabiegi/teleoperacje i telerehabilitacja.

Przyjmując, że telemedycyna stanowi „transfer informacji medycznych z jednego odległego miejsca do innego, który wykorzystuje elektroniczną komunikację w celu prewencji chorób, utrzymania zdrowia, zapewnienia i monitoringu opieki zdrowotnej pacjenta, edukacji pacjentów i osób świadczących im opiekę zdrowotną, a także wsparcia pracowników opieki zdrowotnej z innych dyscyplin. To zdalna medyczna diagnoza, konsultacja i leczenie, które można zastosować synchronicznie (w czasie rzeczywistym) lub asynchronicznie.”² Możemy zauważyć, że jej rolą może być dostarczanie usług medycznych pacjentom 24 godz. na dobę. Tym samym zwiększa ona dostępność i jakość usług medycznych i może budować poczucie bezpieczeństwa pacjenta.

W Polsce problematyka e-zdrowia jest podejmowana od kilku lat. W dokumencie „Strategia e-zdrowie Polska na lata 2009-2015” do priorytetów obszarze e-zdrowie zaliczono: ułatwienie dostępu obywateli do informacji z zakresu ochrony zdrowia; poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie elektronicznego obiegu dokumentacji; unowocześnienie systemu informacji medycznej w celu analizy zapotrzebowania na realizowane świadczenia zdrowotne; praktyczną realizację budowy rozwiązań IT w ochronie zdrowia zgodnych z wytycznymi Komisji Europejskiej, umożliwiającą włączenie Polski w obszar „interoperacyjnego” elektronicznego zapisu medycznego – EHR (Electronic Health Record).

W ramach informatyzacji ochrony zdrowia na poziomie centralnym najważniejszy był projekt P1³ – Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, który miał na celu: poprawę jakości obsługi pacjentów, planowanie opieki zdrowotnej, realizację elektronicznych rozliczeń, umożliwienie realizacji zarządzania kryzysowego, zapewnienie interoperacyjności z europejskimi platformami elektronicznymi w zakresie obszaru ochrony, zapewnienie wiarygodności danych o zdarzeniach medycznych.

Prace nad projektem miały zakończyć się 31 grudnia 2015 r., dziś wiadomo, że nie udało się go zrealizować. Jednak kontynuacja prac jest koniecznością⁴, nie tylko ze względu na wydane już 493 mln zł (z czego 402 mln z UE), ale ze względu na możliwości, jakie stwarza. Projekt P1 to m.in. Internetowe Konto Pacjenta – bezpłatna aplikacja internetowa, dzięki której każdy obywatel będzie miał dostęp do informacji o swoich świadczeniach medycznych (finansowanych tak ze środków publicznych, jak i prywatnych). Usługa będzie wykorzystywana w relacji lekarz – pacjent, gdyż zapewni lekarzowi bezpośredni dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta. Funkcjonowanie IKP mogłoby przynieść w długim okresie pozytywne efekty: na płaszczyźnie mikro-mikro – poprawy jakości obsługi pacjenta (również wystawiania szybszych/bardziej trafnych diagnoz); na płaszczyźnie mikro – wyników ekonomicznych podmiotów opieki zdrowotnej i makro – poprawy stanu zdrowia społeczeństwa i racjonalizacji kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Do szczegółowych korzyści posiadania IKP przez pacjenta można zaliczyć:

- gromadzenie informacji o zdrowiu pacjenta w jednym miejscu (co z jednej strony daje możliwość podniesienia jakości

opieki medycznej nad pacjentem – lekarz ma informacje na temat przebytych chorób, przyjmowanych leków itp.; a z drugiej strony pozwoli na obniżenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia m.in. dzięki wyeliminowaniu dublujących się badań diagnostycznych);

- szybki i łatwy dostęp do informacji o zdrowiu pacjenta wszędzie tam, gdzie pacjent się znajduje i jest dostęp do Internetu (może to stanowić również pewne ograniczenie w sytuacji, gdy podmiot opieki zdrowotnej nie zostanie w pełni zinformatygowany lub pacjent nie będzie miał dostępu do Internetu);
- automatyczny system informujący o uczuleniach (który może chronić zdrowie, a nawet życie pacjenta) tak lekarza wystawiającego receptę, jak i farmaceutę, który będzie miał ją zrealizować;
- automatyczny system informujący o możliwych interakcjach leku, który ma być przepisany pacjentowi z tym, który pacjent już zażywa (co przyczyni się nie tylko do ochrony zdrowia pacjenta, ale może przyczynić się również do skrócenia czasu leczenia);
- dostęp do informacji o tańszych zamiennikach leku (pacjent może sprawdzić, czy i ile może zaoszczędzić, realizując receptę);
- możliwość poinformowania pacjenta o umówionym terminie wizyty lekarskiej, badaniu diagnostycznym czy profilaktycznym programie zdrowotnym (dedykowanym pacjentowi ze względu na jego wiek czy profil zdrowotny), co może mieć wpływ na poprawę ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa (np. przeciwdziałanie próchnicy u dzieci);
- dostęp do specjalistycznych serwisów zdrowotnych;
- możliwość samodzielnego uzupełniania danych przez pacjenta (np. o uczuleniach, przebytych wcześniej chorobach itp.), co zapewni kompletność informacji.

Kolejnym przykładem rozwiązania w ramach projektu P1 jest e-zwolnienie (funkcjonujące od 1 stycznia br.). Wystawienie e-zwolnienia ma zajmować lekarzowi mniej czasu, bo wchodząc na PUE (Platformę Usług Elektronicznych ZUS) i wpisując PESEL pacjenta, uzyskuje automatyczny dostęp do jego danych (czy danych dzieci, nad którymi sprawuje opiekę). Inne dane: adres, NIP pracodawcy czy numer statystyczny choroby będą uzupełniane automatycznie. Jednak słychać głosy lekarzy, że konieczność posługiwania się podpisem elektronicznym może ograniczyć możliwości tego rozwiązania. Z punktu widzenia makroekonomii istotne jest to, że system zweryfikuje datę rozpoczęcia zwolnienia i czas jego trwania, co może wpłynąć na poprawę możliwości kontrolnych ZUS-u (i jak się wydaje ograniczenie wielkości wypłacanych świadczeń).

I trzeci sztandarowy element projektu P1 – e-recepta (do 31.12.2017 r. lekarze w szpitalach i przychodniach będą mogli wystawiać recepty zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej), ma również skrócić pracę lekarza/pielęgniarki przy jej wystawianiu, pacjentowi dać możliwość, by „się nie zgubił”. Jak podkreślają S. Czubowska i K. Klinger dziś nie ma jeszcze przepisów, które udzielałyby odpowiedzi na pytanie, czy pielęgniarka będzie mogła ją wystawić (czy uprawnienia do wystawiania recept papierowych zostaną automatycznie przeniesione na e-recepty?), co ma zrobić pacjent/lekarz/pracownik apteki w przypadku awarii systemu?

POLACY A TELEMEDYCYN

Zmiana kontaktu osobistego pomiędzy pacjentem i lekarzem na komunikację elektroniczną może być postrzegana przez część pacjentów jako odhumanizowanie opieki medycznej i z tego względu mogą pojawić się bariery w realizacji telemedycyny. Wyniki badania przeprowadzonego przez CBOS w 2013 r. na grupie 965 dorosłych Polaków pokazują, że im



pacjenci młodszy, tym częściej deklarują zainteresowanie poradnictwem internetowym: wśród badanych w wieku 18-24 blisko 90 proc. respondentów deklaruje gotowość do zdalnych konsultacji; wśród badanych 65+ jedynie co czwarty deklaruje gotowość do korzystania z telemedycyny, większość wyklucza taką możliwość. Zainteresowanie telemedycyną jest również zależne od miejsca zamieszkania pacjentów – częściej skłonni są do korzystania z e-poradnictwa mieszkańcy dużych miast:

- powyżej 500 000 mieszkańców – odsetek mieszkańców zainteresowanych tą formą kontaktu z wynosi 79 proc.;
- powyżej 100 000 mieszkańców 75 proc. deklaruje zainteresowanie telemedycyną;
- na wsi zainteresowanie zdalnym poradnictwem zdrowotnym wyraża 57 proc. badanych.

Oprócz nastawienia pacjentów do idei e-usług zdrowotnych ważny jest również dostęp do narzędzi, umożliwiających korzystanie z e-zdrowia. Osobom, które nie korzystają z Internetu, grozi wykluczenie społeczne (wykluczenie cyfrowe). Termin „wykluczenia cyfrowego” nie sprowadza się tylko do samej fizycznej możliwości dostępu do Internetu, oprócz tego ważne są czynniki takie jak: brak umiejętności posługiwania się Internetem (dotyczy zwłaszcza osób starszych); niska jakość połączenia (szczególnie w małych miastach i na wsi); brak motywacji i wiedzy (niewiedza dotycząca kierunków wykorzystania Internetu, np. w zakresie ochrony zdrowia może prowadzić do braku potrzeby korzystania z Internetu).

Dostępność komputerów i Internetu w różnych typach gospodarstw domowych w 2009 r. i 2013 r.

Status społeczno-zawodowy	Komputer		Internet		Niekorzystający*	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013
Pracownicy sektora publicznego	80,6	87,5	76,4	87,2	3,2	1,3
Pracownicy sektora prywatnego	71,6	82,1	66,3	81,6	4,3	1,4
Prywatni przedsiębiorcy	83,3	88	80,5	87,9	1,8	1,3
Rolnicy	30,5	44,9	25,3	43,2	28,2	12,4
Renciści	22,5	28,6	20,3	28,2	42,9	28,4
Emeryci	15,9	23,4	13,3	22,5	52,5	34,7
Uczniowie i studenci	95,2	99	93,7	98,6	0,4	0,1
Bezrobotni	49,7	66,6	40,9	65,2	14,4	6,3
Inni bierni zawodowo	46,8	56,7	40,9	56,2	14,5	11,9

*Kategoria „niekorzystający” obejmuje osoby, które nie korzystają z nowych technologii – komputer, Internet, telefon komórkowy.

Źródło: Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapliński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013.

Występowanie tych czynników w społeczeństwie może spowolnić rozwój programu e-zdrowie, a samym pacjentom uniemożliwić korzystanie z niego. Warunkiem wykorzystywania przez pacjentów Internetu w kontaktach z placówkami zdrowotnymi jest nie tylko informatyzacja systemu ochrony zdrowia, ale również dostęp pacjentów do komputerów i Internetu, dlatego ta część artykułu zostanie poświęcona określeniu dostępności gospodarstw domowych do komputerów i Internetu w 2013 r. (aby uchwycić kierunek zmian w tym zakresie analizowany będzie okres 2009-2013).

W 2013 r. 70 proc. gospodarstw domowych posiadało komputer, a blisko 67 proc. dostęp do Internetu⁵. Niemal 7 na 10 gospodarstw domowych może zamówić wizytę u lekarza online z domu, co pozwala zauważyć zagrożenie wykluczeniem cyfrowym niektórych gospodarstw domowych. Dostępność

komputerów i Internetu w gospodarstwach domowych jest w dużym stopniu zróżnicowana ze względu na ich typ. Największą grupę użytkowników komputerów i Internetu stanowią osoby czynne zawodowo oraz – co zrozumiałe – uczniowie i studenci, a najmniejszą – emeryci i renciści, a także rolnicy.

Również, jak zauważa J. Czapliński i T. Panek, miejsce zamieszkania wpływa na obecność nowych technologii w gospodarstwach domowych, np. w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców w 2013 r. komputery były w 80,3 proc. gospodarstw domowych (dostęp do Internetu – 80,1 proc.), a na wsiach – komputery w 53,6 proc. gospodarstw domowych (Internet – 53,1 proc.). Dość duże dysproporcje pomiędzy „miastem a wsią” w dostępności do sprzętu (a w konsekwencji i do Internetu, choć tu rozpiętość jest nieco mniejsza) mogą przyczynić się nie tylko do innego postrzegania możliwości, jakie daje Internet w realizacji usług zdrowotnych, ale wręcz do wykluczenia cyfrowego mieszkańców wsi. Tylko część tłumaczy brak względami finansowymi – 7,7 proc. wszystkich gospodarstw domowych nie ma komputera ze względów finansowych, a 7 proc. nie ma Internetu z tego powodu. Z diagnozy społecznej 2013 płynie wniosek, że brak dostępności do Internetu wynika przede wszystkim z braku potrzeb gospodarstw domowych w tym zakresie (z tego względu działania władz powinny być nastawione na uświadomienie takiej potrzeby, nie tylko w kontekście e-zdrowia, ale e-usług publicznych w ogóle).

Zdecydowanie najczęstszym powodem niekorzystania z Internetu był brak potrzeby – 57 proc. gospodarstw bez sieci wskazuje ten powód. W drugiej kolejności podawany jest brak odpowiedniego sprzętu, co nie wyklucza się z brakiem potrzeby. Wśród ważnych powodów braku dostępu do sieci wymieniany jest również brak umiejętności korzystania z niej. Pokazuje to, że twarde bariery dostępu do Internetu (infrastrukturalne czy finansowe) są coraz mniej znaczące (choć ciągle istotne), natomiast przeszkodami w upowszechnianiu nowych technologii – które od lat są wskazywane niemal na tym samym poziomie – są bariery miękkie: brak wiedzy i uświadomionych potrzeb, a także nieposiadanie odpowiednich umiejętności.

Podsumowując, znaczenie twardych barier (infrastrukturalnych czy finansowych) sukcesywnie maleje, natomiast na niemal niezmiennym poziomie pozostają bariery miękkie – mentalne i kompetencyjne. Stanowi to kolejny czynnik mogący przyczynić się do wykluczenia cyfrowego – ponad ¼ gospodarstw domowych niekorzystających z Internetu nie wie, jak z niego korzystać.

PODSUMOWANIE

Informatyzacja kontaktów podmiot medyczny – pacjent staje się coraz bliższa. Jednak „statystyczni Polacy w niektórych grupach społeczno-ekonomicznych” są nieprzygotowani do tego procesu. Przy czym nie chodzi jedynie o barierę dotyczącą infrastruktury (dostęp do komputerów i Internetu z roku na rok jest coraz większy). Istotna jest również bariera kompetencji, dotycząca umiejętności korzystania z Internetu oraz wiedzy dotyczącej tego, co Internet oferuje w ramach realizacji usług zdrowotnych. W kontekście wykorzystywania nowych technologii przez pacjentów pojawia się problem wykluczenia społecznego mieszkańców wsi oraz emerytów i rencistów, a także gospodarstw domowych z osobami bezrobotnymi i innymi biernymi zawodowo. Powodowany jest on zarówno twardymi barierami (brak dostępu do komputera), jak i miękkimi (brak umiejętności posługiwania się komputerem oraz brak wiedzy na temat możliwości, jakie daje Internet w usługach zdrowotnych). Do warunków upowszechnienia rozwiązań telemedycznych można zaliczyć m.in.⁶: przygotowanie odpowiednich regulacji prawnych

(zarówno ustaw, jak i rozporządzeń wykonawczych), zapewnienie bezpieczeństwa danych, zapewnienie odpowiednich możliwości technicznych, merytoryczne uzasadnienie i ekonomiczne uzasadnienie, akceptacja przez płatnika, akceptacja przez pacjentów oraz przez środowisko medyczne.

W Polsce telemedycyna koncentruje się głównie na opracowywaniu i wdrażaniu systemów do przesyłania sygnałów EKG, zdjęć RTG, obrazów USG w celach konsultacyjnych, a także na sprawnej organizacji baz danych i systemów kontroli dostępu do nich. Jednak podejmowane działania nie mają charakteru kompleksowego – ukierunkowane są na poszczególne działy medycyny jak: kardiologia, radiologia, neurologia czy ortopedia. A gospodarka elektroniczna tworzy nowe ramy kontaktów na płaszczyźnie pacjent – lekarz, umożliwiające nie tylko zmniejszanie asymetrii informacyjnej między nimi, ale również stwarza możliwości do optymalizacji kosztów procesu leczniczego (np. dzięki eliminacji dublujących się badań).

Do szczegółowych zalet telemedycyny można zaliczyć: ułatwienie dostępu do opieki medycznej mieszkańcom małych miejscowości; pomoc w usługach specjalistycznych oraz konsultacjach dla mniejszych ośrodków medycznych; polepszenie opieki zdrowotnej na odizolowanych lub odległych obszarach; zdalny dostęp do dokumentacji medycznej oraz wyników badań z komentarzami lekarza i jego zaleceniami co do dalszego postępowania; szybka diagnoza i pomoc medyczna w ratownictwie; ułatwiony dostęp do pomocy medycznej w nagłych przypadkach lub katastrofach naturalnych; zmniejszenie liczby hospitalizowanych osób i zredukowanie liczby (i kosztów) dojazdów do pacjentów, zmniejszone ogólne koszty leczenia i opieki zdrowotnej w kraju – możliwości obniżenia kosztów tkwią m.in.: w zapobieganiu ich duplikacji związanej z wielokrotnym przygotowywaniem danych dla różnych gestorów usług systemu opieki zdrowotnej (np. oszczędności można uzyskać dzięki digitalizacji testów klinicznych i skróceniu czasu przekazywania ich wyników diagnostom, a także zapewnieniu diagnostyki na odległość); aktywnym rozwiązywaniu problemów wynikających ze zwiększenia się populacji obywateli „trzeciego wieku”; zwiększone możliwości podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego, szczególnie na prowincji; oszczędności wynikające z usprawnień administracyjnych; umożliwienie realizacji badań naukowych, dotychczas wymagających pracochłonnych dojazdów oraz scalania danych rozproszonych po różnych podmiotach opieki zdrowotnej; zmniejszenie barier w komunikacji pomiędzy ośrodkami służby zdrowia i możliwość realizacji telemedycznych konsyliów.

Pełna wersja tekstu i wykaz piśmiennictwa dostępne na stronie: medium.dilnet.wroc.pl

Bibliografia:

1. *Raport. Uwarunkowania rozwoju telemedycyny w Polsce*, s. 13, Warszawa 2015 (wersja marcowa), www.kigmed.eu
2. Martyniak J., *Podstawy informatyki z elementami telemedycyny*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2009, s. 180.
3. www.p1.csioz.gov.pl
4. MZ po roboczych ustaleniach z Ministerstwem Cyfryzacji i Ministerstwem Rozwoju podjęło decyzję realizacji projektu P1 w nowym modelu: lata 2016-2017 – uzyskanie funkcjonalności elektronicznej recepty wraz z niezbędnymi elementami internetowego konta pacjenta zasilanego zdarzeniami medycznymi oraz analityki data mining; 2018 r. – uzyskanie funkcjonalności elektronicznego skierowania; 2019 r. – uzyskanie funkcjonalności elektronicznego zlecenia i elektronicznego zwolnienia; 2020 r. – uzyskanie pełnej funkcjonalności hurtowni danych oraz analiz typu data mining.
5. *Diagnoza społeczna 2013...*, op. cit., s. 317.
6. *Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz komitetu regionów w sprawie korzyści telemedycyny dla pacjentów, systemów opieki zdrowotnej i społeczeństwa*, Bruksela, 4.11.2008, KOM (2008) 689.

Reklama

DentaFlex

UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl

 **elmedes**
www.elmedes.pl

601 41 51 51
elmedes@elmedes.pl



KOMPRESOR DA-7001

najcichszy na rynku kompresor
przeznaczony do zasilania jednego unitu
stomatologicznego



LAMPY DENTA

Standardowy model lampy
oświetlenia dziennego o
mocy oświetlenia do 4000
luksów.

Używane od lat w gabinetach dentystycznych na całym świecie lampy światła dziennego szwedzkiego Producenta D-Tec to najpopularniejsze systemy oświetleniowe, które zapewniają maksymalną moc oświetlenia i optymalne odwzorowanie kolorów.

OFERUJEMY STANDARDOWE WYPOSAŻENIE I WIĘKSZOŚĆ CZĘŚCI
ZAPASOWYCH DO UNITÓW STOMATOLOGICZNYCH



- dmuchawki trzyfunkcyjne proste i kątowe
- turbiny z podświetleniem i bez
- mikrosilniki elektryczne z podświetleniem LED
- lampy polimeryzacyjne
- skalery Woodpecker z podświetleniem
- piaskarki, również moduły piaskarek montowane do unitu

 **elmedes**

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

 **ekoRowery**
ROWERY, TRANSPORT

Wrocław, ul. Norweska 4



TELEMEDYCYN W ŚWIECIE NOWYCH POLSKICH REGULACJI PRAWNYCH

Tekst Emilia Sarnacka

Rozwój e-zdrowia w Polsce – dokumentacja medyczna i elektroniczna recepta

Rozwój e-zdrowia jest następstwem ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz niewystarczającej puli środków finansowych państw na usługi medyczne. E-zdrowie związane jest z wieloma problemami zarówno dla systemu zdrowotnego, jak i jego beneficjentów, czyli pacjentów. Jako przykład można podać wykorzystanie komunikacji na odległość, umożliwiające stałe monitorowanie stanu zdrowia pacjenta bez konieczności jego hospitalizacji (telemonitoring). E-zdrowia nie należy jednak postrzegać jako „panaceum na problemy systemu zdrowotnego”, a jedynie jako szansę na rozwiązanie części jego problemów.

Rozwój e-zdrowia jest szczególnie widoczny w krajach Unii Europejskiej. Na przykład, Szwecja i Holandia rozwinęły

system informatyczny związany ze stosowaniem elektronicznych recept. Pacjenci tych krajów mogą umieszczać recepty w systemie, do którego dostęp mają wszyscy farmaceuci. Istnieje też możliwość wysłania e-recepty do wskazanej przez pacjenta apteki. Portugalia posiada program telekonsultacji medycznych umożliwiający konsultację pacjentów przebywających w krajach portugalskojęzycznych, najczęściej byłych koloniach.

Dlaczego istotne jest, by telemedycyna objęta była regulacją prawną? Z jakiego powodu jej pełny rozwój nie jest możliwy bez odpowiednich rozwiązań legislacyjnych? Prawo ma za zadanie regulować stosunki społeczne oraz wykonywanie zawodów zaufania publicznego – to pierwsza przyczyna. Druga odnosi się do niemożności podejmowania przez lekarza decyzji terapeutyczno-diagnostycznych. Czysty pragmatyzm.

Dr Emilia Sarnacka

Prawnik specjalizujący się w prawie medycznym, asystent w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz wykładowca na kursach podyplomowych dla kadr medycznych. Autorka książek: „Lekarz dentysta w systemie prawnym. Prawo dla lekarzy dentystów”, „Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów” (praca zbiorowa pod red. E. Sarnackiej i A. Jacek), „Prawo medyczne i orzecznictwo lekarskie. Repetytorium do LEK i LDEK” (współz A. Jacek). Stypendystka Funduszu Stypendialno-Szkoleniowego finansowanego z funduszy norweskich na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Bergen

12 grudnia 2015 r. – zmiany legislacyjne w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia

12 grudnia 2015 r. weszła w życie Ustawa o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw z 9 października 2015 r. (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991). Nie wszystkie regulacje wprowadzone przywołanym aktem obowiązują od ww. daty. Art. 52 tej ustawy normuje terminy nowelizacji. Dokonane zmiany mają poprawić sytuację m.in. w obszarze telemedycyny.

Z przykrością należy stwierdzić, że Polska nie należy do krajów, które mogą poszczycić się intensywnym rozwojem e-zdrowia, choć w ostatnich latach ten rozwój nabrał tempa. Przede wszystkim, od 1 sierpnia 2017 r. podmioty lecznicze oraz personel medyczny zobowiązane będą do prowadzenia dokumentacji

medycznej w formie elektronicznej. Pierwotnym założeniem było wprowadzenie dokumentacji elektronicznej już z dniem 1 sierpnia 2014 r., termin ten został jednak przesunięty. Do końca lipca 2016 r. podmioty lecznicze mogą zatem prowadzić dokumentację w formie: papierowej, elektronicznej i papierowej, elektronicznej. Po tym terminie nadal będzie można prowadzić dokumentację w formie papierowej, ale forma elektroniczna stanie się obowiązkiem. Kolejny krok to wdrożenie e-recept. Zgodnie z omawianą nowelizacją – od 1 maja 2016 r. będzie obowiązywało nowe brzmienie art. 3 ust. 1 ustawy lekarskiej, zgodnie z którym ilekroć ustawa lekarska będzie normowała zasady wystawiania recepty, przepisy będą odnosiły się zarówno do recept wystawianych w formie papierowej, jak i elektronicznej. Sposób i tryb wystawiania recept elektronicznych zostaną uregulowane w rozporządzeniu ministra zdrowia. W momencie przygotowywania niniejszej publikacji termin wydania wspomnianego rozporządzenia nie był znany.

Definicja telemedycyny

Ustawodawstwo polskie nie wprowadziło definicji telemedycyny. Sam termin „telemedycyna” został użyty tylko raz i w jednej ustawie – o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011, nr 113, poz. 657), w dodatku w artykule odnoszącym się do portalu edukacyjno-informacyjnego, którego utworzenie i prowadzenie jest zadaniem ministra właściwego ds. zdrowia (art. 36 ust. 1). Jednym z celów portalu jest „upowszechnianie wiedzy na temat funkcjonowania systemów informatycznych w ochronie zdrowia oraz telemedycyny” (art. 36 ust. 1 pkt 4).

Pomimo braku definicji ustawowej można przyjąć, że ustawodawca posługując się terminami „systemy teleinformatyczne” oraz „inne systemy łączności”, odnosi się do form komunikacji na odległość, niewymagających osobistego kontaktu.

Wykonywanie zawodu lekarza a telemedycyna

Kluczową zmianą, jaka nastąpiła w ostatnim czasie w zakresie rozwoju telemedycyny, było uchwalenie – obowiązującego od 12 grudnia 2015 r. – ustępu 4 art. 2 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 464 ze zm., dalej: ustawa lekarska), zgodnie z którym lekarz i lekarz dentysta mogą wykonywać zawodów także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Wprowadzona nowelizacja umożliwia zatem lekarzowi udziela-

nie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu telemedycyny.

Problem, jaki pojawia się w przywołanym przepisie, to nieprecyzyjność oraz brak analogicznej regulacji przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Po pierwsze ustawodawca nie określił katalogu działań, które mogą być przez lekarza realizowane. Należy zatem przypuszczać, że zakres zastosowania systemów teleinformatycznych lub systemów łączności nie jest normatywnie limitowany i to lekarz jest jedynym decydentem stosowania telemedycyny. Ponadto, ustawodawca nie zdecydował się na pełną refundację świadczeń z zakresu telemedycyny, analogicznie do świadczeń realizowanych przy osobistym kontakcie.

Analizując zmiany w refundowaniu świadczeń zdrowotnych, wprowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia od 1 października 2015 r., można przypuszczać, że finansowanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem telemedycyny jest jedynie kwestią czasu. Celem wspomnianych działań było umożliwienie zwoływania telekonsyliów kardiologicznych lub geriatrycznych z udziałem pacjenta (wybrany przez chorego lekarz POZ oraz lekarz kardiolog/geriatra). Te specjalizacje zostały wybrane z uwagi na długi czas oczekiwania na wizytę. Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 63/2015/DSOZ z 30 września 2015 r., zmieniającym zarządzenie ws. określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, jeden świadczeniobiorca (pacjent) może uczestniczyć w telekonsylium nie częściej niż raz na 30 dni oraz nie więcej niż czterokrotnie w ciągu roku. Telekonsylium kardiologiczne obejmuje: zdalny wywiad, zdalną analizę zapisu EKG, zdalną interpretację badań dodatkowych oraz ustalenie optymalnego leczenia kardiologicznego, natomiast telekonsylium geriatryczne (obejmujące wyłącznie pacjentów po 65. roku życia) – zdalny wywiad, zdalną analizę badań EKG, zdalną analizę badań diagnostycznych, zdalną analizę leczenia farmakologicznego oraz optymalizację leczenia. Z tytułu odbycia telekonsylium kardiologicznego i geriatrycznego przyznawanych jest po 6 punktów.

Telemedycyna a ordynowanie produktów leczniczych

Kluczowym ograniczeniem normatywnym przy stosowaniu telemedycyny w Polsce był dotychczas art. 42 ust. 1 ustawy lekarskiej, zgodnie z którym lekarz orzekał o stanie zdrowia pacjenta po uprzednim, osobistym zbadaniu.

” —
Kluczową zmianą, jaka nastąpiła w ostatnim czasie w zakresie rozwoju telemedycyny, było uchwalenie – obowiązującego od 12 grudnia 2015 r. – ustępu 4 art. 2 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 464 ze zm.), zgodnie z którym lekarz i lekarz dentysta mogą wykonywać zawodów także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Wprowadzona nowelizacja umożliwia zatem lekarzowi udzielanie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu telemedycyny. Problem, jaki pojawia się w przywołanym przepisie, to nieprecyzyjność oraz brak analogicznej regulacji przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Po pierwsze ustawodawca nie określił katalogu działań, które mogą być przez lekarza realizowane. Należy zatem przypuszczać, że zakres zastosowania systemów teleinformatycznych lub systemów łączności nie jest normatywnie limitowany i to lekarz jest jedynym decydentem stosowania telemedycyny.

” —
Udzielanie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych nie jest prawem pacjenta. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych, jednakże nie zostało mu przyznane prawo do wyboru formy owych świadczeń. Regulacje umożliwiające wykorzystanie telemedycyny wynikają z ustawy lekarskiej, a zatem – jak już zostało uprzednio stwierdzone – to lekarz jest podmiotem decydującym, czy świadczenia zostaną udzielone w wyniku osobistego kontaktu czy za pomocą komunikacji na odległość.



Regulacja w przytoczonym brzmieniu znacznie ograniczała wykorzystanie telemedycyny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Co prawda zmiany wprowadzone tzw. pakietem kolejkowym dawały lekarzowi możliwość ordynowania produktów leczniczych bez osobistego kontaktu, jednakże wspomniane uprawnienie było ograniczone jedynie do przedłużenia recepty.

Obowiązująca od 12 grudnia 2015 r. nowelizacja dała lekarzom możliwość orzekania o stanie zdrowia pacjenta nie tylko po uprzednim, osobistym zbadaniu, ale również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Co za tym idzie, lekarz może wystawiać recepty wyłącznie w wyniku telekonsultacji z pacjentem. Jedynym ograniczeniem powyższej regulacji będzie ewentualna decyzja lekarza, że przy postawieniu diagnozy i podjęciu decyzji o dalszym leczeniu wymaga osobistego zbadania pacjenta.

Należy jednoznacznie podkreślić, że udzielanie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych nie jest prawem pacjenta. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych, jednakże nie zostało mu przyznane prawo do wyboru formy owych świadczeń. Regulacje umożliwiające wykorzystanie telemedycyny wynikają z ustawy lekarskiej, a zatem – jak już zostało uprzednio stwierdzone – to le-

karz jest podmiotem decydującym, czy świadczenia zostaną udzielone w wyniku osobistego kontaktu czy za pomocą komunikacji na odległość.

Uprawnienia pielęgniarek i położnych

Zmiany legislacyjne wprowadzone 12 grudnia 2015 r. objęły swoim zakresem również wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej. Ustawodawca znoveelizował art. 11 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.), zgodnie z którym „pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”.

Podsumowanie

W świetle obowiązującego ustawodawstwa lekarze mają możliwość wykonywania telemedycyny przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym decydować o leczeniu pacjentów oraz ordynować produkty lecznicze. Ponadto, to lekarz jest jedynym podmiotem uprawnionym do oceny, czy dane świadczenie zdrowotne może zostać wykonane z wykorzystaniem telemedycyny, czy wymagany jest kontakt osobisty. Pomimo pozytywnych zmian legislacyjnych, które poniekąd otwierają drogę do szerszego

rozwoju telemedycyny w Polsce, negatywnie należy ocenić działanie ustawodawcy związane z nieskonkretyzowaniem wspomnianych działań. Przy braku edukacji personelu medycznego z zakresu benefitów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na odległość, omówione zmiany legislacyjne mogą być wykorzystywane jedynie przez nieznaczne grono lekarzy.

Ponadto, brak finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych na odległość, analogicznie do udzielanych osobiście, znacznie ogranicza stosowanie i rozwój telemedycyny w Polsce. Obie formy konsultacji lekarskiej wymagają od lekarza nakładu pracy, za który powinien zostać wynagrodzony. Telemedycyna w Polsce nie będzie się rozwijać, jeżeli regulacje prawne uczynią jej beneficjentem jedynie pacjenta, a pominą personel medyczny.

Akty prawne:

1. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 464 ze zm.)
2. Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.)
3. Ustawa z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991)
4. Zarządzenie nr 63/2015/DSOZ Prezesa NFZ z 30 września 2015 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie



Przeznacz 1%

Pomóż nam pomagać innym!

Fundacja Lekarze Lekarzom znajduje się w wykazie organizacji pożytku publicznego uprawnionych do otrzymania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych za rok 2015.

Procedura przekazania 1% podatku jest wyjątkowo prosta, wystarczy że w składanym zeznaniu rocznym wskażemy organizację pożytku publicznego, którą chcemy wesprzeć. Należy tylko wpisać w konkretnej rubryce numer KRS oraz kwotę, jaką przekazujemy Fundacji.

ul. Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa
e-mail: fundacja@hipokrates.org
www.fll.nil.org.pl

Nr KRS Fundacji Lekarze Lekarzom: 0000409693

Przeznacz 1% podatku Fundacji Lekarze Lekarzom

KOMUNIKAT KOŁA LEKARZY SENIORÓW DIL

Zarząd Koła Lekarzy Seniorów DIL we Wrocławiu zaprasza Koleżanki i Kolegów, zamieszkających we Wrocławiu i okolicy, do kontaktów z nami i uczestnictwa w naszych spotkaniach, dla wielu interesujących. Carpe diem! Chwytaj dzień! Nie marnuj ani chwili!

