



Nr 12/2015-1/2016 (305-306) grudzień 2015-styczeń 2016

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

LEKARZ NA SWOIM.
ABC przedsiębiorczości s. 4-17

SPEKTAKULARNY ŚWIAT LEXUSA



DOSTĘPNY JUŻ OD

89 900 PLN

Zapraszamy do salonu:
Lexus Wrocław
ul. Legnicka 164
tel. 71 359 85 85
lexus-wroclaw.pl

LEASING SMARTPLAN

od **890** netto zł/mc 10%*

od **448** netto zł/mc 30%*

PODWÓJNA MOC HYBRYDY

 **LEXUS**
creating amazing

* Wysokość wpłaty wstępnej.

Ceny oraz raty specjalnie obowiązują od 10.11.2015 r. do wyczerpania zapasów. Podana cena oraz raty nie dotyczą modelu przedstawionego na zdjęciu. Oferta wyprzedazowa dotyczy wybranych modeli. Szczegóły u autoryzowanych dilerów Lexusa. Model na zdjęciu: Lexus GSF - zużycie paliwa oraz emisja CO₂ w cyklu mieszanym odpowiednio: 11,2 l/100 km oraz 260 g/km. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl.

SPIS TREŚCI

LEKARZ NA SWOIM

- » Profesjonalizm w praktyce współczesnego lekarza 4
- » Dotacje w służbie przedsiębiorczości 8
- » Lekarz jako menadżer 10
- » Wykorzystanie strony internetowej dla budowania wizerunku lekarza 13
- » Jak skutecznie chronić dane osobowe pacjenta? 16

WYWIAD „MEDIUM”

- » Rozmowa z ministrem zdrowia
Konstantym Radziwiłłem 18

W NOWYM ROKU

- » Nowe ogólne warunki wykonywania umów
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 22
- » Elektroniczne zwolnienia lekarskie
już od stycznia 2016 r. 26

NASI STOMATOLODZY

- » IX Wrocławskie Dni Promocji Zdrowia 28
- » „Nowe wyzwania w opiece nad kobietą,
matką i dzieckiem” 29
- » Kongres FDI w Poznaniu – dołączamy do elity
Kardiologia jest sztuką 30 32

Niski poziom innowacyjności

to główny problem polskiej okulistyki 35

Z DELEGATURY WAŁBRZYSKIEJ DIL

- » Podsumowanie 2015 roku 38

WYDARZYŁO SIĘ

- » Benefis 40-lecia pracy zawodowej
prof. Alicji Chybickiej 39

POLITYKA

- » Komentarz powyborczy
– Jestem za, a nawet przeciw 40
- Prawo na co dzień 42
- Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu 44
- Uchwały Prezydium DRL i DRL 45
- Konferencje i szkolenia 46
- Konferencje i szkolenia stomatologiczne 48
- Obcy język polski 50
- Felietony 51

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE

- » Lek. Janina Rybusińska-Lebuda 52
- Pro memoria 53
- Ogłoszenia i komunikaty 55
- Ogłoszenia drobne 58

**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

Na okładce Aleksandra Kolenda (fot. M.J.),

źródło tła grafiki wykorzystanej na okładce: www.pixabay.com

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 adiacji tekstów, opracowania redakcyjnego
oraz zmian w tytułach.**

Numer zamknięto 9 grudnia 2015 r.

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

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum „Medium”

Tym razem całość tej rubryki musi zająć najaktualniejszy i najważniejszy temat ostatnich tygodni: ogłoszony przez nowego ministra zdrowia, wieloletniego prezesa i jeszcze do momentu wyboru na rządową posadę, sekretarza, a nadal członka Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie, Konstantego Radziwiłła, plan działań resortu ochrony zdrowia. To dobry znak, że minister niemal pierwsze kroki skierował właśnie do siedziby najwyższej lekarskiej władzy i wziął udział w posiedzeniu NRL. Tuż przed spotkaniem Kapituła najwyższego korporacyjnego odznaczenia „Meritus Pro Medicis” przyznała to wyróżnienie między innymi właśnie jemu.

Spotkanie przebiegło w bardzo przyjaznej atmosferze nie tylko ze wspomnianego wyżej powodu, ale też dlatego, że Konstanty Radziwiłł już na wstępie zaznaczył, że nie ma zamiaru powtarzać informacji przekazanych wcześniej publicznie na konferencji prasowej, lecz odniesie się do treści apelu NRL do ministra zdrowia w sprawie kierunków zmian systemu opieki zdrowotnej, zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz kształcenia przed i podyplomowego w tych zawodach z 4 grudnia 2015 r., czyli z dnia, w którym się spotkaliśmy! Tak błyskawicznej reakcji na apel jakiegokolwiek środowiska nie odnotowano z pewnością nigdy w historii. Powstał on z postulatów zbieranych korespondencyjnie tuż przed Radą, więc nowy minister, jako jej członek, miał do niego niemal natychmiastowy dostęp, ale i tak należy docenić fakt, że mimo gorączki związanej z obejmowaniem resortu znalazł czas na szczegółowe zapoznanie się z opiniami środowiska.

I tak, zgodnie z naszymi oczekiwaniami powróci staż podyplomowy. Obejmie on zarówno nowe jak i stare roczniki. Jednocześnie minister zapowiedział zwiększenie o 15-20 proc. limitów przyjęć na kierunki lekarsko-dentystyczne. Zwiększona ma być także dostępność do specjalizacji finansowanych ze środków publicznych: podmioty publiczne zostaną ustawowo zobligowane do tworzenia miejsc specjalizacyjnych zgodnie z zapotrzebowaniem, choć minister zwrócił uwagę, że według niego mamy stanowczo za dużo specjalizacji i należy dążyć do ograniczenia ich liczby, natomiast część kompetencji należy zastąpić umiejętnościami. Jednocześnie poparł pomysł przejścia kształcenia specjalizacyjnego przez samorząd lekarski, oczywiście wraz ze środkami publicznymi, które dziś państwo przeznacza na ten cel. Nowy minister wyraźnie zmierza do zwiększenia kompetencji samorządu; chciałby, aby właśnie przy Izbie powstał ośrodek dobrych praktyk, który zajęłby się tworzeniem i ustalaniem standardów medycznych. Zapowiedział także korzystne dla nas zmiany w zasadach rozliczania zwrotu poniesionych przez samorząd kosztów za zadania przejęte od administracji państwowej. Zmiany dotkną także obowiązujący dziś system punktów edukacyjnych: zniesione mają być limity przyznawane za poszczególne formy samokształcenia.

Szykuje się mała rewolucja, jeśli chodzi o finansowanie usług medycznych. Minister zapowiedział odejście od kontraktowania procedur na rzecz zakupu pakietów usług, a w niektórych dziedzinach, jak np. w psychiatrii, nastąpi powrót do klasycznego budżetowania usług. Oczywiście zamawiającym i kupującym usługi ma być wojewoda – na omówienie szczegółów systemu było jednak jeszcze za wcześnie. Wszystko wskazuje jednak na to, że nowe kontraktowanie usług zostanie przesunięte o rok, więc świadczeniodawcy muszą przygotować się na kolejne aneksowanie.

Minister zapowiedział także liczne korekty „pakietu onkologicznego”, między innymi likwidację bądź znaczne uproszczenie kart DiLO, i oczywiście wiele zmian w ustawie refundacyjnej.

Niestety, według mnie, w tej beczce miodu znalazła się łyżka dziegciu: pieniądze, a raczej ich brak. Z zapowiedzi ministra wynika, że dodatkowych środków będzie szukał głównie dzięki przesuwaniu części kosztów związanych z ochroną zdrowia bezpośrednio na... budżet państwa, liczy także na oszczędności wynikające z usprawnienia i uproszczenia systemu. Dodatkowymi ubezpieczeniami resort nie będzie się zajmował, bo to nie zadanie Ministerstwa Zdrowia.

Obyśmy nie zbudowali mercedesa, do którego zabraknie paliwa.



Dr hab. Agnieszka Bukowska-Piastryńska
 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.

Fot. z archiwum autorki



Źródło grafiki: <http://www.freeimages.com/photos/sale-2-1232740/roland-maier> – obraz modyfikowany

Tekst Agnieszka Bukowska-Piastryńska

PROFESJONALIZM

W PRAKTYCE WSPÓŁCZESNEGO LEKARZA

Wprowadzenie

Nauki społeczne przez wiele lat stały na stanowisku, że profesje powstają, by zaspokajać określone potrzeby zbiorowości, gwarantować wysoki standard usług (paradygmat funkcjonalistyczny). Stąd profesjonalizm określa wysoki standard wykonania danej czynności. Jednak dziś coraz częściej przyjmuje się, że profesjonalizacja to proces, w którym określone grupy społeczne/zawodowe zdobywają kontrolę nad procesem pracy (paradygmat interpretatywistyczny), a co za tym idzie, że jest to proces pozyskiwania władzy społecznej. I podążając tym tropem, można zauważyć, że współczesny lekarz to nie tylko osoba zajmująca się profesją medyczną, ale również osoba, która dzięki szerokiej wiedzy oraz praktyce osiąga sprawność i skuteczność w działaniu¹. Funkcjonowanie w warunkach rynkowych niesie konieczność uwzględniania reguł rynku (m.in. rachunku ekonomicznego, zaspokajania potrzeb nabywców). Z tego względu w pracy lekarza (szczególnie praktykującego prywatnie) dwie płaszczyzny funkcjonowania są istotne dla sprawności i skuteczności działania:

- *stricte* medyczna, gwarantująca wysoki standard świadczeń, którą autorka przyjmuje jako istniejącą w każdym gabinecie, dlatego nie będzie ona przedmiotem zainteresowania niniejszego artykułu;
- pozamedyczna, która odnosi się do społecznego i biznesowego obszaru praktyki/gabinetu/kliniki, wpływając również na sferę medyczną (np. poprzez możliwość/brak możliwości kupna nowoczesnego sprzętu).

Celem artykułu jest spojrzenie na lekarza jako rynkowego profesjonalistę, który stosując się do zasad *stricte* medycznych (przyjęto, że ten warunek jest spełniony), jest świadomym uczestnikiem rynku, zdolnym do samodzielnego i wydajnego działania, dążącym do osiągnięcia zaplanowanych rezultatów.

Dziś osoba odpowiedzialna za funkcjonowanie podmiotu leczniczego (rozumianego jako podmiot, który wykonuje świadczenia medyczne – tak gabinet stomatologiczny, jak i przychodnia wielospecjalistyczna czy szpital) powinna dysponować wiedzą z zakresu ekonomii, finansów, zarządzania i marketingu oraz prawa, gdyż ma do spełnienia w podmiocie szereg różnorodnych zadań zarządczych, m.in.:²

- ustala (wybiera właściwe) cele i określa czynniki warunkujące osiągnięcie tych celów, a także przekazuje informacje o nich współpracownikom;
- organizuje pracę i – często również – strukturę podmiotu, dobiera ludzi do zadań, które trzeba wykonać;
- motywuje i informuje pracowników – to do niej należy stworzenie (od podstaw lub modyfikacja dotychczasowego) zespołu, wdrażanie polityki awansów (np. poziomych), określenie i przestrzeganie reguł wynikających z systemu bodźców (nagród i kar), mających ukierunkować pracowników na efektywną pracę;
- dokonuje pomiaru, tj. na podstawie ustalonych sposobów oceny pracy analizuje efektywność pracowników, a następnie informuje o wynikach swoich analiz;
- rozwija ludzi – to od jej kompetencji i postawy zależy, czy pra-

cownicy będą rozwijali się zawodowo, czy znaczenie ich rozwoju będzie marginalizowane; postawa przełożonego wpływa również na postawy społeczne pracowników w relacjach z innymi (zarówno współpracownikami, jak i nabywcami usług).

Archetypowe role lekarza

Problematyka ekonomicznych ról pełnionych przez lekarzy w podmiotach medycznych nie jest nowa, np. już w latach 80. XX w. T. Brzeziński pisał, że „lekarz współczesny powinien czuć się odpowiedzialny za całokształt działania zespołu, w którym pracuje, za jego stronę organizacyjną czy czynności lecznicze lekarza, za pracę pielęgnacyjną pielęgniarki, za kulturę bycia rejestratorki i sumiennosc salowej [lekarz jako przełożony – przypis A.B.-P.] – wszystko to bowiem składa się na środowisko, w którym przebywa chory i wszystko ma bezpośredni wpływ na wyniki postępowania leczniczego”³; dzisiaj powiedzielibyśmy na jakość obsługi, jakość relacji pacjent – personel podmiotu medycznego, satysfakcję pacjenta z kontaktu z usługodawcą. Dziś w literaturze można znaleźć wiele pozycji traktujących o zarządczych, marketingowych czy przywódczych rolach lekarzy.

Do pokazania archetypów ról zarządczych: przedsiębiorcy, menadżera i lidera zostanie wykorzystana typologia ról, którą zaproponował G. Bełz⁴ – w koncepcji triumwiratu ról założył, że w każdej organizacji procesy zarządcze realizowane są poprzez trzy współistniejące role: przedsiębiorczą, przywódczą i menadżerską (administracyjną). Każda rola jest odmiennym profilem działań zarządczych, koncentrującym się na innych zadaniach kluczowych dla przetrwania, funkcjonowania i rozwoju podmiotu rynkowego, co obrazuje tabela nr 1. Przedsiębiorca, parafrazując A. Mayo i N. Nohrię, zakłada nowy podmiot, menadżer rozwija i optymalizuje go, a lider transformuje w krytycznych momentach.

Realizacja zadań przedstawionych w tabeli staje się wyzwaniem dla lekarza, który chce być profesjonalistą w obszarze biznesowego funkcjonowania podmiotu medycznego. Wyzwaniem, które lekarz musi podjąć dla rentownego działania podmiotu w długim okresie.

Lekarz jako przedsiębiorca

Na lekarza zakładającego podmiot leczniczy/otwierającego własny gabinet można spojrzeć jak na przedsiębiorcę⁵, jak na osobę, która – obok chęci osiągnięcia korzyści ekonomicznych – dąży do realizacji osobistych celów (płaszczyzna behawioralna obejmuje chęć osiągnięcia sukcesów i satysfakcji z pracy, niezależności, rozwoju zawodowego oraz wyznawany przez lekarza system wartości). Jak twierdzą D. Ucbasaran, M. Wright i P. Westhead, z punktu widzenia zasobowej perspektywy przedsiębiorczości lekarz jest kluczowym zasobem gabinetu jako przedsiębiorstwa zarobkującego, ze względu na fakt podejmowania przez niego rozstrzygających decyzji co do funkcjonowania podmiotu na rynku. Jego pomysły i intencje, dodaje B. Bird, formułują sposób działania podmiotu opieki zdrowotnej i są czynnikiem rozwoju gabinetu jako przedsięwzięcia biznesowego. Jego osobista otwartość na rynek (np. rozwiązania stosowane przez inne podmioty, zmieniające się oczekiwania pacjentów itp.), chęć uczenia się czy skłonność do podejmowania ryzyka będą wpływały na pozycję rynkową podmiotu. Dlatego lekarz – właściciel gabinetu /przychodni powinien być czujnym obserwatorem zmian zachodzących wewnątrz i na zewnątrz podmiotu, by wykorzystywać pojawiające się szanse (z uwzględnieniem ryzyka związanego z możliwością osiągnięcia ponadprzeciętnych zysków) i skutecznie niwelować zagrożenia. Owa czujność powinna towarzyszyć mu nieustannie, jako uczestnikowi rynku, któremu zależy na tym, by jego podmiot działał w długim okresie.

Jego prorynkowa aktywność przejawia się również w sposo-

Tabela nr 1. Kluczowe zadania i kryteria diagnostyczne ról triumwiratu wg G. Bełza

ROLA	ZADANIA	PRZYKŁADOWE KRYTERIA
Przedsiębiorca	<ul style="list-style-type: none"> – poszukiwanie i promowanie zyskowych okazji, – redefiniowanie domeny działania i modelu biznesowego, – wprowadzanie innowacji 	<ul style="list-style-type: none"> – tempo reakcji na przeobrażenia w domenach działania przedsiębiorstwa, – asymilacja nowych technologii w branży, – rentowność względem oczekiwań właściciela/li, – rentowność względem średniej w sektorze
Przywódcza	<ul style="list-style-type: none"> – integrowanie członków organizacji wokół wizji i misji przedsiębiorstwa, – inspirowanie i angażowanie członków organizacji, – zmiana przekonań i postaw członków organizacji 	<ul style="list-style-type: none"> – zdolność intelektualnej oraz społecznej implementacji niezbędnych zmian w obszarze domeny i modelu biznesowego, – zdolność intelektualnej oraz behawioralnej adaptacji ludzi do zmian, – skala redukcji zatrudnienia
Administracyjna	<ul style="list-style-type: none"> – ekonomiczna optymalizacja modelu biznesowego, – instytucjonalizacja i standaryzacja organizacji, – kontrola efektów i stymulowanie zachowań ludzi 	<ul style="list-style-type: none"> – przeciążenie decyzyjne kierowników poszczególnych szczebli, – dynamika zmian w ocenie jakości produktów, – stopień realizacji planów

” —————
Warto podkreślić, że warunkiem *sine qua non* tworzenia relacji partnerskich z pacjentami jest partnerstwo wewnętrzne w podmiocie medycznym, a więc postawa lekarza w stosunkach z podwładnymi. Osiągnięte jest ono m.in. dzięki: stworzeniu klimatu zaufania i budowaniu więzi organizacji z pracownikami, zapewnieniu sprawnego przepływu informacji między pracodawcą a pracownikami, wspólnym ustalaniu zadań do wykonania, informowaniu o osobistej odpowiedzialności pracowników za wykonywaną pracę, stosowaniu przez kadrę zarządzającą odpowiednich form zachowań względem pracowników, informowaniu o celach i strategii firmy, gotowości do natychmiastowego rozwiązywania pojawiających się konfliktów, zastosowaniu właściwych bodźców motywacyjnych.

“



bie bycia usługodawcą – czy traktuje przychodzącego pacjenta, jak „przypadek medyczny” (skupianie się tylko na aspekcie medycznym wizyty); czy też dostrzega w nim nabywcę, dla którego oprócz *stricto* medycznych aspektów (wyzdrowienie, profilaktyka itp.) ważne są również inne aspekty funkcjonowania gabinetu (np. długość czasu oczekiwania na wizytę, komunikatywność personelu, możliwość umówienia wizyty przez Internet itp.); a tym samym traktowanie pacjenta w holistyczny sposób. Lekarz w roli usługodawcy może wykorzystywać możliwości, jakie daje marketing relacji, który dzięki dostarczaniu nabywcy oczekiwanych przez niego wartości pozwala na tworzenie, utrzymywanie i rozszerzanie relacji z nim (z zyskiem dla podmiotu rynkowego). Warto w tym miejscu podkreślić, że warunkiem *sine qua non* tworzenia relacji partnerskich z pacjentami jest partnerstwo wewnętrzne w podmiocie medycznym, a więc postawa lekarza w stosunkach z podwładnymi. Osiągane jest ono m.in. dzięki: stworzeniu klimatu zaufania i budowaniu więzi organizacji z pracownikami, zapewnieniu sprawnego przepływu informacji między pracodawcą a pracownikami, wspólnym ustalaniu zadań do wykonania,

”

Warto zaznaczyć, że współczesny przełożony nie powinien skupiać się na roli kierownika (odwołującego się do władzy prawomocnej i wykorzystującego sankcje organizacyjne do oddziaływania na podwładnych, np. koncentrowanie się głównie na kontrolowaniu podwładnych), ale przywódcy – „osoby, która wywiera wpływ na zachowania ludzi bez konieczności użycia siły i jest akceptowana w tej roli przez innych”.

“

informowaniu o osobistej odpowiedzialności pracowników za wykonywaną pracę, stosowaniu przez kadrę zarządzającą odpowiednich form zachowań względem pracowników, informowaniu o celach i strategii firmy, gotowości do natychmiastowego rozwiązywania pojawiających się konfliktów, zastosowaniu właściwych bodźców motywacyjnych⁶.

Lekarz, podejmując się wykonywania zawodu we własnym gabinecie, staje się przedsiębiorcą i w trakcie prowadzonej działalności nie przestaje nim być (a dodatkowo zaczyna pełnić inne funkcje). Poszukuje on rozstrzygnięć na wielu płaszczyznach funkcjonowania placówki, dążąc do zaspokojenia potrzeb pacjentów i osiągnięcia osobistej satysfakcji oraz korzyści ekonomicznej.

Lekarz jako menadżer

Lekarz, będący właścicielem podmiotu leczniczego – najczęściej nie jest dyplomowanym specjalistą ds. zarządzania, nie jest profesjonalistą trudniącym się zawodowo zarządzaniem gabinetem. Jednak biorąc pod uwagę fakt, że jako właściciel gabinetu staje się niejako automatycznie upoważniony do zarządzania jego działalnością, to można określić go mianem menadżera. Przyjmując za ojcem współczesnego zarządzania – P.F. Druckerem że „menadżer działa, podejmując decyzje”; a także: „zarządzanie jest zawsze procesem podejmowania decyzji”⁷, można powiedzieć, że lekarz jest menadżerem w swoim gabinecie/podmiocie leczniczym. Z tego względu powinien korzystać z możliwości, jakie daje zarządzanie strategiczne, np.⁸: analiza otoczenia dalszego i otoczenia ochrony

zdrowia oraz analiza konkurentów, analiza otoczenia wewnętrznego i przewaga konkurencyjna, stworzenia strategii kierunkowej i budowanie alternatyw strategicznych, komunikowanie strategii i rozwijanie planów działań. Odpowiadać na pytania indukowane przez orientację marketingową, np.⁹: komu będzie oferowana usługa gabinetu? (np. pacjentom prywatnym vs pacjentom, za których płaci NFZ); jakie są determinanty konsumpcji usług opieki zdrowotnej?; w jaki sposób nabywcy opieki zdrowotnej dokonują wyborów?; za jaką cenę oferują usługi?; jakie działania umożliwiają pozyskanie nowych nabywców? (np. konkurencyjne ceny, poziom obsługi pacjentów, kwalifikacje personelu); jakie kanały dystrybucji zastosować w gabinecie/klinice/szpitalu?; z jakich elementów będzie się składała zintegrowana komunikacja marketingowa podmiotu medycznego?

Pionierzy nauk o zarządzaniu, R. A. Gordon. i J. E. Howell, za czynnik sprawczy efektywności organizacji uważali umiejętności menadżerskie, do których zaliczyli: rozwiązywanie problemów (podejmowanie decyzji, analiza, ocena); umiejętności w zakresie aspektów organizacyjnych (przepływy informacji, podział pracy, planowanie, delegowanie, koordynacja); intrapersonalne (silna motywacja osobista); komunikacyjne (komunikacja werbalna i niewerbalna, słowna i liczbowa, formułowanie myśli, transmitowanie/utrzymywanie/interpretowanie jakościowych i ilościowych informacji i danych).

Katalog ten był (i nadal jest) uzupełniany przez kolejnych autorów, ale nie ulega wątpliwości, że wymienione umiejętności stanowią *minimum minimorum* wymagań stawianych współczesnemu menadżerowi, dlatego dbałość o nabycie/doskonalenie tych umiejętności powinna stanowić krok w rozwoju zawodowym lekarza – krok w kierunku rynkowego profesjonalizmu.

Lekarz jako przełożony

Na lekarzach, kierujących pracą zespołu, ciąży nie tylko obowiązek tworzenia odpowiednich warunków pracy, ale również dbałość o stosunki międzyludzkie. Kierowanie zespołem medycznym wymaga przede wszystkim znajomości możliwości zespołu i odpowiedniej alokacji umiejętności wszystkich jego członków, tak aby stworzyć efekt synergii. Jakikolwiek błąd w doborze członków zespołu może owocować konfliktami i odbijać się na relacjach z pacjentami.¹⁰ Ponadto lekarz powinien przekazywać współpracownikom wiedzę i doświadczenie – dbać o ich jak najlepsze wyszkolenie zawodowe, a także o wysoki poziom etyczny (tak na płaszczyźnie medycznej, jak i biznesowej). Taka wzorowa (i wzorcowa) postawa przełożonego przyczynia się, jak twierdzą B. R. Kuc i J. M. Moczyłowska, do tworzenia spójnego zespołu i pozwala na osiągnięcie następujących korzyści: ożywiona i oparta na zaufaniu komunikacja wewnętrzna; przyjazne nastawienie członków zespołu względem siebie zaowocuje większą gotowością do współpracy; zwiększenie wpływu – spójnej – grupy na zachowanie jej członków, idące w parze z większym zakresem samokontroli członków grupy; zwiększenie skuteczności osiągania zamierzonych celów; zwiększenie satysfakcji z wykonywanej pracy (członkowie spójnych grup deklarują wyższy poziom satysfakcji związanej z udziałem w grupie).

Warto zaznaczyć, że współczesny przełożony nie powinien skupiać się na roli kierownika (odwołującego się do władzy prawomocnej i wykorzystującego sankcje organizacyjne do oddziaływania na podwładnych, np. koncentrowanie się głównie na kontrolowaniu podwładnych), ale przywódcy – „osoby, która wywiera wpływ na zachowania ludzi bez konieczności użycia siły i jest akceptowana w tej roli przez innych”¹¹. Ten wpływ, jak podkreśla M. Hirszowicz, zasadza się na działaniu następujących mechanizmów: kierowany uznaje władzę i doświadczenie

„przywódcy”, którego opiniom i poleceniom ufa; kierowany czuje się zobowiązany wobec „przywódcy” na skutek tego, że tamten zaspokaja pewne jego oczekiwania i potrzeby; kierowany odczuwa żywą sympatię i podziw dla „przywódcy” i stara się zdobyć jego szacunek, przychyłość i dać wyraz własnej życzliwości i lojalności.

Psychologia zarządzania do najważniejszych uwarunkowań zachowań przywódcy – uwarunkowań decydujących o jego efektywności – zalicza¹²: predyspozycje osobowościowe, temperament, zdolności intelektualne, inteligencję emocjonalną, umiejętność radzenia sobie ze stresem. Czynniki te w znacznej mierze determinują potencjał ludzki w jego aspekcie jakościowym (tj. w sferze kompetencji, umiejętności i motywacji wewnętrznej¹³) i pozwalają na określenie cech szczegółowych dobrych przywódców. I ponownie katalog wymienionych cech może stać się punktem odniesienia dla lekarza, który dąży do biznesowego profesjonalizmu (tabela nr 2).

Podsumowanie

Współczesny lekarz to nie tylko medyk, który w swoim działaniu kieruje się zasadą *salus aegroti suprema lex*, z której pochodzą wszystkie normy szczegółowe etyki zawodowej lekarza, wpływające na jego codzienne działania. To również osoba, która przy podejmowaniu decyzji kieruje się rachunkiem ekonomicznym. I znalezienie wspólnej płaszczyzny dla tych dwóch podejść – medycznego i biznesowego – staje się wyzwaniem dla lekarzy, by mogli stać się profesjonalistami przez duże „P” – posiadającymi wiedzę i szerokie kompetencje; szybko, sprawnie i skutecznie działającymi; rzetelnymi i uczciwymi w podejściu do klienta¹⁴. Literatura z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia przedstawia szczegółową – i dość wymagającą – charakterystykę pozamedycznych cech opisujących dobrego lekarza XXI w.¹⁵:

- cieszy się wśród pracowników powszechnym zaufaniem oraz akceptacją swojego osobistego systemu wartości i wizji rozwoju podmiotu opieki zdrowotnej;
- potrafi wyprowadzić podmiot z trudnej sytuacji finansowej przez zwiększenie jego produktywności i wprowadzanie innowacji;
- jest wrażliwy na cierpienie chorych i cieszy się ich autorytetem;
- kieruje się kodeksem etycznym, regulującym wzajemne stosunki z klientami;
- identyfikuje szanse i zagrożenia płynące z otoczenia podmiotu oraz formułuje nowe zasady działania podmiotu (uwzględniając jego moce i słabe strony);
- posiada dość szczegółową wiedzę (i stale ją uzupełnia) w zakresie różnych „pozamedycznych” dziedzin związanych z funkcjonowaniem placówki ochrony zdrowia;
- potrafi przeprowadzić ważne dla placówki projekty przez szczeble strategiczne, naukowe, finansowe i polityczne.

Konkludując, można powiedzieć, że funkcjonowanie współczesnych podmiotów medycznych oparte jest na ich rynkowej sile wynikającej tak z zasobów *stricte* medycznych (wiedza i kwalifikacje pracowników, posiadany sprzęt), jak i niemiedycznych (m.in. empatia pracowników, sposób komunikowania się z pacjentami, umiejętności zarządcze władz placówki zdrowotnej, organizacja pracy, stosowane działania z zakresu marketingu, renoma podmiotu itp.), dlatego współczesny lekarz, odpowiadający za rynkowe funkcjonowanie gabinetu/przychodni powinien starać się łączyć – na najwyższym poziomie – te dwa obszary, by skutecznie radzić sobie w zmiennych warunkach.

Wersja artykułu zawierająca pełen spis literatury dostępna na stronie: medium.dilnet.wroc.pl

Tabela nr 2. Cechy dobrych przywódców

CECHA GŁÓWNA	CECHY SZCZEGÓŁOWE
Zdolność tworzenia wizji	<ul style="list-style-type: none"> – przywódcy tworzą wizję tego, co jest pożądane; – przywódcy wyrażają wizję i przekazują ją innym, budują dla niej silne poparcie; – zapewniają plan, który umożliwi wdrożenie wizji; – rozumieją swoją rolę
Zdolność działania z poszanowaniem wartości	<ul style="list-style-type: none"> – działania przywódców powinno być oparte na zestawie wartości; – przywódcy budują kulturę organizacyjną, która wyraża ich wartości; – przywódcy modelują zachowania, jakich oczekują; – przywództwo to służba na rzecz realizacji celów organizacji, idei wyższego dobra
Zdolność widzenia perspektywicznego	<ul style="list-style-type: none"> – przywódcy mają perspektywę, rozumieją świat wokół nich – jego wpływ i szanse, jakie ze sobą niesie; – przywódcy znają potrzeby i punkt widzenia członków organizacji; – przywódcy działają przez innych członków organizacji, wzmacniając powiązania, aby osiągnąć cele organizacji, – przywódcy podejmują krótkoterminowe działania w kontekście długoterminowym; – przywódcy potrafią funkcjonować w warunkach nieokreśloności
Zdolność rozwijania potencjału ludzkiego	<ul style="list-style-type: none"> – kluczową rolą przywódcy jest rozwój potencjału ludzkiego; – dzięki rozwijaniu innych przywódcy są w stanie realizować cele organizacji; – przywódcy wierzą, że każda osoba może się przyczynić do realizacji celów dzięki specyficznym pomysłom, doświadczeniu, talentom; – przywódcy poszukują sposobów łączenia zadań z umiejętnościami, potencjałem, zainteresowaniami; – przywództwo nie oznacza obejmowania pewnej pozycji w organizacji, przywódcą może być każdy w danej sytuacji
Zdolność do wykorzystywania krytyki w dalszej działalności	<ul style="list-style-type: none"> – przywódcy są otwarci na krytykę, szukają możliwości nieustannego doskonalenia

Źródło: Frąckiewicz-Wronka A., Austen-Tynda A. (red.), *Przywództwo w ochronie zdrowia. Idee i instrumenty*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa 2009, s. 205.

Przypisy:

1. Bobrowski F., Słownik łacińsko-polski, t. II, Wilno 1910, s. 928, za: Bohdanowicz L., *Profesjonalizm w funkcjonowaniu rad nadzorczych spółek akcyjnych*, Wyd. UŁ, Łódź 2009, s. 46.
2. Wajda A., *Podstawy nauki o zarządzaniu organizacjami*, Difin, Warszawa 2003, s. 77 i nast.
3. Brzeziński T., *Tradycyjne zasady deontologii lekarskiej*, w: Kielanowski T. (red.), *Etyka i deontologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1985, s. 44 i nast.
4. Betz G., *Triumwirat ról w procesach odnowy i rozwoju przedsiębiorstw*, w: Przybyła M., *Nauki o zarządzaniu 4. Zarządzanie w teorii*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 137, Wyd. UE, Wrocław 2010, s. 219.
5. Lekarz jest przedsiębiorcą w świetle art. 43 Kodeksu cywilnego (Ustawa Kodeks cywilny z dnia 23.04.1964 r., Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.), a także art. 4, ust. 2 Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 r. (Dz. U. nr 173, poz. 1807 z późn. zm.).
6. Biesaga-Słomczewska E.J., Iwińska-Knop K., *Kompetencje w tworzeniu więzi partnerskich w konkurencyjnym otoczeniu*, w: Juchniewicz M. (red.), *Czynniki i źródła przewagi konkurencyjnej*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Olsztyn 2009, s. 297.
7. Drucker P.F., *Praktyka zarządzania*, Warszawa-Kraków, 1998, s. 376.
8. Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M., *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, LEX Grupa Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
9. Kotler Ph., Shalowitz J., Stevens R.J., *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011.
10. Golinowska S., *Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania*, „Polityka Społeczna”, 2008 nr 7, s. 2 i nast.
11. Austen-Tynda A., Kozłowski R., Burda-Świerk K., *Istota i znaczenie przywództwa dla kształtowania konkurencyjności jednostki ochrony zdrowia*, w: Frąckiewicz-Wronka A., Austen-Tynda A. (red.), *Przywództwo w ochronie zdrowia. Idee i instrumenty*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa 2009, s. 17.
12. Sowińska A., *Psychologiczne uwarunkowania skutecznego przywództwa*, w: Frąckiewicz-Wronka A., Austen-Tynda A. (red.), *Przywództwo w ochronie ...* op. cit., s. 142.
13. Ibidem s. 144.
14. Oleksyn T., *Zarządzanie kompetencjami*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 94
15. Pot. Durlik M., *Zarządzanie procesami leczenia w opiece zdrowotnej*, w: Trocki M., *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Warszawa 2002.



DOTACJE W SŁUŻBIE PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

Rozpoczęła się dystrybucja środków unijnych z nowej perspektywy finansowej. Jak wiadomo, Polska jest w tym rozdaniu największym beneficjentem. Na lata 2014-2020 otrzymaliśmy do dyspozycji 82,5 mld euro, z czego 20 mld euro ma być przeznaczonych na rozwój przedsiębiorstw. Przedsiębiorcy mogli liczyć oczywiście na pomoc także w poprzednim rozdaniu i część z nich z tej możliwości skorzystała. Jak podaje Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, ze środków unijnych wsparcie otrzymało do tej pory łącznie 30.940 przedsiębiorstw¹.

Jednak mimo iż konkursów dla przedsiębiorców nie brakuje, nie wszyscy chętnie aplikują o środki publiczne. Okazuje się, że ponad 12 proc. beneficjentów, którzy korzystali z dotacji w poprzednim rozdaniu, tym razem nie zamierza startować w konkursach². Według raportu opracowanego pod koniec ubiegłego roku przez Dotacjomat.pl i Comarch SA tych niezdecydowanych lub zdecydowanych na niekorzystanie ze środków unijnych w nowej perspektywie jest nawet 15 proc.³ Wydawałoby się, że dotacje są najlepszym sposobem na finansowanie działalności przedsiębiorstwa. Skąd więc ta niechęć beneficjentów?

Jak pokazuje wspomniany raport, respondenci pytani o przeszkody w pozyskiwaniu dotacji wskazywali najczęściej na skomplikowane procedury aplikowania czy długi czas oczekiwania na rozstrzygnięcie konkursu i przyznane środki. Czasem korzystanie z dofinansowania może rodzić jeszcze większe problemy. Zdarza się, że nieprawidłowa realizacja projektu skutkuje koniecznością zwrotu dotacji wraz z należnymi odsetkami, liczonymi jak dla zaległości podatkowych. Według „Gazety Prawnej” w ubiegłym roku 8,7 proc. przedsiębiorców musiało zwrócić środki pozyskane w konkursach realizowanych przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości⁴. Wszystko to może zniechęcać potencjalnych beneficjentów do starania się o fundusze unijne, a przecież mogą być one doskonałym źródłem finansowania inwestycji, pod warunkiem, że przestrzega się kilku zasad.

Zacznijmy od projektu

Przystępując do aplikowania o środki unijne, trzeba mieć świadomość, że z założenia są one przeznaczone na finansowanie konkretnych przedsięwzięć, które muszą spełniać określony cel. Dotacje nie są niewyczerpanym źródłem pieniędzy pozwalającym przez kilka lat finansować bieżącą działalność przedsiębiorstwa. Potencjalny beneficjent musi więc najpierw określić, co chce zrobić, jaki cel zamierza osiągnąć, a dopiero potem szukać źródeł finansowania projektu. Projekt powinien być częścią działalności przedsiębiorstwa i przyczyniać się do jego rozwoju, a nie stanowić cel sam w sobie. Należy też pamiętać, że aby przedsięwzięcie mogło być z powodzeniem zrealizowane, trzeba przygotować dokładny harmonogram oraz montaż finansowy. Prawidłowo skonstruowany budżet ułatwia monitorowanie poprawnego wydatkowania środków finansowych i sprawną realizację projektu.

