



Nr 5/2014 (286) maj 2014

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



s. 3-15

NASI W NACZELNEJ IZBIE LEKARSKIEJ

Za nami XII Krajowy Zjazd Lekarzy. Poniżej publikujemy listę osób, które w VII kadencji reprezentować będą dolnośląskich lekarzy na szczeblu centralnym.

Naczelna Rada Lekarska:

1. lek. Chodorski Jacek – prezes DRL,
2. lek. Kępa Ryszard,
3. lek. dent. Marczyk-Felba Alicja,
4. dr n. med. Wojnar Andrzej

Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

1. dr n. med. Rzeszutko Ryszard

Naczelny Sąd Lekarski:

1. dr n. med. Bednorz Włodzimierz,
2. lek. dent. Bujko Teresa,
3. lek. dent. Chojnacki Zygmunt
4. lek. Kacalak Jacek,
5. dr n. med. Wojtala Renata

Naczelna Komisja Rewizyjna:

1. dr n. med. Chęciński Igor,
2. prof. dr hab. n. med. Kierzek Andrzej,
3. lek. dent. Laska Piotr

KANCELARIA PODATKOWA

Świadczenie usług w zakresie pełnej obsługi podatkowo-księgowej (kadry, płace, ZUS) gabinetów lekarskich, przychodni oraz indywidualnych praktyk lekarskich.

Zapraszamy do współpracy!

Barbara Mieczkowska – doradca podatkowy, tel. 513 037 409.

ZBIÓRKA PAMIĄTEK Z OKAZJI ZBLIŻAJĄCYCH SIĘ OBCHODÓW 25-LECIA DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Jesienią 2014 r. Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu obchodzić będzie jubileusz 25-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego. W związku z tą uroczystością zwracamy się do Państwa z prośbą o udostępnienie wszelkich pamiątek związanych z naszą Izbą i obrazujących wspólną, lekarską historię – zwłaszcza tych z pierwszych lat działania reaktywowanego samorządu. Prosimy o przekazywanie: zdjęć, wycinków prasowych, relacji z imprez, dokumentów, starych legitymacji (np. zjazdowych), plaketek, odznak, medali itd. Zebrane materiały historyczne posłużą do przygotowania okolicznościowej wystawy.

Pamiątki przyjmuje mgr Maria Danuta Jarosz – dyrektor biura DIL (II piętro – sekretariat), tel. 71 798 80 90, kom. 600 046 202.

Dolnośląska Rada Lekarska

JAK ODRADZAŁA SIĘ DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA? PODZIEL SIĘ WSPOMNIENIAMI!

Jubileusze mają to do siebie, że przywracają pamięć o wydarzeniach i ludziach z lat minionych. Skłaniają do refleksji.

Zbliżająca się 25. rocznica odrodzonych izb lekarskich, która przypada w listopadzie 2014 r., będzie wydarzeniem niecodziennym, niezwykle ważnym, uroczystym. Świętem wyjątkowym. Aby pozostały po nim wspomnienia, nie tylko ulotne, postanowiliśmy owe święto zapisać dla potomności w formie wydawnictwa książkowego pt. „25 lat w służbie dolnośląskich lekarzy. Dolnośląska Izba Lekarska w latach 1989-2014. Tradycja. Współczesność. Zamierzenia”.

Do redakcji tego zamierzenia zapraszamy Was Wszystkich. Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy, chwycicie za pióro lub przekażcie nam drogą e-mailową Wasze miłe wspomnienia, rozterki, żale, niespełnione marzenia. Dobrze by było uzupełnić je zdjęciami, dokumentami etc. (do zwrotu po ich wykorzystaniu).

Czekamy na teksty (2-3 strony) do 31 sierpnia 2014 r. Można je przysyłać na adres: DIL, ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław (z dopiskiem: jubileusz 25-lecia DIL) lub e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl

W imieniu Komitetu Redakcyjnego prof. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek

NOMINACJE PROFESORSKIE DLA DOLNOŚLĄSKICH LEKARZY

W marcu i kwietniu prezydent Bronisław Komorowski wręczył w Belwederze akty nominacyjne nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki. Tytuł naukowy profesora otrzymali m.in. pracownicy UM we Wrocławiu: **Piotr Dziegiel, Krzysztof Kałwak, Lesław Zub, Magdalena Krajewska, Andrzej Hendrich, Grzegorz Mazur i Małgorzata Sobieszczańska**. Serdecznie gratulujemy!

Dolnośląska Rada Lekarska

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu z 18 lutego 2014 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych w dyscyplinie medycyna (specjalność kardiologia) otrzymał **lek. Janusz Sławin**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego 12 marca 2014 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskała **lek. Weronika Chorańczewska**.

Zarządzasz placówką medyczną? Chcesz poprawić jakość obsługi pacjenta? Chcesz podnieść efektywność pracy swoich pracowników?



Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska zaprasza do udziału w projekcie „Zarządzanie bez tajemnic. Wdrożenie standardów zarządzania zasobami ludzkimi w firmach branży medycznej”. Weź udział w profesjonalnych szkoleniach adresowanych do kadry zarządzającej z sektora opieki zdrowotnej, skieruj swoją firmę na nowe tory i zdobądź Certyfikat Lidera Zarządzania Zasobami Ludzkimi.

Jeśli tak - ten projekt jest właśnie dla Ciebie!

Oferujemy bezpłatnie:

- szkolenia warsztatowe z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi,
- indywidualne doradztwo dla Twojej firmy połączone z wdrażaniem standardów zarządzania zasobami ludzkimi,
- coaching w zakresie identyfikowania ryzyka i rozwiązywania bieżących problemów.

Dzięki naszemu wsparciu

uzyskasz wymierne korzyści:

- zwiększysz efektywność pracy personelu dzięki wdrożeniu procedur i standardów,
- optymalnie wykorzystasz zasoby kadrowe i organizacyjne,
- podniesiesz poziom zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług medycznych,
- wzmocnisz pozycję przedsiębiorstwa na lokalnym rynku usług medycznych.

Do udziału w projekcie zapraszamy osoby zarządzające placówkami medycznymi z terenu województwa dolnośląskiego i opolskiego.

Więcej informacji uzyskasz w Biurze Projektu:

**Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska
ul. Żelazna 34, pok.310,310a, 53-428 Wrocław
tel. (71) 349-80-63, fax. (71) 349-80-63
e-mail: zarzadzaniebeztajemnic@pracodawcyzdrowia.pl**

Nie zwlekaj i zgłoś się już dziś. Ilość miejsc ograniczona.



Człowiek - najlepsza inwestycja

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Widziane z Kazimierza 45	3
LEKARZ W UNII EUROPEJSKIEJ:	
» 10 lat w Unii Europejskiej	
– perspektywa lekarzy	4
» 10 lat członkostwa Polski	
w Unii Europejskiej	6
» Nasi kandydaci do Parlamentu	11
» Dziesięć lat w UE – jaki jest bilans?	14
WYDARZYŁO SIĘ:	
» 70-lecie 4. WSK z Polikliniką SPZOZ	
we Wrocławiu	16
» IV Międzynarodowa Studencka Konferencja	
Młodych Naukowców oraz XIX Ogólnopolska	
Konferencja Studenckich Kół Naukowych	
Uczelni Medycznych	17
» W imię współpracy	18
Pasje lekarzy: Tajlandia – kraj uśmiechu	19
» I Mistrzostwa Dolnego Śląska	
Lekarzy w Squashu	22
» Spotkania Klubowe u Medyków	23
Nasi stomatolodzy	24
Prawo na co dzień	25
Komunikaty	26
Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu	29
Konferencje i szkolenia	31
Kursy	32
Warto wiedzieć	33
Felietony	35
Z pamiętnika etyka	36
Pro memoria	36
WSPOMNIENIE POŚMIERTNE:	
» lek. Danuta Horbaczewska-Szelachowska	37
Ogłoszenia	38

Maj...



Fot. z archiwum „Medium”

1 maja 2004 r. Polska stała się pełnoprawnym członkiem Unii Europejskiej. To w tym dniu flaga UE powiewała po raz pierwszy razem z flagą III Rzeczypospolitej. Odegrano wówczas „Ode do młodości”, która jest hymnem Unii. A sama uroczystość rozszerzenia UE o kolejne państwa odbyła się w... Dublinie. I może warto przypomnieć, że Polska złożyła wniosek o członkostwo w UE 8 kwietnia 1994 r. Starania o przyjęcie do wspólnoty trwały więc 10 lat. Natomiast 25 maja 2014 r. odbędą się wybory do Parlamentu Europejskiego. Polacy po raz trzeci będą wybierać 51 swoich przedstawicieli na 5-letnią kadencję. We wspólnym okręgu dolnośląsko-opolskim do obsadzenia jest 5 mandatów. Minęło 10 lat i może warto zastanowić się, co lekarzom, ochronie zdrowia, pacjentom dała przynależność do UE. Dlatego majowy numer „Medium” poświęcamy temu tematowi. Przy moim osobistym eurosceptycyzmie muszę stwierdzić, że w mojej ocenie ten bilans dla lekarzy jest pozytywny. Trzeba pamiętać, że Unia Europejska to nie tylko Schengen, wspólna waluta i miliardy euro płynące do naszego kraju na wszelkiego rodzaju inwestycje. UE to także coś, co prof. Zdzisław Kubot, na spotkaniu w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, nazwał europeizacją polskiego prawa. Bo bycie członkiem UE zobowiązuje także do dostosowywania standardów europejskich, np. w obszarze prawa pracy. A to na pewno kosztuje. Nie można więc „zjeść ciastka i mieć ciastko”.

Chciałbym przypomnieć o 2 sprawach: naszej „walki” o czas pracy lekarzy (i jak pokazują ostatnie miesiące nie do końca zakończonej) i najnowszej dyrektywie transgranicznej. W PE w pocie czoła wypracowano dyrektywę 2003/88/WE, która weszła w życie 2 sierpnia 2004 r., a więc w trzy miesiące po wstąpieniu Polski do UE. Dyrektywa mylnie nazywana „dyrektywą o czasie pracy”, gdyż jest ona „dyrektywą o prawie do wypoczynku”. Dyrektywa ta dawała lekarzom prawo do 11 godzin odpoczynku w trakcie każdej doby, minimum do 35 godzin odpoczynku jednorazowo w ciągu tygodnia i ograniczała czas pracy do 48 godzin, zezwalając jednakże na jego przedłużenie za zgodą pracownika (tzw. klauzula opt-out) do nie więcej niż 78 godzin w tygodniu. Ale „Polak potrafi”, więc problem implementacji dyrektywy rozwiązała ówczesna minister zdrowia Ewa Kopacz. Zresztą z cudowną, charakterystyczną dla siebie łatwością i beztroską. Ustanowiła „normę prawną” poprzez komunikat na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, który głosił trzy przestrzegane do dziś reguły. Pierwszą była ta, że 11-godzinny odpoczynek może przysługiwać po dyżurze, czyli po 24-godzinnej pracy, co pozwoliło na utrzymanie systemu dyżurowego, formalnie sprzecznego z dyrektywą unijną przy dyżurach dłuższych niż 13 godzin. Drugą – uznanie, że czas pracy dotyczy pracy u jednego pracodawcy. To, że lekarz lub pielęgniarka jeździ z jednej pracy do drugiej, pomijamy milczeniem, ewentualnie krótko dyskutujemy o tym po takich tragediach, jak ta we Włocławku. Trzecią regułą jest stwierdzenie, że dyrektywa dotyczy tylko zatrudnionych w ramach umowy o pracę. W taki to sposób rozpoczęło się masowe przechodzenie lekarzy i w nieco mniejszym zakresie pielęgniarek na kontrakty. Ale dzięki tej dyrektywie ponad 20 mld zł nagle znalazło się w kasie NFZ, gdyż inaczej cały system, głównie w szpitalach, by się zawalił. Czyli to nie rząd z własnej woli nam coś dał, ale konieczność dostosowania polskiego prawa do przepisów unijnych spowodowała, że te pieniądze się nagle znalazły.

O nowej dyrektywie UE (transgranicznej) dotyczącej swobody przepływu usług, w tym usług medycznych, pisałem niedawno. Na razie rząd niechętnie i z wielkimi oporami opracowuje prawne akty wykonawcze do tej dyrektywy, bo wiadomo, że to będzie kosztowało następne miliardy. Ale na pewno doczekamy się (i to chyba szybko) np. zniesienia konieczności podpisywania umów z NFZ na przepisywanie recept na leki refundowane. Ten przepis nie ma racji bytu przy tej unijnej dyrektywie. W zasadzie jestem optymistą, gdyż uważam, że zmiany na lepsze nadejdą nie dlatego, że rząd tak chce, ale że takie są standardy w UE.

W związku ze zbliżającymi się eurowyborami, w majowym wydaniu „Medium”, przedstawiamy sylwetki dolnośląskich lekarzy kandydujących do PE. O mandat ubiegają się: dr n. med. Halina Szymiec-Raczyńska – lekarz ginekolog z Dzierżoniowa, obecna posłanka startująca do Parlamentu z listy PSL; lek. Mirosław Lubiński – specjalista medycyny pracy i chorób wewnętrznych z Wałbrzycha, senator RP V kadencji, radny Rady Miejskiej Wałbrzycha startujący z listy SLD oraz lek. Jan Pokrywka – specjalista chorób wewnętrznych z Kłodzka (Nowa Prawica), który nie wykonuje obecnie zawodu. W tym miejscu pragnę wyjaśnić, że samorząd lekarski, zgodnie z ustawowymi zapisami, jest organizacją apolityczną. Natomiast od początku istnienia samorządu popieramy każdego lekarza starającego się o mandat radnego, posła czy senatora, niezależnie od przynależności partyjnej. Chcemy z tymi lekarzami tworzyć lobby na rzecz spraw lekarskich, zarówno na poziomie samorządu terytorialnego jak i w parlamencie krajowym czy europejskim. Warto przypomnieć, że na początku lat 90. ponad 120 lekarzy z Dolnego Śląska pełniło funkcję radnych w samorządzie terytorialnym. I choć nasze doświadczenia we współpracy z koleżankami i kolegami radnymi czy posłami są różne (generalnie złe), to nadal będziemy próbować tworzyć w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej miejsce, gdzie będzie okazja do przekazywania naszych uwag tym, którzy stanowią prawo w Polsce. W formie anegdoty opowiadano mi historię znanego wrocławskiego lekarza posła, który na uwagę innego lekarza, że problem powinien być mu znany, gdyż jest lekarzem, usłyszał odpowiedź: „Ja nie jestem lekarzem, ja jestem politykiem zdrowotnym”.

A na koniec chcę przypomnieć, że od 1 maja 2013 r. Dolnośląska Izba Lekarska działa w nowej siedzibie przy ul. Kazimierza Wielkiego 45. Czyli to już rok...

Bea Biel

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

Invest-Bank: 25 1680 1235 0000 3000 2153 4508

Józef Lula – redaktor naczelny

Magdalena Łachut – redaktor/korekta/oprac. graf.

Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie

Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,

Alicja Marczyk-Felba, Andrzej Kierzek,

Krzysztof Wronecki, Paweł Wróblewski

Stali współpracownicy:

Jarosław Barański, Jerzy Bogdan Kos,

Beata Kozyra-Łukasiak, Magdalena

Orlicz-Benedykta,

Wiesław Prastowski, Łukasz Wasilewski,

Aleksandra Stebel, Agata Wnukiewicz-Kozłowska

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń,

reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych,

zastępuje sobie prawo do skracania

i adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego

oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 23 kwietnia 2014 r.

Druk: Zakłady Poligraficzne GREG,

ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice,

tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70



10 lat w Unii Europejskiej – perspektywa lekarzy

Unia Europejska a państwa członkowskie

Nie wchodząc w niekończącą się dyskusję, czy Unia Europejska powinna być czymś w rodzaju stanów zjednoczonych Europy, czy też raczej związkiem ojczyzn, obowiązują w niej pewne zasady, które w znaczący sposób wpływają także na życie obywateli Polski.

Spośród nich wspomnieć należy przede wszystkim o zapewnieniu obywatelom państw członkowskich „przestrzeni wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości bez granic wewnętrznych, w której zagwarantowana jest swoboda przepływu osób”. Trzeba przyznać, że w tej „przestrzeni” sprawy ochrony zdrowia nie są regulowane zbyt ściśle.

Jednak tzw. konstytucja Unii z 2007 r. mówi, że „przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”. Działanie Unii, które uzupełnia politykę państw członkowskich, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii (także poprzez wspieranie badań nad nimi), informacji i edukacji zdrowotnej oraz monitorowanie poważnych, transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeganie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie. Unia zachęca także do współpracy między państwami członkowskimi w tych dziedzinach oraz wspiera ich działania. Unia promuje szczególnie współpracę między państwami członkowskimi w zakresie ochrony zdrowia w regionach przygranicznych. Państwa członkowskie, we współpracy z Komisją Europejską, koordynują między sobą politykę i programy w dziedzinie ochrony zdrowia. Komisja podejmuje inicjatywy wspierające tę koordynację, np. inicjatywy mające na celu określenie wytycznych i wskaźników, organizowanie wymiany najlepszych praktyk i przygotowanie elementów monitoringu. Unia sprzyja współpracy w dziedzinie zdrowia publicznego także z państwami trzecimi i organizacjami międzynarodowymi. Instytucje Unii przyjmują: standardy jakości i bezpieczeństwa narządów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i pochodnych krwi, środki mające na celu ochronę zdrowia publicznego w dziedzinach weterynaryjnej i fitosanitarnej oraz standardy jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Zachęcają one do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, zwłaszcza zwalczania epidemii transgranicznych, monitorowania poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesnego ostrzegania w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczania, jak również do



Dr n. med.
Konstanty
Radziwiłł

Źródło grafiki: www.deviantart.com/EuropeanUnion, tabodesign-d3feul7

ochrony zdrowia publicznego w związku z paleniem tytoniu i nadużywaniem alkoholu. Mogą one także przyjąć zalecenia służące osiągnięciu tych celów. Unia uzupełnia działanie państw członkowskich w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii.

Działania Unii są prowadzone w poszanowaniu samodzielności państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział zasobów w tym zakresie. W związku z tymi zasadami Unia przyjęła liczne dyrektywy, rozporządzenia i inne przepisy realizujące te zasady.

Unijne akty prawne dot. ochrony zdrowia

Na pewno najbardziej odczuwalnym dla polskich lekarzy i lekarzy dentystów aktem prawnym stała się dyrektywa wprowadzająca automatyczne uznawanie kwalifikacji w siedmiu zawodach regulowanych. Z jej dobrodziejstwa, uzyskując zaświadczenia umożliwiające podjęcie pracy za granicą, skorzystało do dziś prawie 9,5 tys. (7,3%) lekarzy (10% chirurgów, lekarzy medycyny ratunkowej, neurochirurgów, ortopedów, radiologów, 12% patomorfologów, 17% torakochirurgów, 18% anestezjologów i chirurgów plastycznych) oraz 2,5 tys. (7,5%) lekarzy dentystów. To rzesza wysoko wykwalifikowanych osób. Na mocy wspomnianych przepisów automatycznie uznaje się nie tylko prawo wykonywania zawodu, ale także 40 polskich specjalności lekarskich, kwalifikacje lekarzy ogólnych (na marginesie: przyjęta niedawno nowela umożliwiająca pracę w podstawowej opiece zdrowotnej internistom i pediatrom jest sprzeczna z dyrektywą, która takie prawo przyznaje jedynie specjalistom medycyny rodzinnej) i 2 specjalności lekarsko-dentystyczne. W pierwszych latach po wejściu Polski do Unii liczba lekarzy i lekarzy dentystów wyjeżdżających do bogatszych krajów zapowiadała katastrofę. Niewątpliwie stało się to jednym z powodów oferowania lekarzom, zwłaszcza niektórych – szczególnie poszukiwanych na Zachodzie specjalności, coraz lepszych warunków pracy. Tak, czy inaczej, polskie środowisko lekarskie dołączyło dzięki dyrektywie do elitarnego klubu wolnych ludzi mogących dowolnie wybierać miejsce swojego zamieszkania i pracy.

Drugim bardzo ważnym przepisem unijnym, który w znaczący sposób wpłynął na pracę licznych lekarzy w Polsce, jest dyrektywa regulująca czas pracy osób zatrudnionych. Jej rezultatem w polskim prawie były zmiany w organizacji czasu pracy pracowników medycznych (najpierw w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, a obecnie w ustawie o działalności leczniczej). Początkowo zmiany przyjmowane nieufnie także przez lekarzy, w efekcie spowodowały rewolucję w sposobach zatrudnienia, a w konsekwencji przyczyniły się do powstania skomplikowanych i dziwacznych układów pracy, ale także do wyraźnego zwiększenia zarobków wielu lekarzy.

Od jesieni 2013 r. trwa w Polsce gorąca krytyka nieimplementowania w naszym kraju przepisów dyrektywy o transgranicznej opiece zdrowotnej. Ustanowiła ona przepisy ułatwiające dostęp wszystkich obywateli Unii do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości i promuje współpracę w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji krajowych w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej. Niezależnie od możliwości korzystania przez pacjentów z transgranicznej opieki zdrowotnej zgodnie z jej przepisami, państwa członkowskie ponoszą odpowiedzialność za świadczenie obywatelom na swoim terytorium

bezpiecznej, wydajnej, wysokiej jakości i ilościowo odpowiedniej opieki zdrowotnej. Skutkiem transpozycji dyrektywy do prawa krajowego i jej stosowania nie powinno być zachęcanie pacjentów do korzystania z leczenia poza swoim państwem. Zakresem swoim obejmuje ona uznawanie recept, leczenie chorób rzadkich, ochronę danych osobowych i medycznych, tzw. turystykę zdrowotną. Zakłada ona pewne ograniczenia w zakresie planowej opieki szpitalnej i wymagającej kosztownych procedur (przewiduje możliwość stosowania uprzedniej zgody w takich przypadkach), przewiduje tworzenie międzynarodowych centrów wiedzy i sieci referencyjnych, rozwijanie interoperacyjności e-zdrowia i współpracę w zakresie oceny technologii medycznych. Przewiduje autonomię państw członkowskich w zakresie wyboru koszyka usług zdrowotnych, ustalania rozwiązań etycznych, określania świadczeń zdrowotnych z tytułu zabezpieczenia społecznego, organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej i medycznej. Dyrektywa przewiduje także możliwość przyjęcia ograniczeń jej stosowania, jeżeli jest to uzasadnione nadrzędnymi względami podyktowanymi interesem ogólnym. Nakazuje ona utworzenie krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, ustala ogólne zasady zwrotu kosztów i określania zakresu opieki zdrowotnej, która może wymagać uprzedniej zgody. Państwa członkowskie miały czas na wprowadzenie w życie przepisów niezbędnych do wykonania dyrektywy najpóźniej do 25 października 2013 r. Zamiast poinformować Komisję Europejską o opóźnieniu, polski rząd uparcie (i wbrew prawu) twierdzi, że dopóki przepisów nie ma, dyrektywa w Polsce nie obowiązuje. Niestety, sądząc po opublikowanych założeniach do ustawy wprowadzającej dyrektywę, rząd zamierza, niezgodnie z jej duchem, raczej utrudniać niż ułatwiać korzystanie przez polskich pacjentów z jej dobrodziejstw.

Trudno jednoznacznie stwierdzić, ile dobrego i ile złego powoduje unijne prawo ochrony zdrowia. Jedno jest pewne, polska sytuacja coraz bardziej zależy od decyzji zapadających w Brukseli. Podejmują je politycy Parlamentu Europejskiego, Komisji Europejskiej i innych instytucji Unii. Niewątpliwie jednak proces legislacyjny w Unii poważnie traktuje zainteresowanych. Udział środowiska lekarskiego (przede wszystkim Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME), którego członkiem jest polski samorząd lekarski) w ustalaniu prawa jest niemały. Na pewno ważne jest, aby co najmniej tak jak dotąd, także polskie izby lekarskie – poprzez Naczelną Radę Lekarską, a także poprzez bezpośredni wpływ okręgowych rad lekarskich na europosłów ze swoich regionów kontynuowały swoje zainteresowanie i próby wpływania na politykę europejską w zakresie ochrony zdrowia.

Dr n. med. Konstanty Radziwiłł ukończył Akademię Medyczną w Warszawie. Od ukończenia studiów pracuje jako lekarz pierwszego kontaktu. Pracował także w pogotowiu ratunkowym i w placówkach medycyny przemysłowej; jest wykładowcą w Katedrze Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, jest ekspertem w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Jest specjalistą medycyny rodzinnej. Ukończył podyplomowe studia z bioetyki na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie i z ekonomiki zdrowia na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. Od 1993 r. działa w samorządzie lekarskim; w latach 1997-2001 był sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej, 2001-2010 jej prezesem, a 2010-2014 jej wiceprezesem. Od 2014 r. ponownie pełni funkcję sekretarza NRL. Od wielu lat zajmuje się w samorządzie problematyką zagraniczną. W latach 2002-2003 był członkiem Komitetu Łącznikowego Europejskiego Forum Organizacji Medycznych i Światowej Organizacji Zdrowia (EFMA/WHO). Od 2000 r. reprezentuje polski samorząd lekarski w Stałym Komitecie Lekarzy Europejskich (CPME). W latach 2004-2005 był przewodniczącym Komisji Etyki i Kodeksów Zawodowych CPME, 2008-2009 wiceprezesem, a w latach 2010-2012 prezesem CPME. Od 2013 r. jest przewodniczącym Grupy Roboczej CPME ds. e-Zdrowia. W latach 2012-2013 pracował także w grupie ekspertów przygotowujących nowelizację (przyjętą jesienią 2013 r.) Deklaracji Helsińskiej dot. etycznych zasad prowadzenia badań medycznych z udziałem ludzi Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA). Przez kilka lat poprzedzających wejście Polski do Unii Europejskiej był zaangażowany w proces dostosowywania polskiego prawa medycznego do prawa wspólnotowego (tzw. *acquis communautaire*); od wielu lat, jako przedstawiciel CPME uczestniczy w procesie tworzenia unijnego prawa dotyczącego ochrony zdrowia.