Kontakt z nami: Dom Lekarza przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu, p. Renata Czajka, tel. 71 798 80 66

Zapraszamy członków oraz sympatyków Koła na nasze kolejne spotkanie, które odbędzie się 26 lutego 2016 r. o godz. 11.00 przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

OD TELEMEDYCyny NIE MA ODWROTU

Z ekspertami w dziedzinie telemedycyny rozmawia dr n. med. Małgorzata Piróg-Mulak



Fot. z archiwum autorki

Postęp wiedzy medycznej powinien przyczyniać się do zmniejszenia liczby chorych. Tyle teoria. W praktyce dzieje się dokładnie odwrotnie. Wpływ mają na to: trendy demograficzne, postępujący proces geriatryzacji społeczeństwa, niedobór kadry medycznej, nacisk na jak najszybszą diagnostykę. Zgodnie z prawem Parkinsona im więcej środków przeznaczonych na leczenie, tym więcej pojawia się chorób wymagających leczenia. Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych polskich obywateli w obliczu deficytu medyków i pielęgniarek stanowi nie lada wyzwanie. By mu sprostać, trzeba sięgnąć po nowoczesne technologie informatyczne. Bo zdaje się, że od telemedycyny nie ma odwrotu.

Początki telemedycyny

Wbrew pozorom telemedycyna ma dość długą historię. Jej ojczyzną są Stany Zjednoczone. W 1948 r. za pomocą linii telefonicznej przetransmitowano w USA pierwsze zdjęcie RTG. 10 lat później przeprowadzono tam pierwszą konsultację telewizyjną. Intensywny rozwój tej dziedziny zaczął się w latach 60. ubiegłego wieku, kiedy wraz z rozwojem satelitarnej sieci telekomunikacyjnej stało się możliwe monitorowanie na odległość stanu zdrowia wojskowych w rozlicznych bazach oraz astronautów. Stany Zjednoczone wciąż pozostają telemedycznym liderem. W 2013 r. z usług tego typu korzystało w USA ponad 50 proc. szpitali i ta liczba stale rośnie. Telemedycyna czyni postępy dzięki burzliwemu rozwojowi systemów telekomunikacyjnych w zakresie szerokopasmowych sieci typu ISDN, SD czy CATV lub sieci radiowych GSM. Różne sposoby przekazywania informacji umożliwiają transmisje danych w systemie audio, video lub też gromadzenie danych.

Źródło grafiki: www.pixbay.com/photos/apple-1039117/Dariusz Sankowski – obraz modyfikowany

Telemedycyna w Polsce

W krajach zachodnich telemedycyna zyskuje coraz większą popularność. Istnieje ona, chociaż w bardziej ograniczonym zakresie, także w Polsce. W 2001 r. powstała Sekcja Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, skupiająca lekarzy różnych specjalności oraz kierowników placówek medycznych. W Polsce telemedycyna przoduje w zakresie funkcji kardiologicznych. Dwa lata temu grupa ekspertów (lekarzy, urzędników, przedstawicieli sprzętu medycznego oraz polityków) opracowała dokument pod nazwą *Deklaracja Bałtycka*, zwraca się w niej uwagę na konieczność usprawnienia warunków medyczno-prawnych dla rozwoju usług telemedycznych w kardiologii. W 2015 r. na bazie *Deklaracji Bałtyckiej* powstała Telemedyczna Grupa Robocza, która wyznaczyła główne cele i kierunki rozwoju tych procedur.

Problem został dostrzeżony także na Dolnym Śląsku. W dniach 25-27 listopada ubiegłego roku odbyło się V Forum Know Health,



Fot. z archiwum J.K.

Dr Jacek Kubica, pełnomocnik dyrektora ds. informatyzacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu



Fot. z archiwum M.L.

Marcin Lenarczyk, specjalista ds. IT w medycynie z Data Techno Park



Fot. z archiwum H.P.

Prof. dr hab. inż. lek. Halina Podbielska – kierownik Katedry Inżynierii Biomedycznej, prodziekan ds. nauki Wydziału Podstawowych Problemów Techniki Politechniki Wrocławskiej



Fot. z archiwum M.Z.

Prof. dr hab. Mariusz Zimmer – kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa, USK we Wrocławiu

zorganizowane przez spółkę Data Techno Park z Wrocławia. Było ono poświęcone nowoczesnym innowacjom teleinformatycznym. Podczas Forum prezentowały się polskie start-upy mające bardzo ciekawe rozwiązania w tej dziedzinie, takie jak np. zdalny monitoring gojenia ran lub analizowanie stanu płodu.

Zalety telemedycyny zaczyna też dostrzegać NFZ, który próbuje wprowadzić usługi tego typu w zakresie konsultacji kardiologicznych do koszyka świadczeń refundowanych i tą drogą zwiększyć dostępność specjalistów dla pacjentów POZ w rejonach pozamiejskich. – Pomyśl choć sam w sobie ciekawy, to jednak poziom finansowania oraz zasady realizacji mało atrakcyjne dla świadczeniodawców – ocenia **dr Jacek Kubica**, pełnomocnik dyrektora ds. informatyzacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Telemedycyna na Dolnym Śląsku

W województwie dolnośląskim nowoczesne technologie informatyczne wykorzystywane są przede wszystkim w kardiologii. We Wrocławiu i nie tylko oddziały intensywnej terapii kardiologicznej mają możliwość teletransmisji, czyli odbierania obrazu EKG z karetki Pogotowia Ratunkowego, dzięki czemu już w czasie transportu chorego jest możliwa ocena stopnia zagrożenia życia, co pozwala na przekazanie załodze Pogotowia sugestii, na jaki oddział pacjent ma być przewieziony. – System umożliwiający selekcję pacjentów na wczesnym etapie sprawdza się w praktyce klinicznej. Pozwala na szybsze rozpoznanie oraz przygotowanie personelu na przyjęcie chorego – twierdzą zgodnie **dr Małgorzata Kobusiak-Prokopowicz** i **dr Dariusz Biały** z Katedry i Kliniki Kardiologii UM we Wrocławiu. Na oddziałach szpitalnych także stanowią przyładzie pielęgniarskiej są wyposażone w monitory telemetryczne, pozwalające na ciągłe monitorowanie obrazu EKG pacjentów leżących na salach.

Zdalne konsultacje telemedyczne funkcjonują także w otolaryngologii, w ramach Krajowej Sieci Teleaudiologii, projektu realizowanego przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu prof. Henryka Skarżyńskiego. Z Centrum Słuchu w Kajetanach współpracuje 19 ośrodków na terenie całego kraju, w tym jeden we Wrocławiu (Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi).

Ograniczenia

Usługi telemedyczne nie mogą rozwijać się bez szerokopasmowego dostępu do Internetu. Jak istotne to ograniczenie, wie **Marcin Lenarczyk**, specjalista ds. IT w medycynie z Data Techno Park. – Firma posiada odpowiednie narzędzia do świadczenia usług w zakresie telemedycyny, barierą jest jednak szerokopasmowy dostęp do Internetu. O ile korzystanie z usług telekardiologicznych nie stanowi problemu, o tyle w telepatomorfologii, tele-rehabilitacji czy operacji na odległość już tak. Z założenia rozwój telemedycyny powinien wspierać mniejsze ośrodki, w których jest ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów.

A z reguły w takich ośrodkach istnieje problem z dostępem do szybkiego Internetu. Osobny problem do rozwiązania to nowelizacja i legalizacja przepisów, które precyzyjnie określą warunki korzystania z tego typu świadczeń i zapewnią bezpieczeństwo danych pacjenta – wyjaśnia ekspert.

Korzyści

Niewątpliwie nowoczesne technologie otwierają zupełnie nowe możliwości diagnostyczno-terapeutyczne. Zasadniczą zaletą usług telemedycznych jest możliwość konsultacji z lekarzem w dowolnym miejscu i czasie. Może mieć ona różny charakter: konsultacja telefoniczna, czat, wideokonsylium. Przesyłanie danych medycznych (zarówno statycznych, jak i ruchomych) umożliwia uzyskanie diagnozy na odległość, a informacje mogą być przekazywane w czasie rzeczywistym lub na pocztę elektroniczną konsultującego lekarza. Tym sposobem mogą być wysyłane np. wyniki EKG, USG, MR, badań endoskopowych lub cyfrowo przetworzone dane dźwiękowe pochodzące z osłuchiwania serca. Telemedycyna okazuje się bardzo przydatna dla poważnie chorych osób, z ograniczeniami mobilności, dzięki czemu ich terapia może być prowadzona bez wychodzenia z domu. Obniża to koszty leczenia związane z transportem pacjenta, konsultacją w przychodni lub pobytem na oddziale szpitalnym. Nie można pominąć także waloru dydaktycznego łączy telemedycznych, wirtualne pomoce dydaktyczne są nowoczesnym uzupełnieniem kształcenia bezpośredniego, a także niezbędnym elementem wielośrodkowych badań klinicznych. Uważa się, że tele-edukacja medyczna jest obecnie najbardziej rozwiniętą dziedziną telemedycyny, umożliwiającą studentom, lekarzom oraz pacjentom dostęp do całego spektrum najnowocześniejszej literatury medycznej. Bardziej wyrafinowane usługi telemedyczne to teleobecność, czyli chirurgia z nadzorem telemedycznym lub telerobotyka medyczna. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu od kilku lat wykorzystywany jest robot chirurgiczny da Vinci, a pokazowe operacje przeprowadzane przy jego udziale były transmitowane dla kilkuset chirurgów na konferencji Sekcji Wideochirurgii.

Jakie jeszcze korzyści przynosi telemedycyna? – Przykładem innowacyjnych rozwiązań są systemy z zakresu cyfrowej patologii służące między innymi do skanowania preparatów mikroskopowych, a następnie ich konsultowania z innymi specjalistami na odległość. Dzięki temu w sposób znaczący skraca się czas potrzebny na wydanie ostatecznej diagnozy dla danego przypadku onkologicznego. – Dostęp do zeskanowanego preparatu odbywa się poprzez zalogowanie do bazy cyfrowych preparatów z poziomu komputera. Wystarczy standardowe łącze internetowe – wyjaśnia **Przemysław Jaroń**, prezes zarządu firmy Opta-Tech. Jak mówi ekspert, w chwili obecnej realizowane są w Polsce projekty, w ramach

których szpitale łączą się w sieci partnerstwa, udostępniając sobie wzajemnie materiały do konsultacji i celów badawczych. Sztandarowym przykładem takiego projektu jest ten realizowany przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie *Mazowieckie Centrum Diagnostyki i Terapii Nowotworów Układu Kostno-Szkieletowego u Dzieci i Młodzieży*, a we Wrocławiu współpraca tego rodzaju jest realizowana z Katedrą i Zakładem Patomorfologii, kierowanymi przez prof. Piotra Ziółkowskiego. Upowszechnienie się systemów z zakresu cyfrowej patologii daje możliwość przyspieszenia diagnostyki onkologicznej.

Projekty telemedyczne Politechniki Wrocławskiej

Nowe projekty telemedyczne są opracowywane także przez naukowców z Politechniki Wrocławskiej. Opowiada o nich **prof. Halina Podbielska** z Katedry Inżynierii Biomedycznej. – Na mojej uczelni prowadzone są liczne badania interdyscyplinarne, nie brakuje więc też projektów telemedycznych. Przykładowo Wydział Informatyki i Zarządzania w Katedrze Informatyki dr. inż. Kazimierza Frączkowskiego może pochwalić się osiągnięciami, w szczególności w zakresie zarządzania projektami e-zdrowie i telemedycyny. Koledzy z Wydziału Elektroniki pod kierunkiem prof. Marka Kurzyńskiego z Katedry Systemów i Sieci Komputerowych prowadzą projekty z zakresu złożonych systemów teleinformatycznych. W naszej Katedrze Inżynierii Biomedycznej Wydziału Podstawowych Problemów Techniki pracuje dr Marcin Masalski, który jest specjalistą otolaryngologiem, ale ma także wykształcenie informatyczne i stopień doktora nauk technicznych w zakresie biocybernetyki i inżynierii biomedycznej. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się m.in. wokół teleaudiologii, a więc dotyczą metod zdalnej diagnostyki i leczenia narządu słuchu. Można powiedzieć, że Pan doktor z sukcesem realizuje projekty e-audiologiczne. Pod patronatem Katedry i Kliniki Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego oraz Katedry Inżynierii Biomedycznej Politechniki Wrocławskiej powstał portal wstępnej diagnostyki narządu słuchu, umożliwiający przeprowadzanie badań słuchu takich jak: audiometria tonalna, audiometria słowna, audiometria Bekesy'ego, test wyrównania głośności oraz badanie poziomu dyskomfortowego słyszenia. Serwis został następnie rozwinęty o możliwość uzyskania zdalnego opisu wykonanych badań oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania. Kolejnym krokiem rozwoju portalu jest projekt internetowej implementacji leczenia szumów usznych metodą habituacji. Jednym z głównych elementów metody habituacji jest trening słuchowy. Dzięki opracowanemu rozwiązaniu pacjenci z szumami usznymi mogą samodzielnie, bez wychodzenia z domu, wygenerować dostosowany do swoich potrzeb masker szumów usznych. Podstawowe badanie słuchu, jakim jest audiometria tonalna, zostało udostępnione w systemie Android (2014). Aktualnie aplikacja „Badanie Słuchu” jest dostępna na całym świecie w 10 językach, a w ciągu tych 2 lat skorzystało z niej ponad 300 tysięcy użytkowników (e-Audiologia Diagnostyka, www.e-audiologia.pl).

Prof. Podbielska uważa, że od telemedycyny nie ma odwrotu i dodaje: – Coraz silniejszy nacisk kładziony jest na medycynę spersonalizowaną, a telemedycyna świetnie się w to wpisuje. Najważniejsze będą aplikacje i platformy sprzętowe do telediagnostyki i teleopieki. W szczególności potrzebne są rozwiązania opieki nad osobami w podeszłym wieku, a tych będzie coraz więcej. Takie osoby mogą bardzo długo funkcjonować samodzielnie, pod warunkiem, że mają zapewnione monitorowanie stanu zdrowia i pomoc w sytuacjach zagrożeń. Miałam okazję oglądać z bliska działanie takiego systemu opieki w Japonii. Naprawdę robi to wrażenie.

Odpowiedzialność prawna

– Warto pamiętać o odpowiedzialności prawnej za działania medyczne podejmowane w ramach telemedycyny. Osoba, której dajemy np. urządzenie do zdalnego monitorowania KTG lub EKG

może czuć się zwolniona od odpowiedzialności za własne zdrowie, rozumiejąc taki zdalny monitoring jako stały nadzór nad swoim (lub dziecka) zdrowiem pełniony przez profesjonalistę. Co w sytuacji, gdy urządzenie wskaże patologię, ale „zdalny lekarz” nie zareaguje lub urządzenie patologii nie wskaże, ale ona jednak wystąpi? Uważam, że takie aspekty należy dobrze przemyśleć od strony organizacyjnej i prawnej, zanim zdecydujemy się udzielać świadczeń telemedycznych. Pacjent musi też być bardzo dobrze uświadomiony w tej kwestii – wyjaśnia dr Jacek Kubica, w którego szpitalu wdrażany jest zdalny monitoring KTG do opieki prenatalnej. System ten o nazwie „MONIKA” od kilku miesięcy działa w Klinice Ginekologii i Położnictwa. Jest to (jak mówi kierownik Kliniki, **prof. Mariusz Zimmer**) unikatowy w skali Polski, jak również Europy, system telemetrycznego monitoringu stanu płodu w wyselekcjonowanych przypadkach ciąży, w warunkach domowych, bez konieczności hospitalizacji. Informacje zapisywane są na karcie pamięci i mogą być odczytane przy ustalonej kolejnej wizycie w ośrodku telemetrycznego nadzoru – jest to system bardzo podobny do funkcjonującego w internecie badania holterowskiego. Następny, wyższy poziom nadzoru, wymagającym jednak zainwestowania w czynnik ludzki, tj. zwiększenia zatrudnienia personelu medycznego, jest nadzór stały, ciągły on-line. Powyższy system telemetrycznego nadzoru ciąży, zdaniem prof. Zimmera, jest nowatorskim systemem, zapewniającym świetlaną przyszłość opiece perinatalnej. Wzorem innych dyscyplin medycznych jak np. holterowskie badanie w internecie, telemetryczny nadzór dializ domowych, jaki funkcjonuje w Kanadzie, może stać się standardem postępowania w nowoczesnym położnictwie.

Podsumowanie

Świadczenia telemedyczne przynoszą określone korzyści społeczne i ekonomiczne, pozwalając pacjentom na polepszenie dostępu do specjalistycznych usług medycznych i wiadomości naukowych, a personelowi medycznemu na zaoszczędzenie czasu, w związku z brakiem konieczności badania osób, którym bezpośredni kontakt nie jest potrzebny. Umożliwia także szybką komunikację między ośrodkami, co wpływa na polepszenie diagnostyki oraz terapii. Nie można jednak zapominać o niezwykle istotnych kwestiach prawnych, związanych z ochroną danych osobowych oraz medycznych. Do doprecyzowania są detale logistyczne dotyczące konsultacji medycznych i określenia, w jakim stopniu porada wirtualna jest równoważna z konsultacją wykonywaną przez lekarza osobiście. Osobną sprawą do ujęcia w ramy prawne są konsultacje międzynarodowe.

Konsultacje na odległość zmieniają relacje lekarza z pacjentem. Osobisty kontakt dla wielu, szczególnie starszych osób, jest nieodzownym warunkiem leczenia i jego osłabienie może być dla nich istotną wadą. W Polsce, ze względu na ciągle ograniczoną dostępność do Internetu, nie są to usługi powszechne, jednakże rozwój sieci internetowej i popularyzacja telemedycyny pozwoli na poprawę dostępu do tego typu świadczeń. To zaś może być szczególnie korzystne dla mieszkańców małych miejscowości, np. w przypadkach zagrożenia życia lub katastrof naturalnych. Przykłady płynące z innych krajów wskazują, że telemedycyna niesie za sobą istotne oszczędności finansowe związane ze zmniejszoną ilością konsultacji, hospitalizacji oraz redukcją kosztów administracyjnych, jednakże upowszechnienie tego rodzaju usług zależy w dużym stopniu od możliwości refundowania ich przez NFZ. Niewątpliwie zainteresowanie telemedycyną jest większe wśród ludzi młodszych, dużo pracujących, dla których Internet jest codziennością, a istotne znaczenie ma czas. Na Dolnym Śląsku, szczególnie we Wrocławiu, telemedycyna funkcjonuje, aczkolwiek zakres tej działalności nie jest duży. Zapewne nadejdzie czas, że telemedycyna stanie się w Polsce powszechna. Bo nie ma od niej odwrotu...



TELEMEDYCYNĄ WIEKU PODESZŁEGO

Tekst **JAKI MAMY KLIMAT?** Mariusz Kiarlar

Nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT – Information and Communication Technologies) zmieniają oblicze współczesnej praktyki klinicznej. Przykładem mogą być coraz liczniejsze zastosowania rozwiązań telemedycznych umożliwiających zdalny transfer danych medycznych oraz obrazowych pacjenta do centrów konsultacyjnych. Większe upowszechnienie telemedycyny ma szczególne znaczenie w kontekście szybko postępującego procesu starzenia się populacji europejskiej oraz zachodzących zmian w strukturze potrzeb zdrowotnych i wymaganiach wobec sektora zdrowia.

Ocena trendów demograficznych oraz wyniki prowadzonych badań nad dynamiką zmian struktury wiekowej Europejczyków wskazują na trwający proces geriatryzacji społeczeństwa europejskiego. Z danych ONZ wynika, że na przestrzeni ostatnich dekad liczba osób w wieku powyżej 60. roku życia zwiększyła się z ok. 200 mln w 1950 r. do 590 mln w 2000 r., a w 2025 r. szacowana liczba seniorów w tym przedziale wiekowym ma przekroczyć próg miliarda. Aktualnie najszybciej zwiększa się liczebność populacji osób powyżej 80. roku życia: szacuje się, że w latach 2000-2050 może ona wzrosnąć nawet czterokrotnie, co potwierdzają także statystyki demograficzne opisujące proces starzenia się populacji w naszym kraju. Podczas gdy jeszcze w latach 30. XX wieku populacja osób powyżej 65. roku życia stanowiła 4,8 proc. ogółu ludności Polski, w 2012 r. odsetek ten wzrósł do poziomu 13,8 proc. Szacunkowa prognoza demograficzna ONZ dla Polski na lata 2000-2050 zakłada następujące przyrosty liczby osób w poszczególnych grupach wiekowych: o 52,8 proc. (w grupie wiekowej 60-64 lata), o 74,7 proc. (w grupie wiekowej 75-79 lat) oraz aż

o 155,2 proc. (w grupie wiekowej 80 i więcej lat) [Kołemecka M., *Wybrane problemy pulmonologiczne osób w wieku podeszłym*]. Jednocześnie z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w Polsce żyje obecnie ok. miliona osób powyżej 80. roku życia, zaś ok. 19,2 proc. naszego społeczeństwa stanowią osoby powyżej 60. roku życia [Grodzicki T., Parnicka A., Sulicka J., *Terapia osób najstarszych — terra incognita*]. Prognozowana liczba osób powyżej 65. roku życia w 2050 r. szacowana jest nawet na 31 proc. ogółu ludności Polski [Bujnowska-Fedak M., *Zastosowanie usług telemedycznych w opiece nad ludźmi starszymi...*]. Dzięki wydłużaniu się tzw. spodziewanej długości życia mamy jednak szansę dożyć jeszcze późniejszej starości – szacuje się, że nawet co druga osoba urodzona od początku XXI w. w krajach takich jak: Francja, Niemcy, Włochy, Anglia, USA, Kanada i Japonia, osiągnie wiek 100 lat.

Tak duża dynamika procesu starzenia się społeczeństw oraz niekorzystne prognozy społeczno-demograficzne na najbliższe lata wymuszają zmiany w zakresie struktury zgłaszanych potrzeb zdrowotnych oraz wymagań wobec współczesnego modelu sek-

Źródło grafiki:
www.flickr.com/photos/10966973616_33be234f4e_o/
COD Newsroom – obraz modyfikowany



Mariusz Kiarlar

Pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (Zakład Medycznych Systemów Informacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego), pasjonat nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, dziennikarz medyczny, muzyk

Fot. z archiwum autora

tora opieki zdrowotnej. W populacji osób starszych systematycznie wzrasta zapotrzebowanie na usługi zdrowotne spowodowane m.in. wzrostem zapadalności na choroby przewlekłe, polipragmatyzm, wielochorobowością, a także często wczesną inwalidyzacją oraz niepełnosprawnością pacjentów w wieku podeszłym. Dlatego współczesne systemy opieki zdrowotnej powinny wypracowywać sposoby organizowania i adresowania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb i problemów zdrowotnych specyficznych dla wieku podeszłego. Aby wyjść naprzeciw temu wyzwaniu potrzebne są skoordynowane, uzasadnione finansowo wysiłki organizacyjne sprzyjające stopniowemu przechodzeniu z instytucjonalnego formatu opieki medycznej na rzecz indywidualnej opieki zdrowotnej nad osobą starszą. Pomocne w realizacji tego celu powinno być wbudowanie mechanizmów wsparcia funkcji socjalnych oraz opiekuńczych. Większa integracja w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych starzejącej się populacji wpisuje się także w szerszą koncepcję tzw. srebrnej gospodarki (silver economy). Zakłada ona z jednej strony konieczność większego dostosowania obecnego rozwoju gospodarczego do wymagań osób starszych, z drugiej zaś wyraża przekonanie, że dzięki zachodzącym zmianom struktury potrzeb społecznych i zwiększonej aktywności starzejącej się populacji możliwe będzie uzyskanie wzrostu gospodarczego [Golinowska S., *Srebrna gospodarka – element strategii rozwoju regionalnego*]. Warunkiem powodzenia takiego podejścia ma być zapewnienie systemowej efektywności poprzez m.in. szersze niż dotychczas wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych, w tym telemedycyny.

Spośród licznych korzyści uzyskiwanych dzięki zastosowaniu nowoczesnych rozwiązań informatycznych w sektorze zdrowia wymienia się najczęściej możliwość prowadzenia interaktywnej komunikacji między pacjentem a lekarzem, skrócenie czasu oczekiwania na usługę zdrowotną, większą efektywność procesów diagnostycznych i działań profilaktycznych, możliwość skuteczniejszego zarządzania chorobami chronicznymi oraz bardziej racjonalnego wydatkowania środków publicznych przeznaczanych na działalność placówki medycznej [Czekierda Ł. i wsp., *Aplikacje telemedyczne*]. W kontekście omawianych problemów związanych ze starzeniem się populacji europejskiej największymi zaletami nowoczesnych rozwiązań technologicznych, wdrażanych w obszarze opieki zdrowotnej, wydają się być wszechstronne wsparcie dla osób w wieku podeszłym (assisted living), a także zapewnienie seniorom dostępu do kwalifikowanego personelu medycznego – w miejscu i w czasie, gdzie jest to potrzebne. Aktualnie wiele krajów europejskich decyduje się na zmniejszenie wolumenu łóżek szpitalnych z równoczesnym zwiększeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach poradni specjalistycznych, w których lekarze mają do dyspozycji m.in. nowoczesne rozwiązania telemedyczne, znacząco przyspieszające diagnostykę oraz postępowanie terapeutyczne [Ryś A., *Potrzebujemy zaufania, innowacji i współpracy*]. Choć inicjatywy państw członkowskich, mające na celu zwiększenie dostępności nowoczesnych technologii teleinformatycznych w sektorze zdrowia, wyznaczają właściwy kierunek działań Wspólnoty w sytuacji recesji demograficznej, wiele wątpliwości wzbudza ich ekonomiczne uzasadnienie. Dlatego też coraz częściej słychać postulaty, w których domaga się finansowania jedynie tych rozwiązań technologicznych, które mogą wykazać się udowodnioną efektywnością kliniczną i kosztową, nie zaś technologii najnowszej generacji czy o największym udziale rynkowym. Tym samym relacja spodziewanych korzyści diagnostyczno-terapeutycznych do ponoszonych nakładów na finansowanie takich rozwiązań staje się znaczącym kryterium wpływającym na dostępność technologii medycznych dla pacjentów. Warto jednak pamiętać, że brak postępu w wypracowaniu nowoczesnego modelu świadczenia usług zdrowotnych wykorzystujących nowoczesne rozwiązania technologiczne (m.in. w obszarze telemedycyny) za przystępną cenę może zagrozić ekonomicznym fundamentom społecznego modelu Unii Europejskiej w perspektywie najbliższych 15 lat.

Opieka geriatryczna na odległość

Konsekwencją szybkiego starzenia się populacji jest m.in. zwiększona częstość występowania chorób przewlekłych. Uważa się, że nawet w przypadku 80 proc. populacji osób w wieku podeszłym występuje przynajmniej jedna choroba chroniczna i/lub problemy związane z przebytem wcześniej urazem bądź wypadkiem kalektwa nawet u połowy pacjentów [Bujnowska-Fedak M.M., Tomczak M., *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*]. Zapewnienie profesjonalnej opieki nad pacjentem w wieku podeszłym z aktywną chorobą przewlekłą (i/lub kilkoma chorobami występującymi jednocześnie) wiąże się z wieloma trudnościami terapeutycznymi. Prowadzenie takiego pacjenta wymaga bowiem przezwyciężania braku jego pełnej współpracy z terapeutą, niesystematyczności leczenia, a także braku właściwej motywacji ze strony pacjenta do zmiany swojego stylu życia. Specyficzne dla podeszłego wieku zapominanie bieżących informacji, w tym zaleceń lekarskich oraz stosunkowo łatwa rezygnacja z podjętego leczenia w sytuacji subiektywnego przekonania o jego bezcelowości lub niepowodzeniu, powoduje konieczność regularnego powtarzania przez lekarza zleconych wskazań terapeutycznych, a także ciągłego motywowania pacjenta do kontynuacji leczenia. Warto podkreślić, że trudności te dotyczą najczęściej pacjentów ze stwierdzoną chorobą (bądź chorobami) zaliczanymi do tzw. grupy schorzeń zależnych od wieku (off-aging). Zalicza się do nich m.in.: otępienie w przebiegu choroby Alzheimera oraz inne neurodegeneracyjne choroby mózgu (częstość ich występowania w populacji osób w wieku 60-80 lat zwiększa się ponad trzydziestokrotnie!), udary i stany poudarowe, depresję, niewydolność serca, naczyniowe powikłania miażdżycy, chorobę zwyrodnieniową stawów, nowotwory, nietrzymanie moczu, osteoporozę, upadki, złamania kości i wiele innych schorzeń. W większości przypadków prowadzą one u pacjenta geriatrycznego do istotnych ograniczeń sprawności fizycznej oraz intelektualnej, które nasilają konsumpcję świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych dostępnych w ramach modelu instytucjonalnego. Aby skorzystać z konwencjonalnych usług zdrowotnych konieczne jest fizyczne dotarcie osoby starszej do ośrodka zdrowia, co stanowi barierę nie tylko uciążliwą, ale czasem wręcz niemożliwą do pokonania z uwagi m.in. na różnego rodzaju dysfunkcje wieku podeszłego. Odrębną kwestią, związaną z przyjętymi obecnie rozwiązaniami organizacyjnymi w systemie opieki zdrowotnej, pozostaje ciągle ograniczona dostępność pacjenta do leczenia specjalistycznego czy też brak możliwości korygowania leczenia bez przeprowadzenia stacjonarnej konsultacji medycznej.

Praktyczną odpowiedź na potrzebę reorganizacji dotychczasowego modelu dostępności do świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych w starzejącej się populacji pacjentów może stanowić koncepcja telemedycznej opieki geriatrycznej. Wykorzystuje ona nowoczesne technologie transferu danych medycznych i obrazowych do ośrodków konsultacyjnych oraz systemy zdalnego kontaktu z osobami wymagającymi stałego nadzoru medycznego w środowisku domowym. Jednak próba jednoznacznej interpretacji, czym w istocie jest telemedycyna, napotyka na pewne ograniczenie, a sam termin w ustawodawstwie krajowym nie posiada uzgodnionej, jednolitej definicji.

Najczęściej pod tym pojęciem rozumie się „transfer informacji medycznych z jednego odległego miejsca do innego, który wykorzystuje elektroniczną komunikację w celu prewencji chorób, utrzymania zdrowia, zapewnienia i monitoringu opieki zdrowotnej pacjenta, edukacji pacjentów i osób świadczących im opiekę zdrowotną, a także wparcia pracowników opieki zdrowotnej z innych dyscyplin. To zdalna medyczna diagnoza, konsultacja i leczenie, które można zastosować synchronicznie (w czasie rzeczywistym) lub asynchronicznie” [Martyniak J., *Podstawy informatyki z elementami telemedycyny*] lub „formę wymiany informacji medycznych pomiędzy dwoma stronami, przebiegającej przy wykorzystaniu narzędzi telekomunikacyjnych, której celem jest poprawa stanu zdrowia pacjenta” [American Telemedicine Association].



Wybrane cele stosowania systemów telemedycznych w opiece senioralnej

• możliwość przebywania osoby starszej w środowisku domowym tak długo, jak to możliwe	– postulat zgodny z wolą większości seniorów – opieka domowa jest bardziej efektywna kosztowo niż tradycyjna opieka instytucjonalna
• bardziej efektywny sposób realizacji potrzeb zdrowotnych pacjenta w wieku podeszłym dzięki odpowiedniej alokacji personelu opieki	– możliwość elastycznego zarządzania zasobami ludzkimi (personel opieki formalnej, opiekunowie – członkowie rodzin pacjenta) w odniesieniu do indywidualnych potrzeb zdrowotnych osoby starszej
• potencjał w zakresie redukcji kosztów – dotyczy zarówno osób starszych, jak również ich opiekunów – członków rodzin, prowadzonej opieki nad osobą starszą • realne szansa na zwiększenie postrzeganej jakości życia osoby starszej	– ograniczenie czasu hospitalizacji – prewencja opieki szpitalnej – oczekiwana alternatywa dla osobistych wizyt kontrolnych osoby starszej (często z trudnościami narządu ruchu i innymi dysfunkcjami)
• zwiększenie funkcjonalności osoby starszej ze stwierdzoną chorobą przewlekłą	– indywidualnie opracowywany model leczenia w oparciu o wyniki bieżącego monitorowania stanu zdrowia – większe prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego efektu terapeutycznego oraz poprawy jakości życia
• możliwość zapewnienia większej samodzielności osobie starszej	– poprawa niezależnego funkcjonowania pacjenta w środowisku domowym
• stymulacja aktywności społecznej osoby starszej	– mobilizacja do zwiększenia integracji społecznej wpływającej na postrzeganą jakość życia

Źródło: ICT i osoby starsze. Badanie europejskie użytkowników, rynków i technologii. Stowarzyszenie „Miasta w Internecie”, 2011 (modyfikacja własna)

Telemedycyna wprowadza wiele innowacyjnych kategorii usług medycznych (telekonsultacje, telediagnostyka, telenauczanie, telezabiegi/teleoperacje), rewolucjonizuje także formę sprawowania opieki medycznej nad pacjentem w wieku senioralnym (teleopieka). Choć wymienione powyżej korzyści zdalnej opieki medycznej i telemonitorowania odnoszą się do ogółu pacjentów, to właśnie osoby starsze z racji specyficznych dla wieku potrzeb zdrowotnych oraz wielu występujących w tym okresie życia ograniczeń postrzegane są jako główni adresaci teleopieki. W perspektywie uwzględniającej powyższe założenia do najważniejszych obszarów telemedycznej opieki geriatrycznej należą dedykowane systemy teleopieki (poszerzone o telemedyczną opiekę domową), a także telekardiologia, telediabetykologia oraz telerehabilitacja. Współcześnie istnieje kilka możliwości prowadzenia ciągłego nadzoru z wykorzystaniem technologii zdalnego monitorowania pacjenta różniących się stopniem zaawansowania oraz zakresem oferowanych funkcjonalności użytkowych. System zdalnej opieki (teleopieki) bazuje na stosunkowo prostym i dość szeroko rozpowszechnionym modelu powiadamiania alarmowego za pomocą różnego rodzaju czujników oraz detektorów [Turner K.J., McGee-Lennon M.R., *Advances in telecare over the past 10 years*]. Zasadniczo wyróżnia się trzy generacje rozwiązań z zakresu teleopieki funkcjonujących w oparciu o taki właśnie model. Systemy pierwszej generacji składają się przeważnie z trzech komplementarnych elementów, tj. nadajnika umożliwiającego wezwanie pomocy (np. przycisk alarmowy w ergonomicznej formie np. bransoletki lub wisiora noszonego przez osobę monitorowaną), uruchamianego przez nadajnik terminala z funkcją inicjowania rozmowy głosowej oraz centrum operacyjnego, do którego zostaje wysłany sygnał alarmowy.