Do poszukiwania źródeł finansowania można przystąpić w kolejnym etapie. Wszystkie konkursy na dofinansowanie z programów krajowych i regionalnych ogłaszane są na stronie internetowej Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju. Ogłoszenia te można znaleźć także na stronach instytucji pośredniczących, np. Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości czy Ministerstwa Zdrowia, oraz na portalach właściwych urzędów w przypadku konkursów realizowanych w ramach programów regionalnych.

Przygotowanie wniosku

Od ogłoszenia konkursu do rozpoczęcia naboru beneficjent ma zwykle kilka tygodni na przygotowanie wniosku aplikacyjnego. Aby wystartować w konkursie i zwiększyć swoje szanse na dofinansowanie, konieczne jest szczegółowe zapoznanie się z dokumentacją konkursową. Nie wystarczy przeczytać ogłoszenia o konkursie – niezwykle ważne informacje znajdują się w udostępnionych załącznikach. Są to m.in. kryteria dostępu, czyli zdefiniowane warunki, które beneficjent obligatoryjnie musi spełniać, aby móc aplikować o środki lub powinien spełniać, aby uzyskać wyższe oceny za projekt. Przygotowanie wniosku

Tekst Izabela Wierzchacz-Langner



Izabela
Wierzchacz-Langner
Specjalista ds. pozyskiwania
funduszy UE

Fot. z archiwum autorki



Źródło grafiki: <http://www.pixabay.com/photos/euro-870757/WerbeFabrik>

sku wymaga także dokładnego zapoznania się z procedurami aplikowania oraz zasadami wypełniania wniosku i przygotowania załączników. Warto także zapoznać się z wzorem umowy o dofinansowanie zawierającym listę obowiązków, które beneficjent będzie musiał spełnić po otrzymaniu dofinansowania.

Zapoznając się z dokumentacją, trzeba koniecznie sprawdzić, w jaki sposób należy składać wnioski. Zwykle robi się to online przez specjalnie przygotowany generator. Ale formy składania wniosku mogą być różne – oprócz elektronicznej może być także wymagana wersja papierowa. Ważne jest, by sprawdzić, w jaki sposób, gdzie i do kiedy należy dostarczyć gotowy wniosek. W przypadku najnowszych konkursów złożenie wniosku wymaga często użycia podpisu elektronicznego lub wykorzystanie elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP). Brak podpisu w wersji elektronicznej skutkować może odrzuceniem wniosku na poziomie oceny formalnej, bez możliwości dokonania korekty.

Przed złożeniem wniosku należy jeszcze zwrócić uwagę na kilka kwestii. W obecnej perspektywie finansowania część konkursów adresowanych jest wyłącznie do przedsiębiorców z sektora małych i średnich przedsiębiorstw (MŚP). Dlatego niezmiernie ważne przed aplikowaniem o środki jest określenie statusu przedsiębiorcy pod względem jego wielkości. Przy czym należy pamiętać, że oprócz wysokości zatrudnienia i wyników finansowych należy uwzględnić wszystkie powiązania kapitałowe i osobowe w przedsiębiorstwie.

Dotacje unijne często są udzielane w ramach tzw. pomocy *de minimis*. Starając się o nowe środki, wnioskodawca musi sprawdzić, czy nie przekroczył już dopuszczalnej wysokości wsparcia, czyli łącznie 200 tys. euro w ciągu trzech ostatnich lat. Nie jest to trudne do ustalenia, ponieważ każdy z beneficjentów po zakończeniu projektu objętego pomocą *de minimis* dostaje od właściwej instytucji zaświadczenie o otrzymaniu takiego wsparcia. Suma kwot wskazuje, czy można ubiegać się o nowe środki.

Ważną kwestią jest także konieczność uniknięcia podwójnego finansowania. Oznacza to, że beneficjent nie może dotować jednego przedsięwzięcia z różnych programów strukturalnych.

Wreszcie ostatni aspekt, na który chcę zwrócić uwagę w niniejszym artykule, to moment rozpoczęcia ponoszenia wydatków związanych z projektem. Należy pamiętać, że z założenia, aby wydatki projektowe były objęte wsparciem, muszą być poniesione dopiero po złożeniu wniosku. Wyjątek stanowi zakup gruntu oraz pozyskanie niezbędnych pozwoleń – te działania mogą być podjęte jeszcze przed aplikowaniem o środki. Jednak koszty te przedsiębiorstwo ponosi na własne ryzyko, bo zawsze istnieje niebezpieczeństwo, że dofinansowanie nie zostanie przyznane.

Kilka słów o realizacji projektu

Dlaczego beneficjenci są czasem zmuszeni do zwrotu dotacji? Realizacja projektu finansowanego ze środków unijnych nakłada na beneficjenta szereg zobowiązań. Jednym z nich jest konieczność zachowania trwałości projektu, wynosząca 5 lat dla przedsiębiorców z sektora MŚP oraz 3 lata dla dużych przedsiębiorstw. Zgodnie z rozporządzeniem Rady (WE) nr 1083/2 trwałość projektu zostaje zachowana, jeśli nie zostanie on poddany tzw. zasadniczej modyfikacji, czyli takiej, która ma wpływ na charakter lub warunki realizacji projektu albo spowoduje uzyskanie nieuzasadnionej korzyści przez przedsiębiorstwo. Modyfikacja może także dotyczyć zmiany charakteru własności elementu infrastruktury albo zaprzestania działalności produkcyjnej przez beneficjenta. Przykładem naruszenia trwałości projektu będzie na przykład odsprzedanie przez przedsiębior-

stwo wyposażenia nabytego ze środków unijnych.

Ryzyko nieutrzymania trwałości projektu może być spowodowane również złym oszacowaniem wskaźników na etapie składania wniosku. Przykładowo beneficjent zakłada, że popyt na jego usługi w okresie trwałości projektu będzie się kształtował na pewnym poziomie. Tymczasem z przyczyn niezależnych od niego sprzedaż nie osiąga pierwotnie zakładanych wskaźników – w związku z tym trwałość projektu zostaje zagrożona, a tym samym istnieje niebezpieczeństwo konieczności zwrotu dotacji.

Osiągnięcie i utrzymanie wskaźników zakładanych we wniosku oraz przestrzeganie harmonogramu to warunki udanej realizacji projektu. Elementy te należy jednak dobrze oszacować przed złożeniem wniosku, uwzględniając możliwe zmiany zachodzące zarówno w skali mikro, jak i makro gospodarczej.

Przedsiębiorca, przystępując do konkursu, powinien pamiętać także, że jego płynność finansowa nie może być uzależniona od środków unijnych. Większość przedsięwzięć jest dotowanych w formie refundacji, do tego w kilku transzach, w związku z tym beneficjent musi posiadać wystarczające środki własne, aby móc prowadzić działalność gospodarczą bez zakłóceń.

Należy też pamiętać o konieczności archiwizacji dokumentacji projektowej. Jeśli projekt był objęty pomocą publiczną, beneficjent jest zobowiązany przechowywać związaną z nim dokumentację przez 10 lat. W przypadku projektów nieobjętych pomocą publiczną dokumentacja powinna być przechowywana zgodnie z terminami wskazanymi w odpowiednich rozporządzeniach – na przykład w przypadku Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, dostępnego w poprzedniej perspektywie, koniec tego okresu został wyznaczony na dzień 31 grudnia 2020, czyli trzy lata od zamknięcia programu operacyjnego (tj. 31 grudnia 2017).

Na koniec jeszcze kilka uwag o błędach popełnianych przez beneficjentów w dokumentacji, które nie muszą skutkować od razu koniecznością zwrotu środków, ale mogą opóźnić rozliczenie projektu. Sięgając po środki publiczne, nie da się, niestety, ominąć biurokracji, a cała dokumentacja musi być skrupulatnie opisywana. Do najczęściej popełnianych przez beneficjentów błędów należy np. brak opisów na dokumentach rozliczeniowych (fakturze lub rachunku) lub opis niezgodny z harmonogramem projektu, np. brak przyporządkowania wydatku do zadania. Beneficjent musi także posiadać protokoły odbioru usług wykonanych przez zewnętrznych dostawców na rzecz projektu.

Dużo poważniejszym błędem jest nieprzestrzeganie zasad postępowania ofertowego. I mowa tu nie tylko o prawie zamówień publicznych, ale także o nieprzestrzeganiu zasady konkurencyjności, czyli np. wyborze oferenta z wolnej ręki lub nieskierowania zapytań ofertowych do co najmniej trzech potencjalnych dostawców.

I wreszcie zmiany w harmonogramie. Podczas realizacji projektu może się zdarzyć, że pewnych jego elementów nie można zrealizować z obiektywnych przyczyn lub ich realizacja musi ulec przesunięciu. Niezgłoszenie zmian do instytucji pośredniczącej lub zgłoszenie ich zbyt późno również może negatywnie wpłynąć na wskaźniki i w najgorszym przypadku zaowocować zwrotem dotacji.

Fundusze unijne mogą być doskonałym instrumentem służącym rozwojowi przedsiębiorstwa. Jednak jak w każdym przypadku, tak i tu potrzebna jest rozważa.

Przypisy:

1. Stan na koniec września 2015 r. – źródło: <https://www.mir.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wykorzystanie-projekty-i-efekty-funduszy-europejskich/fundusze-europejskie-na-lata-2007-2013/efekty-funduszy-europejskich/>[24.11.2015]
2. <http://www.polskieradio.pl/42/273/Artykul/1243499,Co-czwarta-firma-nieprawidlowo-wydawalapieniadze-z-UE> [24.11.2015]
3. Raport „Finansowanie MSP ze środków UE” dostępny na stronie <http://dotacjomat.pl/finansowanie-msp-ze-srodkow-ue-raport/>[24.11.2015]
4. <http://serwisy.gazetaprawna.pl/msp/artykuly/793566,duze-problemy-malych-firm-z-dotacjami-ue.html> [24.11.2015]



Lekarz jako menadżer

– jak rozwijać podmioty medyczne w czasach silnej konkurencji rynkowej?

Tekst Kamil Kuczewski

Ten artykuł to klucz do prostego i skutecznego zwiększenia zysków placówki medycznej. Dzięki temu, co jest w nim zawarte, wyznaczą Państwo konkretne cele, zrobią dokładny plan działania i zoptymalizują procesy w firmie. Zyskają Państwo też więcej nowych pacjentów i zwiększą ich satysfakcję z leczenia. Jednym słowem praktyka medyczna P.T. Czytelników będzie się znacznie lepiej rozwijać.

Żyjesz w erze zmian

Nigdy wcześniej w historii ludzkości nie było tak wielu możliwości jak w dzisiejszych czasach. Wszystko zmienia się dynamicznie i trzeba umieć się do tych zmian dostosować. Prywatne placówki medyczne w Polsce mocno ze sobą konkurują, podwyższając standardy obsługi pacjentów. Z kolei pacjenci, mając coraz większy wybór podmiotów leczniczych, chcą być leczeni na najwyższym poziomie i w jak najlepszej cenie. Wiedzą to Ci lekarze, którzy zdecydowali się na prowadzenie własnej praktyki medycznej i muszą konkurować na rynku, który zabrania reklamy, przez co coraz trudniej jest pozyskiwać nowych pacjentów i utrzymać stałych.

Szablon modelu biznesowego

Jesteśmy podporządkowani żelaznemu prawu przyczyny i skutku. Oznacza to, że wynikiem lekarskiego postę-

powania będą określone rezultaty. Jak powiedział Goethe: „Jeżeli chcesz mieć więcej, musisz być kimś więcej”. Jeśli chcą Państwo konkurować na rynku, musicie znaleźć odpowiednie metody, którymi skutecznie przyciągniecie nowych pacjentów.

W nowoczesnym zarządzaniu praktykami medycznymi stosuje się tzw. „szablony modeli biznesowych”. Założenie jest proste – każdy biznesplan jest teoretycznie doskonały, ale żaden nie przetrwa zderzenia z rzeczywistością, więc trzeba dopasować się do lokalnych warunków rynkowych. Szablon modelu biznesowego to indywidualny plan rozwoju, który może zastosować każda placówka. Dzieli się on na takie elementy jak: kluczowi partnerzy, kluczowe działania, kluczowe zasoby, propozycje wartości, relacje z pacjentami, kanały dystrybucji, segmenty pacjentów, struktura kosztów i struktura przychodów.

Hipoteza, testy, wdrażanie

Zasada działania szablonów modeli biznesowych polega na stawianiu odpowiednich hipotez i testowaniu ich prawdziwości. Zamiast zakładać, że wiedzą Państwo, jak zareagują pacjenci na wprowadzenie nowej usługi lub zakup nowego sprzętu (np. tomografii komputerowej), lepiej wykonać proste testy weryfikujące hipotezę. Np. stawiamy hipotezę: „Czy wprowadzenie do przychodni medycznej ginekologa zwiększy

O autorze: właściciel firmy DentalWay. Zajmuje się biznesowym rozwojem placówek medycznych, szkoleniami z komunikacji z pacjentem i konsultingiem. Rozwija placówki stomatologiczne w fundacji „Be Active Dentist”. Od 2005 roku specjalizuje się w psychologii osiągnięć, skutecznej komunikacji oraz efektywnym zarządzaniu.



Kamil Kuczewski

Fot. z archiwum autora

szy liczbę pacjentów?”. Po postawieniu takiej hipotezy konstruują Państwo proste testy, które mają ją potwierdzić (ankiety dla pacjentów, badanie opinii publicznej i np. zatrudnienie ginekologa na 2 dni w miesiącu). Jeśli chętnych nie brakuje, to usługę należy rozwijać.

Hipoteza to ładne określenie słowa „zgadywanie”. W przypadku braku efektów wykonywanie tzw. „zwrotów” nie jest porażką. Thomas Edison po 10 tys. nieudanych prób budowania trwałej żarówki, zapytany jak znosił wszystkie porażki, powiedział: „Nie odniosłem porażki. Po prostu odkryłem 10 tys. błędnych rozwiązań”. Na tym właśnie polega tworzenie szablonu modelu biznesowego.

Kluczowi partnerzy

To pierwszy element szablonu modelu biznesowego. Współpraca partnerska jest zwykle podejmowana w czterech kluczowych obszarach:

- sojusze strategiczne,
- współpraca konkurentów,
- wspólne działania na rzecz pozyskiwania nowych pacjentów,
- kształtowanie relacji z kluczowymi dostawcami.

Konkurowanie na rynku

– niemożliwe bez partnerów biznesowych

Sojusze strategiczne to nawiązanie współpracy z dużymi partnerami, którzy bardzo szybko przyniosą nam nowych pacjentów. Sojuszem strategicznym może być np. podpisanie umowy na wdrożenie abonamentowego „pakietu zdrowotnego” w firmie zatrudniającej dużą liczbę osób. Może to też polegać na założeniu konta internetowego na portalu medycznym zajmującym się pozyskiwaniem pacjentów. Czasami też taki sojusz powstaje w wyniku połączenia dwóch symbiotycznych działalności, np. stomatolog z logopedą.

Inne działania polegające na sojuszach to np. programy telewizyjne o metamorfozach pacjentów, gdzie człowiek pod okiem różnych specjalistów przechodzi szereg zabiegów i operacji zwiększających jego atrakcyjność.

Kluczowe działania

Państwa zadaniem, jako osób zarządzających, jest realizowanie działań, które przyniosą największe zyski. Nie da się wykonać wszystkich obowiązków naraz, więc kluczowa jest umiejętność podejmowania właściwych decyzji i wyznaczania priorytetów. Istnieje skuteczna technika ułatwiająca planowanie. Wypiszcie Państwo na kartce wszystkie zadania, jakie macie do wykonania. Następnie przy każdym zadaniu zapiszcie literę A, B lub C. Literą A oznaczcie te zadania, które są konieczne i których wykonanie przyniesie największe zyski. Literę B przypiszcie zadaniom, które są ważne, ale ich wykonanie może poczekać. Literą C oznaczcie zadania, które są najmniej ważne lub takie, które może wykonać inna osoba.

Kiedy mają już Państwo taką listę, spójrzcie na najważniejsze zadania, przy których postawiliście literę A. Zastanówcie się, jaka powinna być kolejność ich wykonywania i oznaczcie ją następująco: A1, A2, A3 itd. W ten sposób ustalamy kolejność działań. Zacząć należy od zadania A1. Najlepsi codziennie realizują listę zadań. Trzeba pamiętać, że skuteczni kierownicy to nie tacy, którzy pracują dużo, ale tacy, którzy pracują mądrze. Im mniej mają Państwo obowiązków na głowie tym lepiej.

Kluczowe zasoby

Jeśli Państwa praktyka nie ma przewag konkurencyjnych, to zamiast się rozwijać, zacznie się „zwijać”. Pacjenci pójdą tam, gdzie będzie im lepiej – tam gdzie są lepsi lekarze, obsługa,

sprzęt, udogodnienia. Z tego powodu należy przemyśleć kwestie związane z:

zasobami ludzkimi – trzeba się zastanowić, którzy lekarze i członkowie zespołu są kluczowi dla rozwoju praktyki. Zadać sobie pytanie: obecność jakich lekarzy przyniosłaby praktyce najwięcej zysku? Często wystarcza zatrudnienie jednego lekarza konkretnej specjalizacji, by znacznie zwiększyć obroty placówki medycznej;

zasobami finansowymi – każde nawet najmniejsze przedsięwzięcie wymaga finansowania. Jeśli testują Państwo hipotezy, to nie powinniście wydawać na to pieniędzy. Częstym błędem placówek medycznych jest inwestowanie środków finansowych w jeszcze niesprawdzone strategie. Szanowni Czytelnicy – nigdy tak nie róbicie;

zasobami fizycznymi – przemyślcie Państwo, jaką infrastrukturę medyczną posiadacie. Najczęściej placówki medyczne zbyt szybko podejmują decyzję w sprawie zakupu dodatkowego bądź niepotrzebnego sprzętu medycznego, wpędzając się w niepotrzebne koszty. Najpierw powinno się zadbać o odpowiednią liczbę pacjentów, a przed samym zakupem sprzętu należy przygotować plan promocji.

”

Żyjąc w czasach ogromnej konkurencji i mnóstwa możliwości trzeba mieć konkretny cel i efektywny plan. Opracowanie szablonu modelu biznesowego jest jedną z najbardziej skutecznych form konkurowania z innymi. Dokładna znajomość procesów i ich maksymalna optymalizacja to klucz do zdobycia większej liczby pacjentów i zatrzymania ich. Jak mawiał Napoleon Hill: *Wygrywa tylko ten, kto ma jasno określony cel i nieodparte pragnienie, aby go osiągnąć. Do dzieła!*

“

Błąd, jaki popełniają placówki medyczne, to inwestowanie pieniędzy w sprzęt, którego potem nie używają, np. stomatolodzy kupują mikroskop do leczenia kanałowego za 40 tys. zł i potem okazuje się, że pacjenci nie chcą płacić za dodatkową usługę. Sprzęt zwraca się kilka razy dłużej niż zakładano.

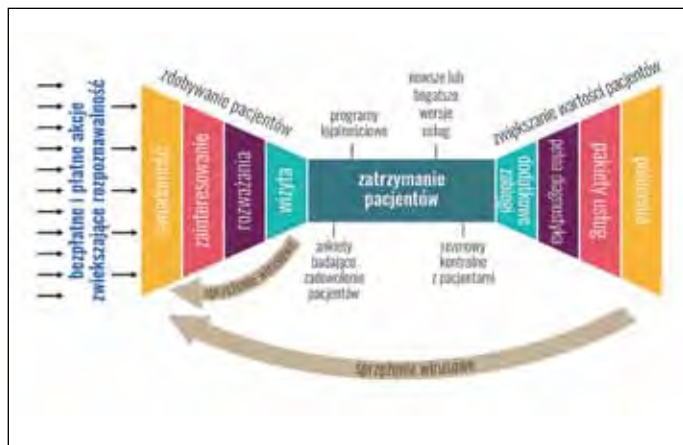
Propozycja wartości

Ten element jest kluczem do sukcesu. Propozycja wartości odpowiada na pytanie: „Co powinniśmy oferować swoim pacjentom, żeby chętnie korzystali z naszych usług?”. Dotyczy ona wszystkich aspektów pracy placówki. Wartością może być zatrudnienie np. lekarza kardiologa, zrobienie kącika dla dzieci wyposażonego w playstation lub prowadzenie bloga na Facebooku z poradami dla pacjentów. Każde z tych działań może konwertować na zwiększenie liczby pacjentów.

Najważniejsze w tworzeniu propozycji wartości jest znalezienie odpowiednio dużej grupy pacjentów z określonymi problemami i posiadanie sposobu na rozwiązanie tych problemów. Żeby dobrać odpowiednie propozycje wartości, należy założyć szereg hipotez, które sukcesywnie będą weryfikowane. Zastosujmy hipotezę: „Czy rozszerzenie oferty praktyki medycznej o rehabilitację pozwoli mi zdobyć więcej pacjentów?” Zaczynamy weryfikować taką hipotezę poprzez szereg testów, np. możemy znaleźć rehabilitanta, który będzie przyjeżdżał do placówki raz w miesiącu i wykonywał zabiegi. Ze swojej strony wymyślamy najprostszy sposób, by zdobyć pacjentów (informacja na stronie internetowej, SMS-y do pacjentów,



Zródło grafik: z archiwum autora



promocja postów informacyjnych na Facebooku). Jeśli w wyniku prostych testów zaczynają się zgłaszać pacjenci, to rozwijamy temat rehabilitacji i udoskonalamy działania.

Tak możemy przetestować szereg hipotez. Dzięki temu odkrywamy potrzeby rynku, na którym pracujemy. Czasem okazuje się, że niektóre pomysły są znacznie skuteczniejsze, niż byśmy sobie wyobrażali. Pierwsze testy mogą być niedopracowane – zależy nam na sprawdzeniu czy jest zainteresowanie pacjentów daną usługą /badaniami. Chodzi nam głównie o bardzo dokładne zidentyfikowanie problemów pacjentów i reagowanie na ich potrzeby.

Relacje z pacjentami

Są 3 rodzaje pacjentów – pacjenci niezadowoleni z wizyty, pacjenci ze spełnionymi oczekiwaniami oraz pacjenci zachwyceni. Spełnienie oczekiwań pacjentów pozwoli na utrzymanie się na rynku, ale nie pozwoli na rozwój. Jeśli placówka ma się dynamicznie rozrastać, pacjenci powinni być maksymalnie usatysfakcjonowani.

Na podstawie ponad 500 opinii pacjentów wyszczególniliśmy 5 najważniejszych elementów, o których mówią pacjenci, polecając daną placówkę innym ludziom. Tych pięć cech stanowi klucz do zwiększenia liczby rekomendacji lekarza, szybkości pozyskiwania nowych pacjentów i skutecznego zwiększania satysfakcji pacjentów z leczenia. Oto one:

- 1.umiejętności komunikacyjne, aparycja lekarza, optymistyczne nastawienie, komfort i atmosfera wizyty;**
- 2.dobra cena za dobrą jakość usług;**
- 3.autorytet lekarza, kompetencje medyczne;**
- 4.wysokiej klasy sprzęt medyczny;**
- 5.wizyta bez bólu i stresu.**

Relacje z pacjentami to element szablonu modelu biznesowego, określający realne koszty pozyskiwania pacjentów, wskaźniki konwersji i zatrzymywania pacjentów w danej placówce medycznej. Ważne jest pytanie: „Ilu nowych pacjentów pozyskają dla Państwa stali pacjenci w ramach „aktywności wirusowej”?, czyli za darmo. Badania pokazują, że pozyskanie nowego pacjenta może być nawet 5 razy droższe niż utrzymanie stałych pacjentów.

Jeśli już pacjent do Państwa trafił, to trzeba mieć plan, jak go utrzymać. Co dostanie nowy pacjent? Jaki poziom obsługi mogą Państwo mu zaoferować? Dlaczego mieliby opowiadać o Państwa praktyce znajomym? Jakie są powody, by był z Państwem do końca swego życia? By to osiągnąć trzeba mieć bardzo dokładne standardy obsługi pacjentów. Od każdego pacjenta warto pozyskać dane do wysyłania SMS-ów i e-maili. Warto też zaoferować stałym pacjentom i ich rodzinom dodatkowe korzyści (programy lojalnościowe, pakiety usług).

Segmenty pacjentów

Segmenty pacjentów pozwalają na dopasowanie sposobu szukania konkretnej grupy pacjentów w oparciu o ich wskaźniki

demograficzne (wiek, płeć) i zachowania. To pozwala na dużo skuteczniejsze i tańsze docieranie do określonego targetu. Dla przykładu: prowadzą Państwo placówkę w małym mieście. Państwa potencjalnymi pacjentami będą ludzie z najbliższej okolicy. W tym przypadku wszystkie działania powinny się skupić na lokalnej promocji zdrowia – darmowe badania profilaktyczne, dni otwarte, lokalne media, współpraca z lokalnymi firmami.

Jeśli natomiast prowadzą Państwo wysoce wyspecjalizowaną klinikę, np. kardiologii, to potencjalnymi pacjentami są ludzie z całej Polski. Chcąc zwiększyć rozpoznawalność swojego podmiotu, warto pokazywać lekarzy w ogólnopolskich mediach, prowadzić ogólnopolski blog w Internecie czy też nawiązać współpracę ze szpitalami/placówkami medycznymi w całym kraju.

Chcąc dotrzeć do konkretnej grupy pacjentów, należy szukać artykułów prasowych, badań, raportów, które mogą dostarczyć najwięcej informacji o potencjalnych osobach. Trzeba z nimi rozmawiać o ich problemach (zarówno fizycznych, jak i psychicznych). Sprawdzać, jak konkurencja dociera do tych pacjentów. I wreszcie dowiedzieć się, gdzie dokładnie pacjenci szukają informacji, by rozwiązać swoje problemy. Ciągłe powinni Państwo aktualizować swój archetyp pacjentów.

Kanały dystrybucji

Wybór kanałów dystrybucji jest ściśle skorelowany z segmentami pacjentów, do których chcemy dotrzeć. Można umieszczać informacje o placówce w telewizji, radiu, gazetach, Internecie, ale bez odpowiedniego dopasowania grupy odbiorców do kanałów dystrybucji oraz sposobu komunikacji – zainwestowane pieniądze zostaną bezpowrotnie utracone.

Np. jeśli chcą Państwo pozyskać pacjentów poprzez promocję zdrowia i organizację w placówce darmowych badań przesiewowych w kierunku nowotworów jamy ustnej to:

- grupą docelową będą osoby predysponowane (mężczyźni w wieku powyżej 35 lat, osoby palące lub nadużywające alkoholu, żyjące w stresie);
- cechą charakterystyczną takich osób jest dbanie o swoje bezpieczeństwo;
- osoby takie są przeznaczone i szukają opinii autorytetu (lekarza) i nie czytają wpisów w Internecie.

Z naszych doświadczeń wynika, że pozyskanie takich pacjentów wymaga następujących działań: rozwieszenia plakatów, umieszczenia stosownych informacji na stronie gminy lub miasta, upowszechnienia informacji o badaniu w kościele, dotarcia do pacjentów za pośrednictwem radia.

Zainteresowanych tematem zwiększenia konkurencyjności na rynku zachęcam do lektury książki Steve Blank i Boba Dorfa pt. „Podręcznik Startupu. Budowa wielkiej firmy krok po kroku”.



Źródła grafik: http://www.flickr.com/photos/16846020815_4d4d465ff89_k/GaCcredit,
<http://www.freemages.com/photos/stethoscope-2-11161261/Paul Barker - obraz modyfikowany>

WYKORZYSTANIE STRONY INTERNETOWEJ dla budowania wizerunku lekarza

Tekst Joanna Turkiewicz

Współcześnie doświadczamy radykalnej zmiany społecznej dotyczącej postaw i zachowań pacjentów. Rozwój technologii, zwiększający dostęp do wiedzy medycznej, przyczynia się do wzrostu świadomości zdrowotnej, a wraz z nią oczekiwań pacjentów względem ochrony zdrowia. Pacjenci są często autorami treści dostępnych w Internecie, co powoduje, że rośnie ilość niezawieranych informacji, które mogą budować w pacjentach błędne przekonania dotyczące ich stanu zdrowia. W połączeniu z dużą wiarygodnością źródeł internetowych w świadomości społecznej, stanowi to niewątpliwie wyzwanie dla lekarzy. Z drugiej strony Internet może stać się doskonałym narzędziem budowania wizerunku wśród pacjentów i pozyskiwania ich w charakte-

rze rzeczników gabinetu. Internet pozwala prowadzić działania o dużym zasięgu i dużej skuteczności, pod warunkiem, że wiemy, jak go najlepiej do naszych celów wykorzystać.

CO SIĘ ZMieniŁO W OCHRONIE ZDROWIA W OSTATNICh LATACH?

W ciągu ostatnich kilkunastu lat mogliśmy obserwować ogromny postęp technologiczny w medycynie związany z wykorzystaniem coraz lepszego sprzętu przez lekarzy, a także coraz skuteczniejszych leków. Obecnie główna zmiana, jaka się dokonuje, jest zmianą w relacji lekarz-pacjent – z relacji paternalistycznej na relację partnerską, gdzie pacjent nie jest już biernym realizatorem poleceń lekarza, ale aktywnym uczestnikiem proce-

”

W związku z tak dużym dostępem do niesprawdzonych źródeł informacji o zdrowiu oraz rosnącym zainteresowaniem tymi wiadomościami, zasadna wydaje się znajomość rzetelnych źródeł informacji dotyczących zdrowia i choroby, żeby móc polecać je pacjentom, a nawet, jeśli jest taka możliwość, przygotowywanie własnych materiałów edukacyjnych, które mogłyby zostać udostępnione pacjentom w sieci. Warta rozważenia jest w tych okolicznościach współpraca w zakresie przygotowywania tego typu treści. Ciekawą inicjatywę, którą warto poznać, stanowi KHAN Academy (www.khanacademy.org) – platforma zawierająca multimedialne materiały edukacyjne.

“

su leczenia. Jest to zmiana znacząca, również w kontekście wzrostu długości życia, rosnącej liczby chorób przewlekłych i konieczności wieloletniej opieki nad pacjentem. Często przepisane odpowiednie tabletki jest niewystarczające, bez zmiany stylu życia i wieloletniej współpracy z zespołem terapeutycznym nie można już liczyć na spektakularne rezultaty leczenia. Bardzo wiele zależy od relacji pacjenta z lekarzem oraz od tego, na ile pacjent będzie ufał i będzie skłonny realizować jego polecenia. Ma to bardzo silny związek z wizerunkiem lekarza, czyli tym jak lekarz jest postrzegany. W jaki sposób można zatem zbudować pozytywny wizerunek w oczach pacjentów? Co na ten wizerunek wpływa? Jak można wykorzystać Internet do jego wykreowania?



KIM JEST PACJENT 2.0.

I JAKIE MA OCZEKIWANIA?

Pacjent 2.0. jest pacjentem aktywnie korzystającym z Internetu – będącym nie tylko czytelnikiem, ale również autorem treści, użytkownikiem mediów społecznościowych, forów i portali dla pacjentów. W Stanach Zjednoczonych pojawiło się pojęcie: empowered patient, oznaczające pacjenta zaangażowanego, posiadającego wiedzę, która umożliwia mu zostanie partnerem w procesie leczenia. Pacjenci bardzo często pierwsze objawy choroby weryfikują najpierw w Internecie, konsultując je przede wszystkim z innymi pacjentami, ponieważ dostępność porad lekarskich online w Polsce jest niewielka – w przeciwieństwie do stron, na których można wyszukać objawy chorób, a nawet otrzymać prawdopodobną diagnozę. Są to m.in. strony typu wirtualny diagnosta (przykładowo: www.medme.pl/diagnosta). Rezultatem tego jest zjawisko Doktor Google, polegające na tym, że pacjenci podejmują próby postawienia diagnozy, nie posiadając wiedzy medycznej, a bazując jedynie na własnych obserwacjach objawów oraz informacjach zaczerpniętych z Internetu.

Czego zatem Pacjent 2.0. oczekuje od lekarza? Dostępność lekarza w świecie wirtualnym, a więc możliwość wysłania e-maila czy kontaktu przez formularz na stronie, jest bardzo pożądana. Jedną z przyczyn jest oczywiście ograniczona dostępność, szczególnie do lekarzy specjalistów, w świecie realnym. Poza tym wchodzenie Internetu i aplikacji mobilnych w kolejne sfery życia nie pozostaje tutaj bez znaczenia. Zarówno za granicą, jak i w Polsce lekarze dokonują konsultacji z wykorzystaniem nowoczesnych kanałów komunikacji, np. na podstawie zdjęcia przesłanego telefonem lub wideo z rozmowy. Jest to szczególnie przydatne w sytuacji pacjentów dobrze znanych, których leczenie jest prowadzone od dłuższego czasu, przykładowo: taka możliwość podnosi znacząco poczucie bezpieczeństwa i komfort rodziców małych dzieci, przyczynia się do wzrostu zaufania do lekarza i wpływa pozytywnie na jego wizerunek.

MATERIAŁY EDUKACYJNE DLA PACJENTÓW – JAKIE KORZYŚCI PRZYNOSZĄ LEKARZOM?

W związku z tak dużym dostępem do niesprawdzonych źródeł informacji o zdrowiu oraz rosnącym zainteresowaniem tymi wiadomościami, zasadna wydaje się znajomość rzetelnych źródeł informacji dotyczących zdrowia i choroby, żeby móc polecać je pacjentom, a nawet, jeśli jest taka możliwość, przygotowywanie własnych materiałów edukacyjnych, które mogłyby

zostać udostępnione pacjentom w sieci. Warta rozważenia jest w tych okolicznościach współpraca w zakresie przygotowywania tego typu treści.

Ciekawą inicjatywę, którą warto poznać, stanowi KHAN Academy (www.khanacademy.org) – platforma zawierająca multimedialne materiały edukacyjne. Jedną z dziedzin, którą zawiera, to zdrowie i medycyna. Językiem wiodącym jest język angielski, jednak znaczna część tekstów i filmów została przetłumaczona na język polski lub jest na etapie tłumaczenia.

Jakie korzyści odnoszą lekarze z polecania albo przygotowywania materiałów edukacyjnych dla pacjentów?

- Przede wszystkim pozwalają oszczędzać czas podczas wizyty – do rzetelnych źródeł informacji można odesłać pacjenta, który zadaje dużo pytań i który chciałby się jak najwięcej dowiedzieć o chorobie.
- Pomagają usystematyzować informacje przekazane podczas wizyty – pacjenci bardzo często podczas wizyty są zestresowani i po wizycie niewiele z niej pamiętają. Materiały zarówno dostępne w Internecie, jak i papierowe są w takiej sytuacji bardzo pomocne.
- Zwiększają skuteczność leczenia – bardziej świadomy i zaangażowany pacjent może okazać się pacjentem w większym stopniu przestrzegającym zaleceń lekarza.
- Budują wizerunek lekarza zaangażowanego w proces leczenia – dodatkowe materiały i wysiłek ze strony lekarza pozytywnie wpływa na jego postrzeganie przez pacjentów oraz zwiększa do niego zaufanie.

Jak zawsze wykorzystywanie materiałów trzeba dostosowywać indywidualnie do pacjentów i zwracać uwagę na to, żeby dodatkowe treści nie przysporzyły pacjentom niepotrzebnego stresu.

STRONA INTERNETOWA GABINETU LEKARSKIEGO – WIZYTÓWKA CZY KANAŁ KOMUNIKACJI?

Niekwestionowaną zaletą materiałów edukacyjnych jest możliwość wypromowania własnej strony internetowej, jeśli się takową posiada, i poprawienia jej pozycjonowania w wyszukiwarce Google. Dodatkowe odwiedziny pacjentów na stronie gabinetu powodują, że strona wyświetla się wyżej w wynikach wyszukiwania, czyli właśnie lepiej pozycjonuje.

Poza tym kwestią, którą należy wziąć pod uwagę w momencie zakładania strony internetowej jest to, czy ma ona być tylko wizytówką gabinetu czy również kanałem komunikacji z pacjentami. Obydwie możliwości mają zarówno wady, jak i zalety. Strona internetowa jako wizytówka jest z założenia stroną statyczną, na której nie dokonuje się zmian. Zaletą takiego rozwiązania jest oszczędność

czasu potrzebnego na administrowanie stroną i opracowywanie materiałów, wadą zaś – gorsze pozycjonowanie niż w przypadku strony, która jest jednocześnie kanałem komunikacji z pacjentami. Zachęcanie pacjentów do wchodzenia na stronę, zapoznawania się z materiałami, komentowania treści, kontaktowania się z wykorzystaniem e-maila lub formularza kontaktowego pozytywnie wpływa na pozycjonowanie strony, przez to na liczbę odsłon i wypromowanie gabinetu.

Co zatem powinna zawierać strona internetowa, żeby pacjent, który na nią trafi w sieci, na niej pozostał i skorzystał z usług gabinetu?

