



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Wrzesień 2019

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 274

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Zalew Sulejowski

FOT. ALFRED POŁOK

UBYWAJĄ Z WIATREM

Kiedy zaczyna się starość? Gdy słabnie odczuwanie, przegasa słuch, mętnieje wzrok, rzadziej ściska głód i suszy pragnienie? (*Z uniesień zostało mi uniesienie brwi, ze wzruszeń – wzruszenie ramion* – powiedziałby Jacek Podsiadło). Kiedy sen kończy się przed świtem, rzadną włosy i wiotczącą mięśnie? Albo, gdy wygasają namiętności. Według Arystotelesa: *Starcy kochają, jakby mieli zamiar nienawidzić, i nienawidzą, jakby mieli kochać. Aż w końcu stają się nierealni, ubywają z wiatrem* – spostrzegł Thomas Stearns Eliot.



Edward Szczapow – fragment obrazu

To wcale nie jest przenośnia. Z upływem czasu człowiek wnika sam w siebie, kryje się w sobie, zamyka w pomarszczonej skrzyni ciała. Bo ubywa mu kości. Po wyrwaniu zębów wyrostki zębodołowe szczęki i żuchwy nie są już potrzebne, więc organizm korzysta z okazji: kończy z ich unerwianiem i odżywianiem. To przecież czysta oszczędność, zwężone miazdżycowo tętnice mogą wtłoczyć więcej krwi do mózgu. Zasilić centralę.

Po utracie zębów zanikają kości. Aż jedna trzecia przedniego odcinka szczęki, od kła do kła, ginie już w pierwszym roku po wyrwaniu, a połowa – w trakcie następnych pięciu lat. Szczeka maleje, zwęża się i rozpląszcza jak zdeptana podkova, tymczasem twarz się skraca. Wargi tracą oparcie, osuwa się im grunt pod stopami, wysychają więc, wiotczą, wiotczącą i zapadają się siłą wessane do środka. Bo

kości przestają być zbrojeniem, rusztowaniem, teraz przypominają ruchome piaski podcięte przez morskie fale. Wydmy porastają zaognione, krwistoczerwone dziąsła. Brakuje im podłoża, toteż falują, jak pranie na sznurku podczas wiatru, albo jak grzebień koguta. *Crista galli* – tak nazywają luźne dziąsła dentyści.

Jeszcze większe straty ponoszą kości szczęki w okolicach trzonowców. Ich korzenie rozwidlają się tuż pod zatokami szczękowymi. Wystarczy, że te banieczki wypełnione powietrzem wyczują, że runęły zapory, że osobnikowi brakuje zębów, a już się nadymają. Pęcznieją jak nadmuchane balony i zajmują miejsce nieobecnych. Kości ubywa tu i od środka, i od zewnątrz. Z grubego wyrostka zostaje ledwie milimetr. I to ma być podpora policzków?

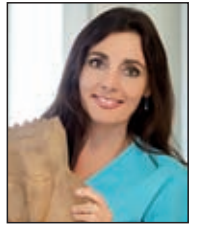
Żuchwa zbudowana z twardej kości maleje wolniej, ale i w niej, po wyrwaniu zębów, zachodzą głębokie zmiany. Jej trzon obniża się niebezpiecznie. Toteż nerwy – biegnące pierwotnie w kanałach, jak w podziemnym labiryncie miejskim – wylaniają się na szczycie dziąsła. Niczym studzienki ściekowe na chodniku. Człowiek odczuwa wtedy ból podczas jedzenia i przełykania śliny, nie mówiąc już o używaniu protezy. A przy okazji traci twarz. Gałąź żuchwy odchyła się bowiem jak oparcie leżaka i wypycha brodę do przodu. (Kto nie wierzy niech się przyjrzy Babie Jadze, która połamała zęby na piernikach). Pozbawione rusztowania policzki marszczą się i zapadają. Nie pomogą im złote nici, czarodziejskie kwasy czy botoksy. Policzki potrzebują stelażu. Wspornika, co podtrzyma siatkę mięśni, nada kształt słuszkom, będzie krosnem dla skóry. Szkieletem twarzy.

A może starość nie zaczyna się od zmarszczek? Ani od poplamionej skóry, zwieńczonych ust, szpiczastej brody i głębokich bruzd? Może starość bierze początek z chwili, gdy młodość drażni i zawadza?

Jest taki obraz Edwarda Szczapowa: młoda naga stoi na przeciwko staruszki w wełnianej mazelonce z zapaską. Dziewczyna wylania się z mroku, ciemność ją wynosi, podkreśla smukłość i doskonały profil. Ależ beczelna ta mała! Po co się tak obnosi ze swoją młodością? Czy nie szkoda jej tej starej, której uroda już przeminęła? Ale to obnażona wygląda na samotną, bezbronną i cierpiącą. Staruszka – choć przygarbiona, ani nie gaśnie, ani nie blednie, trwa silna, zacięta i wściekła. Od ciemnego tła, rozjaśnionego tylko chwiejną lampą, odcinają się jej zapadnięte policzki i poszarzałe źrenice. Wydaje się, że porusza wargami, coś tam sobie mamrocze pod nosem. Może podąża śladami Oskara Wilde’a i oskarża: *Tragedią starości nie jest to, że się człowiek starzeje, lecz to, że pozostaje młodym.*

Agnieszka KANIA

Fragment przygotowywanej do druku książki „Krzywy zgryz”.





Drodzy Czytelnicy!

Pewnie większość z Was jest już po urlopie – mam nadzieję, że udanym, bo u nas w mieście żar lał się przez te dwa wakacyjne miesiące prawie nieprzerwanie. Teraz moja kolej na odpoczynek. Przed wyjazdem przygotowałem dla Was najnowszy numer naszego Biuletynu, a w nim szereg aktualnych informacji – przydatnych zarówno lekarzom, jak i dentystom. Wakacyjny „reisefieber” powoduje, że nie za bardzo potrafię skupić myśli i napisać coś więcej o zawartości numeru, więc pozostaje mi zaprosić Was do lektury. Do „przeczytania” za miesiąc.

Jerzy B. LACH



SZPALTA PREZESA

Koleżanki, Koledzy,

Urlopy w większości przypadków za nami, lato piękne, upalne powoli kończy się, a przed nami niespokojna jesień. Dlaczego niespokojna? A dlatego, że przed nami akcja protestacyjna lekarzy „Zdrowa Praca”. Porozumienie Rezydentów OZZL w sierpniu br. zamieściło na swoim profilu na Facebooku apel do lekarzy o udział w tej akcji. Akcja ma pełne wsparcie Naczelnej Izby Lekarskiej, a sądzę, że wkrótce i w wszystkich izb okręgowych.

Podstawą akcji jest ograniczenie czasu pracy do 48 godzin tygodniowo, czyli związane jest to z wypowiedzeniem klauzuli opt-out do końca sierpnia 2019 r. oraz z rezygnacją z dodatkowych prac od początku października br. Jest to kolejny protest młodego pokolenia lekarzy za brak pełnej realizacji Porozumienia, zawartego pomiędzy Rządem a lekarzami w lutym 2018 r. Protest na niegodzenie się na aktualny stan opieki zdrowotnej w Polsce, na zrzućanie nieudolności Rządu na barki lekarzy. Praca ponad siły staje się często przyczyną licznych spięć na granicy pacjent-lekarz, czasem nawet doprowadza do ludzkich tragedii. Kto ponosi winę za tak nieudolnie działający system? Z pewnością nie lekarz...

Brak zgody na dalsze trwanie w tym systemie leży u podstaw akcji protestacyjnej. Dodatkowo młodzi le-

karze niezmiennie głoszą postulaty zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6,8% PKB (w przeciągu trzech lat), likwidacji kolejek, rozwiązania problemu braku personelu medycznego i likwidacji biurokracji w ochronie zdrowia.

Wszyscy „tkwimy” w tym systemie, wszyscy w jakimś stopniu odczuwamy skutki protestu, część z nas z pewnością rozważy włączenie się do tej akcji lub może już to zrobiła. Apel Naczelnej Rady Lekarskiej z 27 października 2017 r. mówił o tym samym. Minęły blisko dwa lata, a jego treść jest wciąż aktualna. Prezes NIL prof. Andrzej Matyja apeluje do nas wszystkich: *„Jest dla nas wiążący i zachęcam do stosowania się do jego zapisów”*.

Na koniec chciałabym wspomnieć o e-receptach. Ten obowiązek zbliża się do nas wielkimi krokami. Nasza Izba chcąc pomóc Koleżankom i Kolegom w pozyskaniu tej umiejętności organizuje szkolenia. Pierwsze rozpoczyna się w połowie października br. i jeśli będzie taka potrzeba, będą kontynuowane. Zachęcam gorąco do skorzystania z tych szkoleń (szczegółowe informacje na stronie naszej Izby) – są wolne miejsca.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU



W dniu 26 czerwca odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu, które prowadziła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły:

- dwa wnioski o przyznanie prawa wykonywania zawodu po odbytym stażu podyplomowym: lek. dent. Emilii Żak i lek. dent. Karoliny Kinder;
- wniosek o uznanie kwalifikacji, wydanie prawa wykonywania zawodu i wpisanie na listę członków naszej Izby – lek. Pauliny Prochoty
- trzy wnioski o wpisanie na listę członków naszej Izby, w związku z przeniesieniem z innych Izb: lek. Mateusza Starzomskiego i lek. dent. Ewy Spadło – przeniesienia z Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie oraz lek. Anny Wasyliszyn-Nowak – przeniesienie z Małopolskiej Izby Lekarskiej w Krakowie.

Wszystkie Uchwały podjęto jednogłośnie.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Prezes przekazała informację o szkoleniu dla lekarzy POZ i endokrynologów pt: „Zdaniem eksperta” (czerwiec 2019).

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Do Rady wpłynął jeden wniosek o wykreślenie z rejestru praktyk lekarskich – uchwałę podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowania imprez sportowych

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o zapomogę, które zaakceptowano jednogłośnie.

Wystąpienie kol. Lacha dotyczące wstępnego ramowego programu obchodów 30-lecia reaktywacji Opolskiego Samorządu Lekarskiego

Kol. Lach przedstawił projekt przebiegu uroczystości i spotkań z okazji 30-lecia powstania naszej Izby, które planowane są na maj 2020 r. Szczegółowy ostateczny plan będzie zamieszczony na stronie internetowej i w Biuletynie.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrektor SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głucholazach zwrócił się o wyznaczenie przedstawiciela OIL do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy oraz pododdziału Chorób Płuc i Gruźlicy. Prezydium zarekomendowało Radzie kandydaturę kol. Kowarzystka, która została przyjęta.

Z kolei Dyrektor ZOZ w Oleśnie zwrócił się do OIL o wyznaczenie przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Prezydium rekomendowało Radzie kandydaturę kol. Krystiana Wartenberga, która także została zaakceptowana.

Rekomendacja w sprawie powołań na konsultantów wojewódzkich

Jednogłośnie pozytywnie zaopiniowano następujące kandydatury na konsultantów wojewódzkich:

- dr n. med. Paweł Gębka – kandydat na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie ginekologii onkologicznej;
- lek. Tomasz Sachanńbiński – kandydat na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej;
- lek. Elwira Cyrus-Świtła – kandydatka na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie diabetologii;
- lek. Helena Kozłowska – kandydatka na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny pracy (kolejna kadencja).

Podjęcie uchwał w sprawie zwolnienia z opłaty składki członkowskiej

Brak wniosków.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami

Sprawozdanie z Konwentu i Naczelne Rady lekarskiej, które odbyły się w Gdańsku, gdzie odbywał się Kongres Polonii Medycznej.

Na Konwencie Prezesów okręgowych izb lekarskich z 30 maja 2019 r. przedstawiono następujące problemy:

- sprawy związane z systemem informatycznym dotyczącym rejestrów lekarzy i lekarzy dentyków w okręgowych izbach lekarskich i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentyków RP;

- podsumowanie akcji Projektu Obywatelskiego „Szczepimy, bo myślimy”;
- przygotowania do planowanego na 1 czerwca w Warszawie protestu lekarzy.

Na Naczelnej Radzie Lekarskiej z 31 maja 2019 r. omawiano następujące problemy:

- podjęto stanowisko w sprawie ustawy o zmianie Ustawy Kodeks Karny i innych ustaw (Sejm RP 16 maja 2019 r. uchwalił nowelizację zmiany tej ustawy, a w nim zmienił art. 155., podwyższając karę za przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci z dotychczasowego zakresu od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności na zakres od 1 roku do 10 lat pozbawienia wolności. Przepis ten jest dla lekarzy i lekarzy dentyistów bardzo ważny, ponieważ znajduje zastosowanie w sprawach dotyczących tzw. „błędu medycznego”. Prezes NIL Andrzej Matyja podjął w tej sprawie rozmowy z MZ i Prezydentem RP);
- dyskutowano nad projektem uchwały o przerwaniu prac nad utworzeniem nowego systemu informatycznego (dot. rejestru lekarzy);
- analizowano projekt Stanowiska NRL dotyczący wyceny świadczeń stomatologicznych.

Sprawy różne i wolne wnioski

Rada Lekarska wystosowała Apel do Zarządu Województwa Opolskiego w związku z tym, że do chwili obecnej nierozwiązany został problem prawidłowego funkcjonowania i organizacji pracy w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Opolu (patrz poniżej). Apel ten przesłano także do wiadomości Wojewody Opolskiego, Dyrektora OOW NFZ w Opolu, dyrektorów szpitali i Starostów w Nysie i Kędzierzynie-Koźlu, Dyrektora OCR w Korfantomie.

Do Rady Okręgowej dotarła informacja, że w OCO zostało zwolnionych dwóch lekarzy specjalistów. Po uzyskaniu stosownych wyjaśnień, Rada zadecyduje o dalszym działaniu.

Kol. Konrad Rekucki zrelacjonował protest lekarzy, który odbył się 1 czerwca w Warszawie. Naszą Izbę reprezentowało 15 lekarzy. A oto autoryzowana wypowiedź kol. Rekuckiego:

„W dniu 1 czerwca 2019 r. odbyła się manifestacja zorganizowana przez OZZL oraz Porozumienie Rezydentów OZZL, której głównym postulatem było zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do 6,8% PKB. Wydarzenie rozpoczęło się pod Ministerstwem Zdrowia, po czym tłum przeszedł Krakowskim Przedmieściem i Nowym Światem w kierunku Sejmu RP, przed którym odbył się wiec. Przemawiający przedstawiciele samorządu i związków zawodowych zwrócili uwagę na nieprzestrzeganie zapisów porozumienia pomiędzy Ministrem Zdrowia i Porozumieniem Rezydentów OZZL z 8 lutego 2018 r. oraz sprzeciwiali się wprowadzeniu paraliżujących ochronę zdrowia zmian w Kodeksie Karnym. Manifestacja okazała się sukcesem

– uczestniczyło w niej ok. 10 tysięcy przedstawicieli środowisk medycznych i pacjentów. Wydarzenie pokazało duży potencjał środowisk medycznych do dalszych działań prowadzących do powstrzymania upadku systemu ochrony zdrowia w Polsce. W manifestacji uczestniczyli również opolscy lekarze, którzy przejechali do Warszawy autobusem zorganizowanym przez Opolską Izbę Lekarską.”

Prezes Smerkowska-Mokrzycka zrelacjonowała posiedzenie Rady Społecznej OOW NFZ w Opolu, na którym poinformowano o planowanym wzroście finansowania w latach 2020–22 wydatków w służbie zdrowia – w szczególności szpitali i POZ, co może skutkować brakiem finansowania na inne cele. Już teraz w NFZ jest znaczny niedobór środków na pokrycie świadczeń zdrowotnych.

Wobec wyczerpania programu obrad na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

* * *

Apel Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu z dnia 26 czerwca 2019 r. do Zarządu Województwa Opolskiego

Okręgowa Rada Lekarska po raz kolejny zwraca się do Zarządu Województwa Opolskiego, jako organu prowadzącego Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jądwigi w Opolu o podjęcie niezbędnych działań, mających na celu zapewnienie prawidłowego funkcjonowania tej jednostki.

Obecna organizacja pracy w tym Szpitalu odbierana jest przez samorząd lekarski negatywnie. Przeciążenie pracą lekarzy tam zatrudnionych będące wynikiem dysproporcji pomiędzy możliwościami kadrowo-lokalowymi jednostki, a potrzebami w zakresie opieki neurologicznej, może stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów.

Mając na względzie dobro pacjentów, w tym skuteczne leczenie trombolityczne udarów w maksymalnie krótkim czasie, apelujemy o wypracowanie – w porozumieniu z dyrektorami jednostek i Konsultantem Wojewódzkim – nowych rozwiązań, umożliwiających prawidłowe funkcjonowanie na zasadzie współpracy wszystkich oddziałów neurologii w województwie opolskim.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ



W dniu 17 czerwca br. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Przewodnicząca dr Barbara Hamryszak rozpoczęła od odczytania odpowiedzi na list skierowany do Opolskiego Oddz. NFZ z dnia 27 marca 2019 r. dotyczącego zajęcia przez fundusz stanowiska w kwestii pominięcia stomatologii przy zwiększaniu wyceny świadczeń w innych dziedzinach medycznych. W liście stwierdzono, że wzrost wyceny świadczeń w wybranych dziedzinach medycznych ma związek z narastającymi kosztami udzielania świadczeń, a w szczególności zwiększającymi się kosztami wynagrodzeń personelu. Najwidoczniej w stomatologii przez dekadę nie wzrosły ani koszty pracy, jak i wynagrodzenia.

Komisja przypomina, że do dnia 31 lipca br. każdy podatnik użytkujący kasę fiskalną ma obowiązek wprowadzić nowe oznaczenia literowe stawek podatku lub zwolnienia od podatku – prosimy zgłosić się do swoich serwisantów, którzy bez problemu zajmą się tą kwestią.

Informujemy, że „stare” druki recept można używać jeszcze do 18 kwietnia 2020 r.

Komisja informuje, iż zgodnie z zarządzeniem preesa NFZ istnieje możliwość przyznania dofinansowania do zakupu oprogramowania wykorzystywanego do wystawiania e-zaświadczeń lub elektronicznej dokumentacji medycznej. Z dofinansowania mogą skorzystać tylko podmioty mające umowę z NFZ. Wnioski należy składać do właściwego oddziału Funduszu wraz ze specyfikacją dofinansowania do 10 sierpnia br. Dofinansowa-

nie obejmuje 80% poniesionych kosztów nie więcej jednak niż 1000 zł.

Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej podjęło stanowisko w sprawie nowelizacji podstaw programowych kształcenia higienistek stomatologicznych zaproponowanych przez Ministra Edukacji Narodowej. Dotychczasowa podstawa programowa kształcenia zdefiniowana była jako: prowadzenie działalności profilaktyczno-leczniczej pod nadzorem i na zlecenie lekarza dentysty oraz utrzymanie gabinetu w gotowości do pracy i prowadzenie promocji zdrowia. Nowa podstawa programowa nie zawiera sformułowania, że zadania i świadczenia realizowane przez higienistkę będą nadzorowane przez stomatologa. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjenta, złożoność procesów leczniczych, ryzyko zabiegów, wymagających odpowiedniego wykształcenia i rozległej wiedzy medycznej w celu ustalenia prawidłowej diagnozy, przygotowania i zastosowania odpowiedniego planu leczenia NRL stanowczo sprzeciwia się w/w zmianom.

Komisja informuje o organizowanym kursie z zakresu RODO oraz o kursie Prawo i Medycyna 28 listopada br. wszystkie informacje znajdziecie Państwo na stronie naszej izby lekarskiej.

Cała Komisja Stomatologiczna życzy radosnych, bezstresowych wakacji oraz wielu słonecznych dni spędzonych w gronie rodziny i przyjaciół.

*Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

SZCZEGÓLNI GOŚCIE W OPOLU

25 maja 2019 r. odbyło się wspólne posiedzenie naukowo-szkoleniowe Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Komisji Stomatologicznej Opolskiej Izby Lekarskiej.

Naszymi gośćmi byli:

- **Dr Anna Lella** – Prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej i jednocześnie Prezydent ERO-FDI, która wygłosiła referat pt: „Lekarz stomatolog – nie tylko dentysta”.
- **Dr Leszek Dudziński** – Ordynator Oddziału Chirurgii Szczękowej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie, który wygłosił referat pt: „Wykorzystanie technik 3D w planowaniu leczenia schorzeń oczodołu”.

Z kolei nasz specjalizant **dr Marek Grzych** zaprezentował swoją pracę specjalizacyjną pt: „MRONJ – Martwica kości szczęk w przebiegu leczenia lekami antyresorbcyjnymi”.

Posiedzenie rozpoczęło się przywitaniem i przedstawieniem gości. Następnie poruszono sprawy organiza-

cyjne i przedstawiono ogłoszenia PTS. Jako pierwsza wystąpiła Pani doktor Anna Lella.

W swoim wystąpieniu przedstawiła pracę Światowej Federacji Dentystycznej, jej cele i zadania jakie realizuje. Omówiła również miejsce Polski na tle innych państw członkowskich oraz zadania jakie realizujemy i będziemy realizowali w najbliższym czasie.