Telemedycyna w warunkach deficytu kadr medycznych

Być może katalizatorem zmian na rzecz upowszechnienia zastosowań narzędzi telemedycznych w perspektywie opieki nad pa-

cjentami geriatrycznymi okaże się narastający deficyt kadry opieki zdrowotnej, tj. personelu medycznego i pielęgniarskiego, powodujący trudności związane z zabezpieczeniem możliwości realizacji opieki stacjonarnej w dotychczasowym kształcie. Przy wciąż rosnącym zapotrzebowaniu na usługi medyczne, planowanym zmniejszeniu przychodów ze składki na powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne oraz eskalowanym deficycie zasobów wykwalifikowanej kadry medycznej ten ostatni problem może rzutować na stopniowe pogorszenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Biorąc pod uwagę ogólną liczbę lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców nasz kraj plasuje się w ścisłym ogonie Europy – pod tym względem Polska zajmuje ostatnie miejsce spośród krajów Unii Europejskiej. Miarę dostępności do usług medycznych realizowanych w tradycyjny sposób stanowią także istotne różnice w geograficznym rozmieszczeniu lekarzy w poszczególnych województwach – w zależności od województwa zawierają się w przedziale od 1,52 lekarzy na 1000 mieszkańców do 2,56 lekarza na 1000 mieszkańców [OECD].

Sytuacji tej nie poprawiło znaczne zwiększenie w ostatnich latach liczby absolwentów wydziałów lekarskich w Polsce [Czarnuch M. i wsp., *Otoczenie regulacyjne telemedycyny w Polsce – stan obecny i nowe otwarcie*]. Co więcej, dokonująca się zmiana struktur potrzeb zdrowotnych oraz wymagań wobec sektora zdrowia na skutek m.in. obserwowanego wzrostu zapadalności na choroby przewlekłe oraz wielochorobowości występującej w populacji osób starszych wymuszają konieczność wypracowania nowego modelu świadczenia usług zdrowotnych.

Podsumowanie

Postępujące starzenie się społeczeństwa powodujące zmiany potrzeb zdrowotnych populacji osób starszych to wyzwanie, które w chwili obecnej wydaje się przekraczać zakres dotychczasowych możliwości zapewnienia zintegrowanej opieki zdrowotnej i społecznej dla polskich pacjentów w wieku senioralnym. Dlatego wybrane powyżej przykłady rozwiązań telemedycznych mogą być postrzegane jako cenne uzupełnienie – a w pewnych obszarach być może nawet jako obiecująca alternatywa – dla instytucjonalnego systemu opieki zdrowotnej. Co więcej, praktyczne korzyści funkcjonowania systemów teleopieki, telekardiologii, telediabetykologii oraz telerehabilitacji w rozumieniu użytecznego, inteligentnego wsparcia dla osób w wieku podeszłym łączy wspólny mianownik, którym jest poczucie komfortu oraz bezpieczeństwa zdrowotnego wraz z możliwością uzyskania odpowiedniego świadczenia zdrowotnego i/lub pozostawania pod stałą opieką specjalisty bezpośrednio w swoim mieszkaniu. Prowadzenie zdalnych konsultacji czy sprawowanie zdalnej opieki medycznej nad pacjentem w wieku podeszłym pozostającym w swoim środowisku domowym wychodzi naprzeciw potrzebom zdrowotnym oraz chęci utrzymania dobrej jakości życia osób starszych. Osiągana w ten sposób korelacja pomiędzy możliwościami dynamicznie rozwijających się technologii teleinformatycznych a coraz silniej zgłaszanymi potrzebami w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w grupie osób starszych z problemami zdrowotnymi sprzyja dodatkowo zwiększeniu skuteczności działań lekarskich, szybkości i trafności diagnostyki, jak również lepszej organizacji opieki nad pacjentem [Ostrowska S., *Telemedycyna i internet medyczny...*]. Wydaje się, że wypracowanie nowego podejścia do zastosowań technologii telemedycznych w opiece nad osobami starszymi będzie realne, o ile rosnącej świadomości społecznej w tym obszarze towarzyszyć będzie skuteczna mobilizacja polityków zdrowotnych do opracowania planu wdrożeń najpilniejszych rozwiązań zdalnej opieki geriatrycznej w Polsce. Pozostaje mieć nadzieję, że zmienne warunki pogodowe w środowisku politycznym naszego kraju nie wpłyną znacząco na zmianę całego klimatu dla realizacji założeń opieki telemedycznej w grupie osób starszych.

Wersja tekstu zawierająca pełny wykaz piśmiennictwa dostępna na stronie: medium.dilnet.wroc.pl

PSYCHOGERIATRIA

KOLEJNE WYZWANIE DLA MEDYCYNY

Z ekspertami w dziedzinie psychogeriatрії
rozmawia Magdalena Orlicz-Benedycka

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/hands-981400/stevepb

Choroba Alzheimera budzi powszechnie lęk społeczny, dlatego tak ważne było wskazanie pozytywnych aspektów wieku senioralnego. Trzeba pamiętać, że choroba Alzheimera może dotyczyć nawet połowy populacji tych osób, które przekroczą 90. rok życia. To jest wielki problem.

prof. Andrzej Kiejna

Postęp technologiczny i możliwości jego wykorzystania dla poprawy diagnostyki, terapii, rehabilitacji i funkcjonowania społecznego pacjentów z problemami psychicznymi wieku podeszłego – tym zagadnieniom poświęcony był XII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Psychogeriatrycznego, który odbył się w grudniu. Spotkanie przypadło w roku 100. rocznicy śmierci A. Alzheimera. O chorobie odkrytej przez naukowca, możliwościach terapeutyczno-diagnostycznych w tym zakresie rozmawiam z prof. Andrzejem Kiejną i prof. Tadeuszem Parnowskim. Swoimi spostrzeżeniami dzielą się również goście honorowi kongresu prof. Michael Davidson i prof. Shlomo Noy z Sackler School of Medicine (Tel Aviv University).

Uczestnicy kongresu rozmawiali przede wszystkim o nowych możliwościach diagnostyki i leczenia choroby Alzheimera. – Nasz arsenał farmakologiczny, stosowany u pacjentów z tą chorobą, wciąż nie jest imponujący. Leczy się objawowo, co przynosi mierne efekty. Wysiłek badaczy skupia się obecnie na znalezieniu metod umożliwiających leczenie przyczynowe oraz – co należy podkreślić – spersonalizowane, ukierunkowane na konkretnego człowieka – mówi prof. Michael Davidson, ekspert w zakresie leczenia chorób demencyjnych.

Coraz większego znaczenia nabiera stworzenie technologii, w tym laboratoryjnych, które umożliwią wcześniejsze wykrycie choroby Alzheimera bądź wytypowanie osób należących do grupy wysokiego ryzyka jej rozwoju. Narzędzia takie powinny być tanie i powszechnie dostępne, co umożliwi prowadzenie rzetelnych badań przesiewowych. W przypadku choroby Alzheimera jest to o tyle ważne, że zaczyna się ona 20 lat przed pojawieniem się pierwszych objawów klinicznych. Dlatego podczas kongresu omawiano najnowsze badania w zakresie identyfikacji czułych biomarkerów oraz hamowania niepożądanych reakcji biochemicznych, prowadzących do uszkodzeń neuronów.

W ramach jednej z sesji prof. Jerzy Leszek z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu omawiał możliwości związane z wykorzystaniem nanotechnologii, która może zaoferować nowoczesne metody diagnostyki – zdecydowanie bardziej szczegółowe i miarodajne niż stosowane obecnie. Podkreślał, że wstępne badania dotyczące wykorzystania nanotechnologii, zwłaszcza dendromerów

czy nanocząsteczek nowej generacji, są bardzo obiecujące. Odpowiednio skonstruowane genetyczne badania przesiewowe umożliwią w przyszłości wytypowanie grupy ryzyka, a nanocząsteczki działanie na bardzo wczesnym, przedklinicznym etapie choroby. Uczestnicy kongresu dyskutowali też o innych metodach, które mogą przynieść przełom w walce z chorobą Alzheimera. W kontekście odkrycia pierwotnych przyczyn choroby pewne nadzieje można wiązać z badaniami dotyczącymi cyklu komórkowego (do niedawna sądzono, że w dojrzałych neuronach cykl komórkowy jest już zahamowany). Okazuje się, że w miejscach zmian patologicznych w mózgu następuje reaktywacja tego cyklu. Nie zabrakło miejsca na dyskusję o wywołującej pewne kontrowersje metodzie tzw. lancetu genetycznego, odkrytej przed trzema laty. Umożliwia ona precyzyjną wymianę patologicznego DNA, co daje możliwość zapobiegania każdej chorobie.

Magdalena Orlicz-Benedycka: XII edycja kongresu różniła się zasadniczo od poprzednich spotkań...

Prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kiejna, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego XII Kongresu PTPG: Kongres odbywał się w roku setnej rocznicy śmierci A. Alzheimera, profesora Kliniki Chorób Psychiczych i Nerwowych Uniwersytetu Fryderyka Wilhelma w Breslau. Tematyka kongresu podzielona była na dwa przeciwstawne sobie nurty. Część historyczna, dotycząca A. Alzheimera, a w kontrze pozytywne aspekty starzenia się. Choroba Alzheimera budzi powszechnie lęk społeczny, dlatego tak ważne



Fot. z archiwum A.K.



Prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kiejna, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Fot. z archiwum T.P.



Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Parnowski, kierownik II Kliniki Psychiatrycznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, prezes PTPG. Założyciel i prezes zarządu Polskiej Fundacji Alzheimerowskiej

Fot. z archiwum PR Expert



Prof. Michael Davidson, ekspert w zakresie badań nad chorobą Alzheimera oraz opracowywania leków na demencję, współzałożyciel MD Nursing, współautor badań geriatrycznych, współzałożyciel powstającego we Wrocławiu kompleksowego centrum seniora Angel Care

Fot. z archiwum PR Expert



Prof. Shlomo Noy, specjalista w zakresie geriatry oraz autor prac i książek na ten temat, współzałożyciel powstającego we Wrocławiu kompleksowego centrum seniora Angel Care. Posiada wieloletnie doświadczenie w badaniach geriatrycznych, opiece nad osobami starszymi i zarządzaniu centrami opieki. Dziekan na Uniwersytecie Nauk o Zdrowiu Kirjat Ono w dystrykcie telawiskim

było wskazanie pozytywnych aspektów wieku senioralnego. Trzeba pamiętać, że choroba Alzheimera może dotyczyć nawet połowy populacji tych osób, które przekroczą 90. rok życia. To jest wielki problem.

Zaprosiliśmy kilku znakomitych mówców, również w wieku senioralnym. Przykładem może być prof. Vetulani, którego kalendarz zajęć jest wypełniony po brzegi, mimo że przeszedł na emeryturę. To prawdziwy erudyta, osoba aktywna i podążająca za współczesnymi trendami. Tymczasem my musimy łamać stereotypy. Dlaczego? Choćby dlatego, że ordynacja wyborcza Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nie zezwala, by kandydaturę na elektora zgłosiła osoba, która w roku wyborczym osiągnęła wiek emerytalny. Takie działania to dyskryminacja, są one niezgodne z ustawą o szkolnictwie wyższym. Jakim jesteśmy zatem społeczeństwem? To ważny temat poruszany również podczas kongresu. Wiek senioralny nie może być stygmatyzowany. Przecież każdy kto będzie miał szczęście dożyć jesieni życia, nie może pozostawać na marginesie. Nasi goście, prof. Shlomo Noy i prof. Michael Davidson z Tel Avivu, zbliżają się do takiego wieku, a jednak są sprawni, dziarscy, pracują w różnych rolach, na stanowiskach uniwersyteckich i organizacyjnych. Warto wspomnieć, że obydwa profesorowie są współtwórcami Instytutu Gerontologii Angel Care, który wkrótce otworzy we Wrocławiu centrum seniora.

Pozostaje pytanie, czy wiek senioralny to wiek smutku czy aktywności? Oczywiście ten wiek ma swoje ciemne strony w postaci gorszej funkcji narządów i wielu schorzeń. Jednak nasza psychika może to modyfikować. Silna psychika, zrównoważona dobrą aktywnością, daje osobom starszym inną emocjonalność. Ludzie ci łatwiej się cieszą, mają więcej czasu na przemyślenia i mniej lęku. Tzw. zdrowe starzenie daje większą stabilność emocjonalną.

M.OB.: Wnioski z kongresu wskazują na...

Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Parnowski: Konieczność organizowania nowego rodzaju pomocy, zapewniającej pacjentowi i jego opiekunowi wsparcie na najwyższym poziomie. Jako że nie znamy jeszcze leczenia przyczynowego choroby Alzheimera, ten kierunek oddziaływań jest najbardziej efektywny. A to dlatego, że u osób starszych występuje kumulacja niekorzystnych czynników pogarszających funkcjonowanie organizmu (przewlekłe choroby, urazy, depresje, zaburzenia funkcji poznawczych). Uruchamianie kolejnych kosztownych instytucji (DPS, ZOL) nie rozwiąże problemu. Należy więc poszukiwać metod alternatywnych, np. indywidualizacji pomocy na poziomie podstawowym, np. kilku/kilkunastoosobowe mieszkania chronione, samopomoc „blokowa”, płatni opiekunowie-sąsiedzi, dostarczanie ludziom starszym posiłków do domów, pomoc przy załatwianiu spraw bytowych (rachunki, urzędy). Są to metody stosowane od lat 90. w innych krajach europejskich, znacznie efektywniejsze i znacznie tańsze.

Organizowaniu pomocy ludziom w wieku senioralnym powinna towarzyszyć zmiana sposobu myślenia – z XIX-wiecznego na XXI-wieczny. Oznacza to realizację indywidualnych potrzeb. Z badań wynika, że najważniejszy jest dla osób starszych nie stan finansowy lub formy pomocy pośredniej (sprawność pomocy społecznej), lecz realizacja potrzeb i oczekiwań. Stan psychologiczny i somatyczny pogarsza izolacja społeczna i samotność. Są one czynnikami ryzyka depresji, często u ludzi starszych nierozpoznananej. Zapobiegać temu mogą „środowiskowe grupy wsparcia”. Z badań przeprowadzonych w latach 2005-2013 wynika, że kapitał społeczny znacząco poprawia stan psychiczny osób starszych i samotnych. Przesłaniem mojego wystąpienia było holistyczne spełnianie potrzeb osób starszych, które nie posiadają możliwości uczestniczenia w projektach proponowanych przez państwo.

M.OB.: Jaka jest rola lekarza w zdrowym starzeniu się?

T.P: Powstała koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, której inicjatorem był prof. Bolesław Samoliński. Cyklicznie spotykają się specjaliści różnych dyscyplin, aby mówić o tym, jak na miarę swoich możliwości, powinniśmy się zdrowo starzeć. Przeciwdziałać wszystkim zagrożeniom zdrowotnym, a przede wszystkim dbać o kondycję psychiczną. To nasza psychika steruje wszystkimi funkcjami. Nie możemy patrzeć na problemy zdrowia psychicznego, jak na coś, co marginalizuje człowieka. Oczywiście, nie rzadko, istnieją w tym wieku depresje, które są przeważnie konsekwencją samotności, opuszczenia przez rodzinę czy wykluczenia zawodowego. Staje się to wyraźnie widoczne w dobie nowych technologii i elektroniki. Młodzi porozumiewają się skrótowo. To ważne, aby ta sfera życia była też udziałem osób starszych. Dla zachowania zdrowia psychicznego ważna jest stymulacja mózgu i aktywności naszej psychiki. Poza tym rehabilitacja osób starszych również ma już wsparcie w elektronice, która jest pomocna w codziennym życiu.

M.OB.: Z jakimi problemami spotyka się Pan w codziennej pracy?

T.P: Coraz więcej starszych osób przyjmowanych jest do szpitala z powodu depresji. Pacjent przechodzi często z interny na oddział psychiatryczny. Chorzy zbyt długo pozostają na oddziałach, brakuje miejsc opiekuńczo-leczniczych, placówek dziennego pobytu seniora. Starszy pacjent, często z depresją, trafia do szpitala na oddział psychiatryczny, gdzie źle się czuje, wśród ludzi z poważnymi schorzeniami psychicznymi. Takiej osobie bardziej potrzebne jest towarzystwo, opieka, motywowanie do działań i ruch, a nie leżenie w łóżku. Na naszych oddziałach brakuje odpowiedniej atmosfery, klimatu i ukierunkowanej opieki. Brakuje też wsparcia ze strony państwa. Ludzie starsi często sami się organizują, ale nie wszyscy są do tego chętni, nie mają siły. Normalnym

zjawiskiem w innych krajach jest decyzja o pobycie w pensjonacie, w placówce dla ludzi starszych, gdzie mają kompleksową opiekę i towarzystwo. Mocno promowanym rozwiązaniem są ostatnio luksusowe domy opieki czy wręcz specjalne osiedla, miasteczka przystosowane do potrzeb osób starszych. Są to jednak inicjatywy zbyt drogie dla przeciętnego człowieka. Na takie rozwiązania mogą sobie pozwolić mieszkańcy zamożnych krajów.

M.OB.: Jakie wyzwania stoją przed geriatrią i psychogeriatricą?

T.P.: Wyzwaniem jest wynalezienie leku, który pozwoli ingerować w leczenie choroby Alzheimera (Anti-amyloid Antibody Treatment) we wczesnym stadium. Obecnie prowadzone są badania kliniczne nad takimi lekami, o czym wspominał w swoim wykładzie dr Robert Lasser z firmy Roche w Bazylei. Kolejną sprawą na najbliższą przyszłość jest rozpowszechnienie wśród osób starszych dobrych nawyków w codziennym życiu, uświadomienie, że aktywność fizyczna i psychiczna jest najlepszą profilaktyką. Każdy powinien znaleźć odpowiednią dla siebie formę ruchu i umysłowego fitness. Ważne jest też dobieranie odpowiednich posiłków.

Musimy sobie uświadomić, że wraz ze zwiększającą się populacją ludzi starych będzie wzrastać ilość zaburzeń psychicznych, depresje u ok. 20 proc., zaburzenia funkcji poznawczych u ok. 10 proc., okresowe zaburzenia świadomości u ok. 20 proc. Zaburzenia psychiczne wpływają negatywnie na stan somatyczny – niedożywienie, odwodnienie, nieregularne przyjmowanie leków, zbyt rzadka diagnostyka i wizyty u lekarzy. Nie ma tu podziału na psyche i soma – człowiek stary pokazuje, jak bardzo zależne są od siebie te dwie części.

M.OB.: Z czym sobie w Polsce nie radzimy? Co jest problemem? Dlaczego brakuje geriatrów?

T.P.: Nie radzimy sobie z nadmiarem ludzi starszych i ich problemami, zarówno w wymiarze medycznym, jak i społecznym. Przywoływane projekty państwowe są dostępne tylko dla niewielkiej grupy osób. U większości osób starszych występują średnio trzy choroby somatyczne: nadciśnienie tt. (86 proc.), cukrzyca typu II i nietolerancja glukozy (40%), osteoporoza/przerost prostaty (25%). Diagnostyka jest trudna, choroby są przewlekłe; leczenie z powodu braku funduszy przerywane – z tym wszystkim musi sobie poradzić lekarz. Atypowość przebiegu chorób wymaga doświadczenia klinicznego, co powoduje, że młodzi lekarze niechętnie interesują się tą specjalnością.

A.K.: Mało jest oddziałów geriatrycznych. Chciałem, dla porównania, zobaczyć jak one wyglądają w Hiszpanii. I zobaczyłem. Są duże, mają specjalne gabinety, pracownie psychologów, terapeutów i miejsca integracyjne, gdzie ci pacjenci mogą się spotykać, rehabilitować. Całość utrzymana jest w klimacie młodości tych ludzi. Stare gazety, zdjęcia, sprzęty, muzyka z czasów ich młodości. To tworzy prywatny, dzienny ośrodek psychogeriatryczny. Inny ośrodek, publiczny w szpitalu to świetnie zorganizowany oddział. Przy stosowane korytarze, wszędzie poręcze, uchwyty, wszystko dla wygody i dostosowane do potrzeb osoby w tym wieku. I na takie przedsięwzięcia powinny być przeznaczane pieniądze publiczne.

GOŚCIE HONOROWI KONGRESU O CHOROBIE ALZHEIMERA I NIE TYLKO...

Magdalena Orlicz-Benedycka: Choroba Alzheimera to jeden z najważniejszych problemów współczesnej medycyny, niosący jednak w sobie stygmat dla populacji wieku podeszłego. Jak ją leczyć, jak zapobiegać, jak zmniejszyć koszty opieki zdrowotnej?

Prof. Michael Davidson: Dla lekarza najważniejsze jest postawienie trafnej diagnozy. Należy wykluczyć nieliczne odwracalne typy demencji. Następnie można opracować i zastosować odpowiednią terapię, która powinna być dostosowana do indywidualnych po-

treb pacjenta. Ostatnia terapia, która jest uznana przez Europejską Agencję Leków i amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków, została wprowadzona już 15 lat temu – to leczenie za pomocą mamentyny. Obecnie kilka nowych terapii oraz leków jest w fazie badań, które jeśli zakończą się sukcesem, zostaną wprowadzone ok. 2018 r.

Problemy, a przy okazji potencjalne rozwiązania, są podobne w Polsce, jak i w innych europejskich krajach oraz w Ameryce Północnej. Z jednej strony społeczeństwa się starzeją, stąd też coraz więcej osób dotyka choroba Alzheimera. Z drugiej zwiększa się obciążenie dla rodzin oraz społeczeństwa – bez względu na to, czy opieka nad osobą starszą odbywa się w domu rodzinnym czy w wyspecjalizowanym domu opieki. Zarówno na budżet kraju, jak i samorządów oraz każdej z rodzin będzie miał wpływ wymóg opieki nad tymi osobami.

Na wczesnym etapie mojego kształcenia na lekarza i badacza zdałem sobie sprawę, że poprzez studiowanie choroby Alzheimera studiuję się prawidłowy rozwój mózgu, prawidłowe oraz patologiczne starzenie się mózgu, a także jego funkcje poznawcze. Te kilka naukowych dziedzin było zbieżnych i nimi się zająłem. Aby zachować formę, niemal codziennie biegam 3-4 km. Staram się kontrolować swoją wagę. Dzień w dzień pracuję, ile mogę, i jednocześnie cieszę się tym.

Prof. Shlomo Noy: Aby polepszyć jakość życia oraz zmniejszyć koszt opieki zdrowotnej i obciążenia dla społeczeństwa, niezwykle ważna jest redukcja chorób współistniejących, które wynikają z postępującego wieku. Należy stosować profilaktykę medyczną w średnim wieku (40, 50 lat). Kontrolować ciśnienie krwi, cholesterol, poziom cukru, masę ciała, należy również podejmować aktywność fizyczną. Podczas gdy to wszystko jest niezbędne w starszym wieku, nie wystarczy tego robić tylko w starszym wieku. Podstawą jest zapewnienie łatwego, szybkiego i nieuciążliwego dostępu do opieki medycznej dla osób starszych z chorobami współistniejącymi, szczególnie do dobrych i zaangażowanych lekarzy rodzinnych. Jeszcze przed kwestią jakości opieki medycznej i specjalistów, zasadnicza jest kwestia dostępności do niej. Osoby starsze mają trudności z poradeniem sobie z biurokracją systemu zdrowotnego. Rozróżnienie pomiędzy wizytami w nagłych przypadkach a takich, które mogą poczekać, planowanie wizyt, interpretacja wyników badań, podejmowanie decyzji – to wszystko trudności nie do pokonania dla osób starszych. Do czasu te zadania są wykonywane przez ich dzieci, ale dzieci nie są zawsze dostępne, czasem nie mają możliwości. Nową funkcją dla rozwiązania tej kwestii, bardzo popularną w Stanach Zjednoczonych i niektórych krajach Europy Zachodniej, jest koordynator opieki (Care Coordinator). Taka osoba ma wykształcenie licencjackie w pielęgniarstwie lub związane z opieką zdrowotną czy naukami społecznymi i pomaga starszym z chorobami współistniejącymi w poruszaniu się w systemie zdrowotnym. Uzupełniającym alternatywnym rozwiązaniem jest telemedycyna i prowadzenie telekomunikacji oraz telemonitoringu. O ile telemedycyna się staje się coraz bardziej powszechna, wciąż pozostaje wiele nierozwiązanych problemów w obszarze osoba starsza – technologia.

Jeszcze w czasie mojego wczesnego szkolenia jako lekarz rozumiałem, że potrzeby osób starszych w znacznym stopniu nie są uwzględniane, dlatego postanowiłem skupić się właśnie na tym obszarze. Później, już jako kierownik medyczny, zdałem sobie sprawę, że rehabilitacja geriatryczna jest prawdopodobnie najpilniejszym obszarem, w którym ktoś może dokonać zmian, i zdecydowałem skierować wysiłki w tę stronę.

Co sam robię dla zdrowia? Średnio dwa razy w tygodniu biegam na krótszym dystansie, raz wybieram się na dłuższy bieg z przyjaciółmi, a okazjonalnie pływam. Jako osoba bardzo aktywna zawodowo, prowadząca złożone ośrodki medyczne, nie potrzebuję ćwiczeń pamięci, gdyż moja codzienna praca stanowi takie ćwiczenie. Przechodzę badania okresowe i utrzymuję swój współczynnik BMI pod kontrolą.

OBOWIĄZKI LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW JAKO PRZEDSIĘBIORCÓW PROWADZĄCYCH PRAKTYKI ZAWODOWE

- I. Statystyka publiczna
- II. Odpady medyczne
- III. Gazy i pyły
- IV. Inne



Grafika Tomasz Janiszewski

I. OBOWIĄZKI SPRAWOZDAWCZO-STATYSTYCZNE

Przypominamy lekarzom prowadzącym praktyki lekarskie i dentystyczne **o obowiązku uczestnictwa w badaniach statystycznych statystyki publicznej za rok 2015.**

Zgodnie z programem badań statystycznych na rok 2015, lekarze prowadzący działalność w formie praktyki lekarskiej lub dentystycznej wypełniają następujące sprawozdania na drukach:

Rodzaj	Kto i do kiedy?
MZ-11	udzielający świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki lekarskiej w ramach kontraktu z NFZ (raz w roku do 30 marca 2016 r.)
MZ-13	udzielający świadczeń w zakresie chorób gruźlicy i chorób płuc (wyjaśnienia w sprawie sprawozdania można uzyskać w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu, tel. 71 328 83 14) (raz w roku do 15 lutego 2016 r.)
MZ-14	udzielający świadczeń ambulatoryjnych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową (raz w roku do 29 lutego 2016 r.)
MZ-15	jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (raz w roku do 29 lutego 2016 r.)
MZ-19	udzielający świadczeń ambulatoryjnych w zakresie leczenia środowiskowego/domowego (raz w roku do 15 lutego 2016 r.)
MZ-24	udzielający świadczeń ambulatoryjnych w zakresie ginekologii i położnictwa (raz w roku do 15 lutego 2016 r.)
MZ-35A	przeprowadzający badania profilaktyczne pracujących (wyjaśnienia w sprawie sprawozdania można uzyskać w Dolnośląskim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy we Wrocławiu, tel. 71 344 93 32). (raz w roku do 29 lutego 2016 r.)
MZ-88	wszyscy prowadzący działalność leczniczą (raz w roku do 29 lutego 2016 r.)
MZ-89	wszyscy prowadzący działalność leczniczą (raz w roku do 29 lutego 2016 r.)

Lekarze dentyści prowadzący indywidualne, specjalistyczne praktyki wypełniają następujące formularze: MZ-88 i MZ-89.

Istnieje możliwość przekazywania sprawozdań drogą elektroniczną za pośrednictwem Systemu Statystyki Resortowej ministra zdrowia (SSRMZ), administrowanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie. Wypełnienie sprawozdań w systemie wymaga rejestracji. W tym celu na stronie do logowania: <https://ssrmz.csioz.gov.pl> należy wejść w zakładkę **Zarejestruj** i wypełnić formularz rejestracyjny. **Wygenerowany formularz prosimy przesłać na adres:** Dolnośląski Urząd Wojewódzki, Wydział Polityki Społecznej Oddział Statystyki Medycznej, pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław lub e-mail: stat@duw.pl Po zweryfikowaniu danych na wniosku konto użytkownika zostanie aktywowane. **Konta użytkowników, którzy wypełniali sprawozdania w roku ubiegłym, są nadal aktywne i nie wymagają powtórnej rejestracji.**

Sprawozdania można wypełnić również w formie papierowej i przesłać lub złożyć osobiście w Oddziale Statystyki Medycznej, I piętro, pokój 1109 i 1110A (skrzydło B – lewa strona holu głównego). Formularze należy pobrać i wydrukować ze strony: www.csioz.gov.pl —> Statystyka publiczna. Z powodu zmian w formularzach nie należy korzystać z druków z poprzedniego roku.

Terminy wykonania sprawozdań zamieszczono na formularzach statystycznych. Komunikaty o przebiegu badań statystycznych będą dostępne na stronie: www.csioz.gov.pl oraz na stronie www.duw.pl/ ->Urząd -> Zdrowie Publiczne -> Informacje Statystyczne.

Osoby, które w 2015 roku nie prowadziły działalności w ramach indywidualnej praktyki lub prowadziły działalność tylko na rzecz innych podmiotów leczniczych nie są zobowiązane do składania sprawozdań statystycznych.

Szczegółowych informacji o obowiązującej w 2015 roku sprawozdawczości udzielają pracownicy Oddziału Statystyki Medycznej pod numerami tel.: 71 340 69 82, 71 340 62 58, 71 340 62 79, 71 340 69 38 oraz na stronie www.duw.pl/ ->Urząd -> Zdrowie Publiczne -> Informacje Statystyczne.

Podstawę wypełniania formularza stanowi dokumentacja medyczna, której obowiązek prowadzenia dotyczy wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie

z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t. j. Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.).

Jednocześnie informujemy, że ustawodawca w art. 56, 57 i 58 Ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 591 ze zm.) przewidział nałożenie sankcji w przypadku odmowy wykonania obowiązku statystycznego, przekazania danych statystycznych niezgodnych ze stanem faktycznym oraz po upływie wyznaczonego terminu.

II. ODPADY MEDYCZNE

Do 15 marca każdego roku należy złożyć do marszałka województwa dolnośląskiego zbiorcze zestawienie danych o rodzajach i ilości odpadów, o sposobach gospodarowania nimi oraz o instalacjach i urządzeniach służących do odzysku i unieszkodliwiania tych odpadów za poprzedni rok.

Szczegółowych informacji w powyższym zakresie udziela Wydział Środowiska Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, Wrocław, ul. Ostrowskiego 7. Opłaty za Zbiorcze Zestawienia Danych o Odpadach (Wojewódzki System Odpadowy): Wrocław, tel. 71 770 43 42; tel. 71 770 43 50; tel. 71 770 43 41, tel. 71 770 43 38; Wałbrzych, tel. 74 842 22 26; Legnica; Jelenia Góra, tel. 76 862 02 88.

Na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego: bip.umwd.dolnyslask.pl zamieszczone są obowiązujące w tym zakresie druki.

III. GAZY I PYŁY

Dotyczy lekarzy, którzy w ramach swojej praktyki korzystają z samochodów lub posiadają w pomieszczeniach praktyki kotłownię.

Do 31 marca każdego roku należy przekazać marszałkowi województwa sprawozdanie zawierające informacje i dane o ilości oraz rodzajach gazów lub pyłów wprowadzanych do powietrza oraz dane, na podstawie których określono te ilości, wykorzystane do ustalenia wysokości opłat oraz ewentualnie uiścić opłatę za korzystanie ze środowiska za poprzedni rok.

Nie wnosi się opłat na rachunek Urzędu Marszałkowskiego z tytułu tych rodzajów korzystania ze środowiska, których roczna wysokość nie przekracza 800 zł.

Szczegółowych informacji w powyższym zakresie udziela Wydział Środowiska Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, Wrocław, ul. Ostrowskiego 7.

Opłaty za wprowadzanie gazów lub pyłów do powietrza: Wrocław, tel. 71 770 43 44, tel. 71 770 43 45, tel. 71 770 43 46; Jelenia Góra, tel. 75 767 50 07; Wałbrzych, tel. 74 842 45 16, tel. 74 842 22 56; Legnica, tel. 76 862 90 06.

Na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego: bip.umwd.dolnyslask.pl zamieszczone są obowiązujące wzory formularzy.