- Przede wszystkim dane kontaktowe i godziny przyjęć powinny być umieszczone w widocznym i łatwo dostępnym miejscu.
- Informacją poszukiwaną przez pacjentów jest zakres świadczonych usług oraz cennik. Jasna informacja o cenie przed wizytą pozwala uniknąć dyskomfortu zarówno u pacjenta, jak i u lekarza.
- Strona powitalna powinna zawierać krótką informację z charakterystyką działalności i słowem wstępnym do pacjentów.

Należy pamiętać o zdjęciach i grafikach – w dzisiejszych czasach to podstawa do pozyskania czytelników na stronie. Nie można przy tym zapomnieć o kilku podstawowych kwestiach. Najważniejsze z nich to: dobra jakość zdjęć i grafik; współgranie z tekstem (elementy graficzne powinny naprowadzać na tekst, który im towarzyszy, a nie wzbudzać konsternację).

Na wizerunek gabinetu i lekarza wpływa również wstawienie profesjonalnych zdjęć gabinetu – najlepiej nie tylko pustych pomieszczeń, ale ludzi, którzy w gabinecie pracują.

- Bardzo ważne jest, aby słownictwo używane na stronie było dostosowane do pacjentów i zbliżone do słownictwa, jakim się oni posługują, a więc należy unikać terminologii medycznej. Ponadto teksty powinny być możliwie krótkie, z ewentualnym rozwinięciem dla zainteresowanych.
- Warto rozważyć zamieszczenie na stronie informacji o studiach, specjalizacjach, odbytych szkoleniach, linki do artykułów naukowych lub popularyzatorskich, skany dyplomów – podejmując te działania, trzeba mieć na uwadze cel, jaki chce się osiągnąć. Należy wybierać najważniejsze informacje i odpowiednio je eksponować. Duża liczba zeskanowanych dyplomów bez opisu wskazującego, dlaczego to ma znaczenie, będzie dla pacjentów mało istotną informacją, ponieważ większość z nich nie będzie w stanie tego wynioskować, analizując temat szkolenia czy instytucję certyfikującą.

• Opinie pacjentów na własnej stronie internetowej – narzędzia służące do budowania stron internetowych dają możliwość publikowania komentarzy użytkowników, dopiero po zaakceptowaniu przez moderatora/właściciela strony/administratora. Umożliwia to większą kontrolę nad komentarzami, które nie pojawiają się natychmiast po ich napisaniu przez pacjentów. Pozwala to na moderację i eliminację komentarzy obraźliwych bądź wulgarnych, a także na uzyskanie czasu na przygotowanie ewentualnej odpowiedzi na rzeczowy, negatywny komentarz.

NEGATYWNE KOMENTARZE PACJENTÓW – JAK SOBIE Z NIMI RADZIĆ?

Negatywne komentarze pacjentów w sieci wzbudzają wiele kontrowersji. Niemniej jednak wyeliminowanie opinii pacjentów z Internetu jest w zasadzie niemożliwe. W dzisiejszych czasach nawet przy zakupie sprzętu czy wyborze restauracji bardziej ufamy innym użytkownikom/klientom niż producentowi/właścicielowi restauracji. Ten sam mechanizm działa w przypadku wyboru lekarza – pacjenci kierują się często opiniami innych pacjentów – podobnie czynią sami medycy, którzy znajdują się w roli pacjenta lub rodzica pacjenta.

Na popularność portali zawierających rankingi lekarzy i opinie o nich ma wpływ niewielka dostępność (lub nawet brak) danych dotyczących jakości usług medycznych. Zatem pacjenci, którzy nie mają innego źródła informacji, korzystają z jedyne go dostępnego, a więc samych pacjentów.

Skoro nie można wyeliminować opinii o lekarzach w Internecie, należy się zastanowić, jak je wykorzystać na swoją korzyść. Komentarze pozytywne nie wzbudzają większych wątpliwości, może z wyjątkiem sytuacji, kiedy wydają się przesadzone lub nieautentyczne. Warto jednak przygotować strategię reagowania w przypadku otrzymania negatywnej opinii od pacjenta. Pierwsze pytanie, które należy sobie zadać, to czy na dany komentarz odpowiadać? Kiedy zatem odpowiadać a kiedy nie? Jeśli komentarz jest bardzo emocjonalny, nie zawiera uwag merytorycznych i kiedy nie pamiętamy danego pacjenta czy sytuacji, to nie warto tego robić. Natomiast jeśli jest inaczej, warto taką próbę podjąć. Odpowiedź na negatywny komentarz, jeśli będzie dobrze przygotowana, pomoże zbudować wizerunek lekarza, który szanuje i liczy się z opinią pacjentów. Poza tym negatywny komentarz i właściwa na niego reakcja zwiększa wiarygodność danego profilu lekarza (wraz ze wzrostem popularności rankingów dla lekarzy pojawił się rynek

usług polegający na pisaniu komentarzy na zlecenie, rośnie też świadomość pacjentów w tym zakresie i stają się oni coraz bardziej ostrożni w pokładaniu zaufania w opinie innych). Pisząc odpowiedź na negatywny komentarz, warto pamiętać o kilku zasadach:

- odpowiedź powinna być merytoryczna, bez emocji;
- należy odnosić się z szacunkiem, niezależnie od tego czy krytyka pacjenta była słuszna czy nie;
- warto podkreślać zrozumienie dla sytuacji pacjenta
- oraz podziękować za komentarz.

Krytykę ze strony pacjentów należy potraktować jako cenne źródło informacji i za każdym razem rozważyć, co ta opinia mówi o mnie i gabinecie oraz czy można dokonać zmiany, aby takie komentarze się nie powtarzały.

Negatywnych komentarzy nie sposób całkowicie wyeliminować, ponieważ zawsze może przyjść na wizytę pacjent rozczarowany, w złym nastroju, który będzie niezadowolony niezależnie od działań podjętych przez lekarza, można jednak spróbować zmniejszyć ich liczbę.

CO WARTO WIEDZIEĆ, DECYDUJĄC SIĘ NA POSTAWIENIE STRONY INTERNETOWEJ GABINETU?

Kontaktując się z informatykiem, należy mieć przygotowane podstawowe materiały i informacje wspomniane wyżej. Ponadto warto wiedzieć, że informatycy są osobami, które zajmują się przygotowaniem strony pod kątem technicznym, nie ingerują zazwyczaj w aspekty marketingowe, czyli m.in. wybór i dostosowanie treści do potrzeb pacjentów. Dostosowanie do potrzeb pacjentów jest bardzo ważne, ponieważ warunkuje częstotliwość korzystania ze strony, a także wpływa na pozycjonowanie i przekłada się na wizerunek lekarza i gabinetu.

PODSUMOWANIE

Internet może stanowić dobre narzędzie do budowania wizerunku wśród pacjentów, szczególnie w dzisiejszych czasach, kiedy dla wielu jest on pierwszym źródłem informacji o zdrowiu. Warto pamiętać, że pacjent nie jest w stanie ocenić kompetencji merytorycznych lekarza, a więc konstruuje swoją opinię często w oparciu o jego umiejętności komunikacyjne czy wygląd gabinetu. Przekłada się to również na zasady budowania i prowadzenia strony internetowej, gdzie wygląd i przystępny język ma bardzo duże znaczenie. Im bardziej przyjazna strona, wychodząca naprzeciw potrzebom pacjentów, tym częściej przez nich odwiedzana i tym lepszy wizerunek lekarza i gabinetu.



Fot. Damian Jedynak, Artemisja

Joanna Turkiewicz

Ekonomista, socjolog, doktorantka na Wydziale Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, pisze pracę doktorską związaną ze zmianą postaw pacjentów i skutecznością kampanii społecznych w ochronie zdrowia. Jest wieloletnim praktykiem z zakresu mediów społecznościowych i wykorzystywania nowoczesnych narzędzi komunikacji w celu budowania wizerunku. Posiada doświadczenie w realizowaniu badań społecznych, wykładowca Ośrodka Doradztwa Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej, członek Zarządu Fundacji „My Pacjenci”. Adres strony internetowej: www.turkiewicz.at, e-mail: joanna@turkiewicz.at

„ (...) negatywny komentarz i właściwa na niego reakcja zwiększa wiarygodność danego profilu lekarza (wraz ze wzrostem popularności rankingów dla lekarzy pojawił się rynek usług polegający na pisaniu komentarzy na zlecenie, rośnie też świadomość pacjentów w tym zakresie i stają się oni coraz bardziej ostrożni w pokładaniu zaufania w opinie innych). Pisząc odpowiedź na negatywny komentarz, warto pamiętać o kilku zasadach: odpowiedź powinna być merytoryczna, bez emocji; należy odnosić się z szacunkiem, niezależnie od tego czy krytyka pacjenta była słuszna czy nie; warto podkreślać zrozumienie dla sytuacji pacjenta oraz podziękować za komentarz.

“



Wojciech Krówczyński

Administrator bezpieczeństwa informacji w podmiotach leczniczych. Audytor systemu zarządzania jakością, bezpieczeństwem i higieną pracy



Tekst Wojciech
Krówczyński



Fot. z archiwum autora

Źródła grafiki: <http://www.pixabay.com/photos/office-593378/StartupStockPhotos>,
<http://www.pixabay.com/photos/leaves-374246/ceskyfreund36>

Jak skutecznie chronić dane osobowe pacjenta?

Rozwój Internetu sprawił, że przestaliśmy być anonimowi, a informacje na nasz temat łatwo pozyskać za pośrednictwem przeglądarki lub serwisów społecznościowych. Uruchomienie większości internetowych aplikacji, z jakimi mamy do czynienia w praktyce zawodowej, obwarowane jest koniecznością wprowadzenia swoich danych. W zależności od rodzaju oprogramowania i zakresu usługi mogą one mieć różny stopień szczegółowości. Im mniej płacimy za funkcjonalność, tym więcej informacji o sobie zostawiamy firmom, które z tych danych robią konkretny użytek. Jeśli zawieramy umowę z dostawcą usług internetowych we własnym imieniu, to odpowiadamy jedynie za zakres swojej ujawnionej tożsamości. Sytuacja komplikuje się, gdy lekarze bądź lekarze dentyści decydują o bezpieczeństwie danych pacjentów. Pacjent powierzając medykowi swoje dane wrażliwe oczekuje, że zachowa on je dla siebie i przekaze innym tylko w uzasadnionych przypadkach, dozwolonych przez prawo. Ujawnienie informacji o stanie zdrowia pacjenta może zniszczyć jego karierę zawodową, spowodować utratę pracy, odmowę udzielenia kredytu i inne poważne konsekwencje. Coraz częściej zdarza się, że pacjenci odmawiają podania swoich danych osobowych w rejestracji. Obawiają się wykorzystania tych informacji w niewłaściwym celu. Z tego powodu lekarz-przedsiębiorca prowadzący podmiot leczniczy lub praktykę lekarską powinien:

- uświadaczać pacjentów, że ich dane są należycie chronione;
- dopełnić wszelkich obowiązków związanych z legislacją w zakresie ochrony danych osobowych;
- zabezpieczyć od strony technicznej programy i aplikacje przetwarzające dane osobowe pacjentów;
- przeprowadzać regularnie przeglądy zabezpieczeń i wdrażać procedury doskonalące system bezpieczeństwa;
- okresowe szkolić personel.

Uświadaczenie pacjenta, że jego dane są należycie chronione, to między innymi powiadomienie go o prawie wglądu

w jego dane osobowe, możliwości ich aktualizacji oraz o ustawowym obowiązku podania przez niego niektórych danych w związku z leczeniem, któremu się poddaje.

Dopełnienie obowiązków legislacyjnych to sporządzenie i wdrożenie dokumentacji ochrony danych osobowych. Podstawowym, obowiązującym w tym zakresie dokumentem jest Polityka bezpieczeństwa. Zawiera ona między innymi: wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe; wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych; opis struktury zbiorów danych, wskazujący zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi; sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami; określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych. W uzupełnieniu Polityki bezpieczeństwa wymagane są takie procedury jak:

- upoważnienie do przetwarzania danych osobowych;
- ewidencja osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych;
- deklaracja poufności;
- umowy i rejestr powierzeń przetwarzania danych osobowych;
- rejestr udostępnionych danych ze zbioru danych osobowych;
- rejestr incydentów.

Zabezpieczenie techniczne systemów informatycznych funkcjonujących w podmiocie leczniczym bądź praktyce lekarskiej musi gwarantować:

- poufność informacji – osoby trzecie nie mają prawa dostępu do informacji, w tym do danych osobowych;
- integralność informacji – zmiany informacji, danych osobowych muszą być autoryzowane, a zarazem, w taki sam sposób odczytywane w różnych systemach, które je przetwarzają;

- dostępność informacji – system musi zapewniać dostęp do danych, w każdym momencie żądanym przez użytkownika;
- rozliczalność operacji wykonywanych na informacjach – system przechowuje pełną historię dostępu do danych, wraz z informacją, kto taki dostęp uzyskał.

Informacje poufne to oprócz danych osobowych również informacje o:

- realizowanych kontraktach;
- strukturze organizacyjnej, procesach i procedurach;
- dostęпах do systemów informatycznych;
- kondycji finansowej;
- działaniach marketingowych, działaniu konkurencji.

Integralność informacji to jej spójność i taki sam odczyt na różnych urządzeniach. Wymóg dostępności informacji to konieczność stosowania zabezpieczeń na wypadek braku napięcia w sieci lub dostępu do Internetu. Rozliczalność informacji wymaga, aby w ramach nadawania uprawnień do danych, przetwarzanych w systemach informatycznych, stosować zasadę „minimalnych uprawnień”. Każdy pracownik, który pracuje na komputerze, powinien posiadać tylko takie uprawnienia, jakie są wymagane do realizacji swoich obowiązków. Dostęp do baz przechowujących dane pacjentów jest zabroniony. Stosowny dostęp zostaje przyznany jedynie tej osobie, której zajmowane stanowisko wiąże się z koniecznością pracy w tego typu systemie.

Drugim wymaganym dokumentem w przypadku prowadzenia dokumentacji w wersji elektronicznej jest Instrukcja zarządzania systemem informatycznym. Zawiera ona między innymi: zabezpieczenia infrastruktury, baz danych i oprogramowania; procedury korzystania z Internetu i poczty; procedury nadawania uprawnień; politykę haseł; metody i środki uwierzytelnienia, procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy; procedury tworzenia kopii zapasowych; sposób, miejsce i okres przechowywania nośników informacji; procedury zabezpieczeń antywłamaniowych i antywirusowych; zasady i sposób odnotowywania udostępnień danych; procedury wykonywania przeglądów i konserwacji.

Stanowiska komputerowe funkcjonujące w praktyce lekarskiej powinny być zabezpieczone przed nieautoryzowanym dostępem osób trzecich. Wymagane, minimalne zasady ochrony to:

- zainstalowane systemy typu: firewall oraz antywirus;
- aktualizacja systemu operacyjnego oraz jego składników;
- obowiązek podawania hasła przed uzyskaniem dostępu do komputera;
- blokowanie dostępu do komputera w przypadku pozostawienia go bez nadzoru.

Regularne przeglądy zabezpieczeń całej infrastruktury teledokumentacyjnej są podstawą doskonalenia jakości systemu przetwarzania danych osobowych. Ciągłe szkolenia personelu podnoszą standard kompetencji związanych z bezpiecznym przetwarzaniem danych osobowych. Dzięki wdrożonym i doskonalonym systemom bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych pacjent ma poczucie, że jego dane są należycie chronione. Buduje to korzystny wizerunek podmiotu leczniczego, praktyki lekarskiej i wzmacnia jej reputację. Profesjonalna ochrona danych osobowych staje się, oprócz wymogów formalnych, ważnym elementem doskonalenia jakości funkcjonowania i budowania przewagi konkurencyjnej na rynku świadczeń leczniczych.

**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 – Wrocław
hotel „Mercure”, pl. Dominikański 1**



PATRONAT HONOROWY



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Szanowni Państwo,

Ośrodek Wrocławski zaprasza na kolejną – III edycję Dolnośląskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej poświęconej ANGIO-DIABETOLOGII, która odbędzie się 12 marca 2016 roku we Wrocławiu.

Tegoroczne spotkanie w całości jest poświęcone chorobom autoimmunologicznym, w dużej mierze kształtującym obraz powikłań naczyniowych cukrzycy. Stwierdzone zaburzenia to nie tylko problem u chorych na cukrzycę typu 1. Trudne niewątpliwie zagadnienie kliniczne stanowi istotne wyzwanie dla angio-diabetologii. Rodzimy Ośrodek może poszczycić się największym doświadczeniem z tego zakresu w Polsce i wiele rozwiązań terapeutycznych pozostaje oryginalnymi opracowaniami Jednostki.

Zapraszamy do czynnego uczestnictwa w obradach nie tylko angiologów i diabetologów, ale również lekarzy innych specjalności – w tym medycyny rodzinnej. Zaplanowana sesja doniesień plakatowych z pewnością wzbogaci program konferencji i dodatkowo zachęci Państwa do dyskusji.

Do zobaczenia w Kompleksie Dominikańskim we Wrocławiu.

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

TEMATY

- Nerki – narząd docelowego działania chorób autoimmunologicznych i cukrzycy.
- Powikłania naczyniowe cukrzycy indukowane obecnością przeciwciał antyfosfolipidowych.
- Fenomen Raynaud prowokowany autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy i cukrzycą.
- Zapalenie naczyń z nadwrażliwości w cukrzycy: doświadczenie jednego ośrodka.
- Enteropatie a patologia niedokrwienna jelit – zagrożenie życia u chorych na cukrzycę.
- Wpływ jednoczesowego przeszczepienia trzustki i nerki na odległe powikłania choroby.
- Ocena skuteczności i bezpieczeństwa autologicznego przeszczepiania komórek macierzystych (AHSCT) u chorych na cukrzycę typu 1.

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

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



Jest jednym z czołowych działaczy samorządu lekarskiego. Wielokrotnie plasował się w I dziesiątce w plebiscycie Listy Stu najbardziej wpływowych osób w polskiej ochronie zdrowia. W tegorocznych wyborach parlamentarnych uzyskał mandat senatora VIII kadencji. Startował z ramienia PiS jako kandydat bezpartyjny. 16 listopada 2015 r. odebrał nominację na ministra zdrowia w rządzie Beaty Szydło. *Przyszłym z krótką misją – chciałbym zamienić system ochrony zdrowia w służbę zdrowia* – zapowiedział po zaprzysiężeniu. Z nowym szefem resortu zdrowia dr. n. med. Konstantym Radziwiłłem rozmawia redaktor Magdalena Janiszewska.

Dr n. med.
Konstanty Radziwiłł



Fot. z archiwum NIL

Rozmowa z nowym ministrem zdrowia

Chciałbym zamienić system ochrony zdrowia w służbę zdrowia

Magdalena Janiszewska: Panie Doktorze, jak to się stało, że „uwiódl” Pana świat wielkiej polityki?

Konstanty Radziwiłł: W przestrzeni publicznej, w „przedSIONku” polityki jako ekspert, recenzent i krytyk podejmowanych przez polityków decyzji jestem od dawna. W końcu przyszedł czas na wzięcie osobistej odpowiedzialności za otaczającą rzeczywistość. Zwłaszcza że, nie popadając w pychę, czuję się do tego dobrze przygotowany.

M.J.: Spodziewał się Pan, że wejdzie w skład gabinetu premier Szydło?

K.R.: Prawdę mówiąc, gdy zdecydowałem się na kandydowanie do senatu, a następnie zostałem zaproszony do prac programowych Prawa i Sprawiedliwości w dziedzinie zdrowia, coraz więcej osób zaczęło typować mnie na to stanowisko. Ale oczywiście samo zaproszenie do wejścia w skład rządu ze strony pana prezesa Kaczyńskiego i pani prezes Szydło była dla mnie ogromnym przeżyciem.

M.J.: Jest Pan świadom, co Pana czeka? Zwykło się mówić, że jeśli lekarz-polityk decyduje się na stanowisko ministra zdrowia, musi się liczyć z nagłym spadkiem popularności. Nie martwi Pana to?

K.R.: Może zabrzmie to trochę patetycznie, ale nie wszedłem do polityki dla popularności czy zaszczytów, lecz z poczucia obowiązku i chęci służenia Ojczyźnie. Obiecując, że będę z siebie dawał wszystko, mam jednak nadzieję, że ostatecznie na takich stanowiskach liczy się nie bieżąca popularność, lecz osąd z dalszej perspektywy – niektórzy mówią o tym – historii.

M.J.: Podczas XI Forum Rynku Zdrowia mówił Pan o odejściu od składki zdrowotnej i zastąpieniu jej finansowaniem z budżetu państwa, a następnie w ciągu 2-3 lat dojdzie do finansowania ochrony zdrowia na poziomie przynajmniej 6 proc. PKB. Skąd wziąć na to środki, biorąc pod uwagę ogromny deficyt budżetowy?

K.R.: Nie tyle jest to kwestia deficytu budżetowego co rozłożenia priorytetów. Nie należy zapominać o tym, że biorąc pod uwagę koszty (zwłaszcza koszty pośrednie) złej opieki zdrowotnej, wydatki na zdrowie to nie tylko koszt, ale także inwestycja. Nie mam wątpliwości co do tego, że o środki na ochronę zdrowia trzeba będzie walczyć z innymi ministrami. Skoro jednak inne kraje o podobnej zamożności mogą przeznaczać tyle na zdrowie, to i nas stać na to na pewno.

M.J.: Jakie jeszcze zmiany systemowe są w polskiej ochronie zdrowia niezbędne, wręcz konieczne? Zacznie Pan od...

K.R.: Lista jest długa. Sprawą o znaczeniu systemowym jest odejście od konkurencyjnego na rzecz koordynowanego sposobu funkcjonowania systemu, przejście od wynagradzania za procedury do płacenia za jakość i wyniki oraz wprowadzenie obywatelskiego (obejmującego wszystkich potrzebujących) uprawnienia do korzystania z publicznego systemu ochrony zdrowia. Oczywiście nie można zapomnieć o sprawach takich jak informatyzacja, kadry (wynagrodzenia, kształcenie), leki itd.

M.J.: Zamierza Pan wypełnić zadania, których realizację postulowała i postuluje Naczelna Rada Lekarska?

K.R.: Samorząd lekarski od dawna zabiega nie tyle o wąsko pojęty interes lekarzy, co o to, aby system ochrony zdrowia działał należycie, więc większość jego postulatów nie jest sprzeczna z interesem pacjentów. A sprawy takie jak np. przywrócenie stażu podyplomowego czy postulaty dotyczące kształcenia specjalizacyjnego i ustawicznego zmiernają oczywiście w stronę zapewnienia pacjentom bezpieczniejszej opieki zdrowotnej.

M.J.: A jednak interesy lekarzy oraz pacjentów nie zawsze są tożsame... Ma Pan pomysł na to, jak zadowolić i jedną, i drugą grupę?

K.R.: Dobry system kształcenia kadr medycznych, zapewnienie ich właściwej liczby, satysfakcja z warunków pracy i możliwości rozwoju zawodowego lekarzy z całą pewnością przyczyniają się do lepszej opieki nad chorymi. Trzeba jednak podkreślić, że w sytuacji jakiegoś konfliktu minister zdrowia jest strażnikiem prawidłowego funkcjonowania systemu zbudowanego dla dobra pacjentów.

Dziękuję za rozmowę.
Rozmawiała Magdalena Janiszewska

Dr n. med. Konstanty Radziwiłł

Urodził się w 1958 r. we Wrocławiu. Ukończył Szkołę Podstawową nr 205 w Warszawie oraz stołeczne VI Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Reytana.

W latach 1977-1983 studiował na I Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie. Następnie specjalizował się w medycynie ogólnej i medycynie rodzinnej. W 2011 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych (tytuł pracy doktorskiej: „Ocena wielkości efektu placebo w leczeniu chorób alergicznych i astmy na podstawie metaanalizy opublikowanych wysokiej jakości badań skuteczności leków”).

Ponadto jest absolwentem podyplomowego studium ekonomiki zdrowia na Uniwersytecie Warszawskim oraz podyplomowego studium bioetyki na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Podczas studiów na warszawskiej Akademii Medycznej kierował Niezależnym Zrzeszeniem Studentów (1980-1981), był członkiem Krajowej Komisji Koordynacyjnej NZS, a po wprowadzeniu stanu wojennego uczestniczył w podziemnych działaniach tej organizacji. Był także działaczem Ruchu Wolność i Pokój. Po studiach najpierw był zatrudniony jako lekarz stażysta na warszawskim Ursynowie, a następnie jako lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Pracował w stołecznym pogotowiu ratunkowym i był lekarzem zakładowym w przedsiębiorstwach przemysłowych. W 1996 roku został właścicielem niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Od początku lat 90. angażował się w prace samorządu lekarskiego. Od 2001 r. jest członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, a od ubiegłego roku jej wiceprezesem. Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy od 1993 r. (podobnie jak na Krajowy Zjazd Lekarzy). W latach 1997-2001 pełnił funkcję sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, w latach 2001-2010 prezesa NRL, w latach 2010-2014 wiceprezesa NRL, a od 2014 roku sekretarza NRL. Jest ponadto członkiem Komisji Etyki i Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL, a także członkiem Kolegium Redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”.

W latach 2002-2003 członek Komitetu Łącznikowego Europejskiego Forum Organizacji Medycznych i Światowej Organizacji Zdrowia (EFMA/WHO). W latach 2004-2005 przewodniczący Komisji Etyki i Kodeksów Zawodowych Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME), w latach 2008-2009 wiceprezydent, a w latach 2010-2012 prezydent CPME.

W przeszłości wykładał w Szkole Wyższej Przymierza Rodzin w Warszawie, był asystentem w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ekspertem Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Współzałożyciel Związku Dużych Rodzin „Trzy Plus”, a następnie jego wiceprezes.

Odnznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (2004) i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (2009), laureat nagrody m.st. Warszawy (2015).

Wywodzi się z rodu książęcego Radziwiłłów. Jest wnukiem Konstantego Mikołaja Radziwiłła (niegdysiejszego właściciela Zegrza). Żonaty. Ma 4 córki i 4 synów.

Źródło: NIL/„Gazeta Lekarska”

Dolnośląska Rada Lekarska zaprasza na **VII BAL LEKARZA**
który odbędzie się 23 stycznia 2016 r. (sobota)
w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

Koszt uczestnictwa w VII Balu Lekarza wynosi **250 zł od osoby/500 zł od pary.**

Dolnośląska Izba Lekarska nie dofinansowuje tego przedsięwzięcia!

Zapewniamy:

- bogate menu
- zabawę przy profesjonalnym zespole muzycznym,
- pen bar z alkoholem.

Bal rozpocznie się o godz. 20.00.

Rezerwacji miejsc prosimy dokonywać telefonicznie lub drogą elektroniczną:
tel. 71 798 80 52, e-mail: dil@dilnet.wroc.pl

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
62 1020 5242 0000 2402 0349 0570
do **15 stycznia 2016 r.** z dopiskiem „VII BAL LEKARZA” lub bezpośrednio w kasie Izby.

Ilość miejsc ograniczona!





WYPRZEDZACZ ROZNIKOWY

Gdy inni wyprzedają modele 2015,
my oferujemy modele 2016
w specjalnych cenach!

www.volvocars.pl

W zależności od wersji silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 3,7 do 8,4 l/100 km, emisja CO₂ od 96 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
55-040 Bielany Wrocławskie

T: (71) 722 10 10
www.intercar.dealervolvo.pl



Od 1 stycznia 2016 r. (co do zasady) wchodzi w życie *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*. Natomiast poprzednio obowiązujące *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* w przedmiotowym zakresie przestanie obowiązywać.

Tekst Małgorzata Paszkowska

Zródło grafiki: <http://www.pixabay.com/photos/contract-945619/Picsues>

NOWE OGÓLNE WARUNKI WYKONYWANIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Generalne zasady zawierania przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone są w art. 132-161b *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 roku, poz. 581) w skrócie u.s.o.z., natomiast szczegółowo postępowanie w sprawie zawarcia umowy reguluje obecnie *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy*

(Dz. U. z 2014, poz. 1980). Zgodnie z art. 132 u.s.o.z. podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem (jednakże świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym) potocznie nazywana „kontraktem”. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, warunki udzielania świadczeń

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 WSIiZ w Rzeszowie. Wykładowca na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy. Współorganizator kierunku zdrowie publiczne oraz uczelnianego centrum rehabilitacyjno-medycznego REH-MEDIQ. Przewodzi 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).

opieki zdrowotnej; wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach; zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami; kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy; zasady rozpatrywania kwestii spornych; postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim – nie krótszym niż 3 miesiące – okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej; postanowienie o karze umownej.

Są to elementy obligatoryjne kontraktu. Umowy mogą zawierać także inne postanowienia. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdro-

wotnej odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie: konkursu ofert albo rokowań. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu Fundusz zamieszcza ogłoszenie. Natomiast w celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysłał zaproszenia. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje komisję konkursową w celu przeprowadzenia postępowania. Procedurę konkursową wieńczy zawarcie umowy ze świadczeniodawcą.

W praktyce dla każdego świadczeniodawcy istotne znaczenie mają tzw. ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 137 u.ś.o.z. ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmują: przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej; tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok; zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych; przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia.

Na podstawie art. 137 ust. 2 u.ś.o.z. minister zdrowia jest upoważniony do określania, w drodze rozporządzenia, ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Od 1 stycznia 2016 r. (co do zasady) wchodzi w życie nowe rozporządzenie w powyższym zakresie, tj. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2015, poz. 1400). Natomiast poprzednio obowiązujące *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* w przedmiotowym zakresie przestanie obowiązywać. W nowym rozporządzeniu ustalano ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia i będące przedmiotem niniejszego artykułu.

Zasady wykonywania umowy

Generalne zasady wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały trafnie wskazane w wyroku SN z dnia 22 maja 2014 roku (IV CSK 536/13), zgodnie z którym umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kreuje mię-

dzy świadczeniodawcą a Funduszem stosunek zobowiązaniowy, do którego – jeżeli przepisy ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stanowią inaczej – stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego. Do stosunku tego ma więc zastosowanie art. 354 k.c., zgodnie z którym dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom, i w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. Postanowienia umowy określające rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, co do zasady, są dla stron umowy wiążące, co nie oznacza, że uwzględnienie wniosku świadczeniodawcy o przesunięcie środków finansowych zależy jedynie od uznania Funduszu (LEX nr 1504577).

Zgodnie z nowym rozporządzeniem, tak samo jak poprzednio, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez prezesa Funduszu. Świadczeniodawca zobowiązany jest udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności i przestrzegać praw pacjenta, ponadto podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń, w tym stosować m.in. kwestionariusz jakości. Tak jak poprzednio świadczeniodawca zobowiązany jest zaopatrywać się we własnym zakresie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne i inne materiały konieczne do wykonania świadczenia na podstawie umowy. Ponosi też odpowiedzialność za ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Ponadto świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń. Świadczeniodawca musi zapewnić udzielanie świadczeń w odpowiednich pomieszczeniach i przez adekwatny personel

” —
Zgodnie z nowym rozporządzeniem, tak samo jak poprzednio, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

“

” —

Wykaz obowiązków świadczeniodawcy o charakterze informacyjnym zawierał dotychczas §11 OWU i tak też jest w nowym rozporządzeniu, zgodnie z nim świadczeniodawca jest obowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, a także informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych (ta ostatnia informacja jest nowością).

“



medyczny oraz w sposób kompleksowy, obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. Świadczeniodawca powinien udzielać świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym. Jednakże możliwa jest przerwa w udzielaniu świadczeń. Chcąc z niej skorzystać świadczeniodawca musi powiadomić na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania. Przerwa w udzielaniu świadczeń wymaga zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Wykaz obowiązków świadczeniodawcy o charakterze informacyjnym zawierał dotychczas §11 OWU i tak też jest w nowym rozporządzeniu, zgodnie z nim świadczeniodawca jest obowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, a także informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych (ta ostatnia informacja jest nowością). Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablice ze znakiem graficznym Funduszu, według wzoru określonego przez prezesa Funduszu. Świadczeniodawca jest bezwzględnie zobowiązany, tak jak poprzednio, umieścić wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące:

- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania;
- miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
- zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy (w tym dni, godziny oraz forma);
- praw pacjenta;
- zasad potwierdzania prawa do świadczeń;
- adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

- numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki ds. skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;
- innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

Brak powyższych informacji stanowi częste uchybienie, wykazywane podczas kontroli świadczeniodawcy przez NFZ.

W nowym rozporządzeniu utrzymano naruszaną niekiedy w praktyce zasadę, że lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:

- kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
- istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej, jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego 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. Informację powyższą lekarz jest obowiązany przekazać innemu lekarzowi, nie rzadziej niż co 12 miesięcy w przypadku gdy:

- świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia lub
- kierujący lekarz ubezpieczenia zdrowotnego nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych w ramach leczenia specjalistycznego leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

Rozliczenie umowy

Fundusz jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń. Zachowano w nowym rozporządzeniu dotychczasowe metody rozli-

czania świadczeń opieki zdrowotnej tj.: kapitacyjna stawka roczna, cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej, ryczałt.

W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej, należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach świadczeniobiorców i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących. Natomiast w przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniając współczynniki korygujące.

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym, zwane „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego (poprzednio było 45 dni). Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. W przypadku świadczeń leczenia uzdrowiskowego dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa w terminie 5 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego. Raport statystyczny świadczeniodawca przekazuje w formie elektronicznej. Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej. W przypadku złożenia rachunku w formie pisemnej dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki Funduszu wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 14 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i innych wymaganych informacji. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

Kary umowne

Umowa może zawierać zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu lub prezesa Funduszu kary umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Wysokość kary

umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania przez świadczeniodawcę. W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi przykładowo: 1) do 2 proc. kwoty zobowiązania wy-

kającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:

- utrudniania czynności kontrolnych;
 - pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji za świadczenia będące przedmiotem umowy;
 - niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych;
- 2) do 2 proc. kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:
- nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie;

- udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione;
- przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych.

Kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają sumowaniu, przy czym łączna wysokość nałożonych kar umownych nie może przekraczać 4 proc. kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla okresu rozliczeniowego, którego dotyczyły naruszenia.

Nowe regulacje – podsumowanie

Konkludując, nowe rozporządzenie pokrywa się zasadniczo w swoim zakresie przedmiotowym z poprzednio obowiązującym rozporządzeniem. Normuje podobnie jak dotychczas kwestie, zawiera modyfikację niektórych regulacji. Jednakże wprowadza też nowe regulacje prawne.

Nowe rozporządzenie wprowadza odrębną konstrukcję, związaną z otrzymywaniem przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne. W terminie 14 dni od dnia ogłoszenia rozporządzenia świadczeniodawcy pozostający stroną umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych), zobowiązani są do przekazania do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, za pośrednictwem serwisów internetowych, informacji,

według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia (tj. według stanu na dzień 15 września 2015 r.), o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących w tego świadczeniodawcy swój zawód.

Nowe rozporządzenie wprowadza nowy obowiązek stosowania przez świadczeniodawców kwestionariusza jakości oraz okołooperacyjnej karty kontrolnej. Świadczeniodawca pozostający stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ zobowiązany jest do przedstawienia pacjentowi po zakończonym leczeniu, do wypełnienia na zasadach dobrowolności i anonimowości, ankiety w sprawie jakości udzielonych świadczeń. Z kolei celem wprowadzenia okołooperacyjnej karty kontrolnej pozostaje zagwarantowanie wykonania wszystkich niezbędnych procedur, i to zarówno przed rozpoczęciem operacji, w jej trakcie, jak i po zakończeniu.

Dotychczas osoby z personelu medycznego, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy,

nie mogły udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy czy też u innego świadczeniodawcy. Zgodnie z nowym rozwiązaniem personel medyczny będzie mógł udzielać świadczeń w innym miejscu, jeśli umowa będzie tak stanowiła (na to zezwalać).

Nowe ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyjmują również zasadę, że odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miało być przyjęte albo z jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem, przy czym wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Norma powyższa obowiązuje już od 30 września 2015 r. Poza tym w nowym rozporządzeniu skrócono z 45 do 40 dni termin na korygowanie raportu statystycznego przez świadczeniodawcę, a także dokonano zmian w konstrukcji kary umownej.

**Komisja Młodych Lekarzy z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
ma zaszczyt zaprosić Koleżanki i Kolegów
na jedyną w swoim rodzaju przebieganą imprezę karnawałową pod hasłem**

„Gwiazdy Hollywood”

Czerwony dywan zostanie rozwinięty w klubie „Inspiracja”, w samym sercu Wrocławia na pl. Solnym 16,

29 stycznia 2016 r. (piątek)

Start: godzina 20.00.