Jako drugi wystąpił Pan doktor Leszek Dudziński i omówił techniki 3D w planowaniu leczenia chirurgicznego oraz przedstawił swoje ciekawe zabiegi, szczegółowo je omawiając. Przedstawił również swoje doświadczenia z tworzenia i organizacji Wydziału Lekarskiego w Olsztynie oraz przekształcenia Szpitala w Szpital Kliniczny.

Dr Anna Lella od 2003 r. jest Delegatem NRL na posiedzenia plenarne ERO-FDI. W 2010 r. jako pierwsza osoba z Polski weszła do Zarządu międzynarodowej organizacji stomatologów zostając wybrana na stanowisko Sekretarza Generalnego ERO-FDI. Natomiast w 2013 r. jako pierwszej kobiecie w historii ERO zostało powierzone przyszłe prowadzenie tej organizacji – została Prezydentem Elek-





tem tej organizacji. O wysokim zaufaniu świadczy wynik głosowania – 88% poparcia. W 2016 r. objęła stanowisko Prezydenta Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej ERO-FDI. Zarząd składa się z 5 osób, jest wybierany raz na 3 lata. Zrzesza organizacje stomatologiczne z całej Europy, zarówno krajów członkowskich UE, jak i spoza niej. Łącznie 34. Była V-ce Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej NIL.

Dr Leszek Dudziński jest współtwórcą odnawiającego się Samorządu Lekarskiego w kraju. Organizator Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej i wieloletni jej Prezes. Były V-ce Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i Przewodniczący Komisji Stomatologicznej NIL. Do niedawna Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

i współtwórca tej placówki oraz Uniwersytetu Medycznego w Olsztynie. Jest Ordynatorem Oddziału Chirurgii Szczękowej USK

Jesteśmy dumni, że mogliśmy gościć tak znamienite osoby bardzo zasłużone dla Samorządu Lekarskiego, stomatologii polskiej i światowej.

Prezes OO PTS
Lek. stom. Wiesław LATAŁA

W uzupełnieniu informacji z posiedzenia Rady Okręgowej w dn. 22 maja br., w sprawach różnych z relacji posiedzenia naukowo-szkoleniowego PTS z dn. 27 kwietnia br.: nasz gość – Pani Prof. Agnieszka Mielczarek piastuje również funkcję Specjalisty Krajowego z zakresu stomatologii zachowawczej i endodoncji.

DLACZEGO KLĄTWY KOŚCIELNE BYŁY RZUCANE NA WŁADCÓW I KRÓLÓW POLSKICH

Pierwszym władcą polskim, na którego kościół rzucił klątwę był Bolesław II Zapomniany za rebelię neopogańską po śmierci Mieszka II (był zresztą jego synem).

Kolejny władca Bolesław Śmiały musiał uchodzić na Węgry, kiedy został napiętnowany klątwą kościelną po zabójstwie biskupa Stanisława ze Szczepanowa na tzw. „skałce w Krakowie”. Bolesław zmarł na wygnaniu natomiast jego jedyny syn Mieszko powrócił do kraju, ale wkrótce został otruty przez możnowładców.

Następnym władcą polskim, na którego kościół katolicki rzucił klątwę był Bolesław Krzywousty za zabicie swojego przyrodniego brata Zbigniewa – tym bardziej, że zaprosił go na spotkanie ugodowe. Zbigniew został oślepiiony i wtrącony do lochu, gdzie po kilku dniach zmarł. Obłożony klątwą kościelną Bolesław Krzywousty nie mógł starać się o koronę królewską. Wg niektórych historyków Bolesław Krzywousty otrzymał ten przydomek z powodu licznych kłamstw i krzywoprzysięstw.

Klątwami kościelnymi ukarani zostali synowie Bolesława Krzywoustego. Najstarszy syn Władysław nazwany później Wygnańcem, który został księciem seniorem, dążył do podporządkowania swoich młodszych braci wspomagany przez arcybiskupa gnieźnieńskiego Jakuba ze Żnina. Władysław ruszył przeciwko swoim młodszym braciom, którzy schronili się na zamku w Poznaniu. Zdobycie zamku w Poznaniu nie powiodło się. Odchodzący spod murów Poznania arcybiskup Jakub ze Żnina rzucił klątwę na Władysława z tego powodu, że w szeregach jego wojska znajdowały się oddziały pogańskie. Władysław musiał uchodzić z Polski. Udał się do Rzymu i aby zdjąć klątwę wziął udział w drugiej wyprawie krzyżowej. Po jej zakończeniu powrócił do Polski i ponownie objął władzę senioralną i swoją dzielnicę Śląsk. Nie spodobało się to jego młodszym braciom i dlatego papież rzucił na nich klątwę i na całe duchowieństwo.



Kolejnym władcą polskim, na którego rzucona została klątwa kościelna był książę Henryk Brodaty, który domagał się rozdzielenia spraw duchowych od doczesnych. Szczególnie chodziło mu o coraz bardziej bogacące się majątki kościelne. Klątwa ta była szczególnie nieprawdopodobna ponieważ jego żona Jadwiga została zaliczona w poczet świętych i uznana za patronkę Litwy. Jadwiga została pochowana w klasztorze w Trzebnicy na Dolnym Śląsku. Ich syn otrzymał przydomek Pobożnego. Henryk Brodaty mimo wiszącej nad nim klątwy został pochowany obok żony w klasztorze w Trzebnicy.

Podobnie, jak na Henryka Brodatego, klątwa kościelna została rzucona na księcia wrocławskiego Henryka Probusa, który nawet przez kilka miesięcy zasiadał na tronie krakowskim. Klątwa została rzucona na niego ponieważ sięgał po majątki kościelne.

Dwukrotnie klątwa została rzucona na Władysława Łokietka. Pierwszy raz za to, że podczas walk o Wielkopolskę jego zaciężne wojska, składające się głównie z oddziałów ruskich, wykazały się wielkim okrucieństwem wobec ludności cywilnej oraz burzyły kościoły, klasztory i cmentarze. Po raz drugi klątwa kościelna została rzucona na Władysława Łokietka z powodu konfliktu z biskupem krakowskim Janem Muskatem, który był orędownikiem osadzenia na tronie krakowskim czeskiego króla Wacława II. Klątwy te ostatecznie zostały zdję-



Kazimierz Wielki

te, ale ówczesny papież Jan XXII wyraził zgodę na koronację Władysława Łokietka tylko na króla krakowskiego. Królem Polski Władysław Łokietek nigdy nie został.

Najwyższa kara kościelna dosięgła syna Władysława Łokietka Kazimierza Wielkiego (vide serial „Korona królów” TVP). Powodem nałożenia na niego klątwy kościelnej było niemoralne prowadzenie się króla (podwójna bigamia, liczne romanse, m.in. z szlachcianką Cudką, Żydówką Esterą). Klątwę tę na Kazimierza Wielkiego rzucił biskup krakowski Bodzanta, wiadomo-

ść o niej wręczył sekretarz biskupa Marcin Baryczka. Oburzony król nakazał Baryczkę zaszyć w worku i wrzucić do przerębli w Wiśle u stóp Wawelu.

Kolejna klątwa została rzucona na najwybitniejszego króla polskiego Władysława Jagiełłę. Została ona rzucona w wyniku usilnych starań Krzyżaków, którzy donieśli papieżowi, że podczas bitwy pod Grunwaldem wojska polskie wspomagane były przez Tatarów (faktycznie Wielki Mistrz Krzyżaków Ulryk von Jungingen ginie z rąk wojownika tatarskiego), pułki smoleńskie oraz czeskich husytów pod dowództwem Jana Žižki.

Podobnie Kazimierz Jagiellończyk obłożony został klątwą kościelną ponieważ w czasie „Wojny trzynastoletniej” z Zakonem Krzyżackim posiłkował się wojskami innowierców.

Prof. dr n. med. Janusz KUBICKI

OPOLSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ INFORMUJE O KONKURSIE

W lipcu 2019 r. ogłoszony został przez CSIOZ – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia **konkurs dla środowiska medycznego**. Celem konkursu jest promowanie dobrych praktyk w zakresie informatyzacji systemu ochrony zdrowia oraz upowszechnienie rozwiązania jakim jest e-recepta. Konkurs kierowany jest do personelu medycznego, który posiada uprawnienia do wystawiania recept. Lekarze, personel medyczny oraz podmioty lecznicze wystawiające najwięcej e-recept w okresie lipiec-wrzesień 2019 nagrodzeni zostaną statuetkami i tytułem „**Lider e-zdrowia 2019**”. Konkurs zostanie połączony z konferencją merytoryczną dla branży.

Uzupełnieniem konkursu jest akcja informacyjna prowadzona w ogólnopolskim dzienniku, gdzie ukazują się artykuły poświęcone wszystkim aspektom związanym z wdrażaniem e-zdrowia. Ponadto przygotowany zostanie praktyczny poradnik nt. e-recepty i IKP. Link do konkursu: <https://www.gazetaprawna.pl/konferencje/ezdrowie/index.html>

*Bernadeta TRAWKA
Naczelnik Wydziału Organizacyjnego
OOW NFZ w Opolu*

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



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
16–20.IX.2019 r. poniedziałek–piątek	Prof. dr hab. n. med. Krystyna Sosada	Ratownictwo medyczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
27.IX.2019 r. piątek godz. 10:00*	Mariusz Szlachetko	Przepisy dotyczące RODO w gabinecie lekarza i lekarza dentysty	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
cz I 8–12.X.2019 r. wtorek – sobota cz .II 17–19.X.2019 r. czwartek – sobota	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
11.X.2019 r. piątek, godz. 10:00*	Dr Tomasz Olka	Root to crown	Opole hotel De Silva ul. Powolnego10
14.X.2019 r. / Poniedziałek I grupa godz. 12:00* II grupa godz. 15:00*	Karolina Tyborowska, Ireneusz Janczak – Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia MZ	e – recepty	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23
6–8.XI.2019 r. środa–piątek	Prof. dr hab. n. med. Teresa Kokot	Prawo medyczne – dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się wg modułowych programów specjalizacji	Opolska Izba Lekarska w Opolu, ul. Grunwaldzka 23

* Zapisy w sekretariacie Izby

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

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

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

UWAGA: Planowane są kursy z ASL i szczepień ochronnych w terminie listopad / grudzień 2019 r.

ROOT TO CROWN

Szkolenie dla lekarzy dentystów dn. 11.X.2019 r.

PROGRAM:

- Miejsce endodoncji we współczesnej stomatologii.
- Czy implant może być alternatywą dla leczenia endodontycznego?
- Skuteczność leczenia.
- Co zrobić, aby osiągnąć sukces podjętej terapii?
- Leczenie jedno – czy wieloseansowe?
- Diagnostyka jako podstawa planowania leczenia.
- Znaczenie i ograniczenia diagnostyki radiologicznej.
- Izolacja pola zabiegowego.
- Prawidłowy dostęp i jego wpływ na dalsze etapy leczenia.
- Znaczenie mechanicznej preparacji kanałów korzeniowych.
- Stop NiTi.
- Narzędzia ręczne versus maszynowe.
- Glide Path.
- Preflaring – maszynowy czy manualny?
- Przykłady instrumentarium wykorzystywanego do preflaringu.
- Czy istnieje idealne narzędzie do opracowania kanałów korzeniowych?
- Przegląd systemów narzędzi maszynowych.
- Dekontaminacja chemiczna: płyny i techniki stosowane podczas chemicznego opracowania systemu kanałowego.
- Obturacja kanałów korzeniowych.
- Ostateczna odbudowa części koronowej jako integralny element leczenia endodontycznego.
- Prezentacja przypadków klinicznych.
- Dyskusja.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

OPOLANIE NA KORTACH

XXIX Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup 2019”

W dniach 20–23 czerwca br. odbyły się XXIX Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup 2019”. Turniej szczególny, bo Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy obchodziło na nim swoje okrągłe XX-lecie istnienia.

Pierwsze w historii lekarskiego sportu Mistrzostwa Polski w tenisie ziemnym odbyły się w 1991 r. w Olsztynie. Ich pomysłodawcą i organizatorem był Prezes Olsztyńskiego Towarzystwa Tenisowego – laryngolog Zbigniew Frenszkowski. Historia zatoczyła koło i lekarze w tym roku powrócili „do korzeni” i rywalizowali o tytuły Mistrza Polski również w Olsztynie. Przez cztery dni 140 medyków walczyło w singlu, deblu, mikście i turnieju pocieszenia na dwóch obiektach tenisowych przy ul. Olimpijskiej 9A oraz przy ul. Radiowej 32.

Pierwszego dnia Mistrzostw w hotelu turniejowym „Omega” odbyła się konferencja naukowa, podczas której mogliśmy posłuchać m.in. bardzo ciekawego wykładu na temat odgłosów wydawanych podczas wysiłku przez tenisistów w kontekście otolaryngologicznym. Po wykładach lekarze bawili się na bankiecie, na którym obecny Zarząd PSTL nagrodił pięknymi statuetkami lekarzy, którzy na koniec sezonu 2018 zajęli 1 miejsce w rankingu PSTL w singlu i w deblu w swoich kategoriach wiekowych. Zbigniew Frenszkowski – pierwszy Honorowy Prezes PSTL, z okazji XX-lecia Stowarzyszenia wygłosił autorski wiersz o tematyce tenisowej, obfitujący w wiele rymów i odniesień do historii lekarskiego sportu. Lekarze wraz z osobami towarzyszącymi najbardziej zasłużeni dla Stowarzyszenia i o najdłuższym stażu turniejowym zostali uhonorowani pamiątkowymi odznakami i pucharami.

Podczas drugiego dnia Mistrzostw, w trakcie trwania grilla turniejowego odbyło się losowanie upominków ufundowanych przez firmę Lexus. Można było wylosować m.in. piłkę tenisową z podpisem samej Agnieszki Radwańskiej. Wszyscy uczestnicy Mistrzostw otrzymali ponadto narodowe, białe-czerwone stroje, w których już w sierpniu tego roku będą reprezentować Polskę w Mistrzostwach Świata Lekarzy w Tenisie w Wilnie. W przyszłym roku jubileuszowe XXX Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie zaplanowane są w Poznaniu. Więcej o tenisowych turniejach lekarskich na stronie www.pstl.org.

Medale dla Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu zdobył Zbigniew Nanowski (złoto w singlu i srebro w deblu w kategorii +75).

* * *



Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy Pstl V-Motors Volvo Car Cup

W dniach od 17 do 19 maja 2019 r., pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy (PSTL) we Wrocławiu odbył się Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy PSTL V-Motors Volvo Car Cup, w którym uczestniczyło 84 lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski. Turniej odbył się na kortach otwartych z mączki ceglanej na terenie kompleksu Olimpijski Club przy alei Ignacego Jana Paderewskiego 35, który uchodzi za jeden z najładniejszych obiektów tenisowych w Polsce. Medycy rywalizowali w singlu i w deblu w różnych kategoriach wiekowych, poczynawszy od kategorii do lat 35 a skończywszy na kategorii powyżej 80 lat. Rozegrany został także turniej pocieszenia. Sponsorami zawodów byli m.in.: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu oraz V-MOTORS – Dealer Volvo Wrocław, a organizacją zajęli się Marcin Pokrzywnicki, Piotr Wieczorkowski, Adam Frąckiewicz i Anna Leśnikowska.

W piątek na kortach w Sofa Lounge & Restaurant odbyło się players party dla uczestników turnieju i osób towarzyszących. Zwycięzcy i finaliści z każdej kategorii wiekowej w singlu i w deblu otrzymali pamiątkowe puchary. Tytuł najlepszej zawodniczki turnieju zdobyła Agata Wojciuk, najlepszym zawodnikiem został Bogusław Rataj, natomiast nagroda fair play powędrowała do Grażyny Martini-Kamińskiej.

Okręgową Izbę Lekarską w Opolu reprezentowali: Roman Sadowski (3 miejsce w singlu w kategorii +55 i w deblu w kategorii open), Zbigniew Nanowski (1 miejsce w singlu i w deblu w kategorii +75), Mariusz Polikowski (singiel +60).

Więcej informacji na temat turniejów tenisowych lekarzy na stronie www.pstl.org.

Marcin POKRZYWNICKI
Sekretarz PSTL

NIK TEŻ MA RECEPTĘ NA CHOROBY OCHRONY ZDROWIA

– Wyniki kontroli NIK, przeprowadzonych w ostatnich latach, wskazują na potrzebę pilnego wprowadzenia zmian, zarówno dotyczących finansowania, jak i organizacji systemu ochrony zdrowia – zwraca uwagę Najwyższa Izba Kontroli w raporcie omawianym 30 maja na konferencji w Warszawie.

System ten nie jest przyjazny dla pacjenta, nie zapewnia efektywnego wykorzystania środków publicznych, a także stwarza problemy osobom kierującym podmiotami leczniczymi i zatrudnionemu w nich personelowi – pisze we wstępie raportu NIK „System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” prezes Izby Krzysztof Kwiatkowski.

Prezes NIK zaprosił do dyskusji, podczas której omawiano raport, m.in. wiceministra zdrowia Macieja Milkowskiego i byłych ministrów zdrowia – Marka Balickiego, Konstantego Radziwiłła – oraz byłego wiceszefa resortu prof. Adama Fronczaka.

Najważniejsze punkty raportu NIK

Na podstawie raportów z kontroli NIK zdefiniowała i podzieliła na grupy problemy, z którymi boryka się polska służba zdrowia. Izba postuluje przede wszystkim przygotowanie długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia. Ta, zdaniem NIK, powinna określać cele systemu, z uwzględnieniem wyzwań demograficznych i epidemiologicznych oraz priorytetowe kierunki jego rozwoju. Musi określać też wzrost finansowania ochrony zdrowia przy uwzględnieniu nakładów ponoszonych ze środków prywatnych. Główne rekomendacje NIK dotyczące organizacji systemu ochrony zdrowia to:

Wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województw.

Określenie relacji pomiędzy publicznym systemem ochrony zdrowia a sektorem prywatnym.

Wprowadzenie tzw. bariery wejścia oraz „mechanizmów wyjścia” z systemu.

Skoordynowanie polityki państwa.

Poprawa wykorzystania zasobów systemu, w szczególności zasobów kadrowych.

Skoordynowanie opieki nad pacjentem i poprawa jej jakości.

Krzysztof Kwiatkowski zaznaczył, że wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa powinno pro-

wadzić do wyeliminowania nieefektywnego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie. Niektórzy eksperci uczestniczący w konferencji, która 30 maja odbyła się w Warszawie, zaznaczyli, że należy rozważyć przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych oraz miejskich lub gminnych na jednostki samorządu terytorialnego szczebla wojewódzkiego.

Raport zawiera także rekomendacje NIK m.in. w obszarze finansowania systemu ochrony zdrowia. Izba postuluje m.in. sprowadzenie jednolitego standardu rachunku kosztów dla podmiotów leczniczych korzystających ze środków publicznych; urealnienie wyceny świadczeń zdrowotnych i uzależnienie jej od poziomu referencyjnego podmiotu leczniczego; wprowadzenie zasady odpłatności za jakość leczenia i jego efekt, a nie za samo wykonanie procedury medycznej.

Rekomendacji jest znacznie więcej

Kolejną rekomendacją NIK w sferze organizacji systemu jest wprowadzenie tzw. wejścia oraz „mechanizmów wyjścia” podmiotów leczniczych z systemu. Tzw. bariery wejścia dla podmiotów chcących uczestniczyć w publicznym systemie zdrowia powinny odnosić się nie do wskaźników ilościowych, takich jak np. liczba łóżek, personelu o określonych kwalifikacjach czy posiadane wyposażenie, ale również zawierać kryteria jakościowe – wskazuje Izba.

Zdaniem prezesa NIK powinno się rozważyć przekształcenie części dotychczasowych szpitali w zespoły opieki ambulatoryjnej, których zadaniem będzie udzielanie świadczeń z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej, a także świadczeń rehabilitacyjnych.

„Nadmierna liczba hospitalizacji jest przyczyną powstawania nieuzasadnionych kosztów, a nawet stanowi zagrożenie dla pacjentów, z uwagi na występowanie lekoopornych bakterii w środowisku szpitalnym. Wiele procedur medycznych – wykonywanych obecnie w lecznictwie szpitalnym – można dziś wykonywać również w warunkach ambulatoryjnych” – stwierdza NIK, dodając, że koszt takich świadczeń jest niższy do takich samych usług medycznych wykonywanych w ramach hospitalizacji.

Kolejną rekomendacją jest wprowadzenie mechanizmów promujących podejmowanie profilaktyki np. w wykrywaniu chorób cywilizacyjnych.

W ocenie NIK najbardziej istotne rekomendacje dotyczące dostępu do świadczeń to m.in. preferowanie finansowania tych podmiotów, które udzielają świadczeń w sposób ciągły i kompleksowy; ustalenie liczby badań profilaktycznych, w tym populacyjnych, kierowanych do określonych grup osób wraz z określeniem interwałów czasowych ich wykonywania oraz stworzenie systemu zachęt do ich realizacji; rozwijanie i upowszechnianie stosowania telemedycyny.

Wszystkie rekomendacje Izba ujęła w trzech obszarach: „Organizacja i zasoby systemu”; „Finansowanie systemu”, „Dostępność świadczeń”, „Prawa i bezpieczeństwo pacjentów” oraz „Zasoby informacyjne systemu”.