IV. INNE

Obowiązki sprawozdawcze

1. Lekarze – pracodawcy, których pracownicy są narażeni na ryzyko zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, są zobowiązani do:

- sporządzania i wdrażania procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami,
- sporządzania i wdrażania procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej,
- oceny procedur raz na 2 lata,

- prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami,
- uzupełniania wykazu w razie zaistnienia zdarzenia,
- sporządzania raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami,
- **nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy.**

2. Lekarze prowadzący praktyki zawodowe są zobowiązani do:

- przeprowadzania kontroli wewnętrznych – tzw. audytów,
- przechowywania i okazywania na żądanie organów sanepidu w przypadku kontroli,
- **nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy.**

3. Lekarze prowadzący praktyki zawodowe, używający aparatów rentgenowskich, są zobowiązani do:

- prowadzenia pomiarów dawek indywidualnych albo pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz rejestrowania danych w tym zakresie,
- przekazania informacji wynikających z rejestru w terminie **do 15 kwietnia roku następnego** uprawnionemu lekarzowi prowadzącemu dokumentację medyczną pracowników oraz do centralnego rejestru dawek,
- przeprowadzania audytów wewnętrznych,
- **co najmniej raz w roku.**

Testy eksploatacyjne (podstawowe):

- zgodność pola promieniowania z polem świetlnym – raz w miesiącu,
- powtarzalność ekspozycji dawki – raz w miesiącu,
- rozdzielczość wysoko- i niskokontrastową – co 6 miesięcy,
- kratka przeciwozproszeniowa – co 3 miesiące,
- system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) – co 6 miesięcy,
- kasety – co 6 miesięcy,
- procesy wywoływania – codziennie,
- pomieszczenie ciemni – co 6 miesięcy,
- ocenę zdjęć RTG – codziennie.

Lekarzy dentystów stosujących stomatologiczne aparaty do zdjęć wewnątrzustnych obowiązują testy podstawowe:

- test rozdzielczości – co 6 miesięcy,
- test powtarzalności ekspozycji – co miesiąc.

Testy eksploatacyjne (specjalistyczne):

- co najmniej raz na 24 miesiące.

Szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej:

- **co 5 lat.**

Inne obowiązki

1. Lekarze prowadzący praktyki zawodowe:

- zgłoszenie zmiany danych praktyki do rejestru prowadzonego przez OIL – 14 dni od momentu zaistnienia zmiany,
- zgłoszenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC – 7 dni od momentu zawarcia umowy,
- zgłoszenie ewentualnej zmiany zasad opodatkowania w ramach prowadzonej działalności gospodarczej – do 20 stycznia roku podatkowego, którego zmiana ma dotyczyć.

Powyższe dane zostały przygotowane na bazie przysłanego do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej pisma Wydziału Polityki Społecznej DUW. Pełny tekst pisma znajdzie Państwo na stronie internetowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej/zakładka PRAWO LEX.

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej
mec. Beata Kozyra-Łukasiak, radca prawny DIL



Fot. z archiwum OD PTS



Na zdjęciu prof. Tomasz Gedrange

Jesienne spotkanie stomatologów po raz trzeci we Wrocławiu

III Dolnośląskie Jesienne Dni Stomatologiczne i odbywające się równolegle polsko-niemieckie spotkanie stomatologów przyciągnęły do Wrocławia specjalistów z wielu dziedzin. 21 listopada 2015 r. w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej mieli okazję podzielić się swoim zawodowym doświadczeniem. Wydarzenie, które z roku na rok cieszy się coraz większym zainteresowaniem, zorganizował Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego przy współpracy z Dolnośląską Radą Lekarską.

Zapoczątkowany w latach 2010-2013 cykl tego typu spotkań, noszący wówczas nazwę Wrocławskie Dni Implantologii, skierowany był do osób zajmujących się chirurgią i regeneracją jamy ustnej. Na przestrzeni lat spotkanie rozrosło się i zyskało rangę ogólnostomatologicznego szkolenia. Z każdym rokiem poszerzany jest jego zakres tematyczny.

III Dolnośląskie Jesienne Dni Stomatologiczne poświęcone były zależnościom zachodzącym między ortodontcją a periodontologią i odbywały się pod hasłem: „Ortodontyczne i periodontologiczne problemy w codziennej praktyce lekarza dentysty”. Do przedstawienia najnowszej wiedzy zaproszeni zostali wybitni specjaliści z Polski oraz Niemiec. Nowinki technologiczne dla branży stomatologicznej zaprezentowali obecni na konferencji wystawcy. Platynowym sponsorem była firma Glaxo Smith Cline Beacham®, która przygotowała dodatkowo wykład, wpisujący się tematycznie w prezentowane zagadnienia.

Spotkanie otworzył prof. dr hab. Marek Ziętek – rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Jako lekarz stomatolog stwierdził, że jest bardzo zadowolony z tak dynamicznego rozwoju tej dziedziny medycyny. Kierownikiem i moderatorem konferencji była prof. dr hab. Marzena Dominiak, która otworzyła spotkanie wykładem poświęconym „Nowym perspektywom w diagnostyce recesji przyzębia” oraz zaprosiła na Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI. Ten w dniach 7-10 września 2016 r. odbędzie się w Poznaniu.

Podczas spotkania omówiono szereg kontrowersyjnych zagadnień z zakresu ortodontcji i chirurgii szczękowej. Wykład na temat zastosowania „Dystraktorów w leczeniu ortodontycznym” prowadził prof. dr hab. Tomasz Gedrange z Uniwersytetu Medycznego w Dreźnie i Wrocławiu. O problemach związanych z leczeniem pacjentów z bólami stawu żuchwowego mówiła prof. dr Aladin Sabbagh z Niemiec („Szyny aquasprint w leczeniu dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych”). Przyczyny zmian parodontalnych oraz terapię przyzębia „Razem dbajmy o zdrowie naszych pacjentów” zaprezentował lek. dent. Paweł

Zaborowski, a dr n. med. Justyna Warmuz opowiadała o „Wpływach czynników morfologicznych na rozwój recesji dziąsła w III klasie zgryzu”. Z kolei lek. dent. Jacek Żurek – doktorant w Katedrze i Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu zaprezentował „Współczesne metody leczenia recesji przyzębia”. Przy tej okazji zaprosił uczestników na kurs, podczas którego zaprezentowane zostaną szerzej najnowsze metody i materiały allogenne do augmentacji dziąsła. Z ciekawostek, interesujący wydaje się fakt, że zaprezentowany materiał jest jak do tej pory jedynym na świecie udowodnionym przeszczepem biostatycznym (zgłoszenie patentowe RP), wykorzystywanym w chirurgii śluzówko-dziąsłowej i regeneracyjnej wyrostka. O zależnościach między ortodontcją i paradontologią mówił także dr n. med. Wojciech Bednarz („Aspekty periodontologiczne w leczeniu ortodontycznym”). Prelegent przedstawił szereg bardzo ciekawych, a zarazem trudnych przypadków klinicznych.

Konferencja poruszała też zagadnienia ważne dla praktyki, ze szczególnym uwzględnieniem innowacyjnych metod diagnostyki i terapii po utracie zębów. Wykłady poświęcone autotransplantacji zębów jako alternatywie do implantacji prowadzili: z Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, dr hab. Paweł Plakwicz („Autotransplantacja zębów”) oraz z ośrodka wrocławskiego, lek. stom. Piotr Puszekiel („Autotransplantacja – metoda leczenia urazów zębów, współpraca chirurga i ortodonty (opis przypadków)”. W wykładach tych przedstawiona była już wieloletnia skuteczność takich zabiegów. Jest to o tyle ciekawe, że rośnie zainteresowanie tą metodą, a ośrodek wrocławski jest jednym z wiodących na terenie Polski.

Jesienne Dni Stomatologiczne uzupełniają ofertę dydaktyczną w naszym regionie. Jest to bardzo ważne spotkanie, w którym mają możliwość zaprezentowania się nie tylko przedstawiciele uniwersytetów z Polski i zagranicy, ale też koledzy praktycy prowadzący własne gabinety. Wierzymy, że wymiana poglądów pozwoli na lepszą współpracę, a tym samym skuteczniejsze leczenie naszych pacjentów.

Mamy nadzieję, że konferencja Jesienne Dni Stomatologiczne, ciesząc się dużym zainteresowaniem, utrwaliła swoją pozycję w krajowym kalendarzu spotkań klinicystów.

prezes Oddziału Dolnośląskiego PTS
prof. dr hab. Marzena Dominiak,
wiceprezes Oddziału Dolnośląskiego PTS
prof. dr hab. Tomasz Gedrange

Mieszkania o pow. od 75 do 105 m²
w cenie od 4 600 zł brutto za m²



10 min od Szpitala Klinicznego
przy ul. Borowskiej

Dział Sprzedaży:
ul. Strzegomska 42 F
Wrocław

71 342 88 80
biuro@wpb.wroc.pl
www.wpb.wroc.pl

Dr adw. Małgorzata Paszkowska

Prawnik i socjolog. Od wielu lat doradca i wykładowca w zakresie prawa i zarządzania w ochronie zdrowia. Adiunkt w Katedrze Prawa WSiZ w Rzeszowie. Wykładowca na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy. Współorganizator kierunku zdrowie publiczne oraz uczelnianego centrum rehabilitacyjno-medycznego REH-MEDIQ. Prowadzi zajęcia ze studentami w szczególności na kierunku administracja i zdrowie publiczne i wykłady na studiach podyplomowych. Opiekun merytoryczny i autorka programów studiów podyplomowych: Zarządzanie podmiotami leczniczymi, Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia, Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (dla pracowników pomocy społecznej)



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/medical-563427/DarkoStojanovic

DOKUMENTACJA MEDYCZNA W ŚWIECIE ZMIAN PRZEPISÓW

Tekst Małgorzata Paszkowska

Słowo „dokument” pochodzi od łacińskiego określenia „*documentum*”, co oznacza dowód, świadectwo, wzór czy przykład.¹ W przepisach prawa ochrony zdrowia nie ma obecnie, niestety, definicji dokumentacji medycznej. Określenie tego terminu znajdowało się natomiast w nieobowiązującej już ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie za dokumentację medyczną uznawano dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych, gromadzone i udostępniane na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.² Aktualne przepisy, a przede wszystkim ustawa o prawach pacjenta, stanowią, iż pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Należy przyjąć, że dokumentacja medyczna to zbiór danych i informacji opisujących stan zdrowia pacjenta i zawierających zakres wszystkich udzielanych mu świadczeń.

Problematyka dokumentacji medycznej uregulowana jest przede wszystkim w rozdziale 7 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.) zwanej dalej

”

Od 23 grudnia 2015 r. obowiązuje nowe rozporządzenie wykonawcze, tj. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015, poz. 2069) zwane dalej r.d.m. Powyższe rozporządzenie zastąpiło Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. (...) Zmiany w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obowiązują od 12 grudnia 2015 r. i dotyczą przede wszystkim kwestii elektronicznej dokumentacji medycznej (prowadzenie, udostępnianie).

“

u.p.p. a także w wydany na jej podstawie rozporządzeniu wykonawczym. Od 23 grudnia 2015 r. obowiązuje nowe rozporządzenie wykonawcze, tj. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015, poz. 2069) zwane dalej r.d.m. Powyższe rozporządzenie zastąpiło Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Celem artykułu jest przybliżenie zmian odnoszących się do dokumentacji medycznej w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta a także w zarysie nowego rozporządzenia wykonawczego w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Zmiany w u.p.p. obowiązują od 12 grudnia 2015 i dotyczą przede wszystkim kwestii elektronicznej dokumentacji medycznej (prowadzenie, udostępnianie).

Rodzaje dokumentacji medycznej

Nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji

medycznej oraz sposobu jej przetwarzania utrzymało klasyczny i stosowany od wielu lat podział normatywny dokumentacji medycznej na dokumentację:

1) indywidualną (wewnętrzną i zewnętrzną) oraz 2) zbiorczą.

Zgodnie z przyjętą w r.d.m. definicją legalna dokumentacja indywidualna to dokumentacja dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Natomiast dokumentacja zbiorcza to dokumentacja dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. W ramach dokumentacji indywidualnej rozporządzenie tak jak poprzednio wyodrębnia dokumentację: **indywidualną wewnętrzną oraz indywidualną zewnętrzną**. W rezultacie dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną, czyli przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, czyli przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności: a) historia zdrowia i choroby, b) historia choroby, c) karta noworodka, d) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, e) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, f) karta wizyty patronażowej, g) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego, h) karta uodpornienia, o której mowa w Ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947, z późn. zm.).

Natomiast dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności: a) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, b) skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, c) karta przebiegu ciąży, d) książeczka zdrowia dziecka, e) karta informacyjna z leczenia szpitalnego, f) pisemna informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla kierującego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.) o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, g) książeczka szczepień, o której mowa w Ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, h) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska.

W praktyce najpopularniejszym rodzajem dokumentacji zewnętrznej są skierowania (na badania, do innego świadczeniodawcy). W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Dokumentację tę, a w przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej jej kopię lub dokładny opis, dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. Poza dokumentacją medyczną indywidualną wyróżnia się w praktyce także dokumentację medyczną zbiorczą. Dokumentacja zbiorcza to m.in.: księgi przyjęć, księgi zabiegów, księgi raportów lekarskich, księgi bloku operacyjnego, księgi pracowni diagnostycznej.

Poszczególne rodzaje dokumentacji medycznej związane są z rodzajem podmiotu wykonującego działalność leczniczą będącego ich wytwórcą. Przykładowo podmiot leczniczy prowa-

dzący szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka,
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie: a) księgi głównej przyjęć i wypisów, b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych, d) księgi chorych oddziału, e) księgi raportów lekarskich, f) księgi raportów pielęgniarskich, g) księgi zabiegów, h) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej, i) księgi bloku porodowego albo sali porodowej, j) księgi noworodków, k) księgi pracowni diagnostycznej;
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, książeczki zdrowia dziecka, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem.

Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej (z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego) prowadzi jedynie dokumentację indywidualną. Dokumentacja powyższa obejmuje dokumentację: 1) wewnętrzną w formie: a) historii zdrowia i choroby lub karty noworodka, b) karty obserwacji przebiegu porodu; 2) zewnętrzną w formie skierowania do szpitala lub innego podmiotu, skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje, karty prze-

” —
Udostępniona może być indywidualna dokumentacja wewnętrzna pacjenta, natomiast dokumentacja zbiorcza jedynie w zakresie wpisów dotyczących danego pacjenta.

biegu ciąży, książeczki zdrowia dziecka, zaświadczenia, orzeczenia lub opinii lekarskiej.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona ściśle według zasad zawartych w przepisach, a przede wszystkim w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015, poz. 2069). Dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej. Jednakże od 1 sierpnia 2017 r. dokumentacja będzie prowadzona tylko w formie elektronicznej. Zgodnie z § 80 nowego rozporządzenia dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym: 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą, 2) integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur, 3) stały dostęp do doku-



mentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych, 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych, 5) przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, 6) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF), 7) eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, 8) funkcjonalność wydruku dokumentacji.

W przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji.

” — Zgodnie z § 78 r.d.m. świadczeniodawca powinien udostępnić dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.

“

Zgodnie ze zmienioną ustawą o prawach pacjenta (art. 24) osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby, wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych, są uprawnione do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu. Osoby upoważnione przez administratora danych są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

Zgodnie z nowym rozporządzeniem, tak samo jak poprzednio, **wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego** (czyli możliwie jak najszybciej, a nie np. dnia następnego), w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Ponadto każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej muszą być numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane. W dokumentacji medycznej wpisuje się nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. Zgodnie z § 8 r.d.m. w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej: 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. Powyższe obowiązki w zakresie oświadczeń pacjenta nie uległy zmianie.

Prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna powinna stanowić odzwierciedlenie stanu zdrowia pacjenta, podjętych procedur diagnostycznych i leczniczych oraz formalnego trybu postępowania z pacjentem. Ponadto stanowi podstawowy dowód w postępowaniu sądowym.

Do obowiązków świadczeniodawcy medycznego poza prowadzeniem dokumentacji medycznej należy jej przechowywanie. Zgodnie z § 73 r.d.m. dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził (czyli np. w przychodni). Natomiast dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zlecone świadczenie zdrowotne. Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej za pokwitowaniem. W przypadku wykreślenia podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą miejsce przechowywania dokumentacji wskazuje ten podmiot, a w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą – podmiot tworzący.

Zasady udostępniania pacjentowi dokumentacji medycznej

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta gwarantuje pacjentowi prawo dostępu do dokumentacji medycznej w odniesieniu do jego stanu zdrowia i świadczeń, jakie zostały mu udzielone. W ten sposób ustawodawca wyznaczył zakres przedmiotowy tego prawa, wskazując jednocześnie, jakie informacje powinny się znaleźć w dokumentacji medycznej. Korelatem tych uprawnień jest obowiązek udostępniania dokumentacji medycznej przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Udostępniona może być indywidualna dokumentacja wewnętrzna pacjenta, natomiast dokumentacja zbiorcza jedynie w zakresie wpisów dotyczących danego pacjenta. Zgodnie z u.p.p. dostęp do dokumentacji medycznej mają: pacjent, przedstawiciel ustawowy pacjenta oraz osoba upoważniona przez pacjenta. Głównym podmiotem, który może wystąpić z żądaniem dostępu do dokumentacji jest sam pacjent, którego ona dotyczy, pod warunkiem że jest on pełnoletni i nieubezpieczeniowy (w przeciwnym razie uprawniony jest jego przedstawiciel ustawowy). Ponadto prawo takie nabywa również osoba, któ-

rażą pacjenta do tego upoważni, składając stosowne oświadczenie woli, które jest dołączane do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej (pełnomocnik pacjenta). Upoważnienie złożone przez pacjenta jest ważne przez cały okres przechowywania dokumentacji medycznej i nie wygasa automatycznie z chwilą opuszczenia przez pacjenta danego podmiotu leczniczego lub zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent ma prawo w każdym czasie odwołać złożone przez siebie oświadczenie lub zmienić osobę umocowaną. Przepisy nie określają kręgu osób, które mogą być upoważnione przez pacjenta.

Zarówno dla świadczeniodawcy, jak i dla pacjenta bardzo istotne są formy/sposoby udostępniania dokumentacji medycznej. Katalog form udostępniania dokumentacji ma charakter zamknięty i jest określony ustawowo. W świetle art. 27 u.p.p. dokumentacja medyczna może być udostępniana: 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków, 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji, 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, 5) na informatycznym nośniku danych (np. płyta CD, DVD).

Po nowelizacji ustawy u.p.p. dodano nowe sposoby (pkt 4, 5) związane z dokumentacją elektroniczną i rozwojem technologii informacyjnych w ochronie zdrowia. Forma udostępnienia dokumentacji powinna zasadniczo wynikać z woli pacjenta. W praktyce sporządza się przede wszystkim kserokopie dokumentacji medycznej.

Zgodnie z § 78 r.d.m. świadczeniodawca powinien udostępnić dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki. W przypadku udostępnienia dokumentacji poprzez wydanie oryginału zgodnie z § 79 r.d.m. należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci papierowej lub elektronicznej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej, ale tylko w formie wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków, i udostępnie-

nia na informatycznym nośniku danych podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może (ale nie musi) pobierać opłatę. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób wyżej wskazany ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (jego kierownik w regulaminie organizacyjnym), jednakże nie mogą one przekroczyć wysokości kwot ustawowo określonych (kwoty te stanowią maksymalny pułap ceny). Zgodnie z u.p.p. maksymalna wysokość opłaty za:

a. jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, poczynwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;

b. jedną stronę kopii dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1;

c. udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1.

Poprzednio ustawa nie przewidywała bezpośrednio opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych. W praktyce to kilkadziesiąt groszy.

Reasumując, pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Powyższe prawo pacjenta stanowi korelat obowiązku każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w tym także prywatnych praktyk lekarskich. Dokumentacja medyczna może być udostępniona tylko określonym prawem podmiotom i w określonej prawem formie. Udostępnienie dokumentacji w niektórych formach może mieć charakter odpłatny, ale tylko do określonej przepisami wysokości.

Przypisy:

1. J. Pieńkos, Słownik łacińsko-polski, Wydawnictwa Prawnicze, Warszawa 1996, s. 133.
2. Art. 18d, ust. 1 pkt 5 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 2010, nr 96, poz. 620 ze zm.).

Stresowy Złaz Medyka

odbędzie się w dniach 27-29 maja 2016 r.

Zarezerwowaliśmy dla wszystkich chętnych noclegi w ośrodku Vital&SPA Resort Szarotka w Zieleńcu (www.szarotka.eu), położonym w Kotlinie Kłodzkiej na wysokości ok. 950 m n.p.m. w paśmie Gór Orlickich, gdzie panuje unikatowy mikroklimat zbliżony do alpejskiego.

Wstępnie przewidujemy trzy trasy: ambitną, mniej ambitną i wybitnie emerycką. Tak naprawdę zależeć to będzie od pogody, woli walki i siły ducha uczestników, bo trzeba pamiętać, że za „dawnych czasów” czyste wędrowanie zajęłoby odpowiednio 8, 4 i 2 godziny.

Program Złazu obejmuje:

27 maja (piątek) – rozlokowanie się i „nocne Polaków rozmowy” z grillowaniem przy ognisku, gitarach, śpiewie i...,
28 maja (sobota) – po śniadaniu wymarsz na trasy, następnie powrót do Zieleńca i wieczorem koncert z udziałem „Wolnej Grupy Bukowina”,
29 maja (niedziela) – śniadanie i powrót do domów.

Opłata wpisowa wynosi **450 zł** i obejmuje: znaczek, śpiewnik z niespodzianką, 2 noclegi, śniadania w sobotę i niedzielę, piątkowe grillowanie z piwem, obiadokolację w sobotę oraz koncert. Istnieje możliwość przyjazdu w Boże Ciało, tj. w czwartek 26 maja z dodatkową trasą w piątek. Dodatkowa opłata za nocleg indywidualnie. Dla tych, którzy mogą wziąć udział w Złazie dopiero od soboty opłata wynosi **350 zł** i obejmuje obiadokolację i koncert w sobotę oraz nocleg i śniadanie w niedzielę.

Wpłaty należy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.03.2016 r. z dopiskiem „Stresowy Złaz Medyka AM 19xx” (te „xx” to końcówka roku zakończenia studiów – jej podanie ułatwi nam planowanie tras).

W razie wątpliwości prosimy o kontakt. Czekamy na Wasze zgłoszenia!

Jerzy Lach, jerzy.lach@poczta.onet.pl
Ryszard Ściborski, sciborski@poczta.onet.pl



PRAWO NA CO DZIEN

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

System informacji w ochronie zdrowia

12 grudnia 2015 r. weszło w życie część przepisów Ustawy z 9 października 2015 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, opublikowanej w Dz. U. z 2015 r., poz. 1991.

Usługodawcy prowadzą elektroniczną dokumentację medyczną, w formatach zamieszczonych w portalu edukacyjno-informacyjnym oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra zdrowia.

Dane, w tym dane osobowe i jednostkowe dane medyczne, zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej usługobiorcy, zgromadzone w systemie teleinformatycznym usługodawcy, są udostępniane za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej. Udostępnianie danych następuje za zgodą usługobiorcy.

Do 31 grudnia 2017 r. usługodawcy mogą:

- zamieszczać w SIM dane umożliwiające pobranie danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej przez innego usługodawcę lub pobranie dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- przekazywać do SIM dane osobowe i jednostkowe dane medyczne zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej usługobiorcy, zgromadzone w systemie teleinformatycznym usługodawcy.

Tworzy się Centralny Wykaz Pracowników Medycznych. W ramach tego rejestru do nadanego pracownikowi medycznemu identyfikatora są przyporządkowane dane dotyczące imienia (imion) i nazwisk, numeru PESEL albo numeru paszportu lub innego dokumentu tożsamości w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL, prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, identyfikatorów nadanych w innych rejestrach medycznych – jeżeli dotyczy, daty zgonu – jeżeli dotyczy, zatrudnienia u usługodawcy, zawodu i specjalizacji – jeżeli dotyczy.

Usługodawca przekazuje do Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych dane umożliwiające identyfikację pracownika medycznego. Pracownik medyczny używa bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu ustawy o podpisie elektronicznym lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP do podpisywania:

- elektronicznej dokumentacji medycznej;
- wniosku o dostęp do danych umożliwiających pobranie z SIM elektronicznej dokumentacji medycznej lub danych z tych dokumentów, w zakresie niezbędnym do wykonywania badań diagnostycznych, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
- wniosku o dostęp do danych przetwarzanych w SIM umożliwiających wymianę między usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej.

Do 31 grudnia 2017 r. elektroniczna dokumentacja medyczna może być wystawiana w postaci papierowej lub elektronicznej.

Ustawa wprowadza ponadto zmiany w następujących ustawach:

• W USTAWIE PRAWO FARMACEUTYCZNE

Przepis art. 95b ustawy stanowi, że recepta jest wystawiana w postaci elektronicznej albo papierowej. Receptę w postaci papierowej wystawia się w przypadku: braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia; recepty refundowanej *pro auctore lub pro familiae*; recepty transgranicznej; recepty dla osoby o nieustalonej tożsamości; recepty wystawianej przez lekarza czasowo i okazjonalnie wykonującego zawód na terytorium RP.

Przepis art. 96a ustawy określa zasady wystawiania recept dotychczas zawarte w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich. Dane dotyczące osoby wystawiającej receptę zawierają m.in.: – identyfikator pracownika medycznego, stanowiący prawo wykonywania zawodu;

- numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę;
- podpis, w przypadku recepty;
- w postaci elektronicznej – za pomocą bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu ustawy o podpisie elektronicznym albo podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP, albo
- w postaci papierowej – podpis własnoręczny.

Zgodnie z art. 96b ustawy w przypadku wystawienia recepty w postaci elektronicznej pacjent otrzymuje informację o wystawionej receptce zawierającą m.in. klucz dostępu do recepty lub pakietu recept, kod dostępu, identyfikator recepty.

• W USTAWIE O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W powyższym przypadku recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej, wydruk informacyjny mogą być przekazane: przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia, a w przypadku wystawienia recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruku informacyjnego; osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej – wydruk informacyjny, mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczególnego określania tych osób.

Lekarz wystawia recepty na zasadach określonych w art. 95b-96b ustawy Prawo farmaceutyczne. Lekarz może również wystawiać recepty na leki osobom uprawnionym, o których mowa w art. 43-46 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w tej ustawie oraz w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Lekarz jest obowiązany do odnotowania uprawnień tych osób na recepcie.

W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne **refundowane**, określone w wykazach ogłoszonych w obwieszczeniu ministra zdrowia, **lekarz jest obowiązany do odnotowania na recepcie odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach** określonych w ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Lekarz jest obowiązany zgłosić podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego na rynek i prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych działanie niepożądane produktu leczniczego. Zgłoszenia dokonuje się na formularzu zgłoszenia działania niepożądanego produktu leczniczego składanym pisemnie w postaci papierowej albo elektronicznej.

• W USTAWIE O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszej ustawie oraz w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby, wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych, są uprawnione do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu.

Osoby upoważnione przez administratora danych są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może zawrzeć umowę i powierzyć innemu podmiotowi przetwarzanie danych, pod warunkiem zapewnienia ochrony danych osobowych oraz prawa do kontroli przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zgodności przetwarzania danych osobowych z tą umową przez podmiot przyjmujący te dane.

Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w tej ustawie.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana: 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków, 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji, 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, 5) na informatycznym nośniku danych.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w pkt. 2 i 5 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **może pobierać opłatę**. Udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego przez prezesa GUS.

Elektroniczna dokumentacja medyczna po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia systemu, w Systemie Informacji Medycznej.



Zródło grafiki: http://www.pixabay.com/photos/15813899306_57d5e037a9_k/
UK Department for International Development

• W USTAWIE O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEN I CHOROBY ZAKAŻNYCH U LUDZI

Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

Kierownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą zapewniają warunki organizacyjne i techniczne niezbędne do realizacji wymienionego obowiązku oraz sprawują nadzór nad jego wykonywaniem.

• W USTAWIE O IZBACH LEKARSKICH

Naczelna Rada Lekarska jest obowiązana na żądanie ministra zdrowia przekazywać nieodpłatnie dane zawarte w Centralnym Rejestrze Lekarzy RP. Dane zawarte w tym rejestrze mogą zostać udostępnione podmiotom biorącym udział w procesie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, uczelniom, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Centrum Egzaminów Medycznych, jednostkom akredytowanym, wojewodom, MON, ministrowi spraw wewnętrznych, konsultantom krajowym w ochronie zdrowia, w związku z wykonywanymi przez nich zadaniami.

W ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wprowadzono zmiany dotyczące lekarzy wystawiających recepty na leki refundowane, którzy nie są lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z nowelizacją **ustawy osoba uprawniona oznacza osobę posiadającą prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego**

zawodu medycznego, jest uprawniona do wystawiania recepty zgodnie z ustawą o refundacji leków oraz ustawą Prawo farmaceutyczne a także zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Zniesiony został obowiązek podpisywania umów upoważniających do wystawiania recept na leki refundowane. Dotychczas zawarte umowy wygasają 31 grudnia 2016 r.

Zlecenia na zaopatrzenie i zlecenia naprawy są wystawiane w postaci elektronicznej albo papierowej. Zlecenia w postaci papierowej wystawia się w przypadku: braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia; zlecenia dla osoby o nieustalonej tożsamości; zlecenia zakupu lub naprawy wyrobu medycznego będącego świadczeniem gwarantowanym, wystawionego na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE.

Recepty w postaci papierowej na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne opatrzone są unikalnymi numerami identyfikującymi recepty, nadawanymi przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Osoba uprawniona, z wyłączeniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz podmiot wykonujący działalność leczniczą, w ramach którego wystawiono receptę na co najmniej jeden refundowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrób medyczny lub zlecenie na wyrób medyczny, są obowiązani poddać się kontroli przeprowadzanej lub zlecaanej przez Fundusz w zakresie dokumentacji medycznej dotyczącej zasadności i prawidłowości wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne i zleceń na wyroby medyczne.

Osoba uprawniona z wyłączeniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jest obowiązana do zwrotu Funduszowi kwoty stanowiącej równowartość kwoty refundacji wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji, w przypadku: wypisania recepty w okresie pozbawienia prawa wystawiania recept; wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi; wypisania recepty niezgodnej z uprawnieniami świadczeniobiorcy; wypisania recepty niezgodnej ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach ogłaszanych przez ministra zdrowia.

Kara pieniężnej podlega osoba uprawniona, z wyłączeniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, która wystawiła receptę na refundowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrób medyczny, albo podmiot wykonujący działalność leczniczą, w ramach którego wystawiono receptę na refundowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrób medyczny albo zlecenie na wyrób medyczny, w przypadku: uniemożliwienia czynności kontrolnych; niewykonania w terminie zaleceń pokontrolnych.

Kara pieniężna wymierzana jest w kwocie stanowiącej równowartość kwoty refundacji za okres objęty kontrolą w przypadku uniemożliwienia kontroli, a niewykonanie zaleceń pokontrolnych obciążone jest karą pieniężną w wysokości do równowartości kwoty refundacji za ten okres.

Okres objęty kontrolą nie może być dłuższy niż 5 lat, licząc od zakończenia roku kalendarzowego, w którym nastąpiła refundacja. Karę pieniężną nakłada w drodze decyzji administracyjnej dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od decyzji przysługuje odwołanie do prezesa Funduszu. Zażalenie na postanowienia prezesa Funduszu rozpatruje minister zdrowia. Kara pieniężna ulega przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca karę stała się ostateczna.

• W USTAWIE O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. **Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.**

Wymagań określonych w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy nie stosuje się do pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń.

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za

pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności aktualne informacje o rodzaju prowadzonej działalności i wysokości pobieranych opłat podaje się do wiadomości pacjentów przez ich umieszczenie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia.



Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/14270943121_228b050a7c_k/Apotek Hjartat

Szczepienia ochronne

1 stycznia 2016 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, opublikowane w Dz. U. z 2015 r., poz. 1947.

Zgodnie z przepisami ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje, określone przez ministra zdrowia. Rozporządzenie określa, iż wymienione osoby przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli: odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub posiadają co najmniej sześciomiesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Ustawa o odpadach

1 stycznia 2016 r. weszła w życie Ustawa z 11 września 2015 r. o zużytym sprzęcie elektrycznym i elektronicznym, opublikowana w Dz. U. z 2015 r., poz. 1688, która wprowadza zmiany w przepisach ustawy z 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. z 2013 r., poz. 21, ze zm.).

Zgodnie z przepisami ustawy o odpadach wytwórca obowiązany do prowadzenia ewidencji odpadów sporządza roczne sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i składa je w terminie do 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce ich wytwarzania. Nowelizacja wprowadza przepis art. 180a ustawy, który stanowi, że kto wbrew powyższemu obowiązкови nie składa sprawozdania, podlega karze grzywny.

Zgodnie z art. 24 Ustawy z 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 1094 ze zm.) grzywnę wymierza się w wysokości od 20 do 5000 złotych, chyba że ustawa stanowi inaczej. Wymierzając grzywnę, bierze się pod uwagę dochody sprawcy, jego warunki osobiste i rodzinne, stosunki majątkowe i możliwości zarobkowe. Karę grzywny nałoży wojewódzki inspektor ochrony środowiska.

Uchylony został art. 200 ustawy, który stanowił, że podmiot, który wbrew obowiązкови nie składa sprawozdania, podlega administracyjnej karze pieniężnej w wysokości 500 zł i 2000 zł, która może być wymierzana wielokrotnie, z tym że łączna wysokość kar za dany rok kalendarzowy nie może przekroczyć 8 500 zł.

Podmioty obowiązane przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy do sporządzania i składania zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz o sposobach gospodarowania nimi, sporządzają i składają je, za rok 2015 i za rok 2016, stosując przepisy dotychczasowe, z tym że ten, kto wbrew obowiązкови nie sporządza i nie przekazuje tych

zbiorczych zestawień danych, sprawozdań lub wykonuje ten obowiązek nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym podlega karze grzywny, o której mowa w art. 180a ustawy. Do złożonych zbiorczych zestawień danych i sprawozdań, o których mowa wyżej, stosuje się przepisy dotychczasowe. Niewykonanie obowiązków sprawozdawczych za lata 2012-2014 podlega administracyjnej karze pieniężnej.

Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy

1 stycznia 2016 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędu w zaświadczeniu lekarskim, opublikowane w Dz. U. z 2015 r., poz. 2013.

Przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny są **zaświadczenia lekarskie wystawiane w formie dokumentu elektronicznego albo wydruk zaświadczenia lekarskiego opatrzony podpisem i pieczęcią wystawiającego.**

Przewidywaną datę porodu określa zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku, datę porodu dokumentuje się skróconym odpisem aktu urodzenia dziecka.

Przyczynę niemożności wykonywania pracy wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz niezdolności do pracy wskutek poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów określa zaświadczenie wystawione przez lekarza na zwykłym druku.

Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny następuje po przeprowadzeniu postępowania diagnostyczno-leczniczego.

Przy orzekaniu należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności istotne dla oceny stanu zdrowia i upośledzenia funkcji organizmu powodujące czasową niezdolność do pracy ubezpieczonego, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy.

Okres czasowej niezdolności do pracy jest określany liczbą dni. Okres czasowej niezdolności do pracy przypadający na czas pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne obejmuje okres od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze szpitala albo innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Orzekanie jest dokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej ubezpieczonego i obejmuje zakres danych określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, a także okres niezdolności do pracy w razie jej stwierdzenia.

Zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny.

Zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania.

Zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres rozpoczynający się po dniu badania, nie później jednak niż 4. dnia po dniu badania, jeżeli: bezpośrednio po dniu badania przypadają dni wolne od pracy; badanie jest przeprowadzane w okresie wcześniej orzeczonej czasowej niezdolności do pracy. Okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy może obejmować okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie niewątpliwie był niezdolny do pracy.

Okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy przez lekarza psychiatrę może obejmować okres wcześniejszy niż określony wyżej, w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność ubezpieczonego do oceny własnego postępowania.

Zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres, w którym ubezpieczony ze względu na jego stan zdrowia lub stan zdrowia członka rodziny powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym jest niezbędne przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub członka rodziny.

Wystawiający zaświadczenie lekarskie jednocześnie dokonuje oceny, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej. W przypadku stwierdzenia potrzeby przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej wystawiający zaświadczenie lekarskie sporządza wniosek o rehabilitację leczniczą. Nie później niż 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego wystawiający zaświadczenie lekarskie przeprowadza badanie i ocenia, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia: zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego; zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy. Wystawiający zaświadczenie lekarskie powinien poinformować ubezpieczonego o terminie tego badania. Stosownie do wyników powyższej oceny wystawiający zaświadczenie lekarskie wystawia zaświadczenie o stanie zdrowia dla celów świadczeń z ubezpieczenia społecznego, informując ubezpieczonego o potrzebie niezwłocznego zgłoszenia wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego lub prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Zaświadczenie lekarskie stwierdzające okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne wystawia się nie później niż w dniu wypisania ubezpieczonego z tego szpitala albo innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

W przypadku dłuższego niż 14 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne zaświadczenie lekarskie wystawia się co 14 dni. Zaświadczenie lekarskie może być, na wniosek ubezpieczonego, wystawione także w terminie późniejszym. Powyższe zasady stosuje się do wydania zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego czasową niezdolność do pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny przebywającym w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. W przypadku ubezpieczenia z dwóch lub więcej tytułów wystawiający zaświadczenie lekarskie wystawia na wniosek ubezpieczonego odpowiednią liczbę zaświadczeń lekarskich. Zaświadczenie lekarskie dla kolejnego płatnika zasiłku, potwierdzające wcześniej orzeczoną dla innego płatnika niezdolność do pracy, może być wystawione na wniosek ubezpieczonego w terminie późniejszym.

W przypadku **zagubienia wydruku zaświadczenia lekarskiego** z systemu teleinformatycznego lub zaświadczenia lekarskiego wystawionego na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanego z systemu teleinformatycznego, wystawiający zaświadczenie lekarskie, na wniosek ubezpieczonego, przekazuje ubezpieczonemu odpowiednio wydruk zagubionego zaświadczenia lekarskiego lub zaświadczenie lekarskie, bez informacji o numerze statystycznym choroby ubezpieczonego. Lekarz orzecznik ZUS wystawia zaświadczenie lekarskie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania ubezpieczonego.

Sprostowaniu podlega zaświadczenie lekarskie, w którym stwierdzono błąd w jego treści, w szczególności dotyczący danych o niezdolności do pracy, danych dotyczących osoby ubezpieczonej lub osoby, nad którą ma być sprawowana opieka, lub danych płatnika.

Informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje płatnikowi składek w trybie i w sposób, w jakim przekazano mu informację o wystawieniu zaświadczenia lekarskiego, którego sprostowanie dotyczy.

Informację o stwierdzeniu nieważności zaświadczenia lekarskiego wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje ubezpieczonemu, którego sprostowanie dotyczy, w formie pisemnej.

Zaświadczenie lekarskie, w związku z którym zostało wystawione zaświadczenie lekarskie wydane w wyniku kontroli przez lekarza orzecznika ZUS, nie podlega sprostowaniu przez wystawiającego zaświadczenie lekarskie.

Więcej na stronie: www.dilnet.wroc.pl/zakladka_PRAWO_LEX

INFORMACJA NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ O KONSEKWENCJACH WEJŚCIA W ŻYCIE USTAWY NOWELIZUJĄCEJ USTAWĘ O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY ORAZ USTAWĘ O IZBACH LEKARSKICH

18 stycznia 2016 r. weszła w życie Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z dnia 15 stycznia 2016 r., poz. 65), która wdraża do polskiego prawa przepisy dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Ustawa ta wprowadza zmiany m.in. w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w ustawie o izbach lekarskich.

Najistotniejsze zmiany dot. zawodów lekarza i lekarza dentysty oraz izb lekarskich, wchodzące w życie 18 stycznia 2016 r., są następujące:

1. POTWIERDZENIE ZNAJOMOŚCI JĘZYKA POLSKIEGO

Wszystkie osoby, które ukończyły studia lekarskie albo lekarsko-dentystyczne w języku innym niż język polski, w celu uzyskania w Polsce prawa wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentysty bądź ograniczonego prawa wykonywania zawodu są zobowiązane wykonać odpowiednią znajomość języka polskiego poprzez złożenie egzaminu z języka polskiego przeprowadzanego przez Naczelną Izbę Lekarską.

Oznacza to, że nie jest już wystarczającym dowodem znajomości języka polskiego złożenie oświadczenia przez obywatela Polski albo innego państwa członkowskiego UE – każda osoba, która ukończyła studia lekarskie albo lekarsko-dentystyczne w innym języku niż język polski (a więc także studia na polskiej uczelni medycznej prowadzone w języku angielskim), bez względu na posiadane obywatelstwo, przed uzyskaniem prawa wykonywania zawodu (także ograniczonego prawa) jest zobowiązana złożyć z wynikiem pozytywnym egzamin organizowany i przeprowadzany przez Naczelną Izbę Lekarską.

2. OPŁATY ZA ZAŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z PROCEDURĄ UZNAWANIA KWALIFIKACJI

Za każde zaświadczenie związane z procedurą uznawania kwalifikacji (tzw. zaświadczenia unijne) wydawane na wniosek lekarza lub lekarza dentysty przez okręgową radę lekarską albo Naczelną Radę Lekarską pobiera się opłatę w wysokości 3 proc. minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w roku wydania zaświadczenia.

W roku 2016 minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi 1 850 zł – opłata za zaświadczenie wynosi więc obecnie 55,50 zł. Opłatę wnosi się na rachunek bankowy okręgowej rady lekarskiej, która wydała to zaświadczenie.

Pobieranie powyższych opłat wynika z art. 6 ust. 13 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dodanego na mocy art. 64 pkt. 4 lit. c Ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

3. MECHANIZM OSTRZEGANIA

Okręgowe rady lekarskie mają obowiązek wysyłać za pośrednictwem systemu wymiany informacji IMI tzw. ostrzeżenia dot. lekarzy i lekarzy dentystów, na których nałożono w Polsce zakaz wykonywania zawodu (czasowy albo stały) albo których ograniczono w wykonywaniu zawodu.

Ponadto, takie ostrzeżenia zaczną także napływać z innych państw do Polski. W tym zakresie omawiana ustawa nie wprowadza żadnych regulacji co do tego, jak organy izb lekarskich powinny postępować w przypadku otrzymania ostrzeżenia dot. lekarza albo lekarza dentysty posiadającego uprawnienia w Polsce. Trzeba więc będzie podejmować ew. działania na podstawie obowiązujących dotychczas przepisów.

Szczegóły dot. mechanizmu ostrzegania – w szczególności związane z dostępem izb lekarskich do odpowiedniego modułu w systemie IMI i jego obsługą – będą przekazywane wkrótce w miarę czynionych ustaleń.

Opracował Marek Szewczyński – radca prawny,
Ośrodek Uznawania Kwalifikacji Naczelnej Izby Lekarskiej



Prof. Marek Ziętek – rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przypomniał, że to właśnie na Wydziale Lekarskim odbyło się jego kolokwium habilitacyjne, tu został zatrudniony i stąd wyprowadził stomatologów, którzy utworzyli własną jednostkę.



Wydział Lekarski obchodził 70. urodziny

70 lat temu, 12 stycznia 1946 roku, 14 doskonałych lekarzy i dydaktyków spotkało się na pierwszym w historii powojennego Wrocławia formalnym posiedzeniu Rady Wydziału Lekarskiego, który działał wówczas w ramach Uniwersytetu i Politechniki. Był to załazek utworzonej w 1950 roku Akademii Medycznej. Rocznicę tych wydarzeń uczciło specjalne posiedzenie Rady WL, które odbyło się 14 stycznia o godz. 12.00.

„Od samego początku mieliśmy ogromne szczęście do niezwykłych ludzi – zarówno kadry akademickiej, jak i studentów” przyznaje dziekan Wydziału, prof. Małgorzata Sobieszczańska: „Hirsfeld, Kowarzyk, Bross, Baranowski, Falkiewicz, żeby wymienić tylko tych najbardziej znanych. Byli pionierami nie tylko polskiej medycyny, oni wyznacali światowe trendy” – podkreśla prof. Sobieszczańska. I dodaje, że poprzednicy poprzeczkę ustawili bardzo wysoko, nie tylko w nauce, ale i w pracy ze studentami.

Dziś Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego kształci 2 200 studentów na studiach prowadzonych w języku polskim i angielskim, funkcjonuje kilkadziesiąt studenckich kół naukowych. Praktyczne zajęcia dydaktyczne prowadzone są w dwóch uniwersyteckich szpitalach klinicznych, realizowane są liczne projekty naukowo-badawcze.

„Kształcenie lekarzy to zadanie szczególne. Muszą być doskonale przygotowani merytorycznie, ale także też być nauczeni szacunku, empatii i troski o pacjenta, radzenia sobie z emocjami swoimi i innych, odporności na stres. Cięży na nas ogromna odpowiedzialność. Przed nami ciekawe lata i spore wyzwania – po słusznej, moim zdaniem, decyzji Ministerstwa o przywróceniu stażu podyplomowego musimy po raz kolejny zmienić program nauczania” – wyjaśnia prof. Małgorzata Sobieszczańska.

Wydział Lekarski jest najstarszym, jednym z pięciu tworzących Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. Pozostałe to: Wydział Lekarsko-Stomatologiczny, Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej oraz Wydział Nauk o Zdrowiu.

Biurow Prasowe UMW

Fot. Adam Zadrzyński

Związany z uczelnią od 67 lat prof. Bogdan Łazarkiewicz opowiadał ze swadą o historii Wydziału Lekarskiego. Zaprezentował także zebrany indeks, który otrzymał w 1949 r. Po prawej prof. Małgorzata Sobieszczańska

Wspólne warsztaty zastępców i pracowników biur OROZ Dolnośląskiej i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Tekst Artur de Rosier – OROZ WIL, Piotr Piszko – OROZ DIL

W dniach 4-5 grudnia 2015 r. szkolili się wspólnie w Boszkowie zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, pracownicy biur i doradcy prawni OROZ Wielkopolskiej oraz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Celem spotkania było doskonalenie procedury postępowania w ramach odpowiedzialności zawodowej i porównanie sposobów funkcjonowania obu samorządów w tym zakresie. W gronie uczestników warsztatów nie zabrakło Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej dr. Grzegorza Wrony, gościnnie pojawili się też przedstawiciele biura OROZ z Katowic.

Pierwszy dzień warsztatów upłynął pod znakiem odpowiedzialności zawodowej lekarzy i znajomości ustawy o izbach lekarskich w tym zakresie. Uczestnicy spotkania rozmawiali także o kwestiach niezdefiniowanych na gruncie prawa. Zajęcia, prowadzone przez Artura de Rosiera – OROZ WIL, przebiegały w atmosferze żywej dyskusji, która służyła wymianie poglądów. Mimo że przepisy regulujące postępowanie rzeczników są w Polsce jednolite, to jak okazało się w czasie dyskusji, metodyka pracy w obu izbach w niektórych szczegółach była różna,



Fot. OROZ DIL

co dawało podstawy do wymiany wzajemnych doświadczeń i implementowania do rodzimych izb innych rozwiązań.

Drugi dzień szkolenia poświęcony był najczęstszemu błędowi rzeczników w postępowaniu wyjaśniającym. Prowadzący warsztaty OROZ DIL Piotr Piszko zwrócił m.in. uwagę na kwestie zadań OROZ i jego zastępców, na wyłączną kompetencję OROZ do prowadzenia postępowań sprawdzających, na rolę OROZ jako dekretującego skargi na poszczególnych zastępców, na konieczność uczestniczenia prowadzących sprawy w postępowaniu przed sądem lekarskim. Warsztaty miały charakter dwugłosu i podobnie jak w dniu poprzednim przeordziły się w żywą dyskusję.

Głosy uczestników warsztatów bardzo pozytywnie podsumowały ideę wspólnych spotkań i szkoleń, tym samym zrodził się pomysł ponownego spotkania wiosną przyszłego roku i to z udziałem szerszego grona zastępców z innych sąsiednich izb lekarskich, a tematyką warsztatów ma być „OROZ w postępowaniu przed OSŁ”.

Od lewej: Grzegorz Wrona – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Artur de Rosier – OROZ WIL, Piotr Piszko – OROZ DIL



W imieniu prof. Gerwazego Świdierskiego Nagrodę im. L. Hirszfelda odebrała żona. Na zdjęciu również (I plan od lewej): Jerzy Bogdan Kos, Wiesław Prastowski, (II plan od lewej): Stefan Malcewicz, apb metropolita wrocławski Józef Kupny

NOWOROCZNE SPOTKANIE OPŁATKOWE U MEDYKÓW

Kolejny rok działalności Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej rozpoczęło zgodnie z tradycją spotkaniem opłatkowym. Ponad stu oddanych członków SLDiWMW miało okazję spotkać się 14 stycznia z metropolitą wrocławskim ks. arcybiskupem Józefem Kupnym, który był gościem honorowym. – Jestem pełen uznania dla zawodu lekarza. Jesteście aniołami dusz ludzkich. Pamiętajcie, by zawsze i wszędzie przemawiała przez was miłość do bliźniego – mówił Jego Ekscelencja. Głos zabrali też członkowie Zarządu Stowarzyszenia dr Jerzy Bogdan Kos i Wiesław Prastowski. Dolnośląską Izbę Lekarską reprezentowali dr n. med. Paweł Wróblewski – p.o. prezes DRL, lek. Małgorzata Niemiec – skarbnik DRL oraz dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska – sekretarz DRL. Wspólne śpiewanie kolęd i dzielenie się opłatkiem poprzedziła uroczystość wręczenia Nagród im. Ludwika Hirszfelda oraz im. Stefana Kuczyńskiego. Kolejno zostali nimi uhonorowani prof. Gerwazy Świdierski oraz dr Edmund Kuzinowicz za działalność kulturotwórczą w środowisku lekarskim. Nie zabrakło też wrażeń artystycznych, koncert w wykonaniu Wiktora Kuzniecowa i Anny Jadach był prawdziwą muzyczną uczcą.

M.J.



Prof. Bogdan Łazarkiewicz (po lewej) składa gratulacje dr. Edmundowi Kuzinowiczowi – laureatowi Nagrody im. S. Kuczyńskiego.



Prof. W. Noszczyk gratuluje prof. A. Kierzekowi.

Fot. z archiwum NIL

Prof. Andrzej Kierzek uhonorowany medalem Gloria Medicinae

W 210. rocznicę powstania pierwszego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie, 3 października 2015 r. na Zamku Królewskim w Warszawie zasłużeni w dziedzinie medycyny otrzymali medal Gloria Medicinae. W tym dniu odznaczeniem tym uhonorowany został także prof. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek, b. kierownik Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Dekoracji dokonali: prof. dr hab. med. Wojciech Noszczyk – kanclerz Kapituły, prof. dr hab. med. Tadeusz Tołłoczko – sekretarz Kapituły oraz prof. Jerzy Woy-Wojciechowski – honorowy prezes PTL.

Medal Gloria Medicinae, którego pomysłodawcą jest prof. Woy-Wojciechowski, nadawany jest od 1990 r. za wybitne zasługi dla medycyny, przyznawany tylko dziesięciu lekarzom w świecie w ciągu roku. Wśród 250 odznaczonych znalazło się dotychczas 9 lekarzy z Dolnego Śląska.

M.J.

Życiorys laureata dostępny na stronie: medium.dilnet.wroc.pl

Jacek deHo Cieżkowicz laureatem Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów „Puls słowa”

W III kwartale 2015 r. wyłoniono laureatów Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów „Puls słowa”. II miejsce w kategorii proza zajął lekarz z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, specjalista chirurgii klatki piersiowej Jacek deHo Cieżkowicz. Za utwór pt. „Dead Indian can dance” otrzymał godło Rocho Buras. Uroczystość ogłoszenia wyników i wręczenia nagród odbyła się podczas 44. Warszawskiej Jesieni Poezji w Domu Literatury.

M.J.

Nagrodzony utwór prozatorski oraz biogram laureata dostępny na stronie: medium.dilnet.wroc.pl



Fot. M.J.

VII BAL LEKARZA ZA NAMI!

Do białego rana bawili się 23 stycznia br. goście VII Balu Lekarza, który odbył się w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45. W imprezie wzięło udział ok. 70 osób. Do tańca przygrywał znakomity zespół muzyczny, wszystkim dopisywały humory, a smaczne potrawy z restauracji „Nelson catering&events” dopełniały całości.

M.J.

Fotorelacja z VII Balu Lekarza dostępna na stronie: www.dilnet.wroc.pl/zakladka GALERIA



Fot. z archiwum Koła Terenowego DIL w Zgorzelcu

BAL LEKARZA W STYLU RETRO

W stylu lat 20. i 30. ubiegłego wieku odbył się 16 stycznia VII Bal Lekarza, zorganizowany przez Koło Terenowe DIL w Zgorzelcu. Sala balowa pałacu w Łagowie zmieniła się w „jaskinię hazardu”, stała się istnym kasynem. Wprawdzie w pokera i ruletkę graliśmy „na niby”, ale emocji nie brakowało. W balu wzięło udział 124 osoby: lekarze ze Zgorzelca i Görlitz wraz z przyjaciółmi. Jak na karnawał przystało, zabawa trwała do białego rana...

Ewa Motyka, Marta Wójcik



Fot. z archiwum Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze

Wigilia Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze

12 grudnia 2015 r. spotkaliśmy się tradycyjnie w hotelu „Cieplice” na uroczystej kolacji wigilijnej. Jak zwykle urzekły nas pięknie przystrojone stoły i świąteczne dekoracje. Do wigilijnej wieczerzy zasiadło 50. lekarzy seniorów. Wprawdzie jesteśmy coraz starsi, coraz mniej sprawni, ale wzajemna pomoc pozwoliła dotrzeć wszystkim na miejsce spotkania. Wysoką frekwencję zawdzięczamy bez wątpienia naszemu solidaryzmowi.

O tradycji obchodów Wigilii Bożego Narodzenia opowiadał prof. Zbigniew Domosławski. Minutą ciszy uczciliśmy pamięć tych, którzy odeszli w ostatnim roku na wieczny dyżur. Złożyliśmy sobie życzenia, niektórzy z łezką w oku, śpiewaliśmy kolędy, a artystyczną oprawę zapewnił towarzyszący nam muzyk. Wieczór wypełniony rozmowami, wspomnieniami upłynął wszystkim bardzo szybko.

Wracając do domów wiedzieliśmy, że możemy na siebie liczyć. Do następnej takiej kolacji za rok.

**dr n. med. Zdzisława Piotrowska-Gede
przewodnicząca Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze**



Spotkanie opłatkowe Koła Seniorów DIL

Doczekaliśmy szczęśliwie Nowego Roku i 2 stycznia w Auli Jana Pawła II spotkaliśmy się na uroczystym „opłatku”. Przewodnicząca Koła prof. Maria Kotschy powitała dr. n. med. Pawła Wróblewskiego – p.o. prezesa DRL oraz zaproszonych gości. Ks. Arkadiusz Krziżok słowem Bożym, krótką modlitwą i błogosławieństwem rozpoczął uroczystość dzielenia się opłatkiem. Kolędy i pastorałki, wykonywane przez młodzież z wrocławskiej szkoły muzycznej, nadawały świątecznego nastroju. Pięknie przystrojone stoły, szczere, ciepłe życzenia, radość ze spotkania z dawno niewidzianymi osobami, pozytywnie wpływały na apetyt i dobre humory. Rozmowom nie było końca. Do domów wracaliśmy w dobrych nastrojach. Z niecierpliwością oczekujemy na kolejne takie spotkania. Będziemy mieli, co wspominać.

Izabella Czajkowska

Fot. z archiwum autorki

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 17 grudnia 2015 r.

NR 177/2015

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 178/2015

w sprawie zawieszenia naliczania składek członkowskich

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zawiesza naliczanie składek członkowskich 64 lekarzom ze względu na brak możliwości doręczenia wezwania do zapłaty składek członkowskich, od dnia 01.01.2016 r. do dnia ustalenia aktualnego adresu zamieszkania wskazanych lekarzy.

NR 179/2015

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu na podstawie § 3 uchwały NRL nr 27/14/VII z dnia 05.09.2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej zwalnia tegorocznych absolwentów Uniwersytetu Medycznego, członków DIL, którzy rozpoczęli staż podyplomowy 01.10.2015 r., z obowiązku opłacania składki członkowskiej z powodu nieuzyskiwania dochodu, od dnia zarejestrowania do 30.09.2015 r. W przypadku podjęcia przez lekarza zatrudnienia zwolnienie traci moc.

NR 180/2015

w sprawie zmiany uchwały nr 123/2010 DRL z dnia 22 kwietnia 2010 r. w sprawie opłat za czynności Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej zmienionej uchwałą DRL nr 85/2012 z dnia 15.03.2012 r., uchwałą DRL nr 25/2013 z dnia 31 stycznia 2013 r., uchwałą DRL nr 325/2013 z dnia 19 grudnia 2013 r. oraz uchwałą DRL nr 261/2014 z dnia 18 grudnia 2014 r.

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu dokonuje zmiany uchwały nr 123/2010 DRL z dnia 22 kwietnia 2010 r. w sprawie opłat za czynności Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej zmienionej uchwałą DRL nr 85/2012 z dnia 15.03.2012 r., uchwałą DRL nr 25/2013 z dnia 31 stycznia 2013 r., uchwałą DRL nr 325/2013 z dnia 19 grudnia 2013 r. oraz uchwałą DRL nr 261/2014 z dnia 18 grudnia 2014 r.

w następujący sposób:

– § 1 ust. 1 uchwały otrzymuje następujące brzmienie:

1. Za czynności Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, zwanej dalej „Komisją” pobiera się następujące opłaty:

- 1) za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego, w tym obejmującego badanie kliniczne produktu leczniczego lub wyrobu medycznego – 10 210 zł;
- 2) za wydanie opinii o ośrodku mającym być uczestnikiem eksperymentu medycznego – 1 915 zł za każdy ośrodek, z wyłączeniem ośrodka badacza głównego;
- 3) za wydanie opinii o poprawkach do projektu eksperymentu medycznego – 2 042 zł za jeden wniosek, bez względu na ilość zgłoszonych we wniosku poprawek;

4) za wydanie opinii o projekcie eksperymentu medycznego wykonywanego w ramach prac naukowych:

- a) w ramach pracy habilitacyjnej – 638 zł,
- b) w ramach pracy doktorskiej – 383 zł,
- c) w ramach pracy magisterskiej lub równorzędnej – 128 zł,
- d) w ramach pracy licencjackiej lub równorzędnej – 65 zł,

przy czym do każdej z tych opłat doliczany jest rzeczywisty koszt eksperta Komisji, jeśli zostanie powołany;

5) za wydanie opinii o kuracji niestandardowej – 383 zł, przy czym do opłaty doliczany jest rzeczywisty koszt eksperta Komisji, jeśli zostanie powołany;

6) za wydanie opinii o badaniu obserwacyjnym bez zewnętrznego finansowania – 383 zł;

7) za wydanie opinii o badaniu obserwacyjnym nieinterwencyjnym lub badaniu obserwacyjnym z dodatkowymi procedurami diagnostycznymi z zewnętrznym finansowaniem (badanie sponsorowane) – 3 647 zł (niezależnie od ilości ośrodków z terenu DIL), do opłaty doliczany jest rzeczywisty koszt eksperta, jeżeli jest powołany.

§ 2

W pozostałym zakresie uchwała nie ulega zmianie.

§ 3

Tekst jednolity uchwały nr 123/2010 DRL z dnia 22 kwietnia 2010 r. w sprawie opłat za czynności Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

NR 181/2015

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 182/2015

w sprawie zmiany składu Komisji Legislacyjnej DRL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu dokonuje zmiany uchwały nr 330/2013 DRL z dnia 19 grudnia 2015 r. w sprawie składu Komisji Legislacyjnej DRL w następujący sposób: w § 1 uchwały dopisuje się, iż w skład Komisji Legislacyjnej wchodzi dodatkowo lekarz Michał Pardel.

NR 183-187/2015

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 188/2015

w sprawie regulaminu dofinansowania zdarzeń edukacyjnych w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu ustala regulamin dofinansowania zdarzeń edukacyjnych w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

NR 189/2015

w sprawie zawarcia umowy o współpracy pomiędzy OROZ a prokuratorem w stanie spoczynku

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na zawarcie umowy o współpracy OROZ z prokuratorem w stanie spoczynku Andrzejem Józwiakiem w charakterze konsultanta w zakresie stosowania prawa w postępowaniach dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy w roku 2016.

NR 190/2015

w sprawie druku kalendarzy na rok 2016

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na dodatkowy druk 500 szt. kalendarza na 2016 r.

NR 191/2015

w sprawie terminów posiedzeń DRL i Prezydium DRL w 2016 roku

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu ustala następujące terminy posiedzeń Dolnośląskiej Rady Lekarskiej i Prezydium DRL w 2016 roku:

Prezydium DRL	Rada DIL
7 stycznia 2016 r.	21 stycznia 2016 r.
4 lutego 2016 r.	18 lutego 2016 r.
10 marca 2016 r.	24 marca 2016 r.
7 kwietnia 2016 r.	14 kwietnia 2016 r.
19 maja 2016 r.	5 maja 2016 r.
9 czerwca 2016 r.	23 czerwca 2016 r.
21 lipca 2016 r.	–
25 sierpnia 2016 r.	–
22 września 2016 r.	8 września 2016 r.
6 października 2016 r.	20 października 2016 r.
3 listopada 2016 r.	17 listopada 2016 r.
1 grudnia 2016 r.	15 grudnia 2016 r.

NR 192/2015

w sprawie cennika i zasad wynajmu sal w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałą nr 251/2010 DRL z dnia 9.09.2010 r., zmienioną uchwałą nr 389/2010 DRL z dnia 21.12.2010 r. oraz uchwałą nr 133/2015 z dnia 3.09.2015 r., w sprawie cennika i zasad wynajmu sal w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej w następujący sposób:
I. w załączniku nr 1 i 2 do uchwały wprowadza się następujące sformułowanie: Podmioty organizujące konferencje, szkolenia, zebrania i spotkania wspólnie z Dolnośląską Izbą Lekarską są zwolnione z opłat za wynajęcie sal.

§ 2

Cenniki wynajmu sal w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu stanowią załączniki do niniejszej uchwały.

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie: bip.dilnet.wroc.pl

Kształcenie lekarzy w Polsce

do poprawki



Tekst

Maciej Biardzki

Zjawisko narastającego niedoboru lekarzy jest jak bardzo wolno nadciągające tsunami. Długoletnie zaniedbania w zapewnieniu odpowiedniej liczby nowo kształconych i specjalizujących się lekarzy, ale także niedofinansowanie i przeregulowanie systemu sprawiły, że od kilkunastu lat posiadamy w miarę stałą liczbę 2,2 lekarzy na 1000 mieszkańców, przy średniej dla krajów OECD od lat rosnącej i obecnie wynoszącej ok. 3,3/1000 mieszkańców. Na dodatek polscy lekarze są coraz starsi, więc kiedyś nastąpi wielkie bum – odejdzie znaczna grupa lekarzy czynnych zawodowo i zostaniemy z liczbą niewystarczającą do zapewnienia nawet elementarnych potrzeb. Zwłaszcza wobec zwiększania się tych potrzeb w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

Jest coraz więcej miejsc w Polsce, gdzie niedobór lekarzy widać gołym okiem. Dotyczy to na dodatek miejsc i specjalności o zupełnie fundamentalnym znaczeniu: podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych oddziałów – chirurgii, interny, pediatrii – zwłaszcza w szpitalach powiatowych. Żeby doprowadzić do poprawienia się tej sytuacji, potrzeba będzie wielu lat, co jest związane z cyklem kształcenia lekarza specjalisty, ewentualnie należałoby otworzyć szeroko drzwi lekarzom z innych, mniej rozwiniętych krajów, dla których praca w Polsce byłaby awansem zawodowym i materialnym. Zanim jednak pozwolę sobie na zaproponowanie zmian, mogących poprawić istniejącą sytuację i zapobiec jeszcze większym problemom w latach następnych, zastanówmy się, jak niewystarczająca liczba lekarzy wpływa na system opieki zdrowotnej.

Pierwszym problemem jest tzw. brak potencjału ludzkiego do wypełnienia wymogów NFZ, dotyczących zatrudnienia na oddziałach i w poradniach, a przez to konieczność zawieszania ich działalności, czy wręcz zamykania. W tej chwili jest to jeszcze incydentalne, ale zaczyna zdarzać się coraz częściej. Wniosek? – przekroczone bariery możliwości fizycznych wykonywania pracy przez lekarzy. W najnowszym raporcie OECD „Health at a glance 2015” oprócz przytaczanej wyżej liczby lekarzy na 1000 mieszkańców podano także, że polscy lekarze udzielają statystycznie 3 168 porad w roku, co plasuje nas powyżej średniej (2 277 porad/r.), choć znacznie poniżej niekwestionowanych liderów, jakimi są lekarze południowokoreańscy ze średnią 6 732 porady na rok. Tak czy owak – z powodu braku lekarzy, choć także błędów w organizacji systemu, polscy lekarze udzielają więcej porad niż przeciętna liczba dla rozwiniętych krajów. Pomimo tego mamy olbrzymie kolejki oczekujących na ambulatoryjne wizyty specjalistyczne, które są definiowane jako jeden z największych problemów opieki zdrowotnej w Polsce. Z uwagi na brak lekarzy i brak środków na sfinansowanie kolejnych porad, kolejki pewnie pozostaną problemem nie do rozwiązania.

Drugim następstwem niedoboru lekarzy, bezpośrednio związanym z czynnikami opisanymi wyżej, jest konieczność omijania dyrektywy o czasie pracy, jeszcze z 2007 roku. Olbrzymia liczba lekarzy pracuje na umowach cywilnoprawnych bądź w kilku miejscach pracy, przez co wymogi dyrektywy ich nie dotyczą. Pozwala to na utrzymywanie pracy oddziałów i poradni w warunkach deficytu lekarzy, lecz w zamian pozbawia medyków prawa do odpoczynku. Całe szczęście, że UE nie przygląda się tak bacznie sposobom, w jaki w Polsce doprowadzono do absurdu dyrektywę o czasie pracy czy o prawach pacjenta w opiece transgranicznej, jak monitoruje obecnie „zachowanie praworządności”. Tym niemniej dyrektywę łamiemy i stoimy przed groźbą, że ktoś prawo europejskie zacznie egzekwować, doprowadzając do zapaści naszego systemu.

Trzecim następstwem, paradoksalnie korzystnym dla lekarzy, jest deformacja rynku pracy. W warunkach ich niedoboru zaginęła praktycznie jakakolwiek konkurencja, poza bardzo renomowanymi ośrodkami o miejsca pracy bić się nie trzeba. W mniejszych szpitalach czy przychodniach bierze się każdego lekarza, którego tylko jest się w sta-

nie pozyskać i płaci mu się najczęściej taką stawkę, jaką on dyktuje. Taka sytuacja jest dla lekarzy korzystna finansowo, ale to ona w dużej mierze wpływa na obniżenie jakości naszych usług, a zwłaszcza ich odbioru społecznego. Po prostu – nadmierną pracę wykonują przemęczeni lekarze, którzy na dodatek nie czują zagrożenia dla swojej pracy. Na takim tle powstają spory z pacjentami, czy ich rodzinami, ochoczo podejmowane przez media, a następnie budujące obraz pozbawionych empatii lekarzy.

Aby zmienić tę sytuację, trzeba przede wszystkim zwiększyć liczbę lekarzy, przynajmniej do wysokości średniej dla krajów OECD, zwiększyć nakłady na system opieki zdrowotnej, aby nasz rynek pracy był konkurencyjny w stosunku do innych krajów UE, i odbiurokratyzować system. Ale zajmijmy się tylko kształceniem.

