



Nr 4/2016 (309) kwiecień 2016

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



BIAŁA EMIGRACJA

a polityka kształcenia kadr medycznych

s. 4-22

NOWY LEXUS GS



W PREMIEROWEJ CENIE OD
189 000 PLN
JUŻ W SALONACH

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

LEASING SMARTPLAN

od **2160** netto zł/mc 10%*

od **1200** netto zł/mc 30%*

PODWÓJNA MOC HYBRYDY

 **LEXUS**
creating amazing

*Wysokość wpłaty wstępnej

Podana cena oraz raty dotyczą wybranego rodzaju napędu oraz wersji wyposażenia i obowiązują do 31.03.2016 r. lub do wyczerpania zapasów. Kalkulacja z dnia 4.02.2016 r. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Lexusa. Lexus GS – zużycie paliwa oraz emisja CO₂ w cyklu mieszanym odpowiednio: 4,7 do 7,9 l/100 km oraz 109 do 183 g/km (zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi), w zależności od wersji i wariantu. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl.

SPIS TREŚCI

BIAŁA EMIGRACJA

- 4** **Z dyplomem i paszportem w kieszeni**
Mariusz Kiehar
- 7** **Polscy lekarze w sieci globalnych migracji**
Rafał Cekiera
- 10** **Granice poświęcenia**
Zbigniew Szawarski
- 13** **Biała emigracja. Szansa czy konieczność?**
Małgorzata Piróg-Mulak
- 15** **Studia i specjalizacja**
Jan Nowak
- 17** **Wyzwania powrotów z emigracji**
Joanna Grzymała-Moszczyńska
- 20** **Z perspektywy lekarzy imigrantów**
Katarzyna Andrejuk

NASI STOMATOLODZY

- 24** **Po pierwsze profilaktyka**
Magdalena Janiszewska
- 25** **Najnowsze trendy w stomatologii 2016**
Jan Nienartowicz
- 26** **Pierwszy krok do trwałej współpracy**
A. Marczyk-Felba, B. Kozyra-Lukasiak

Wydarzy się

27

Wydarzyło się

28

PRAWO A MEDYCYNA

- 32** **Swobodny przepływ pacjentów na terytorium UE**
Małgorzata Paszkowska
- 35** **Prawo na co dzień**
Beata Kozyra-Lukasiak

Niekończąca się opowieść...

39

Z poradnika psychopraktyka

42

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

45

Uchwały DRL i Prezydium DRL

47

Konferencje i szkolenia

48

Felietony

50

Pro memoria

51

- 52** **Wspomnienia pośmiertne**
Lek. Ireneusz Zatoński

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

Józef Lula – redaktor naczelny, Magdalena Janiszewska
– redaktor/korekta/oprac. graf./reklama, Wiktor Wołodkiewicz
– skład i łamanie, Tomasz Janiszewski – projekt okładki
(źródło grafik: www.pixabay.com/photos/european-union-1204030/
Robert Chlopas, www.pixabay.com/photos/freeimages/red-beetle-1416148/
andre oliveira, www.pixabay.com/photos/suitcase-travel-time-2-1524935/ Adam
Ciesielski – obraz modyfikowany)

Kolegium redakcyjne:

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

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

Numer zamknięto 30 marca 2016 r.

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

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum „Medium”

Wielkimi krokami zbliża się kolejny zjazd sprawozdawczo-bu-
dżetowy. Decyzją Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, i wzorem
innych izb, z oficjalnymi sprawozdaniem z jej działalności, skarbnika DRL oraz opiniami Komisji Rewizyjnej najpierw zapoznają się delegaci, a po ich zatwierdzeniu – wszyscy członkowie Izby. Ale przy tej okazji warto przypomnieć parę istotnych faktów na temat funkcjonowania naszego samorządu. Działalność administracyjna

Izby prowadzona jest w 4 Delegaturach: Wrocławskiej, Wałbrzyskiej, Legnickiej i Jeleniogórskiej. Na terenie Dolnego Śląska ogółem zarejestrowanych jest 14 927 lekarzy, w tym 11 455 lekarzy oraz 3499 lekarzy dentystów, najwięcej we Wrocławiu: 10 418 (lekarzy – 8019, lekarzy dentystów – 2420), następnie w Delegaturze Wałbrzyskiej: 1871 (lekarzy – 1432, lekarzy dentystów – 441), w Delegaturze Legnickiej: 1338 (lekarzy – 1 006, lekarzy dentystów – 333) i Delegaturze Jeleniogórskiej: 1300 (lekarzy – 998, lekarzy dentystów – 305). Ostatni zjazd wyborczy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej miał miejsce 23 listopada 2013 roku we Wrocławiu. Ponadto odbyły się dwa zjazdy zatwierdzające budżet: w 2014 i w 2015 roku. W okresie sprawozdawczym od 1.01.2015 r. do 31.12.2015 r. odbyło się 10 posiedzeń Rady DIL, na których podjęto 150 uchwał, oraz 11 posiedzeń Prezydium DRL, które zaowocowały podjęciem 42 uchwał. Dotyczyły one szerokiego wachlarza spraw, którymi zajmujemy się z racji kompetencji i obowiązków ustawowych: wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, opinii dotyczących kandydatów na konsultantów wojewódzkich, udzielania różnego rodzaju dotacji, zapomóg i dofinansowań dla naszych Koleżanek i Kolegów oraz decyzji organizacyjnych, finansowych, w zakresie działań inwestycyjnych i wszelkich innych ważnych dla naszego samorządu spraw.

Dolnośląska Rada Lekarska realizuje swoje zadania, opierając się na działalności komisji problemowych: Komisji Etyki, Finansowej, Kształcenia, Legislacyjnej, Młodych Lekarzy, ds. Rejestracji Lekarzy i Stażu Podyplomowego, Socjalnej i ds. Lekarzy Seniorów, Sportu, Historycznej i Kultury, Stomatologicznej, Współpracy z Zagranicą i ds. Lekarzy Cudzoziemców, Wyborczej, Specjalnej oraz kolegium redakcyjnego „Medium”. Ale oczywiście zjazd budżetowy zajmie się głównie kwestiami finansowymi, więc kluczowym sprawozdaniem będzie relacja skarbnika DRL z wykonania ubiegłorocznego budżetu, opinia Komisji Rewizyjnej, a potem projekt budżetu na rok 2016. Już teraz można stwierdzić, że mimo wielkich nakładów inwestycyjnych poniesionych w poprzedniej kadencji sytuacja finansowa Izby jest bardzo dobra. Dzięki zwrotowi VAT z inwestycji w nową siedzibę DIL, podniesieniu składki członkowskiej oraz czujności skarbnika DRL dr Małgorzaty Niemiec, z inicjatywy której w porę zmieniono bank obsługujący nasz kredyt, sytuacja finansowa Izby jest stabilna i pozwala na planowanie kolejnych przedsięwzięć. Zmiany kadrowe, szczególnie w pionie finansowym, spowodowane negatywną opinią biegłych w sprawie funkcjonowania naszej księgowości, o którą na początku ubiegłego roku, również po sygnałach skarbnika, zwróciła się czuwająca nad naszą działalnością Komisja Rewizyjna pod kierownictwem dr. Piotra Laski, przynoszą owoce – w tej chwili trwa audyt, który oceni, co udało się już zrobić, a co wymaga dalszych prac. Powrót do koncepcji zatrudniania na etatach osób odpowiedzialnych za istotne elementy naszej działalności, miejmy nadzieję, przyniesie pozytywne rezultaty także w przypadku funkcjonowania naszej strony internetowej. Prawdopodobnie prowadzona gospodarka finansowa i dobrze zarządzane kadry, których audytem zajęła się w sposób niezwykle profesjonalny dr Małgorzata Nakraszewicz, wiceprezes DRL to podstawa naszego funkcjonowania, dzięki której możemy swobodnie prowadzić działalność korporacyjną, ale o tym wszystkim będzie okazja porozmawiać szerzej na zjeździe. Należy podkreślić, że zaangażowanie wszystkich Koleżanek i Kolegów z Dolnośląskiej Rady Lekarskiej zasługuje na najwyższe uznanie, ale wymienianie każdego z nich i zadań, których się podejmują, przekroczyłoby znacznie łamy komentarza, więc dziękuję im za nie *in gremio*. Na zjeździe dokonamy też wyboru prezesa DRL, który dokończy obecną kadencję samorządową, ale o tym zdecydują już delegaci.

Niezależnie od przygotowań zjazdowych trwa codzienna praca. Zgodnie z koncepcją nowego otwarcia, mającego na celu spopularyzowanie nie tylko wśród Koleżanek i Kolegów, ale i wrocławian, a nawet Dolnoślązaków naszej nowej siedziby, Rada Klubu Lekarza podejmuje konkretne działania. Z inicjatywy jej członka dr. Piotra Knasta rozpoczynamy cykl imprez w naszym Klubie: pierwsza z nich odbędzie się już 22 kwietnia – szczegóły w dalszej części numeru (vide s. 19). Serdecznie wszystkich, wraz z rodzinami i znajomymi, zapraszam już dziś.

Pracujemy intensywnie nad rozwiązaniem problemów, jaki zrodził „protest recepcyjny”. NFZ wystąpi z roszczeniami jeszcze w stosunku do 97 Koleżanek i Kolegów. Wszystkie procesy przegraliśmy. Jak skutecznie wesprzeć pozwanych, zdecydujemy, mam nadzieję, na najbliższej Radzie.

Oczywiście nieprzerwanie przyglądamy się poczynaniom ministra zdrowia. Ponieważ stawia on na informatyzację, nieco w cień odeszły problemy z elektroniczną formą druków L4, projektem niedopracowanym i rodzącym wiele problemów dla użytkowników. Pozostaje więc cierpliwie czekać na decyzje ministerialne, a potem je rzetelnie ocenić.

P. Wójcik



Z DYPLOMEM I PASZPORTEM W KIESZENI, czyli polski lekarz na fali emigracji

Tekst Mariusz Kielar



Fot. z archiwum autora

Mariusz Kielar

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

„Biała emigracja”, „drenaż mózgów”, odpływ „świeżej krwi” z systemu opieki zdrowotnej – to tylko niektóre określenia na falę wyjazdów polskich lekarzy za granicę. Wyjazdów podyktowanych chęcią rozwoju naukowego, lepszymi warunkami pracy, tęsknotą za etosem swojego zawodu. Czy nasz sektor opieki zdrowotnej stać na zwiększony odpływ personelu lekarskiego? Czy potrafimy właściwie zarządzać polityką migracyjną tak cenionych w innych krajach adeptów medycyny?

Zjawisko emigracji kadry medycznej jest przejawem współczesnej mobilności zawodowej pracowników ochrony zdrowia funkcjonującej w krajach Unii Europejskiej. Wyjazdy lekarzy, wybierających możliwość praktykowania swojego zawodu w innym kraju, miały miejsce jeszcze przed przystąpieniem Polski do struktur unijnych. Jednak po 2004 roku ich ilość znacznie się zwiększyła, osiągając szczytowy poziom w 2006 roku. Pierwszy znaczący odpływ kadry medycznej z publicznego sektora opieki zdrowotnej w Polsce miał miejsce w momencie przechodzenia do rynkowego systemu gospodarczego i wdrażania działań zaplanowanych w ramach reformy zdrowotnej (1999 rok). Podjęto wówczas decyzje o intencjonalnym zmniejszeniu liczebności kadry medycznej na rzecz zwiększenia produktywności pracy pozostałego personelu fachowego. Na skutek powyższych zmian w latach 1999-2000 ponad 20 tysięcy lekarzy odeszło z pracy w publicznym sektorze opieki zdrowotnej, znajdując nowe zatrudnienie w sektorze farmaceutycznym, rozwijając prywatne gabinety lekarskie lub przechodząc na emeryturę. Obecnie obserwuje się drugą falę odpływu profesjonalistów medycz-

nych, związaną z emigracją zarobkową po wstąpieniu naszego kraju do struktur unijnych. Nasilenie emigracji zarobkowej lekarzy w okresie akcesji do Unii Europejskiej nastąpiło także w pozostałych nowych krajach członkowskich. Co istotne, ta emigracja dokonuje się pomimo wyjściowo niskiego poziomu nasycenia kadrami medycznymi w Polsce. Wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców jest w naszym kraju niższy, niż w większości państw Europy Zachodniej i sukcesywnie od 2003 roku ulega zmniejszeniu. W 2003 roku odnotowano również zwiększoną liczbę wyjazdów polskich lekarzy do krajów, które jako pierwsze otworzyły swój rynek pracy dla pracowników z nowych państw członkowskich (tj. Wielka Brytania, Irlandia, Szwecja). Aktualnie do najczęściej wybieranych przez polskich lekarzy (oraz przedstawicieli innych grup profesjonalistów zdrowotnych) kierunków emigracji zalicza się: Wielką Brytanię, Irlandię, Niemcy, Szwecję, Norwegię i Danię. Tendencje migracyjne personelu medycznego mogą budzić uzasadnione obawy polityków zdrowotnych w kontekście systematycznie obniżającej się liczebności ludności naszego kraju na skutek zachodzących zmian społeczno-demograficznych – głównie dynamicznego starzenia się populacji europejskiej, zmniejszającej się liczby nowych urodzeń oraz wydłużania przeciętnego trwania życia.

Choć decyzja o opuszczeniu swojego macierzystego kraju i wyjeździe za granicę nie przychodzi nikomu łatwo, biorąc pod uwagę bolesne konsekwencje długotrwałego pobytu poza ojczyzną dla życia rodzinnego i osobistego lekarza, kluczową rolę w jej podjęciu wydają się odgrywać przyczyny pozapłacowe. Jak pokazują wyniki badania Naczelnej Izby Lekarskiej, przeprowadzonego w ubiegłym roku wśród mło-

Badania zespołu prof. Krzysztofa Krajewskiego-Siudy, dotyczące skłonności studentów do wyjazdu do pracy za granicą, wskazują na wciąż wysoki odsetek deklaracji wyjazdowych w tej grupie respondentów. Co znamienne, zamiar praktykowania zawodu lekarza w innym kraju w przypadku wchodzących dopiero na rynek absolwentów studiów medycznych nie wynika jedynie z motywu ekonomicznego (tj. różnic w poziomie wynagradzania w systemie krajowym i zagranicznym), lecz obejmuje także czynniki pozapłacowe, takie jak niska satysfakcja z pracy w dysfunkcyjnym systemie opieki zdrowotnej w Polsce oraz trudna atmosfera pracy w polskich szpitalach, w których nadal dominuje autokratyczny, ordynatorski model zarządzania.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/journey-1044998/ErikaWittlieb – obraz modyfikowany

dych lekarzy, ich motywacja do emigracji wpływa przede wszystkim z nadmiernie rozbudowanej biurokracji w polskim systemie opieki zdrowotnej, ograniczonych możliwości rozwoju zawodowego (głównie z powodu trudności z uzyskaniem silnie reglamentowanych miejsc niektórych specjalizacji) oraz ze stosunkowo niskiego, w porównaniu do krajów Europy Zachodniej, poziomu zarobków proponowanych przez krajowy system ochrony zdrowia. Wszystkie te czynniki demotywują do pracy w naszym kraju nie tylko absolwentów medycyny praktykujących zawód lekarski, ale i studentów ostatnich lat studiów medycznych. Badania zespołu prof. Krzysztofa Krajewskiego-Siudy, dotyczące skłonności studentów do wyjazdu do pracy za granicą, wskazują na wciąż wysoki odsetek deklaracji wyjazdowych w tej grupie respondentów. Co znamienne, zamiar praktykowania zawodu lekarza w innym kraju w przypadku wchodzących dopiero na rynek absolwentów studiów medycznych nie wynika jedynie z motywu ekonomicznego (tj. różnic w poziomie wynagradzania w systemie krajowym i zagranicznym), lecz obejmuje także czynniki pozapłacowe, takie jak niska satysfakcja z pracy w dysfunkcyjnym systemie opieki zdrowotnej w Polsce oraz trudna atmosfera pracy w polskich szpitalach, w których nadal dominuje autokratyczny, ordynatorski model zarządzania. Powyższe czynniki postrzegane są przez młode pokolenie lekarzy jako realne bariery utrudniające bądź uniemożliwiające wykonywanie zawodu lekarza w Polsce na satysfakcjonujących warunkach.

Tab. 1. Wybrane czynniki emigracji lekarzy

Co przemawia za emigracją do innego kraju?	Co może skłonić do pozostania w kraju?
brak stabilizacji zawodowej	wyższe wynagrodzenie
wieloletowość	stabilizacja zawodowa
relatywnie niskie szanse rozwoju profesjonalnego	możliwości rozwoju profesjonalnego
niewykszałcenie systemu prestiżowych szpitali szkoleniowo-specjalistycznych	szanse dalszego kształcenia
niewydolny system monopolu państwowego	efektywne wsparcie systemowe

Źródło: piśmiennictwo u autora

Oprócz rozpoznania przyczyn skłaniających lekarzy do podjęcia decyzji o emigracji, równie istotnym problemem omawianego problemu może być oszacowanie skali występowania tego zjawiska oraz jego potencjalnych skutków dla społeczeństwa i systemu opieki zdrowotnej w Polsce. W tym celu w 2004 roku Ministerstwo Zdrowia wdrożyło program monitorowania zachowań emigracyjnych m.in. polskich lekarzy poprzez ocenę liczby wydawanych przez izby lekarskie świadectw o posiadanych kwalifikacjach zawodowych, potrzebnych do podjęcia przez lekarza pracy za granicą. Jednak z metodologicznego punktu widzenia mierzony punkt końcowy (liczba wydawanych zaświadczeń) nie jest zbyt miarodajnym parametrem – po pierwsze nie każda osoba ubiegająca się o taki dokument w rzeczywistości opuści kraj, a po drugie posiadanie takiego zaświadczenia

w przypadku innych grup pracowników opieki zdrowotnej nie jest bezwzględnie konieczne (np. personel pielęgniarski zatrudniony w placówkach opieki długoterminowej). Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono gwałtowny wzrost ilości wydawanych zaświadczeń w okresie 2005-2008 – około 6,1 proc. praktykujących lekarzy otrzymało wówczas takie dokumenty (głównie anesteziolodzy i specjaliści intensywnej terapii, chirurdzy klatki piersiowej, chirurdzy plastyczni i specjaliści ratownictwa medycznego). W 2007 roku sumaryczna liczba złożonych przez lekarzy wniosków o wydanie zaświadczeń kwalifikacyjnych spadła. Fakt ten interpretowano jako subtelną zapowiedź tendencji do powrotów polskich medyków do kraju, która zdaniem specjalistów może wynikać m.in. ze zwiększenia wynagrodzeń lekarzy w Polsce oraz wyraźnie odczuwalnych konsekwencji kryzysu gospodarczego w krajach Europy Zachodniej.

Pomimo zauważalnego nasilenia wyjazdów emigracyjnych lekarzy tuż po wstąpieniu naszego kraju do wspólnoty europejskiej emigracja polskiego personelu medycznego z perspektywy ostatnich kilkunastu lat nie wydaje się być zjawiskiem masowym. Niemniej jednak najbardziej dotkliwie odczuwany problem, związany z odpływem kadry medycznej, stanowi struktura specjalizacji lekarzy opuszczających nasz kraj – ich wyjazdy zwiększają bowiem istniejące braki specjalistów w niektórych specjalnościach, które już dziś można określić mianem deficytowych. To z kolei przyczynia się do eskalacji niedostosowań strukturalnych w polskim sektorze opieki zdrowotnej. Z najnowszych informacji przekazanych rzecznikowi praw pacjenta przez konsultantów krajowych poszczególnych dziedzin medycyny wynika, że w Polsce najbardziej brakuje obecnie: pediatrów, chirurgów ogólnych, chirurgów dziecięcych, diabetologów, genetyków klinicznych, lekarzy rodzinnych, kardiologów dziecięcych, nefrologów dziecięcych, alergologów oraz geriatrów. W początkowym okresie emigracji zarobkowej lekarzy, a tym samym zwiększającego się ryzyka niedostatecznej podaży kadr medycznych w najbliższej przyszłości, temat ten nie był traktowany w kategorii ważnego problemu wymagającego podjęcia pilnej interwencji. Prowadziło to do rosnącej nierównowagi zasobów kadrowych w opiece zdrowotnej i w konsekwencji nagłych, nieraz drastycznych ograniczeń dostępności do niektórych specjalistycznych usług medycznych. Dopiero wtedy zdecydowano się podjąć działania korygujące. W opinii specjalistów dokonujący się wówczas proces zmniejszania zatrudnienia w opiece zdrowotnej „umknął z oglądu społecznego”, co wynikać może m.in. z nieuwzględnienia zwiększenia wydatków na kształcenie kadr medycznych w ogólnym wolumenie nakładów przeznaczanych na opiekę zdrowotną (według metodologii przyjętej w narodowym rachunku zdrowia wydatki na kształcenie kadr medycznych zaliczane są do kategorii tzw. wydatków związanych ze zdrowiem, nie zaś wydatków na ochronę zdrowia – przyp. autora). Plan rekonstrukcji potencjału kadr medycznych w Polsce w sytuacji rosnącej skali strukturalnych deficytów systemu opieki zdrowotnej okazał się jednak niedostateczny, a proponowane w nim działania – jedynie deklaratywne i rozproszone. Najważniejsze postulaty „programu ratunkowego” sprowadzały się do: 1. zwiększenia wynagrodzeń lekarzy świadczących usługi zakontraktowane przez NFZ (2006 r.), 2. zwiększenia wynagrodzeń lekarzy rezydentów i lekarzy dentystów rezydentów (od 2009 r. – szczególnie w tzw. obszarach priorytetowych), 3. oferowania pożyczek dla pracowników ochrony zdrowia na otwarcie własnej praktyki (2001 r.), 4. zwiększenia limitów przyjęć na studia medyczne (i kierunki powiązane) i miejsc stażowych oraz 5. uproszczenia procesów kwalifikacyjnych i skróceniu okresu szkoleniowego do nabywania specjalizacji (2008 r.). Wprowadzono również nowe zawody medyczne niewymagające wyższego wykształcenia (np. opiekunowie medyczni), wspierające przede wszystkim prowadzenie opieki długoterminowej.

Rys. 1. Model strategii zarządzania zasobami kadrowymi w sektorze zdrowia wg WHO



Źródło: piśmiennictwo u autora

W poszukiwaniu mniej lub bardziej skutecznych sposobów zatrzymania zwłaszcza młodych lekarzy w kraju widoczna jest coraz większa determinacja ze strony decydentów politycznych. Niedawno z kontrowersyjną propozycją wprowadzenia odpłatności za studia medyczne, pokrywanych w całości przez państwowe stypendia, które lekarz miałby przez pewien okres odpracować w krajowym systemie opieki zdrowotnej, wystąpił minister nauki i szkolnictwa wyższego. Koncepcja ta spotkała się z krytyką znacznej części środowiska lekarskiego, wywołując przy okazji żywą debatę społeczną na temat problemu odpływu kadr medycznych na rynki opieki zdrowotnej krajów Europy Zachodniej. W wydanym oświadczeniu Ministerstwo Zdrowia odnosząc się do przedmiotowego pomysłu zapewnia, że „(...) nie przewiduje wprowadzenia obostrzeń związanych z koniecznością odpracowania kosztów szkolenia lekarzy po jego zakończeniu”, gdyż „budziłyby one istotne wątpliwości natury prawnej, m.in. dotyczące nakazu pracy w określonym podmiocie przez określony czas w aspekcie przepisów Kodeksu pracy oraz przepisów o swobodzie przepływu osób w Unii Europejskiej”. Dychotomiczne podejście obydwu resortów do problematyki emigracji zarobkowej kadr medycznych, w oparciu o odmienne stanowiska, może rodzić pytanie o skuteczność koordynacji polityki zarządzania zasobami kadrowymi w krajowym systemie opieki zdrowotnej. Tymczasem to właśnie wielokierunkowe oddziaływanie kompetentnej, kompleksowej strategii politycznej, dostosowanej do współczesnego modelu gospodarki opartej na wiedzy, w którą wpisany jest mechanizm konkurencji o kapitał ludzki, może w największym stopniu zdecydować o powodzeniu działań inicjowanych przez polityków zdrowotnych. W czasach powszechnej globalizacji migracje pracowników są bowiem procesem naturalnym, kształtującym międzynarodowy rynek pracy. Patrząc na problem *exodusu* lekarzy z tej właśnie perspektywy, nie powinno się również zapominać o niektórych korzystnych skutkach czasowej emigracji kadry medycznej dla rodzimego systemu opieki zdrowotnej (trudna do przecenienia wartość nowych doświadczeń i kwalifikacji zdobytych podczas pracy za granicą, dzielenie się wiedzą oraz umiejętnościami lekarza reemigrującego do kraju ze swoimi współpracownikami). Wydaje się, że jedynie odpowiedzialne, systemowe i konsekwentne prowadzenie mądrej polityki zarządzania migracjami wysoko wykwalifikowanych pracowników medycznych, uwzględniającej korzyści z powrotu polskich lekarzy do kraju, a także system silnych zachęt motywacyjnych do reemigracji, może przyczynić się do zmiany dzisiejszego „drenażu mózgow” w pożądaną „wymianę mózgów”. Czy tak właśnie będzie – czas pokaże. I to niewątpliwie szybciej, niż nam się wydaje.

RZECZPOSPOLITA
POLSKA

PASZPORT

Polscy lekarze w sieci globalnych migracji

Tekst Rafał Cekiera

Emigracja personelu medycznego z Polski staje się coraz poważniejszym problemem dla systemu ochrony zdrowia. Pojawiające się propozycje re-medium, w rodzaju zmuszenia absolwentów do pracy w ojczyźnie, mają charakter represji oferowanej przyszłym adeptom sztuki lekarskiej i wywołują olbrzymie kontrowersje. Debata o tym, jak powstrzymać odpływ specjalistów z Polski, jest jednak z całą pewnością niezbędna. Zdecydowanie lepszym rozwiązaniem wydaje się próba transformacji problemu w szansę i poszukiwanie takich rozwiązań, które pozytywnie wpłyną na cały system służby zdrowia.

Rafał Cekiera

Dr nauk społecznych, adiunkt w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. W ostatnim czasie wydał książkę „O pułapkach emigracyjnej lekkości”. Aktualnie realizuje projekt badawczy poświęcony relacjom międzygeneracyjnym i opiece nad rodzicami emigrantów, którzy wyjechali po 2004 roku z Polski. Swoje zainteresowania badawcze koncentruje wokół problematyki socjologii emigracji, lecz także socjologii pracy i religii.



Fot. z archiwum autora



Dyskusja nad uwarunkowaniami emigracji polskich lekarzy, motywacjami wyjazdowymi (i powrotnymi) czy kontekstem instytucjonalnym, który decyzje migracyjne stymuluje, może mieć zdecydowanie szersze znaczenie, wykraczające poza grupę osób bezpośrednio mierzących się z dylematem wyjechać/zostać. Wybitny czeski pisarz Milan Kundera (notabene – często obdarzający swoich bohaterów lekarską profesją) zauważył w powieści „Powolność”, że „każda nowa możliwość, jaką ma egzystencja, nawet możliwość najmniej prawdopodobna, przeobraża całą egzystencję”. Sentencja ta wydaje się znakomicie ujmować nowy kontekst planowania swoich karier zawodowych przez młodych lekarzy czy przyszłych absolwentów studiów medycznych. Nawet potencjalna tylko możliwość wyjazdu na krótszy lub dłuższy czas staje się ważnym odniesieniem zawodowych planów, zmienia perspektywę oraz – co niezwykle istotne – oczekiwania względem funkcjonowania w ramach rodzimego systemu służby zdrowia. Możliwość pracy za granicą czy doświadczenia związane z – krótszym lub dłuższym – wykonywaniem zawodu medyka na emigracji mogą zmieniać spektrum tego, co się za oczywiste uznaje: zarówno w zakresie finansowej gratyfikacji, jak i działania systemu czy infrastruktury medycznej.

Zgodnie z medycznym abecadłem pierwszym krokiem do rozwiązania problemu powinna być próba postawienia pozbawionej stereotypów i uprzedzeń rzetelnej diagnozy – w tym przypadku przyczyn emigracji lekarzy. Zanim jednak spróbujemy kilka istotnych dla niej wątków zasygnalizować, warto emigrację lekarzy odnieść do całego kontekstu społeczno-kulturowego, w którym się ona odbywa i który ma przemożny wpływ na – zawsze przecież indywidualnie podejmowane – decyzje.

Kontekst migracji zawodowych po 2004 roku

Dla polskiej mobilności zawodowej kluczowym zdarzeniem było wejście Polski w struktury Unii Europejskiej w 2004 roku. Swoboda przepływu osób w ramach Unii pozwala nie tylko na bezproblemowe poruszanie się po Europie, lecz również daje możliwość podejmowania pracy zawodowej na jej terytorium, na tych samych zasadach, które obowiązują obywateli poszczególnych państw. Migracje międzynarodowe stają się ważnymi kontekstami, w ramach których projektuje się i spełnia indywidualne kariery zawodowe. Charakterystyczne, że nowy paradygmat w badaniach karier zawodowych określany jest mianem „kariery bez granic”, co ma znaczenie tyleż metaforyczne, co dosłowne.

Wzmożone ruchy migracyjne po akcesji Polski do UE i ich rozmaite konsekwencje doczekały się wielu przenikliwych opisów. Poddawano analizie skutki społeczne, ekonomiczne czy demograficzne, korzystając z aparatów teoretycznych różnych dyscyplin naukowych, podejmowano próby mierzenia się ze złożonym i arcyciekawym fenomenem poakcesyjnej emigracji. Na wyjazdy kadry medycznej również warto spojrzeć przynajmniej z dwóch perspektyw: ogólnej – systemowej oraz indywidualnej, związanej z motywacjami czy konsekwencjami wyjazdu w jednostkowej skali.

Emigracja – zjawisko normalne czy dysfunkcja systemu?

Banalna konstatacja, że świat, w którym żyjemy, dynamicznie się zmienia i przeobraża się sposób naszego w nim funkcjonowania, ma swoje wymierne konsekwencje. Jesteśmy świadkami cyfrowej rewolucji – coraz większa część naszej aktywności „zasysana” jest przez sferę wirtualną, z łatwością komunikujemy się na odległość, wykorzystując nowe technologie w rodzaju komunikatora Skype. Nowe cyfrowe narzędzia zdecydowanie ułatwiają funkcjonowanie poza krajem pochodzenia. Procesy

globalizacji i homogenizacji kulturowej ułatwiają adaptację poza granicami kraju. Jedną z ciekawszych implikacji procesów globalizacji jest wzmożona mobilność specjalistów i wysoko wykwalifikowanych kadr.

Współcześnie jesteśmy świadkami globalnej cyrkulacji pracy – co szczególnie klarownie uwidacznia się w migracjach kadry medycznej. W czasie, gdy w Polsce utyskujemy nad wyjazdami polskich lekarzy na Zachód (w tym do Wielkiej Brytanii), brytyjski „Guardian” (z 8.11.2015) alarmuje, że coraz więcej tamtejszych medyków wyjeżdża do Australii, gdzie czekają na nich znacznie wyższe uposażenia, mniej godzin pracy oraz mniejsza presja. Brytyjscy medycy migrują do Australii, niemieccy lekarze wybierają pracę w Szwajcarii, zaś polscy lekarze zasilają systemy opieki zdrowotnej w wielu – nie tylko europejskich – państwach.

W krajach zachodnich, czy to w szpitalu czy w klinice, często spotyka się wśród personelu obcokrajowców. Żaden to niezwykły widok. Fach lekarski doskonale wpisuje się w tendencję globalnej mobilności zasobów pracy. Polska w tym łańcuchu wymiany jest wszakże ciągle niemal wyłącznie dostarczycielem specjalistycznych kadr. Nasz kraj nie jest atrakcyjny dla medyków z innych państw – również tych zza wschodniej granicy, którzy coraz częściej przybywają do Polski w poszukiwaniu lepszych warunków życiowych.

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej (patrz tabela 1), po osiągnięciu minimalnego poziomu w roku 2011, w ostatnich latach znów systematycznie wzrasta liczba zaświadczeń wydawanych polskim lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach Unii Europejskiej. Dane te oczywiście nie pokrywają się bezpośrednio z liczbą wyjazdów – wskazują bowiem na potencjalne migracje do krajów Unii Europejskiej. Należy jednak mieć świadomość, że (w mniejszej rzecz jasna skali) polscy lekarze wyjeżdżają także do: Stanów Zjednoczonych, Kanady, Australii czy Emiratów Arabskich.

Tabela 1. Liczba zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE

rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010
liczba	2086	2059	1788	988	802	706
rok	2011	2012	2013	2014	2015	
liczba	608	660	666	820	836	

Na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej

Analizując dane liczbowe, problem migracji lekarzy dla całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce wydaje się być ciągle marginalny. Tak niebezpiecznie optymistyczne konstatacje są wszakże efektem fetyszu statystyk, nieuwzględniających innych okoliczności, które z całą pewnością trzeba wziąć pod uwagę. Przede wszystkim warto spojrzeć poza ograniczony horyzont teraźniejszości – w dłuższej temporalnej perspektywie. W takim ujęciu odpływ wykształconych specjalistów grozi problemami w funkcjonowaniu krajowego systemu ochrony zdrowia, który już teraz zmaga się z wieloma trudnościami, niedofinansowaniem i spętanym biurokratycznymi więzami zarządzaniem.

Polska należy obecnie do krajów o najmniejszej wśród państw OECD liczbie lekarzy w stosunku do liczby mieszkańców. Zawód lekarza to specyficzny fach – wymagający długotrwałego i kosztownego przygotowania oraz przyswojenia przez kandydata ogromu specjalistycznej wiedzy i nabycia szeregu kompetencji. Utrata takich zasobów ludzkich powinna

być szczególnie alarmująca. Wyjazdy powodują zwiększenie średniej wieku kadry medycznej w kraju – wyjeżdżają bowiem lekarze najbardziej mobilni, czyli zazwyczaj będący relatywnie młodzi. Tymczasem nieustannie powinniśmy mieć na uwadze prognozy demograficzne, których odwrócenie w najbliższym czasie wydaje się niezwykle mało prawdopodobne. Procesy starzenia się społeczeństwa mają bezpośrednie i znaczące skutki dla zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i personel medyczny, który tych świadczeń udziela.

”

Współcześnie jesteśmy świadkami globalnej cyrkulacji pracy – co szczególnie klarownie uwidacznia się w migracjach kadry medycznej. W czasie, gdy w Polsce utyskujemy nad wyjazdami polskich lekarzy na Zachód (w tym do Wielkiej Brytanii), brytyjski „Guardian” alarmuje, że coraz więcej tamtejszych medyków wyjeżdża do Australii, gdzie czekają na nich znacznie wyższe uposażenia, mniej godzin pracy oraz mniejsza presja. Brytyjczy medycy migrują do Australii, niemieccy lekarze wybierają pracę w Szwajcarii, zaś polscy lekarze zasilają systemy opieki zdrowotnej w wielu – nie tylko europejskich – państwach.

”

Emigracja jest współcześnie bardzo łatwa. Nie ma problemu z wyjazdem, a i wrócić do ojczyzny przecież można w każdej chwili (...). Powyższe zdania uznawane są powszechnie za banalne pewniki, trywializmy niewymagające uzasadnienia. Jak to często jednak bywa ze społecznie konstruowanymi oczywistościami, obraz świata na nich budowany może stanowić pewną pułapkę. Podobnie i w przypadku poakcesyjnych migracji: koncentrując się na łatwości i dostępności zagranicznych wyjazdów, rzadko zwraca się uwagę na potencjalne pułapki emigracyjnej lekkości. Dla części wyjeżdżających osób stanowić one mogą poważne niebezpieczeństwo – dotyczą bowiem najgłębszych pokładów egzystencji, spraw najistotniejszych: poczucia sensu i lęku przed zmarnowaniem własnego życia.

”

Lekkość emigracji, ciężar decyzji

Emigracja jest współcześnie bardzo łatwa. Nie ma problemu z wyjazdem, a i wrócić do ojczyzny przecież można w każdej chwili. Tanie linie lotnicze, internet, Skype pozwalają na częsty kontakt z bliskimi, którzy zostali w ojczyźnie. Żyje się pomiędzy krajem emigracji a Polską, mogąc równolegle funkcjonować w obydwu tych przestrzeniach społecznych.

Powyższe zdania uznawane są powszechnie za banalne pewniki, trywializmy niewymagające uzasadnienia. Jak to często jednak bywa ze społecznie konstruowanymi oczywistościami, obraz świata na nich budowany może stanowić pewną pułapkę. Podobnie i w przypadku poakcesyjnych migracji: koncentrując się na łatwości i dostępności zagranicznych wyjazdów, rzadko zwraca się uwagę na potencjalne pułapki emigracyjnej lekkości. Dla części wyjeżdżających osób stanowić one mogą poważne niebezpieczeństwo – dotyczą bowiem najgłębszych pokładów egzystencji, spraw najistotniejszych: poczucia sensu i lęku przed zmarnowaniem własnego życia.

Łatwa emigracja może być ciężką decyzją – więc warto się do niej dobrze przygotować (nie tylko w zakresie kompetencji językowych), mając świadomość wszystkich, również tych po-

zornie nieoczywistych skutków. Przygotowania do wyjazdów uwidaczniają się zresztą w dyskusjach na forach internetowych. Bardzo często pod wpisami medyków, przebywających za granicą, odbywają się wielowątkowe dyskusje. W mediach branżowych czy popularnych często możemy spotkać informacje w rodzaju: „We Francji poszukuje się obecnie Polaków, którzy chcieliby pracować w branży medycznej, a więc lekarzy, pielęgniarek czy fizjoterapeutów. Od lekarzy wymaga się przynajmniej podstawowej znajomości języka francuskiego, aktualnego pozwolenia na wykonywanie zawodu i doświadczenia. W zależności od specjalizacji doktor może zarobić ok. 10 tys. euro brutto miesięcznie”. Takie przekazy, szczególnie wśród medyków, którzy kulturę, kuchnię i wina francuskie cenią wysoko, mogą rozbudzać wyobraźnię. Zarysowują one kontekst, w ramach którego ujawniają się przeróżne indywidualne emigracyjne motywacje, mające wszakże parę punktów wspólnych.

Rzecz jasna ważna jest wysokość finansowego uposażenia za wykonywaną pracę. Jednak obszar potencjalnych gratyfikacji, związanych z pracą za granicą często, jest daleko szerszy. Wielu lekarzy, mających doświadczenie z pracą na Zachodzie, podkreśla znaczenie łatwiejszego dostępu do specjalistycznego sprzętu. Przekłada się to nie tylko na komfort pracy medyka i jej jakość. Kontakt z nowoczesną infrastrukturą medyczną umożliwia bezpośrednie pomnożenie własnej wiedzy i rozwój kompetencji. Wśród tak zwanych czynników przyciągających zwraca się także często uwagę na mniejsze uwikłanie w biurokrację zachodnich systemów opieki zdrowotnej, mniejszą liczbę godzin pracy oraz odmienne, bardziej partnerskie relacje pomiędzy przełożonym a podwładnym. Niejasne systemy awansów i relacji w ramach hierarchii zawodowej w szpitalach czy klinikach to z kolei – oprócz niskich uposażeń – często podawany czynnik wypychający z kraju.