Obecni i byli decydenci chwalą raport

Zaproszonych na prezentację raportu: wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego oraz Marka Balickiego, Konstantego Radziwiłła, Adama Fronczaka, prezes NIK zapytał, czy przygotowanie długofalowej strategii dla systemu uważają za rzecz pożądaną i możliwą do realizacji. – *Czy realne jest jej efektywne wdrożenie, w oparciu o szeroki konsensus społeczny, z udziałem wielu środowisk?* – pytał Kwiatkowski.

Maciej Miłkowski przyznał, że brakuje takiej strategii. Dodał, że „NIK świetnie pokazał problem” i to w sposób całościowy, a nie wycinkowy, a do raportu będą się odnosić różne grupy zawodowe. – *Raport NIK pokazuje co jest najistotniejsze* – powiedział.

– *Niewiele jest takich dokumentów spoza resortu zdrowia, które są tak doskonałą fotografią stanu rzeczywistego. Raport NIK mógłby się w całości stać strategią. Wolałbym jednak, żeby była to lista problemów, z którymi musimy się zmierzyć. Gdyby taka strategia miała powstać, najważniejszym jej punktem powinien być równy dostęp wszystkich Polaków do opieki zdrowotnej. To, co jest do zrobienia, to przede wszystkim stworzenie standardów i wytycznych, szczególnie w dziedzinie informatyzacji. Niezwykle istotne są rejestry danych. Tylko jakie dane można gromadzić o pacjentach?* – mówił były minister zdrowia Konstanty Radziwiłł.

Marek Balicki, również były minister, zaznaczył, że praca nad strategią powinna mieć kilka etapów, przede wszystkim powinna to być poważna diagnoza. – *Wyniki licznych kontroli NIK są niezwykle cennym zasobem, z którego należy korzystać* – zaznaczył. Dodał, że oprócz strategii generalnej będą potrzebne strategie dotyczące niektórych bardzo ważnych dziedzin, jak onkologia czy psychiatria. – *Zgadzam się z ministrem Radziwiłłem, że niezwykle ważny jest powszech-*

ny dostęp do świadczeń zdrowotnych. Uprawnienia powinni mieć wszyscy obywatele, bez względu na płacenie składki na ubezpieczenia. Każdy ma prawo do bezpłatnego dostępu do sądu, a do służby zdrowia nie – wskazywał Balicki. Zaznaczył, że „sprawą wręcz ustrojową” jest regionalizacja dostępu do służby zdrowia, czyli przesuwanie finansów do władz województwa. – *Wojewódzkie oddziały NFZ finansują świadczenia praktycznie bez kontroli obywateli* – powiedział.

Były wiceminister zdrowia, prof. Adam Fronczak podkreślił, że jeśli nie zbudujemy ponad podziałami wspólnego frontu, to nie stworzymy właściwego systemu ochrony zdrowia. – *Niezbędna jest racjonalizacja kosztów, ale pod kontrolą. Boimy się uwolnić pieniądze, bo każdemu szpitalowi, placówce trzeba coś dać. A powinniśmy promować najlepszych* – mówił Fronczak. Dodał, że szpitale muszą ze sobą kooperować, a nie konkurować.

Na co wydać dodatkowe pieniądze?

Krzysztof Kwiatkowski zapytał obecnego i byłych szefów resortu zdrowia, na co wydałoby dodatkowe pieniądze, gdyby mogli nimi zasilić system ochrony zdrowia. Konstanty Radziwiłł stwierdził, że do budżetu powinno wpłynąć jeszcze więcej pieniędzy z tytułu akcyzy na alkohol i papierosy. – *Trzeba wysłać też sygnał do obywateli, że pewnych rzeczy nie powinni jeść, bo są niezdrowe. To wszystko można zrobić bezkosztowo* – mówił.

Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski przyznał, że skoro jest diagnoza, jest wskazanie, to „zabieg musi być wykonany”. – *Nie wolno czekać. Można zasilić finansowo znakomitą kadrę medyczną* – powiedział.

Adam Fronczak, gdyby miał dodatkowe pieniądze, zwiększyłby możliwości edukacji w kierunku profilaktyki, szczególnie tytoniowej, alkoholowej. Zaznaczył, że nie wykorzystujemy absolwentów kierunków profilaktyki zdrowotnej. Dodał, że należy zapewnić też pieniądze na nowoczesne leki.

– *Gdyby było więcej pieniędzy, to przede wszystkim powinny iść na edukację, szczególnie młodych, a także na strategię określającą zmiany i kadry medyczne. Pieniądze wydałbym też na wyrównanie różnic majątkowych, bo badania wykazują, że im bogatsze społeczeństwo, tym jest zdrowsze, a tym samym mniejsze są wydatki na leczenie* – podsumował Marek Balicki.

Wojciech KUTA

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 7-8/19)

SĄ REKOMENDACJE, ALE CZY WEJDĄ W ŻYCIE?

25 czerwca odbyła się ostatnia, siódma już konferencja w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia”. Była podsumowaniem dotychczasowych spotkań i dyskutowanych tematów. Choć eksperci pracowali nad wnioskami 15 miesięcy, trudno odpowiedzieć, czy – i w jakim zakresie – zostaną zaimplementowane do polskiego systemu ochrony zdrowia.

W ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia” po raz siódmy eksperci, przedstawiciele nauki, politycy, pacjenci oraz kierujący placówkami zdrowia spotkali się, by rozmawiać o koniecznych zmianach w systemie. Efektem zarówno tych dyskusji, jak i pracy całej Rady Społecznej „Wspólnie dla Zdrowia” ma być dokument będący podstawą do wypracowania wieloletniego planu i wprowadzenia potrzebnych ustaw. Jak podkreślił minister zdrowia Łukasz Szumowski, wizja nowej organizacji systemu odpowiadającego na potrzeby Polaków ma być realizowana nie tylko w perspektywie kolejnej kadencji parlamentarnej, ale i dłużej.

Szumowski: Polacy chcą zmian, ale nie rewolucji

Minister zdrowia zwrócił uwagę, że analiza postaw Polaków wobec zmian w ochronie zdrowia wskazuje, iż ci nie chcą rewolucji. – *Polacy nie chcą wywrócenia systemu do góry nogami. Nie chcą, żeby system zmienił się z dnia na dzień w taki sposób, który doprowadzi do chaosu, problemów ze zorientowaniem się pacjenta, gdzie i jak ma się diagnozować i leczyć. Dlatego przewidujemy działania sukcesywnie zaplanowane na rok po roku* – podkreślił. Dodał, że jest to możliwe dzięki temu, że „jest za co to robić”.

W trakcie debaty minister przypominał, że w roku 2019 publiczne wydatki na ochronę zdrowia przekroczą 100 mld zł. Dodał, że – dla porównania – jeszcze w 2014 r. wynosiły one ok. 73 mld zł. Jak przekonywał, te zwiększone środki, jakie po latach zaczęły napływać do systemu ochrony zdrowia, są gwarantem tego, iż poprawa w tym obszarze staje się faktem.

Prof. Paweł Górski, przewodniczący Rady Społecznej debaty „Wspólnie dla Zdrowia”, kierownik Kliniki Pneumologii i Alergologii I Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przedstawił główne tezy planu rozwoju systemu ochrony zdrowia. Jak mówił, podstawami tego rozwoju muszą być: nacisk na promocję zdrowia, skuteczne i dostępne leczenie, ograniczenie nierówności i stabilność finansowa.

Jak skutecznie rozliczać i monitorować

– *Trzeba zmienić negatywne trendy zdrowotne i przywrócić naszemu społeczeństwu poczucie odpowiedzialności za zdrowie* – mówił prof. Górski. Wskazywał, że aby tak się stało, konieczne jest wzmocnienie działań edukacyjnych już na etapie szkolnym. – *Należy rozważyć wprowadzenie systemu zachęcającego do badań profilaktycznych i szczepień finansowanych ze środków publicz-*

nych – mówił i podkreślał, że widać konieczność zwiększenia kompetencji medycyny pracy, która teraz zajmuje się głównie orzecznictwem, a mogłaby przyczynić się np. do wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych.

Mówił o tym także poseł Tomasz Latoś, przewodniczący sejmowej komisji zdrowia. – *Jeżeli nie dokonamy przełomu w profilaktyce, to pozostałe zmiany systemowe same nie pomogą nam istotnie zmienić epidemiologii. Oczywiście takie działania są konieczne, ale doświadczenia innych państw pokazują, że to inwestycje w profilaktykę są najbardziej opłacalną formą inwestycji w ochronie zdrowia* – przekonywał.

Kolejny punkt planu to zmiana dotycząca finansowania świadczeń. Jak podkreślał prof. Górski, system powinien rozliczać za efekty, a za nie konkretne usługi. Ważne jest też wprowadzenie skutecznego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych. W sferze finansowania konieczne jest, jak mówił, kontynuowanie działań zmierzających do zbliżenia nakładów na zdrowie w Polsce do średniego poziomu europejskiego. Wyliczał m.in., że należałoby wprowadzić ulgi podatkowe od wydatków prywatnych na świadczenia o udowodnionej skuteczności. – *Dokument, który omawiamy, nie jest jeszcze finalny. Poprosimy do 5 lipca o przesłanie nam swoich komentarzy* – powiedział prof. Górski. Zapewnił, że wszystkie głosy zostaną wnikliwie przeanalizowane.

Standaryzowany system rejestrów medycznych

Halina Kutaj-Wąsikowska, dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), zwracała uwagę, że jeżeli zbudujemy standaryzowany system rejestrów medycznych, to będziemy mieli podstawowy element, który pozwoli nam monitorować działalność kliniczną, sprawdzić, jak leczymy pacjentów oraz wyciągać wnioski ze zdarzeń niepożądanych.

– *Jesteśmy dopiero na początku budowania systemu rejestrów. Brakuje też regulacji dotyczących jakości w ochronie zdrowia i systemowego podejścia do uczenia się na błędach, a to jest fundament mówienia o jakości w systemie* – komentowała dyrektor CMJ i wskazywała, że pomocne byłoby stworzenie warunków sprzyjających zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych, w tym reformy systemu odszkodowań.

– *Należy też zwiększyć odpowiedzialność regionów za kształtowanie polityki zdrowotnej. Także po to, aby w całym kraju wyrównać dostęp do świadczeń i mieć możliwość wdrożenia skoordynowanej opieki* – wyliczał prof. Piotr Czauderna z prezydium Rady Społecznej „Wspólnie dla Zdrowia”, koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju przy Prezydencie RP.

W zakresie kadr akcentowano potrzebę zmniejszenia liczby specjalizacji, wprowadzenie certyfikatów umiejętności oraz nowych zawodów medycznych, jak technik pielęgniarstwa czy asystent lekarza. Zaś w przypad-





ku magistrów farmacji należy zwiększyć ich kompetencje poprzez możliwość realizacji opieki farmaceutycznej.

O jaskółkach pozytywnych zmian w obszarze kadr medycznych mówiła Zofia Hałas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jak wskazywała, w ciągu trzech lat, poprzez działania na rzecz promocji zawodu pielęgniarki i położnej, udało się odwrócić bardzo negatywny trend, polegający na odchodzeniu absolwentek od zawodu lub wykonywania go poza granicami Polski.

Niestety – jak zauważał Andrzej Zapaśnik, ekspert Porozumienia Zielonogórskiego – w przypadku lekarzy rodzinnych, taka sytuacja jest wciąż odległą wizją. – *Mamy problemy kadrowe w POZ i będą się one pogłębiać. Są województwa, gdzie większość lekarzy jest w wieku emerytalnym i wkrótce będziemy mieli całe regiony, gdzie nie ma ich kto zastąpić* – komentował. W podobnym tonie wypowiadał się prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Andrzej Matyja. Zaznaczał, że w sytuacji braków kadrowych trzeba pielęgnować obecne zasoby, dlatego lekarze nie mogą być przeciążani chociażby biurokracją. – *System powinien otworzyć się na osoby, które mogą odciążyć od pewnych niemedycznych zadań specjalistów czy pielęgniarki* – wskazywał.

O kadrach, finansach, psychiatrii

Wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski podkreślał, że „gwarancją tzw. ustawy 6% są dotacje z budżetu państwa”. – *Pierwsza istotna dotacja będzie w 2021 roku. Wyniesie według szacunków ok. 7 mld zł. W 2022 r. będzie to prawie 8 mld – wyliczał. Zaznaczył, że fundamentalnym celem na najbliższe 10 lat jest wzrost finansowania w obszarze kształcenia kadr i zwiększenie limitów na studia. – Kadry medyczne to najbardziej wąskie gardło systemu. Nawet jeżeli wdrożymy rekomendacje z debat, jeżeli zapewnimy strumień finansowania, to bez kadr nie osiągniemy nawet połowy sukcesu. Trzeba więc realizować kolejne inwestycje w zwiększanie limitów na studia, inwestycje w uczelnie* – wskazywał wiceminister zdrowia. Zaznaczył, że drugim celem nie powinno być skracanie kolejek lub lepsza dostępność do świadczeń, a raczej ba-

dania naukowe. – *Wydaje mi się, że ten potencjał w medycynie jest ciągle niewystarczająco wykorzystany* – mówił.

Wiceminister zdrowia Zbigniew Król skupił się na zmianach w obszarze psychiatrii. – *Nastawiamy się na włączenie chorego do życia społecznego. Obszarami które wyznaczaliśmy sobie do działania, są psychiatria dla dorosłych, dzieci i młodzieży, uzależnionych i psychiatria sądowa* – mówił. Wskazywał, że trzeba zmienić finansowanie w psychiatrii, stworzyć punkty konsultacyjne dla pacjentów. – *Skończyliśmy 24 czerwca prace nad uwagami do koszyka świadczeń opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Chcemy, żeby ta opieka była skoordynowana poprzez trzy poziomy referencyjne; wprowadzamy podział kompetencji. Już we wrześniu w każdym województwie wytypujemy miejsca, gdzie ten najwyższy szczebel będzie realizowany* – zapowiedział Zbigniew Król.

Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski podkreślał, że jakość w systemie może być także definiowana liczbą wykonywanych świadczeń. Im więcej dany ośrodek ich wykonuje, tym – jak mówił – robi to lepiej. Z kolei zabiegi przeprowadzane „okazjonalnie” według Miłkowskiego są i gorsze jakościowo, i bardziej kosztowne.

Za chwilę będzie dokument

– *Minister Konstanty Radziwiłł rozpoczął szereg fundamentalnych zmian – m.in. sieć szpitali, POZ. Teraz pokazaliśmy, co robić z tym w przyszłej kadencji. Myślę też, że wnioski (z debaty „Wspólnie dla Zdrowia” – red.) wybiegają poza bieżącą politykę. To kierunki wypracowane dzięki szerokiemu konsensusowi, przez osoby z różnych stron sceny politycznej, z różnymi poglądami. Wszystkie rekomendacje wypracowano po to, by system działał lepiej* – mówił minister Szumowski. Zapowiedział, że MZ będzie „za chwilę dokument w jakiejś formie publikować” i pozostanie „na kilka lat”. Na razie uczestnicy debaty otrzymali ok. 50-stronicową broszurę podsumowującą dotychczasowe konferencje i zawierającą wnioski oraz rekomendacje.

Katarzyna LISOWSKA, Jacek WYKOWSKI

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 7-8/19)

JAK POPRAWIAĆ TĘ TRUDNĄ UKŁADANKĘ?

Pacjenci skarżą się na kolejki w SOR, oczekują dobrego poziomu opieki zdrowotnej w POZ i szpitalu, a przy tym – statystycznie licząc – każdy zgłasza się 9 razy w roku do lekarza po poradę ambulatoryjną. Ta sytuacja pokazuje skalę potrzeb, nie sprostamy im bez zmian w organizacji leczenia – zgadzali się goście jednej z sesji XI Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach.

Z opublikowanego niedawno raportu Rzecznika Praw Pacjenta analizującego skargi pacjentów, z jakimi w latach 2015–18 dzwonili na infolinię RPP, wynika, że naj-

więcej zastrzeżeń dotyczyło leczenia szpitalnego – to 34% wszystkich sygnałów, które trafiły do RPP. 22% zastrzeżeń odnosiło się do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, 17% telefonów było spowodowanych skargami na podstawową opiekę zdrowotną, czwarta w kolejności na tej liście była psychiatria – jej dotyczyło 9% uwag.

– *W mojej ocenie, najistotniejszym punktem układanki – gabinet, przychodnia, szpital – jest leczenie szpitalne. Na nim należy się skupić, jeżeli chcemy poprawić system ochrony zdrowia* – stwierdził Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec podczas sesji „Gabinet,



przychodnia, szpital – trudna układanka” odbywającej się w ramach XI Europejskiego Kongresu Gospodarczego (EEC 2019) w Katowicach. Podał, że 40% uwag dotyczących leczenia szpitalnego odnosiło się do sześciu kategorii świadczeń, ale przede wszystkim tych udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Katarzyna Adamek, prezes zarządu Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., powiedziała, że na izbie przyjęć tej placówki jeszcze 2 lata temu dyżur pełnił jeden lekarz. Obecnie jest tam już trzech lekarzy, ale to wzmocnienie kadrowe nie rozwiązało problemu, bo liczba pacjentów zgłaszających się do izby przyjęć lawinowo rośnie. Co istotne, 60% pacjentów dociera o własnych siłach, tylko 40% przywożą karetki, co oznacza, że spora ich grupa to nie pacjenci pilni.

Czy pomogłaby edukacja?

– *W naszej izbie wprowadziliśmy triaż, ale to nie ogranicza liczby skarg, gdyż pacjenci zakwalifikowani do udzielenia pomocy w dalszej kolejności nie przyjmują do wiadomości, że mają czekać* – mówiła prezes Adamek. Jej zdaniem choć w pewnym stopniu w rozładowaniu kolejek może pomóc edukacja pacjentów, by wiedzieli, że z drobnymi sprawami powinni udawać się do lekarza POZ lub do nocnej i świątecznej opieki, a nie na izbę czy SOR.

Mariusz Wojtowicz, członek zarządu Polskiej Federacji Szpitali, prezes zarządu Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., przypomniał, że według danych GUS statystyczny Polak zgłasza się około 9 razy w roku do lekarza po poradę ambulatoryjną. – *To nieprawdopodobne. Wynikałoby z tego, że jesteśmy bardzo chorym społeczeństwem i bardzo bogatym krajem* – skomentował. Dodał – podając przykład Szwecji – że w wielu krajach nawet w godzinach pracy poradni podstawowej opieki telefon odbiera pielęgniarka, która w drobnych sprawach udziela porady, odciążając lekarza.

– *U nas też tak może być, ale nie za 8 zł* – mówił, nawiązując do proponowanej wyceny porady pielęgniarskiej. Również wskazywał na znaczenie edukacji: – *Są kraje, w których już dzieciom się tłumaczy, że z katarem nie trzeba iść od razu do lekarza, trzeba zażyć aspirynę, zostać w domu, żeby nie zarażać innych w szkole. Jeśli przeziębienie nie mija, po 3–4 dniach udać się do lekarza. U nas nie prowadzimy nawet tak prostej edukacji* – podsumował wątek.

Podczas sesji goście rozmawiali też m.in. o najnowszych dobrych wzorcach opieki nad pacjentem, opartych o koordynację. To m.in. od tych rozwiązań organizacyjnych oczekuje się, że poprawią oceny, jakie pacjenci wystawiają ochronie zdrowia. Jeden z takich modeli jest u nas testowany od lipca 2018 r. – w oparciu o pilotaż POZ Plus. Objął nieco ponad 300 tys. populacji pacjentów zarejestrowanych u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

POZ Plus – ten model się podoba

Dariusz Dziełak, dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia, przyznał, że dla świadczeniodawców realizujących program POZ Plus głównym problemem okazała się biurokracja związana z wymaganymi przepisami rozliczeniami unijnych środków, w oparciu o które ten projekt jest realizowany.

– *Co cieszy, projekt został pozytywnie przyjęty przez pacjentów. Wyjście z bilansami zdrowia do populacji bezobjawowych pacjentów spotkało się z dość dużym odzewem, a procent odmów udziału w projekcie jest stosunkowo mały. Rośnie też liczba osób objętych opieką w chorobie przewlekłej* – zaznaczył.

Jak zauważył, jedną z ważnych ról projektu jest przywrócenie konsultacyjnej funkcji lekarza specjalisty: – *Przebieg projektu pokazuje, że pacjenci, mimo przyzwyczajenia do korzystania z wizyt u wybranych przez siebie lekarzy specjalistów, decydują się jednak na opiekę lekarza POZ, choć ten wskazuje im konkretnego specjalistę bez możliwości wyboru. Pacjenci akceptują takie rozwiązanie, bo wiedzą, że w ten sposób mają zapewnioną poradę specjalistyczną w krótszym terminie.*

Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, podzielił tę opinię: – *Pacjenci są bardzo usatysfakcjonowani, że lekarz ich wzywa i przebadania od stóp do głów w ramach bilansu zdrowia. A absolutnym hitem są porady dietetyka.*

W programie POZ Plus lepszy jest też nadzór nad chorymi przewlekle, którzy dostają większy koszyk badań diagnostycznych, niż ten, jaki może zlecić lekarz POZ: – *Mając takie właśnie kompetencje, moglibyśmy może spowodować, by pacjenci nie korzystali tak często z SOR, udając się tam, by uzyskać badania, których dzisiaj lekarz POZ nie może zlecić* – mówił Jacek Krajewski. – *Warunkiem, żeby to wszystko, o czym mówimy, wykonać, są przede wszystkim kadry i środki, czyli dwie rzeczy, których brakuje w systemie, choć są w pilotażu* – podsumował.