Studia, studenci i staż

Ostatnio wiele emocji budzi wprowadzenie stażu do programu studiów, a przez to *de facto* ich skrócenie. Zaczniemy od tego, że sześciolletnie studia lekarskie są typowe dla większości krajów UE, aczkolwiek w Wielkiej Brytanii trwają one 5 lat, zaś w Niemczech 6 lat i 3 miesiące, włącznie ze stażem. Skrócenie studiów do 5 lat (+1 rok stażu) nie jest żadnym ewenementem. Skrócenie studiów jest ekwiwalentem zwiększenia liczby studentów mniej więcej o 17 proc. W warunkach braku lekarzy nie warto przeciwstawiać się tej idei, choć wymaga to większego finansowania uczelni medycznych, aby były w stanie w krótszym czasie zrealizować program nauczania. Pomyłką jest jednak realizowanie stażów po studiach bezpośrednio na uczelniach. Znacznie korzystniejsze byłoby realizowanie ich w akredytowanych przez uczelnie szpitalach, a następnie wydanie dyplomu lekarza połączonego z pełnym prawem wykonywania zawodu.

Najważniejszym problemem jest jednak niewystarczająca liczba studiujących, a także niewłaściwa struktura studiów. W Polsce, wśród wielu fikcji, istnieje także fikcja bezpłatności studiów. Uczelniom wyższym, w tym publicznym, umożliwiono otwieranie kierunków płatnych, które były niczym więcej, jak daniem szansy na zarobienie dodatkowych pieniędzy pracownikom uczelni wynagradzanym w żenujący sposób. Ten model zresztą wraz z narastającym niżem demograficznym się kończy. Nic jednak nie zagraża odpłatnym studiom medycznym, ponieważ od lat liczba kandydatów na studia nieodpłatne przekracza ilość wolnych miejsc (10 osób na jedno miejsce), dodatkowo zaś uczelnie kształcą całe rzesze obcokrajowców na studiach anglojęzycznych. Aby zwiększyć liczbę lekarzy w Polsce, trzeba zwiększyć liczbę miejsc nieodpłatnych. To zaś wymaga zwiększenia finansowania uczelni, ponieważ nikt nie będzie uczył dodatkowych osób za darmo. Znaleźnienie tych pieniędzy nie powinno być trudne, ponieważ wraz z nasilaniem się niżu demograficznego liczba miejsc nieodpłatnych na uczelniach niemedycznych zaczyna przekraczać liczbę chętnych. To tylko kwestia redystrybucji środków. Konstanty Radziwiłł zadeklarował zwiększenie miejsc na studiach nieodpłatnych od rocznika 2016/2017 o 15-20 proc. To dobry krok, ale może się okazać zbyt mały, abyśmy kiedykolwiek odczuli jego efekty.

Kształcenie podyplomowe

Kształcenie specjalizacyjne w systemie modułowym także wydaje się dobrym modelem. Wątpliwości wzbudzają jednak inne związane z tym rozwiązania. Pierwszym problemem jest niezbędność zapewnienia możliwości prowadzenia specjalizacji wszystkim chętnym lekarzom. Szkoda kształcić lekarza na studiach, jeżeli w okresie następnym nie umożliwi mu się uzyskania uprawnień do samodzielnego wykonywania zawodu w pełnym zakresie. Skoro mamy zwiększyć ilość miejsc na nieodpłatnych studiach stacjonarnych, musimy zwiększyć analogicznie liczbę rezydentur z pełną świadomością kosztów z tym związanych. Pojawia się tutaj co prawda dylemat, ponownie zgłoszony ostatnio przez Rzecznika Praw Pacjenta Krystynę Kozłowską, czy finansując sześć lat studiów i rok stażu, a następnie pięcioletnią specjalizację, nie należy wymagać od beneficjenta (młodego lekarza), aby w zamian przepracował określony okres w publicznej służbie zdrowia? Problem jest istotny i być może najlepszym rozwiązaniem dla niego byłby model angielski, gdzie w ogóle nie ma bezpłatnych studiów, zaś rozwinięty jest system stypendialny i nisko oprocentowanych kredytów dla studentów. Ale to są już decyzje polityczne. Odpowiedź dla Pani Rzecznik jest prosta: jeżeli warunki pracy i wynagradzania w publicznej służbie zdrowia w Polsce będą w jakikolwiek sposób porównywalne z innymi krajami, to problem emigracji i odchodzenia do prywatnej opieki zdrowotnej przejdzie do przeszłości.

Tym niemniej system rezydentur wymaga moim zdaniem dość istotnych korekt. Po pierwsze trzeba kształcić więcej specjalistów specjalizacji podstawowych, gdyż oni są najbardziej potrzebni. Może korzystając z modelu modułowego, warto przywrócić dwustopniowy system specjalizacyjny, aby uniknąć kształcenia wąskich specjalistów z ograniczoną wiedzą ogólną? Najistotniejszą jednak zmianą, którą od wielu lat postuluję, jest przyznawanie rezydentur w określonym naborze – nie bezpośrednio lekarzom, a posiadającym uprawnienia do kształcenia podyplomowego szpitalom. Pomysł jest dość prosty: lekarze chcą się specjalizować, zaś szpitale potrzebują specjalistów. Skoro tak, to w każdorazowym naborze byłoby wskazane, w jakich miejscach można tę specjalizację prowadzić. Nie byłoby tak, jak do tej pory, 20 miejsc w szpitalu uniwersyteckim dla trzech miejsc w danym naborze, ale np. jedno miejsce w WSS we Wrocławiu, jedno miejsce w szpitalu w Świdnicy i jedno w Kłodzku. Oczywiście lekarz z najlepiej zdany egzaminem dokonywałby wyboru jako pierwszy. Taki model pozwoliłby lepiej uzupełniać kadry w całym regionie, ale także sprawiłby, że szpitale starałyby się bardziej przyciągnąć rezydentów. Ponadto lekarze w trakcie specjalizacji wiązałiby się z miejscami, w których tę specjalizację realizują: kupowaliby domy czy mieszkania, zakładaliby rodziny. W końcu to całe pięć lat. Obecnie po zakończeniu specjalizacji znacznej części rezydentów się dziękuje i zaczynają oni poszukiwania nowej pracy. Część z nich emigruje, część ląduje w lecznictwie ambulatoryjnym, niewielu zasila zaś szpitale powiatowe o dużych brakach kadrowych. Dla większości jest już za późno, aby zacząć życie od nowa, a jeżeli już to lepiej poza granicami Polski.

Kolejny problem to niski próg zdawalności egzaminów specjalizacyjnych, zwłaszcza w niektórych specjalnościach. Każdemu, kto czyta o oblaniu blisko 90 proc. egzaminowanych, nasuwają się proste pytania: czy poziom egzaminowanych jest taki niski, czy może wymogi są skonstruowane tak, aby eliminować dużą liczbę osób przystępujących do egzaminu. Ze strony egzaminujących słyszymy argument o potrzebie egzekwowania jakości kształcenia. No to skoro mamy tak wielkie braki lekarzy, zwłaszcza specjalistów, to może rozwiążmy ten problem w następujący sposób. Ustalmy tzw. skalowane minimum, sprawiające że np. egzamin zdaje 80 proc. wszystkich zdających, dokonujemy analizy, z jakich ośrodków jest najwięcej niezdających i przynajmniej czasowo odbieramy im prawa do prowadzenia specjalizacji. W taki sposób zmotywujemy wszystkich do poprawy jakości kształcenia. Jest to zresztą kolejny argument do zmiany obecnego systemu. Powszechnie wiadomym jest, że w dużych ośrodkach rezydenci zapychają dyżury na SOR-ach czy uzupełniają historie chorób, zaś dostęp do stołu operacyjnego czy nabywania wąskich umiejętności diagnostycznych mają nieliczni.

O co w tym wszystkim chodzi?

Czasami zadaję sobie pytanie, dlaczego dopuszczono w Polsce do takiego deficytu lekarzy? Czy nikt z rządzących nie widział zagrożenia katastrofą demograficzną, dotyczącą nie pacjentów, ale udzielają-

Maciej Biardzki

Lekarz, menedżer ochrony zdrowia, publicysta. Obecnie prezes Zarządu Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o.



Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/7658039864_36ed4439f2_k/CollegeDegrees360

„Czasami zadaję sobie pytanie, dlaczego dopuszczono w Polsce do takiego deficytu lekarzy? Czy nikt z rządzących nie widział zagrożenia katastrofą demograficzną, dotyczącą nie pacjentów, ale udzielających usług zdrowotnych? A może paradoksalnie komuś zależy, żeby tak właśnie było? W końcu im mniej lekarzy, tym większa ich siła. Aż strach się bać, że czyjeś motywacje mogłyby być właśnie takie. Przyjmijmy jednak, że nie było niecných zamiarów, a wyłącznie bezmyślność urzędnicza i zaślepienie doprowadziły do tego, że mamy to, co mamy. W takim razie jak możemy poprawić choć częściowo sytuację w krótkim czasie, bo na nowo wykształconych specjalistów trzeba będzie czekać ponad 10 lat. Po pierwsze – zliberalizujmy dostęp do wykonywania zawodu lekarzom obcokrajowcom, zwłaszcza zza wschodniej granicy. (...) Po drugie – zderegulujmy system.

„cych usług zdrowotnych? A może paradoksalnie komuś zależy, żeby tak właśnie było? W końcu im mniej lekarzy, tym większa ich siła. Aż strach się bać, że czyjeś motywacje mogłyby być właśnie takie. Przyjmijmy jednak, że nie było niecných zamiarów, a wyłącznie bezmyślność urzędnicza i zaślepienie doprowadziły do tego, że mamy to, co mamy. W takim razie jak możemy poprawić choć częściowo sytuację w krótkim czasie, bo na nowo wykształconych specjalistów trzeba będzie czekać ponad 10 lat.

Po pierwsze – zliberalizujmy dostęp do wykonywania zawodu lekarzom obcokrajowcom, zwłaszcza zza wschodniej granicy. Dla nich ciągle jesteście Zachodem i chcą u nas podejmować pracę, tak jak my jej szukamy we Francji czy Niemczech. Na razie proces nostryfikacji dyplomu i uzyskiwania prawa do wykonywania zawodu, a także uznawania kwalifikacji specjalisty, to dla nich droga przez mękę. Dajmy im takie same szanse, jak dano naszym lekarzom w innych krajach unijnych.

Po drugie – zderegulujmy system. Pozwólmy lekarzom bardziej leczyć ludzi, niż wykonywać funkcje administracyjno-biurokratyczne, zmniejszmy również wymogi dotyczące zasobów ludzkich. Dzięki wymogi NFZ, dotyczące czasu przeznaczanego na jedną wizytę, czy ilości godzin tygodniowo działającej poradni, nie tylko utrudniają życie pacjentom, nie pozwalają też wykorzystać optymalnie istniejących skromnych zasobów.

Powtarzanie jak zaklęcia, że wymogi są związane z potrzebą zachowania jakości w obliczu braku potencjału do wykonywania jakichkolwiek usług zdrowotnych, świadczy o całkowitej aberracji. Albo komuś zależy, aby nie dało się leczyć Polaków, albo zgodnie z kultowym rysunkiem Andrzeja Mleczki hasło „rządzą idioci” nie jest obrazą władz publicznych a zdradą tajemnicy państwowej.



System oceny technologii medycznych

konsekwencje kliniczne

konsekwencje ekonomiczne

konsekwencje społeczne

konsekwencje etyczne

HTA

Quo vadis HTA?

Tekst Katarzyna Kolasa

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/medications-257344/jarmoluk

Wzorem innych krajów rozwiniętych Polska wprowadziła system oceny technologii medycznych (ang. health technology assessment (HTA) do refundacji leków. Celem HTA jest badanie wszystkich konsekwencji klinicznych, ekonomicznych, społecznych i etycznych wprowadzenia nowej metody leczenia do praktyki klinicznej. Rola HTA w procesach podejmowania decyzji w ochronie zdrowia rozwijała się stopniowo od 1976 roku, kiedy to amerykański senat poprosił Office of Technology Assessment o przygotowanie formuły do analizy korzyści i skutków refundacji kosztownych terapii lekowych. Obecnie HTA jest powszechnie stosowane na świecie. Według najnowszych badań, pośród 34 krajów OECD aż 22 z nich wprowadziło HTA do procesu refundacji. Pomimo tak szerokiego rozpowszechnienia systemu oceny technologii medycznych, w większości przypadków praktyczne zastosowanie HTA ogranicza się do oceny aspektów klinicznych oraz ekonomicznych. Podobnie dzieje się w Polsce. Zgodnie z wytycznymi prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) producent leku musi przygotować trzy typy analiz. Jest to analiza efektywności klinicznej, analiza ekonomiczna oraz analiza wpływu na system ochrony zdrowia. Podczas gdy pierwsza z wymienionych odpowiada na pytanie,

jakie dodatkowe korzyści kliniczne przyniesie wprowadzenie nowej terapii, druga analizuje efektywność kosztową. Jest to odpowiedź na pytanie o opłacalność leczenia. Polski ustawodawca dokładnie precyzuje, w jakiej sytuacji refundacja nowej terapii jest efektywna kosztowo względem alternatywnej formy leczenia. Dzieje się tak wtedy, gdy tzw. współczynnik efektywności kosztowej nie przekracza progu opłacalności ustalonego na poziomie trzykrotności produktu krajowego brutto *per capita*. Oznacza to, że refundacja jest dozwolona tylko w sytuacji, gdy dodatkowy rok życia, skorygowany o jakość (ang. quality adjusted life year), nie kosztuje więcej niż niecałe 100 tys. zł. Ostatnia z wymienionych analiz dotyczy oceny wpływu wprowadzenia nowej technologii medycznej na budżet płatnika. Pozwala określić, jakie dodatkowe wydatki będzie musiał ponieść płatnik w konsekwencji wprowadzenia nowej terapii do praktyki klinicznej.

Podejmowanie decyzji refundacyjnych przy tak okrojonym zakresie wykorzystania HTA w procesach decyzyjnych w ochronie zdrowia spotyka coraz częściej zastrzeżenia krytycyzm. Składają się na to dwie podstawowe przyczyny. Po pierwsze chodzi o podejście do oceny efektywności kosztowej terapii. W przeciwieństwie do innych krajów Polska wprowadziła jeden próg opłacalności dla

wszystkich obszarów terapeutycznych. Oznacza to, że stosuje się te same reguły oceny efektywności kosztowej zarówno dla terapii poprawiających jakość życia, jak i tych ratujących życie. Jak pokazują dotychczasowe doświadczenia, szczególnie w tym drugim przypadku – nowym, innowacyjnym farmakoterapiom niezmiernie trudno wykazać efektywność kosztową w oparciu o próg opłacalności określony na poziomie trzykrotności PKB. Dzieje się tak najczęściej wtedy, gdy pacjent pozbawiony jest alternatywnych metod leczenia lub dotychczasowe leczenie farmakologiczne nie przynosi oczekiwanej poprawy zdrowia. Pojawiająca się wówczas różnica w cenach leków nie pozwala na spełnienie kryterium opłacalności. Polska jako kraj UE podlega międzynarodowym regulacjom systemu cen referencyjnych, który powoduje, że producenci nowych farmakoterapii niechętnie stosują dywersyfikację cenową na rzecz biedniejszych krajów UE. W efekcie jednolitej polityki cenowej, wykazanie efektywności kosztowej nowej, innowacyjnej terapii w porównaniu do dotychczas finansowanej, przy ustalonym progu opłacalności, jest utrudnione. Dodatkowym wyzwaniem jest fakt, iż wycena świadczeń zdrowotnych, stosowana przez polskiego płatnika, różni się znacznie od cenników stosowanych w krajach rozwiniętych. Przykładowo

wizyta u neurologa kosztuje NFZ prawie dwudziestokrotnie mniej niż jego fińskiego odpowiednika. Zastosowanie zatem systemu cen referencyjnych z jednej strony, wraz z niedoszacowaniem kosztów świadczeń zdrowotnych z drugiej, skutkuje tym, że wykazanie opłacalności nowej farmakoterapii w polskich warunkach jest znacznie utrudnione. Inaczej dzieje się na przykład na Słowacji. Zamiast jednego uniwersalnego wprowadzono dwa odrębne progi opłacalności. Jest to 24- i 35-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Ostatni z wymienionych odnosi się do warunkowej refundacji, kiedy to dopuszcza się publiczne finansowanie danej terapii, jednakże jej producent jest zobowiązany dostarczyć dodatkowe dowody na efektywność leczenia w odgórnie określonym przedziale czasu. Innym rozwiązaniem, wykorzystywanym w Anglii, jest rezygnacja z oceny opłacalności w pewnych szczególnych przypadkach. Stosuje się specjalne wytyczne HTA dla leków dedykowanych małej grupie pacjentów, u których oczekiwana długość życia nie przekracza 24 miesięcy, a które są w stanie przedłużyć egzystencję chorego o co najmniej 3 miesiące. W ten sposób odchodzi się od standardowego podejścia HTA w sytuacji, kiedy potrzeby zdrowotne danej grupy chorych zasługują na szczególne wyróżnienie. Podobnie w przypadku chorób sierocych coraz więcej krajów wprowadza rozwiązania polegające na odejściu od oceny opłacalności. Zamiast analizy efektywności kosztowej stosuje się schematy, pozwalające oceniać nie tylko koszty farmakoterapii, ale również konsekwencje ekonomiczne i etyczne nieleczenia pacjentów.

Drugim powodem krytyki dotychczasowego zastosowania HTA w procesach refundacyjnych jest przyjmowanie perspektywy płatnika. W przeciwieństwie do spojrzenia holistycznego jest to ograniczenie, które oznacza analizę skutków decyzji refundacyjnej jedynie w obrębie budżetu płatnika. Pomija się tym samym korzyści pozazdrowotne, takie jak aktywność zawodowa jednostki czy też jej samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie bez konieczności pomocy ze strony osób trzecich. Ma to szczególnie istotne znaczenie w przypadku niektórych chorób przewlekłych o charakterze sierocym. Niemożność podjęcia pracy przez pacjenta z uwagi na jego chorobę, a także konieczność opieki ze strony rodziny stanowi istotny koszt społeczny, który znajduje swoje odzwierciedlenie

w ograniczonym przyroście PKB. Przykładowo Szwedzi wyliczyli, że ponad połowa wydatków na choroby o charakterze przewlekłym nie dotyczy systemu ochrony zdrowia, lecz systemu ubezpieczeń społecznych. Postuluje się tym samym przyjmowanie szerszego spojrzenia w ramach analiz HTA, które pozwoli skwantyfikować również pozazdrowotne konsekwencje choroby. Chociaż wytyczne AOTMiT dopuszczają przygotowanie dodatkowych analiz z perspektywy społecznej, w decyzjach refundacyjnych podejmowanych przez MZ korzyści i koszty ponoszone poza systemem ochrony zdrowia pozostają na dalszym planie.

Konsekwencje przyjęcia progu opłacalności w analizach efektywności kosztowej oraz ograniczenia wynikające z zastosowania perspektywy płatnika nie są jedynie polskim problemem. Wychodząc naprzeciw owym wyzwaniom, międzynarodowi eksperci proponują rozbudowanie dotychczasowego zestawu analiz HTA o nowe aspekty. W szczególności postuluje się zastosowanie modelu decyzyjnego opartego o analizę wielokryterialną (ang. multi criteria decision making, MCDA). MCDA jest bardzo popularnym podejściem, wykorzystywanym z powodzeniem już w lat 70. w wielu innych dziedzinach, takich jak zarządzanie, badania operacyjne czy też projekty realizowane w ochronie środowiska. Główny cel MCDA to prowadzenie procesu decyzyjnego w oparciu o kompromis pomiędzy nierzadko konfliktującymi kryteriami. W odniesieniu do ochrony zdrowia jest to poszukiwanie równowagi pomiędzy dwoma przeciwstawnymi celami, takimi jak efektywność oraz równość i sprawiedliwość społeczna. Dąży się w ten sposób do zwrócenia większej uwagi na aspekty nieekonomiczne decyzji refundacyjnych. Pojawiające się pilotażowe zastosowania techniki MCDA odnoszą się głównie do leków sierocych. Uznaje się, że w tym obszarze jest największa potrzeba zwrócenia uwagi na zaniebane aspekty podejmowania decyzji, takie jak brak alternatywnej opcji terapeutycznej, niepewność korzyści klinicznych czy też niewielka liczebność populacji docelowej.

Zastosowanie analiz oceny technologii medycznych w Polsce powinno budzić duże uznanie. Nie tylko udało nam się zaimplementować standardy HTA na najwyższym poziomie, ale również wprowadzić rozwiązania medycyny opartej o dowody naukowe do polskich regulacji dotyczących publicznego finansowania farmaceutyków. Należy mieć

nadzieję, że świadomość istniejących ograniczeń w zastosowaniu pojedynczego progu opłacalności oraz perspektywy płatnika przyczyni się do większego zainteresowania nowymi podejściami do refundacji, uwzględniającymi również nieekonomiczne kryteria decyzyjne. Z pewnością ocena realizacji pilotażowych programów zastosowania MCDA dla chorób sierocych czy też wdrażanie odrębnych wytycznych HTA dla chorych o znacznie skróconej oczekiwanej długości życia pozwoli na podjęcie ważnych decyzji odnośnie udoskonalenia procesów refundacyjnych w Polsce.



**Katarzyna
Kolasa**

Fot. z archiwum autorki

Doktor nauk ekonomicznych posiadająca szesnastoletnie doświadczenie z zakresu ekonomiki zdrowia i farmakoekonomiki. Od ośmiu lat pracuje w dziale farmakoekonomiki i Market Access w przemyśle farmaceutycznym. Obecnie zatrudniona na stanowisku dyrektora Market Access Regionu Centralnej Europy w Lundbeck. Wcześniej pracowała w dziale R&D AstraZeneca w Szwecji, Biogen Idec w Szwajcarii oraz Bristol Meyers Squibb w Polsce i Szwecji. Od początku swojej kariery związana z problematyką ochrony zdrowia w centralnej Europie. Jest autorem licznych publikacji naukowych, ukończyła kursy z zakresu farmakoekonomiki na uczelniach zagranicznych w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Szwajcarii oraz Norwegii. Ponadto recenzuje artykuły nadsyłane do takich czasopism naukowych jak: Health Policy, Value in Health, Expert Review of Pharmacoeconomics&Outcomes Research i International Journal for Equity in Health. Praktyczne umiejętności z zakresu ekonomiki zdrowia zdobyła, pracując przez sześć lat dla szwedzkiego sejmiku samorządowego regionu Kalmar. W 2012 roku wspomagała również Bank Światowy w ocenie systemu finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce. Pracowała jako adiunkt na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej, jak i Uniwersytecie Łazarskiego. W latach 2012-2013 była liderem grupy „Ochrona Zdrowia” w fundacji FOR prof. Balcerowicza. Jest tutorem farmakoekonomii w DIA, gdzie od czterech lat prowadzi szkolenia z HTA we współpracy z prof. Andrem Mancą z Uniwersytetu w York w Wielkiej Brytanii.



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1971

Drogie Koleżanki, drodzy Koledzy!

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 10-12 czerwca 2016 r. Miejsce spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy-Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

10 czerwca 2016 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie
w pensjonacie „Beata”
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

11 czerwca 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,
spacer po Polanicy-Zdroju
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
przed pensjonatem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny,
zwiedzanie Polanicy-Zdrój
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

12 czerwca 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami	– 400 zł,
sobota-niedziela z noclegiem	– 300 zł,
piątek-niedziela bez noclegów	– 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 15.03.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1971 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Za Komitet Organizacyjny
Wanda Man-Widerska, Krzysztof Bąk

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1981

Drogie Koleżanki, drodzy Koledzy!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 3-5 czerwca 2016 r. w hotelu „Kudowa”**** (ul. Buczka 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

3 czerwca 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

4 czerwca 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 11.30 Msza św. – kościół pw. Świętej Katarzyny Aleksandryjskiej,
ul. Kościelna 29, Kudowa-Zdrój

godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

5 czerwca 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami	– 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem	– 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem	– 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 15.03.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1981 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

UWAGA!!! W hotelu zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy SPA (basen kryty z atrakcjami, jacuzzi, świat saun), jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz duży, bezpłatny, monitorowany parking. Ponadto uczestnicy zjazdu mają zapewnione 15 proc. zniżki na zabiegi w SPA (warto rezerwować telefonicznie).

Za Komitet Organizacyjny
Mariola Sędzimirska (607 337 630),
Leszek Ujma (601 894 942)

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1991

Drogie Koleżanki, drodzy Koledzy!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 20-22 maja 2016 r. Miejsce spotkania będzie ośrodek Vital&SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

20 maja 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

21 maja 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,
spacer po Zieleńcu
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
przed ośrodkiem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

22 maja 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami	– 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem	– 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem	– 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 15.03.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1991 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

UWAGA!!! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz bezpłatny parking. Dla uczestników istnieje możliwość zakupu pakietów SPA w promocyjnych cenach.

Za Komitet Organizacyjny
Piotr Dzięgiel, Jarosław Janc, Jacek Szepletowski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1996

Drogie Koleżanki, drodzy Koledzy!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 23-25 września 2016 r. w hotelu „Kudowa”**** (ul. Buczka 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

23 września 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

24 września 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

25 września 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami	– 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem	– 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem	– 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 30.04.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1996 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

UWAGA!!! W hotelu zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy SPA (basen kryty z atrakcjami, jacuzzi, świat saun), jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz duży, bezpłatny, monitorowany parking. Ponadto uczestnicy zjazdu mają zapewnione 15 proc. zniżki na zabiegi w SPA.

Za Komitet Organizacyjny
Urszula Kołpa, Krzysztof Szymczak,
Zbigniew Winkiel

**Blizszych informacji udziela: Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu,
tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl**



DRODZY JUBILACI ABSOLWENCI AM WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1966

Ponawiamy zaproszenie na zjazd 50-lecia, który odbędzie się w dniach 23-26 czerwca 2016 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

23 czerwca 2016 r. (czwartek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu „Śląsk”, ul. Oporowska 60
godz. 19.00 Kolacja powitalna

24 czerwca (piątek)

godz. 9.00 Cmentarz św. Wawrzyńca, ul. Bujwida.
Odwiedzimy naszych Profesorów i Kolegów.
Collegium Anatomicum
– wspomnienia naszego I zjazdu w 1966 r.
godz. 12.00-14.00 Rejs po Odrze z grillem (wsiadamy na przystani Zwierzynieckiej)
godz. 19.00 Bankiet jubileuszowy w hotelu „Śląsk”

25 czerwca (sobota)

godz. 10.00 Kościół Uniwersytecki – msza święta dziękczynna
godz. 11.00 Śniadanie w hallu uniwersytetu
godz. 12.00 Główne uroczystości jubileuszowe w Auli Leopoldina
godz. 15.00-19.00 Czas wolny, niech wszyscy powspominają wrocławskie czasy
godz. 20.00 Kolacja pożegnalna w hotelu

26 czerwca (niedziela) – czas rozstań do godz. 12.00

Koszty uczestnictwa:

1 nocleg ze śniadaniem w pokoju 2-osobowym	– 100 zł/za osobę,
rejs	– 100 zł/za osobę,
bankiet	– 150 zł/za osobę,
opłata zjazdowa (tylko absolwenci)	– 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać do 31.03.2016 r. na konto Alicji Kosteckiej-Pokryszko: 89 1020 5226 0000 6102 0294 0922 z dopiskiem „Zjazd 50-lecia (w przypadku wpłaty, np. przez rodzinę zamieszkałą w kraju w imieniu „zagranicznika”, prosimy o podanie nazwiska absolwenta).

W przypadku wątpliwości kontakt z:

Alicją Kostecką-Pokryszko, tel. 501 465 678, e-mail: annapd@interia.pl
Hanną Głębowską-Halawą, tel. 606 127 441, e-mail: janusz.halawa@gmail.com
Grzegorzem Stępiem, tel. 604 994 540, e-mail: g.t.stepien@gmail.com

ZJAZD KOLEŻEŃSKI ROCZNIK 1968

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w Augustowie w dniach 16-18 września 2016 r.

Program spotkania

16 września 2016 r. (piątek)

Zakwaterowanie w ośrodku „BPIS”
w Augustowie-Borki, ul. Wczasowa 1
godz. 19.00 Spotkanie przy ognisku i muzyce

17 września 2016 r. (sobota)

godz. 9.00-17.00 Wycieczka autokarowa po Suwalszczyźnie
godz. 19.00 Uroczysta kolacja w ośrodku „BPIS”

18 września 2016 r. (niedziela)

ok. godz. 10.00 spotkanie z przewodnikiem,
przejeżdżamy przez centrum
Augustowa obok śluzy „Augustów”
wycieczka od godz. 10.00 do 17.00
(w programie m.in. zwiedzanie
w Studzienicznej Sanktuarium Matki
Bożej, rejs szlakiem papieskim)
ok. godz. 13.00 obiad w karczmie „Starożyn”
ok. godz. 17.00 powrót do Augustowa

Koszt całego spotkania, dla jednego uczestnika, wynosi **450 zł** (w tym wycieczka do Suwałk i wycieczka szlakiem Kanału Augustowskiego).

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 15.03.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1968” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec.

Istnieje możliwość zwiedzenia Wilna i Trok
(dodatkowy koszt – 120 zł).

Pytania dotyczące programu zjazdu
prosimy kierować na adres e-mail:
ewamilasz@gmail.com lub wpj@poczta.onet.pl.

Organizatorki
Ewa Miłaszewicz-Jarkiewicz, Wanda Poradowska-Jeszke

XIV Wrocławskie Spotkania Okulistyczne „Praktycy - Praktykom” 12-14 maja 2016 Wrocław

Zapraszamy Państwa na **XIV Wrocławskie Spotkania Okulistyczne**, które odbędą się w **Centrum Konferencyjnym Haston City Hotel we Wrocławiu**.

W tym roku przygotowaliśmy dla Państwa ok. 40 kursów z większości podspecjalizacji okulistycznych, a na sesjach plenarnych będą poruszane najbardziej aktualne zagadnienia. Program naszej konferencji jest skonstruowany w taki sposób, że każdy z Państwa może ułożyć własny plan szkolenia, aby uaktualnić wiedzę z dziedziny, które Państwa interesują.



Kierownik naukowy konferencji
dr n. med. Małgorzata Jarzębińska-Večeřova

Informacja i rejestracja:
www.wso.wroclaw.pl

Organizator:

SPECJALISTYCZNY OŚRODEK OKULISTYCZNY

tel. 71 341 06 05 | fax 71 343 93 83 | biuro@wso.wroclaw.pl



**Informujemy, że w miesiącach:
luty, marzec, kwiecień,
w każdą środę, w godzinach
13.00-16.00, w siedzibie DIL
przy ul. Kazimierza Wielkiego
45, mgr Agnieszka Florecka
będzie udzielała porad
z zakresu prawa podatkowego
(pokój 2.11., II piętro).**

**„Przychodzi wena do lekarza”
Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
Edycja V**

**Zapraszamy na stronę DIL oraz:
www.mp.pl/wena**



KATEDRA I KLINIKA ANGIOLOGII, NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO I DIABETOLOGII
UNIwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

www.ang.nt.diab.umed.wroc.pl

ANGIO-DIABETOLOGIA

III Dolnośląska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

„CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNE

W OBRAZIE POWIKŁAŃ NACZYNIOWYCH CUKRZYCY”, część I

12 marca 2016 r. – Wrocław, hotel „Mercure”, pl. Dominikański 1



Szanowni Państwo

Serdecznie zapraszamy do udziału w III Dolnośląskiej Konferencji „ANGIO-DIABETOLOGICZNEJ”. W tym roku wiódącym zagadnieniem pozostają choroby autoimmunologiczne – powikłania naczyniowe – cukrzyca.

Z tym trudnym problemem współczesnej medycyny może się zmierzyć jedynie ośrodek o dużym doświadczeniu klinicznym i bliskiej współpracy z chirurgią naczyniową.

Wyzwanie zostało podjęte przez rodzimą Klinikę, dysponującą wieloma oryginalnymi rozwiązaniami terapeutycznymi z tego zakresu.

prof. dr hab. Rajmund Adamiec
przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego

PROGRAM

9.00 - 9.30 Rejestracja i kawa powitalna

9.30 - 9.40 Rozpoczęcie konferencji
„Współczesne wyzwania
Angio-Diabetologii”
– prof. Rajmund Adamiec

9.40 - 10.20 Koncert

SESJA I – KLINIKA POWIKŁAŃ NACZYNIOWYCH

Przewodniczący: prof. Renata Wąsikowa,
prof. Rajmund Adamiec, dr hab. Izabela
Gosk-Bierska, dr Rafał Małecki

10.30 - 10.55 Nerki – narząd docelowego
działania vasculitis i cukrzyca
– prof. Rajmund Adamiec

10.55 - 11.20 Powikłania naczyniowe
cukrzyca indukowane obec-
nością przeciwciał antyfosfo-
lipidowych
– dr Rafał Małecki

11.20 - 11.45 Fenomen Raynaud prowoko-
wany autoimmunologicznym
zapaleniem tarczycy i cukrzycą
– dr Dorota
Bednarska-Chabowska

11.45 - 12.10 Zapalenie naczyń z nadwraź-
liwości w cukrzycy: doświad-
czenie jednego ośrodka
– dr Krystyna Zdrojowy

12.10 - 12.35 Enteropatie a patologia nie-
dokrwiennej jelit – zagrożenie
życia u chorych na cukrzycę
– dr Krzysztof Mastej

12.35 - 12.45 DYSKUSJA

12.45 - 13.30 SESJA PLAKATOWA

Przewodniczący: prof. Jerzy Garcarek,
dr Dorota Bednarska-Chabowska,
dr Krystyna Zdrojowy, dr Małgorzata
Wilczyńska

13.30 - 14.15 LUNCH

SESJA II – TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA

Przewodniczący: prof. Lech Cierpka,
prof. Piotr Szyber,
dr Maria Knapik-Kordecka

14.15 - 14.45 Wpływ jednoczasowego prze-
szczepienia trzustki i nerki na
odległe powikłania choroby
– prof. Lech Cierpka,
dr hab. Jacek Ziąja

14.45 - 15.15 Ocena skuteczności i bezpie-
czeństwa autologicznego
przeszczepiania komórek
macierzystych (AHSC)
u chorych na cukrzycę typu 1
– prof. Sławomira
Kyrzcz-Krzemiń,
prof. Grzegorz Helbig

15.15 - 15.30 DYSKUSJA

15.30 - 15.40 Wręczenie nagrody za
najlepsze doniesienie
plakatowe

15.40 - 16.00 Podsumowanie
i zakończenie konferencji
– prof. Rajmund Adamiec

16.00 - 17.00 Koktajl wiosenny

ZAPRASZAMY DO ZGŁASZANIA PLAKATÓW!