Drugiego takiego życia nie będzie

Wyjazdy zagraniczne polskich lekarzy mogą mieć różnoraki charakter: długotrwały (na stałe), czasowy (krótkoterminowe kontrakty), cyrkulacyjny (w obszarach przygranicznych lub systemach zmianowych) czy edukacyjny (studia, zrobienie specjalizacji, różne formy staży). Przy wszystkich różnicach pomiędzy tymi formami, posiadają one wspólny mianownik – zawsze łączą się z opuszczeniem dotychczasowego środowiska życia i pracy oraz wejściem w inny, nowy tryb. Jest to doświadczenie, które może w niebagatelny sposób wzbogacić – nie tylko w dosłownym, materialnym tego słowa znaczeniu. W końcu każda forma wyjazdu ma w sobie zapisany jakiś – mniejszy lub większy – walor poznawczy. Ważne jednak, by wyjazd był oparty na dobrym przygotowaniu i świadomości ograniczeń, które mieszkanie za granicą ze sobą niesie. Człowiek w końcu jest przecież istotą integralną, która potrzebuje poczucia ciągłości własnej biografii – czyli przekonania, że to wszystko co robi, ma jakiś sens.

Bibliografia

1. http://superbiz.se.pl/prawo-przedsiębiorcy/ile-zarabia-sie-we-francji-polacy-na-emigracji-zarobkowej_607456.html (dostęp online 10.03.2016).
2. <http://www.theguardian.com/society/2015/nov/08/nhs-doctors-in-australia-more-cash-fewer-hours-less-pressure> (dostęp online 10.03.2016).
3. Kautsch M.: *Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 11(2)/2013.
4. Kundera M.: *Powolność*, przeł. M. Bieńczyk, PIW, Warszawa 1997.
5. Makulec A.: *Jak, dokąd i dlaczego migrują europejscy medycy?*, „Biuletyn Migracyjny”, 29/2011, <http://biuletynmigracyjny.uw.edu.pl/29-maj-2011/jak-dokad-i-dlaczego-migruja-europejscy-medycy> (dostęp online 10.03.2016).
6. Wrześniewska-Wal I.: *Mobilność polskich lekarzy*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 93(1)/2012.



GRANICE POŚWIĘCENIA

Tekst Zbigniew Szawarski

W 2005 r., całkiem nieoczekiwanie, otrzymałem zaproszenie z Nordyckiej Szkoły Zdrowia Publicznego w Göteborgu (Szwecja) do udziału w konferencji poświęconej sprawom sprawiedliwej dystrybucji ograniczonych zasobów medycznych w krajach, które właśnie stały się członkami społeczności europejskiej. Moim zadaniem było przedstawienie sytuacji w Polsce. Przedstawiłem więc zwięźle historię naszego powojennego systemu zdrowia – od radzieckiego modelu Siemaszki aż do początku zmian ustrojowych 1989 r., a następnie scharakteryzowałem perypetie kolejnych reform systemu zdrowia – od pomysłu kas chorych do centralizacji i powstania Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r.

Byliśmy wtedy, podobnie zresztą jak teraz, w okresie przejściowym. Dla wielu polityków jedynym sposobem rozwiązania narastających problemów z dostępem i jakością leczenia była całkowita prywatyzacja systemu zdrowia. Inni domagali się utrzymania i udoskonalenia tradycyjnego systemu publicznej służby zdrowia. Tak czy inaczej, obok publicznego systemu zdrowia kontrolowanego przez państwo, pojawił się dynamicznie rozwijający się sektor medycznych usług prywatnych (m.in. stomatologia, okulistyka, diagnostyka, potężne firmy farmaceutyczne), i zarazem wszelkie możliwe patologie, jakie rodzi szara strefa, w której oba te sektory (publiczny i prywatny) wchodzą ze sobą w zbyt intymne relacje. Zaczęto mówić o braku reguł i braku przejrzystości w służbie

zdrowia, zaczęto dyskutować o korupcji i innych zjawiskach patologicznych – o roli znajomości i układów, przekakiwaniu kolejek, o prywatnych oddziałach w szpitalach publicznych, opiniach ekspertów pisanych na zamówienie i pod dyktando, czy pojawiającym się tu i ówdzie osobliwym pojęciu prawa do wdzięczności, które jakoby z równą mocą przysługuje pacjentowi, jak i oczekującemu na stosowny „wyraz wdzięczności” lekarzowi. Zakończyłem swoje wystąpienie krótką konkluzją, że brak nam jakiegoś w miarę spójnego ideału sprawiedliwości społecznej w systemie zdrowotnym, że brak nam wyraźnej, uznanej, sprawnej i skutecznej oraz wiarygodnej polityki zdrowotnej, brak wiarygodnych ekspertów zajmujących się zarządzaniem zdrowiem, i że na domiar złego wejście Polski do Unii rozpoczęło proces postępującej migracji lekarzy na Zachód.

Jakież było moje zdziwienie, kiedy w przerwie na lunch kilku organizatorów konferencji zwróciło się do mnie z propozycją wzięcia udziału w specjalnym, zamkniętym i poufnym spotkaniu, którego przedmiotem będzie wyłącznie sprawa emigracji polskich lekarzy do krajów skandynawskich. W Szwecji bowiem, podobnie jak w Danii czy Norwegii, zaobserwowano, że systematycznie rośnie liczba polskich lekarzy różnych specjalności napływających do tego kraju. Nie mogłem oczywiście odmówić. Pierwsze pytanie, jakie mi zadano, nie należało do najłatwiejszych: „Czy nie sądzisz, że oferując pracę

Dr hab. Zbigniew Szawarski, prof. em. UW

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, przewodniczący
Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk

Teraz, po upływie kilkunastu lat, po przeczytaniu paru interesujących artykułów i kilku konferencjach dotyczących problemu migracji pracowników medycznych, widzę jasno, że debata na temat emigracji lekarzy i w ogóle personelu medycznego jest w istocie rzeczy sporem moralnym (...).

tak dużej grupie polskich lekarzy, działamy na waszą szkodę? Przecież to jest zwyczajna kradzież. Wykształcenie dobrego lekarza to bardzo kosztowna inwestycja. Polska bardziej potrzebuje lekarzy niż Szwecja. Pewien samorządowy organ lekarzy szwedzkich rozważa właśnie, czy przypadkiem – ze względów moralnych – nie należy całkowicie zablokować migracji lekarzy z Polski i innych nowo przyjętych do wspólnoty europejskiej krajów Europy Centralnej. Zastanów się, co odpowiesz. Twój argument może mieć znaczenie w tej dyskusji”.

Nie pamiętam w tej chwili szczegółów tej rozmowy. Pamiętam jednak dobrze moją ogólną postawę w dyskusji i kierunek argumentacji. „Nie powinniście zabraniać pracy lekarzom z Polski – dowodziłem. Migracja lekarzy jest zarówno w naszym, jak i waszym interesie”. Teraz, po upływie kilkunastu lat, po przeczytaniu paru interesujących artykułów i kilku konferencjach dotyczących problemu migracji pracowników medycznych, widzę jasno, że debata na temat emigracji lekarzy i w ogóle personelu medycznego jest w istocie rzeczy sporem moralnym i mogę bez większego trudu opisać główne argumenty w tej debacie.

Emigracja lekarzy jako problem globalny

Główną przyczyną emigracji personelu medycznego jest pogłębiająca się przepaść pomiędzy poziomem życia i możliwością rozwoju w krajach bogatych i biednych. W bogatych i starzejących się krajach zachodnich popyt na leczenie i opiekę nieustannie rośnie. A jednocześnie profesja lekarska, a także pielęgniarska, stają się profesją wysokiego ryzyka i wyjątkowej odpowiedzialności. Niewielki błąd, chwila nieuwagi, niepewność dotycząca wyboru właściwej procedury postępowania, czy nawet banalny brak kontaktu ze starszym, bardziej doświadczonym kolegą, który pomógłby w podjęciu decyzji, może spowodować istotne komplikacje kliniczne, ze śmiercią pacjenta włącznie. Lekarz może więc z dnia na dzień zostać zawieszony, w napięciu czekać miesiącami na wynik dochodzeń i ostatecznie – nawet stracić pracę. A praca jest dla niego wszystkim. Żyje więc w nieustannym stresie i płaci coraz większe składki na ubezpieczenie od błędów lekarskich. A musi przecież także zarobić na zakup domu, samochodu, utrzymanie rodziny, wysłanie dzieci do szkoły, czy po prostu przyzwoity standard życia.

Jeden z moich kolegów w Anglii, wybitny specjalista kliniczny w swojej dziedzinie, codziennie potrafił podać dokładną liczbę dni dzielących go od emerytury. Kariera w medycynie przestała być atrakcyjna. I o tym m.in. świadczą coraz częstsze strajki młodych lekarzy w Anglii, którzy domagają się przyzwoitych godzin pracy, przyzwoitego traktowania i przyzwoitych zarobków. Pogłębiający się deficyt lekarzy i pielęgniarek w krajach bogatych powoduje więc, że potrzeby kadrowe tych krajów natychmiast zaspokajają kandydaci z państw biedniejszych – z Europy Wschodniej, Afryki, Egiptu i przede wszystkim Azji. Indie są wielkim krajem o ogromnych i stale niezaspokojonych potrzebach zdrowotnych. A jednak rocznie emigruje z Indii, w poszukiwaniu pracy na Zachodzie, ok. 8000 lekarzy. Kiedy podczas naszego pobytu w Anglii moja córka złamała kość śródstopia, trzykrotnie jeździliśmy do przychodni szpitalnej i za każdym razem spotykaliśmy lekarza, który z całą pewnością nie urodził się w Wielkiej Brytanii. Nie sprawdzałem aktualnych danych, ale słyszałem ostatnio, że od momentu otwarcia granic z Polski wyjechało ok. 12 000 lekarzy.

Czy możliwe jest rozumne i sprawiedliwe uregulowanie międzynarodowego rynku pracy profesjonalistów medycznych? Wydaje mi się to mało prawdopodobne, a w obecnych warunkach funkcjonowania wspólnoty europejskiej wręcz niemożli-

we. Dopóki polska pielęgniarka, na zasadzie prywatnej umowy za całodobową opiekę nad osobą starszą w Niemczech, będzie otrzymywała wynagrodzenie trzy, cztery razy wyższe niż w polskim szpitalu, to mając takie możliwości, najprawdopodobniej podejmie pracę w Niemczech. I będzie to zachowanie całkowicie roztropne.

Teoretycznie, kraje bogate mogłyby zablokować emigrację lekarzy z krajów biedniejszych. Ale nie jest to w ich interesie. Mogą one co najwyżej, tak jak to czyni Norwegia, Islandia i Lichtenstein, uruchomić specjalne fundusze przeznaczone na rozwój medycyny w krajach o niższym poziomie ekonomicznym. Jest to jednak projekt wyjątkowy.

Z drugiej jednak strony słyszy się argument, że być może kraje biedniejsze, takie jak nasz, w których edukacja lekarska jest bezpłatna, powinny całkowicie zabronić wyjazdu lekarzom i pielęgniarkom, chyba że spłacą koszty swojego wykształcenia. Ale także i to rozwiązanie jest nierealne, bo jeśli młodymu lekarzowi nie pomoże zamożna rodzina, nie ma on szans na spłacenie kosztów kształcenia, nawet jeśli będzie pracował 20 godzin na dobę. A znaleźć ciekawą i dobrze płatną pracę w służbie zdrowia wcale nie jest łatwo.

”

Pogłębiający się deficyt lekarzy i pielęgniarek w krajach bogatych powoduje więc, że potrzeby kadrowe tych krajów natychmiast zaspokajają kandydaci z państw biedniejszych – z Europy Wschodniej, Afryki, Egiptu i przede wszystkim Azji. Indie są wielkim krajem o ogromnych i stale niezaspokojonych potrzebach zdrowotnych. A jednak rocznie emigruje z Indii, w poszukiwaniu pracy na Zachodzie, ok. 8000 lekarzy.

“

Dlaczego emigrują?

Istnieje wiele powodów, które skłaniają młodych, a także bardziej doświadczonych lekarzy lub pielęgniarki, do poszukiwania pracy za granicą. Podzielę je na racje pozytywne i negatywne. Pisząc o racjach pozytywnych, mam na myśli nadzieję na spełnienie jakiegoś ideału dobrego życia, rozwój kariery zawodowej. Ludzie nie chcą marnować życia. Ludzie chcą żyć dobrze, doskonalić swoje umiejętności, rozwijać się. Prestiż i społeczny status profesji lekarskiej jest tam zwykle znacznie wyższy niż u nas i dotyczy to w szczególności pielęgniarek. A relatywnie wysokie dochody oznaczają możliwość wcześniejszego i łatwiejszego założenia rodziny. Im dłuższy staż pracy, im wyższe dochody, tym wyższa jest także emerytura. I nawet jeśli okazuje się po przybyciu do obcego kraju, że rzeczywistość wcale nie jest tak różowa, to jednak dla młodego człowieka szanse na rozwój i karierę w sprawnym i dobrze funkcjonującym systemie zdrowia są zdecydowanie wyższe niż w Polsce.

Racje negatywne to przede wszystkim ucieczka od istniejącej w naszym kraju opresji ekonomicznej i politycznej. Wbrew pozorom młodymu lekarzowi wcale nie jest łatwo znaleźć pracę. A jeśli już nawet uzyska specjalizację, mimo to porównując swój status ekonomiczny z kolegami na Zachodzie, ma zazwyczaj poczucie deprywacji zarobkowej. Pokonywanie kolejnych progów kariery zawodowej utrudnia wszechobecna biurokra-



cja i często feudalne stosunki w szpitalu, klinice czy przychodni. Sensem życia lekarza staje się w dużej mierze wypełnianie biurokratycznych rubryk, i jeśli pracuje w publicznej służbie zdrowia, wpada w dehumanizujący system świadczeniodawców i świadczeniobiorców, zapominając powoli o rzeczywistym powołaniu. Pacjent przestaje być istotą cierpiącą i potrzebującą pomocy, a staje się po prostu świadczeniobiorcą, zwyczajnym trybikiem w maszynie biurokratycznej, który trzeba opisać i rozliczyć zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania. Czy ktokolwiek w naszym systemie kształcenia lekarzy pamięta jeszcze mądrą sentencję Władysława Biegańskiego: „Medycyna urodziła się z niedoli, a jej rodzicami chrzestnymi były: miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszym, a może nawet wstrętnym rzemiosłem”.

Dodatkowym czynnikiem, który ma bezpośredni wpływ na psychiczny komfort pracy, jest nieustanna ingerencja światopoglądu i polityki w nasze życie prywatne i zawodowe. Środowisko lekarskie jest coraz bardziej podzielone i nieskore do współdziałania w obronie interesów pacjenta. Nie wyobrażam sobie, aby lekarze w Anglii, Francji, Niemczech czy w krajach skandynawskich z takim entuzjazmem podpisali „Deklarację wiary” i oceniali swoich kolegów ze względu na ich stosunek do klauzuli sumienia. Nie wyobrażam sobie także, by zignorowano tam wyrok Trybunału Konstytucyjnego w tej sprawie. W wyroku tym zalecano m.in. odpowiednim instancjom, aby przygotowały wiarygodną informację o placówkach, w których kobieta może przerwać legalnie ciążę, zalecenie to do tej pory nie zostało wykonane. I kobiety, które z takich czy innych względów nie mogły zdecydować się na urodzenie dziecka, zostały pozbawione pomocy. Udało nam się natomiast skutecznie zawiesić programy in vitro. Jest teraz całkiem prawdopodobne, że wielu młodych lekarzy, którzy chcieliby się specjalizować w leczeniu niepłodności, spróbuje znaleźć pracę w klinikach zachodnich.

Emigracja jako konflikt moralny

Spór o ocenę emigracji jest, jak już wspomniałem, sporem moralnym. To zderzenie dwóch rodzajów dóbr i dwóch powinności: z jednej strony są to obowiązki wobec siebie i interes własny, z drugiej zaś – obowiązki wobec społeczeństwa oraz in-

teres społeczny. Argument podkreślający znaczenie obowiązków wobec interesu społecznego jest prosty: skoro dzięki nam, bo na to idą nasze podatki, uzyskałeś bezpłatnie dyplom lekarza lub pielęgniarki, to masz teraz moralny obowiązek spłacić zaciągnięty dług. Myśmy cię wykształcili, a teraz kolej na ciebie. Pokaż, co umiesz. Tak właśnie działa fundamentalna dla życia społecznego zasada wzajemności – *do ut des* (daję, abys dał). Jeśli tego nie czynisz, postępujesz źle.

Z drugiej jednak strony, pojawia się również mocny argument odwołujący się do interesu własnego. To prawda, mogę powiedzieć, powinienem spłacić zaciągnięty u społeczeństwa dług. Ale proszę pokornie o stworzenie mi szansy na odwzajemnienie się za bezpłatne studia. Proszę pokornie o taką pracę i taki kredyt, dzięki którym mógłbym kupić lub przynajmniej wynająć jakieś przyzwoite mieszkanie, założyć rodzinę i bez reszty skoncentrować się na mojej praktyce lekarskiej lub badaniach naukowych. Jeśli nie jest to możliwe, nie mam żadnych wątpliwości, że zacznę brać poważnie pod uwagę perspektywę emigracji. Okazuje się bowiem, że dalsze pozostawanie w kraju oznacza: marnowanie moich talentów, wykształcenia, szans na rozwój i brak perspektyw na udane życie rodzinne. Zamiast poświęcić życie na to, co dla mnie i dla moich pacjentów najważniejsze, muszę bez przerwy użerać się z systemem i poszukiwać kolejnych możliwości dorobienia.

Czy możliwe jest sensowne rozwiązanie tego konfliktu? Co jest ważniejsze – dobro własne, dobro istniejącej już lub planowanej właśnie rodziny, czy też abstrakcyjne dobro społeczeństwa? Proponuję następującą odpowiedź: w sytuacji konfliktu dobra własnego i dobra społeczeństwa, jeśli w grę nie wchodzi żadne inne istotne względy moralne, powinienem wybrać dobro własne. Nie mogę więc potępić tych lekarzy lub pielęgniarek, którzy kierując się dobrem własnym i dobrem własnej rodziny, wybierają trudną i nie zawsze zakończoną sukcesem ścieżkę emigracji.

Heroizm i poświęcenie są bez wątpienia najszlachetniejszymi przejawami ludzkiego działania. Nikt jednak nie ma obowiązku wykazywać się męstwem. I każde poświęcenie ma swoje granice. Mogę w walce ze śmiertelną epidemią ryzykować własnym życiem. Nie wolno mi jednak narażać życia i szczęścia własnej rodziny.

Ogłoszenia

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W GŁOGOWIE pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

medycyny ratunkowej do pracy w SOR w Głogowie, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pediatrii, neurologii, do pracy w POZ w Głogowie.

Zapewniamy:

atrakcyjne warunki płacowe, dowolna forma zatrudnienia, duże możliwości rozwoju zawodowego.

Kontakt:

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Głogowie
ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. 76 837 32 42, kom. 609 457 199, fax 76 837 33 77

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

EKONOMED Księgowi – medycznie najlepsi

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

Gwarantujemy • wiarygodność
• bezpieczeństwo • profesjonalizm,
• spersonalizowane podejście

Zapraszamy do kontaktu!

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

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



Zatrudnię lekarza rodzinnego (również w trakcie specjalizacji) w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin do poradni POZ w Strzegomiu. Forma zatrudnienia oraz wynagrodzenie do uzgodnienia, tel. 603 33 70 20, e-mail: sekretariat@nzozdrowie.com.pl



Biała emigracja Szansa czy konieczność?

Z lekarzami, którzy zdecydowali się na emigrację
rozmawia dr n. med. Małgorzata Piróg-Mulak

Emigrację polskich specjalistów stanowią jedną z głównych przyczyn deficytu kadr lekarskich w naszym kraju i przyczyniają się do geriatryzacji zawodu. Dr Jacek Kozakiewicz, prezes Śląskiej Izby Lekarskiej w wywiadzie dla radiowej Jedynki, w lipcu 2015 r., wskazywał na starzenie się kadry lekarskiej – w wielu specjalnościach, szczególnie chirurgii, internie, ginekologii, a przede wszystkim pediatrii większość medyków to osoby po 50. roku życia. A młodzi wyjeżdżają...

Źródło grafiki: www.flickr.com/photos/8446326042_50f37ed335_k/Strange Luke

Realia pracy lekarza w Polsce odbiegają znacząco od wyobrażeń studenta medycyny na temat przyszłego zawodu, a już zupełnie nie pokrywają się z obrazem kształtowanym przez środki masowego przekazu. Przeciążenie nadmiarem obowiązków wynikających z rozbudowanej biurokracji, zbyt duża liczba pacjentów przypadających na jednego medyka, nieustające nagonki medialne – tak wygląda polska rzeczywistość z lekarskiej perspektywy. Młodzi adepci sztuki medycznej narzekają na utrudniony dostęp do wybranej specjalizacji, większość lekarzy na zarobki, bo ich wysokość nie koreluje z odpowiedzialnością i nakładem pracy. Gdy dołoży się do tego niezadowolone pacjentów, skutkujące coraz większą ilością pozwów sądowych, pojawia się pytanie: czy nie warto poszukać szczęścia za granicą? Część lekarzy miejsce przyszłej działalności wybiera świadomie, a ich wyjazd z ojczystego kraju poprzedza tzw. rozeznanie terenu. Niektórzy emigrują bez takiego przygotowania. W obu przypadkach trzeba przystosować się do funkcjonowania w innej organizacji, bo systemy pracy i płacy różnią się od tych w Polsce.

Emigracja – dlaczego, dokąd?

Jednym z najczęstszych kierunków emigracji polskich lekarzy jest Wielka Brytania. Na pracę w tym kraju zdecydowała się m.in. dr Ewa Migdał, okulistka. – Przyjechałam na Wyspy w 2010 r. z powodów osobistych, dostałam bezpłatny staż jaskrowy w dużym uniwersyteckim Szpitalu QMC w Nottingham. Dobry sprzęt, wspaniali specjaliści z różnych dziedzin, ale wszyscy lekarze jakby bezimienni – opowiada i dodaje: Ciężka praca, wyścig szczurów, bo każdy chciałby mieć tam miejsce na stałe, a jeśli nie, to przynajmniej dobre rekomendacje od jednego z szefów, ponieważ to otwiera drogę do dalszej kariery zawodowej. Pod koniec stażu, po 3 miesiącach, już byłam pewna, że nie chcę tam zostać, złożyłam więc podanie o pracę w innym pobliskim szpitalu, i dostałam ją bez problemu. Zostałam od razu rzucona na głęboką wodę: samodzielne prowadzenie pacjentów, dyżury. Przez 2 tygodnie towarzyszył mi nieustannie ból głowy, ze stresu i zmęczenia. Pracy jest bardzo dużo, od godz. 8.30 do 17.30 (a tak naprawdę do ostatniego pacjenta, więc nierzadko kończę pracę po godz. 18.00, a nadgodziny nie są płatne). Praca jest podzielona na 2 sesje po 4 go-

dziny, z godziną przerwą na lunch, na który zwykle nie ma czasu. Na jedną sesję przypada około 18 pacjentów. Zwykle mam w gabinecie pomoc pielęgniarską (tzw. health assistant) – nie jest to *stricte* pielęgniarka, ale tylko osoba po krótkim przeszkoleniu, która zajmuje się wyłącznie czynnościami administracyjnymi i wkrapianiem fluoresceiny. Od lekarza wymaga się natomiast, żeby wiedział i umiał zrobić dosłownie wszystko, poczynając od założenia wenflonu, na interpretacji EKG czy TK kończąc (mimo że jest to poza jego specjalizacją!). A płaca, niestety, poniżej moich oczekiwań, jak podkreśla dr Migdał, w porównaniu z polską wcale nie wygląda to kolorowo. Dr Ewę Migdał, podobnie jak lekarzy w Polsce, obowiązują dyżury. Raz na tydzień taki dyżur trwa od godz. 17.30 do rana, raz na dwa miesiące – cały weekend. – Zaczynam wtedy pracę o godz. 9.00 w sobotę i kończę w poniedziałek o godz. 17.30, bo muszę być tego dnia w szpitalu. Dyżury pełnimy co prawda pod telefonem, ale wezwań nam nie brakuje, często mam tylko 30 minut, by zobaczyć pacjenta – podsumowuje.

– Moja przygoda z okulistyką w Irlandii trwała dwa lata – wspomina dr Anna Sieja-Bujewska. W Dublinie pracowała od 2008 do 2010 roku. Był to jej zdaniem okres ciężkiej pracy, ale jednocześnie bardzo ubogające zawodowo doświadczenie. – Program specjalizacyjny, jaki tam odbywałam, składał się z sześciomiesięcznych modułów obejmujących pracę w poradni oraz na oddziale. Młody lekarz mógł doskonalić swoje umiejętności pod okiem starszych i bardziej doświadczonych kolegów zarówno w przychodni, jak i na sali operacyjnej. Dodatkowo, umiejętności każdego z nas były co pół roku sprawdzane i oceniane przez pozostałych kolegów. Na harmonijnej współpracy kładą się cieniem wyczerpujące, jednoosobowe dyżury przy niewyobrażalnej liczbie pacjentów. Do tego dochodzi opieka nad pacjentem oddziałowym wymagającym holistycznego podejścia, bez dodatkowej pomocy pielęgniarek, które w Irlandii mają dość mocno ograniczone prawa. Lekarz dyżurny po całonocnym dyżurze nie opuszczał szpitala, przeciwnie, pozostawał w pracy na kolejne 10-11 godzin, ponieważ właśnie tyle wynosił jego codzienny czas pracy – mówi.

Frustracja i wyczerpanie zawodowe pchnęły dr L.Ch. (neurolog) do opuszczenia Polski. W Norwegii odnalazła spokój, którego brakowało jej w ojczystym kraju. – Dość szybko zrozumiałam, że aby móc żyć godnie (bynajmniej nie w luksusach) i aby dalej rozwijać się zawodo-



wo, niezbędne są środki finansowe, których praca na jednym etacie zdecydowanie nie zapewniała. Z tego powodu pracowałam w czterech miejscach jednocześnie: szpital, przychodnia, prywatna pomoc wyjazdowa, dyżury kontraktowe. Tyle tylko, że zabrakło czasu na życie i zadbanie o własne zdrowie... Decyzja o emigracji była też pochodną stosunku polskich pacjentów do lekarzy. Należę do medyków, którzy się angażują, jednak często pojawiali się pacjenci niezadowoleni, opryskliwi, czasem nawet agresywni. Brak szacunku do lekarzy i medialna nagonka na środowisko pogłębiały tylko moją frustrację – podkreśla. Dr L.Ch. nie chciała – z przyczyn ekonomicznych – leczyć „po łebkach”, dlatego wybrała emigrację. Chociaż w Norwegii pracuje tylko w jednym szpitalu (etat + dyżury), umożliwia jej to życie na godziwym poziomie. Ma ponadto – jak zapewnia – większy komfort psychiczny i większe możliwości diagnostyczne. – Jeśli pacjent wymaga konkretnego badania, nie ma problemu by je wykonać. Posiadam swój własny stały gabinet, nie dzielę go z innymi kolegami, nie muszę oczekiwać na wolny komputer... Niestety, aparat biurokratyczny jest bardzo rozbudowany. Tutaj nie wystarczy lakoniczny wpis do kartoteki: „Pacjent czuje się dobrze, przedłużenie leczenia farmakologicznego”. Pacjentów, zwłaszcza z chorobami przewlekłymi, rejestruje się w elektronicznych systemach na różny użytek (czasem statystyczny, ekonomiczny, epidemiologiczny, naukowy). Na całe szczęście wszystko jest opracowywane w systemach informatycznych, więc odpadają np. dane personalne i inne stałe dane. Zwolnienia lekarskie – są stopniowane, chory z niewielkim ograniczeniem ruchomości (np. złamaną nogą) może wykonywać lekką pracę (np. biurową), jednak pracodawca może otrzymać nakaz wydłużenia pracownikowi przerwy lub zapewnienia sprzętu ułatwiającego odpowiednie ułożenie kończyny. W Norwegii kładzie się nacisk na szybki powrót pacjenta do pracy, system dokumentacji chorego jest zintegrowany z systemem zwolnień lekarskich i aptekami (e-recepty), więc nie ma żadnych papierowych dokumentów. Dość dobrze funkcjonuje instytucja lekarze rodzinnego i lekarzy miejskich (pacjenci z ostrymi zachorowaniami trafiają więc do lekarza pełniącego dyżur w ambulatorium, a skierowanie na hospitalizację lekarz ten ustala z dyżurnym w szpitalu. To rozwiązanie likwiduje kolejki pacjentów w izbie przyjęć, którzy sami szturmują szpitale i SOR-y, wedle własnego uznania – wyjaśnia. Zdaniem dr L.Ch. na wysoką ocenę zasługuje w Norwegii opieka pozaszpitalna, bo zorganizowanie pacjentowi pobytu w domu opieki, wizyt pielęgniarskich w domu lub ambulatoryjnie nie należy do obowiązków lekarzy, lecz zespołu pielęgniarskiego. Ten odpowiednio wcześniej komunikuje się z oddziałem gminy odpowiedzialnym za opiekę zdrowotną i długoterminową.

Na wyjazd z Polski zdecydowali się też państwo Podgórcy (internistka i ginekolog). Od niemal roku mieszkają w Saksonii. Oboje podkreślają, że największą zaletą niemieckiego systemu opieki zdrowotnej, oprócz – jak twierdzą – satysfakcjonujących zarobków – jest doskonała organizacja pracy. – Na każdą czynność przeznacza się tu tyle czasu, ile realnie go potrzeba. Nikt nie ustala limitów, nie wskazuje, ile minut można maksymalnie poświęcić pacjentowi. W ciągu dnia pracy medykom przysługują dwie półgodzinne przerwy. Na dyżury, 16- lub 24-godzinne, jest osobna umowa. Po dyżurze lekarz ma dzień wolny. Do obowiązków lekarza należy wyłącznie leczenie. Ktoś inny zajmuje się więc organizacją transportu, umawianiem terminów badań itd. Pielęgniarki dobrze znają swoich pacjentów, dysponują pełną wiedzą na temat diagnozy i planu leczenia. W Polsce komunikacja między lekarzami szwankuje, tu jest na najwyższym poziomie. Jeśli w trakcie pobytu na oddziale, potrzebuję wyniku jakiegoś badania przeprowadzonego wcześniej (np. koronarografii z Drezna wykonanej 5 lat temu), zgłaszam to pielęgniarkę, i właściwie natychmiast sprawa zostaje załatwiona. Z pacjentem na oddział „idzie” też cała jego dokumentacja ze wszystkich pobytów w tym szpitalu, oczywiście idealnie uporządkowana, i trafia (sama?) do odpowiedniej półki – wyjaśnia dr Katarzyna Podgórska i dodaje: – Żaden z lekarzy w naszym szpitalu nie pracuje dodatkowo w poradni czy na dyżurach, na doskonalenie zawodowe czasu zatem nie brakuje, ekonomia tylko w niewielkim stopniu wpływa na możliwości diagnostyczne. Każdy z nas został wyposażony w telefon służbowy z numerami pozostałych pracowników, co usprawnia naszą pracę. To, co może przeszkadzać – jak twierdzi dr Podgórska – to długi proces dochodzenia do samodzielności.

Małgorzata Piróg-Mulak: Jakże relacje panują za granicą między lekarzami, jaki jest stosunek pacjentów do medyków?

Dr Ewa Migdał: W Wielkiej Brytanii konsultanci i lekarze niższego szczebla mają często wobec siebie duży dystans. To rodzi problemy komunikacyjne. Oczywiście, nie jest to regułą, bo w moim szpitalu każdy problem mogę zawsze omówić z konsultantem i bardzo sobie cenię tę możliwość. Pacjenci natomiast, uprzejmi w gabinecie, obawiając się konfrontacji, przywykli do pisanie skarg. Najczęściej chodzi o sprawy błahе. Do wszystkiego trzeba się jednak ustosunkować i napisać wyjaśnienie. Poważniejsze sprawy zwykle są prowadzone przez specjalny zespół lub prawników szpitala.

Dr L.Ch: W Norwegii stosunki między personelem są przyjaźniejsze niż w Polsce, nie istnieje tak rozbudowana hierarchia, nie ma paternalistycznego modelu nadzoru. Jako lekarz specjalista jestem całkowicie niezależna w kwestiach decyzji medycznych, a moja dokumentacja medyczna nie przechodzi specjalnego procesu akceptacji przez kierującego oddziałem. Pielęgniarki są również w pełni samodzielne, mogą podejmować autonomiczne decyzje wynikające z ich kompetencji. Tutaj nie traktuje się pielęgniarki wyłącznie jako asystentki lekarza, która ma wypełniać jego zalecenia. Stosunki lekarz – pacjent również są zgoła inne. Lekarzowi w Norwegii okazuje się szacunek, a nawet jeśli pacjent z różnych powodów nie jest zadowolony, nie ośmieli się kłócić z medykiem w niekulturalny sposób. Nie ma wyzwisk, niecenzuralnych słów pod adresem personelu medycznego (oczywiście wyłączam przypadki pacjentów np. w delirium lub ze schorzeniami psychiatrycznymi), straszenia sądem czy pogroźek prywatnych. Norwescy pacjenci nie ośmielają się również dzwonić na prywatny numer lekarza poza godzinami jego pracy (mnie zdarzyło się to kilka razy, ale byli to tylko polscy pacjenci w Norwegii). Zawód lekarza jest poważany, choć oczywiście zdarzają się nagłaśniane przez media przypadki zaniedbań czy błędów.

Jak powstrzymać falę emigracji?

Nie można zaprzeczyć, że głównym powodem emigracji są przyczyny ekonomiczne. Mimo że w ostatnich latach płace lekarzy oraz lekarzy dentyków wzrosły w sposób istotny, nadal nie spełniają oczekiwań większości środowiska. Są ponadto bardzo zróżnicowane, zależą nie tylko od stażu i stanowiska, ale także specjalizacji oraz miejsca pracy, a poprawa sytuacji materialnej okupiona jest brakiem życia prywatnego. Kolejnymi ważnymi powodami wyjazdu są trudności w uzyskaniu specjalizacji, małe możliwości szkoleniowe oraz ograniczone perspektywy stabilizacji.

Emigracje polskich specjalistów stanowią jedną z głównych przyczyn deficytu kadr lekarskich w naszym kraju i przyczyniają się do geriatryzacji zawodu. Dr Jacek Kozakiewicz, prezes Śląskiej Izby Lekarskiej w wywiadzie dla radiowej Jedynki, w lipcu 2015 r., wskazywał na starzenie się kadry lekarskiej – w wielu specjalnościach, szczególnie chirurgii, internie, ginekologii, a przede wszystkim pediatrii większość medyków to osoby po 50. roku życia. A młodzi wyjeżdżają... Szacuje się, że ok. 10 proc. z nich decyduje się na pracę za granicą. Nikt nie jest jednak w stanie określić precyzyjnie rzeczywistej skali zjawiska. Problem deficytu kadr medycznych spęcza sen z powiek decydemtom nie tylko w Polsce. Bo nie jest to jedynie nasza bolączka. Wystarczy prześledzić niemieckie fora internetowe dedykowane lekarzom, by zauważyć, że tamtejsi specjaliści też narzekają. Na co? Na przemęczenie (średnio 54 godziny pracy tygodniowo), niezadowalające warunki finansowe oraz brak czasu na życie pozazawodowe. Pomimo zwiększenia zasobów kadrowych nadal wiele miejsc pracy jest tam nieobsadzonych, szczególnie dotyczy to rejonów wiejskich, sytuację ratują lekarze cudzoziemcy.

W Polsce stajemy przed podobnym wyzwaniem. Może już teraz powinniśmy rozpocząć rekrutację lekarzy zza wschodniej granicy? Z Ukrainy, Białorusi? Kłopot w tym, że ci specjaliści wykazują niskie zainteresowanie pracą w naszym kraju.

Problemy związane z emigracją lekarzy, deficytem personelu medycznego winny być nagłaśniane w mediach ogólnopolskich, a nie jedynie branżowych. Tylko uatrakcyjnienie zawodu lekarza (status finansowy, stabilność pracy, prestiż) może zwiększyć zainteresowanie ambitnej młodzieży studiami medycznymi i zatrzymać młodych medyków w Polsce. A często wyjeżdżają najlepsi: prężni, dynamiczni, wyszkoleni, gotowi na nowe wyzwania. Czy ich nie szkoda?

Kształcenie lekarzy a emigracja: studia i specjalizacja

Jan Nowak

Jest lekarzem rezydentem w Klinice Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Tekst Jan Nowak

Źródło grafiki: [www.flickr.com/photos/14087054913_6f86b67a02_k/COD Newsroom](http://www.flickr.com/photos/14087054913_6f86b67a02_k/COD%20Newsroom) – obraz modyfikowany

Czy proces kształcenia lekarza ma wpływ na podjęcie przez niego decyzji o emigracji? Jestem przekonany, że tak. Po pierwsze, pozwala on poznać realia wykonywania zawodu, których skonfrontowanie z własnymi potrzebami może zrodzić chęć wyjazdu za granicę. Po drugie, niedostateczne możliwości rozwoju zawodowego mogą stanowić czynnik spustowy dla opuszczenia kraju. Poniżej wskazuję problemy występujące na etapie kształcenia przeddyplomowego, następnie poruszam kwestie związane z przyznawaniem rezydentur, i wreszcie ze szkoleniem specjalizacyjnym.

Studia – nawyki i perspektywy

Można założyć, że studia medyczne „budują” na dwóch fundamentach: utrwalonych cechach studenta oraz kompetencjach, jakie nabył on w systemie szkolnictwa. Aktualna metoda rekrutacji na studia lekarskie, mająca cenną zaletę obiektywności, ignoruje fakt istnienia predyspozycji charakterologicznych do wykonywania tego zawodu. Podobnie, gimnazja i licea zobowiązane są do realizacji programów nauczania promujących „trafienie w klucz”, a inaczej rzecz ujmując – szablonowe myślenie. Te elementy mają kluczowy wpływ na klimat studiów, a następnie pracy.