Źródło grafiki: www.deviantart.com/zipper

10 LAT CZŁONKOSTWA POLSKI W UNII EUROPEJSKIEJ

Fot. z archiwum autorki



**Dr n. praw.
Agata
Wnukiewicz
-Kozłowska**

**adiunkt w Katedrze Prawa Międzynarodowego i Europejskiego
kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki,
kierownik Studiów Podyplomowych Prawa Medycznego i Bioetyki,
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii,
Uniwersytet Wrocławski**

Wprowadzenie

W zakresie ochrony zdrowia Unia Europejska działa na podstawie tytułu XIV (Zdrowie Publiczne) Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE), na który składa się jeden tylko artykuł – 168 (Dz. Urz. UE 2012 C 326). Z treści i konstrukcji tego artykułu wynika jasno, że kompetencja Unii w dziedzinie zdrowia publicznego ma jedynie charakter wspierający, koordynujący i uzupełniający działania państw członkowskich. W ramach określonych w traktacie zadań, Unia stawia sobie za cel: zapobieganie chorobom, promowanie zdrowego trybu życia, dbanie o dobry stan psychiki, ochronę ludności przed poważnymi zagrożeniami dla zdrowia mającymi wymiar międzynarodowy, zapewnienie lepszego dostępu do opieki zdrowotnej, rozpowszechnianie informacji na temat zdrowia i wspieranie edukacji zdrowotnej, zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa, wspieranie dynamicznych systemów opieki zdrowotnej i nowych technologii, ustanawianie wysokich norm jakości i bezpieczeństwa w odniesieniu do narządów i innych substancji pochodzenia ludzkiego, zapewnienie bezpiecznych i skutecznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych wysokiej jakości. Jak wyraźnie wskazuje ust. 7 art. 168: „Działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów”. Należy zatem podkreślić, że za

organizację i zarządzanie zdrowiem publicznym odpowiadają państwa członkowskie. UE ze swej strony uzupełnia ich działania, koordynując wysiłki podejmowane w odpowiedzi na wspólne wyzwania w ścisłej współpracy z partnerami międzynarodowymi, takimi jak np. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Wpływ przystąpienia Polski do UE w dziedzinie zdrowia ma różnorodny charakter. Jak wynika z raportów sporządzanych na potrzeby Ministerstwa Zdrowia, przede wszystkim łatwiejszy stał się przepływ pacjentów oraz usług medycznych. Ponadto, wielu podmiotom udało się skorzystać z funduszy strukturalnych przeznaczonych na modernizację i unowocześnianie placówek medycznych. Wzrósł poziom bezpieczeństwa epidemiologicznego, bardziej korzystna stała się sytuacja na rynku leków (import równoległy), ścisłą ochroną objęci zostali pracownicy ochrony zdrowia, których czas pracy został określony z poziomu Unii. Ponadto obywatele polscy (jako równocześnie obywatele UE) objęci zostali systemem koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Potwierdzeniem tego przywileju jest Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, umożliwiająca identyfikację pacjentów objętych ubezpieczeniem i udzielenie im świadczeń zdrowotnych. Ustanowione zostały wspólne standardy prawne dla państw członkowskich w zakresie badań klinicznych, ochrony wynalazków biotechnologicznych, dopuszczenia na rynek produktów leczniczych, częściowo przyjęte zostały środki ustanawiające wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa w odniesieniu do organów i substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i pochodnych

krwi. Wszystkie te działania i regulacje UE mają oczywiście zarówno pozytywne jak i negatywne aspekty, co zostanie zasygnalizowane w dalszych rozważaniach.

Obowiązki państw członkowskich związane z prawem UE (w minipigułce)

Członkostwo w Unii wiąże się z obowiązkiem przyjęcia tzw. *acquis communautaire* UE (dorobku prawnego Unii). Najistotniejszymi elementami tego dorobku są traktaty wraz z zasadami ogólnymi prawa, prawo wtórne (obejmujące rozporządzenia, dyrektywy, decyzje oraz zalecenia i opinie), a także orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE) jako istotny element interpretacji i wykładni prawa unijnego. Z Traktatu z Lizbony w dziedzinie zdrowia publicznego wynika, jak była już o tym mowa, że państwa członkowskie zachowują zasadnicze kompetencje dotyczące ochrony zdrowia, a Unia jedynie wspiera i uzupełnia działania państw. W zakresie, w jakim kompetencje w dziedzinie ochrony zdrowia należą do Unii, państwa członkowskie zobowiązane są do dostosowania swoich regulacji prawnych bądź przyjęcia rozwiązań unijnych. W przypadku rozporządzeń unijnych, zawarte w nich normy prawne adresowane są do wszystkich państw członkowskich oraz ich jednostek (osób fizycznych i prawnych), obowiązują w całości i bezpośrednio. Oznacza to, że rozporządzenie obowiązuje w poszczególnych państwach w takiej formie i treści, w jakiej zostało ustanowione na poziomie unijnym. Jest to zatem akt prawny najdalej ingerujący w prawo krajowe. Powoduje ujednolicenie rozwiązań prawnych we wszystkich państwach członkowskich. W praktyce zatem każdy obywatel może powołać się na przepisy wynikające z rozporządzenia przed organami krajowymi (np. przed sądami). W przypadku dyrektyw wymagany jest proces implementacji zawartych w nich rozwiązań prawnych do prawa wewnętrznego. Dyrektywa wchodzi zatem w życie w dwóch etapach: najpierw wydawana jest przez organy UE (Parlament i Radę na wniosek Komisji), a następnie jest implementowana (włączana do porządku krajowego) przez poszczególne państwa członkowskie, do których jest adresowana (może być kierowana do wszystkich, może do wybranych państw). Dyrektywa stanowi zatem środek harmonizujący (upodabniający) rozwiązania prawne w państwach członkowskich, pozostawiając im pewien zakres swobody co do wyboru form i środków implementacji. W Polsce czynność ta dokonywana jest najczęściej w formie ustaw i krajowych rozporządzeń – uchwalania nowych bądź wprowadzania zmian lub uzupełnień w dotychczasowych aktach. Dyrektywa podaje termin, w którym państwa członkowskie mają zrealizować obowiązek implementacyjny (najczęściej od roku do trzech lat). W razie niedokonania poprawnego włączenia przepisów dyrektywy do prawa krajowego, reagować może Komisja Europejska (tzw. strażniczka traktatów), wzywając państwo do realizacji obowiązku, a, w ostateczności, składając wniosek do TSUE o ukaranie państwa karą finansową, która powinna przymusić je do efektywnej implementacji (co jednak nie zawsze jest skuteczne). W przypadku braku działań państwa, osoby (zarówno prawne jak i fizyczne) mające interes prawny związany z przepisami zawartymi w dyrektywie, mogą próbować powołać się na bezpośredni skutek dyrektywy. Warunkiem jest: upływ terminu implementacji, bezwarunkowość zobowiązania oraz wystarczająca precyzja normy prawnej. Drugą metodą egzekwowania uprawnień wynikających z dyrektywy jest powołanie się na tzw. skutek pośredni, który dyrektywa może wywoływać w kontekście obowiązku prounijnej wykładni prawa, wywiedzionego z tzw. ducha traktatów (cel i kontekst) przez TSUE. Trybunał w swoich orzeczeniach konsekwentnie twierdzi, że sądy krajowe mają obowiązek interpretowania prawa krajowego zgodnie z treścią i celem prawa wspólnotowego. Obowiązek ten opiera się na wiążącym charakterze normy (dyrektywa ma taki charakter) oraz na zasadzie lojalnej współpracy.

WYBRANE ZAGADNIENIA

Uznawanie kwalifikacji zawodowych

Kwestia uznawania kwalifikacji zawodowych w UE uregulowana jest przepisami Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255/22), której termin implementacji upłynął 20 października 2007 r. Zgodnie z art. 1 cytowanej dyrektywy: „Niniejsza dyrektywa ustanawia zasady, na podstawie których każde Państwo Członkowskie, które uzależnia dostęp do zawodu regulowanego (w tym zawodu lekarza, lekarza dentyści – przyp. aut.) lub jego wykonywanie na swoim terytorium od posiadania szczególnych kwalifikacji zawodowych (zwane dalej „przyjmującym Państwem Członkowskim”) uznaje, dla celów dostępu do tego zawodu i jego wykonywania, kwalifikacje zawodowe uzyskane w innym lub innych Państwach Członkowskich (zwanych dalej „rodzimy Państwem Członkowskim”), które umożliwiają posiadaczowi wymienionych kwalifikacji wykonywanie w tych Państwach tego samego zawodu”. Konsekwencją tak sformułowanego przepisu jest wzajemny obowiązek państw uznawania kwalifikacji zawodowych uzyskanych zgodnie z wymogami przyjętymi w danym państwie członkowskim. Zgodnie z art. 4 dyrektywy: „Uznanie kwalifikacji zawodowych przez przyjmujące Państwo Członkowskie pozwala beneficjentowi na podjęcie w tym Państwie Członkowskim zawodu, do którego posiada kwalifikacje w rodzimym Państwie Członkowskim, oraz wykonywanie tego zawodu w przyjmującym Państwie Członkowskim na tych samych warunkach, jakie obowiązują obywateli przyjmującego Państwa Członkowskiego”.

Zasadniczo uznanie kwalifikacji ma charakter automatyczny. Automatyczne uznawanie kwalifikacji na podstawie koordynacji minimalnych wymogów w zakresie kształcenia obejmuje następujące zawody: lekarze, pielęgniarki odpowiedzialne za opiekę ogólną, lekarze dentyści, lekarze weterynarii, położne, farmaceuci i architekci (rozdział III dyrektywy). Dla celów uznawania kwalifikacji dyrektywa określa minimalne wymogi w zakresie kształcenia dla każdego z tych zawodów, w tym minimalny czas studiów. Wykaz wydawanych przez państwa członkowskie dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji, które spełniają wymogi określone w dyrektywie, został ujęty w załączniku V. Kwalifikacje te umożliwiają ich posiadaczom wykonywanie swoich zawodów w każdym państwie członkowskim. Dyrektywa umożliwia państwu członkowskim zezwolenie na kształcenie w niepełnym wymiarze godzin w przypadku wszystkich tych zawodów, pod warunkiem że łączny czas trwania, poziom i jakość takiego kształcenia nie są niższe niż w przypadku ciągłego kształcenia w pełnym wymiarze godzin. Korzystając z przepisów dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych, realizują w praktyce swobodę przepływu osób oraz swobodę świadczenia usług. Grupą poszkodowaną mogą czuć się polscy lekarze stomatolodzy, którzy w pozostałych państwach członkowskich kwalifikowani są jako dentyści. Zakres szkolenia dentyistów jest węższy niż lekarzy stomatologów. Ponieważ jednak polskie nazewnictwo i polski system kształcenia lekarzy stomatologów nie znajduje odzwierciedlenia w systemach edukacyjnych pozostałych państw, przyjętym w UE zawodem jest zawód lekarza dentyści.

Dyrektywa o kwalifikacjach zawodowych wymienia listę specjalizacji, które podlegają automatycznemu uznaniu. Obejmuje on 42 specjalizacje: alergologię, anestezjologię i intensywną terapię, chirurgię dziecięcą, chirurgię klatki piersiowej, chirurgię naczyń, chirurgię ogólną, chirurgię plastyczną, chirurgię szczękowo-twarzową, choroby płuc, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, dermatologię i wenerologię, diagnostykę laboratoryjną, endokrynologię, farmakologię kliniczną, gastroenterologię, geriatrię, hematologię, immunologię kliniczną, kardiologię, medycynę nuklearną, medycynę pracy, medycynę ratunkową, medycynę

”

Zasadniczo uznanie kwalifikacji ma charakter automatyczny. Automatyczne uznawanie kwalifikacji na podstawie koordynacji minimalnych wymogów w zakresie kształcenia obejmuje następujące zawody: lekarze, pielęgniarki odpowiedzialne za opiekę ogólną, lekarze dentyści, lekarze weterynarii, położne, farmaceuci i architekci (rozdział III dyrektywy). Dla celów uznawania kwalifikacji dyrektywa określa minimalne wymogi w zakresie kształcenia dla każdego z tych zawodów, w tym minimalny czas studiów. Wykaz wydawanych przez państwa członkowskie dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji, które spełniają wymogi określone w dyrektywie, został ujęty w załączniku V. Kwalifikacje te umożliwiają ich posiadaczom wykonywanie swoich zawodów w każdym państwie członkowskim. Dyrektywa umożliwia państwom członkowskim zezwolenie na kształcenie w niepełnym wymiarze godzin w przypadku wszystkich tych zawodów, pod warunkiem że łączny czas trwania, poziom i jakość takiego kształcenia nie są niższe niż w przypadku ciągłego kształcenia w pełnym wymiarze godzin. Korzystając z przepisów dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych, realizują w praktyce swobodę przepływu osób oraz swobodę świadczenia usług.

“

”

Żałożenia tzw. dyrektywy transgranicznej realizują zatem zasadę swobody świadczenia usług w Unii Europejskiej, stanowiącej, obok swobody przepływu osób, towarów i kapitału, fundament europejskiego rynku. Jednocześnie jednak rzeczona dyrektywa ma bardziej charakter instrumentu zapewniającego jasny schemat i zasady realizacji prawa do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej poniesionych w innym państwie członkowskim niż państwo obywatelstwa oraz gwarantującego wysoką jakość, efektywność i bezpieczeństwo tego rodzaju opieki, niż rewolucyjnego aktu prawnego, ingerującego w dotychczasowe rozwiązania. Dyrektywa nie zmienia obowiązujących zasad koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, utrzymuje funkcjonowanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego i obowiązek uzyskania uprzedniej zgody na planowane leczenie w innym państwie członkowskim w celu pokrycia kosztów z nim związanych.

“

”

W kwestii badań klinicznych zasadniczo prawo polskie odpowiada wymogom przewidzianym w regulacjach unijnych. Dziedzina ta jest zatem dobrym przykładem prawidłowej i skutecznej implementacji prawa UE do porządku wewnętrznego. Na marginesie warto zwrócić uwagę, że w chwili obecnej trwają zaawansowane prace mające na celu zastąpienie wymienionej dyrektywy rozporządzeniem. Zasadniczym celem tej zmiany jest chęć ujednolicenia prawnych wymogów prowadzenia badań klinicznych we wszystkich państwach członkowskich oraz podniesienie konkurencyjności rynku europejskiego wobec rynków innych państw (typu Stany Zjednoczone, Japonia).

“

transportu, mikrobiologię lekarską, nefrologię, neurochirurgię, neurologię, okulistykę, ortopedię i traumatologię narządu ruchu, otorynolaryngologię, patomorfologię, pediatrię, położnictwo i ginekologię, psychiatrię, psychiatrię dzieci i młodzieży, radiologię i diagnostykę obrazową, radioterapię onkologiczną, rehabilitację medyczną, reumatologię, urologię i zdrowie publiczne.

Równocześnie rzeczona dyrektywa nie reguluje kwestii przemieszczania się pomiędzy państwami UE w celu uzupełniania kształcenia. Zatem na podstawie zawartych w niej przepisów nie byłoby możliwe uznanie niepełnego wykształcenia lub niepełnych kwalifikacji. Problemu tego nie byłoby po uzyskaniu przez lekarza pełnych kwalifikacji w innym państwie członkowskim, zgodnie bowiem z przepisami ww. dyrektywy tytuł specjalisty w dziedzinach wymienionych w tym dokumencie uzyskany w innym państwie członkowskim jest uznawany automatycznie za równoważny tytułowi specjalisty w tychże dziedzinach w Polsce. Sprawy związane z odbywaniem specjalizacji w Polsce regulują przepisy Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. 2011.277.1634 j.t.) oraz przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 2013.26), które stanowią przykład prawidłowej implementacji prawa unijnego.

Czas pracy lekarzy

Państwa członkowskie Unii Europejskiej w zakresie czasu pracy związane są zasadami wyrażonymi w art. 31 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej oraz postanowieniami dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299/9). Podstawę prawną dyrektywy stanowi zaś art. 153 ust. 1 lit. a Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE) dotyczący polepszania środowiska pracy w celu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników. Dyrektywa, zgodnie z celem nakreślonym w art. 1: „ustala minimalne wymagania w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w odniesieniu do organizacji czasu pracy”. Termin implementacji powyższej dyrektywy upłynął 1 sierpnia 2003 r., czyli jeszcze przed przystąpieniem Polski do UE. Zgodnie z przytaczaną już zasadą przyjęcia dorobku prawnego Unii, polskie prawo musiało być dostosowane do odpowiednich wymogów nakreślonych w tejże dyrektywie. W Polsce czas pracy regulują przepisy Kodeksu pracy. Czas pracy nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin tygodniowo w przeciętnie 5-dniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym co do zasady nieprzekraczającym 4 miesięcy. W odniesieniu do lekarzy odpowiednie regulacje znajdują się w Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2013.217 j.t.) w art. 93-99, odnoszących się do czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych (wcześniej te same regulacje były przedmiotem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która utraciła moc z dniem 1 lipca 2011 r.). Wynika z nich, że czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przyjęty okres rozliczeniowy nie może przekraczać 3 miesięcy. Z dalszych przepisów wynika również, że dopuszcza się możliwość zobowiązania pracowników do pełnienia dyżurów medycznych, przy czym czas pełnienia dyżuru medycznego podlega wliczeniu do czasu pracy. Kontrowersje w praktyce budzi w kontekście powyższych unormowań kwestia rzeczywistego czasu pracy, w szczególności wobec obowiązku pełnienia dyżurów a także wykonywania pracy na podstawie innych dodatkowych umów, niż podstawowa umowa o pracę. Dylematy tego rodzaju rozstrzygają sądy. I tak np. TSUE, w wyroku w sprawie C-437/05 orzekł, że w świetle dyrektywy 2003/99 dyżur medyczny powinien być wliczany do czasu pracy w rozumieniu tejże dyrektywy (czas pracy to każdy okres, podczas którego pracownik pracuje,

jest do dyspozycji pracodawcy oraz wykonuje swoje działania lub spełnia obowiązki, zgodnie z przepisami krajowymi lub praktyką krajową). Równocześnie Trybunał skonstatował, że ustawodawca krajowy ma prawo wprowadzić regulacje, na podstawie których „w związku z wynagrodzeniem pracownika w przypadku dyżuru zakładowego pełnionego przez niego w miejscu pracy (pracodawca – przyp. aut.) traktuje w inny sposób okresy rzeczywistego świadczenia pracy oraz okresy, w których nie następuje żadne rzeczywiste świadczenie pracy (...)”.

Transgraniczna opieka zdrowotna

Transgraniczna opieka zdrowotna regulowana jest przepisami Dyrektywy 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88/45). Niniejsza dyrektywa stanowi rodzaj kodyfikacji dotychczasowego orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, poczynając od wyroku w sprawie Kohll i Decker wydanego 28 kwietnia 1998 r., który przyznał pacjentom prawo do otrzymania zwrotu poniesionych kosztów leczenia w innym państwie członkowskim niż ich własne. Nie kwestionuje ona głównych zasad rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, szczególnie zasady równości pacjentów-rezydentów lub nierezydentów danego państwa członkowskiego i Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Jej zasadniczym celem jest zobowiązanie państw członkowskich do objaśnienia praw pacjentów w zakresie ich dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej i zapewnienia im prawa do zwrotu kosztów oraz zagwarantowania jakości i bezpieczeństwa opieki, którą pacjenci otrzymają w innym państwie UE, a także promowania współpracy między państwami członkowskimi w zakresie opieki zdrowotnej. Realizując te założenia, każde państwo członkowskie musi wskazać jeden lub kilka krajowych punktów kontaktowych, w których będzie koordynowana transgraniczna opieka zdrowotna. Punkty kontaktowe konsultują się z organizacjami pacjentów, świadczeniodawcami oraz z podmiotami oferującymi ubezpieczenia zdrowotne. Ich obowiązkiem jest dostarczenie pacjentom informacji o ich prawach, jeśli postanowią oni skorzystać z transgranicznej opieki zdrowotnej, a także danych innych punktów kontaktowych w innych państwach członkowskich. Państwo członkowskie leczenia organizuje i świadczy opiekę zdrowotną. Czuwa nad przestrzeganiem norm jakości i bezpieczeństwa podczas świadczenia usług, m.in. poprzez wdrożenie mechanizmów kontrolnych. Zapewnia także poszanowanie ochrony danych osobowych oraz równość pacjentów niepocho- dzących z jego terytorium. Krajowy punkt kontaktowy w państwie członkowskim leczenia dostarcza informacji niezbędnych pacjentom. Po zakończeniu opieki państwo członkowskie ubezpieczenia przejmuje obowiązek zwrócenia osobie ubezpieczonej poniesionych kosztów pod warunkiem, że otrzymana przez nią opieka jest na liście świadczeń refundowanych w jej kraju. Państwo członkowskie ubezpieczenia musi zapewnić, że koszty poniesione przez osobę ubezpieczoną, która otrzymuje transgraniczną opiekę zdrowotną, zostaną zwrócone, z zastrzeżeniem, że ma ona prawo do tego typu opieki. Wysokość refundacji jest równa kwocie, która zostałaby zwrócona przez system obowiązkowego ubezpieczenia społecznego, gdyby opieka była świadczona na jego terenie. Kwota ta nie przekracza rzeczywistych kosztów otrzymanej opieki zdrowotnej. Państwo członkowskie ubezpieczenia ma możliwość refundowania innych związanych kosztów, np. kosztów zakwaterowania czy podróży.

Założenia tzw. dyrektywy transgranicznej realizują zatem zasadę swobody świadczenia usług w Unii Europejskiej, stanowiącej, obok swobody przepływu osób, towarów i kapitału, fundament europejskiego rynku. Jednocześnie jednak rzeczona dyrektywa ma bardziej charakter instrumentu zapewniającego jasny schemat i zasady realizacji prawa do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej

poniesionych w innym państwie członkowskim niż państwo obywatelstwa oraz gwarantującego wysoką jakość, efektywność i bezpieczeństwo tego rodzaju opieki, niż rewolucyjnego aktu prawnego, ingerującego w dotychczasowe rozwiązania. Dyrektywa nie zmienia obowiązujących zasad koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, utrzymuje funkcjonowanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego i obowiązek uzyskania uprzedniej zgody na planowane leczenie w innym państwie członkowskim w celu pokrycia kosztów z nim związanych.

Termin implementacji dyrektywy transgranicznej upłynął 25 października 2013 r. Polski ustawodawca nie przyjął regulacji prawnych wymaganych w celu realizacji założeń dyrektywy. Opracowany został dotychczas jedynie projekt ustawy o transgranicznej opiece zdrowotnej, zgodnie z którym nowelizacji wymaga Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008.164.1027 j.t.) oraz Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2013.217 j.t.). Projekt przewiduje uszczegółowienie zakresu pisemnej informacji przekazywanej pacjentowi przy kwalifikowaniu go do kategorii medycznej jako przypadek stabilny lub pilny. Informacja ta ma przełożenie na procedurę rozpatrywania wniosków o wydanie zgody na uzyskanie świadczenia medycznego w innym państwie członkowskim. Projekt przewiduje również ustanowienie mechanizmu zwrotu kosztów transgranicznej opieki medycznej. Refundacja następować ma w formie decyzji administracyjnej, wydawanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy (pacjenta). Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku wymogu uprzedniej zgody, ma być wydany w formie rozporządzenia ministra zdrowia. W projekcie uwzględniono też konieczność ustanowienia krajowego punktu konsultacyjnego. Zasadniczo projekt odzwierciedla wymogi zawarte w dyrektywie, szczególnie dotyczące mechanizmu korzystania z usług medycznych w innych państwach członkowskich oraz zwrotu za tzw. świadczenia gwarantowane. Nie uwzględnia natomiast takich kwestii, jak: tworzenie i rozwój europejskich sieci referencyjnych, współpraca w zakresie oceny technologii medycznych, chorób rzadkich czy powoływania sieci e-zdrowia. Wydaje się, że opóźnienie polskiego ustawodawcy w implementowaniu dyrektywy ma, przede wszystkim, przyczyny ekonomiczne i organizacyjne. Działania, a raczej zaniechania w zakresie realizacji dyrektywy są jednak niezgodne z prawem, niecelowe, i nieefektywne. Sprzeciwiają się obowiązkowi przestrzegania obowiązującego Polskę prawa unijnego i zobowiązań przyjętych na mocy traktatów, godzą w zasadę lojalnej współpracy, przeczą podstawowej w demokratycznym państwie zasadzie pewności prawa. Wyposażona w mechanizm kontrolny Komisja Europejska może wszcząć postępowanie przeciwko Polsce o naruszenie prawa europejskiego, ostatecznie doprowadzając do nałożenia na nasze państwo dyscyplinującej kary finansowej przez TSUE. Do czasu zaś implementacji dyrektywy, pacjenci mogą korzystać z przyjętych w orzecznictwie zasad realizacji swobody świadczenia usług i domagać się zwrotu poniesionych kosztów na drodze sądowej. W świetle obowiązku poszanowania ugruntowanej w prawie UE zasady pierwszeństwa prawa unijnego, zasady skutku bezpośredniego oraz obowiązku prounijnej wykładni prawa, wydaje się, że mimo braku odpowiednich regulacji na poziomie krajowym, prawo pacjenta do korzystania ze świadczeń medycznych, pod warunkiem oczywiście spełnienia wymogów określonych w dyrektywie (typu: medycznie uzasadnione przesłanki, niezbędność procedury i brak możliwości skorzystania z niej w państwie ojczystym) powinno być bez przeszkód realizowane. Ze wszystkich wymogów dyrektywy na razie, poprzez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarskich (Dz. U. 2013.1293), wdrożono jedynie przepisy odnoszące się do tzw. recept transgranicznych, wskazując jakim wymogom musi odpowiadać tego typu recepta.