Za udział w konferencji przyznane
są punkty edukacyjne.

PATRONAT HONOROWY



UNIwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Rejestracja i informacje na stronie: www.ang-diab.icongress.pl

Biuro Organizacji Konferencji: InspireCongress sp. z o.o.
tel. 71/ 780 90 52, e-mail: biuro@inspirecongress.pl

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej informuje, że w związku z uchwałą DRL nr 188/2015 z dnia 17.12.2015 r. zmianie uległ regulamin przyznawania dofinansowania zdarzeń edukacyjnych w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Poniżej jego treść.

REGULAMIN

PRYZNAWANIA DOFINANSOWANIA ZDARZEŃ EDUKACYJNYCH W RAMACH DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

1. Dofinansowanie obejmuje każdego lekarza/lekarza dentyistę, członka Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.
2. Lekarzowi/lekarzowi dentyście przysługuje dofinansowanie do następujących zdarzeń edukacyjnych wymienionych w załączniku nr 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. z 2004 r. nr 231, poz. 2326 ze zm.):
 - udział w kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności;
 - udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym;
 - opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego;
 - napisanie i opublikowanie książki, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego o charakterze popularnonaukowym;
 - napisanie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym indeksowanym przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej, Medline lub Index Copernicus;
 - napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym;
 - indywidualna prenumerata fachowego czasopisma medycznego indeksowanego przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej, Medline lub Index Copernicus.
3. O dofinansowanie można ubiegać się raz na dany okres rozliczeniowy.
4. Kwota dofinansowania wynosi do 300 zł brutto do wykorzystania jednorazowo.
5. Wniosek wraz z kompletem dokumentów należy złożyć jednorazowo w terminie do 6 miesięcy, licząc od dnia upływu danego okresu rozliczeniowego.
6. Warunkiem uzyskania przez lekarza/lekarza dentyistę dofinansowania, o którym mowa powyżej, jest regulowanie na bieżąco zobowiązań finansowych wobec Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.
7. Dofinansowanie przysługuje lekarzowi/lekarzowi dentyście, który uzyskał minimum 150 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym, którego dotyczy dofinansowanie.
8. Poniesione koszty należy udokumentować fakturami.
9. O przyznaniu dofinansowania decyduje kolejność złożenia wniosku.
10. Wnioski o dofinansowanie będą rozpatrywane co-
rocznie do kwoty przewidzianej na ten cel w budżecie Komisji Kształcenia DRL.

Załącznik do uchwały DRL nr 188/2015 z dnia 17.12.2015 r.
dostępny na stronie: bip.dilnet.wroc.pl

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z Katedrą i Kliniką Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej
Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
przy współudziale Oddziału Dolnośląskiego Polskiego
Towarzystwa Nefrologicznego
zapraszają na konferencję**

**CHORY W WIEKU PODESZŁYM
– „LAST BUT NOT LEAST”.
GOSPODARKA POTASOWA I RÓWNOWAGA
KWASOWO-ZASADOWA ORAZ ZDANIE
UROLOGA O NEFROPATII OBTURACYJNEJ
I PATOMORFOLOGIA O MIKROSKOPOWYM
OBRAZIE NEREK W ZDROWIU I CHOROBI**

**która odbędzie się 19 lutego 2016 r. (piątek)
w godz. 9.00-15.10 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby
Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

Kierownik naukowy konferencji – dr hab. Oktawia Mazanowska

Uczestnikowi konferencji przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

Program konferencji

- godz. 8.45-9.00 Rejestracja uczestników
godz. 9.00-9.05 Otwarcie konferencji
dr hab. Oktawia Mazanowska
godz. 9.05-10.00 Człowiek w wieku podeszłym – zaburzenia gospodarki
kwasowo-zasadowej – dr n. med. Maciej Szymczak
godz. 10.00-10.55 Człowiek w wieku podeszłym – zaburzenia gospodarki
potasowej – dr n. med. Katarzyna Jakuszek
godz. 10.55-11.50 Człowiek w wieku podeszłym – dostęp naczyniowy dla celów
dializy – dr n. med. Krzysztof Letachowicz
godz. 11.50-12.20 PRZERWA
godz. 12.20-13.15 Człowiek w wieku podeszłym – nefropatia obturacyjna
(kamica nerkowa, przerost gruczołu krokowego, zwłóknienie
zaotrzewnowe). Spojrzenie urologa
– lek. Wojciech Krajewski
godz. 13.15-14.10 Człowiek w wieku podeszłym – morfologia fizjologicznego
starzenia się nerek – dr n. med. Piotr Donizy
godz. 14.10-15.05 Człowiek w wieku podeszłym – patomorfologia zmian
w nerkach w przebiegu chorób wieku podeszłego
dr hab. Agnieszka Hałor, prof. nadzw.
godz. 15.05-15.10 Zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji
proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa,
które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy
kierować do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu wraz z Oddziałem Toksykologicznym
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
im. T. Marciniaka
Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu
zapraszają na konferencję**

**pt. „WYBRANE ZAGADNIENIA
WSPÓŁCZESNEJ
TOKSYKOLOGII KLINICZNEJ”**

**która odbędzie się 22 kwietnia 2016 r. (piątek)
w godz. 9.00-15.00**

**w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

Kierownik naukowy konferencji – dr hab. Jan Magdalan

**Uczestnikowi konferencji przysługuje
5 punktów edukacyjnych.**

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

Program konferencji

- godz. 9.00-9.45 Postępowanie z chorym zatrutym w izbie przyjęć
oraz współczesne zasady dekontaminacji przewodu
pokarmowego w ostrych zatruciach doustnych
dr hab. Jan Magdalan
godz. 9.45-10.30 Podstawowe toksydromy oraz zatrucia wybranymi
lekami
dr hab. Jan Magdalan
godz. 10.30-11.45 Zatrucia środkami odurzającymi pochodzenia
naturalnego i syntetycznego (amfetamina, LSD,
„dopalacze”)
lek. Andrzej Antończyk
godz. 11.45-12.15 Przerwa
godz. 12.15-13.00 Zatrucie tlenkiem węgla i innymi gazami
– toksykologiczne wskazania do leczenia w komorze
hiperbarycznej
lek. Andrzej Antończyk
godz. 13.00-13.45 Zatrucia grzybami – dr hab. Jan Magdalan
godz. 13.45-14.30 Zatrucia środkami chemicznymi (pestycydy, środki
gospodarstwa domowego, rozpuszczalniki, alkohole
niekonsumpcyjne) – lek. Andrzej Antończyk
godz. 14.30-15.00 Dyskusja i zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji
proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa,
które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne
należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**

**Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych
z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju**

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego 5 listopada 2015 r. podpisało umowę na realizację nowego projektu systemowego „Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju”. Projekt będzie realizowany do końca lutego 2022 r., w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój współfinansowanego przez UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem projektu jest wsparcie lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie modułowym w: onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, hematologii, patomorfologii, geriatrii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, rehabilitacji medycznej, reumatologii i medycynie rodzinnej.

W ramach projektu zorganizowanych zostanie ponad 2 tys. kursów specjalizacyjnych dla ponad 70 tys. lekarzy. Zakładanym efektem projektu jest istotny wzrost liczby specjalistów i odczuwalna poprawa dostępności do świadczeń specjalistycznych w tych dziedzinach medycyny.

Wszystkie kursy realizowane w ramach projektu będą bezpłatne. Lekarze uczestniczący w kursach otrzymają dofinansowanie kosztów poniesionych w związku z dojazdem na kurs, będą mieli także zapewniony catering.

Szczegółowe informacje dotyczące sposobu i terminu rekrutacji znajdują się na stronie internetowej CMKP: www.cmkp.edu.pl, podstrona dotycząca projektu, zakładka: Regulamin Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. Wykaz kursów specjalizacyjnych jest dostępny w zakładce: Kursy specjalizacyjne.

Szczegółowe informacje o projekcie

mgr Eliza Tatarczak – kierownik projektu, tel. 22 56 93 788,

e-mail: eliza.tatarczak@cmkp.edu.pl

poniedziałek, środa, czwartek, piątek, godz. 10.00-13.00

Informacje dla lekarzy na temat organizacji kursów

mgr Julia Bartyzel-Zakrzewska – z-ca kierownika projektu, tel. 22 56 93 843,

e-mail: julia.bartyzel-zakrzewska@cmkp.edu.pl

poniedziałek, środa, czwartek, piątek, godz. 10.00-13.00

**z-ca dyrektora ds. dydaktycznych i naukowych
dr hab. n. med. Jarosław Czubak, prof. CMKP**



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa
Neonatologicznego zapraszają na konferencję

pt. „NOWORODEK – PACJENT WIELOSPECJALISTYCZNY”

która odbędzie się **1 kwietnia 2016 r. (piątek)**
w godz. 9.00-14.30
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji
– dr n. med. Małgorzata Czyżewska

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Program konferencji

- | | |
|-------------------|--|
| godz. 9.00-9.30 | Postępy w leczeniu niewydolności oddechowej u noworodków
prof. dr hab. Elżbieta Gajewska |
| godz. 9.40-10.10 | Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego
u najmłodszych dzieci w praktyce lekarza pediatry
dr hab. Barbara Iwańczak, prof. zw. |
| godz. 10.20-10.50 | Niedokrwiłość u noworodka – kiedy może być problemem?
dr hab. Bernarda Kazanowska, prof. nadzw. |
| godz. 11.00-11.30 | Profilaktyka w neonatologii – co, kiedy, jak długo?
dr hab. Barbara Królak-Olejnik, prof. nadzw. |
| godz. 11.40-12.10 | PRZERWA |
| godz. 12.10-12.40 | Współpraca kardiologa z kardiochirurgiem – spojrzenie z innej
perspektywy
dr n. med. Magdalena Mazurak |
| godz. 12.50-13.20 | Terapia darenna a odpowiedzialna postawa lekarza
lek. Bernard Zając |
| godz. 13.30-14.30 | Opieka nad noworodkiem w świetle obowiązujących
standardów postępowania medycznego
dr n. med. Małgorzata Czyżewska |
| godz. 14.30 | Zakończenie konferencji |

*Po każdym z wykładów przewidziana jest dziesięciominutowa dyskusja

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone
są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa,
które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy
kierować do Komisji Kształcenia DRL:**

e-mail: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl

lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się
18 marca 2016 r. (piątek) w godz. 9.00-13.30
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Temat:

„LECZENIE KANAŁOWE I REKONSTRUKCJA KORONY PO LECZENIU ENDODONTYCZNYM”

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

Kurs ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w kursie jest dobrowolny.

Zagadnienia

- | | |
|-------------------|--|
| godz. 9.00-11.00 | Leczenie kanałowe i rekonstrukcja korony po
leczeniu endodontycznym – prawdopodobnie
prościej już się nie da... – szybkie metody
maszynowego opracowania i wypełniania kanałów
korzeniowych oraz rekonstrukcji zrębu korony zęba
– dr n. med. Michał Ganowicz |
| | • Przed leczeniem: leczyć kanałowo czy nie, kryteria kwalifikacji
do leczenia endodontycznego, koferdam, szybka i pewna metoda
zakładania |
| | • Opracowanie kanałów ręczne i maszynowe, systemy
wielonarzędziowe vs system jednonarzędziowy, maszynowe
płukanie kanałów |
| | • Wypełnienie kanałów: przygotowanie kanału do wypełnienia,
jednoetapowa metoda wypełniania kanałów, czyli system gorącej
gutaperki z jednym cwiakiem |
| | • Odbudowa korony: wypełnienie, endokorona czy korona? |
| | • Wkłady koronowo-korzeniowe, odbudowa zrębu korony |
| godz. 11.00-11.30 | Przerwa |
| godz. 11.30-13.30 | Forma prawna prowadzenia działalności przez
lekarza dentystę w kontekście prawa medycznego.
Przekształcenie jednoosobowych działalności
oraz spółek osobowych w spółkę z ograniczoną
odpowiedzialnością
dr n. prawnych Katarzyna Schmidt-Kwiecińska
oraz dr n. prawnych Paweł Bojarski |

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone
są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa,
które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne
należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:**

e-mail: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl

lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

Krystyna Berdzik
Komisja Stomatologiczna DRL

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego
Kształcenia Podyplomowego
16 grudnia 2015 r. stopień naukowy
doktora w dziedzinie nauk medycznych
w dyscyplinie medycyna uzyskali:

1. **lek. Anna Karasińska-Kłodowska,**
2. **lek. Marcin Wolski.**

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-
Stomatologicznego UM we Wrocławiu
18 grudnia 2015 r. stopień naukowy
doktora nauk medycznych uzyskali:

1. **lek. med. Piotr Donizy,**
2. **lek. dent. Joanna Jankowska.**

25.
**ZIMOWA KONFERENCJA
MEDYCYN RATUNKOWEJ
I INTENSYWNEJ TERAPII**
Karpacz, 9-12 marca 2016 r.

Polish Society for Emergency Medicine
UMW

www.medycynaratunkowa.wroc.pl

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska

Katedra i Klinika Nefrologii Pediatricznej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w nefrologii dziecięcej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym (z listy CMKP):

PIERWOTNE I WTORNE NEFROPATIE U DZIECI
Termin kursu: 29.02-2.03.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Danuta Zwolińska
 Organizator kursu: Katedra i Klinika Nefrologii Pediatricznej, ul. Borowska 231, Wrocław
 Liczba uczestników: 30 osób
 Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 10 lutego 2016 r.

Katedra Medycyny Ratunkowej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w medycynie ratunkowej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym (z listy CMKP):

**NAGŁE ZAGROŻENIA
 W NASTĘPSTWIE URAZÓW
 (stary i nowy tryb)**
Termin kursu: 14-18.03.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr Krzysztof Dudek
 Miejsce kursu: Katedra Medycyny Ratunkowej UMW, ul. Bujwida 44a, Wrocław
 Liczba miejsc: 20 osób
 Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 20 lutego 2016 r.

Katedra i Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w diabetologii do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym (z listy CMKP):

**WPROWADZENIE DO SPECJALIZACJI
 W DIABETOLOGII
 (tryb modułowy)**
Termin kursu: 17-18.03.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Rajmund Adamiec
 Miejsce kursu: Katedra i Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
 Liczba miejsc: 10 osób
 Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 20 lutego 2016 r.

Katedra i Klinika Neonatologii UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w neonatologii oraz lekarzy pediatrów dyżurujących na oddziałach noworodkowych do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym (z listy CMKP):

**ZASADY RESUSCYTACJI NOWORODKA
 (stary i nowy tryb)**
Termin kursu: 17.03.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr Małgorzata Czyżewska
 Miejsce kursu: Katedra i Klinika Neonatologii UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
 Liczba miejsc: 12 osób
 Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do 20 lutego 2016 r.

Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UMW zaprasza lekarzy rodzinnych, pediatrów, internistów, lekarzy chorób zakaźnych, neurologów dziecięcych na kurs doskonalący odpłatny:

**DIAGNOSTYKA KLINICZNA I LABORATORYJNA
 CHOROBY INFEKCYJNYCH U DZIECI**
Termin kursu: 12.04.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Leszek Szenborn, prof. nadzw.
 Organizator kursu: Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, ul. Chałubińskiego 2-2a, Wrocław
 Liczba uczestników: 30 osób
Kurs płatny – 50 zł
Zgłoszenia na kurs do końca lutego 2016 r.

Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UMW zaprasza lekarzy rodzinnych, pediatrów, internistów, lekarzy chorób zakaźnych, neurologów dziecięcych na kurs doskonalący odpłatny:

SZCZEPIENIA OCHRONNE
Termin kursu: 5-6.04.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Leszek Szenborn, prof. nadzw.
 Organizator kursu: Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, ul. Chałubińskiego 2-2a, Wrocław
 Liczba uczestników: 30 osób
Kurs płatny – 100 zł
Zgłoszenia na kurs do końca lutego 2016 r.

Katedra i Klinika Neonatologii UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w neonatologii do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym (z listy CMKP):

**PODSTAWY FIZJOLOGII I PATOLOGII
 NOWORODKA
 (stary i nowy tryb)**
Termin kursu: 11-15.04.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr Małgorzata Czyżewska
 Miejsce kursu: Katedra i Klinika Neonatologii UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
 Liczba miejsc: 20 osób
 Kurs bezpłatny
Zgłoszenia na kurs do końca lutego 2016 r.

Zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl
Szczegółowych informacji udziela mgr Anna Zawłódzka, tel. 71 784 11 60, e-mail: anna.zawlodzka@umed.wroc.pl

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej trybem modułowym na kurs obowiązkowy z listy CMKP:

**OPIEKA NAD SZCZEGÓLNYMI
 GRUPAMI PACJENTÓW**
Termin kursu: 7-9.03.2016 r. oraz 14-22.03.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr Maria Magdalena Bujnowska-Fedak, dr Ewa Drabik-Danis
 Miejsce kursu: Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, ul. Syrokomli 1, Wrocław
 Liczba miejsc: 20
 Kurs bezpłatny – 60 punktów edukacyjnych
Zgłoszenia do 15 lutego 2016 r., p. Marta Kowalewska, tel. 71 325 51 26 (Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej)

Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w nefrologii, zarówno starym, jak i nowym trybem, na obowiązkowy kurs (z listy CMKP):

TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA
Termin kursu: 7-9.03.2016 r., godz. 8.00

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Marian Klinger

Miejsce kursu: Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
 Liczba uczestników: 20
 Kurs bezpłatny – 18 punktów edukacyjnych
Zgłoszenia na kurs do 15 lutego 2016 r.

II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w położnictwie i ginekologii dotychczasowym trybem na obowiązkowy kurs (z listy CMKP):

DIAGNOSTYKA I TERAPIA PŁODU
Termin kursu: 14-18.03.2016 r., godz. 9.00

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Mariusz Zimmer
 Miejsce kursu: II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
 Liczba uczestników: 20
 Kurs bezpłatny – 13 punktów edukacyjnych
Zgłoszenia na kurs do 22 lutego 2016 r.

Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w urologii trybem modułowym na obowiązkowy kurs (z listy CMKP):

**WARSZTATY DYDAKTYCZNE
 – LAPAROSKOPIA W UROLOGII**
Termin kursu: 11-12.04.2016 r., godz. 9.00

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Romuald Zdrojowy
 Miejsce kursu: Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
 Liczba uczestników: 20
 Kurs bezpłatny – 10 punktów edukacyjnych
Zgłoszenia na kurs do 22 lutego 2016 r.

Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w reumatologii dotychczasowym trybem na kurs wprowadzający do specjalizacji (z listy CMKP):

**ZARYS REUMATOLOGII – PODZIAŁ CHOROBY
 REUMATYCZNYCH. EPIDEMIOLOGIA,
 GŁÓWNE GRUPY CHOROBY, PATOGENEZA,
 DIAGNOSTYKA I LECZENIE**
Termin kursu: 7-11.03.2016 r., godz. 9.00

Kierownik naukowy kursu: dr n. med. Krzysztof Borysewicz, dr n. med. Renata Sokolik
 Miejsce kursu: ul. Borowska 213, Wrocław
 Liczba uczestników: 20
 Kurs bezpłatny – 23 punkty edukacyjne
Zgłoszenia na kurs do 15 lutego 2016 r.

Program oraz zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl
Szczegółowych informacji udziela mgr Elżbieta Adamczyk, tel. 71 784 11 57 oraz e-mail: elzbieta.adamczyk@umed.wroc.pl

Tekst Andrzej Kierzek

Pod red.
dr. Jerzego
Bogdana
Kosa

„Ocalić od zapomnienia” *Cenny zapis zbiorowej pamięci*

Źródło grafiki: www.freeimages.com/photos/golden-pen-1424914/Odan-Jaeger

Fot. z archiwum autora

I znówu, jak zawsze, doktor Jerzy Bogdan Kos, szanowany i lubiany przez wszystkich lekarzy (świadomie używam słowa wszystkich!), najlepszy lekarz wśród pisarzy oraz najlepszy pisarz wśród dolnośląskich lekarzy, zaskakuje nas niezwykle pozytywnie. Na półkach księgarskich ukazuje się tym razem książka pod Jego redakcją pt. „Ocalić od zapomnienia”, książka, która jest pokłosiem konkursu na pamiętnik, wspomnienie czy zapis dokumentalny, rozpisanego przez Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej, przy współudziale Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, Rektoratu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji.

Liczące 325 stron, starannie wydane przez Wrocławską Drukarnię Naukową PAN im. S. Kulczyńskiego dzieło, złożone jest z trzech części: pierwszej – pt. „Ocalone od zapomnienia”, obejmującej prace nagrodzone i wyróżnione, drugiej – „Zachowane w pamięci”, zawierającej szkice, biografie i opracowania, wykraczające poza konkursowe wymagania oraz ostatniej, zatytułowanej „Pochwycone w sieć pamięci”, części, która jest suplementem stworzonym przez dr. Kosa, charakteryzującym i prezentującym powojenny pamiętnikarski dorobek dolnośląskich lekarzy.

Epikur wyróżniał dwie przyjemności: przyjemność działania oraz przyjem-

ność wspominania. Przyjemność wspominania jest właściwością ludzi z pewnym bagażem doświadczeń. Autorami są lekarze doskonale znani nie tylko na Dolnym Śląsku. Lekarze z uniwersyteckich katedr, jak: profesorowie Krystyna Łoboz-Grudzień, Maria Hanna Niżankowska, Bogdan Łazarkiewicz, Zbigniew Domośławski, Michał Jeleń, Sławomir Suchocki, Krzysztof Wronecki, jak i lekarze sprawnie władający piórem z innych ośrodków, np. Zygmunt Pośpiech, Bohdan Słończewski, Wiesław Prastowski. Każda z prac stanowi sumę spostrzeżeń, faktów, myśli. Są m.in. i ciekawe biografie naszych wychowawców, i prace ukazujące rozwój placówek medycznych naszego regionu.

Jury konkursu pod przewodnictwem prof. dr. hab. dr. h.c. Bogdana Łazarkiewicza postanowiło nie przyznawać pierwszej nagrody, a laureatami dwóch drugich miejsc zostali doktorzy Roman Hajzik, autor starannej pracy o pierwszych powojennych latach na wrocławskiej Wszechnicy oraz Michał Sobków, z dużym znanstwem tematu analizujący wrocławską epidemię ospy w 1963 r., laureatem trzeciej – relacjonujący swoją drogę zawodową dr Janusz Schimmel oraz mgr Krystyna Szykuła, w sposób niezwykle uczuciowy przekazująca obraz swego Ojca prof. Andrzeja Dzioby. Wyróżnienie specjalne przyznano prof. Domośławskiemu za pracę o swoich kresowych początkach, a wyróżnienie regu-laminowe dr. Jerzemu Woźniakowi oraz

dr. Pawłowi Wróblewskiemu. Prace nie-nagrodzone to prace także o znacznej wartości dokumentalnej, poznawczej, prace niejednokrotnie napisane ciepło, zwykle dobrym językiem. Wnikliwej oceny wszystkich prac dokonał prof. Łazarkiewicz; ocena ta znajduje się na łamach recenzowanej przeze mnie książki. Dlatego czuję się zwolniony z obowiązku recenzji wszystkich prac.

Refleksyjnie nastroja praca dr. Wiesława Prastowskiego o muzyce i poezji jako nośnikach emocji. Muzyka, Jego zdaniem, jest czymś więcej niż tylko źródłem przyjemności, jest językiem pozwalającym porozumieć się ludziom, wytwarzając krąg empatycznej wspólnoty. Poezja jest sztuką, pozwalającą odczuwać czas jako sekwencję zdarzeń odnotowywanych w naszej świadomości. Kochajmy zatem poetów! I słuchajmy ich przy dobrej muzyce! A czy Beethoven nie miał racji, że „kompozytor jest również poetą”?

„Ocalić od zapomnienia” to książka refleksyjna. Niektóre zapiski aż do bólu realistyczne, poszerzające wiedzę o czasach minionych, nieraz bardzo trudnych, są przypomnieniem nie tylko dla czytelników starszego pokolenia, ale i powinny być dobrym materiałem edukacyjnym dla pokoleń medyków młodszych lub zupełnie młodych, znających np. terror sowiecki tylko ze szkolnych podręczników. Z tych względów wspomnienie dr. Jerzego Woźniaka, więźnia obozów stalinowskich jest nie tylko tekstem głę-

boko wzruszającym, ale i niezwykle realistycznym. Związany podczas okupacji z ZWZ-AK, uczestnik akcji „Burza”, adiutant szefa Delegatury Zagranicznej WIN, wysłany z Wielkiej Brytanii z misją specjalną dla kraju, potem kierownik organizacyjny Zarządu Głównego WIN, w Polsce w 1947 r. został aresztowany przez funkcjonariuszy UB. Skazany na karę śmierci, oczekiwał na wykonanie wyroku w ciężkich więzieniach na warszawskim Mokotowie, w Rawiczu i Wronkach, który zamieniono na dożywocie, a wreszcie w 1956 r. ułaskawiono. Po ukończeniu studiów lekarskich dał się poznać jako dobry lekarz praktyk w pulmonologii. Po 1989 r. współtworzył struktury związków kombatanckich WIN i AK, kierował (w randze ministra) Urzędem ds. Kombatanatów i Osób Represjonowanych. Autor autobiografii „Droga do wolnej Polski”, otrzymał godność Honorowego Obywatela Dolnego Śląska. P.T. Czytelnika tej recenzji zastanawia chyba fakt, dlaczego postać dr. Jerzego Woźniaka została tak przeze mnie wyeksponowana. Może dlatego, że znałem Go doskonale, że wiele godzin spędziłem na ciekawych i inspirujących dyskusjach, że był dla mnie wzorem niedoścignionym.

Wydaje się, że zasługuje na to, aby patronować jakiejś jednostce organizacyjnej służby zdrowia w naszym mieście. Czy nowo wybudowany szpital w zachodniej części Wrocławia ma już swego patrona?

Iście benedyktyńskiej pracy, ale i wspaniałego opanowania tematu wymagała część trzecia recenzowanej książki – „Pochwycone w sieć pamięci”. To suplement prezentujący i charakteryzujący dorobek pamiętnikarski lekarzy dolnośląskich w minionym siedemdziesięcioleciu. Na ponad pięćdziesięciu stronicach dr Kos zawarł najważniejsze fakty w działalności lekarzy naszego regionu, parających się z większą lub mniejszą wprawą piórem, usystematyzował, zanalizował w sposób jak zawsze wysoce profesjonalny. A jak miał to inaczej uczynić? Wszak przez wiele lat był szefem Oddziału Wrocławskiego Stowarzyszenia Pisarzy Polskich.

Co pozostaje po lekturze tych utworów? Te zapiski P.T. lekarzy różnych pokoleń, lekarzy, których zawodowe doświadczenie kształtowały i akademicka katedra, i szpital, i lecznictwo ambulatoryjne, zainteresują z pewnością każdego patrzącego na świat refleksyjnie czytelnika, tworząc cenny dokument czasu, dając obraz epoki, w jakiej autorzy żyli i pracowali. Uprzymiarniają, że czło-

wiek rodząc się, zostaje przez Opatrzność obdarowany bezcenną wartością, jaką jest życie.

Formowanie dobrego lekarza, stojącego nieustannie na straży tego życia, oparte jest na trzech fundamentalnych, a zarazem niezmiennych zasadach: oparowaniu nowoczesnej, wcale niemałej wiedzy oraz fachowych umiejętności, wypracowanych przez stulecia, ale przede wszystkim odpowiednich predyspozycji do zawodu lekarskiego, które nazwać można powołaniem. A także, lub może przede wszystkim, opartych na zasadach szeroko pojętej etyki.

Kiedy w 1953 r. James D. Watson i Francis Crick zaproponowali strukturę podwójnej helisy dla dwuniciowego DNA oraz opisali swoje odkrycie w bardzo prestiżowym periodyku „Nature”, które spowodowało, że potrafimy czytać i zapisywać kod genetyczny, wtedy, ponad sześćdziesiąt lat temu wydawało się, że w medycynie „złapaliśmy byka za rogi”. Okazało się jednak, że obecnie nadal nie jesteśmy w stanie zrozumieć w pełni konstrukcji organizmu tylko na podstawie tego genetycznego kodu. Nie jesteśmy także w stanie zrozumieć i rozwiązywać rozlicznych egzystencjalnych problemów bez zaangażowania ogólnoludzkiej moralności oraz szczegółowych nakazów płynących z etyki, osadzonej na szerokiej filozoficznej koncepcji człowieka. Etyka musi stać się refleksją nad wartościami, jakie przypisujemy profesjonalnym zachowaniom, do których zobowiązany jest każdy pracownik służby zdrowia podejmujący decyzje określonego działania bez względu na to, czy grozić mu za to będą jakieś sankcje prawne. Sprawy szeroko pojętej etyki zawierają kolejne stronicie recenzowanej książki.

Książka pod redakcją J.B. Kosa powinna być jak najszerzej propagowana wśród studenckiej młodzieży oraz młodych adeptów naszego zawodu. Uniwersytety mają bowiem kształcić i formować ludzi, którzy będą w przyszłości świadomymi obywatelami tworzącymi samorządne społeczeństwo. Uniwersytety służyły zawsze, i nadal powinny służyć, wyposażeniu studentów w szeroko rozumianą wiedzę. Natomiast od wyposażenia studentów w zawód powołane są szkoły zawodowe. Po przemianach ustrojowych w Polsce Rada Główna Szkolnictwa Wyższego domagała się ustalenia minimum przedmiotów humanistycznych na uczelniach medycznych. Wysunięto wtedy postulat, by przeznaczyć 5 proc. ogółu godzin na przedmioty humanistyczne;

w rzeczywistości na wydziałach lekarskich liczba godzin takich przedmiotów wynosi nieco powyżej 1 proc. To za mało w stosunku do potrzeb. Uniwersytety medyczne tracą swoją uniwersalność na rzecz wyższej szkoły zawodowej. Przecież od ponad sześciuset lat słowo uniwersytet wiąże się z wieloprofilowymi kierunkami nauczania, od przedmiotów humanistycznych, biologicznych do ścisłych. A kształtowanie postaw, które jest jednym z trzech składowych elementów edukacji, obok zdobycia wiedzy i umiejętności, nie jest możliwe bez ustawicznego kształcenia humanistycznego.

Takie książki, jak recenzowana książka pod redakcją Jerzego Bogdana Kosa, są potrzebne szczególnie. Twórzmy zatem historię, podziwiając „wczorajszych”, doceniając „dzisiejszych”. Żyjąc w potwornej fizycznej bliskości, nie izolujemy się od siebie. Nie tracimy szacunku dla samych siebie, nie dopuścimy, by topniał on jak wosk na słońcu.

Piszmy testament dla tych, którzy przyjdą po nas. „Trzeba najpierw zacząć tracić własną pamięć, by sobie uświadomić, że jest ona całym naszym życiem” – zauważał Louis Buñuel. Miał rację. Żyjemy dopóty, dopóki rozpamiętujemy.



Książkę można nabyć w sekretariacie Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej, tel. 71 344 68 28. Adres: ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław – parter.



SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– Jeszcze o kobietach-lekarzach „R  vue scientifique” podaje dwa listy w tym przedmiocie; jeden za, drugi przeciw; obydw   s  l   odbiciem argumentów dwóch przeciwnych obozów.

Dowody wyrażone w pierwszym liście dają się streścić w ten sposób: postępy okazane przez kobiety przy egzaminach dowiodły, że one odpowiadają co-najmniej przeciętnym kandydatom męzkim. Zarzut o braku siły fizycznej gdyby był bezstronnie stosowany, sprawiłby iż tylko atleci mogliby być lekarzami. Brak powagi w opinii chorych nie został potwierdzony dotychczasowem doświadczeniem. Zbytniej poufałości w stosunkach koleżeńskich przeciwstawić można uczucie godności. Autor więc sądzi, że kobiety powinny korzystać z praw będącego na porządku dziennym konkursu na posady internów.