Studenci krytykują program nauczania głównie z powodu braku zajęć praktycznych. Nie ulega wątpliwości, że zbyt duży nacisk kładziony jest na zapamiętywanie faktów, często o minimalnym znaczeniu. Odbywa się to kosztem praktyki, która nie oznacza przecież wyłącznie zakładania szwów czy otoskopii. Obejmuje ona przede wszystkim kompetencje intelektualne: zebranie wywiadu, przeprowadzenie diagnostyki różnicowej, wybór badań, interpretację wyników, czy wreszcie obranie konkretnego kierunku terapeutycznego. W moim odczuciu to zarzut zasadniczy, bo oznacza brak zgodności przyjętych środ-

ków nauczania z założonym celem, wykształceniem lekarza. Jest to jasne dla dużej części społeczności akademickiej, o czym świadczy mający miejsce w ostatnich latach rozwój centrów symulacji medycznej. Zmiana sposobu nauczania, z opartego na faktach w oparty na kompetencjach, wymaga jednak czasu.

Problem przeciążenia studiów materiałem teoretycznym utrwalany jest przez treść egzaminów, w niektórych przypadkach dotyczy to również testów specjalizacyjnych. Sposób sprawdzania wiedzy ma potężny wpływ na wyniki pracy własnej i nadaje ton całym studiom. Teoretyczne pytania testowe, koncentrujące się na znajomości detali, zmuszają do zapamiętywania faktów. Alternatywą równie obiektywną, ale stymulującą myślenie lekarskie, mogą być zadania oparte na przypadkach klinicznych.

Inne wyzwanie dla poprawy jakości nauczania przeddyplomowego stanowi aktywizacja studentów w środowisku klinicznym. Kluczowym pojęciem jest tu odpowiedzialność. Na oddziałach uniwersyteckich studenci są najczęściej „gośćmi”, i tak też się ich traktuje. Stają się oni odbiorcami informacji, przez co ich ciekawość i uwaga słabną. Sprzyjają temu duże grupy, często sześcioosobowe. W takich warunkach poczucie odpowiedzialności zmniejsza się. Przykładowo, nawet jeśli student zbierze wywiad z pacjentem, to tylko takim, który został wcześniej zbadany. Takie działanie jest rodzajem ćwiczenia, gry. We Francji studenci przebywają na oddziałach na tyle długo, by móc nie tylko zintegrować się z zespołem i nabyć odpowiednie umiejętności, ale też przynieść placówce wymierne korzyści w przyszłości. Są odpowiedzialni za określone czynności, które wykonują samodzielnie, w tym za prowadzenie studenckiej dokumentacji (wyróżnia ją kolor niebieski) i niektóre prace biurowe (jak spisanie wyników). W trakcie studiów odbywają 36 nocnych dyżurów, za które otrzymują niewielkie wynagrodzenie.



Wskazując te zagadnienia, chcę podkreślić, że już na etapie studiów działają czynniki, które sprawiają, że absolwent będzie miał *a priori* krytyczny stosunek do środowiska pracy i perspektyw swojego rozwoju. Nie musi tak być, zmiany są możliwe, a szczególnie cennym narzędziem – sprzyjającym poprawie jakości kształcenia – jest jego regularna ocena.

”

Ankieta internetowa, przeprowadzona w marcu br. przez Naczelną Izbę Lekarską, z pewnością wskaże problemy, które dla specjalizujących się są najbardziej dotkliwe. Można przypuszczać, że znajdą się wśród nich: ograniczenia w odbywaniu staży, brak możliwości oceny ich jakości, nierealne wymagania i brak elastyczności programów specjalizacyjnych, nadmierne obciążenie pracą biurową, kwestie związane z wynagrodzeniem rezydenta, ale również kierownika specjalizacji, zbyt mała liczba kursów specjalizacyjnych i teoretyczny charakter pytań na egzaminach końcowych. Te zagadnienia świadczą nie tylko o trudnościach w szkoleniu specjalizacyjnym, ale też o niedoskonałościach organizacji systemu opieki zdrowotnej w ogóle.

“

Niepewność rezydentury

Wybór specjalizacji budzi żywe emocje chyba każdego studenta medycyny. Chodzi zarazem o rozwój, właściwe wykorzystanie swojego potencjału, tryb życia i warunki finansowe. Stąd nie dziwią wyniki badania, które przeprowadził nasz zespół w latach 2012-2013¹: o jedno miejsce rezydentkie w neurologii starało się 3,6 kandydatów, w dermatologii – 3,4; w kardiologii – 3,3; w okulistyce – 2,7; w położnictwie i ginekologii – 2,5; a w radiologii – 2,3. Z kolei zainteresowaniem nie cieszyły się: mikrobiologia i epidemiologia (0 w skali kraju), transfuzjologia kliniczna (0,1), torakochirurgia (0,2), medycyna nuklearna, medycyna ratunkowa i choroby zakaźne (0,3). Można dostrzec ogólną preferencję wyboru specjalności dających szansę na lepsze zarobki, związanych z większym prestiżem, pozwalających na lepszą kontrolę czasu i umożliwiających praktykowanie w szpitalu lub w gabinecie prywatnym. Jest więc ewidentne, że ze względu na konkurencję część osób nie rozpoczyna szkolenia specjalizacyjnego w dyscyplinie, którą wybrała.

Drugim czynnikiem, który może ograniczać dostępność miejsc rezydentkich, są różnice regionalne. W latach 2011-2012 liczba rezydentur przyznana w województwie dolnośląskim wyniosła 15,5/100 000 mieszkańców, co jest wartością bliską średniej w kraju (14,3). Są jednak regiony, gdzie ich względna podaż była mała (8,9 – woj. wielkopolskie, 10,2 – woj. podkarpackie) lub duża (20,9 – woj. lubelskie, 20,2 – woj. podlaskie). Możliwość ubiegania się o rezydenturę tylko w jednym

województwie utrudnia absolwentom, którzy mają dobre wyniki, ich przełożenie na powodzenie w procesie rekrutacyjnym. Liczby przyznawanych rezydentur zmieniają się z roku na rok, co jest dodatkowym źródłem niepewności. Moment podejmowania decyzji i oczekiwania na wyniki jest szczególnie, ponieważ skłania do refleksji nad przyszłym rozwojem zawodowym, często towarzyszy mu pytanie: czy warto zostać w kraju?

Czy można skonstruować inny, bardziej wydajny system rekrutacyjny, dający absolwentom większe możliwości wyboru? Jak pokazują doświadczenia amerykańskie i francuskie, jest to możliwe. Potrzebny byłby system informatyczny, w którym kandydat uzyskiwałby dostęp do listy wszystkich dostępnych miejsc szkoleniowych w kraju. Wybierałby ich dużą liczbę, ustalając w kolejności preferencji. Pierwsza byłaby np. neurologia w klinice A, druga interna w szpitalu B, itd. System, po uzyskaniu wyników, absolwentowi z najlepszym wynikiem nadawałby pierwsze na jego liście miejsce szkoleniowe. Z puli pozostałych, zgodnie ze swoimi preferencjami, miejsce otrzymywałby następny kandydat. Przy identycznych wynikach decydowałaby średnia ze studiów (względem średniej w danej uczelni). Taka rekrutacja dałaby absolwentom możliwość położenia akcentu na daną specjalizację, albo miejsce pracy, i przyznawałaby rezydentury najlepszym w skali kraju, niezależnie od regionu.

Po dyplomie: czy dobrze nauczę się zawodu?

Ankieta internetowa, przeprowadzona w marcu br. przez Naczelną Izbę Lekarską, z pewnością wskaże problemy, które dla specjalizujących się są najbardziej dotkliwe. Można przypuszczać, że znajdą się wśród nich: ograniczenia w odbywaniu staży, brak możliwości oceny ich jakości, nierealne wymagania i brak elastyczności programów specjalizacyjnych, nadmierne obciążenie pracą biurową, kwestie związane z wynagrodzeniem rezydenta, ale również kierownika specjalizacji, zbyt mała liczba kursów specjalizacyjnych i teoretyczny charakter pytań na egzaminach końcowych. Te zagadnienia świadczą nie tylko o trudnościach w szkoleniu specjalizacyjnym, ale też o niedoskonałościach organizacji systemu opieki zdrowotnej w ogóle.

Słabe perspektywy rozwoju zawodowego mogą skutkować emigracją. W tym kontekście szczególnie ciekawy jest przykład Austrii, gdzie 30 proc. absolwentów studiów medycznych nie podejmuje pracy w zawodzie. Wśród przyczyn takiej sytuacji wymienia się: dezorganizację kształcenia podyplomowego, duże obciążenie pracą administracyjną, niskie pensje, a także długie godziny pracy². O niskiej jakości kształcenia podyplomowego, jako potencjalnej przyczynie wyjazdu lekarzy z Irlandii, piszą również Humphries i wsp., a swoją hipotezę opierają na badaniu przeprowadzonym wśród medyków, którzy przyjechali do tego kraju spoza Unii Europejskiej³.

Podsumowując, kształcenie – zarówno to odbyte, jak i planowane – może mieć wpływ na decyzję o emigracji. Proces kwalifikacji na rezydenturę jest źródłem niepewności i pozostawia znaczną grupę absolwentów bez szkolenia. Z kolei sama specjalizacja nie zawsze pozwala nabyć niezbędne umiejętności. Na każdym z tych trzech etapów możliwe jest wprowadzenie usprawnień – obyśmy wspólnie umieli tego dokonać.

Bibliografia

1. Nowak J.K., Adamczak D., Żebryk P., Walkowiak J., *Analiza dostępności miejsc rezydentkich i preferencji wyboru specjalizacji przez młodych lekarzy w Polsce*, Nowiny Lekarskie 2013; 82(4): 318-28.
2. Schärer S., Freitag A., *Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice*. Wien Klin Wochenschr, maj 2015; 127(9-10): 323-9.
3. Humphries N., Tyrrell E., McAleese S., Bidwell P., Thomas S., Normand C. i inni., *A cycle of brain gain, waste and drain – a qualitative study of non – EU migrant doctors in Ireland*, Hum. Resour. Health. 2013; 11:63.



Mgr Joanna Grzymała-Moszczyńska
Psycholożka, trenerka antydyskryminacyjna i trenerka wrażliwości kulturowej, doktorantka w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Od wielu lat zajmuje się badaniem procesów psychologicznych związanych z powrotami z emigracji – zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci. Autorka wielu artykułów oraz monografii „(Nie)łatwe powroty do domu? Funkcjonowanie dzieci i młodzieży powracających z emigracji”. Prowadzi treningi akulturacyjne oraz warsztaty dla nauczycieli pracujących z dziećmi z doświadczeniami migracyjnymi.

Tekst Joanna Grzymała-Moszczyńska

WYZWANIA POWROTÓW Z EMIGRACJI

Kluczowe wydaje się wpisanie elementów wiedzy z zakresu psychologii kulturowej do systemu kształcenia kadr medycznych. Kwestia ta jest istotna przynajmniej z dwóch powodów – po pierwsze, aby zapobiegać wysokim kosztom psychologicznym związanym z relokacją zarówno dla samego lekarza/lekarki, jak i jego/jej rodziny. Drugi powód związany jest z jakością prowadzonej praktyki – wiedza dotycząca możliwych psychologicznych i psychosomatycznych konsekwencji migracji ma szansę wspomagać proces diagnostyczny i uwrażliwić praktyków na objawy związane ze stresem doświadczanym przez pacjentów i pacjentki.

Dlaczego do programu kształcenia kadr medycznych warto wprowadzić wiedzę dotyczącą procesu adaptacji do nowej kultury?



Emigracja jest coraz częściej wpisana w życie lekarzy – czy to w związku z kształceniem zawodowym, czy chęcią podjęcia pracy przynoszącej większe korzyści finansowe. Wyjazdy te mają różną długość, bez względu jednak na to, czy są to wyjazdy krótkotrwałe czy długotrwałe, powrót do domu jest w pewien sposób wpisany w życie wszystkich migrantów.

Czy sama znajomość języka nie wystarczy?

Wśród osób, które przygotowują się do emigracji częste jest przekonanie, że biegła znajomość języka obcego jest wystarczającym warunkiem do podjęcia pracy w kraju emigracji¹. Niestety, najczęściej przekonanie to jest błędne – obecny sposób nauczania języków w Polsce nie koncentruje się dostatecznie na nauce kontekstu kulturowego, w jakim używa się języka². Samo nabywanie kompetencji językowych nie powoduje jednocześnie wzrostu kapitału kulturowego, który pozwoliłby je w pełni wykorzystać. Jak wskazują badania³ sukces emigrantów zależy nie tylko od posiadanych przez nich kompetencji zawodowych, lecz także od umiejętności przedstawienia ich pracodawcy w sposób, który jest przyjęty w danym środowisku. Niezbędne jest rozumienie kodów danej kultury w zakresie kompetencji społecznych, świadomości tradycji i rozumienia obyczajów. Łuźniak-Piecha i Golińska⁴ wskazują, że kształtowanie własnej kariery zawodowej poza granicami ojczystego kraju to proces, w którym ważną okazuje się umiejętność poruszania się w sieci wzajemnych powiązań i relacji oraz znajomość zwyczajów i tradycji społeczności, w której planuje funkcjonować jednostka. W przypadku lekarzy, ze względu na konieczność ciągłej pracy w zespole i częstego kontaktu z pacjentami, wydaje się być to szczególnie istotne.

Najczęstsze wyzwania psychologiczne związane z migracją

Jednak nawet najlepsze wcześniejsze przygotowanie nie sprawi, że unikniemy zupełnie stresu akulturacyjnego, pojawiającego się podczas kontaktu z nową kulturą. Stres ten, niekiedy również nazywany „szokiem kulturowym”, jest naturalną reakcją na zmianę kontekstu kulturowego i może pojawić się zarówno podczas wyjazdu na emigrację, jak i w trakcie powrotu z emigracji do kraju pochodzenia. Równocześnie, jak do tej pory, powstało wiele (również polskojęzycznych) publikacji poświęconych mechanizmom szoku kulturowego związanego z wyjazdem, dlatego też poniższy tekst poświęcę zjawisku psychologicznych trudności związanych z powrotem z emigracji.

Jak dotąd ani wyjazdowy, ani powrotny szok kulturowy nie zostały opisane w żadnej z międzynarodowych klasyfikacji chorób, dlatego też trudno jest pisać o ich symptomach jako takich. Jednak na podstawie literatury przedmiotu można wyróżnić główne obszary trudności, na jakie napotykają osoby powracające z zagranicy⁵.

Pierwszy z nich to trudności w przystosowaniu wynikające z rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami związanymi z powrotem, a jego rzeczywistym doświadczaniem. Zaskoczenie i rozczarowanie ma dwojakie przyczyny. Po pierwsze – rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami związanymi z powrotem wynikającymi z tego, jak rzeczywistość sprzed wyjazdu została zapamiętana, a tym jaka okazała się po przyjeździe. Po drugie – wynika z różnicy pomiędzy oczekiwaniami a faktycznie doświadczanymi przeżyciami. Wiele osób oczekuje ulgi związanej z powrotem do domu, znajomego miejsca, zasady którego rozumie i w którym dobrze się czuje; spotkania z bliskimi i znajomymi. Często okazuje się, że wiele rzeczy zmieniło się pod naszą nieobecność, trudno jest odzyskać bliskość ze znajomymi i kolegami w pracy, ponieważ my sami również się zmieniliśmy. Pewne zachowania (a także procedury), które

były dla nas wcześniej zupełnie przezroczyste, teraz nas drażnią, a kiedy próbujemy zwrócić na to uwagę, dowiadujemy się, że po wyjeździe „przewróciło się nam w głowie”. W rezultacie pojawia się niechęć do rozmawiania o napotykanym trudnościach. Wynika to przede wszystkim z rodzącego się przekonania, że problem wynika nie tyle z naturalnych zmian otoczenia i procesów wpisanych w samo doświadczenie migracji, ile leży w nas samych⁶.

Innym, często opisywanym obszarem trudności, jest zmiana statusu ekonomicznego. Wiele lekarzy pozostających za granicą zarabia dużo lepiej niż zarabialiby w Polsce. Stwierdzenie to wydaje się być truizmem, kiedy jednak po powrocie ich sytuacja zbliża się do stanu sprzed wyjazdu, pojawia się stres wynikający z postrzeganego drastycznego pogorszenia statusu ekonomicznego.

Osoby powracające z zagranicy często gloryfikują swoje emigracyjne życie, a rzeczywistość zastaną po powrocie postrzegają jako nudną, nieciekawą, zaściankową⁷. Niekiedy pojawia się tęsknota za krajem emigracji i związane z nią idealizowanie prowadzonego tam życia, pracy, znajomych.

Stres akulturacyjny a zdrowie psychiczne

W tym kontekście nie dziwi więc fakt, że wiele osób powracających z emigracji zapada na depresję, a aż 45 proc. powracających z obczyzny doświadcza silnego lęku⁸. Spośród emigrantów przebadanych przez Birsena Sahina 34 proc. żałowało powrotu do domu, podczas gdy 9 proc. żałowało, że w ogóle wyjechało z domu. Badania⁹ potwierdzają związek pomiędzy doświadczaniem problemów związanych z powrotem a depresją i lękiem. W literaturze przedmiotu można odnaleźć również inne zjawiska związane z powrotem jak na przykład: konflikty związane z własną tożsamością kulturową i trudności w kontaktach międzyludzkich¹⁰. Wiele osób powracających do rodzimego kraju skarży się również na dokuczliwą samotność, dezorientację, stres, złość, wrogość, różnorodne natręstwa, bezsilność, rozczarowanie i poczucie bycia dyskryminowanym¹¹. Mogą również pojawić się nasilone objawy psychosomatyczne, obniżenie odporności i alergię¹².

Dyskomfort związany z powrotem do rodzimego kraju utrzymuje się zwykle 6 do 12 miesięcy od momentu zakończenia emigracji, później najczęściej następuje adaptacja do sytuacji¹³. Jest to ważna informacja w kontekście tzw. „pułapki pętli migracyjnej”, która jest częstą strategią migrantów powrotnych¹⁴. Zjawisko to odnosi się do sytuacji, w której emigranci z różnych powodów postanawiają powrócić z emigracji do kraju pochodzenia, ale po doświadczeniu początkowej euforii związanej z „byciem w domu”, doświadczają wielu trudnych emocji i konkretnych trudności, m.in. związanych z sytuacją zawodową. Budzi to frustrację, a najłatwiejszą drogą do jej zredukowania wydaje się kolejny wyjazd. Osoby te wyjeżdżają, ale znów po pewnym czasie zaczynają odczuwać tęsknotę za krajem pochodzenia i chęć powrotu. Proces ten jest bardzo wyczerpujący psychicznie i może mieć opłakane skutki, szczególnie wtedy, kiedy w takiej cyrkulacji towarzyszą nam dzieci.

Podsumowując, można wyróżnić wiele rodzajów trudności natury psychologicznej, na które narażone są osoby powracające z zagranicy. Choć część z nich można opisać w kategoriach psychopatologii, to wydaje się jednak, że wiele dotyczy problemów o charakterze egzystencjalnym – tęsknoty, poszukiwania odpowiedzi na pytania o swoje miejsce na świecie, o własną tożsamość. Jak pisze Mumford: „Szok kulturowy nie jest kategorią psychiatryczną, ale normalną reakcją na obce otoczenie kulturowe, które na pewnych ludzi może działać obezwładniająco”¹⁵.

Rekomendacje w zakresie kształcenia kadr medycznych

W tym kontekście kluczowe wydaje się wpisanie elementów wiedzy z zakresu psychologii kulturowej do systemu kształcenia kadr medycznych. Kwestia ta jest istotna przynajmniej z dwóch powodów – po pierwsze, aby zapobiegać wysokim kosztom psychologicznym związanym z relokacją zarówno dla samego lekarza/lekarzki, jak i jego/jej rodziny. Drugi powód związany jest z jakością prowadzonej praktyki – wiedza dotycząca możliwych psychologicznych i psychosomatycznych konsekwencji migracji ma szansę wspomagać proces diagnostyczny i uwrażliwić praktyków na objawy związane ze stresem doświadczanym przez pacjentów i pacjentki.

Jednym z najbardziej skutecznych sposobów wspierania osób migrujących w radzeniu sobie ze stresem akulturacyjnym są tzw. treningi wrażliwości kulturowej lub treningi akulturacyjne. W trakcie tego rodzaju zajęć, które najczęściej przyjmują formę warsztatową, osoby w nich uczestniczące mają możliwość w aktywny sposób zapoznać się z wyzwaniami, które prawdopodobnie będą musieli podjąć, poznają najważniejsze teorie dotyczące procesu adaptacji do nowej kultury, a także wypracowują strategie pozwalające na stawianie czoła wyzwaniom. Wiele wskazuje na to, że warto skorzystać z takiego wsparcia przed sytuacją migracyjną – czy to wyjazdem, czy powrotem, tak aby móc z wyprzedzeniem radzić sobie z potencjalnymi trudnościami.

Przypisy

1. Grzymała-Moszczyńska H., Grzymała-Moszczyńska J. & Golińska A. (2011). *Migracje polskich profesjonalistów i profesjonalistek: Wyjazdy i powroty*. Stu-

dia Migracyjne-Przegląd Polonijny, 4(37), 145-164. Chicago.

2. Aleksandrowicz-Pędich L., Rozumko A. (2008). *Adaptation problems of Polish users of English in English speaking countries*. Referat wygłoszony na konferencji „Migracje po wejściu Polski do UE”, 29-30 maja.
3. Csödő K. (2008). *Negotiating Skills in the Global City: Hungarian and Romanian Professionals and Graduates in London*. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 34, 5.
4. Łuzniak-Piecha M., Golińska A. (2011). *Mentoring jako narzędzie budowania kapitału symbolicznego, czyli jak dyskusja o pogodzie może wpłynąć na rozwój kariery w Londynie*. Edukacja ekonomistów i menedżerów. Problemy. Innowacje. Projekty, 20, 2.
5. Andreason A.W. i Kinneer K.K. (2005). *Repatriation Adjustment Problems and the Successful Reintegration of Expatriates and Their Families*. *Journal of Behavioral & Applied Management*, 6(2), 109-126.
6. Adler N.J. (2002). *International Dimensions of Organizational Behavior* (wyd. 4.). Mason, OH: South-Western.
7. Dowling P.J. i Welch D.E. (2005). *International human resource management* (4 ed.). Mason, OH: South-Western.
8. Sahin N.H. (1990). *Re-entry and the academic and psychological problems of the second generation*. *Psychology and Developing Societies*, 2, 165-182.
9. Ward C., Bochner S. & Furnham, A. (2001). *The psychology of culture shock*. Hove: Routledge.
10. ibidem
11. ibidem
12. Berry J.W., Kim U., Minde T. and Mok D., *Comparative studies of acculturative stress*, *International Migration Review*, Special Issue: Migration and Health, Vol. 21, No. 3, pp. 491-511, 1987.
13. Adler N.J. (2002). *International Dimensions of Organizational Behavior* (wyd. 4.). Mason, OH: South-Western.
14. Iglicka K. (2010). *Powroty Polaków po 2004 roku. W pętli pułapki migracji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
15. Mumford D.B. (1998). *The measurement of culture shock*. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 33(4), s.153.

**I WIECZÓR MUZYCZNY
W KLUBIE LEKARZA DIL
PIĄTEK NA RECEPTĘ**

22.04.2016

Klub Lekarza Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
zaprasza Koleżanki i Kolegów na niezapomniany wieczór
w towarzystwie wrocławskich artystów,
który odbędzie się **22 kwietnia 2016 r. o godz. 19.00** w sali konferencyjnej
przy ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław (I piętro).

Naszymi gośćmi będą m.in.: *Marta Zięba-Maj, Beata Rakowska,
Sambor Dudziński, Stanisław Szalc.*
W programie: *piosenki kabaretu Starszych Panów,
przypowieści, aforyzmy, podania.*

Gospodarzem wieczoru będzie aktor i konferansjer
Tomasz Krajewski.

WSTĘP WOLNY!



Bariery i wyzwania kariery zawodowej w Polsce

Tekst

Z PERSPEKTYWY LEKARZY IMIGRANTÓW

Katarzyna
Andrejuk

Coraz więcej cudzoziemców wykonuje w Polsce zawód lekarza. Emigracja polskich lekarzy wybierających pracę za granicą (zwłaszcza po akcesji Polski do UE w 2004 r.) oraz niż demograficzny prowadzący do ograniczenia liczby chętnych na uczelnie medyczne sprawiły, że zapotrzebowanie na cudzoziemskie kadry medyczne stopniowo rośnie. Artykuł przedstawi główne grupy cudzoziemskich lekarzy pracujących w Polsce oraz postrzegane przez nich najpoważniejsze wyzwania i korzyści związane z pobytem na emigracji. Materiałem wykorzystanym w analizie są dane statystyczne Naczelnej Izby Lekarskiej oraz pogłębione wywiady przeprowadzone w latach 2013-2015 z cudzoziemskimi lekarzami pracującymi w Polsce.

Cudzoziemskie kadry medyczne w Polsce według danych urzędowych

Statystyki uwzględniające kryterium obywatelstwa wskazują, że najwięcej lekarzy cudzoziemców pochodzi z państw ościennych, przede wszystkim z Ukrainy, Niemiec oraz Białorusi. Takiej sytuacji sprzyja bliskość geograficzna umożliwiająca obecność na rynku pracy jednego państwa oraz jednocześnie utrzymanie rozległych kontaktów w drugim (wysyłającym) państwie. W przypadku takich imigrantów, adaptację w społeczeństwie goszczącym ułatwia również bliskość kulturowa, w tym często podobieństwo języka. W tym kontekście warto jednak dodać, że respondenci z Ukrainy zwracali uwagę na odmienną samą terminologię medyczną: w języku ukraińskim jest ona oparta na łacinie, a w Polsce funkcjonują terminy specjalistyczne niewywodzące się z języka łacińskiego. W pierwszej szóstce najpopularniejszych państw pochodzenia są aż cztery kraje byłego Związku Radzieckiego (Ukraina, Białoruś, Rosja, Litwa), co uzasadnia konstatację, że cudzoziemskie kadry medyczne w Polsce rekrutują się przede wszystkim z obszaru postradzieckiego.



Źródło: Naczelna Izba Lekarska 2014

Dane NIL (2014) wskazują, że dość podobnie przedstawia się struktura lekarzy z podwójnym obywatelstwem (polskim oraz kraju pochodzenia). Dominują przedstawiciele krajów sąsiedzkich: Ukrainy, Niemiec, Białorusi. Zwraca uwagę pierwsza pozycja – Ukrainy, mimo że oficjalnie kraj ten nie pozwala swoim obywatelom na podwójną przynależność państwową. Stosunkowo liczna grupa lekarzy ma podwójne obywatelstwo polsko-amerykańskie lub polsko-kanadyjskie. W związku z tym, że taki kierunek migracji (z Ameryki Północnej do Europy Środkowej) jest nietypowy, należy brać pod uwagę duże prawdopodobieństwo, że przynajmniej część osób ujętych w statystykach

są to lekarze pochodzenia polskiego legitymujący się dodatkowo drugim obywatelstwem.

Wywiady z lekarzami imigrantami pracującymi w Polsce pozwoliły na wyodrębnienie trzech głównych grup wśród cudzoziemskiej kadry medycznej. Różnią się one motywacjami przyjazdu, drogą zawodową oraz problemami i wyzwaniami towarzyszącymi adaptacji na polskim rynku pracy.

Migracje edukacyjne

– absolwenci polskich uczelni medycznych

Pierwsza grupa cudzoziemskich lekarzy to absolwenci polskich uczelni, którzy po ukończeniu studiów zostali w państwie przyjmującym. W ich przypadku, proces integracji oraz dostęp do polskiego rynku pracy jest stosunkowo najprostszy. Są traktowani na równi z obywatelami Polski, nie muszą przechodzić procedury nostryfikacji dyplomu ani uczyć się języka polskiego (o ile był to język wykładowy na studiach).

Motywacją ich migracji jest m.in. pozytywna ocena poziomu nauczania polskich uczelni medycznych. Często są to również osoby polskiego pochodzenia, które na podstawie programów rządowych mają możliwość bezpłatnego studiowania w Polsce i później nie wracają już do kraju urodzenia, gdzie należeli do grupy mniejszościowej (np. przypadek migrantów polonijnych z Litwy). Rozmówcy z różnych krajów sygnalizowali również, że wybór polskiej uczelni był podyktowany utrudnionym dostępem do studiów medycznych w kraju urodzenia, np. w związku z centralnym przydzielaniem młodzieży na odgórnie ustalone kierunki studiów albo z powodu dyskryminacji konkretnej grupy narodowo-etnicznej:

Sytuacja Polaków na Litwie jest dosyć trudna, tak że dostać się na studia wyższe osobie polskiego pochodzenia w Wilnie nie jest tak łatwo. Teraz jest jeszcze trudniej, bo jak słucham różnych audycji... np., w tym roku wprowadzono, że maturę Polacy zdają na Litwie w formie rozszerzonej, na poziomie rozszerzonym. Na pewno Polacy nie znają tak dobrze litewskiego jak Litwini rdzenni, których tam jest niewielu, ale nacjonalizm tam jest niesamowity i naprawdę bardzo ciężko jest się dostać na studia wyższe. (...) [W Polsce] na początku spotkaliśmy bardzo dużo życzliwych ludzi, zwłaszcza wśród elity, wśród profesorów. (...) Ale ze strony studentów to różnie. Często mówili na nas „Ruscy”, nie znając w ogóle historii... kto tu jest większym Polakiem to można dyskutować... chodząc na Rossie w Wilnie czy na Uniwersytecie Wileńskim, prawda. Jak czytamy życiorysy naszych profesorów [nazwa miasta], chyba się nie pomyłę, jeśli powiem że 90 proc. pochodzi ze Wschodu. Czy z Wilna, czy z Lwowa. Także... tak, były pewne niechęci, pewne przykrości ze strony studentów. Oczywiście miałam tutaj wielu przyjaciół też. [lekarka, Litwa, od 1992 r. w Polsce]

Migracja zarobkowa – absolwenci zagranicznych uczelni

Druga grupa to emigranci zarobkowi, którzy uzyskali wykształcenie w zawodzie lekarza w państwie wysyłającym, ale zrezygnowali z wykonywania tam wyuczonego zawodu. Takie osoby przyjeżdżają do Polski w różnych stadiach trajektorii za-

wodowej: w ciągu pierwszych lat po ukończeniu studiów, ale też na późniejszych etapach kariery. Szczególnie liczni w tej grupie są lekarze z Ukrainy oraz Białorusi. W badanej grupie respondentów mobilność była podejmowana wspólnie z całą rodziną (współmałżonką oraz dziećmi), co pokazuje nastawienie na trwały charakter migracji.

Jest to grupa, która doświadcza znacznie więcej trudności podczas procesu adaptacji do polskiego rynku pracy lekarzy. Dotyczą one m.in. uzyskiwania prawa do wykonywania zawodu lekarza w Polsce. Osoby, które ukończyły studia medyczne odbywające się w języku innym niż polski, są zobowiązane zdać egzamin językowy sprawdzający pisemną i ustną znajomość polskiego. Absolwenci uczelni spoza UE muszą też uzyskać nostryfikację dyplomu (przed 2008 r. obowiązywały umowy dwustronne między Polską a krajami byłego Związku Radzieckiego, np. Ukrainą umożliwiające uznanie dyplomów bez konieczności nostryfikacji, ale przepisy te zostały zniesione). Często konieczne jest powtórne odbywanie specjalizacji w Polsce. Lekarze z Ukrainy opisując swoją ścieżkę zawodową w Polsce, sygnalizowali wielokrotnie, że przed uzyskaniem pracy w zawodzie podejmowali aktywności zarobkowe poniżej uzyskanych kwalifikacji, wykonując proste prace o charakterze tymczasowym, np. w sektorze ogrodniczym lub opieki nad osobami starszymi.

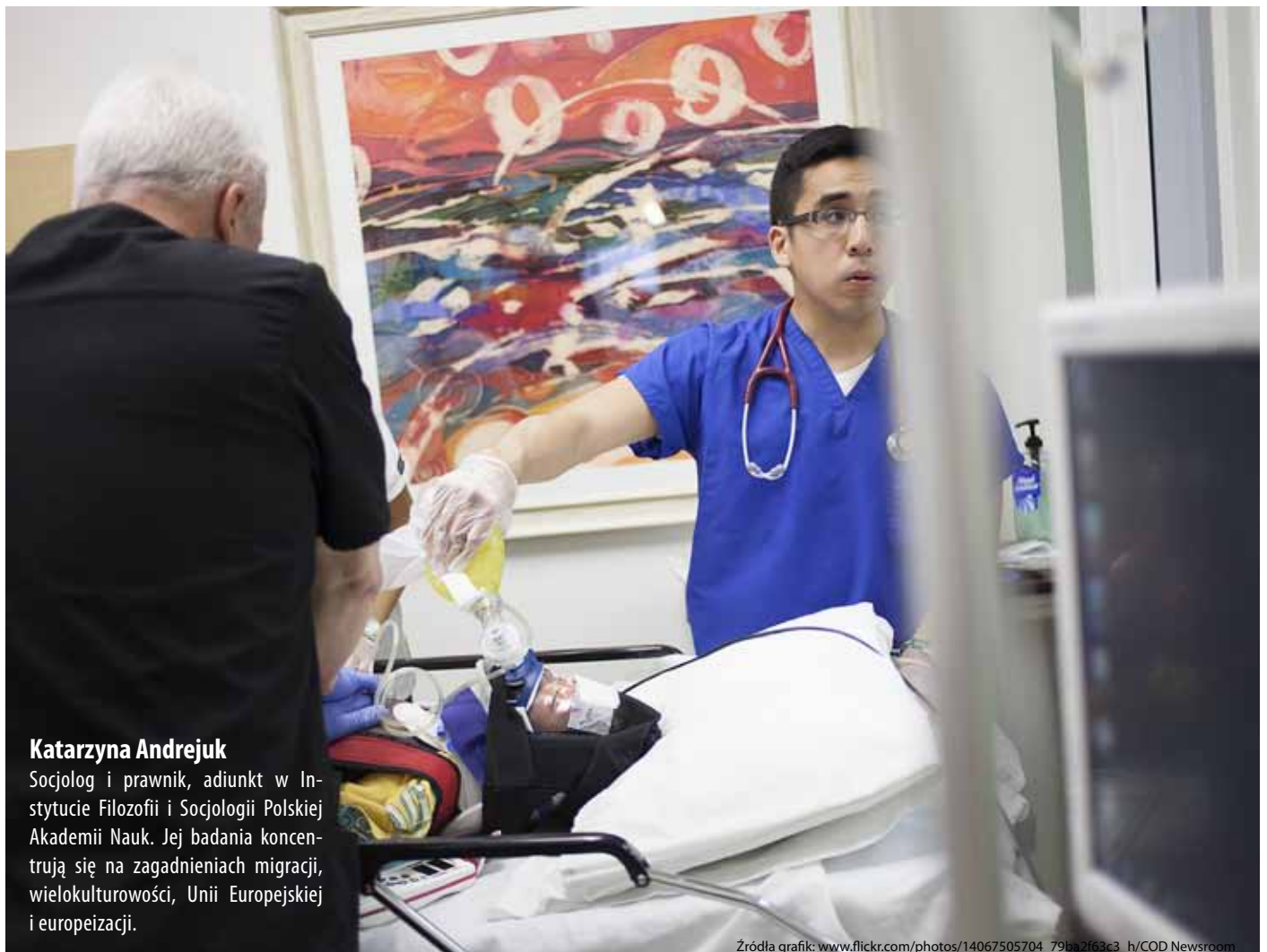
Jednocześnie zwracano uwagę, że mobilność wiąże się nie tylko z chęcią uzyskania wyższych zarobków (na Ukrainie lekarze oprócz pensji, które są na niskim poziomie, często otrzymują też gratyfikacje finansowe od pacjentów). Jako powód silnie skłaniający do wyjazdu wskazywano bardzo złe warunki wyko-

nywania pracy w kraju wysyłającym: brak koniecznego wyposażenia szpitali czy konieczność zakupu leków przez zgłaszających się chorych. Niskie oficjalne wynagrodzenie w państwie pochodzenia, jak deklarowano, skłania też do podejmowania innych sposobów zarabkowania, co wywołuje u wielu pracujących poważne wątpliwości natury etycznej oraz nie sprzyja skupieniu na pracy medycznej.

Na Ukrainie zawód lekarza i pielęgniarki to temat, który właściwie nie ma końca. Jeżeli człowiek jest pozbawiony możliwości zarabiać normalnie pieniądze, to trzeba kombinować. On kombinuje, on sprzedaje zwolnienia, on robi rzeczy, których też nie powinien zrobić, on obiecuje rzeczy, których też nie może zrobić – to na granicy kryminału wszystko jest, a każdego można wziąć za łeb i powiedzieć, że ty jesteś przestępcą, i na tym polega różnica – a człowiek jest pozbawiony innej możliwości, przecież za 500 złotych za miesiąc nie da się żyć. No więc tak to wygląda. A tam nie ma warunków w pracy (...) Polska jest krajem standardów europejskich, a Ukraina przebywa w tym sensie, w większości swojej w medycynie, powiem, średniowiecza. Komputery – jakie komputery. Co pacjenci przyniosą. Może to się zmienić, mam nadzieję. [lekarz, Ukraina, od 2007 r. w Polsce]

Migracja niemotywowana zarobkowo – absolwenci zagranicznych uczelni

Trzecia grupa to cudzoziemcy, których mobilność nie miała charakteru migracji ekonomicznej lub edukacyjnej. Fakt wykonywania zawodu lekarza w Polsce nie wynika z chęci optymalizacji



Katarzyna Andrejuk

Socjolog i prawnik, adiunkt w Instytucie Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk. Jej badania koncentrują się na zagadnieniach migracji, wielokulturowości, Unii Europejskiej i europeizacji.

Źródła grafik: [www.flickr.com/photos/14067505704_79ba2f63c3_h/COD Newsroom](http://www.flickr.com/photos/14067505704_79ba2f63c3_h/COD%20Newsroom)



zacji możliwości zawodowych, ale jest rezultatem różnych okoliczności losowych i prywatnych, najczęściej – przeprowadzki do Polski z powodu małżeństwa zawartego z obywatelem RP. Lekarze z tej grupy to przede wszystkim absolwenci zagranicznych uczelni medycznych pochodzący z państw Unii Europejskiej.