**Nie czekaj! To jedyna w swoim rodzaju okazja, by poznać Marilyn Monroe
i wypić whisky z Chuckiem Norrisem!**

**Lekarze – wstęp wolny,
osoba towarzysząca (niebędąca lekarzem) – wstęp 50 zł.**

**W programie: koloacja koleżeńską, zabawa do białego rana,
liczne niespodzianki i atrakcje!
Ilość miejsc ograniczona!!!**

Zgłoszenia: impreza.dil@gmail.com





Elektroniczne zwolnienia lekarskie już od stycznia 2016 r.

www.zus.pl
Zwolnienia papierowe znikną 1 stycznia 2018 r.

Janusz Lipka,
naczelnik
Wydziału Obsługi Klientów
i Korespondencji
Oddziału ZUS we Wrocławiu
odpowiada na e-mailowe
pytania lekarzy.

Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/22505518317_3c02d9d03b_k/Image_Catalog

Od 1 stycznia 2016 roku lekarze będą mogli wystawiać elektroniczne zwolnienia lekarskie, nazywane e-ZLA. Będą one automatycznie przekazywane do ZUS. Natomiast do pracodawcy pacjenta trafią także elektronicznie, jeśli ten będzie miał założony swój profil na PUE (Platforma Usług Elektronicznych). Nie oznacza to jednak, że od tej daty znikną dotychczasowe zwolnienia papierowe. Te będzie można stosować do końca 2017 roku. Czyli od stycznia pacjent będzie mógł otrzymać od lekarza zwolnienie wystawione według dotychczasowych zasad – na papierowym formularzu (ZUS ZLA) albo w formie elektronicznej (e-ZLA). Zwolnienia papierowe znikną 1 stycznia 2018 r. – od tego momentu będą wystawiane wyłącznie zwolnienia elektroniczne. W związku z e-zwolnieniami do wrocławskiego oddziału ZUS napływa wiele pytań. Na te najczęściej zadawane przez lekarzy odpowiada na łamach „Medium” Janusz Lipka, naczelnik Wydziału Obsługi Klientów i Korespondencji Oddziału ZUS we Wrocławiu.

Czy z wystawieniem przez lekarza elektronicznego a nie papierowego zwolnienia wiąże się jakieś ułatwienie dla ubezpieczonego – np. chorego pracownika czy przedsiębiorcy, a także dla samego lekarza?

Tak, takie zwolnienie trafi natychmiast do ZUS. Czyli jeśli lekarz wystawi e-ZLA, pacjent-pracownik będzie zwolniony z obowiązku dostarczania zwolnienia pracodawcy. Zostanie ono od ręki przesłane do niego (na PUE płatnika) i do systemu ZUS. Zatem pracownik nie będzie już musiał pilnować terminu siedmiu dni na dostarczenie zwolnienia. Nie będą go też dotyczyły ewentualne obniżenia zasiłku chorobowego czy opiekuńczego z powodu przekroczenia tego terminu.

Jeśli pracodawca ma profil na PUE to pracownik po wystawieniu e-ZLA nie musi nic robić, aby otrzymać zasiłek?

Tak będzie, gdy pracodawca wypłaca zasiłki swoim zatrudnionym. Jeśli natomiast płatnikiem zasiłków jest ZUS (jest tak np. w przypadku gdy pracodawca zgłasza do ubezpieczenia chorobowego do 20 osób), to konieczne będzie złożenie wniosku o zasiłek. Jednak, co bardzo istotne, jako wniosek o zasiłek będzie także traktowane zaświadczenie wystawione przez pracodawcę (na druku ZUS Z-3) i przekazane do ZUS, albo nawet sam wydruk e-ZLA. Do złożenia wniosku można wykorzystać swój profil na PUE ZUS, gdzie zostanie zamieszczony druk takiego wniosku. Wypełniony wniosek można też zanieść albo wysłać do ZUS.

Jakie są korzyści dla lekarzy?

Wystawianie e-ZLA będzie trwało krócej niż wypisywanie papierowego zwolnienia. Lekarz uzyska bowiem dostęp do danych pacjenta (ubezpieczonego), jego pracodawców (płatników składek) oraz członków jego rodziny – jeśli e-ZLA będzie wystawiane w celu opieki nad nimi. Gdy wpisze numer PESEL pacjenta, pozostałe dane identyfikacyjne zostaną automatycznie uzupełnione przez system. Z kolei adres pacjenta czy dane płatnika lekarz będzie wybierał z wyświetlonej listy pacjenta. System będzie też weryfikował daty okresu niezdolności do pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami, podpowie kod literowy A i D oraz numer statystyczny choroby (np. po wpisaniu fragmentu jej nazwy). Możliwy będzie także podgląd przez lekarza zaświadczeń lekarskich wystawionych pacjentowi wcześniej, w tym w wyniku kontroli przez lekarza orzecznika ZUS. System przypomni również lekarzowi o możliwości skierowania pacjenta na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS. W przypadku pozytywnej decyzji lekarza o skierowaniu na rehabilita-

cję, system otworzy formularz wniosku ZUS PR-4 i wprowadzi automatycznie dane pacjenta. Lekarz będzie mógł od razu wystawić wniosek o rehabilitację i przesłać go w formie elektronicznej do Zakładu w celu wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS. Lekarze wystawiający zwolnienia elektroniczne nie będą już musieli pobierać w jednostkach ZUS tzw. bloczków formularzy ZUS ZLA. Będą też zwolnieni z obowiązku przysyłania do ZUS papierowych oryginałów zwolnień oraz przechowywania ich drugiej kopii.

Czy będzie łatwiej pracodawcom?

To będzie zależało od tego, czy pracodawca założy profil na PUE ZUS (Platformie Usług Elektronicznych ZUS). Taki profil do końca 2015 roku muszą założyć pracodawcy – płatnicy zobowiązani do przekazywania dokumentów ubezpieczeniowych w formie elektronicznej, czyli co do zasady rozliczający składki za więcej niż 5 osób. Na pozostałych płatników przepisy nie nakładają takiego obowiązku, ale mogą to zrobić dobrowolnie. Na PUE znajdzie się specjalne miejsce, w którym będą widoczne elektroniczne zwolnienia wysłane na profil płatnika. Pracodawca będzie też mógł drogą elektroniczną wystąpić do ZUS z wnioskiem o kontrolę prawidłowości wystawiania zwolnień. Korzystając z PUE pracodawca (którego pracownikom zasiłki wypłaca ZUS) będzie mógł przesłać do Zakładu zaświadczenie na druku ZUS Z-3. Będzie ono traktowane, jak już wspominałem, także jako wniosek o zasiłek.

Co w sytuacji, gdy pracodawca nie posiada profilu na PUE?

W takim przypadku pracownik, któremu lekarz wystawił e-ZLA od 1 stycznia 2016 r., powinien dostarczyć pracodawcy wydruk e-ZLA. Będzie to jedyna podstawa do ustalania prawa do świadczeń z tytułu choroby, gdyż pracodawca nie mając profilu, nie otrzyma tego zaświadczenia systemowo.

Kiedy będą wydawane wydruki e-ZLA?

Jeśli lekarz wystawi e-ZLA, a pracodawca pacjenta nie będzie miał profilu na PUE, to lekarz będzie musiał wydrukować takie zwolnienie dla ubezpieczonego. Wydruki e-ZLA będą również wydawane przez lekarzy zawsze wtedy, gdy pacjent o nie poprosi, czyli nawet gdy pracodawca będzie miał profil na PUE. Warto wiedzieć, że zamiast żądania wydruku e-ZLA można założyć profil na PUE. Jest to bardzo proste i nie zabiera wiele czasu. Wystarczy wejść na stronę: www.zus.pl – tam otrzymuje się login i ustala hasło. Należy również zaufać profil w ZUS. W ten sposób każdy ubezpieczony uzyskuje m.in. dostęp do wszystkich swoich zwolnień, a także do innych danych o swoim ubezpieczeniu.

Co trzeba zrobić z tymi wydrukami?

W pierwszej z wymienionych sytuacji pracownik powinien dostarczyć wydruk e-ZLA pracodawcy. Z uwagi na to, że pracodawca nie będzie miał profilu na PUE, nie otrzyma informacji o wystawieniu pracownikowi zwolnienia i samego zwolnienia. Natomiast w przypadku wydania wydruku na żądanie pacjenta stanowi on tylko dla niego potwierdzenie, że e-ZLA zostało wystawione. Nie należy go zatem nikomu doręczać.

Jakie korzyści będzie miał przedsiębiorca, któremu lekarz wystawi e-ZLA?

Jeśli pacjentem będzie osoba prowadząca działalność gospodarczą, to przyznanie jej zasiłku chorobowego czy opiekuńczego nie będzie zależało od dostarczenia przez tę osobę zwolnienia do ZUS. E-ZLA zostanie przesłane do systemu ZUS automatycznie. Będzie tak również w przypadku osób występujących o zasiłek chorobowy po ustaniu zatrudnienia.

Czy takie osoby będą musiały składać wniosek o zasiłek?

Tak, ale mogą wybrać dogodną dla siebie formę tego wniosku.

Jako wniosek traktowane będzie przekazanie do ZUS zaświadczenia wystawionego na druku ZUS Z-3b czy wydruku e-ZLA. Mogą też wypełnić formularz wniosku i złożyć go bez wychodzenia z domu przez swój profil na PUE ZUS albo zanieść czy przesłać do oddziału ZUS.

Zwolnienia elektroniczne zastąpią papierowe?

Do końca 2017 roku będą funkcjonowały obok siebie dwie formy zwolnień – papierowe (na druku ZUS ZLA) i elektroniczne. Dopiero od 2018 roku będą wystawiane tylko e-ZLA.

A jeśli w trakcie wizyty lekarz nie będzie miał dostępu do Internetu?

Gdy wystawienie e-ZLA nie będzie możliwe, lekarz wystawi i przekaże pacjentowi zwolnienie na formularzu wydrukowanym z systemu, opatrzonym podpisem i pieczętą lekarza. Takie papierowe zwolnienie ubezpieczony będzie musiał dostarczyć pracodawcy albo ZUS. Natomiast lekarz ma obowiązek wprowadzenia tego zwolnienia do systemu w ciągu 3 dni.

Czy zmienią się obowiązki ubezpieczonego, np. chorego pracownika czy przedsiębiorcy, który otrzyma w 2016 roku takie jak obecnie wystawiane papierowe zwolnienie?

Nie. Jeśli lekarz wystawi zwolnienie w dotychczasowej formie (na druku ZUS ZLA), to będzie musiał poinformować pacjenta o konieczności doręczenia zwolnienia (np. w przypadku pracowników – do pracodawcy, a osób prowadzących działalność gospodarczą – do ZUS) w terminie 7 dni od jego otrzymania. Jeżeli termin ten zostanie przekroczony, to tak jak dotychczas, zasiłek chorobowy albo opiekuńczy zostanie obniżony o 25 proc. (za okres od 8 dnia orzeczonej niezdolności do pracy do dnia dostarczenia zwolnienia). Co ważne, przepis o obniżeniu zasiłku o 25 proc. dotyczy tylko zwolnień lekarskich wystawianych w dotychczasowym trybie. Nie dotyczy elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA).

Co powinien zrobić lekarz, aby móc wystawiać e-ZLA?

Może samodzielnie na stronie: www.zus.pl założyć sobie profil na PUE ZUS. Platforma Usług Elektronicznych ZUS to zestaw nowoczesnych usług dla wszystkich klientów ZUS, w tym również dla lekarzy. Umożliwia m.in. wystawianie e-ZLA oraz przeglądanie wcześniejszych zwolnień lekarskich pacjentów. Aby założyć profil na PUE, trzeba się zarejestrować, czyli wejść na stronę: www.zus.pl – wypełnić elektroniczny formularz, ustalić hasło i wtedy otrzyma się login. Gdy lekarz robi to samodzielnie, musi koniecznie potwierdzić swoją tożsamość, a to wymaga np. wizyty w ZUS. Proszę się tego nie bać, bo wystarczy jedna krótka wizyta z dokumentem potwierdzającym tożsamość, np. dowodem osobistym. Można też zrobić to elektronicznie – jeśli lekarz ma podpis elektroniczny (podpis kwalifikowany lub profil zaufany ePUAP – elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej) – podczas rejestracji na www.zus.pl.

A jeżeli lekarz nie ma podpisu elektronicznego, to jak może go uzyskać?

E-ZLA należy podpisać profilem zaufanym ePUAP albo podpisem kwalifikowanym. Profil zaufany ePUAP jest bezpłatny. Aby go uzyskać, wystarczy założyć konto na stronie: epuap.gov.pl, złożyć wniosek o profil zaufany i potwierdzić tożsamość, np. w jednostce ZUS. Inaczej jest w przypadku podpisu kwalifikowanego, który wydają uprawnione centra certyfikacji. Jest to usługa płatna. Jej koszt zależy m.in. od okresu ważności, na jaki certyfikat zostaje wydany. Można także poprosić nas o wizytę w szpitalu lub przychodni. W jej trakcie pracownicy ZUS na miejscu, od ręki i bez konieczności potwierdzania w ZUS założą i aktywują lekarzom profil. Zachęcam do korzystania z tej właśnie formy, gdyż jest szybka, niekłopotliwa i daje możliwość uzyskania instrukcji od pracownika ZUS, jak korzystać z PUE.

IX WROCŁAWSKIE DNI PROMOCJI ZDROWIA

W dniach 26 i 27 września odbyły się Wrocławskie Dni Promocji Zdrowia. To już dziewiąta edycja tej niezwykle popularnej wśród wrocławian imprezy, która na stałe zagościła na uroczej Wyspie Słodowej. Po raz kolejny mieszkańcy stolicy Dolnego Śląska mogli skorzystać z bezpłatnych porad lekarzy specjalistów oraz usług firm promujących zdrowie i zdrowy styl życia.

Na IX Wrocławskich Dniach Promocji Zdrowia nie mogło zabraknąć stomatologów. W tym roku, tak jak w poprzednich latach, Komisję Stomatologiczną DRL reprezentowali Anna Sumiśławska i Marek Stehlik. Na specjalnie przygotowanym stoisku, w otoczeniu różnych gadżetów związanych z higieną jamy ustnej, lekarze przyjmowali małych pacjentów, którym towarzyszyli rodzice.

Dzieci bardzo spontanicznie i z ogromną otwartością opowiadały o swoich perypetiach z zębami. Dzięki temu stomatolodzy mogli z łatwością udzielać porad dotyczących higieny jamy ustnej i prawidłowego mycia zębów. Pozwoliło to na obalenie mitu o strachu przed dentystą. Rodzice z uwagą przysłuchiwali się wyjaśnieniom, które kierowaliśmy do ich pociech. Często zadawali konkretne pytania odnośnie stanu uzębienia ich dzieci. Naturalnie, gdyby nie pomoc higienistek z Medycznej Szkoły Policealnej im. Marii Skłodowskiej-Curie i p. wicedyrektor, lek. stom. Romany Ostendy-Szargut, całość tego przedsięwzięcia nie poszłaby tak sprawnie. Niemal śmiechu wywołało badanie higieny jamy ustnej za pomocą fioletowego barwnika, który był testem na prawidłowo umyte zęby.

W ciągu kilku godzin trwania imprezy stoiska lekarskie odwiedziło ponad trzystu pacjentów. Sporo rozmów poświęcono również zdrowemu odżywianiu.

Dodatkową atrakcją dla najmłodszych był specjalnie przygotowany stół, gdzie pod okiem plastyka Grzegorza Sumiśławskiego dzieci z zapalem rysowały marchewki, owoce i warzywa, których spożywanie pomaga w utrzymaniu zdrowych zębów. Do tego stoiska często ustawiała się długa kolejka. W ten sposób dzieci utrwały wiedzę o zdrowym stylu życia. Rodzice mogli w tym czasie spokojnie porozmawiać z lekarzami. Naturalnie rodziły się przy tej okazji nowe relacje. Piękna pogoda i sympatyczna atmosfera dopełniły resztę.

Organizatorem wydarzenia był zwyczajowo Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia, reprezentowany przez koordynatorkę programu, p. Bożenę Lewicką. Inicjatywa wpisuje się w przestrzeń oczekiwań mieszkańców Wrocławia w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia. Jeszcze raz mogliśmy się przekonać o słuszności i celowości takich działań na rzecz społeczeństwa.

Programy prozdrowotne winny być koordynowane nie tylko na poziomie administracyjnym. Ich realizacja we współpracy ze środowiskiem lekarskim oraz obywatelami stanowi inwestycję w przyszłość. W powyborczej rzeczywistości wiele mówi się o powrocie gabinetów stomatologicznych do placówek edukacyjnych. Oby nie skończyło się jedynie na pobożnych życzeniach, bo taka potrzeba naprawdę istnieje. Stworzyłoby to możliwość pełnej opieki zdrowotnej nie tylko opartej na programach, ale także na leczeniu zachowawczym. Dzięki temu teoria stałaby się praktyką. Wreszcie można by skutecznie walczyć z próchnicą wśród młodego pokolenia, w myśl motta programu: „Niech wiedzą mali i duzi, że zdrowie zaczyna się w buzi”.

Anna Sumiśławska

1. Lek. dent. Marek Stehlik uczy najmłodszych dbać o higienę jamy ustnej.
2. i 3. Na stoisku stomatologicznym specjaliści sprawdzali nie tylko stan uzębienia dzieci. Najmłodszy mogli też wziąć udział w zajęciach plastycznych zorganizowanych przez Grzegorza Sumiśławskiego.
4. Za pomocą fioletowego barwnika stomatolodzy i higienistki badali, czy dzieci prawidłowo umyły zęby.





„NOWE WYZWANIA W OPIECE NAD KOBIETĄ, MATKĄ I DZIECKIEM”



Fot. M.J.

Pod takim tytułem 4 listopada 2015 roku została zorganizowana konferencja dla położnych, lekarzy i pielęgniarek. Odbyła się ona w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45.

Organizatorem konferencji był Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego we Wrocławiu we współpracy z Wrocławskim Centrum Zdrowia SPZOZ, Komisją Stomatologiczną DRL, Komisją Kształcenia DRL oraz Dolnośląską Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych. Konferencję zorganizowano w ramach programu pn. „Poprawa jakości opieki nad kobietą, matką i dzieckiem”, finansowanego przez miasto Wrocław od 2008 roku.

W trosce o zdrowie kobiet i dzieci podczas konferencji specjaliści z wielu dziedzin medycyny i nauk pokrewnych prezentowali zagadnienia, które w istotny sposób wpływają na zdrowie i jakość opieki nad kobietą, matką i dzieckiem.

Prowadząca konferencję Leokadia Jędrzejewska – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, i jednocześnie koordynator ww. programu miejskiego, przedstawiła uczestnikom konferencji „Nowe wyzwania w opiece nad kobietą, matką i dzieckiem” z uwzględnieniem obowiązującego prawa i potrzeb konsumentów.

Wiceprezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej lek. dent. Alicja Marczyk-Felba, moderator konferencji, podkreśliła w swoim wystąpieniu znaczenie zdrowia jamy ustnej matki, szczególnie w aspekcie profilaktyki próchnicy zębów wczesnego dzieciństwa.

Wykłady o cukrzycy w ciąży, zagrożeniu kobiet w okresie prokreacji HIV, znaczeniu opieki psychologicznej czy efektywnego komunikowania się w edukacji zdrowotnej przy-

czyniły się do pogłębienia i uaktualnienia merytorycznej wiedzy uczestników konferencji.

Poruszono również wiele problemów dotyczących opieki nad noworodkiem, promocji naturalnego karmienia piersią oraz roli położnej i pielęgniarki w propagowaniu i wykonywaniu szczepień ochronnych u dzieci. W swoich wystąpieniach specjaliści wielokrotnie zwracali uwagę na znaczenie stosowania w praktyce trójstopniowej opieki perinatalnej oraz standardów opieki okołoporodowej.

Standardy opieki okołoporodowej, określone przez ministra zdrowia w formie rozporządzenia, określają poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego.

Poprawę jakości opieki osiąga się poprzez przestrzeganie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia

1. Od lewej: mgr Leokadia Jędrzejewska – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, wiceprzewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, lek. dent. Alicja Marczyk-Felba – wiceprezes DRL ds. stomatologii oraz dr n. med. Paweł Wróblewski – p.o. prezes DRL
2. i 3. W konferencji „Nowe wyzwania w opiece nad kobietą, matką i dzieckiem” wzięło udział ok. 100 lekarzy, pielęgniarek i położnych.
4. Wystąpienie lek. dent. Alicji Marczyk-Felby



Kongres FDI w Poznaniu – dołączamy do elity

Od 7 do 10 września 2016 r. Poznań będzie gospodarzem Dorocznego Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI. Dlaczego każdy lekarz dentysta powinien zaplanować udział w tym wydarzeniu? Ponieważ do Poznania przyjadą wszyscy ci, którzy decydują nie tylko o kierunkach rozwoju stomatologii, najważniejsi producenci sprzętu z kraju i zagranicy, ale także ci, którzy odpowiedzialni są za światową politykę w zakresie zdrowia jamy ustnej.

– Przez cztery dni Polska będzie światową stolicą stomatologii – przekonuje prof. Bartłomiej W. Loster, prezydent Kongresu, na co dzień szef Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, głównego organizatora po stronie krajowej. Kongres FDI to prestiżowa konferencja z udziałem wybitnych ekspertów z kraju i zagranicy, połączona z międzynarodową wystawą sprzętu i materiałów oraz debatą nad kierunkami światowej polityki stomatologicznej. Polska gospodarzem będzie po raz pierwszy w historii. Jak podkreśla prof. Honorata Shaw, główny koordynator Kongresu, wiceprezydent PTS, szybko taka okazja może się znów nie powtórzyć. – To, co wydarzy się w Poznaniu, będzie z pewnością wyjątkowe. Kongres urzeka już od ceremonii otwarcia. Oczekiwanie na władze FDI, uroczysta prezentacja flag, ujmująca część artystyczna – wszystko to stwarza niepowtarzalną, wartą przeżycia atmosferę – zachęca.

Przed wszystkim edukacja

Choć rejestracja (na stronie: www.fdi2016poznan.org) na Kongres ruszyła na początku listopada, to nie jest jeszcze znany ostateczny program naukowy wydarzenia oraz lista wykładowców. Aby oba te elementy stały na najwyższym poziomie pracuje wiele osób. – To praca zespołowa. Strona polska odpowiada za 25 proc. całości, za kolejne 25 proc. odpowiada Komitet Edukacyjny FDI, natomiast pozostałe 50 proc. to praca wspólna. W przygotowanie możliwie najlepszego programu wykładów, warsztatów i spotkań zaangażowani są praktycy, członkowie Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Naczelnej Izby Lekarskiej oraz młodzi lekarze dentyści – wyjaśnia prof. Marzena Dominiak, przewodnicząca Komitetu Naukowego Kongresu. Wyzwaniem dla organizatorów jest jak najlepsza prezentacja osiągnięć polskiej stomatologii podczas Kongresu. 1 grudnia 2015 r. ruszyła rejestracja streszczeń prezentacji na Kongres. Można je przygotować w kilku kategoriach m.in.: stomatologii ogólnej, profilaktyce, leczeniu stomatologicznym i odtworczym oraz chirurgii jamy ustnej.

Zakupy: po polsku i w walucie

Międzynarodowy charakter wydarzenia to szansa również dla polskich wystawców. Do Poznania przyjedzie kilkanaście tysięcy uczestników z całego świata, zainteresowanych obcowaniem z najbardziej nowatorskimi technikami leczenia oraz nowościami w diagnostyce i terapii. Przyjadą również szefowie największych firm ze świata, część z nich w poszukiwaniu partnerów do eksploracji nowych rynków. – Targi stomatologiczne, w tym wystawa towarzysząca Kongresowi FDI, w dalszym ciągu przez wielu dentystów są traktowane jako główne źródło zaopatrzenia oraz informacji o nowościach w materiałach i sprzęcie. Firmy produkujące sprzęt i materiały nie mogą obok tego faktu przejść obojętnie – zauważa Marek Wiktorowski, współwłaściciel firmy Exactus, która od ćwierć wieku organizuje wystawę CEDE. Statystyki to potwierdzają. Tylko w ostatnich czterech latach World Dental Exhibition odwiedziło prawie 60 tys. lekarzy dentyków, a średnia liczba wystawców podczas jednej edycji wystawy grubo przekracza 200.

O czym zdecyduje parlament?

Duże nadzieje związane są z obradami Światowego Parlamentu FDI. Organizatorzy mają ambicje, aby w toku dyskusji podejmowano również problemy zgłoszone przez stronę Polską. – Stanowiska przyjmowane przez Parlament FDI należy traktować jako profesjonalny głos ogólnoswiatowego środowiska stomatologicznego. W ostatnich latach działania i stanowiska FDI w dużym stopniu przyczyniły się do dostrzeżenia, m.in. przez WHO, że choroby niezakaźne takie jak nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca i przewlekłe schorzenia płuc, które są obecnie najczęstszą przyczyną zgonów na świecie, mają takie same czynniki ryzyka jak choroby jamy ustnej – podkreśla lek. dent. Anna Lella, prezydent elekt European Regional Organization of FDI (ERO-FDI), delegatka Parlamentu FDI z ramienia Naczelnej Izby Lekarskiej. W 2016 r. w obradach

Tekst Łukasz Sowa, rzecznik prasowy Dorocznego Światowego Kongresu Dentystycznego FDI Poznań 2016

Musisz odwiedzić:

www.fdi2016poznan.org

www.facebook.com/FDI2016POZNA



Światowego Parlamentu Stomatologicznego Polska będą reprezentować delegaci z NIL – trzech przedstawicieli na Zgromadzenie Ogólne FDI z prawem do głosowania i jeden doradca/obserwator oraz PTS – jeden delegat i jeden obserwator.

My name is... , czyli czas na integrację

Bankiety, koncerty, spotkania z przyjaciółmi – tak wygląda standardowy wieczór wieńczący intensywny dzień nauki podczas Kongresu FDI. Poznański rynek, restauracje, puby wypełnią się po brzegi lekarzami dentystami z całego świata. Wiadomo już, że pierwszy dzień intensywnych szkoleń zwieńczy uroczysta ceremonia otwarcia (godz. 18.30, pawilon 6A). Na to niezwykle doniosłe wydarzenie zaproszeni są wszyscy uczestnicy. Dzień później, czyli 8 września o godz. 19.30, rozpocznie się tzw. Gala Dinner, a cykl towarzyskich spotkań zakończy wydarzenie pt. „Poznań City night” (9 września, godz. 19.30). – To na pewno nie wszystkie okazje, podczas których będzie można zrelaksować się w międzynarodowym gronie – zapewniają organizatorzy.



Dr Patrick Hescot,
prezydent FDI

Fot. z archiwum FDI

NAJWAŻNIEJSZE WYDARZENIE BRANŻY STOMATOLOGICZNEJ

FDI AWDC pozwala zaprosić w jedno miejsce najlepszych praktyków i korzystać z ich cennego doświadczenia. Unikalna jest przede wszystkim formuła sesji „meet the expert”, które gwarantują możliwość interakcji z czołowymi specjalistami. Wystawa odbywająca się w ramach FDI AWDC jest odzwierciedleniem nowego, zglobalizowanego świata stomatologii. Polska jest doskonałym wyborem m.in. ze względu na prężną gospodarkę i dynamicznie rozwijający się rynek dentystryczny. Wierzę, że położenie geograficzne Polski – na skrzyżowaniu wielu szlaków turystycznych – przyciągnie uczestników zarówno z Europy, jak i ze świata. Jestem również przekonany, że zespół, który pracuje nad organizacją kongresu, gwarantuje najwyższy poziom wydarzenia.

Kongres FDI – zgłoś prezentację, zdobądź wejściówkę

Od 1 grudnia br. można przesyłać streszczenia prezentacji: ustnych lub posterowych na Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI, który w dniach 7-10 września 2016 r. odbędzie się w Poznaniu. – To doskonała forma promocji osiągnięć polskiej stomatologii – zachęcają organizatorzy i kuszą nagrodami dla autorów najlepszych prac.

Kongres FDI w Poznaniu zbliża się wielkimi krokami. Niespełna miesiąc po otwarciu rejestracji (od 3 listopada można uścić cztero- lub jednodniową opłatę rejestracyjną). Organizatorzy uruchamiają system pozwalający na zgłoszenie streszczenia prezentacji.

– Badania oraz spostrzeżenia kliniczne przyjmowane są w prawie wszystkich kategoriach związanych ze stomatologią, m.in. stomatologią ogólną, profilaktyce, leczeniu stomatologicznym i odtwórczym oraz chirurgii jamy ustnej. Można także zgłaszać prace dotyczące wpływu jamy ustnej na zdrowie ogólne – informuje prof. Marzena Dominiak, przewodnicząca Komitetu Naukowego FDI.

Abstrakty należy nadsyłać (wyłącznie w języku angielskim) poprzez stronę internetową: www.fdi2016poznan.org. Nie powinny być dłuższe niż 250 słów i nie mogą zawierać reklamy produktów. W trakcie Kongresu prezentacje ustne będą trwały 10 minut, a zakończy je dwuminutowa dyskusja. Plakaty zostaną zaprezentowane w formie e-posterów.

– Prezentacje ustne i plakatowe to jedna z szans na promocję osiągnięć polskiej stomatologii na międzynarodowej arenie. Warto skorzystać z tej okazji, tym bardziej że autorzy pięciu najlepszych prac otrzymają nagrodę w postaci bezpłatnego udziału w kolejnym Kongresie FDI – wyjaśnia prof. Bartłomiej W. Loster, prezydent Kongresu FDI i Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

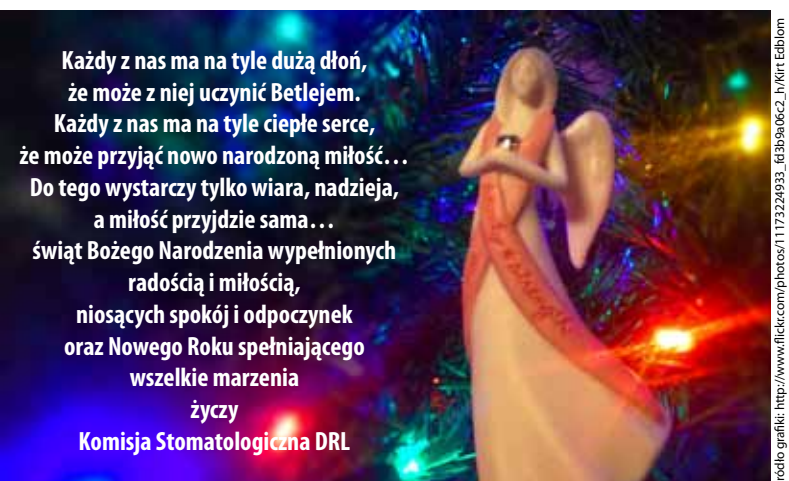
Termin zgłaszania abstraktów mija 1 kwietnia 2016 r. O tym, które prace będą zaprezentowane w Poznaniu, zdecyduje Komitet Naukowy do 9 maja 2016 r. Organizatorzy spodziewają się, że na Kongres zgłoszonych będzie się ok. 800 abstraktów.

Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI (Annual World Dental Congress) to najważniejsze wydarzenie światowej stomatologii. Poznań będzie gospodarzem 104. edycji Kongresu. W ramach FDI AWDC odbywają się intensywne wykłady i warsztaty, Światowa Wystawa Sprzętu i Materiałów Stomatologicznych (World Dental Exhibition) oraz obrady Światowego Parlamentu Stomatologicznego FDI.

Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.fdi016poznan.org oraz profilu Facebook: www.facebook.com/FDI2016POZNAN.

**Z poważaniem
prof. dr hab. Marzena Dominiak
przewodnicząca Komitetu Naukowego FDI 2016**

Więcej informacji: Łukasz Sowa – rzecznik prasowy/Communications Manager FDI AWDC Poznań 2016, mobile: +48 507 153 530
e-mail: lukasz.sowa@fdi2016poznan.org, www.fdi2016poznan.org



Każdy z nas ma na tyle dużą dłoń,
że może z niej uczynić Betlejem.
Każdy z nas ma na tyle ciepłe serce,
że może przyjąć nowo narodzoną miłość...
Do tego wystarczy tylko wiara, nadzieja,
a miłość przyjdzie sama...
święt Bożego Narodzenia wypełnionych
radością i miłością,
niosących spokój i odpoczynek
oraz Nowego Roku spełniającego
wszelkie marzenia
życzy
Komisja Stomatologiczna DRL

Zdjęcie grafiki: http://www.flickr.com/photos/1173224933_6b3b9abc2_1/Kirt_Edholm



Kardiologia jest sztuką

Tekst Magdalena Orlicz-Benedycka

Po raz piąty zespół Kliniki Kardiologii Szpitala Wojskowego we Wrocławiu i Kliniki Chorób Serca UM we Wrocławiu organizował najważniejsze doroczne spotkanie PTK, czyli XIX Międzynarodowy Kongres Kardiologiczny. Ponad 5 tysięcy lekarzy, którzy leczą choroby serca w naszym kraju, lekarze interniści, lekarze rodzinni i innych specjalności. Podczas kongresu w 10 salach odbywały się równocześnie sesje w półtorgodzinnych panelach. Olbrzymi ładunek wiedzy naukowej i dydaktycznej. Nowością było motto: Kardiologia jest sztuką, a tematem przewodnim migotanie przedsionków. O kondycji tej specjalności i wyzwaniach przed nią stojących rozmawiam z trzema kardiologami reprezentującymi różne punkty widzenia. Łączy ich pasja zawodowa. Mówią, że praca kardiologa, choć chwilami bardzo trudna i wymagająca wielu wyrzeczeń, fascynuje ich bez reszty, bo zmienia się dynamicznie, rodzi nowe pytania, na które wciąż szukają odpowiedzi i wzbogaca pracę zawodową o nowe doświadczenia, którymi warto się podzielić.

Magdalena Orlicz-Benedycka: Dlaczego kardiologia jest sztuką?

Prof. dr hab. Waldemar Banasiak, kierownik Ośrodka Chorób Serca w Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu: Wiele lat temu doszedłem do takiego wniosku w trakcie mojej edukacji zawodowej. Coś co zawsze kojarzyło mi się ze sztuką w kardiologii to chęć poznania budowy i funkcjonowania ludzkiego organizmu w sytuacji zdrowia, jak i choroby. Mimo ukończonej nauki, mimo dyplomów jakie otrzymujemy, szereg pytań czy problemów pozostaje do przemyślenia. Elementem łączącym nas, lekarzy i ludzi zajmujących się sztuką są zmysły. Dla lekarza zmysły, w kontekście poznawania, mają takie samo znaczenie jak zmysły dla artysty, który musi się nimi posługiwać, aby wprowadzić swoją wizję w życie. Żeby móc wykorzystywać te zmysły, muszą być – przynajmniej w początkowej fazie rozwoju – dobrze rozwinięte relacje mistrz i uczeń. Z kolei, aby funkcjonowały te relacje, potrzebny jest czas i cierpliwość z obydwu stron. To jest coś co nas łączy. Zawsze byłem, jestem i będę zwolennikiem takiego spojrzenia na medycynę, na kardiologię, zwłaszcza w kontekście coraz trudniejszego pacjenta, z którym mamy do czynienia. Czasy, w których lekarz zajmował się wszystkimi schorzeniami, odeszły do lamusa. Niebawem istotne z punktu widzenia pacjenta jest oczekiwanie, że lekarz będzie dla niego przewodnikiem i opiekunem w nieprzyjaznym świecie choroby. Rolą starszych lekarzy, szefów jest pokazywanie takich właśnie zachowań, dawanie przykładu. Im więcej będziemy o tym mówić i pokazywać, jak należy postąpić, tym lepiej dla pacjentów, ale także dla naszego środowiska.

M.O.-B.: W PTK istnieje 21 sekcji i asocjacji. Oprócz tego 17 towarzystw wojewódzkich. Jest to ogromna i niezwykle złożona organizacja...

W.B.: Rzeczywiście to potężna struktura. W związku z tym, że PTK jest częścią Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, mamy z nimi bardzo ścisłe kontakty na wielu poziomach. Co roku prezentowane są nowe wytyczne, które stanowią jedno z największych osiągnięć współczesnej kardiologii. Są kierun-



Fot. z archiwum autorów

Z prof. dr hab. Waldemarem Banasiakiem (I od lewej), dr. n. med. Robertem Zymlńskim oraz lek. Pawłem Siwołowskim rozmawia Magdalena Orlicz-Benedycka.

Źródło grafiki: <http://www.pixabay.com/photos/cardiac-217139/PublicDomainPictures>

kowskazami dla lekarzy i „pokrywają” większość jednostek chorobowych w kardiologii. Każdy lekarz na całym świecie wie, jak w konkretnej sytuacji powinien postąpić. Jest jedno ale, nawiązujące do hasła Kardiologia jest sztuką. Mianowicie w codziennej praktyce mamy do czynienia z pacjentami chorymi nie tylko na schorzenia kardiologiczne. Najczęściej cierpią z powodu schorzeń współistniejących, z powodu których przyjmują kilka innych leków. To są często pacjenci z kryteriów wykluczeń stosowanych w rekrutacji pacjentów do prospektywnych badań, których wyniki wpływają na kształt wytycznych. Dopiero w tych sytuacjach poznaje się klasę lekarza, który dzięki znajomości obowiązujących standardów, ale popartych wieloletnim doświadczeniem osobistym i ośrodka, w którym pracuje, potrafi nie tylko skutecznie, ale przede wszystkim bezpiecznie przeprowadzić chorego przez proces leczenia.

