



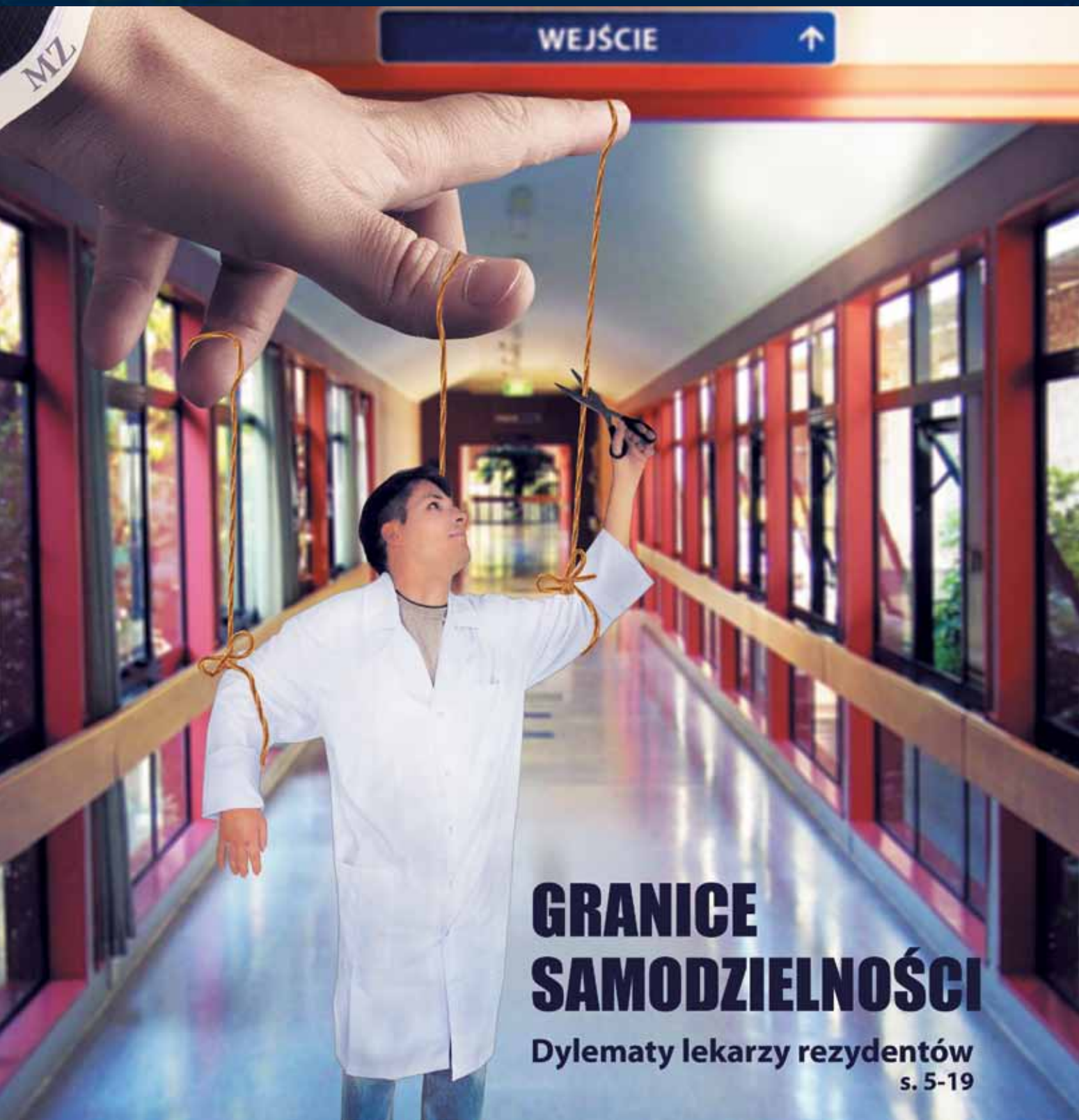
Nr 10/2014 (291)
październik 2014

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

WEJŚCIE



GRANICE SAMODZIELNOŚCI

Dylematy lekarzy rezydentów
s. 5-19

MIESZKANIA JUŻ OD
210 000 zł

CENTAURIS^{*}

KRZYKI-BOREK



OTWÓRZ OKNO
SPÓJRZ NA PARK

www.centauris.pl  71 78 09 105



 VANTAGE
DEVELOPMENT

 BNM
DEVELOPMENT

Widziane z Kazimierza 45	3
GRANICE SAMODZIELNOŚCI.	
DYLEMATY LEKARZY REZYDENTÓW:	
» Co z tym szkoleniem specjalizacyjnym?	
– okiem rezydenta	5
» OZZL i rezydenci	7
» Problemy młodych lekarzy	
są problemami całego środowiska	10
» Lekarze rezydenci okiem prawnika	12
» Lekarz rezydent – najczęściej zadawane pytania	16
» Szkolenie specjalizacyjne – co nowego?	18
Co nowego w LKPK?	19
ZMIANY W USTAWIE O KONSULTANTACH	
– CIENIE I BLASKI:	
» Większe uprawnienia, większa przejrzystość	
– czy na pewno?	20
Prawo na co dzień	22
FOTOREPORTAŻ:	
» Uroczystość wręczenia ograniczonego	
prawa wykonywania zawodu	
lekarza dentyści i lekarza	24
Witajcie w dolnośląskiej rodzinie lekarskiej	26
Wernisaż malarstwa Marka Gołębiowskiego	26
NASI STOMATOLODZYSZ:	
» Pierwsze spotkanie Zespołu ds. kształcenia	
Komisji Stomatologicznej NRL	27
WYDARZYŁO SIĘ:	
» Sukcesy wrocławskich onkologów dziecięcych	28
» Kolejny sukces wrocławskich	
chirurgów dziecięcych	28
» Kolejna udana wyprawa seniorów z Jeleniej Góry	28
» Seminarium nt. nowelizacji ustawy	
o cudzoziemcach i tzw. ustawy	
antydiskryminacyjnej	29
» Co się zmieniło w ustawie o cudzoziemcach?	30
» Spotkanie absolwentów	
stomatologii rocznika 1989	31
» Razem – jak za dawnych lat	31
» Pływak sukces naszych stomatologów	31
Uchwały DRL i Prezydium DRL	34
Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu	35
Konferencje i szkolenia	36
Konferencje i szkolenia stomatologiczne	38
Felietony	39
Warto wiedzieć	41
Z pamiętnika etyka	42
Pro memoria	43
WSPOMNIENIA POŚMIERTNE:	
» Prof. zw. dr hab. Zenon Szewczyk	44
» Lek. Wiesław Gąsiorowski	45
Ogłoszenia	46

Składka, czyli... co robimy?



Fot. z archiwum „Medium”

Decyzja zapadła. 5 września 2014 r. Naczelna Rada Lekarska, zdecydowaną większością głosów, podjęła uchwałę ws. podniesienia wysokości składki z 40 do 60 zł od 1 stycznia

2015 r. Na posiedzeniu NRL dało się zauważyć, że „przeciw” byli głównie przedstawiciele z mniejszych okręgowych izb lekarskich, „za” ci z dużych. O zasadności podniesienia składki pisałem już w poprzednim numerze „Medium”, na przykładzie budżetu DIL. Wiem, że obecnie trwa (czasami gorąca) medialna dyskusja na ten temat. Prezes Maciej Hamankiewicz skierował nawet w tej sprawie list do koleżanek i kolegów lekarzy, wyjaśniając cel podwyżki (vide s. 4). Chciałbym także wziąć udział w tej „dyskusji”, ale w sposób odbiegający od zwyczajowego...

Piszę (20 września) mój comiesięczny felieton tuż po powrocie ze Zgorzelca, gdzie nasza Izba, w ramach tradycyjnej już współpracy z Saksońską Izbą Lekarską, zorganizowała pierwsze transgraniczne polsko-niemieckie warsztaty z zakresu udzielania pierwszej pomocy w gabinecie lekarskim. Grupa polskich i niemieckich lekarzy ćwiczyła zasady resuscytacji pod okiem naszych profesjonalistów, czyli Jacka Smereki i Marka Brodzkiego oraz kolegi z Niemiec dr. Michaela Burgkhardta.

Jeszcze tego samego dnia, wracając z warsztatów, zajrzałem do Domu Lekarza, gdzie dobiegała właśnie końca konferencja zorganizowana przez naszą Komisję Stomatologiczną i PTS pt. „Powikłania w endodoncji”. Uczestniczyło w niej ponad 200 lekarzy dentyków. Dzień wcześniej (19 września 2014 r.), w naszej siedzibie przy al. Matejki 6, odbyła się II część szkolenia zatytułowanego „Stres i wypalenie zawodowe w pracy lekarzy dentyków”. Frekwencja sięgała również blisko 200 stomatologów.

Równoległe w Domu Lekarza odbywało się szkolenie pt. „Współczesne poglądy na leczenie schorzeń kręgosłupa – wybrane zagadnienia”. A jeszcze w tym czasie do Wrocławia zjechał Zespół ds. kształcenia Komisji Stomatologicznej NRL, z kol. Agnieszką Ruchałą-Tyszler – wiceprezes NRL. Szefową zespołu jest nasza Ala Marczyk-Felba. Podczas spotkania omawiano kierunki szkolenia stomatologicznego na poziomie ogólnopolskim.

18 września gościliśmy w Izbie wojewodę dolnośląskiego p. Tomasza Smolarza, który wziął udział w posiedzeniu Prezydium DRL. I choć był to okres „przesilenia rządowego” (dla przypomnienia – razem z premierem swoje funkcje składają również m.in. wojewodowie), to rozmawialiśmy o ważnej sprawie związanej z nowelizacją ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia. Otóż od 1 stycznia 2015 r. wojewoda ma tworzyć na swoim terenie „mapę zapotrzebowania zdrowotnego”. Co to oznacza? Każdy nowy podmiot, zainteresowany zawarciem kontraktu z NFZ na środki publiczne, będzie musiał być wpisany u wojewody na taką mapę. Jeżeli wojewoda uzna, że na danym terenie nie ma potrzeby tworzenia kolejnego prywatnego podmiotu, np. zajmującego się rehabilitacją, wtedy ów podmiot praktycznie nie ma szans na kontrakt z NFZ i będzie mógł udzielać świadczeń tylko komercyjnie. Z naszej strony zadeklarowaliśmy chęć aktywnego udziału w opracowaniu takiej mapy. Poza tym dobra wiadomość – już wkrótce zniesione zostaną umowy lekarzy z NFZ na recepty na leki refundowane. O absurdalności takich umów pisałem już wcześniej przy okazji obowiązującej już dyrektywy UE o swobodzie przepływu usług, w tym usług medycznych.

Z kolei 12 września odbyła się w DIL konferencja pt. „Endometrioza jako problem interdyscyplinarny XXI wieku”. A poza tym wrzesień to tradycyjnie wypełnianie naszych ustawowych obowiązków, czyli rejestracja absolwentów naszej Alma Mater, wydawanie tymczasowego prawa wykonywania zawodu i skierowanie lekarzy stażystów na staże (prawie 300 lekarzy). Teraz rejestrują się już lekarze po zakończeniu stażu i trzeba sprawnie wydać im prawo wykonywania zawodu wraz z zaświadczeniem o zdany LEK/LDEK, aby mogli starać się o rezydentury. Warto też wspomnieć o kilku odbytych rozprawach sądowych (Legnica, Świdnica, Wrocław) w sprawie recept na leki refundowane, w których Izba występuje jako strona w imieniu lekarzy.

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 Janiszewska

– redaktor/korekta/oprac. graf./reklama

Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie

Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,

Alicja Marczyk-Felba, Andrzej Kierzek,

Krzysztof Wroncki, Paweł Wróblewski

Stali współpracownicy:

Jarosław Barański,

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska,

Jerzy Bogdan Kos, Beata Kozyra-Łukasiak,

Magdalena Orlicz-Benedycka, Wiesław Prastowski,

Anna Szewczyk, Agata Wnukiewicz-Kozłowska

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń,

reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych,

zstrzeżenie sobie prawo do skracania

i adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego

oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 26 września 2014 r.

Druk: Zakłady Poligraficzne GREG,

ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice,

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



Tylko w pierwszej połowie października zaplanowane są szkolenia: „Proces likwidacji szkód w zakresie odpowiedzialności cywilnej lekarzy” – to 3 października przed południem. A tego samego dnia po południu seminarium organizowane wspólnie z Towarzystwem Ubezpieczeń Inter Polska pt. „Transgraniczna opieka medyczna a odpowiedzialność lekarzy”. 10 października, wspólnie z kolegami adwokatami i radcami prawnymi, organizujemy sympozjum pn. „Rola biegłego w procesach sądowych”. Lista 140 uczestników została już dawno zamknięta (każdy płacił po 50 zł wpisowego) i mamy jeszcze listę rezerwową. Z kolei 11 października nasi lekarze seniorzy organizują swoje 50-lecie ukończenia Akademii Medycznej (rocznik 1964). Przypomnę, że uchwałą Rady takie spotkania Izba dotuje kwotą 5 tys. zł. Czy naprawdę Izba nic nie robi???

A na koniec, proszę mi wybaczyć, osobiste podziękowania dla lekarza dentystry Marzeny Nankiewicz z Giżycka. Otóż tradycyjnie z grupą kolegów lekarzy, na początku września, wybraliśmy się na tygodniowy rejs pod żaglami na Mazury. To była już nasza 8 wyprawa. Pech chciał, że w drodze do Rynu zaczął boleć mnie ząb. W sobotę wylądowałem w Giżycku... Poszukiwałem gabinetu stomatologicznego, by uwolnić się od koszmarnego bólu. Sprawa wydawała się beznadziejna, ale „koniec języka za przewodnika”. Dzięki temu trafiłem do gabinetu Pani Doktor. Gabinet oczywiście w sobotę nie pracował, ale zapukałem do drzwi mieszkania powyżej. Przedstawiłem się, powiedziałem, że jestem lekarzem i poprosiłem o pomoc. Koleżanka bez najmniejszego problemu otworzyła dla mnie swój gabinet.



Fot. MJ

Posiedzenie Prezydium DRL z udziałem wojewody dolnośląskiego Tomasza Smolarza, 18.09.2014 r.

Umówiliśmy się jeszcze na kontrolę w poniedziałek. Kiedy próbowałem uregulować należność, Pani Doktor stwierdziła, że absolutnie nie weźmie ode mnie żadnych pieniędzy. Kiedy próbowałem argumentować, że chociaż za materiały powinienem zapłacić, tu również usłyszałem kategorię odmowę. Dzięki Pani Doktor mogłem cieszyć się z wypoczynku na Mazurach. Ehh...

Jacek Chodorski

LIST PREZESA NRL DO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW – SKŁADKA CZŁONKOWSKA W 2015 ROKU

**Szanowne Koleżanki i Koledzy!
Lekarze i lekarze dentyści!**

Naczelna Rada Lekarska 5 września 2014 r. podjęła uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadzonej od 1 stycznia 2015 r. Zgodnie z wnioskiem XII Krajowego Zjazdu Lekarzy uproszczono zasady opłacania składki. Projekt uchwały przygotowała Komisja Finansowo-Budżetowa, sporządzając ją zgodnie z wnioskiem Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich oraz projektem przedstawionym przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Obydwa te materiały, oprócz uproszczenia zasad opłacania składek, zawierały propozycję podwyższenia składki z 40 zł do 60 zł.

Po przeprowadzeniu dyskusji przez Naczelną Radę Lekarską uchwała została przegłosowana 31 głosami za, 11 przeciw i 8 wstrzymującymi się od głosu.

Od stycznia przyszłego roku ze składki automatycznie zwolnieni zostaną lekarze, którzy ukończyli 75 rok życia oraz wszyscy lekarze, którzy nie osiągają przychodu. Uproszczono zasadę dokumentowania uprawnienia do zwolnienia, wprowadzając możliwość stosownego oświadczenia.

Składka wyniesie 60 złotych miesięcznie dla lekarza, lekarza dentystry i 10 zł miesięcznie dla lekarza stażysty.

Wśród argumentów przeważających za wzrostem składki były m.in. oczekiwania lekarzy w obszarze doskonalenia wiedzy i umiejętności i zapotrzebowania na szkolenia organizowane przez samorząd; zapewnienie pomocy prawnej przez izby w większym niż dotychczas wymiarze; kontynuacja wsparcia socjalnego dla ubogich lekarzy; zła sytuacja finansowa, w której znajduje się wielu starszych lekarzy z tzw. starego portfela, którzy mają bardzo niskie świadczenia emerytalne; kontynuacja stypendiów dla sierot po zmarłych lekarzach.

Obecna składka członków naszego samorządu jest jedną z najniższych składek w Unii Europejskiej i mimo inflacji nie była zmieniana od 6 lat.

Mam nadzieję, że przez kolejne 6 lat utrzyma się na tym samym poziomie.

Z wyrazami szacunku

prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Maciej Hamankiewicz



Co z tym szkoleniem specjalizacyjnym? – okiem rezydenta

Tekst Przemysław Janusz

Głównym problemem wpływającym na jakość szkolenia specjalizacyjnego jest, moim zdaniem, coraz rzadziej już spotykana relacja mistrz – uczeń między kierownikiem specjalizacji a rezydentem. Często zdarza się, że kierownik specjalizacji pracuje na innym odcinku oddziału, co w oczywisty sposób uniemożliwia właściwą współpracę oraz nadzór nad szkoleniem specjalizacyjnym. Wynika to zarówno z błędów organizacyjnych jak również, co przyznaję z przykrością, braku zainteresowania niektórych kierowników specjalizacji swoimi podopiecznymi. W opinii wielu moich koleżanek i kolegów zaangażowanie w proces szkolenia młodych lekarzy jest obecnie znikome, a przyczyny tego zjawiska są doskonale widoczne. Niewystarczająca liczba specjalistów, w każdej właściwie dziedzinie medycyny, prowadzi do nadmiernego obciążenia lekarzy pracą na oddziałach. Przymus ekonomiczny zmuszający dyrektorów do maksymalnych oszczędności (co prowadzi do zatrudniania tak małej liczby specjalistów jak to tylko możliwe) oraz konieczność pracy dodatkowej popołudniami w gabinetach sprawia, że specjaliści są przepracowani. Nie jest więc niczym zaskakującym, że opieka nad rezydentem, za którą nie przysługuje żadna gratyfikacja, staje się przykrym i niechcianym obowiązkiem. Oczywiście wciąż istnieje grupa lekarzy z pasją angażujących się w szkolenie młodszych kolegów, jednak w obecnym systemie zależy to jedynie od ich dobrej woli. Odnoszę także wrażenie, że ich liczba jest coraz mniejsza. Uważam, że chcąc utrzymać powszechnie wysoką jakość szkolenia specjalizacyjnego, nie możemy polegać jedynie na altruizmie części lekarzy gotowych poświęcać czas rezydentom. Konieczne jest realne spojrzenie na sytuację: uświadomienie zarówno sobie jak i decydentom ochrony zdrowia, że opieka nad młodym lekarzem to ciężka i wymagająca czasu praca, za którą należy się odpowiednie wynagrodzenie. Dalszym krokiem powinno być stworzenie odpowiedniego systemu oceniającego i motywującego kierowników specjalizacji, aby cały proces szkolenia przebiegał na najwyższym poziomie.



Lek. Przemysław Janusz

Autor jest przewodniczącym Komisji Młodych Lekarzy DRL, lekarzem rezydentem w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 we Wrocławiu.



SYNDROM MARIONETKI?

Grafika: MJ i WW



Kolejna kwestia, która ostatecznie wpływa negatywnie na jakość szkolenia specjalizacyjnego to zbyt duża ilość staży cząstkowych odbywanych poza jednostką macierzystą oraz nierealna do wykonania ilość procedur medycznych.

Faktem, który potwierdzają chyba wszyscy rezydenci, jest bardzo niska wartość szkoleniowa części staży – wynika to zarówno z braku osoby odpowiedzialnej za opiekę nad młodym lekarzem, jak i trudności z włączeniem niewykwalifikowanego lekarza w prace wysokospecjalistycznego oddziału. Prowadzi to do sytuacji, w której rezydent – stażysta znajduje się na swego rodzaju „ziemi niczyjej”, nikt się nim zbytnio nie interesuje, ani nie ma on jasno zdefiniowanych obowiązków. W efekcie najczęściej jego rolą pozostaje wypisywanie skierowań, wprowadzanie wyników do komputera, prowadzenie pacjentów na badania i tym podobne, nic właściwie niewnoszące do procesu szkolenia czynności.

Odnosząc się do wymaganych do ukończenia szkolenia specjalizacyjnego procedur medycznych należy stwierdzić, że narzucona przez twórców programów specjalizacji ilość jest zdecydowanie zbyt duża i mimo szczerych chęci niemal niemożliwa do wykonania w trakcie szkolenia. Problem ten dotyczy głównie specjalizacji zabiegowych, ale wykonanie 100 proc. planu jest też bardzo trudne w specjalizacjach zachowawczych. W niektóre programy specjalizacji wpisane są także procedury wysokospecjalistyczne, wykonywane niezmiernie rzadko, a niekiedy wyłącznie w nielicznych ośrodkach w kraju. W tej sytuacji można wątpić, że każdy z lekarzy kończących szkolenie specjalizacyjne wykonał naprawdę wszystkie nakazane programem procedury.

Rozwiązania wyżej opisanych kwestii upatruję w poprawie i urealnieniu programów specjalizacji. Należałoby sprawdzić, jakie są rzeczywiste możliwości wykonania przez rezydentów określonych procedur i dostosować do tego ich obowiązkową ilość. Według mnie należy również pochylić się nad ilością staży odbywanych poza jednostką macierzystą, dążąc do ograniczenia ich do naprawdę niezbędnych. W opinii wielu znanych mi rezydentów są one głównie stratą czasu, który mógłby być przeznaczony na bardziej wartościowe szkolenie pod okiem własnego kierownika specjalizacji. Należy też zauważyć, że w niektórych specjalizacjach czas spędzany (nie tylko moim zdaniem w znacznym stopniu marnowany) poza swoim miejscem pracy zajmuje prawie połowę całego okresu przeznaczanego na szkolenie specjalizacyjne! Szkoda, że tworząc nowe, właśnie zaczynające obowiązywać programy specjalizacji, ich twórcy, zarówno w odniesieniu do staży cząstkowych jak i nakazanych procedur poszli w kierunku wręcz przeciwnym.

Wciąż nierozwiązany problemem pozostaje zbyt mała liczba miejsc szkoleniowych oraz rezydenckich uniemożliwiająca części lekarzy szkolenie w wymarzonej dziedzinie medycyny. Rozumiejąc oczywiście, że ich liczba chyba nigdy nie będzie na tyle duża, aby zaspokoić potrzeby wszystkich lekarzy, pozostaje mieć nadzieję, że fundusze przeznaczane przez Ministerstwo Zdrowia na ten cel będą mimo wszystko systematycznie wzrastać, a przynajmniej nie ulegną zmniejszeniu.

Uważam ponadto, że warto byłoby rozważyć możliwość wprowadzenia zintegrowanego, ogólnopolskiego systemu kwalifikacji do szkolenia specjalizacyjnego. Panujący obecnie model przypisania miejsc szkoleniowych do konkretnych województw powoduje, że duża część lekarzy w pogoni za wymarzoną specjalizacją zmuszona jest wyjeżdżać na długi czas, w niekiedy bardzo oddalone od ich miejsca zamieszkania części kraju.

Odrębną kwestią, niezwiązaną bezpośrednio z procesem szkolenia, jednak także negatywnie na niego wpływającą oraz utrudniającą codzienne funkcjonowanie, są działania podejmowane przez podmioty nadzorujące zakłady opieki zdrowotnej.

Jednym z nich jest obejmujące coraz więcej oddziałów wprowadzanie równoważnego czasu pracy. Praca rezydenta na 3 zmiany lub w systemie 12-godzinny uniemożliwia właściwą współpracę z kierownikiem specjalizacji (lekarze po prostu rozmijają się w pracy) oraz znacznie utrudnia samodzielne prowadzenie pacjentów. Stawia to pod dużym znakiem zapytania jakość prowadzonego szkolenia specjalizacyjnego w tych warunkach. Kolejnym problemem jest (zgodnie z opinią MZ – bezprawne) zmuszanie rezydentów do pracy na szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz udzielanie konsultacji specjalistycznych. O ile praca na SOR-ach dla lekarzy niektórych specjalności może być przydatna w procesie kształcenia, o tyle większości nie przynosi żadnych korzyści edukacyjnych, a lekarz taki po prostu wykonuje najbardziej niewdzięczną pracę marnując czas, który powinien przeznaczyć na szkolenie.