Co dalej z AOS

W nawiązaniu do tej części dyskusji wypłynął wątek umiejscowienia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w systemie opieki zdrowotnej. – *Od paru lat zamroziliśmy konkursy w AOS i nie jest jasne, czy specjaliści przejdą do poradni przyszpitalnych czy do POZ i czy segment AOS nie zostanie spłaszczony* – mówił prezes Krajewski. Według niego dzisiaj brak stabilizacji i niepewność są podstawowym problemem specjalistów, dlatego m.in. przechodzą do prywatnych gabinetów. – *Jeśli mamy termin obligatoryjnej koordynacji w POZ określony na październik 2020 roku i lekarze POZ mają zbudować w tym celu zespół, to z kim i jak z grona specjalistów my będziemy współpracowali?* – dopytywał, zaznaczając, że mówi o „pewnym procesie, który może się wydarzyć, jeśli mamy pulę pieniędzy na poradnie przyszpitalne i pulę pie-





niędzy na otwartą opiekę ambulatoryjną specjalistyczną”, które będą wyłaniane w konkursach.

Jak przekazał w odpowiedzi Dariusz Dziełak, nie zna koncepcji, by wszyscy specjaliści mieli przejść do poradni przyszpitalnych. Pytani o najlepsze ułożenie AOS w systemie, dyrektorzy szpitali uznali, że odrębny segment AOS powinien pozostać. Mariusz Wojtowicz przypomniał, że sieci szpitali towarzyszą przyszpitalne poradnie jednoimienne. – *Koszty tej opieki ambulatoryjnej wrzuciliśmy w ryczałt szpitala. Ten kierunek jednak może spowodować spadek jakości i dostępności świadczeń, bo po pierwsze – nie ma dostatecznej liczby lekarzy w szpitalach, po drugie – obłożenie szpitali jest duże, a rolę ich poradni jest kontrola pacjenta leczonego w placówce – rozważał.*

Dr Aleksander Zajusz, kierownik Przzychodni Przyklinicznej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach, przypomniał, że około 20 lat temu brytyjski NHS w obliczu niezadowolenia z opieki zdrowotnej i konieczności znalezienia pieniędzy zdecydował się na cięcia w otwartej opiece ambulatoryjnej. – *Efekt tamtych rozwiązań sugeruje, że nie powinniśmy iść w tym kierunku – poddawał pod rozważę.*

Pacjent woli poleżeć

Podczas sesji jeden z istotnych wątków dyskusji dotyczył też m.in. bardziej racjonalnego wydawania pieniędzy w oparciu o zmianę przeznaczenia łóżek w szpitalnictwie i ograniczenia hospitalizacji na rzecz procedur wykonywanych ambulatoryjnie. Goście zgodzili się, że koniecz-

ne są zmiany w strukturze łóżek, szczególnie w kierunku przekształcania ich w łóżka pielęgnacyjne.

– *To, czy liczba łóżek i koszty hospitalizacji będą maleć, zależy m.in. od tego, czy uda się zmienić strukturę zabiegów na rzecz ich ambulatoryjnego wykonywania – podkreślała prezes Katarzyna Adamek. – Ale w tej sprawie przeszkodą może być nawet mentalność pacjentów, bo niejednokrotnie protestują, jeżeli proponuje się im zabieg krótkoterminowy w ambulatorium zamiast hospitalizacji – zaznaczyła.*

Jak przypomniał Dariusz Dziełak, szpitale mogą zyskać 1% ryczałtu sieciowego za zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych w opiece ambulatoryjnej, a 1% stracić jeżeli wykonania w AOS spadną o więcej niż 5%. Podał, że ponad 1/3 szpitali I i II poziomu, czyli powiatowych i wojewódzkich, skorzystała z tej zachęty i zwiększyła wolumen świadczeń ambulatoryjnych w stosunku do stacjonarnych.

– *Natomiast w szpitalach III poziomu i ogólnopolskich większa jest liczba takich, które przesunęły swoją działalność w kierunku opieki szpitalnej. Być może potrzebna jest zatem analiza systemowa, czy te szpitale nie powinny być traktowane nieco inaczej. To, co może niepokoić, to także i to, że część szpitali najwyższego poziomu obniżyła przeciętną punktową wartość hospitalizacji, czyli ukierunkowała działalność częściowo na procedury prostsze, co – jak uważamy – nie jest funkcją ani misją tych szpitali – powiedział dyrektor Dziełak.*

Piotr WRÓBEL

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 7-8/19)

BYŁA DEMONSTRACJA, BĘDZIE WYPOWIADANIE OPT-OUT

Porozumienie ministra zdrowia z rezydentami, podpisane w lutym minionego roku – to efekt poprzedniej akcji protestacyjnej lekarzy. Protest 2017–18, który rozpoczęły manifestacje uliczne, przerodził się w wypowiedzianie klauzuli opt-out. Jak będzie tym razem? Pytanie o tyle zasadne, że uliczna akcja protestacyjna rezydentów powróciła.

Rząd nie realizuje zapisów z „Porozumień Szumowskiego” z 8 lutego 2018 r., kończącego protest rezydentów, rozpoczęty rok wcześniej. Dlatego w sobotę 1 czerwca br., tysiące lekarzy i lekarzy dentyków z całej Polski wyszło na ulice Warszawy, by wziąć udział w wielkiej manifestacji.

Tym razem lekarzom nie chodziło jednak o podwyżki własnych wynagrodzeń, ale o coroczny wzrost nakładów na opiekę zdrowotną na poziomie zgodnym ze zobowiązaniami ministra zdrowia. Uważają, że zostali w czasie prowadzonych negocjacji oszukani. Do

metodologii liczenia wzrostu finansowania przyjęto bowiem PKB sprzed dwóch lat i dlatego do systemu płynie mniej środków, niż powinno.

Musimy krzyczeć w imieniu pacjentów

Lekarze przekonywali, że niedofinansowanie ochrony zdrowia, czego najwyraźniejszym i najbardziej bolesnym objawem są kolejki do leczenia, skutkuje cierpieniem pacjentów, dlatego hasło czerwcowej manifestacji brzmiało: „Czas na zdrowie”. Organizatorzy podkreślali, że lekarzy wspierają setki organizacji pacjentów i fundacji, pomagających chorym z całej Polski. Większość podopiecznych fundacji jest jednak zbyt schorowana, żeby wyjść na ulicę. [...]*

– *Nie zapomnieliśmy o zobowiązaniach ministra zdrowia. Mamy wiele niespełnionych obietnic, ale najważniejszy jest wzrost nakładów do poziomu 6,8% PKB. Chodzi nam jednak o aktualne PKB, a nie kwoty sprzed*



dwóch lat – tłumaczył Paweł Czekalski, prezes ORL w Łodzi, który razem z młodymi lekarzami maszerował ulicami stolicy.

Marsz rozpoczął się 1 czerwca o godz. 13 na ul. Miodowej, pod siedzibą Ministerstwa Zdrowia, a następnie lekarze przeszli Traktem Królewskim na ul. Wiejską pod Sejm, gdzie przemówili przedstawiciele środowisk medycznych.

– *Pacjenci umierają w kolejkach do lekarzy i na operacje* – wołał ze sceny Krzysztof Bukiel, szef OZZL, dodając: – *Umierają po cichu, dlatego my musimy krzyczeć w ich imieniu.*

Krzysztof Bukiel przedstawił badania opinii publicznej, z których wynika, że większość Polaków uważa, iż pierwszym celem, który powinien być sfinansowany z budżetu państwa, jest likwidacja kolejek do leczenia. Cel ten społeczeństwo postawiło wyżej niż każdy z elementów „nowej piątki PiS”.

Całą warszawską manifestację prowadził łódzki rezydent anestezjologii i intensywnej terapii – Jan Czarnecki, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL. Do zgromadzonych pod Sejmem przemówił też Damian Patecki z Łodzi, specjalizujący się w tej samej dziedzinie, jeden ze współzałożycieli Porozumienia, który zaapelował do lekarzy, żeby dbali też o siebie.

– *W ciągu ostatnich lat sam przeszedłem ciężką chorobę i byłem pacjentem. Znam ten system z każdej strony* – mówił D. Patecki, zwracając się do kolegów – *Dziś apeluję do was, żebyście dbali o siebie. Żebyście nie brali za dużo dyżurów, bo jak was zabraknie, to nie będzie miał kto zaopiekować się pacjentami.*

Trzeba pokazać, że ten system faktycznie jest niewydolny

Już podczas manifestacji w Warszawie, z ust przedstawicieli Porozumienia Rezydentów OZZL padały zapowiedzi, że jeżeli nie będzie po tym proteście żadnego odzewu, jesienią lekarze zaczną ograniczać czas pracy i wrócą do wypowiadania klauzuli opt-out. Zapowiedzi te potwierdził przewodniczący OZZL – K. Bukiel, który na zakończenie manifestacji przed Sejmem mówił: – *Wracamy, robimy ankiety i przygotowujemy się. Jeden lekarz, jeden etat. Tak jak w prawie, po bożemu.* I słowa dotrzymał...

W dniu 16 czerwca br., pojawiły się doniesienia medialne, że Zarząd Krajowy OZZL, na swym posiedzeniu dwa dni wcześniej, podjął decyzję o ogłoszeniu form dalszego protestu dotyczącego obecnej sytuacji w ochronie zdrowia. Wybór padł na ograniczanie czasu pracy: wypowiadanie klauzuli opt-out oraz akcję „1 lekarz – 1 etat”. Wiadomość o akcji przekazało na swojej facebookowej stronie Porozumienie Rezydentów OZZL, powołując się na informację członka Zarządu Krajowego OZZL – Bartosza Fiałka.

We wpisie B. Fijałek apeluje: *„Wzywamy lekarzy do wypowiadania klauzuli opt-out do końca sierpnia, aby wypowiedzenia te zaczęły obowiązywać od 1 października tego roku. W tym czasie, od października, będziemy również ograniczać czas pracy do równoważnika jednego etatu [...] To pokaże rządzącym, że ten system faktycznie jest niewydolny. Umieramy na dyżurach, bo pracujemy ponad siły”.*

Decyzja o wyborze formy protestu odnosi się bezpośrednio do wyników referendum, w których zdecydowana większość jego uczestników opowiedziała się za podjęciem takich właśnie działań. Akcja ma być odpowiedzią na fatalną (i ciągle pogarszającą się) sytuację w publicznej ochronie zdrowia, która – według diagnozy OZZL – spowodowana jest takimi działaniami rządzących, jak m.in. wybiórcze realizowanie porozumienia kończącego protest rezydentów, niebędące odpowiedzią na prace zespołu ministerialnego nowelizowanie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, czy chęć zaostrzenia kar w Kodeksie karnym.

Akcja skazana na sukces

Jakie mogą być skutki apelu OPZZ? „Menedżer Zdrowia” zapytał o to ekspertów. – *Skutki na dzień dzisiejszy oceniam jako nieprzewidywalne. Bo tak do końca nie wiadomo, jaki posłuch uzyskają organizatorzy akcji* – mówi Ewa Książek-Bator, członek zarządu Polskiej Federacji Szpitali, zwraca jednak uwagę, że: – *Tak naprawdę samo wypowiedzenie klauzuli opt-out nie stanowi dla lekarzy, także rezydentów, większego problemu. W Polsce mamy do czynienia z olbrzymim brakiem lekarzy. Utracone korzyści materialne wynikające z wypowiedzenia opt-out stosunkowo łatwo będzie można nadrobić w przychodni, czy... w innym szpitalu. To paradoks, ale to możliwe: rezydenci ze szpitala A (po wypowiedzeniu opt-out) dyżurować będą w szpitalu B – i na odwrót.*

Inni dodają, że to zła wiadomość przede wszystkim dla szpitali powiatowych. Dla nich oznacza spore zamieszanie kadrowe i konieczność znalezienia środków na dodatkowe obsady dyżurów. Zwracają też uwagę, że akcja wypowiadania opt-out wcale nie musi być masowa – starczy, że dotyczyć będzie jedynie kilkunastu procent lekarzy. Szpitale mają obecnie tak napięte grafiki dyżurowe, że już taka liczba uczestników protestu spowoduje poważne perturbacje. Ich zdaniem, akcja ta jest z góry... skazana na sukces.

Joanna BARCZYKOWSKA-TCHORZEWSKA
Nina SMOLEŃ

* skrót pochodzi od Redakcji Opolskiej

(przedruk z „Panaceum” nr 7-8/19)

NO BLAME, NO GAME?

Trwa dyskusja wokół nowelizacji Kodeksu karnego, która zaostreza kary, m.in. za nieumyślne spowodowanie śmierci. Czy przy tej okazji nie powinniśmy na nowo rozpaść dyskusji o słuszności karania lekarzy i personelu medycznego za nieuniknione zdarzenia medyczne? Czy na pewno ewentualne postępowania wyjaśniające przynoszą konkretny i pozytywny skutek dla poszkodowanego pacjenta, czy może są jedynie „polowaniem na czarownice” i szukaniem „kozła ofiarnego”, którego obciążą się konsekwencjami niedofinansowania, kryzysu kadr i chaosu organizacyjnego w ochronie zdrowia?

Jak rozwiązują te problemy na świecie?

Podobne pytania, dotyczące zdarzeń medycznych, od lat zadawane są na całym świecie. Minęło prawie dwadzieścia lat od pierwszego wydania publikacji Komitetu Jakości w Ochronie Zdrowia Instytutu Medycyny w Stanach Zjednoczonych, zatytułowanej *„To Err is Human: Building a Safer Health System”*, w której podkreśla się, że problemem nie są nieodpowiedni ludzie w opiece zdrowotnej, tylko to, że odpowiedni ludzie pracują w nieodpowiednich systemach, które nie gwarantują bezpieczeństwa. Już w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku w „The Lancet” pojawiały się artykuły próbujące zmienić podejście do zdarzenia medycznego, a przede wszystkim ograniczyć jego nieprzyjemne skutki dla pacjenta.

Przez lata zauważono, że bez depenalizacji przynajmniej części zdarzeń medycznych niemożliwe jest uzyskanie ich transparentności i zgłaszalności na odpowiednio wczesnym etapie, pozwalającym – tam, gdzie to możliwe – na naprawę błędu i uniknięcie konsekwencji zdrowotnych u pacjenta. System zwany „No Fault” od ubiegłego wieku funkcjonował w Danii, był wielokrotnie analizowany i modyfikowany, żeby jak najlepiej spełniać swoje założenia.

Opracowania opublikowane do tej pory podają, iż mimo znacznych kosztów dla publicznej ochrony zdrowia, ten system pozwala przewidzieć i tym samym uniknąć wielu szkód dla pacjenta. Jednocześnie ogranicza się sytuacje, w których ewentualnie wypłacane świadczenia za zdarzenie medyczne trafiają w większej części do firm odszkodowawczych, nie mając wpływu na poprawę życia i zdrowia poszkodowanego. Podobne systemy z powodzeniem stosowane są w Austrii, Nowej Zelandii i częściowo we Francji.

Czym jest system „No Fault”? System ten (lub jego modyfikowane wersje) ma przede wszystkim pozwolić na ograniczenie występowania zdarzeń medycznych poprzez odpowiednie opracowanie bezpiecznych i przejrzystych procedur postępowania z pacjentem, a w uzasadnionych sytuacjach, na szybką wypłatę ewentualnego odszkodowania bezpośrednio poszkodowanemu, a nie-

koniecznie wielu pośrednikom. Firm, które zajmują się uzyskiwaniem odszkodowań za ewentualne zdarzenia medyczne, jest mnóstwo, a stawki w tej często nachalnej grze emocjami są bardzo wysokie.

Polski projekt utknął w ministerialnej szufladzie

Obecnie większość dostępnych powszechnie „rejestrowanych błędów medycznych” nie ma nic wspólnego z rejestrowaniem, opracowywaniem i wyciąganiem wniosków ze zdarzeń medycznych. W ogromnej większości przypadków, poszkodowany pacjent trafia na witrynę firmy, zachęcającej go do złożenia pozwu i obiecującej wysokie odszkodowanie, będące w zasięgu ręki. Nie trudno dziwić się pacjentom, którzy zmęczeni chorobą lub kalectwem widzą w takim rozwiązaniu jedyne słuszne wyjście.

Nasze Ministerstwo Zdrowia już w 2017 r. przygotowało projekt założeń do ustawy o jakości i bezpieczeństwie w ochronie zdrowia, zakładający modyfikację uprawnień Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych oraz wprowadzenie mechanizmów pozwalających na traktowanie zdarzeń medycznych zgodnie z zasadą „No Fault”. Nowe przepisy miały przyspieszyć procedowanie wniosków i wprowadzić swojego rodzaju immunitet dla zgłaszającego zdarzenie medyczne, w tym własny błąd. Projekt, niestety, utknął w wewnątrzresortowych konsultacjach i tkwi w ministerialnej szufladzie do dzisiaj. Pomimo deklaracji obecnego ministra zdrowia – prof. Łukasza Szumowskiego, popierającej dekryminalizację zawodu lekarza, doczekaliśmy się jedynie przeciwnych rozwiązań prawnych, które prawdopodobnie będą miały zupełnie odwrotny efekt od zamierzonego.

Już teraz na pierwszych latach studiów młody adept kierunku lekarskiego nosi w sercu maksymę *Primum non nocere*. W pierwszych latach szkolenia specjalistycznego dochodzi do tego *Defendat asinum suum*, czyli „Chroń swoją d... (...dokumentację)”. Jest to maksyma przekazywana z namaszczeniem przez starszych kolegów, zaprawionych w bojach z aparatem państwa. Trend zmian w ustawodawstwie w tym zakresie pozwala, niestety, przewidywać rozkwit medycyny asekuracyjnej, to jest unikania odpowiedzialności za wszelką cenę, ze stratą prognozowaną jedynie dla pacjenta. Czy w takim razie stać nas, lekarzy na pytanie „kto?”, zamiast „dlaczego?”. Błędów nie unikniemy. Już Seneka mówił *„Errare humanum est...”* – my pamiętajmy o drugiej części przysłowia – *„...in errore perservare stultum”*.

Lek. Filip PŁUŻAŃSKI
członek Zespołu ds. Reformy Systemu Zgłaszania
i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych NRL

(przedruk z „Panaceum” nr 7-8/19)

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE – PROBLEM PALĄCY NIE TYLKO LEKARZY

11 czerwca 2019 r. odbyło się w Warszawie kolejne posiedzenie Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich (KREL) – ze społu specjalistów opiniującego wszystkie sprawy związane z Lekarskim Egzaminem Końcowym (LEK), Lekarsko-Dentystycznym Egzaminem Końcowym (LDEK), Państwowym Egzaminem Specjalistycznym (PES) i Państwowym Egzaminem Nostryfikacyjnym (PEN).

Spotykamy się średnio dwa razy w roku, zwykle po zakończonej sesji egzaminacyjnej wiosennej i jesiennej, aby podsumować sprawy związane z kształceniem naszych medyków. To na tym forum odbywają się burzliwe dyskusje dotyczące m.in. jawności pytań testowych, wykazu literatury, dostępności obowiązujących kursów, staży, działania systemu SMK, przygotowania i sprawności organizacyjnej CMKP i CEM. Stąd biorą się moje liczne telefony i maile do koleżanek i kolegów z prośbą o opinie. Staram się bowiem przedstawić w tym gremium rzeczywiste problemy, z którymi borykają się na co dzień lekarze w trakcie specjalizacji.

W czerwcowym spotkaniu wzięli udział członkowie KREL, tj. przewodnicząca prof. Jadwiga Słowińska-Srzednicka, prof. Teresa Jackowska, prof. Wojciech Zgliczyński, prof. Jacek Imiela, prof. Paweł Lampe, prof. Romuald Krajewski, prof. Jerzy Kruszewski, prof. Mariusz Klencki (dyrektor CEM). Ministerstwo Zdrowia reprezentowała p. Barbara Bańczak-Mysiak.

Tradycyjnie już prof. Mariusz Klencki przedstawił i omówił wyniki wiosennej sesji egzaminacyjnej. Jeżeli chodzi o PES i LDEK, była to najgorsza sesja w ostatnich latach. Do LEK-u zgłoszono w całym kraju 2966 osób, aż 580 egzaminowanych nie zaliczyło testu (19,6%). Absolwenci, którzy uzyskali dyplom przed 2017 r., przystąpili do egzaminu ponownie w liczbie 406. W tym gronie nie zaliczyło egzaminu aż 66% osób. Łącznie nie zaliczyło egzaminu 25% zdających. Lekarze dentyści przystąpili do egzaminu 2 lutego 2019 r. Do LDEK zgłoszono 859 osób, a zdawało 679, czyli na egzamin zgłosiło się tylko 79% dentystów. Aż 29,7% zdających nie zaliczyło pozytywnie egzaminu.