M.O.-B.: Tematem przewodnim kongresu było migotanie przedsionków. Dlaczego?

W.B.: Jest to obecnie najczęściej występująca arytmia. Prawie każdy z nas znajdzie osobę z arytmią w najbliższym otoczeniu. Jest wszechobecna i wynika z paru przyczyn. Po pierwsze ze starzenia się populacji. Po drugie, paradoksalnie, migotanie przedsionków jest „owocem” sukcesów kardiologii w skutecznym ratowaniu stanów bezpośredniego zagrożenia życia i generowania przez to różnorodnych schorzeń, zwiększających prawdopodobieństwo ujawnienia się arytmii. Migotanie przedsionków rzadko stanowi chorobę samą w sobie. Najczęściej jest objawem jakiegoś schorzenia kardiologicznego. U części pacjentów wyjątkowo upośledza jakość ich życia. Ale najpoważniejszym powikłaniem arytmii jest udar mózgu wynikły z podwyższonego ryzyka zakrzepowo-zatorowego. Od 60 lat w celu prewencji udaru mózgu u chorych z migotaniem przedsionków z różnym skutkiem stosujemy leki starszej generacji – antagoniści witaminy K, których stosowanie jest obarczone różnymi problemami. Mamy od kilku lat na naszym rynku nowsze leki przeciwkrzepliwe, które pod wieloma względami przewyższają te stare. Wydaje się, że podniesienie świadomości o konieczności leczenia przeciwkrzepliwego zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów oraz rodzin jest w stanie w najbliższych latach powstrzymać plagę udarów mózgu odpowiedzialnych za zgony lub ciężkie kalectwo.

Edukujemy pacjentów, aby przy pomiarze ciśnienia zwracali uwagę na niemiarowość tętna. Zanim zlecimy lek, musimy potwierdzić migotanie przedsionków w standardowym zapisie EKG lub w trakcie wielogodzinnego monitorowania EKG metodą Holtera. Bez względu na to, czy jest to objawowe czy bezobjawowe migotanie przedsionków, konsekwencje w kontekście powikłań udarowych są identyczne. Dlatego każdy lekarz, nie tylko kardiolog, powinien być wyczulony na aktywne poszukiwanie arytmii w trakcie badania pacjenta.

M.O.-B.: Jak powstają wytyczne w kardiologii, które wymagają przecież wielkiej ostrożności i indywidualnego podejścia do pacjenta?

W.B.: Kilka dekad temu kardiologowie zapoczątkowali nową erę w medycynie, wprowadzając do praktyki klinicznej określenie medycyny opartej na faktach. Co to oznacza? Chcąc powiedzieć, że dana forma leczenia jest skuteczna, musimy stosować się do standardowych zaleceń. U ich podłoża leżą wyniki wielośrodkowych, randomizowanych, prospektywnych badań klinicznych wykonanych na tysiącach pacjentów. Niestety w celu wyeliminowania szeregu czynników mogących mieć wpływ na ostateczny wynik, stosuje się szereg kryteriów wykluczeń, np.: choroby płuc, nowotwory, choroby nerek i wątroby oraz szereg innych. Jak wobec tego wykorzystywać standardowe zalecenia w stosunku do pacjentów, którzy wielokrotnie nagromadzili w sobie szereg kryteriów wykluczeń? Jeżeli lekarz chciałby bez refleksji się stosować w każdego chorego, musi się liczyć z możliwością wygenerowania powikłań. Oczywiście nie oznacza to, że standardy są zbyt wysokie. Wręcz przeciwnie. Muszą one być drogowskazem dla każdego lekarza, który pamiętając o nich w sytuacji podejmowania decyzji terapeutycznych u konkretnego pacjenta, każdorazowo dokonuje analizy potencjalnych korzyści i powikłań. Dlatego uważam, że kardiologia jest sztuką, którą każdy lekarz powinien wzbogacać przez całą swoją aktywność zawodową. Dobry kardiolog to dobry internista, który na problemy kardiologiczne patrzy przez pryzmat całego organizmu.

M.O.-B.: Co zdecydowało o wysokiej pozycji polskiej kardiologii w Europie i na świecie?

W.B.: Jest to m.in. efektem wyjątkowo korzystnych zmian w kardiologii, zapoczątkowanych kilkadziesiąt lat temu w Polsce. Podejmowano bardzo rozsądne decyzje, które wspierały rozwój kardiologii, co zaowocowało sukcesami w walce z głównym zabójcą Polaków, jakim są choroby serca i naczyń. Dzięki ministerialnym programom, m.in. POLKARD, szereg ośrodków kardiologiczno-kardiologicznych zostało sukcesywnie wzbogaconych w nowoczesny sprzęt. Dzięki temu mamy obecnie w każdym dużym mieście w Polsce kardiologię na bardzo dobrym poziomie. Polski pacjent ze schorzeniem kardiologicznym, którego życie jest zagrożone, może liczyć na szybką i fachową pomoc. Obecnie głównym ograniczeniem w zakresie liczby wykonywanych procedur wyspospecjalistycznych są środki finansowe. Taka sytuacja jest wyjątkowo frustrująca dla lekarzy, którzy mając do dyspozycji wysokiej klasy sprzęt i umiejętności, limitowani są ograniczeniami finansowymi. Ale mam świadomość, że nie jest to tylko problem naszego kraju, bowiem dotyczy on także krajów bardziej zamożnych.

M.O.-B.: Co jest obecnie problemem kardiologów, co stanowi wyzwanie?

W.B.: Najczęściej nie mamy problemu z pacjentem kardiologicznym, ale z jego innymi schorzeniami i z pogodzeniem terapii kardiologicznej z innymi przyjmowanymi lekami. Oddzielnym problemem jest polipragmazja, która zadomowiła się na dobre we współczesnej kardiologii i medycynie. Normą stało się przyjmowanie kilkunastu leków. Mając wyśmienicie wykształcony personel oraz sprzęt i świadomość, że istnieją jeszcze rezerwy czasowe na wykonanie większej liczby procedur, zwłaszcza wyspospecjalistycznych, i niemożność ich wykonania z powodu ograniczonych środków finansowych, jest dla mnie osobiście bardzo frustrująca. Odnośnie wyzwań na przyszłość to mógłbym wymienić ich kilka. Niestety muszę w obliczu sytuacji ekonomicznej, w której egzystuję, korygować swoje oraz moich współpracowników marzenia i twardo stąpać po ziemi. Niemniej jednak wśród ważnych wyzwań, które z uporem staramy się realizować w naszym Ośrodku to budowanie systemu diagnostyczno-terapeutycznego dla pacjentów ze strukturalnymi chorobami serca. Schorzeniami, którymi mało kto zajmował się dotychczas w naszym kraju i o których niezbyt wiele wiemy. Kolejnym wyzwaniem są problemy z pacjentami w wieku podeszłym na oddziałach kardiologicznych, którzy mają za sobą szereg incydentów sercowo-naczyniowych, różnorodnych, są po mniej lub bardziej inwazyjnych zabiegach i operacjach, z różnymi urządzeniami wszczepialnymi, którym nie jesteśmy już w stanie zbyt wiele zaproponować w celu nie tylko wydłużenia, ale także poprawy jakości życia.

M.O.-B.: Jak ocenia Pan tegoroczny kongres kardiologiczny?

Dr n. med. Robert Zymlński, Klinika Kardiologii, ordynator Klinicznego Oddziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu: Był on, jak zwykle, wielkim i ważnym wydarzeniem nie tylko dla kardiologów, ale także dla lekarzy wielu innych specjalności. Bardzo ważny z punktu widzenia lekarzy jest praktyczny wymiar naszych spotkań. Takie też są rzeczywiste oczekiwania uczestników. Tematyka sesji służy właśnie temu, aby przenieść wiedzę z najnowszych doniesień naukowych, z często złożonych i skomplikowanych wytycznych, na język praktyczny klinicznie. Szczególnie cenią to sobie młodzi lekarze, zaczynający swoją pracę, wielokrotnie nie w klinikach, ale w przychodniach i szpitalach powiatowych czy miejskich.

Ważne jest to, że tematyka wykładów obejmuje m.in. prezentacje relatywnie trudnych i rzadkich przypadków. Daje to szansę lekarzom na zapoznanie się z algorytmami postępowania, z technikami terapeutycznymi, z modelami diagnostycznymi.

M.O.-B.: Z jakimi problemami zmagają się Pan codziennie jako ordynator oddziału?

R. Z.: Na naszym oddziale intensywnej opieki kardiologicznej główną troską jest ludzkie życie i bezpieczeństwo chorych. Bardzo dobrze wiemy, jak leczyć kardiologicznie. Równocześnie jednak nieustannie na uwadze mamy obawy, jak leczyć chorych bezpiecznie. Ciągłe obowiązuje zasada *primum non nocere*. To jest nasze podstawowe ograniczenie. Podając określony lek wiemy, że jest on dedykowany w określonej



chorobie, ale musimy równocześnie uwzględniać także konsekwencje jego stosowania, brać pod uwagę coraz starszy wiek hospitalizowanych pacjentów, złożoność ich schorzeń. Działania niepożądane są czasami bardzo groźne, nie tylko dla zdrowia, także dla życia.

Kolejny problem dotyczący medycyny w ogóle, który ma charakter bardziej etyczny niż medyczny, to zasadność określonych terapii, zwłaszcza inwazyjnych u chorych w zaawansowanym wieku, z wyjściowo niekorzystnym rokowaniem. Rozmawiamy wówczas z chorym, wysłuchujemy opinii jego rodziny, uwzględniając indywidualne rokowanie, co jest dla chorego najważniejsze w danej sytuacji. Czy komfort jego życia czy nasze zadowolenie z kolejnej znakomicie wykonanej procedury, która nie zmienia jednak losów chorego. Temat ten jest niezwykle trudny.

M.O.-B.: Z jakimi schorzeniami ma Pan do czynienia najczęściej?

R. Z.: Na Klinicznym Oddziale Intensywnej Terapii Kardiologicznej leczymy zupełnie innych pacjentów. Trafiają tutaj najcięższe przypadki, większość naszych chorych znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Leczymy pacjentów z ostrą niewydolnością serca, zawałami mięśnia sercowego, z groźnymi zaburzeniami rytmu. Prowadzimy terapie nerkozastępcze, respiratoroterapie. Co ciekawe część chorych z zawałem mięśnia sercowego nie ma świadomości, jak poważny zabieg przeszli. To paradoksalnie konsekwencja nowoczesnego leczenia i coraz lepiej zorganizowanej pomocy kardiologicznej. Jesteśmy w stanie szybko pomóc, wielokrotnie w krytycznych sytuacjach dolegliwości bólowe ustępują spektakularnie w trakcie zabiegu angioplastyki tętnicy wieńcowej. Przez to wielu pacjentów nie ma świadomości zagrożenia własnego życia, co więcej część pacjentów lekceważy nasze zalecenia, które są niezbędne do utrwalenia efektu zabiegu. Na oddziale leczymy także chorych z ciężką niewydolnością serca. To jest duży problem populacyjny i terapeutyczny. System nie jest przygotowany do opieki nad coraz większą liczbą chorych z niewydolnością serca. Pobyty szpitalne są często długie, skomplikowane, pacjenci bywają hospitalizowani kilkakrotnie w ciągu roku. Leczenie to ma na pewnym etapie charakter leczenia paliatywnego.

Na naszym oddziale leczymy także pacjentów z zaburzeniami przewodnictwa i rytmu serca. To bardzo atrakcyjny i efektywny obszar współczesnej kardiologii – dysponując znakomitą pracownią elektrofizjologii, możemy skutecznie leczyć szereg uciążliwych dolegliwości. Na oddziale leczymy rocznie około 1800-1900 pacjentów w stanie ciężkim. Natomiast w Klinice Kardiologii opiekujemy się kilkoma tysiącami osób z wieloma problemami kardiologicznymi.

M.O.-B.: Specjalizuje się Pan między innymi w problemach zatorowości płucnej. Jakim zagadnieniem było poświęcone Pana wystąpienie podczas Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Standardy w kardiologii”, która odbyła się 5 grudnia we Wrocławiu?

R.Z.: Poruszyłem kilka niszowych zagadnień dotyczących zatorowości płucnej. Zajmujemy się tym schorzeniem w warunkach szpitalnych, ale tym razem chcieliśmy zaakcentować postępowania ambulatoryjne, początkową diagnostykę i ważne elementy opieki nad chorym po zakończeniu leczenia szpitalnego. Ten obszar jest trochę niedoceniony. Lekarze rodzinni, ambulatoryjni mogą mieć kłopot choćby z podjęciem decyzji o zakończeniu terapii przeciwkrzepliwnej. Chcieliśmy zwrócić uwagę na formy leczenia farmakologicznego, jego bezpieczeństwo, na monitorowanie wykładników klinicznych ważnych w tej chorobie. Zatorowość płucna jest ciężka do przewidzenia, trudna w leczeniu, chimeryczna w swej prezentacji klinicznej.

M.O.-B.: Ośrodek Chorób Serca 4. WSK, kierowany przez prof. Waldemara Banasiaka i prof. Piotra Ponikowskiego, ma w Polsce opinię wiodącego ośrodka w dziedzinie ostrej niewydolności serca. Co to oznacza w praktyce?

Lek. Paweł Siwołowski – kardiolog, Ośrodek Chorób Serca, Klinika Kardiologii 4. WSK, przyjmuje również ambulatoryjnie: Nasz ośrodek postrzegany jest jako placówka prezentująca duże doświadczenie praktyczne, którym dzielimy się podczas naszych spotkań. Kiedy mówimy o czymś, co robimy na co dzień, daje się zauważyć bardzo pozytywny odbiór tej formy prezentacji. Dzwonią do mnie lekarze i proszą o więcej informacji, jak to zastosować u siebie w szpitalu i czy mogą przyjechać do nas, żeby zobaczyć w praktyce, jak to robimy. Od 2011 roku jestem członkiem Sekcji Intensywnej Terapii

Kardiologicznej i Resuscytacji PTK, biorę też czynny udział w sesjach dotyczących trudnych przypadków w intensywnej terapii kardiologicznej. Prezentuję nasze doświadczenia w leczeniu pacjentów z ostrą niewydolnością serca i niewydolnością wielonarządową, mówię w szczególności o leczeniu nerkozastępczym chorych z tzw. „zespołem sercowo-nerkowym”.

M.O.-B.: Gdyby miał Pan podsumować konferencję „Standardy w kardiologii”, to powiedziałby Pan...

P.S.: Powiedziałbym, że to spotkanie to praktyczna wiedza w pigułce, przekazywana w czasie jednodniowej konferencji podzielonej na cztery sesje tematyczne. Jest to forma bardzo przyjazna dla słuchaczy, bez zbędnego teoretyzowania. Jesienna edycja tej konferencji dotyczyła nowości w postępowaniu, wiosenne spotkanie poświęcone będzie ciekawym przypadkom klinicznym. Podczas takich wydarzeń edukacyjnych ekspert z danej dziedziny, np. zaburzenia rytmu, przedstawi kilka sytuacji klinicznych, z którymi można się spotkać w codziennej praktyce. Towarzyszą temu pytania padające z sali i dyskusja, można się dowiedzieć, jak postępować w konkretnej sytuacji. Lekarze bardzo lubią tę formę i chętnie z niej korzystają. Większość pytań oparta jest o własne doświadczenia. To będzie dopiero wiosną. Na zakończenie każdej konferencji pada pytanie o słuszność takiej formuły spotkań. Odpowiedzią jest burza okłasków i ogromna frekwencja.

M.O.-B.: Co jest dla Pana wyzwaniem i problemem w pracy w szpitalu i z pacjentem ambulatoryjnym?

P.S.: W pracy w szpitalu wyzwaniem jest na pewno zmieniający się profil pacjentów. Pracuję już 15 lat na oddziale kardiologicznym i widzę, jakie zmiany dokonały się w tym obszarze. Większość naszych pacjentów to chorzy z licznymi schorzeniami współistniejącymi. Coraz rzadziej mamy do czynienia z czysto kardiologicznymi przypadkami. Dlatego cieszę się, że mam również specjalizację z chorób wewnętrznych. To daje dużo większe poczucie bezpieczeństwa i pewności siebie w działaniu, pomaga w leczeniu trudnych, nakładających się na siebie chorób. Obecnie bardzo potrzebny jest lekarz wykonujący procedury niestandardowe, z szeroką wiedzą interdyscyplinarną, często wykraczającą daleko poza obszar kardiologii.

Drugą bolączką jest rosnąca ilość dokumentacji, z którą pracujemy na co dzień. Jest to czasochłonne i niestety niezbędne, wiąże się z wprowadzaniem standardów jakości w wielu dziedzinach, w tym również w ochronie zdrowia.

W opiece ambulatoryjnej mam do czynienia z innymi problemami, tu przeważa szeroko pojęta profilaktyka. Można mieć poczucie bliższego kontaktu z pacjentem, mam więcej czasu dla pacjenta, tworzy się relacja lekarz – pacjent. W szpitalu muszę robić wiele rzeczy jednocześnie, podejmować trudne decyzje w bardzo krótkim czasie. Od trafności podjętej decyzji zależy czyjeś życie. Nie myślę wtedy o procedurach, pracuję z pacjentem i dla pacjenta. Medycyna zmienia się tak jak nasze życie, ale jeśli ktoś ma odpowiednie podejście do pacjenta, zawsze znajdzie swoje miejsce w systemie. Szpital to miejsce dla ludzi mocno zdeterminowanych, którzy mają pomysł na swoje życie zawodowe. Trzeba lubić to, co się robi.

Termin spotkania Koła Lekarzy Seniorów DIL

Zarząd Koła Lekarzy Seniorów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej serdecznie zaprasza członków oraz sympatyków Koła na spotkanie, które odbędzie się 30 stycznia (sobota) 2016 r. o godz. 11.00 w sali konferencyjnej przy al. Matejki 6.

Niski poziom innowacyjności to główny problem polskiej okulistyki

W dniach 16-17.10.2015 r. odbyła się we Wrocławiu V Międzynarodowa Konferencja „Okulistyka – kontrowersje” zorganizowana po raz kolejny przez Katedrę i Klinikę Okulistyki. Na spotkanie przybyło ponad 1300 osób, które od 5 lat przyciąga interaktywna forma wydarzenia w postaci dwustronnej debaty nad kluczowymi problemami okulistycznymi. W dyskusji na temat kondycji polskiej okulistyki wzięli udział przedstawiciele ośrodków klinicznych z Wrocławia, Krakowa, Szczecina oraz Poznania. Eksperti dzielą się swoimi spostrzeżeniami także na łamach „Medium”.

Jak wypada polska okulistyka na tle okulistyki europejskiej i światowej?

Prof. dr hab. Marta Misiuk-Hojło, kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego V Międzynarodowej Konferencji „Okulistyka – kontrowersje”



W zakresie działalności usługowej polska okulistyka znajduje się na poziomie europejskim, zarówno pod względem diagnostycznym, jak i terapeutycznym. Wykonuje się spektrum operacji okulistycznych, od zabiegów zaćmy (z możliwością implantacji różnych soczewek wewnątrzgałkowych), poprzez operacje rogówkowe, przeciwwjaskrowe aż do bardzo skomplikowanych zabiegów witreoretinalnych. Chciałabym zwrócić szczególną uwagę na te ostatnie, ponieważ są to procedury wykonywane w bardzo trudnych przypadkach, np. u chorych z zaawansowaną retinopatią proliferacyjną. W Polsce, podobnie jak w innych krajach wysoko rozwiniętych, wykonywane są iniekcje dożłazkowe (do wnętrza gałki ocznej) inhibitorów angiogenezy (anty-VEGF) oraz steroidów u pacjentów z wysiękową, agresywną postacią AMD, po zakrzepach żyły środkowej siatkówki lub w cukrzycowym obrzęku plamki, które umożliwiają zachowanie lub poprawę

funkcji wzrokowych. Te wszystkie działania nie byłyby możliwe bez nowoczesnej diagnostyki obrazowej: USG, angiografii fluoresceinowej (AF) czy optycznej koherentnej tomografii siatkówki (OCT), które także są dostępne w Polsce.

Problemem okulistyki w Polsce jest niewielka liczba innowacyjnych badań, co wiąże się częściowo z brakiem zorganizowanej współpracy międzyośrodkowej, w tym z placówkami badawczo-rozwojowymi i przemysłowymi, a z drugiej strony z ograniczonymi możliwościami finansowania.

Dr hab. n. med. Agnieszka Kubicka-Trzaska, Klinika Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Katedry Okulistyki UJ w Krakowie

Polska okulistyka nie odbiega od europejskich czy światowych standardów. Obecnie w naszym kraju przeprowadzane są wszystkie nowoczesne zabiegi okulistyczne, takie same jak na świecie. Począwszy od chirurgii refrakcyjnej, poprzez przeszczepy rogówek, operacje zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z implantacją zwijalnych soczewek wewnątrzgałkowych korygujących sferyczne wady wzroku, astygmatyzm czy umożliwiające dobre widzenie bez okularów zarówno z bliska, jak i z oddali u osób ze starczowzrocznością. Jeszcze kilkanaście lat temu osoby chorujące na wysiękową postać AMD traciły nieodwracalnie wzrok. Dzisiaj dysponujemy lekami należącymi do grupy czynników anty-VEGF, które podawane w postaci iniekcji do komory ciała szklistego nie tylko hamują progresję choroby, ale także poprawiają funkcję leczonego oka. W ostatnim czasie coraz więcej chorób tylnego odcinka gałki ocznej leczymy miejscowo, deponując różne

Zródło grafiki: <http://www.freeimages.com/photos/morrhigan-lucretious-glasses-1426374/Dimitris Kritsotakis>



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





Dr hab. n. med.
Agnieszka Kubicka-
Trzaska, Klinika
Okulistyki i Onko-
logii Okulistycznej
Katedry Okulistyki
UJ w Krakowie



Prof. dr hab. Damian
Czepita, Klinika
Okulistyki Pomorskiego
UM w Szczecinie



Prof. dr hab. med.
Maciej Krawczyński,
Katedra i Zakład
Genetyki Medycznej
UM w Poznaniu



Prof. dr hab. Wojciech
Lubiński, kierownik
Katedry i Kliniki
Okulistyki Pomorskiego
UM w Szczecinie

leki bezpośrednio w miejscu toczonej się patologii. Przykładem tego są nie tylko wspomniane preparaty działające antyangiogennie, ale także steroidy w postaci doszkliskowych, biodegradowalnych implantów czy okryplazmina wykazująca aktywność enzymu proteolitycznego stosowanego w oczach z zespołem trądziku szklistkowo-plamkowej. Te najnowsze osiągnięcia okulistyki światowej są dostępne dla naszych pacjentów w Polsce.

Prof. dr hab. Damian Czepita, Klinika Okulistyki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Jeżeliby przyjąć pięciostopniową ocenę poziomu okulistyki na świecie, to w moim przekonaniu okulistyka Polska otrzymałaby ocenę dostateczną. Dlaczego jedynie tyle? W naszym kraju nie prowadzi się nowatorskich badań okulistycznych. Z reguły powielamy badania opublikowane w krajach zachodnich. O niskim poziomie naszych badań może świadczyć fakt, że czołowe polskie czasopismo okulistyczne „Klinika Oczna” nie znajduje się na liście filadelfijskiej, ani też nie posiada Impact Factor.

W USA uniwersyteckie placówki okulistyczne noszą nazwę Department of Ophthalmology and Visual Science. W Dept. of Ophthalmology leczy się pacjentów i prowadzi badania kliniczne, w Dept. of Visual Science wykonuje się badania doświadczalne, nawet na zwierzętach. Wzajemna współpraca umożliwia osiągnięcie bardzo wysokiego poziomu badań. Natomiast w Polsce pracownicy klinik okulistycznych zajęci są przede wszystkim realizowaniem kontraktu z NFZ, a zwłaszcza operowaniem zaćm.

Prof. dr hab. med. Maciej Krawczyński, Katedra i Zakład Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Moim zdaniem okulistyka polska prezentuje się na tle okulistyki europejskiej i światowej całkiem nieźle. Nadążamy technologicznie w zakresie aparatury diagnostycznej oraz instrumentarium chirurgicznego. Mamy do dyspozycji większość nowoczesnych leków (również biologicznych), dostępnych w innych krajach świata. Pacjenci mogą zatem być diagnozowani i leczeni na najwyższym poziomie, choć możliwości te ogranicza kwestia publicznego finansowania tych wysokich technologii. Głównym problemem polskiej okulistyki jest niski poziom innowacyjności w zakresie nowych odkryć i wynalazków okulistycznych. W niewielkim stopniu uczestniczymy też w prowadzonych na świecie badaniach eksperymentalnych, np. terapii genowej czy neuroprotekcji.

Prof. dr hab. Wojciech Lubiński, kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

W polskiej okulistyce w ciągu ostatnich lat nastąpił znaczący postęp, przekładający się na jakość i dostępność różnych procedur okulistycznych. Występuje on nie tylko w ośrodkach klinicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, lecz dotyczy także mniejszych, lokalnych ośrodków okulistycznych. Poprawiła się również znacząco okulistyczna opieka ambulatoryjna. Wydaje się, że polska okulistyka wypada dobrze na tle okulistyki europejskiej i światowej, aczkolwiek jest jeszcze wiele do zrobienia.

W czym specjalizuje się Pani/Pana ośrodek? Jakie ma największe osiągnięcia?

Prof. Marta Misiuk-Hojo

Klinika Okulistyczna we Wrocławiu od wielu lat specjalizuje się w rozpoznawaniu oraz leczeniu jaskry.

Dysponujemy pełną aparaturą diagnostyczną oraz możliwościami operacyjnymi. Specjaliści z mojej Kliniki wykonują zarówno standardowe procedury przeciwjaskrowe, jak i te najbardziej nowoczesne: implantację zastawek drenujących, wiskokanaloplastykę lub endoskopową cyklofotokoagulację. Wykonujemy także wysokoreferencyjne zabiegi z zakresu chirurgii szkliskowo-siatkówkowej. Jako jedyny szpital okulistyczny na Dolnym Śląsku posiadamy oddział okulistyki dziecięcej, gdzie diagnozowane i leczone są dzieci z naszego województwa i województw ościennych. Prowadzimy też unikatowe badania naukowe dotyczące m.in. oceny potencjału proliferacyjnego wewnątrzgałkowych błon nasiatkówkowych, charakterystyki immunogenetycznej pacjentów z zapaleniem części pośredniej błony naczyniowej czy też oceny biomechanicznego odkształcania blaszki sitowej po chirurgicznej redukcji ciśnienia wewnątrzgałkowego w obrazie optycznej koherentnej tomografii. W ostatnim czasie Klinika wzbogaciła się o najnowszej generacji sprzęt obrazowy Angio-OCT, służący do nieinwazyjnej diagnostyki siatkówki i nerwu wzrokowego.

Dr hab. Agnieszka Kubicka-Trzaska

Klinika Okulistyki i Onkologii Okulistycznej w Krakowie jest wiodącym ośrodkiem onkologii okulistycznej w Polsce. Od wielu lat w leczeniu guzów wewnątrzgałkowych stosujemy w naszej klinice brachyterapię, przetranskcyjną termoterapię, wykonujemy także zabiegi przetranskcyjnej resekcji oraz endoresekcji metodą pars plana witrektomii guzów błony naczyniowej. Dzięki inicjatywie i ogromnemu zaangażowaniu pani prof. dr hab. n. med. Bożeny Romanowskiej-Dixon, kierownik Kliniki Okulistyki i Onkologii Okulistycznej w Krakowie, przy współpracy z Instytutem Fizyki Jądrowej Polskiej Akademii Nauk w Krakowie w 2011 roku przeprowadzono pierwszą w Polsce, a także w Europie Środkowej, radioterapię protonową chorych z czerniakiem wewnątrzgałkowym. Każdego roku radioterapię protonową przeprowadzamy u około 50 pacjentów z guzem wewnątrzgałkowym. W naszym ośrodku wykonujemy coraz więcej zabiegów chirurgii witreoretinalnej w rzadkich i trudnych przypadkach klinicznych. Jako pierwsi w Polsce wykonałmy zabieg nasycenia plomby plamkowej u pacjentki z garbiakiem tylnym i otworem w płamce w przebiegu wysokiej krótkowzroczności.

Obecnie zaczynamy działalność w międzynarodowym programie Horizon 2020, którego celem jest poznanie patomechanizmów i analiza przerzutowania czerniaka błony naczyniowej. Od wielu lat prowadzimy badania nad patomechanizmem i zaburzeniami układu immunologicznego u chorych z endogennym zapaleniem błony naczyniowej oraz z wysiękową postacią zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem, leczonych doszkliskowymi iniekcjami czynnikami anty-VEGF.

Prof. Wojciech Lubiński

Katedra i Klinika Okulistyki w Szczecinie specjalizuje się w nowoczesnym leczeniu chirurgicznym zaćmy, wprowadzaniu do praktyki klinicznej nowych soczewek wysokich technologii (wielogniskowych, torycznych, wielogniskowych torycznych), diagnostyce elektrofizjologicznej chorób siatkówki i nerwu wzrokowego, w leczeniu retinopatii wieśniaczej, w neurookulistyce, w mikrowitrektomii, w diagnostyce i leczeniu powikłań ocznych choroby von-Hippel-Lindau. Wydaje się, że największe osiągnięcia ostatnich lat związane są z badaniami funkcji bioelektrycznej siatkówki i nerwu wzrokowego w chorobie Alzheimera, Parkinsona i jaskrze oraz z badaniami zależności pomiędzy poziomem selenu w surowicy krwi a występo-

waniem zaćmy starczej. Utrzymywanie poziomu selenu w surowicy krwi w granicach 75-85 mikrogram/l może odgrywać istotną rolę w profilaktyce zaćmy starczej.

Prof. Maciej Krawczyński

Jestem okulistą genetykiem, specjalizuję się w wąskiej podspecjalności zwanej oftalmogenetyką. Mój ośrodek specjalizuje się więc w diagnostyce i poradnictwie genetycznym w genetycznie uwarunkowanych chorobach oczu. Prowadzimy też badania naukowe nad etiologią i patogenezą tej grupy chorób. Do największych naszych osiągnięć zaliczam wprowadzenie w Polsce na szeroką skalę badań genetycznych u pacjentów okulistycznych wraz z wdrożeniem niezbędnego w takich przypadkach poradnictwa genetycznego. Od strony naukowej realizujemy projekty badawcze, również międzynarodowe, we współpracy z najlepszymi ośrodkami Europy Zachodniej.

Co stanowi największy problem utrudniający sprawne funkcjonowanie Pani/Pana ośrodka?

Dr hab. Agnieszka Kubicka-Trzaska

Nierzadko trafiają do naszej kliniki chorzy wymagający przeprowadzenia zabiegu operacyjnego wieloproceduralnego, np. zabiegu fakowitrektomii, czyli jednoczesowego usunięcia zaćmy z wszczępieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej i pars plana witrektomii. Niestety taki wieloproceduralny zabieg nie jest w pełni finansowany przez NFZ, tj. otrzymujemy z NFZ środki tylko za jedną wykonaną procedurę. Zawsze jednak bierzemy pod uwagę okulistyczny stan pacjenta. Jeśli stan miejscowy chorego jest bardzo poważny i nie możemy odroczyć drugiej procedury, wykonujemy zabieg wieloproceduralny jednocześnie, nie otrzymując pełnego wynagrodzenia finansowego. W wielu sytuacjach stajemy na rozdrożu i musimy dokonać wyboru między tym, co dla chorego jest najlepsze, a obowiązującymi rozporządzeniami.

Prof. Maciej Krawczyński

Największym problemem utrudniającym funkcjonowanie naszych ośrodków jest ograniczone finansowanie. Dotyczy to przede wszystkim braku publicznego finansowania badań diagnostycznych z użyciem najnowszych technologii, takich jak mikromacierze lub analiza paneli genów z użyciem sekwencjonowania następnej generacji. Niedostateczne finansowanie dotyczy też badań naukowych, a zwłaszcza wykorzystania w nich na szeroką skalę sekwencjonowania całogenomowego (WGS) i całoeksomowego (WES). Problem ten rozwiązujemy głównie poprzez współpracę międzynarodową.

Prof. Marta Misiuk-Hojło

Bardzo utrudniają funkcjonowanie kwestie finansowe. Stale zwiększa się liczba starszych pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi związanymi z wiekiem, którzy wymagają pilnych iniekcji doszkliskowych – pierwszych lub kolejnych, a obecnie nie jest możliwe udzielenie pomocy wszystkim potrzebującym. Być może wyjściem z sytuacji będzie program lekowy, który właśnie się rozpoczął i dzięki któremu zwiększy się dostęp do tych procedur. Poza tym w moim ośrodku lekarze pełnią codzienne 24-godzinne ostre dyżury w ramach SOR, co utrudnia nie tylko ułożenie rozkładu zajęć lekarzy, ale także harmonogramu przyjęć, w związku z koniecznością przyjęcia pacjentów wymagających natychmiastowego zaopatrzenia. Niejednokrotnie planowi pacjenci oczekujący na zabieg zaćmy są przesuwani ze względu na przyjmowanie ciężkich przypadków pourazowych.

Prof. Wojciech Lubiński

Niedofinansowanie ze środków społecznych oraz nadmiernie rozbudowane wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej (ograniczenie do minimum czasu, który powinien być przeznaczony dla pacjentów).

W jakim kierunku zmierza okulistyka XXI wieku?

Prof. Marta Misiuk-Hojło

Przed wszystkim rozwój nieinwazyjnych metod diagnostycznych oraz indywidualizacja leczenia, dopasowana do poszczególnego pa-

cjenta. Przyszłością okulistyki i całej medycyny jest terapia genowa, dzięki której być może w niezbyt dalekiej przyszłości będzie można leczyć choroby wrodzone, w tej chwili nieuleczalne. Inną formą terapii może się okazać przeszczepianie komórek macierzystych oraz możliwości zastosowania w dotąd nieuleczalnych chorobach bionicznego „sztucznego oka” w systemie Argus.

Okulistyka XXI wieku przeżywa burzliwy rozwój, wkraczamy w nowe technologie, metody i procedury terapeutyczne. Dlatego z pewnością nie zabraknie nam tematów na kolejną konferencję „Okulistyka – kontrowersje” w 2016 roku.

Prof. Damian Czepita

Wydaje mi się, że w przyszłości okuliści będą zajmowali się wprowadzaniem nowych metod diagnostycznych przeciwko AMD, jaskrze czy też krótkowzroczności. Kontynuowane będą badania nad rolą komórek macierzystych. Mam również nadzieję, że opracowane zostaną nowe leki okulistyczne.

Prof. Maciej Krawczyński

Rozwój okulistyki w XXI wieku zmierza moim zdaniem, podobnie jak rozwój całej medycyny, w kierunku odwrócenia procesu diagnostycznego (tzw. medycyna odwrócona) oraz medycyny spersonalizowanej. Dziś proces diagnostyczny toczy się od zebrania wywiadu, poprzez badanie przedmiotowe aż po dobór odpowiednich badań dodatkowych. Już dziś widać, że w epoce bardzo szerokich i coraz doskonalszych technologii diagnostycznych (obrazowanie, badania czynnościowe, badania genetyczne) okulista będzie rozpoczynał diagnostykę od najbardziej zaawansowanych technologicznie badań dodatkowych, aby później do uzyskanych wyników dopasować objawy pacjenta. Medycyna spersonalizowana oparta będzie natomiast na wstępnych badaniach genetycznych, z góry identyfikujących wszelkie podatności do zachorowania wraz z indywidualnym dobraniem odpowiednich działań profilaktycznych oraz indywidualnym doбором leków, zależnym od farmakogenetycznego profilu pacjenta.

Prof. Wojciech Lubiński

Dalszy rozwój mikrochirurgii oka oraz wprowadzenie szeroko pojętej profilaktyki chorób oczu (badania przesiewowe w celu wykrycia wczesnych postaci choroby, profilaktyka farmakologiczna).

Dr hab. Agnieszka Kubicka-Trzaska

Na przestrzeni ostatnich lat coraz większe znaczenie w diagnostyce wielu schorzeń okulistycznych mają badania genetyczne. Dzięki poznaniu zaburzeń genetycznych, będących podłożem rozwoju danej patologii, będziemy mogli zastosować u chorego terapię genową, której celem jest „naprawienie” zmutowanego genu odpowiedzialnego za wystąpienie choroby.

Także rozwój terapii z użyciem komórek macierzystych otwiera nowe możliwości leczenia nieuleczalnych do tej pory chorób oka, takich jak: dystrofia rogówki, jaskra, dystrofia i zwyrodnienia siatkówki, plamki. Terapia z udziałem komórek macierzystych pozwoli zastąpić nimi uszkodzone lub nieprawidłowo funkcjonujące komórki wielu tkanek oka, może nawet wysoko wyspecjalizowane komórki fotoreceptorowe.