Z zebranego materiału empirycznego wynika, że nie postrzegają oni pracy w Polsce przez pryzmat możliwości zawodowego awansu bądź uzyskania lepszych zarobków. W narracjach zauważalny jest natomiast wątek poświęcenia kariery zawodowej dla dobra rodziny. Pojawia się też motyw utrudnień (językowych, a przed akcesją Polski do UE – biurokratycznych) związanych z wykonywaniem zawodu lekarza w Polsce. Rok 2004 jest w tych wypowiedziach ważną cezurą rozpoczynającą okres, kiedy wykonywanie zawodu lekarza w Polsce stało się dla rozmówców łatwiejsze. Jednocześnie wypowiedzi respondentów wskazywały na to, że w niektórych przypadkach mobilność lekarzy z Europy Zachodniej stała się okazją do nawiązania kontaktów ze znanymi ośrodkami medycznymi w krajach ich pochodzenia, zdobycia zaawansowanego technologicznie sprzętu lub nauki nowoczesnych procedur:

Trzeba przyznać – żeby być lekarzem w Polsce w tych czasach nie było tak łatwo, bo po pierwsze nie uznali dyplom. Po drugie było dla mnie bardzo niepewne czy mi uda się pracować jako lekarz. Po trzecie, czy ja będę zdolny żeby złapać język komunikacyjny dla pacjentów i jeszcze ten język medyczny dodatkowo, czyli to było dużo. Stwierdziłem że jeśli to, co budowałem dotychczas tam, w Polsce można zawsze odbudowywać, bardziej mieć rodzinę niż załamać to wszystko za cenę kariery. No i w związku z tym przyszedłem tutaj w ogóle bez niczego, tylko mając dyplom, który nie uznali tutaj, i miałem tylko promesę zatrudnienia od dyrektora szpitala [X], który wtedy przyszedł dopiero, to był ten słynny dyrektor (...), i na tym etapie mieliśmy uzgodnienie że – on wszedł do tego szpitala 6 miesięcy przed moim przyjazdem do Polski na stałe – i on miał myśli, żeby zburzyć to wszystko i miał wiele

pomysłów żeby rozwijać funkcjonowanie szpitala. Miał ten pomysł już wtedy zakodowany w głowie. A ja byłem – co ciekawego co widział u mnie ja mogę po pierwsze, pokazywać jak funkcjonuje medycyna gdzie indziej, a po drugie możliwości kontaktów dla innych lekarzy tutaj, którzy by widzieli, jak inne techniki operacyjne odbywają. Dlatego tę łączność nas skompletował, i on mi pomógł zdobyć papiery, formalności, które niezwykle skomplikowane były wtedy do zrobienia. [lekarz, Francja, od 1992 r. w Polsce]

Nierówne traktowanie jako bariera związana z wykonywaniem zawodu lekarza

W narracjach respondentów obecne były też wątki nierównego traktowania ze względu na pochodzenie etniczne, przy czym pojawiały się one w różnych aspektach. Sygnalizowano negatywne postrzeganie takich lekarzy przez pacjentów oraz większe oczekiwania chorych wobec cudzoziemskiej kadry medycznej – jeden z rozmówców wskazywał, że imigranci częściej podejrzewani są o błędy lekarskie w sytuacji, gdy leczenie przebiega niepomyślnie. Po drugie, zjawisko dotyczy dyskryminacji przez społeczeństwo przyjmujące, w tym środowisko medyczne – według deklaracji badanych, lekarze cudzoziemscy mogą być postrzegani jako konkurencja na rynku pracy. Bardziej szczegółowe poznanie okoliczności i uwarunkowań tego problemu wymagałoby jednak zakrojonych na większą skalę badań o charakterze ilościowym i jakościowym.

Imigranci pracujący jako lekarze doświadczają nie tylko problemów adaptacyjnych, które są dość typowe w sytuacji międzynarodowej mobilności, ale również barier związanych z wykonywanym zawodem. Polityka imigracyjna, ukierunkowana na przyciąganie cudzoziemców wysoko wykwalifikowanych, powinna dążyć do rozwiązywania specyficznych problemów i wyzwań stojących m.in. przed cudzoziemską kadrą medyczną.

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/09/D/HS6/03430.

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego UM we Wrocławiu 17 lutego 2016 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskali:

1. **lek. Tomasz Płonek,**
2. **lek. Ryszard Grendziak.**

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu 19 lutego 2016 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskała

lek. dent. Marta Cholewa-Ignasiak.

NOWI PROFESOROWIE

23 lutego 2016 r. prezydent Andrzej Duda wręczył w Belwederze akty nominacyjne nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki. Tytuł naukowy profesora nauk farmaceutycznych otrzymał m.in. **Adam Matkowski**, kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Botaniki Farmaceutycznej UM we Wrocławiu. Serdecznie gratulujemy!

Dolnośląska Rada Lekarska

SANATORYJNE LECZENIE NA KRESACH WSCHODNICH II RZECZYPOSPOLITEJ. OCALMY OD ZAPOMNIENIA!

Cenne tworzywa lecznicze, m.in. wody mineralne (solanki, szczawy, wody siarkowe i żelaziste) oraz borowina stanowiły główne zasoby przyrodnicze Kresów Południowo-Wschodnich II Rzeczypospolitej. Ciepły kontynentalny klimat, bogata szata roślinna, zwłaszcza duże kompleksy leśne, a nade wszystko piękno górskich i podgórskich krajobrazów Beskidów Wschodnich, Beskidów Połonińskich i Wschodniego Podkarpacia z malowniczymi dolinami rzek Prutu i Czeremoszu, oryginalna ludowa kultura dawnych mieszkańców tych okolic: Łemków, Bojków i Hucułów – to walory powodujące, że od wielu lat tereny te były często odwiedzane, dawniej przez zwykłych turystów, a w miarę upływu czasu – przez kuracjuszy.

Truskawiec, Lubień Wielki, Morszyn, Jaremcze, Worochta, Kosów, Szkło, Tatarów – to tylko kilka z ponad stu miejscowości uzdrowiskowych, stacji klimatycznych i letnisk, które rozlokowały się na tych terenach. Leczyć tamże próbowano już od XVI wieku. W XIX stuleciu zorientowano się, że oprócz nafty, węgla, drzewa etc. właśnie turystyka i lecznictwo uzdrowiskowe, oparte przede wszystkim na unikatowych mineralnych wodach, stać się mogły czynnikiem rozwoju gospodarczego tych ziem. Wyjazdom „do wód” sprzyjała budowa dróg oraz linii kolejowych.

Zamierzam opracować monografię dot. rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego na Kresach Południowo-Wschodnich II Rzeczypospolitej. Zwracam się do P.T. Czytelników z uprzejmą prośbą o nadsyłanie wspomnień, materiałów ikonograficznych (zdjęć, ciekawych dokumentów itp.) oraz innych materiałów; najlepiej na adres e-mailowy lub drogą pocztową. Zostaną one, o ile będzie taka wola, zwrócone po wykorzystaniu. Proszę o dołączenie pisemnej zgody na ich publikację w planowanej książce lub w czasopiśmie naukowych.

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek,
ul. Rozbrat 5 m. 6, 50-334 Wrocław,
tel. 693 521 760, e-mail: andrzejkierzek@wp.pl

Nowa Toyota RAV4 – prestiż, komfort i... hybryda!

Ponad 20 lat temu Toyota RAV4 stworzyła segment kompaktowych SUV-ów. Do sprzedaży właśnie trafiła nowa wersja tego legendarnego modelu, a już za kilka tygodni będzie ona dostępna również z napędem hybrydowym.

Nowa Toyota RAV4 Hybrid stanowi doskonałą odpowiedź na wymagania konkurencyjnego rynku kompaktowych SUV-ów. W modelu spotykają się ogromne doświadczenie Toyoty w dziedzinie budowy kompaktowych SUV-ów, zebrane w ciągu 20 lat ewolucji RAV4, z najnowocześniejszym pełnym napędem hybrydowym. Nowy RAV4 Hybrid to dynamiczna stylistyka, przestronność, najwyższa jakość wnętrza, niezrównana wszechstronność oraz ogromna radość z jazdy za sprawą układu hybrydowego. RAV4 Hybrid zapewnia doskonałe wyniki zużycia paliwa i niską emisję CO₂. System E-Four napędzający wszystkie cztery koła silnikami elektrycznymi zapewnia lepszą kontrolę trakcji i większe możliwości holowania przyczepy. Hybrydowa technologia Toyoty zapewnia nadzwyczajnie cichą i przyjemną jazdę. Obok większej dynamiki i komfortu prowadzenia, RAV4 Hybrid zyskał także lepsze wyciszenie kabiny, bardziej dynamiczny wygląd, wyższą jakość wykonania wnętrza oraz najnowocześniejsze rozwiązania w dziedzinie bezpieczeństwa czynnego, Toyota Safety Sense. Kamera panoramiczna 360 stopni zapewnia podgląd obrazu otoczenia samochodu niczym z drona zawieszonego nad samochodem, by ułatwić parkowanie i manewry przy niewielkiej prędkości.

Dziedzictwo RAV4 – od niszy do samochodu globalnego

Samochód o nazwie Recreational Active Vehicle with 4-Wheel Drive (RAV4), który zadebiutował w 1994 roku, stworzył zupełnie nowy segment - tak narodził się segment kompaktowych SUV-ów.



Hybrydowe dziedzictwo – od rewolucyjnej idei do technologicznego lider

Pomysł zbudowania samochodu z alternatywnym napędem pojawił się w Toyocie już w latach 1960. W 1994 roku wystartował projekt, którego celem było stworzenie samochodu przyjaznego środowisku na XXI wiek. Pojazd miał łączyć ekologiczność z wygodą i przyjemnością z jazdy. Od pojawienia się pierwszego Priusa w 1997 roku do dziś Toyota sprzedała już ponad 8 milionów hybryd. Wśród samochodów z alternatywnym napędem sprzedanych w 2015 roku w Polsce aż 94% stanowią Toyoty i Lexusy.

Napęd hybrydowy w nowej Toyocie Rav4 jest udoskonalonym rozwiązaniem znanym z innych modeli, zarówno Toyoty jak i Lexusa - jednostka napędowa "ravki" jest bliźniaczą do tej zastosowanej w Lexusie NX, który w zeszłym roku zajął polski rynek SUV-ów segmentu premium. Tak jak w przypadku pozostałych modeli układ napędowy jest objęty przedłużoną

gwarancją, a na same baterie producent zapewnia nawet 10 lat gwarancji. Dla zwolenników tradycyjnego napędu RAV4 będzie oferowany także z turbodoładowanym silnikiem Diesla 2.0 o mocy 143 KM.

Najszersza w Polsce gama hybryd pod jednym dachem? Tylko we Wrocławiu

Firma Toyota & Lexus Centrum Wrocław, zlokalizowana na rogu ulic Legnickiej i Na Ostatnim Groszu, oferuje największy wybór samochodów hybrydowych - razem z nową Toyotą Rav4 jest ich aż 14! A gama ta jeszcze w tym roku się powiększy dzięki zapowiadanemu na jesień małemu SUV-owi - Toyocie C-HR. W hybrydowej ofercie salonów Lexus Wrocław i Toyota Centrum Wrocław już teraz czeka miejskie autko, rodzina modeli Prius, wybór dwóch kompaktów, trzech SUV-ów, trzech limuzyn a nawet hybrydowe sportowe coupe. Samochody dysponują mocą od 75 do 445 KM - każdy klient znajdzie model dostosowany do swoich oczekiwań.





Od lewej: prof. Marzena Dominiak, Joanna Nyczak, dr n. med. Paweł Wróblewski i lek. dent. Alicja Marczyk-Felba

Fot. M.J.

Po pierwsze profilaktyka. Konferencja prasowa w DIL

Co Polacy wiedzą o prawidłowej higienie jamy ustnej i konsekwencjach wieloletnich zaniedbań w tym zakresie? Statystyki pokazują, że niewiele. Okazją do zaprezentowania alarmujących danych była konferencja prasowa w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej zorganizowana przez Komisję Stomatologiczną, pretekstem zaś obchodzony 20 marca Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej. W spotkaniu wzięli udział eksperci z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich: dr hab. Hanna Gerber, prof. nadzw. z Katedry i Kliniki Chirurgii Twarzowo-Szczękowej, prof. Beata Kawala z Katedry Ortopedii Szczękowej i Ortodontji, prof. Marzena Dominiak z Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej oraz Joanna Nyczak, dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia. Inicjatorom przedsięwzięcia przyświecał jeden cel – dotrzeć za pośrednictwem mediów do obywateli. Bo tylko edukacja i profilaktyka są w stanie powstrzymać epidemię próchnicy oraz chorób przyzębia, a także zmniejszyć umieralność z powodu późnego wykrywania nowotworów jamy ustnej. – Statystyki biją na alarm, dlatego temat trzeba nagłaśniać – nawet jeśli nie jest medialny – mówił do skromnego grona dziennikarzy p.o. prezesa DRL dr n. med. Paweł Wróblewski.

– Czym jest jama ustna? Zwierciadłem całego organizmu. Polacy nie wiedzą, że zmiany w jej obrębie mogą być sygnałem większych problemów zdrowotnych – podkreślała prof. Marzena Dominiak. Choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, nowotwory przewodu pokarmowego, a nawet niska maska urodzeniowa noworodków często mają początek w jamie ustnej. Ze statystyk Światowej Federacji Dentystycznej (FDI) wynika, że w rankingu pięciu najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych aż dwie pozycje zajmują schorzenia o podłożu stomatologicznym. – Numerem jeden pozostaje niezmiennie próchnica. Cierpi na nią ponad 3 biliony mieszkańców globu. Na trzecim miejscu, zaraz po migrenie, znajdują się choroby przyzębia, a dalej cukrzyca i astma – wyliczała kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej. Dodała też, że dzięki profilaktyce można skutecznie przeciwdziałać tym chorobom.

Choć badanie jamy ustnej trwa zaledwie 5 minut, Polacy do prewencji wagi nie przywiązują. Długotrwałej chrypy, owrzodzeń, trudności w połykaniu nie łączą z problemami onkologicznymi w obrębie tej części ciała. Efekt? Do lekarza stomatologa zgłaszają się zdecydowanie za późno. – Większość chorych trafia do nas w tak zaawansowanym stadium choroby, że niewiele jesteśmy już w stanie zrobić. Tylko 40 proc. z nich przeżyje kolejnych 5 lat – sygnalizowała prof. Hanna Gerber. Tymczasem rak jamy ustnej jest drugim co do częstości występowania nowotworem głowy. Polacy częściej chorują jedynie na raka krtani. Rocznie z powodu nowotworów jamy ustnej umiera w Polsce 300 tysięcy osób.

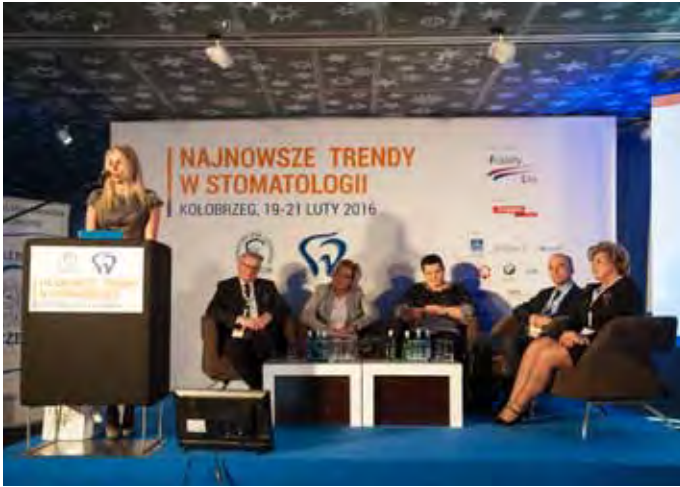
Równie niepokojące są statystyki dotyczące stanu uzębienia dzieci, młodzieży i seniorów. – 90 proc. siedmiolatków w Polsce ma próchnicę, wśród osiemnastolatków wskaźnik ten wzrasta aż do 96 proc. Tragicznie sytuacja przedstawia się wśród osób powyżej 65. roku życia. 40 proc. z nich nie ma zębów – wyjaśniała lek. dent. Alicja Marczyk-Felba. Wiceprezes ds. stomatologii DRL i szefowa Komisji Stomatologicznej zauważyła, że na leczenie stomatologiczne jednego obywatela przypada rocznie nie więcej niż 45 zł. Przyznała jednak, że niewydolność państwowej opieki stomatologicznej to nie jedyna przyczyna fatalnego stanu uzębienia Polaków. – Mielibyśmy więcej dzieci ze zdrowymi zębami, gdyby edukacja rodziców w tym zakresie zaczynała się jeszcze przed narodzinami maluchów. A tymczasem nie wiedzą oni nawet tego, że próchnica to choroba zakaźna. Apeluję do rządzących, by pochylili się nad problemem i opracowali programy, które przyczynią się do zwiększenia świadomości społecznej – mówiła.

Prof. Beata Kawala przekonywała, że niewiele lepiej prezentują się statystyki dotyczące potrzeb leczenia ortodontycznego. – Z badań, jakie przeprowadziliśmy w ostatnim czasie, wynika, że prawidłowy zgryz ma zaledwie 3 proc. dziesięciolatków, a 60 proc. z nich wymaga bezwzględnego leczenia. Sytuacja nie ulega niestety poprawie wraz z wiekiem, jedynie 6 proc. piętnastolatków ma prawidłowy zgryz, a 55 proc. kwalifikuje się do leczenia – tłumaczyła. Zdaniem kierownik Katedry Ortopedii Szczękowej i Ortodontji tu potrzeba zmian systemowych. Pracuje już nad nimi zespół ekspertów, który postuluje m.in., by o możliwości otrzymania aparatu ortodontycznego decydował stopień wady zgryzu, a nie wiek pacjenta.

Podczas konferencji nie zabrakło przykładów dobrych praktyk. Dyrektor Joanna Nyczak zapoznała zebranych z dwoma programami profilaktycznymi realizowanymi przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego we Wrocławiu. Jeden został wdrożony we wrocławskich przedszkolach, drugi dedykowano seniorom. – Te działania przynoszą pierwsze efekty. Jest to wynik owocnej współpracy z Dolnośląską Izbą Lekarską, Uniwersytetem Medycznym im. Piastów Śląskich i wieloma innymi podmiotami – podsumowała szefowa WZiSS.

Uczestnicy spotkania zgodnie podkreślali, że obecną sytuację mogą zmienić jedynie rozwiązania systemowe. Lek. dent. Alicja Marczyk-Felba, główna inicjatorka przedsięwzięcia, zapowiedziała natomiast, że zamierza walczyć o „większą uwagę mediów” w zakresie zdrowia jamy ustnej Polaków. Ciąg dalszy zatem nastąpi...

Magdalena Janiszewska



Fot. z archiwum OIL w Szczecinie

Konferencję otworzyła dr n. med. Agnieszka Ruchała-Tyszler – wiceprezes NRL i wiceprezes ORL w Szczecinie.



Lek. dent. Małgorzata Nakraszewicz – członkini Komisji Stomatologicznej DRL i wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Najnowsze trendy w stomatologii 2016. Konferencja w Kołobrzegu

W dniach 19-21 lutego br. odbyła się w Kołobrzegu konferencja pod hasłem „Najnowsze trendy w stomatologii”, zorganizowana przez OIL w Szczecinie.

W pierwszym dniu spotkania NROZ lek. Grzegorz Wrona przedstawił „Krytyczne zachowania lekarzy stomatologów – doświadczenia z postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej”. Wygłoszony referat dotyczył takich aspektów jak: przebieg postępowania wyjaśniającego przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, rola świadka zwolnionego obligatoryjnie z tajemnicy lekarskiej, możliwości kasacji wyroków od orzeczeń NSL przez Sąd Najwyższy lub ministra zdrowia. Wystąpienie lek. Grzegorza Wrony dotyczyło również polityki karalności oraz okresów zatarcia kar, co znajduje szczegółowe uregulowanie w art. 110 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Co istotne, pewnego rodzaju kary zacierają się po określonym czasie od uprawomocnienia się orzeczenia (jak choćby kara upomnienia czy nagany), natomiast inne po określonym czasie wykonania kar, np. kara pieniężna. Wyjaśnienia zdaje się wymagać sytuacja, że kiedy obwiniony lekarz nie uści na rzecz określonej fundacji, stowarzyszenia nałożonej przez sąd lekarski kary pieniężnej, kara ta nie ulegnie zatarciu, co będzie oznaczało, że lekarz będzie widniał w Rejestrze Ukaranych Lekarzy. Ponadto, NROZ NIL tłumaczył, że jeśli lekarz przed upływem okresu wymaganego do zatarcia kary zostanie ponownie ukarany, dopuszczalne jest tylko jednoczesne zatarcie wszystkich kar.

Drugi referat pt. „Pojęcie błędu medycznego” wygłosiła mec. Maria Rachwał-Frankowska. Prelegentka przywołała akty prawne dotyczące błędu, zwróciła uwagę na brak definicji ustawowej błędu medycznego rozumianego jako: błąd diagnostyczny, terapeutyczny, w rokowaniu, techniczny, organizacyjny. Pojęcie błędu medycznego zostało ukształtowane przez orzecznictwo i doktrynę, i należy rozumieć pod tym terminem postępowanie obiektywnie sprzeczne z aktualną wiedzą, standardami i praktyką lekarską. Granice odpowiedzialności wyznaczają okoliczności i zakres postępowania dostępny dla danego lekarza w danym czasie i miejscu. Cenną uwagę stanowi stwierdzenie, że wiedza obowiązuje na dzień popełnienia przewinienia, a nie w czasie jego orzekania.

Z kolei prof. Mariusz Lipski z PUM w Szczecinie rozszerzył program konferencji o temat oczekiwany przez obecnych na sali stomatologów („Błąd w sztuce a powikłania w endodoncji”). Mówił o kwestiach, w jakich najczęściej wypowiadają się biegli z zakresu stomatologii zachowawczej i endodoncji. Poniżej główne tezy prezentacji.

1. Leczenie otwarte w zębie mlecznym jest błędem w sztuce. Prawidłowe postępowanie sprowadza się do usunięcia zęba mlecznego i leczenia protetycznego z utrzymaniem przestrzeni dla zęba stałego lub leczenie endodontyczne według wskazań dotyczących stanu korzeni.
2. Często popełniany błąd dotyczy niepoinformowania pacjenta o alternatywnych metodach leczenia: implantologiczne lub protetyczne (mosty) i kosztach z tym związanych. Pacjent powinien sam dokonać wyboru, jaką metodę leczenia preferuje. Nie kierujemy się powierzchowną oceną możliwości finansowych pacjenta na podstawie wyglądu i pierwszego wrażenia, jakie sprawia pacjent.
3. Należy uzyskać od pacjenta pisemną zgodę na leczenie kanałowe ze wszystkimi możliwymi powikłaniami – najlepiej dysponować gotowym formularzem zgody. Taki dokument, sygnowany przez pacjenta, zabezpiecza lekarza stomatologa przed roszczeniami i skutkami prawnymi powikłań. Formularz związany z rzetelnym odebraniem zgody od pacjenta decyduje nierzadko o tym, czy popełniono błąd, czy doszło do powikłania.
4. Przepchnięcie poprzez wierzchołek korzenia zęba podchlorynu sodu może być traktowane zarówno jako błąd, jak i powikłanie. Ważne dla biegłego staje się ustalenie przebiegu leczenia na podstawie dokumentacji: RTG zęba przed i po leczeniu, określenie długości roboczej kanału korzenia zęba wraz ze wpisem do karty pacjenta i określeniem metody oznaczenia. Jeśli udokumentowany jest prawidłowy przebieg leczenia, to mamy do czynienia z powikłaniem.
5. Złamanie narzędzia w kanale korzenia zęba jest błędem w przypadku zbyt małego otworu trepanacyjnego w koronie, użycia starego narzędzia, braku dostępu do kanału, złej techniki pracy. Natomiast w przypadku zmiany w budowie kanału, użycia wadliwego fabrycznie narzędzia, czy w przypadku niespodziewanego ruchu głową pacjenta mówimy o powikłaniu. Ważne jest udokumentowanie zdarzenia, postępowanie po złamaniu narzędzia, poinformowanie pacjenta o zdarzeniu i możliwych następstwach tej sytuacji. Niezauważenie złamania narzędzia i niepoinformowanie pacjenta o tym zdarzeniu jest błędem.
6. Lekarz nie ma obowiązku informować pacjenta przed leczeniem o bardzo rzadko występujących powikłaniach (0-1 proc.).
7. Najważniejsze jest jednak właściwe postępowanie z pacjentem, gdy wystąpi niepożądane zdarzenie medyczne – należy bezwzględnie wykazać zainteresowanie jego osobą i jego dalszym losem.

Jan Nienartowicz



PIERWSZY KROK DO TRWAŁEJ WSPÓŁPRACY polskich i niemieckich stomatologów

Tekst Alicja Marczyk-Felba, mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Delegacja z DIL podarowała przedstawicielom Saksońskiej Izby Dentystycznej znaczki pocztowe z wizerunkiem siedziby dolnośląskiego samorządu.

Fot. z archiwum SID



17 lutego 2016 r. w siedzibie Saksońskiej Izby Dentystycznej w Dreźnie przedstawiciele Komisji Stomatologicznej DRL we Wrocławiu spotkali się z przedstawicielami Saksońskiej Izby Dentystycznej.

Stronę polską reprezentowały: dr Alicja Marczyk-Felba, wiceprezes DRL ds. stomatologii, dr Iwona Świętkowska, wiceprzewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL oraz koordynator zespołu radców prawnych DIL mec. Beata Kozyra-Łukasiak. Ze strony niemieckiej w spotkaniu wzięli udział: dr Thomas Breyer, wiceprezes Saksońskiej Izby Dentystycznej i przedstawiciel zarządu ds. promocji, prof. dr Klaus Böning, członek zarządu SID i przedstawiciel zarządu ds. doskonalenia zawodowego, dr Christoph Meißner, członek zarządu SID i przedstawiciel zarządu ds. kształcenia dentystycznego personelu pomocniczego, dr Katarzyna Walczak, dentystka ze Szpitala Uniwersyteckiego w Dreźnie i tłumaczka oraz mgr inż. Sabine Dudda, dyrektor SID.

Głównym celem spotkania była wymiana informacji i możliwość porównania systemów kształcenia lekarzy dentystów, która w przyszłości ma zaowocować trwałą współpracą między samorządami dolnośląskim i saksońskim, obejmującą wiele aspektów działalności obu izb.

Tematyka pierwszego spotkania, jak uzgodniły uprzednio obydwie strony, obejmowała zagadnienia dotyczące kształcenia podyplomowego lekarza dentysty zarówno specjalizacyjnego, jak i ustawicznego oraz kształcenie w zakresie zawodów pomocniczych.

Prof. dr Klaus Böning przedstawił prezentację na temat kształcenia podyplomowego lekarza dentysty, następnie głos zabrała mecenas Beata Kozyra-Łukasiak. Jej prezentacja traktowała o stażu podyplomowym i kształceniu podyplomowym lekarza dentysty, w tym o podmiotach uprawnionych do prowadzenia kształcenia, a także kształcenia ustawicznego lekarzy dentystów i obowiązku uzyskiwania punktów edukacyjnych. Pani mecenas określiła zadania i uprawnienia izby w tym zakresie.

Dr Alicja Marczyk-Felba omówiła szczegółowo kwestie związane ze specjalizacją lekarzy dentystów w Polsce. Dr Iwona Świętkowska oraz dr Christoph Meißner przygotowali referaty na temat: „Zawodów pomocniczych w stomatologii w Polsce oraz kształcenia zawodowego personelu pomocniczego praktyki stomatologicznej (zawód asystenta stomatologicznego) w Niemczech”. Oboje zasygnalizowali jedynie wagę tego zagadnienia. Temat będzie kontynuowany na kolejnym spotkaniu we Wrocławiu. Ponadto omówiono przepisy prawne dotyczące kształcenia podyplomowego lekarza dentysty oraz podmiotów uprawnionych do prowadzenia tego kształcenia zarówno w Polsce, jak i w Niemczech.

W Niemczech po ukończeniu studiów otrzymuje się pełne prawo wykonywania zawodu, ale aby uzyskać możliwość prowadzenia tzw. gabinetu kontraktowego (umowa z płatnikiem środków publicznych)

wymagany jest co najmniej rok pracy pod nadzorem i co najmniej rok pracy samodzielnej. Gabinety świadczące usługi wyłącznie prywatnie należą do rzadkości. **Kształcenie podyplomowe wchodzi w zakres kompetencji okręgowych izb lekarskich** i regulowane jest zasadami określonymi przez izby. Szkolenie ma na celu ciągłą aktualizację wiedzy i umiejętności fachowych oraz interdyscyplinarnych.

Od sierpnia 2006 r. lekarz dentysta jest zobowiązany do zdobycia 125 punktów edukacyjnych w okresie 5 lat (obowiązek doskonalenia zawodowego). Szkolenia przeprowadzane przez izbę obejmują pojedyncze kursy, testy interaktywne, sympozja i kongresy. Organizowane są również cykle szkoleń tzw. Curriculum. Od strony merytorycznej przygotowują je: Saksońska Izba Dentystyczna w Dreźnie, Niemieckie Towarzystwo Stomatologiczne oraz inne stowarzyszenia specjalistyczne, w tym Niemieckie Towarzystwo Stomatologii Zachowawczej, Niemieckie Towarzystwo Protetyki, Niemieckie Towarzystwo Periodontologiczne i Niemieckie Towarzystwo Implantologiczne. Szkolenia obejmują tematykę z zakresu periodontologii, protetyki, implantologii, chirurgii i endodoncji. W Saksonii można również uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie implantologii, periodontologii, stomatologii dziecięcej oraz endodoncji.

W Niemczech szczególnym zainteresowaniem cieszą się międzynarodowe studia podyplomowe w stomatologii, dające prawo do używania tytułu Master of Science oraz Philosophy Doctor w dziedzinie chirurgii jamy ustnej, ortodoncji, protetyki dentystycznej i endodoncji. Są to studia odpłatne kosztujące od 16 000 euro do 23 750 euro i mogą być realizowane zarówno na uczelniach państwowych, jak i prywatnych.

Sytuacja demograficzna lekarzy dentystów w Saksonii jest dalece różna od naszej. Występuje tam niedobór lekarzy, więc warunki do kształcenia oraz współpracy, z ich kasą chorych, są nieporównywalnie lepsze od naszych realiów.

Zdaniem naszych niemieckich rozmówców zdobycie 125 punktów w ramach szkolenia ustawicznego nie stanowi problemu, jednak niewywiązanie się z tego obowiązku skutkuje dość dotkliwą karą pieniężną, a jest ona egzekwowana przez płatnika z poborów lekarza. Spotkanie to, pierwsze od wielu lat, upłynęło w przyjaznej i twórczej atmosferze, mieliśmy do siebie tak wiele pytań, że zabrakło czasu na zwiedzanie okazałej siedziby SID. Zaprosiliśmy naszych sąsiadów do Wrocławia. Spotkanie zamierzamy zorganizować jesienią. Dla przypomnienia, wiele lat wcześniej współpracę z Saksońską Izbą Dentystyczną zapoczątkował doktor Ryszard Łopuch, którego do dziś tam bardzo ciepło wspominają. Zostałyśmy poproszone o przekazanie mu pozdrowień, co także za pośrednictwem „Medium” z przyjemnością czynimy.

PORADNIK DLA LEKARZY DENTYSTÓW „Jak bezpiecznie i higienicznie świadczyć usługi w gabinecie stomatologicznym”

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Na stronie internetowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, w zakładce Komisja Stomatologiczna DRL, znajduje się poradnik dla lekarzy dentystów pt. „Jak bezpiecznie i higienicznie świadczyć usługi w gabinecie stomatologicznym”, opracowany przez Wojewódzką

Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie. Został on nam udostępniony przez WSSE we Wrocławiu, za co serdecznie dziękuję.

Zainteresowanych odsyłam do stron:

www.dilnet.wroc.pl/index.php?co=komisja_stomat&wyswietl=komisja_stomatt
lub wssewroclaw.pis.gov.pl

lek. dent. Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

Aktualne informacje dotyczące działalności Naczelnej Komisji Stomatologicznej i Komisji Stomatologicznej DRL dostępne na stronie: www.dilnet.wroc.pl, zakładka Komisja Stomatologiczna.

PROJEKT PROGRAMU XXXV ZJAZDU DELEGATÓW DIL

16 kwietnia 2016 r.



Źródło grafiki: <http://www.freeimages.com> – obraz modyfikowany

1. Godz. 9.00 – rejestracja delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy
2. Godz. 9.30 – otwarcie obrad przez p.o. prezesa DRL – dr n. med. Paweł Wróblewski
3. Wprowadzenie sztandaru Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
– sekretarz DRL dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska
4. Hymn państwowy
5. Pro memoria – wspomnienie o zmarłych lekarzach
6. Wystąpienia zaproszonych gości
7. Dyskusja nad aktualną sytuacją w ochronie zdrowia
8. Wybór władz zjazdu: przewodniczącego zjazdu, jego zastępców i sekretarzy
9. Przyjęcie porządku obrad
10. Wybór Komisji Uchwał i Wniosków, Skrutacyjnej oraz Mandatowej
11. Komunikat Komisji Mandatowej
12. Wystąpienie p.o. prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr. n. med. Pawła Wróblewskiego – sprawozdanie z działalności Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
13. Wystąpienie skarbnika Dolnośląskiej Rady Lekarskiej lek. Małgorzaty Niemiec – sprawozdanie finansowe
14. Wystąpienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dr. n. med. Piotra Piszko – sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej DIL
15. Wystąpienie przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego Dolnośląskiej Izby Lekarskiej lek. Włodzimierza Wiśniewskiego – sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL
16. Wystąpienie przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dr. hab. n. med. Andrzeja Wojnara – sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Wyborczej DIL
17. Wystąpienie przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej lek. dent. Piotra Łaski – sprawozdanie z działalności Komisji Rewizyjnej DIL
18. Dyskusja nad przyjęciem sprawozdań: Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, skarbnika DRL, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowej Komisji Wyborczej – podjęcie stosownych uchwał
19. Głosowanie nad udzieleniem absolutorium dla Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
20. Wybory uzupełniające: prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, zastępców Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – przewodniczący Komisji Wyborczej DIL dr hab. n. med. Andrzej Wojnar
21. Ogłoszenie wyników wyborów uzupełniających do organów DIL
22. Przedstawienie preliminarza budżetowego na rok 2016
– skarbnik DRL lek. Małgorzata Niemiec
23. Głosowanie nad budżetem DIL na rok 2016
24. Podjęcie uchwał i wniosków – Komisja Uchwał i Wniosków
25. Zamknięcie zjazdu – godz. 15.00

KOMUNIKAT KOŁA LEKARZY SENIORÓW DIL

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

Kontakt z nami:

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

Zapraszamy członków oraz sympatyków Koła na nasze kolejne spotkanie, które odbędzie się 29 kwietnia 2016 r. o godz. 11.00 przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA – JUŻ CORAZ BLIŻEJ!!!!

Kochani!!!

Już za niecałe 2 miesiące spotykamy się na 2. Reaktywowanym Stressowym Złazie Medyka, który odbędzie się w dniach **27-29 maja 2016 r.** Bazę rajdową założyliśmy w ośrodku Vital&SPA Resort Szarotka w Zieleńcu (www.szarotka.eu).

Oplata wpisowa wynosi **450 zł** i w jej ramach każdy uczestnik Złazu otrzyma: znaczek, śpiewnik z niespodzianką, 2 noclegi, śniadanie w sobotę i niedzielę, piątkowe grillowanie z piwem, obiadokolację w sobotę oraz koncert.

Dla szczególnie spragnionych górskich wrażeń istnieje możliwość przyjazdu już w Boże Ciało, tj. w czwartek 26 maja – z dodatkową trasą w piątek. W takim przypadku dodatkowa opłata za nocleg z czwartku na piątek uiszcza-na jest już jednak indywidualnie. Z kolei ci, którzy mogą wziąć udział w Złazie dopiero od soboty wpłacają 350 zł (za obiadokolację i koncert w sobotę oraz nocleg i śniadanie w niedzielę).

Wpłaty należy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 30 kwietnia 2016 r. z dopiskiem „Złaz Medyka”. Jak więc widać czasu na podjęcie decyzji pozostało już niewiele. Czekamy na Wasze zgłoszenia!!!

Wstępnie program Złazu obejmuje:

27 maja (piątek) – rozlokowanie się i „nocne Polaków rozmowy” z grillowaniem przy ognisku, gitarach, śpiewie i...;
28 maja (sobota) – po śniadaniu wymarsz na trasy, następnie powrót do Zieleńca i wieczorem koncert. Będzie się on składał z dwóch części: najpierw „Karawana Marzeń” – czyli poezja śpiewana autorstwa znanego wszystkim Kazia Pichlaka w wykonaniu Karkonoskiego Zespołu Folkowego „Szyszak” z Zachełmia, a potem nasi starzy znajomi „Wolna Grupa Bukowina” (granie i śpiewanie do oporu);
29 maja (niedziela) – śniadanie, tradycyjne zdjęcia i rozjazd do domów.

Wszyscy ci, którzy grają na gitarach, będą bardzo mile widziani wraz ze swoimi instrumentami podczas piątkowego wieczoru „Pieśni powszechnej”. Mikrofony i wzmacniacze do dyspozycji na miejscu.

W razie jakichkolwiek wątpliwości jesteśmy do dyspozycji. Do zobaczenia w Zieleńcu!!!

Jerzy B. Lach

jerzy.lach@poczta.onet.pl

Ryszard Ściborski

sciborski@poczta.onet.pl



Fot. A.S.

Opaska alarmowa. Opieka senioralna w przyszłości

Chory opuszcza łóżko w nocy, a ono dzwoni po pielęgniarkę, niedomknięte drzwi piszczą, żeby je zamknąć, awatar każe zażyć lekarstwo, okulary podpowiadają, czyja twarz pojawia się właśnie na horyzoncie. W szybko starzejącym się społeczeństwie funkcje opiekuńcze przejmują telemedycyna – taki wniosek nasuwa się po konferencji podsumowującej projekt Almas House Polska, która odbyła się 19 marca we wrocławskim hotelu „Scandic”.

Almas House to modelowe mieszkanie dla osób z zaburzeniem procesów poznawczych, demencją oraz innych pacjentów geriatrycznych. Ma funkcję demonstracyjną i edukacyjną: w nim specjaliści udzielają pacjentom i ich rodzinom kompleksowych porad dotyczących opieki nad konkretną osobą. Dom taki – pod norweską nazwą Almas Hus – powstał w Oslo i zainspirował polskie Stowarzyszenie Klaster Innowacyjna Medycyna.

Zagadkowy termin „klaster”

Kojarzy się z technologią i rzeczywiście ma z nią wiele wspólnego. Klaster to geograficzne skupisko wyspecjalizowanych podmiotów, działających w jednej branży lub w branżach pokrewnych. Podmioty te wzajemnie się uzupełniają i na siebie oddziałują, współdziałają i konkurują ze sobą. Są to w szczególności przedsiębiorstwa, organizacje badawcze, instytucje otoczenia biznesu, podmioty publiczne. Co ważne, łączy je sformalizowana umowa, a jeden z podmiotów pełni funkcję koordynatora.