Najwięcej trudności, o dziwo, sprawiły zdającym pytania z zakresu medycyny ratunkowej, chirurgii, ginekologii, bioetyki, prawa medycznego i zdrowia publicznego. Zdający nie przygotowali się odpowiednio czy egzamin był trudniejszy niż zwykle? Średnie wskaźniki stopnia trudności, jak wynika z obliczeń, nie były wysokie. Dlaczego zatem tak wiele osób nie zdało? Może wpływ na wyniki miały wprowadzone ostatnio zmiany w nauczaniu na ostatnich latach studiów? Czy uczelnie medyczne nie poradziły sobie z tym problemem?

Jeszcze gorzej wygląda statystyka absolwentów uczelni zagranicznych: LDEK nie zaliczyło 72,7% egzaminowanych, a wśród absolwentów studiów anglojęzycznych – 61,5%. LEK nie zdało aż 83,3% osób, z uczelni zagranicznych – 62,1%.

Dlaczego tak się stało? Odpowiedź może przynieść jedynie szczegółowa analiza. A ta wymaga spotkania z rektorami wyższych uczelni medycznych.

Z podsumowania wyników egzaminów wyłonił się ranking polskich uczelni najlepiej przygotowujących absolwentów do egzaminu oraz do wykonywania zawodu. Jest mi niezmiernie przykro, że nasz wrocławski Uniwersytet Medyczny, następca mojej Alma Mater – Akademii Medycznej we Wrocławiu – wypadł źle, a w wynikach LDEK nawet bardzo źle.

W PES w sesji wiosennej 2019 r. wzięło udział 2226 lekarzy, z czego 1964 uzyskało tytuł specjalisty, tzn. że 21,6% „oblało” egzamin. W stosunku do poprzednich sesji wynik zdających wyraźnie się poprawił. W ostatniej sesji nie odbyły się egzaminy z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, endokrynologii ginekologicznej, intensywnej terapii, kardiologii dziecięcej, mikrobiologii lekarskiej, urologii, neuropatologii. W pozostałych dziedzinach egzamin był dwuczęściowy – testowy i ustny. W dziedzinach takich jak: audiologia, angiologia, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia plastyczna, choroby płuc dzieci, farmakologia kliniczna, medycyna lotnicza, medycyna morska i tropikalna, medycyna nuklearna, genetyka, seksuologia, perinatologia, toksykologia, transfuzjologia, urologia dziecięca, pediatria metaboliczna, gdzie liczba zdających nie przekraczała 10 osób, egzamin był jednocześnie – ustny. W tych niszowych dziedzinach prawie wszyscy uzyskali dyplom specjalisty.

Najliczniej lekarze przystąpili do egzaminu z zakresu chorób wewnętrznych – z 239 osób nie zdało 49 (20,5%); do kardiologii przystąpiło 150 osób, a nie zdały 42 (28,0%); do egzaminu z ortopedii i traumatologii zgłosiło się 149 osób, poniżej progu było 31 (20,8%); do egzaminu z pediatrii przystąpiło 139 osób, nie zdało 39 (28,1 %); do egzaminu z medycyny rodzinnej przystąpiło 125 osób, nie zdało 15 (12,0%). Co ciekawe, najwięcej błędnych odpowiedzi towarzyszyło testowi z wiedzy o szczepieniach. Z chirurgii ogólnej było tylko 111 zdających, egzaminu nie zaliczyło 21 osób (18,9 %). Niska zdawalność w położnictwie i ginekologii oraz w psychiatrii to 20,3% i 20,9%. Duży odsetek negatywnie zdanych egzaminów przypadł w tej sesji na radiologię i diagnostykę obrazową, bo aż 26,5%.

Statystycznie najtrudniej jest jednak zdobyć dyplom specjalisty w takich dziedzinach medycyny jak: diagnostyka laboratoryjna, medycyna pracy, balneologia i medycyna fizykalna, toksykologia kliniczna, gdzie odsetek niezaliczonych egzaminów od wielu lat utrzymuje się na poziomie prawie 30%. Pocięające jest to, że lekarze wykazują się wytrwałością i konsekwencją, ponieważ w latach 2009–18 aż 95% zdających uzyskało dyplom specjalisty. Nie w każdym przypadku udało się to za pierwszym podejściem.

Gwoli przypomnienia – 1 maja 2017 r. zmieniono regulamin przeprowadzania egzaminów ustnych PES. Nakazuje on, aby zdający odpowiedział na wszystkie wylosowane pytania. Wprowadzono 7-stopniową skalę, dodając ocenę dyskwalifikującą (tzw. jedynkę). Jej postawienie skutkuje tym, że osoba zdająca uzyskuje negatywny wynik egzaminu. Ocena 2 (tzw. dwójka) z jednego zadania nie przerywa egzaminu ustnego, i jeżeli z pozostałych pytań oceny będą wyższe, zdający może uzyskać dyplom specjalisty nawet ze średnią 2,8.

Ponadto egzaminatorzy muszą uzasadnić w protokole egzaminacyjnym wystawioną ocenę, szczególnie negatywną. Uregulowano także kwestie związane z zadawaniem pytań pomocniczych – może je formułować tylko jeden członek zespołu egzaminacyjnego, który zadał pytanie główne. Tylko ten egzaminator może wymagać odpowiedzi na przedstawione zadanie i pytania dodatkowe. Ustawowo nakazane jest, aby egzamin został przeprowadzony przez minimum 4-osobową komisję. Ponadto, każdy członek zespołu egzaminacyjnego składa oświadczenie o bezstronności wobec zdających. Jeżeli wystąpią okoliczności uniemożliwiające złożenie takiego oświadczenia, przewodniczący zespołu egzaminacyjnego wyklucza tego członka z zespołu na czas trwania egzaminu tego zdającego, jednak w komisji musi pozostać co najmniej trzech egzaminatorów.

Czerwcowe spotkanie KREL odbywało się w gorącej atmosferze, i to nie tylko z powodu upałów. Zostaliśmy poinformowani, że na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacyjnego ukazał się projekt ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty znacznie różniący się od tego, który był konsultowany z Naczelną Izbą Lekarską. Minister proponował m.in. obniżenie progu zaliczenia LEK/LDEK do 50% pytań, wymóg wprowadzenia 70% pytań publicznie znanych przed egzaminem, wprowadzenie egzaminu międzymodułowego PEM, który da możliwość nadania większej samodzielności i odpowiedzialności specjalizującemu się lekarzowi, zasadę, zgodnie z którą kierownikiem specjalizacji będą mogli być tylko lekarze pracujący w pełnym wymiarze godzin w ośrodku akredytowanym do specjalizacji itp.

Opinia w uzasadnieniu projektu rządowego brzmi: „Od sprawności bowiem przygotowania lekarzy do wykonywania zawodu opartego o aktualną i weryfikowaną odpowiednimi narzędziami wiedzę medyczną zależy skuteczność i jakość udzielania świadczeń zdrowotnych, które odgrywają kluczową rolę we właściwym zabezpieczeniu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Trudno się z nim nie zgodzić, jednak wszyscy mamy obawy, czy te wprowadzone już i proponowane zmiany nie sprawią, iż chętnych do kierowania specjalizacją będzie ubywać. Podobnie jak miejsc akredytacyjnych. Motywacji brakuje bowiem zarówno lekarzom specjalistom, jak i szpitalom. Rząd ma za zadanie zwiększyć liczbę lekarzy specjalistów tak, aby poprawić statystyki na forum Europy, a my mamy obawy o jakość kształcenia przyszłych lekarzy, gdyż na kształcenie i weryfikację wie-

dzy też są potrzebne dodatkowe środki finansowe, których w projekcie nie uwzględniono.

Ponieważ doświadczenie i statystyka mówią, że w sesji jesiennej zdający osiągają lepsze wyniki, życzę wszystkim przygotowującym się do egzaminów sukcesu.

Dorota RADZISZEWSKA

Przewodnicząca Delegatury DIL w Wałbrzychu, przewodnicząca Zespołu Rzeczników Praw Lekarza DIL, członek Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich, członek Komisji Kształcenia Naczelnej Rady Lekarskiej, dyplomowany egzaminator CEM.

(przedruk z „Medium” nr 7-8/19)

LEK – absolwenci rocznika 2018

uczelnia	liczba absolwentów, którzy przystąpili do LEK	zdalo LEK	odsetek absolwentów, którzy zdali LEK (%)	w trakcie zdawania (1 niepowodzenie)	w trakcie zdawania (2 niepowodzenia)	„trwale” niepowodzenie (3 lub więcej niepowodzeń)	odsetek absolwentów z „trwałym” niepowodzeniem (%)
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	207	202	97,6	5		0	0,0
Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy	170	163	95,9	1	6	0	0,0
Gdański Uniwersytet Medyczny	210	201	95,7	3	6	0	0,0
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	162	147	90,7	4	11	0	0,0
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	496	458	92,3	13	25	0	0,0
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	243	236	97,1	3	4	0	0,0
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	176	167	94,9	2	7	0	0,0
Uniwersytet Medyczny w Lublinie	281	255	90,7	3	23	0	0,0
Uniwersytet Medyczny w Łodzi	457	406	88,8	14	37	0	0,0
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu	246	215	87,4	7	24	0	0,0
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie	42	41	97,6		1	0	0,0
Warszawski Uniwersytet Medyczny	439	412	93,8	13	14	0	0,0
RAZEM	3129	2903	92,8	68	158	0	0,0

Wyniki LDEK II 2019 – absolwenci polscy

Lp.	Uczelnia	Średni wynik	Liczba zdających	Wynik pozytywny
1.	UM Gdańsk	135,2	20	19
2.	WUM Warszawa	133,8	35	33
3.	UM Białystok	132,8	17	17
4.	CMUJ Kraków	130,8	44	42
5.	ŚIUJ Zabrze	130,6	63	55
6.	UM Lublin	128,5	41	36
7.	PUM Szczecin	126,9	39	33
8.	UM Łódź	126,9	98	84
9.	UM Poznań	121,1	30	22
10.	UM Wrocław	118,9	47	31
		127,9	434	372

Źródło: CEM. Za zgodą i wiedzą prof. dr. hab. n. med. Mariusza Klenckiego, dyrektora CEM

ETYKA LEKARSKA W MEDIACH SPOŁECZNOŚCIOWYCH

Coraz więcej z nas decyduje się na poszerzenie przestrzeni swojego funkcjonowania o media społecznościowe. Wpisuje się to oczywiście w ogólny trend – w skali kraju ponad 70% osób w wieku 15–65 lat korzysta z mediów społecznościowych, a jako że są to przecież nasi pacjenci – obecni lub przyszli – nie może tam też zabraknąć lekarzy.

W artykule odnoszę się do tego fragmentu złożonej układanki, jaką jest funkcjonowanie lekarzy w internecie, na który składa się zarówno stosowanie w praktyce lekarskiej narzędzi szeroko pojętego e-zdrowia, a konkretnie m-zdrowia, czyli tzw. zdrowia mobilnego, jak i występowanie w mediach społecznościowych w roli profesjonalisty lub osoby prywatnej, ale rozpoznawalnej jako lekarz.

Korzystanie z mediów społecznościowych umożliwia szybkie dzielenie się wiedzą z pacjentami, społecznością czy profesjonalistami i równocześnie szeroki odbiór prezentowanych treści – konkretnych informacji czy też szerszej – wiedzy z zakresu zdrowia.

Lekarze są aktywni w mediach społecznościowych głównie w związku z:

1. edukacją medyczną profesjonalistów;
2. edukacją pacjentów w formie indywidualnej lub grupowej;
3. oświatą zdrowotną;
4. budowaniem wizerunku lekarza, praktyki lekarskiej, podmiotu leczniczego, bądź zawodu.

Stosując narzędzia internetowe, zwłaszcza aplikacje mobilne (mHealth) bądź media społecznościowe, osiągnąć można usprawnienie działań prewencyjnych w obszarze opieki zdrowotnej, zwiększenie zaangażowania samych pacjentów, zarówno w prewencję, poprawę stylu życia, jak i w terapię, a także podwyższenie jakości świadczonej opieki zdrowotnej. To wszystko przekłada się na zwiększenie jej efektywności i poprawę jakości (1).

Obecność lekarzy w mediach społecznościowych powoduje:

- zwiększenie zaufania do lekarza: lekarz, który prezentuje przez Facebook ciekawe informacje medyczne i dyskutuje z pacjentami online, staje się im bliższy, a pacjenci są w stanie bardziej mu zaufać;
- zwiększenie wiarygodności lekarza: lekarz staje się dla pacjentów źródłem wiedzy medycznej;
- zwiększenie zaangażowania pacjentów w kontakt z lekarzem: pacjenci mogą polecać lekarza, linkując jego profil, a także czuć z nim swego rodzaju

ju więź, mogąc śledzić z dużą częstotliwością jego wpisy na portalu;

- zwiększenie rozpoznawalności lekarza;
- obecność na Facebooku poprawia rozpoznawalność lekarza przez wyszukiwarki internetowe (2).

Należy przy tym zauważyć, że lekarz w mediach społecznościowych może pojawić się w różnych rolach:

- prezentując swój wizerunek jako osoba prywatna;
- prezentując swoje poglądy dotyczące spraw ogólnych, pozamedycznych;
- prezentując swój wizerunek jako profesjonalista;
- prezentując swoje poglądy profesjonalisty – dotyczące medycyny, organizacji opieki zdrowotnej, polityki zdrowotnej czy innych zagadnień – z punktu widzenia profesjonalisty.

Jednakże obecność w mediach społecznościowych, prowadzenie blogów czy aktywność na forach internetowych z jednej strony wymaga realizacji tych samych zasad etyki lekarskiej, co w realu, tj. szacunku, poufności, profesjonalizmu i innych, ale z drugiej – stwarza nowe wyzwania etyczne.

Pamiętać należy, że: wszelkie informacje kierowane do konkretnego odbiorcy mogą być przekazywane online jedynie z pieczołowitym dochowaniem poufności. Rejestrowanie pacjentów metodą video lub audio na potrzeby edukacji profesjonalistów medycznych lub edukacji publicznej powinno odbywać się z rzetelnym wyważeniem pomiędzy celami edukacyjnymi a prawami pacjenta, z rygorystycznym ich poszanowaniem, w tym respektowaniem prawa do zgody na taką rejestrację i poufności (anonimizacji) oraz upewnieniem się co do braku ujemnego wpływu uczestniczenia pacjenta w takiej rejestracji na przebieg leczenia (w tym przy uwzględnieniu zaufania pacjenta do lekarza i opieki zdrowotnej).

Trzeba mieć stale na uwadze problem aktualizacji i konkretyzacji informacji – z zakresu zamieszczanej w sieci wiedzy medycznej, organizacji opieki zdrowotnej oraz informacji dotyczących lekarza lub podmiotu leczniczego. Pamiętać należy, że co raz zostanie umieszczone w sieci, jest w niej permanentnie dostępne!

W wypadku napotkania w sieci na niewłaściwe wpisy kolegów należy zwrócić uwagę, by autor lub administrator strony usunął je lub zaktualizował, a w razie braku ich reakcji należy – zgodnie z art. 52 KEL – powiadomić OROZ. Podobne rozwiązanie funkcjonuje także na gruncie kodeksów etyki innych krajów (3). Potrzebna jest świadomość, że pozostawianie w sieci wpisów może mieć wpływ na reputację lekarza wśród pacjentów,



▷ kolegów, innych profesjonalistów czy ogółu społeczeństwa oraz rzutować na godność zawodu.

Z drugiej strony np. FB pozwala na stały kontakt z naszymi pacjentami, dzięki czemu możemy nie tylko motywować ich do zmiany nawyków i dbałości o zdrowie oraz do przestrzegania zaleceń lekarskich, ale dzięki takim bieżącym interakcjom z pacjentami możemy lepiej dostrzegać i rozumieć ich potrzeby, w tym jak ważne jest przystępne przekazywanie pacjentom naszej medycznej wiedzy i zaleceń. W opinii dr Łukasza Kołtowskiego, przewodniczącego Komisji ds. Komunikacji i Mediów Społecznościowych Europejskiej Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych (EAPCI ESC), FB uzmysłowił wielu lekarzom, że to, co dla nich jest oczywiste, dla ich pacjentów może być bardzo trudne do zrozumienia, ale równocześnie też stwarza płaszczyznę lepszego kontaktu z pacjentem (4).

Wolność wypowiedzi w dyskursie publicznym

Nieco odmiennym zagadnieniem jest angażowanie się lekarzy w dyskurs polityczny czy też publiczny, dotyczący problemów obywatelskich, lokalnych, bądź ogólnokrajowych czy światowych. Wolność wypowiedzi oczywiście pozwala na głoszenie swoich poglądów m.in. w sieci. Jednakże często zauważa się, że od lekarzy oczekuje się profesjonalizmu w kontaktach z mediami w ogóle, a w razie obecności w sieci w szczególności – zwłaszcza w odniesieniu do praw pacjenta, wiedzy medycznej, wiedzy dotyczącej organizacji opieki zdrowotnej oraz polityki zdrowotnej. Stąd, decydując się na wszelką aktywność w sieci, musimy mieć świadomość, że jako lekarze będziemy oceniani pod kątem właściwego zorientowania w sprawach dotyczących bieżących reform opieki zdrowotnej, znajomości odkryć w dziedzinie medycyny czy obeznania z nowymi technologiami medycznymi tak, by móc wychodzić naprzeciw potrzebom pacjentów. We wszelkim dyskursie publicznym, także tym toczącym się w sieci, oczekuje się od nas dobrej znajomości prawa medycznego i podstaw polityki zdrowotnej, opowiadania się za właściwym stosowaniem prawa medycznego oraz rozwijaniem systemu opieki zdrowotnej z korzyścią dla społeczności (5).

Dezinformacja

Odrębną sprawą jest kwestia radzenia sobie z ryzykiem dezinformacji, obecnej w sieci oraz służenie radą w zakresie radzenia sobie zdezinformacją dotyczącą problematyki medycznej naszym pacjentom – w odniesieniu do treści dotyczących zdrowia, wiedzy medycznej czy organizacji opieki zdrowotnej.

Dezinformacja to fałszywa, niedokładna lub wprowadzająca w błąd informacja, stworzona, zaprezentowana i rozpowszechniana dla zysku lub rozmyślnego spowodowania szkody publicznej. Może szkodliwie oddziaływać na procesy demokratyczne bądź uznawane

wartości w szeregu ważnych społecznie obszarów, takich jak kwestie zdrowotne, nauka, edukacja czy finanse.

W ostatnich dwóch latach UE podjęła intensywne działania celem zdefiniowania dezinformacji oraz stworzenia nowego kodeksu postępowania dla mediów, który został zaprezentowany wraz z aneksem określającym dobre praktyki we wrześniu 2018 r. Przedstawiciele platform online, wiodących mediów społecznościowych oraz reklamodawców i sektora reklamowego dobrowolnie zgodzili się przyjąć proponowaną samoregulację. Obecnie instytucje UE monitorują stosowanie dokumentu celem zmniejszenia ryzyka wpływu dezinformacji na społeczeństwo (6).

Przykładem wspólnej walki na rzecz poprawy informacji w obszarze zdrowia jest walka z globalnym dzisiejszym ruchem antyszczepionkowym. Na początku 2019 r. amerykańscy politycy zdrowotni zwrócili się do firm FB i Google z apelem o pomoc w walce z zalewem nierzetelnych informacji o rzekomej szkodliwości szczepień ochronnych. Obie firmy podjęły działania zmierzające do wprowadzenia odpowiednich zmian w algorytmach, które zmniejszą prawdopodobieństwo pojawienia się antyszczepionkowych treści w wynikach wyszukiwania oraz zmian w zautomatyzowanym systemie rekomendacji filmów na YouTube (7).

Aplikacje

Różnorodność ofert aplikacji m-zdrowia powoduje, że pacjenci i pracownicy medyczni mogą mieć trudności z wyborem tych źródeł, które odpowiadają wymogom merytorycznym oraz legislacyjnym. Narzędzia te dostarczają zwykle zbyt skąpych informacji o tym, kto je zaprogramował lub kto opublikował określone materiały oraz czy przeszły one odpowiednie kontrole i badania kliniczne lub czy są zgodne z ustalonymi wytycznymi medycznymi i z aktualną wiedzą medyczną.

Narzędzia m-zdrowia nie mają zastępować lekarza, ale korzystanie przez pacjentów z aplikacji mobilnych czy treści dostępnych w internecie, w tym porad prezentowanych na stronach FB czy filmików instruktażowych dotyczących np. stylu życia, rehabilitacji czy diety dostępnych w portalu YouTube może im pomóc w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia i wspierać pacjentów w radzeniu sobie ze schorzeniami. Pacjenci mogą jednak potrzebować pomocy lekarzy w korzystaniu z tych rozwiązań na zasadzie profesjonalnej rady w tym zakresie (8).