Rozwiązania tej kwestii można szukać na dwóch polach: z jednej strony dofinansowując ochronę zdrowia, co zmniejszy konieczność poszukiwania oszczędności przez dyrektorów, z drugiej poprzez działania legislacyjne wypełniające luki prawne wykorzystywane przez pracodawców do maksymalnego wyzyskania pracownika, jak i skrupulatne przestrzeganie chroniących lekarza przepisów.

Wciąż aktualnym problemem pozostają także kwestie finansowe. O ile można powiedzieć, że nawet młodzi lekarze nie zarabiają obecnie mało, to należy mocno podkreślić, że odbywa się to kosztem bardzo dużego wkładu pracy i czasu spędzanego na nocnych dyżurach, w przychodniach POZ czy pogotowiu.

Podsumowując, ilość problemów napotykanych w pracy i podczas szkolenia przez rezydentów jest dość pokaźna, a pozwoliłem sobie wymienić tylko te najistotniejsze. Niestety, nic nie wskazuje na rychłą poprawę tej sytuacji. W trakcie 4 lat mojego szkolenia w żadnej z poruszonych wyżej kwestii nie osiągnięto poprawy, co więcej, nasiliły się działania dyrektorów placówek prowadzące do maksymalnego, dopuszczonego granicami prawa, wykorzystania pracy rezydenta bez oglądania się na jakość odbywanego przez niego szkolenia. Nie powinno to jednak budzić dużego zdziwienia: większość omówionych przeze mnie problemów spowodowanych jest niedostateczną ilością pieniędzy, a pogłębiająca się zapaść finansowa ochrony zdrowia sprawia, że ciężko jest patrzeć w przyszłość z optymizmem.

Komisja Młodych Lekarzy DRL zaprasza lekarzy rezydentów na spotkanie

pt. „Co nowego w systemie specjalizacji?”

które odbędzie się 16 października 2014 r. o godz. 16.00

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej (I piętro) przy ul. Kazimierza Wielkiego 45.

Program spotkania

1. Przywitanie uczestników oraz sprawozdanie ze spotkania Komisji Młodych Lekarzy przy Naczelnej Radzie Lekarskiej – dr Przemysław Janusz
2. Wystąpienie prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr. Jacka Chodorskiego
3. *Co zmieni się w szkoleniu specjalizacyjnym po wprowadzeniu systemu modułowego* – Anna Krzesińska-Nowacka – kierownik Oddziału Wyższych Kadr Medycznych Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego
4. *Najczęściej spotykane problemy prawne w pracy rezydentów* – mec. Beata Kozyra-Łukasik
5. *Aktualna sytuacja młodych lekarzy na Dolnym Śląsku* – omówienie wyników ankiety – dr Katarzyna Jungiewicz

Przemysław Janusz – przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy DRL

OZZL I REZYDENCI

Tekst Dorota Mazurek

Z rezydenturą
jak z kostką Rubika.
Potrzebny
instruktaż...

Grafika: MJ i WW

Trochę historii

Do 2007 r. lekarze rezydenci nie mieli swojej reprezentacji w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy. Gdy w 2003 r. rozpoczynałam rezydenturę, nie wiedziałam nawet, że istnieje taka organizacja jak OZZL. Wtedy liczyło się tylko to, że mogłam rozpocząć specjalizację i chociaż moja pensja wynosiła 1434 zł brutto i tak była wyższa niż wynagrodzenie mojej kierowniczkii specjalizacji – lekarza z 25-letnim stażem. Wtedy wszyscy lekarze mało zarabiali. Tak po prostu było.

W 2006 r. na Podkarpaciu rozpoczęła się akcja strajkowa lekarzy przeciwko niskim wynagrodzeniom. Stopniowo rozszerzała się na inne regiony kraju. Wtedy też w moim szpitalu powstała organizacja terenowa OZZL. W 2007 r. (zarabiałam już 1704 zł brutto!) przystąpiliśmy do strajku. I wtedy dowiedziałam się, że lekarze rezydenci – zdaniem dyrekcji szpitala – nie są jego pracownikami i nie mogą ani brać udziału w strajku ani żądać podwyżek. Okazało się, że nie jest to jednostkowy problem – wszędzie, gdzie pracowali rezydenci, stanowisko dyrektorów szpitali było jednakowe: „Jesteście



OGÓLNOPOLSKIE POSTULATY LEKARZY REZYDENTÓW – 2008 ROK

1. Domagamy się traktowania uczciwego i godziwego, zgodnego z naszymi kwalifikacjami. Lekarz rezydent pełni w szpitalu rolę młodszego asystenta, dlatego też nasze żądania finansowe są równoważne postulowanym płacom każdego innego lekarza bez specjalizacji (zgodnie z powszechnie znanymi żądaniami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy). Płaca zasadnicza lekarza rezydenta w Polsce powinna zatem kształtować się na poziomie co najmniej dwukrotności przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego w sektorze przedsiębiorstw. Jest to żądanie, którego niespełnienie w najbliższym czasie doprowadzi do eskalacji protestów i załamania systemu ochrony zdrowia w Polsce (nasza grupa zawodowa to około 7,5 tysiąca lekarzy w Polsce – stanowi to ponad 10 proc. wszystkich lekarzy). Dlatego też domagamy się przedstawienia przez Ministerstwo Zdrowia planu jak najszybszego wzrostu wynagrodzenia lekarza rezydenta.
2. Domagamy się zajęcia przez Ministerstwo Zdrowia jasnego stanowiska i zamieszczenia w rozporządzeniu dokładnych zapisów dotyczących statusu prawnego lekarza rezydenta w Polsce. Domagamy się jasnych warunków zatrudnienia i określenia form pracy (zgodnych z Dyrektywą Unijną 93/104) podlegających Kodeksowi pracy oraz znowelizowanej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Domagamy się zapewnienia nam odpowiednich warunków, koniecznych do należytej realizacji programu specjalizacji. Nie zgadzamy się na wprowadzanie nowych systemów czasu pracy (tzw. systemu równoważnego) lub nowych rozkładów czasu pracy (pracy zmianowej). Zmiany te uniemożliwią nam właściwe realizowanie programu specjalizacji, ograniczając bezpośredni kontakt z lekarzami specjalistami, a tym samym czas efektywnej nauki i szkolenia.
3. Wnioskujemy o skrócenie okresu między zakończeniem stażu podyplomowego a rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim. Obecnie okres ten wynosi 4 miesiące, co dla wielu młodych lekarzy oznacza przymusowe bezrobocie. Postulujemy, by rezydentury rozpoczęły się bezpośrednio po zakończeniu stażu, tj. odpowiednio 1.11. i 1.04. każdego roku.
4. Domagamy się, by lista i dokładna liczba miejsc specjalizacyjnych (zarówno rezydenckich jak i pozarezydenckich) we wszystkich dziedzinach medycyny ogłaszana była z co najmniej jednorocznym wyprzedzeniem, a nie – jak to się dzieje teraz – na kilka dni przed postępowaniem kwalifikacyjnym. Oczekujemy również, że liczba dostępnych miejsc specjalizacyjnych zostanie znacznie zwiększona, w szczególności w dziedzinach, w których od lat otwarcie specjalizacji jest nieosiągalne.
5. Domagamy się wprowadzenia do rozporządzenia zapisu na temat płatnego urlopu szkoleniowego w wymiarze 14 dni roboczych do wykorzystania w ciągu jednego roku kalendarzowego. Cały ten okres lekarz rezydent będzie mógł wykorzystać na cele doskonalenia zawodowego.
6. Domagamy się również, by okres pomiędzy końcem specjalizacji, a egzaminem specjalizacyjnym nie przekraczał 3 miesięcy. Domagamy się trzymiesięcznego urlopu szkoleniowego przed egzaminem specjalizacyjnym. W przypadku rezydentury powinna ona zostać wydłużona o czas trwania ww. płatnego urlopu szkoleniowego.
7. Wnioskujemy również o powołanie Zespołu doradczego ds. młodych lekarzy, działającego przy Ministerstwie Zdrowia. Zespół taki składałby się z przedstawicieli środowiska młodych lekarzy, wybranych przez Ministerstwo Zdrowia spośród kandydatów przedstawionych przez Komisję ds. Młodych Lekarzy Naczelnej Rady Lekarskiej. Głównym celem działania takiego zespołu byłoby opiniowanie obecnych i przyszłych aktów prawnych oraz przygotowywanie rozwiązań dotyczących środowiska młodych lekarzy.

pracownikami ministerstwa, nie szpitala. Nic Wam się nie należy”. Rezydenci byli pomijani w negocjacjach strajkowych, a co gorsze – taka interpretacja statusu rezydenta i np. straszenie, że udział w strajku będzie powodem utraty rezydentury, pozwalała dyrektorom szpitali wykorzystywać rezydentów do łamania strajków, co skutkowało podziałami wśród lekarzy i często porażką strajkujących. I oto jesienią 2007 r. pojawiły się pojedyncze porozumienia strajkowe, w których uwzględniono podwyżki także dla lekarzy rezydentów – tak było m.in. w szpitalach w Radomiu oraz w moim szpitalu – uzyskaliśmy dla młodszych asystentów, w tym także dla lekarzy rezydentów, podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego do 2800 zł brutto! Okazało się, że jednak rezydenci są pracownikami szpitala!

W listopadzie 2007 r. Zarząd Krajowy OZZL zdecydował o utworzeniu sformalizowanej reprezentacji lekarzy rezydentów – celem było wspólne przedstawienie rządzącym problemów tej grupy lekarzy. W całej Polsce lekarzy rezydentów było wtedy 7500, a naszym najważniejszym problemem były bardzo niskie wynagrodzenia i brak perspektywy ich podniesienia (wtedy i sejm i senat odrzuciły poprawki do ustawy budżetowej dotyczące podwyżki wynagrodzeń rezydentów do 100 proc. tzw. średniej krajowej – nadal miało to być tylko 70 proc. W 2008 r. przy nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie udało się nam też doprowadzić do wprowadzenia zapisu o 100 proc. tzw. średniej krajowej jako wskaźnika minimalnej pensji dla rezydentów). W styczniu tego samego roku ogłosiliśmy nasze postulaty – został z nich spełniony tylko jeden – ten dotyczący terminu rozpoczęcia rezydentury. Obecnie pensje rezydentów są znacznie wyższe niż w 2007 r. Choć nie były one podnoszone od 2009 r., to nadal spełniają ustawowe kryterium 70 proc. średniej krajowej – wynagrodzenie na poziomie dwóch średnich krajowych pozostaje więc marzeniem. Inne postulaty są aktualne, pojawiły się też nowe problemy.

Sytuacja lekarzy rezydentów dziś

Ważne – lekarz rezydent podpisuje umowę o pracę z dyrektorem szpitala i ma takie same prawa jak inni lekarze nierezydenci pracujący w ramach umowy o pracę. Znaczy to, że w stosunku do lekarzy rezydentów obowiązują dyrektorów przepisy Kodeksu pracy – zarówno w kwestiach dotyczących czasu pracy, odpoczynku, rozliczania dyżurów, urlopów czy wypowiedzania warunków pracy. Jedyna różnica polega na tym, że wynagrodzenie zasadnicze lekarza rezydenta jest ustalane na drodze rozporządzenia ministra zdrowia – przy czym nie wyklucza to dodatków wynikających np. z regulaminu wynagradzania obowiązującego w danym szpitalu czy np. porozumienia strajkowego.

Jako że Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy z założenia zajmuje się problemami związanymi z zatrudnieniem lekarzy, a w szczególności kwestiami dotyczącymi umowy o pracę, lekarze rezydenci są jak najbardziej tą grupą, którą możemy reprezentować. Zwracają się do nas lekarze rezydenci z różnymi problemami. Wydaje się, że w ostatnich latach największym problemem jest realizacja obowiązkowych dyżurów medycznych wynikających z programów specjalizacji. Lekarze rezydenci mogą odbywać je w kilku formach: w ramach umowy o pracę, pracując w zmianowym lub równoważnym systemie pracy lub pełniąc dyżury kontraktowe. Przy czym, ponieważ nie istnieje definicja dyżuru, a dyrektorzy szpitali szukają sposobów maksymalnego obniżenia kosztów, dowolność w ich organizowaniu jest bardzo duża. Najczęściej jest to wymuszanie podpisania niekorzystnego dla rezydenta kontraktu dyżurowego – np. ze stawką godzinową 20 zł brutto i przeniesieniem pełnej odpowiedzialności za błędy na lekarza. Tak dzieje się w szpitalach, w których istnieje problem z obsadą dyżurową – lekarze rezydenci dyżurują wtedy (także na oddziałach zabiegowych) samodzielnie, bez nadzoru specjalisty, już w pierwszym roku rezydentury. I często nie zdają sobie sprawy z ryzyka, jakie niesie taka forma pracy – przypomnijmy sprawę rezydentki z Białegostoku skazanej na 8 miesięcy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata za opóźnienie cięcia cesarskiego, czy sprawę rezydentki neurologii z Warszawy dyżurującej samodzielnie w pierwszym roku specjalizacji, której – w głośniejszej sprawie Ewy Trautman – jako jedynej postawiono zarzuty. Dodatkowo, gdy lekarz dyżuruje w ramach umowy kontraktowej, nie przysługuje mu tzw. zejście po dyżurze – zostaje więc w pracy na kolejny dzień. Inną praktyką – boleśnie odczuwaną przez rezydentów, gdyż w znaczny sposób wpływającą na ich wynagrodzenie – jest proponowanie trzech dyżurów w miesiącu np. po 5 godzin, czasem w ramach umowy o pracę, czasem umowy zlecenia lub proponowanie bezpłatnych dyżurów towarzyszących. Dlaczego rezydenci zgadzają się na tak krzywdzące lub niebezpieczne umowy? Boją się braku zgody na oddelegowanie na staż poza szpital, szykan ze strony dyrekcji lub szefa oddziału, a nawet utraty rezydentury, bo rezydenci sprawiający kłopoty nie są mile widziani.

Innym istotnym problemem jest brak konkretnych regulacji dotyczących sytuacji lekarek rezydentek, które w czasie trwania rezydentury zostają matkami. Ponieważ są one zatrudnione na umowę o pracę, obowiązują je (a przynajmniej tak być powinno) przepisy Kodeksu pracy – również te dotyczące zakazu pracy w nocy w czasie ciąży i do czasu ukończenia przez dziecko 4 lat. Niestety koliduje to z realizacją programu specjalizacji i zawartych w nim dyżurach – często zdarza się, że rezydentki albo rezygnują z ochrony im należącej i dyżurują albo przedłużają czas specjalizacji (nierazko już poza rezydenturą), żeby odbyć brakujące dyżury. Tutaj pojawia się też problem wydłużenia rezydentury w przypadku np. urodzenia kolejno dwójki dzieci czy też przedłużającego się zwolnienia lekarskiego.

Jak OZZL może pomóc?

Osobom, które się do nas zwracają, proponujemy pomoc prawną. Niestety zgłoszenia lekarzy rezydentów mają często charakter anonimowy. Młodzi medycy nie chcą powiedzieć, nie tylko z jakiego szpitala są, ale nawet z jakiego miasta czy regionu Polski. Bywa i tak, że nawet się nie przedstawiają – jak po-

wiedział jeden z moich rozmówców – „boję się dekonspiracji”. Wiele spraw można rozwiązać szybko – wystarczy prześledzić zapisy umowy o pracę, program specjalizacji oraz regulaminy obowiązujące w danym szpitalu, by ustalić, czy działania dyrektora są zgodne z prawem. Jeśli nie – poproszenie o wydanie polecenia na piśmie kończy sprawę.

W związku z coraz większą liczbą zgłoszeń ze strony rezydentów postanowiliśmy, że spróbujemy jeszcze raz zwrócić uwagę Ministerstwa Zdrowia na coraz trudniejszą sytuację lekarzy rezydentów. W odpowiedzi na nasz list do dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Jolanty Orłowskiej-Heitzman (byłego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej) otrzymaliśmy zaproszenie na spotkanie, które odbędzie się 25.09.2014 r. Zamierzamy przedstawić na nim listę problemów rezydentów z konkretnymi propozycjami zmian w przepisach dotyczących realizacji szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury. Może uda się doprowadzić do spełnienia chociaż jednego z niezrealizowanych postulatów lekarzy rezydentów ogłoszonych w 2008 roku... (od red. artykuł trafił do druku przed ww. spotkaniem).

Dylematy lekarzy rezydentów

Przypadek 1

Szpital zabiegowy w dużym mieście. Od pół roku rezydenci dyżurują bez wynagrodzenia (tak!) na Izbie Przyjęć, bez nadzoru specjalisty. Na oddziałach też dyżurują rezydenci. Też bez specjalisty, nawet pod telefonem. Też bez wynagrodzenia. Dyrektor wydaje polecenie ustne, by pozostać na dyżurze. W przypadku niespełnienia polecenia – natychmiastowe wypowiedzenie umowy. W odpowiedzi na pytania o zapłatę za dyżury, dyrektor proponuje kontrakt – stawki godzinowe niskie, ale niepokój budzą przede wszystkim zapisy o przeniesieniu wszystkich kar finansowych na lekarza dyżurnego. Według dyrektora, nie ma innej możliwości dyżurowania. Co mam zrobić?!

Przypadek 2

Inny szpital, inne miasto. Po informacji na stronie OZZL popartej opinią prawną, że lekarz rezydent może odmówić podpisania kontraktu, lekarze rezydenci decydują się wypowiedzieć umowy kontraktowe. Dyrektor zgadza się i proponuje realizację obowiązkowych dyżurów w wymiarze 3x10,5 godziny. Zarobki spadną. Co zrobić?

Przypadek 3

Oddział Ginekologiczny. Dyżury – tylko samodzielne w ramach umowy kontraktowej, dyrektor nie przewiduje innych form odbywania dyżurów. Do czasu uzyskania zgody kierownika specjalizacji na dyżury samodzielne mam pełnić dyżury towarzyszące, bez wynagrodzenia. Nie chcę pracować bez wynagrodzenia, ale nie chcę stracić rezydentury. Jakie mam wyjście?



Fot. z archiwum autorki

Dorota Mazurek

– lekarz, specjalista psychiatra, w latach 2003-2009 rezydentka w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie, od 2007 r. pełnomocnik Zarządu Krajowego OZZL ds. lekarzy rezydentów



PROBLEMY MŁODYCH LEKARZY SĄ PROBLEMAMI CAŁEGO ŚRODOWISKA

Tekst Bożena Kaniak i Wojciech Pawlak

W czerwcu br. odbyła się w Krakowie kolejna Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy. Dwudziesty trzeci raz spotkali się już nasi młodzi koledzy, by zajmować się swymi problemami i bolączkami, których z roku na rok wcale nie ubywa. Nie może być jednak inaczej, bo są one przecież ściśle powiązane z trudnościami i patologiami dotyczącymi wszystkich polskich lekarzy i cały system opieki zdrowotnej w kraju.

Najważniejsze z omawianych na tym spotkaniu spraw znalazły odzwierciedlenie w 7 apelach skierowanych do ministra zdrowia. Oby w okresie obecnych zmian na szczytach władzy znalazł się w MZ czas i chęć zauważenia tych postulatów i ich rzeczowego rozważenia. W imieniu starszych kolegów szczerze wam tego życzymy. Wróćmy jednak do spraw poruszonych w ww. apelach.

1. Na całkowite poparcie zasługuje postulat uregulowania zasad pełnienia przez lekarzy dyżurów w trakcie specjalizacji. Dyżury takie winny być pełnione w miejscu, w którym lekarz odbywa zasadnicze szkolenie specjalizacyjne, z możliwością co najmniej uzyskania rzeczywistej pomocy specjalisty, a najlepiej pod jego stałą opieką. Nie należy jednocześnie ograniczać młodym lekarzom możliwości dodatkowego dyżurowania w miejscu pracy, ale też poza nim, jeśli nie odbywa się to kosztem zasadniczego szkolenia. Urzędnicy, zarządzający jednostkami opieki zdrowotnej, starsi koledzy lekarze oraz sami specjalizujący się powinni pamiętać, że młodzi ludzie mają obowiązki ale i prawa, są w okresie zakładania rodzin, którym muszą zapewnić godziwy byt, ale i czas wolny, że niejednokrotnie tylko dzięki nim jesteśmy w stanie zapewnić funkcjonowanie klinik, oddziałów, przychodni, zapłacić listy dyżurowe.

„Proces szkolenia specjalizacyjnego wymaga nie tylko uczniów, ale i nauczycieli. Nauczanie to zaś praca, która jeśli ma być dobrze wykonana, wymaga sporo czasu i zaangażowania. (...) Adekwatne do wkładanego wysiłku wynagrodzenie kierowników specjalizacji nie tylko wyszłoby na dobre jakości szkolenia, ale byłoby po prostu uczciwe”.



2. Od zawsze polski system opieki zdrowotnej cierpi na brak specjalistów. Wydłużają się kolejki pacjentów. Wciąż nie sposób zrozumieć, dlaczego ogranicza się możliwość kształcenia specjalizacyjnego. Ilość miejsc rezydentycznych w zrozumiały sposób determinuje zasobność budżetu MZ. Nie ma jednak żadnych powodów, aby w jakikolwiek sposób limitować miejsca specjalizacyjne nieopłacane przez państwo. Jeśli są chętni do nauki i chętni do nauczania oraz zatrudniania szkolących się lekarzy, to jakim prawem można temu przeszkadzać. System winien jednocześnie umożliwiać swobodne przechodzenie między trybami specjalizacji w ramach potrzeb i możliwości. Nie dostrzega się ciągle, że w systemie musi przybywać przynajmniej tylu nowych specjalistów, ilu ich w naturalny sposób ubywa teraz i będzie ubywa w przyszłości. A przecież potrzeby w wielu dziedzinach rosną.
3. Proces szkolenia specjalizacyjnego wymaga nie tylko uczniów, ale i nauczycieli. Nauczanie to zaś praca, która jeśli ma być dobrze wykonana, wymaga sporo czasu i zaangażowania. Wszyscy cierpimy dziś na notoryczny brak czasu a warunki, w których przychodzi nam pracować niejednokrotnie zniechęcają do obarczania się jakimikolwiek dodatkowymi obowiązkami. Adekwatne do wkładanego wysiłku wynagrodzenie kierowników specjalizacji nie tylko wyszłoby na dobre jakości szkolenia, ale byłoby po prostu uczciwe. Za pracę się płaci.
4. Nauka w każdej ze specjalności musi się odbywać w ośrodkach posiadających odpowiednią kadre szkoleniową oraz warunki do uzyskania wymaganych umiejętności. W ramach tworzenia nowego, modułowego systemu kształcenia należy określić, gdzie i na jakich warunkach specjalizujący się lekarze mogą realizować poszczególne etapy szkolenia. Wymagania powinny odpowiadać programowi specjalizacji, ale też uwzględniać realne możliwości całego systemu. Wydaje się logicznym, że wymagania stawiane jednostkom specjalistycznym winny pokrywać się z wymogami szkolenia specjalistycznego. Czyli jednostka specjalistyczna z definicji powinna mieć możliwość szkolenia specjalizacyjnego. W przeciwnym razie nie mogłaby być ośrodkiem specjalistycznym. Nie powinno być możliwe szkolenie z jednej specjalności w jednostkach o innym profilu lub tylko częściowo odpowiadających programowi specjalizacji. W szczególności widoczne jest to obecnie w internie, gdzie na oddziałach specjalistycznych szkoleni są przyszli specjaliści chorób wewnętrznych, którzy przez cały okres specjalizacji nie mają styczności z chorymi z innych gałęzi interny. Oczywiście patologia w imię zapewnienia rąk do pracy, ale jakim kosztem...
5. Postulat stworzenia zintegrowanego systemu przyznawania miejsc specjalizacyjnych wydaje się być słuszny. Musiałby on jednak uwzględniać zarówno preferencje młodych lekarzy co do miejsca szkolenia jak i lokalne zapotrzebowanie na specjalistów, a także zawierać mechanizmy zabezpieczające przed przekształceniem w system przypominający niegdysiejsze „nakazy pacy”.
6. Dopuszczyć należy do nieograniczonej możliwości szkolenia pozarezydentycznego i jednocześnie określić jednoznacznie jego zasady, tak aby eliminować patologie i zachowania na pograniczu wyzysku. Wszyscy doskonale wiemy, że szkolenie specjalizacyjne odbywa się przez pracę, a za pracę należy się zapłata, choćby na poziomie płacy minimalnej. Określenie, w porozumieniu z pracodawcami i przedstawicielami młodych lekarzy, zasad zatrudnienia i wynagrodzenia (niekoniecznie pieniężnego, ale może w innych formach, np. obopólnego zobowiązania późniejszego zatrudnienia) w trybach pozarezydentycznych byłoby ze wszech miar wskazane.
7. Dostępność do bazy pytań egzaminacyjnych jest praktyką znaną w innych krajach i systemach szkolenia. Pytania do testów na egzaminy specjalizacyjne są każdorazowo układane w oparciu o propozycje z ośrodków referencyjnych. Powinny się zatem zmieniać, chociażby ze względu na postęp wiedzy medycznej. Co zatem stoi na przeszkodzie, by udostępniać pytania z poprzednich sesji LEK i LDEK? Nauka na podstawie pytań jest sposobem przyswajania wiedzy znanym od lat i skutecznym. Nie można zrozumieć ciąglego oporu w tej kwestii.