Badania kliniczne

Badania kliniczne w Unii Europejskiej objęte są zakresem Dyrektywy 2001/20/EC Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zbliżania przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich odnoszących się do wdrożenia zasad dobrej praktyki klinicznej w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych przeznaczonych dla ludzi (Dz. Urz. UE L 121) oraz Dyrektyw Komisji 2005/28/WE z dnia 8 kwietnia 2005 r. ustalającej zasady oraz szczegółowe wytyczne dobrej praktyki klinicznej w odniesieniu do badanych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi, a także wymogi zatwierdzania produkcji oraz przywozu takich produktów (Dz. Urz. UE L 91/13). Termin implementacji tych dyrektyw upłynął odpowiednio: 1 maja 2004 r. oraz 29 stycznia 2006 r. Dyrektywy zostały przez Polskę implementowane przede wszystkim w drodze wprowadzenia zmian w ustawie Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. 2008.45.271 j.t.), jak również przez wydanie odpowiednich rozporządzeń sygnowanych przez ministra zdrowia i ministra finansów, takich jak, m.in.: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem małoletnich (Dz. U. 2004.104.1108), Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sponsora i badacza klinicznego w związku z prowadzeniem badania klinicznego (Dz. U. 2010.194.1290), Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej z dnia 2 maja 2012 r. (Dz. U. 2012.489).

W kwestii badań klinicznych zasadniczo prawo polskie odpowiada wymogom przewidzianym w regulacjach unijnych. Dziedzina ta jest zatem dobrym przykładem prawidłowej i skutecznej implementacji prawa UE do porządku wewnętrznego. Na marginesie warto zwrócić uwagę, że w chwili obecnej trwają zaawansowane prace mające na celu zastąpienie wymienionej dyrektywy rozporządzeniem. Zasadniczym celem tej zmiany jest chęć ujednolicenia prawnych wymogów prowadzenia badań klinicznych we wszystkich państwach członkowskich oraz podniesienie konkurencyjności rynku europejskiego wobec rynków innych państw (typu Stany Zjednoczone, Japonia). Ten drugi aspekt powoduje niestety, że planowane zmiany budzą poważne wątpliwości, szczególnie wobec osłabienia wymogu świadomej zgody uczestnika badań oraz deprecjacji znaczenia opinii komisji bioetycznych akceptujących projekty badawcze.

Zapłodnienie pozaustrojowe

Przed wszystkim należy podkreślić, że Unia Europejska nie ma żadnych kompetencji prawodawczych w odniesieniu do regulacji kwestii związanych z zapłodnieniem pozaustrojowym. Ta problematyka należy do kompetencji państw członkowskich. Innymi słowy decyzja o dopuszczeniu bądź zakazaniu stosowania metody in vitro w danym państwie należy do ustawodawcy krajowego. Instytucje unijne nie mogą zatem nakazać legalizacji lub delegalizacji in vitro. Jeżeli jednak w danym państwie metoda ta jest dopuszczona i stosowana, wówczas muszą zostać spełnione pewne prawne warunki i wymogi, określone w Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich (Dz. Urz. UE L 102). W Polsce nie ma regulacji prawnych dotyczących zapłodnienia pozaustrojowego. Brak też jednak przepisów zakazujących stosowania tej metody. Zgodnie zatem z jedną z ogólnych zasad prawa: co nie jest zakazane, jest dozwolone, procedura jest stosowana w praktyce. Obowiązkiem Polski jest zatem ustanowienie odpowiednich, zgodnych z przywołaną dyrektywą, przepisów, które pozwoliłyby na skuteczne nadzorowanie pobierania tkanek i komórek ludzkich (w tym również komórek rozrodczych), akredytowanie, mianowanie, autoryzowanie banków tkanek (w tym również banków przechowujących komórki rozrodcze oraz embriony), inspekcję i kontrolowanie banków, stworzenie systemu monitorowania, zapewnienie bezpiecznego i jakościowego przywozu i wywozu komórek i tkanek z Polski i do Polski, sporządzanie rejestru banków tkanek oraz powiadamianie o poważnych, niepożądanych reakcjach i zdarzeniach związanych z pobieraniem, testowaniem, przetwarzaniem, przechowywaniem, dystrybucją i transplantacją komórek i tkanek. Termin implementacji rzeczony dyrektywy upłynął 7 kwietnia 2006 r., a Polska swoich przepisów nie dostosowała. Zapewne wynika to z braku podstawowej regulacji samej metody. Taka zaś regulacja nie może powstać z powodu ciągłego braku kompromisu co do podstawowych kwestii bioetycznych związanych z dopuszczalnością i metodami wspomaganego rozrodu. W tej sytuacji Komisja wszczęła postępowanie przeciwko Polsce o naruszenie zobowiązań traktatowych. Ponieważ okazało się ono nieskuteczne, złożyła skargę do TSUE. Jeżeli zatem Polska nadal nie wprowadzi wymaganych regulacji, Trybunał będzie mógł orzec naruszenie zobowiązań ze strony naszego państwa i nałożyć na nie karę finansową, mającą zdyscyplinować krajowe organy legislacyjne.

Zamiast konkluzji – plusy i minusy członkostwa w UE z perspektywy lekarza i pacjenta:

Plusy:

- możliwość korzystania ze swobody przepływu osób (nauka – studia, staż, specjalizacje, praca, leczenie),
- możliwość korzystania ze swobody przepływu usług (świadczanie usług medycznych w innych państwach, uzyskiwanie świadczeń medycznych w innych państwach),
- uznawanie kwalifikacji zawodowych w państwach członkowskich UE wobec obywateli tych państw oraz osób, które na ich terytoriach kwalifikacje te uzyskały,
- obowiązek państw członkowskich dostosowywania prawa krajowego do wymogów unijnych (ujednolicanie warunków pracy, ujednolicanie i harmonizacja wymogów dotyczących np. postępowania z ludzkimi komórkami, tkankami i organami, jednolite warunki dopuszczalności i prowadzenia badań klinicznych),
- możliwość powoływania się bezpośrednio na przepisy prawa unijnego przez organami krajowymi,
- możliwość skargi do TSUE.

Minusy:

- opieszałość Polski w realizowaniu obowiązku implementacji prawa unijnego do prawa krajowego,
- faktyczne istnienie barier w dostępie do usług medycznych, mimo przyjętych wspólnych regulacji (np. konieczność uzyskania promesy zwrotu kosztów medycznej opieki transgranicznej w niektórych przypadkach),
- tworzenie wymogów trudnych do spełnienia w realnych warunkach systemu opieki zdrowotnej (np. wyśrubowane normy czasu pracy lekarza wobec braku lekarzy i tak już utrudnionego dostępu do specjalistów).

NASI KANDYDACI DO EUROPARLAMENTU

Z dolnośląskimi lekarzami ubiegającymi się o mandat europośła rozmawia Magdalena Łachut.



Dr n. med. Halina
Szymiec-Raczyńska



Lek. Mirosław
Aleksander
Lubiński



Fot. z archiwum HSR i MAL

Źródło grafiki: www.deviantart.com/EuropeanUnion

25 maja odbędą się wybory do Parlamentu Europejskiego. O głosy wyborców walczą dolnośląscy lekarze: dr n. med. Halina Szymiec-Raczyńska, specjalistka z zakresu ginekologii i położnictwa praktykująca na co dzień w specjalistycznej przychodni lekarskiej w Dzierżoniowie, posłanka na Sejm VII kadencji, wiceprzewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia, przedsiębiorca oraz lek. Mirosław Lubiński – specjalista medycyny pracy i chorób wewnętrznych z Wałbrzycha, senator RP V kadencji, radny Rady Miejskiej Wałbrzycha.

MŁ: „Marzyłam, by zostać baletnicą, zostałam ginekologiem...” – pisze Pani o sobie na blogu natemat.pl. Kiedy i dlaczego postanowiła Pani zostać również politykiem?

Dr n. med. Halina Szymiec-Raczyńska: Cenię sobie profesjonalizm i skuteczność. I nienawidzę biurokracji. Kiedy kilka lat temu realizowałam kolejny już projekt biznesowy, ilość przeszkód formalnych, zmienność przepisów, swoboda ich interpretacji i zwyczajna urzędnicza głupota przelały czarę, nie tyle gorzycy, co zwyczajnego wkurzenia. To był moment, w którym postanowiłam coś zmienić. A ponieważ lamentowanie i załamywanie rąk są mi obce, weszłam w świat polityki.

25 maja Polacy rozdzielą 51 mandatów do Parlamentu Europejskiego. Co skłoniło Panią do kandydowania? Jakimi argumentami zamierza Pani przekonać wyborców, że nadaje się na europosłankę?

Dwa lata w polskim parlamencie były dla mnie szokującym doświadczeniem. Od pierwszych chwil mojej pracy poselskiej starałam się wprowadzić do polskiego porządku prawnego kilka ważnych dyrektyw unijnych, które polski rząd miał obowiązek przyjąć już osiem lat temu! Do dziś walę głową w mur – stopień upolitycznienia opieki zdrowotnej w Polsce jest dla mnie niepojęty! Nawet pracując w ramach sejmowej Komisji Zdrowia wielokrotnie – wbrew dyscyplinie partyjnej – głosowałam w interesie lekarzy. I niemal zawsze mój głos zagłuszany był wrzaskiem tych, którzy o medycynie nie wiedzą po prostu nic. Co ciekawe, żaden z polskich europarlamentarzystów nie ma wykształcenia medycznego! Znajdziemy wśród nich mnóstwo ekonomistów i prawników, ale ani jedna osoba nie jest merytorycznie przygotowana do tworzenia, czy choćby oceny dyrektyw unijnych regulujących

kwestie opieki zdrowotnej. To dlatego zdecydowałam się na start w eurowyborach – będę jedyną Polką, która w kompetentny sposób oceni propozycje unijne dotyczące polityki zdrowotnej.

Pyta Pani, czym zamierzam przekonać wyborców? Nie stoi za mną wieloletnia kariera polityczna. Ale stoi za mną dorobek całego życia – dorobek dolnośląskiego przedsiębiorcy i lekarza. Nie stoi za mną popularność medialna, która znika z chwilą wyłączenia kamer. Stoją za mną realne osiągnięcia, których nie byłoby gdyby nie moja żelazna konsekwencja.

Listę PSL do PE z Opolszczyzny i Dolnego Śląska otwiera Stanisław Rakoczy – podsekretarz stanu w MSW. Pani przypadła druga pozycja. Jak ocenia Pani swoje szanse na zwycięstwo?

„Jedynki” przypadają zazwyczaj „zasłużonym”. Tych, którzy realnie pracują, warto szukać na pozostałych miejscach. Nie jestem urzędnikiem na państwowym pasku, który bez biurka, krzesła i elektrycznego czajnika nie widzi dla siebie miejsca w świecie.

Lubię wyzwania – mam pomysł, mam chęć, mam mnóstwo energii i doprowadzam sprawę do końca. I co ważne – mam spore doświadczenie w zawodzie lekarza i wiedzę na temat warunków, w jakich wykonujemy naszą pracę.

Na liście znajduje się dziesięć nazwisk. Pani jest jedynym lekarzem...

No właśnie! W jakimś sensie to pytanie jest najlepszym komentarzem. Przez tyle lat nikt nie reprezentował ani polskich pacjentów, ani lekarzy w Parlamencie Europejskim. Kwestia polityki zdrowotnej schodziła zawsze na daleki plan. W dniu wyborów ta sytuacja się zmienia. Oby!



Jeśli zdobędzie Pani mandat, to przyjdzie czas na dokonanie wyboru pomiędzy pracą ginekologa a polityką?

Mam nadzieję, że nie. Lekarzem jest się zawsze – politykiem się bywa. Przed ewentualnym wyborem stanę oczywiście dopiero po rozpoczęciu pracy w Brukseli – póki co trudno ocenić mi natężenie obowiązków. Gdybym jednak musiała zrezygnować z pracy zawodowej, mam już następczynię – moja córka zbliża się do końca specjalizacji!

Jakimi tematami chce się Pani zająć w Europarlamencie?

Europejska polityka zdrowotna bardzo słusznie kładzie nacisk na sprawy, które w naszym kraju są jakby niedoceniane. Myślę tu przede wszystkim o profilaktyce, o zagadnieniach kryzysu demograficznego i opiece nad osobami starszymi, których nie tylko w Europie, ale i w Polsce będzie coraz więcej! To są olbrzymie zagadnienia, które wymuszają na nas całkowicie nowe spojrzenie na służbę zdrowia. Przecież profilaktyka to co innego niż leczenie – to nowa filozofia myślenia o zdrowiu. Zagadnienia demograficzne natomiast to poważne potraktowanie problemu, który w niedalekiej przyszłości całkowicie odmieni oblicze Europy. Wreszcie opieka nad seniorami to nie tylko pytanie o to, jak leczyć schorzenia typowe dla osób starszych, ale jak w ogóle zadbać o jakość ich życia.

Chciałabym zająć się również problemem endocrine disruptors, które – o czym przecież wszyscy wiemy – powodują niekorzystne efekty zdrowotne w organizmie lub u potomstwa, wtórne do zaburzeń w układzie dokrewnym.

Co jako europosłanka chciałaby Pani zrobić dla regionu, dolnośląskich lekarzy i... swojej korporacji? Zastanawiała się Pani nad ewentualnymi formami współpracy z Dolnośląską Izbą Lekarską?

Bardzo na taką współpracę liczę. Moją wiedzę ukształtowało, ale jednocześnie ograniczało, moje własne życiowe i zawodowe doświadczenie. Nic tak nie poszerza horyzontów jak słuchanie innych. Może tym różni się od tzw. „rasowych” polityków? (uśmiech).

Na poziomie operacyjnym liczę na stały kontakt z Izbą Lekarską. I nie mówię tu jedynie o kontakcie mailowym bądź telefonicznym koniecznym dla załatwiania problemów bieżących, ale też o comiesięcznych spotkaniach, które pozwoliłyby nam wspólnie planować działania długofalowe – np. opiniować projekty nowych dyrektyw, czy też proponować Unii własne, nowe rozwiązania.

Nowy program działania w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2014–2019 będzie prawdopodobnie traktował o...

Poniekąd już o tym wspominałam. Z całą pewnością na pierwszym miejscu wśród priorytetów zajmować się będziemy szeroko rozumianą profilaktyką. To nie tylko kwestia programów edukacyjnych i stricte medycznych, ale też regulacji związanych chociażby z zanieczyszczeniem środowiska, jakością żywności, propagowaniem zdrowego stylu życia i racjonalnego odżywiania się. Pozostałe kwestie to oczywiście przeciwdziałanie grożącej nam zapaści demograficznej oraz mocne zaakcentowanie specyfiki wieku senioralnego. Z kolei zagadnienia czysto medyczne dotyczyć będą zapewne nasilającego się problemu antybiotykooporności i niszczącego wpływu skażenia środowiska na organizm.

1 maja minie dokładnie 10 lat od wejścia Polski do Unii Europejskiej. Jakie korzyści – w zakresie ochrony zdrowia – przyniosła naszemu krajowi przynależność do UE?

No właśnie, 10 lat! A my od ośmiu lat nie jesteśmy w stanie wprowadzić do polskiego prawa kilku unijnych dyrektyw, jak choćby te regulujące nadzór nad klinikami in vitro. Mamy też ustawę transgraniczną, dzięki której możemy leczyć się w krajach Unii, ale wciąż nie możemy doczekać się implementacji tejże ustawy

do polskiego prawodawstwa. To naprawdę może zdenerwować!

Na całe szczęście są też korzyści, które po prostu cieszą. Uznanie dyplomów polskich uczelni medycznych w krajach członkowskich UE umożliwiło polskim lekarzom pracę na Zachodzie. Mają szansę na wymianę doświadczeń i podniesienie własnych kwalifikacji, co w efekcie podnosi poziom kształcenia w Polsce. To bardzo cieszy!

Bardzo wymierną korzyścią członkostwa w Unii jest też finansowe wsparcie remontów szpitali oraz ich wyposażenia – dzięki temu przepaść, która dzieliła Polskę od krajów Europy Zachodniej znacznie się zmniejszyła.

Warto wspomnieć też o unijnych dyrektywach, które najwyraźniej w świecie wymuszają na nas takie zmiany prawa, którym polscy politycy są często niechętni. To taki skuteczny bat na oportunistów!

Dziękuję za rozmowę.

Dr n. med. Halina Szymiec-Raczyńska

W 1975 r. ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. W 2007 r. na II Wydziale Lekarskim z Oddziałem Anglojęzycznym Akademii Medycznej w Lublinie w oparciu o rozprawę zatytułowaną „Biopsja mamotomiczna pod kontrolą ultrasonograficzną niepalących zmian gruczołu piersiowego wykonywana w warunkach ambulatoryjnych – analiza wyników klinicznych i satysfakcji pacjentek” uzyskała stopień doktora nauk medycznych. Specjalizuje się w zakresie ginekologii i położnictwa.

Na kandydowanie do Parlamentu zdecydował się również lek. Mirosław Aleksander Lubiński – specjalista medycyny pracy i chorób wewnętrznych z Wałbrzycha, senator RP V kadencji, radny Rady Miejskiej Wałbrzycha.

MŁ: Polityka to zdaje się Pana chleb powszedni... Z czego mogą kojarzyć Pana dolnośląscy lekarze?



Lek. Mirosław Aleksander Lubiński: Jako senator zajmowałem się problematyką służby zdrowia. Dolnośląscy lekarze na pewno znają kontrowersyjną sprawę egzekucji komorniczych w szpitalach, która kilka lat temu była przedmiotem ożywionych debat. Byłem autorem poprawki do ustawy komorniczej, która zwalniała komorników od naliczania opłaty egzekucyjnej w sztywnej, wysokiej i nieadekwatnej do wkładu ich pracy wysokości 15 proc. Jako miejski radny przyczyniłem się do powstrzymania prywatyzacji i komercjalizacji Szpitala im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

Jakie są Pana główne motywy ubiegania się o stanowisko w Parlamencie Europejskim?

Moja wiedza na temat służby zdrowia i – szerzej – polityki społecznej jest wielostronna. Od wielu lat wykonuję zawód lekarza, jako senator miałem wpływ na tworzone w Polsce prawo. Wieleletnia aktywność w samorządzie lokalnym także była okazją do nabycia wiedzy i doświadczenia. Chciałbym to wykorzystać w Parlamencie Europejskim, gdzie kwestie związane ze zdrowiem publicznym są niezwykle istotne.

Warto na Pana głosować, bo...

W Parlamencie Europejskim uchwała się 60-70 proc. prawa unijnego, które obowiązuje w Polsce. To PE współdecyduje o tym, czy Europa jest bardziej socjalna, bardziej sprawiedliwa, i na ile ułatwia dostęp do usług publicznych. Dlatego ważne jest, żeby Polacy byli reprezentowani przez osoby, które zajmują się polityką społeczną oraz polityką zdrowotną, których decyzje zapewnią jak najwięcej sprawiedliwości i równości dla wszystkich obywateli Europy.

Sojusz Lewicy Demokratycznej jako pierwszy w kraju ogłosił listy kandydatów w tegorocznych wyborach do Europarlamentu. Na liście w okręgu nr 12 został Pan umieszczony na 4. miejscu. Wierzy Pan w swoje zwycięstwo?

Kampania wyborcza to doskonała okazja do prezentacji własnych poglądów i przekonywania do nich innych. Na tym polega polityka. Nie wiem, czy uzyskam mandat wyborców, ale chcę

swoim udziałem w tych wyborach wskazać opinii publicznej, że kwestie zdrowia, polityki społecznej i usług publicznych są ważne w Unii Europejskiej. Chcę też, by w tych wyborach był reprezentowany głos środowiska pracowników służby zdrowia: lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, techników medycznych. Zależy mi też na tym, aby być reprezentantem pacjentów.

Jeśli zdobędzie Pan mandat, to zrezygnuje z pracy lekarza, radnego?

Poważne traktowanie wyborców i szacunek do nich wymaga profesjonalnego wykonywania swoich obowiązków. O Senacie, w którym zasiadałem, mówiło się, że to jedynie „izba dumania”. Tymczasem ja oddałem się z pełnym zaangażowaniem pracy ustawodawczej, która była trudna, żmudna, ale jej efekty dawały mi satysfakcję i poczucie dobrze wypełnionej misji, którą powierzyli mi wyborcy. W Parlamencie Europejskim też będę traktował serio swoje obowiązki, co wyklucza kontynuację innych aktywności zawodowych.

Jakimi zagadnieniami chce się Pan zająć w Europarlamencie?

Interesuje mnie praca w Komisji ds. Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności oraz Komisji ds. Zatrudnienia i Spraw Socjalnych.

Co jako europoseł chciałby Pan zrobić dla regionu, dolnośląskich lekarzy i... swojej korporacji? Rozważa Pan podjęcie szeroko zakrojonej współpracy z Dolnośląską Izbą Lekarską?

Pełniąc mandat senatora blisko współpracowałem z Dolnośląską Izbą Lekarską. Nie wyobrażam sobie, by polityk zajmujący się służbą zdrowia, w dodatku wywodzący się ze środowiska lekarskiego, unikał takiej współpracy. Przykład działalności obecnego ministra zdrowia pokazuje, że brak takiej kooperacji przynosi tylko szkody.

1 maja minie dokładnie 10 lat od wejścia Polski do Unii Europejskiej. Jakie korzyści – w zakresie ochrony zdrowia – przyniosła naszemu krajowi przynależność do UE?

Bardzo ważna jest współpraca państw członkowskich w ramach programów zdrowotnych, np. walki z rakiem i AIDS, a także ustanawianie standardów jakości dotyczących przeszczepów oraz obrotu substancjami pochodzenia ludzkiego, krwią oraz jej pochodnymi.

Kolejna istotna kwestia to europejski monitoring polityki lekowej. Wszystkie leki w krajach członkowskich muszą być dopuszczone do obrotu na obszarze całej wspólnoty (poddawane są harmonizacji zgodnej ze standardami Unii Europejskiej).

Poprawił się również zakres ochrony zdrowia dla osób podróżujących za granicę, nie tylko na terenie UE, ale na całym świecie, dzięki temu, że staliśmy się jednocześnie obywatelami zjednoczonej Europy. Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego uprawnia do podstawowych świadczeń podczas pobytu za granicą (w perspektywie przyszłości mówi się o wprowadzeniu wspólnotowego systemu ochrony zdrowia, który funkcjonując obok systemów krajowych, miałby być częścią planowanego unijnego systemu zabezpieczenia społecznego).

Dziękuję za rozmowę.

Lek. Mirosław Aleksander Lubiński urodził się w 1962 roku w Wałbrzychu. W 1987 ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. W 1991 uzyskał specjalizację I stopnia w zakresie chorób wewnętrznych, a w 1999 specjalizację II stopnia w zakresie medycyny pracy. Aktualnie prowadzi własną przychodnię lekarską. Od 14 lat, po zdaniu egzaminu państwowego dla członków rad nadzorczych z udziałem Skarbu Państwa, zasiadał w radach nadzorczych spółek państwowych, samorządowych i prywatnych. Wieloletni radny Rady Miejskiej Wałbrzycha, jej przewodniczący IV kadencji. Senator RP V kadencji, wiceprzewodniczący Komisji Zdrowia Senatu. Członek Sojuszu Lewicy Demokratycznej.





Dziesięć lat w UE – jaki jest bilans?

Tekst Magdalena Orlicz-Benedycka

Źródło grafiki: www.deviantart.com/EuropeanUnion

Z ubiegłorocznego raportu Komisji Europejskiej wynika, że Polska wciąż jest w czołówce państw przedłużających procedury wdrażania unijnych przepisów. Lista zarzutów KE nie jest krótka, a część z nich została skierowana do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Opóźnienia spowodowane są nie tylko przebiegiem prac legislacyjnych w poszczególnych resortach, lecz prostą kalkulacją, że ich zbyt szybkie wprowadzenie nie zawsze jest korzystne dla polskiej gospodarki. Jednocześnie możliwość korzystania z doświadczeń innych systemów ubezpieczeniowych, karta EKUZ poprawiająca poczucie bezpieczeństwa podróżujących obywateli, wejście do swoistego systemu naczyń połączonych pozwala na umiarkowany optymizm w kwestii poprawy standardów jakości i dostępności w krajowej opiece zdrowotnej, które zostaną wymuszone przez wzorce i prawo unijne.