Od wielu dekad dążeniem naukowców było stworzenie odbierającej wrażenia wzrokowej protezy oka czyli tzw. „sztucznego oka”. I rzeczywiście w 2002 roku przeprowadzono pierwszą implantację bionicznego oka – systemu Argus I, który był dedykowany i zapewniał elektryczną stymulację siatkówki u chorych z głębokim upośledzeniem widzenia w przebiegu zwyrodnienia barwnikowego siatkówki. Obecnie implantowany jest nowszej generacji system Argus II, który wytwarza obraz o większej rozdzielczości i który może być także stosowany u osób z suchą postacią zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem. Odbierany przez chorego obraz jest jednak daleki od ideału, ale nawet niewielka poprawa funkcji narządu wzroku z poczucia światła do postrzegania ruchów poruszających się w polu widzenia obiektów z całą pewnością poprawia komfort życia pacjenta. Nieustannie trwają prace nad skonstruowaniem lepszej i doskonalszej od systemu Argus II protezy ludzkiego oka. Czy uda się stworzyć oko bioniczne, które będzie generować bardziej zbliżone do ideału bodźce wzrokowe? Musimy jeszcze trochę na to poczekać.



PODSUMOWANIE 2015 ROKU

Rok 2015 dobiega końca, jak zwykle jest to okazja do różnych podsumowań. Jaki był to rok dla naszych Koleżanek i Kolegów w Delegaturze Wałbrzyskiej, jaki był dla naszych rodzin i pacjentów?

Tekst Dorota Radziszewska,
wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej



Fot. z archiwum D.R.

Praca

To był kolejny bardzo pracowity rok dla naszego środowiska, ponieważ wciąż borykamy się z olbrzymim deficytem kadry medycznej. Młodzi adepci sztuki lekarskiej niezmiennie na miejsce pracy bądź specjalizacji wybierają duże aglomeracje miejskie i miasta uniwersyteckie. Do takich dużych szpitali jak: „Latawiec” w Świdnicy, Specjalistyczny Szpital im. Sokołowskiego, SCM w Polanicy-Zdroju czy szpital w Kłodzku trafia zaledwie kilku lekarzy. Dziesiątki stażystów decydują się na klinikę i szpitale wrocławskie. To samo dotyczy rezydentów. Dzisiaj młodzi ludzie unikają ciężkiej pracy, chcą mieć czas na rozrywkę oraz rodzinę, liczą na łatwy dostęp do szkoleń i wysokie zarobki. Szpitale marszałkowskie i powiatowe mają duże problemy finansowe, tzw. „pakiet onkologiczny” jeszcze je pogłębił. Praca w takich placówkach jest bardzo ciężka, zwłaszcza na oddziałach deficytowych: internistycznych, chirurgicznych, a zwłaszcza na SOR-ach. Na ostatnim posiedzeniu Komisji Kształcenia NRL w Warszawie usłyszałam, że praca w szpitalach rejonowych – zwłaszcza na umowę o pracę – jest dla pasjonatów lub nieudaczników... Przykre, ale niestety prawdziwe.

Szkolenia

Zorganizowaliśmy 24 szkolenia w Delegaturze i kilka dużych konferencji. Zwyczajowo dużą popularnością cieszyły się praktyczne ćwiczenia z medycyny ratunkowej, spotkania w Bystrzycy Kłodzkiej, Ząbkowicach Śląskich czy Dzierżonowie. Środowisko lekarzy świdnickich zaktywizowała nowa przewodnicząca koła, kol. Krystyna Michalak, organizując pikniki lekarskie, szkolenia z zakresu medycyny i etyki. Obecnie trwają przygotowania do Balu Lekarza w Świdnicy.

Bardzo interesująca i udana okazała się, zorganizowana po raz pierwszy w Łądku-Zdroju, konferencja pt. „Uzdrowiska dziś, uzdrowiska jutro” (13-15 maja 2015). Była ona poświęcona możliwościom rozwoju i finansowania uzdrowisk. Zagadnienie jest szczególnie istotne ze społecznego punktu widzenia – wszak funkcjonowanie uzdrowisk warunkuje utrzymanie wielu miejsc pracy i rozwój regionu. Temat był kontynuowany na sympozjum pn. „Rozwój lecznictwa uzdrowiskowego, balneologii, medycyny fizykalnej i geotermii na terenie Dolnego Śląska”, zorganizowanym przez władze naszego województwa w Szczawnie-Zdroju. W trakcie spotkania nasi decydenci, przedstawiciele wrocławskich uczelni i osoby zarządzające uzdrowiskami podpisały list intencyjny obligujący sygnatariuszy do podejmowania działań na rzecz rozwoju uzdrowisk.

We wrześniu zorganizowaliśmy wraz z Wałbrzyskim Oddziałem ZUS ogólnokrajowe seminarium z cyklu „Rola konsultanta ZUS w procesie orzekania o niezdolności do pracy”. Tradycyjnie odbyło się ono w zamku „Książ” k. Wałbrzycha. Wysłuchaliśmy ciekawych wykładów poświęconych onkologii, nowością był jednak program elektronicznego wypełniania druków L4. Atrakcją obrad stanowił „złoty pociąg” – bardzo smaczny tort, wykonany przez mistrza cukiernictwa. Ponadto przeprowadziliśmy szkolenia z obsługi kas fiskalnych i prawnych wymogów prowadzenia dokumentacji medycznej.

Nowe placówki

17 marca 2015 r. otwarto oficjalnie Szpital Uzdrowski dla Dzieci „Jagusia” w Kudowie-Zdroju. Placówka wygląda imponująco, wyposażona jest w nowoczesny sprzęt medyczny, sale terapeutyczne, pracownie multimedialne i basen. Leczą się w niej dzieci z nadwagą, otyłością i cukrzycą. Prosimy lekarzy pediatrów, by kierowali swoich małych pacjentów do tej wspaniałej placówki.

20 marca 2015 roku został otwarty Dolnośląski Ośrodek Opieki Międzypokoleniowej „Biały Orzeł” w Sokołowsku, przeznaczony dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Takich placówek powinno powstać więcej, bo zapotrzebowanie jest olbrzymie.

W lipcu ruszyła w Głuszyca nowo wybudowana przychodnia lekarska „Solaris”, która świadczy usługi POZ oraz usługi specjalistyczne poza kontraktem z NFZ. W tym samym miesiącu na terenie szpitala powiatowego w Kłodzku zaczęła działać nowa stacja dializ. Pawilon został wybudowany i wyposażony przez niemiecki koncern Fresenius Nephrocare. Uroczystego jej otwarcia dokonał 2 lipca konsultant krajowy ds. nefrologii, transplantologii i dializoterapii, prof. dr hab. Marian Klinger.

1 grudnia w Specjalistycznym Szpitalu im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu otwarto Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, zwany potocznie detoksem.

Niepowodzenia

Niestety, przegraliśmy sprawy w sądzie z powództwa Oddziału Dolnośląskiego NFZ przeciwko lekarzom o tzw. nienależną refundację leków. Wyroki te podważyły nasze poczucie sprawiedliwości. Nie podajemy się jednak, zamierzamy nadal walczyć, wykorzystując wszystkie możliwości prawne.

Wciąż zmagamy się z mocno zbiurokratyzowanym systemem – jest to nasza największa zhora, coraz mniej czasu możemy poświęcić pacjentowi.

Coraz częściej spotykamy się... na pogrzebach. W 2015 roku zmarło wielu naszych kolegów lekarzy i lekarzy dentyistów, z samego Wałbrzycha odeszło aż 16 naszych przyjaciół. Uczciliśmy ich pamięć, tradycyjnie już, listopadową mszą św. w kościele w Szczawnie-Zdroju, celebrowaną przez diecezjalnego opiekuna służby zdrowia, ks. infułata Józefa Strugarka.

Nadzieje

Tzw. spotkania oplatkowe wpisały się już na stałe w kalendarz naszej działalności. W tym roku przy wspólnym stole w Szczawnie-Zdroju, Bystrzycy Kłodzkiej, Dzierżonowie i Świdnicy zasiądą delegaci na zjazd, przewodniczący kół oraz wszyscy chętni lekarze. Przede wszystkim życzymy sobie, abyśmy za rok spotkali się w tym samym gronie, oczekujemy też zmian „na lepsze”... Mamy nowego ministra zdrowia, wieloletniego aktywnego działacza izby lekarskiej, dr. n. med. Konstantego Radziwiłła, który jest świadom, że system ochrony zdrowia w Polsce wymaga radykalnych reform. Ufam, że nie będzie On obrońcą dotychczasowego „systemu kryzysu”. Mamy nadzieję, że warunki pracy i kształcenia lekarzy ulegną wreszcie poprawie, a pacjent przestanie się błąkać po zawiłym, zbiurokratyzowanym systemie i długich kolejkach. Krzta nadziei tli się w nas tak samo, jak w tych, którzy liczą na odnalezienie „złotego pociągu” w Wałbrzychu. Niech historia odkryje swe karty.

Życzenia

W imieniu lekarzy z Delegatury Wałbrzyskiej życzymy Koleżankom i Kolegom, a zwłaszcza naszym rodzinom, spokojnych świąt Bożego Narodzenia, pełnych wiary i marzeń, bo jak powiedział francuski powieściopisarz, Anatole France: „Aby osiągnąć wielkie rzeczy, musimy nie tylko działać, ale i marzyć, nie tylko planować, ale i wierzyć”.



Lekarski piknik rodzinny to jedno z wielu spotkań, które w tym roku – pod przewodnictwem Krystyny Michalak – zorganizowało Koło Terenowe DIL w Świdnicy.

Opis fot. ze s. 38

Szpital Uzdrawiskowy dla Dzieci „Jagusia” w Kudowiu-Zdroju. Otwarcie placówki, 17.03.2015 r. Od lewej: lek. Aleksandra Sędziak – konsultant wojewódzki w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, lek. Janusz Chelchelski – aktywny działacz Delegatury Wałbrzyskiej DIL, lekarz uzdrawiskowy oraz lek. Dorota Radziszewska.

Fot. z archiwum A.Ch.



Benefis 40-lecia pracy zawodowej prof. Alicji Chybickiej

Niezwykła osobowość, lekarz z powołania, społecznik. Ma charyzmę, siłę i pasję. Polscy lekarze uważają ją za niekwestionowanego autorytet w leczeniu nowotworów u dzieci. Sama mówi, że nie robi nic wielkiego. Prof. Alicja Chybicka, posłanka, była senator RP, pediatra, onkolog, hematolog dziecięcy, specjalista immunologii klinicznej, opieki paliatywnej, transplantolog, kieruje Kliniką Onkologii i Hematologii Dziecięcej UM we Wrocławiu. Nieustannie rozwija ośrodek, aby zapewnić jak najlepsze warunki chorym dzieciom. Ma na swoim koncie wiele nagród i prac naukowych. Stara się zawsze trzymać tych samych zasad życiowych i ma nadzieję, że nie ma wielu wrogów. Jak twierdzi ludzie w większości są dobrzy, trzeba tylko do nich umiejętnie podejść, wydobyc z nich dobro, którego każdy ma w sobie wiele. Marzy o tym, aby jej zawód przestał istnieć.

Niedawno mieliśmy okazję uczestniczyć w kameralnej i rodzinnej wręcz uroczystości, okrągłej rocznicy 40-lecia pracy zawodowej prof. Alicji Chybickiej. Zanim ustawiła się długa kolejka gości z życzeniami, głos zabrała bohaterka wieczoru. – Wszystko można, trzeba tylko chcieć. To nieprawda, że się nie da. Mam jeszcze wiele różnych szaleńczych planów i pomysłów, które zrealizuję, nawet jeśli inni będą oponować – mówiła prof. Alicja Chybicka.

Dzieci z Kliniki wręczyły Jubilatce laurkę, którą przygotowały z pomocą prof. Bernardy Kazanowskiej, a współpracownicy koszulkę z nadrukiem zdjęć całego zespołu. Prezent był natychmiast rozpakowany i przymierzony. Prof. Danuta Zwolińska, w imieniu własnym, członków DTP i lekarzy rodzinnych z całej Polski powiedziała: – Prof. Chybicka jest osobą niezwykłą, do której emanuje niezwykle pozytywna energia, osobą empatyczną, która z łatwością przyciąga do siebie innych.

– Mistrzu drogi, zwykły człowieku – od tej części załogi, która niesie pomoc psychologiczną, i naukę, pragniemy w dowód wielkiego przywiązania prosić o przyjęcie tego pociągu (z tekstury), który jest symbolem. Tutaj parowozem jest pani profesor, dzieci i rodzice są wagonikami i nie wiem, czy to będzie dobra czy niedobra informacja, ale my się nigdy nie odcepimy od pani profesor – tak brzmiały życzenia od zespołu nauczycielek i psycholożek ze szkoły działającej przy klinice.

Prof. Chybicka odpowiedziała: – Wszystko co osiągnęłam to zasługa bardzo wielu ludzi. Gdyby nie moja wspiana rodzina, mąż nie osiągnęłabym połowy tych rzeczy. Gdyby nie zespół, którym mam zaszczyt kierować, mój nauczyciel prof. Bogusławska-Jaworska, pewnie nie umiałabym tego, co umiem. Moi wspianali zastępcy tak prowadzą klinikę, że zastanawiam się, czy jestem w niej potrzebna. Człowiek sam nic nie znaczy. Tak naprawdę przez całe moje życie najważniejszy był człowiek, szczególnie ten chory, mały, walczący z chorobą. Ja dla siebie niczego nie potrzebuję. Cieszę się, że na moich oczach, choć nie moja to zasługa, z 15 proc. wyleczalności w roku 1975 doszliśmy do ponad 85 proc. Zatem prawie każde dziecko ma szansę na życie. To jest fantastyczne. Właśnie dla tych dzieci jestem gotowa zaśpiewać, pobiec w maratonie czy wejść na Kilimandżaro.

Po prostu mama

– Dla mnie moja mama całe życie była po prostu mamą. Zupełnie zwyczajną. Dwie nogi, dwie ręce, jedno serce – mówił Mirosław Chybicki. Starszy syn pani profesor opowiadał o wspólnych wypadach w góry, rodzinnym zwiedzaniu Europy, niezwyklej aktywności Jubilatki, dziękował też za trud wychowania. – W rodzinie było bardzo dużo wzajemnego szacunku i wsparcia. Myślę, że ten etos pracy płynął od dziadka. Pracowitość, uczciwość, prawość i ogromny upór – mówiła córka Aleksandra Chybicka-Myszka. Jej zdaniem pani profesor świetnie sprawdza się w roli babci, mimo ogromu obowiązków zawsze znajduje czas dla wnuków i za to ją podziwia. – Mama jest kochana przez wnuki. Kiedy ogląda z nimi bajkę, śmieje się najgłośniej i najlepiej się przy tym bawi. To też jej sposób na rozładowanie stresu. Lubi oglądać niemądre filmy, śmiać się z gagów. Podczas imprez rodzinnych czy spotkań towarzyskich milczy, robi komuś kawę, słucha, nigdy nie jest tą, która chce kogoś przekrzyczeć. Moja mama zawsze była świetnie zorganizowana nie tylko w pracy, ale i w domu. Przez całe życie dostawaliśmy kartki, co kto ma zrobić, podzielone na zadania. Te kartki pisze do dziś, choć jesteśmy w erze tabletów. Tak „zarządzani” byliśmy w dzieciństwie – podkreślała córka. Dzieci pani profesor wspominały bez żalu, że mamy nie było stale w domu, że miały dobre zastępstwo, że pozytywne nastawienie do świata odziedziczyły właśnie po niej, bo marudzić nie należy. – Postrzegam mamę jako człowieka z pasją i ja też mam to w sobie. Moja mama jest działaczem. Jeszcze nie skończy dobrze o czymś mówić i już działa. Bez mówienia także i mnie się to podoba. Ma dużo cech mistrza olimpijskiego, który sięga po najwyższe laury, nieustannie stawia sobie wyzwania. Jak się na coś uprze, to żadna przeszkoda jej niestraszna. W sytuacjach kryzysowych zawsze zwracamy się najpierw do niej. To jest chodząca interwencja kryzysowa. Nawet moi znajomi, znajomi braci czy rodziców dzwonią do mamy z prośbą o pomoc – opowiadała A. Chybicka-Myszka.

Prof. Alicja Chybicka jakiej nie znacie...

Od lat bez umiaru korzysta ze słońca – wspomina córka i dodaje: – Ma słabość do słodczy. Zawsze się nimi objadała. Nie jest w tej kwestii wzorem do naśladowania, ale wyznaje zasadę, że jak się coś lubi, to trzeba znaleźć sposób, aby to robić. Jeszcze jedna pasja prof. Alicji Chybickiej to czytanie Harlequinów – wyznaje p. Ola. – W samochodzie mojej mamy znajduje się pełno romansideł. Tak właśnie moja mama, bardzo mądra pani profesor odreagowuje stres. Jej życiowe motto brzmi: Nie ma problemów nie do rozwiązania. Nie ma celów nie do zrealizowania. Wstydzić trzeba się tylko złych czynów. Robić to, co dyktuje serce.

Magdalena Orlicz-Benedycka



Komentarz powyborczy

Jestem za, a nawet przeciw

Tekst Maciej Biardzki

WYBORY
PARLAMENTARNE 2015

Maciej Biardzki

Lekarz, menadżer ochrony zdrowia, publicysta.
Obecnie prezes Zarządu Milickiego Centrum
Medycznego sp. z o.o.Źródło grafiki: <http://www.pixabay.com/photos/ballot-paper-453807/blickpixel> – obraz modyfikowany

Parę tygodni temu, na zaproszenie redakcji „Medium”, napisałem artykuł związany z nadchodzącymi wyborami. Teraz przychodzi mi skomentować ich wynik i nadzieje, a może lęki, z tym związane. Dlatego też sięgnąłem do klasyka, Lecha Wałęsy, bo jego nieśmiertelnie niejednoznaczne wypowiedzi współgrają z moimi odczuciami.

Wynik wyborów wszyscy znamy. Po raz pierwszy od 1989 roku Polską będzie rządzić jedna partia, niepotrzebująca do tego koalicjanta. To dobrze i źle, bo z jednej strony nie pojawią się wymówki, że nie może ona wprowadzić w życie swojego programu, z drugiej sprawować będzie władzę praktycznie absolutną, zwłaszcza że posiada także pochodzącego ze swojego ugrupowania prezydenta.

PiS zdecydowanie wziął się zresztą za rządzenie Państwem. Najszybciej w historii został powołany nowy rząd, w szybkim tempie przejęto władzę nad służbami specjalnymi, wykorzystując uprzednie nieprzemyślane ruchy PO – opanowano Trybunał Konstytucyjny. Czy to ma oznaczać jakąś „faszycję” kraju, czym straszą nieprzychylni nowo wybranym, czy po prostu sięgnięcie po niezbędne narzędzia do skutecznego rządzenia? – czas pokaże. To, że jest co naprawiać, raczej nie podlega dyskusji.

Także skład nowo powołanego rządu RP wzbudzać może mieszane uczucia. Z jednej strony eksperci gospodarczy, tacy jak Mateusz Morawiecki czy Paweł Szalამაჩა, których docenia nawet opozycja, z drugiej „strasliwa trójka”: Antoni Macierewicz, Mariusz Kamiński i Zbigniew Ziobro. Czy nasze wybory były dobrymi wyborami i czy osoby, którym oddaliśmy władzę w Polsce spełnią nasze oczekiwania, tego dziś także jeszcze nie wiemy.

Co jednak z tych wyborów mają, czy też mogą mieć, interesariusze systemu opieki zdrowotnej, a zwłaszcza czytelnicy „Medium” – lekarze? Czy mogą liczyć na lepsze czasy, czy raczej obawiać się proponowanych rozwiązań?

Na przysłowiowe dzień dobry można powiedzieć jedno – po raz pierwszy na czele Ministerstwa Zdrowia mamy swojego przedstawiciela. Konstanty Radziwiłł, w przeciwieństwie do swoich poprzedników, jest nie tylko lekarzem, jest także wieloletnim prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej. Można więc się spodziewać, że przywróci on dialog ze środowiskiem lekarskim, który zwłaszcza w ostatnich latach był albo pozorowany, albo nie było go w ogóle. Jako nowo wybrany senator RP wygrał w jednomandatowym okręgu wybor-

czym. Jakiś złośliwiec mógłby co prawda powiedzieć, że wygrana z Romanem Giertychem nie musiała być szczególnie trudna, jednak on tego dokonał. Oznacza to, że posiada autentyczne poparcie społeczne, nie tylko lekarskie. Wypada tylko mieć nadzieję, że tego poparcia nie roztrwoni.

Konstanty Radziwiłł utworzył całkiem ciekawy gabinet złożony z osób, którym nie można zarzucić braku profesjonalizmu. Jarosław Pinkas – wiceminister jeszcze w rządzie prof. Religi, Krzysztof Łanda – prezes Fundacji Watch Health Care, ekspert polityki lekowej, Piotr Gryza – twórca Mazowieckiej Kasy Chorych, były szef UNUZ i Rady NFZ. Gabinet uzupełnia Katarzyna Głowala, były szef Wydziału Sprawiedliwości Departamentu Finansowania Strefy Budżetowej, która ma odpowiadać za finanse ministerstwa i Piotr Warczyński będący łącznikiem „starego z nowym”. Wygląda to całkiem ciekawie. Obawę wzbudza tylko brak silnego polityka PiS, który byłby wsparciem ministra w walce o uznanie ochrony zdrowia za priorytet nowego rządu. Ale może sam Konstanty Radziwiłł jest na tyle silny, że takiego wsparcia nie potrzebuje.

Jedną z pierwszych wypowiedzi nowego ministra zdrowia było wyznaczenie, że chciałby doprowadzić do sytuacji, w której przestaniemy być jakimś „systemem opieki zdrowotnej”, a staniemy się znowu służbą zdrowia. Wypowiedź tę traktuję przychylnie, bo rozumiem ją jako odejście od traktowania opieki zdrowotnej jako biznesu a powrót do korzeni – do postawienia dobra pacjenta ponad wszystkimi innymi priorytetami. Nie da się ukryć, że długofalowo jest nam to ogromnie potrzebne. Od 1999 roku, czyli od wprowadzenia reformy opieki zdrowotnej, gdzieś tego pacjenta zgubiliśmy. Jakże często jawi się on jako „procedura” czy też „wartość w punktach”. Przyjmujemy chorego do szpitala czy przychodni, oceniając go jako „wartość rozliczeniową”, nie wgłębiając się w jego losy po opuszczeniu oddziału czy gabinetu. To, jak bardzo zatraciliśmy holistyczne spojrzenie na pacjenta i jego los, chyba najbardziej obrazuje burzliwy rozwój kardiologii interwencyjnej.

Udało się nam, dzięki dobrym wycenom i nielimitowaniu usług, drastycznie zmniejszyć śmiertelność okołozawałową. Jednocześnie śmiertelność odległa po ostrych incydentach wieńcowych jest niemal taka sama jak w okresie przed upowszechnieniem leczenia interwencyjnego. A wszystko przez to, że zaniedbaliśmy wtórną prewencję, leczenie rehabilitacyjne i opiekę ambulatoryjną po epizodach OZW. Niech to wystarczy jako przykład.

Nie da się ukryć, że jako lekarz, od kilkunastu lat także menadżer opieki zdrowotnej, kibicuję filozofii, którą promują nowi rządzący. Uważam, że system opieki zdrowotnej, w którym stawia się na dobro pacjenta, planuje nakłady finansowe adekwatnie do potrzeb i jednocześnie godnie wynagradza pracowników, jest modelem docelowym. Idealistycznym, ale kierunkowym. Nie muszą dodawać, że jest on zgodny z tym, czego od lat oczekuje Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Czy jednak da się do tego modelu dojść w przewidywalnym czasie? To jest pytanie zasadnicze.

Podstawowym problemem systemu jest brak zasobów ludzkich i finansowych. Mamy za mało lekarzy i pielęgniarek, abyśmy mogli zabezpieczyć potrzeby naszych pacjentów. Lekarze pracują na wielu etatach, ci na umowach cywilnoprawnych pracują po kilkaset godzin w miesiącu. Tego nie da się na dłuższą metę utrzymać. Zarówno dla dobra pacjentów, jak i pracowników. Ale przecież tego nie da się także naprawić z dnia na dzień. To są wieloletnie zaniedbania, których naprawa też potrwa wiele lat. Cykl kształcenia lekarzy to ponad dziesięć lat. Sześć lat studiów plus pięcioletnia rezydentura to co najmniej kilkanaście lat potrzebne na wykształcenie lekarza specjalisty. Nic nie da istotne zwiększenie liczby rezydentur, skoro brakuje absolwentów uczelni medycznych. Jeżeli zwiększymy liczbę studentów medycyny, to na efekty także będziemy musieli poczekać i to dłużej niż do kolejnych wyborów. Mam nadzieję, że potrzebne decyzje zapadną już wkrótce, aby nabór był istotnie większy już w roku 2016. Ale to będzie wymagać większych nakładów na uczelnie medyczne już w przyszłorocznym budżecie Państwa. Czy nowi rządzący są tego świadomi i są na to gotowi?

Drugim głównym problemem jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Oczywiście jest, że trzeba zacząć promować zdrowy tryb życia i profilaktykę, aby zmniejszyć liczbę pacjentów w przyszłości. Ale przede wszystkim trzeba zwiększyć nakłady po to, aby umożliwić wykonywanie większej ilości procedur medycznych i poprawić rentowność istniejących szpitali i przychodni. Tylko w ten sposób można doprowadzić do zmniejszenia kolejek oczekujących i do istotnego zwiększenia wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek i innych profesjonalistów medycznych. A bez tego nie można oczekiwać, że nasi lekarze i pielęgniarki nie będą opuszczać kraju. Ba, bez tego nie można także liczyć na to, że dzisiejsze dramatyczne braki zostaną uzupełnione „importem” profesjonalistów z innych krajów. Tyle tylko, że o takich decyzjach na razie jest cicho.

Pomysłem PiS jest zmiana sposobu finansowania ochrony zdrowia z dotychczasowego modelu ubezpieczeniowego opartego o składkę zdrowotną na model bezpośredniego finansowania z budżetu Państwa. Nowi rządzący obiecują zwiększenie nakładów publicznych z dotychczasowych 4,6 proc. PKB do 6 proc. To dużo, bo ok. 30 proc. Niestety, nie znamy harmonogramu tego zwiększenia, a nawet nie wiemy, kiedy do zmiany finansowania dojdzie. Jest to bardzo istotne pytanie. Osobiście nie jestem gorącym zwolennikiem finansowania budżetowego, bo jest ono zbyt zależne od woli polityków, którym za bardzo ufać nie należy. Wolałbym upowszechnienie składki zdrowotnej, bowiem obecnie jest ona rozłożona bardzo niesprawiedliwie. Wystarczy powiedzieć, że pracujący na etacie (ale także emeryci i renciści) płacą składkę 9 proc. swoich przychodów, z tego 7,75 proc. odliczane od podatku. Z kolei samozatrudnieni, np. lekarze na kontraktach, płacą zryczałtowaną składkę w wysokości ok. 300 zł/miesiąc, zaś podatek w pełnej wysokości. Gdyby wszyscy płacili na jednolitych zasadach, wcale nie zarabialiby mniej, zaś składka byłaby znacznie wyższa. Nie mówiąc już np. o rolnikach, płacących składkę w „humorystycznej” wielkości.

Gdyby składka została upowszechniona, dodatkowo zaś PiS zrealizował obietnice dotyczące podwyższenia zarobków w całym kraju, to prawdopodobnie nakłady na system byłyby większe niż obiecane

6 proc. PKB, na dodatek zagwarantowane systemowo. Tymczasem stoimy przed inną groźbą. Jeżeli finansowanie bezpośrednie z budżetu zostanie zrealizowane później niż zwiększenie kwoty wolnej od podatku, czego konieczność dodatkowo potwierdziło ostatnie orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, to wpływy ze składki mogą dodatkowo zmaleć. To całkiem proste – skoro składka jest odliczana od podatku, to jeżeli płacimy mniejszy podatek, to zapłacimy też mniejszą składkę zdrowotną. A ponieważ podwyższenie kwoty wolnej ma dotyczyć wszystkich, to ubytek będzie szczególnie dotkliwy. Potencjalnie więc zamiast być lepiej, to może być znacznie gorzej.

Finansowanie budżetowe jest znacznie prostsze. Nie trzeba będzie płacić haraczu dla ZUS i KRUS za tzw. identyfikację składki, ale bez zmiany Konstytucji nigdy nie będziemy pewni, że w razie problemów budżetowych nakłady te nie zostaną obcięte. Dlaczego aż Konstytucji? Bo właśnie w ustawie zasadniczej można zastrzec brak możliwości obciążenia tych nakładów, jak to jest np. w przypadku wydatków na obronność. Czy jednak w sejmie znajdzie się 307 chętnych chcących zapewnić nam bezpieczeństwo na przyszłość? Czy budżet Państwa stać będzie w ciągu najbliższych lat na zwiększenie środków do owych mitycznych 6 proc. PKB? Myślę, że to nie tylko moje wątpliwości.

Likwidacja NFZ to w zasadzie działanie pozorne. Ktoś musi dzielić pieniądze, a jeśli będzie ich tak mało jak do tej pory, to i tak większość będzie niezadowolona. I wśród pacjentów, i wśród szpitali /przychodni. Jeżeli zadanie to spadnie na urzędy wojewódzkie, to prawdopodobnie przejmą one pracowników oddziałów NFZ. Zmieni się tylko pieczętka i „kierunek” społecznych utyskiwań. Przestaniemy narzekać na NFZ, zacniemy natomiast na wojewodę. Ale to już problem rządzących.

Niepotrzebne jest dzielenie realizatorów opieki na dobrych – publicznych i złych – prywatnych. Mam nadzieję, że jest to tylko nieporozumienie, bo już wzbudziło ono sporo niepotrzebnego fermentu. Rozumiem, że ci publiczni, to ci, którzy leczą na podstawie kontraktu z NFZ, niezależnie od tego, czy są to SPZOZ-y, spółki samorządowe czy firmy całkowicie prywatne. Jeżeli tak, to w porządku. Rozdział między gabinetami całkowicie prywatnymi, działającymi poza systemem, zaś kierującymi następnie do leczenia w firmach publicznych na nie do końca jasnych zasadach, a systemem publicznym – to zupełnie inna sprawa, która chyba nie będzie wzbudzać kontrowersji. Ale trzeba to nazwać konkretnie, a nie tak hasłowo jak w exposé Pani Premier.

Moje największe obawy budzi jednak nadchodzący rok. Przepchnięte kolanem rozporządzenie poprzedniego ministra zdrowia, dotyczące podwyżek dla pielęgniarek, nie ma żadnych źródeł finansowania. Zarówno dyrektorzy szpitali, jak i właściciele indywidualnych praktyk lekarskich już dowiedzieli się w NFZ, że nie mają co liczyć na wyższe kontrakty w 2016 roku. A przecież koszty działalności rosną. Trzeba będzie opłacić składki ubezpieczeniowe od umów zleceń, zwiększyć wynagrodzenia minimalne. Rosną też inne koszty. Trudno liczyć na to, że wzrosną wynagrodzenia innych pracowników, nie tylko lekarzy. Skoro nie rosną kontrakty, nie przyjmujemy też większej liczby pacjentów. Jeżeli nowe władze nie zwiększą nakładów, to nie będzie lepiej, a wręcz przeciwnie – będzie gorzej. Zawsze będzie można powiedzieć, że to wina poprzedników, ale liczyliśmy przecież na „dobrą zmianę”. Szkody związane z rozzarowaniem mogą być nieoszacowane. Nikogo nie będą interesować zmiany w Trybunale Konstytucyjnym czy mediach publicznych. Chleba nie zastąpią igrzyska w postaci bezkompromisowej walki z korupcją.

Popieram zmiany w sposobie realizowania opieki zdrowotnej. Myślę nawet, że jestem w większości. Ale nowe władze muszą też pamiętać, co jest wybrukowane dobrymi chęciami. Przed 1989 rokiem opowiadano sobie dowcip: „Jak partia mówi, że nie da, to nie da, a jak mówi że da, to mówi”. Jeżeli Beata Szydło i Konstanty Radziwiłł chcą zaufania w kolejnych latach, to muszą nie tylko podejmować szybkie systemowe decyzje. Muszą także ten system szybko dofinansować. Bo równie szybko możemy przestać być za. Łaska pańska na pstrym koniu jeździ.



Fot. z archiwum „Medium”



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL



IN VITRO

Źródło grafiki: http://www.flickr.com/photos/14211274989_d90722ee95_b/tnssofres

1 listopada 2015 r. weszła w życie ustawa z 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, opublikowana w Dz. U. z 2015 r., poz. 1087.

Ustawa dokonała wdrożenia dyrektywy 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz. Urz. UE L 102 z 07.04.2004, str. 48).

Ustawa określa:

- zasady ochrony zarodka i komórek rozrodczych w odniesieniu do ich zastosowania w biologii i medycynie w związku z leczeniem niepłodności;
- sposoby leczenia niepłodności, w tym stosowania procedury medycznie wspomaganą prokreacji;
- zadania władz publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia rozrodczego;
- warunki dawstwa, pobierania, przetwarzania, testowania, przechowywania i dystrybucji komórek rozrodczych oraz zarodków przeznaczonych do zastosowania w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji;
- zasady funkcjonowania ośrodków medycznie wspomaganą prokreacji oraz banków komórek rozrodczych i zarodków.

Leczenie niepłodności, w tym w drodze medycznie wspomaganą prokreacji, jest prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w sposób i na warunkach określonych w ustawie, i finansowane na zasadach określonych w przepisach odrębnych. Niedopuszczalne jest ograniczanie możliwości rozrodu ze względu na nosicielstwo chorób warunkowanych genetycznie.

Leczenie niepłodności jest prowadzone z poszanowaniem godności człowieka, prawa do życia prywatnego i rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem prawnej ochrony życia, zdrowia, dobra i praw dziecka. **Leczenie niepłodności obejmuje:** poradnictwo medyczne; diagnozowanie przyczyn niepłodności; zachowawcze leczenie farmakologiczne; leczenie chirurgiczne; procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganą prokreacji; zabezpieczenie płodności na przyszłość.

Leczenie niepłodności w drodze procedury zapłodnienia pozaustrojowego może być podejmowane po wyczerpaniu innych metod leczenia prowadzonych przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy. Procedurę zapłodnienia pozaustrojowego można podejmować bez wyczerpania innych metod leczenia i w terminie krótszym niż 12 miesięcy od rozpo-

częcia leczenia niepłodności, jeżeli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie jest możliwe uzyskanie ciąży w wyniku zastosowania tych metod.

Procedury medycznie wspomaganą prokreacji obejmują procedury medyczne, w których są wykorzystywane wcześniej pobrane komórki rozrodcze. W przypadku zapłodnienia pozaustrojowego dopuszcza się zapłodnienie nie więcej niż sześciu żeńskich komórek rozrodczych, chyba że ukończenie przez biorczynię 35. roku życia lub wskazania medyczne wynikające z choroby współistniejącej z niepłodnością lub dwukrotnego nieskutecznego wcześniejszego leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego uzasadniają zapłodnienie większej ich liczby. Zabezpieczenie płodności na przyszłość obejmuje działania medyczne podejmowane w celu zabezpieczenia zdolności płodzenia w przypadku niebezpieczeństwa utraty albo istotnego upośledzenia zdolności płodzenia na skutek choroby, urazu lub leczenia.

Dawstwo partnerskie polega na przekazaniu komórek rozrodczych przez dawcę – mężczyznę w celu zastosowania ich w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji u biorczynie pozostającej z dawcą w związku małżeńskim albo we wspólnym pożyciu potwierdzonym zgodnym oświadczeniem dawcy i biorczynie. W dawstwie partnerskim stosowane są komórki rozrodcze biorczynie. **Dawstwo zarodka** polega na przekazaniu zarodka w celu zastosowania go w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji u biorczynie, która nie jest dawcą żeńskich komórek rozrodczych i nie pozostaje w związku małżeńskim albo we wspólnym pożyciu z dawcą męskich komórek rozrodczych, z których zarodek ten powstał.

Bank komórek rozrodczych i zarodków oznacza jednostkę organizacyjną prowadzącą, na podstawie pozwolenia ministra zdrowia, działalność w zakresie gromadzenia, przechowywania i dystrybucji komórek rozrodczych i zarodków. **Ośrodek medycznie wspomaganą prokreacji** to podmiot leczniczy wykonujący, na podstawie pozwolenia ministra zdrowia, działalność leczniczą w zakresie stosowania procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym pobierania komórek rozrodczych, przetwarzania, testowania, konserwowania i dystrybucji komórek rozrodczych i zarodków. **Status centrum leczenia niepłodności może uzyskać podmiot leczniczy prowadzący łącznie:**

- bank komórek rozrodczych i zarodków;
- działalność z zakresu leczenia niepłodności wszystkimi metodami, o których mowa w ustawie, w tym ośrodek medycznie wspomaganą prokreacji;
- działalność dydaktyczną i badawczą w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod diagnozowania i leczenia niepłodności.