Problemy młodych lekarzy są w istocie problemami nas wszystkich i całego systemu opieki zdrowotnej. Zrozumienie tego wyjdzie z pewnością na dobre nam samym, pacjentom, wszystkim. I tego zrozumienia musimy tym młodym ludziom życzyć, także po to, by oni dziś i w przyszłości rozumieli problemy nas, swoich starszych kolegów, nauczycieli, mistrzów (mam nadzieję, że o wielu tak będą mogli myśleć).



Fot. MJ

Lek. Bożena Kaniak – specjalista chorób wewnętrznych, ordynator IX Oddziału Chorób Wewnętrznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

” **Problemy młodych lekarzy są w istocie problemami nas wszystkich i całego systemu opieki zdrowotnej. Zrozumienie tego wyjdzie z pewnością na dobre nam samym, pacjentom, wszystkim.** “



Fot. z archiwum W. Pawlaka

Lek. Wojciech Pawlak – specjalista chorób wewnętrznych i hipertensjologii, starszy asystent IX Oddziału Chorób Wewnętrznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu



LEKARZE REZYDENCI OKIEM PRAWNIKA

Tekst Agata Wnukiewicz-Kozłowska

Problem

Wokół kwestii lekarzy rezydentów, a szczególnie, zakresu ich obowiązków i związanej z tym ewentualnej odpowiedzialności prawnej, pojawiło się kilka odmiennych opinii (również w samym środowisku medycznym) i sporo wątpliwości. W związku z tym warto przyrzeć się odpowiednim przepisom i podjąć próbę wyjaśnienia powstałych niejasności.

Opinia prezesa NRL

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Maciej Hamankiewicz wypowiedział się na łamach prasy medycznej oraz na oficjalnym portalu internetowym NRL w kwestii samodzielności lekarzy rezydentów i ich odpowiedzialności prawnej za dokonane bądź zaniechane czynności lecznicze. Istotą tej wypowiedzi jest konkluzja, zgodnie z którą: „Lekarz rezydent to osoba posiadająca pełne, nieograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza. Co do zasady rezydent ponosi więc odpowiedzialność za podejmowane przez siebie działania medyczne”. Nie sposób zaprzeczyć słowom prezesa, ale należałoby je uszczegółowić.

Zasady odbywania specjalizacji

Reguły odbywania specjalizacji określa ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry (uzl, Dz. U.2011.277.1634 – j.t.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (rozporządzenie o specjalizacji, Dz. U.2013.26).

Art. 2 ust. 1 i ust. 2 uzl określa, na czym polega wykonywanie zawodu lekarza: „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świad-

czeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, zaś wykonywanie zawodu lekarza dentystry polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń określonych w ust. 1, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych”. Z punktu widzenia rozważanej problematyki najbardziej istotne znaczenie ma sformułowanie „przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje”, co oznacza, że lekarz przystępując do wykonywania czynności zawodowych, powinien legitymować się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami. Te zaś lekarz nabywa, między innymi, w drodze odbywania specjalizacji. Nie oznacza to, że lekarz bez specjalizacji nie może wykonywać czynności lekarskich. Niemniej jednak wszelkie czynności wymagające wiedzy i umiejętności specjalistycznych lekarz może wykonywać pod warunkiem posiadania odpowiedniej specjalizacji.

Specjalizację, zgodnie z przepisami uzl, można odbywać w różnych trybach. Art. 16 ust. 1 uzl przewiduje, że lekarz może uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny po spełnieniu następujących warunków: odbyciu szkolenia specjalizacyjnego oraz złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego albo też po uznaniu za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego za granicą. Zgodnie z przepisami art. 16h uzl „lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach rezydentury albo też może odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne: 1) na podstawie umowy o pracę



Jestem lekarzem rezydentem, nie prawnikiem...

Zródło grafiki: www.deviantart.com/Jamdberto

zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny; 2) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów; 3) na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne; 4) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania; 5) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego". Z cytowanych przepisów wynika, że specjalizację można uzyskać, szkoląc się w różnych trybach, z czego, w powszechnym odczuciu, najbardziej korzystną formą jest rezydentura, opłacana na poziomie ustalonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U.2012.1498) – najczęściej wyższym niż pensja lekarza zatrudnionego na umowę o pracę – przez Ministerstwo Zdrowia, a nie podmiot zatrudniający lekarza rezydenta.

Obowiązki rezydenta

Zgodnie z treścią art. 16i ust. 1 uzl: „Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne przez cały okres jego trwania w wymiarze czasu równemu czasowi pracy lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 93 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz pełni dyżury lub pracuje w systemie zmianowym lub równoważnym w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej”. Stąd wniosek, że lekarz rezydent zobowiązany jest do pracy w pełnym wymiarze godzin tak, jak lekarz zatrudniony na umowę o pracę, i ponadto do pełnienia dyżurów lub zamiennie do pracy zmianowej ewentualnie tzw. równoważnej. Przy czym, w warunkach uzyskania poszczególnych specjalizacji ujęty jest wymóg odbywania dyżurów, co przesądza o obowiązku ich odbywania, warunkując uzyskanie specjalizacji, między innymi, od spełnienia tego wymogu. Różnica polega jedynie na tym, że wobec lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym zobowiązanie do pełnienia dyżuru ma charakter polecenia służbowego i nie wymaga zawarcia odrębnej umowy. Z lekarzem rezydentem podmiot leczniczy zobowiązany jest taką umowę zawrzeć, ponieważ wynagrodzenie, określone cytowanym już wcześniej rozporządzeniem ministra zdrowia, nie obejmuje dyżurów.

Z art. 95 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U.2013.217 j.t.) wynika, że: „Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu dyżuru medycznego”. Do tej kategorii pracowników należą również lekarze rezydenci, co oznacza, że można wymagać od nich pełnienia dyżurów. Generalnie jednak lekarz rezydent pełni dyżur pod nadzorem lekarza specjalisty. Kierownik specjalizacji może jednakże zdecydować o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru (par. 15 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia w sprawie specjalizacji). Podsumowując, lekarz rezydent ma prawo pełnić dyżur medyczny, a zatrudniający go podmiot

ma prawo wymagać pełnienia dyżurów od lekarza rezydenta. Ponadto, lekarz rezydent w celu uzyskania specjalizacji, ma obowiązek, zgodnie z programem danej specjalizacji, pełnić dyżury medyczne. Stąd wniosek, że lekarz rezydent nie może uchylać się od pełnienia tego rodzaju dyżurów. Ewentualnie ekwiwalentnie może pracować w systemie zmianowym lub równoważnym (co pracodawcy częściej wykorzystują, płacąc mniej niż za dyżury). Jednakże do czasu podjęcia przez kierownika specjalizacji decyzji o dopuszczeniu lekarza rezydenta do samodzielnego pełnienia dyżuru, dyżur powinien być pełniony pod nadzorem lekarza specjalisty. Stąd, lekarz rezydent, który uważa, że nie jest jeszcze kompetentny do samodzielnego pełnienia dyżurów i jest w stanie rozsądnie uzasadnić tę tezę, może negocjować z kierownikiem specjalizacji „odwleczenie” tego momentu.

Poza pełnieniem dyżurów, lekarz rezydent wykonuje inne czynności medyczne objęte programem specjalizacji (art. 16f ust. 1 uzl), w szczególności ma obowiązek szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywania w ustalonej liczbie określonych zabiegów lub procedur medycznych (art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. f uzl). Tak sformułowane wymogi tłumaczą angażowanie lekarza rezydenta do różnych czynności charakterystycznych dla danego podmiotu świadczącego usługi medyczne. Ponadto lekarz rezydent powinien poszerzać swoją wiedzę teoretyczną i wymagane umiejętności praktyczne, które lekarz jest obowiązany opanować w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, z uwzględnieniem elementów danej dziedziny medycyny oraz dziedzin pokrewnych, w szczególności elementów farmakologii klinicznej, farmakoekonomiki, onkologii, medycyny paliatywnej, medycyny ratunkowej, promocji zdrowia i zdrowia publicznego, orzecznictwa lekarskiego i prawa medycznego (art. 16f ust. 3 pkt 1 uzl).

W kwestii oddelegowywania lekarza rezydenta do pełnienia dyżuru na SOR-ze, należy stwierdzić, że lekarz należący do tej kategorii ma obowiązek pełnić tego rodzaju dyżury tylko, jeżeli są one elementem programu specjalizacji, z zakresu której się kształci. Poza wymiarem określonym w programie specjalizacji lekarz rezydent może pełnić dyżury medyczne w SOR tylko wtedy, jeżeli wyrazi na to zgodę.

Odpowiedzialność prawna rezydenta

Kluczowymi zagadnieniami dla kwestii odpowiedzialności prawnej rezydenta są: forma jego zatrudnienia, wymóg pełnienia czynności medycznych pod nadzorem kierownika specjalizacji, stopień samodzielności potwierdzony decyzją kierownika specjalizacji.

Z przepisów uzl wynika jasno, że lekarz rezydent pozostaje w stosunku zatrudnienia na umowę o pracę. Ta forma zatrudnienia przewiduje, że pracownik nie poniesie odpowiedzialności kontraktowej, ponieważ umowa o świadczenie medyczne zawierana jest między pacjentem a podmiotem leczniczym, a nie między lekarzem i pacjentem. Stąd odpowiedzialność ponosi podmiot leczniczy, który może jedynie dochodzić od zatrudnionego lekarza regresu do wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia tego pracownika. Odpowiedzialność zaś deliktowa zostaje wyłączona na podstawie art. 120 Kodeksu pracy, który przewiduje, że za szkody spowodowane przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych odpowiedzialność ponosi pracodawca. Jeżeli jednak lekarz ze swej winy wyrządził pacjentowi szkodę, może ponosić odpowiedzialność deliktową, opartą na art. 415 Kodeksu cywilnego. W takiej sytuacji, na mocy art. 122 Kodeksu pracy, pracownik może być zobowiązany do naprawienia szkody w pełnej wysokości.

Dr n.
prawnych
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

„Jeśli lekarz podejmie się czynności, do których wykonania nie ma odpowiedniej wiedzy i przygotowania, jego postępowanie musi być ocenione według wzorca ustalonego dla specjalisty w danej dziedzinie. Jeśli pacjent poniósł szkodę, podjęcie się czynności przez takiego lekarza stanowi jego winę, chyba że nie było w pobliżu specjalisty, a zwłoka dla pacjenta miałaby ujemne skutki. Jak słusznie zauważa w swoim komentarzu do art. 37 uzł Mirośława Malczewska, wagę obowiązku lekarza do skonsultowania prowadzonego postępowania leczniczego z innym lekarzem podkreśla się w wyrokach sądowych. W jednym z orzeczeń Sąd Najwyższy uchylił wyrok oddalający powództwo o rentę pacjentki, która doznała trwałego kalectwa w związku z nieprawidłowym diagnostycznym i terapeutycznym postępowaniem niedoświadczonego lekarza, uznając, że powinien on w tym przypadku pozostać pod nadzorem doświadczonego specjalisty (wyrok SN z dnia 11 marca 1976 r., IV CR 50/76, OSNC 1977, nr 1, poz. 11)”.*”*

W przypadku zatrudnienia na podstawie umowy cywilnoprawnej (umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa o świadczenie usług, kontrakt) lekarz, nie będąc pracownikiem podmiotu leczniczego, w razie wyrządzenia pacjentowi szkody odpowiada wraz z tymże podmiotem solidarnie. Oznacza to, że wierzyciel (w tym przypadku pacjent) ma prawo żądać całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna. Ten rodzaj odpowiedzialności jest dla lekarza najbardziej dolegliwy.

Istotną kwestią przy zagadnieniu odpowiedzialności lekarza rezydenta jest też problem nadzoru nad lekarzem rezydentem

sprawowanego przez kierownika specjalizacji. Zgodnie z art. 16m ust. 7 pkt 4 uzł: „Kierownik specjalizacji sprawuje nadzór nad realizacją programu specjalizacji przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne. W ramach sprawowanego nadzoru kierownik specjalizacji, a w odniesieniu do pkt. 2-4 lekarz kierujący stażem kierunkowym: uczestniczy w wykonywanym przez lekarza zabiegu operacyjnym albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania lub stosowania”. Z tak przyjętej regulacji wynika, że lekarz nadzorujący wykonywanie czynności medycznych przez lekarza rezydenta dokonuje oceny, od jakiego momentu ten drugi jest zdolny do samodzielnego wykonywania powierzonych mu czynności. Samodzielność zaś oznacza pełną odpowiedzialność za dokonane lub zaniechane czynności. Natomiast w okresie, kiedy lekarz rezydent nie legitymuje się jeszcze samodzielnością, kierownik specjalizacji lub lekarz kierujący stażem ponosi odpowiedzialność za czynności dokonane pod jego nadzorem, chyba że lekarz rezydent w sposób oczywisty przyczynił się do powstania szkody na rzecz pacjenta, nie dochowując należytej staranności w wykonywaniu powierzonego zadania.

Warto zwrócić też uwagę, że każdy lekarz, w tym również lekarz rezydent, jak przewiduje to art. 37 uzł: „W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych [...] z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie”. Jeśli więc lekarz podejmie się czynności, do których wykonania nie ma odpowiedniej wiedzy i przygotowania, jego postępowanie musi być ocenione według wzorca ustalonego dla specjalisty w danej dziedzinie. Jeśli pacjent poniósł szkodę, podjęcie się czynności przez takiego lekarza stanowi jego winę, chyba że nie było w pobliżu specjalisty, a zwłoka dla pacjenta miałaby ujemne skutki. Jak słusznie zauważa w swoim komentarzu do art. 37 uzł Mirośława Malczewska, wagę obowiązku lekarza do skonsultowania prowadzonego postępowania leczniczego z innym lekarzem podkreśla się w wyrokach sądowych. W jednym z orzeczeń Sąd Najwyższy uchylił wyrok oddalający powództwo o rentę pacjentki, która doznała trwałego kalectwa w związku z nieprawidłowym diagnostycznym i terapeutycznym postępowaniem niedoświadczonego lekarza, uznając, że powinien on w tym przypadku pozostać pod nadzorem doświadczonego specjalisty (wyrok SN z dnia 11 marca 1976 r., IV CR 50/76, OSNC 1977, nr 1, poz. 11).

Lekarz rezydent, podobnie jak każdy inny lekarz objęty jest obowiązkiem ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Tego rodzaju obowiązek ma w założeniu stanowić gwarancję ochrony prawnej, zarówno ubezpieczającego się lekarza, jak i potencjalnego pacjenta, który może doznać szkody na skutek nieprawidłowego, błędnego postępowania medycznego. Prawidłowo skonstruowana polisa ubezpieczeniowa chroni lekarza przed odpowiedzialnością majątkową z własnego majątku. Należy zatem zwrócić uwagę na wybór właściwej polisy o szerokim zakresie ochrony, co wcale nie jest rzeczą oczywistą i wymaga aktywnego i świadomego udziału lekarza w procesie podejmowania decyzji o wyborze firmy ubezpieczeniowej i treści polisy OC. Z oczywistych względów polisa w zakresie odpowiedzialności cywilnej nie chroni lekarza w przypadku odpowiedzialności karnej (np. za dokonanie zabiegu lekarskiego bez zgody pacjenta – art. 192 Kodeksu karnego).

Przykłady

1. Lekarz rezydent przyjmuje pacjentów w poradni specjalistycznej bez bezpośredniego nadzoru lekarza specjalisty. W tak nakreślonej sytuacji odpowiedzialność poniesie podmiot leczniczy z uwagi na błąd w organizacji pracy. Jeżeli natomiast nieobecność lekarza specjalisty nie jest efektem zaniedbania organizacyjnego, tylko wynika z lekceważenia swoich obowiązków przez tego lekarza, odpowiedzialność poniesie również podmiot leczniczy, ale będzie mógł domagać się od lekarza specjalisty regresu, którego wysokość będzie zależała od formy zatrudnienia oraz winy umyślnej. Lekarz rezydent w takiej sytuacji nie ma obowiązku pełnienia czynności medycznych, chyba że kierownik specjalizacji uznał go za kompetentnego do samodzielnych działań.
2. Lekarz rezydent pełni dyżur bez decyzji kierownika specjalizacji o dopuszczeniu do samodzielnego pełnienia dyżuru. Lekarz rezydent bez tego rodzaju decyzji nie powinien podejmować się ich pełnienia, powiadamiając o tym w formie pisemnej kierownika specjalizacji oraz zatrudniający go podmiot leczniczy. W tej sytuacji, gdy dyżur odbywał się w ramach umowy o pracę, odpowiedzialność względem pacjenta będzie ponosił podmiot prowadzący działalność leczniczą, który w określonych przepisami prawa sytuacjach, będzie miał możliwość regresu do lekarza rezydenta (jego wysokość będzie uzależniona od tego, czy działanie/zaniechanie było wynikiem winy umyślnej). W przypadku, gdy podstawą pełnienia dyżuru była umowa cywilnoprawna, odpowiedzialność będzie spoczywała zarówno na lekarzu rezydencie, jak i podmiocie prowadzącym działalność leczniczą, który jako profesjonalista jest odpowiedzialny za staranną weryfikację osób (a szczególnie ich kwalifikacji), za pomocą których wykonuje działalność. Nie leży zatem w interesie podmiotu leczniczego dopuszczanie do dyżurów osób o niewystarczających kompetencjach.
3. Lekarz rezydent pełni dyżur pod nadzorem lekarza specjalisty. W zależności od formy zatrudnienia, różnie będzie się kształtowała odpowiedzialność. Jeśli jest to umowa o pracę, to odpowiedzialność będzie spoczywała na pracodawcy, ale ten będzie miał możliwość wystąpienia z regresem do obu lekarzy solidarnie ponoszących odpowiedzialność. Jego wysokość będzie zależała od tego, czy działanie/zaniechanie jest obciążone winą umyślną. W przypadku umowy cywilnoprawnej odpowiedzialność ponosi, zarówno podmiot leczniczy, jak i obaj lekarze, przy czym, w określonych sytuacjach, podmiotowi leczniczemu będzie przysługiwał regres względem lekarzy w pełnej wysokości.
4. Lekarz rezydent (niesamodzielny) operuje jako operator bez asysty lekarza specjalisty. Gdy czynność ta była dokonana w związku z wykonywaniem obowiązków pracowniczych (na podstawie umowy o pracę) odpowiedzialność ponosi podmiot leczniczy, z możliwością regresu do lekarza rezydenta lub obu – kierownika specjalizacji i rezydenta (kwestia ustalenia, czy lekarz rezydent podjął czynności samodzielnie, czy na zlecenie kierownika specjalizacji). W przypadku zabiegu wykonanego podczas dyżuru pełnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej, odpowiedzialność ponosi lekarz rezydent solidarnie z podmiotem leczniczym. Stąd wniosek, że lekarz rezydent powinien powstrzymać się od samodzielnego wykonywania procedur, których jeszcze nie opanował i w zakresie których nie legitymuje się samodzielnością.

Z naszej Alma Mater

Wykaz osób, którym w roku akademickim 2013/2014 nadano stopień doktora nauk medycznych na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

TYTUŁ/IMIĘ I NAZWISKO	DZIEDZINA	DYSCYPLINA
lek. Barbara Barteczko-Grajek	nauki medyczne	medycyna
mgr inż. Anna Choromańska	nauki medyczne	biologia medyczna
lek. Irena Flinta	nauki medyczne	medycyna
lek. Cezariusz Guth	nauki medyczne	medycyna
mgr Karolina Jabłońska	nauki medyczne	biologia medyczna
mgr Adam Junka	nauki medyczne	biologia medyczna
lek. wet. Ewa Karuga-Kuźniewska	nauki medyczne	biologia medyczna
mgr Joanna Kozłowska	nauki medyczne	biologia medyczna
lek. Elżbieta Łoniewska-Palczy	nauki medyczne	medycyna
mgr inż. Dorian Nowacki	nauki medyczne	biologia medyczna
lek. Andrzej Popow	nauki medyczne	medycyna
lek. Maciej Pregiel	nauki medyczne	medycyna
lek. Bartosz Puła	nauki medyczne	medycyna
mgr inż. Ilona Rybińska	nauki medyczne	biologia medyczna
mgr Anna Stodolak	nauki medyczne	medycyna
mgr Agnieszka Szweda	nauki medyczne	medycyna
mgr inż. Marcin Szczot	nauki medyczne	biologia medyczna
mgr inż. Alicja Tomaszek	nauki medyczne	biologia medyczna
mgr inż. Agnieszka Węgrzyn	nauki medyczne	biologia medyczna
mgr Paulina Wyrembek-Koczwara	nauki medyczne	biologia medyczna

Wykaz osób, którym w roku akademickim 2013/2014 nadano stopień doktora habilitowanego na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

IMIĘ I NAZWISKO	DATA NADANIA STOPNIA	DZIEDZINA	DYSCYPLINA
dr Waldemar Goździk	14.11.2013 r.	nauki medyczne	medycyna
dr Tomasz Jurek	10.04.2014 r.	nauki medyczne	medycyna
dr Agata Matejuk	24.04.2014 r.	nauki medyczne	biologia medyczna
dr Andrzej Wojnar	24.04.2014 r.	nauki medyczne	medycyna
dr Marzenna Bartoszewicz	12.06.2014 r.	nauki medyczne	medycyna
dr Marek Drab	12.06.2014 r.	nauki medyczne	biologia medyczna
dr Jan Gnus	26.06.2014 r.	nauki medyczne	medycyna

Wykaz osób, którym w roku akademickim 2013/2014 prezydent RP nadał tytuł naukowy profesora nauk medycznych na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

IMIĘ I NAZWISKO	DATA NADANIA TYTUŁU
dr hab. Andrzej Hendrich	07.01.2014 r.
dr hab. Piotr Dzięgiel	19.02.2014 r.
dr hab. Małgorzata Sobieszkańska	27.03.2014 r.
dr hab. Grażyna Gościńskiak	26.06.2014 r.



Mec. Beata
Kozyra-Łukasiak
– radca prawny DIL

LEKARZ REZYDENT – NAJCZĘŚCIEJ ZADAWANE PYTANIA

Grafika: MJ i WW

Jakie przepisy regulują zagadnienia dotyczące odbywania specjalizacji w trybie rezydentury?

Status lekarza odbywającego specjalizację w ramach rezydentury określają przepisy Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jednolity z 2011 r. nr 277, poz. 1634 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. z 2013 r., poz. 26).

Do postępowań i szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia (9 stycznia 2013 r.), mają zastosowanie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. nr 213, poz. 1779 ze zm.).

Czy lekarzowi przysługuje płatny urlop szkoleniowy w związku z przystąpieniem do egzaminu kończącego specjalizację?

Lekarzowi przysługuje urlop szkoleniowy w wymiarze 6 dni na przygotowanie się i przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Za czas urlopu szkoleniowego lekarz zachowuje prawo do wynagrodzenia. Urlop szkoleniowy przysługuje lekarzowi, który otrzymał powiadomienie z Centrum Egzaminów Medycznych o terminie PES.

Czy lekarz jest uprawniony do wyboru kierownika specjalizacji?

Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne pod kierunkiem lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej albo wykonującego zawód na podstawie stosunku służby w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, wyznaczonego przez kierownika tego podmiotu w porozumieniu z właściwym konsultantem wojewódzkim w danej dziedzinie medycyny, który wyraził zgodę na pełnienie tej funkcji. Kierownikiem specjalizacji może być lekarz posiadający II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny będącej przedmiotem szkolenia specjalizacyjnego, a w uzasadnionych przypadkach w pokrewnej dziedzinie medycyny.

Czy lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w trybie rezydentury może zmienić miejsce odbywania specjalizacji?

Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, może zmienić miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie wcześniej niż po upływie jednego roku, chyba że jednostka organizacyjna, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, uległa likwidacji lub przestała spełniać wymagania do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Lekarz zmieniający miejsce szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany do zmiany kierownika specjalizacji, którym staje się lekarz specjalista w podmiocie aktualnie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne.

Czy jednostka uprawniona do prowadzenia specjalizacji może odmówić przyjęcia lekarza w celu odbycia specjalizacji?

Jednostka organizacyjna, posiadająca wolne miejsca szkoleniowe w danej dziedzinie medycyny, umożliwia odbywanie szkolenia specjalizacyjnego lekarzowi skierowanemu do jego odbywania w tej jednostce. W przypadku nieprzyjęcia lekarza skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez jednostkę posiadającą wolne miejsca szkoleniowe wojewoda występuje do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego z wnioskiem o zmniejszenie maksymalnej liczby miejsc szkoleniowych, jakie zostały przyznane jednostce w zakresie danej specjalizacji.

Czy można rozwiązać umowę o pracę z lekarzem rezydentem w trybie wypowiedzenia?

Sąd Najwyższy w wyroku z 6 września 2005 r. I PK 5/05 orzekł, że wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę na czas określony zawartej z lekarzem rezydentem może nastąpić tylko z przyczyn, które uniemożliwiają szkolenie specjalizacyjne, wymienionych aktualnie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz w rozporządzeniu w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza albo zakaz wykonywania zawodu lekarza; ograniczenie lekarza w wykonywaniu określonych czynności medycznych,

objętych programem specjalizacji; zaprzestanie przez lekarza odbywania szkolenia specjalizacyjnego; przerwanie lekarzowi szkolenia specjalizacyjnego na wniosek kierownika specjalizacji po uzyskaniu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny oraz właściwej okręgowej izby lekarskiej; upływ okresu, w którym lekarz był obowiązany ukończyć szkolenie specjalizacyjne). W razie wypowiedzenia tej umowy bez wskazania przyczyny uzasadniającej jej rozwiązanie pracownikowi przysługują roszczenia określone w art. 56 w związku z art. 59 k.p. – roszczenie o przywrócenie do pracy na poprzednich warunkach albo odszkodowanie.

Zdaniem Sądu Najwyższego rezydentura jest szczególnym, uprzywilejowanym trybem odbywania specjalizacji. Status rezydenta mogą uzyskać jedynie lekarze zakwalifikowani do odbywania specjalizacji w tym trybie po postępowaniu kwalifikacyjnym, którzy w danej dziedzinie medycyny zyskali największą liczbę punktów. Przepisy dotyczące umowy o pracę na czas określony zawieranej z lekarzem rezydentem są przepisami szczególnymi w stosunku do przepisów Kodeksu pracy, normujących ten typ umowy, a umowa z rezydentem jest szczególnym rodzajem umowy na czas określony.

Jaki wymiar godzinowy dyżuru medycznego obowiązuje lekarza odbywającego specjalizację w trybie rezydentury?

Zgodnie z komunikatem Ministerstwa Zdrowia z 13 listopada 2009 r. tygodniowy wymiar dyżuru medycznego odbywanego w ramach realizacji programu specjalizacji powinien wynosić 10 godzin i 5 minut. Przy takim ograniczeniu jego długości nie występuje konieczność podpisywania tzw. klauzuli opt-out, która powinna być dobrowolnym wyrażeniem zgody na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo.

Czy lekarzowi rezydentowi może być powierzona praca w izbie przyjęć, jeżeli odbywa szkolenie specjalizacyjne na oddziale szpitalnym zgodnie z programem specjalizacji?

Powierzenie lekarzowi rezydentowi pracy w komórce organizacyjnej, która nie jest wskazana w programie specjalizacji, zdaniem Ministerstwa Zdrowia wyrażonym w piśmie MZ-NSR-842-16123-286/LT/13 z 29 stycznia 2013 r., oznacza złamanie zobowiązania, określonego w zawartej z ministrem zdrowia umowie, do prowadzenia specjalizacji rezydentów zgodnie z programem specjalizacji i planem jej odbywania. W konsekwencji spowoduje to konieczność zwrotu środków finansowych wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem przez podmiot leczniczy.

Czy szpital może odmówić podpisania umowy cywilnoprawnej na dyżury medyczne realizowane pod nadzorem w ramach programu specjalizacji?

Lekarzom zakwalifikowanym do odbywania szkolenia specjalizacyjnego po 1 lipca 2011 r., za pełniony w ramach realizacji szkolenia specjalizacyjnego dyżur medyczny, przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pełnienie dyżuru medycznego, która może być również częścią umowy o pracę. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, zawartym w piśmie MZ-NSR-842-16123-372/LT/14 z 12 marca 2014 r., ustawodawca nakłada na jednostki uprawnione do prowadzenia specjalizacji oraz jednostki uprawnione jedynie do prowadzenia stażu kierunkowego przewidzianego programami specjalizacji, obowiązek finansowania programowych dyżurów medycznych pełnionych w danej jednostce przez specjalizujących się lekarzy. Lekarz pełniący dyżur medyczny powinien otrzymać wynagrodzenie za jego pełnienie, niezależnie od formy tego dyżuru (samodzielny, towarzyszący, zespołowy). Forma dyżuru zależy od charakteru działalności danej jednostki (zabiegowa, zachowawcza) i od stopnia przygotowania zawodowego szkolącego się lekarza.

Jakie działania powinien podjąć lekarz rezydent, gdy napotyka na utrudnienia ze strony jednostki szkolącej, związane z realizowaniem szkolenia specjalizacyjnego?

Szkolenie specjalizacyjne może być prowadzone przez jednostki organizacyjne, które zapewniają warunki merytoryczne i organizacyjne umożliwiające realizację programu specjalizacji w danej dziedzinie medycyny i uzyskały akredytację. Nadzór nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego sprawuje minister zdrowia. Nadzorowi podlega w szczególności zgodność realizacji zajęć z programem specjalizacji, prawidłowość prowadzonej dokumentacji przebiegu szkolenia specjalizacyjnego i zapewnienie odpowiedniej jakości szkolenia. W ramach powyższego nadzoru dyrektor CMKP przeprowadza kontrolę i monitoruje realizację szkolenia specjalizacyjnego.

W przypadku, gdy pojawią się utrudnienia ze strony jednostki szkolącej związane z realizowaniem szkolenia specjalizacyjnego, lekarz rezydent, powinien powiadomić konsultanta wojewódzkiego, wojewodę, dyrektora.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu pilnie poszukuje biegłych sądowych wszystkich specjalności medycznych.

Szczegółowe informacje można uzyskać w Oddziale Administracyjnym Sądu Okręgowego we Wrocławiu, ul. Sądowa 1, pok. 304, III p., tel. 71 370 42 05 lub na stronie internetowej BIP Sądu Okręgowego we Wrocławiu w zakładce: informacje – biegli sądowi.

Reklamy

Telefoniczno-internetowa
Recepcja Medyczna



Zapewniamy:

- Przejęcie ciężaru kontaktów z pacjentami – umawianie, przekładanie wizyt, udzielanie informacji o praktyce, przypomnienie o wizycie itp.
- Całodobowy dostęp do indywidualnego konta przez internet (kalendarz spotkań, baza pacjentów z historią wizyt, bilingi połączeń).
- Możliwość zarządzania kontem przez internet i telefon.
- Indywidualny numer telefonu stacjonarnego przypisany do lokalizacji lub przekierowanie na centralę.

Skontaktuj się z nami i przetestuj
nasze usługi całkowicie za darmo

www.medicall.biz
medical@interia.eu
tel. 22 270 62 20 • 603 452 225



**Polski
Holding
Medyczny**

Polski Holding Medyczny PCZ
ogłasza konkurs na stanowisko:

**Dyrektora Szpitala
Specjalistycznego w Górze.**

Szczegóły oferty podane na stronie:

[www.pcz.com.pl/
konkurs_na_dyrektora_szpitala](http://www.pcz.com.pl/konkurs_na_dyrektora_szpitala)

SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE – CO NOWEGO?

Tekst Anna Krześcińska-Nowacka

Zbliżające się postępowanie kwalifikacyjne w terminie 01.10-31.10.2014 r. zostanie przeprowadzone dla specjalizacji modułowych zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r., nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 26) w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

Wprowadzenie modułowego systemu specjalizacji wprowadza zniesienie dotychczasowego podziału dziedzin na podstawowe i szczegółowe. Wyszczególniono **5 modułów podstawowych** właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego: **chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, otorynaryngologia, patomorfologia, pediatria**. 41 specjalizacji jest dwumodułowych – odbywają się one zgodnie z programem szkolenia specjalizacyjnego składającego się z modułu podstawowego oraz modułu specjalistycznego.

I Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej:

1. chirurgia dziecięca,
2. chirurgia klatki piersiowej,
3. chirurgia naczyniowa,
4. chirurgia ogólna,
5. chirurgia onkologiczna,
6. chirurgia plastyczna.

II Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych:

1. alergologia,
2. angiologia,
3. balneologia i medycyna fizykalna,
4. choroby płuc,
5. choroby wewnętrzne,
6. diabetologia,
7. endokrynologia,
8. gastroenterologia,
9. geriatria,
10. hematologia,
11. immunologia kliniczna,
12. kardiologia,
13. medycyna lotnicza,
14. medycyna morska i tropikalna,
15. medycyna paliatywna,
16. medycyna pracy,
17. nefrologia,
18. onkologia kliniczna,
19. reumatologia,
20. toksykologia kliniczna,
21. transfuzjologia kliniczna.

III Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie otorynaryngologii:

1. audiologia i foniatria,
2. otorynaryngologia,
3. otorynaryngologia dziecięca.

IV Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie patomorfologii:

1. neuropatologia,



Fot. Marek Grótwowski

Anna Krześcińska-Nowacka – kierownik Oddziału Wyższych Kadr Medycznych w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim – Wydział Polityki Społecznej

2. patomorfologia.

V Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie pediatrii:

1. choroby płuc dzieci,
2. endokrynologia i diabetologia dziecięca,
3. gastroenterologia dziecięca,
4. kardiologia dziecięca,
5. nefrologia dziecięca,
6. neonatologia,
7. onkologia i hematologia dziecięca,
8. pediatria,
9. pediatria metaboliczna.

37 specjalizacji jest jednomodułowych – odbywają się one zgodnie z programem szkolenia specjalizacyjnego składającego się z modułu jednolitego. **Dla specjalizacji lekarskich:** anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia szczękowo-twarzowa, choroby zakaźne, dermatologia i wenerologia, diagnostyka laboratoryjna, epidemiologia, farmakologia kliniczna, genetyka kliniczna, kardiochirurgia, medycyna nuklearna, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, medycyna sądowa, medycyna sportowa, mikrobiologia lekarska, neurochirurgia, neurologia, neurologia dziecięca, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, położnictwo i ginekologia, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna, rehabilitacja medyczna, urologia, zdrowie publiczne. **Dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych:** chirurgia stomatologiczna, chirurgia szczękowo-twarzowa, ortodoncja, periodontologia, protetyka stomatologiczna, stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją, epidemiologia, zdrowie publiczne.

8 specjalizacji jest dostępnych wyłącznie dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowied-

niej dziedzinie medycyny: endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, ginekologia onkologiczna, hipertensjologii, intensywna terapia, perinatologia, seksuologia, transplantologia kliniczna, urologia dziecięca.

Lekarz ubiegający się o rozpoczęcie specjalizacji składa wniosek o rozpoczęcie specjalizacji w formie: elektronicznej oraz papierowej w wybranej dziedzinie medycyny (oddzielnie dla trybu rezydenckiego i dla trybu pozarezydenckiego) do wojewody właściwego ze względu na obszar województwa, na terenie którego zamierza odbywać szkolenie specjalizacyjne. Składanie wniosków o rozpoczęcie specjalizacji lekarskiej w formie elektronicznej odbywa się za pośrednictwem strony: <http://wors.cmkp.edu.pl> **Wnioski składa się w dwóch terminach: do 28 lutego – na postępowanie kwalifikacyjne w terminie 1-31 marca, do 30 września – na postępowanie kwalifikacyjne w terminie 1-31 października.**

Lekarz ubiegający się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego może być w danym terminie dopuszczony do postępowania kwalifikacyjnego **tylko w jednej dziedzinie medycyny i tylko w jednym województwie**. Wygenerowany wniosek w systemie WORS, zatwierdzony, wydrukowany, podpisany przez lekarza składa się w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim, Wydziale Polityki Społecznej nie później niż w terminie 3 dni od końcowego terminu złożenia wniosku w formie elektronicznej.

W postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym w terminie 1-31 października 2014 r. lekarz przekazuje wniosek w formie papierowej do wojewody do 3 października 2014 r. Termin przekazania wojewodzie wniosku w wersji papierowej jest zachowany, jeżeli przed jego upływem wniosek został nadany w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego.

Do wniosku o rozpoczęcie specjalizacji należy dołączyć:

SKŁADANIE WNIOSKU W TRYBIE REZYDENCKIM:

1. oświadczenie dotyczące odbywania specjalizacji;
2. kserokopię prawa wykonywania zawodu, potwierdzonego przez OIL lub notariusza;
3. potwierdzoną kserokopię zaświadczenia o złożeniu egzaminu LEP/LDEP lub LEK/LDEK;
4. kserokopię dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem UE przebywa w Polsce;
5. propozycję jednostki szkoleniowej do odbywania specjalizacji.

SKŁADANIE WNIOSKU W TRYBIE POZAREZYDENCKIM:

1. zaświadczenie o średniej ocenie uzyskanej na egzaminie specjalizacyjnym I/II stopnia lub PES lub LEP/LDEP albo LEK/LDEK;
2. zgodę pracodawcy – w przypadku deklaracji

cji odbywania specjalizacji w jednym z następujących trybów:

- na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne,
 - w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia,
 - na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne;
3. zgodę kierownika studiów doktoranckich;
 4. zaświadczenie z zakładu pracy o wymiarze czasu pracy i informacji, na jaki czas została zawarta umowa o pracę.

DOKUMENTY WYMAGANE W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O PUNKTY DODATKOWE (TYLKO W TRYBIE POZAREZYDENCKIM):

1. kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dyplomu uzyskania stopnia naukowego doktora nauk medycznych;
2. potwierdzone do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do 28 lutego lub 30 września) udziału w publikacji w czasopiśmie naukowym, zamieszczonym w wykazie czasopism sporządzonych przez ministra właściwego ds. nauki dla potrzeb oceny parametrycznej jednostek naukowych (potwierdzenie udziału w publikacji wydaje Główna Biblioteka Lekarska i jej oddziały oraz biblioteki uczelni medycznych);
3. zaświadczenie pracodawcy o posiadaniu co najmniej 3-letniego okresu zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do 28 lutego – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie 1-31 marca oraz do 30 września – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie 1-31 października), zgodnego z kierunkiem specjalizacji, w pełnym wymiarze czasu pracy, w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego;
4. zaświadczenie pracodawcy informujące o zajmowanym stanowisku – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych na uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych.

POSTĘPOWANIE KWALIFIKACYJNE OBEJMUJE:

- ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie specjalizacji wraz załącznikami;
- postępowanie konkursowe, w którym uwzględnia się najkorzystniejszy posiadany przez lekarza wynik z egzaminu;
- **rezydenckie** – wynik egzaminu LEP/LDEP albo LEK/LDEK;
- **pozarezydenckie**, jeżeli lekarz nie posiada żadnej lub odpowiedniej specjalizacji I/II stopnia bądź tytułu specjalisty – wynik egzaminu LEP/LDEP albo LEK/LDEK oraz punkty dodatkowe;
- **pozarezydenckie**, jeżeli lekarz posiada odpowiednią specjalizację I/II stopnia lub tytuł specjalisty – wynik egzaminu I/II stopnia lub PES lub LEP/LDEP albo LEK/LDEK oraz punkty dodatkowe.

Wynik postępowania stanowi procent maksymalnej liczby możliwych do uzyskania punktów za: egzamin LEP/LDEP albo LEK/LDEK – **200 punktów**, egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I/II stopnia lub PES – **200 punktów**, punkty dodatkowe – maksymalnie **20**.

Do odbywania specjalizacji kwalifikuje się lekarzy, w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc szkoleniowych przyznanych na postępowanie kwalifikacyjne w danej dziedzinie medycyny w danym województwie, w kolejności od najwyższego wyniku uzyskanego w postępowaniu konkursowym. Za potwierdzone przez wojewodę dolnośląskiego wyniki postępowania kwalifikacyjnego udostępnia się do wglądu w siedzibie Wydziału Polityki Społecznej w formie zakodowanych (wg identyfikatora systemu WORS) list rankingowych w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz na stronie internetowej: **www.duw.pl** w komunikatach Wydziału Polityki Społecznej **31 marca lub 31 października**.

REZYGNACJA ZE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

W odniesieniu do ww. zagadnienia należy przytoczyć zapisy rozporządzeń z roku 2001 i 2005. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. ws. specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. nr 83, poz. 905) § 10 ust. 11 mówił, że lekarz, który odbywa specjalizację w ramach rezydentury, nie może ubiegać się w tym samym czasie o odbywanie innej specjalizacji w tym trybie. Natomiast Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. (Dz. U. nr 213, poz. 1779) ws. specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów § 17.9. stanowi, że lekarz, który uzyskał tytuł specjalisty w podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny w ramach rezydentury, nie może ubiegać się ponownie o odbywanie innej specjalizacji, odpowiednio w podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny.

Obecnie, zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty, art. 16h ust. 7 informuje, że szkolenie w ramach rezydentury może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Zmiana ustawy tego zapisu spowodowała lawinowe rezygnacje z realizacji szkolenia w trybie rezydenckim.

Lekarz, nie planując zakończenia procesu specjalizacyjnego, rozpoczyna specjalizację w trybie rezydenckim, a w następnym postępowaniu albo za rok, czy dwa lata zmienia dziedzinę specjalizacji, ubiegając się także o tryb rezydencki. Pojawiają się sytuacje, gdy lekarz jest zakwalifikowany do realizacji szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim i nie rozpoczyna tego szkolenia. W latach 2011-2013 z realizacji szkolenia specjalizacyjnego zrezygnowało 319 osób, w tym 137 realizowało szkolenie w trybie rezydenckim. W bieżącym roku zarejestrowaliśmy 90 rezygnacji, w tym 47 realizowanych w trybie rezydenckim.



Co nowego w LKPK?

Od ponad 24 lat udzielamy nieoprocentowanych pożyczek. Korzystają z nich zarówno lekarze, jak i pracownicy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Od września br. kwota pożyczki sięga 20 tys. zł. Na to mogą sobie pozwolić tylko nieliczne Lekarskie Kasy Pomocy Koleżeńskie, działające w ramach izb lekarskich – w tym dolnośląska LKPK.

Sukcesywnie rośnie liczba pożyczkobiorców rodzinnych, o czym świadczy analiza danych dot. wysokości pożyczek przyznanych w ostatnich latach. Możliwości finansowe Kasy zwiększały się systematycznie na przestrzeni lat, podobnie jak liczba osób korzystających z pomocy LKPK. Minimalna kwota pożyczki to 1000 zł, górna granica sięga 20 tys. zł. Ta suma jest na tyle wysoka, że z powodzeniem można ją wykorzystać na wyposażenie gabinetu prywatnego lub pokrycie kosztów szkolenia zawodowego. Z finansowego wsparcia, jakie oferuje LKPK, mogą skorzystać zarówno osoby aktywne zawodowo, jak i te, które z różnych przyczyn wykazują mniejszą aktywność bądź znalazły się w trudnej sytuacji życiowej. Pożyczka rozłożona jest na 24 raty. W uzasadnionych przypadkach, spowodowanych zdarzeniami losowymi, Zarząd Kasy ustala indywidualnie, na jakich zasadach i kiedy nastąpi jej zwrot. Koleżanki i Koledzy, którzy zdecydują się zapisać do LKPK (w tym osoby specjalizujące się), mogą liczyć na preferencyjne warunki: wydłużenie okresu spłaty pożyczki, odroczenie spłaty pierwszej raty o miesiąc, odroczenie spłaty składek do LKPK o 3 miesiące. W ramach tzw. środków własnych (zgromadzone składki) można otrzymać pożyczkę bez żyrantów, będącą sumą tychże składek.

Atutami LKPK są: krótki termin oczekiwania, brak oprocentowania, długi okres spłat, wysoka kwota pożyczki, minimum formalności, przyspieszony tryb przyznawania pożyczki w zdarzeniach losowych. Zachęcamy do odwiedzenia naszej strony internetowej, gdzie można zapoznać się z warunkami udzielania pożyczek i pobrać stosowne dokumenty.

Krystyna Gniatkowska-Gładysz
przewodnicząca LKPK



Większe uprawnienia, większa przejrzystość – czy na pewno?

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz uważa, że zmiany w ustawie o konsultantach w ochronie zdrowia przyczynią się do wzmocnienia ich roli jako doradców szefa resortu i wojewodów. Twierdzi też, że konieczne jest wyeliminowanie potencjalnych konfliktów interesów. Informacje dotyczące m.in. prowadzenia przez konsultantów badań klinicznych czy udziału w kongresach naukowych, sponsorowanych przez koncerny farmaceutyczne, powinny być jawne. Zmiany spowodowały przesunięcia i zwolnienia na stanowiskach konsultanckich. Czy znolizowana ustawa wpłynie na poprawę leczenia i będzie korzystna dla pacjentów? O jej cieniach i blaskach mówią dolnośląscy konsultanci: dr. n. med. Emilia Filipczyk-Cisarż, prof. dr hab. n. med. Elżbieta Poniewierka oraz prof. dr hab. n. med. Szymon Dragan.

Jakie zmiany niesie ze sobą znolizowana ustawa o konsultantach w ochronie zdrowia? Czy można powiedzieć, że jest „dobra” tylko połowicznie?

Dr n. med. Emilia Filipczyk-Cisarż – konsultant wojewódzki w dziedzinie onkologii klinicznej dla województwa dolnośląskiego, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej/Chemioterapii w DCO we Wrocławiu

Uwaga dotycząca połowiczności jest słuszna. Zakres zadań się nie zmienił. Opiniujemy, kontrolujemy i nadzorujemy ośrodki, które nam podlegają, wydajemy opinie dla ministra dotyczące projektów, ustaw, wprowadzania programów terapeutycznych. Zmieniły się natomiast obowiązki dotyczące kontroli konsultantów poza działaniami czysto merytorycznymi, związanymi z pełnieniem funkcji. Mówiąc szczerze, nie do końca jestem tym usatysfakcjonowana. Konsultanci wojewódzcy są powoływani przez wojewodów, po konsultacjach ze środowiskiem medycznym, z towarzystwami medycznymi. Musi to być osoba, która budzi powszechne zaufanie. Wydaje mi się, że na tym właśnie polega rola konsultanta, że musi być uczciwy w tym co robi, czyli nie może swoich opinii bądź decyzji wydawać pod wpływem sentymentów, uwarunkowań finansowych czy innych okoliczności. Tymczasem w nowych przepisach można dopatrzeć się elementów braku zaufania w stosunku do nas. To w pewnym sensie sugerowanie, że konsultant może być stronnicy, gdyż na kontakt z firmami farmaceutycznymi, bo te umożliwiają mu wyjazdy na kongresy. Czy to budzi zaufanie i szacunek w stosunku do osób, które zostały wybrane do pełnienia tej funkcji? Skoro pytają nas i proszą o swego rodzaju spowiedź na temat naszych koneksji z firmami farmaceutycznymi? Przecież rozliczamy się przed urzędem skarbowym. Podobnie rzecz się ma ze szkoleniami lekarskimi. Oczywiście jest, że lekarze muszą ustawicznie się dokształcać, dlatego biorą udział w kongresach, nie tylko tych krajowych ale i międzynarodowych. Czy polskich medyków stać na opłacenie wyjazdów na kongresy zagraniczne? Wiadomo, że raczej nie... Wszyscy też wiedzą, że koszty udziału w takich spotkaniach pokrywa zazwyczaj firma farmaceutyczna w ramach sponsoringu. Wszystko to jest jednak przez lekarzy wykazywane w PIT. Tak nakazuje prawo farmaceutyczne. To nie jest nic tajnego. Natomiast ustawa mówi o tym, że każdą taką sytuację konsultant musi zgłosić. Dla mnie to nie stanowi problemu, ale budzi negatywne



Fot. z archiwum E.F.C.

Fot. z archiwum Sz.D.

Dr n. med.
Emilia
Filipczyk-Cisarż

Prof. dr hab.
n. med.
Szymon
Dragan

emocje, że nie można mieć do nas zaufania i nie jesteśmy uczciwi w tym, co robimy. Czy do tej pory byliśmy stronnicy? Inaczej tego nie potrafię wytłumaczyć. Przecież taki sponsoring ma miejsce również w innych branżach.