– Przynależność do UE ma znaczący wpływ na polski system ochrony zdrowia. Możliwość konfrontowania nakładów na opiekę zdrowotną, systemów ubezpieczeniowych, obowiązek realizowania dyrektyw daje nadzieję na pozytywne zmiany w tym obszarze – mówi **lek. Wiktor Wolfson, przewodniczący Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska**. – Polska jest zobligowana do stosowania prawa unijnego w zakresie czasu pracy, w tym również czasu pracy lekarzy. Mówi ono o 48 godzinach tygodniowego oraz o 11 godzinach odpoczynku w ciągu doby. Nie uwzględnia specyfiki pracy lekarzy, dyżurów i dyscypliny zadaniowej związanej z odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów. Pozytywna strona tej regulacji to postawienie lekarzy na równi z innymi zawodami i zwrócenie uwagi na ten problem, jak i pokazanie ogromnych braków kadrowych w służbie zdrowia. Skuteczność natomiast jest niewielka, ponieważ prawo to nie dotyczy umów kontraktowych. Dyrektywa transgraniczna z dnia 09.03.2011 r. daje prawo do leczenia w ramach UE i zobowiązuje państwa członkowskie do zapewnienia refundacji za leczenie za granicą w wysokości określonej w jego systemie ubezpieczenia zdrowotnego. Istotnym elementem zapisu jest system uprzedniej zgody organów państwa członkowskiego na leczenie poza krajem, jeśli chory posiadający prawo do opieki zdrowotnej nie może jej otrzymać w kraju w akceptowalnym z medycznego punktu widzenia terminie. Brak polskich przepisów wykonawczych, które mają się ukazać do końca 2015 r. (mimo, że dyrektywa obowiązuje od października 2013 r.) nie pozwala na merytoryczną ocenę skutków tego prawa dla obywateli i systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Oznacza to konieczność opracowania standardów czasu oczekiwania na procedury lecznicze i diagnostyczne w miejsce limitowanych świadczeń. Oznacza to również, że w obecnym stanie prawnym może wystąpić sytuacja, w której NFZ zrefunduje leczenie za granicą pod warunkiem nieakceptowalnego terminu, a w kraju będzie to niemożliwe. Przepisy wykonawcze powinny być przygotowane wcześniej, aby chorzy wiedzieli, jak korzystać z przysługujących im praw – zaznacza lek. Wiktor Wolfson.

Stanisław Dąbkowski, pełnomocnik dyrektora ds. systemów zarządzania jakością w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu

– Przynależność do UE przyniosła polskiej służbie zdrowia szereg pozytywnych rozwiązań. Chociażby możliwości pozyskiwania środków unijnych na inwestycje i modernizację praktycznie wszystkich obszarów działalności szpitali, w tym szczególnie infrastruktury. Istnieje też możliwość nieograniczonego przepływu strumienia dóbr materialnych, informacji i technologii. Przynależność wymusza również określone rozwiązania instytucjonalne i systemowe, które wiążą się z dyrektywą o czasie pracy lekarzy. Zasadniczo, w 2014 r. pracowników podmiotów leczniczych obowiązuje norma czasu pracy 7 godzin 35 minut na dobę oraz przeciętnie 37 godzin i 55 minut tygodniowo.

Wymiar czasu pracy lekarza może być jednak wydłużony do 48 godzin na tydzień, wliczając w to pracę w godzinach nadliczbowych. Nie stanowi to jednak maksymalnego wymiaru czasu pracy lekarza. Może być on bowiem zwiększany. Za pisemną zgodą lekarze zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej, udzielający całodobowych świadczeń medycznych, mogą pracować dłużej niż przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Według Państwowej Inspekcji Pracy będzie to najwyżej 78 godzin pracy, bo lekarzowi trzeba zapewnić gwarantowany ustawą odpoczynek dobowy (11 godzin) i tygodniowy (35 godzin). Dodatkowo sytuację pogarsza fakt, że lekarze pracą w różnych podmiotach formalnoprawnych. Czas lekarza w każdym z nich jest traktowany odrębnie. Praktycznie więc sumaryczny czas pracy lekarzy jest nieograniczony. Powoduje to często przemęczenie i coraz częściej obserwowaną możliwość popełniania błędów. Utrudnia również wprowadzenie pożądanej organizacji pracy. Ustawodawstwo UE stara się eliminować tego rodzaju zjawiska poprzez „cywilizowanie czasu pracy lekarzy”. Przyjęcie w Polsce unijnych rozwiązań w zakresie skracania czasu pracy lekarzy napotyka jednak na obiektywne trudności. Wynika między innymi z niedostatecznej liczby lekarzy, co nie pozwala w pełni stosować w Polsce rozwiązania unijnych.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2001/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej obowiązuje na terenie Unii Europejskiej od dnia 25 października 2013r. niezależnie od tego, czy państwa członkowskie zdążyły ją formalnie wdrożyć na swoim terenie czy też nie. Polskie Ministerstwo Zdrowia nie zdążyło z przygotowaniem stosownej ustawy implementacyjnej, tłumacząc to trudnościami w oszacowaniu skutków finansowych związanych z wprowadzeniem ustawy (szacuje się, że leczenie polskich pacjentów za granicą będzie kosztowało w granicach 400 mln złotych rocznie). Plany zakładają, że ustawa implementacyjna wejdzie w życie z początkiem roku i będzie dotyczyła wyłącznie świadczeń gwarantowanych w Polsce. Ministerstwo chce, by pacjenci z Polski, w przypadku większości świadczeń szpitalnych, uzyskali wcześniej zgodę na ich wykonanie i zwrot kosztów od prezesa NFZ. Wysokość kwoty zwrotu będzie równa stawce, jaką NFZ płaci świadczeniodawcom za podobne procedury medyczne wykonywane w Polsce. Do momentu, kiedy powstanie nowelizacja obowiązującej w Polsce ustawy trzeba liczyć się z tym, że NFZ może odmówić zwrotu poniesionych kosztów. Poza tym dyrektywa nie obejmuje: długoterminowej opieki zdrowotnej, przeszczepów organów, programów powszechnych szczepień. W założeniach, dyrektywa unijna ma ułatwić dostęp do świadczeń zdrowotnych Polakom i mogłaby skrócić czas oczekiwania na zabieg. Pacjenci czekają na nowe przepisy, a lekarze na nowych pacjentów, którzy zgodnie z unijną dyrektywą mogą przyjechać do Polski. Niestety lekarze nie dostali żadnych wytycznych, jak mają zachować się wobec pacjenta cudzoziemca, w jakim języku mają

przewodzą dokumentację, jak powinien wyglądać rachunek i jak ma być ustawiony terminarz przyjęć dla takich osób – wylicza Stanisław Dąbkowski.

Z punktu widzenia **dyrekcji Szpitala św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy** implementacja dyrektywy w 2008 r. spowodowała istotny wzrost zatrudnienia i wzrost kosztów wynagrodzeń (pracownicy + kontrakty). Miejscowi lekarze pełnili miesięcznie po 6-7 dyżurów każdy. Obecnie etatowi lekarze pełnią po 3-4 dyżury. Resztę dyżurów wykonują lekarze kontraktowi, którzy mają zdecydowanie większe stawki od lekarzy etatowych. – Przynależność do Strefy Schengen – tak, ale obecnie obowiązujące przepisy pozwalają osobom uprawnionym na skorzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku nagłego zachorowania lub na podstawie wydanej zgody na udzielenie świadczenia medycznego. Niestety świadczenia realizowane na rzecz pacjentów z UE są rozliczane z DOW NFZ w ramach kwoty podpisanego kontraktu. Miesięcznie szpital realizuje świadczenia na rzecz kilku pacjentów z UE. Głównie są to dzieci, osoby dorosłe trafiają do nas najczęściej w związku z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia lub urazem. W tych przypadkach uprawnieni pacjenci nie płacą – mówi p.o. dyrektora Wiktor Lubieniecki i dodaje: – Dyrektywa Unijna obowiązuje we wszystkich krajach UE i ma celu refundację poniesionych kosztów leczenia przez osobę ubezpieczoną w ramach opieki transgranicznej. Obecnie brak aktów prawnych regulujących w sposób jednoznaczny kwestie z tym związane. Chory może pojechać za granicę w celu odbycia leczenia i ma prawo do zwrotu kosztów, jakie poniósł zgodnie z obowiązującymi stawkami w NFZ. Resort zdrowia nie wprowadził ustawy implementującej postanowienia dyrektywy transgranicznej. Zatem NFZ nie ma podstaw prawnych do zwrotu pieniędzy za przeprowadzone leczenie w innym kraju UE. Pacjenci, którzy złożyli wnioski do NFZ, nie otrzymali dotychczas zwrotu kosztów leczenia. Zgodnie z obowiązującymi przepisami osoby te mają prawo do dochodzenia swoich roszczeń na drodze postępowania sądowego. Sąd krakowski wydał małopolskiemu NFZ pierwszy nakaz zapłaty w związku z przeprowadzonym u pacjenta zabiegiem zaćmy w klinice w czeskim Cieszynie. Jednym z powodów opóźnienia wprowadzenia dyrektywy w Polsce jest lista zabiegów, na których leczenie NFZ wydawałby zgodę. Istnieją też obawy przed niekontrolowanym wzrostem kosztów leczenia poza granicami kraju. NFZ będzie zobowiązany do finansowania w ramach otrzymywanych środków świadczeń medycznych realizowanych na podstawie podpisanych kontraktów z jednostkami ochrony zdrowia, jak i świadczeń realizowanych w ramach opieki transgranicznej. Może to spowodować wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. NFZ, jak wiadomo, limituje świadczenia, a zwrot poniesionych nakładów na tzw. nadwykonania jest odroczone w czasie. Prawdopodobnie będą usługi medyczne cieszące się większym zainteresowaniem wśród pacjentów w związku z długim czasem oczekiwania w Polsce. W tym przypadku wiodące są specjalistyczne operacje okulistyczne. Nasz szpital jest przygotowany na leczenie pacjentów zagranicznych, mamy wielu specjalistów oraz zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne – zapewnia W. Lubieniecki.

Fot. z archiwum „Medium”



O podsumowanie 10 lat członkostwa Polski w UE poprosiłam również Lidię Geringer de Oedenberg – obecnego kwestora w Prezydium Parlamentu Europejskiego oraz lidera listy wyborczej SLD w okręgu 12.

Magdalena Orlicz-Benedycka: Jakie dyrektywy unijne powinny być już wdrożone? Co udało się już zrealizować, a czego nie? Jakie będą konsekwencje nieimplementowania dyrektyw? Z czym jest największy problem i co możemy zyskać po zmianach?

Lidia Geringer de Oedenberg: Najważniejsza z dyrektyw, która powinna być już wdrożona (a nie jest) to Dyrektywa 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Dyrektywa obowiązuje we wszystkich krajach Unii Europejskiej od 25 października 2013 r., stwarzając ogólne ramy dla praw pacjentów w zakresie ich dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej. Chory może wystąpić o zwrot kosztów leczenia za granicą, jeśli pojechał tam na zabieg, ponieważ oczekiwanie na świadczenie w Polsce okazało się zbyt długie. Pacjent opłaca koszty leczenia sam, zaś instytucja, w której jest ubezpieczony (w Polsce NFZ), musi mu zwrócić adekwatną sumę liczoną według stawek obowiązujących w naszym kraju. Dyrektywa nie obejmuje długoterminowej opieki zdrowotnej, pobytu w szpitalu ani programów powszechnych szczepień. Kraje członkowskie miały 2,5 roku na wdrożenie przepisów. To zwykle wystarczająca ilość czasu na dostosowanie prawodawstwa tak, aby było spójne i zaczęło działać w praktyce. Tymczasem polski rząd przyjął projekt dopiero pod koniec marca br., a nowe przepisy wejdą w życie najwcześniej w drugiej połowie roku. Do oddziałów NFZ wpływają już pierwsze wnioski o zapłatę. Widać też pierwsze skutki braku wdrożenia tej dyrektywy na czas. Sąd krakowski pod koniec lutego wydał małopolskiemu NFZ pierwszy nakaz zapłaty 2930 zł za usunięcie zaćmy pacjentowi w klinice NeoVize w czeskim Cieszynie oraz odsetki naliczone od dnia wykonania zabiegu. Sąd nakazał też zapłacenie kosztów postępowania. Małopolski Oddział Funduszu złożył apelację...

Kolejną ważną dla pacjentów regulacją jest dyrektywa dotycząca zwalczania fałszowania leków, która miała obowiązywać od stycznia 2013 r. (Dyrektywa 2011/62/UE zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi – w zakresie zapobiegania wprowadzaniu sfałszowanych produktów leczniczych do legalnego łańcucha dystrybucji). Niestety nadal nie udało się implementować dyrektywy w Polsce i w paru innych krajach członkowskich. Jest ona bardzo ważnym krokiem dla wzrostu poziomu ochrony zdrowia publicznego w UE. Przyczynia się do zwiększenia bezpieczeństwa produktów leczniczych poprzez określenie środków służących do weryfikacji autentyczności składników substancji leczniczych. Ma uniemożliwić podrabianie leków oraz handel nielegalnymi środkami przez internet.

Jeżeli chodzi o kwalifikacje polskiej służby zdrowia ważną regulacją jest Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym, która została opublikowana 28 grudnia 2013 r. Zgodnie z art. 4 dyrektywa ta weszła w życie dwudziestego dnia po publikacji. Nie oznacza to jednak, że jej przepisy są natychmiast stosowane we wszystkich państwach członkowskich, ponieważ mają czas na jej wdrożenie do 18 stycznia 2016 r. Dyrektywa odnosi się do uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych oraz obejmuje między innymi złagodzenie warunków uznawania kwalifikacji poprzez skrócenie wymaganego doświadczenia zawodowego do standardowego okresu 3 kolejnych lat.

Jeżeli chodzi o kwestie, które jeszcze nie zostały należycie zharmonizowane, myślę, że należałoby wymienić tu określenie tzw. minimalnych standardów w leczeniu bólu w europejskich placówkach medycznych. Problem uświadomiła mi skarga, która wpłynęła do Komisji Petycji w sprawie wprowadzenia jednolitych europejskich procedur leczenia bólu przewlekłego. Petycjonariuszka opowiedziała nam swoją dramatyczną walkę z chorobą i o tym, jak lekarze w Polsce odmówili zastosowania odpowiednich środków przeciwbólowych w jej przypadku. Znajduje to odzwierciedlenie również w krajowych statystykach, które pokazują, że użycie morfiny w Polsce jest dziesięciokrotnie niższe niż w Niemczech.

Przystosowanie norm do realiów nie jest łatwe. Procedura implementacji dyrektyw wygląda jednakowo we wszystkich krajach członkowskich i może obejmować wprowadzenie nowych przepisów zgodnych z przepisami dyrektywy lub wyeliminowanie takich przepisów, które są niezgodne z jej przepisami. Może też wymagać obu procedur.

Nieprawidłowa implementacja lub jej brak skutkuje upomnieniem ze strony Komisji Europejskiej, a w przypadku braku wystarczającej reakcji ze strony państwa członkowskiego – wnioskiem do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości UE (ETS) o rozpoczęcie postępowania o stwierdzenie uchybień zobowiązaniom państwa członkowskiego UE z art. 258 TFEU i 260 TFEU obejmującego nałożenie. Z danych ETS wynika, że Polska zajmuje pierwsze miejsce w Unii Europejskiej, jeżeli chodzi o łamanie prawa unijnego. Obok nas, w czołówce znajdują się Włochy i Grecja. Ale są też kraje, które nie łamały jeszcze prawa wspólnotowego. Należy do nich: Litwa, Łotwa czy Czechy. Mam nadzieję, że przynajmniej w kwestii dyrektyw, które wymieniałam, Polska dokona wszelkich starań, aby wyeliminować uchybienia w ich implementacji.

Magdalena Orlicz-Benedycka



Prezydent Wrocławia Rafał Dutkiewicz wyróżnił komendanta 4. WSK płk. lek. Grzegorza Stońskiego medalem za zasługi dla Wrocławia.

70-lecie 4. WSK z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

4 kwietnia obchodziliśmy uroczyste 70-lecie 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego oraz święto wojskowej służby zdrowia. W gali, zorganizowanej w szacownych wnętrzach Auli Leopoldyńskiej, wzięło udział blisko 400 zaproszonych gości. Wśród nich byli zasłużeni pracownicy, gen. bryg. Piotr Dziągiewski – szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, Tomasz Smolarz – wojewoda dolnośląski, Ewa Mańkowska – wicewojewoda dolnośląski, Rafał Dutkiewicz – prezydent Wrocławia, Jerzy Michalak – wicemarszałek województwa dolnośląskiego, dr n. med. Paweł Wróblewski – wiceprezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz m.in. rektorzy wrocławskich uczelni, komendanci szpitali wojskowych z całej Polski oraz dyrektorzy szpitali wrocławskich.

W imieniu ministra obrony narodowej 17 pracowników naszego szpitala zostało odznaczonych złotymi, srebrnymi oraz brązowymi Medalami „Za zasługi dla obronności kraju”, specjalne wyróżnienia gen. Dziągiewski przyznał także m.in. komendantowi 4. WSK płk. lek. Grzegorzowi Stońskiemu, prof. Waldemarowi Banasiakowi – kierownikowi Ośrodka Chorób Serca oraz byłemu komendantowi naszego szpitala dr. Kazimierzowi Wydrowskiemu.

Wzruszający był moment nagradzania okolicznościowym miedziorytem 12 niezwykle zasłużonych pracowników szpitala. W tym gronie znalazła się m.in. Kazimiera Żółkiewska – pielęgniarka, która podczas II wojny światowej przeszła niemal cały szlak bojowy z naszym szpitalem. Ponadto komendant 4. WSK płk Stoński wyróżnił: prof. Telesfora Piecucha – znakomitego chirurga, byłego szefa Kliniki Chirurgicznej, prof. Czesława Telichowskiego – wybitnego internistę i kardiologa, byłego kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych, dr. Tadeusza Guza – wieloletniego ordynatora Kliniki Neurologicznej, dr. Jana Szymańskiego – pioniera chirurgii szczękowej w naszym szpitalu, dr. Kazimierza Wydrowskiego – komendanta szpitala w latach 1983-1995, dr. Alfreda Bilińskiego – zasłużonego laryngologa, Bożenę Kaczyńską – pielęgniarkę

oddziałową Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Jadwigę Skoczeń – pielęgniarkę oddziałową Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Elżbietę Rogalę – była oddziałową Kliniki Chirurgicznej, dr. Jerzego Kotkiewicza – byłego zastępcę komendanta ds. leczenia oraz dr. Bernarda Hrynczewicza – byłego kierownika przychodni stomatologicznej.

Uroczystość w Auli Leopoldyńskiej zakończył komendant Stoński, przedstawiając historię szpitala oraz prezentując film dokumentujący aktualne osiągnięcia 4. WSK. Następnie wszyscy goście przeszli do Sali Wielkiej Ratusza, w której czekał na nich poczęstunek. Przypieczętowaniem obchodów była msza św. sprawowana w bazylice garnizonowej pw. św. Elżbiety we Wrocławiu.

Z okazji jubileuszu szpital przygotował okolicznościową publikację „Od polowego do klinicznego – zarys dziejów 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu”. Na 127 stronach, bogato ilustrowanych zdjęciami archiwalnymi oraz współczesnymi, została opisana historia, osiągnięcia oraz plany na przyszłość wojskowej placówki.

4. WSK nie zapomniał o mieszkańcach miasta. W sobotę, na pl. Solnym, stanęły namioty wojskowe, w których przez dwie godziny, pomiędzy godz. 11.00-13.00, wrocławianie mogli sprawdzić poziom glukozy i cholesterolu. Pracownicy Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej szpitala wojskowego wykonywali także poszerzone badania w kierunku zaburzeń gospodarki lipidowej. Dodatkową atrakcją były pokazy ratownictwa medycznego. Pracownicy szpitalnego Oddziału Ratunkowego demonstrowali instruktażowe akcje udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia. Chętnych nie brakowało.

Marzena Kasperska
rzecznik prasowy 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego
z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

IV Międzynarodowa Studencka Konferencja Młodych Naukowców oraz XIX Ogólnopolska Konferencja Studenckich Kół Naukowych Uczelni Medycznych

4-5 kwietnia 2014 r.

4 kwietnia 2014 roku w barokowej Auli Leopoldyńskiej Uniwersytetu Wrocławskiego odbyła się uroczysta inauguracja IV Międzynarodowej Studenckiej Konferencji Młodych Naukowców oraz XIX Ogólnopolskiej Konferencji Studenckich Kół Naukowych Uczelni Medycznych, pod patronatem honorowym prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej Jacka Chodorskiego.

Konferencję otworzył JM rektor prof. dr hab. Marek Ziętek, wspominając własną działalność w studenckim kole naukowym, życząc uczestnikom sukcesów i nowych przyjaźni. Swoją obecnością zaszczytili uroczystość prorektorzy, dziekani i nauczyciele akademicki uczelni. Wiele emocji wzbudziło ogłoszenie wyników rankingu Studenckich Kół Naukowych UM roku akademickiego 2012/2013, któremu towarzyszyły gratulacje, nagrody i oklaski. Inaugurację uświetnił Chór Medici Cantates UM, prezentując nowy program pełen różnorodnej muzyki, pod dyktando dr hab. Agnieszki Franków-Żelazny. Chórzyści oczarowali publiczność „Modlitwą dziękczynną za deszcz”.

Prace studentów zostały zaprezentowane podczas dwudniowej konferencji w 12 sesjach prowadzonych w języku polskim i angielskim. Cieszy wysoki poziom naukowy, rywalizacja i burzliwe dyskusje. Z dumą oczekuję na przyjęcie uczestników konferencji do grona lekarzy i lekarzy stomatologów. Na podkreślenie zasługuje wspaniała atmosfera spotkania, zaangażowanie Zarządu Studenckiego Towarzystwa Naukowego UM pod opieką prof. dr hab. Agnieszki Hałoń, pełnomocnika rektora ds. STN Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Urszula Kanaffa-Kilijańska
sekretarz DRL

1. Studenci słuchają z uwagą przemówienia rektora UM we Wrocławiu.
2. Przemówienie powitalne wygłosił prof. dr hab. Marek Ziętek – rektor UM we Wrocławiu.
3. Przewodniczący STN Łukasz Gojny dziękuje prof. Agnieszce Hałoń – pełnomocnikowi rektora ds. STN.

Fot. Adam Zadrzyński



1



2



3



W imię współpracy,

czyli o wizycie, która przyczyniła się do umocnienia polsko-nepalskich stosunków.

Od lat mieszkam (wraz z rodziną) i pracuję w Polsce. Jestem chirurgiem onkologiem praktykującym na co dzień w Świebodzicach i Wałbrzychu oraz przewodniczącym Koła Lekarzy Cudzoziemców DIL. Podobnie jak moja małżonka Alini Pokharel-Subedi (również lekarz) pochodzę z Nepalu – kraju słynącego z pięknych, górzystych terenów.

Niespełna 2 miesiące temu po raz kolejny miałem okazję odwiedzić wraz z najbliższymi (żoną, synem – Nishchalem Subedi i córką – Nishitą Subedi) rodzinne strony. 12 lutego rozpoczęła się nasza długo wyczekiwana podróż. Lot samolotem trwał ok. 10 godzin (z Berlina do Abu Dhabi ok. 6 godzin i z Abu Dhabi do Kathmandu ok. 4 godzin). Wprost ze stolicy udaliśmy się do rodzinnego miasteczka Bhimad położonego w środkowo-zachodniej części Nepalu. Tam moje dzieci przygotowywały się do ceremonii religijnej (Bratabandha i Gunjo czolo bastrarparan) będącej poniekąd odpowiednikiem polskiej komunii św. Po kilku dniach, gdy uroczystość była już szczegółowo zaplanowana, postanowiliśmy odwiedzić najciekawsze zakątki Nepalu. Rysując się przed nami krajobrazy, choć znane naszym oczom, wciąż budziły zachwyt. Dotarliśmy m.in. do Lumbini – miejsca narodzin Buddy – kompleksu składającego się z buddyjskich świątyń i budynków charakterystycznych dla architektury różnych krajów. Najbardziej przypadła nam do gustu niemiecka zabudowa. Następnie udaliśmy się do Parku Narodowego Chitawan. Tam przez 2 godziny jeździliśmy na słońcu – było to niesamowite przeżycie, szczególnie dla moich pociech. Po powrocie do Bhimad Nishchal i Nishita wzięli udział we wspomnianej wcześniej ceremonii. Lokalni mieszkańcy cieszyli się, że nie odżegnujemy się od nepalskiej tradycji. Po uroczystości wróciliśmy do stolicy. Kathmandu nazywane jest miastem świątyń.

KALENDARIUM SPOTKAŃ:

1. 7 marca spotkaliśmy się z p. Rabin্দrą Mishrą – prezesem organizacji pozarządowej HelpNepal.Network, któremu przekazałem zebrane pieniądze od naszych rodaków dla tej organizacji. Pan prezes pracował niegdyś w BBC i zagadnienia związane z Polską nie były mu obce.
2. 8 marca spotkałem się w przyjemnej atmosferze z prezesem Nepalskiej Izby Lekarskiej. Funkcję tę pełni dr Damodar Gajurel. Miałem okazję i zaszczyt przekazać mu pismo prezesa Jacka Chodorskiego deklarującego wolę współpracy pomiędzy naszymi izbami. Rozmawialiśmy o możliwych obszarach współdziałania, wymianie doświadczeń itp. Prezes Gajurel poprosił mnie o przekazanie dr. Chodorskiemu pisemnych podziękowań, co uczyniłem 10 kwietnia.
3. 1 marca udało się nam spotkać z prezydentem Republiki Nepalu. Dr Ram Baran Yadav przyjął nas bardzo gościnnie. Rozmawialiśmy o gospodarce Polski oraz możliwych formach współpracy pomiędzy Nepalem i Polską. Rozmowa trwała ok. 30-40 minut w przytulnym i przepięknym pałacu prezydenckim o nazwie „Shital Niwas”.
4. 12 marca udaliśmy się na wizytę do nowo wybranego premiera Nepalu. Sushil Koirana przyjął nas w swojej oficjalnej rezydencji (Baluwatar). Rozmawialiśmy krótko, bo przygotowywał się do podróży służbowej. Pomimo to była to merytoryczna dyskusja... Do Polski wróciliśmy 13 marca. I choć od wizyty minęły już prawie dwa miesiące, wciąż mam przed oczami górzyste krajobrazy i uśmiechnięte twarze Nepalczyków...