Zastosowanie komórek rozrodczych i zarodków w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji polega na:

- przeniesieniu męskich komórek rozrodczych do organizmu biorczynie;
- pozaustrojowym utworzeniu zarodków (zapłodnienie pozaustrojowe);
- testowaniu komórek rozrodczych i zarodków;
- przeniesieniu utworzonych zarodków do organizmu biorczynie.

Dawca komórek rozrodczych, które nie zostały zastosowane w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji, może w każdym czasie żądać ich zniszczenia lub przekazać je na cele badawcze. Niedopuszczalne jest odpłatne zbycie, nabycie lub pośredniczenie w odpłatnym zbyciu lub nabyciu komórki rozrodczej lub zarodka. Zarodki powstałe w wyniku dawstwa partnerskiego mogą być przeniesione do organizmu biorczynie po śmierci dawcy komórek rozrodczych, z których utworzono zarodek.

W celu identyfikacji dawców i biorczyń komórek rozrodczych przekazanych w celu dawstwa innego niż

partnerskie oraz dawców i biorczyń zarodków oraz w celu monitorowania procesu medycznie wspomaganą prokreacji tworzy się rejestr dawców komórek rozrodczych i zarodków. Dane gromadzone w rejestrze są objęte tajemnicą i mogą być udostępniane

wyłącznie osobom uprawnionym i w zakresie wynikającym z przepisów ustawy.

Osoba urodzona w wyniku procedury medycznie wspomagannej prokreacji, w wyniku dawstwa innego niż partnerskie komórki rozrodczych lub dawstwa zarodka, ma prawo po osiągnięciu pełnoletności zapoznać się z informacjami dotyczącymi roku i miejsca urodzenia dawcy oraz jego stanu zdrowia. Przedstawiciel ustawowy dziecka urodzonego w wyniku procedury medycznie wspomagannej prokreacji ma prawo zapoznać się z informacjami dotyczącymi stanu zdrowia dawcy, jeżeli informacje te mogą przyczynić się do uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia tego dziecka. Wskazania do zapoznania się z informacjami dotyczącymi dawcy określa lekarz prowadzący leczenie dziecka i odnotowuje je w dokumentacji medycznej.

Ośrodek medycznie wspomagannej prokreacji oraz bank komórek rozrodczych i zarodków są obowiązane przechowywać dokumentację dotyczącą wykonywanych czynności, w tym rodzajów i ilości komórek rozrodczych i zarodków, pobranych, przetestowanych, zakonserwowanych, przetworzonych, przechowywanych i dystrybuowanych lub w inny sposób wykorzystanych, a także dotyczącą ich pochodzenia oraz miejsca docelowego, niezbędną do monitorowania komórek rozrodczych i zarodków na wszystkich etapach przez 90 lat od dnia jej utworzenia w celu zastosowania u ludzi w procedurze medycznie wspomagannej prokreacji, w sposób umożliwiający identyfikację dawców i biorczyni komórek rozrodczych i zarodków.

Zarodki utworzone i przechowywane przed dniem wejścia w życie ustawy są przekazywane do dawstwa zarodka:

- po upływie 20 lat od dnia wejścia w życie ustawy, chyba że wcześniej zostaną przekazane przez dawców zarodka do dawstwa zarodka;
- w przypadku śmierci obojga dawców zarodka albo, jeżeli zarodek został utworzony w wyniku dawstwa innego niż partnerskie, śmierci biorczyni i jej męża lub osoby pozostającej z nią we wspólnym pożyciu.

Wywozu komórek rozrodczych lub zarodków z terytorium RP na terytorium państw innych niż państwa członkowskie Unii Europejskiej i przywozu komórek rozrodczych lub zarodków na terytorium RP z terytorium państw innych niż państwa członkowskie UE dokonuje bank komórek rozrodczych i zarodków, posiadający pozwolenie na wykonywanie tych czynności. Szkolenia w zakresie pobierania, przetwarzania, przechowywania, testowania i dystrybucji komórek rozrodczych i zarodków przeznaczonych do zastosowania w procedurze medycznie wspomagannej prokreacji osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek rozrodczych i zarodków, a także bezpieczeństwo dawców i biorczyń, organizowane są przez jednostki akredytowane przez ministra zdrowia.

Za nieprzestrzeganie przepisów ustawy grożą surowe sankcje karne, w tym: kara grzywny, kara ograniczenia wolności, kara pozbawienia wolności maksymalnie do 10 lat oraz administracyjne kary pieniężne do 100.000 zł.

Podmioty wykonujące w dniu wejścia w życie ustawy czynności polegające na gromadzeniu, przetwarzaniu, przechowywaniu, dystrybucji komórek rozrodczych lub zarodków przeznaczonych do zastosowania u ludzi w procedurze medycznie wspomagannej prokreacji, wywozie komórek rozrodczych lub zarodków z terytorium RP lub ich przywozie na terytorium RP, oraz podmioty wykonujące czynności medycznie wspomagannej prokreacji polegające na pobieraniu komórek rozrodczych od dawców lub stosowaniu komórek rozrodczych i zarodków u ludzi w procedurze medycznie wspomagannej prokreacji, mogą wykonywać te czynności, po tym dniu, do czasu uzyskania pozwolenia ministra zdrowia, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

UWAGA LEKARZE PROWADZĄCY PRAKTYKI LEKARSKIE!

Lekarze prowadzący praktykę lekarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są zobowiązani do przedstawienia organowi rejestrowemu, czyli właściwej okręgowej radzie lekarskiej, dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.

Polisę można przesłać pocztą lub złożyć osobiście w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45, I piętro, pokój 1.05.

Dokument ten można również przesłać w formie skanu bądź zdjęcia na adres e-mail: praktyki@dilnet.wroc.pl. W temacie proszę wpisać swoje imię i nazwisko oraz dopisać „aktualizacja polisy OC”.

Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

W terminie 7 dni od zawarcia umowy lekarz przekazuje właściwej radzie lekarskiej dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi:

- 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC;
- 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC.

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu przypomina, że lekarz /lekarz dentysta powinien zgłosić do DIL wszystkie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktów na rzecz podmiotów leczniczych.

**Rejestr Prywatnych Praktyk Lekarskich
Joanna Żak, tel. 71 798 80 60
mgr Kamila Kaczyńska, tel. 71 798 80 61**

PODZIĘKOWANIA

Panu Doktorowi Brunonowi Bernadowskiemu, ordynatorowi Oddziału Wewnętrzznego A Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy; **Panu Doktorowi Ryszardowi Kępie** oraz personelowi medycznemu tego oddziału za pomoc i opiekę w ciężkiej chorobie **śp. Jerzego Turzańskiego** serdecznie dziękuje **Rodzina**.



Podziękowania dla lekarzy ze szpitala EMC we Wrocławiu, **Pana Doktora Marka Skoczylasa** i **Pani Doktor Małgorzaty Kondusz-Szklarz** za troskliwą opiekę nad moim Tatą – za profesjonalną diagnostykę i leczenie operacyjne na najwyższym poziomie składa **Ewa Wilejczyk**.





ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROZCNIK 1971

Drogi 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

Oplata 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.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.01.2016 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 pannieńskiego.

Za Komitet Organizacyjny
Wanda Man-Widerska, Krzysztof Bąk

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROZCNIK 1981

Drogi 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

Oplata 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.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.01.2016 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 pannieńskiego.

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 (kom. 607 337 630),
Leszek Ujma (kom. 601 894 942)

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROZCNIK 1991

Drogi 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

Oplata 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.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.01.2016 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 pannieńskiego.

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 Dzięgieł, Jarosław Janc, Jacek Szepietowski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROZCNIK 1996

Drogi 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

Oplata 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.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.03.2016 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 pannieńskiego.

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 (czwartek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu „Śląsk”, ul. Oporowska 60, Wrocław

godz. 19.00 Kolaćja powitalna

24 czerwca (piątek)

godz. 9.00 Cmentarz św. Wawrzyńca, ul. Bujwida. Odwiedzimy naszych Profesorów i Kolegów

godz. 10.00 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 wspominają wrocławskie czasy!

godz. 20.00 Kolaćja 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 31.01.2016 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 Stępnem, tel. 604 994 540,
e-mail: g.t.stepien@gmail.com

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 8 października 2015 roku

NR 138/2015

w sprawie zgłoszenia kandydata na członka Rady Ośrodka Historycznego NRL

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zgłasza kandydaturę prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Kierzka na członka Rady Ośrodka Historycznego Naczelnej Rady Lekarskiej.

NR 139/2015

w sprawie upoważnienia p.o. prezesa DRL do złożenia wniosku o przyznanie dotacji na zorganizowanie przez DIL form doskonalenia zawodowego

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu upoważnia p.o. prezesa DRL dr. n. med. Pawła Wróblewskiego do wystąpienia z wnioskiem do Naczelnej Izby Lekarskiej o przyznanie dotacji na zorganizowanie przez DIL w I półroczu 2016 r. form doskonalenia zawodowego.

NR 140/2015

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział prof. dr. n. med. Oliviera Kaschke, ordynatora Klinicznego Oddziału Otolaryngologii Szpitala Świętej Gertrudy w Berlinie, w dniach 20-

21.11.2015 r. w konsylium lekarskim na temat operacyjnego leczenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych i wykonywanie zabiegów operacyjnych, których potrzeba wynika z tego konsylium w Medicus Dolnośląskie Centrum Laryngologii Sp. z o.o. we Wrocławiu, na zaproszenie prezesa zarządu dr. n. med. Macieja Mazura.

NR 160/2015

w sprawie zmiany uchwały dot. wyboru członków Rady Klubu Lekarza

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 81/2015 DRL z dnia 14 maja 2015 r. w sprawie przedstawicieli DIL w Radzie Klubu Lekarza w następujący sposób: § 1 uchwały otrzymuje brzmienie: w skład Rady Klubu Lekarza ze strony DIL wchodzi: Bożena Kaniak, Maria Jarosz, Piotr Knast.

NR 161/2015

w sprawie pomieszczeń użytkowych w przyziemiu budynku przy al. Matejki 6 we Wrocławiu

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na podpisanie z Dolnośląską Izbą Aptekarską we Wrocławiu przedwstępnej umowy sprzedaży pomieszczeń użytkowych w przyziemiu budynku przy al. Matejki 6 we Wrocławiu, po ich

wydzieleniu z nieruchomości wspólnej przez gminę Wrocław.

NR 162/2015

w sprawie opinii o kandydacie na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie audiologii i foniatrii

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr. hab. n. med. Alicji Sekuli na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie audiologii i foniatrii.

NR 163/2015

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział dr. Rene Horslebena Petersena z Danii, światowej klasy specjalisty w dziedzinie małowazyjnych operacji torakochirurgicznych, w szczególności wideoskopowej lobektomii, w dniu 03.11.2015 r. w konsylium lekarskim i wykonanie zabiegów operacyjnych w asyście lekarzy torakochirurgów z Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, na zaproszenie p.o. kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej dr. n. med. Adama Rzechonka oraz ordynatora oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej WOT DCChP dr. n. med. Marka Marciniaka.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 5 listopada 2015 roku

NR 167/2015

w sprawie wyrażenia opinii o kandydacie na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę prof. dr. hab. n. med. Marka Bębenka na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej.

NR 168/2015

w sprawie wyrażenia opinii o kandydacie na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej na terenie województwa podkarpackiego

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr. n. med. Radosława Chabera na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej na terenie województwa podkarpackiego.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 19 listopada 2015 roku

NR 176/2015

w sprawie opinii o kandydacie na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę prof. dr. hab. n. med. Jacka Gajka na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii.

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



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym
im. Gromkowskiego we Wrocławiu
oraz Polskim Towarzystwem Żywienia Klinicznego
zapraszają na konferencję

pt. „NIEDOŻYWIENIE W ZABURZENIACH POŁYKANIA”

która odbędzie się **22 stycznia 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 n. med. Anna Zmarzły

**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. 9.00-9.10 Otwarcie konferencji – dr n. med. Anna Zmarzły
- godz. 9.10-9.30 *Objawy i skutki zaburzeń połykania u dorosłych. Niedożywienie. Aspiracje pokarmowe* – dr n. med. Anna Zmarzły
- godz. 9.30-10.50 *Przyczyny zaburzeń połykania w chorobach wewnętrznych, gastrologii, geriatrii* – dr hab. Elżbieta Poniewierka, prof. nadzw.
- godz. 10.50-11.10 *Przyczyny zaburzeń połykania w chirurgii i onkologii*
dr n. med. Elżbieta Koczur-Szozda
- godz. 11.10-11.30 *Zaburzenia połykania w neurologii* – dr hab. Sławomir Budrewicz
- godz. 11.30-12.00 Przerwa
- godz. 12.00-13.00 *Diagnostyka zaburzeń połykania* – dr n. med. Anna Czernuszenko
- godz. 13.00-14.00 *Terapia zaburzeń połykania u dorosłych. Karmienie chorych z problemami dotyczącymi żucia, gryzienia, połykania*
dr n. med. Marika Litwin
- godz. 14.00-14.10 *Doustne diety przemysłowe w zaburzeniach połykania*
dr n. med. Anna Zmarzły
- godz. 14.10-14.30 *Leczenie żywieniowe w zaburzeniach połykania*
dr n. med. Elżbieta Koczur-Szozda
- 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: komisjaksztalcentia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie
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 dawnej siedziby 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 (amfetaminy, 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: komisjaksztalcentia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie
pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**

Szkolenie z ochrony radiologicznej pacjenta dla lekarzy i lekarzy dentystów Rekrutacja uczestników na 2016 r.

Komisja Kształcenia DRL oraz Komisja Stomatologiczna DRL planuje ponownie zorganizować w 2016 r. szkolenie w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (zarówno dla lekarzy, jak i lekarzy dentystów), zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29.11.2000 r. Prawo atomowe (tekst jednolity z 2014 r., Dz. U., nr 1512 ze zm.).

Zgodnie z art. 33c ust. 5 ustawy Prawo atomowe szkolenie skierowane jest do osób wykonujących i nadzorujących wykonywanie badań i zabiegów leczniczych przy użyciu promieniowania jonizującego, które są obowiązane do podnoszenia swoich kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zdanie egzaminu i uzyskanie certyfikatu potwierdzającego jego zdanie. Certyfikat jest ważny przez 5 lat od dnia jego wydania. Brak ważnego certyfikatu uniemożliwia wykonywanie prac, o których mowa wyżej.

Szkolenie kończy się egzaminem, za który uczestnik będzie zobowiązany zapłacić indywidualnie. Wysokość opłaty wynika z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.02.2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (tekst jednolity z 2013 r., Dz. U., poz. 1015 ze zm.) i wynosi 140 zł.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o wstępne pisemne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcentia@dilnet.wroc.pl Liczba miejsc ograniczona – o uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Przewidywany termin szkolenia – I kwartał 2016 r.

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zaprasza na warsztaty**

**pt. „STANY NAGŁE W GABINECIE LEKARSKIM
– POSTĘPOWANIE PRAKTYCZNE”**

które odbędą się w następujących terminach:

I i II grupa	16 stycznia 2016 r. (sobota)
III i IV grupa	20 lutego 2016 r. (sobota)
V i VI grupa	19 marca 2016 r. (sobota)
VII i VIII grupa	16 kwietnia 2016 r. (sobota)
IX i X grupa	21 maja 2016 r. (sobota)
XI i XII	11 czerwca 2016 r. (sobota)

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu
przy **al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

**Czas trwania szkolenia – 6 godzin (w tym 2 godziny zajęć
seminaryjnych oraz 4 godziny zajęć praktycznych)**

Wykładowcy: dr n. med. Jacek Smereka i lek. Marek Brodzki

Uczestnikowi warsztatów przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

**Program warsztatów
CZĘŚĆ SEMINARYJNA**

1. Podstawy patofizjologii stanów zagrożenia życia u pacjentów w gabinecie lekarskim. Typowe stany nagłych zagrożeń u pacjentów w gabinecie lekarskim
2. Podstawowe czynności resuscytacyjne (BLS) – ocena pacjenta, udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie, podtrzymanie funkcji układu krążenia
3. Aktualne wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej Europejskiej Rady Resuscytacji 2010 – zmiany w wytycznych, czynniki wpływające w istotnym stopniu na skuteczność działań resuscytacyjnych
4. Przyczyny, rozpoznanie, zapobieganie i postępowanie w typowych stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim: omdleniu wazowagalnym, niedociśnieniu ortostatycznym, zaburzeniach oddechowych, hipoglikemii, napadzie padaczkowym, anafilaksji, toksycznym działaniu leków miejscowo znieczulających
5. Farmakologia leków stosowanych w stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim – skład i praktyczne zastosowanie leków z zestawu przeciwwstrząsowego
6. Podstawowe zabiegi ratujące życie – usuwanie ciała obcego z dróg oddechowych, wprowadzanie rurki ustno-gardłowej, wentylacja workiem AMBU, konikotomia
7. Zasady tlenoterapii – sprzęt, wskazania, metody

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

1. Podstawowe czynności resuscytacyjne – ocena pacjenta, układanie w odpowiednich pozycjach, ocena układu krążenia i oddechowego, udrażnianie dróg oddechowych, pośredni masaż serca
2. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja osoby dorosłej)
3. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja dziecka)
4. Prawdłowo prowadzony pośredni masaż serca – ćwiczenia i ocena na fantomie z pomiarem jakości resuscytacji
5. Defibrylacja zautomatyzowana (AED) – ćwiczenia praktyczne na fantomie z użyciem defibrylatora
6. Udrażnianie i zabezpieczanie dróg oddechowych – wentylacja workiem samorozprężalnym, zakładanie rurki ustno-gardłowej, maski krtaniowej i I-gel
7. Postępowanie w przypadku całkowitej niedrożności dróg oddechowych – konikotomia, ćwiczenia na fantomie
8. Leki z zestawu przeciwwstrząsowego – przygotowanie i podawanie leków, tlenoterapia
9. Drogi podawania leków – podskórna, domięśniowa, dożylna
10. Zakładanie dostępu dożylnego (wenflonu) – ćwiczenia na fantomie

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach proszone są o PISEMNE zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:

e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń.

Maksymalna liczba uczestników w jednym terminie – 18 osób.

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu**

zaprasza na kurs medyczny

**„PACJENT TO NIE TYLKO CIAŁO, CZYLI
W CHORYM CIELE CHORY DUCH.
PSYCHOLOGIA PACJENTA DLA LEKARZY
I LEKARZY DENTYSTÓW”**

który odbędzie się w następujących terminach:

I grupa	16 stycznia 2016 r. (sobota)
II grupa	20 lutego 2016 r. (sobota)
III grupa	19 marca 2016 r. (sobota)
IV grupa	16 kwietnia 2016 r. (sobota)
V grupa	21 maja 2016 r. (sobota)
VI grupa	11 czerwca 2016 r. (sobota)

w sali klubowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu przy **al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

Wykładowca – lek. Dariusz Delikat, psycholog

**Czas trwania kursu – 6 godzin (w tym 2 godziny zajęć
seminaryjnych oraz 4 godziny zajęć praktycznych)**

Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program kursu

Aktywność lekarza obejmuje tzw. czynności instrumentalne ukierunkowane na postawienie rozpoznania oraz wykonanie zabiegów terapeutycznych (badanie fizykalne, pomiar ciśnienia, ekg, usg itp.) oraz ekspresywne – ukierunkowane na stan emocjonalny pacjenta (eliminacja negatywnych emocji, budowanie poczucia bezpieczeństwa, motywowanie, wspieranie itp.). Z badań psychologów społecznych wynika, że oczekiwania pacjentów wobec zachowań lekarzy dotyczą głównie czynności ekspresywnych. Dlatego związane z nimi umiejętności psychologiczne są tak istotne. Umiejętności te szczególnie ważne stają się, gdy choroba ma poważne konsekwencje – diametralnie zmienia dotychczasowe życie pacjenta lub prowadzi do śmierci. Aby więc realizować lekarskie cele warto poznawać „chorego ducha”, czyli zgłębiać tzw. psychologię pacjenta.

CZĘŚĆ SEMINARYJNA

- historyczne aspekty kontaktu z pacjentem – od koncentracji na chorobie do koncentracji na pacjencie
- psychologia pacjenta – osobowość, motywacja, różnice indywidualne
- stres, choroba i ich wzajemne związki
- różnice indywidualne w podejściu do choroby
- emocje związane z chorobą, ich dynamika i związek z wynikami leczenia
- informowanie o chorobie, jej przebiegu i konsekwencjach
- wsparcie po stracie bliskich

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

- budowanie relacji lekarz – pacjent
- eliminacja negatywnych emocji i obniżanie poziomu stresu
- efektywne pozyskiwanie informacji (wywiad)
- przedstawianie diagnozy i zaleceń
- formułowanie komunikatów wpływających na zmianę postaw pacjenta poprzez oddziaływanie na emocje
- wykorzystywanie w kontakcie z pacjentem perswazji i psychologicznych mechanizmów wpływu społecznego
- przekonywanie do zaleceń i zachowań prozdrowotnych
- reagowanie na sytuacje trudne
- sposoby okazywania wsparcia po stracie bliskich

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach
proszone są WYŁĄCZNIE O PISEMNE
zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:**

e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba uczestników w jednym terminie – 25 osób.



Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się **29 stycznia 2016 r. (piątek) w godz. 9.00-13.30** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Temat:

„NOWE MATERIAŁY, TECHNOLOGIE I METODY PRACY – WSPÓŁCZESNE MOŻLIWOŚCI RADZENIA SOBIE W RÓŻNYCH SYTUACJACH KLINICZNYCH, SZTUKA CODZIENNEGO WYBORU”

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.

Około godz. 11.30 przerwa

Wykładowca – dr n. med. Ewa Jaskowska

Zagadnienia

1. Wypełnienia bezpośrednie czy pośrednie – inlay, onlay, overlay. Co wybrać w różnych sytuacjach klinicznych?
 - wskazania do wykonania uzupełnień typu inlay, onlay, overlay
 - materiały używane do wykonania laboratoryjnego uzupełnień
 - wykonanie jednowizytowe w gabinecie (technika i materiały)
 - osadzanie wkładów (materiały i technika)
 - jak uniknąć niepowodzeń?
2. Kiedy pracownia protetyczna nie jest nam niezbędna? Podścielenie protezy w gabinecie, korony tymczasowe, jednowizytowe mosty adhezyjne
 - wskazania do podścielenia protez
 - rodzaje podścielen
 - podścielenia wykonywane samodzielnie w gabinecie (technika wykonania, materiały do podścielen)
 - korony tymczasowe wykonywane przez pracownię i samodzielnie w gabinecie – zalety i wady
 - korony tymczasowe wykonane przez lekarza (materiały, sposób wykonania i osadzenia)
 - mosty adhezyjne wykonane na bazie włókna szklanego (materiały, sposób wykonania) – zalety i wady
 - kiedy i w jakich sytuacjach klinicznych możemy sobie poradzić sami, bez zlecenia pracy pracowni protetycznej?

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

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 zębów 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 ćwiekiem
 - Odbudowa korony: wypełnienie, endokorona czy korona?
 - Wkłady koronowo-korzeniowe, odbudowa zębów korony
- godz. 11.00-11.30 Przerwa
- godz. 11.30-13.30 *Forma prawna prowadzenia działalności przez lekarza dentyście 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. Zgłoszenia 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



KOMISJA STOMATOLOGICZNA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE

NAJNOWSZE TRENDY W STOMATOLOGII

XVI Konferencja naukowo-szkoleniowa

19-21 LUTY 2016

KOŁOBRZEG

Szczegóły dostępne na stronie: www.oil.szczecin.pl/konferencje/lekarze_dentyści_oraz_www_trendy2016.pl
Szczegółowe informacje: tel. 91 487 49 36 wew. 116, e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

Pełen pakiet konferencyjny 599 zł zawiera:

- udział w konferencji
- 2 noclegi w pokoju dwuosobowym
- kolację uroczystą w dniu 19.02.2016 r.
- śniadanie w dniach 20 i 21.02.2016 r.

- obiad i kolację w dniu 20.02.2016 r.
- przerwę kawową
- korzystanie ze strefy SPA
- parking podziemny (w ramach wolnych miejsc)

Pakiet konferencyjny bez noclegu 349 zł

Warsztaty płatne 50 zł/warsztat

Zapisy: www.trendy2016.pl Uczestnicy konferencji otrzymują punkty edukacyjne. Ilość miejsc ograniczona. Organizator zastrzega sobie możliwość zmian w programie konferencji oraz jej odwołania.

DOM HANDLOWY FENIKS



MIEJSCE Z TRADYCJĄ W CENTRUM WROCŁAWIA

Dom Handlowy „Feniks” jest najstarszym wielokondygnacyjnym centrum handlowym we Wrocławiu. Jego wyjątkowość wynika zarówno z atrakcyjnej lokalizacji – w ścisłym centrum wrocławskiego Rynku, a także z jego pięknej, zabytkowej architektury będącej magnesem dla wielkiej rzeszy Klientów. Budynek posiada dwa bezpośrednie wejścia – od strony Rynku (naprzeciwko Wrocławskiego Ratusza) oraz od ulicy Szewskiej. Dzięki swojej lokalizacji stanowi idealne miejsce na zakupy nie tylko dla mieszkańców Wrocławia, ale także dla licznie odwiedzających Rynek turystów, jak również osób pracujących w jego pobliżu.

Na parterze największą część handlową obszaru zajmują Delikatesy, między innymi z szerokim asortymentem tradycyjnych polskich produktów. Do grona Najemców w ostatnim czasie dołączyła firma AmRest operator restauracji Burger King z innowacyjną dwupoziomową restauracją. Na pozostałych piętrach domu handlowego znajdziemy m.in. Drogerię Jasmin, sklepy obuwnicze i odzieżowe, z artykułami gospodarstwa domowego, z zabawkami, księgarnię a także punkty usługowe oraz wiele innych.

Dom Handlowy „Feniks” przygotował dla potencjalnych Najemców powierzchnię handlowo – usługową zlokalizowaną na jednej z kondygnacji wynoszącą około 850 mkw. i wyposażoną w odpowiednie media. Spodziewane branże to handel oraz usługi

(fitness, medyczne, pokrewne). Jesteśmy również otwarci na inne ciekawe projekty.

Lokalizacja:	ul. Rynek 31/32, Wrocław
Powierzchnia całkowita:	8000 m kw.
Powierzchnia handlowa:	6000 m kw.
Powierzchnia biurowa:	300 m kw.
Liczba miejsc parkingowych:	parkingi miejskie
GLA:	7000 m kw.
Liczba najemców:	24
Planowana data otwarcia:	obiekt otwarty
Zasięg oddziaływania:	550.000 mieszkańców
Adres www:	www.feniks.wroc.pl

INWESTOR: "SPOŁEM" Powrzechna Spółdzielnia Spożywców "FENIKS"
ul. Szewska 75/77, 50-121 Wrocław
KONTAKT: Piotr Kapała, Dyrektor Handlowy i Pełnomocnik Zarządu
"SPOŁEM" PSS "FENIKS"
tel. kom. 533-555-829; (71) 177-18-14; (71) 344-33-77



Reklama

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl

elmedes
www.elmedes.pl

601 41 51 51
elmedes@elmedes.pl

Fot. z archiwum autorki



CZY MOŻNA LECZYĆ TERAPIĄ?

Dr n. hum. Anna Szewczyk – językoznawca, członek Krakowskiego Towarzystwa Popularyzowania Wiedzy o Komunikacji Językowej „Tertium”, autorka prac poświęconych językowi polityki i mediów

Otrzymuję ostatnio wiele listów, których autorami są pacjenci leczący się na co dzień w różnych poradniach, klinikach i szpitalach. Jakiś czas temu napisała do mnie pacjentka jednego z dolnośląskich szpitali: „*Kilka miesięcy temu poważnie zachorowałam. Trafiłam do szpitala, gdzie po kilku dniach usłyszałam od lekarza prowadzącego, że konieczne jest **leczenie chemioterapią**. Choroba odebrała mi siły i chęć do wielu rzeczy, ale – dzięki Bogu – nie odebrała mi jeszcze logicznego myślenia. Kiedy tak leżałam wiele godzin w szpitalnym łóżku, zaczęłam się zastanawiać, czy zwrot **leczenie chemioterapią** jest poprawny pod względem językowym, ponieważ wydaje mi się, że słowa leczenie i terapia oznaczają to samo. Jeśli mam rację, nie trzeba używać ich jednocześnie. Proszę o wyjaśnienie problemu i rozwianie moich wątpliwości*”.

Bardzo się cieszę, że moja szanowna czytelniczka podzieliła się ze mną swoimi przemyśleniami. Jej wątpliwości są bowiem w pełni uzasadnione. Używanie zwrotu **leczenie chemio-, kortyko-, antybiotyko- czy też inną terapią** jest jednym z najczęściej pojawiających się błędów w języku lekarzy. Słowa *leczenie* i *terapia* – jak słusznie zauważyła moja czytelniczka – oznaczają to samo, są więc doskonałym przykładem tautologii. Tautologia (gr. *ταυτος* – ten sam i *λογος* – mowa) to konstrukcja językowa, w której poszczególne wyrazy powtarzają swoje znaczenie. W odróżnieniu od pleonazmów, w których część gramatycznie podrzędna zawiera elementy znaczenia wyrazu nadrzędnego, tautologia dotyczy związków wyrazowych pozostających w stosunku współrzednym.¹ Bardzo powszechne przykłady tautologii to na przykład: *źródło i geneza hymnu*, *ocena poprawności i prawidłowości działania*, *tylko i wyłącznie*, *poprawa i polepszenie zdrowia*, *ranga i znaczenie* społeczne zawodu lekarza.

Tautologie nie należą do wykroczeń przeciwko gramatyce języka polskiego. Najczęstszą przyczyną ich niecelowego używania jest, niestety, nierozumienie znaczenia wyrazów lub mechaniczne powtarzanie zasłyszanych zwrotów. Wielu językoznawców uważa również, że zlepki typu chemioterapia czy antybiotykoterapia mają charakter żargonowy i są wyrazem tendencji do uproszczeń językowych. Bez względu jednak na przyczynę pojawiania się tego rodzaju błędów ich poprawianie polega na usunięciu jednego z wyrazów, który nie wnosi do wypowiedzi żadnej nowej informacji.

Wracając zatem do naszego przykładu, za jedyną poprawną formę w tym przypadku można uznać zwroty: **stosowanie antybiotykoterapii, stosowanie kortykoterapii albo leczenie antybiotykami, leczenie kortykosteroidami**.

1. Markowski A., *Kultura języka polskiego. Teoria. Zagadnienia leksykalne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005, s. 270.

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

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

* W mieście naszym bawił przez dni kilka prof. Peter z Paryża, wezwany na naradę do chorób. Nie możemy nic mieć przeciw wzywaniu obcych powag lekarskich, a nawet nie dziwimy się, jeżeli ludzie opływający w dostatki. pomimo że mieszkają w mieście uniwersyteckim, ściągają z daleka za sumy ogromne lekarzy, którzy wcale nie są powagami. boć trudno, aby chory był w stanie ocenić wartość naukową lekarza, którego sprowadza, a wystarcza, jeżeli do niego ma zaufanie; pod względem pieczy o zdrowie swoje winniśmy każdej jednostce pozostawić wybór wolny i odpowiedzialność za ten wybór, trzymając się zasady, wypowiedzianej przed kilkuset laty przez parlament paryski, że quisque debet sibi imputare, cur talem elegerit. Ale uderzającym jest sposób, w jaki nader poważny dziennik uznał za stosowne święcić wizytę p. Petera w Krakowie. Mniejsza o to, że autor owego artykułu zamianował p. Petera „jedną z najpierwszych powag lekarskich Paryża”, bo nominacja ta nie podźwignie znaczenia p. Petera w świecie naukowym, ale złą usługę oddał klinicyście tutejszemu, którego „p. Peter zastał przy łożu chorób, a o którego zdolnościach wyraził się z pełnym uznaniem”. Uznanie to mogłoby być pochlebne dla studenta lub lekarza, który rozpoczyna praktykę, ale dla profesora Wydziału lekarskiego krakowskiego jest zaszczytem bardzo wątpliwej natury, zwłaszcza, że nie może polegać na wzajemności. Autorowi artykułu wprawdzie p. Peter zaimponował zaliczeniem się do przeciwników kierunku doświadczałnego, owego kierunku, któremu nauka zawdzięcza najświetniejsze swe zdobycze, tyle zbawienne dla ludzkości. kierunku, który obecnie uznany jest wszędzie, dokąd tylko sięga dobroczynne światło cywilizacji; zaimponował mu jako przeciwnik jakiegoś, zabój-



czego doktryneryzmu w medycynie”, podczas gdy jego przewodniczką jest tradycja (przypominamy, że tradycja po chaldejsku nazywa się kabałą), on uwzględnił w diagnozie pierwiastki psychiczne, odrzucane przez dzisiejszy materializm! Elukubracja ta, jasna i przejrzysta jak kabała i spirytualizm, uwieńczoną została oświadczeniem, że p. Peter pojmuje medycynę jako sztukę, podczas gdy nowsi heretycy chcą ją podnieść do godności nauki. Ze nasz interwiew dość dobrze oddał zamęt myśli p. Petera, wynika ztąd, że podobnym zacofanym i bałmatnym pojęciom dał niedawno wyraz p. Peter w wykładzie mianym w Akademii paryskiej. i otrzymał za nie przydomek „patologa humorystycznego”. Idee te p. Petera mogą co najwyżej wzbudzić litość, są one jednak obojętne dla nas i dla nauki, której postępu nie wstrzymają; lecz artykuł wspomniany stanowi dowód, jak niewłaściwym jest omawianie kwestyj ściśle naukowych w dzienniku niefachowym przez pisarza, nie mającego najmniejszego pojęcia o rzeczy. Nie chcemy pozbawić nikogo przyjemności wydawania sądu o skuteczności wizykatoryj (sic) pijawek i innych środków i środków – ulubiony to bowiem oddawna przedmiot zajęcia dla ogółu – , ale zastrzedz się musimy przed traktowaniem w poważnym piśmie kwestyj nader poważnych przez niefachowego, na podstawie informacji, otrzymanych od zawodowca, który pozostaje w opozycji przeciw całemu nowszemu kierunkowi nauk przyrodniczych i lekarskich, a którego prócz autora owego artykułu jeszcze nikt na serjo powagą nie nazwał.

„Przegląd Lekarski” 1886, XXV, 193

**excerpta selegit
Andrzej Kierzek**

Zapiski emeryta

Owsianka

– Dziadku! Co Ty nam znowu dałeś do jedzenia na śniadanie? Przecież to świństwo! Nie będziemy tego jeść – zgodnie oświadczyły wszystkie moje wnuki i jedna wnuczka.

To wygląda na strajk. Nie wiem, czy dzieci mają konstytucyjne prawo do takiego protestu – nie chcą jeść owsianki na mleku, coś podobnego. Od wieków dzieci rosły na owsie, babcie mówią im, że będą silne jak konie. Sam byłem zmuszany do jedzenia tej pychoty, w której pływały kożuchy śmierdzącego mleka...

Walka dzieci z owsianką jest stara jak świat, jeden z moich pacjentów opowiedział mi, że w 1920 roku, gdy wracał jako dziecko z rodziną z Rosji do Sosnowca przez Breslau, rodzice spali w wagonach na stacji Brochów, a dzieci – jakież to było humanitarne – zakwaterowano w hotelu „Polonia” (vis a vis Dworca Głównego). Dawano im na śniadanie owsiankę!

– I wie pan Doktor, co robiliśmy z tą zupą? Wylewaliśmy ją do fortepianu stojącego w sali jadalnej!

A przecież teoretycznie to dobre, pożywne jedzenie. Co zatem zrobić z tym „pasztetem”? Trzeba postępować chytrze. Po pierwsze – podawać bez mleka, po drugie – wzbogacić owies o słodkie owocowe, świeże i suszone dodatki, po trzecie – zrobić propagandę opartą o dobry PR, po czwarte – przekornie zabronić czasowo spożywania tego pysznego śniadania, które codziennie jadają Mac Gayver, pingwiny z Madagaskaru, Harry Potter itp., po piąte – dodać do tego np. kakao...

Po szóste – trzeba zadbać, aby w pokoju nie było fortepianu.