Stowarzyszenie Klaster Innowacyjna Medycyna powstało w 2013 r. łączy 50 firm z terenu 5 województw, działających w sektorze ochrony zdrowia lub świadczących usługi dla niego. Członkiem honorowym jest wrocławski Uniwersytet Medyczny, a członkowie wspierający to Pracodawcy Zdrowia (69 placówek) i Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców (190 placówek lekarzy rodzinnych). – Dodatkowo dostrzegaliśmy wyzwania związane na przykład ze starzeniem się społeczeństwa, telemedycyną czy informatyzacją jednostek – tłumaczył prezes, Bartosz Hajncz, który na początku konferencji zaprezentował projekt Almas House Polska. Stowarzyszenie nawiązało kontakt z Ośrodkiem Pomocy Geriatrycznej w Oslo, którego część stanowi Almas Hus. Po wizycie studyjnej

w Norwegii członkowie Klastra zainicjowali własny projekt pod nazwą Almas House Polska. O swoich dokonaniach i planach poinformowali w trakcie konferencji 19 marca.

By pozostali w domu

Nowoczesny model opieki nad seniorem opiera się na ścisłej współpracy samorządu i podmiotów zajmujących się ochroną zdrowia, więc na widowni obecni byli lekarze, pielęgniarki, opiekunki, fizjoterapeuci, pracownicy MOPS i pracownicy samorządowi. – Już teraz 15 proc. Dolnoślązaków to osoby powyżej 60. roku życia – zauważył Andrzej Kosiór, wicemarszałek województwa, którego wystąpienie rozpoczęło konferencję, i zadeklarował wsparcie finansowe dla Klastra. Dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Joanna Nyczak określiła Wrocław jako miasto rozwoju i aktywności seniorów. – W mieście działa Rada Seniorów, około 70 klubów seniora, 12 uniwersytetów III wieku, 4 centra aktywności ruchowej i 15 punktów edukacyjnych oraz Wrocławskie Centrum Seniora – wymieniała. Zarówno dyr. Nyczak, jak i Jarosław Maroszek, dyrektor Departamentu Zdrowia i Promocji Województwa, podkreślili, że celem działań podjętych na rzecz seniorów jest pozostawienie człowieka w jego własnym domu jak najdłużej. Taki jest też główny cel projektu Almas House, a zarazem przesłanie wszystkich wygłoszonych tego dnia prelekcji.

Postępy choroby, postęp technologii

– Potrzeby opiekuńcze zmieniają się wraz z rodzajem i postępami choroby demencyjnej – zaznaczył prof. Nenad Bogdanović, ordynator Kliniki Leczenia Zaburzeń Pamięci Szpitala Uniwersyteckiego w Oslo. Przedstawił on problem chorób demencyjnych w skali norweskiej, polskiej (378 747 osób z demencją, 1-1,2 proc. populacji) oraz światowej. Almas House ma w założeniu jak najdłużej pomagać seniorom w utrzymaniu samodzielności: od stadium przedklinicznego przez stan łagodny, etapy pojawiania się zaburzeń psychomotorycznych, po stan określany jako ciężki. Profesor podkreślił zatem potrzebę dokładnej diagnozy każdego pacjenta z osobna, z uwzględnieniem konkretnych testów, i przygotowania indywidualnego rozwiązania opiekuńczego. – W tym celu – wyjaśnił – opracowuje się specjalny plan, z udziałem pacjenta i osób odpowiedzialnych za opiekę społeczną na szczeblu lokalnym. Określa się również koszty. – Każdemu stadium choroby przyporządk-

owane są określone ćwiczenia aktywizujące, a także urządzenia wspomagające orientację w codziennych czynnościach: od prostych puzzli, przez mówiący zegar, po zaprogramowane urządzenie – dozownik leków. Pacjent przyciska guzik – z otworu wypada karteczka przypominająca receptę lekarstwa, z instrukcją o treści, na przykład: „Jest 12.00 Zażyj Tialorid”.

Mapa w butach

Istny zawrót głowy – tak można podsumować wiedzę o postępie technologicznym, z którą zapoznali słuchacze Sidsel Bjørneby i Sigrid Aketun, pracownicy Almas Hus. Opisały szczegółowo organizację i wyposażenie domu, a w zasadzie domowego szpitala. Tak jak zaznaczono wcześniej, pacjenci oraz rodziny mogą zwiedzać poszczególne pomieszczenia modelowego domu w Oslo, gdzie mają okazję wypróbować elementy wyposażenia. Konsultują się z pracującymi na miejscu lekarzami, fizjoterapeutami i psychologami. Mogą modyfikować własne mieszkania według potrzeb, życzeń i kryterium funkcjonalności. – Pacjent przebywa w mieszkaniu zaadaptowanym do jego indywidualnych potrzeb, pod osobistą opieką i używa nowoczesnych technologii – mówiły panie Bjørneby i Aketun. Kontynuując prezentację prof. Bogdanovića, dokonały przeglądu całego asortymentu. Senior może mieć do dyspozycji przedmioty, o jakich nie śni się nawet pacjentom nowoczesnych klinik: czujniki w łóżku, dywaniku, drzwiach, „mówiącą” lodówkę, czujniki dymu i temperatury grzałek, specjalną odzież, w tym buty, które są w stanie kierować użytkownika we właściwym kierunku. Ważną rolę odgrywa automatyczna łączność z pielęgniarką lub członkiem rodziny, nawiązywana na przykład w sytuacji, gdy senior upadnie na podłodze lub gdy w nocy opuści łóżko i długo nie będzie do niego wracał. Urządzenia same mogą w tej sytuacji nadać sygnał alarmowy do osoby odpowiedzialnej za opiekę. Jedna kwestia wymaga jednak wnikliwej analizy. Telemedycyna koszty obniża, ale one wciąż istnieją. Kto powinien opłacać tę medyczną infrastrukturę: państwo, samorząd czy sam pacjent?

Sidsel Bjørneby zakończyła wykład, pokazując satyryczny rysunek „mieszkanie przyszłości”, gdzie nawet kot sterowany jest jak samochód na baterie. Sala gruchnęła śmiechem. – Oczywiście, nie o taką sytuację nam chodzi – przyznała Sidsel Bjørneby, gdy emocje opadły. – Ale zgromadzenie gadżetów, dzięki którym tworzymy kompleksowe rozwiązanie, pacjent jest niezależny i ma poczucie bezpieczeństwa. To pozwala mu uniknąć opieki instytucjonalnej.

Każde państwo ma swoje metody

Ankiety przeprowadzone w 31 ośrodkach w Norwegii wykazały, że pacjenci są bardzo zadowoleni z takiego systemu opieki (9 na 10 użytkowników specjalnych przenośnych urządzeń alarmowych deklaroowało poczucie bezpieczeństwa). Sigrid Aketun dodała, że jest to pierwszy kraj na świecie, gdzie funkcjonuje narodowy program dotyczący demencji. Prelegenci zaznaczyli jednak, że każde państwo musi wypracować własne metody opieki nad seniorem, na opracowanie i wdrożenie których potrzeba wiele lat. Tę właśnie kwestię obszernie omówiła dr Dorota Szczeniak z UM. Opisała ona Centra Spotkań dla osób z otępieniem i ich opiekunów, które łączą funkcje terapeutyczne, opiekuńcze i towarzyskie, a cieszą się ogromnym zainteresowaniem. W Polsce koordynatorem projektu wdrażania – pod nazwą MeetingDem – jest prof. Joanna Rymaszevska z wrocławskiego UM. Ankieta przeprowadzona wśród pacjentów i ich opiekunów, po pierwszych 3 miesiącach działania polskich Centrów, wykazała, że przynoszą one chorym stuprocentową satysfakcję i zadowolenie.

Dr hab. n. med. Donata Kurpas prof. nadzw. (UM) przedstawiła „Potrzeby somatyczne, psychologiczne i społeczne pa-

cjentów +60 z Dolnego Śląska ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia społecznego (instrumentalnego, rzeczowego, informacyjnego) dla pacjentów i ich opiekunów”. Przytoczyła dokładne dane liczbowe, z których wynika, że średnia wieku mieszkańców miast jest wyższa niż mieszkańców wsi. Zauważyła, że wśród seniorów dominują kobiety (poprzednicy wspominali o nadumieralności mężczyzn), które w dodatku mają niskie emerytury lub żyją samotnie. – To one – podkreśliła – są bardzo zagrożone brakiem opieki. Rośnie liczba seniorów korzystających z poradni zdrowia psychicznego i poradni uzależnień. Właśnie prof. dr hab. Kurpas zaprezentowała, można odnieść wrażenie, podejście szczególnie empatyczne i pełne zrozumienia wobec chorych i bezradnych. Wskazała na osłabienie rodzin i ubóstwo, z powodu których państwo będzie zwiększać nakłady na opiekę długoterminową. Na koniec zapelowała: – Bardzo państwa proszę – nie używajcie wobec nich terminu „osoba starsza”, który wartościuje. Używajcie terminu „osoba w podeszłym wieku”.

Lekarze, pielęgniarki, opiekunki

W dyskretny sposób pojawiał się wątek wykwalifikowanych kadr medycznych. – Chciałbym, aby lekarze wykształceni na polskich uczelniach zostali w kraju” – przyznał wicemarszałek. Goście z Norwegii wspomnieli, że młode pokolenie nie garnie się do pracy opiekuńczej... Zaś prof. dr hab. Donata Kurpas zwróciła uwagę na syndrom wypalenia się opiekuna, znany już – jak zaznaczyła – od lat 70. XX w. Dr Piotr Karniej z UM, którego wystąpienie zakończyło konferencję, podkreślił rolę polskich pielęgniarek środowiskowych. – W Polsce pielęgniarka pełni tę samą funkcję co w Norwegii terapeuta. Jest „centrum dowodzenia”, rozpoznaje chorobę, określi potrzeby i doradzi formy opieki – podsumował. – Dlatego pielęgniarki potrzebują wszechstronnych szkoleń i nowych kompetencji. Dr Karniej zapowiedział, że w ramach współpracy z Almas House Polska w październiku 2016 r. ruszają kursy zawodowe dla pielęgniarek POZ na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego.

Technopol zamiast rodziny?

Stowarzyszenie Klaster Innowacyjna Medycyna zdobyło dotąd 121 000 zł ze środków mechanizmu norweskiego (operatorem środków jest Ministerstwo Zdrowia) oraz – w latach 2013-15 – 150 857, 17 zł dotacji z Dolnośląskiego Urzędu Marszałkowskiego. Wdrożyło już projekty „Szkoła USG w medycynie rodzinnej”, „Vicedoktor”, „Szkoła błędów”, konferencja „Niepełnosprawni sprawni” i właśnie „Almas House Polska”. Na tym etapie jeszcze trudno mówić o budowie centrum kompetencyjno-doradczego dla pacjentów, rodzin i opiekunów (cel bezpośredni), ale poszczególne podmioty – Politechnika Wrocławska i producent specjalnych „opasek opiekuńczych” – już wyraziły chęć współpracy w zakresie opracowywania nowych technologii.

W trakcie konferencji znalazł się czas na networking, nawiązywanie kontaktów biznesowych. Ale czy systemowe rozwiązania technologiczne nie przekształcą społeczeństwa w technopol? – Nie zgadzam się z tą sugestią – mówi dr Elżbieta Protasiewicz, wiceprezes Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców. – Mówimy przecież o rozwiązaniu, które nie jest idealne, ale jest optymalne. Jeżeli zanikają rodzinne wielopokoleniowe, zamieszkujące jeden dom, telemedycyna pozwala pozostawić osobę starszą w jej naturalnym środowisku, co jest przecież o wiele lepszym rozwiązaniem niż obcy dom opieki. Prezes Bartosz Hajncz ocenia: – Technologie to nie jest cel sam w sobie, ale wsparcie dla pacjenta w jego własnym domu, by zachował poczucie godności i niezależności. Nie można nikogo uszczęśliwiać na siłę.

Aleksandra Solarewicz

Real Madryt w neurologii

– Co by pan teraz powiedział innym kandydatom do programu?

– Nie zastanawiajcie się ani chwili! – odpowiada z przekonaniem Dariusz Fidyka.

W 2010 roku mężczyzna miał całkowicie przecięty rdzeń kręgowy, a dzięki leczeniu we wrocławskiej klinice częściowo odzyskał czucie w nogach i może jeździć na specjalnym rowerze. Dariusz Fidyka jest pierwszym beneficjentem „Wrocław Walk Again”. 8 marca 2016 r. w auli Wydziału Farmacji UM odbyła się konferencja prasowa, podczas której zaprezentowano ten eksperymentalny program i ogłoszono nabór do nowej edycji.

– „Wrocław Walk Again” jest kontynuacją nowatorskiej, eksperymentalnej terapii rekonstrukcji całkowicie przerwanego rdzenia kręgowego przy użyciu komórek glejowych pobranych z opuszki węchowej oraz wszczepów z nerwów obwodowych – tłumaczył neurochirurg, dr hab. Paweł Tabakow, kierownik projektu i główny prelegent tej konferencji. Zastosowanie komórek glejowych odkrył prof. Geoffrey Raisman z UCL Institute of Neurology. Jednak dopiero interdyscyplinarny zespół polskich i brytyjskich naukowców, który przystąpił do pracy w Klinice Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, wprowadził tę koncepcję do praktyki klinicznej. Mogą już oficjalnie pochwalić się pierwszym sukcesem.

Ból, zimno, dotyk. Jazda!

Pierwszą operację rekonstrukcji rdzenia wykonano w 2012 r. Pacjentem był właśnie Dariusz Fidyka, który w 2010 r. został ciężko ranny – napastnik zadał mu kilkanaście ciosów nożem, co skutkowało przecięciem rdzenia kręgowego. – Wcześniej ośmiomiesięczna rehabilitacja nie mogła go uruchomić, a pół roku po zabiegu rekonstrukcji zaczął stawiać pierwsze kroki – opowiadał dr hab. P. Tabakow. Pacjent ćwiczył według własnej metody usprawniania pacjentów, opracowanej przez mgr. Stefana Okurowskiego. W nogach wróciło czucie bólu, zimna, dotyku, temperatury... Dariusz Fidyka odzyskał częściowo czucie i zależną od woli ruchomość w porażonych kończynach oraz możliwość poruszania się. Poprawie uległy też pewne seksualne funkcje organizmu.

Rok po operacji pokonywał już – przy poręczach – odległość 5 metrów z prędkością kilkunastu centymetrów na sekundę. Dziś może jeździć na specjalnym trzykołowym rowerze. Dla niego to już nie „metry”, a kroki milowe.

Bliscy Nobla

Nic dziwnego, że w konferencyjnych wystąpieniach padały słowa: „projekt o epokowym znaczeniu”, „Real Madryt w neurologii”, „ekspersi są na granicy Nobla”. Uczestniczący w konferencji rektor UM prof. Marek Ziętek nie krył satysfakcji z owocnej współpracy między swoim uniwersytetem i University College London. Chęć udziału w programie deklaruje już 5 kolejnych zagranicznych instytucji, w tym uniwersytety z Australii oraz Singapuru. Jak podkreśla dr hab. P. Tabakow, pionierzy „Wrocław Walk Again” na razie traktują te oferty ostrożnie, bo nie mają jeszcze pełnych danych o skuteczności terapii. Potrzebne są dalsze badania, których wyniki i tak będzie można opublikować dopiero z czasem. Właśnie toczy się nabór do nowej edycji programu. Zgłoszenia napływają z całego świata, ale terapii zostaną poddani maksymalnie dwaj pacjenci. Kandydaci muszą spełniać takie wymagania:



Fot. A.S.

1. wiek od 16 do 65 lat <urazowe przerwanie ciągłości rdzenia kręgowego, jego całkowite przecięcie ostrym narzędziem, potwierdzenie przerwania rdzenia w badaniu rezonansem magnetycznym (MRI)>;
2. całkowite zniesienie czucia i zależnych od woli ruchów mięśni w obszarach zaopatrywanych przez rdzeń poniżej miejsca jego uszkodzenia (stopień uszkodzenia ASIA A, Frankel A – w razie wątpliwości pacjent powinien skorzystać z opinii lokalnego neurologa/neurochirurga co do stopnia ciężkości uszkodzenia);
3. pacjent poddawany ciągłej rehabilitacji;
4. dobra motywacja i gotowość do współpracy, brak zaburzeń psychicznych i umysłowych;
5. w przypadku osób mieszkających za granicą, gotowość do spędzenia w Polsce (wraz z osobą towarzyszącą) 3 lat (z przerwami), bo właśnie taki okres trwa leczenie. Okazuje się, że poszukiwanie kandydatów za granicą jest nawet koniecznością, ponieważ przypadek medyczny, jak opisany wyżej, jest wielką rzadkością. W Polsce trafia się raz na 5 lat.

Warunki dyskwalifikujące kandydata i inne niezbędne informacje znajdują się na stronie internetowej projektu: <https://walk-again-project.org>. Formularz elektroniczny jest jedyną – jak podkreślają organizatorzy – drogą kontaktu z zespołem „Wrocław Walk Again”. – Nie telefony, nie listy. Formularz – podkreślał dr hab. P. Tabakow. Tylko ta forma komunikacji z pacjentami nie koliduje z intensywną pracą.

W Polsce trzy razy taniej

Zakwalifikowany do programu pacjent nie ponosi żadnych kosztów leczenia. W całości pokrywają je darczyńcy, głównie Nicholls Spinal Injury Foundation. Pomaga AXIS, Stowarzyszenie Pomocy dla Chorych po Urazie Rdzenia Kręgowego, na rzecz którego można składać darowizny. – Całkowity koszt trzyletniego leczenia jednej osoby w Polsce to 250 000 funtów – tłumaczył dr hab. P. Tabakow – a i tak za granicą koszty są dwu-/trzykrotnie wyższe. Wyzwanie jest ogromne, pod każdym względem, i „Wrocław Walk Again” wciąż poszukuje sponsorów.

Wystąpieniom konferencyjnym przysłuchiwał się sam Dariusz Fidyka, który odpowiadał na pytania dziennikarzy. – Były chwile załamania i problemy, ale w ciągu miesięcy pojawiły się sygnały ze strony mięśni, i to mi dało powera – mówił. Siła i spokój, jakie od niego promieniują, świadczą o wierze w efekt i uporze, z jakim pracowali pacjent i rehabilitanci. – Powtórzę: to jest „Barcelona”, której warto pomóc – powiedział z humorem na zakończenie dr hab. Paweł Tabakow.



Dr n. med. Piotr Salomon
Fot. z archiwum Fundacji Anioły Farmacji i Anioły Medycyny

Kardiolog z Wrocławia wśród Aniołów Medycyny 2015

Dr n. med. Piotr Salomon, internista i kardiolog pracujący na co dzień we wrocławskim Centrum Kardiologicznym Kar-diomedical, został wyróżniony nagrodą Anioł Medycyny 2015 podczas lutowej gali w Filharmonii Narodowej w Warszawie. O przyznaniu statuetki lekarzowi zdecydowała ostatecznie Kapituła pod przewodnictwem prezesa honorowego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego prof. dr. hab. n. med. Jerzego Woy-Wojciechowskiego. Ale to pacjenci zgłosili jego kandydaturę do tytułu Anioła.

Laureat przez wiele lat współpracował z wrocławską Kliniką Kardiologii, gdzie piastował stanowisko adiunkta oraz praktykował zawód lekarski na Oddziale Kardiologicznym, Oddziale Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Pracowni USG. Jest doświadczonym nauczycielem akademickim, dydaktykiem, kierownikiem specjalizacji wielu młodych lekarzy, wykładowcą na sesjach towarzystw naukowych oraz na kursach naukowych i specjalizacyjnych. Bierze czynny udział w konferencjach Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jest także członkiem wielu innych towarzystw, m.in.: Polskiego Towarzystwa Internistycznego, Europejskiego Towarzystwa Echokardiograficznego, Sekcji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Autor wielu publikacji kardiologicznych oraz redaktor i tłumacz specjalistycznych książek o tej tematyce.

– Od tego czy wzbudzę zaufanie pacjenta i czy on będzie ze mną szczerze rozmawiał, zależy trafność diagnozy – twierdzi dr Salomon. – Dlatego w swojej pracy najbardziej cenię rozmowy z ludźmi. Staram się stworzyć taką atmosferę, by pacjenci nie bali się mówić. Co ciekawe, w młodości marzyłem, by zostać ichtiologiem i zajmować się rybami, które przecież – jak wiemy – głosu nie mają.

Nagroda przyznawana jest z inicjatywy Fundacji Anioły Farmacji i Anioły Medycyny, podlegającej ministrowi zdrowia. Na oficjalnej stronie organizacji czytamy: „Kandydaci do tytułów Aniołów zostali zgłoszeni przez pacjentów, którzy w ten sposób wyrażają swoją wdzięczność za profesjonalną, troskliwą i ponadstandardową opiekę”.

M.J.



Fot. dr Wojciech Hejrtur

W czwartym dniu rekolekcji, mszy św. przewodniczył arcybiskup metropolita wrocławski Józef Kupny.

Rekolekcje Wielkopostne Wrocławskiej Służby Zdrowia

W dniach 13-16 marca br. w kościele św. Franciszka z Asyżu przy ul. Borowskiej 174 odbyły się Rekolekcje Wielkopostne Wrocławskiej Służby Zdrowia, które poprowadził ks. dr Wojciech Bartoszek, Krajowy Duszpasterz Apostolstwa Chorych. Nauki rekolekcyjne i homilie wygłaszane podczas mszy św. dotyczyły ważnych aspektów naszego życia: 1. godności człowieka – zwłaszcza w kontekście choroby, 2. duchowości człowieka jako fundamentu życia; niegdyś chrześcijanie kontemplowali ją przez pobyt na pustyni, dziś przez modlitwę i rekolekcje, 3. egzystencji człowieka w odniesieniu do prawdy, dobra, piękna oraz sumienia, 4. świadectwa wiary – na podstawie przypowieści z Ewangelii i przykładów z życia świętych, 5. modlitwy – naszej rozmowy z Bogiem, 5. apostołstwa chorych opartych na doświadczeniach ks. rekolekcjonisty 6. miłości do bliźniego – w oparciu o przypowieść o dobrym Samarytaninie z Ewangelii wg św. Łukasza.

Po naukach rekolekcyjnych odbywała się kilkunastominutowa cicha adoracja Najświętszego Sakramentu i błogostawieństwo. W czwartym dniu rekolekcji mszy św. przewodniczył arcybiskup metropolita wrocławski Józef Kupny, obecni byli także kapelani wrocławskich szpitali. Ks. dr Wojciech Bartoszek zakończył rekolekcje homilią nt. Krzyża, uświadamiając zebranym, jak wiele ma On znaczeń i że jest wszechobecny.

Tradycyjnie po Eucharystii spotkaliśmy się na agapie w Rotundzie. Przed wspólnym posiłkiem złożyliśmy życzenia ks. abp. Józefowi Kupnemu, który wkrótce obchodzić będzie imieniny. Nie zabrakło też życzeń wielkanocnych. Podziękowaliśmy księdzu rekolekcjonistę za głębokie przeżycia duchowe, a Duszpasterzowi Wrocławskiej Służby Zdrowia ks. prałatowi Kazimierzowi Sroce za wspaniałą organizację rekolekcji.

dr hab. n. med. Jadwiga Nowicka
sekretarz Oddziału Dolnośląskiego KSLP



Źródła grafik: www.pixbay.com/photos/6104068209_e7d2f5ca1b_o/hang_in_there, www.pixbay.com/photos/4890923608_27d19431d4_o/CGP Grey – obraz modyfikowany

SWOBODNY PRZEPŁYW PACJENTÓW NA TERYTORIUM UE

Tekst Małgorzata Paszkowska

Swoboda przepływu osób należy do fundamentów integracji europejskiej i jest jedną z tzw. czterech wolności. Poza nią wewnętrzny rynek europejski (także w ochronie zdrowia) tworzy swoboda przepływu towarów, usług i kapitału (art. 26 Traktatu o funkcjonowaniu UE). Swoboda przepływu osób obejmuje przede wszystkim swobodę przepływu pracowników. Oznacza ona prawo do podejmowania pracy na terenie całego rynku wewnętrznego oraz do swobodnego przemieszczania się w tym celu. Generalnie każdy obywatel Unii ma prawo do swobodnego podróżowania, podejmowania pracy, studiowania i zamieszkania w wybranym przez siebie kraju członkowskim. W razie zmiany miejsca zamieszkania lub podróży obywatela ubezpieczonego w jednym z państw Unii, prawo do świadczeń medycznych przemieszcza się razem z nim. W aspekcie ochrony zdrowia swoboda przepływu osób obejmuje: 1) swobodny przepływ profesjonalistów medycznych w tym lekarzy, 2) swobodny przepływ pacjentów.

Z zasady (swobody) przepływu osób należy wyprowadzić prawo unijnego pacjenta do świadczeń zdrowotnych na terytorium UE. Pełne urzeczywistnienie swobody przepływu pacjentów i profesjonalistów medycznych oraz mobilność obywateli UE wymaga zabezpieczenia im dostępu do opieki medycznej. Obecnie obowiązują dwa odrębne i konkurencyjne wobec siebie systemy dostępu do świadczeń zdrowotnych (rzeczowych) na terytorium całej Unii Europejskiej, tj. system koordynacji zabezpieczenia społecznego oraz system opieki transgranicznej. Celem artykułu jest przedstawienie podstaw prawnych wynikających z prawa UE oraz głównych zasad dotyczących leczenia pacjentów w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej niż ich państwo stałego zamieszkania.

Dr adw. Małgorzata Paszkowska

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

SYSTEM KOORDYNACJI ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

Historycznie starszym jest system koordynacji zabezpieczenia społecznego wprowadzony w UE już na początku lat 70. XX wieku. Koordynacja polega na wprowadzaniu i stosowaniu wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad, które określają warunki otrzymania pomocy medycznej przez pacjenta (ubezpieczonego w swoim kraju). Dzięki koordynacji każde z państw członkowskich UE zachowuje własny, dotychczas obowiązujący system zabezpieczenia społecznego (w tym zdrowotnego). Obywatele UE powinni być traktowani na terytorium każdego państwa członkowskiego tak, jak w kraju ojczystym. Zasada powyższa dotyczy także prawa do opieki medycznej. Z dniem 1 maja 2010 r. weszły w życie i obowiązują aktualnie nowe rozporządzenia w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, tj.:

1) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. UE L. 166 z 30.04.2004 z późn. zm.),

2) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. UE L 284 z 30.10.09).

Obowiązek stosowania ww. rozporządzeń od dnia 1 maja 2010 r. dotyczy wszystkich (obecnie 28) państw członkowskich Unii Europejskiej.

Rozporządzenia (system koordynacji) stosuje się do obywateli państwa członkowskiego, bezpaństwowców i uchodźców mieszkających w państwie członkowskim, którzy podlegają lub podlegali ustawodawstwu jednego lub kilku państw członkowskich oraz do członków ich rodzin i osób pozostałych przy życiu. Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń w ramach koordynacji będą przede wszystkim obywatele państwa członkowskiego UE. Zasady przyznawania obywatelstwa poszczególnego państwa członkowskiego UE uregulowane są w prawie wewnętrznym państwa (np. w Polsce w ustawie z dnia 2 kwietnia 2009 r. o obywatelstwie polskim). Zasadniczo za członków rodziny uważa się małżonków, nieletnie dzieci i dzieci pozostające na utrzymaniu, które osiągnęły pełnoletniość. W świetle rozporządzenia nr 883/2004 prawo do świadczeń rzeczowych/świadczeń zdrowotnych wynika z prawa do świadczeń z tytułu choroby. Prawo do świadczeń zdrowotnych, zwanych w przepisach świadczeniami w naturze, mają ubezpieczeni i członkowie ich rodzin. Ubezpieczony oznacza każdą osobę spełniającą warunki wymagane na podstawie ustawodawstwa państwa członkowskiego do posiadania prawa do świadczeń. Ubezpieczonymi, a tym samym mającymi prawo do leczenia, są przede wszystkim pracownicy najemni i prowadzący działalność na własny rachunek. Podstawową zasadą jest, iż ubezpieczony lub członkowie jego rodziny, którzy mają miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim niż właściwe państwo członkowskie, otrzymują w państwie członkowskim, w którym mają miejsce zamieszkania (np. tam gdzie pracują), świadczenia rzeczowe udzielane, w imieniu właściwej instytucji, przez instytucję miejsca zamieszkania, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak, jak gdyby byli oni ubezpieczeni na mocy tego ustawodawstwa (np. Polak w Niemczech ma prawo do świadczeń zdrowotnych w takim samym zakresie jak obywatel Niemiec i odwrotnie). Uprawiony pacjent w każdym innym państwie UE w świetle rozporządzenia nr 883/2004 ma generalnie prawo do dwóch kategorii świadczeń zdrowotnych tj.:

- 1) świadczeń niezbędnych ze względów medycznych,
- 2) planowanego leczenia.

Zgodnie z art. 19 rozporządzenia nr 883/2004 ubezpieczony i członkowie jego rodziny, przebywający w innym państwie członkowskim niż państwo właściwe, są uprawnieni do świadczeń rzeczowych, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie ich pobytu, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu. Przez pojęcie świadczenia niezbędnego należy rozumieć każde świadczenie, co do którego lekarz zadecyduje, że zachodzi konieczność jego udzielenia z uwagi na stan zdrowia w jakim znajduje się pacjent, tak, aby nie musiał on wracać do swojego państwa właściwego, czyli państwa ubezpieczenia w celu uzyskania leczenia. Leczenie planowane za granicą jest to przewidywany, ściśle określony zakres leczenia, który może zostać przeprowadzony poza granicami kraju. Zgodnie z art. 20 rozporządzenia nr 883/2004 ubezpieczony udający się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania świadczeń rzeczowych (np. operacji neurochirurgicznej) powinien ubiegać się o zezwolenie na leczenie właściwej instytucji (np. w Polsce NFZ). Zezwolenie zostaje wydane, jeżeli przedmiotowe leczenie należy do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania oraz jeżeli nie może on uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby. Problematykę planowego leczenia w innym państwie członkowskim reguluje w polskim prawie przede wszystkim Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wydane na jej podstawie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada

2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (będzie ona tematem kolejnego artykułu).

Dla realizacji uprawnień przez ubezpieczonych, tj. skorzystania z prawa do świadczeń zdrowotnych, generalnie niezbędne jest posiadanie przez nich dokumentu wydanego przez instytucję właściwą potwierdzającego prawo do świadczeń i przedstawienie go świadczeniodawcy. Jednakże, jeżeli ubezpieczony nie posiada takiego dokumentu, to instytucja miejsca pobytu może wystąpić do instytucji właściwej o jego wystawienie. Odpowiednie dokumenty zostaną przez UE określone, obecnie nadal stosuje się stare formularze m.in. Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Należy pamiętać, że w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, z opieki medycznej można korzystać wyłącznie u świadczeniodawców/lekarzy, którzy funkcjonują w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej w państwie pobytu. Świadczenia rzeczowe udzielane przez instytucję państwa członkowskiego w imieniu instytucji innego państwa członkowskiego podlegają pełnemu zwrotowi (koszty rzeczywiste). System koordynacyjny w odróżnieniu od systemu opieki transgranicznej preferuje publicznych świadczeniodawców i zasadniczo poza udzielaniem świadczeń doraźnych (przede wszystkim turystom) nie ma on większego wpływu na funkcjonowanie polskich świadczeniodawców medycznych.

SYSTEM OPIEKI TRANSGRANICZNEJ

„Transgraniczna opieka zdrowotna” oznacza w prawie UE opiekę zdrowotną świadczoną lub przepisaną w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia. Konkurencyjnym dla świadczeniobiorców systemem w stosunku do koordynacji zabezpieczenia społecznego dla dostępu do świadczeń zdrowotnych jest nowy system związany z tzw. opieką transgraniczną i wydaną w przedmiotowym zakresie dyrektywą 2011/24/UE w sprawie (stosowania) praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej z 9 marca 2011. Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej zmierza do zapewnienia osobom ubezpieczonym w państwach członkowskich Unii Europejskiej możliwości swobodniejszego korzystania z opieki medycznej poza granicami własnych krajów. Przedmiotowa dyrektywa reguluje zasady udzielania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, zarówno przez publicznych, jak i prywatnych świadczeniodawców. Dyrektywa nr 2011/24/UE ma zastosowanie do poszczególnych pacjentów, którzy decydują się skorzystać z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim niż państwo członkowskie ubezpieczenia. Wyłączenia z zakresu stosowania dyrektywy w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej dotyczą:

- 1) usług w zakresie opieki długoterminowej, które uznaje się za konieczne, by osoba wymagająca opieki mogła prowadzić jak najpełniejszą i jak najbardziej niezależną egzystencję (przykładowo dyrektywa nie ma zastosowania do usług w zakresie opieki długoterminowej świadczonych w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych),
- 2) transplantacji (w przedmiocie dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów oraz przydziału tych narządów),
- 3) programów powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym (z pewnymi wyjątkami).

Ogólnie przyjęty mechanizm systemowy zakłada, iż każdy wyjeżdżający za granicę pacjent po otrzymaniu w innym kraju Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej może dochodzić od płatnika (np. w Polsce od NFZ) zwrotu kosztów otrzymanych świadczeń. Wystarczającym warunkiem otrzymania refundacji ma być przedstawienie krajowej instytucji ubezpieczeniowej rachunku lub faktury wystawionej przez zagranicznego płatnika. Zgodnie z art. 7 dyrektywy 2011/24/UE państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia. W ramach transgranicznej

opieki medycznej pacjent może korzystać, co bardzo istotne, z usług zarówno publicznych, jak i prywatnych świadczeniodawców (inaczej niż w systemie koordynacji). Państwo członkowskie ubezpieczenia może przewidzieć system udzielania uprzedniej zgody na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej (i tak bywa np. w prawie polskim). Jednakże rodzaj opieki zdrowotnej, której udzielenie może wymagać uprzedniej zgody, jest ograniczony do opieki zdrowotnej, która:

- a) wymaga zaplanowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim oraz:
 - obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub
 - występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej;
- b) obejmuje leczenie stwarzające szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa lub
- c) jest świadczona przez świadczeniodawcę, który w poszczególnych przypadkach może budzić poważne i szczególne wątpliwości związane z jakością lub bezpieczeństwem opieki, z wyłączeniem opieki zdrowotnej, która podlega prawodawstwu unijnemu zapewniającemu minimalny poziom bezpieczeństwa i jakości w całej Unii.

Transgraniczna opieka zdrowotna powinna być świadczona zgodnie z przepisami prawa państwa członkowskiego leczenia (jest to państwo członkowskie, na którego terytorium faktycznie świadczona jest opieka zdrowotna). Dyrektywa przyjmuje istotną w praktyce zasadę, żeby świadczeniodawcy stosowali na swoim terytorium wobec pacjentów z innych państw członkowskich tę samą skalę opłat za opiekę zdrowotną, która jest stosowana wobec pacjentów krajowych (ma obowiązywać ten sam cennik usług).

Państwa członkowskie UE miały obowiązek zmienić najpóźniej do 25 października 2013 r. krajowe regulacje prawne, aby były zgodne z postanowieniami dyrektywy 2011/24/UE (czyli implementować dyrektywę). Dyrektywa nr 2011/24/UE powinna być wdrożona przez Polskę również w powyższym terminie, jednakże stało się to dopiero z dniem 15 listopada 2014, kiedy to weszła w życie ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w skrócie u.s.o.z.) oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 poz.1491). Zgodnie z generalną zasadą, wyrażoną w art. 42b u.s.o.z., świadczeniobiorca uprawniony jest do uzyskania zwrotu kosztów świadczenia udzielonego w innym państwie członkowskim UE w przypadku, jeśli należy ono do tzw. świadczeń gwarantowanych. W praktyce polski pacjent ma prawo do zwrotu pieniędzy zapłaconych bezpośrednio za uzyskane świadczenie opieki zdrowotnej, ale tylko za takie, które należą w Polsce do świadczeń gwarantowanych (czyli finansowanych/współfinansowanych ze środków publicznych). Powyższe prawo do zwrotu kosztów (co wynika też bezpośrednio z dyrektywy UE) nie dotyczy:

- 1) obowiązkowych szczepień ochronnych;
- 2) opieki długoterminowej, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego;
- 3) przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów obejmujących czynności określone w Ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. u. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).

Podstawowym warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest uzyskanie przez świadczeniobiorcę, przed skorzystaniem ze świadczenia podlegającego zwrotowi kosztów, odpowiedniego skierowania lub zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego. Co ważne wymagane skierowanie może być wystawione przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Polska kraju członkowskim UE i w takim przypadku jest ono traktowane na równi ze skierowaniem wystawionym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego według polskich przepisów. Jednakże w przypadku niektórych rodzajów świadczeń dodatkowym wymogiem zwrotu kosztów jest uprzednie wydanie zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europej-

skiej. Zgodę wydaje, w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Wykaz konkretnych świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uprzedniej zgody dyrektora OW NFZ, znajduje się obecnie w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2014 poz.1545) i obejmuje m.in. takie badania jak: PET, TK, MRI oraz badania genetyczne a także świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń.

NFZ dokonuje zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej generalnie kwocie finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wzór wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego Unii Europejskiej, określa obecnie załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz. U. z 2014, poz.1538).

W ramach transgranicznej opieki medycznej pacjent może korzystać z usług zarówno publicznych, jak i prywatnych świadczeniodawców. Oznacza to, że w przypadku Polski świadczenia unijnemu pacjentowi mogą udzielać na tych samych zasadach zarówno publiczne, jak i prywatne podmioty lecznicze oraz prywatne praktyki zawodowe. Transgraniczna opieka zdrowotna powinna być także świadczona zgodnie z normami i wytycznymi dotyczącymi jakości i bezpieczeństwa określonymi przez państwo członkowskie leczenia oraz zgodnie z przepisami Unii dotyczącymi norm bezpieczeństwa z uwzględnieniem zasad powszechności, dostępu do opieki o wysokiej jakości oraz zasad równości i solidarności.

Implementacja przez Polskę dyrektywy nr 2011/24/UE spowodowała także nałożenie nowych obowiązków o charakterze informacyjnym na wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą (niezależnie od posiadania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia). Zgodnie bowiem z art.14 ust.2 ustawy z 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 poz. 618) podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela:

- 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
- 2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia (tj. od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w przypadku szpitala z tytułu zdarzeń medycznych);
- 3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu.

Podkreślić należy, że powyższych informacji udzielić należy dopiero po wystąpieniu z wnioskiem o ich udzielenie przez pacjenta. Ponadto podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje Krajowemu Punktowemu Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, na ich wniosek, dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym we wniosku pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń. Podstawową korzyścią wynikającą z wdrożenia regulacji dotyczących opieki transgranicznej jest możliwość wzrostu ilości świadczeń komercyjnych udzielanych pacjentom z innych państw UE przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w Polsce (szczególnie w województwach przygranicznych).