W ustawie jest też mowa o wzmocnieniu roli konsultantów. Do tej pory nie do końca miało to miejsce. Nie bierze się pod uwagę różnych opinii czy wniosków konsultantów przy różnych sprawach dotyczących danej dziedziny, czy to w zakresie kontraktowania usług, czy też planów tworzenia nowych oddziałów. Mówiliśmy już o tym wielokrotnie na spotkaniach konsultantów, aby wzmocnić naszą rolę. Może tym razem coś się w tym zakresie zmieni, mam taką nadzieję.

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Poniewierka – konsultant wojewódzki w dziedzinie gastroenterologii dla województwa dolnośląskiego, Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii USK we Wrocławiu

W moim odczuciu ustawa nie wnosi wiele nowego, a raczej sankcjonuje istniejące kwestie i obowiązki typu organizacyjnego czy merytorycznego. Nowa ustawa, podpisana w czerwcu, mówi o bezpośrednim związku konsultanta wojewódzkiego z wojewodą i krajowego z ministrem zdrowia. Zawiera też klauzulę dotyczącą ewentualnej współpracy z koncernami medycznymi. Uważam, że nie możemy być zależni od takich firm, bo wtedy nasze decyzje nie byłyby właściwe. Nie krytykuję tego, ale nie wydaje mi się, abyśmy

musieli podpisywać taką klauzulę, bo brak zależności od jakichkolwiek firm związanych z medycyną powinno być naturalne i wynikać z pełnionego zadania.

Nie wiem, czy ta ustawa wiele zmieni i czy jest „rewolucyjna”. Jest na pewno dokumentem podsumowującym i sankcjonującym pewne działania. Myślę, że powinniśmy jako konsultanci być częściej zapraszani do grona osób mogących podejmować istotne decyzje dla służby zdrowia lub mieć ułatwione kontakty z osobami decyzyjnymi. Miło by było mieć poczucie bezpośredniego wpływu na potrzebne zmiany.

Prof. dr hab. n. med. Szymon Dragan, konsultant wojewódzki w dziedzinie ortopedii i traumatologii dla województwa dolnośląskiego, kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu USK we Wrocławiu

Z punktu widzenia zarówno konsultanta wojewódzkiego jak i lekarza największym plusem ustawy jest próba rozwiązania problemu i sprowokowanie dyskusji na temat roli, jaką odgrywają i powinni odgrywać tzw. konsultanci wojewódzcy. Zapisy ustawy próbują uporządkować uprawnienia i zakres działalności konsultantów. Nadal jednak ustawodawca pozostawia im wyłącznie rolę doradczą dla wojewody i odpowiednio ministra zdrowia, przypisując im obowiązki i odpowiedzialność urzędnika państwowego.

Zapisy ustawy dokładnie opisują zadania konsultanta. Do najważniejszych należą zadania opiniodawcze, doradcze i kontrolne na polecenie wojewody (ministra), nadzorowanie procesów doskonalenia zawodowego i uczestniczenie w pracach komisji kreujących politykę zdrowotną na danym terenie kraju. Szczegółowe zadania są zapisane w art. 9 i 10 ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia.

Nowa ustawa w zasadzie zabrania współpracy z firmami farmaceutycznymi. Co Pan sądzi na ten temat?

Jest to drażliwy temat. Od kilku lat podejmowane są działania mające na celu wzmocnienie zasad etycznych w kontaktach lekarzy z firmami farmaceutycznymi. Podobne zjawiska obserwowane są we wszystkich dziedzinach życia, nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Należy jednak pamiętać, że tzw. przeregulowanie prawne niektórych zjawisk przynosi odwrotne skutki. Powoływany konsultant w ochronie zdrowia jest osobą zaufania publicznego i przed jego nominacją wojewoda (minister) zasięga opinii środowiska.

Ta czynność sama w sobie jest pewnym mechanizmem sprawdzającym. Proszę zwrócić uwagę, że nowelizacja nie dotyczy samych firm farmaceutycznych, ale również wszelkiej aktywności zawodowej lekarzy, w tym udziału w radach nadzorczych spółek czy prowadzenia praktyk lekarskich na przestrzeni wielu lat. Informacje te będą obejmowały członkostwo w spółkach handlowych, spółdzielniach, stowarzyszeniach i fundacjach. Będziemy musieli złożyć oświadczenie, czy jesteśmy przedstawicielami albo pełnomocnikami przedsiębiorstw produkujących lub wprowadzających do obrotu: leki, substancje przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, a także wyroby medyczne. Musimy również ujawnić informacje o posiadanych akcjach lub udziałach w spółkach handlowych, spółdzielniach zajmujących się taką działalnością oraz poinformować o badaniach klinicznych, naukowych i pracach rozruchowych. Będziemy również zobowiązani do podania informacji o korzyściach powyżej 380 zł, w tym wyjazdach krajowych lub zagranicznych niezwiązanych z pełnioną funkcją, których koszt nie został pokryty przez instytucje nas zatrudniające. Proszę wskazać szpital, tak jak to się dzieje np. w krajach skandynawskich, który pokryje koszty kształcenia zawodowego zatrudnionego lekarza w zakresie, do którego zobowiązuje nas ustawa o zawodzie lekarza. Nowelizacja ustawy rozszerza natomiast uprawnienia konsultanta krajowego, który będzie mógł wydawać polecenia i egzekwować je od konsultantów wojewódzkich. Pozostaje pytanie, jaki wpływ będzie miał konsultant krajowy na decyzje podejmowane przez ministra.

OBOWIĄZKI I WPŁYW NA ZMIANY

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Poniewierka

Uważam, że konsultant powinien znać środowisko, w którym pracuje, czyli jednostki ochrony zdrowia, które zajmują się daną dziedziną medycyny, specjalistów i miejsca ich pracy oraz mieć wpływ na organizację tych miejsc pracy (np. ilość i jakość placówek medycznych zarówno w otwartej i zamkniętej opiece medycznej w zależności od zapotrzebowania na danym terenie). Konsultant w danej dziedzinie sprawuje pieczę nad miejscami specjalizacyjnymi. Ilość miejsc specjalizacyjnych zależy od ilości ośrodków leczniczych, które posiadają akredytację. Liczba ta może być zwiększana na podstawie wniosku danej placówki, popartej przez konsultanta wojewódzkiego.

Na Dolnym Śląsku mamy 5 oddziałów o profilu gastrologicznym i dwa oddziały z tzw. łózkami gastrologicznymi. W tym przypadku konsultant wydaje opinię, czy dana jednostka spełnia właściwe kryteria dla funkcjonowania oddziału gastrologicznego lub tzw. łóżek specjalistycznych. Jest to organizacyjna część pracy konsultanta. Zdarza się, że otrzymuję z NFZ pisma z prośbą o odpowiedzi na pytania dotyczące np. zapotrzebowania na usługi specjalistyczne w regionie, czy też finansowania procedur specjalistycznych.

Odpowiadając na te pytania, potwierdzam, że za mało jest przychodni specjalistycznych, a usługi są dość nisko wycenione (konsultacje). Poza tym lekarze specjaliści zbyt wiele czasu tracą na wypisywanie recept lub zlecanie podstawowych procedur diagnostycznych, z którymi pacjent powinien już przyjść na wizytę. Wszystkie te czynniki wpływają na długie kolejki w poradniach specjalistycznych, co z kolei skutkuje tym, że pacjenci zajmują miejsca szpitalne.

Część merytoryczna mojej pracy polega na konsultowaniu skomplikowanych przypadków klinicznych. Z własnej inicjatywy wysyłam też pisma do NFZ lub właściwych komórek w Urzędzie Wojewódzkim, np. w sprawie zwiększenia kosztów leczenia biologicznego nieswoistych zapaleń jelit na Dolnym Śląsku lub, co się ostatnio zdarza, zajmowania łóżek specjalistycznych przez pacjentów chorujących na przewlekłe choroby internistyczne lub geriatryczne (co wynika z niedoboru szpitalnych miejsc internistycznych w województwie). Z przykrością muszę stwierdzić, że pisma do NFZ często pozostają bez odpowiedzi. Rozpatrując sprawę z szerszej perspektywy nasze drobne działania, poprzez ostateczne interwencje konsultanta krajowego, poskutkowały w ostatnim czasie wieloma istotnymi dla pacjentów zmianami. Dotyczą one między innymi zmiany poziomu refundacji leków, tzw. gastrologicznych, wprowadzenia refundacji leczenia biologicznego we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego lub korzystnej zmiany finansowania leczenia szpitalnego zapaleń jelit. Jest to efekt żmudnej czasem wieloletniej pracy konsultantów.

Prof. dr hab. n. med. Szymon Dragan

Jestem nowym konsultantem w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu na terenie województwa dolnośląskiego powołanym przez wojewodę w czerwcu 2014 roku. Nie miałem więc żadnego wpływu na proponowane zmiany. Z rozmów z kolegami wynika, że w pewnym zakresie proponowane zmiany były uzgadniane z konsultantami krajowymi. Z naszego punktu widzenia najważniejsze jest wzmocnienie ustawowe naszej roli i znaczenia podczas kreowania przyszłej polityki zdrowotnej. Należy maksymalnie wykorzystać nasze doświadczenie zawodowe i znajomość problemów w danej dziedzinie zdrowia.

Dr n. med. Emilia Filipczyk-Cisarz

Czuję się osobą, która wywarła wpływ i pomagała w tworzeniu oddziałów w regionie. Moją ideą, w momencie kiedy zostałam konsultantem, było tworzenie oddziałów regionalnych. Wiemy dobrze, że mamy tak samo i wszędzie finansowane procedury przez NFZ. Natomiast nikt nie finansuje podróży pacjenta. W onkologii klinicznej leczenie polega na stałym, częstym przyjeździe pacjenta do kliniki – co 2-3 tygodnie, a w przypadku działań ubocznych chory trafia na oddział dodatkowo. Jest to bardzo uciążliwe dla pacjenta, zwłaszcza gdy pokonuje drogę powyżej 100 km. Dlatego bardzo się cieszę, że miałam na to wpływ i udało się stworzyć oddziały

w regionach. W wałbrzyskim regionie posiadamy oddziały w Świdnicy i Wałbrzychu, w jeleniogórskim mamy oddziały onkologii klinicznej w Jeleniej Górze i Szklarskiej Porębie. W regionie legnickim działa Lubin i Ambulatorium Chemioterapii w Legnicy, a i we Wrocławiu mamy kilka oddziałów. Wszystkie oddziały są nadzorowane przez wyszkoloną kadrę specjalistów z onkologii klinicznej, chociaż ciągle jest ich za mało, gdyż mamy coraz większe zapotrzebowanie na ww. usługi. Dlatego w tym względzie jest jeszcze wiele do zrobienia. Osobiście wyszkoliłam 28 specjalistów z onkologii klinicznej, a moi specjaliści szkolą już kolejnych. Dzięki oddziałom onkologii klinicznej w regionie pacjent nie musi pokonywać dalekiej drogi, by uzyskać fachową pomoc. Mogę zatem powiedzieć, że zadania konsultanta zostały zrealizowane.

Czy Państwa zdaniem konsultanci są potrzebni? Czy faktycznie można ich zastąpić gremiami profesorskimi?

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Poniewierka

Konsultanci są potrzebni. Sądzę, że rozpatrywanie problemów organizacyjnych czy też merytorycznych jest łatwiejsze poprzez zwrócenie się do jednej osoby niż do gremium ekspertów. My też przecież nie działamy samodzielnie, lecz często zwracamy się z prośbą o pomoc i radę do konsultanta krajowego lub wybitnych specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Znając swój „teren” działania, łatwiej jest nam rozwiązać problem. Przy okazji różnych spotkań naukowych często spotykamy się z konsultantem krajowym i mamy możliwość przedyskutowania ogólnych i jednostkowych problemów.

Prof. dr hab. n. med. Szymon Dragan

Nie do mnie należy ocena zasadności istnienia instytucji konsultanta w ochronie zdrowia. Należy się zastanowić, jakie faktycznie mają oni znaczenie w kształtowaniu polityki zdrowotnej i w jakim zakresie są wykorzystywani przez ministra, wojewodów i podległe im urzędy. Z mojego punktu widzenia zastąpienie konsultantów gremiami profesorskimi, bez zwiększenia ich kompetencji i możliwości wpływu na podejmowane decyzje, nie zmieni obecnej sytuacji.

Dr n. med. Emilia Filipczyk-Cisarz

Z pewnością tak. Proponowane gremia profesorskie z różnych dziedzin nie będą do końca spójne w swoich działaniach. To co jest dużą bolączką w codziennej pracy lekarza to nadmierna biurokracja. W efekcie tego lekarze i również konsultanci mają mniej czasu dla pacjenta. Konsultant jest normalnym lekarzem, który przede wszystkim leczy pacjenta i nadzoruje jego terapię. Wprowadzenie nowych przepisów oznacza dla nas znowu pisanie kolejnych sprawozdań z sytuacji związanych z zawodem lekarza, administrowanie kolejnych spraw, a to nie pozwala na skupienie się na zasadniczej pracy.

Rozmawiała Magdalena Orlicz-Benedycka.



Konsultantem może być osoba, która posiada tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, a w przypadku braku specjalisty w danej dziedzinie – w dziedzinie pokrewnej, oraz daje rękojmię należytego i bezstronnego wykonywania zadań konsultanta.

Minister zdrowia może powołać konsultanta krajowego spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Minister zdrowia może zwrócić się o przedstawienie, w określonym terminie, kandydata do pełnienia funkcji **konsultanta krajowego** do:

- stowarzyszeń będących zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszających specjalistów w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo
- stowarzyszeń będących zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszających specjalistów w dziedzinie pokrewnej do dziedziny, w której ma być powołany konsultant krajowy – w przypadku braku stowarzyszeń, o których mowa wyżej, lub
- właściwych krajowych samorządów zawodowych w ochronie zdrowia.

Wojewoda w porozumieniu z ministrem zdrowia może powołać **konsultanta wojewódzkiego** spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin, o których mowa wyżej. Powyższy przepis stosuje się do powoływania przez właściwych wojewodów konsultanta wojewódzkiego wspólnego dla kilku województw. Kandydata na **konsultanta wojewódzkiego** przedstawiają ministrowi zdrowia odpowiednio wojewoda albo właściwi wojewodowie w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym, po zasięgnięciu opinii właściwych okręgowych samorządów zawodów medycznych. Kadencja konsultanta trwa 5 lat. **Organ, który powołał konsultanta, odwołuje go przed upływem kadencji:**

- 1) jeżeli konsultant złożył rezygnację z pełnionej funkcji;
- 2) jeżeli w ocenie tego organu konsultant nie realizuje powierzonych mu zadań i uprawnień lub zaistniały okoliczności uniemożliwiające ich dalsze wykonywanie;
- 3) na wniosek ministra zdrowia – w przypadku konsultanta wojewódzkiego;
- 4) jeżeli konsultant został skazany prawomocnym wyrokiem sądu na karę ograniczenia albo pozbawienia wolności, albo zawieszono mu prawo wykonywania zawodu;
- 5) jeżeli nie wyłączył się od wykonania czynności określonych w ustawie, pomimo zaistnienia przesłanek tego wyłączenia;
- 6) jeżeli nie złożył w terminie oświadczenia albo jest ono niezgodne ze stanem faktycznym;
- 7) na wniosek ministra obrony narodowej – w przypadku konsultanta powołanego w dziedzinie mającej na celu realizację zadań państwa związanych z obronnością kraju.

W przypadku odwołania konsultanta z przyczyn określonych w pkt. 2, 5 lub 6 albo jego śmierci, powołuje się konsultanta z pominięciem procedur, o których mowa na wstępie. Konsultant ma obowiązek wyłączenia się od wykonania czynności, której wykonanie: mogłoby mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki lub mogłoby mieć wpływ na prawa lub obowiązki: a) podmiotu wymienionego w oświadczeniu składanym przez konsultanta zgodnie z przepisami ustawy, b) podmiotu, który przekazał korzyść majątkową określoną w ustawie. W przypadku wyłączenia konsultant informuje niezwłocznie organ, który go powołał.

W przypadku wystąpienia czasowej przeszkody uniemożliwiającej wykonywanie zadań **konsultanta krajowego**, do wykonania zadania niecierpiącego zwłoki minister zdrowia wyznacza konsultanta krajowego w dziedzinie pokrewnej, a gdyby takiego nie było, właściwego konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej, informując o tym właściwego wojewodę. W przypadku wystąpienia czasowej przeszkody uniemożliwiającej wykonywanie zadań **konsultanta wojewódzkiego**, do wykonania zadania niecierpiącego zwłoki wojewoda wyznacza konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej, a gdyby takiego nie było, wojewoda zwraca się do właściwego

oświadczenie konsultanta



Mec. Beata Kozyra-Łukasiak
– radca prawny DIL

11 września 2014 r. weszła w życie Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia opublikowana w Dz. U. z 2014 r., poz. 1135.

konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pokrewnej, pełniącego funkcję na terenie innego województwa, za zgodą właściwego wojewody.

Kandydat na konsultanta albo konsultant składa organowi powołującemu oświadczenie zawierające informacje, czy:

- 1) jest członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców:
 - a) wykonujących działalność leczniczą;
 - b) wykonujących działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu produktem leczniczym, substancjami czynnymi i wykorzystywanymi jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym;
 - c) wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych;
 - d) wykonujących działalność ubezpieczeniową;
 - e) którzy złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie lub złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie;
 - f) którzy są wytwórcami, importerami, autoryzowanymi przedstawicielami lub dystrybutorami wyrobów medycznych;
- 2) posiada akcje lub udziały w spółkach handlowych lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa w pkt. 1;
- 3) jest wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt. 1;
- 4) wykonuje działalność gospodarczą w powyższym zakresie;
- 5) wykonuje zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem:
 - a) wykonującym działalność, o której mowa w pkt. 1 lub
 - b) posiadającym akcje lub udziały w spółkach handlowych lub udziały w spółdzielniach wykonujących taką działalność lub
 - c) będącym wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa wyżej;
- 6) jest członkiem organów lub pracownikiem podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
- 7) prowadzi badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu Ustawy z 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot:
 - a) wykonujący działalność, o której mowa w pkt. 1 lub
 - b) posiadający akcje lub udziały w spółkach handlowych lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa wyżej lub
 - c) będący wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub

- stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa wyżej;
- 8) przystosowuje wyniki badań naukowych lub prac rozwojowych do potrzeb praktyki lub je wdraża;
- 9) prowadzi badania kliniczne w rozumieniu ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne;
- 10) wykonuje zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu:
 - a) wykonującego działalność, o której mowa w pkt. 1 lub
 - b) posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa wyżej lub
 - c) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w powyższym zakresie.

Kandydat na konsultanta składa oświadczenie w terminie 7 dni od dnia przedstawienia jego kandydatury organowi powołującemu. Konsultant ma obowiązek złożenia kolejnego oświadczenia w przypadku jakiegokolwiek zmiany stanu faktycznego przedstawionego w poprzednim oświadczeniu, w terminie 14 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.

Konsultant składa organowi powołującemu oświadczenie zawierające informacje o korzyściach o wartości wyższej niż 380 zł, w tym wyjazdach krajowych lub zagranicznych niezwiązanych z funkcją konsultanta, których koszt nie został pokryty przez instytucje go zatrudniające, uzyskanych od podmiotu:

- wykonującego działalność, o której mowa w pkt. 1 lub
- posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych lub udziały w spółdzielniach wykonujących powyższą działalność lub
- będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa wyżej;
- w terminie 14 dni od dnia otrzymania korzyści.

Kwota podlega corocznej waloryzacji. **Oświadczenia są publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra zdrowia.** Oświadczenia weryfikuje Centralne Biuro Antykorupcyjne. Oświadczenia kandydat na konsultanta albo konsultant składa pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Konsultant krajowy może polecić konsultantowi wojewódzkiemu w tej dziedzinie medycyny wykonanie określonego zadania mieszczącego się w zakresie zadań konsultanta wojewódzkiego, określając termin jego wykonania. Informację o wydaniu polecenia, konsultant krajowy przekazuje ministrowi zdrowia oraz właściwemu wojewodzie. **Konsultanci w ochronie zdrowia powołani przed dniem wejścia w życie ustawy pełnią funkcję do końca kadencji, na którą zostali powołani. Wymienieni konsultanci składają oświadczenie nie później niż w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. W przypadku niezłożenia tego oświadczenia organ, który powołał konsultanta, odwołuje go.**

Czytelników zainteresowanych zmianami w ustawie o konsultantach odsyłamy do strony internetowej „Medium”, na której znajduje się artykuł Marzeny Sygut pt. „Uczciwość konsultanta poddana publicznej weryfikacji”. Pośród ekspertów zabierających głos w tej sprawie znalazł się m.in. dr hab. Andrzej Wojnar – dolnośląski konsultant wojewódzki ds. patomorfologii. Tekst ukazał się pierwotnie we wrześniowym wydaniu „Rynku Zdrowia”, uzyskaliśmy zgodę na jego publikację.

Uroczystość wręczenia ograniczo

LEKARZA DENTYSTY (18.09.2014 r.)



niego prawa wykonywania zawodu

LEKARZA (22.09.2014 r.)





Witajcie w dolnośląskiej rodzinie lekarskiej

342 absolwentów uczelni medycznych dołączyło 18 i 22 września do dolnośląskiej, lekarskiej korporacji zawodowej. Izbowe szeregi zasiłło 67 przyszłych lekarzy dentystów i 275 lekarzy. Podczas uroczystości, zorganizowanej w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45, młodzi adepci medycyny otrzymali ograniczone prawo wykonywania zawodu, legitymację lekarską oraz odznakę DIL. Stali się tym samym pełnoprawnymi członkami Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, do której przynależą w chwili obecnej 14 737 medyków. Przypomnijmy, że pomysł uroczystego pasowania na lekarza narodził się w 2011 r. Jego inicjatorem była Rada DIL.

Gratulujemy i życzymy sukcesów na wyboistej drodze zawodowej.

MJ

Opis zdjęć ze stron 24-25

1. Na ceremonię wręczenia ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarzom dentystom przybyli licznie przedstawiciele władz UM we Wrocławiu. Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej reprezentował dr Jerzy Bogdan Kos i dr Wiesław Prastowski, a Koło Seniorów prof. Maria Kotschy.
- 2-5. Dokumenty poświadczające przynależność do Izby wręczała młodym lekarzom dentystom lek. dent. Alicja Marczyk-Felba – przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL i wiceprezes DRL.
- 6-7. Pewnym krokiem po odbiór ograniczonego prawa wykonywania zawodu...
8. Prezes DRL dr Jacek Chodorski wita zaproszonych gości oraz przyszłych adeptów sztuki lekarskiej. W obu uroczystościach wziął udział nowy przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy lek. Przemysław Janusz, który zachęcał młodych dentystów do aktywności na izbowym portalu założonym na Facebooku (l po lewej).
9. Ograniczone prawo wykonywania zawodu, legitymację lekarską i odznakę DIL młodzi lekarze odebrali z rąk prezesa DRL.

WERNISAŻ MALARSTWA MARKA GOŁĘBIEWSKIEGO



Marek Gołębiowski urodził się w 1965 r. w Trzebnicy. Malarstwo jest jego wielką pasją, sztuką zmysłów i wyobraźni, afirmacją życia. Umiejętnie przelewa na płótno wszystko, co zwięźle zamknąć by można w słowie „humanizm”. Przekrój jego dorobku to nic innego jak ukierunkowanie na człowieka, umiłowanie człowieczego piękna, aprobatą wszystkiego co ludzkie. W jego twórczości odnaleźć można wiele wzruszeń i pozytywnych emocji, które uczą człowieka bycia z sobą samym w obliczu spokoju i nastającej zadumy. Obrazy Marka Gołębiowskiego pozwalają się zatrzymać, zapomnieć o codziennych lękach, trudach i troskach, zamyślić się nad istotą chwili i radości – w końcu życia to intrygująca i tajemnicza podróż.

Ulubionymi tematami artysty są pejzaż i portret, wykonywane w technikach: olej na płótnie, akwarela i pastel. Obecnie pracuje nad kilkoma cyklami: Wielcy i uznani, Joga, Golf, Taniec, Impresje ciała. Jego prace znajdują się w prywatnych zbiorach w kraju i za granicą: w Niemczech, Włoszech, Kanadzie, Japonii, Anglii, Australii.