Usystematyzowanie

Można usystematyzować wartości związane z funkcjonowaniem lekarzy w sieci w następujący sposób:

1. Respektowanie prawa do informacji

Społeczeństwu, jako ogółowi, a także pacjentom i profesjonalistom medycznemu, przysługuje prawo do



wiedzy, edukacji i informacji w zakresie szeroko pojętego zdrowia. Dotyczy to zarówno wiedzy medycznej, wiedzy z zakresu zdrowia publicznego, jak i informacji dotyczących organizacji opieki zdrowotnej.

Stąd obecność lekarzy oraz podmiotów leczniczych w sieci jest niezbędna, ale może być realizowana pod warunkiem dochowania zasad etycznych, takich jak odpowiedzialność za słowo – w każdej formie wypowiedzi, na jaką się decydujemy, rzetelność i sumienność w odniesieniu do prezentowanych treści, a także empatia i lojalność wobec pacjentów i innych profesjonalistów.

2. Uwzględnienie charakteru medium, jakim są media społecznościowe

Charakter internetu jest taki, że udostępnione treści stają się publiczne, w ekspresowym tempie są powszechne, a do tego są „wiecznotrwałe” – tzn. są publikowane tak długo, aż nie zostaną zmienione czy zaktualizowane przez autora, bądź usunięte przez administratora strony lub portalu.

Dlatego odpowiedzialna obecność profesjonalisty medycznego w mediach społecznościowych wymaga uwzględnienia kilku aspektów:

- podawania tożsamości autorów/administratorów strony, blogu, portalu itp., co umożliwia odbiorcy upewnienie się, że ma do czynienia z profesjonalistą lub rzeczywistym podmiotem leczniczym;
- publikowania wszelkich materiałów, w tym artykułów czy postów, z jednoznacznym datowaniem, co umożliwia odbiorcy ustalenie aktualności prezentowanych zapisów;
- świadomości, że prezentowane treści wymagają uwzględnienia typu grona odbiorców – inaczej dobieramy treści i formę przekazu dla grona profesjonalistów, a inaczej dla pacjentów czy społeczeństwa w ogóle;
- świadomości, że zamieszczone w sieci treści mogą być rozpowszechniane różnymi kanałami, w tym nawet udostępnione pierwotnie jedynie jako prywatne mogą zostać upublicznione, wbrew intencji pierwszej osoby zamieszczającej dane informacje w sieci.

Ponadto występując aktywnie w sieci warto uwzględnić kwestie pragmatyczne:

- umiejętność właściwego reagowania na hejt, trolling – czyli bez wdawania się w niemerytoryczne spory, funkcjonowanie w sieci bez negatywnego ładunku emocjonalnego, jednym słowem ze świadomością dochowania wymogom zachowania godnego lekarza profesjonalisty,
- ryzyko natknięcia się na tzw. fake newsy czy ryzyko spotkania się z zakładaniem fałszywych kont w mediach społecznościowych (co jest tematem na odrębny artykuł),

- ryzyko ujawnienia treści objętych tajemnicą lekarską przez niewłaściwe zabezpieczenie, monitoring sieci itp.

3. Przestrzeganie odpowiednich norm prawa i etyki. Obejmuje to przede wszystkim:

- przestrzeganie zasad etyki lekarskiej – tak samo skrupulatnie jak w realu!
- przestrzeganie tzw. netykiety, ochrony praw autorskich oraz własności intelektualnej w sieci (w tym przestrzeganie prawa autorskiego w razie kopiowania materiałów dostępnych w Internecie);
- ochrona danych osobowych i wizerunku, w tym osób na publikowanych zdjęciach, filmikach itp.
- ochrona dóbr osobistych, w tym czci i godności (ochrona przed zniewagą, obrazą itp.).

Na problematykę funkcjonowania osób pracujących w obszarze zaufania publicznego w sieci wskazują też liczne publikacje (9).

Podsumowując – funkcjonowanie lekarza w sieci stwarza nowe wyzwania, ale na gruncie etyki to stosowanie znanych zasad w nowym środowisku obejmujące:

1. Funkcjonowanie osoby lekarza w sieci.
2. Funkcjonowanie podmiotów leczniczych w sieci.
3. Doradztwo dla pacjentów w zakresie korzystania z wiedzy dotyczącej zdrowia w sieci.

Zasadniczymi wartościami, których koniecznie należy dochować w wypadku obecności lekarza w sieci, są:

- Odpowiedzialność
 - za słowo
 - za współuczestnika „życia wirtualnego”, w szczególności pacjenta – aktualnego, potencjalnego, szeroko pojętego, także w zakresie zdrowia publicznego.
- Rzetelność naukowa i profesjonalna
- Uczciwość dotyczy każdej wypowiedzi – zarówno związanej, jak i odległej od spraw zawodowych, ale szczególnie ważna w wypadku prezentowania w sieci metod postępowania medycznego (diagnostyki, terapii, profilaktyki, rehabilitacji, edukacji itp.) bądź prezentowania podmiotów medycznych czy edukacyjnych.
- Roztropność i wstrzemięźliwość w zakresie zamieszczanych treści, szczególnie w zakresie, w którym zachodzi jakakolwiek interakcja z innymi osobami.
- Poszanowanie godności
 - współuczestników „życia wirtualnego”,
 - godności zawodu.

Obejmuje to w szczególności: powstrzymywanie się od mowy nienawiści, hejtu; wystrzeganie się instrumentalnego traktowania współuczestników interakcji w sieci; zdolność do nieujawniania publicznie zbędnych informacji o sobie, zwłaszcza o swoim życiu prywatnym; właściwe zachowanie wobec innych lekarzy, Izby Lekarskich, innych stowarzyszeń lekarzy czy grup lekarzy, medycyny, zawodu w ogóle.





• Zakaz reklamy w jakiegokolwiek formie (chodzi o reklamowanie świadczeń medycznych w rozumieniu art. 63 KEL i Artykułu 14 Ustawy o działalności leczniczej, więcej na ten temat w kolejnych edycjach PM). Mam nadzieję, że ważkość i aktualność poruszanych problemów przyczyni się do szerokiej dyskusji na ten temat w naszym środowisku, do czego serdecznie zachęcam!

Gabriela MUŚ

Autorka jest sekretarzem Komisji ds. Etyki Lekarskiej. Artykuł powstał w oparciu o wykład i dyskusję panelową (szkolenie OROZ, OSL, Komisji ds. Etyki i dyskusję panelową „Lekarz w sieci”)

- [1] „Zielona Księga w sprawie mobilnego zdrowia („mHealth”) <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/PL/1-2014-219-PL-F1-1.Pdf> dostęp 19.05.2019 r. 11:34
- [2] cyt. Lekarz na Facebooku – czy warto tam być? GL sierpień, 20, 2014 <https://gazetalekarska.pl/?p=6777> dostęp 19.05.2019 r. 11:37

- [3] <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/code-of-medical-ethics-chapter-2.pdf> dostęp 19.05.2019 r. 11:53
- [4] <http://www.medexpress.pl/jak-media-spolecznosciowe-pomaga-ja-lekarzom/71206> dostęp 4.05.2019 r. 17:56
- [5] vide – <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/code-of-medical-ethics-chapter-8.pdf> dostęp 19.05.2019 r. 12:01
- [6] <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/code-practice-disinformation> dostęp 19.05.2019 r. 12:02
- [7] <http://www.medexpress.pl/internetowi-giganci-utrudnia-zycieantyszczepionkowcom/72979> dostęp 19.05.2019 r. 12:03
- [8] vide: „Zielona Księga w sprawie mobilnego zdrowia („mHealth”)” <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/PL/1-2014-219-PL-F1-1.Pdf> dostęp 19.05.2019 r. 11:34
- [9] <http://www.usccb.org/about/communications/social-media-guidelines.cfm#guiding>, https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse/2012-109bEmpfehlungen-Social-Media-Guidelines.pdf, https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/16622/Chmielewski_Kodeks_social_media_dla_Kosciola_katolickiego_w_Polsce.pdf?sequence=1&isAllowed=y dostęp 19.05.2019 r. 12:20

(przedruk z „Pro Medico” nr 6/19)

PRAWO NA CO DZIEŃ

PRAWO ATOMOWE W STOMATOLOGII

W dniu 13 czerwca 2019 r., głosami 450 posłów, Sejm RP zmienił przepisy ustawy „Prawo atomowe”*. Nowelizacja ta była oczekiwana nie tylko przez radioterapeutów, ale głównie przez lekarzy dentystów, wykonujących w swoich praktykach badania uzębienia w formie wewnątrzustnego zdjęcia rentgenowskiego.

Zanim jednak nowe przepisy zaczną obowiązywać, ustawę zmieniającą musi zaakceptować Senat i podpisać prezydent, aby mogła zostać opublikowana w Dzienniku Ustaw. Warto jednak już dzisiaj się z nimi zapoznać, gdyż wprowadzają szereg kluczowych zmian z punktu widzenia wykonywania zawodu lekarza dentysty.

Komisja Stomatologiczna Naczelnej Izby Lekarskiej od dawna zabiegała, aby w projekcie nowelizacji ustawy „Prawo atomowe” znalazły się zapisy o zwolnieniu praktyk stomatologicznych wykonujących wewnątrzustne zdjęcia RTG z dwóch obowiązków: posiadania inspektora ochrony radiologicznej oraz poddawania się audytom zewnętrznym (oczywiście te obowiązki wiązały się z ponoszeniem określonych opłat). Dzięki aktywnym działaniom członków tej Komisji – w ramach konsultacji społecznych, jak i poprzez składanie pism oraz wniosków do Ministerstwa Zdrowia – udało się proponowane zmiany wprowadzić do projektu ustawy i doprowadzić do ich uchwalenia.

Zgodnie z zapisami nowelizacji, zniesienie wymienionych obowiązków będzie dotyczyło jednostek ochrony

zdrowia, prowadzących dwa rodzaje działalności, związanej z narażeniem radiologicznym, polegającej jedynie na:

- wykonywaniu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych za pomocą aparatów rentgenowskich, służących wyłącznie do tego celu,
- wykonywaniu densytometrii kości za pomocą aparatów rentgenowskich, służących wyłącznie do tego celu.

Nowelizacja „Prawa atomowego” znosi (w dodanym art. 33u) obowiązek wykonywania w wymienionych placówkach audytów zewnętrznych, co zostało uzasadnione „*stosunkowo niskim poziomem narażenia na promieniowanie jonizujące w tych dziedzinach*”. Utrzymuje jednak obowiązek wykonywania audytów wewnętrznych i stanowi (w dodanym art. 33v), że: „*Audyt kliniczny wewnętrzny jest przeprowadzany nie rzadziej niż co rok, a także w razie potrzeby – na pisemne polecenie kierownika jednostki ochrony zdrowia*”. Kierownik określa również termin audytu, a do jego przeprowadzenia „*wyznacza co najmniej dwie osoby, które są uprawnione do stosowania medycznych procedur radiologicznych podlegających temu audytowi*”. Przepisu tego nie stosuje się jednak do działalności prowadzonej osobiście, w której audyt wewnętrzny może być przeprowadzony przez jedną osobę, posiadającą takie uprawnienia.

Wynikiem wewnętrznego audytu klinicznego powinno być sporządzenie pisemnego raportu w terminie 14 dni od dnia jego zakończenia, który musi zawierać:



1. „przegląd procedur szczegółowych stosowanych w jednostce ochrony zdrowia, w ramach którego wyodrębnia się:

a) analizę procedur szczegółowych oraz praktyki ich stosowania, w tym liczbę zastosowań procedur szczegółowych w podziale na pacjentów dorosłych oraz pacjentów do 16. roku życia, w podziale na płeć;

b) dane pozwalające określić wielkość narażenia pacjentów dorosłych oraz pacjentów do 16. roku życia, w podziale na płeć, oraz porównanie tych wielkości z diagnostycznymi poziomami referencyjnymi w przypadku, gdy zostały określone;

2. w razie konieczności – zalecenia dotyczące zmiany procedur szczegółowych lub wprowadzenia nowych procedur szczegółowych”.

Ponadto w jednostkach ochrony zdrowia, wykonujących za pomocą aparatów RTG stomatologiczne zdjęcia wewnątrzustne lub densytometrii kości, nowelizacja

„Prawa atomowego” znosi też (w dodanym ust. 5a. art. 7) obowiązek posiadania inspektora ochrony radiologicznej. W wymienionych placówkach zniesiono też (w znolizowanym art. 7a) obowiązek „konsultacji z inspektorem ochrony radiologicznej kwestii oceny obiektu lub instalacji z punktu widzenia ochrony radiologicznej – przed dopuszczeniem ich do eksploatacji”.

Uproszczenie pewnych obowiązków lekarzy dentystów można uznać za sukces wypracowany przez Komisję Stomatologiczną NRL. Należy w tym miejscu dodać, że Komisja od lat walczy o to, aby małych gabinetów stomatologicznych nie stawiać na równi z wielkimi medycznymi jednostkami (również w aspekcie finansowym).

Patrycja PROC

* Chodzi o ustawę o zmianie ustawy – „Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej” (druk sejmowy nr 3237).

Źródło: [http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-1232-2019/\\$file/8-020-1232-2019.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-1232-2019/$file/8-020-1232-2019.pdf)

(przedruk z „Panaceum” nr 7-8/19)

ZMIANY W ZAKRESIE ZASAD UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ŚMIERCI PACJENTA – NAJNOWSZE REGULACJE

Rok 2019 przyniósł nam dwie istotne zmiany w zakresie zasad udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. [...] W dniach 24–26 kwietnia 2019 r. miałam okazję uczestniczyć w Konferencji Prawników Okręgowych Izb Lekarskich, organizowanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku. Na Konferencji omawialiśmy m.in. zmiany w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, w tym najnowszą nowelizację, wprowadzoną przepisami ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), obowiązującą od dnia 4 maja 2019 r.

Zmiany obowiązujące od 9 lutego 2019 r.

Tytułem przypomnienia – od 9 lutego 2019 r. dostęp do dokumentacji medycznej będzie mogła uzyskać także osoba bliska zmarłego pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

Za osobę bliską uznawany będzie: małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (dziecko, rodzice, dziadkowie, wnuko-

wie, teściowie), przedstawiciel ustawowy, ale także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

Ewentualny spór pomiędzy osobami bliskimi będzie rozstrzygał sąd w postępowaniu nieprocesowym. Takie postępowanie będzie mogła zainicjować zainteresowana osoba bliska, a także osoba wykonująca zawód medyczny, np. lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, ratownik medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny będzie mogła wystąpić z wnioskiem do sądu również w przypadku uzasadnionych wątpliwości czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

Poniższe diagramy przedstawiają schemat działania, jaki powinien być przyjęty w świetle przepisów obowiązujących od dnia 9 lutego 2019 r.

Należy także zwrócić uwagę, iż przepisy ustawy obowiązującej od dnia 9 lutego 2019 r. nie przewidują żadnych regulacji przejściowych. Oznacza to w praktyce, iż nowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta obowiązują we wszystkich tych przypadkach, w których śmierć pacjenta nastąpiła po dniu wejścia w życie opisywanych przepisów, tj. po 9 lutym 2019 r.

Zmiany obowiązujące od dnia 4 maja 2019 r.

Kolejna nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta, obowiązująca od dnia 4 maja 2019 r.,



miała na celu m.in. dostosowanie przepisów ustawy do wymogów ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).

Co do zasady za udostępnienie dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. W wyniku zmian obowiązujących od dnia 4 maja 2019 r. wprowadzony został przepis, zgodnie z którym opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 (udostępnienie przez sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku; udostępnienie na informatycznym nośniku danych) oraz ust. 3 (sporządzenie kopii dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej w formie odwzorowania cyfrowego – skanu) oraz w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Z orzecznictwa sądowego w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej...

W wyroku z dnia 12 grudnia 2017 r. (sygn. akt II OSK 2188/17) Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie wskazał, że: „Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej jest podstawowym prawem pacjentów, regulacja formy wystąpienia z żądaniem ograniczająca prawa pacjentów stanowi praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów. Tak też należy ocenić wyznaczenie terminu do realizacji wniosku o dokumentację medyczną. Wyznaczenie terminu nie później niż w ciągu 7 dni pozwala na stosowanie tego terminu jako reguły, naruszając prawo do udostępnienia dokumentacji bez zbędnej zwłoki. Indywidualne przypadki koniecznego wydłużenia terminu udostępnienia dokumentacji medycznej nie dają podstaw do wyprowadze-

nia odstępowania od regulacji powszechnie obowiązującej przyznającej prawo do udostępnienia bez zbędnej zwłoki.”

W wyroku z dnia 4 grudnia 2018 r. (sygn. akt II OSK 2188/17) Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie wskazał, że: „Ustalenie wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej może uwzględniać tylko wysokość kosztów poniesionych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Nie może zatem naruszać zasady ekwiwalentności. Pobieranie opłaty za przesyłkę dokumentacji medycznej pocztą nie może przekraczać poniesionej opłaty ustalonej przez operatora pocztowego. Pobieranie wyższej opłaty jest działaniem bezprawnym.”

Podobne stanowisko zajął Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 20 lutego 2019 r. (sygn. akt VII Sa/Wa 3060/18): „(...) ustawodawca celowo w art. 28 ust. 1 i 3 ustawy, użył sformułowania »za udostępnienie dokumentacji medycznej«, gdyż jego zamiarem było, aby ustalona opłata za dokumentację medyczną obejmowała wszystkie czynności, jakie dokonuje podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w celu jej udostępnienia. Udostępnianie dokumentacji medycznej jest czynnością techniczną. Tym samym na proces ten składać się będą takie czynności, jak odszukanie dokumentacji pacjenta, sporządzenie jej kopii z wykorzystaniem urządzeń kopiujących oraz przekazanie bądź wysłanie tej dokumentacji pacjentowi. Nie sposób w tej sytuacji zaakceptować odrębnych opłat za poszczególne czynności, które muszą zostać wykonane, aby dokonano wysyłki dokumentacji. Wysyłka dokumentacji, jak również wszystkie powiązane z nią działania, mieści się w pojęciu udostępniania dokumentacji medycznej i nie może być traktowana jako odrębna, dodatkowo płatna usługa.”

Radca prawny Anna JĘDRZEJCZAK
Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie

* skrót pochodzi od Opolskiej Redakcji

(przebieg z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 5-6/19)

NOWE PRZEPISY DOTYCZĄCE SPECJALIZACJI

31 marca 2019 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, opublikowane w Dz. U. z 2019 r., poz. 602.

Zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz może uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny:

- po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego oraz
- po złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, albo
- po uznaniu za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego zagranicą.

Szkolenie specjalizacyjne w określonej dziedzinie medycyny jest szkoleniem modułowym i składa się z:

1. modułu podstawowego, odpowiadającego podstawowemu zakresowi wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z danej dziedziny medycyny lub wspólnego dla pokrewnych dziedzin medycyny, oraz
2. modułu specjalistycznego, odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne po ukończeniu określonego modułu podstawowego, albo
3. modułu jednolitego, właściwego dla danej specjalizacji.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne po zaliczeniu modułu podstawowego może zmienić dziedzinę medycyny, w której chce kontynuować szkolenie specjalizacyjne, pod warunkiem zakwalifikowania się do jej odbywania w ramach postępowania kwalifikacyjnego.



Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego i mający odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie modułu specjalistycznego, o którym mowa w pkt. 2, oraz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu, o którym mowa w pkt. 1, może ubiegać się, za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia, o skierowanie na szkolenie w ramach tego modułu specjalistycznego bez postępowania kwalifikacyjnego, za zgodą konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny.

W przypadku lekarza, który rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, kierownik specjalizacji może wystąpić do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości modułu specjalistycznego.

W przypadku lekarza posiadającego stopień naukowy doktora habilitowanego i mającego odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie modułu specjalistycznego, o którym mowa w pkt. 2, i posiadającego tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu, o którym mowa w pkt. 1, zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie postępowania kwalifikacyjnego, kierownik specjalizacji w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny może wystąpić do dyrektora CMKP o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości programu modułu specjalistycznego.

Dyrektor CMKP na podstawie opinii powołanego przez niego zespołu może uznać, w drodze decyzji, dotychczasowy dorobek naukowy i zawodowy lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości szczegółowego programu modułu specjalistycznego, a w przypadku uznania za równoważny w całości – podjąć decyzję o dopuszczeniu tego lekarza do PES.

Rozporządzenie uwzględnia zmiany przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia związane z wprowadzeniem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, w tym Elektronicznej Karty Szkolenia.

Zgodnie z przepisami wspomnianej ustawy dotychczasowe rozporządzenie ministra zdrowia z 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów utraciło moc obowiązującą 1 stycznia 2019 r. Rozporządzenie weszło w życie 1 stycznia 2019 r.