Prawo na co dzień

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

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



Źródła grafik: www.flickr.com/photos/16660796639_0e1570ceaf_k/GetCredit, www.pixabay.com/photos/graduation/879941 – obraz modyfikowany

1 maja 2016 r. wchodzi w życie część przepisów Ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2015 r., poz. 1991.

Nowelizacja dokonuje zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przepisy wprowadzają pojęcie **elektronicznej karty szkolenia specjalizacyjnego (EKS)**, przez co rozumie się elektroniczne odwzorowanie karty szkolenia specjalizacyjnego, stanowiące potwierdzenie realizacji programu specjalizacji i jego ukończenia.

SYSTEM MONITOROWANIA KSZTAŁCENIA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH (SMK)

Konto w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zakłada w celu dokonywania czynności w tym systemie:

- student 6. roku studiów na kierunku lekarskim albo student 5. roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym,
- lekarz albo lekarz dentysta,
- kierownik specjalizacji.

Warunkiem dokonywania przez wymienione osoby czynności za pomocą SMK jest uwierzytelnienie tożsamości osoby, która konto założyła i weryfikacja uprawnień tej osoby. Uwierzytelnienia dokonuje się przez: złożenie bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP lub potwierdzenie przez właściwą uczelnię medyczną tożsamości osoby, która konto założyła, lub potwierdzenie przez właściwą okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską tożsamości osoby, która konto założyła.

Weryfikacji uprawnień dokonuje w stosunku do:

- studenta – właściwa uczelnia medyczna, na której odbywa studia;
- lekarza albo lekarza dentysty, właściwa miejscowo okręgowa izba lekarska, a jeżeli nie jest możliwe ustalenie właściwej okręgowej izby lekarskiej – NIL;
- kierownika specjalizacji – właściwa jednostka uprawniona do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

Dane zamieszczane w SMK, na podstawie niniejszej ustawy, mogą zostać udostępnione:

- lekarzowi – w zakresie śledzenia przebiegu własnego kształcenia;
- uczelniom – w zakresie zadań określonych niniejszą ustawą oraz monitorowania karier zawodowych swoich absolwentów;
- konsultantom krajowym i konsultantom wojewódzkim – w zakresie, w jakim biorą udział w kształceniu lekarzy;
- Centrum Egzaminów Medycznych – w szczególności w zakresie organizowania i przeprowadzania egzaminów państwowych oraz innych egzaminów z zakresu kształcenia lekarzy;
- Centrum Medycznemu Kształcenia Podyplomowego – w szczególności w zakresie udzielania akredytacji jednostkom organizacyjnym, koordynacji organizacji kursów szkoleniowych oraz kontroli i monitorowania realizacji szkolenia specjalizacyjnego;
- wojewodom – w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy,
- Ministrowi Obrony Narodowej – w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MON;
- Ministrowi Spraw Wewnętrznych – w szczególności w zakresie procesu szkolenia specjalizacyjnego lekarzy pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych, utworzonych przez ministra spraw wewnętrznych;
- podmiotom uprawnionym do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów;
- okręgowym radom lekarskim oraz NRL.

SMK zawiera informacje o przyznanych prawach wykonywania zawodu.

LEKARSKI EGZAMIN KOŃCOWY I LEKARSKO-DENTYSTYCZNY EGZAMIN KOŃCOWY

LEK i LDEK odbywają się dwa razy do roku, równocześnie, zgodnie z regulaminem porządkowym LEK i LDEK, w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM. Do LEK może przystąpić: student 6. roku studiów na kierunku lekarskim polskiej szkoły wyższej, albo lekarz. Do LDEK może przystąpić: student 5. roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym polskiej szkoły wyższej, albo lekarz dentysta.

Osoba zamierzająca przystąpić do LEK albo LDEK składa do dyrektora CEM, za pomocą SMK, zgłoszenie do LEK albo LDEK, do:

- 30 czerwca roku kalendarzowego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od 1 września do 30 września;
- 30 listopada roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych od 1 lutego do 28 lutego.

W przypadku złożenia zgłoszenia do LEK albo LDEK po raz drugi i kolejny, oraz za LEK albo LDEK składany w języku obcym, zgłaszający się wnosi opłatę egzaminacyjną w wysokości nie wyższej niż 10 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego przez prezesa GUS. Opłatę egzaminacyjną pobiera dyrektor CEM.

Dyrektor CEM zawiadamia zgłaszającego się o miejscu i terminie LEK albo LDEK oraz nadanym numerze kodowym. Zawiadomienie jest przekazywane za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej pod adresem poczty elektronicznej wskazanym przez zgłaszającego się, nie później niż 14 dni przed terminem danego LEK albo LDEK.

LEK i LDEK są składane w formie pisemnych testów, odrębnych dla zawodu lekarza i zawodu lekarza dentystry. Pytania testowe obejmują problematykę z zakresu dziedzin medycyny, określonych w przepisach wykonawczych do ustawy, ze szczególnym uwzględnieniem procedur diagnostycznych i leczniczych. **Testy i pytania testowe nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej. LEK i LDEK polega na rozwiązaniu odpowiedniego testu, składającego się z 200 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa. Za każdą prawidłową odpowiedź uzyskuje się punkt.**

Przebieg LEK i LDEK może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk. Test jest rozwiązywany przez zdającego samodzielnie. Podczas zdawania LEK i LDEK zdający nie może korzystać z żadnych pomocy naukowych i dydaktycznych, a także nie może korzystać z urządzeń służących do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji. Naruszenie tego zakazu lub rozwiązywanie testu niesamodzielnie stanowi podstawę zdyskwalifikowania zdającego. W przypadku stwierdzenia, w trakcie egzaminu, naruszenia powyższego zakazu lub rozwiązywania testu niesamodzielnie, przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego dokonuje dyskwalifikacji. W przypadku stwierdzenia, po zakończeniu egzaminu, na podstawie analizy obrazów zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, że zdający naruszył wymieniony zakaz lub rozwiązał test niesamodzielnie, przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej dokonuje dyskwalifikacji zdającego. O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę zdyskwalifikowaną. **Informację o dyskwalifikacji dyrektor CEM zamieszcza również w SMK.** O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia w przypadku: studenta – właściwą uczelnię; lekarza lub lekarza dentystry – właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. **Osoba zdyskwalifikowana nie może przystąpić do LEK albo LDEK w kolejnym najbliższym terminie egzaminu od dnia dyskwalifikacji.**

Zdający LEK albo LDEK w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas tego LEK albo LDEK. Zastrzeżenie rozpatruje, w terminie 3 dni od dnia, w którym odbywał się egzamin, komisja powołana przez dyrektora CEM. W przypadku uznania zastrzeżenia komisja unieważnia pytanie testowe objęte zastrzeżeniem. Rozstrzygnięcie to powoduje obniżenie maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów z testu. Za unieważnione pytanie nie przyznaje się punktów.

Pozytywny wynik z LEK albo LDEK otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 56 proc. maksymalnej liczby punktów z testu. Osoba, która złożyła LEK albo LDEK z wynikiem negatywnym albo złożyła LEK albo LDEK z niesatysfakcjonującym ją wynikiem, może przystąpić ponownie do egzaminu w innym terminie. Osobie, która złożyła LEK albo LDEK, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia LEK albo LDEK w terminie 21 dni od dnia złożenia egzaminu. **Wyniki egzaminu danej osoby są jej udostępniane za pomocą SMK.** Na wniosek tej osoby **dyrektor CEM wydaje odpłatnie duplikat świadectwa złożenia LEK albo świadectwa złożenia LDEK.** **Opłata za te czynności wynosi 50 zł.**

Wyniki LEK i LDEK dyrektor CEM udostępnia za pomocą SMK uprawnionym organom, uczelniom, w zakresie studentów i absolwentów ich wydziałów oraz Naczelnej Radzie Lekarskiej.

SKOLENIE SPECJALIZACYJNE

Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego i mający odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie modułu specjalistycznego, odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne, oraz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie

odpowiadającej modułowi podstawowemu, może ubiegać się, za pomocą SMK, o skierowanie go do odbywania tego modułu specjalistycznego bez postępowania kwalifikacyjnego, za zgodą właściwego konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny.

Lekarz składa, za pomocą SMK, wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny odpowiednio do:

- wojewody właściwego ze względu na obszar województwa, na terenie którego zamierza odbywać szkolenie specjalizacyjne;
- Ministra Obrony Narodowej – w przypadku lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez MON;
- Ministra Spraw Wewnętrznych – w przypadku lekarzy pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych, utworzonych przez wymienionego ministra.

Wniosek składa się w terminie od 1 lutego do 28 lutego – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od 1 marca do 31 marca, albo od 1 września do 30 września – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzane od 1 października do 31 października.

W celu zakwalifikowania lekarza do odbycia szkolenia specjalizacyjnego przeprowadza się, za pomocą SMK i z wykorzystaniem danych zamieszczonych w SMK, postępowanie kwalifikacyjne, które obejmuje ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego oraz postępowanie konkursowe. Lekarz może zwrócić się do organu prowadzącego postępowanie kwalifikacyjne o weryfikację postępowania kwalifikacyjnego w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do rozpoczęcia danego szkolenia specjalizacyjnego. **Listę ogłasza się na stronie internetowej właściwego organu oraz za pomocą SMK.**

Organ prowadzący postępowanie kwalifikacyjne, uwzględniając wynik przeprowadzonego postępowania kwalifikacyjnego, kieruje lekarza, za pomocą SMK, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie akredytowanym, posiadającym wolne miejsce szkoleniowe. Lekarz może zostać skierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry. **Przed postępowaniem kwalifikacyjnym minister zdrowia określa i ogłasza, na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK, liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji (rezydentura), w poszczególnych dziedzinach medycyny, z podziałem na województwa, na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów uwzględniającego wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa.**

Przed postępowaniem kwalifikacyjnym wojewoda ogłasza, na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK, liczbę miejsc szkoleniowych nieobjętych rezydenturą dla lekarzy w poszczególnych dziedzinach medycyny. Wojewoda przekazuje niezwłocznie, za pomocą SMK, Ministrowi Zdrowia informację o: niewykorzystanych miejscach szkoleniowych objętych rezydenturą; lekarzach, którzy brali udział w postępowaniu kwalifikacyjnym na te miejsca szkoleniowe oraz miejsca szkoleniowe nieobjęte rezydenturą i zajęli kolejne najwyższe miejsca na liście rankingowej. **Minister Zdrowia niezwłocznie informuje, za pomocą SMK, o przyznaniu miejsca szkoleniowego objętego rezydenturą właściwego wojewodę, który kieruje lekarza, za pomocą SMK, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego.** CMKP publikuje programy specjalizacji zatwierdzone przez Ministra Zdrowia na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK.

Lekarz, na swój wniosek, może odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pełnoetatowego zatrudnienia, zawartej z pod-

miotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego.

Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego zostaje dodatkowo przedłużony o okres udzielonego lekarzowi przez pracodawcę urlopu wychowawczego na zasadach określonych w przepisach ustawy – Kodeks pracy. **Informacje o przedłużeniu lekarzowi okresu szkolenia specjalizacyjnego są umieszczane w SMK.** Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu. **Kierownik specjalizacji jest odpowiedzialny za ustalenie i przekazanie lekarzowi, w szczególności za pomocą SMK, rocznych szczegółowych planów szkolenia specjalizacyjnego,** obejmujących w szczególności miejsce odbywania staży kierunkowych w sposób zapewniający realizację programu specjalizacji, w terminie miesiąca od dnia rozpoczęcia kolejnego roku odbywanego szkolenia specjalizacyjnego, w uzgodnieniu z kierownikiem podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne. Kierownik specjalizacji niezwłocznie odnotowuje każdą zmianę w rocznym szczegółowym planie szkolenia specjalizacyjnego. **Roczne szczegółowe plany szkolenia specjalizacyjnego oraz jego zmiany są zamieszczane w SMK.**

Kierownik specjalizacji niezwłocznie potwierdza realizację przez lekarza poszczególnych elementów szkolenia specjalizacyjnego za pomocą SMK, w szczególności przez potwierdzanie wpisów uzupełnianych na bieżąco przez lekarza w EKS. W ramach sprawowanego nadzoru kierownik specjalizacji, czuwa m.in. nad dopełnieniem obowiązku bieżącego uzupełniania EKS, potwierdza, za pomocą SMK, zrealizowanie poszczególnych elementów programu specjalizacji oraz zrealizowanie całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji.

Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, po uzyskaniu pozytywnej opinii kierownika specjalizacji, może wystąpić do dyrektora CMKP z wnioskiem o uznanie za równoważne ze zrealizowaniem elementów programu specjalizacji staży szkoleniowego, obejmującego szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie zabiegów lub procedur medycznych, a także staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne, i ewentualne skrócenie okresu odbywanego szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli okres od dnia ich ukończenia do dnia rozpoczęcia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego nie jest dłuższy niż 5 lat.

Zaprzestanie przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego oznacza faktyczne zaprzestanie przez lekarza realizacji programu specjalizacji, zgodnie z rocznym szczegółowym planem szkolenia specjalizacyjnego lub nieuzupełnianie wpisów, za pomocą SMK, w EKS przez lekarza, w okresie 3 miesięcy od dnia dokonania ostatniego wpisu, z przyczyn leżących po stronie lekarza. Właściwy podmiot jest obowiązany do powiadomienia za pomocą SMK odpowiednio wojewody, MON albo Ministra Spraw Wewnętrznych o zaistnieniu okoliczności, w których lekarz nie może realizować lub kontynuować szkolenia specjalizacyjnego.

Odpowiednio wojewoda, MON albo Minister Spraw Wewnętrznych wydaje decyzję o skreśleniu lekarza z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, na podstawie:

- powiadomienia przez właściwy podmiot o zaistnieniu okoliczności uniemożliwiających kontynuowanie specjalizacji lub informacji o zaistnieniu powyższych okoliczności przez inne uprawnione podmioty,
- wniosku kierownika specjalizacji o przerwanie szkolenia specjalizacyjnego po uzyskaniu przez wojewodę, MON albo Ministra Spraw Wewnętrznych opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego oraz właściwej okręgowej izby lekarskiej.

Rejestr jest prowadzony przez CMKP, za pomocą SMK, z wykorzystaniem danych niezwłocznie zamieszczanych w SMK bezpośrednio przez wojewodów, MON i Ministra Spraw Wewnętrznych.

Podmiotami weryfikującymi odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji są:

- wojewoda właściwy ze względu na obszar województwa, na terenie którego wnioskodawca odbywał szkolenie specjalizacyjne;
- MON – w przypadku wnioskodawców będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych przez MON;
- Minister Spraw Wewnętrznych lub wyznaczona przez niego komórka organizacyjna – w przypadku wnioskodawców pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra spraw wewnętrznych.

Wymienione podmioty dokonują weryfikacji formalnej odbycia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji lekarza, który uzyskał potwierdzenie zrealizowania szkolenia przez kierownika specjalizacji. Ponadto zwracają się, za pomocą SMK, do właściwych konsultantów krajowych o merytoryczną weryfikację, czy wnioskodawca odbył szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji, w terminie 14 dni od dnia uzyskania przez lekarza potwierdzenia zrealizowania szkolenia przez kierownika specjalizacji. Konsultant krajowy dokonuje weryfikacji, za pomocą SMK, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia danego podmiotu. **W przypadku niezrealizowania przez wnioskodawcę programu specjalizacji, właściwy konsultant krajowy za pomocą SMK wskazuje brakujące elementy programu specjalizacji.** Podmioty weryfikujące, niezwłocznie po uzyskaniu informacji od konsultanta krajowego: potwierdzają zakończenie szkolenia specjalizacyjnego; w przypadku niezrealizowania przez wnioskodawcę programu specjalizacji odmawiają potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz kierują do zrealizowania brakującego elementu programu specjalizacji i przedłużają okres szkolenia w trybie pozarezydenckim o czas niezbędny do realizacji tego elementu. Ponadto **zawiadamiają wnioskodawcę o rozstrzygnięciu, za pomocą SMK.** O odmowie potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego powiadamiają wnioskodawcę również na piśmie. W przypadku odmowy potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, wnioskodawca, w terminie 14 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia, może zwrócić się do uprawnionego podmiotu o weryfikację rozstrzygnięcia.

Lekarz może złożyć wniosek o zaliczenie PES w całości albo w części, jeżeli złożył z wynikiem pozytywnym egzamin organizowany przez europejskie towarzystwo naukowe, który przez Ministra Zdrowia został uznany za równoważny z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym PES w całości albo w części. Lekarz, po uzyskaniu potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w celu uznania tego egzaminu, składa wniosek do dyrektora CEM. W przypadku stwierdzenia spełnienia przesłanek pozwalających na uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z całością PES dyrektor CEM wydaje dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty. W przypadku stwierdzenia spełnienia przesłanek pozwalających na uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z częścią PES, dyrektor CEM wydaje zaświadczenie potwierdzające takie uznanie. Lekarz nie może uzyskać uznania egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym PES w całości albo w części, jeżeli złożył z wynikiem pozytywnym PES odpowiednio w całości albo w części. Lekarz nie może przystąpić do PES w całości albo w części, jeżeli uzyskał uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym PES odpowiednio w całości albo w części.

Dyrektor CEM informuje o rozstrzygnięciu w sprawie uznania egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z zaliczeniem z wynikiem pozytywnym PES w całości albo w części, za pomocą SMK.

Lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz lekarz, który ma uznany dorobek naukowy i zawodowy, może wystąpić do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES. Wniosek składa się za pomocą SMK.



Oплата w przypadku zgłoszenia do PES po raz drugi i kolejny jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM podany za pomocą SMK w trakcie składania wniosku. **Wniosek składa się w terminie do 31 lipca każdego roku dla sesji jesiennej albo do 31 grudnia każdego roku dla sesji wiosennej. Dyrektor CEM zawiadamia wnioskodawcę o miejscu i terminie egzaminu oraz nadanym numerze kodowym.** Zawiadomienie jest przekazywane za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej na adres poczty elektronicznej wskazany przez wnioskodawcę we wniosku, nie później niż 14 dni przed terminem danego egzaminu.

CEM organizuje PES dwa razy do roku w miejscach ustalonych przez dyrektora CEM. **PES dla każdej specjalności jest składany w formie egzaminu testowego i egzaminu ustnego, w kolejności tych egzaminów ustalonej przez dyrektora CEM, obejmujących zakres odbytego szkolenia specjalizacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem procedur diagnostycznych i leczniczych, z wyłączeniem wykonywania inwazyjnych zabiegów i procedur medycznych.** W uzasadnionych przypadkach Minister Zdrowia może, na wniosek dyrektora CEM, wyrazić zgodę na odstąpienie od przeprowadzenia egzaminu testowego PES dla wszystkich lekarzy dopuszczonych do PES w danej dziedzinie w określonej sesji egzaminacyjnej, z zachowaniem egzaminu ustnego, albo zdecydować o przeprowadzeniu PES jeden raz w roku – z zachowaniem wszystkich jego części, w jednej z sesji egzaminacyjnych.

Testy i pytania testowe opracowuje i ustala CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym właściwym dla danej dziedziny medycyny. Testy, pytania i zadania egzaminacyjne nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej.

Zdający PES w danym terminie może wnieść w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenie do pytania testowego wykorzystanego podczas tego PES. W przypadku uznania zgłoszonego zastrzeżenia, zadanie testowe objęte zastrzeżeniem jest pomijane przy ustalaniu wyniku egzaminu testowego w stosunku do wszystkich zdających, co odpowiednio obniża liczbę możliwych do uzyskania punktów. Punkty za zadania unieważnione nie są przyznawane. Przebieg PES może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk. Test jest rozwiązywany przez zdającego samodzielnie. Podczas zdawania PES zdający nie może korzystać z żadnych pomocy naukowych i dydaktycznych, a także nie może korzystać z urządzeń służących do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji. Naruszenie tego zakazu lub rozwiązywanie testu niesamodzielnie stanowi podstawę zdyskwalifikowania zdającego. W przypadku stwierdzenia, po zakończeniu egzaminu, na podstawie analizy obrazów zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, że zdający naruszył zakaz lub rozwiązał test niesamodzielnie, przewodniczący Państwowej Komisji Egzaminacyjnej dokonuje dyskwalifikacji zdającego. W powyższym przypadku o dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia na piśmie zdyskwalifikowanego. **Informację o dyskwalifikacji dyrektor CEM zamieszcza również w SMK.** O dyskwalifikacji dyrektor CEM zawiadamia właściwego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Osoba zdyskwalifikowana nie może przystąpić do PES w kolejnej najbliższej sesji egzaminacyjnej od dnia dyskwalifikacji.

W przypadku zgłoszenia do PES po raz drugi i kolejny lekarz ponosi opłatę w wysokości nie wyższej niż 25 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłaszanego przez prezesa GUS. **CEM ustala wyniki PES i zamieszcza w SMK, a w zakresie egzaminu testowego publikuje je także na swojej stronie internetowej.** Lekarz, który nie przystąpił do PES w wyznaczonym terminie albo uzyskał wynik negatywny z PES, może przystąpić do PES w kolejnej sesji egzaminacyjnej. Za wynik pozytywny PES uznaje się uzyskanie pozytywnych wyników z obu jego części. W przypadku gdy PES w danej sesji egzaminacyjnej składa się z egzaminu testowego i egzaminu ustnego oraz gdy dyrektor CEM ustalił, że jako pierwszy jest przeprowadzany egzamin testowy, warunkiem przystąpienia do egzaminu ustnego jest złożenie z wynikiem pozytywnym egzaminu testowego. Wynik pozytywny z części PES jest uznawany w kolejnych sześciu

sesjach egzaminacyjnych po sesji, w której został uzyskany. W przypadku nieuzyskania wyniku pozytywnego z jednej części PES albo nieprzystąpienia do części PES w ustalonym terminie, lekarz może przystąpić w innej sesji egzaminacyjnej tylko do tej części PES.

Oceną końcową PES jest ocena wynikająca ze średniej arytmetycznej ocen z egzaminu testowego i ustnego. **Lekarzowi, który złożył PES z wynikiem pozytywnym, dyrektor CEM wydaje dyplom PES w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletnej dokumentacji egzaminacyjnej od PKE. Wyniki PES dyrektor CEM udostępnia za pomocą SMK organom prowadzącym postępowanie kwalifikacyjne, uczelniom w zakresie ich absolwentów, jednostkom akredytowanym w zakresie lekarzy, którzy odbywali w nich szkolenie specjalizacyjne oraz Naczelnej Radzie Lekarskiej.**

Na wniosek lekarza, który złożył PES, dyrektor CEM wydaje, odpłatnie, duplikat albo odpis dyplomu albo dokonuje korekty dyplomu PES. Oplata za te czynności wynosi 50 zł. Oplaty nie wnosi się, w przypadku gdy korekta wynika z błędu CEM.

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza okręgowa rada lekarska potwierdza za pomocą SMK oraz przez dokonanie wpisu w okręgowym rejestrze lekarzy. Potwierdzenia dokonuje się na podstawie przedłożonej przez lekarza indywidualnej ewidencji przebiegu doskonalenia zawodowego oraz dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego.

Jednostka organizacyjna ubiegająca się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązana uzyskać zgodę zatrudnionych lekarzy na pełnienie funkcji kierownika specjalizacji, natomiast nie jest wymagana opinia właściwego konsultanta wojewódzkiego o spełnieniu warunków do prowadzenia specjalizacji. Jednostka organizacyjna przedstawia CMKP, za pomocą SMK, dane w celu uzyskania opinii powołanego przez dyrektora CMKP zespołu ekspertów o spełnieniu przez jednostkę warunków do prowadzenia specjalizacji.

Dyrektor CMKP na podstawie przedstawionej opinii zespołu ekspertów dokonuje, za pomocą SMK, wpisu jednostki organizacyjnej na prowadzoną przez siebie listę jednostek akredytowanych i określa maksymalną liczbę miejsc szkoleniowych w zakresie danej specjalizacji dla lekarzy mogących odbywać szkolenie specjalizacyjne lub staż kierunkowy w komórce organizacyjnej wchodzącej w jej skład, na okres 5 lat. Listy jednostek akredytowanych dyrektor CMKP publikuje i aktualizuje na swojej stronie internetowej oraz w SMK.

Kursy szkoleniowe objęte programem danej specjalizacji mogą być prowadzone przez uprawnione jednostki organizacyjne, po zatwierdzeniu pod względem merytorycznym programu kursu przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny oraz po wpisaniu, za pomocą SMK, na listę prowadzoną przez CMKP.

Zgłoszenia do uczestnictwa w kursach szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji są realizowane wyłącznie za pomocą SMK. CMKP dokonuje weryfikacji zgłoszeń lekarzy oraz kwalifikuje ich do udziału we właściwych kursach szkoleniowych. Powiadomienie lekarza o zakwalifikowaniu na kurs objęty programem danej specjalizacji odbywa się za pomocą SMK.

Dyrektor CMKP publikuje, w terminie do 31 grudnia każdego roku, na swojej stronie internetowej oraz w SMK, listę kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji. Podmiot, który zrealizował kurs szkoleniowy, w terminie 7 dni od dnia zakończenia kursu przekazuje do CMKP, za pomocą SMK, listę lekarzy, którzy ukończyli i zaliczyli kurs szkoleniowy, zawierającą imię i nazwisko oraz numer PESEL lekarza, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania, a także imię i nazwisko kierownika kursu. Dane te są zamieszczane przez CMKP w SMK. Po zamieszczeniu powyższych danych w SMK, CMKP generuje za pomocą SMK elektroniczny dokument potwierdzający ukończenie kursu. **Elektroniczny dokument potwierdzający ukończenie kursu udostępnia się użytkownikom systemu za pomocą SMK.**



Fot. z archiwum autora

Niekończąca się opowieść...

o ucieczce przed odpowiedzialnością

Tekst

Maciej Biardzki

Wiele niepokoju i dyskusji wzbudziła ostatnio informacja o planowanej zmianie ustawy o działalności leczniczej, która miała zlikwidować przymus przekształcania zadłużających się SPZOZ-ów w spółki. Propozycję traktowano jako dogmatyczne i negatywne zarazem podejście PiS do procesu komercjalizacji podmiotów leczniczych, a pomysł ekipy rządzącej wywołał jednocześnie alarm wśród samorządów zagrożonych koniecznością pokrywania strat podległych im jednostek.

Zanim poddamy się irracjonalnym lękom bądź pozwolimy się zmanipulować ludziom i instytucjom broniącym własnych interesów, spójrzmy, jak ten problem był regulowany przez dotychczasową ustawę o działalności leczniczej. W ustawie umieszczono art. 59, w którym zapisano, że po pierwsze SPZOZ pokrywa ujemny wynik finansowy we własnym zakresie. Po drugie, organ tworzący (patrz: samorząd, uczelnia, ministerstwo) w terminie do trzech miesięcy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego może pokryć ujemny wynik finansowy skorygowany o odpis amortyzacyjny. Dopiero wtedy, gdy organ tworzący nie wykona tego zobowiązania, to staje przed koniecznością zmiany formy organizacyjnej podmiotu leczniczego, jak sprytnie zapisano przekształcenie w spółkę bądź jego likwidację. Alternatywa została postawiona prosto: jeżeli twój szpital lub przychodnia, prowadzone w formie SPZOZ, przynosi straty, to albo te straty pokryj, albo przekształć swój zakład, albo go zlikwiduj. W zasadzie trudno się przyczepić do samej konstrukcji prawnej i funkcjonalnej, zaś

ustawa – przynajmniej formalnie – daje kilka wariantów postępowania do wyboru.

Co takiego ma zatem nastąpić w wyniku nowelizacji ustawy? W wersji soft zniknąć zapis o zmianie formy działalności podmiotu leczniczego jako następstwa generowania ujemnego wyniku finansowego. To znaczy, nikt nie ma zamiaru zabraniać przekształcania szpitali w spółki, ale już nie będzie się to odbywać jako konsekwencja wygenerowanej straty. W wersji hard, która mam nadzieję nie przejdzie, ma zaistnieć zakaz przekształcania. W tej łagodniejszej wersji także trudno się przyczepić do takiego podejścia, bo przecież dalej pozostawia się praktycznie wszystkie poprzednie możliwości. Gdzie zatem znajduje się problem głośno podnoszony głównie przez samorządowców, ale ochoczo podejmowany także przez media? Odpowiedzi na to pytanie udzielę za chwilę.

Wcześniej warto się zastanowić, dlaczego tak propagowano za czasów koalicji PO-PSL spółki prawa handlowego jako korzystną zmianę formy organizacyjnej w odróżnieniu od

Maciej Biardzki

Lekarz, menedżer ochrony zdrowia, publicysta.

Obecnie prezes Zarządu Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o.



”

Nie odpowiem, czy SPZOZ-y przekształcone w spółki działały lepiej czy gorzej niż przed przekształceniem, bo nikt rzetelnych, powszechnie dostępnych badań nad tym zagadnieniem nie przeprowadził. Zwolennicy twierdzą oczywiście, że lepiej, przeciwnicy torpedują to przekonanie. W wielu spółkach świadomość pracowników dotycząca swojego miejsca pracy zmieniła się na korzyść, ale dotyczyło to także wielu SPZOZ-ów. Z kolei nie tylko w spółkach, ale i w SPZOZ-ach pacjenta zaczęto traktować w ostatnich latach jako lepiej lub gorzej płatną procedurę. Niezależnie od formy organizacyjnej naszych szpitali i przychodni zaczęliśmy w warunkach niedoboru zasobów bardzo ekonomizować swoją działalność. Nie da się jednak ukryć, że spółką zarządza się sprawniej niż SPZOZ-em. Czy jednak tę zaletę wykorzysta się dla dobra pacjentów i samej organizacji, to już odrębne pytanie.

“

”

Obecna postawa samorządowców wynika z obawy, że pozbycie się szpitala będzie wielokrotnie trudniejsze niż do tej pory, zaś konieczność pokrywania strat obligatoryjna. Biorąc pod uwagę, że powiaty, które najgłośniej zgłaszają swoje obawy, są najbardziej niebezpiecznym typem samorządu o najmniejszych dochodach własnych, trudno im się po prostu dziwić. Lękają się o swoje własne finanse, zaś wpływ na wynik swoich szpitali mają dość ograniczony. I tu pojawia się pytanie o znaczeniu fundamentalnym – kto odpowiada za permanentne zadłużanie się SPZOZ-ów, które wynosi obecnie ponad 10 miliardów złotych, w tym blisko 3 miliardy to zobowiązania wymagalne? A odpowiedź na nie wcale nie jest prosta.

“

SPZOZ-ów. Czy spółki to była, posługując się językiem niektórych polityków, „dobra zmiana”, czy tylko ideologia? Nie da się ukryć, że według poprzedniego kierownictwa podstawowe kryterium efektywności działania podmiotów leczniczych stanowił wynik finansowy. Było to następstwem z jednej strony liberalnego podejścia do funkcji państwowotwórczych, w tym odpowiedzialności Państwa za stan systemu opieki zdrowotnej, z drugiej doświadczeń z nawracającym zadłużaniem się szpitali *in gremio*, pomimo wzrostu nakładów wynikających ze składki zdrowotnej i kolejnych programów oddłużeniowych. Stąd zamiast zająć się systemem w całości, w tym zadbać o porównywalny do innych krajów UE poziom nakładów finansowych czy ilość szkolenych profesjonalistów medycznych, robiono reformy pozorne, zaś większość retoryki poświęcono teorii „uszczelniania systemu”. Zamiast spojrzeć na system w skali makro i zastanowić się, jak zapewnić niezbędne pieniądze, a następnie rozsądnie je dzielić, aby uzyskać oczekiwane efekty, podjęto próbę naprawy (?) w skali mikro, tzn. zmian na poziomie pojedynczych podmiotów leczniczych. Założono, że podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą, zorientowany na zysk z działalności, będzie bardziej efektywnie gospodarował środkami finansowymi. Założono także, że będzie on zorganizowany w formie spółki, choć nałożono na nią nie tylko rygory Kodeksu spółek handlowych, ale też zapisy ustawy o działalności leczniczej. Aby zachęcić organy tworzące SPZOZ-y, udzielono wsparcia finansowego – przekształcając SPZOZ w spółkę można było skorzystać z częściowego pokrycia zadłużenia. Czy było to założenie całkowicie błędne – sądzę, że nie.

Nie odpowiem, czy SPZOZ-y przekształcone w spółki działały lepiej czy gorzej niż przed przekształceniem, bo nikt rzetelnych, powszechnie dostępnych badań nad tym zagadnieniem nie przeprowadził. Zwolennicy twierdzą oczywiście, że lepiej, przeciwnicy torpedują to przekonanie. W wielu spółkach świadomość pracowników dotycząca swojego miejsca pracy zmieniła się na korzyść, ale dotyczyło to także wielu SPZOZ-ów. Z kolei nie tylko w spółkach, ale i w SPZOZ-ach pacjenta zaczęto traktować w ostatnich latach jako lepiej lub gorzej płatną procedurę. Niezależnie od formy organizacyjnej naszych szpitali i przychodni zaczęliśmy w warunkach niedoboru zasobów bardzo ekonomizować swoją działalność. Nie da się jednak ukryć, że spółką zarządza się sprawniej niż SPZOZ-em. Czy jednak tę zaletę wykorzysta się dla dobra pacjentów i samej organizacji, to już odrębne pytanie.

Ale wróćmy do zasadniczego pytania – czego tak panicznie boją się samorządowcy w związku ze zmianą ustawy? Odpowiedź jest prosta: konieczności pokrywania strat swoich szpitali, bo przede wszystkim o nie chodzi. A przecież obowiązek pokrywania strat podległych jednostek ma tyle lat co reformy opieki zdrowotnej i samorządowa. Jeżeli spojrzeć na wcześniejsze unormowania, to jeszcze w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej był zapis, że SPZOZ pokrywa stratę we własnym zakresie do wysokości funduszu rezerwowego, zaś straty powyżej pokrywa organ założycielski lub likwiduje zakład bądź przekształca go w jednostkę budżetową. Wielka różnica w stosunku do obecnych unormowań? Wtedy samorządy broniły się jednak przed tym argumentem, twierdząc, że tego zobowiązania z ich strony nie ma w tzw. ustawach kompetencyjnych. Z tego powodu mało który samorząd pomagał swoim szpitalom, straty i długi rosły, pojawiały się kolejne programy oddłużeniowe nieprzynoszące trwałej sanacji.

Także ustawa o działalności leczniczej nie okazała się szczelna i niektóre samorządy, jeżeli mogły, to starały się ją omijać. Klinicznym przykładem była niedawno tak gorąca sy-

tuacja szpitala w Trzebnicy. Szpital ten od lat generował straty, zaś samorząd powiatowy ich nie pokrywał. Kiedy sytuacja stała się dramatyczna, pokryto raptem straty za bodajże trzy kolejne lata. Inne samorządy z kolei zaczęły się swoich szpitali po prostu pozbywać, oddając je prywatnym operatorom. Na Dolnym Śląsku mamy dobre doświadczenia, jak ze szpitalami przejętymi przez grupę EMC, które funkcjonują nie gorzej niż wtedy, kiedy należały do samorządów. Ale mamy też doświadczenia takie, jakie stały się udziałem szpitali w Środzie Śląskiej i Górze, sprzedanych firmie PCZ. W tym ostatnim przypadku samorządy nie pozbyły się kłopotu, a wręcz przeciwnie, zaś mieszkańcy praktycznie utracili możliwość opieki szpitalnej w swoim powiecie.

Obecna postawa samorządowców wynika z obawy, że pozbycie się szpitala będzie wielokrotnie trudniejsze niż do tej pory, zaś konieczność pokrywania strat obligatoryjna. Biorąc pod uwagę, że powiaty, które najgłośniej zgłaszają swoje obawy, są najbardziej niebezpiecznym typem samorządu o najmniejszych dochodach własnych, trudno im się po prostu dziwić. Lękają się o swoje własne finanse, zaś wpływ na wynik swoich szpitali mają dość ograniczony.

I tu pojawia się pytanie o znaczeniu fundamentalnym – kto odpowiada za permanentne zadłużanie się SPZOZ-ów, które wynosi obecnie ponad 10 miliardów złotych, w tym blisko 3 miliardy to zobowiązania wymagalne? A odpowiedź na nie wcale nie jest prosta.

Na pewno w niektórych przypadkach, z wyraźnym akcentem na słowo w niektórych, rolę tę odgrywa złe zarządzanie. Złe zarządzanie operacyjne jest raczej przeszłością, bo po kilkunastu latach pracy w warunkach chronicznego niedoboru pieniędzy dorobiliśmy się w szpitalach bardzo sprawnej kadry menedżerskiej. Pomijam problem jest jednak dość często zbyt ambitny program inwestycyjny wynikający z absorpcji środków unijnych, ale także dostosowywania się do ciągle rosnących wymogów i standardów narzucanych rozporządzeniami koszykowymi MZ i zarządzeniami prezesa NFZ. A do tego są potrzebne środki własne. Z tym problemem wiąże się zasobność finansowa organów założycielskich. Województwa i duże, bogate powiaty są w stanie wesprzeć program inwestycyjny swoich szpitali, w mniejszych powiatach tych możliwości często nie ma.

Znany problem to niedobór zasobów ludzkich – zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek. Następstwem tego jest trudność w ich pozyskaniu przez szpitale, a co za tym idzie spirala rosnących wynagrodzeń. Znowu wystarczy podać najświeższy przykład szpitala w Wołowie, z którego postanowili odejść interniści, bo w innym szpitalu zaproponowano im wyższe stawki. Czym szpital wołowski będzie w stanie przyciągnąć następców? Spirala wzrostu kosztów znowu się przekręci na wyższy poziom.

Wiele istniejących oddziałów dysponuje, ze względu na ograniczone środki NFZ, kontraktami pozwalającymi na działalność przy obłożeniu łóżek nawet poniżej 50 proc., mimo kolejek oczekujących i konieczności utrzymywania obsady wynikającej z obowiązkowych standardów. W wielu przypadkach standardy NFZ wymagają utrzymywania na stanowiskach pracy osób, których obecność jest co najmniej dyskusyjna, że wspomnę tu o tzw. „drugiej nitce anestezyjologicznej”.