Bodha Raj Subedi



Fot. z archiwum autora

Przewodniczący Koła Lekarzy Cudzoziemców lek. Bodha Raj Subedi wręcza dr. Damodarowi Gajurelowi – prezesowi Nepalskiej Izby Lekarskiej (po prawej) pismo od prezesa DRL.



TŁUMACZENIE: Dziękujemy za pismo z 6 lutego 2014 r. Jesteśmy zaszczyceni, a jednocześnie szczególnie wdzięczni za to, iż otrzymaliśmy je od dr. Bodha Raj Subediego. My również jesteśmy zainteresowani współpracą w przyszłości z innymi krajami w zakresie „wymiany specjalistów”, chętnie podejmiemy też wspólne działania na innych płaszczyznach. Zamierzamy kontynuować naszą współpracę, w czym pośredniczyć będzie dr Subedi. Wzajemne kontakty ułatwi również korespondencja elektroniczna.



Lek. Bodha Raj Subedi (po prawej) przekazuje prezesowi DRL lek. Jackowi Chodorskiemu pismo od dr. Damodara Gajurela – prezesa Nepalskiej Izby Lekarskiej. Powyżej publikujemy skan dokumentu.

TAJLANDIA – KRAJ UŚMIECHU

Do Tajlandii udaliśmy się przez Katar, państwo którego mieszkańcy uchodzą za najbogatsze społeczeństwo świata. Dzięki temu mieliśmy okazję zwiedzić stolicę tego małego kraju.

Tajlandia ma do zaoferowania o wiele więcej niż piękne plaże. Podczas naszego dwutygodniowego wyjazdu skupiliśmy się na północnej części tego kraju. W trakcie podróży interesowała nas głównie miejscowa ludność oraz ich zwyczaje. Zabytki, choć bardzo ciekawe, stanowiły atrakcję drugorzędną. Z racji wykonywanego zawodu bardziej interesuje nas człowiek.

Tajlandia nazywana jest „krajem uśmiechu” i jest w tym dużo prawdy, pamiętam zdziwienie miejscowych, gdy zdenerwowałam się na jakąś sytuację i zaczęłam mówić podniesionym głosem, dopiero później dowiedzieliśmy się, że zachowania tego typu w tym kraju są niestosowne.

Boks tajski

W Chiang Mai udało się nam dostać bilety na boks tajski. Droga do miejsca wieczornej walki prowadziła przez ciemne, brudne uliczki. Pierwsi zawodnicy nie mieli więcej niż 8-10 lat, jako ostatni występowali dorośli, byli wśród nich również goście z Australii i Niemiec. Samo widowisko jest szokujące. Kilkuletni zawodnicy, którzy brutalnie – do krwi – okładają się na ringu, a rzesza podekscytowanych dorosłych przyjmuje zakłady i dopinguje, to obraz zatrważający. Dodam jeszcze, że pięć na sześć walk skończyło się nokautem.

Plemię „długie szyje”

Na północy kraju spotkać można kobiety z plemienia Padung, powszechnie nazywane „długimi szyjami” i znane z wielu folderów reklamowych Tajlandii. Wiele biur podróży organizuje wycieczki w tamte rejony. Nic nie stoi jednak na przeszkodzie, by dotrzeć tam na własną rękę, choćby taksówką – co zresztą sami uczyniliśmy.

Plemię jest ucywilizowane. To, co widzieliśmy, przypominało bardziej wykreowany dla potrzeb turystyki targ niż prawdziwą, plemienną wioskę. Kobiety i dzieci sprzedawały ręcznie wyplatane szale i przedmioty z drewna. Na miejscu płaci się za wstęp. Pierwsze obręcze zakłada się dziewczynkom, gdy kończą pięć lat. Mosiężne pierścienie ważą od 8 do nawet 22 kilogramów! Skąd wziął się ten zwyczaj? Istnieje wiele legend na ten temat. Niektóre mówią o tym, że grube, metalowe obręcze miały chronić przed kłami tygrysów. Kręcące się wokół wiosek drapieżniki rzucały się bowiem wprost do gardła ofiary.

Transseksualiści i transwestyci, określani również „trzecią płcią”

W Tajlandii spotkać można sporo mężczyzn, którzy już jako mali chłopcy przeszli terapię hormonalną w celu zmiany płci. Określa się ich mianem „Ladyboys” lub „Kathoey”. Podobno preparaty przeznaczone dla transseksualistów są dostępne w aptekach bez recepty, nie udało się nam jednak tego zweryfikować.

„Ladyboys” biorą udział w różnego rodzaju wydarzeniach, np. w wyborach Miss International Queen. Istnieją też miejsca, w których organizowane są występy z ich udziałem. Nam udało się dostać na jedno z takich przedstawień w Bangkoku – zajęliśmy miejsca w pierwszym rzędzie. Bilet trzeba rezerwować wcześniej. Aktorami byli tylko mężczyźni, niektórzy po całkowitym usunięciu narządów płciowych, inni w trakcie terapii hormonalnej. Nie

zabrakło też tych, którzy w ogóle nie zamierzali zmieniać swojej genetycznej płci. Część z nich była ubrana w przepiękne, kolorowe suknie i miała profesjonalny makijaż. Całość miała charakter musicalu i dostarczała dużo emocji. Niektórzy z aktorów podchodzili do naszego tajskiego sąsiada i siadali mu na kolanach, na szczęście nas ta część ominęła. Prawo tajlandzkie nie zezwala jednak na zmianę płci w dokumentach tożsamości, dlatego nie są oni traktowani jak pełnoprawni obywatele.

Inne atrakcje

Miejscowość Pai była niegdyś mekką dla białych ludzi, którzy osiedlali się tu ze względu na niewygórowane koszty życia. Bardzo niskie ceny przyciągały niczym magnes. Znajdzenie noclegu za 20 zł czy wypożyczenie skutera za 10 zł (cały dzień) nadal nie stanowi zresztą najmniejszego problemu. Warto spędzić w Pai kilka dni, choćby po to, by przejechać się na słoniu, co wymaga sporej kondycji. W usytuowanym pośród gór mieście nie brakuje salonów masażu, które za niewielką opłatą oferują profesjonalny tajski masaż. Można też wykąpać się w gorących źródłach. W niektórych miejscach temperatura wypływającej wody z ziemi dochodzi do 100°C.

W Bangkoku odbywa się w weekend jeden z największych targów ubraniowych w Azji, miałam okazję kupić tam kilka ciekawych rzeczy, a ceny rozpoczynały się od 1 zł.

Wizytówką tego kraju są też targi wodne, podczas których można popływać łódką i kupić różnego rodzaju produkty, poczynając od żywności, a na pamiątkach kończąc.

Jedzenie jest specyficzne, nam akurat nie smakowało. Próbowaliśmy owoce durianu. Mają one nieprzyjemny zapach odczuwalny z daleka, dlatego w hotelach spotyka się tabliczki zakazujące ich spożycie. Bywały też miejsca, w których można było dostać tradycyjne, europejskie potrawy.

lek. Ewelina Dubas-Szweda
specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży,
WSS im. J. Gromkowskiego

lek. Krzysztof Szweda
specjalista ortopedii,
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka

Opisy zdjęć ze stron 18-19

1. Nietypowy środek transportu... Na zdjęciu lek. Ewelina Dubas-Szweda i lek. Krzysztof Szweda.
- 2, 3. W Tajlandii podziwiać można jedno z najpiękniejszych posągów Buddy.
4. Targ wodny. Wrzeczionowate łodzie, wypełnione są zawsze wszelkimi smakołykami: kolorowymi owocami, wonnymi przyprawami i świeżo przygotowanymi smakołykami.
5. Tak wyglądają tajskie taksówki zwane tuk-tukami.
6. Biała Świątynia w Chiang Rai.
7. Dziewczynka z plemienia „długie szyje”.
8. Przeważająca większość „Ladyboys” rozpoczyna swoje dorosłe życie w barach go-go lub kabaretach, gdzie ubrani w kolorowe stroje bawią zgromadzoną publiczność.
9. Tajskie potrawy.





TAJLANDIA



Fot. z archiwum autorów



1



2

I Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squashu

W sobotę 5 kwietnia w klubie „Hastalavista” we Wrocławiu odbyły się I Mistrzostwa Dolnego Śląska Lekarzy w Squashu. 42 lekarzy z całej Polski walczyło o puchar prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Mistrzostwa zostały rozegrane w trzech kategoriach: damskiej, +45 oraz Open. Wśród pań bezkonkurencyjna okazała się Justyna Adamczyk (Wrocław), która w finale pokonała Beatę Kamińską (Jaworzno). Mecz o trzecie miejsce to pojedynek zawodniczek z Wrocławia i Poznania, ostatecznie wygrała Katarzyna Chodała, pokonując Weronikę Chorażyczewską.

W kategorii +45 triumfował Jurand Palka (Rybnik), pokonując w finale Zbigniewa Krawczuka (Wrocław). O trzecie miejsce ambitnie walczył pomysłodawca i organizator mistrzostw – Piotr Musik (Wrocław). Tym razem lepszy okazał się jednak Paweł Piesiak (Wrocław), wygrywając po zaciętym pięciosetowym pojedynku 3:2, i tym samym zdobywając trzecie miejsce.

W turnieju Open ciężko było wskazać faworyta. W meczu finałowym zobaczyliśmy pojedynek Tomasza Piskórza (Lublin) z Jakubem Madejem (Wrocław). Przy pełnych trybunach i zaciętym dopingu oglądaliśmy squasha na wysokim poziomie – brawa panowie! Zwycięzcą okazał się Tomasz choć do ostatniej piłki Jakub walczył jak „lew”. W meczu o trzecie miejsce zobaczyliśmy świetny pojedynek Łukasza Mysza (Szczecin) z Przemysławem Stefanikiem (Jasienica). Po niezwykle zaciętym spotkaniu, większą wytrzymałością fizyczną wykazał się Przemek.

Puchary dla zwycięzców ufundowała Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, wśród pierwszych trzech miejsc rozdzielono nagrody rzeczowe o wartości 3000 zł, dodatkowo wśród pozostałych uczestników rozlosowano nagrody pocieszenia i wręczono pamiątkowe koszulki DIL.

Mistrzostwa nie mogły by się odbyć bez zaangażowania Dolnośląskiej Izby Lekarskiej (specjalne podziękowania dla doktorów: Jacka Chodorskiego, Pawła Wróblewskiego i dyrektora Marii Jarosz) oraz sponsorów Towarzystwa Ubezpieczeń Inter Polska, Salonu Medycznego Go-Med i Gabinetu Fizjoterapii RehaBursiewicz.

Do zobaczenia w przyszłym roku.

Piotr Musik

1. Mecz finałowy w kat. Open, przy piłce Tomasz Piskórz, z tyłu Jakub Madej. Zaciętą rywalizację obserwuje wiceprezes DRL dr n. med. Paweł Wróblewski (na II planie po prawej).
2. Zwycięzcy w kat. +45. Od lewej: Zbigniew Krawczuk, Jurand Palka, Paweł Piesiak.

Fot. Piotr Musik



Przybyłych na spotkanie powitał dr Jerzy Bogdan Kos – prezes SLDiWMW.



Przemawia dr Andreas Reinke.

Spotkania Klubowe u Medyków

Pamiętamy z lat naszej młodości: zebrania, spotkania, wielogodzinne nasiadówki – wszystko to było zmorą studenckiego życia, a także z lat późniejszych, w których każdą sprawę należało ocenić i przedyskutować, chociaż było wiadomym, że ci, którzy zasiadają w prezydium robią to, co będą chcieli zrobić.

Minione ćwierćwiecze zmieniło te obyczaje – sale konferencyjne zastąpiła telewizja. Dyskusje na tematy „od sasa do lasa” toczą się między „gadającymi głowami” a płacącymi i niepłacącymi abonament widzami. Ci drudzy mają przewagę nad pierwszymi – mogą ich po prostu wyłączyć.

Trudno natomiast „wyłączyć” tych, którzy od wielu lat organizują Spotkania Klubowe u Medyków, bo chcą udowodnić sobie i innym, że środowisko lekarskie jest, podobnie jak inne grupy zawodowe, zafascynowane kulturą i sztuką i że stopień zainteresowania życiem rośnie w miarę starzenia się. Młodzi są bowiem zbyt zajęci zbieraniem punktów edukacyjnych i składaniem grosza na mieszkanie bez teściowej. A comiesięczne spotkania wabią koncertami muzycznymi oraz ciasteczkami i dobrą kawą serwowaną przez panią Danusję Bujwid, a także rozmowami z ludźmi, którzy wiedzą więcej od innych. W tegorocznych spotkaniach uczestniczyli już przecież JE ks. arcybiskup Józef Kupny, który nie tylko głosił Słowo Boże, ale również przy stole bawił rozmową zgromadzo-

nych, a także miesiąc później nowy szef Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich dr hab. Jarosław Barański, który w opowieści o obrazie Rembrandta „Lekcja anatomii doktora Tulpa” przywołał średniowieczną pogardę dla ludzkiego ciała, a wreszcie na kolejnym spotkaniu, na którym przyjaciele zmarłego przed kilku miesiącami dr. Michała Sobkova rozmawiali o jego twórczości literackiej i pamiętnikarskiej.

1 kwietnia na 94. Spotkaniu Klubowym u Medyków gościł dr Andreas Reinke, historyk mieszkający w Berlinie, znawca społecznej historii Żydów w Niemczech, autor okazałej książki omawiającej dzieje Żydów na Dolnym Śląsku i we Wrocławiu oraz działalność żydowskiego szpitalnictwa i opieki świadczonej przez żydowskie organizacje społeczne. Tematem ilustrowanego wykładu było „Szpitalnictwo żydowskie we Wrocławiu w latach 1926-1944”. Wykład i rozmowa z wykładowcą tłumaczona była w znanim stylu przez dr Adrianę Pietraszkiewicz, a streszczenie wykładu doręczone wszystkim słuchaczom.

Każdy wykład ma swoją poetykę i określoną przez wykładowcę strukturę. Wykład dr. Andreea Reinke, przełożony na język polski, był wyjątkowy. Rozbudził wyobraźnię: w dniach poprzedzających kapitulację Festung Breslau 150 ostatnich Żydów, a wśród nich lekarze i pielęgniarki szpitala żydowskiego wywieziono do Teresina, aby tam dokonać

ostatniego aktu zemsty. A przecież jeszcze przed kilkunastu laty zamieszkiwało we Wrocławiu blisko 50 tysięcy Żydów, a wśród nich wielu wybitnych uczonych i światłych lekarzy.

Niektóre referaty wygłaszane na naszych spotkaniach powinny być publikowane i upowszechniane. Stowarzyszenie pokryje połowę kosztów wydania drukiem opowieści o żydowskiej przeszłości Okręgowego Szpitala Kolejowego. Kto pokryje resztę?

Jerzy Bogdan Kos

94. Spotkanie Klubowe u Medyków było okazją do wręczenia Medali „Zasłużonych dla Dolnego Śląska”. Otrzymało je pięciu pracowników ochrony zdrowia szczególnie zasłużonych w walce z epidemią ospy w 1963 roku. Wśród uhonorowanych znaleźli się: dr Danuta Piekarska, piel. Krystyna Strumińska, dr Tadeusz Niedźwiadek, dr Zygmunt Pośpiech, dr Anna Szymanek. Medale wręczał dr n. med. Paweł Wróblewski – wiceprezes DRL.

Wykład dr. Andreea Reinke zostanie opublikowany w czerwcowo-lipcowym numerze „Medium”.

Fot. z archiwum „Medium”



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

Koleżanki i Koledzy!

11 kwietnia w sali konferencyjnej DIL przy al. Matejki 6 odbyło się szkolenie dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej, które przygotowała dla lekarzy stomatologów dr prawa Agata Wnukiewicz-Kozłowska. Temat niezwykle dla nas ważny, o czym świadczyło duże zainteresowanie – na szkoleniu było ponad 200 osób. W ramach wprowadzenia dr Wnukiewicz przedstawiła akty prawne regulujące sposób prowadzenia dokumentacji medycznej i po kolei mówiła, co ta dokumentacja musi zawierać, aby sprostać wszelkim wymogom. Dzięki uprzejmości wykładowcy istotne elementy tego wykładu znajdują się na stronie internetowej Komisji Stomatologicznej. Tutaj zwracam jedynie uwagę na niektóre ważne aspekty prowadzenia dokumentacji. W ramach przypomnienia – **dokumentacja medyczna musi:**

- mieć formę pisemną,
 - być prowadzona czytelnie,
 - chronologicznie,
 - w języku polskim,
 - być sporządzana na bieżąco bez zbędnej zwłoki.
- I. Karta pacjenta ma być oznakowana pieczęcią praktyki, zawierać adres siedziby, numer telefonu, kod identyfikacyjny (REGON, NIP).
 - II. Karta pacjenta ma zawierać dane umożliwiające identyfikację chorego, czyli imię i nazwisko, datę urodzenia, adres zamieszkania, oznaczenie płci, PESEL. W przypadku cudzoziemców – numer paszportu lub karty ID, w przypadku dziecka – imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz jego adres zamieszkania.
 - III. Strony dokumentacji muszą być ponumerowane i na każdej powinno być imię, nazwisko i PESEL pacjenta.
 - IV. W karcie najważniejszy jest OPIS WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI oraz ZALECENIA poświadczane pieczęcią i podpisem lekarza. Skierowania, wyniki konsultacji, wyniki badań dodatkowych – w oryginale lub kserowane – stanowią integralną



Fot. ML

Posiedzenie Komisji Stomatologicznej DRL, 09.04.2014 r.

część dokumentacji medycznej. Lekarze stomatolodzy dołączają również uzyskany z pracowni protetycznej certyfikat na wyrób medyczny na zamówienie.

Chcę dobitnie podkreślić, że aby wykonywać jakiegokolwiek czynności medyczne u pacjenta wymagana jest ZGODA PACJENTA, a jej brak rodzi konsekwencje karne!

- Pacjent wyraża zgodę na konkretną czynność medyczną zaproponowaną przez lekarza.
- Informacja o planowanym leczeniu musi być wyrażona w sposób przystępny i zrozumiały. Należy poinformować pacjenta o możliwych i najczęściej występujących powikłaniach.
- Zgoda pacjenta MA BYĆ ŚWIADOMA, co powinno wynikać ze zrealizowania przytoczonych powyżej wskazań.

Zgoda może być:

- własna,
- zastępcza,
- równoległa (dotyczy dzieci powyżej 16 roku życia, czyli wyraża ją opiekun prawny i dziecko).

Należy pamiętać, że zgodę na leczenie dziecka wyrażają rodzice lub inny ustanowiony sądowo opiekun prawny, a nie mogą tego uczynić na przykład dziadkowie. Piszę o tym, bo w trakcie wykładu pojawiały się liczne pytania dot. tego zagadnienia. W codziennej praktyce często zdarza się bowiem, że dzieci przychodzą do lekarza z dziadkami lub starszym rodzeństwem.

Pamiętajmy – oni nie mogą podpisać zgody na leczenie dziecka. Wyjście z tej sytuacji może być następujące: na pierwszą wizytę małoletni zgłasza się z rodzicem, zostaje sporządzony plan leczenia, uzgodniony i zaakceptowany plan sygnuje swoim podpisem rodzic, na kolejnych wizytach dziecko może pojawić się z inną osobą niż opiekun prawny.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na zmiany zapowiadane w art. 24 ust. 1 a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym dokumentację medyczną prowadzi się w postaci elektronicznej. Prze-

pis ten miał wejść w życie z dniem 1 sierpnia 2014 r., z jednej strony ułatwiając prowadzenie dokumentacji i komunikowanie się między lekarzami leczącymi i konsultującymi danego pacjenta, z drugiej zaś wprowadzając wymóg zaopatrzenia się przez lekarzy prowadzących praktykę lekarską w odpowiedni sprzęt komputerowy wraz z specjalistycznym oprogramowaniem. Ze względu jednak na brak odpowiednich przepisów wykonawczych oraz nierealność spełnienia wymogów związanych z obowiązkiem prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej, termin zapowiedziany w ustawie nie jest możliwy do utrzymania. Według prognoz Ministerstwa Zdrowia obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej ziści się dopiero w roku 2017.

Przedstawiłam tu zaledwie fragment obszernego wykładu i uwypukliłam te jego aspekty, co do których lekarze mieli wątpliwości i pytania. Pamiętajmy o tym, że prawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna jest naszym podstawowym dokumentem w przypadku roszczeń pacjenta, które znajdują finał w sądzie. Sąd głównie opiera się na dokumentacji medycznej i wszelkie w niej uchybienia niestety dają nam mniejszą szansę obrony, pomimo że prowadziliśmy leczenie z należytą starannością. Pomimo że wszelkie czynności administracyjno-biurokratyczne zabierają nam coraz więcej czasu, to jednak musimy zdawać sobie sprawę z ich wagi.

W nawiązaniu do ogłoszenia, które ukazało się w poprzednim wydaniu „Medium”, gorąco zachęcam do skorzystania z możliwości **ćwiczeń zdrowotnych dedykowanych nam stomatologom**. Te od strony organizacyjnej przygotował dla nas **kol. Marek Stehlik**, a zgłoszenia przyjmuje **p. Agnieszka Jamroziak**, tel. **71 798 80 88** lub e-mailowo: **sekretariat@dilnet.wroc.pl**



25 listopada 2013 r. weszła w życie ustawa z 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw opublikowana w Dz. U. z 2013 r., poz. 1245.

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak, radca prawny DIL

System EudraVigilance jest system wymiany informacji o działaniach niepożądanych, o których mowa w art. 24 ust. 1 Rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z 31 marca 2004 r. ustanawiającego wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiającego Europejską Agencję Leków (Dz. Urz. UE L 136 z 30.04.2004).

Działaniem niepożądanym produktu leczniczego jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego. Działania niepożądane produktów leczniczych zgłasza się prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu, ze szczególnym uwzględnieniem działań niepożądanych dotyczących:

- produktów leczniczych zawierających nową substancję czynną – dopuszczonych po raz pierwszy do obrotu w dowolnym państwie w okresie 5 lat poprzedzających zgłoszenie;
- produktów leczniczych złożonych, zawierających nowe połączenie substancji czynnych;

- produktów leczniczych zawierających znaną substancję czynną, ale podawanych nową drogą;
- terapii nowymi postaciami farmaceutycznymi produktów leczniczych;
- produktów leczniczych, które zyskały nowe wskazanie;
- przypadków, gdy działanie niepożądane produktu leczniczego stało się powodem zastosowania innego produktu leczniczego, procedury medycznej lub sposobu leczenia stosowanego u pacjenta;
- wystąpienia działania w trakcie ciąży lub bezpośrednio po porodzie.

Zgłoszeń działań niepożądanych produktów leczniczych mogą dokonać osobie wykonującej zawód medyczny, prezesowi Urzędu lub podmiotowi odpowiedzialnemu także pacjenci lub ich przedstawiciele ustawowi lub opiekunowie faktyczni.

Zgłoszenie pojedynczego przypadku działania niepożądanego produktu leczniczego zawiera:

- inicjały, płeć lub wiek pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie;
- imię i nazwisko osoby dokonującej zgłoszenia;
- w przypadku osób wykonujących zawód medyczny, adres miejsca wykonywania tego zawodu;

- podpis osoby zgłaszającej, jeżeli zgłoszenie nie jest przekazywane drogą elektroniczną;
- w zakresie produktu leczniczego co najmniej:

- a) nazwę produktu, którego stosowanie podejrzewa się o spowodowanie tego działania niepożądanego;
- b) opis wywołanego działania niepożądanego.

Osoby wykonujące zawód medyczny zgłaszają ciężkie, niepożądane działania produktów leczniczych w terminie 15 dni od dnia powzięcia informacji o ich wystąpieniu. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Wojskowej Inspekcji Sanitarnej są obowiązane przekazywać prezesowi Urzędu kopie zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych. Lekarz jest obowiązany zgłosić prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego.

Lekarz dokonuje zgłoszenia zgodnie z ustawą z 6 września 2001 r. – Prawo farma-

Działania niepożądane produktów leczniczych zgłasza się prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu.

Osoby wykonujące zawód medyczny zgłaszają ciężkie, niepożądane działania produktów leczniczych w terminie 15 dni od dnia powzięcia informacji o ich wystąpieniu.



Źródło grafiki: www.deviantart.com/sugarplumfruitberry-d5kshtm



ceutyczne (Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 ze zm.) Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, prezesowi urzędu lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu, działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne.

1 stycznia 2014 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, opublikowane w Dz. U. z 2013 r., poz. 1565.

Załącznik do rozporządzenia zawiera wykaz wyrobów medycznych (nazwę oraz grupę oznaczoną literą i cyfrą porządkową), wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej oraz pielęgniarki i położnej ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 5 pkt. 26 Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.), wraz z określeniem:

- limitów ich finansowania ze środków publicznych i wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w tym limicie,
- kryteriów ich przyznawania,
- okresów użytkowania,
- limitów cen ich napraw.