Do szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed 1 maja 2017 r., tj. przed dniem wejścia w życie SMK, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Rozporządzenie określa:

- wykaz 77 specjalizacji lekarskich i 9 lekarsko-dentystycznych, stanowiący załącznik nr 1,
- wykaz 5 modułów podstawowych (w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, otorynolaryngologii, patomorfologii, pediatrii) właściwych

dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy stanowiący załącznik nr 3,

- wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego, stanowiący załącznik nr 4,
- wzór wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i cudzoziemców,
- tryb i sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego oraz punktowe kryteria kwalifikacji lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego,
- regulamin postępowania kwalifikacyjnego,
- szczegółowy sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego, m.in. przez lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty,
- formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia,
- sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji,
- wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenie,
- szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego,
- szczegółowy tryb unieważniania pytań testowych PES,
- wysokość i sposób uiszczania opłaty, którą ponosi lekarz w przypadku zgłoszenia się do PES po raz drugi i kolejny,
- tryb wydawania przez dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych duplikatu lub odpisu dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za nie,
- tryb dokonywania przez dyrektora CEM korekty dyplomu PES oraz sposób uiszczania opłaty za korektę,
- szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników,
- wzór oświadczenia dla członków państwowych komisji egzaminacyjnych,
- tryb powoływania PKE,
- wysokość wynagrodzenia dla członków i przewodniczącego PKE albo zespołu egzaminacyjnego,
- tryb uznawania stażu szkoleniowego, staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych zagranicą lub w kraju za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w programie specjalizacji i ewentualnego skrócenia szkolenia specjalizacyjnego,
- tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny, nieobjętej systemem szkolenia specjalizacyjnego, za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego,
- tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego za równoważny z odbytym szkole-





niem specjalizacyjnym, m.in. kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego,

- wzór elektronicznego dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu,
- wysokość wynagrodzenia za wykonywanie czynności kontrolnych realizacji szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto rozporządzenie ustala:

- wykaz specjalizacji z uwzględnieniem modułów lub specjalizacji wymaganych do ich zrealizowania oraz minimalny czas ich trwania, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia,
- wykaz specjalizacji, w których można uzyskać tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny po zrealizowaniu programu specjalizacji właściwego dla lekarza posiadającego odpowiednią specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny albo zrealizowany i zaliczony odpowiedni moduł podstawowy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

Minister zdrowia określa i ogłasza liczbę miejsc rezydentek na 21 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego.

Wojewoda określa i ogłasza liczbę miejsc nieobjętych rezydenturą na 14 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego. Wojewoda na 14 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego publikuje na swojej stronie internetowej listę jednostek akredytowanych posiadających wolne miejsca szkoleniowe w poszczególnych dziedzinach medycyny wraz z liczbą tych miejsc.

Od dnia ogłoszenia przez ministra zdrowia liczby miejsc rezydentek do dnia przyznania przez ministra zdrowia i wojewodów niewykorzystanych miejsc szkoleniowych, przyznanych dodatkowo zgodnie z przepisami ustawy, miejsca szkoleniowe przeznaczone są w pierwszej kolejności dla lekarzy biorących udział w danym postępowaniu kwalifikacyjnym.

Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny lekarz składa oddzielnie dla trybu rezydentury i dla trybu pozarezydentekiego.

W przypadku wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury oraz wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydentekim lekarz składa oświadczenie, w którym wskazuje preferowany tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego w sytuacji, gdy zakwalifikuje się na szkolenie w dwóch trybach.

Lekarz ubiegający się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego może być w danym terminie dopuszczony do postępowania kwalifikacyjnego tylko w jednej dziedzinie medycyny i tylko w jednym województwie. Przeprowadzanie postępowania kwalifikacyjnego określa regulamin.

Uwzględniając liczbę miejsc szkoleniowych oraz złożone przez lekarzy oświadczenia, wojewoda, minister obrony narodowej albo minister spraw wewnętrznych i administracji, za pomocą SMK, sporządzają i zatwier-

dają listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego oddzielnie dla trybu prezydentekiego i pozarezydentekiego. Listy zawierają imię i nazwisko lekarza, numer wniosku oraz wynik postępowania.

Wojewoda kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wybranej przez lekarza jednostce akredytowanej, w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny, uwzględniając wynik postępowania kwalifikacyjnego, z wyjątkiem lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie poza rezydenturą na podstawie umowy o pracę oraz poszerzenia zajęć programowych studiów doktoranckich, którzy zostają skierowani w pierwszej kolejności.

Lekarza, który został zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, lekarza skierowanego do odbywania szkolenia specjalistycznego bez postępowania kwalifikacyjnego oraz lekarza cudzoziemca, wojewoda kieruje za pomocą SMK do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej jednostce akredytowanej ze wskazaniem trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, planowanej daty rozpoczęcia i planowanej daty zakończenia szkolenia oraz obowiązującego programu specjalizacji.

W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może, na wniosek lekarza zakwalifikowanego i skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, który nie rozpoczął jeszcze szkolenia, przenieść go do innej jednostki akredytowanej.

Wojewoda kieruje lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym po przedstawieniu przez niego dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego, a w przypadku lekarzy korzystających:

- z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego lub urlopu rodzicielskiego przysługującego na podstawie przepisów ustawy – Kodeks pracy,
- ze świadczenia rodzicielskiego przysługującego na podstawie ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
- z zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy – w terminie późniejszym, bezpośrednio po ich zakończeniu, pod warunkiem, że lekarz najpóźniej w terminie 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego przedstawi wojewodzie odpowiednie dokumenty wskazujące na korzystanie z wymienionych uprawnień.

Jednostka akredytowana posiadająca wolne miejsca szkoleniowe w danej dziedzinie medycyny umożliwia odbywanie szkolenia specjalizacyjnego lekarzowi skierowanemu do jego odbywania w tej jednostce.



W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może, na wniosek lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, przenieść go do innej jednostki akredytowanej posiadającej wolne miejsce szkoleniowe.

Jeżeli jednostka akredytowana znajduje się na obszarze innego województwa, zmiana miejsca szkolenia specjalizacyjnego następuje po wyrażeniu zgody przez wojewodę właściwego dla województwa, na którego obszarze lekarz ma kontynuować szkolenie. Zgoda na przeniesienie szkolenia specjalizacyjnego na teren innego województwa zawiera wskazanie jednostki akredytowanej, w której lekarz będzie kontynuował szkolenie.

Wojewoda wyraża zgodę bądź jej odmawia po zasięgnięciu opinii konsultanta wojewódzkiego województwa, na którego obszarze lekarz ma kontynuować szkolenie.

W przypadku powzięcia przez dyrektora CMKP informacji o nieprzyjęciu przez jednostkę akredytowaną, posiadającą wolne miejsca szkoleniowe, lekarza skierowanego lub przeniesionego przez wojewodę z innej jednostki akredytowanej do odbywania szkolenia specjalizacyjnego CMKP wszczyna postępowanie w celu zmniejszenia liczby miejsc szkoleniowych.

Umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana na podstawie informacji zawartych w skierowaniu, przekazanej za pomocą SMK do jednostki akredytowanej, w której lekarz ma odbywać szkolenie specjalizacyjne.

W przypadku niezrealizowania szkolenia specjalizacyjnego w terminie, na jaki została zawarta umowa o pracę w ramach rezydentury, lekarz może kontynuować szkolenie jedynie w trybie pozarezydenckim, po uzyskaniu zgody wojewody. Informację o przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego wojewoda zamieszcza w EKS.

W przypadku przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, z powodu nieobecności lekarza, o którym mowa w przepisach ustawy, informację o przedłużeniu szkolenia zamieszcza w EKS kierownik jednostki akredytowanej, w której lekarz odbywa to szkolenie.

W przypadku przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim, na podstawie przepisów ustawy, informację o przedłużeniu szkolenia zamieszcza w EKS wojewoda.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne realizuje wszystkie elementy programu specjalizacji, z zastrzeżeniem przypadku uznania dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego.

EKS zawierająca potwierdzenie zrealizowania poszczególnych elementów programu specjalizacji, zgodnie z wymogami programu specjalizacji, stanowi dowód odbycia szkolenia. Wzór EKS stanowi załącznik nr 10 do rozporządzenia.

Kierownik specjalizacji potwierdza w EKS odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji lub odmawia potwierdzenia nie później niż w ciągu 30 dni od rzeczywistej daty zakończenia szkolenia wskazanej w EKS.

Jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne umożliwia odbywającemu je lekarzowi realizację wszystkich elementów programu specjalizacji w ramach czasu trwania danej specjalizacji.

W przypadku gdy lekarz nie zrealizuje wszystkich elementów programu modułu podstawowego, może rozpocząć realizację programu modułu specjalistycznego i uzupełnić niezrealizowane elementy podczas trwania modułu specjalistycznego, tylko w przypadku gdy kierownik specjalizacji stwierdzi, że niezrealizowanie danych elementów modułu podstawowego nie jest przeszkodą w kontynuowaniu szkolenia specjalizacyjnego.

Lekarz, który zrealizował cały program szkolenia specjalizacyjnego, może złożyć wniosek do kierownika jednostki akredytowanej, w której odbywa szkolenie specjalizacyjne, o skrócenie okresu przedłużenia szkolenia o okres nie dłuższy niż 30 dni.

Lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego lub odbywający to szkolenie zgodnie z programem specjalizacji obowiązującym lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji, który w okresie postępowania kwalifikacyjnego lub w okresie po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego, a przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego lub w okresie odbywania tego szkolenia uzyskał tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, może wystąpić do wojewody z wnioskiem o zmianę dotychczasowego programu specjalizacji na program obowiązujący lekarzy posiadających tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny.

Lekarz, o którym mowa, może wystąpić do dyrektora CMKP z wnioskiem o uznanie elementów programu specjalizacji, zrealizowanych przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego po zmianie programu specjalizacji.

Lekarz, który odbył określony moduł podstawowy i uzyskał jego zaliczenie w ramach danego szkolenia specjalizacyjnego, nie jest obowiązany do jego ponownego odbywania w przypadku zakwalifikowania się do odbywania innego szkolenia specjalizacyjnego, którego program przewiduje odbycie i zaliczenie tego samego modułu podstawowego.

Formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia określone w programie specjalizacji obejmują przede wszystkim:

1. kurs specjalizacyjny wprowadzający do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego, obejmujący w szczególności:
- podstawy dobrej praktyki lekarskiej, m.in. zasady praktyki opartej na rzetelnych i aktualnych publikacjach,
 - podstawy farmakoeconomiki,
 - formalnoprawne podstawy doskonalenia zawodowego lekarzy,
 - podstawy onkologii,
 - wprowadzenie do przedmiotów klinicznych objętych programem danego szkolenia specjalizacyjnego,





- zagadnienia bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej dotyczące bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy,
2. kursy specjalizacyjne właściwe dla danej specjalizacji, obejmujące zakres wiedzy określonej w programie danej specjalizacji,
3. jednolity dla wszystkich specjalności, z wyjątkiem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej, kurs w zakresie ratownictwa medycznego,
4. jednolity dla wszystkich specjalizacji, z wyjątkiem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie zdrowia publicznego, kurs specjalizacyjny w zakresie zdrowia publicznego zakończony kolokwium,
5. jednolity dla wszystkich specjalności kurs w zakresie prawa medycznego zakończony kolokwium,
6. szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie w ustalonej liczbie określonych zabiegów i procedur medycznych:
 - wykonywanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”,
 - w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”,
7. staże kierunkowe właściwe dla danej specjalizacji obejmujące zakres wiedzy i umiejętności praktycznych określonych w programie danej specjalizacji,
8. pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji lub pracę w systemie zmia-

nowym lub równoważnym czasie pracy, w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej, o ile program specjalizacji przewiduje pełnienie dyżurów,

9. samokształcenie, w tym napisanie pracy naukowej, opublikowanej w recenzowanym czasopiśmie medycznym, której lekarz jest autorem lub współautorem, lub pracy poglądowej na temat objęty programem specjalizacji.

Lekarz, który w ramach danej specjalizacji odbył i zaliczył kurs w zakresie zdrowia publicznego, nie jest obowiązany do jego odbycia i zaliczenia podczas realizacji kolejnej specjalizacji, jeżeli okres od jego zaliczenia do rozpoczęcia kolejnej specjalizacji jest nie dłuższy niż 7 lat. Okres szkolenia specjalizacyjnego tego lekarza ulega skróceniu o czas pozostały na zrealizowanie tego kursu. Lekarz składa zgłoszenie do PES za pomocą SMK w formie wniosku elektronicznego. Wysokość opłaty za PES wynosi 700 zł. Urlop szkoleniowy, w wymiarze 6 dni, na przygotowanie się i przystąpienie do PES przysługuje lekarzowi, który prawidłowo złożył wniosek.

PES jest organizowany corocznie w dwóch sesjach egzaminacyjnych:

- w sesji wiosennej – od 1 marca do 30 kwietnia,
- w sesji jesiennej – od 1 października do 30 listopada.

Mec. Beata KOZYRA-ŁUKASIAK

(przedruk z „Pulsu” nr 7-8/19)

ZASADY ODPRACOWANIA TZW. BONU LOJALNOŚCIOWEGO

W związku z licznymi wątpliwościami, Ministerstwo Zdrowia opublikowało komunikat w sprawie interpretacji art. 16j ust. 2b ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r., poz. 617 z późn. zm.) dotyczący zasad odpracowania tzw. zobowiązania lojalnościowego.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury może złożyć deklarację, dotyczącą zobowiązania do wykonywania zawodu lekarza na terenie RP w podmiocie udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat, jakie przypadają od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równownikowi jednego etatu, w zamian za zwiększone wynagrodzenie zasadnicze (art. 16j ust. 2b). W przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego, dwuletni okres wykonywania zawodu ulega proporcjonalnemu skróceniu.

Jak wyjaśnia resort, oznacza to m.in., że „lekarz odpracowujący zobowiązanie może podjąć zatrudnienie w kilku

różnych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w różnych wymiarach czasu pracy w różnym okresie, proporcjonalnie do okresu pobieranego zwiększonego wynagrodzenia, w ciągu pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. Ważne jest, aby łączny wymiar czasu pracy stanowił równownik pełnego etatu”. W komunikacie zaznaczono jednak, że „w przypadku odpracowywania zobowiązania w niepełnym wymiarze czasu pracy w jednym podmiocie wykonującym działalność leczniczą, okres odpracowywania przedłuża się o czas stanowiący różnicę między pełnym i niepełnym wymiarem czasu pracy.” Przykładowo lekarzowi zatrudnionemu wyłącznie na 1/2 etatu, który ma do odpracowania sto dni, czas odpracowania przedłuża się do dwustu dni.

(opr. NS)

Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ws-zasad-odpracowania-tzw-zobowiazania-lojalnosciowego>

(przedruk z „Panaceum” nr 7-8/19)



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

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

Lekarzy POZ,
Pielęgniarek i położnych,
Kadry zarządzającej.

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

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

Fizjoterapeutów i Rehabilitantów (II kwartał 2019 r.),
Pediatrików (I kwartał 2020 r.).

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

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie uprzejmie informuje, że raz w miesiącu organizuje szkolenia dla użytkowników Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Jako pierwsze zostały przeprowadzone **szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów wnioskujących o przystąpienie do Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) oraz Lekarsko Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LDEK)**. Obecnie w dniu 19 września br., o godzinie 11:00, w siedzibie CSIOZ, planowane jest szkolenie z zakresu składania wniosku o rozpoczęcie specjalizacji oraz wniosku o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego PES. Zaproszenie to skierowane jest do lekarzy i lekarzy dentystów, a chęć do udziału w szkoleniu można zgłosić wyłącznie za pomocą aplikacji, która dostępna jest na stronach CSIOZ w dziale „aktualności” pod następującym adresem: <https://www.csioz.gov.pl/aktualnosci/>. Informacje o kolejnych terminach szkoleń zamieszczane będą także w dziale „aktualności” na stronie CSIOZ. interesowanych.

Z poważaniem

z upoważnienia Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Edyta KRAMEK
Kierownik projektu

Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o. organizuje w ramach przyznanego przez Ministerstwo Zdrowia grantu w prestiżowym konkursie pn. „*Kształcenie podyplomowe lekarzy – rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej*”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego „**Kursy umiejętności dla lekarzy i lekarzy rezydentów opartych na Evidence Based Medicine**”.

Projekt został objęty Patronatem Honorowym Ministra Zdrowia oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W projekcie przewidziano realizację łącznie 109 szkoleń dla 758 lekarzy do 30 czerwca 2023 r. Wydarzenie ma charakter cykliczny, terminy poszczególnych szkoleń są zamieszczane na stronie internetowej projektu pod adresem: <http://kmptm.p/power5-4-kursy/>.

Program przewiduje realizację kursów o następującej tematyce, za które uczestnicy mogą uzyskać punkty edukacyjne:

Ablacja 3D w leczeniu zaburzeń rytmu serca;

Implantacja stymulatorów bezelektrodowych;

Inwazyjne leczenie migotania przedsionków z kursem nakłucia transseptalnego;

Postępowanie z chorym trudnym, powikłanym w pracowni endowaskularnej (radiologii, chirurgii, kardiologii, neuroradiologii);

Kurs z zakresu leczenia operacyjnego wad zastawki aortalnej i aorty wstępującej na modelu zwierzęcym i izolowanych tkankach zwierzęcych.

Szkolenia składają się z części teoretycznej oraz praktycznej realizowanej na bloku operacyjnym z wykorzystaniem modelu zwierzęcego. Uczestnicy mają niepowtarzalną okazję do udziału w wysoko specjalistycznych procedurach medycznych wykraczających poza obszar specjalizacji. Udział w programie jest nieodpłatny.



Zapraszamy Was do udziału w **VII Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2019”**, który organizowany jest przez Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie.

Tematem wiodącym tegorocznej edycji, obok „Tematu wolnego”, są „Krajobrazy świata” oraz „Fotografia medyczna”. Jury przyzna PhotoArtMedica **Grand Prix, 17 medali, nagrody specjalne i wyróżnienia**. Fundatorami nagród rzeczowych są Cooper Vision, partner ubezpieczeniowy lekarzy INTER-Polska oraz Olympus. Każdy z uczestników otrzyma Dyplom Uczestnictwa oraz karta-





log Salonu PhotoArtMedica 2019, w którym będą zawarte nie tylko prace laureatów, ale też każdego z uczestników.

Salon PhotoArtMedica uzyskał prestiżowe auspicje FIAP – Międzynarodowej Federacji Sztuki Fotograficznej, największej organizacji fotograficznej świata, a także Patronat Fotoklubu Rzeczypospolitej Polskiej. Patronat Honorowy nad Salonem objęli: Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja oraz Prezydent Miasta Częstochowa Krzysztof Matyjaszyk.

Zapraszamy serdecznie do udziału w tegorocznej edycji PhotoArtMedica. Zgłoszenia do **21 września 2019 r.** Informacje i rejestracja: www.photoartmedica.pl, Polub nas na Facebook'u: www.facebook.com/Photoartmedica/
Z koleżeńskim pozdrowieniem

*Dr n. med. Krzysztof Muskalski
Przewodniczący Salonów PhotoArtMedica
Przewodniczący Komisji ds. Współpracy
Międzynarodowej ORL w Częstochowie*

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy tym razem pod hasłem – „Barwy świata” – realizację tego tematu pozostawiamy inwencji oraz wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w Wystawie.

Tegorocznej edycji Wystawy, podobnie jak poprzedniej, towarzyszyć będzie konkurs, w którym prace oceni Jury złożone z profesjonalistów. Do udziału w Wystawie i Konkursie Fotograficznym zapraszamy Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce.

Zapraszamy do przesyłania fotografii drogą elektroniczną lub na nośnikach danych. Pozostawiamy też możliwość dostarczania zdjęć w wersji papierowej. Termin dostarczania fotografii upływa 4 października br.

Wernisaż Wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki Konkursu Fotograficznego odbędzie się 20 października 2019 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 25 października br.

Kontakt: Iwona Szelewa – Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, tel. 42/683-17-01.



**Galeria Sztuki
Współczesnej**

WYSTAWY:

6 września (wernisaż – piątek, godz.18.00) – 6 października 2019 SALON JESIENNY (sale główne GSW).

Salon Jesienny to wystawa konkursowa, która jest przeglądem twórczości artystów związanych z opolskim okręgiem Związku Polskich Artystów Plastyków. Wystawa ma charakter cykliczny, a jej pierwsze edycje odbyły się na przełomie lat 50. i 60. XX w. Ideą tej

konkursowej wystawy jest pokazanie tego, czym obecnie zajmują się opolscy twórcy, jakie są trendy w opolskim środowisku artystycznym.

6 września (wernisaż godz.18.00) – 29 września – BARTŁOMIEJ TRZOS (laureat Grand Prix Salonu Jesiennego 2018)

Urodził się 4 marca 1976 r. w Opolu. W latach 1991–96 uczył się w Państwowym Liceum Sztuk Plastycznych im. Jana Cybisa w Opolu, następnie studiował na Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach, gdzie w 2001 r. uzyskał dyplom z grafiki warsztatowej w pracowni prof. Jana Szmatlocha oraz aneks z grafiki projektowej w pracowni prof. Tomasza Jury. W roku 2001 zatrudniony został jako asystent i wykładowca w Pracowni Grafiki Warsztatowej oraz w Pracowni Malarstwa i Rysunku w Instytucie Sztuki na Wydziale Historyczno-Pedagogicznym Uniwersytetu Opolskiego. W 2009 r. obronił doktorat ze sztuk pięknych w zakresie grafiki na Wydziale Artystycznym Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach. Uprawia grafikę warsztatową, rysunek, malarstwo, projektowanie graficzne.