Jak widać, operacyjnych przyczyn trudnej sytuacji finansowej szpitali jest wiele, w felietonie wskazałem tylko niektóre. Warto jednak sięgnąć do przyczyn tej sytuacji. Jest nią po prostu brak finansowych zasobów w systemie, za które odpowiada Państwo. Nakłady publiczne, wynikające ze ściągłości składki zdrowotnej, to zaledwie ok. 4,6 proc. PKB, przy średniej

dla krajów UE oscylującej w granicach ok. 7 proc. Cieszy obietnica wzrostu tych nakładów w najbliższych latach do 6 proc., lecz na razie to tylko obietnica, a poza tym nadal będzie to poniżej średniej unijnej. Nie ma większego znaczenia, czy wzrost ten nastąpi poprzez nakłady z budżetu Państwa, w co szczerze mówiąc wątpię, czy poprzez upowszechnienie składki zdrowotnej. Pieniądzy musi w systemie być więcej, bo inaczej, jak brzmiał filuterny wierszyk: „Pomimo szczerych chęci z (...) bicza nie ukręcisz”.

Pieniądze te muszą być też lepiej redystrybuowane, aby zabezpieczały potrzeby pacjentów i pozwoliły podmiotom leczniczym na w miarę normalną działalność. Trzeba przesunąć ciężar opieki na lecnictwo ambulatoryjne, a zwłaszcza dobrze skonstruowaną opiekę lekarza rodzinnego. Cieszy fakt, że obecny minister zdrowia, sam będąc lekarzem rodzinnym, dobrze rozumie ten problem. Byleby tylko nie skończyło się to zwiększeniem finansowania przy tych samych zadaniach.

Przez wiele lat kierowaliśmy większość środków na leczenie szpitalne, zaniedbując psychiatrię czy rehabilitację. Wielkie szpitale, które są w naszym systemie w dużej mierze szpitalami rejonowymi dla metropolii, otrzymywały kontrakty sięgające kilkuset milionów złotych rocznie; mniejsze wegetowały z kontraktami często poniżej dziesięciu milionów. Zła taryfikacja powodowała, że leczenie niektórych pacjentów przynosiło „kokosy” – w przypadku innych głębokie straty dla leczących. Żadna z tych przyczyn nie była w kompetencji samorządów. Zatem trudno im się dziwić, że obawiają się nowych rozwiązań, a zwłaszcza konsekwencji egzekwowania konieczności pokrywania strat. Dla wielu z nich to może być przysłowiowy kamień u szyi.

Aby zmniejszyć ich lęki, trzeba po prostu w spokojny, konsekwentny sposób przekonstruować nasz system opieki zdrowotnej. Niewidzialna ręka rynku pokazała, że sama nie jest w stanie tego dokonać, więc rolę organizatora takiego systemu musi wziąć na siebie Państwo. Trzeba wreszcie doprowadzić finansowanie opieki zdrowotnej do poziomu pozwalającego na leczenie potrzebujących i takie wynagradzanie pracowników, aby nie emigrowali oni do krajów, w których otrzymują zdecydowanie wyższe uposażenie. Trzeba w końcu utworzyć przemyślaną sieć oddziałów i poradni, aby zapewniały one dostęp do usług leczniczych w rozsądnej odległości od miejsca zamieszkania chorych, zaś ich kontrakty umożliwiały pokrycie kosztów działalności. Olbrzymia praca związana jest z właściwą taryfikacją usług, zapewniającą rentowność ich udzielania, aby nie odpychać potrzebujących, ale nieopłacalnych pacjentów. Na koniec trzeba skoordynować opiekę wszystkich szczebli. Tylko tyle i aż tyle. Najbardziej jednak trzeba współodpowiedzialności wszystkich interesariuszy. Pacjentów, aby zaczęli dbać o swoje zdrowie i regularnie wykonywali badania profilaktyczne. Pracowników systemu, aby najważniejszym dla nich było leczenie pacjentów przy rozsądnych kosztach, a nie maksymalizacja zysku ze swojej działalności. Organizatorów systemu, aby traktowali go jako zadanie publiczne, na realizację którego trzeba zabezpieczyć odpowiednie środki finansowe i odpowiednią liczbę profesjonalistów, a także tak go zorganizować, aby był po prostu funkcjonalny. Wtedy samorządom pozostaną tylko zadania właścicielskie – pilnowanie, aby w ich szpitalach i przychodniach dobrze się działo.

Obecnie obawiają się one, że istniejący bałagan będą musiały dofinansowywać z własnej kieszeni kosztem innych zadań publicznych będących w ich kompetencji.



Praktyczna psychologia dla lekarzy i stomatologów

Budowanie relacji z pacjentem – podstawa efektywnej współpracy

Tekst Dariusz Delikat

Dlaczego postawienie właściwego rozpoznania i zalecenie odpowiedniego leczenia nie gwarantuje sukcesu terapeutycznego? Dlaczego pacjenci nie stosują się do zaleceń lekarza lub robią to w ograniczonym zakresie? Dlaczego nie wprowadzają w życie zachowań prozdrowotnych? Dlaczego ulegamy naciskom i prośbom? Odpowiedzi na te i podobne pytania nie są proste. Zapewne opisanym sytuacjom sprzyjają okoliczności zewnętrzne (np. organizacja służby zdrowia, specyfika nacechowanej emocjami sytuacji lekarz – pacjent, stan chorego, presja czasu itd.), ale także zależą one od poziomu specyficznych umiejętności lekarza – umiejętności psychologicznych. Według ojca socjologii medycyny Talcotta Parsonsa aktywność lekarza obejmuje tzw. czynności **instrumentalne**, ukierunkowane na postawienie rozpoznania oraz wykonanie zabiegów terapeutycznych (badanie fizykalne, pomiar ciśnienia, EKG, USG itp.) oraz **ekspresywne** – ukierunkowane na stan emocjonalny pacjenta (eliminacja negatywnych emocji, budowanie poczucia bezpieczeństwa, motywowanie, wspieranie itp.) Z badań psychologów społecznych wynika, że oczekiwania pacjentów wobec zachowań lekarzy dotyczą głównie czynności ekspresywnych. Dlatego związane z nimi umiejętności psychologiczne są tak istotne.

Jedną z fundamentalnych umiejętności psychologicznych jest umiejętność budowania relacji interpersonalnych. Czym są relacje? W słowniku synonimów słowo to jest jednym z równoważników słowa więź – inne określenia to: związek, spójnia, więzy, współzależność, sprzężenie. Psychologowie relacje interpersonalne określają jako związki między ludźmi, których istotę stanowią wzajemne interakcje w zakresie czterech obszarów:

- wzajemne zrozumienie i poznawanie się,
- tworzenie klimatu bezpieczeństwa i wzajemnego zaufania,
- wywieranie wpływu i pomaganie,
- rozwiązywanie problemów i konfliktów.

Dobre relacje to relacje, z których satysfakcję czerpią obie strony, obie strony realizują swoje cele, dochodzą do porozumienia nawet w obliczu sytuacji trudnych, a także potrafią akceptować odmiennosć poglądów.

Takie relacje mają szansę zaistnieć, gdy strony interakcji dbają o wzajemną sympatię, starają się być dla siebie atrakcyjne, obdarzają się zaufaniem, jasno i konkretnie wyrażają poglądy i oczekiwania, nie wahają się mówić „nie” i akceptują różnorodność. Badania psychologów społecznych przynoszą wiele dowodów na to, że:

- sympatii sprzyjają: okazywanie szacunku i zainteresowania, podobieństwo partnerów, atrakcyjność, obdarowywanie się (np. komplementowanie się), wzajemna wiedza o sobie, częstość kontaktów (im jest ich więcej, tym większa szansa na pozytywne nastawienie, pod warunkiem że pierwsze wrażenie nie było skrajnie negatywne);
- atrakcyjność sprzyja sympatii i zwiększa uległość, atrakcyjność to nie tylko wygląd zewnętrzny – schludny ubiór, stosowna fryzura, lekki uśmiech na twarzy, ale także wystrój gabinetu, otoczenie przychodni, używane określenia, podejmowane tematy rozmowy itp.;
- zaufanie opiera się na konsekwencji i przewidywalności, posiadanie autorytetu wzmacnia zaufanie, autorytet to nie tylko tytuł, stanowisko, kwalifikacje, wiedza, ale także nie mniej ważne atrybuty zewnętrzne: biały fartuch, stetoskop, okulary, zegar itp.;
- jasne i konkretne wyrażanie poglądów oraz oczekiwań z poszanowaniem praw i godności partnera, czyli zachowanie asertywne, to sposób na budowanie partnerskich relacji.

Z opisanych zależności wynikają konkretne wnioski praktyczne...

Aby budować i podtrzymywać relacje

- dbaj o powierzchowność, wygląd gabinetu, przychodni, wykorzystuj zewnętrzne atrybuty bycia profesjonalistą (np. tytuły, dyplomy, osiągnięcia itp.);

Lek. Dariusz Delikat
Lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i Działem Szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 3 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (*Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...*), współpracownik Wrocławskiego Oddziału Uniwersytetu SWPS.



Fot. z archiwum autora

- nawiązuj kontakt, wykorzystaj efekt pierwszego wrażenia – powitaj pacjenta, uśmiechnij się, zaproś do gabinetu, przedstaw się;
- świadomie pobudzaj sympatię – okazuj zainteresowanie, wskazuj na wspólne cele (takim celem jest np. postawienie trafnego rozpoznania, doprowadzenie do ustąpienia dolegliwości), doceniaj i komplementuj, twórz atmosferę aprobaty i zrozumienia, potwierdzaj: „Tak”, „Rozumiem”, „Prawda, że...”, używaj pozytywnych sformułowań i wypowiedzi budzących miłe skojarzenia u osoby, do której są kierowane;
- odzwierciedlaj stan emocjonalny drugiej osoby (wyrabiaj w sobie nawyk obserwowania innych pod kątem emocji, które demonstrują i dostrajania się do nich);
- bądź konsekwentny i odpowiedzialny – sposobem na okazanie tych cech jest np. informowanie o tym, co będzie się działo, w jakiej kolejności, planowanie kolejnych kroków, ustalanie i dotrzymywanie terminów;
- bądź konkretny i stanowczy (czyli asertywny) – dbaj o jasność komunikacji (komunikuj się tak, aby twoje intencje spotykały się z właściwymi interpretacjami), przedstawiaj powody, wyjaśniaj wątpliwości, upewniasz się, czy wszystko zostało zrozumiane, prowadź dialog.

A teraz przyjrzyjmy się dwóm opisom rozmowy lekarza z pacjentem.

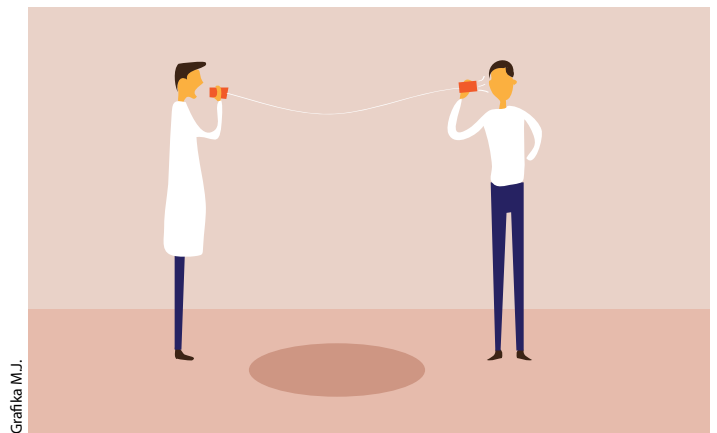
Scenka 1

- R (rodzic): Dzień dobry panie doktorze.
 L (lekarz): Dzień dobry, proszę siadać (nie patrząc w kierunku pacjentki w dalszym ciągu wypełnia dokumenty), słucham?
 R: Panie doktorze przyszliśmy, ponieważ Adaś jest chory, od wczoraj gorączkuje do 38 stopni, boli go gardło, nie chce jeść...
 L: Dobrze, proszę podejść. Adaś otwórz buzię.
 D (dziecko): Neeee!
 L: No szybko, Adam powiedz AAA...
 D: Aeee (płacze)
 L: Proszę go rozebrać (lekarz szybko i sprawnie bada dziecko)
 Po zbadaniu dziecka.
 L: Proszę się już ubrać.
 Lekarz zaczyna wypisywać receptę. Potrzebne jest zwolnienie?
 R: Nie, jestem na urlopie. Czy wiadomo już, co dolega mojemu dziecku?
 L: Tak, to początek anginy. W tej sytuacji konieczne będzie przeprowadzenie dziesięciodniowej terapii antybiotykowej.
 R: Terapii antybiotykami? Nie, może nie będzie to potrzebne, do tej pory pomagały nam stare sprawdzone metody – miód, czosnek, zioła i gorąca herbata.
 L: Ależ proszę państwa, bądźmy poważni. W anginie leczenie antybiotykami to absolutna norma, to najlepsza pomoc, jaką może w tej sytuacji otrzymać państwa dziecko.
 R: Nie damy truć naszego dziecka jakąś chemią. Sami się nim zajmujemy.
 L: Nazywanie sprawdzonej terapii „truciem jakąś chemią” jest, delikatnie mówiąc, nie na miejscu. Mamy 2016 rok i w obecnej sytuacji powoływanie się na staroświeckie metody jest dość śmieszne.
 R: Dla nas śmieszne jest trucie dzieciaków niepotrzebnymi chemikaliami. Te sposoby, które pan tak chętnie wyśmiewa, utrzymują nas w zdrowiu po dziś dzień. Wypraszam sobie pańskie uwagi, sami zajmujemy się dzieckiem.
 Do widzenia.
 L: Ależ proszę pani...
 Do widzenia.

Jak widać rozmowa skończyła się niepowodzeniem. Dla obu stron opisana sytuacja była zapewne źródłem negatywnych emocji. Dlaczego tak się stało? W przedstawionej scenie lekarz popełnia kilka błędów zamykających drogę do zbudowania chociaż

namiastki relacji i w konsekwencji do uzyskania porozumienia:

1. nie okazuje szacunku i zainteresowania – brak kontaktu wzrokowego, wypełnianie dokumentów;
2. nie buduje klimatu rozmowy (klimat akceptacji i zaufania) – przechodzi szybko do badania, nie inicjuje dialogu, traktuje pacjenta instrumentalnie;
3. nie docieka przyczyn stanowiska rodzica – nie precyzuje, co kryje się pod określeniem „trucie jakąś chemią” (może kryją się za nim negatywne doświadczenia związane z wystąpieniem objawów ubocznych?);
4. przyjmuje postawę konfrontacyjną, deprecjonuje rodzica – lekceważy jego poglądy, w efekcie matka dziecka jest skoncentrowana na obronie poczucia własnej wartości, co skutecznie blokuje nawet najbardziej racjonalne i trafne argumenty;
5. posługuje się ogólnikowymi argumentami – argumenty przemawiające za podjęciem antybiotykoterapii są powierzchowne i ogólnikowe: „leczenie antybiotykami to absolutna norma”, „najlepsza pomoc jaką może w tej sytuacji otrzymać państwa dziecko”.



A teraz spójrzmy na sytuację, w której lekarz świadomie stara się unikać opisanych wyżej błędów.

Scenka 2

- R (rodzic): Dzień dobry panie doktorze.
 L (lekarz): Dzień dobry, (lekarz wstaje, wskazuje miejsce). Cześć Adaś. Proszę siadać. Co Państwa sprowadza?
 R: Panie doktorze przyszliśmy, ponieważ Adaś jest chory, od wczoraj gorączkuje do 38 stopni, boli go gardło, nie chce jeść...
 L: A dzisiaj jaka była temperatura?
 R: 37,8
 L: Adaś, proszę podejść tutaj, popatrz, mamusia jest cały czas obok, otwórz buzię.
 D (dziecko): Neeee!
 L: Adaś chcę zobaczyć twoje gardelko, aby móc je wyleczyć. Otwórz buzię na chwilę, ja dotknę języka tym patyczkiem i będzie po wszystkim.
 Powiedz aaa. Dziękuję gardelko i migdałki są bardzo czerwone.
 Proszę go rozebrać (szybko i sprawnie bada dziecko)
 Po zbadaniu dziecka.
 L: Dziękuję. Proszę już się ubrać.
 Adaś był bardzo dzielny – proszę to dla ciebie (podaje drobny prezent).
 R: Czy wiadomo już, co dolega mojemu dziecku?
 L: Tak, po zbadaniu państwa dziecka okazało się, że jest to początek anginy. W tej sytuacji konieczne będzie przeprowadzenie dziesięciodniowej terapii antybiotykowej.
 R: Terapii antybiotykami? Nie, nie będzie to potrzebne... sami w rodzinie od zawsze leczymy się starymi sprawdzonymi metodami – miód, czosnek, zioła i gorąca herbata, jeszcze nigdy nas nie zawiodły. Nie damy truć naszego dziecka jakąś chemią. Sami się nim zajmujemy.



L: Z tego co usłyszałem, rozumiem, że stosują państwo naturalne i sprawdzone metody leczenia. To są dobre, wspomagające leczenie sposoby, jednakże angina jest chorobą poważną, mogącą spowodować groźne powikłania, zatem konieczne jest zastosowanie terapii antybiotykiem.

R: Naprawdę nie chcemy karmić dzieci niepotrzebnymi chemikaliami.

L: Czym spowodowane są państwa obawy przed zastosowaniem antybiotyku, czy macie jakieś negatywne doświadczenia?

R: Tak, ostatnim razem nie dość że leczenie nie przyniosło efektu, to spowodowało trudną do powstrzymania biegunkę u dziecka.

L: Lek, który zapiszę, posiada udokumentowane skuteczne działanie, dzięki niemu leczenie będzie efektywne i pozwoli na uniknięcie powikłań. Zapewniam, iż leczenie to jest bezpieczne, a ewentualne objawy uboczne występują rzadko.

Aby je zminimalizować do antybiotyku dołączymy probiotyk.

Stosowane przez państwa metody będą doskonałym uzupełnieniem podjętego leczenia.

Rozumiem, że mogę wypisać receptę?

R: Dobrze, zastosujemy się do pańskich zaleceń.

L: Dziękuję za zrozumienie i podjęcie dobrej decyzji.

Powiecie Państwo – wszystko to ładnie brzmi, ale na to potrzebny jest czas – a ja mam go tak mało. I trudno się z tym nie zgodzić – to nasza rzeczywistość.

Ponieważ budowanie relacji jest procesem złożonym, wymagającym różnego rodzaju umiejętności i zachowań, a warunki zewnętrzne ich pełnemu wykorzystaniu nie sprzyjają, warto, wprowadzając zmiany, odwołać się do tzw. „strategii jedzenia słonia” – skoro nie da się go zjeść w całości, trzeba go zjeść po kawałku.

Rozpocznijmy więc od wdrożenia w życie jednego elementu, np. od jutra każdego pacjenta zapraszam do gabinetu, witam się z nim i przedstawiam się, dopiero gdy czynność ta, wielokrotnie powtarzana, stanie się moim nawykiem, skoncentruję się na wprowadzaniu kolejnego, np. będę wyjaśniał mechanizm zgłaszanych dolegliwości i uzasadniał konieczność podejmowania określonych działań. Tym sposobem „słoń” bez trudu zostanie zjedzony, a umiejętnie budowane partnerskie relacje z pacjentami oparte na zaufaniu, sympatii, asertywności i atrakcyjności będą źródłem jeszcze większej skuteczności terapeutycznej i satysfakcji z wykonywanej pracy. Czego państwu i sobie życzę.

Piśmiennictwo

1. Argyle M., *Psychologia stosunków międzyludzkich*, PWN, Warszawa, 1991.
2. Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa, 2007.
3. Nęcki Z., *Komunikacja międzyludzka*, Kraków, 1996.
4. Aronson E., Akert Robin M., Wilson D. Tomothy, *Psychologia społeczna – serce i umysł*, Zysk i sp-ka, Warszawa, 2012.
5. Wrześniewski K., Skuza B., (red.) *Wybrane zagadnienia medycyny psychosomatycznej i psychologii chorego somatycznie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, Warszawa, 2007.

IV Międzynarodowa Konferencja Medyczna Umysł, emocje i relacje. Wpływ na rozwój i leczenie chorób przewlekłych i onkologicznych

16 kwietnia 2016 r.

Opłata za udział w konferencji (i seminarium):

200 zł (+ 100 zł), studenci: 130 zł (+100 zł),

od 1 stycznia do 31 marca 250 zł (+ 250 zł), studenci: 150 zł (+150 zł) po 1 kwietnia

Miejsce: Wrocław, ul. Borowska 211, Budynek Wydziału Farmaceutycznego
Uniwersytetu Medycznego

Więcej informacji: sympozjum.kobietainatura.pl

kontakt: fundacja@kobietainatura.pl

tel. 691 093 331

Organizatorzy:

Fundacja Kobieta i Natura

Wydział Farmaceutyczny

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu



Reklama

NOWA SIEDZIBA



WROCLAW ul. NORWESKA 25C

elmedes

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

ekoRowery
ROZUMIEMO I WYKONYWAMY

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl



najcichszy na rynku kompresor
przeznaczony do zasilania jednego unitu
stomatologicznego

Standardowy model lampy
oświetlenia dziennego o
mocy do 4000 luksów



Używane od wielu lat w gabinetach
dentystycznych na całym świecie
lampa światła dziennego, szwedzkiego
producenta D-Tec to najpopularniejsze
systemy oświetleniowe, które
zapewniają maksymalną moc
oświetlenia i optymalne
odzworowanie kolorów

OFERUJEMY STANDARDOWE WYPOSAŻENIE I WIĘKSZOŚĆ CZĘŚCI
ZAPASOWYCH DO UNITÓW STOMATOLOGICZNYCH



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

elmedes
www.elmedes.pl

601 41 51 51
elmedes@elmedes.pl



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1971

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

Program zjazdu

10 czerwca 2016 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie w pensjonacie „Beata”

godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

11 czerwca 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,

spacer po Polanicy-Zdroju

godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed pensjonatem

godz. 15.00 Obiad, czas wolny, zwiedzanie Polanicy-Zdrój

godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe

godz. 20.00 Bankiet

12 czerwca 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

piątek-niedziela z noclegami – 400 zł,

sobota-niedziela z noclegiem – 300 zł,

piątek-niedziela bez noclegów – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 30.04.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1971 L”

lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy

ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec

(poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Za Komitet Organizacyjny
Wanda Man-Widerska, Krzysztof Bąk

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1981

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

Program zjazdu

3 czerwca 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu

godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

4 czerwca 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie

godz. 11.30 Msza św. – kościół pw.

Świętej Katarzyny Aleksandryjskiej, ul. Kościel-

na 29, Kudowa-Zdrój
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet
5 czerwca 2016 r. (niedziela)
godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,

sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,

piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 30.04.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1981 L”

lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy

ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec

(poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

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

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

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1986

30 lat po dyplomie!

19 listopada 2016 r. (sobota), godz. 19.00

Haston City Hotel

51-117 Wrocław, ul. Iryrsowa 1-3

Szanowne Koleżanki, szanowni Koledzy!
Osoby zainteresowane udziałem w spotkaniu towarzyskim proszone są o dokonywanie wpłat w wysokości **250 zł od osoby** na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.05.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1986” (prosimy o podanie danych uczestnika/uczestników) lub bezpośrednio u p. Patrycji Malec w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze).

Komitet Organizacyjny
Dorota Kustrzycka-Kratochwil
(e-mail: dkratochwil@plusnet.pl)
Halina Jamroży-Morawiak
(e-mail: hala.morawiak@interia.pl)
Hanna Gerber (e-mail: hanna.gerber@wp.pl)

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1991

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

Program zjazdu

20 maja 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku

godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

21 maja 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,

spacer po Zieleńcu

godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

godz. 15.00 Obiad, czas wolny

godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe

godz. 20.00 Bankiet

22 maja 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,

sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,

piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 30.04.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1991 L”

lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy

ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec

(poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

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

Za Komitet Organizacyjny
Piotr Dziągiew, Jarosław Janc,
Jacek Szepietowski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1996

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

Program zjazdu

23 września 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu

godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

24 września 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie

godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe

godz. 15.00 Obiad, czas wolny



godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe

godz. 20.00 Bankiet

25 września 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,

sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,

piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

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

UWAGA!!! W hotelu zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy SPA (basen kryty z atrakcjami, jacuzzi, światł saun), jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz duży, bezpłatny, monitorowany parking. Ponadto uczestnicy zjazdu mają za-

pewnione 15 proc. zniżki na zabiegi w SPA.

Za Komitet Organizacyjny
Urszula Kołpa, Krzysztof Szymczak,
Zbigniew Winkel

ZJAZD ABSOLWENTÓW ODDZIAŁU STOMATOLOGII AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1976

Drogie Koleżanki, drodzy Koledzy!

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 40-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się 25 czerwca 2016 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

25 czerwca 2016 r. (sobota)

Część oficjalna – Collegium Anatomicum, Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej UM (Wrocław, ul. Chałubińskiego 6A)

godz. 10.00 Śniadanie studenckie

godz. 11.00 Otwarcie zjazdu i przywitanie gości, wykład okolicznościowy

godz. 12.00 Zakończenie części oficjalnej

godz. 19.00 Uroczysta kolacja – hotel im.

„Jana Pawła II”, Wrocław, ul.

św. Idziego 2 (Ostrów Tumski)

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi 300 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 30.04.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1976 S” lub bezpośrednio u p. Patrycji Malec w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu).

Bliższych informacji udzielają:

Anna Malepszy, kom. 603 981 697,

e-mail: aniamalepszy@o2.pl

Ewa Gwiazda-Chojak, kom. 660 485 233

Za Komitet Organizacyjny

Anna Malepszy, Ewa Gwiazda-Chojak

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

DRODZY JUBILACI ABSOLWENCI AM WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1966

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

Program zjazdu

23 czerwca 2016 r. (czwartek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu

„Śląsk”, ul. Oporowska 60

godz. 19.00 Kolacja powitalna

24 czerwca (piątek)

godz. 9.00 Cmentarz św. Wawrzyńca,

ul. Bujwida. Odwiedzimy naszych Profesorów i Kolegów

godz. 10.00 Collegium Anatomicum

– wspomnienia naszego I zjazdu w 1966 r.

godz. 12.00-14.00 Rejs po Odrze z grilllem

(wsiadamy na przystanku Zwierzynieckiej)

godz. 19.00 Bankiet jubileuszowy w hotelu „Śląsk”

25 czerwca (sobota)

godz. 10.00 Kościół Uniwersytecki – msza święta dziękczynna

godz. 11.00 Śniadanie w hallu uniwersytetu

godz. 12.00 Główne uroczystości jubileuszowe w Auli Leopoldina

godz. 15.00-19.00 Czas wolny, niech wszyscy powspominają wrocławskie czasy

godz. 20.00 Kolacja pożegnalna w hotelu

26 czerwca (niedziela) – czas rozstań do

godz. 12.00

Koszty uczestnictwa:

1 nocleg ze śniadaniem w pokoju 2-osobowym – 100 zł/za osobę,

rejs – 100 zł/za osobę,

bankiet – 150 zł/za osobę,

opłata zjazdowa (tylko absolwenci) – 100 zł.

Wpłat prosimy dokonywać do 30.04.2016 r. na konto Alicji Kosteckiej-Pokryszko:

89 1020 5226 0000 6102 0294 0922 z dopiskiem Zjazd 50-lecia (w przypadku wpłaty, np. przez rodzinę zamieszkałą w kraju w imieniu „zagranicznika”, prosimy o podanie nazwiska absolwenta).

W przypadku wątpliwości kontakt z:

Alicją Kostecką-Pokryszko, tel. 501 465 678, e-mail: annapd@interia.pl

Hanną Głębowską-Halawą, tel. 606 127 441,

e-mail: janusz.halawa@gmail.com

Grzegorzem Stępieniem, tel. 604 994 540,

e-mail: g.t.stepien@gmail.com

ZJAZD KOLEŻEŃSKI ROCZNIK 1968

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

Program spotkania

16 września 2016 r. (piątek)

Zakwaterowanie w ośrodku „BPIS” w Augustowie-Borki, ul. Wczasowa 1

godz. 19.00 Spotkanie przy ognisku i muzyce

17 września 2016 r. (sobota)

godz. 9.00-17.00 Wycieczka autokarowa

po Suwalszczyźnie

godz. 19.00 Uroczysta kolacja w ośrodku „BPIS”

18 września 2016 r. (niedziela)

ok. godz. 10.00 Spotkanie z przewodnikiem, przejeżdżamy przez centrum Augustowa obok śluzy „Augustów”, wycieczka od godz. 10.00 do 17.00 (w programie m.in. zwiedzanie w Studzienicznej Sanktuarium Matki Bożej i szlak Kanału Augustowskiego)

ok. godz. 13.00 obiad w karczmie „Starożyn”

ok. godz. 17.00 powrót do Augustowa

Koszt całego spotkania, dla jednego uczestnika, wynosi **450 zł** (w tym wycieczka do Suwałk i wycieczka szlakiem Kanału Augustowskiego). Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolno-

śląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 30.04.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1968” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec.

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

Pytania dotyczące programu zjazdu prosimy kierować na adres e-mail:

ewamilasz@gmail.com

lub wpj@poczta.onet.pl.

Organizatorki

Ewa Miłaszewicz-Jarkiewicz,

Wanda Poradowska-Jeszke



Spotkanie po 30 latach ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGII AM WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1986 Termin zjazdu: 03-05.06.2016 r. Miejsce: pensjonat „Absolwent” w Zieleńcu Adres: Zieleniec 2, 57-340 Duszniki-Zdrój (www.absolwent.zieleniec.pl) Program zjazdu 3 czerwca 2016 r. (piątek) przyjazd do Barda, do godz. 15.30- 16.00 Niebieska Przystań (poczęstu-	nek na przystani: grochówka, piwo, kiełbaski, sółw Nysą Kłodzką), przyjazd do Zieleńca, zakwaterowanie, kolacja grillowa w „Stodole” – rozmowy do rana 4 czerwca 2016 r. (sobota) godz. 8.00- 9.00 Śniadanie godz. 9.30 Msza św. w kościele w Zie- leńcu w intencji rocznika, pamiątkowe zdjęcie godz. 13.00 Lunch w czeskim schronisku godz. 15.00 W drodze powrotnej ze schroniska gra w dysk golfa na zielenieckich stokach godz. 19.00 Uroczysta kolacja przy dźwiękach hisz- pańskiej muzyki	5 czerwca 2016 r. (niedziela) godz. 8.00-10.00 Śniadanie, pożegnania, wyjazd do domu z pamiąt- kowym zdjęciem i koszulką Organizator: Brygida Bogacz, Polanica- Zdrój, ul. Piastowska, tel. 605 650 648 Koszt zjazdu – 550 zł od osoby Termin wpłaty: do 30.04. 2016 r. na konto Brygidy Bogacz: 60 1240 6713 1111 0000 5618 5014 Zabieramy ze sobą: dobry humor, zdjęcia z okresu studiów, strój wieczorowy, odzież turystyczną, wygodne buty, dowód osobisty.
---	--	--

KOLEŻEŃSKI ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1976

Zapraszamy na Koleżeński Zjazd Absolwentów Akademii Medycznej we Wrocławiu, rocznik 1976. Spotkanie odbędzie się w Bielawie koło Wałbrzycha w dniach **2-3 września 2016 r.** Bardzo proszę o jak najszybsze potwierdzenie chęci wzięcia udziału w spotkaniu. Kontakt z organizatorem: Roman Pilecki, tel. 601 790 940 oraz email: rompil@wp.pl

Roman Pilecki

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 18 lutego 2016 r.

NR 25-27/2016

*w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania
miesięcznej składki członkowskiej*

NR 28/2016

*w sprawie udziału lekarza
w konsylium lekarskim*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział prof. dr. n. med. Oliviera Kaschke, ordynatora Klinicznego Oddziału Otolaryngologii Szpitala św. Gertrudy w Berlinie, w dniach 4-5 marca 2016 r. w konsylium lekarskim na temat operacyjnego leczenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych i wykonywanie zabiegów operacyjnych, których potrzeba wynika z tego konsylium w Medicus Dolnośląskie Centrum Laryngologii Sp. z o. o. we Wrocławiu, na zaproszenie prezesa zarządu dr. n. med. Macieja Mazura.

NR 29/2016

w sprawie przyznania zapomogi

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu udziela zapomogi w kwocie 5000 zł lek. (...) na pokrycie kosztu zakupu leku Cidofovir, który nie jest refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

NR 30/2016

*w sprawie objęcia patronatem honorowym
i wsparcia VI Międzynarodowej Studenckiej
Konferencji Młodych Naukowców oraz
XXI Ogólnopolskiej Konferencji Studenckich
Kół Naukowych Uczelni Medycznych*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na objęcie honorowym patronatem i wsparcie w kwocie 5000 zł VI Międzynarodowej Studenckiej Konferencji Młodych Naukowców oraz XXI Ogólnopolskiej Konfe-

rencji Studenckich Kół Naukowych Uczelni Medycznych, która odbędzie się w Centrum Naukowej Informacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w dniach 31 marca – 2 kwietnia 2016 r.

NR 31/2016

*w sprawie zwolnienia z opłaty
za opinię Komisji Bioetycznej*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na zwolnienie dr. n. med. (...) z opłaty za opinię Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, dot. poprawki do badania obserwacyjnego z dodatkowymi procedurami diagnostycznymi pt. „Zastosowanie technik metabolicznych w celu szybkiej diagnostyki pacjentek chorych na wybrane nowotwory kobiece o szczególnym znaczeniu epidemiologicznym: raka piersi i mięsaki trzonu macicy”, zaopiniowanego pozytywnie przez Komisję 9 grudnia 2015 r.

Stanowiska Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 18 lutego 2016 r.

NR 1/2016

*w sprawie projektu uchwały NRL dotyczącej
możliwości zatrudniania lekarza przez lekarza w praktyce lekarskiej*

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu, mając na uwadze stanowisko nr 1 XXXII Zjazdu Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z dnia 23 listopada 2013 roku w sprawie możliwości zatrudniania lekarza przez lekarza w praktyce lekarskiej, popiera projekt uchwały NRL przygotowany przez Komisję Stomatologiczną Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o działalności leczniczej.

W załączeniu: stanowisko nr 1 XXXII Zjazdu Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z dnia 23 listopada 2013 roku, projekt uchwały NRL przygotowany przez Komisję Stomatologiczną Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o działalności leczniczej.

NR 2/2016

*w sprawie uregulowania przepisów
dotyczących szkolenia specjalizacyjnego
lekarzy i lekarzy dentystów
w ramach rezydentury*

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu popiera apel nr 2/2016/VII Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z 13 stycznia 2016 roku w sprawie podjęcia przez władze RP inicjatywy ustawodawczej zmierzającej do uregulowania przepisów dotyczących szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów w ramach rezydentury.

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



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

pt. „WYBRANE ZAGADNIENIA WSPÓŁCZESNEJ TOKSYKOLOGII KLINICZNEJ”

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

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

Kierownik naukowy konferencji – dr hab. Jan Magdalan

Uczestnikowi konferencji przysługują 5 punktów edukacyjnych.

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

Program konferencji

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

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

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
wraz z Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED we Wrocławiu
zapraszają na konferencję

„ZABURZENIA ROZWOJU W ASPEKcie NEUROPSYCHIATRYCZNYM U DZIECI”

która odbędzie się **19 maja 2016 r. (czwartek)**
w godz. **9.00-15.00** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej
Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji
– dr n. med. Halina Flisiak-Antonijczuk

**Uczestnikowi konferencji przysługują
5 punktów edukacyjnych.**

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

Program konferencji

- godz. 9.00-9.45 *Co nowego w autyzmie?*
dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska
- godz. 9.45-10.30 *Program profilaktyki zaburzeń rozwojowych i rehabilitacji dla populacji dzieci zagrożonych deficytem rozwoju – omówienie założeń programowych*
dr n. med. Halina Flisiak-Antonijczuk
- godz. 10.30-11.45 *Autyzm a EEG – badania własne*
dr n. med. Beata Jędrzejczyk-Góral
- godz. 11.45-12.15 PRZERWA
- godz. 12.15-13.00 *Rola neurologa w diagnostyce rozwoju*
lek. Maria Wojdyło
- godz. 13.00-13.45 *Rehabilitacja i fizjoterapia u dzieci z zaburzeniami rozwoju* – dr Arletta Hawrylak
- godz. 13.45-14.30 *Objawy funkcjonalne w autyzmie a skuteczna terapia – nowe aspekty* – mgr Iga Antczak, psycholog
- godz. 14.30-15.00 Dyskusja i zakończenie konferencji, regulacje prawne

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

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
wraz z Katedrą i Zakładem Higieny Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich
Wrocławiu zapraszają na konferencję

„DZIECKO – JEGO ZDROWIE I JEGO ŚRODOWISKO”

która odbędzie się **20 maja 2016 r. (piątek) w godz. 8.50-15.00**
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji – dr n. med. Iwona Pirogowicz

Uczestnikowi konferencji przysługują 5 punktów edukacyjnych.

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

Program konferencji

- godz. 8.30-8.50 Rejestracja uczestników
- godz. 8.50-9.00 Otwarcie konferencji
- godz. 9.00-9.30 *Dziecko ma prawo do zdrowego środowiska* – prof. dr hab. Krystyna Pawlas
- godz. 9.30-10.00 *Zdrowie dziecka i młodzieży a programy prozdrowotne kreowane przez samorządy lokalne* – mgr Mariola Kośmider
- godz. 10.00-10.30 *Kryzys antybiotykoterapii* – prof. dr hab. Zbigniew Rudkowski
- godz. 10.30-11.00 *Aktualna sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych dzieci* – dr hab. Aneta Nitsch-Osuch
- godz. 11.00-11.30 PRZERWA KAWOWA
- godz. 11.30-12.00 *Opieka nad dzieckiem zdrowym w podstawowej opiece zdrowotnej* – dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas
- godz. 12.00-12.30 *Niepożądane odczyny poszczepienne – fakty i mity* – dr hab. Ernest Kuchar
- godz. 12.30-13.00 *Medycyna prenatalna – ważny etap opieki nad dzieckiem* – dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw.
- godz. 13.00-13.30 *Dlaczego potrzebna jest opieka hospicyjna postnatalna?* – dr n. med. Eleonora Mess
- godz. 13.30-14.00 *Wady zaporowe układu moczowego – czy tylko problem urologiczny?* – prof. dr hab. Danuta Zwolińska
- godz. 14.00-14.30 *Dlaczego kaszel, zmiany skórne i katar nie zawsze są alergią?* – dr n. med. Iwona Pirogowicz
- godz. 14.30-15.00 Dyskusja i zakończenie konferencji

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

Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się **13 maja 2016 r. (piątek) w godz. 9.00-13.30** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Temat:

„ODBUDOWY ADHEZYJNE – ROZWIĄZANIA KLASYCZNE CZY OBARCZONE RYZYKIEM?”