Wyrób medyczny oraz środek pomocniczy, w stosunku do którego uprawnienie do zaopatrzenia zostało potwierdzone przed 1 stycznia 2014 r. może być wydany, po tym dniu, zgodnie z dotychczasowymi przepisami, przez okres nie dłuższy niż do 31 grudnia 2014 r.

Do okresu użytkowania i limitu cen naprawy wyrobu medycznego oraz środka pomocniczego, który został wydany przed 1 stycznia 2014 r. zgodnie z dotychczasowymi

mi przepisami, użytkowanego po tym dniu, stosuje się te przepisy. Okres użytkowania jest liczony od daty potwierdzenia odbioru wyrobu medycznego albo środka pomocniczego.

1 lipca 2014 r. wchodzi w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy, opublikowane w Dz. U. z 2013 r., poz. 1678.

Wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia. Wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego, stanowi załącznik nr 2. Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia wyrobem medycznym dokonane przed 1 lipca 2014 r. w przypadku:

1. wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie zachowuje ważność do 31 grudnia 2014 r.,
2. wyrobów medycznych innych niż określone w pkt. 1 zachowuje ważność do 31 lipca 2014 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, opublikowane w Dz. U. z 2013 r., poz. 696, weszło w życie 23 czerwca 2013 r.

Przepisy rozporządzenia dotyczą **wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj. podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych**. Przepisy te nie dotyczą podmiotów, które nikogo nie zatrudniają.

Przepisy rozporządzenia odnoszą się również **do osób fizycznych wykonujących pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, doktorantów, studentów i uczniów niebędących pracownikami oraz wolontariuszy, a także osób prowadzących pod nadzorem pracodawcy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę działalność gospodarczą na własny rachunek**.

Ostryimi narzędziami są wyroby medyczne służące do cięcia, kłucia oraz mogące spowodować zranienie lub przeniesienie zakażenia. Pracodawca **dokonyuje oceny ryzyka zawodowego** zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy. Pracodawca w celu eliminacji lub ograniczenia narażenia:

- opracowuje i **wdraża procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami**, w tym będącymi odpadami medycznymi,
- opracowuje i **wdraża procedury używania środków ochrony indywidualnej**.

Pracodawca opracowuje i wdraża **procedurę postępowania poekspozycyjnego**, umożliwiającą niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieganie skutkom narażenia. Pracodawca okresowo, **nie rzadziej niż raz na dwa lata, poddaje procedury ocenie** i w razie potrzeby je aktualizuje oraz zapewnia pracownikom, w toku szkoleń, informacje o wprowadzonych zmianach. Pracodawca, **będący podmiotem leczniczym, sporządza raport o bezpieczeństwie i higienie pracy** w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, **nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy**. Pierwszy powinien być sporządzony do 28 lutego 2014 r.

mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Komunikaty

DRODZY PRZYJACIELE. ABSOLWENCI POMORSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ W SZCZECINIE: LEKARZE – ROCZNIK 1978-1984 ORAZ LEKARZE DENTYSTY – ROCZNIK 1979-1984

W 2014 roku obchodzimy NASZ JUBILEUSZ!!! Trzydzieści lat minęło... Czas na spotkanie po latach... Iza Doniec oraz Mariusze – Zarzycki i Pietrzak (samożwańczy organizatorzy) zapraszają w dniach **10-12 października 2014 r.** na spotkanie jubileuszowe do **Niechorza** (Dworek Prawdzic). Osoby zainteresowane prosimy o dokonanie do 31 maja 2014 roku przedpłaty **100 zł** na konto ING Bank Śląski w Szczecinie nr **98 1050 1559 1000 0022 1716 8034** z dopiskiem „**rocznik 84 – Zjazd**”.

Koszt spotkania – około 450 zł. W piątek (10.10.14 r.) spotkanie w auli Rektoratu PUM w Szczecinie z rektorem PUM oraz z prezesem ORL w Szczecinie i odnowienie „Przysięgi Hipokratesa”. Wieczorem spotkanie „grillowe” w Dworcu Prawdzic.

O szczegółach poinformujemy osoby, które wpłacą tę skromną zaliczkę.

Wszelkie pytania prosimy kierować do:

Izy Doniec, izabella@fabrykausmiechu.com;

Mariusz Zarzyckiego, marioz58@wp.pl; Mariusza Pietrzaka, mario241@op.pl

Pozdrawiamy i zapraszamy. Nie może Cię zabraknąć.

WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AM WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1994

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na pierwsze spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy ukończenia Wydziału Stomatologicznego AM we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach **20-21 września 2014 r.** w Zamku na Skale w miejscowości Trzebieszowice 151, niedaleko Łąka Zdroju. Zamek można zobaczyć na stronie: www.zameknaskale.com.pl

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi **350 zł od osoby**. Cena obejmuje uczestnictwo w imprezie zjazdowej wraz z noclegiem. **Wpłaty można dokonać na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 20 czerwca 2014 r.** z dopiskiem „Zjazd 1994 – Stomatologia”. Prosimy podać nazwisko obecne i panięskie.

Komitet Organizacyjny:

Robert Rypniewski, tel. 603 745 326, e-mail:

robryrr@hotmail.com; Sylwester Pikor, tel. 502 614 665

FINANSOWANIE LEKARZY I FIRM MEDYCZNYCH

WWW.POZYCZKAMEDYCZNA.PL

Dlaczego pożyczka medyczna jest najlepszym rozwiązaniem przy zakupie urządzeń medycznych ?

Na to pytanie odpowie Jarosław Kępiński - partner w firmie KRC Med Finance, która zajmuje się finansowaniem lekarzy.

Lekarz: Dotychczas korzystałem z leasingu przy zakupie sprzętu medycznego, czy to nie jest najlepsza metoda finansowania?

J.K: Leasing to bardzo popularny sposób na finansowanie zakupu urządzeń medycznych, ale ponieważ urządzenia medyczne są na stawce VAT 8% można zastosować tylko leasing finansowy, który w porównaniu z pożyczką medyczną jest rozwiązaniem droższym.

Lekarz: A co powoduje że jest to droższa metoda finansowania?

J.K: Firma leasingowa nalicza VAT od wartości urządzenia i marży firmy finansującej, co w efekcie powoduje, że lekarz musi zapłacić ten podatek w kwocie wyższej i najczęściej przy zawarciu umowy "z góry". To są powody, które czynią leasing rozwiązaniem droższym.

Lekarz: Jakie korzyści podatkowe uzyskam po podpisaniu umowy pożyczki medycznej kupując urządzenie do gabinetu?

J.K: Odsetki zawarte w każdej z miesięcznych rat pożyczki są kosztem uzyskania przychodu. Dodatkowo kosztem jest amortyzacja oraz wydatki związane z ubezpieczeniem sprzętu. Amortyzacja może również zostać rozliczona jednorazowo w ramach odpowiednich przepisów.

Lekarz: Ostatnio przy zawarciu umowy leasingu finansowego musiałem zapłacić VAT z góry. Czy korzystając z pożyczki jest podobnie?

J.K: Decydując się na pożyczkę medyczną finansujemy 100% wartości urządzenia wraz z podatkiem VAT.

Lekarz: Czy są wymagane wpłaty początkowe?

J.K: Większość naszych umów z lekarzami realizujemy bez wpłat początkowych, jest oczywiście możliwość ich zastosowania jeżeli klient ma taką potrzebę.

Lekarz: Jak wygląda załatwienie formalności w praktyce i ile to trwa?

J.K: Po zaakceptowaniu oferty nasz przedstawiciel przygotowuje umowę i umawia spotkanie najczęściej w gabinecie lekarskim w celu jej podpisania. Po jej weryfikacji następuje płatność za urządzenie do dostawy i lekarz może już otrzymać urządzenie.

Lekarz: Jaki jest limit, który mogę wykorzystać w ramach procedury uproszczonej?

J.K: Możemy sfinansować urządzenia w ramach tej procedury do wartości 125 tys. EUR

Lekarz: Czy macie Państwo w ofercie również kredyty dla lekarzy?

J.K: Tak, możemy zaproponować kredyt gotówkowy do 400 tys PLN na oświadczenie przy oprocentowaniu od 7,99% oraz kredyty konsolidacyjne i hipoteczne.



PROMOCYJNE FINANSOWANIE

Każdy lekarz, który skorzysta z naszej oferty do 31.12.2014 otrzyma voucher na 3-dniowy pobyt w luksusowym hotelu w Zakopanem Grand Nosalowy Dwór lub Kolobrzegu Hotel Marine

Szczegóły oferty promocyjnej na naszej stronie www.pozyczkamedyczna.pl

AGNIESZKA KĘPIŃSKA

tel.kom: 693-932-393

mail: a.kepinska@krc.com.pl

ALEKSANDRA RUSNAK

tel.kom: 606-496-357

mail: a.rusnak@krc.com.pl



KARKONOSKI RAJD ABSOLWENTÓW

Zapraszamy lekarzy absolwentów z rocznika 1981 na III Rajd Karkonoski, który odbędzie się tradycyjnie w ostatni weekend września: **26-28.09.2014 r.**

Ze względu na wcześniejszą rezerwację noclegów prosimy o wpłatę zaliczki w wysokości **200 zł** na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do **10 czerwca 2014 r.** z dopiskiem „Rajd Karkonoski 81” lub bezpośrednio w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Trasę ustala znakomity znawca gór Darek Zabłocki.

Komitety Organizacyjny:

Małgorzata i Grzegorz Bieszczadowie,
Krzysztof Jedwabny,
Bogusia Medyńska,
Mariola Sędzimirska,
Marek Śledziona,
Darek Zabłocki

**Zapraszamy do udziału w rajdzie!
Do zobaczenia we wrześniu!**

OGÓLNOPOLSKI PLENER CERAMIKI ARTYSTYCZNEJ DLA LEKARZY

Plener odbędzie się w dniach **10-12 października br.** w Wiśle – „Villa Japonica”. Jego organizatorem jest Śląska Izba Lekarska w Katowicach. Wpisowe **100 zł** prosimy wpłacać na konto Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach nr konta: **PKO 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246** z dopiskiem „Plener Ceramiki”. Organizator zapewnia noclegi ze śniadaniem oraz materiały plastyczne.

**Termin zgłoszeń
upływa 31.08.2014 r.**

Ilość miejsc ograniczona,
decyduje kolejność zgłoszeń.

**Szczegółowych
informacji udziela:**

lek. stom. Stanisław Mysiak,
tel. 32 252 97 51,
kom. 605 256 335.



Organizatorzy:

Naczelna Izba Lekarska

Komisja Kultury Sportu

i Turystyki OIL

w Warszawie

SZPZŁO Warszawa

Praga-Północ

Patronat medialny:

Gazeta Lekarska

Puls

Zdrowa Praga

Informacji udziela:

Majka Maria Żywicka-Luckner

tel. 22 619 42 31,

kom. 604 286 324,

e-mail: majkazywicka@wp.pl

Szczegóły na stronie:

www.dilnet.wroc.pl/index.php?id_news=622

Reklama



DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

Pod każdym względem.
Wyjątkowy.



ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1964

Drogie Koleżanki! Drodzy Koledzy!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 11 października 2014 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

11 października 2014 r. (sobota)

- godz. 10.00 Msza św. (kościół
Najświętszego Imienia
Jezus, pl. Uniwersytecki 1)
- godz. 11.00 Śniadanie studenckie
– foyer Auli Leopoldina
Uniwersytetu Wrocławskiego
- godz. 12.00 Otwarcie zjazdu – Aula
Leopoldina Uniwersytetu
Wrocławskiego
- godz. 12.15 Przemówienie JM rektora
Uniwersytetu Medycznego
Uroczyste wręczenie dyplomów
Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcia pamiątkowe
- godz. 14.30 Zwiedzanie Wieży
Matematycznej
Wystawa „300 lat Uniwersytetu
Wrocławskiego”
- godz. 16.00 Uroczysta obiadokolacja (hotel
„Jana Pawła II” – ul. św. Idziego
2, Wrocław – Ostrów Tumski)

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
od absolwenta (opłata za wszystko) – 300 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 150 zł,
tylko uroczystości (bez bankietu) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 10.06.2014 r. z dopiskiem „Zjazd 1964”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Ma-
lec (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie
nazwiska obecnego oraz panieńskiego. Za-
kwaterowanie we własnym zakresie (nie jest
wliczone w cenę zjazdu).

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

Za Komitet Organizacyjny
Danuta Dobrucka,
Koryna Kasprzak (502 138 826),
Wiesława Krawczuk-Domaradzka (601 757 001),
Janina Wachowska (607 463 777)

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1968

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeń-
skie, tym razem z okazji odsłonięcia tablicy
pamiątkowej poświęconej profesorowi Cze-
sławowi Niżankowskiemu w 30. rocznicę
śmierci. Fundatorami tablicy jest nasz Rocznik
oraz Dolnośląska Izba Lekarska we Wro-
cławiu. Uroczystości odbędą się 13 czerwca
2014 r. we Wrocławiu.

PROGRAM SPOTKANIA:

CZĘŚĆ OFICJALNA

- Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej
Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
(ul. Chałubińskiego 6A)
- godz. 12.00 Odsłonięcie tablicy pamiątkowej
przez JM rektora UM prof. dr. hab. Marka
Ziętkę oraz córkę prof. Niżankowskiego,
połączone z posiedzeniem Dolnośląskiego
Oddziału Polskiego Towarzystwa Anatomii
oraz Dolnośląskiego Oddziału Polskiego
Towarzystwa Historii Medycyny
i Farmacji, przemówienia gości

CZĘŚĆ INTEGRACYJNA

DLA ABSOLWENTÓW

- „Spichlerz Galowice” (ul. Leśna 7,
Galowice, gmina Żórawina)
- godz. 15.00 Zwiedzanie Muzeum Powozów
(wspaniała kolekcja ponad
60 dorożek, sań oraz karet)
- godz. 16.00 Uroczysty obiad
– „Spichlerz Galowice”

Oплата za uczestnictwo w spotkaniu wynosi
100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 15.05.2014 r. z dopiskiem „Zjazd 1968”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji
Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie
nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

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
Dojazd do Galowic we własnym zakresie.
Istnieje możliwość indywidualnej
rezerwacji noclegów w Galowicach:
www.spichlerzgalowice.pl,
e-mail: imprezy@gallen.pl,
Dorota Kołacz: tel. 519 731 102.

Za Komitet Organizacyjny
Wiesław Adamaszek, Krystyna Czernik,
Wojciech Durek, Andrzej Karmowski,
Bogusław Kudyba, Krzysztof Wronecki,
Wanda Poradowska-Jeszke,
Wojciech Witkiewicz

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1974

Drogie Koleżanki! Drodzy Koledzy!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeń-
skie, tym razem z okazji 40-lecia ukończenia
Akademii Medycznej we Wrocławiu, które
odbędzie się w dniach 26-28 września 2014 r.
w Świeradowie Zdroju („Interferie Aqua Park
Sport Hotel”, ul. Kościuszki 1).

Program zjazdu

26 września 2014 r. (piątek)

- od godz. 12.00 Zakwaterowanie
w hotelu
- godz. 19.00-24.00 Grill przy biesiadnej
muzyce

27 września 2014 r. (sobota)

- godz. 8.00-10.00 Śniadanie
- godz. 11.00 Msza święta, czas wolny,
spacer po okolicy
- godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie
grupowe przed hotelem
- godz. 15.00 Obiad, czas wolny
- godz. 19.30 Wspólne zdjęcia
pamiątkowe
- godz. 20.00 Uroczysta kolacja

28 września 2014 r. (niedziela)

- godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

- | | |
|------------------|-----------|
| piątek-niedziela | – 400 zł, |
| sobota-niedziela | – 300 zł, |
| bez noclegów | – 250 zł, |
| piątek-sobota | – 200 zł. |

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolno-
śląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 10.06.2014 r. z dopiskiem „Zjazd 1974”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Ma-
lec (poddasze). Panie prosimy o podanie
nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

Bliższych informacji udzielają:
Ryszard Fedyk, kom. 502 392 138,
Irzykiewicz Stanisław, kom. 692 997 152,
Barbara Łuszczak-Sinicyń, kom. 691 552 186,
Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska
we Wrocławiu,
tel. 71 798 80 68,
e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl
lub patka.malec@wp.pl

Za Komitet Organizacyjny
Ryszard Fedyk, Stanisław Irzykiewicz,
Barbara Łuszczak-Sinicyń



Źródło grafik: www.sxc.hu



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1989

Drogie Koleżanki! Drodzy Koledzy!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 25-lecia ukończenia Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 3-4 października 2014 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

3 października 2014 r. (piątek)

godz. 16.00-18.30 Rejs statkiem Driada po Odrze (grill na statku), rozpoczęcie i zakończenie rejsu – przystań koło Hali Targowej (bulwar Dunikowskiego, Wrocław)

4 października 2014 r. (sobota)

Część oficjalna
Collegium Anatomicum, Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej UM we Wrocławiu (ul. Chałubińskiego 6A, Wrocław)
godz. 10.00 Śniadanie studenckie
godz. 11.00 Wykłady okolicznościowe
godz. 13.00 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet – Restauracja „Spiż”, Ratusz 2, Wrocław

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej (zakwaterowanie we własnym zakresie):
całkowity koszt – 350 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 150 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 10.06.2014 r. z dopiskiem „Zjazd 1989L” lub bezpośrednio w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

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

Komitety Organizacyjny
Iwona Grodzicka, Krzysztof Mazur



Źródło grafiki: www.sxc.hu

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1989

Drogie Koleżanki! Drodzy Koledzy!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 30-31 maja 2014 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

30 maja 2014 r. (piątek)

godz. 16.00-18.30 Rejs statkiem Driada po Odrze, rozpoczęcie i zakończenie rejsu – przystań koło Hali Targowej (bulwar Dunikowskiego, Wrocław)

31 maja 2014 r. (sobota)

Część oficjalna
Collegium Anatomicum, Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej UM we Wrocławiu (ul. Chałubińskiego 6A, Wrocław)
godz. 10.00 Śniadanie studenckie
godz. 11.00 Wykłady okolicznościowe
godz. 13.00 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 19.00 Uroczysta kolacja – Barka Tumska, restauracja „Blue Marine” Wyspa Słodowa 10, Wrocław

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej (zakwaterowanie we własnym zakresie):
całkowity koszt – 350 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 150 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 15.05.2014 r. z dopiskiem „Zjazd 1989 S” lub bezpośrednio w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

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

Komitety Organizacyjny
Katarzyna Bogacz, Karina Kuźrzycka,
Dorota Rozwadowska

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1993

Drogie Koleżanki! Drodzy Koledzy!
Zapraszamy na pierwsze spotkanie koleżeńskie z okazji 21-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 23-25 maja 2014 r. Miejsmem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

23 maja 2014 r. (piątek)

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

24 maja 2014 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Polanicy Zdrój
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

25 maja 2014 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela – 400 zł,
sobota-niedziela – 300 zł,
bez noclegów – 250 zł,
piątek-sobota – 200 zł,
tylko bankiet – 150 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 15.05.2014 r. z dopiskiem „Zjazd 1993” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

Bliższych informacji udzielają:
Iwona Szuszkiewicz-Wiercińska, kom. 606 244 588,
e-mail: ivonka67@gmail.com
Kruszakin Dariusz, kom. 605 395 206,
e-mail: darnikasz@poczta.onet.pl
Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, tel. 71 798 80 68,
e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl

Za Komitety Organizacyjny
Dariusz Kruszakin, Iwona Szuszkiewicz-Wiercińska

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z Zakładem Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową

pt. „PROBLEMY DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE W CHOROBY REFLUKSOWEJ O ZASIĘGU POZAPRZĘŁKOWYM”

która odbędzie się **16 maja 2014 r. (piątek)** w godz. 9.00-15.00
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji – prof. nadzw. dr hab. Marek Bochnia
Uczestnikowi konferencji przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program konferencji

godz. 9.00-9.30	Od GERD do EERD prof. dr hab. Leszek Paradowski	Część 3. Krtań prof. dr hab. Tomasz Kręcicki,
godz. 9.30-10.00	Choroba refluksowa o zasięgu pozaprzełykowym. Elementy anatomii prof. nadzw. dr hab. Marek Bochnia, prof. nadzw. dr hab. Wiesław Kurlej	dr n. med. Tomasz Zatoński, lek. Krzysztof Zub
godz. 10.00-10.45	Manifestacje otolaryngologiczne w chorobie refluksowej o zasięgu pozaprzełykowym Część 1. Uszy, nos i zatoki przynosowe prof. nadzw. dr hab. Marek Bochnia, dr n. med. Agnieszka Jabłonna-Strom	PRZERWA godz. 12.45-13.30 Farmakoterapia laryngologicznych zespołów pozaprzełykowych choroby refluksowej dr n. med. Dorota Książczyńska, dr n. med. Wojciech Dziewiszek, prof. dr hab. Adam Szela
godz. 10.45-11.30	Manifestacje otolaryngologiczne w chorobie refluksowej o zasięgu pozaprzełykowym Część 2. Pierścień Waldeyera dr n. med. Monika Morawska-Kochman, dr n. med. Agata Zalewska	godz. 13.30-14.15 Refluks pozaprzełykowy i halitoza dr n. med. Agata Zalewska, lek. Małgorzata Sikorska, dr n. med. Monika Morawska-Kochman
godz. 11.30-12.15	Manifestacje otolaryngologiczne w chorobie refluksowej o zasięgu pozaprzełykowym	godz. 14.15-15.45 Zalecenia dietetyczne w chorobie refluksowej dr n. med. Izabella Uchmanowicz, dr hab. Joanna Rosińczuk-Tonderys

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o pisemne zgłaszanie się
do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

Szkolenie stomatologiczne

Komisja Stomatologiczna oraz Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się

10 czerwca 2014 r. (wtorek) w godz. 10.00-13.30
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Temat: „OD JUNIORA DO SENIORA”
Wykładowca: lek. dent. Magdalena Kukurba-Setkowicz
Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.

Zagadnienia

W trakcie wykładu, który będzie oparty na przypadkach klinicznych, zostaną omówione zmiany zachodzące w jamie ustnej pacjentów na przestrzeni życia oraz ich wpływ na diagnostykę, wybór metody leczenia oraz działania profilaktyczne u pacjentów w różnym wieku.

godz. 10.00-11.30 CZĘŚĆ I

- monitorowanie zmian zachodzących w jamie ustnej na różnych etapach życia i ich wpływu na funkcję zębów, przyzębia i tkanek miękkich,
- junior i senior jako pacjent w gabinecie stomatologicznym (elementy wywiadu i diagnostyki pomocne w opracowywaniu indywidualnego planu leczenia i higieny jamy ustnej oraz planu profilaktycznego),
- wpływ na zdrowie jamy ustnej ogólnego stanu

zdrowia, stosowanych leków, nawyków dietetycznych i higienizacyjnych w różnych grupach wiekowych.

godz. 11.30-12.00 PRZERWA

godz. 12.00-13.30 CZĘŚĆ II

- prezentacja przypadków klinicznych pacjentów w różnym wieku leczonych z powodu próchnicy zębów, niepróchnicowych zmian w obrębie tkanek twardych, chorób miazgi, chorób przyzębia i bezzębia.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o e-mailowe lub telefoniczne zgłaszanie się
do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl, tel. 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL



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

Katedra Medycyny Sądowej UMW zapraszają lekarzy specjalizujących się w medycynie sądowej na kurs specjalizacyjny z listy CMKP:

ORZECZNICTWO SĄDOWO-LEKARSKIE W SPRAWACH KARNYCH I CYWILNYCH

Kierownik naukowy kursu: dr n. med., mgr prawa Tomasz Jurek
Organizator kursu: Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
Miejsce kursu: ul. Mikulicza-Redeckiego 4, Wrocław
Termin kursu: 23-27.06.2014 r.
Liczba uczestników: 20 osób
Kurs bezpłatny.

Zgłoszenia na kurs do 10.05.2014 r.

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej UMW zapraszają lekarzy specjalizujących się w medycynie sądowej na kurs specjalizacyjny z listy CMKP:

POSTRZAŁY I WYBUCHY

Kierownik naukowy kursu: dr n. med. Jakub Trnka
Organizator kursu: Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
Miejsce kursu: ul. Mikulicza-Redeckiego 4, Wrocław
Termin kursu: 15-19.09.2014 r.
Liczba uczestników: 20 osób
Kurs bezpłatny.

Zgłoszenia na kurs do 30 lipca 2014 r.

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

ZASADY RESUSCYTACJI NOWORODKA

Kierownik naukowy kursu: dr Małgorzata Czyżewska
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Neonatologii UMW, ul. Borowska 213, Wrocław

Termin kursu: 17.09.2014 r.

Liczba miejsc: 12 osób

Kurs bezpłatny.

Zgłoszenia na kurs do końca lipca 2014 r.

Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej UMW zapraszają lekarzy specjalizujących się w chirurgii dziecięcej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

CHIRURGIA ENDOSKOPOWA DZIECIĘCĄ

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Dariusz Patkowski
Miejsce kursu: Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej UMW, ul. Skłodowskiej-Curie 52, 50-369 Wrocław
Termin kursu: 20-25.10.2014 r.
Liczba uczestników: 20 osób
Kurs bezpłatny.

Zgłoszenia na kurs do 10 września 2014 r.