WYDARZENIA:

WRZESIEŃ 2019

12 września (czwartek, godz. 18.00) – wykład w ramach cyklu ARCHITEREN. Współpraca Stowarzyszenie Architektów Polskich Oddział Opole. Szczegóły na stronie www.galeriaopole.pl

14 września (sobota, w godz.15.30–18.00) – spacer pn. SUBOTNIK dr Krzysztofem Spałkiem.

„Park byłej Pomologii w Prószkowie i rezerwat przyrody Staw Nowokuźnicki”. Projekt realizowany w ramach Europejskich Dni Dziedzictwa. Ilość miejsc ograniczona. Szczegóły na stronie www.galeriaopole.pl

15 września (niedziela, godz.16.00) – oprowadzenie kuratorskie po wystawie Salon Jesienny 2019.

Projekt realizowany w ramach Europejskich Dni Dziedzictwa – wstęp wolny.

30-lecie

**Wydział Lekarski
Akademii Medycznej
we Wrocławiu
ROCZNIK 1990**

KOLEŻANKI i KOLEDZY!

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **5–7 czerwca 2020 r.** Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program Zjazdu:

PIĄTEK 5 CZERWCA 2020

– Od godz.14.00 – zakwaterowanie w Ośrodku

– Godz.18.00–24.00 – grill przy biesiadnej muzyce

SOBOTA 6 CZERWCA 2020

– Godz.8.00–10.00 – śniadanie



– Godz.10.15 – msza św. – Kościół św. Anny w Zieleńcu
 – Czas wolny, spacer po Zieleńcu
 – Godz.13.30 – pamiątkowe zdjęcie grupowe przed Ośrodkiem

– Godz.14.00 – obiad
 – Czas wolny
 – Godz.19.00–2.00 – bankiet
NIEDZIELA 7 CZERWCA 2020

– Godz.9.00–10.00 – śniadanie i pożegnania
 Opłata za uczestnictwo w Zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami – **500 PLN**
 sobota-niedziela z noclegiem – **350 PLN**

Wpłaty prosimy dokonywać na konto **63 1140 2004 0000 3402 7877 0728** (odbiorca Ewa Willak-Janc) do dnia 31.12.2019 r. z dopiskiem „Zjazd 1990”. Pannie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów.

Do dyspozycji gości pokoje 2–3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

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.

Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl Serdecznie zapraszamy do udziału w Zjeździe. **Do zobaczenia w Zieleńcu!!!**

Za Komitet Organizacyjny

*Wojciech Apoznański, Ewa Willak-Janc,
 Teresa Żak (Biercewicz)*

* * *

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni:

- lekarzy specjalistów psychiatrów,
- lekarzy w trakcie specjalizacji lub
- chętnych do specjalizacji w psychiatrii,
- lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej oraz
- lekarza internistę.

Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe **oraz mieszkanie służbowe**. Tel.: 77/403-43-07 lub e – mail sws.kadry@op.pl.

* * *

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o. z siedzibą w **Kup** zatrudni lekarza ze specjalizacją z **rehabilitacji medycznej** do pracy na Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala w Pokoju. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.

* * *

Centrum Terapii Nerwic w Mosznej Sp. z o.o. zatrudni lekarzy specjalistów w dziedzinie **psychiatrii** ewentualnie lekarzy w trakcie specjalizacji. Więcej informacji pod numerem telefonu 660-705-488. Aplikacje proszę przysyłać na adres e-mail: kadry@ctn-moszna.pl

* * *

Prudnickie Centrum Medyczne S.A. w Prudniku zatrudni lekarzy:

- **internistę** (w tym Ordynatora Oddziału),
- pediatrę,
- **ginekologa,**
- **radiologa**
- na etat lub dyżury.

A także:

- lekarza do Poradni Preluksacyjnej,
- lekarza onkologa do Poradni Onkologicznej.

Forma umowy i warunki do uzgodnienia. Telefon kontaktowy: 693-614-688, e-mail: pcm@pcm.prudnik.pl

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

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

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

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

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

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

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



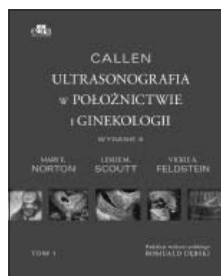
Świadome życie z niewydolnością serca; M. Obiegło; 2019; ISBN: 978-83-66310-44-5, format: 146 x 210, opr. miękka, 86 stron, cena: 30.60 zł (68 EUP pkt)

Niewydolność serca to groźna choroba, o postępującym charakterze, znacznie pogarszająca jakość życia, w konsekwencja mogąca prowadzić do przedwczesnej śmierci. Co warto podkreślić, można jej uniknąć i da się ją leczyć. W obliczu wielkiego zagrożenia jej epidemią stoimy przed wieloma pytaniami – jednym z najważniejszych jest edukacja pacjenta. Książka, którą trzymacie Państwo w ręku podpowiada, jak żyć z niewydolnością serca. To pierwsza taka publikacja dla pacjentów z chorobami serca, w której w prosty i przystępny sposób omówiono, co należy robić, aby cieszyć się długim i komfortowym życiem w niewydolności serca. Wychodząc naprzeciw lawinowo rosnącej liczbie zachorowań autorka podjęła się trudnego, ale jakże ważnego zadania podniesienia poziomu podstawowej wiedzy na temat profilaktyki i leczenia tej choroby.

Umiejętność samooceny prowadząca do wczesnej identyfikacji niepokojących objawów pozwoli chorym zmniejszyć ryzyko wystąpienia niebezpiecznych zaostrzeń choroby. Wiedza, przyswojona

dzięki tej lekturze, sprawi, że pacjent stanie się świadomym partnerem lekarza w skutecznej walce o zachowanie dobrego zdrowia.

Dr hab. n. med.
Dariusz Kałka



Callen. Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii Tom 2; M.E. Norton, L.M. Scutt, V.A. Feldstein; wyd. 6, red. R. Dębski; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66067-13-4, format: 210 x 275, opr. twarda, 376 stron, cena: 161.10 zł (358 EUP pkt);

[...] Callena powinien przeczytać każdy zajmujący się ultrasonografią położniczo-ginekologiczną, czyli w praktyce każdy położnik-ginekolog. Kolejne wydania Callena to były książki absolutnie podstawowe dla rozwoju mojej wiedzy, nie tylko ultrasonograficznej, ale i położniczej; uczyłem się z nich patologii ciąży i terapii prenatalnej. Tak naprawdę to nie jest podręcznik ultrasonografii, tylko raczej przewodnik po zastosowaniu metod obrazowych w położnictwie i ginekologii. Kiedykolwiek ktoś mnie zapytał, z jakiego podręcznika powinno się uczyć ultrasonografii, odpowiadałem: z Callena. Dla wielu ze względu na barierę językową był on niezbyt dostępny. Dlatego też z ogromną radością przekazuję Państwu tłumaczenie na język polski podręcznika Callena, biblii ultrasonografii położniczo-ginekologicz-

nej. Jeżeli chce się dobrze i mądrze prowadzić diagnostykę ultrasonograficzną, należy zapoznać się z tą książką.

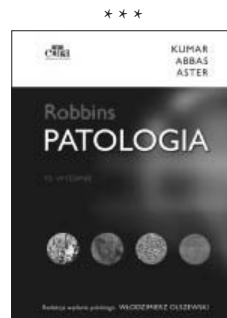
Romuald Dębski



Położnictwo i ginekologia Crash Course; C. Onwere, H.N. Vakharia; wyd. 3, red. J. Floriański; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-65373-35-9, format: 167 x 235, opr. broszurowa, 304 strony, cena: 53.10 zł (118 EUP pkt)

Seria podręczników *Crash Course* to idealne antidotum na stres egzaminacyjny. Dzięki niej zaoszczędzisz czas i zyskasz pewność, że dysponujesz zebranymi w jednym miejscu informacjami, których potrzebujesz, aby zaliczyć zajęcia z danej dziedziny i zdać egzamin. Formuła serii sprawdza się od ponad 15 lat. Niezwykle przejrzysta forma podręczników, liczne tabele, ryciny i zestawienia są tak przemyślane, aby zainteresować studenta i ułatwić mu naukę.

Autorami są studenci i nauczyciele akademicki, czyli osoby, które doskonale wiedzą, na czym polega zdawanie egzaminu i jaki zakres materiału należy przyswoić, aby ten cel osiągnąć. Ani na chwilę nie zapominają oni o potrzebach swoich czytelników. Podkreślają i dowcipnie obrazują najważniejsze informacje, podają najczęściej spotykane pytania egzaminacyjne, pomijają zaś rzeczy zbędne i nieistotne.



Patologia Robbins

V. Kumar, A.K. Abbas, J.C. Aster; wyd. 10, red. W. Olszewski; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66310-18-6, format: 216 x 276, opr. twarda, 958 stron, cena: 178.20 zł (396 EUP pkt);

Podręcznik jest kolejnym, trzecim polskim wydaniem Patologii Robbinsa opartym na dziesiątym wydaniu angielskojęzycznym. Mamy nadzieję, że również ta edycja zostanie życzliwie przejęta przez studentów – nie tylko medycyny, lecz także nauk biologicznych – oraz lekarzy pragnących uaktualnić swoją wiedzę w zakresie patologii.

Przekazywane informacje zostały znacznie uaktualnione w porównaniu z poprzednią edycją. Zmiany wynikają przede wszystkim z pogłębienia naszej wiedzy z różnych dziedzin badawczych, szczególnie w zakresie genetyki, czego następstwem jest dokładniejsze poznanie mechanizmów molekularnych patogenezы i rozwoju technik biologii molekularnej. Nowy, wprowadzający rozdział pozwala na szczegółowe poznanie terminologii i znaczenia pojęć stosowanych w genetyce i biologii molekularnej.

W niniejszej publikacji przekazano te wiadomości nie tylko w sposób zwięzły, ale wykazano ich praktyczne zastosowanie w biologii, a szczególnie w medycynie. W poszczególnych

rozdziałach, głównie w odniesieniu do nowotworów, omówiono metody umożliwiające stosowanie nowoczesnej tzw. terapii zindywidualizowanej.

Prof. dr hab. n. med.
Włodzimierz Olszewski



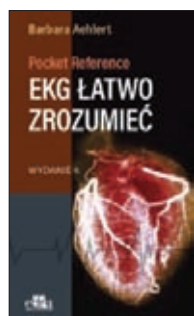
Zioła w łagodzeniu objawów i skutków leczenia chorób nowotworowych; Fabio Firenzuoli, Francesco Epifani, Luigi Gori; red. dr Emilia Filipczyk-Cisarż; 2019; ISBN: 978-83-66310-35-3, format: 140 x 210, miękka, 256 stron, cena: 40.50 zł (108 EUP pkt);

Jak świadome stosowanie ziół może wzmocnić naturalne mechanizmy obronne organizmu?

W jaki sposób można poprawić jakość życia pacjenta cierpiącego na chorobę nowotworową, łagodzić objawy i działania niepożądane leków stosowanych w chemioterapii, m.in. takie jak: ból, bezsenność, depresja, biegunka, suchota w jamie ustnej, świąd skóry, zaparcie, zmęczenie, niepokój, obrzęki.

W publikacji zawarto informacje dotyczące środków o udowodnionej skuteczności, aby chronić się przed nieprawdziwymi informacjami rozpowszechnianymi w Internecie. Wyniki najnowszych badań naukowych są przedstawione w prosty i zrozumiały sposób. Rozdział dotyczący interakcji z lekami pozwoli zapewnić bezpieczeństwo terapii.

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



EKG łatwo zrozumieć. Pocket Reference; B. Aehlert; wyd. 6, red. D. Zyśko; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66310-29-2, format: 110 x 185, opr. miękka, 101 stron, cena: 26.10 zł (58 EUP pkt)

W publikacji przedstawiono najczęściej występujące zaburzenia rytmu serca oraz zasady ich interpretacji. Każdy opis obejmuje zwięzłą charakterystykę danego rytmu oraz przykładowy zapis badania EKG.

Liczne tabele, ramki i kolorowe ilustracje podkreślają i podsumowują kluczowe informacje.

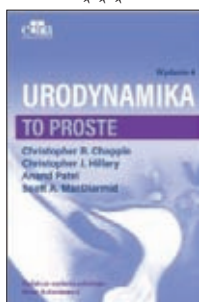


Wegetariańska dieta Fodmap. Bez objawów zespołu jelita drażliwego Sofia Antonsson; tłumaczenie: Justyna Högeström 2019; ISBN: 978-83-66310-10-0, format: 195 x 225, miękka, 144 strony, cena: 25.50 zł (68 EUP pkt)

Osoby cierpiące na IBS mogą w końcu cieszyć się spokojnym trawieniem! IBS (zespół jelita drażliwego) to rozpoznanie, które dotyka 15-20% światowej populacji. Dawniej leczenie zespołu obejmowało zaledwie ogólne porady, teraz jednak pojawiła się nowa, skuteczna dieta lecznicza – FODMAP. Polega ona na wyłączeniu z diety pewnych węglowodanów,

dzięki czemu ulgę odczuć może nawet 75% wszystkich pacjentów. Przestrzeganie zasad FODMAP oznacza konieczność pilnowania diety, ale przede wszystkim nauczenie się unikania produktów, które podrażniają jelita – przy równoczesnym spożywaniu smacznych potraw.

Jak można połączyć dietę FODMAP z jedzeniem wegetariańskim? Przecież tak wiele produktów jest zabronionych. Czy zostaje więc cokolwiek do jedzenia? Właśnie tu wkracza do akcji książka. Funkcjonuje ona jak pomocna dłoń dla wszystkich, którzy chcą jeść zgodnie z FODMAP, a tym samym zamierzają ograniczyć spożycie mięsa oraz zacząć jeść więcej warzyw.



Urodynamika. To proste; Ch.R. Chapple, Ch.J. Hillary, A. Patel, S.A. MacDiarmid; wyd. 4, red. A. Antoniewicz; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66310-06-3, format: 140 x 210, opr. miękka, 240 str. cena: 71.11 zł (158 EUP pkt)

Wiadomość, że wśród przypadków egzaminacyjnych jest również urodynamika przez lata paraliżowała skutecznie nawet dobrze wyszkolonych kandydatów. Jak wynika z moich obserwacji, znajomość zagadnień urodynamiki wśród urologów średniego i starszego pokolenia jest również ograniczona. Liczba zainteresowanych urodynamiką nie ogranicza się przecież do urologów. Są wśród nich neurologi, ginekolodzy, rehabilitanci, a także personel pielęgniarski

i technicy medycyny, którzy współpracują przy wykonywaniu badań urodynamicznych. Dlaczego zatem urodynamika jest nadal tematem niepopularnym i trudnym? Wydaje mi się, że odpowiedź na to pytanie jest niezwykle prosta. Otóż, brakuje źródła wiedzy, które w czytelny sposób przedstawiałoby wiedzę urodynamiczną.

URODYNAMIKA. TO PROSTE to dobrze przemyślany przewodnik, który zakłada, że Czytelnik nie znając tematu, potrzebuje informacji pozwalających mu na skuteczne zgłębianie tajników badań urodynamicznych. W chwili zrozumienia istoty procesów fizjologicznych, dołączenie metodologii badania urodynamicznego, kilku prostych pojęć opisujących ten proces staje się nadzwyczaj łatwe. Akcentowanie prostoty, wewnętrznej logiki badań urodynamicznych – oto zalety po mistrzowsku napisanej książki. URODYNAMIKA. TO PROSTE, zgodnie z obietnicą zawartą w tytule, odczarowuje misterium urodynamiki jako tajemnicy, otwiera przed Czytelnikiem piękno i prostotę jej wnętrza, co powoduje, że po zakończeniu lektury odczuwa się rodzaj ulgi związanej z niewymuszonym przekonaniem, że wreszcie Wiem o co w tym wszystkim chodzi!

Czytelniku, sięgnij po ten tytuł, zaprzyjaźnij się z nim na dłużej i spróbuj za jego pośrednictwem sam stać się ekspertem w urodynamice. Niezależnie od tego, czy uprawiasz zawód chirurga, czy konsultujesz chorych w przychodni – jedno jest pewne – po przeczytaniu książki URODYNAMIKA. TO PROSTE badanie urodynamiczne będzie już dla Ciebie tajemnicą!

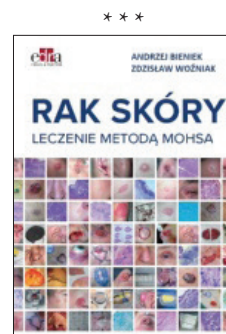
Z Przedmowy do wydania polskiego



Zarys kinezylogii. Ujęcie systemowo-teoretyczne; W. Petryński; rok wydania: 2019; ISBN: 978-83-66310-40-7, format: 165 x 240, opr. miękka, 199 stron, cena: 44.10 zł (98 EUP pkt)

Jedynym sposobem fizycznego oddziaływania istoty żywej – w tym człowieka – na środowisko i wywoływania w nim pożądaných zmian jest ruch. Co więcej, jest on zarazem obserwowalnym zjawiskiem, na podstawie którego można wnioskować o tym, co dzieje się w sferze fizjologii i psychiki istot żywych. Dociekaniem jego podstaw i mechanizmów, zwłaszcza u człowieka, zajmuje się kinezylogia.

Obserwowalny ruch jest zjawiskiem fizycznym. Przedmioty nieożywione biernie poddają się zewnętrznym w stosunku do nich prawom fizyki i wskutek tego ich ruchy można łatwo opisać matematycznie. Natomiast istoty żywe nie tylko biernie poddają się prawom fizyki, ale również, dzięki ukształtowanej ewolucyjnie fizjologii i indywidualnie – psychologii, czynnie wpływają na budowanie swoich ruchów. Ich uwarunkowania u istot żywych są więc znacznie bardziej złożone niż prawa fizyczne. Nie da się ich łatwo opisać „przyjazną użytkownikowi” matematyką; właściwym narzędziem opisu może okazać się ujęcie systemowe. Założenie takie stanowi podstawę rozumowania przedstawionego w niniejszej książce.



Rak skóry. Leczenie metodą Mohsa A. Bieniek, Z. Woźniak; rok wydania: 2019

ISBN: 978-83-66310-21-6, format: 210 x 280, opr. miękka, 129 stron, cena: 116.10 zł (258 EUP pkt)

Raki skóry należą do najczęściej występujących nowotworów złośliwych. Najpopularniejszą metodą leczenia tych schorzeń jest obecnie wycięcie chirurgiczne o szerokości ustalonej przed operacją.

Chirurgia mikrograficzna Mohsa opiera się na innej zasadzie – dostosowuje szerokość wycięcia do zasięgu nacieków nowotworu rozpoznawanych w trakcie zabiegu, co zapewnia wyższą skuteczność leczniczą i często umożliwia zaoszczędzenie zdrowych tkanek. Metoda polega na etapowym wycięciu nowotworu z pełną śródoperacyjną kontrolą histologiczną marginesów i dokładną lokalizacją struktur patologicznych.

Rekonstrukcja ubytku wykonywana jest dopiero po histologicznym potwierdzeniu braku nacieków raka w ostatecznych marginesach wycięcia.

Autorzy posiadają wieloletnie doświadczenie w wykonywaniu tych zabiegów operacyjnych, którym dzielą się podczas cyklicznych szkoleń dla chirurgów, dermatologów, onkologów, histopatologów i techników histologicznych.



UNIWERSYTET
O P O L S K I



II Interdyscyplinarna Ogólnopolska Konferencja Naukowa
pt.: „Prawnokarne i medyczne aspekty zaniechania szczepień dzieci”

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego, Okręgowa Rada Adwokacka w Opolu i Opolska Izba Lekarska serdecznie zapraszają do wzięcia udziału w **II Interdyscyplinarnej Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt.: „Prawnokarne i medyczne aspekty zaniechania szczepień dzieci”**, która odbędzie się w Studenckim Centrum Kultury Uniwersytetu Opolskiego (Opole, ul Katowicka 95) w dniu: **28 listopada 2019 r. w godz. 10:00-16:00**.

Konferencja organizowana jest na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Opolskiego – przez Katedrę Prawa Karnego Materialnego wspólnie z Okręgową Radą Adwokacką w Opolu oraz Opolską Izbą Lekarską. Prelegentami na Konferencji będą naukowcy i praktycy reprezentujący obie dziedziny nauki.

Jednocześnie już w tym miejscu uprzejmie informujemy, że planowane jest wydanie recenzowanej publikacji naukowej, w której opublikowane zostaną artykuły naukowe przygotowane przez prelegentów.

Zgłoszenia udziału w konferencji prosimy nadsyłać pocztą elektroniczną do dnia **15 listopada 2019 r.** na adres: prawoimedycyna28112019@wp.pl (decyduje data zgłoszenia z uwagi na ograniczoną liczbę miejsc).

Jednocześnie informujemy, iż przedmiotowa Konferencja zostanie wpisana w terminarz szkoleń zawodowych dla adwokatów Izby Adwokackiej w Opolu oraz lekarzy Opolskiej Izby lekarskiej. Nadto każdy z jej uczestników otrzyma certyfikat udziału w Konferencji.

Szczegółowy program konferencji zostanie podany w późniejszym terminie.