Drugi list podany przez p. Pozzi przemawia przeciwko kobietom lekarzom w ogólności, a kobietom internom w szczególności. Przedewszystkiem, rozwa  ga, stanowczo  c, zimna krew i rozsądek nie nale  ż   w równym stopniu do obojga płci, nie mówiąc ju  z o fizjologicznych niektórych nader wa  жных dla sprawy r  znicach. Wykonywanie pewnych pilnych rękoczynów nie zawsze w  lciwa jest kobietom, jak zak  ladanie kateteru, odprowadzenie za  lupki i t. p. Je  żeli prawo uwa  ża pewne granice wieku jako konieczny warunek zdolności do pracy zawodowej, s  luszna jest, aby i płeć s  l  -

   za kryterium w tej mierze. Kobieta posiada pewne zdolności w wyższym niż m  e  czyzna stopniu i takowe nale  ży spo  ytkowya  c raczej ni  z rywalizowa  c nieszcz  liwie z płcią m  e  zk  . (R  vue scientifique, 17–1884)

„Kronika Lekarska” 1885, VI, 143–144

Oskar  zony lekarz. W Korneuburgu oskar  żono chirurga K. Zirnbauera na myśl    357 k. k. o przekroczenie przeciw bezpieczeństwu życia i uznano niewinnym. Wezwany do porodu, usi  lowa   wspomniany lekarz praktyczny uko  czy  c takowy zapomocą kleszczy a gdy to nie szło, wym    dzi   zapomocą haka Brauna, przyczem asystowa   mu kol. dr. S. Przytem poślizgnął się i zrani  ł kobiet   tak ciężko, że wkrótce potem umarła. Prokurator zarzuca  ł mu, że po  luga  wa si   nar  dzieniem zastar  a  em, którego obecnie się wi  e  j nie używa, da  lej że post  powa  ł bez ostro  żno  ci i bez technicznej bieg  lo  ci. Oskar  żony zaprzecza  ł, jakoby zranienie nastąpiło było wskutek jego wkraczania, o  wiadczy  ł, że nie mia  ł pod r  k   innych, odpowiedniejszych nar  zdzi, dla tego zrobi  ł ostatnią pr  b   dla uratowania rod  zce  j, któraby w innym razie również była zmarła. Dwaj obecni lekarze-rzeczoznawcy potwierdzili te wywody i s  d uwolni   oskar  żonego lekarza.

„Nowiny Lekarskie” 1893, V, 542

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta

„Straszenie”

Kiedys w przepięknym, wiekowym miasteczku w Czechach kupiłem bilet za 10 koron na „Straszenie” – zwiedzanie starego zamczyska nocą. Chodziliśmy po kolejnych komnatach i ciemnych korytarzach, s  lycha  c było jęki duchów. Mijane s  redniowieczne zbroje niespodziewanie zaczyna  ly si   porusza  c... Turyści byli zachwyceni. Oglądając w  sp  czesne premiery kinowe, można odnie  c wra  żenie, że ludzie uwielbiają by  c straszeni, za bilet p  aca   nawet więcej niż 10 koron.

Który lekarz jest lepszy? – taki, który rozmawia z pacjentem subtelnie, przedstawia mu dobre strony terapii i rokowania, czy taki który bez ogródek powie: jest bardzo źle, szanse na wyleczenie są nie wielkie, śmierć nadchodzi.

Pacjenci tych „subtelnych” lekarzy ciesza   się – nie jest jeszcze tak tragicznie, mój m   , moja    ona, krewny, ja – zostaniemy wyleczeni, medycyna zrobiła postępy. Terapia nie pomogła – pretensje, przecież Pan Doktor m  wi  ł co innego, nie umiał (nie chcia  ł) Pan jej/go wyleczy  c!

W drugiej wersji – na początku pojawia się oburzenie – doktor nie widzi żadnej nadziei, chorego może uratowa  c jedynie cud. Jeśli pacjent wyzdrowieje, rodzina może doceni  c heroiczny wysięk doktora, jeśli nie wyzdrowieje (umrze) – wszyscy przyjmuj  , że medycyna była od początku bezradna.

Ktoś powie – dobry jest taki doktor, który mówi prawd  . Ba, ale jak ją przedstawi  c? Straszy  c? Nie straszy  c?

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

W atmosfer     wi  t Bo  zego Narodzenia wprowadzi   nas imponująca wystawa betlejemskich szopek, pokazana w Pa  cu Królewskim. Dyrektorowi Muzeum Miejskiego dr. Maciejowi   agiewskiemu udało się zebra  c szopki nie tylko z całego Dolnego   l  ska, ale także z całego świata. Możemy ogl  da  c szopki pochodzące z Meksyku, z Afryki, a nawet z dalekiej Japonii. Wszystkie wystawione szopki zostały zebrane w pięknym, kolorowym katalogu, opracowanym przez c  rk   by  łego skarbnika DRL, Magd   Szmid  -P  lbratek. Gratulacje.

Początek grudnia to kolejna premiera w naszej operze. Tym razem zobaczyliśmy „Madame Butterfly” Giacomo Pucciniego. Nasza premiera odbyła się 114 lat po światowej premierze i 22 lata po ostatniej realizacji w Operze Wroc  lskiej. Tym razem przenosimy się do japońskiej rzeczywistości w roku 1947, czasu amerykańskiej okupacji po zrzuceniu bomby atomowej. Odpowiada temu szara scenografia, przypominająca spalone miasto pokryte pyłem. To opowie  c nie tylko o miłości, ale również o egoizmie, cynizmie i t  ch  rozostwie. Reżyserem spektaklu jest znany europejski artysta Giancarlo del Monaco, syn jednego z największych tenorów XX wieku. Dzieło Pucciniego powstało w konwencji werystycznej, stąd sztafaż zrujnowanej po wojnie Japonii podkreśla dramaty g  lwnych bohaterów. Anna Lichorowicz jako Cio-Cio-San poradziła sobie z rol   bardzo dobrze, jeszcze lepiej wypadła Barbara Ba  i  nska w rolach przyjaci  tki i s  l  u  cej. Nieźle zaprezentowa  ł si   też Nikolay Dorozhkin odtwarzający post  c porucznika Pinkertona. Jego przymioty fizyczne miały w tym przypadku znaczenie, bo   piewak rozbi  ra  ł się na scenie. Ca  o  c wypadła bardzo dobrze, „ten motyl” powinien długo figurowa  c w programie opery, a prof. Ewa Michnik może dorzuci   kolejny kamy-

czek do ogródka swoich osi  gni  c.

Gościem grudniowego Spotkania Klubowego u Medyków by  ł prof. Stanisław Nicieja, urzędujący rektor Uniwersytetu Opolskiego. Tym razem wyst  pi  ł w roli pisarza, promujący s  w  j kolejny tom „Kresowej Atlantyd  ”. Autor od lat zajmuje się histori   Kresów dawnej Rzeczypospolitej. Popularno  c przyniosła mu bestsellerowa monografia „Cmentarz   czakowski we Lwowie 1786-1986” wydana w 1988 r. Kolejne publikacje to kontynuacja literackiej wyprawy do miasteczek kresowych.

W spotkaniu wzięli udział przede wszystkim lekarze-Kresowiacy. Mo  liwo  c obcowania z prof. Niciej   była więc dla nich prawdziwym przeżyciem, a także okazj   do nabycia opublikowanych dotychczas tomów.   yczliwie przy  j  my akcentem artystycznym by  ł koncert w wykonaniu Wiktora Kuzniecowa (skrzypce) i Anny Jadach (fortepian). W roli gospodarza wyst  pi  ł m.in. dr Wiesław Prastowski, który jak zwykle prowadzi   spotkanie z wycuciem i kultur  .

Instytut Matematyki Politechniki Wroc  lskiej, noszący imię prof. Hugona Steinhaus, z okazji 25-lecia istnienia ufundowa   swemu patronowi popiersie autorstwa znakomitego wroc  lskiego rzeźbiarza Tomasza Rodzi  ńskiego. Sympozjum naukowe było okazj   do przypomnienia postaci tego genialnego, pochodzącego ze Lwowa matematyka i uroczystego ods  lonienia popiersia. Zainteresowanego   yciorsem uczonego ods  lam do książki znanego wroc  lskiego dziennikarza Mariusza Urbanka pt. „Genialni. Lwowska Szkoła Matematyczna”.

Uniwersytet Przyrodniczy zaprosi   nas na kolejną już degustacj   wina, powstałego w winnicy uczelni, w podwroc  lskim Samotworze. Wino nosi piękną nazw   Gaudeamus i posiada wy  j  tkowo subtelną i blyszcz  c   barw  . To wykwinne wino deserowe

mo  gli  my smakowa  c w pa  cu w Pawłowicach. Wprowadzeniem do spotkania była impresja słowna „Filozofia smaku” w wykonaniu aktora wroc  lskiego Teatru Wsp  czesnego Piotra Łukaszczyka, a koncert muzyki operetkowej „Wino, kobiety i śpiew” i artyści Akademii Muzycznej sprawili, że wieczór by  ł niezapomnianym przeżyciem.

Uniwersytet Przyrodniczy, pod wodzą z  gnaj  cego si   ju  z z funkcj   rektora Romana Ko  acza, zaprosi   nas na VII Koncert Noworoczny. Tym razem gwiazd   wieczoru była Justyna Steczkowska. Piosenkarka zaśpiewała utwory z płyty „La femme fatale”. Brawurowo wykonała piosenki Edith Pia  f, Dalidy, Ewy Demarczyk, Anny German, Ireny Santor, wzbudzający powszechny zachwyt. Przed koncertem odbyła się aukcja charytatywna, prowadzona jak zwykle znakomicie przez red. Marka Obszarne   z Polskiego Radia. Pieniad  ze zbierano na hospicjum dla dzieci, udało się zgromadzi  c 70 tys. zł. Wśród darczyńców licytowanych przedmiotów znaleźli się m.in.: kardynał Henryk Gulbinowicz, prezydent Wroc  lawa Rafał Dutkiewicz, a nawet premier Beata Szy  d  o. Najwi  sz   cen  , ponad 10 tys. zł, osi  gn  o dzieło znanego nam wroc  lskiego rzeźbiarza Stanisława Wysociego. Warto przypomnie  c, że z inicjatywy prezesa DRL VI kadencji, Igora Ch  ci  ńskiego rze  b   tego artysty otrzymali w upominku wszyscy uczestnicy V Sympozjum Polsko-Niemieckiego, które odbyło się przed kilku laty w zamku K  s  . Ten sam artysta wykona   też tablic   poświęconą prof. Antoniemu Aro  skiemu usytuowa  n   na budynku kliniki, w której ten wiele lat pracowa  ł.

W Nowym Roku   ycz  c Wam wielu artystycznych wzruszeń, których w Europejskiej Stolicy Kultury 2016 na pewno nie zabraknie.

Wasz Bywalec



„Jest taki ból, o którym lepiej nie mówić,
bowiem najlepiej wyraża go milczenie”.

Jan Paweł II

Naszej Koleżance **Renacie Czajce**
wyraży szczerego żalu i współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
koleżanki i koledzy z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Naszej wieloletniej współpracownicy
p. **Renacie Czajce**
wyraży współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
pracownicy TU INTER Polska S.A.,
Oddział we Wrocławiu

Pani **Renacie Czajce**
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
członkowie Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz dyrektor biura DIL

Pani **Renacie Czajce**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
członkowie Koła Lekarzy Seniorów DIL

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 6 grudnia 2015 roku zmarł, po długiej i ciężkiej chorobie,
specjalista chirurg

śp. dr hab. med. Roman Witek

w latach 1961-2000 pracował w II Katedrze i Klinice Chirurgii
Ogólnej Akademii Medycznej SPSK nr 1
przy ul. M. Skłodowskiej 66 we Wrocławiu, członek TChP i PTL,
odznaczony m.in. Medalem Komisji Edukacji Narodowej
i Złotym Krzyżem Zasługi.

Koleżanki i koledzy z Kliniki

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o odejściu na wieczny dyżur

dr. n. med. Adama Kłaka

specjalisty z zakresu chirurgii
Wyraży współczucia Rodzinie
składają
lekarze z dawnego Szpitala im. J. Babińskiego we Wrocławiu

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
że odeszła od nas nasza Koleżanka

lek. Maria Olszewska

specjalista medycyny ogólnej i medycyny pracy

Wyraży głębokiego współczucia Rodzinie
składają
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Lek. Piotrowi Olszewskiemu
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci
Mamy

lek. Marii Olszewskiej

składają
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 5 grudnia 2015 roku odeszła od nas nasza ukochana
Żona, Mama i Babcia

dr Maria Olszewska

o czym zawiadamia pogrążona w smutku Rodzina

W poczuciu nieodżałowanej straty żegnamy

dr n. med. Aline Lasotę-Czopnik

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy szczerego współczucia
lekarze z dawnego Szpitala im. J. Babińskiego we Wrocławiu

9 grudnia 2015 r., w wieku 71 lat, zmarł

lek. Ireneusz Zatoński

o czym zawiadamia
pogrążona w żałobie Rodzina

Dr. Marcelemu Łukaszewskiemu
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
koleżanki i koledzy z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii
UM i USK we Wrocławiu

Wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

dr. Adama Kłaka

Rodzinie i Bliskim Zmarłego
składają
zespół lekarzy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu



Wyrazy szczerego współczucia **lek. dent. Marii Kielbowicz**
oraz Rodzinie
z powodu śmierci
Męża

śp. Wiesława

składają
wiceprezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
lek. dent. Barbara Polek
i lekarze z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

Lek. dent. Marii Kielbowicz wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Męża

składają
lek. Włodzimierz Wiśniewski – przewodniczący Okręgowego Sądu
Lekarskiego we Wrocławiu, członkowie OSL, dr n. med. Piotr
Piszko – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej DIL,
zastępcy OROZ oraz pracownicy kancelarii OSL i OROZ

Łączymy się w bólu z naszą Koleżanką
lek. dent. Marią Kielbowicz

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
Męża

śp. Wiesława Kielbowicza

składają
przewodnicząca Koła Stomatologów w Jeleniej Górze
lek. dent. Barbara Polek
wraz z koleżankami i kolegami

Naszej Koleżance **Marysi Kielbowicz**
wyrazy głębokiego i szczerego współczucia z powodu śmierci
Męża

Wiesława Kielbowicza

składają
przyjaciele z Komisji Stomatologicznej
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

23 grudnia 2015 r. pożegnaliśmy na cmentarzu Świętej Rodziny
we Wrocławiu

dr n. med. Eleonorę Urban

specjalistę okulistyki, wieloletniego delegata
na Okręgowy Zjazd Delegatów DIL

Doktorom Józefowi i Maciejowi Urbanom

wyrazy szczerego współczucia
składają
przewodnicząca
oraz członkowie Komisji Historycznej i Kultury DRL

Naszej koleżance **lek. Joannie Sarnie-Jarosz**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
Mamy

lek. Zofii Sarny

składają lekarze z przychodni D11 MCZ Lubin

Wyrazy głębokiego współczucia
Koleżance **Marioli Sędzimirskiej**
z powodu śmierci

Mamy

składają
przyjaciele z Oddziału Immunoterapii

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie
z powodu śmierci

dr. n. med. Pawła

Kociatkiewicza

składają koleżanki i koledzy z Koła Lekarzy przy SZPL „Provita”

Pani Doktor Annie Chodorowskiej
wyrazy głębokiego i szczerego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składają lekarze z Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc
we Wrocławiu

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej Koleżanki
– wieloletniego dyrektora SZPL „Provita”
Pani Doktor

Grażyny

Sitkiewicz-Kwaskowskiej

Rodzinie i przyjaciołom składamy wyrazy współczucia
Koło Lekarzy przy SZPL „Provita”

Wyrazy szczerego współczucia dla naszej koleżanki
lek. Urszuli Paweckiej
z powodu śmierci

Ojca

składają lekarze z przychodni D11 MCZ Lubin

Wyrazy współczucia dla **dr. Łukasza Hajaca** z powodu śmierci

Mamy

składa zespół Oddziału Onkologii Klinicznej w DCO

2 stycznia 2016 r. odszedł od nas w wieku 79 lat

śp. lek. Kazimierz Kapłon

b. dyrektor Przemysłowego ZOZ-u Wrocław-Fabryczna

Żegnamy dobrego Kolegę, lekarza, organizatora służby zdrowia
Koleżanki i koledzy



Doktorowi nauk medycznych Robertowi Tarnawie
wyrazi głębokiego współczucia z powodu śmierci
Mamy

śp. Jadwigi Tarnawy

składają
kierownik i współpracownicy
z II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej
i Chirurgii Onkologicznej we Wrocławiu

Grzegorzowi Stoinskiemu
zastępcy dyrektora ds. leczenia SP ZOZ MSW we Wrocławiu
wyrazi głębokiego współczucia z powodu śmierci

Żony

składają
Dyrekcja i pracownicy SP ZOZ

Drogiej Koleżance **lek. Agnieszce Kujawowicz**
wyrazi głębokiego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają koleżanki i koledzy z Oddziału Onkologicznego
w Jeleniej Górze

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
lek. Jerzego Turzańskiego
wieloletniego dyrektora Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia
i Opieki Społecznej w Legnicy, lekarza wojewódzkiego

Wyrazi szczerego współczucia
Żonie **doktor Janinie Palecznej-Turzańskiej**
oraz
najbliższej Rodzinie
składają
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Legnicy

Dr Annie Kryzie-Ottou
wyrazi głębokiego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają
zespół II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa

Doktor Zofii Lachowicz oraz Rodzinie
wyrazi szczerego współczucia z powodu śmierci
Męża

prof. Tadeusza Lachowicza

składają
koleżanki z dawnego Szpitala im. Korczaka

24 grudnia 2015 r. zmarła

dr n. med. Mirosława Wojewódzka

o czym zawiadamia pogrążona w głębokim smutku
Rodzina

Naszej Koleżance **dr Krystynie Lechkiej-Florjańskiej**
wyrazi głębokiego współczucia i żalu z powodu śmierci

Ojca

składają Hanna i Alicja z rodzinami

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszego
Kolegi

dr. Zbigniewa Janigi

Wyrazi szczerego współczucia Synowi **dr. Wojciechowi Janidze**
i **dr Joannie Janidze** oraz Rodzinie i bliskim
składają koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Legnicy

Doktor Małgosi Djabelek-Maciaś wyrazi współczucia z powodu
śmierci

Taty

składają koleżanki i koledzy
z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu

Komunikaty

**WYNAJMĘ MIESZKANIE
PRZY UL. BOROWSKIEJ
WE WROCŁAWIU
(vis a vis KLINIKI MEDYCZNEJ,
W SPOKOJNEJ I CICHEJ
CZĘŚCI OSIEDLA OSADA).**



NOWE, NIEZAMIESZKAŁE, 3-POKOJOWE MIESZKANIE Z BALKONEM
NA I PIĘTRZE O POWIERZCHNI 50 M², ELEGANCKIE O WYSOKIM STANDARDZIE.

DO WYNAJĘCIA OD ZARAZ – OSOBIE NIEPALĄCEJ.
CENA: 2500 PLN + OPŁATY, DWUMIESIĘCZNA KAUCJA.

TEL. KONTAKTOWY 607 826 427

PODZIĘKOWANIA

Panu Profesorowi Krzysztofowi Re-
czuchowi z Oddziału Hemodynamiki
Wojskowego Szpitala Klinicznego przy
ul. R. Weigla 5 serdeczne podziękowania
za troskliwą i profesjonalną opiekę skła-
da pacjentka **Wanda Gronostajska.**



Źródło grafiki: www.flickr.com

BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30

czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

mgr Katarzyna Nazaruk – kierownik sekretariatu
tel. 71 798 80 52

inż. Magdalena Tatus – specjalista

tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr Agnieszka Szymków – specjalista

tel. 71 798 80 54

Księgowość

mgr Agnieszka Florecka – główna księgowa,
tel. 71 798 80 87

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70

mgr Joanna Mańturzyk – starsza księgowa, tel. 71 798 80 73

mgr Agnieszka Szymura – księgowa, tel. 71 798 80 72,

**Kadry, Komisja: Stomatologiczna,
Finansowa i Rewizyjna**

mgr Agnieszka Jamroz – starszy specjalista

tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy

i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru

tel. 71 798 80 55,

mgr Weronika Pawelkiewicz – starszy referent,

tel. 71 798 80 57,

mgr Magdalena Jasień – referent, tel. 71 798 80 82,

Joanna Żak – specjalista, tel. 71 798 80 60,

mgr Kamila Kaczyńska – referent, tel. 71 798 80 61

Pośrednictwo pracy

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

Konkursy

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskej

Barbara Nuckowska – starsza księgowa

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskej

BGŻ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Kasa

Elżbieta Chmiel – starszy kasjer

poniedziałek, środa, piątek 8.00-14.30

wtorek 8.00-15.30, czwartek 8.00-16.00

Komisja Kształcenia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Komisja Bioetyczna

mgr Aneta Walulik – specjalista, tel. 71 798 80 74

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu:

mec. Beata Kozyra-Lukasiak

poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62

środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bieleńska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

mgr Aleksandra Kolenda – specjalista, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – specjalista, tel. 71 798 80 76,

Grażyna Rudnicka – referent, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 79.

mgr Iwona Podoba – starszy referent

Informacja o ubezpieczeniu

Renata Czajka – specjalista, tel. 71 798 80 66,

Jolanta Kowalska-Jóźwik – referent, tel. 71 798 80 58

Składowa na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65

Informatyka

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84

Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Małgorzata Nakraszewicz

czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek

wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54

Eugenia Serba – starszy referent

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej

Dorota Radziszewska

wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Czołowska – specjalista

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00

piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa

wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica, tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆ Zatrudnię ortodontę w poradni ortodontycznej. Zgłoszenia na tel. 663 732 554 (po godz. 19.00).

◆ Nowocześnie wyposażony gabinet stomatologiczny (CBCT/OPG/RVG/CEREC/mikroskop) w Lubaniu (dolnośląskie) zatrudni młodego lekarza stomatologa – pracą pod mikroskopem, możliwości rozwoju zawodowego. CV proszę przysłać na adres: stomatologijastrzebcsy@gmail.com, tel. 888 999 984.

◆ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Malczycach zatrudni lekarza do pracy w POZ, tel. 605 424 116 lub 713 179 118.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu nawiąże współpracę z lekarzami stomatologami o specjalności: zachowawcza, ortodoncja, endodoncja, protetyka. Mile widziana specjalizacja. Gabinety w nowej lokalizacji, nowocześnie wyposażone: TK (pantomograf, cefalograf, tomograf 3D), mikroskop, radiowizjografia, nowe unity. Dodatkowo zatrudnimy asystentki i higienistki o milej aparycji i wysokiej kulturze osobistej. Tel. kontaktowy: 500 064 083, 501 785 090.

◆ Medycyna Pracy w Świdnicy zatrudni okulistę, laryngologa, neurologa dwa razy w tygodniu, tel. 604 210 228.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa. Mile widziane doświadczenie z protetyki i endodoncji mikroskopowej, tel. 691 361 364.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem ze specjalizacją z chirurgii. Pacjenci prywatni oraz w ramach kontraktu z NFZ. Dodatkowo zatrudnimy asystentki i higienistki stomatologiczne, najchętniej z doświadczeniem w wykonywaniu zawodu. Oferty CV proszę przysłać na adres e-mail: klim.e@onet.pl Kontakt tel. +48 669 402 463, po godz. 20.00.

◆ Podmiot leczniczy AMICUR – Krystyna Lechka-Floriańska i Partnerzy Lekarska Spółka Partnerska we Wrocławiu, ul. E. Orzeszkowej 55/57, 50-311 Wrocław, zatrudni lekarza specjalistę w zakresie medycyny rodzinnej lub interny w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla dorosłych. Kontakt i szczegółowe informacje pod tel.: 71 322 17 44 lub 604 912 310.

◆ Klinika Stomatologiczna Dental Med we Wrocławiu poszukuje lekarza stomatologa na pełny etat, lubiącego pracę w zgranym zespole, dbającego o dobro pacjenta, z wysoką kulturą osobistą, łatwością komunikacji. Pracę w wykwalifikowanym zespole uatrakcyjniają gabinety wyposażone w najwyższej jakości sprzęt i materiały oraz własne laboratorium protetyczne. CV proszę kierować na e-mail: j.grabon@dental-med.com.pl

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa. Niewymagana własna działalność. Dogodne godziny pracy – etat, ½ etatu, ¼ etatu, Wrocław (ul. Kamińskiego). Do przekazania pula pacjentów od zaraz, tel. 506 026 388.

◆ Zatrudnię lekarza neurologa z II stopniem specjalizacji, dermatologa, reumatologa, specjalistę medycyny rodzinnej, pielęgniarkę ze specjalizacją medycyny pracy w przychodni Pulsantis Sp. z o.o., Wrocław, ul. Ostrowskiego 3. Możliwe różne formy zatrudnienia, tel. 606 213 351.

◆ Prywatne Centrum Stomatologiczne w Lubinie zatrudni stomatologa, ortodontę, chirurga lub pedodontę. Wymagana własna działalność gospodarcza. Pacjenci prywatni. Kontakt: tel. 691 490 106, e-mail: prezes313131@gmail.com

◆ Klinika Stomatologii Estetycznej Supradent w Jeleniej Górze zatrudni lekarza stomatologa, kontakt: praca@supradent.com.pl, tel. 667 751 989.

◆ Klinika Uśmiechu w Brzegu Dolnym zatrudni lekarza stomatologa. Oferujemy pracę w doskonale wyposażonej Klinice (pantomograf, rentgen + skaner, mikroskop, the Wand, wypełnianie ciekłą gutaperką, praca na 4 ręce). Atrakcyjne wynagrodzenie. Brzeg Dolny oddalony jest od centrum Wrocławia 40-45 min. Osoby zainteresowane ofertą proszę o przesłanie CV na adres e-mail: klinika.usmiechu@gmail.com

◆ Głogów – zatrudnię stomatologa, tel. 501 77 66 65.

◆ Filia wrocławskiej Kliniki w Brzegu Dolnym podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem w zakresie stomatologii ogólnej. Usługi w ramach kontraktu z NFZ oraz prywatne. Atrakcyjne warunki zatrudnienia. Zapraszamy do przesłania CV, e-mail: stomatologia.brzegdolny@gmail.com, kom. 607 367 777.

◆ Przychodnia zatrudni lekarza stomatologa, lekarza dermatologa, ginekologa, okulistę ze specjalizacją, tel. 71 31 64 028.

◆ Prywatny Gabinet Stomatologiczny „Twój Uśmiech” (Wrocław-Krzyki) zatrudni do współpracy lekarza stomatologa. Praca w co drugi weekend (dyżur stomatologiczny) oraz w tygodniu (wtorek lub piątek po południu). Pacjenci wyłącznie prywatni. Szukamy osoby zaangażowanej w swoją pracę, z wysoką kulturą osobistą, komunikatywną i energiczną. Mile widziane szkolenia oraz kursy. Wymagana działalność gospodarcza. Więcej informacji pod numerem telefonu 503 383 403. CV można wysłać na adres e-mail: info@dentystka.wroc.pl Zapraszamy do współpracy.

◆ SPZOZ Powiatowe Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy, ul. Leśna 31, zatrudni lekarzy do pracy w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej oraz w ramach specjalistycznego transportu sanitarnego. Lekarze realizują w ramach ww. opieki również wizyty domowe, tel. 74 85 00 990.

SZUKAM PRACY

◆ Lekarz stomatolog, kończący obecnie specjalizację z ortodoncji, poszukuje gabinetu do nawiązania współpracy lub wynajmu na terenie Wrocławia i okolic (najchętniej w Trzebnicy, Oleśnicy), tel. 609 83 49 49.

INNE

◆ Do wynajęcia wyposażone gabinety lekarskie, stomatologiczny i kosmetyczny, informacje: tel. 71 357 77 31, 71 351 64 03, kom. 513 711 726.

◆ Do wynajęcia gabinety lekarskie, tel. 604 141 423, www.med-az.pl

◆ Gabinety lekarskie do wynajęcia, ul. Gliniana 32/34, Wrocław, tel. 883 293 716.

◆ Do wynajęcia nowy, wyposażony gabinet stomatologiczny w Jeleniej Górze, telefon kontaktowy: 501 298 788.

◆ Do wynajęcia wyposażony gabinet stomatologiczny we Wrocławiu (ul. Łubinowa, budynek „Spectrum”). Sprzęt Planmeca/Getinge, tel. 508 368 997, e-mail: wiatr.emilia@gmail.com

◆ Do wynajęcia gabinet w kompleksie z działającym gabinetem stomatologicznym. Okolica Politechniki Wrocławskiej, tel. 502 779 297.

◆ Wynajmę umeblowany gabinet lekarski (19 m²) w przychodni stomatologicznej w Oleśnicy. Lokal spełnia wszystkie wymogi NFZ, tel. 784 69 23 69.

◆ Sprzedam unit Topaz, lampa Faro, system ssący, atrakcyjna cena (Jelenia Góra), tel. 698 777 205.

◆ Podnajmę gabinet stomatologiczny spełniający warunki NFZ – Jelenia Góra, tel. 605 632 093.

◆ Sprzedam lub wydzierżawię klinikę stomatologiczną we Wrocławiu. 4 gabinety stomatologiczne w pełni wyposażone, pracownia RTG, pracownia protetyczna. Powierzchnia 200 m². Wysoki standard. Umowa z NFZ. Może być z częścią mieszkalną 200 m², działka 992 m², tel. 601 701 550.

◆ Wyprzedaż sprzętu rehabilitacyjnego po likwidacji przychodni rehabilitacyjnej, tel. 768 313 854, e-mail: k1kubiak@onet.pl

◆ Sprzedam czynną praktykę stomatologiczną wraz z lokalem w centrum Jeleniej Góry, tel. 603 910 905.

◆ Do wynajęcia gabinet stomatologiczny w Starej Kamienicy, tel. 601 814 664.

◆ Głogów – do wynajęcia gabinet lekarski z USG, tel. 501 77 66 65.

◆ Ginekolog (likwidacja gabinetu) sprzeda tanio mało używany aparat Cryo na podtlenek azotu, Wrocław, tel. 71 337 12 47.

◆ Sprzedam pracujące USG SDU 450 SHIMADZU – 3 głowice: brzuszna, piersiowa, waginalna. Stan idealny, wideoprinter w komplecie. Cena – 6 500 zł (do negocjacji), Wrocław, tel. 601 420 840.

◆ Do wynajęcia gabinet lekarski w Oleśnicy z przeznaczeniem na działalność medyczną przy Poradni Kardiologiczno-Stomatologicznej. Gabinet w pełni wyposażony w potrzebne meble i sprzęt, do dyspozycji przestrzeń rejestracji, pomieszczenie socjalne i duża poczekalnia. Lokal spełnia wszystkie wymogi sanepidu. Wszelkich niezbędnych informacji udzieli pod nr tel. 507 070 957.



dentalLab
estetyka | innowacyjność | precyzja

LABORATORIUM PROTETYCZNE
implantoprotetyka, prace ceramiczne,
prace kompozytowe, protezy overdenture,
uzupełnienia w technologii CAD/CAM

CENTRUM FREZOWANIA
łączniki indywidualne, belki implantologiczne,
struktury przykręcane, podbudowy

więcej informacji » 601-009-914

Laboratorium
rekomendowane przez:



dentalLab
ul. H. Kamińskiego 213/U3
51-126 Wrocław
71-329-19-20 | 601-009-914
info@dentalab-cadcam.pl
www.dentalab-cadcam.pl

Terminy dyżurów

p.o. prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.

wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30

sekretarz DRL Urszula Kanaffa-Kilijańska,
poniedziałek, 15.00-16.00

skarbnik Małgorzata Niemiec,
czwartek, 15.15-16.00

Delegatura Wrocław:
wiceprezes Małgorzata Nakraszewicz,
czwartek, 14.00-15.00

Delegatura Jelenia Góra:
wiceprezes Barbara Polek,
wtorek, 10.00-11.00

Delegatura Legnica:
wiceprezes Ryszard Kępa,
wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych:
wiceprezes Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko,
czwartek, 14.00-17.00

przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Włodzimierz Wiśniewski, piątek, 11.00-13.00

Prywatne Centrum Stomatologiczne w Legnicy
podejmię współpracę z lekarzami stomatologami
(minimum 2 lata doświadczenia).

Zapewniamy:
– pracę na 4 ręce,
– duże możliwości rozwoju zawodowego,
– atrakcyjne warunki płacowe.

Kontakt:
tel. recepcja: 512 675 751,
e-mail: centrum.stomatologiczne.recepcja@onet.pl

Spółka posiadająca w Kędzierzynie-Koźlu
nowy obiekt medyczny z przychodnią
i blokiem operacyjnym
szuka
**operatywnych partnerów
lub inwestorów do
rozwiązania działalności.**
Możliwy również wynajem
lub inne opcje.

**Kontakt: 790 400 547,
e-mail: a.kochanski@agricola.pl**

Wojewódzki Specjalistyczny
Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi
w Opolu zatrudni lekarzy specjalistów
lub lekarzy chcących podjąć specjalizację
w następujących dziedzinach medycyny:

- neurologia,
- neurologia dziecięca,
- pediatria,
- psychiatria,
- psychiatria dzieci i młodzieży.

Tel. 77 54 14 243



ZAPROSZENIE

**Dolnośląska Izba Lekarska zaprasza
LEKARZY i ich rodziny na bezpłatne
Warsztaty Squasha w Centrum
Sportowym Hasta La Vista we Wrocławiu.**

Termin: 19.03.16 i 02.04.16

Godziny: Zapisy:
11⁰⁰-12³⁰ ☎ 792 488 076
12⁰⁰-13³⁰ ✉ b.jaworowska@hastalavista.pl
13⁰⁰-14³⁰

**Wrocław, Góralska 5
www.hastalavista.pl**

**Na warsztatach poznacie Państwo zasady i strategię gry
w squasha, nauczycie się podstawowych uderzeń raketką
oraz będziecie mogli rozegrać pierwszy mecz.**





XC90 JUŻ OD 2154 ZŁ NETTO/M-C



XC60 JUŻ OD 1313 ZŁ NETTO/M-C



V40 JUŻ OD 1007 ZŁ NETTO/M-C

REVOLVOER



TRAFNY WYBÓR

www.volvocars.pl

Oferta jest adresowana do przedsiębiorców. Podana rata leasingowa jest przykładowa. Szczegóły oferty dostępne na volvoeasylease.pl.
W zależności od wersji silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 3,5 do 8,4 l/100 km, emisja CO₂ od 91 do 197 g/km.
Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na: www.volvocars.pl

INTER-CAR BIELANY
Autoryzowany Dealer Volvo

ul. Wrocławska 1
Bielany Wrocławskie

T: (71) 722 10 10
www.intercar.dealervolvo.pl