Programy kursów oraz zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl

Szczegółowych informacji udziela mgr Anna Zawłodzińska, tel. 71 784 11 60 oraz e-mail: anna.zawlodzka@umed.wroc.pl

Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii Lekarskiej UMW oraz Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UMW zapraszają lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych (kurs obowiązkowy z listy CMKP) oraz zainteresowanych problematyką na kurs:

CHOROBY PASOŻYTNICZE I TROPIKALNE

Kierownik naukowy kursu: dr Maria Wesołowska, dr hab. Brygida Knysz
Miejsce kursu: sala wykładowa Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UMW, ul. Koszarowa 5, Wrocław
Termin kursu: 25-26.09.2014 r.
Kurs bezpłatny.
Liczba uczestników: 30 osób
Punkty edukacyjne: 10,5

Zgłoszenia na kurs do 10 czerwca 2014 r. na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl Szczegółowych informacji udziela mgr Elżbieta Adamczyk, tel. 71 784 11 57, e-mail: elzbieta.adamczyk@umed.wroc.pl

Katedra i Zakład Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w mikrobiologii i in. specjalnościach na kursy z listy CMKP:

ROLA LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO W ZAKAŻENIACH SZPITALNYCH

Termin kursu: 09-13.06.2014 r.

Kierownik naukowy kursu: dr Marzena Bartoszewicz

PATOMECHANIZM I DIAGNOSTYKA WYBRANYCH ZAKAŻEŃ

Termin kursu: 23-27.06.2014 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. nadzw. dr hab. Grażyna Gościński

Miejsce kursów: Katedra i Zakład Mikrobiologii, ul. Chałubińskiego 4, 50-345 Wrocław
Liczba miejsc: 20
Kursy bezpłatne.

Zgłoszenia na kursy do 20 maja 2014 r. na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl Szczegółowych informacji udziela mgr Elżbieta Adamczyk, tel. 71 784 11 57, e-mail: elzbieta.adamczyk@umed.wroc.pl

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

KURS VII: ONKOLOGIA Z ELEMENTAMI OPIEKI PALIATYWNEJ

Termin kursu: 11-12.06.2014 r.

Kierownik naukowy kursu: dr Agnieszka Mastalerz-Migas
Miejsce kursu: Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław
Liczba miejsc: 50
Kursy bezpłatne.

Program na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl Zgłoszenia na kursy przyjmowane będą pocztą elektroniczną: zmr@zmr.umed.wroc.pl Szczegółowych informacji udziela dr Dagmara Pokorna-Kałwak (Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej).

Kierownik Studium Szkolenia Podyplomowego Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilińska

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy dentystów specjalizujących się w stomatologii dziecięcej na kursy z listy CMKP:

TRAUMATOLOGIA ZĘBÓW I CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI U DZIECI I MŁODZIEŻY

Termin kursu: 09-13.06.2014 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Urszula Kaczmarek

EDUKACJA PROZDROWOTNA I PROMOCJA ZDROWIA JAMY USTNEJ U DZIECI, MŁODZIEŻY ORAZ KOBIET W CIĄŻY

Termin kursu: 24-26.09.2014 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Urszula Kaczmarek

lekarzy dentystów specjalizujących się w stomatologii zachowawczej z endodontcją na kurs z listy CMKP:

PROMOCJA ZDROWIA JAMY USTNEJ

Termin kursu: 24-26.09.2014 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Urszula Kaczmarek

Miejsce kursu: Katedra i Zakład Periodontologii, ul. Krakowska 26, Wrocław
Liczba miejsc: 20
Kursy bezpłatne.

Program na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl **Zgłoszenia na kursy do końca maja 2014 r.** na stronie www.zapisy.umed.wroc.pl Szczegółowych informacji udziela mgr Elżbieta Adamczyk, tel. 71 784 11 57, e-mail: elzbieta.adamczyk@umed.wroc.pl

WARTO WIEDZIEĆ

Narodowy Fundusz Zdrowia zdecydował się na powołanie zespołu ds. opracowania nowych rozwiązań systemowych dot. finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć. „Fundusz za najważniejsze zadania zespołu uznaje: 1. opracowanie zmian w algorytmie obliczania stawek ryczałtów dobowych w zakresie finansowania świadczeń w SOR-ach i izbach przyjęć; 2. stworzenie projektu nowelizującego Zarządzenie nr 89/2013/DSOZ prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne, w części dotyczącej algorytmu obliczania stawki ryczałtu dobowego w zakresie finansowania świadczeń w SOR-ach i izbach przyjęć, z uwzględnieniem: kryteriów pozwalających na zróżnicowanie wysokości stawek ryczałtu dobowego, z uwagi na obsługę dużej liczby świadczeniobiorców, wykonywanie kosztochłonnych procedur oraz dysponowanie dużym potencjałem w postaci wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, kwalifikacje personelu medycznego i możliwości diagnostyczne; 3. zakresu danych sprawozdawczych stanowiących podstawę do określania wysokości ryczałtu; 4. określenia kryteriów finansowania świadczeń zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców na terenie całego kraju; 5. opracowanie propozycji zmian w wykazie świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenia szpitalne oraz klasyfikacji ICD-9, w zakresie niezbędnym do wdrożenia nowych rozwiązań; 6. przeprowadzenie symulacji i ocena skutków wdrożenia opracowanych rozwiązań systemowych w zakresie finansowania świadczeń w SOR-ach i izbach przyjęć. Kierownictwo zespołu tworzą Joanna Startek z Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ, jako jego przewodniczący, oraz Arkadiusz Kosowski z Departamentu ds. Służb Mundurowych Funduszu, jako zastępca przewodniczącego zespołu” – informuje „Medexpress”.

5 kwietnia w Warszawie podpisano umowę między wydawnictwem „Medycyna Praktyczna” a Wydziałem Medycyny Uniwersytetu McMastera w Hamilton (Kanada) – jednym z najbardziej renomowanych ośrodków medycznych na świecie, kolebką evidence-based medicine (EBM) – na wspólne wydanie angielskojęzycznej wersji „Interny” Szczeklika – czytamy na stronie www.mp.pl

Centrum Badań DNA, firma „Medgenetix” we współpracy z lekarzami i naukowcami z całej Polski opracowali test badający predyspozycje do rozwoju różnych nowotworów (panel nowotworowy 172 Plus). Szczegóły na stronie: www.mp.pl

Jak czytamy w „Gazecie Prawnej”, średni personel medyczny będzie mógł ordynować pacjentom niektóre leki i wystawiać skierowanie na część badań. Takie rozwiązania znalazły się w projekcie nowelizacji Ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. nr 174, poz. 1039 ze zm.).

Na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia opublikowane zostało Zarządzenie nr 15/2014/DGL Prezesa NFZ z dnia 7 kwietnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe).

W rankingu obrazującym Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia, Polska zajęła 31. miejsce wśród badanych 34 krajów Europy. „W porównaniu z rokiem 2012 oznacza to spadek dostępności do leczenia i zmniejszenie jego skuteczności w naszym kraju aż o 4 miejsca! Większą od nas gehennę przeżywają jedynie pacjenci w Rumunii, na Łotwie oraz w Serbii” – donosi „Dziennik Polski”.

Rzecznik Praw Pacjenta Krystyna Barbara Kozłowska zwróciła się do szefa resortu zdrowia z prośbą o podjęcie działań systemowych dotyczących leczenia najmłodszych. Chodzi o stomatologię, do której wiele dzieci nie ma w chwili obecnej dostępu. W szkołach brakuje gabinetów stomatologicznych, a coraz więcej polskich uczniów ma problem z próchnicą.

Jak informuje portal mp.pl Ministerstwo Zdrowia zamierza przenieść część świadczeń wykonywanych w szpitalach do przychodni przyszpitalnych. W ten sposób chce obniżyć koszty działania systemu. To część tzw. „pakietu antykolejkowego”.

Hematolodzy i pacjenci krytykują decyzję Ministerstwa Zdrowia, które w bieżącym roku zamierza ograniczyć o połowę nakłady na leczenie hemofilii. Resort zdrowia potwierdza cięcia, zastrzega jednak przy tym, że plan finansowy może być zmieniony w „miarę obserwowanych potrzeb”.

4 kwietnia Prezydium NRL podjęło stanowisko ws. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie izb wytrzeźwień i placówek utworzonych lub wskazanych przez jednostkę samorządu terytorialnego. O zgłoszonych do przedstawionego projektu uwagach przeczytasz na stronie: nil.org.pl

Śląski Uniwersytet Medyczny uruchomił nowy kierunek studiów podyplomowych: homeopatia w medycynie niekonwencjonalnej i farmacji. Prezes NRL – podobnie jak większość środowiska lekarskiego – jest tym faktem mocno zbulwersowany. „Aktualna wiedza medyczna nie jest w stanie potwierdzić terapeutycznej skuteczności stosowania homeopatii. Powyższe oznacza, że na uczelni kształcącej lekarzy i lekarzy dentyków nauczać się będzie stosowania metod leczenia o niepotwierdzonej skuteczności. Podkreślenia wymaga przy tym, że obowiązujące lekarzy i lekarzy dentyków przepisy art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 57 Kodeksu etyki lekarskiej nie pozwalają na stosowanie metod niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, bezwartościowych lub o niepotwierdzonej skuteczności. Nauczanie na renomowanej, wyższej uczelni medycznej o metodach postępowania leczniczego, które nie posiadają naukowo potwierdzonej skuteczności, jest w mojej ocenie działaniem na szkodę nie tylko potencjalnych słuchaczy takich studiów, ale także na rzecz wizerunku szkolnictwa wyższego w ogóle” – czytamy w liście prezesa NRL do ministra szkolnictwa, od której dr Hamankiewicz oczekuje wnikliwego zbadania sprawy. List o podobnym wydźwięku otrzymał również rektor ŚUM.

Lekarze rezydenci specjalizujący się w radiologii zawiadomili Zarząd Krajowy OZZL o tym, że urzędnik z Działu Spraw Rezydenckich MZ informuje ich ustnie, iż będą mieli obniżoną pensję zasadniczą, jeżeli po 1 lipca br. ich dzienna norma czasu pracy pozostanie – jak dotychczas – w wymiarze 5 godzin (taką normę przewiduje regulamin pracy danego szpitala i nie został on jeszcze zmieniony). W związku z powyższym ZK OZZL wystosował do MZ pismo z żądaniem, by resort upomniął odpowiednich urzędników, którzy wprowadzają lekarzy rezydentów w błąd. Wynagrodzenie lekarza rezydenta jest ustalone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sposób jednoznaczny i nie może być modyfikowane w inny sposób niż w drodze nowelizacji rozporządzenia.



Źródło grafiki: www.sxc.hu



Jak donosi „Medexpress” najstarszym pracującym lekarzem w Polsce jest... Władysław Przybył. Medyk pełniący dyżury w pogotowiu ratunkowym w Uście ma 94 lata, jak twierdzą jednak jego współpracownicy – wciąż tryska energią godną pozazdroszczenia.

Na zorganizowanej przez PiS debacie o zdrowiu (7 kwietnia, Senat) nie pojawił się – zgodnie z przewidywaniami – premier Donald Tusk. Jarosław Kaczyński dał wyraz swojemu niezadowoleniu i po kilku minutach od rozpoczęcia eksperckiego spotkania ostentacyjnie opuścił salę. Wcześniej jednak potraktował ministra Arłukowicza gorzkim zdaniem: „Jedynę oczekiwanie, które można dzisiaj zgłosić z pełnym poparciem społecznym wobec pana ministra, to oczekiwanie dymisji”. Czytaj więcej na stronie: wyborcza.pl

Naczelna Rada Lekarska poddała ostrej krytyce pakiet antykolejkowy przedstawiony przez ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza. NRL najbardziej nie podoba się ograniczony zakres konsultacji prowadzonych przed zaprezentowaniem zmian mających uzdrowić system ochrony zdrowia. Przedstawiciele centralnego samorządu lekarskiego podkreślają, że same zmiany organizacyjne, bez dodatkowych funduszy, nie mogą poprawić sytuacji pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Z tego powodu Rada NIL wezwała rządzących do jak najszybszego zorganizowania debaty nad priorytetami i sposobami rozwiązania problemów ochrony zdrowia.

Facebook otworzył przed pacjentami nowe możliwości. Teraz na jednym z fanpage'ów zamieszczają zdjęcia... posiłków szpitalnych i komentują: „Owszem, szpital to nie restauracja, ale jak sobie nie radzi z żywieniem, to niech zatrudni firmę zewnętrzną, która zaserwuje posiłki na przyzwoitym poziomie. Tylko jak zwykle wszystko rozbija się o kasę. Może zamiast krytykować, powinniśmy podziwiać kreatywność szpitalnych kucharek, że potrafią stworzyć coś z niczego. Już widzę, jakie marne grosze mają na wyżywienie jednego pacjenta”. Co zdaniem pacjentów króluje na szpitalnych talerzach najczęściej: nieśmiertelne parówki, jajka, paszteciki i salceson, które w ich odczuciu z lekką dietą mają niewiele wspólnego.

Jak informuje „Gazeta Wyborcza” NFZ przymierza się do ograniczenia pacjentom dostępu do leczenia na chirurgii naczyniowej. GW ostrzega także, że chorzy z najgroźniejszymi tętniakami aorty będą mogli leczyć się tylko w jednym szpitalu w Polsce. Dlaczego? W projekcie nowych przepisów, które mają wejść w życie od maja, o kontrakt na wszczepienia najdroższych stentgraftów z odnózkami będą się mogły starać tylko te placówki, które zatrudniają chirurga z odpowiednim doświadczeniem. Czyli takiego, który wszczepia co najmniej sto stentgraftów rocznie. Według specjalistów jest tylko jeden taki szpital w Polsce (klinika na Banacha w Warszawie). Kontrakty na wszczepianie chorym tańszych stentgraftów prawdopodobnie dostanie mniejsza niż dotąd liczba szpitali. Powód – wyśrubowane warunki. Oddział Chirurgii Naczyniowej w takiej jednostce musi bowiem robić rocznie co najmniej 450 tradycyjnych operacji tętniaków i 300 innego rodzaju zabiegów, w tym 40 wszczepień stentgraftów.

W Polsce na choroby rzadkie cierpi od 6 do 8 proc. społeczeństwa. Lekarze odkryli 6 tys. rodzajów tych schorzeń, m.in. chorobę Gauchera, fenyloketonurię czy chorobę Huntera – takie dane zaprezentował 3 kwietnia na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia wiceminister zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki.

Ile Narodowy Fundusz Zdrowia wydał na refundację w styczniu i lutym 2014 r.? NFZ opublikował na swojej stronie dane o wielkości kwoty refundacji wraz z procentowym wykonaniem całkowitego budżetu na refundację. Do marca wykorzystano 14,29 proc. zaplanowanych na ten rok środków. Czytaj więcej na stronie: nfz.gov.pl

3 kwietnia senacka Komisja Zdrowia pozytywnie oceniła nowelę ustawy umożliwiającej otwieranie młodym pediatrom i internistom praktyk podstawowej opieki zdrowotnej i podpisywanie umowy z NFZ. Senatorem nie wnieśli do aktu prawnego ani jednej poprawki. Nowelizacja

ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych została uchwalona przez sejm 21 marca.

Jak donosi „Gazeta Wyborcza” Marcin Pakulski nie wróci na stanowisko prezesa NFZ, bo ABW nie jest w stanie odszyfrować maila, który potwierdziłby ostatecznie mataczenie b. szefa Funduszu w sprawie szpitala EuroMedic w Katowicach. Ministerstwo Zdrowia musi w tej sytuacji ogłosić nowy konkurs. Na powołanie nowego prezesa Funduszu ma czas do 20 czerwca 2014 r.

Zarząd Krajowy OZZL wystąpił o opinię prawną, by ustalić, czy kontrolerzy NFZ wykonujący kontrolę prawidłowości wystawiania recept mogą kwestionować dokonane przez lekarza rozpoznania kliniczne. „Kontrolerzy NFZ wykonujący kontrolę prawidłowości wystawiania recept nie mogą kwestionować dokonanych przez lekarza rozpoznania klinicznego. Wiązałoby się to z wykroczeniem poza zakresy określone przez prawodawcę przedmiot kontroli (prawidłowość wystawienia recepty) i dokonaniem merytorycznej oceny rozpoznania klinicznego. Punktem wyjścia dla kontrolera NFZ w przedmiocie prawidłowości wystawienia recepty powinno być założenie, że rozpoznanie kliniczne jest dokonane prawidłowo” – czytamy na oficjalnej stronie Związku.

Chirurdzy z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Plastycznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku zrekonstruowali pacjentowi kości żuchwy przy użyciu tytanowego implantu, który powstał... w drukarce 3D. Jest to pierwszy implant w naszym kraju wykonany tą technologią.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz, nie otrzymawszy od premiera odpowiedzi na list z 11 marca br. dotyczący sytuacji Polaków studiujących medycynę na Ukrainie, ponownie zwrócił się do Donalda Tuska w tej sprawie: „Wszyscy jesteśmy pełni obaw o rozwój wydarzeń za naszą wschodnią granicą, co także Pan wielokrotnie podkreśla. Przestraszeni są także rodzice studentów, którzy proszą nas o wsparcie dla swoich dzieci uczących się na Ukrainie. Jako przedstawiciel samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce, ponownie apeluję o podjęcie przez polski rząd stosownych decyzji, które w sytuacji realnego zagrożenia umożliwią polskim studentom medycyny powrót do ojczyzny i kontynuację studiów w naszym kraju. W tym celu niezbędne jest pilne zwiększenie limitów przyjęć na uczelniach medycznych, aby w trudnej sytuacji polscy studenci medycyny mogli podjąć naukę na polskich uniwersytetach medycznych. Proszę także wziąć pod uwagę urealnienie opłat za studia dla tych osób, które obecnie na Ukrainie samodzielnie lub z rodzicami ponoszą koszty studiów, a te są niższe niż w Polsce” – czytamy na stronie NIL.

Ministerstwo Zdrowia rozważa zablokowanie sprzedaży leków z Polski za granicę za pomocą specjalnych zezwoleń dla hurtowni – donosi „Gazeta Wyborcza”, w której możemy m.in. przeczytać: „Ceny leków w Polsce są najniższe w Europie, dlatego na coraz szerszą skalę wywozi się je za granicę. Cierpią pacjenci, więc resort chce ten handel powstrzymać i zmienić tak ustawę refundacyjną, by każda hurtownia musiała mieć zgodę Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego na taką transakcję. – Za wywóz leków wbrew sprzeciwowi będzie kara finansowa nawet do 5 proc. rocznego obrotu netto – zapowiada Krzysztof Bąk, rzecznik MZ”.

27 marca eksperci debatowali w Ministerstwie Zdrowia na temat stosowania opioidowych terapii przeciwbólowych w Polsce. W spotkaniu wzięli m.in. udział wiceminister Igor Radziewicz-Winnicki, przedstawiciele resortu, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, a także przedstawiciele: NFZ, Agencji Oceny Technologii Medycznych, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Koalicji na Rzecz Walki z Bólem, Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz przedstawiciel organizacji pacjentów. Szczegóły na stronie: www.mp.pl

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– W Wilnie na posiedzenie Tow. Lekarskiego, na którym odbywała się demonstracja chorych kobiet, wkroczył niespodzianie rewirowy i oświadczył, że został delegowany przez władzę. Po bliższym zbadaniu sprawy okazało się, że „delegat” przybył kierowany li tylko ciekawością. Na skargę, złożoną przez prezesa Towarzystwa, dra WYGODZKIEGO, policmajster obiecał, że „to się więcej nie powtórzy”.

(Rus. Słowo Nr. 224).

„Gazeta Lekarska” 1911,
XXXI, 1265



– Czasopisma jako przedmiot komfortu szpitalnego. W Anglii debatują energicznie nad sprawą wysyłania żołnierzom chorym czasopism do Egiptu, wychodząc z zasady, że przykuty na czas dłuższy do łóżka żołnierz ranny lub chory cierpi ustawicznie z powodu bezsenności i myśli ponurych, przeciwko którym wiadomości z kraju bardzo korzystnie działają, usuwając tęsknotę i jakoby zmniejszając odległość od rodzinnej ziemi. Inicyjatywa należy do kapelana wojsk Stewarta Patterson’a.

„Kronika Lekarska” 1884,
V, 1096

– Jedno z pism codziennych pomieściło niedawno skargę na lekarza, że za wyjęcie dziecku pestki z nosa w szpitalu dziecięcym zażądał od matki tegoż dziecka 6 rubli. W odpowiedzi na tę skargę wspomniany lekarz przesłał do redakcji tegoż pisma list z wyjaśnieniem, że powyższej kwoty zażądał, ponieważ szpital dziecięcy znajduje się w kłopotach finansowych, wskutek czego on musi „nabywać instrumenty i dopłacać felczerowi za jego pracę z drobnych opłat za operacje u chorych z prowincji”.

Prawdą jest, że szpitale warszawskie od lat wielu stoją finansowo źle, i że lekarze szpitalni oddawna musieli na potrzeby oddziałów swoich dokładać z własnej kieszeni.

„Gazeta Lekarska” 1917, LI, 150

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta

Na zdrowie

Kicham, a... psik! Aa... psik! Aaa... psik!!!

– Na zdrowie dziadku! – rozlega radosny okrzyk wnuczki. Tak, u Moniuszki kichało się po zażyciu tabaki, niestety moje „apsiki” nie są objawem zdrowia.

Zaatakowały mnie bowiem drzewa, idzie na mnie cały las, jak u Hamleta... Jest kwiecień – wierzbą, brzoza, grab i topola rzuciły swoje śmiercionośne jady pyłowe na moje oczy i nos. Rozbijają szlachetne mastocyty, drażnią układ immunologiczny, wnikają w zatoki i spojówki, powodując utratę cennych soków życiowych przez kichanie i łzawienie. Może dojść do odwodnienia! Powszechnie stosowane leki nie pomagają, szczepionki też nie.

Myślałem, że z wiekiem mi przejdzie, nic podobnego, jest jeszcze gorzej. Strach pomyśleć, co będzie w wieku 120 lat. Chyba, że wówczas będą rosły wyłącznie drzewa genetycznie zmodyfikowane, niealergizujące.

Taki duży nos, a nie potrafi poradzić sobie z małymi pyłkami. Podobno pomaga żeglowanie po morzu lub pobyt w wysokogórskim kurorcie. Niestety nie ma tych terapii w pakiecie NFZ.

Atak tych pyłków – w innych miesiącach pyłą inne drzewa lub trawy, nawet babki lancetowate – to nic innego jak swoista wojna biologiczna. Jak wojna, to konieczne są specjalne maski podobne do tych gazowych. Już widzę oczami wyobraźni, jak zakładam taką maskę, to nic, że wyglądam jak UFO, ale pyłki zatrzymują specjalne filtry!

Na razie nie mam takiej maski, w tej sytuacji widzę jednak pewną dobrą stronę – otóż bezkarnie mogę kichać na wszystko!

Dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Dwoje znakomitych, wrocławskich dziennikarzy – Jolanta Kryswata i Mariusz Marks – nakręcili film dokumentalny pt. „Szczęściarz”. Jest on poświęcony wybitnemu fotografikowi Stefanowi Arczyńskiemu pochodzącemu ze stolicy Dolnego Śląska. To prawdziwa legenda polskiej sztuki fotograficznej. Pierwsze swoje zdjęcia wykonał na olimpiadzie w Berlinie. Uwiecznił wówczas na fotografiach zdobywcę czterech medali Jessego Owensa, a także hitlerowskich dygnitarzy. W czasach słusznie minionych fotografował cały Dolny Śląsk. Prawie wszystkie widokówki z tego okresu są jego autorstwa. Jest też autorem kilkudziesięciu okładek najpopularniejszego w tamtych czasach tygodnika „Przyjaciółka”, który osiągał milionowe nakłady. Towarzyszył we Wrocławiu początkom „Pantomimy” i uwiecznił jej głównych bohaterów na pełnych ekspresji zdjęciach. Pokaz odbył się w połowie marca w Dolnośląskim Centrum Filmowym, a obecny na nim bohater nie krył wzruszenia i zadowolenia. Zapowiedział też swoją kolejną, wielką wystawę za dwa lata, kiedy Wrocław będzie europejską stolicą kultury, a on sam będzie świętował 100-lecie urodzin. Wierzymy, że swoje plany zrealizuje i trzymamy za to mocno kciuki.

We wspomnianym przed miesiącem Klubie Muzyki i Literatury odbył koncert pt. „Meksykańska wiosna”. Wystąpiła trójka meksykańskich solistów, których rzadko oglądamy na polskich scenach. Prezentowane były utwory iberoamerykańskie, w praktyce Polsce nieznanne. Po raz kolejny szef KMil Ryszard Sławczyński „ściągnął” do klubu miłośników muzyki, poszerzając ich horyzonty muzyczne o mało znane, lecz niezwykle piękne dźwięki. Gratulujemy.

Pierwszy tydzień kwietnia spędziłem w Izraelu. Powodem wyjazdu było 80-lecie zaprzyjaźnionego Klubu Rotary Tel Awiw-Jafo. Dla porównania najstarszy klub rotariański we Wrocławiu zbliża się do srebrnego jubileuszu. Oczywiście klub w Tel Awiwie powstał w czasach brytyjskiego mandatu w Palestynie, ale przetrwał do dzisiaj i obecnie w Izraelu istnieje samodzielny dystrykt rotariański skupiający kilkanaście klubów. Kolejnym jego gubernatorem został Arab, co jest jaskółką współpracy pomiędzy Palestyńczykami a Żydami, przynajmniej na szczeblu rotariańskim.