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

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

Około godz. 11.30 przerwa

Wykładowca – dr n. med. Kaja Wichrowska-Rymarek

- Zagadnienia**
1. Odbudowy kompozytowe wykonywane w codziennej praktyce – przedstawienie przypadków klinicznych, analiza różnych wariantów postępowania
 2. Odbudowy estetyczne z wykorzystaniem indeksu sili-konowego
 3. Warunkowe i tymczasowe rozwiązania oparte o adhezję
 4. Cementowanie prac adhezyjnych

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

Krystyna Berdzik
Komisja Stomatologiczna DRL

Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się
18 maja 2016 r. (środa) w godz. 9.00-12.00
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Temat:

„RESTODONCJA OD KANAŁU DO KORONY, CZYLI SYSTEMOWE ROZWIĄZANIA DLA ZĘBÓW LECZONYCH ENDODONTYCZNIE”

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.

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

Kierownik naukowy kursu – dr n. med. Michał Bednarski

Zagadnienia

1. Przygotowanie zęba do leczenia endodontycznego, tymczasowa odbudowa
2. Leczenie endodontyczne z zastosowaniem narzędzi recyprokalnych
3. Opracowanie ujść kanałów
4. Opracowanie drogi wprowadzania narzędzi glidepath
5. Opracowanie i ukształtowanie kanałów najnowszej generacji narzędziami NiTi wykonanymi ze stopu Goldwire
6. Trójwymiarowe wypełnianie kanałów obturatorem gutaperkowym
7. Odbudowa zębów po leczeniu endodontycznym z zastosowaniem nowoczesnych rozwiązań systemowych

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

Kształcenia DRL:

e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

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

**Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL**

Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się w dniach
18 maja 2016 r. (środa) w godz. 12.30-15.30 GRUPA I
19 maja 2016 r. (czwartek) w godz. 9.00-12.00 GRUPA II
w sali szkoleniowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Temat:

„ZŁOTY STANDARD” ENDODONCJI W PRAKTYCE – TECHNOLOGIA OSCYLACYJNA

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.

Kierownik naukowy kursu – dr n. med. Michał Bednarski

UWAGA!

Koszt uczestnictwa – 150 zł

Uczestnik zobowiązany jest do przyniesienia odpowiednio przygotowanych zębów: ząb usunięty numer 2, 4, 5, 6 lub 7, strepanowany, z dostępem do jamy zęba (zdjęte sklepienie komory, komora opracowana bez ujść kanałowych, kanał udrożniony)!!!

Zagadnienia

1. Przygotowanie zęba do leczenia endodontycznego
2. Prawidłowe opracowanie komory
3. Poszukiwanie ujść – wszystko o dostępie do ujść i kanałów
4. Opracowanie wstępne kanału – glide-path
5. Algorytm opracowania kanału – opracowanie blozków lub przyniesionych zębów

Po zakończeniu warsztatów istnieje możliwość wypróbowania ultradźwiękowych końcówek do skalera lub trójwymiarowa obturacja i zamknięcie zęba po leczeniu endodontycznym.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach proszone są WYŁĄCZNIE O E-MAILOWE zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:

komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

O uczestnictwie w warsztatach decyduje kolejność zgłoszeń.

Maksymalna liczba uczestników w jednej grupie – 15 osób.

**Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL**

Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na szkolenie, który odbędzie się **23 kwietnia 2016 r. (sobota)**
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Rozpoczęcie szkolenia – godz. 9.00

Temat:

„ZAKAŻENIA KRWIPOCHODNE – CZY MOŻNA IM ZAPOBIEC W PRAKTYCE STOMATOLOGICZNEJ? RYZYKO ZAWODOWE NABYCIA ZAKAŻENIA I POSTĘPOWANIE POEKSPOZYCYJNE. IMPLEMENTACJA DYREKTYWY UNIJNEJ”

Wykładowcy: Andrzej Gładysz, Weronika Rymer, Anna Zubkiewicz

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

Temat obejmuje: najczęstsze patogeny przenoszone drogą krwiopochodną podczas wykonywania zabiegów (w tym stomatologicznych) z naruszeniem ciągłości tkanek, z omówieniem zasad bezpiecznego ich wykonywania i obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych. Wskazanie ważniejszych aspektów prawnych związanych z ewentualnymi konsekwencjami „rozszczeniowymi”. Jakie warunki i kryteria są wymagane od gabinetu dentystycznego w zakresie bezpieczeństwa higieny sanitarnej. Ryzyko ekspozycji na zakażenie (jakie najczęściej i dlaczego) ze strony personelu medycznego, gabinetu i jak należy postąpić w przypadku zaistnienia narażenia na zakażenie w kontakcie z pacjentem, dyrektywa unijna dotycząca bezpieczeństwa zabiegów z użyciem ostrych instrumentów.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o wstępne zgłaszanie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

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

**Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL**

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– n. – Że dyplom naukowy może wpływać bardzo ujemnie na wyrobienie sobie praktyki lekarskiej, poucza o tem wymownie następujący ciekawy z dziejów kryminalistyki paryskiej wy-padek. Człowiek pewien oskarżony został, że zajmuje się na przedmieściu La Chapelle znachorstwem; aresztowa-ny wszelako, ku wielkiemu zdziwieniu swych sędziów, przedstawił tymże swój własny, prawdziwy dyplom doktorski, pozyskany na fakultecie paryskim. Na pytanie sędziego, czemu pełni swe obowiązki, otaczając je sui generis tajemniczością, owczarz rzekomy odpowie-dział temi słowy: „W tej części miasta, gdzie mieszkam z ro-dziną i ordynuję oficjalnie jako lekarz ze znakiem, przyznanym mi prawnie, nie mam prawie wca-le praktyki; przeciwnie, na La Chapelle, gdzie leczę chorych przez kilka godzin dziennie w ciupie zapadającej się ru-dery i gdzie uchodzę za znachora, liczn-ą cieszę się zawsze klientelą. Dyplom doktora właściwie szkodzi mi tylko.”

(St. Petersburger medicin. Wochenschr., No 12, 1898).



Na kongresie paryskich lekarzy dla chorych na uszy i gardło mówił Longhi o instytucie założonym w Medyiolanie dla chorych na uszy, a przytém zazna-czył, że trzeba się goręcej zająć głu-choniemymi, których liczba jest nader znaczną, a która przez leczenie często wskazane bardzo zmniejszyć by się mogła. Przedewszystkiem żąda, aby przy zakładach dla głuchoniemych, byli czynnymi lekarze, którzyby tych chorych badali, a zarazem i leczyli w licznych wypadkach, gdzie pomoc możebna. Dalej wy-powiada, aby były instytuta, w któ-rychby pomieszczono wszystkie takie dzieci obojga płci, skoro rok życia minie. Wyniki otrzy-mane przez pierwsze sześć miesięcy w zakładzie w Medyiolanie są bardzo korzystne. Z 76 dzieci 48 było głuchych wskutek chorób słuchu, a z tych 5 zosta-ło zupełnie uleczonych narządu a u 11 słuch się poprawił.

„Nowiny Lekarskie” 1890, II, 102

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

„Kronika Lekarska” 1898, XIX,
977-978

Zapiski emeryta

Efekt wow (łał) !!!

Na każdym kroku, niemal jak grzyby po deszczu, wyrastają gabinety medycyny estetycznej, kwitnie upiększająca chirurgia plastyczna. I nie chodzi mi oczywiście o zabiegi ratujące życie, ani te przeprowadzane z powodu zniekształceń pocho-robowych. W Wenezueli, z której pochodzi ostatnio najwięcej nastoletnich miss, zaczyna się szalać na zabiegi upiększające. Interwencje chirurgiczne cieszą się tam popularnością wśród dziewczęcio-/dziesięciolatek.

Spotkałem ostatnio dawno niewidzianą koleżankę – do-słownie efekt łał! Wszystko miała inne: odnowiony nos á la Jenifer Lopez, twarz gładka jak pupa niemowlaka, piersi jak Monika Belucci w szczycie kariery, usta jak Angelina Jolie, reszta też podrasowana. Żywa reklama gabinetu zabiegowe-go chirurgii plastyczno-estetycznej na Florydzie lub w Bra-zylii. Kilkanaście zabiegów chirurgiczno-laserowych, nastrzy-kania kolagenem, własnym – odessanym z innych miejsc – tłuszczem i botoksem.

Z daleka prezentowała się nieźle, z bliska czar pryskał. Uśmiechała się z trudnością (ach, ta ponaciągana skóra!). Stwierdziła, że nie lubi spoglądać w lustro, bo nie dostrzega siebie w sobie. Najważniejsze – mówi – koleżanki szlag trafił! Miała szczęście, wystąpił efekt łał, jak w jednej z reklam TV. Gorzej jak po podobnych zabiegach wystąpi efekt hał, hał! Nic tylko czekać i wyć ze złości, jak jedna ze znanych byłych prezenterek szklanego ekranu.

I pomyśleć, że wystarczy – podobno – zrobić sobie w kuch-ni superkremy z dostępnych w sklepie spożywczym i pobliskiej drogerii/aptece tanich składników. Pakujemy taki pro-dukt do słoika po dżemie. Niektórzy twierdzą, że efekt będzie podobny do zastosowania bardzo drogich kremów znanych producentów.

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Od kilku lat mamy w zwyczaju wybierać się w lutym do „ciepłych krajów”. Skończyły się dla nas, ze względów zdroworozsądkowych, czytając z powodu wieku, wyjazdy na narty, pozostały te „pod palmę”. Pamiętam, jak przed wielu laty zazdrościłem niemieckim emerytom podróży w różne atrakcyjne miejsca, a teraz powielam ich zwyczaje. W tym roku, w sprawdzonym składzie, byliśmy w Tajlandii, która cieszy się wśród tury-stów niesłabnącą popularnością. Kraj 1,5 raza większy od Polski, w zasadzie jednolity etnicznie i religijnie, leży na Półwyspie Indochińskim. Tajowie są pogodni, uprzejmi oraz ciągle uśmiech-nięci, a ich życzliwe usposobienie ma bezpo-sredni związek z religią buddyjską. Ciepły klimat (pomimo kalendarzowej zimy temperatura nie spadała tam poniżej 30 stopni Celsjusza) spra-wia, że pobyt w tym kraju to prawdziwa przy-jemność. Tajowie są doskonale przygotowani do przyjęcia turystów. Obecnie dominujące nacje stanowią Chińczycy i Rosjanie, na każdym kroku można spotkać napisy w tych językach. Chińscy właśnie witali Nowy Rok, rozpoczął się u nich tzw. Rok Małpy, było ich mrowie. Zaliczyliśmy ty-powy program turystyczny, podziwialiśmy świą-tynię Buddy i pałac królewski w Bangkoku, który jest jedną z największych metropolii na świecie. Widzieliśmy słynny z filmu most na rzece Kwai. Budowali go siłami jeńców wojennych (Brytyj-czy, Australijczycy, Kanadyjczycy) Japończycy. Był on częścią magistrali Bangkok-Rangun w Bir-mie, która miała prowadzić do Indii. Zwiedzając pobliskie muzeum, dokumentujące budowę mostu, i cmentarz jeniecki, mogliśmy przyjrzeć

się z bliska okrucieństwu Japończyków, które w niczym nie ustępowało postępowaniu Niem-ców w Europie. Patrząc na to wszystko, bardziej zrozumiałe staje się użycie przez Amerykanów bomby atomowej w Hiroszimie i Nagasaki pod koniec II wojny światowej. Morze Andamańskie, które było ostatnim punktem naszego progra-mu, pełne jest malowniczych miejsc. Nakręco-no tam wiele filmów przygodowych, m.in. ten o przygodach agenta 007. Tajowie skrzętnie wy-korzystują to marketingowo. Jednocześnie czy-ste, ciepłe morze, piaszczysta plaża powodują, że można tam naprawdę wypocząć. Nie sposób pominąć kuchni tajskiej, która obfituje w owo-ce morza i jest po prostu smaczna. A na koniec słów kilka o masażu tajskim... Jest on ogólnodostęp-ny, tani i na pewno nie szkodzi. Doświadczyłem tego na sobie. W zasadzie wycieczkę do Tajlandii można śmiało polecić każdemu.

A u nas czas przedświąteczny sprzyjał różnym akcjom charytatywnym. W Dworze Polskim wrocławski Lions Club, skupiający wyłącznie pa-nie, spotkał się pod hasłem „Podziel się sercem, podziel się chlebem, żeby koszyk ze święcon-ką naszych podopiecznych nie był pusty”. Była ciekawa część artystyczna, kiermasz wyrobów świętecznych, zabawa fantowa i wielkanocne specjalny. Istniejący od 20 lat Lions Club Wrti-slavia pomaga przede wszystkim dzieciom oraz młodzieży, a panie w nim działające wykazują się niezwykłą inwencją i wkładają dużo serca w niesienie pomocy potrzebującym.

Wrocławski Klub „Firlej” zaangażował się z kolei w akcję na rzecz dzieci z Domu Dziecka w Meksy-

ku. W czerwcu mają one wziąć udział w Brave Kids Festiwal we Wrocławiu, ale o pokryciu kosztów podróży trzeba myśleć już teraz. Podczas koncer-tu charytatywnego wystąpiła znana meksykań-ska piosenkarka mieszkająca we Wrocławiu Ju-lietta Gonzales z zespołem, były warsztaty kuchni meksykańskiej. Następnego dnia w Wielkiej Lipie, w popularnym ośrodku jeździeckim, odbył się pokaz filmu „Santa Rosa”, który przedstawia mało znany epizod z II wojny światowej. Meksykanie przyjeźli wtedy kilkaset sierot, które zostały się po ewakuacji armii Andersa do Persji. Amerykanie odmówili ich przyjęcia i wyładowali one w Mek-syku, gdzie przebywały kilka lat. Meksyk był dla nich drugim domem. Wspomnienia ludzi, którzy to przeżyli, były naprawdę wzruszające. Obie te akcje przyniosły w sumie kilka tysięcy złotych. Ta kwota wystarczy przynajmniej na jeden bilet lotniczy z Meksyku.

Muzeum Miejskie Wrocławia, wspólnie z Mu-zeum Śląskim w Görlitz, zaprosiło nas na wy-stawę „Sztuka prześladowana”. Pokazuje ona żydowskiego artystę Heinricha Tischlera i jego wrocławskie środowisko. Za czasów hitlerow-skich sztuka ta była nieakceptowana i starano się ją całkowicie zniszczyć. Dorobek Tischlera przetrwał w archiwum rodzinnym, został prze-kazany do Muzeum w Görlitz i dlatego może być teraz eksponowany. Nasze Muzeum do-łożyło eksponaty ze swoich zbiorów i powstała w ten sposób interesująca ekspozycja, której towarzyszy piękny wydany katalog. Zapraszam do odwiedzin.

Wasz Bywalec



Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 11 lutego 2016 r.
odeszła od nas nasza niezapomniana Koleżanka
śp.

dr n. med. Jadwiga Remion

wieloletni pracownik Kliniki Pediatrii i Chorób
Infekcyjnych, pediatra i specjalista chorób zakaźnych.
Życie zawodowe poświęciła opiece lekarskiej
nad chorymi dziećmi
i wychowaniu nowych generacji lekarzy.

Pogrążeni w smutku
koleżanki i koledzy z Kliniki

Pani Renacie Czajce
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
członkowie Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących

Prof. dr. hab. Mieczysławowi Ujcowi
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci
Żony

Mieczysław Ujec

która odeszła do Pana 5 lutego 2016 r.
składają członkowie Katolickiego Stowarzyszenia
Lekarzy Polskich
Niech miłosierny i dobry Bóg zechce przyjąć Ją do
swego Królestwa Niebieskiego i obdaruje wiecznym
odpoczynkiem i radością, a Rodzinę pogrążoną w bólu
i żalu obdarzy swym pokojem.

W poczuciu nieodżałowanej straty żegnamy naszego
Kolegę

lek. Macieja Zarawskiego

aktywnego działacza dolnośląskiego samorządu
lekarskiego, zasłużonego lekarza chirurga
zaangażowanego w reformowanie
polskiego systemu ochrony zdrowia,
członka Dolnośląskiej Rady Lekarskiej III kadencji,
delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy III kadencji,
delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy III i IV kadencji,
przewodniczącego Komisji Skarg i Wniosków DRL,
przewodniczącego Koła Terenowego DIL
w Bogatyni w latach 2001-2009,
a następnie członka KT DIL w Bogatyni.

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają
członkowie Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

Z głębokim żalem i wielkim smutkiem
przyjęliśmy wiadomość o odejściu na wieczny dyżur

lek. Zenobii Zawady

Naszemu Koledze i Przyjacielowi **dr. n. med. Adamowi
Zawadzie**, bylemu kierownikowi Katedry i Zakładu
Chirurgii Stomatologicznej AM we Wrocławiu
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci Żony
składają
Marta Pilak i Ryszard Rzeszutko

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że 1 marca 2016 r. odszedł na wieczny dyżur

lek. Maciej Zarawski

specjalista chirurg

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL
w Bogatyni

PODZIĘKOWANIA

Kol. dr. Andrzejowi Kaczmarkowi z uniwersyteckiej poradni urologicznej, wszystkim lekarzom z DCO,
a szczególnie p. **dr Aleksandrze Pałamarz-Żarczyńskiej** za długoletnią opiekę nad mężem Antonim serdecznie dziękuję **Anna Borowiec**.



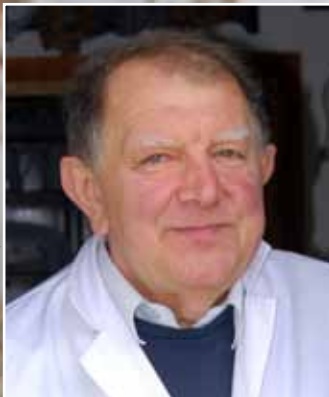
Doktorowi Piotrowi Sankowskiemu – ortopedzie oraz **doktorowi Jerzemu Kochańskiemu** – anestezjologowi ze Szpitala Wielospecjalistycznego ORTHOS w Komorowicach serdeczne podziękowania za leczenie i troskliwą opiekę składa pacjent **Mirosław Karaś**.



Składamy najserdeczniejsze podziękowania **Panu Profesorowi dr. n. med. Andrzejowi Pozowskiemu** za mistrzowsko przeprowadzone operacje i troskliwą opiekę lekarską. Z wyrazami ogromnej wdzięczności i szacunku **Andrzej i Małgorzata Milewiczowie**.



Źródło grafiki: www.flickr.com



Fot. z archiwum Rodziny

Lek. Ireneusz Zatoński

28.06.1944-09.12.2015 r.

specjalista
medycyny ogólnej

Specjalista medycyny ogólnej. Urodził się w Wołominie. Ojciec Zygmunt (ur. 1912), matka Bronisława z domu Łukasik (ur. 1916). Dwoch braci, Witold (ur. 1942) i Dariusz (ur. 1952), obaj lekarze. Ukończył I LO w Wałbrzychu. W drugiej połowie lat 60. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. W 1970 r. założył rodzinę z Barbarą, z domu Maćkowiak i jednocześnie rozpoczął pracę lekarza w Węgrach (gmina Żurawina). Kierował ośrodkiem zdrowia do końca życia. Trzech synów: Tomasz (ur. 1971), Marcin (ur. 1977) i Maciej (ur. 1983).

Lek. Ireneusz
Zatoński we
wspomnieniach
brata Witolda
Zatońskiego

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

**CZEŚĆ
JEGO
PAMIĘCI!**



Fot. z archiwum Rodziny

Irek i jego piękna żona Basia (Miss Dołęczków Akademii Medycznej we Wrocławiu) z synem Tomkiem (obecnie docent laryngologii) oraz nasza piękna Mama (więzień Pawiaka) i „dostojny” Ojciec (żołnierz AK) – oboje byli nauczycielami; na spacerze w Parku Zdrojowym w Szczawnie-Zdroju na początku lat 70.

Kilka dni przed świętami Bożego Narodzenia zmarł Irek, mój młodszy o dwa lata brat. Urodził się pod koniec czerwca 1944 r. Pierwszych kilka tygodni życia przeżył na linii frontu, w tym czasie dywizje pancerne SS próbowały utrzymać pod Wołominem dojścia do Warszawy.

Pięknie przeżył 71 lat. Razem ze swoją żoną Basią, też lekarzem, wybudowali dom w idyllicznym zakątku Dolnego Śląska. Wychowali troje pełnych pasji i charakteru synów. Przez niemal 50 lat Irek dbał o zdrowie mieszkańców swojej wioski (Węgry – 20 km od Wrocławia) i okolic. Odbierał porody, leczył, opiekował się tysiącami chorych. Przyjmował pacjentów przez całe życie w jednym miejscu, zawsze: rano, w dzień, w nocy. Był ich prawdziwym ministrem zdrowia (być ministrem, znaczy służyć).

Leczył za jajko, kurę i za... darmo. Pieniądze zawsze szybko wydawał, nigdy ich nie miał, nie lubił mieć. Zawsze zamieniał je szybko na bułki, masło, biały ser lub rozdawał dzieciom, obdarowywał nimi wnuki, czasami żonę. Jemu nigdy nic nie było potrzebne.

Nie tylko wybudowali, ale przede wszystkim razem z Basią, stworzyli DOM. Każdy mógł tu przyjechać niezależnie od pory dnia czy nocy. Dostawał nie tylko łóżko, ale też wspaniałe, wiejskie jedzenie, a przede wszystkim serdeczność. Dlatego tak chętnie przyjeżdżali tu ludzie z całego świata. Jeszcze na wiosnę Basia i Irek przyjmowali jednego z najwybitniejszych kardiologów świata prof. Salima Yusufa, który został doktorem honoris causa wrocławskiej uczelni medycznej. Przed wyjazdem z Polski Salim powiedział mi, że największe wrażenie podczas jego pobytu we Wrocławiu zrobił na Nim... mój brat Irek i jego lekarska służba.

Irek kochał życie. Przez ostatnie 10 lat stale miał kłopoty ze zdrowiem, wielokrotnie wydawało się, że to już koniec. Ale albo zdeterminowana żona oraz dzieci, albo znakomici lekarze, coraz lepiej wyposażone szpitale i lepsze leki pozwalały Mu żyć, kochać ludzi i... pracować. Przed dziesięciu laty jego zniszczone w dzieciństwie serce zostało „wyreperowane” przez Jego studenckiego kolegę prof. Mariana Zembalę. Irek żył dalej.

Jesienią 2015 roku, kiedy Irek mógł zrobić zaledwie 10 kroków, spędziłem z nim wiele dni, żyłem Jego rytmem. Wcześniej rano, kiedy „dom jeszcze spał”, lubił prowadzić braterskie rozmowy. Wiele z nich przerywały wizyty pacjentów lub ich telefony. O 6.00 zaprzyjaźniony pacjent przynosił świeże pieczywo. O godz. 7.00 Irek dzwonił do wszystkich synów. Chciał wiedzieć, co robią i jakie mają plany. Żył ich życiem. Nie rozmawialiśmy raczej o Jego zdrowiu czy śmierci. Domu nie opuszczał, poruszał się jedynie między sypialnią, kuchnią i gabinetem, i żył, żył.

Żona i synowie urządzili Mu wspaniały pogrzeb. Wszyscy cieszyliśmy się, że mogliśmy Go znać, być z Nim. Podczas mszy pożegnalnej kościół w Węgrach był wypełniony przez wiernych pacjentów. Na pochówku we Wrocławiu (Irek został pochowany w grobie rodziców) obok rodziny zgromadzili się jego przyjaciele i koledzy, rektorzy, profesorowie.

Witold Zatoński

Lek. Ireneusz Zatoński we wspomnieniach Krzysztofa Wroneckiego

W słoneczny grudniowy dzień, w wypełnionym po brzegi kościele w Węgrach pod Wrocławiem, pożegnaliśmy naszego kolegę dr. Ireneusza Zatońskiego, który spoczął na wrocławskim Grabiszynie. Był to wspaniały człowiek, wzorowy ojciec i kochany przez pacjentów lekarz, o czym świadczyły żegnające go tłumy pacjentów.

Przed 53 laty wspólnie rozpoczęliśmy naukę na naszej uczelni i korzystaliśmy ze swobody, jaką studia dawały młodym ludziom z prowincji. Mieszkaliśmy w akademiku, razem stawialiśmy pierwsze kroki w Zrzeszeniu Studentów Polskich. Dr Zatoński był jednym z inicjatorów postawienia w listopadzie 1968 roku chyba pierwszego w Polsce obelisku z okazji 50. rocznicy odzyskania przez Polskę niepodległości. Wciąż znajduje się on przed Domem Studenckim „Bliźniak”. To właśnie w tym domu studenckim poznał swoją przyszłą żonę (stomatologa), z którą spędził prawie 50 lat. Po studiach oboje podjęli pracę w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w podwrocławskich Węgrach, gdzie służyli ludziom bez względu na porę dnia i nocy. Ich dom, urządzony ze smakiem, był gniazdem rodzinnym promieniującym ciepłem i spokojem, co było dużą zasługą zawsze pełnego optymizmu gospodarza. Jego pełne humoru gawędy sprawiały, że czas w Węgrach płynął wolniej, a wspaniałości serwowane przez żonę powodowały, że przebywanie w ich towarzystwie było zawsze prawdziwym przeżyciem. Ich dom w Węgrach stanowił miejsce spotkań wrocławskich elit, rodziło się tam wiele wspaniałych pomysłów.

Trzej synowie, ich małżonki i gromada wnuków, często gościli w Węgrach. Najstarszy syn kontynuuje wraz z żoną tradycje rodzinne, oboje są nauczycielami akademickimi na naszym Uniwersytecie Medycznym. Drugi syn przestrzeń wokół domu w Węgrach wypełnił starymi samochodami. Samolotu nie ma tam tylko dlatego, że nie da się wylądować. Najmłodszy syn realizuje chyba niespełnione marzenia rodziców o etnografii. Renesansowa osobowość dr. Zatońskiego sprawiła, że przekazał on swe pasje dzieciom, które mogły je swobodnie realizować. Ostatnie lata życia walczył godnie z chorobami, nie opuszczał go nigdy wrodzony optymizm i poczucie humoru pełne samoironii. Odchodził spokojnie, pogodzony z losem i w poczuciu dobrze spełnionego obowiązku. Takim Go zapamiętamy.

Irku! Będę nam Ciebie bardzo brakowało, ale pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci. Spoczywaj w pokoju!

Krzysztof Wronecki

BIURO DIL

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

czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

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

inż. Magdalena Smolis – specjalista

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

mgr Agnieszka Szymków – specjalista

tel. 71 798 80 54

Księgowość

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

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

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

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

Kadry, Komisja: Stomatologiczna, Finansowa i Rewizyjna

mgr Agnieszka Jamroz – starszy specjalista

tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy

i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru

tel. 71 798 80 55,

mgr Weronika Pawelkowicz – specjalista,

tel. 71 798 80 57,

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

mgr Kamila Kaczyńska – referent, tel. 71 798 80 82

mgr inż. Weronika Sobolewska

– specjalista (71) 798 80 61

Pośrednictwo pracy

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

Konkursy

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

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńkiej

Barbara Nuckowska – starsza księgowa

Konto Kasy Pomocy Koleżeńkiej

BGŻ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Kasa

Elżbieta Chmiel – starszy kasjer

poniedziałek, środa, piątek 8.00-14.30

wtorek 8.00-15.30, czwartek 8.00-16.00

Komisja Kształcenia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

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

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

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

Komisja Bioetyczna

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

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu: mec. Beata Kozyra-Lukasiak

poniedziałek-środa 13.00-15.00

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

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

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

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

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

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

Grażyna Rudnicka – referent, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 79.

mgr Iwona Podoba – starszy referent

Informacja o ubezpieczeniach

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

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

Składki na rzecz Izby

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

Informatycy

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84

Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Małgorzata Nakraszewicz

czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek

wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54

Eugenia Serba – starszy referent

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej

Dorota Radziszewska

wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Czołowska – specjalista

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00

piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej

Ryszard Kepa

wtorek 15.00-16.00

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

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

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

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

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

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

◆ Klinika stomatologiczno-lekarska zatrudni lekarzy stomatologów oraz okulistów z możliwością kształcenia i rozwoju, tel. 71 31 64 028.

◆ Prywatne Centrum Stomatologiczne w Lubinie zatrudni stomatologa, ortodontę, chirurga lub pedodontę. Wymagana własna działalność gospodarcza. Pacjenci prywatni. Kontakt: tel. 691 490 106, e-mail: prezes31313131@gmail.com

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

◆ Filia wrocławskiej Kliniki w Brzegu Dolnym podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem w zakresie stomatologii ogólnej. Usługi w ramach kontraktu z NFZ oraz prywatne. Atrakcyjne warunki zatrudnienia. Zapraszamy do przesłania CV, e-mail: stomatologia.brzegdolny@gmail.com, kom. 607 367 777.

◆ SPZOZ Powiatowe Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy, ul. Leśna 31, zatrudni lekarza do pracy w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej oraz w ramach specjalistycznego transportu sanitarnego. Lekarze realizują w ramach ww. opieki również wizyty domowe, tel. 74 85 00 990.

◆ Świdnica – praca dla lekarza stomatologa. W związku z rozwojem gabinetu poszukujemy do pracy lekarza stomatologa. Gabinet położony w placówce medycznej, usługi tylko prywatne, mile widziane 2-letnie doświadczenie, praca z asystą. CV prosimy przysyłać na adres: gabinet@dlausmiechu.pl

◆ Poradnia stomatologiczna zatrudni lekarzy stomatologów na bardzo dobrych warunkach – 2 razy w tygodniu: 1. specjalistę stomatologii zachowawczej 2. lekarza bez specjalizacji z doświadczeniem. Kontakt pod nr telefonu: 607 88 31 39.

◆ Dolnośląskie Centrum Ortodontyczno-Implantologiczne we Wrocławiu podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem z minimum 2-letnim doświadczeniem. Wymagana dobra znajomość stomatologii zachowawczej, endodoncji i protetyki. Mile widziana praca z mikroskopem. Zainteresowane osoby prosimy o przesłanie CV na adres: ortodonthallera@onet.eu lub kontakt telefoniczny pod numerami: 691 193 198, 71 361 77 77.

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

◆ NZOZ Centrum Medyczne Estomedica zatrudni endodontę od zaraz, tel. 601 750 318.

◆ SPZOZ w Wolsztynie zatrudni specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych, lekarza w trakcie specjalizacji lub chcącego podjąć specjalizację w tej dziedzinie (posiadamy wolne miejsca akredytacyjne). Oferujemy pracę w podstawowej ordynacji oddziału i dyżurów medycznych. Forma zatrudnienia i warunki finansowe do negocjacji, tel. 68 347 73 70, e-mail: e.tomys@spzowolszyn.pl

◆ Zatrudnię lekarza w Praktyce Lekarza Rodzinnego w Marcinowicach k. Świdnicy (na trasie Wrocław – Świdnica). W najbliższej przyszłości możliwość przejęcia działalności wraz z deklaracjami. Kontakt: 74 8585 092, 608 336 413, 604 400 049.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu (Krzyki) zatrudni lekarza stomatologa od kwietnia 2016 r. Praca z pacjentami prywatnymi raz w tygodniu (wtorki lub czwartki). Wymagana własna działalność gospodarcza. CV proszę przysyłać na adres: bajkadent@wp.pl, tel. 713 907 048, 725 296 209.

◆ Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu, ul. Ziębicka 34-38, 50-507 Wrocław, poszukuje lekarzy systemu do udzielania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych Zespołach Ratownictwa Medycznego. Forma zatrudnienia – umowa cywilnoprawna z praktyką lekarską. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontaktowanie się z Działem Kadr, tel. 71 77 31 521, 71 77 31 525, e-mail: kadry@pogotowie-ratunkowe.pl

◆ NZOZ w Twardogórze zatrudni stomatologa na 2-3 dni w tygodniu. Duża baza pacjentów: prywatnych i na NFZ. Warunki pracy do ustalenia, tel. 606 466 411.

◆ Praktyka Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu – Stabłowice, ul. Beżowa 12, poszukuje na stałe lekarza rodzinnego bądź lekarza w trakcie specjalizacji. Wymiar czasu pracy i forma zatrudnienia do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt, tel. 501 107 251.

◆ Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Lecniczy Provita sp. z o.o., ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław, zatrudni w wymiarze pełnego etatu na umowę o pracę lub na kontrakt lekarza specjalistę z zakresu: medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych do poradni POZ dla dorosłych, lekarza specjalistę z zakresu pediatrii do poradni POZ dla dzieci, tel. 71 325 27 08, 71 781 35 17, wew. 210, 209; tel./fax 71 345 64 20.

◆ Nowoczesny, prywatny gabinet stomatologiczny w Lubaniu (woj. dolnośląskie) poszukuje do współpracy lekarza dentystę. Umowa o pracę, posiadamy mieszkanie dwupokojowe dla lekarza, www.luban-dentysta.pl, e-mail: silvermed@tlen.pl, tel. 696 981 797.

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

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

◆ Centrum Medyczne Medycyna Pracy Wrocław przy ul. Grabiszyńskiej 241C zatrudni lekarza okulistę z I lub II stopniem specjalizacji. Warunki do uzgodnienia, tel. 607 907 070.

◆ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wleniu zatrudni lekarza do pracy w POZ, tel. 604 876 506 lub 757 136 298.

◆ Ars Medica Sp. z o.o. w Świdnicy przy ul. Marii Konopnickiej 4 poszukuje lekarza (rodzinnego, internistę) do pracy w POZ. Kontakt pod numerami: 693 239 243 lub 74 852 44 08.

◆ Centrum Stomatologiczne Nadent zatrudni lekarza stomatologa. Wymagania: działalność gospodarcza, doświadczenie minimum 2 lata, tel. 693 444 329.

◆ Centrum stomatologiczne Miserante Dental we Wrocławiu podejmie współpracę ze stomatologiem ogólnym oraz ortodontą. Oferujemy pracę na umowę zlecenie, atrakcyjne wynagrodzenie. Placówka wyposażona jest w najwyższej jakości sprzęt i materiały. Praca z wykwalifikowaną asystą, pacjenci tylko prywatni. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt na adres: miserante@gmail.com lub tel. 510 929 688.

SZUKAM PRACY

◆ Lekarz stomatolog, kończący obecnie specjalizację z ortodoncji, poszukuje gabinetu do nawiązania współpracy lub wynajmu na terenie Wrocławia i okolic (najchętniej w Trzebnicy, Oleśnicy), tel. 609 83 49 49.

INNE

◆ Do wynajęcia wyposażone gabinety lekarskie, stomatologiczny i kosmetyczny, informacje: tel. 71 357 77 31, 71 351 64 03, kom. 513 711 726.

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

◆ Sprzedam lub wydzierżawię klinikę stomatologiczną we Wrocławiu. 4 gabinety stomatologiczne w pełni wyposażone, pracownia RTG, pracownia protetyczna. Powierzchnia 200 m². Wysoki standard. Umowa z NFZ. Może być z częścią mieszkalną 200 m², działka 992 m², tel. 601 701 550.

◆ Sprzedam czynną praktykę stomatologiczną wraz z lokalem w centrum Jeleniej Góry, tel. 603 910 905.

◆ Do wynajęcia gabinet stomatologiczny w Starej Kamienicy, tel. 601 814 664.

◆ Sprzedam unit Topaz, lampa Faro, system ssący, atrakcyjna cena (Jelenia Góra), tel. 698 777 205.

◆ Sprzedam gabinet stomatologiczny 40 km od Wrocławia, dwustanowiskowy, kompletnie wyposażony, z umową z NFZ od 15 lat i dużą bazą pacjentów, tel. 697 621 817.

◆ Spółka z o.o. dobrze prosperująca – profil medyczny, lokal (gabinety) – 75 m² w Śródmieściu, dogodny dojazd, parking, wysoki standard – sprzedam lub inne propozycje, tel. 516 174 864.

◆ Do wynajęcia gabinet stomatologiczny we Wrocławiu – 50 m², dobra lokalizacja, wejście z ulicy, parter, miejsca do parkowania dla pacjentów, tel. 721 264 977.

◆ Centrum Medyczne Medical-Complex, Wrocław, ul. Grabiszyńska 165, oferuje ostatnie gabinety do wynajęcia. Warunki współpracy do uzgodnienia, tel. 665 005 006.

Piw 
PRZEDSIĘBIORSTWO
INNOWACYJNO-WDROŻENIOWE

mamy zdrowie na oku...

ULTRASONOGRAFY

Stacjonarne i przenośne spełniające oczekiwania nawet najbardziej wymagających użytkowników



Aparat USG z kolorowym Dopplerem od 29000 zł

Defibrylatory AED

w Twoim gabinecie



BO ŻYCIE PACJENTA JEST NAJWAŻNIEJSZE!

Przedsiębiorstwo Innowacyjne – Wdrożeniowe ul. Kłodzka 21A, 50-536 Wrocław
tel. 71 7271435, 7271425; e-mail: info@piwgoral.com; www.piwgoral.pl



SALA OPERACYJNA DO WYNAJĘCIA

Wynajmę funkcjonującą salę operacyjną wykonaną w nowoczesnej technologii ze stali chromowo-niklowej. Możliwość podpisania kontraktu od lipca 2016 r. z NFZ na zabiegi z zakresu ortopedii, urologii i laryngologii jako kontynuacja funkcjonującej w tych dziedzinach procedury jednodniowej.

LOKALIZACJA – DZIERŻONIÓW
tel. 601 511 750

Terminy dyżurów

p.o. prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.

wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30

sekretarz DRL Urszula Kanaffa-Kilijańska,
poniedziałek, 15.00-16.00

skarbnik Małgorzata Niemiec,
czwartek, 15.15-16.00

Delegatura Wrocław:
wiceprezes Małgorzata Nakraszewicz,
czwartek, 14.00-15.00

Delegatura Jelenia Góra:
wiceprezes Barbara Polek,
wtorek, 10.00-11.00

Delegatura Legnica:
wiceprezes Ryszard Kępa,
wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych:
wiceprezes Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko,
czwartek, 14.00-17.00

przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Włodzimierz Wiśniewski, piątek, 11.00-13.00

Centrum Medyczne w Ostrzeszowie wynajmie
GABINETY LEKARSKIE, ZABIEGOWE,
NAWIĄŻE WSPÓŁPRACĘ Z LEKARZAMI.

Wysoki standard pomieszczeń.
tel. 603 857 030
e-mail: ed@ecis.pl

www.alergo-medica.pl

POSZUKIWANI LEKARZE SPECJALIŚCI!
Przychodnia Specjalistyczna we
Wrocławiu nawiąże współpracę z:
gastroenterologiem, endokrynologiem,
urologiem, otolaryngologiem,
psychiatrą, diabetologiem,
nefrologiem, angiologiem,
hematologiem, radiologiem (USG, RTG).

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt
pod nr tel.: 502 302 272, 887 789 199.



prawo
odpowiedzialność
bezpieczeństwo
dane osobowe
technologia

już od 9,90 zł miesięcznie



bezpieczne przechowywanie rekordów pacjenta

www.medcloud.eu



GATECH S.A. ul. Ukraińska 1, 54-401 Wrocław
+48 71 707 2006 **info@medcloud.eu**