Uznanie znajduje także w środowisku lekarskim, a wśród rekomendacji znaleźć można opinie ceniące walory impresji ciała, zwłaszcza iż piękno wiąże się tu ściśle z anatomią i dynamiką ciała człowieka.

Zapraszamy wszystkich miłośników sztuki na wernisaż malarstwa Marka Gołębiowskiego, połączony z aukcją jego prac. Wszystko to będzie miało miejsce w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (na parterze), 18 października 2014 r. w godz. 14.00-17.00.



Pierwsze spotkanie Zespołu ds. kształcenia Komisji Stomatologicznej NRL

19 września 2014 r. w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu odbyło się pierwsze spotkanie Zespołu ds. kształcenia Komisji Stomatologicznej NRL, które otworzyła i opatrzyła słowem wstępnym wiceprezes NRL Agnieszka Ruchała-Tyszler. W skład zespołu wchodzi koleżanki i koledzy z dziewięciu okręgowych izb lekarskich. Jako przewodnicząca tego zespołu przedstawiłam następujący program działania w obecnej kadencji:

1. szkolenie przeddyplomowe – zakres współpracy z uniwersytetami medycznymi;

2. szkolenie podyplomowe specjalizacyjne – bariery:

- liczba podmiotów szkolących,
- warunki akredytacji podmiotów szkolących,
- warunki finansowania,
- preferencje przy kontraktowaniu dla podmiotów prowadzących szkolenie specjalizacyjne;

3. szkolenie podyplomowe ustawiczne:

- umieszczenie na stronie internetowej NIL bazy kursów organizowanych w okręgowych izb lekarskich,
- wprowadzenie systemu oceny szkoleń przez uczestników,
- wypracowanie szczegółowych kryteriów wizytacji szkoleń prowadzonych poza izbą.

Powyższy schemat został zaakceptowany, rozdzieliliśmy zadania i dalsza praca będzie odbywała się drogą mailową, a jej wynik zostanie omówiony na najbliższym spotkaniu Komisji.

Tego dnia goście wzięli też udział w posiedzeniu Komisji Stomatologicznej DRL. Po krótkiej prezentacji naszych działań padło wiele interesujących pytań, skierowanych do pani wiceprezes Agnieszki Ruchały-Tyszler. Dotyczyły one m.in. kosztów, jakimi zostanie obciążony lekarz, gdy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej stanie się faktem. W jaki sposób NIL zamierza pomóc lekarzom na emeryturze, którzy ze względu na zbyt niskie dochody nie mogą zaprzestać pracy w swojej indywidualnej praktyce, a nie są w stanie podolać obciążeniom administracyjnym? – to kolejne często pojawiające się pytanie. Rozmawialiśmy również o tym, jak ważne jest dla nas ustawiczne kształcenie. Doszliśmy do wniosku, że szczególnie istotne szkolenia z zakresu medycyny ratunkowej powinny odbywać się w OIL każdego roku i być dostępne dla każdego chętnego lekarza. Ten postulat mocno akcentowali młodzi lekarze.

Zaproszonym gościom bardzo podobała się nasza siedziba. Byli wręcz oczarowani stolicą Dolnego Śląska, której historię, kulturę, zabytki i urokliwe miejsca odkrywali oprowadzani przez przewodnika. Galerię znamienitych postaci Wrocławia, których popiersia znajdują się w ratuszu, zaprezentował im znany koneser sztuki prof. Krzysztof Wronecki.

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

Opisy zdjęć:

1. Przemówienie powitalne wygłosiła wiceprezes NRL Agnieszka Ruchała-Tyszler.
2. Lek. dent. Alicja Marczyk-Felba (przy mównicy) wita członków Zespołu ds. kształcenia KS NRL.
3. W trakcie posiedzenia Zespołu
- 4-5. Posiedzenie Komisji Stomatologicznej DRL



1



2



3



4



5

Fot. MJ



Sukcesy wrocławskich onkologów dziecięcych

Pod koniec czerwca odbyło się we Wrocławiu coroczne spotkanie onkologów dziecięcych, którego organizację powierzone prof. Janowi Godzińskiemu. Jest on w chwili obecnej najbardziej znanym i uznanym autorytetem w dziedzinie dziecięcej chirurgii onkologicznej, nie tylko w Polsce. Od ponad dwudziestu lat działa w strukturach SIOP (Międzynarodowe Towarzystwo Onkologów Dziecięcych), pełniąc w nim szereg odpowiedzialnych funkcji. Obecnie kieruje pracami grupy zajmującej się kompleksowym leczeniem nerczaków zarodkowych. Są to najczęstsze nowotworowe guzy lite u dzieci, tzw. guzy Wilmsa. Dzięki regularnym spotkaniom specjalistów z tej dziedziny postęp w leczeniu tego nowotworu jest ogromny. Przed 40 laty rozpoznanie guza Wilmsa równało się najczęściej wyrokowi śmierci, w chwili obecnej prawie wszystkie te nowotwory są całkowicie uleczalne. W tegorocznym spotkaniu, w którym udział wzięli najlepsi specjaliści z Niemiec, Wielkiej Brytanii, Ho-



Fot. z archiwum Jana Godzińskiego

landii i Hiszpanii, ustalono algorytm leczenia tego guza na najbliższe lata.

Prof. Jan Godziński, który na co dzień kieruje Oddziałem Chirurgii Dziecięcej w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka, jest chyba jednym z nielicznych chirurgów dziecięcych o specjalizacji onkologicznej. Posiada w tej dziedzi-

nie duży dorobek naukowy i ma też duże sukcesy w leczeniu naczynek krwionośnych. Te występują stosunkowo często u niemowląt i małych dzieci, są nieraz poważnym problemem leczniczym. Wrocławski ośrodek chirurgów dziecięcych jest obecnie chyba najbardziej liczącym się miejscem naukowym w Polsce i ustępuje tylko warszawskiemu Centrum Zdrowia Dziecka, gdzie wykonuje się przeszczepy nerek i wątroby.

Oddział Chirurgii Dziecięcej kierowany przez prof. Godzińskiego od wielu lat pełni ostry dyżur chirurgiczny dla dzieci z Wrocławia i Dolnego Śląska. Zatem chirurgia urazowa u najmłodszych i leczenie obrażeń wielonarządowych to kolejna niezwykle ważna sfera zainteresowań zawodowych prof. Godzińskiego. Od roku 2011 jest on także profesorem naszego Uniwersytetu Medycznego, w ramach którego pełni funkcję kierownika Zakładu Medycyny Ratunkowej.

KW

Kolejny sukces wrocławskich chirurgów dziecięcych

Na XV Jubileuszowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych w Gdańsku prof. dr hab. Dariusz Patkowski – kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej naszego Uniwersytetu Medycznego został wybrany prezesem PTChD na kadencję 2014-2016, a prof. dr hab. Maciej Bagłaż, z tej samej kliniki, został prezydentem elektem. Jednocześnie pracownicy kliniki dr Marcin Polok został sekretarzem, a dr Sylwester Gerus skarbnikiem Towarzystwa. Gratulujemy!

KW



Fot. z archiwum DP

Od lewej: prof. Piotr Czauderna – poprzedni prezes PTChD, prof. Dariusz Patkowski – obecny prezes oraz prof. Maciej Bagłaż – prezes elekt.



Fot. z archiwum Zdzisławy Piotrowskiej-Gede

Kolejna udana wyprawa seniorów z Jeleniej Góry

Można śmiało napisać wyprawa, bo trwała trzy dni (22-24.08.2014 r.). Trasa wiodła przez Czechy do Austrii. Już pierwszy dzień był pełen atrakcji i niesamowitych wrażeń.

Jazda kolejką gondolową nad przepaścią Macochy, zwiedzanie jaskiń Punkevena i Katarzyńska, spływ łodziami podziemną rzeką, zwiedzanie urokliwego, czeskiego miasta Znojmo, kolacja i miejscowe wino... Wszystko to wprawiło nas w dobre humory. Sprzyjała nam też pogoda. Było wyjątkowo ciepło.

Pozostałe dwa dni spędziliśmy w Wiedniu. Najpierw zobaczyliśmy Kahlenberg, następnie zabytki zlokalizowane wokół Ringu. W centrum Starego Miasta odbywał się wówczas rajd starych samochodów. Pojazdy „startowały” spod parlamentu z czerwonego dywanu (jak na festiwalu filmowym). W niedzielę zwiedziliśmy pałac Schönbrunn oraz takie okolice Wiednia, do których wycieczki z reguły nie docierają.

Trzy dni wprawdzie trochę męczące, ale pełne wrażeń, minęły niezwykle szybko w przyjaznej atmosferze. Przed nami jeszcze jednodniowy wyjazd do Krzeszowa i Wambierzyc (27.09.2014 r.).

Zdzisława Piotrowska-Gede
przewodnicząca Koła Seniorów DIL w Jeleniej Górze



Fot. z archiwum autora

Na zdjęciu (od lewej): wykładowca Adam Chmura, lek. Bodha Raj Subedi, Magdalena Kretowicz i mec. Monika Huber-Lisowska.

SEMINARIUM NT. NOWELIZACJI USTAWY O CUDZOZIEMCACH I TZW. USTAWY ANTYDYSKRYMINACYJNEJ

14 czerwca 2014 r. w sali konferencyjnej DIL przy al. Matejki 6 odbyło się seminarium na temat nowej Ustawy o cudzoziemcach z dnia 12 grudnia 2013 r. (Dz. U. z 2013, poz. 1650 ze zmianami) i Ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania (Dz. U. nr 254, poz. 1700 ze zmianami). Spotkanie zorganizowało Koło Lekarzy Cudzoziemców przy DIL we współpracy z Komisją Kształcenia DRL i Stowarzyszeniem Interwencji Prawnej w Warszawie.

W seminarium wzięli udział członkowie Koła, lek. Jacek Chodorski – prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz zaproszeni goście: Adam Chmura – prawnik, ekspert Stowarzyszenia Interwencji Prawnej w Warszawie, współpracownik Instytutu Spraw Publicznych; Magdalena Kretowicz – przedstawicielka Wydziału Lekarskiego English Division Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz radca prawny DIL mec. Monika Huber-Lisowska. Spotkanie prowadził przewodniczący Koła dr Bodha Raj Subedi.

Półtoragodzinny referat na temat nowej ustawy o cudzoziemcach wygłosił Adam Chmura. Ekspert bardzo szczegółowo omówił wkład Stowarzyszenia Interwencji Prawnej w Warszawie w zapisy nowej ustawy oraz najważniejsze różnice pomiędzy poprzednio obowiązującą i nową ustawą o cudzoziemcach. W drugiej części spotkania odbył się panel dyskusyjny, podczas którego zadawano pytania zaproszonym gościom. Dotyczyły one zarówno omówionej ustawy jak i jej wpływu na zasady kształcenia się cudzoziemców na polskich uczelniach medycznych, uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza oraz możliwości prowadzenia działalności medycznej przez

lekarzy cudzoziemców w Polsce. Za sprawą radcy prawnego DIL uczestnicy seminarium posiadali wiedzę na temat zastosowania przepisów ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania oraz ustawy o cudzoziemcach w praktyce lekarskiej lekarza i lekarza dentystry cudzoziemca. Mec. Monika Huber-Lisowska podkreśliła, że znowelizowana ustawa o cudzoziemcach wprowadziła zmiany o charakterze redakcyjnym do Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634 z późn. zm.). Magdalena Kretowicz mówiła natomiast o możliwościach podjęcia płatnych studiów medycznych na UM we Wrocławiu przez cudzoziemców. Zauważyła też, że część obcokrajowców chętnie kształci się na polskich uczelniach medycznych i podejmuje zawód lekarza. Następnym punktem programu było wystąpienie przedstawiciela medycznego Polpharmy Jacka Kalicińskiego, który przedstawił najważniejsze produkty lecznicze tej firmy.

Zamykając spotkanie dr Bodha Raj Subedi dziękował: dr. hab. n. med. Andrzejowi Wojnarowi – przewodniczącemu Komisji Kształcenia DRL za wsparcie finansowe, dr. Witoldowi Klausowi – prezesowi Stowarzyszenia Interwencji Prawnej za umożliwienie wykładu, Jackowi Kalicińskiemu i Jarosławowi Czechowi z Polpharmy za sponsoring oraz całemu zarządowi KLC za organizację tego przedsięwzięcia. Wyjaśnił też, że takie spotkania winny odbywać się cyklicznie, bo sprzyjają one integracji środowiska.



Co się zmieniło w ustawie o cudzoziemcach?

Przyczyny zmiany:

- polityka migracyjna Polski (dokument strategiczny przyjęty przez Radę Ministrów 31.07.2012 r.),
- prawo Unii Europejskiej (nowa ustawa implementuje 15 dyrektyw),
- konsultacje społeczne.

Definicja: cudzoziemiec – każdy, kto nie posiada obywatelstwa polskiego (art. 3 pkt 2). W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, że przepisów ustawy o cudzoziemcach nie stosuje się do obywateli państw UE i EFTA.

Rodzaje pobytu cudzoziemca w Polsce:

- pobyt krótkoterminowy (wizy krajowe i „Schengen”, zezwolenie na pobyt czasowy),
- pobyt długoterminowy (zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego UE i zezwolenie na pobyt stały),
- gdy wydalenie cudzoziemca jest niedopuszczalne (zgoda na pobyt ze względów humanitarnych i zgoda na pobyt tolerowany).

NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY

1. Zezwolenie na pobyt czasowy:

- zmiana nazwy zezwolenia – dawniej „zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony”;
- rezygnacja z obowiązku składania wniosku o udzielenie kolejnego zezwolenia na pobyt czasowy na 45 dni przed upływem ważności poprzedniego lub przed upływem ważności wizy;
- wprowadzenie odmowy wszczęcia postępowania;
- wprowadzenie jednolitego zezwolenia na pobyt czasowy i pracę – rezygnacja z obowiązku uzyskiwania (przed złożeniem wniosku o pobyt) odrębnego zezwolenia na pracę;
- rezygnacja z obowiązku wykazywania w postępowaniu posiadania tytułu prawnego do lokalu, w którym mieszka;
- obniżenie wysokości kwoty, której uzyskiwanie pozwala na przyjęcie, że cudzoziemiec będzie posiadał w Polsce stabilne i regularne źródło dochodu (koszty zamieszkania);
- wydłużenie maksymalnego okresu, na jaki może zostać udzielone to zezwolenie z 2 do 3 lat;
- wprowadzenie jasnego podziału zezwoleń na pobyt czasowy, np.: zezwolenie na pobyt czasowy i pracę, zezwolenie na pobyt czasowy w celu wykonywania pracy w zawodzie wymagającym wysokich kwalifikacji, zezwolenie na pobyt czasowy w celu wykonywania działalności gospodarczej, zezwolenie na pobyt czasowy w celu kształcenia się na studiach, zezwolenie na pobyt czasowy dla członków rodzin obywateli RP oraz członków rodzin cudzoziemców, zezwolenie na pobyt czasowy ze względu na okoliczności wymagające krótkotrwałego pobytu, zezwolenie na pobyt czasowy ze względu na inne okoliczności.

2. Zezwolenie na pobyt stały:

- zmiana nazwy zezwolenia – dawniej „zezwolenie na osiedlenie się”;

- jednym z warunków pozwalających na uzyskanie zezwolenia na pobyt stały jest posiadanie ważnej Karty Polaka;
- ten rodzaj zezwolenia uzyskuje ofiara przestępstwa handlu ludźmi;
- rozszerzono możliwości uzyskania takiego zezwolenia na dzieci cudzoziemców, którym udzielono w Polsce zgody na pobyt rezydenta długoterminowego UE;
- skrócenie wymaganego okresu pobytu w Polsce z 10 do 5 lat. Dotyczy to osób, które bezpośrednio przed złożeniem wniosku o udzielenie zezwolenia na pobyt stały przebywały nieprzerwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie statusu uchodźcy, ochrony uzupełniającej lub zgody na pobyt ze względów humanitarnych.

3. Zobowiązanie cudzoziemca do powrotu:

- zmiana nazwy, dawniej „wydalenie z terytorium RP”;
- zmiana właściwości organów administracji: dawniej: I – wojewoda, II – szef Urzędu ds. Cudzoziemców, obecnie: I – organ Straży Granicznej, II – szef Urzędu ds. Cudzoziemców;
- rozszerzenie przesłanek uzasadniających zobowiązanie cudzoziemca do powrotu, m.in. na podjęcie przez niego działalności gospodarczej wbrew przepisom;
- rozszerzenie przesłanek uniemożliwiających zobowiązanie cudzoziemca do powrotu, m.in. w przypadku, gdy nielegalnie wykonywał on pracę na skutek wykroczenia pracodawcy;
- przyznanie prymatu dobrowolnym powrotom (maksymalny termin dobrowolnego powrotu – rok);
- rezygnacja z orzekania o zobowiązaniu do powrotu w postępowaniu uchodźczym;
- wprowadzenie zasady, że decyzja o zobowiązaniu do powrotu nie może zostać wykonana, jeżeli cudzoziemiec złożył na nią skargę do sądu administracyjnego;
- wprowadzenie obowiązku monitorowania, tzw. przymusowych powrotów.

4. Detencja (zatrzymanie) cudzoziemców:

- wprowadzenie środków alternatywnych wobec detencji: obowiązek zgłaszania się do organu Straży Granicznej, obowiązek zamieszkiwania pod określonym adresem, obowiązek złożenia dokumentu podróży do depozytu, obowiązek wpłaty zabezpieczenia pieniężnego;
- wprowadzenie zasady, że małoletnich poniżej 15 roku życia, przebywających w Polsce bez opieki, nie umieszcza się w strzeżonym ośrodku;
- nałożenie na sąd orzekający o umieszczeniu w strzeżonym ośrodku obowiązku kierowania się dobrem dziecka;
- wprowadzenie zasady, że w strzeżonym ośrodku nie można umieszczać osób, których stan psychofizyczny stwarza domniemanie, że byli poddani przemocy.

Opracował Bodha Raj Subedi
na podstawie wykładu Adama Chmury.

Osoby zainteresowane tą tematyką prosimy o kontakt z dr. Bodha Raj Subedim,
który dysponuje pełną dokumentacją w tym zakresie, e-mail: basubedi@interia.pl



Fot. Maciej Szwed

Spotkanie absolwentów stomatologii rocznika 1989

W dniach 30-31 maja 2014 r., po 25 latach od ukończenia studiów, spotkaliśmy się po raz drugi, tym razem we Wrocławiu. Postanowiliśmy zobaczyć stare zabytki oraz zwiedzić miasto, które na przestrzeni lat tak bardzo się zmieniło. Naszą pieszą wycieczkę poprzedził rejs statkiem po Odrze, który był doskonałą okazją do odnowienia znajomości. Piękna pogoda i zielone brzegi rzeki sprzyjały przyjaznej i radosnej atmosferze.

Drugiego dnia zebraliśmy się w Collegium Anatomicum. Zjazd rocznika 1989 zaszczylicili swoją obecnością dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska oraz prof. Wiesław Kurlej. Oboje wygłosili okolicznościowe referaty, które dotyczyły historii wrocławskiej stomatologii. Dzięki naszym prelegentom dowiedzieliśmy się m.in., jaki wpływ na tok nauczania wywarło przeniesienie siedziby stomatologii na ul. Krakowską (z ul. Kuźnicznej i Cieszyńskiego).

W sobotni wieczór, podczas kolacji na Barce Tumskiej, opowiadaliśmy sobie o wdzięcznych i niewdzięcznych latach naszej pracy oraz licznych zmianach, jakie nastąpiły w stomatologii od czasu ukończenia studiów. Do zobaczenia za 5 lat!

Karina Kustrzycka



Razem – jak za dawnych lat

Od pamiętnego spotkania absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, rocznik 1993, minęły już 4 miesiące. 21 lat temu uzyskaliśmy dyplom lekarza, w tym roku w klimatycznej miejscowości Polanica Zdrój przeżyaliśmy swoisty „powrót do przeszłości”. Zapomnieliśmy o codziennych obowiązkach, dyżurach, habilitacjach, profesurach itp.

Powróciliśmy do naszych studenckich lat w gronie dawnych znajomych, przyjaciół, sympatii. To wspaniałe, że wcale się nie zmieniliśmy, oczywiście nie chodzi o tak nieistotną kwestię jak wygląd zewnętrzny. Zachowaliśmy dawną werwę, humor, kapitalną umiejętność wspólnego „bawienia się” – jak za dawnych czasów. Szkoda tylko, że część naszych koleżanek i kolegów nie dotarła na zjazd. Możemy przekazać im tylko jedno – żałujcie!!!

Sposobnością do nadrobienia straty będzie nasze spotkanie za 4 lata z okazji 25-lecia ukończenia studiów. Jesteśmy pewni, że okaże się ono równie udane jak „nasze oczko”. A wszystko to dzięki p. Patrycji Malec z DIL, której dziękujemy za trud organizacyjny. Do zobaczenia wkrótce.

Organizatorzy



Fot. MJ



PŁYWACKI SUKCES NASZYCH STOMATOLOGÓW

W kwietniu 2014 r. w Dębicy, podczas Mistrzostw Polski Lekarzy w Pływaniu, lek. dent. Karolina Gawrońska i lek. dent. Martyna Kupka zajęły I miejsce w klasyfikacji drużynowej OIL w tej dyscyplinie sportu. Puchar i dyplom trafiły we wrześniu do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, która dofinansowała udział pań doktor w imprezie. Gratulujemy i życzymy dalszych sukcesów.

MJ

JAK DZIAŁA PEŁEN NAPĘD HYBRYDOWY?

HYBRID SYNERGY DRIVE®

pełen napęd hybrydowy – to zaawansowana technologia oparta na połączeniu pracy silnika benzynowego o pojemności 1,8 litra z silnikiem elektrycznym.



To **DWÓCH „ZAWODNIKÓW”** jednej drużyny wspólnie podążających do mety, czyli celu jazdy. Mają podobny potencjał, ale różne specjalizacje, które zapewniają największą moc i niskie zużycie paliwa.

POSTÓJ



NIE PRACUJE ANI SILNIK BENZYNOWY, ANI SILNIK ELEKTRYCZNY.

START



URUCHAMIA SIĘ TYLKO SILNIK ELEKTRYCZNY. SILNIK BENZYNOWY „ODPOCZYWA”, KORZYSTAJĄC JEDYNIĘ Z SILNIKA ELEKTRYCZNEGO, MOŻNA PRZEJECHAĆ DYSTANS Z KILOMETRÓW Z MAKSYMALNĄ PRĘDKOŚCIĄ 45 KM/H.

NORMALNA JAZDA



WIĘKSZĄ CZĘŚĆ „WYSIŁKU” BIERZE NA SIEBIE SILNIK ELEKTRYCZNY. SILNIK BENZYNOWY PEŁNI W TYM PRZYPADKU FUNKCJĘ WSPOMAGAJĄCĄ.



W czasie jazdy może pracować tylko silnik elektryczny, tylko benzynowy lub oba jednocześnie.

SILNIK ELEKTRYCZNY O MOCY 80 KM (NIEBIESKI ZAWODNIK)

jest jak sprinter, którego znakiem firmowym jest szybki start i jazda na krótkich dystansach.

SILNIK BENZYNOWY O MOCY 99 KM (ZIELONY ZAWODNIK),

to typ długodystansowca, który doskonale potrafi rozłożyć siły na całą trasę.

PEŁNE PRZYSPIESZENIE



SILNIK BENZYNOWY PRACUJE NA NAJWYŻSZYCH OBROTACH, A ELEKTRYCZNY WYKORZYSTUJE CAŁĄ ENERGIĘ ELEKTRYCZNĄ ZMAGAZYNOWANĄ W BATERII.

SZYBKA JAZDA



GŁÓWNA ROLĘ ZACZYNA ODGRYWAĆ SILNIK BENZYNOWY, SILNIK ELEKTRYCZNY JEDYNIĘ GO WSPIERA.

WYTRACANIE PRĘDKOŚCI/HAMOWANIE



SILNIK BENZYNOWY PRZECHODZI W STAN SPOCZYNKU, A SILNIK ELEKTRYCZNY – W TRYB ŁADOWANIA. DZIĘKI TEMU W BATERII JEST MAGAZYNOWANA ENERGIA ELEKTRYCZNA DO WYKORZYSTANIA NA PÓŹNIEJ.