Sam Tel Awiw jest nieciekawym miastem, które powstało przed zaledwie stu laty, ale w międzyczasie rozwinął się w ponad milionową metropolię. Izraelczycy mówią o swoich miastach:

Jerozolima się modli, Tel Awiw się bawi, a Hajfa pracuje. I właśnie Jerozolima robi największe wrażenie. Tylko tam można spotkać tradycyjnie ubranych Żydów (na czarno), którzy zajmują się przede wszystkim studiowaniem Tory i płodzeniem potomstwa. Nasz przewodnik, mówiący po polsku Żyd pochodzący z Wałbrzycha, wyraźnie ich nie lubił i uważał za przeżytek. Języka polskiego w Izraelu już na ulicach nie słychać, króluje oprócz hebrajskiego język rosyjski, spotyka się także Żydów pochodzących z Etiopii. Są oni ponoć potomkami króla Salomona i królowej Saby. Podróż śladami Jezusa robi duże wrażenie. Jerycho, Jordan, Betlejem – wszystkie te miejscowości leżą na terenie autonomii palestyńskiej, która oddzielona jest od Izraela wysokim pięciometrowym murem. Patrząc na problemy narodowościowe w Izraelu można się cieszyć, że nasz kraj jest od nich wolny. I wreszcie ostatnia sprawa holocaust. Dzięki niemu powstało państwo Izrael, które pamięta też o swoich sześciu milionach ofiar drugiej wojny, a muzeum Yad Vashem w Jerozolimie jest przestrogą przed nienawiścią rasową po wsze czasy...

Wasz Bywalec



Z pamiętnika etyka

Fot. z archiwum autora



Dr hab. Jarosław Barański
etyk, filozof UM we Wrocławiu

O PIĘKNIE I SZPETOCIE, MORALNIE

W *Eneidzie* Wergili taki wers odnaleźć można: „Bo cnotę większym wdziękiem darzy piękność ciała”. Zapewne, lecz to jedyny sposób, aby cnota w cielesności swój wyraz odszukała. Jeśli jednak cnoty zabraknie, żadna uroda nie sprawi człowieka pięknym, choćby wzbudzał namiętności i rozpałał pożądanie, roztaczał podziw i urokiem zniewalał. Tak jak rymy – mądrości wersom nie przydają, tak uroda – szlachetności charakteru nie gwarantuje. J. Ochorowicz wypowiedział to prosto: „Wiemy bowiem, że chociaż twarz jest pospolicie odbiciem duszy, nie mniej jednak, bardzo piękne rysy mogą należeć do osoby najbrzydszego charakteru”.

Uroda częściej za pozór służy, a jako taki niewiele on charakterowi przydaje, jak tylko złudzenie swoich zalet. A że człowiek wolnym jest, więc i pragnie dziś złudzeń ponad miarę, i o prawo do nich się upomina. Lecz z wolnością jest rzecz skomplikowana: jeśli jedni mają prawo do złudzeń, to stąd nie wynika wcale, że inni mają obowiązek je podzielać. Jeśli jest demokracja mówienia, to przecież istnieje również demokracja słuchania. I jednak zastrzeżenie Horacego należy uwzględnić:

*„Lecz wolność ta nie może aż dotąd zachodzić,
By z tygrysów barany, węże z ptaków płodzić”.*

Cnoty szczęście zapewniają, uroda jedynie przyjemność. Żeby się człęk w złudzeniach nie pogubił, winien się harmonijnie rozwijać, jako radził w *Sztuce zapobiegania chorobom* J. Bychowiec: „Niech ciało i umysł postępują równym zawsze krokiem do doskonałości. Wykształcić tylko ciało, własności zwierzęce, jest to ubliżać godności człowieka, robić z niego twór nędzny, rażący, skaleczały, nie przypuszczając nawet, żeby mógł być szczęśliwym” (1843).

O CIERPLIWOŚCI

Cierpliwość nie jest cnotą łatwą do wypracowania, jeśli przypisujemy ją bardziej niebiosom niż ludziom, mówiąc o anielskiej czy świętej cierpliwości. „W cierpliwość należy się uzbroić”, wykazując silną wolę, a czasami i siłę ciała, motywację oraz zaangażowanie w obcowanie z innym człowiekiem, co bardziej rycerza przypomina

niż anioła. A jednak cierpliwości towarzyszy i łagodność, i wyrozumiałość, jak również wytrwałość.

T. Heiman w lekarskiej cierpliwości upatrzył dwa aspekty: cierpliwości lekarza do choroby i cierpliwości do chorego. Ta pierwsza „jest owocem jego doświadczenia”, ta druga zaś musi mieć podstawę moralną. Pierwsza potrzebna, aby coraz to nowych leków, zbyt licznych, nie przepisywać; aby tylko jako taki skutek uzyskać, podrażniając pacjenta w istocie nieskutecznością leczenia. Druga potrzebna często, gdy pacjent rozwlekle bądź niewłaściwie odpowiada na pytania lekarza. Wtedy to lekarz „naprowadza łagodnie i cierpliwie na drogę właściwą” (*Etyka lekarska*), stroniąc od opryskliwości, nagany i irytacji.

Ma więc słuszość F. Dmochowski, gdy pisał: „Owocem wielkości duszy jest cierpliwość i cudzych wad znoszenie” (*O cnotach towarzyskich i występach im przeciwnych*). W niej i tolerancja się kryje, wyrozumiałość i pewna doza pokory wobec ludzkich słabości. Nie tylko chory bowiem słabościom ulega, ale nadto w cierpieniu je wyraża. Za cóż go karać, za wady czy cierpienie, jeśli jedno z drugim się zlało? Toteż zniecierpliwienie lekarza, nawet najdelikatniejsze, może urazić i zrazić chorego – nie tylko do samego lekarza, ale do człowieka przecie, który obiecał pomoc, a o jej wtedy warunki się przekomarza.

Cierpliwość wymaga od lekarza wysiłku, ale jako jego „cnota trudności się nie lęka i w przeciwnościach nie stęka” (staropolszczyzna XV w.). Lekarz cierpliwy „nic na tym nie traci; owszem szacunek i miłość drugich w zysku odbiera” (Dmochowski). I nie chodzi tu oto, że lekarz ścierpieć ma pacjenta, bo też to chory cierpi; że lekarz cierpliwie ma czekać pacjenta, aż jego dolegliwości, będące przyczyną cierpienia, ustąpią albo że – co nie daj Boże – opuści gabinet. Chodzi tu nie o bierne znoszenie pacjenta, lecz o znoszenie swojej skłonności, która nie pozwala współuczestniczyć w troskach chorego; która odmawia przesłanek dla zaangażowania i tej ciekawości innego człowieka, która motywuje do umiejętnego pokierowania nim. Cierpliwość to raczej zdolność znoszenia własnych słabości, które ujawniają się choćby w zbyt pośpiesznie założonych oczekiwaniach wobec pacjenta, jego problemów i sposobów ich wystawienia, wobec jego niepokojów, lęków, niepewności, niezrozumienia, a nawet niechęci – „Ile kto ma cierpliwości, tyle mądrości”.

Pro memoria

1 kwietnia 2014r. zmarł

**lek. Paweł
Michnowski**
pediatra

Wyraży szczerego współczucia
Żonie oraz Rodzinie
składają
członkowie Koła Seniorów DIL
w Jeleniej Górze

Pani **dr n. med. Renacie Sokolik**
z Kliniki Reumatologii
Uniwersyteckiego Szpitala
Klinicznego
wyraży szczerego współczucia
z powodu śmierci

Mamy
składają
członkowie Polskiego Towarzystwa
Reumatologicznego
i Oddziału Dolnośląskiego PTR

Z głębokim żalem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci

**lek. Teresy
Stypułkowskiej
-Stasiulewicz**

ginekolog-położnik
Wyraży szczerego współczucia
Rodzinie
składają pracownicy Przychodni
Rejonowej w Jaworze



Fot. z archiwum DIL

Lek. Danuta Horbaczyńska-Szelachowska

*Lekarz pediatra, wieloletni dyrektor Szpitala Rejonowego w Oławie,
kierownik Powiatowego Wydziału Zdrowia i ordynator Oddziału Dziecięcego*

07.08.1934-22.04.2012 r.

Lek. Danuta Horbaczyńska-Szelachowska jest legendą oławskiej służby zdrowia, była wieloletnim dyrektorem ZOZ-u, twórczynią obecnego Szpitala Rejonowego w Oławie, kierownikiem Powiatowego Wydziału Zdrowia, ordynatorem Oddziału Dziecięcego, lekarzem pediatrą, społecznikiem, osobą uhonorowaną wieloma odznaczeniami państwowymi i resortowymi, szlachetnym człowiekiem o wielkim sercu, wyjątkowej skromności, życzliwości i niepowtarzalnej osobowości, kobietą o wysokiej kulturze osobistej, ukochaną mamą i żoną.

Miałam wielkie szczęście i zaszczyt należeć do grona uczniów i najbliższych współpracowników doktor Danuty Horbaczyńskiej-Szelachowskiej. Z wdzięcznością wspominam dzisiaj czas, kiedy dane mi było uczyć się od Niej, jak być dobrym lekarzem pediatrą i żyć w myśl zasady: „Cokolwiek czynisz, czyń dobrze i pamiętaj o końcu”.

Wspominamy Panią Doktor jako wyjątkowego, pełnego pomysłów człowieka, z którym spędziliśmy wiele cudownych i niezapomnianych chwil, zarówno na płaszczyźnie zawodowej, jak i prywatnej. Wspominamy także niezliczone sytuacje i momenty, kiedy popularnie przez nas nazywana „nasza szefowa” służyła nam dobrą, mądrą, profesjonalną radą i pomagała w podejmowaniu trudnych decyzji zawodowych i nie tylko.

Doktor Danuta Horbaczyńska-Szelachowska obdarzona była niebywałą intuicją, kształtowała nasze postawy wobec pacjentów, inspirowała do poszerzania wiedzy i opanowywania nowych umiejętności medycznych. W naszej pamięci pozostanie wieloletnia współpraca w wypełnianiu hipokratesowej przysięgi i pomoc w podwyższaniu fachowej wiedzy i kwalifikacji zawodowych. Była niezwykle ordynatorem, lekarzem pediatrą posiadającym ogromną wiedzę medyczną. Emanowała z Niej życiowa mądrość. To właśnie dlatego zyskała szczególny szacunek otoczenia. Wykształciła wielu oławskich pediatrów, z którymi związana była emocjonalnie do końca swego życia. Pamiętamy, jak z łatwością skupiała wokół siebie chore, małe dzieci, z jakim zapałem i przyjemnością udzielała im fachowej pomocy, ratując ich zdrowie i życie. Była osobą bardzo troskliwą i szczególnie wrażliwą na problemy innych. Potrafiła dotrzeć do serc i umysłów najmłodszych oraz ich rodzin. Pracę zawodową traktowała jako szczególną misję, której bez reszty podporządkowała swoje życie osobiste. Poświęcała małym pacjentom każdą wolną chwilę, zapominając czasem o sobie i swoich najbliższych. Towarzyszyła nam w szarej codzienności, w chwilach radośnych i odświeżających.

Doktor Danuta Horbaczyńska-Szelachowska była osobą znaną i powszechnie szanowaną w środowisku medycznym i oławskim, ogólnie cieszyła się dużym uznaniem i zaufaniem, awansowała zawodowo i społecznie, pełniła w naszym mieście wiele odpowiedzialnych funkcji (m.in. dyrek-

tor ZOZ-u, kierownik przychodni, kierownik Powiatowego Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej, ordynator Oddziału Dziecięcego). Nie sposób wymienić wszystkich organizacji społecznych, w których czynnie działała. Była radną Rady Miejskiej w Oławie, wiele uwagi poświęcała oławskim harcerzom. W historii miasta i powiatu oławskiego zapisała się jako konsekwentna w działaniu organizatorka konsolidująca społeczność do wspólnych zadań w trudnych i zmieniających się czasach. Dzięki Jej determinacji oławska służba zdrowia zmieniła swoje oblicze (nowy szpital, powstawanie nowych i modernizacja starych przychodni w mieście i powiecie). Walczyła wszędzie i o wszystko. Pomimo ustrojowego przełomu rządziła przez około 20 lat i dopięła swego, przyczyniając się w znacznym stopniu do poprawy jakości opieki medycznej. Najwięcej zawdzięcza Jej oławska pediatria, którą kierowała niemal przez pół wieku, godna do naśladowania...

Doktor Danuta Horbaczyńska-Szelachowska nadal żyje w sercach i pamięci koleżanek i kolegów, współpracowników, a także kilku pokoleń oławian.

**W imieniu społeczności oławskiej pediatrii
ordynator Olga Ziółkowska**

**„Można odejść na zawsze,
by stale być blisko”
ks. J. Twardowski**

*Dewizę życiową
Pani Doktor
najpełniej wyrażają
słowa P. Bosmansa:*

*„Życie to znaczy
kochać swoją
pracę, wykorzy-
stywać swoje
zdolności,
mieć swoje
miejsce w spo-
łeczeństwie.
Jakie piękne
jest wtedy
życie”.*



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

inz. Magdalena Tatuch – specjalista

tel. 71 798 80 50/52/54, fax 71 798 80 51

Księgowość

Główna księgowa mgr Halina Rybacka

mgr Tomasz Lener – starszy księgowy

mgr Joanna Mariturzyk – starsza księgowa

Maria Knichnicka – księgowa

Kadry, Komisja Stomatologiczna

mgr Agnieszka Jamrozik – 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 – starszy referent,

tel. 71 798 80 57

Joanna Żak – referent, tel. 71 798 80 60

mgr Kamila Kaczyńska – referent,

tel. 71 798 80 61

mgr Agnieszka Szymura – referent

mgr Magdalena Jasień – referent

Pośrednictwo pracy, konkursy

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

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej

Barbara Nuckowska – starsza księgowa

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskiej

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, godz. 8.00-15.00

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

Ewa Bielońska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

mgr Aleksandra Kolenda – specjalista,

tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – specjalista,

tel. 71 798 80 76

Grażyna Rudnicka – referent

tel. 71 798 80 75,

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 79

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

Windykacja

mgr Małgorzata Krupa-Mączka

Informatycy

inz. Wiktor Wołodkiewicz, 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, środa 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Czołowska – specjalista

poniedziałek-środa 13.00-17.00

czwartek-piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa

wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica,

tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

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

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆ Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Żmigrodzie przy ul. Lipowej 4 zatrudni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dysponujemy mieszkaniem. Kontakt osobisty lub telefoniczny, tel. 795 421 399 lub 71 385 35 14.

◆ NZOZ we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa, lekarza ortodonta na umowę współpracy oraz asystentkę lub higienistkę stomatologiczną na umowę o pracę, tel. 500 064 083, 501 785 090.

◆ Poszukujemy lekarza rodzinnego lub internisty do pracy w POZ, z możliwością wykupu udziałów w spółce. Przychodnia Lekarska s.c. w Oławie, tel. 502 908 089 w godzinach 18.00-21.00.

◆ Przychodnia Pulsantis we Wrocławiu zatrudni lekarza alergologa i neurologa – możliwa każda forma zatrudnienia, tel. 606 213 351.

◆ Specjalistyczna Poradnia Stomatologiczna nawiąże współpracę 1 lub 2 razy w tygodniu z lekarzem stomatologiem, który zajmuje się stomatologią estetyczną i endodoncją. Praca we Wrocławiu, tel. 607 88 31 39.

◆ Centrum Ortodontyczno-Stomatologiczne we Wrocławiu podejmie współpracę z doświadczonym ortodontą! Bardzo dobre warunki pracy, asysta, duża liczba pacjentów. Proszę o kontakt telefoniczny pod nr: 71 333 74 72.

◆ Klinika Okulistyczna VITA-MED w Głogowie zatrudni na pełen etat lekarza okulistę ze specjalizacją drugiego stopnia. Mile widziana umiejętność wykonywania badań OCT, angiografii oraz zabiegów laseroterapii. Prosimy o przesłanie CV na adres: klinika@vita-med.glogow.pl lub tel. 509 560 689.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa z praktyką w protetyce (inlay/only), licówki, szlifowanie ze stopniem, prace kombinowane, mile widziana endodoncja mikroskopowa). CV proszę kierować na adres: stomatologiapraca@wp.pl, tel. 691 361 364.

◆ SPZOZ Powiatowe Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy, pl. Wojska Polskiego 2a zatrudni w ambulatorium lekarzy: pediatrów, internistów oraz lekarzy bez specjalizacji. Kontakt telefoniczny: 74 85 00 990.

◆ Ośrodek Terapii Fagowej IITD PAN poszukuje lekarza. Oferty proszę wysłać na adres e-mail: ewa.wojcik@iitd.pan.wroc.pl

◆ Radiolog ze specjalizacją poszukiwany do pracy w pracowni rezonansu magnetycznego w Nysie. Mile widziani także emerytowani lekarze radiolodzy. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt: 500 277 253 – Delmat Małgorzata.

◆ SPZOZ Lubawka zatrudni lekarza stomatologa, tel. 603 080 462.

◆ Szpital w Branicach zatrudni lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej na stanowisku p.o. ordynatora Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe, tel. 77 40 34 307, e-mail: sws.kadry@op.pl

◆ Prywatny gabinet stomatologiczny (Wrocław, Krzyki) nawiąże współpracę (1-3 dni w tyg.) z lekarzem stomatologiem. Wymagana własna działalność gospodarcza, tel. 608 629 465, e-mail: oldent@onet.eu

◆ Centrum Medyczne Medycyna Pracy Wrocław zatrudni lekarza psychiatrę oraz lekarza medycyny pracy z uprawnieniami do badań kierowców, na broń i jonizację, tel. 607 907 070.

◆ Zatrudnię od 01.01.2015 chirurgów, ortopedów, chirurgów naczyniowych, anestezjologów do przeprowadzania zabiegów w trybie jednodniowym (dwie sale operacyjne) – www.klinikadiagnosis.pl Wysokie zarobki 250 zł/h. Mile widziani emeryci do pracy w poradni. Zgłoszenia + ksero prawa wykonywania zawodu wysłać na e-mail: diagnosis@o2.pl, lek. Adam Iwaszko – tel. 602 104 631.

◆ Gabinet w Lubaniu zatrudni lekarza dentystę, mieszkanie, baza pacjentów, tel. 696 981 797.

◆ Zatrudnię lekarza dentystę oraz asystentkę stomatologiczną w gabinecie stomatologicznym w Świdnicy, tel. 664 93 22 46.

SZUKAM PRACY

◆ Pediatra poszukuje zatrudnienia w poradni dziecięcej. Obsługuję elektroniczną dokumentację medyczną, tel. 605 675 092.

◆ Specjalista protetyki stomatologicznej nawiąże współpracę z gabinetem stomatologicznym na terenie Wrocławia i okolicach, 1-2 dni w tygodniu, tel. 606 242 123.

◆ Specjalista ds. administracji z wiedzą medyczną. Doświadczenie w organizowaniu i funkcjonowaniu NZOZ, monitoring i analiza kosztów. Nadzór nad sprzętem i środkami trwałymi, zamówienia, ewidencja odpadów. Prowadzenie szkoleń wewnętrznych. Kontrole epidemiologiczne. Znajomość pakietu MS Office. Samodzielność, inicjatywa, pasja dla jakości. Ewa Wysocka-Knap, tel. 691 509 534, e-mail: ewa.wysockaknap@onet.pl

INNE

◆ Do wynajęcia wyposażone gabinety lekarskie i stomatologiczne, informacje: tel. 71 357 77 31, 71 351 64 03.

◆ Przychodnia Specjalistyczna Doktor (1982) Oleśnica wynajmie gabinety lekarzom o specjalnościach: gastroenterolog, neurolog, kardiolog, endokrynolog. Kontakt: 71 314 31 11.

◆ Sprzedam gabinet stomatologiczny w ciągłej pracy, kompletnie wyposażony: 2 unity, ssak, radiowizjografia i inne, tel. 666 829 960.

◆ Gabinety lekarskie, gabinet zabiegowy, blok operacyjny, tel. 694 984 882, 601 804 507, www.mkmedic.pl

◆ Sprzedam czynną praktykę stomatologiczną, dwustanowiskową wraz z lokalem 63 m² w centrum Jeleniej Góry, tel. 75 752 50 18.

◆ Sprzedam autoklaw Melao 23 – rok 2001, szafę kartotekową starego typu, szafę lekarską, dwie kozetki, tel. 501 533 182.

◆ Tanio wynajmę lekarzowi POZ przygotowane pod NZOZ pomieszczenia spełniające wymogi sanepidu – Wołów (woj. dolnośląskie), tel. 601 949 383.

◆ Do wynajęcia gabinet stomatologiczny funkcjonujący we Wrocławiu – 60 m² (poczekalnia, gabinet, 2 unity), tel. 71 348 36 61, kom. 668 389 552.

◆ Sprzedam prosperującą praktykę stomatologiczną we Wrocławiu, tel. 732 764 280.

◆ Sprzedam – w związku z przejściem na emeryturę – w pełni urządzony, działający gabinet stomatologiczny wraz z pracownią protetyczną (pow. łączna 250 m²) w budynku o pow. 2000 m². Cena całości – 400.000 euro, tel. 601 724 313.

◆ Do wynajęcia nowy lokal handlowo-usługowy w Świdnicy – 50 m², wysokość 3 m, idealny na gabinet fizykoterapii, pracownię techniki dentystycznej lub gabinet lekarski. Wokół parkingi, nowe, rozwojowe osiedle, tel. 601 55 25 77 lub 74 852 90 17.

◆ Podnajmę wyposażony gabinet stomatologiczny, chętnie ortodontie, Wrocław (Krzyki), tel. 697 389 055.

◆ Wynajmę w Głogowie pomieszczenie na gabinet lekarski, na parterze z poczekalnią i toaletą dla niepełnosprawnych w centrum miasta, tel. 606 29 28 64.

◆ Sprzedam aparat USG „SONHO ACCE”, rok produkcji 1996, cena do uzgodnienia, tel. 713 983 323.

◆ Przekażę do prowadzenia w powiecie kłodzkim dobrze prosperującą praktykę ginekologiczno-położniczą (kontrakt z NFZ, przyjęcia prywatne) lub sprzedam pełne jej wyposażenie (w tym USG), ew. zatrudnię lekarzy ginekologów; inne propozycje, tel. 608 361 839, e-mail: ginekologia@gmx.net

◆ Wynajmę lokal w Oławie o pow. 80m², 2 gabinety lekarskie (42m², 46m²), poczekalnia, toalety – spełniające wszystkie wymogi NFZ. Zbudowana wolnostojąca. 500 m od szpitala, wylot na Wrocław, 7 miejsc parkingowych. Na piętrze 2 kawalerki, tel. 601 710 525.

◆ Wynajmę gabinet lekarzowi psychiatrze w Centrum Medycznym, ul. Grabiszewska 241 C, 53-234 Wrocław, tel. 607 907 070.

kredyty *to tu*

KREDYTY GOTÓWKOWE, KONSOLIDACYJNE I HIPOTECZNE



Ponad 20 lat
doświadczenia
na rynku.

Kredyty dla lekarzy

na oświadczenie o dochodach, **Bez zaświadczeń ZUS i US**
Do 500.000 zł decyzja natychmiastowa do 120 m-cy

Kredyty dla NZOZ

i osób prowadzących działalność
Oprocentowanie od 1,5%

KREDYTY BEZ BIK do 50.000 zł



Zadzwoń lub wejdź na naszą stronę. Wyślij zgłoszenie.
Oddzwonimy i pomożemy!!!

NIE POBIERAMY OPŁAT!!!

Niezależny Doradca Bankowo Finansowy
LUBIN, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9A
tel.: +48 533 333 868, 533 300 968, 533 300 428

www.kredytytotu.pl

Terminy dyżurów

prezes DRL **Jacek Chodorski**
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.

wiceprezes DRL ds. stomatologii

Alicja Marczyk-Felba,

czwartek, 12.30-13.30

wiceprezes DRL **Paweł Wróblewski,**

poniedziałek, 15.00-16.00

sekretarz DRL **Urszula Kanaffa-Kilijańska,**

poniedziałek, 15.00-16.00

skarbnik **Małgorzata Niemiec,**

wtorek i czwartek, 15.00-16.00

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

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy

ul. J. Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica

poszukuje chętnych lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji z kardiologii lub innej dziedziny medycyny zachowawczej do wykonywania lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów stacjonarnych pełnionych na Oddziale Kardiologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy.

Szczegółowe informacje o warunkach i formie zatrudnienia można uzyskać u zastępcy dyrektora ds. leczenia dr. Andrzeja Hap, tel. 76 72 11 300.

PODZIĘKOWANIE

Pani dr Agacie Kossek, Pani dr Agnieszce Ambroziak-Kędzierskiej i całemu zespołowi Klinicznego Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Leczenia Urazów oraz Pani dr n. med. Dorocie Kustrzyckiej-Kratochwil z Kliniki Kardiologii 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu składam serdeczne podziękowanie i wyrazy wdzięczności za uratowanie mi życia oraz za natychmiastowe i skuteczne leczenie, które przywróciło mi pełną aktywność życiową.

prof. dr hab. Bronisława Chęłmońska



Zaprojektowane z myślą o lekarzach

Jeśli jesteś lekarzem, mamy dla Ciebie wyjątkową ofertę. I wszystko to, co daje samochód stworzony, by zaspokoić oczekiwania najbardziej wymagających kierowców. Odwiedź Autoryzowany Salon Volvo i znajdź najlepsze Volvo dla siebie.

**Volvo ze specjalnym
rabatem dla lekarzy.**



W zależności od wersji silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 0,0 do 1,8 l/100 km, emisja CO₂ od 0 do 48 g/km. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na: www.volvocars.pl

INTER-CAR BIELANY Autoryzowany Dealer Volvo

ul. Wrocławska 1, 55-040 Bielany Wrocławskie, T: (71) 722 10 00, www.intercar.dealervolvo.pl

VOLVOCARS.PL