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

W listopadzie środowisko naukowe Wrocławia świętowało jubileusz 70-lecia. Coroczne Święto Nauki Wrocławskiej miało z tego powodu szczególnie uroczysty charakter. Jak zwykle złożono kwiaty pod pomnikiem Martyrologii Profesorów Lwowskich i tablicami upamiętniającymi uwięzienie profesorów krakowskich we Wrocławiu. Na otwartym posiedzeniu Kolegium Rektorów wręczono nagrody tegoż kolegium im. prof. Józefa Dudka, które w tym roku otrzymały Akademicka Straż Uniwersytetu i Politechniki, a także Akademickie Zespoły Pieśni i Tańca „Jedliniok” z Uniwersytetu Przyrodniczego i „Kalina” z Akademii Wychowania Fizycznego. Prezydent Wrocławia zaprosił przedstawicieli środowiska akademickiego na uroczysty lunch do Sali Wielkiej wrocławskiego ratusza, gdzie serwowano wytworne dania i znakomite wina. Trzeba przyznać, że prezydent naszego miasta od początku swego urzędowania jest niezwykle pozytywnie nastawiony do środowiska akademickiego i ma z nim bardzo dobre kontakty. Kulminacyjnym momentem jubileuszu był uroczysty koncert w Narodowym Forum Muzyki. Wysłuchaliśmy bardzo emocjonalną i najbardziej rozpoznawalną V symfonię c-moll Beethovena, którą kompozytor ukończył w roku 1808. Następnie rozbrzmiała „Msza koronacyjna” Mozarta napisana

na pamiątkę koronacji Matki Boskiej z Plain koło Salzburga, rodzinnym mieście wirtuoza. Koncert poprowadził Marek Pijarowski, który na co dzień jest profesorem w klasie dyrygentury Akademii Muzycznej we Wrocławiu.

Nasza uczelnia zorganizowała w ramach jubileuszu konferencję naukową w Centrum Naukowej Informacji Medycznej, czyli po prostu w pięknej sali wykładowej nowej biblioteki przy ul. Marcinkowskiego. Sesja poświęcona była pionierom nauki w powojennym Wrocławiu. Wspominano między innymi profesorów: Ludwika Hirsfelda, Bolesława Popielskiego, Jana Zarzyckiego, Bogusława Bobrańskiego, a także stomatologów. Sądzę, że warto się zastanowić nad kontynuowaniem tego typu spotkań.

Nasza koleżanka prof. Alicja Chybicka świętowała w październiku 40-lecie pracy zawodowej. Oprócz licznych wystąpień naukowych, rodzina Jubilatki zaprezentowała piękny film o Jej życiu i pasjach pozawodowych. Jak wiecie, niezłomna pani senator zdobyła wraz z dziećmi Kilimandżaro, a teraz, jak usłyszeliśmy, chce jeszcze zdobyć Mount Everest. Trzymamy kciuki, życzymy dalszych sukcesów i nadal takiej wytrwałości w walce o zdrowie chorych na nowotwory dzieci.

9 listopada przypominano we Wrocławiu o tzw. Nocy Kryształowej. Tej nocy w roku 1938

spalono w Niemczech wszystkie synagogi. Nasza wrocławska synagoga „Pod Białym Bocianem” ocalała tylko dlatego, że znajduje się w zwartym kompleksie budynków i praktyczni Niemcy bali się rozprzestrzenia ognia na pozostałe obiekty. Spalono natomiast bardzo piękną, zbudowaną w stylu bizantyjskim synagogę na Wygonie przy ul. Łąkowej. Maszerowaliśmy tą trasą, aby zaprotestować przeciw nacjonalizmowi i rasizmowi. Na Wygonie przed znajdującym się pomnikiem odmówiono kadisza, przemówił prezydent Wrocławia, a potem w synagodze „Pod Białym Bocianem” odbył się koncert charytatywny na rzecz działań Polskiej Akcji Humanitarnej.

Już po raz XXI Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej pod wodzą dr. Jerzego Bogdana Kosa i dr. Wiesława Prastowskiego zorganizowało spotkanie zaduszkowe. Wspominano tych wszystkich, którzy odeszli na wieczny dyżur, a lista była długa. Znalazło się na niej wiele znajomych mi nazwisk, to zaś natchnęło mnie refleksją o kruchości i przemijalności ludzkiej egzystencji.

Oby nasze życie trwało jak najdłużej! Tego sobie i Wam życzę.

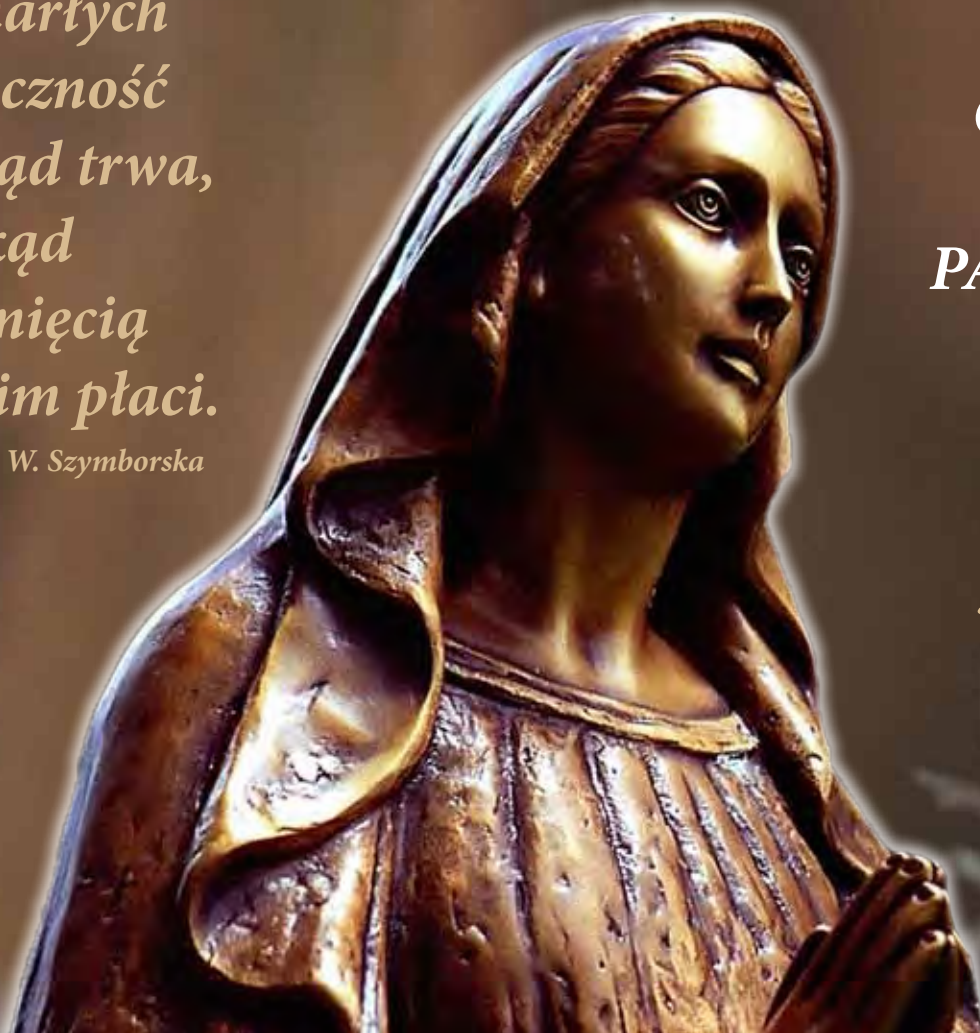
Wasz Bywalec

*Umarłych
wieczność
dotąd trwa,
dokąd
pamięcią
się im płaci.*

W. Szymborska

**CZEŚĆ
JEJ
PAMIĘCI!**

*Śmierć
jest nagrodą
życia.*
Jean Giraudoux



Fot. z archiwum Rodziny



Lek. Janina Rybusińska-Lebuda

15.05.1931-27.09.2015 r.

specjalista chorób wewnętrznych, długoletni pracownik i członek Rady Nadzorczej Spółdzielni Pracy Lekarzy Specjalistów i Stomatologów „VITA” we Wrocławiu

Janina Rybusińska-Lebuda urodziła się w Grzybowie (woj. tarnobrzeskie). W roku 1949 ukończyła Liceum Ogólnokształcące w Ostrowcu Świętokrzyskim, a w 1954 r. Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Pracę zawodową rozpoczęła w uzdrowisku w Świeradzie-Zdroju, z którym była związana do 30 września 1956 r. 1 października 1956 r. otrzymała stypendium specjalizacyjne na I stopień z interny w III Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie pracowała do 1960 roku. W latach 1960-1962 była zatrudniona w IV Okręgowym Szpitalu Wojskowym we Wrocławiu.

Specjalizację II stopnia rozpoczęła w roku 1964 pod kierownictwem profesora E. Szczeklika w III Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej we Wrocławiu. Od 1969 r. pracowała w Szpitalu im. Czerwiakowskiego we Wrocławiu oraz w Szpitalu Powiatowym we Wschowie na stanowisku ordynatora oddziału. Kolejny etap Jej ścieżki zawodowej stanowił Oddział Chorób Wewnętrznych Specjalistycznego Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu. Pełniła też funkcję lekarza naczelnego w Zakładach Mięsnych we Wrocławiu.

Przez ostatnie 40 lat pracy zawodowej lek. Janina Rybusińska-Lebuda była związana ze Spółdzielnią Pracy Lekarzy Specjalistów i Stomatologów „Vita” we Wrocławiu. Jako aktywny członek Rady Nadzorczej Spółdzielni wspierała swoimi działaniami funkcjonowanie placówki i przyczyniała się do rozwoju świadczonych przez „Vite” usług.

Z ogromną troską zajmowała się swoimi pacjentami, ich los był dla niej niezmiernie ważny. Była zawsze osobą energiczną, pełną ciepła, uczynną oraz skłoną do poświęceń dla bliskich jej osób oraz pacjentów. W życiu zawodowym kierowała się zasadami etyki lekarskiej, zaś w życiu osobistym życzliwością i wielkim sercem. Ustawicznie się doskonaliła, poszerzała swoją wiedzę medyczną.

Najcenniejszym darem była dla Niej rodzina, a zwłaszcza córka Bogna oraz wnuki Krzys i Urszula, im poświęcała każdą wolną chwilę.

Utraciliśmy dobrego lekarza, serdeczną Koleżankę, wspianego Człowieka.

lek. Bożena Kaniak

Z ogromnym żalem żegnamy

dr. Jerzego Turzańskiego

radiologa, wieloletniego lekarza wojewódzkiego, dyrektora Szpitala Zespołonego w Legnicy oraz Ośrodka Zdrowia w Prochowicach. Przez przyjaciół i współpracowników wspominanego jako człowieka niezwykle skromnego i pracowitego, a jednocześnie szalenie dowcipnego i serdecznego.

W pamięci legniczan jego nazwisko na zawsze zostanie zapamiętane jako inicjatora oraz orędownika powstania dużego, nowoczesnego szpitala w Legnicy, który już trzecie dziesięciolecie służy kilkuset tysiącom ludzi.

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie składają

Dyrekcja i pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. Jerzego Turzańskiego

wieloletniego dyrektora Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Legnicy, lekarza wojewódzkiego

Wyrazy szczerego współczucia

Żonie **doktor Janinie Palecznej-Turzańskiej**

oraz najbliższej Rodzinie

składają

koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Legnicy

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o odejściu na wieczny dyżur naszej Koleżanki

dr Elżbiety Lipnickiej

lekarze z Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu

Doktorowi Ryszardowi Golańskiemu

redaktorowi naczelnemu „Gazety Lekarskiej”

i naszemu Koledze

wyrazy szczerego współczucia oraz słowa wsparcia w trudnych chwilach po stracie

Żony

składa

Kolegium Redakcyjne i zespół redakcyjny „Medium”

Dr. Bugusławie i Leszkowi Demkowiczom

wyrazy współczucia z powodu śmierci

Mamy i Teściowej

składają członkowie Koła DIL w Trzebnicy

Wyrazy żalu i współczucia dla **dr. Andrzeja Gochy**

z powodu śmierci

Mamy

składają koleżanki i koledzy ze Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej „Medyk” w Lubinie

Z głębokim smutkiem w sercu zawiadamiamy że 8 sierpnia 2015 roku zmarła nasza Koleżanka

Bogusława

Wysokowska-Ciechurska

lekarz internista

Pozostanie w naszej pamięci!

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie

składają koleżanki ze studiów

14 listopada 2015 roku, po długich cierpieniach, odeszła nasza Droga Koleżanka

Teresa Borkowska-Lewicka

lekarz pediatra z wieloletnim doświadczeniem

Wyraz głębokiego współczucia Rodzinie i Bliskim

składają koleżanki i koledzy – absolwenci

wrocławskiej Akademii Medycznej, rocznik 1964

Dr. Piotrowi Menartowiczowi wyrazy współczucia

z powodu śmierci

Ojca

składają członkowie Koła DIL w Trzebnicy

Dr Renacie Widlak-Stepień, dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Trzebnicy wyrazy współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają członkowie Terenowego Koła DIL w Trzebnicy

Doktorowi Stanisławowi Leśniakowi

ordynatorowi Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w Polanicy-Zdroju

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składa personel oddziału

Dr n. med. Hannie Głębowskiej-Halawie

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Brata Andrzeja

składają koleżanki i koledzy – rocznik 1966

Drogiemu **dr. n. med. Marianowi Silukowi**

składamy wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci Żony

śp. Danuty Siluk

lekarz stomatolog

W świecie ducha nie ma pożegnania

Przyjaciele

Wyrazy głębokiego współczucia Koleżance

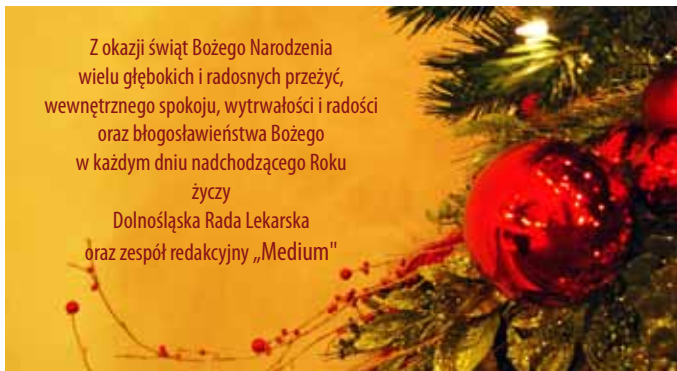
Marcie Wolkowskiej-Mączce

z powodu śmierci

Taty

składa zespół Oddziału Neurologii Dziecięcej

Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu



Z okazji świąt Bożego Narodzenia wielu głębokich i radosnych przeżyć, wewnętrzznego spokoju, wytrwałości i radości oraz błogosławieństwa Bożego w każdym dniu nadchodzącego Roku życzy
Dolnośląska Rada Lekarska
oraz zespół redakcyjny „Medium”

**Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu
ul. Fieldorfa 2**

zatrudni

**lekarzy radiologów i lekarzy w trakcie specjalizacji
z radiologii i diagnostyki obrazowej**

w ramach umowy o pracę lub w ramach umowy cywilnoprawnej na udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie dyżurów lekarskich

Oferty (CV i list motywacyjny) prosimy składać w siedzibie Szpitala – ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław, I piętro, sekretariat Dyrekcji lub na adres mailowy: kadry@szpital-marciniak.wroclaw.pl w terminie do 15.01.2016 r.

**ANKIETA DOT. SYTUACJI LEKARZY ROZPOCZYNAJĄCYCH
SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE**

Lekarze przynależący do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi wraz Komisją Etyki OIL w Łodzi zapraszają do udziału w ANKIECIE dotyczącej sytuacji lekarzy i lekarzy dentyków rozpoczynających swoje szkolenie specjalizacyjne (pierwsze i każde kolejne). Badanie ma na celu poszerzenie wiedzy i zebranie opinii młodych lekarzy na temat przebiegu szkoleń specjalizacyjnych oraz mankamentów z nimi związanymi.

Do udziału w badaniu zapraszamy wszystkich chętnych lekarzy i lekarzy dentyków, którzy są w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego (pierwszego lub kolejnego). Wierzymy, że wyniki tego badania pozwolą na lepsze poznanie realiów związanych z obecnie prowadzonymi szkoleniami specjalizacyjnymi oraz ewentualną poprawę istniejącej sytuacji. Planujemy przedstawić wyniki badania szerokiemu gronu autoritetów świata medycznego oraz osobom i jednostkom odpowiedzialnym za przeprowadzanie szkoleń specjalizacyjnych (w tym Ministerstwu Zdrowia, CMKP itd.).

LINK DO ANKIETY: https://docs.google.com/forms/d/1UFo9sx0qFq0Tvd9jcb63RDzt67NVb9KIYN3CFKlp_NA/viewform
Szymon Suwała
e-mail: badania.oil@gmail.com
tel. 501 631 082

STRESOWY ZŁAZ MEDYKA

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 31.01.2016 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

Reklama

**SPÓŁDZIELNIA BUDOWY
DOMKÓW JEDNORODZINNYCH**
ul. Dr. M. Orłowicza 109 a,
58-309 Wałbrzych

**KONTAKT
DO BIURA
SPÓŁDZIELNI**

Telefony:
74 841 74 48
lub
74 666 14 14

E-mail:
list@sbdj.pl

**Biurowo czynne
od poniedziałku
do piątku
w godz.
7.00-15.00**

oferuje w nowo budowanym budynku wielorodzinnym z usługami na parterze

**LOKALE POD DZIAŁALNOŚĆ MEDYCZNĄ
lub PUNKT FARMACEUTYCZNY**
lokal U6 o powierzchni 62,59 m²
lokal U3 o powierzchni 56,82 m²
lokal U2 o powierzchni 118,62 m²


Lokalizacja:
Wałbrzych, osiedle Podzamcze,
przy ulicy Blankowej

**ZAKOŃCZENIE INWESTYCJI
– GRUDZIEŃ 2016**

Więcej na: www.sbdj.pl



DILMED
DORADCTWO MARKETING



- ✓ **OPTIMALIZACJA KOSZTÓW**
praktyk i przychodni
- ✓ **STRATEGIA**
pozyskiwania pacjentów
- ✓ **KOMPLEKSOWE DORADZTWO**
w prowadzeniu praktyki

☎ 604 143 789
@ biuro@dilmed.pl

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego UM we Wrocławiu 18 listopada 2015 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskali:

1. **lek. Błażej Misiak,**
 2. **lek. Małgorzata Niedzielska,**
 3. **lek. Kalina Welz-Kubiak,**
 4. **lek. Łukasz Artur Salomon,**
 5. **lek. Hanna Temporal**
- stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie biologia medyczna uzyskała:
mgr biologii Beata Marczak-Karpina.

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu z siedzibą przy ul. Sokołowskiego 4

zatrudni od zaraz w pełnym wymiarze godzin lekarzy na oddziałach szpitalnych:

- **chirurgii ogólnej,**
- **chorób wewnętrznych,**
- **neurochirurgicznym,**
- **pulmonologicznym,**
- **nefrologicznym ze stacją dializ,**
- **psychiatrycznym,**
- **neurologicznym z pododdziałem udarowym**
- **anestezjologii i intensywnej terapii**
- **rehabilitacyjnym z podziałem na:**
rehabilitację ogólnoustrojową 1 etat – specjalista z zakresów: ortopedii, rehabilitacji medycznej, reumatologii, chorób wewnętrznych lub balneologii i medycyny fizykalnej;
rehabilitację neurologiczną 1 etat – specjalista z zakresów: neurologii, chorób wewnętrznych, balneologii i medycyny fizykalnej lub lekarz w trakcie specjalizacji z rehabilitacji lub balneologii i medycyny fizykalnej.

Warunki zatrudnienia do uzgodnienia w siedzibie szpitala.

Jesteśmy jednostką wysokospecjalistyczną posiadającą certyfikat jakości wg norm ISO 9001.

Oferty prosimy składać w sekretariacie dyrektora szpitala.

Telefon kontaktowy: 74 648 96 00

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu zatrudni

- lekarza specjalistę z zakresu endokrynologii,
- lekarza specjalistę z zakresu endokrynologii dziecięcej,
- lekarza specjalistę z zakresu chirurgii dziecięcej,
- lekarza specjalistę z zakresu urologii dziecięcej,
- lekarza specjalistę z zakresu otolaryngologii,
- lekarza specjalistę z medycyny rodzinnej.

Warunki zatrudnienia: umowa o pracę, umowa zlecenie, konsultacje, kontrakt.

Dokumenty należy przesłać na adres: 50-556 Wrocław, ul. Borowska 213 do Działu Personalnego lub składać osobiście w pokoju 2.36.

Wszelkie informacje są dostępne w Dziale Personalnym pod nr telefonu: 71 733 10 86.

SPROSTOWANIE

W październikowym wydaniu „Medium” informowaliśmy o wysyłkowej sprzedaży książki „Smak hobzy” autorstwa dr. Macieja Zarębskiego. Nieopatrznie pominęliśmy jedną cyfrę w numerze konta, na które należy dokonywać wpłaty, by nabyć publikację. Za uchybienie przepraszamy P.T. Czytelników i Autora. Poniżej właściwy numer konta:

49 8512 0002 2001 0008 2051 0001 Bank Spółdzielczy w Samsonowie z dopiskiem „Smak hobzy” Maciej Zarębski

Przypominamy, że książka kosztuje 30 zł. Po dokonaniu wpłaty zostanie ona wysłana na adres nabywcy.

Redakcja „Medium”

Prywatne Centrum Stomatologiczne w Legnicy
podejmie 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 rozwinięcia działalności.**

Możliwy również wynajem lub inne opcje.

Kontakt: 790 400 547, e-mail: a.kochanski@agricola.pl

EKONOMED

Księgowi – medycznie najlepsi

Specjalizujemy się w kompleksowej obsłudze księgowej oraz kadrowo-płacowej podmiotów medycznych

- Gwarantujemy • wiarygodność
- bezpieczeństwo • profesjonalizm,
- spersonalizowane podejście

Zapraszamy do kontaktu!

EKONOMED

Księgowa Obsługa Podmiotów Medycznych
ul. Ogrodowa 12A, 55-093 Kielciszów

- +48 607 671 761
- ekonomed@ekonomed.pl
- www.ekonomed.pl



ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ODDZIAŁ W LEGNICY

poszukuje dwóch pracowników na stanowisko:

lekarza orzecznika

Do zadań osoby na tym stanowisku należy wydawanie orzeczeń dla potrzeb ustalania prawa do świadczeń z ubezpieczenia społecznego i kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby.

Wymagania:

- lekarz medycyny z tytułem specjalisty (choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, neurologia, psychiatra, medycyna pracy),
- minimum 5 lat pracy czynnego wykonywania zawodu lekarza,
- pożądane: minimum rok pracy związanej z orzecznictwem lekarskim.

Wymagane dokumenty: CV, podpisany list motywacyjny z klauzulą „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. – Dz. U. z 2014 r., poz. 1182)”.

Termin składania aplikacji: 29.01.2016 r.

Poszukujemy dwóch kandydatów. Możliwość zatrudnienia na ½ etatu.

Kontakt: Damian Janusz, Wydział Spraw Pracowniczych Oddziału ZUS w Legnicy, ul. Władysława Grabskiego 26, 59-220 Legnica, tel. 76 876 42 34.

Szczegóły ogłoszenia dostępne są na stronie: zus.pl w zakładce PRACA W ZUS.



Wynajmę lokal na gabinety lekarskie w Wałbrzychu. Jest to budynek parterowy, wolnostojący z własnym parkingiem. Położony przy głównej ulicy wjazdowej od strony Wrocławia. Media: woda, prąd, gaz (ogrzewanie gazowe). Budynek o powierzchni 148 m². Cena wynajmu 4.000 zł.

Tel. 603 397 716

DORADCA PODATKOWY

oferuje

usługi księgowe
dla branży medycznej,
tel. 603 443 030.



SOCCO GROUP GmbH to firma z ponad 20-letnim doświadczeniem na rynku pracy w Niemczech. Charakteryzuje nas długofalowa współpraca z wieloma jednostkami opieki zdrowotnej oraz wykwalifikowanym personelem medycznym. Aktualnie poszukujemy do pracy:

w Monachium lub na terenie Bawarii

- lekarzy specjalistów (różnych specjalności),
- lekarzy bez specjalizacji.

Oferujemy

- udział w bezpłatnym kursie językowym przygotowującym do egzaminu na poziomie B2 (miejsce kursu: Wrocław, grudzień 2015 – maj 2016)
- pracę w doskonale wyposażonych ośrodkach medycznych
- początkowe, roczne wynagrodzenie brutto w wysokości:
 - lekarz bez specjalizacji od 48.000,- €
 - lekarz specjalista od 63.000,- €
- umowę o pracę opartą o niemieckie prawo pracy z pełnym pakietem socjalnym oraz dodatkami branżowymi
- pomoc w uznaniu dyplomu lekarza/lekarza specjalisty
- opiekę polskiego koordynatora na miejscu, w Monachium

Oczekujemy

- znajomości języka niemieckiego na poziomie kwalifikującym do odbycia kursu przygotowującego
- gotowości do wyjazdu za granicę na okres minimum jednego roku

Osoby zainteresowane ofertą prosimy o kontakt bezpośredni:

Radosław Trzaska – Project Manager

tel.: 0049 (89) 158 93 2712

lub komórkowy: 0049 (177) 236 2210

e-mail: radek.trzaska@socco.de

lub skype: [socko-nl-muenchen](https://www.skype.com/name/socko-nl-muenchen)

SOCCO GROUP GmbH
Niederlassung München
Lindwurmstraße 11,
80337 München
www.socco.de



www.socco.de

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 Pawełkiewicz – 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

BGZ 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 Bielońska – 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

Składki 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 lekarza stomatologa – Wrocław, Łagiewniki, Nowa Ruda (wymagana własna działalność), pacjenci tylko prywatni, e-mail: biuro@yesdent.pl, tel. 604 44 97 43.

◆ Klinika Stomatologii Estetycznej Supradent w Jeleniej Górze zatrudni lekarza stomatologa, kom. 667 751 989, e-mail: praca@supradent.com.pl

◆ Centrum stomatologiczne we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa ze specjalizacją 1 lub 2 stopnia w ramach NFZ oraz specjalistę protetyka w ramach NFZ. Praca od stycznia 2016 r., tel. 71 390 70 48, 725 296 209, e-mail: bajkudent@wp.pl

◆ Dyrektor ZOZ w Kłodzku oraz ordynator Oddziału Dziecięcego w Kłodzku zaprasza lekarza pediatrę do pracy na Oddziale Dziecięcym wraz z pełnieniem dyżurów. Równocześnie informujemy, że posiadamy 3 miejsca pediatryczne rezydentki, tel. kontaktowy do ordynatora: 601 894 942.

◆ Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu, ul. Ziębicka 34/38, poszukuje lekarzy systemu do udzielania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego. Forma zatrudnienia: umowa cywilnoprawna z praktyką lekarską. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontaktowanie się z Działem Kadr, tel. 71 77 31 521, 71 77 31 525, e-mail: kadry@pogotowie-ratunkowe.pl

◆ Zatrudnię lekarza rodzinnego (również w trakcie specjalizacji) lub internistę oraz pediatrę w pełnym w wymiarze godzin do poradni POZ w Strzegomiu. Forma zatrudnienia oraz wynagrodzenie do uzgodnienia. tel. 603 33 70 20, email: sekretariat@nzozzdrowie.com.pl

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

◆ Przychodnia stomatologiczna w okolicach Wrocławia poszukuje stomatologa 2-3 razy w tygodniu, pacjenci NFZ i prywatni, tel. 604 898 229.

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

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu (Krzyki) zatrudni lekarza stomatologa od 01.01.2016 r. Praca z pacjentami prywatnymi raz lub 2 razy w tygodniu (wtorki lub czwartki). Wymagana własna działalność gospodarcza. CV proszę przysyłać na adres: bajkudent@wp.pl, tel. 713 907 048, 725 296 209.

◆ 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. Gabinet w nowej lokalizacji, nowoczesnie wyposażone: TK (pantomograf, cefalograf, tomograf 3D), mikroskop, radiowizjografia, nowe unity. Dodatkowo zatrudnimy asystentki i higienistki o miłej aparycji i wysokiej kulturze osobistej. Tel. kontaktowy: 500 064 083, 501 785 090.

◆ Namysłowskie Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna zatrudni lekarzy ze specjalizacją pediatryczną, neonatologiczną oraz specjalizacją z chorób wewnętrznych. Informacji udziela dział kadr, tel. 663 635 448 oraz lekarz naczelny NCZ SA, tel. 602 247 716.

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

◆ Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o. zatrudni: lekarza anestezjologa, lekarza internistę i lekarza okulistę. Kontakt: tel. 797 307 713 lub 797 307 898, e-mail: sekretariat@mcm-milicz.pl

◆ Szpital w Branicach zatrudni lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki placowe oraz mieszkanie służbowe, tel. 77 40 34 307 lub e-mail: sws.kadry@op.pl

◆ Przychodnia zatrudni lekarza stomatologa, lekarza dermatologa, ginekologa, okulistę ze specjalizacją, tel. 71 31 64 028.

◆ Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu zatrudni od zaraz lekarzy specjalistów w Poradni Endokrynologicznej oraz lekarzy specjalistów w Poradni Endokrynologicznej dla Dzieci. Szczegółowych informacji udziela Dział Służby Pracowniczej pod telefonami: 71 774 77 81, 71 774 77 80, 507 602 058.

◆ Praca dla stomatologa w Lubinie. Jeśli jesteś stomatologiem i chcesz pracować w serdecznej atmosferze, być partnerem i członkiem zespołu, a nie podwładnym, mieć rzeczywisty wpływ na to, jak i czym pracujesz, chcesz się rozwijać i podnosić swoje kompetencje, kochasz swoją pracę i jesteś ambitny – to zostań Ci prosty krok do zrobienia – zadzwonić do nas. Zapraszamy. Oferujemy bardzo dobre warunki rozliczeniowe, tel. 505 072 289 – Justyna, Cuprumdent, ul. M.C. Skłodowskiej 16B, 59-300 Lubin.

◆ Klinika Stomatologiczna z Brzegu Dolnego podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem w zakresie stomatologii zachowawczej. Usługi w ramach kontraktu z NFZ oraz prywatnie. Możliwość rozwoju zawodowego. Zapraszamy do przesłania CV, e-mail: stomatologia.brzegdolny@gmail.com, kom. 607 367 777.

◆ Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., al. Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów zatrudni lekarza pediatrę do pracy na Oddziale Pediatryczno-Noworodkowym, praca w ramach umowy kontraktowej. Więcej informacji można uzyskać pod nr tel. 62 503 22 36 lub adresem e-mail: sekretariat@szpital.ostrzeszow.pl

◆ Centrum Medyczne Medical-Complex, Wrocław, ul. Grabiszyńska 165, zatrudni lekarzy specjalistów, m.in.: okulistów, ginekologów, neurologów. Warunki do uzgodnienia, tel. 665 005 006.

◆ Centrum Medyczne Medical-Complex, Wrocław, ul. Grabiszyńska 165, zatrudni lekarzy specjalistów, m.in.: gastroenterologów, neurologów, ortopedów oraz pulmonologów dziecięcych. Warunki do uzgodnienia, tel. 665 005 006.

◆ Centrum Stomatologiczne Medica-Dent zatrudni lekarza stomatologa. Zakres wykonywanej pracy: stomatologia zachowawcza, endodoncja, protetyka. Telefon kontaktowy: 734 497 901.

SZUKAM PRACY

◆ Lekarz stomatolog ze specjalizacją w zakresie stomatologii ogólnej podejmie pracę w zawodzie z możliwością doskonalenia zawodowego, podnoszenia kwalifikacji. Najchętniej w zakresie świadczeń pogotowia stomatologicznego i kontraktu z NFZ plus pacjenci prywatni. Oferty na adres dan6kis@gmail.com, tel. 605 244 479 lub 68 321 1200.

INNE

◆ Do wynajęcia wyposażone gabinety lekarskie, stomatologiczny i kosmetyczny, informacja: 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

◆ 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.

◆ Wynajmę lub sprzedam gabinet stomatologiczny, Wrocław, tel. 784 157 115.

◆ Sprzedam pracującą USG SDU 450 SHIMADZU – 3 głowice: brzuszna, piersiowa, waginalna. Stan idealny, wideoprinter w komplecie. Cena – 7.500 zł (do negocjacji), Wrocław, tel. 601 420 840.

◆ Gabinety lekarskie do wynajęcia, ul. Gliniana 32/34, Wrocław, tel. 883 293 716.

◆ Do wynajęcia gabinet lekarski, Wrocław – okolice placu Grunwaldzkiego, tel. 502 779 297.

◆ Namysłowskie Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna posiada pomieszczenia do wynajęcia na działalność medyczną, stomatologiczną (gabinety lekarskie, żłobek) o łącznej pow. 120 m². Informacja: tel. 77 404 02 49.

◆ Centrum Medyczne MEDICAL-COMPLEX, Wrocław, ul. Grabiszyńska 165 – ostatnie gabinety do wynajęcia. Warunki współpracy do uzgodnienia, tel. 665 005 006.

◆ Do wynajęcia nowy, wyposażony gabinet stomatologiczny w Jeleniej Górze, telefon kontaktowy: 501 298 788.

◆ Do wynajęcia gabinety lekarskie: 15 m², 18 m², 23 m², Internet, klimatyzacja. Ortho-Med Centrum Ortopedyczne, ul. Krynicka 7-9, Wrocław, tel. 71 361 51 17.

◆ Do wynajęcia wyposażony gabinet stomatologiczny we Wrocławiu (ul. Łubinowa, budynek „Spectrum”). Sprzęt Planmeca/Getinge, tel. 508 368 997, e-mail: wiatr.emilia@gmail.com

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,
wtorek i 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

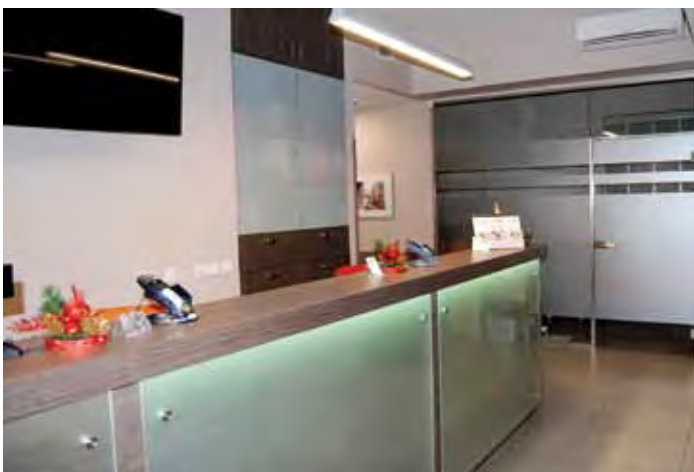
Wynajmę przychodnię w Kamiennej Górze – w centrum miasta (województwo dolnośląskie). Powierzchnia ok. 125 m², 4 gabinety, recepcja, poczekalnia, sanitariaty, pokój socjalny. Podjazd dla niepełnosprawnych, parking. **Kontakt telefoniczny: 509 183 685.**

POWIERZCHNIA DO WYNAJĘCIA/SPRZEDAŻY PRZYCHODNIA GABINETY LEKARSKIE LOKAL USŁUGOWO-HANDLOWY

329 m²

ul. Borowska 242 we Wrocławiu
(naprzeciwko Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
we Wrocławiu)

kontakt: 71/356 40 20, 605 959 459



- dogodny dojazd, ok. 4 km na południe od centrum miasta
- bardzo dobra lokalizacja na przychodnię, gabinety lekarskie
- lokal przystosowany do poruszania się osób niepełnosprawnych
- lokal wyposażony pod przychodnię lekarską, przystosowany dla potrzeb usług medycznych lecznictwa otwartego
- wykończenie materiałami wysokiej jakości oraz wyposażenie we wszelkie instalacje oraz urządzenia niezbędne do prowadzenia ww. działalności, w tym klimatyzację, wentylację, monitoring i kamery, instalację komputerową i serwer, komplet mebli
- **pozytywna opinia PPIS we Wrocławiu stwierdzająca spełnienie wymagań higienicznych i zdrowotnych dla potrzeb prowadzenia działalności medycznej**



TOYOTA

ALWAYS A
BETTER WAY

WYPRZEDAŻ 2015

EKSPERT POTWIERDZA:
TYLKO TOYOTA



TOYOTA CENTRUM WROCŁAW

Róg Legnickiej i Na Ostatnim Groszu

54-206 Wrocław, Polska

T: +48 71 359 85 90

E: salon@toyota-centrum.pl



Toyota Auris – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta od 4,2 do 6,1 l/100 km i od 109 do 140 g/km (cykl średni). Toyota RAV4 – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta od 4,9 do 7,3 l/100 km i od 127 do 169 g/km (cykl średni). Toyota Aygo – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta od 4,1 do 4,2 l/100 km i od 95 do 97 g/km (cykl średni). Podane zużycie paliwa i emisja CO₂ zostały zmierzone zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi, dla różnych wersji wyposażenia na rynek europejski. Zużycie paliwa i emisja spalin CO₂ w konkretnym pojeździe w warunkach drogowych może różnić się od podanych wyników pomiarów. Na zużycie paliwa i emisję CO₂ wpływa sposób prowadzenia pojazdu oraz inne czynniki (takie jak warunki drogowe, natężenie ruchu, stan pojazdu, ciśnienie w oponach, zainstalowane wyposażenie, obciążenie, liczba pasażerów, itp.). Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.toyota.pl. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Toyoty.