TOYOTA Wałbrzych Nowakowski

ul. Uczniowska 21

58-306 Wałbrzych

tel. 74 648 17 25

www.ToyotaWałbrzych.pl



TOYOTA Bielany Nowakowski

ul. Czekoladowa 10

55-040 Bielany Wrocławskie

tel. 71 799 60 60

www.ToyotaNowakowski.pl

DentaFlex

UNITY STOMATOLOGICZNE

Pod każdym względem.
Wyjątkowy.



elmedes
www.elmedes.pl

Wrocław
ul. Sienkiewicza 54-56
elmedes@elmedes.pl

601 41 51 51

www.DentaFlex.pl



ekoRowery
ROWERY ELEKTRYCZNE

Wrocław
ul. Sienkiewicza 54-56
71 3579 876
biuro@ekoRowery.pl

**SKŁADAK Z SILNIKIEM
ELEKTRYCZNYM**

Prędkość max.: 23km/h
Zasięg: do 25km



ROWERY
z silnikiem elektrycznym

www.ekoRowery.pl

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



Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z 24 lipca 2014 r.

NR 163/2014

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 164-165/2014

w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z powodu śmierci

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z 6 lipca 2014 r.

NR 162/2014

w sprawie przyznania zapomogi § 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przyznaje zapomogę w kwocie (...) zł lek. (...).

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z 4 września 2014 r.

NR 171, 175-179, 183-184 i 187-188/2014

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 172-174 i 185-186/2014

w sprawie wysokości miesięcznej składki członkowskiej

NR 180/2014

w sprawie oceny zdolności do wykonywania zawodu lekarza

NR 181/2014

w sprawie powołania mediatora DIL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje lek. Wiesławę Krawczuk-Domaradzką do pełnienia funkcji mediatora DIL.

NR 182/2014

w sprawie zmiany regulaminu Komisji Sportu DRL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu dokonuje zmiany uchwały nr 180/2011 DRL z dnia 26 maja 2011 r. w sprawie zatwierdzenia regulaminu Komisji Sportu DRL w następujący sposób:

1. w załączniku do uchwały – regulamin Komisji Sportu DRL, wprowadza się w pkt. 7 zapis w brzmieniu: koszt dofinansowania jednego uczestnika w imprezie sportowej nie powinien przekraczać kwoty 100 EUR; w wyjątkowych okolicznościach oraz w wypadku objęcia patronatem danej imprezy sportowej przez DIL, kwota dofinansowania może być wyższa i wymaga zatwierdzenia przez prezesa DRL lub wiceprezesa DRL i skarbnika DRL.

§ 2

W pozostałym zakresie regulamin nie ulega zmianie.

§ 3

Jednolity tekst regulaminu Komisji Sportu DRL stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

WAŻNE – informacja o obowiązkach lekarza, lekarza dentystry wobec okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem

Na podstawie art. 49 ust. 5 Ustawy o izbach lekarskich z dnia 02.12.2009 r. (Dz. U. z 2009 r. nr 219, poz. 1708) lekarz, lekarz dentyista obowiązany jest, w terminie 30 dni, do zawiadomienia okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem o:

- zmianie nazwiska;
- zmianie adresu zamieszkania i do korespondencji z podaniem telefonu i adresu poczty elektronicznej;
- uzyskaniu lub utracie obywatelstwa polskiego;
- zatrudnieniu – przedkładając zaświadczenie wydane przez pracodawcę zawierające datę zatrudnienia, formę zatrudnienia, stanowisko oraz wymiar czasu pracy, a po zakończeniu zatrudnienia świadectwo pracy. W przypadku umowy cywilnoprawnej: kserokopia umowy oraz zaświadczenie o realizowaniu bądź wykonaniu tej umowy;
- wykonywaniu zawodu wyłącznie w praktyce lekarskiej przedkładając stosowne oświadczenie;
- zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu;
- uzyskaniu specjalizacji, stopnia naukowego lub tytułu naukowego;
- przyznaniu emerytury lub renty przedkładając stosowny dokument (decyzja ZUS bądź aktualna legitymacja emeryta/renty);
- posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie;
- wykonywaniu zawodu w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej.

Ponadto:

1. lekarz, lekarz dentyista, który zrzekł się prawa wykonywania zawodu obowiązany jest do złożenia okręgowej radzie lekarskiej stosownego oświadczenia wraz z dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu/
2. lekarz, lekarz dentyista, który:
 - przerwał wykonywanie zawodu na okres dłuższy niż 5 lat,
 - uprzednio zaprzestał wykonywania zawodu na czas nieokreślony,
 - miał zawieszony prawo wykonywania zawodu,
 obowiązany jest powiadomić o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu właściwą okręgową radę lekarską;
3. lekarz, lekarz dentyista obowiązany jest do bezwzględnego zwrotu okręgowej radzie lekarskiej izby, której jest członkiem, dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w przypadku pozbawienia prawa wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub utraty tego prawa;
4. lekarz, lekarz dentyista pełniący czynną służbę wojskową, na czas tej służby, powinien być wpisany na listę członków Wojskowej Izby Lekarskiej;
5. lekarzowi, lekarzowi dentyście nie wolno odstępować dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty” innej osobie oraz przesyłać go w obrocie krajowym i zagranicznym.

dr hab. n. med. Andrzej Wojnar
przewodniczący Komisji ds. Rejestracji
Lekarzy i ds. Stażu Podyplomowego



ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1970

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 45-lecia ukończenia Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 19-20 czerwca 2015 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

19 czerwca 2015 r. (piątek)

godz. 16.00-18.30
Rejs statkiem „Driada” po
Odrze (grill na statku),
rozpoczęcie i zakończenie rejsu
– przystań Kardynalska,
bulwar Włostowica na Wyspie
Piskowej – Ostrów Tumski

20 czerwca 2015 r. (sobota)

Część oficjalna
Collegium Anatomicum, Katedra i Zakład
Anatomii Prawidłowej UM we Wrocławiu
ul. Chałubińskiego 6A, Wrocław
godz. 10.30 Śniadanie studenckie
godz. 11.00 Wykład okolicznościowy
godz. 12.00 Wspólne zdjęcia
pamiątkowe
godz. 19.00 Bankiet – restauracja
„Pergola”, ul. Wystawowa 1,
Wrocław (Hala Stulecia)

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej (zakwaterowanie we własnym zakresie):
całkowity koszt – 300 zł,
sobota (część oficjalna + bankiet) – 200 zł,
tylko statek (piątek) – 150 zł,
tylko część oficjalna (sobota) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.2014 r. z dopiskiem „Zjazd 1970” lub bezpośrednio w DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Komitet Organizacyjny

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska,
Henryk Lisiak

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 22-24 maja 2015 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

22 maja 2015 r. (piątek)

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

23 maja 2015 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

24 maja 2015 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.2014 r. z dopiskiem „Zjazd 1985 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Za Komitet Organizacyjny

Dorota Radziszewska, Jacek Chodorski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1995

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 18-20 września 2015 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

18 września 2015 r. (piątek)

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

19 września 2015 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

20 września 2015 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.03.2015 r. z dopiskiem „Zjazd 1995 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Za Komitet Organizacyjny

Radosław Tarkowski



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wraz z Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED we Wrocławiu zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową

pt. „NEUROPSYCHIATRIA WIEKU ROZWOJOWEGO – WYBRANE ZAGADNIENIA”

która odbędzie się **17 października 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 – dr n. med. Halina Flisiak-Antonijczuk

Uczestnikowi konferencji przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program konferencji

godz. 9.00-9.30	<i>Autyzm – wczesne diagnozowanie i terapia</i> dr n. med. Halina Flisiak-Antonijczuk, dyrektor Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED we Wrocławiu	godz. 12.30-13.00	<i>ADHD – kryteria diagnostyczne i leczenie</i> dr n. med. Sylwia Adamowska
godz. 9.30-10.00	<i>Autyzm a padaczka. Znaczenie wczesnej interwencji</i> dr n. med. Beata Jędrzejczyk-Góral	godz. 13.00-13.30	<i>Zastosowanie EEG-Biofeedback w Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED</i> mgr Maria Nowak, mgr Paweł Piątek
godz. 10.00-10.30	<i>Zaburzenia depresyjne i lękowe u dzieci i młodzieży</i> dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska	godz. 13.30-14.00	<i>Diagnoza zaburzeń słuchu – terapia dzieci z zaburzeniami słuchu fonetycznego</i> mgr Karolina Zienkiewicz
godz. 10.30-11.00	<i>Znaczenie pierwszej konsultacji psychoterapeutycznej dla powodzenia terapii osób z zaburzeniami jedzenia</i> mgr Małgorzata Wandokanty-Boheńska	godz. 14.00-14.30	<i>Wybrane aspekty prawa oświatowego w odniesieniu do uczniów niepełnosprawnych i przewlekle chorych</i> mgr Weronika Żuławińska, Kuratorium Oświaty
godz. 11.00-11.30	<i>Wstępne warunki skutecznej psychoterapii rodzin i par</i> mgr Łukasz Drac	godz. 14.30-15.00	<i>Orzecznictwo w poradniach psychologiczno-pedagogicznych – regulacje prawne</i> mgr Ewa Załęcka, dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 4 we Wrocławiu
godz. 11.30-12.00	<i>Problematyka uzależnień u dzieci i młodzieży</i> lek. Mikołaj Trizna		
godz. 12.00-12.30	PRZERWA		

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

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z Katedrą i Zakładem Genetyki Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
oraz Wrocławskim Centrum Zdrowia SPZOZ i Wydziałem Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Wrocławia
zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową

pt. „DLACZEGO ZNANA AKTORKA PODDAJE SIĘ ZABIEGOWI MASTEKTOMII I ADNEKSEKTOMII, CZYLI ONKOGENETYKA W PRAKTYCE KLINICZNEJ”

która odbędzie się **7 listopada 2014 r. (piątek) w godz. 8.30-16.00**

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

Uczestnikowi konferencji przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

KOMITET NAUKOWY:

prof. dr hab. Maria Sasiadek, dr n. med. Agnieszka Stembalska

KOMITET ORGANIZACYJNY:

dr n. med. Agnieszka Stembalska – Katedra i Zakład Genetyki Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
mgr Joanna Bronowicka – Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ,

lek. Aleksandra Jakubiak – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu,

dr n. med. Izabela Łączmańska – Katedra i Zakład Genetyki Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,

lek. Karolina Pesz – Katedra i Zakład Genetyki Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,

mgr Małgorzata Krupa-Mączka, Patrycja Malec – Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu

Program konferencji

godz. 8.30-8.40	Otwarcie konferencji – prof. dr hab. Maria Sasiadek	godz. 12.05-12.35	PRZERWA – LUNCH
godz. 8.40-9.40	CZEŚĆ I 1. <i>Podstawy transformacji nowotworowej</i> – dr n. med. Justyna Gil 2. <i>Nowotwór jako choroba genetyczna</i> – implikacje diagnostyczne i terapeutyczne – prof. dr hab. Maria Sasiadek	godz. 12.35-13.50	CZEŚĆ III 1. <i>Znaczenie, możliwości i ograniczenia testów genetycznych w onkologii</i> – dr n. med. Izabela Łączmańska 2. <i>Przerywnik naukowy – rola zmian epigenetycznych w nowotworach, implikacje terapeutyczne</i> – dr n. med. Paweł Karpiński
godz. 9.40-9.50	PRZERWA NA KAWĘ	godz. 13.50-14.00	PRZERWA NA KAWĘ
godz. 9.50-12.05	CZEŚĆ II 1. <i>Poradnictwo genetyczne w onkologii, konstrukcja rodowodu – część szkoleniowa</i> – dr n. med. Agnieszka Stembalska 2. <i>Rak piersi, rak jajnika, rak jelita grubego – nowotwory częste, ale czy wszystkie sporadyczne?</i> – lek. Karolina Pesz 3. <i>Rzadkie predyspozycje do nowotworów – kiedy należy spodziewać się genetycznie uwarunkowanej predyspozycji?</i> – dr n. med. Ryszard Ślęzak	godz. 14.00-15.40	CZEŚĆ IV 1. <i>Zespoły genetyczne z ryzykiem rozwoju nowotworu w tle – kiedy należy pamiętać o onkologu?</i> – lek. Aleksandra Jakubiak 2. <i>Ciekawe przypadki kliniczne – część szkoleniowa</i> – dr n. med. Agnieszka Stembalska, lek. Karolina Pesz
		godz. 15.40-16.00	DYSKUSJA I ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI

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



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

pt. „PROMOCJA ZDROWIA I PROFILAKTYKA CHOROÓB – OD DZIECKA DO WIEKU PODESZŁEGO”

która odbędzie się **21 listopada 2014 r. (piątek) w godz. 9.00-14.30**

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **ul. Kazimierza Wilekiego 45** we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługują 5 punktów edukacyjnych.

KOMITET NAUKOWY:

dr inż. Artur Badyda; dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw.; dr n. med. Eleonora Mess; dr hab. Krystyna Pawlas, prof. nadzw.; mgr Agnieszka Pirogowicz; dr n. med. Iwona Pirogowicz; prof. zw. Zbigniew Rudkowski; dr n. hum. Alina Żurek; dr hab. Grzegorz Żurek

KOMITET ORGANIZACYJNY:

dr n. med. Iwona Pirogowicz – Katedra i Zakład Higieny Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; dr hab. Krystyna Pawlas, prof. nadzw. – Katedra i Zakład Higieny Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw. – II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; mgr Agnieszka Pirogowicz – Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej we Wrocławiu; mgr Małgorzata Krupa-Mączka, Patrycja Malec – Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu

Program konferencji

godz. 9.00-9.30	<i>Trucizna mózgu i metabolizm w środowisku dzieci</i> prof. zw. Zbigniew Rudkowski – nestor pediatrii polskiej	godz. 12.00-12.30	<i>Halas a zdrowie – możliwości skutecznej profilaktyki</i> dr hab. Krystyna Pawlas, prof. nadzw. – Katedra i Zakład Higieny Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
godz. 9.30-10.00	<i>Czy można zestarzeć się w lepszym zdrowiu?</i> dr n. med. Iwona Pirogowicz – Katedra i Zakład Higieny Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	godz. 12.30-13.00	<i>Profilaktyka zakażeń przenoszonych drogą płciową wśród dzieci i młodzieży</i> dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw. – II Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
godz. 10.00-10.30	<i>Znaczenie aktywności fizycznej dla zachowania zdrowia w starszym wieku</i> dr hab. Grzegorz Żurek, Katedra Biostruktury Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu	godz. 13.00-13.30	<i>Aktywność ruchowa a aspekty psychologiczne osób starszych</i> dr n. hum. Alina Żurek – Instytut Psychologii Wydziału Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego
godz. 10.30-11.00	<i>Zmiana postaw prozdrowotnych i stylu życia a zdrowie</i> mgr Agnieszka Pirogowicz, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej we Wrocławiu	godz. 13.30-14.00	<i>Profilaktyka bólu u dzieci</i> dr n. med. Eleonora Mess – Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
godz. 11.00-11.30	<i>Wpływ zanieczyszczeń powietrza w środowisku miejskim a zdrowie ludzi</i> dr inż. Artur Badyda, Wydział Inżynierii Środowiska Politechniki Warszawskiej	godz. 14.00-14.30	Dyskusja i zakończenie konferencji
godz. 11.30-12.00	PRZERWA		

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

Reklama

Podziękowania

PRACODAWCY ZDROWIA



Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska



ogłasza nabór do udziału w projekcie „Zarządzanie zmianą gospodarczą w przedsiębiorstwach branży medycznej“

Celem głównym projektu jest zwiększenie umiejętności adaptacyjnych w 12 mikro, małych i średnich przedsiębiorstwach branży medycznej, dzięki opracowaniu i wdrożeniu nowych modeli biznesowych wspomagających zarządzanie zmianą gospodarczą w okresie 09.2014 – 07.2015 r. Projekt ma zasięg ogólnopolski. Udział w projekcie jest bezpłatny.

Spotkanie rekrutacyjne odbędzie się 16 października 2014 r. o godz. 15:00 w Hotelu Bielany, ul. Klecińska 3, Bielany Wrocławskie.

Człowiek – najlepsza inwestycja!

Projekt Współfinansowany ze środków Uni Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Prosimy o potwierdzenie przybycia do 13 października 2014 r.
Marcin Sarnowski,
tel. 71 349 80 63,
e-mail: m.sarnowski@pracodawcyzdrowia.pl

Dyrekcja Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego, prowadzonego przez Zgromadzenie Sióstr św. Józefa, pragnie wyrazić wdzięczność Pani Doktor Brygidzie Bogacz za nieodpłatne leczenie stomatologiczne, jakie świadczy naszym dzieciom – podopiecznym ośrodka. Współpraca ta trwa blisko 26 lat (od 1988 r.).

Pani Doktor Brygida Bogacz leczy dzieci w naszym gabinecie stomatologicznym wyposażonym w konieczny sprzęt, pozyskany również dzięki sponsorom. Niejednokrotnie zdarza się także, że dzieci dzięki życzliwości Pani Doktor są leczone w gabinecie prywatnym, również nieodpłatnie.

Pani Doktor jest wieloletnim Przyjacielem naszego ośrodka, uczestniczącym w wielu wydarzeniach naszej placówki. Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Polanicy Zdrój jest placówką oświatową i opiekuńczą dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym. Przy ośrodku funkcjonuje szkoła podstawowa, gimnazjum oraz szkoła przygotowująca do pracy. Dzieci przebywające w ośrodku bardzo często pochodzą z rodzin patologicznych. Tym bardziej dziękujemy więc Pani Doktor za bezinteresowną pomoc naszym podopiecznym.

mgr Brygida Dul
dyrektor SOS-W



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





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

15 października 2014 r. (środa)

w godz. 9.00-13.00

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Temat:

„**ODBUDOWY ADHEZYJNE – SPRAWDZONE SPOSOBY NA SUKCES W CODZIENNEJ PRACY KLINICZNEJ**”

Wykładowca – dr n. med. Kaja Wichrowska

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

Około godz. 11.00 przerwa

Zagadnienia

1. Biomimetyka w stomatologii
2. Wybór właściwych metod postępowania w oparciu o koncepcję minimalnie inwazyjnej preparacji tkanek
3. Czynniki wpływające na skuteczność leczenia oraz estetykę tworzonych rekonstrukcji
4. Wybór materiałów i metod leczenia dla konkretnej sytuacji klinicznej
5. Nadwrażliwość pozabiegowa i inne powikłania towarzyszące leczeniu opartemu o techniki adhezyjne – czy można ich uniknąć?

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

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

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

18 października 2014 r. (sobota) w godz. 9.00-14.00

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Temat:

„**STOMATOLOGIA PRECYZYJNA – CZĘŚĆ 2. REKONSTRUKCJE POŚREDNIE UBYTKÓW TKANEK TWARDYCH ZĘBÓW. MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA ADHEZYJNYCH MATERIAŁÓW ODTWÓRCZYCH**”

Wykładowca – dr n. med. Przemysław Grodecki

Uczestnikowi kursu przysługują 5 punktów edukacyjnych.

Przerwa o godz. 11.30.

Zagadnienia

1. Bezpośrednio czy pośrednio? Oto jest pytanie
2. Rodzaje uzupełnień pośrednich
3. Założenia prawidłowej rekonstrukcji
4. Precyzyjna preparacja pod uzupełnienia pośrednie
5. Dobór koloru inaczej
6. Wycisk roboczy – ocena dostępnych technik wyciskowych
7. Zabezpieczenie tkanek zęba na czas wykonania uzupełnienia
8. Cementowanie adhezyjne – jaki wybrać cement adhezyjny?
9. Rekonstrukcje tkanek zębów po leczeniu endodontycznym

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

Alicja Marczyk-Felba
przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL

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

21 listopada 2014 r. (piątek) w godz. 10.00-13.00

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

Temat:

„**OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH W PRAKTYCE STOMATOLOGICZNEJ**”

Uczestnikowi kursu przysługują 2 punkty edukacyjne.

Każdy uczestnik otrzyma wzory dokumentów wymaganych do ochrony danych osobowych, niezbędnych w razie kontroli.

Wykładowca – mgr Wojciech Krówczyński

Zagadnienia

godz. 10.00-11.00 *Jak bronić się przed nowymi zagrożeniami utraty danych?*

1. Jak tworzyć kopie zapasowe?
2. Co internet o mnie wie? Bezpieczeństwo i anonimowość
3. Jak bezpiecznie korzystać z usług w internecie?
4. Jak bezpiecznie korzystać z bankowości elektronicznej i nie dać się naciągnąć?
5. Jak chronić pocztę elektroniczną?

godz. 11.00-11.30 PRZERWA

godz. 11.30-12.30 *Jak samodzielnie zadbać o bezpieczeństwo swoich danych?*

1. Niezbędne wymagania bezpieczeństwa
2. Jak poradzić sobie z rolą administratora ochrony danych?
3. Zakres szkolenia personelu
4. Jak przygotować się na kontrolę inspektora GIODO?
5. Jaki jest zakres kontroli?
6. Jaka dokumentacja jest wymagana do kontroli?

godz. 12.30-13.00 DYSKUSJA

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

Krystyna Berdzik,
Komisja Stomatologiczna DRL

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Waga mózgu Gambetty wynoszący podług „Gazette hebdomadaire de Paris”, tylko 60 grm., mniejszą jest znacznie nie tylko od wagi mózgow odważnych wielkich ludzi, ale nawet od wagi przeciętnej mózgow najzwyczajniejszych śmiertelników, średnio bowiem mózgi niemców ważą 1400 grm.

Prof. KRAUZE z Göttingen, objaśnia tę rażącą różnicę w następujący sposób. Zaraz po śmierci Gambetty, w celu zabalsamowania ciała, nastrzyknięto tętnicę rozczynem chlorku cynku, przy czym, jak pokazało badanie pośmiertne, wielka ilość płynu dostała się jamy czaszkowej.

Stężony roztwór chlorku cynku odznacza się w wysokim stopniu zdolnością przyciągania wody. Wpływ więc jego na mózg, był taki sam jak bezwodnego wykoku. Wyżej podana przeto cyfra mniejszą jest o wagę utraconej wody. Gdyby użyty był bezwodny alkohol trzeba by podaną wagę mózgu Gambetty powiększyć o 28%, a wtedy wynosiła by 1570 grm. Biorąc zaś średnią liczbę otrzymujemy 1370 grm., jako przypuszczalną wagę mózgu Gambetty.



„Kronika Lekarska” 1883, IV, 285

– Jako jeden ze sposobów walki z dżumą, generał TOŁMACZOW zabronił pismom odeskim podawania alarmujących wiadomości o przypadkach dżumy, aby w ten sposób nie wzburzyć wśród mieszkańców niepotrzebnego popłochu.

„Gazeta Lekarska” 1911, XXXI, 926

– Sędziwy student. W Berlinie otrzymał niedawno dyplom doktorski 74-letni student wydziału medycznego, Schultheiss, który na tymże uniwersytecie studyjował od r. 1833-1837 teologię, poczem udał się do Afryki południowej i tam do r. 1881 (wciągu lat 40) pozostawał w charakterze misjonarza, w r. 1881 wrócił do Berlina i zapisał się na wydział medyczny uniwersytetu. Obecnie otrzymał dyplom doktorski zamierza wrócić znowu do Afryki południowej na praktykę.

„Kronika Lekarska” 1885, VI, 281

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta

Szpitalne miasta

Na emeryturze ma się dużo wolnego czasu, można nadrobić zaległości komputerowe. Ciekawe są gry polegające na budowaniu czegoś, np. całych miast ze szpitalem, szkołą, policją, więzieniem, oczywiście dzielnicami mieszkaniowymi i drogami.

W czasie ostatniej bytności w dużym (czyt. prawdziwym) szpitalu, z powodu choroby wnuczki, mieliśmy duże kłopoty z dotarciem na właściwe oddziały i pracownie diagnostyczne. Błądziliśmy w prawdziwym labiryncie ciemnych korytarzy. Mimo dolegliwości pannica wymyśliła sposób na odnajdywanie właściwych drzwi.

– Dziadku, trzeba po prostu nazwać poszczególne ulice, po których chodzimy i narysować mapę! – stwierdziła.

W ten sposób korytarz prowadzący od wejścia stał się ul. Główną, następnie były: Sercowa, Gardłowa, Brzuchata i Oczna. Na wzór pewnych ścieżek tatrzańskich niektóre krótkie łączniki otrzymały nazwy „Do Windy” albo „Mała Cicha”. Być może najważniejszą z ulic była ul. Ratunkowa, czyli ta prowadząca na SOR. Odcinek, którym można było dotrzeć do MRI został nazwany ulicą Magnesową. Błądząc po tych korytarzowulicach, trafiliśmy też na ul. Kościelną, zaś w piwnicy zauważyłem ulicę Ostateczną prowadzącą do placu Niebiańskiego Spokoju.

Teraz wystarczyło tylko nanieść te nazwy na kartonik i już mogliśmy bez przeszkód wędrować po tym szpitalnym molochu.

Życzę pomyślnych wędrówek po takich szpitalach, aby zawsze trafić na ul. Do Wyjścia!

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Od 20 lat Dolna Saksonia i Dolny Śląsk wspólnie wspierają działania ukierunkowane na pielęgnowanie i rozwój śląskiego dziedzictwa kulturowego, przyznając corocznie Nagrodę Kulturalną Śląska. Dolna Saksonia jest krajem związkowym, do którego po II wojnie światowej trafiła większość wysiedlonych z Dolnego Śląska Niemców. Pierwszym polskim laureatem nagrody był dr Maciej Łągiewski, aktualny dyrektor Muzeum Miejskiego we Wrocławiu. Od tej chwili zasiada w jury przyznającym nagrody, promując naszych najwybitniejszych twórców. Obecnie przyznawane są dwie nagrody – jedna dla Niemca, jedna dla Polaka. Wśród polskich laureatów nagrody byli między innymi: Tadeusz Różewicz, Olga Tokarczuk, Henryk Tomaszewski, Kazimierz Kutz, prof. Jan Miodek, Stanisław Wysocki, Eugeniusz Get-Stankiewicz, prof. Małgorzata Dajewska. W bieżącym roku nagrodę otrzymała Beata Maciejewska – wrocławska dziennikarka i autorka książek popularyzujących historię i kulturę Dolnego Śląska. W swoim wystąpieniu podczas wręczenia nagrody w Auli Leopoldyńskiej laureatka przepięknie powiedziała o swoich poczuciu bycia Dolnoślązaczką i historii narodzin nowej tożsamości dolnośląskiej wśród współczesnych mieszkańców naszego regionu. Myślę, że nie jest w tym swoim odczuciu odosobniona i w chwili obecnej mamy sporą grupę młodych Polaków, którzy czują się również Dolnoślązakami. Sam zresztą też się do tej grupy zaliczam. Drugim laureatem został prof. Nobert Heisig – założyciel Niemiecko-Polskiego Towarzystwa Uniwersytetu

Wrocławskiego. Jest on naszym kolegą po fachu, urodził się we Wrocławiu, był profesorem chorób wewnętrznych w Hamburgu, od 15 laty jest aktywnym emerytem i całą swoją energię skupił na niesieniu pomocy naszemu uniwersytetowi. Najbardziej spektakularnym jego osiągnięciem jest udekorowanie sklepienia w Oratorium Marianum istniejącymi tam do końca wojny freskami. W ostatnich dniach wojny bomba zniszczyła całkowicie sufit w tym pomieszczeniu. Renowacja według zachowanych zdjęć zajęła artyście Christophowi Wetzelowi prawie cały rok. Ale efekt jest znakomity. Prof. Heisig, który wraz z żoną zbierał przez całe życie pochodzące z Wrocławia srebra, postanowił przekazać swoją kolekcję wrocławskiemu ratuszowi. Możemy ją podziwiać w znajdującym się tam pomieszczeniu skarbcza. Liczy ona ponad 80 eksponatów pochodzących z XVII-XIX wieku i jest zachęcającym do naśladowania przykładem pasji kolekcjonerskiej.

Zamek Topacz po raz kolejny stał się miejscem wielkiego wydarzenia operowego. „Zamieniono” go na siedzibę księcia Mantui, w której odbywa się akcja wystawianej opery Rigoletto. Muzyka Giuseppe Verdiego dostarczyła niezapomnianych przeżyć. Gwiazdą wieczoru była zjawiskowa Aleksandra Kubas-Kruk, która jest wrocławską wychowanką i wyrosła nam na prawdziwą gwiazdę. Jej rola Gildy była znakomita. Reżyser wykorzystał jako element scenografii zarówno konie, jak i znajdujące się w kolekcji muzeum w Topaczu zabytkowe samochody, którymi artyści wjeżdżali do zamku. Było w tym trochę niekonsekwencji,

ale zrozumiała była chęć wykorzystania zbiorów muzeum. Prof. Ewa Michnik już teraz zapowiada, że w przyszłym roku wystawi „Latającego Holendra”. Czekamy z niecierpliwością.

W Muzeum Narodowym możemy zobaczyć dzieła Alfreda Lenicy. Jest on klasykiem polskiej sztuki współczesnej. Wystawa obejmuje prace olejne i wykonane na papierze, reprezentujące rozwój całej twórczości artysty. Zwracają uwagę obrazy metaforyczne, abstrakcyjne, o wyraźnie surrealistycznym rodowodzie. Jest to pierwsza do lat ekspozycja Lenicy odkrywająca tego klasyka sztuki współczesnej. Od kilku dni Muzeum Narodowe pokazuje również poczet królów Polski wykonany pod koniec XIX wieku przez Jana Matejkę. Takie skojarzenie klasyki z nowoczesnością powinno Was zachęcić do odwiedzenia naszego muzeum.

W Muzeum Architektury możemy oglądać do połowy listopada obrazy Picassa, Goyi i Dalego. Motywem przewodnim wystawy jest postać byka, zwierzęcia symbolizującego siłę i odwagę, oraz związaną z nim taumachię, która przez stulecia inspirowała hiszpańskich mistrzów. Corrida, niezwykle popularna w Hiszpanii, powoli odchodzi do lamusa. Wrocławska wystawa za sprawą prezentowanych dzieł zmusza do refleksji nad tym rytuałem, a jednocześnie dostarcza wielu estetycznych przeżyć i pozwala zgłębić bogate tradycje Hiszpanii. Życzę Wam tego.

Wasz Bywalec

OFERUJEMY SPRZĘT NAJWYŻSZEJ JAKOŚCI W ROZSĄDNEJ CENIE

Ultrasonografy dla lekarzy
wszystkich specjalności

- **Przenośne już od
9 000 zł**
- **Z kolorowym
Dopplerem od
30 000 zł**
- **W wersji 4D od
40 000 zł**

**Dla lekarzy z Dolnego Śląska
specjalne ceny i rabaty!**

Ponadto w ofercie cały
zakres sprzętu medycznego:
kardiomonitor, EKG, KTG,
ciśnieniomierze, stetoskopy,
kolposkopy oraz wiele
innych...



Przedsiębiorstwo Innowacyjno-Wdrożeniowe
Krzysztof Góral ul. Kłodzka 21A, 50-536 Wrocław
Tel: 71 727 14 35, e-mail: biuro@piwgoral.pl

WSPANIAŁY URLOP NA TENERYFIE



*Lifestyle Club zaprasza środowisko
lekarskie na piękną Teneryfę, gdzie ciepłe,
słoneczne lato trwa przez cały rok.*

**Specjalna cena dla lekarzy i ich rodzin:
690 EURO za tydzień od osoby!**

- 8 lub 15 dniowy pobyt z wyżywieniem w komfortowym kompleksie
hotelowym w Playa de las Americas - najlepszej miejscowości
wakacyjnej Teneryfy.

- Pełen serwis hotelowy, stała opieka polskich rezydentów oraz
dostęp do wszystkich atrakcji kompleksu: basenów, jacuzzi,
SPA, siłowni i wielu innych.

- Możliwość wyboru dowolnego terminu urlopu do 31 sierpnia
2015. Przeloty (tam i z powrotem) z Warszawy, Katowic,
Gdańska, Poznania i Wrocławia.

- Możliwość bezpłatnej zmiany terminu na inny do 14 dni przed
wylotem. Przedłużenie pobytu do 2 tygodni już za 100 EURO
od osoby. Zniżki dla dzieci.

Zgłoszenia przyjmujemy e-mailem pod adresem
tenerifa@lvc.pl oraz telefonicznie pod numerami
(22) 201 29 28 lub (22) 651 69 97

*Dodatkowe informacje i zdjęcia na stronie internetowej:
www.lvc.pl*

JUŻ 9 LAT PROMUJEMY HOTELE KLUBOWE Z CAŁEGO ŚWIATA

Terminy dyżurów

**Dostępne na stronie:
www.dilnet.wroc.pl**



**15 listopada 2014
Wrocław**

Międzynarodowa konferencja podsumowująca projekt
**PN - Jednostki naukowe + przedsiębiorcy = rozwój współpracy
w zakresie genetyki na Dolnym Śląsku**

Podczas konferencji zaprezentowane zostaną efekty wdrożenia modelu współpracy
jednostek naukowych z przedsiębiorcami oraz przedstawione wyniki rekomendacji
i zaadaptowanych rozwiązań. W programie wydarzenia znalazły się m.in. prelekcje
specjalistów z zakresu genetyki ze Stanów Zjednoczonych i z Polski.

Szczegółowe informacje na stronach
www.elis-gen.com, www.pracodawcyzdrowia.pl
oraz na www.facebook.com/PracodawcyZdrowia

Zachęcamy do udziału



WARTO WIEDZIEĆ

Ministerstwo Zdrowia ogłosiło wykaz rezydentur. Jak zwykle jest ich zdecydowanie za mało. „Najwięcej (339) będzie ich na Mazowszu. Wcale nie oznacza to jednak, że lekarzom będzie tu najłatwiej rozpocząć szkolenie. Przyznana liczba lekarskich etatów dla tego województwa jest bowiem prawie o połowę za mała w stosunku do potrzeb. Niedobory dotkną także innych województw, gdzie są akademie medyczne, np. na Dolnym Śląsku potrzeba około 310 etatów, a resort przyznał województwu jedynie 197. Główną przyczyną limitowania są niewystarczające środki budżetowe na kształcenie lekarzy. Resort zdrowia przeznaczy w tym roku na rezydentury ok. 644 mln zł” – donosi „Gazeta Prawna”.

Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował na swojej stronie internetowej zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii. „Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie nowego zarządzenia. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 września 2014 r.” – czytamy.

9 września 2014 r. rząd podał się oficjalnie do dymisji. Stojący na jego czele premier Donald Tusk pełnił swoją funkcję przez 2 489 dni (od 1989 r.). Teraz chwali się swoimi osiągnięciami... także w zakresie ochrony zdrowia. W serwisie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów pojawił się dokument, w którym pośród sukcesów rząd wymienia reformę służby zdrowia. Czytamy m.in.: „Wprowadzenie od stycznia 2012 roku ustawy refundacyjnej, której celem było ograniczenie nadużyć finansowych przy refundacji leków. Uruchomienie od stycznia 2013 r. systemu eWUŚ, dzięki któremu przy rejestracji do lekarza wystarczy mieć ze sobą dowód tożsamości i PESEL, zamiast dokumentów poświadczających opłacenie składek (tzw. RMUA). Od 1 stycznia 2015 roku zaczną obowiązywać pakiety: onkologiczne – pacjenci onkologiczni będą leczeni bez limitów i w krótkim terminie; kolejkowe – zwiększy się liczba badań, które będzie mógł zlecić lekarz rodzinny, a pacjenci uzyskają łatwiejszy dostęp do specjalistów”. Skoro jest tak dobrze, dlaczego jest tak źle?

Sejmowa Komisja Zdrowia ma nowego przewodniczącego podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Kogo? – posłankę Janinę Okrągłą (PO), która została wybrana przez SKZ na tę funkcję po rezygnacji dotychczasowego szefa podkomisji Jakuba Szulca (PO). Ten złożył mandat poselski i przeszedł do firmy doradczej Ernst & Young.

We wrześniu Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało, że – w związku ze zbliżającym się terminem wejścia w życie tzw. pakietu onkologicznego – w 2014 i 2015 roku zrealizowane zostaną szkolenia z zakresu onkologii dla lekarzy rodzinnych i POZ. Więcej na: www.rynekzdrowia.pl

Rzeczpospolita donosi, że plan oddłużania szpitali w Polsce – oparty na przekształcaniu placówek w spółki – się nie powiodł. „Z najnowszych danych Ministerstwa Zdrowia wynika, iż zobowiązania lecznic za pierwsze półrocze 2014 r. wynoszą 10 mld zł. W 2010 r. ich kwota była podobna – 9,9 mld zł. Długi mają zarówno te szpitale, które działają w formie spółki, jak i ZOZ” – czytamy.

Jak informuje „Rynek Zdrowia” Polski Związek Niewidomych, „w imieniu osób zagrożonych utratą widzenia, stanowczo sprzeciwia się ograniczaniu dostępu do leczenia zaćmy, jakie zakłada projekt Rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dn. 12.08.2014 r. zmieniającego rozporządzenie z dn. 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych”. Projekt przewiduje, że do leczenia zaćmy ze środków NFZ zakwalifikowani zostaną tylko ci pacjenci, których ostrość wzroku będzie nie większa niż 0,4.

Do 2017 r. wszyscy pacjenci otrzymają elektroniczną Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ), a personel dodatkowo – Kartę Specjalisty Medycznego (KSM). Tak przewiduje projekt nowelizacji ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. nr 113, poz. 657 ze zm.) przekazany do konsultacji społecznych. KUZ będzie służyć przede wszystkim do weryfikacji uprawnień pacjentów do świadczeń zdrowotnych – donosi „Gazeta Prawna”.

Naczelny Sąd Administracyjny orzekł, że orzeczenia komisji ds. zdażeń medycznych nie stanowią informacji publicznej i w związku z tym udostępniane mogą być jedynie dane o liczbie wniosków do wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych i liczbie orzeczonych zdarzeń medycznych.

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt nowelizacji ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który zakłada rezygnację z umów upoważniających do wystawienia recept na leki refundowane. Więcej na stronie: prawo.mp.pl

W sierpniu Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z szefem resortu finansów zatwierdziło plan finansowy NFZ na 2015 r. „Na korzyść przyszłego roku przemawia kwota ponad 2,3 mld zł. Choć wzrost jest widoczny, to zdaniem wielu specjalistów, nie zmieni on obrazu opieki zdrowotnej Polaków. Nadal też nie wiadomo skąd będą pochodzić środki na realizację tzw. pakietu kolejkowego” – czytamy na: www.rynekzdrowia.pl

Reżyser Łukasz Palkowski nakręcił film o prof. Zbigniewie Relidzie i zespole, który w 1985 roku przeprowadził pierwszą w Polsce udaną transplantację serca. Produkcja trafi do kin 10 października. W rolę prof. Religi wcielił się Tomasz Kot.

Jak informuje „Gazeta Prawna” są już fundusze na utworzenie centrum informacji dla zagranicznych pacjentów. Wciąż brakuje jednak podstawy prawnej, która by to umożliwiła. „W prawie wszystkich krajach UE działają już krajowe punkty kontaktowe (KPK) dla pacjentów, którzy chcą korzystać z leczenia transgranicznego – wynika ze strony internetowej Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Konsumentów. W Polsce tę funkcję pełni jednoosobowo pracownik NFZ, z którym można się skontaktować tylko e-mailowo” – czytamy.

Opracowała Magdalena Janiszewska.



Źródło grafiki: www.freeimages.com



Z pamiętnika etyka

Fot. z archiwum autora



Dr hab. Jarosław Barański
etyk, filozof UM we Wrocławiu

Kiedy lekarz mówi „nie”

„Nie” jest, w sensie negatywnym, niezgodą, a w pozytywnym – gestem samostanowienia. Lekarz potrafi, a bywa, że musi, powiedzieć „nie”, kiedy, co zazwyczaj jest z oczywistością przyjmowane, pojawiają się roszczenia i domagania takiego postępowania, które albo ograniczają jego autonomię kliniczną, albo naruszają moralną integralność lekarza. Sumienie stoi na straży autonomii moralnej lekarza, nigdy jednak nie przekraczając granic, jakie stanowi autonomia innego człowieka. Jeśli tak nie jest, to pojawia się skłonność do nadużycia klauzuli sumienia, sprzecznego z rozsądkiem, zgodnie z którym – jak głosi dokument Komitetu Bioetyki PAN: „Ani intensywność czyjś przekonania o słuszności własnego poglądu, ani gorliwość w jego głoszeniu, same w sobie nie stanowią dostatecznej racji dla działania w imię tego poglądu”. Wydaje się więc, iż owe nadużycia klauzuli sumienia biorą się z roszczenia, aby moje sumienie było jednocześnie sumieniem innego. Jeśli więc lekarz odmawia wykonawstwa, względnie asysty w wykonawstwie, w przeświadczeniu, że to działanie zagraża czyjemuś dobru lub narusza czyjeś dobro – mówi „nie”.

Przez sumienie przemawia jednak coś więcej, co należy dobitnie wysłowić – obowiązek dobroczynności, który imperatywnie skłania lekarza do takiego postępowania, które nie tylko nie krzywdzi pacjenta, ale nadto i przede wszystkim, zgodnie z Raportem z Belmont, maksymalizuje jego możliwe korzyści i minimalizuje możliwe szkody.

A dzięki temu jest jeszcze jedno „nie”, nader swoiście lekarskie, będące treścią integralności moralnej lekarza. To postępowanie wbrew – na przekór podzielanemu przez społeczeństwo partykularyzmowi, zgodnie z którym to jedynie jest słuszne moralnie, co mi przynosi korzyść. U lekarza zaś jest *à rebours*: to on służy zasadom i to uznaje za słuszne moralnie, co przynosi korzyści innym. Rzecz to wielce zasmucająca, że owo moralne usposobienie, czyli posłannictwo, życzliwość i bezinteresowność, za objaw miękkości bądź słabości charakteru się bierze, choć jest przeciwieństwem potęgi ludzkiego ducha. Dlatego nie wszyscy mogą i potrafią temu sprostać; toteż i tchórzy przybywa, i dezerterów idei, którzy odpowiedzialność i dobroczynność czynią przedmiotem negocjacji, kalkulacji czy kontraktu.

Mówiąc temu „nie” uobecnia lekarz jeszcze jedno „nie”, przejmujące i niebywale ludzkie, bo do kondycji człowieka się odwołujące. To „nie” mówione chorobie, cierpieniu, bólowi, niesprawności, lękowi – wbrew nieubłagalności ludzkiego losu: kruchego, skończonego, incydentalnego. Jak mityczni bogowie – idąc tropem A. Camusa – temuż absurdowi lekarze odmawiają wszechmocy nad człowiekiem. W blasku Prometeusza, w pocie Syzyfa niosą ulgę i nadzieję. To przejaw buntu – piękny i wzniosły, buntu przeciwko złu, które człowieka trapi.

O bezradności

Kiedy lekarz towarzyszy pacjentowi, sprawuje opiekę, leczy, nie może być bezradny. Bezradność jest bowiem kapitulacją, która pacjentowi jedynie cierpienie powiększa; jest odmówieniem serca i wyrazem bezduszności. Rzekł Mickiewicz: „Bez serc, bez ducha – to szkieletów ludy”. Pacjent potrzebuje człowieka, czyli z krwi obiegami, która serce odżywia, współczucie budzi i ducha upomina. Nie tworzy komercyjnie wyanielonego na Słowackiego Goplany podobieństwo, w sobie zapatrzonej, moralnie galaretowatej, ale krzepkiego człowieka, który mocą swego uczucia potrafi pochylić się nad ludzkim cierpieniem.

Bezradność jedynie uprzęda czyn, a nie jest jego konsekwencją. Lekarska bezradność nie usposabia do służenia pomocą, zwiotcza dłonie i skłania do obojętności. U chorego natomiast budzi zwątpienie, nieufność i rezygnację. I co najistotniejsze – z bezradności żadna nadzieja się nie wykluwa. W. Biegański pisał w swych Aforyzmach: „Lekarz powinien być apostołem nie zwątpienia, lecz ufności. Nadzieja jest tym dla duszy, czym powietrze dla całego ustroju. I jak ustrój bez powietrza żyć przestaje, tak i dusza bez nadziei wpada w apatię”. I dodawał jednocześnie: „Dobrego lekarza tak, jak dobrego żeglarza, poznasz tylko podczas burzy i niebezpieczeństwa”, wtedy właśnie, kiedy cierpienie i lęk przenika chorego.

Jeden z najwybitniejszych aktorów polskich, leżąc w szpitalu, głośno krzątał się czyniąc plany i projekty teatralne. Kiedy pojechał na prześwietlenie płuc, na pytanie o swój stan zdrowia usłyszał odpowiedź: „To co pan nie wie? Ma pan przerzuty do wszystkich organów”. Wrócił na oddział i już nie odzywał się do nikogo. I umarł w milczeniu po trzech dniach. Ktoś mu zabrał nadzieję – i jeszcze – życie. Nadzieja bowiem jest żywotnością, przekonywał G. Marcel, uwolnieniem się od tego, co więzi i ogranicza: „Stwierdzenie mam nadzieję w całej swej sile zwrócone jest w kierunku jakiegoś wybawienia. Chodzi tu naprawdę o wydobywanie się z mroków, w jakich obecnie jestem pogrążony; może to być zarówno mrok choroby”, jak i cokolwiek innego, co człowieka zniewala. Nie jest to zapewnienie wiecznego życia na ziemi. Nawet u nieuleczalnie chorego bądź umierającego zawsze chodzi o wskazywanie i podtrzymywanie nadziei, choć innej niż nadzieja na całkowite wyzdrowienie.

Lecz bezradność lekarska ma jeszcze jeden wymiar, zbyt codzienny, ażeby można było go pominąć. To sytuacja, gdy cierpiący i złącony pacjent zwraca się do lekarza o pomoc, o ulżenie w cierpieniu, po prostu – o przyjęcie, za 180 zł., a słyszy jedynie: „No co ja mogę zrobić, niech mi pani powie! Mam komplet pacjentów”. Jakże trzeba być bezdusznym, aby upominać się u cierpiącego chorego o poradę dla siebie! – za wskazanie realnej możliwości uzyskania tego świadczenia (art. 38 KEL) mając zalecenie: „Niech pani jedzie na SOR”. Jest przeciwieństwo różnica między uzasadnionym odstępstwem a uchyleniem się od leczenia chorego, który daje swoje świadectwo bezradności w cierpieniu. Mianowicie taka, jaka jest między życzliwością i troską a bezdusznością i brakiem serca.

W. Szumowski pisał prawie sto lat temu, że istnieją organizacyjne przyczyny, a i wadliwość ustaw, które mogą „posłannictwo lekarza karykaturalnie wykoszlawić”, oddalając go od ideałów lekarskich. Go-rzej jest jednak wtedy, gdy lekarz sam, z własnego wyboru, odziera się z ideałów – do samego aż kośćca.



Koleżance **Violetcie Półtorak** i Jej Bliskim
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci Ojca
lek. chirurga

Edwarda Półtoraka

składają
lekarze i lekarze stomatolodzy z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

4 września 2014 r. odeszła od nas ukochana Żona i Mama
lekarz psychiatra

Irena Patrzalek

długoletni kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego
Dyrekcji Okręgowych Kolei Państwowych
o czym zawiadamiają pogrążona w głębokim smutku i żalu
Rodzina oraz Przyjaciele

Z głębokim smutkiem i żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
naszego Kolegi
lekarza rodzinnego

Jacka Lisiakiewicza

Był ceniony przez kolegów z pracy i pacjentów,
zawsze pomocny, serdeczny i z sercem dla wszystkich.
Będzie Go nam bardzo brakowało.
Rodzinie i Najbliższym
słowa wsparcia w trudnych chwilach
składają koledzy i koleżanki z Przychodni EMC
przy ul. Łowieckiej we Wrocławiu

Koleżance lek. dent. **Teresie Bujko**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Siostry

składa Zarząd LKPK

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

płk. w st. spocz. dr. n. med. Jana Szymańskiego

wieloletniego kierownika Przychodni Stomatologicznej
4 WSKzP SPZOZ we Wrocławiu
żołnierza Armii Krajowej i Szarych Szeregów.
Wyraży szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim Zmarłego
składają
lek. dent. **Teresa Bujko**
oraz członkowie Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących

Wyraży głębokiego współczucia **dr Beacie Gołaszewskiej-Fuchs**
z powodu śmierci

Matki

składają koleżanki i koledzy
z Katedry i Kliniki Okulistyki UM we Wrocławiu

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 16 września 2014 roku
zmarła Nasza Koleżanka

dr Wenata Browarska

Szczere wyrazy współczucia Synowi i Rodzinie
składają koleżanki i koledzy
z Koła Lekarzy przy SZPL „Provita”

Naszej Koleżance **dr n.med. Ewie Fidziańskiej-Długosz**
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Taty

składa zespół współpracowników z Kliniki Anestezjologii
i Intensywnej Terapii USK przy ul. Borowskiej

Podziękowania

Pragnę złożyć podziękowania dla lekarzy, Marka Kaźmierczyka i Piotra Krudysa, którzy swoją postawą, ofiarnością i z wielkim poświęceniem opiekowali się moim ojcem, Zbigniewem Jakutowiczem, w szpitalu w Lwówku Śląskim i Szklarskiej Porębie. Przebywając w szpitalach, byłam świadkiem życzliwości, oddania i poświęcenia. Pobyt w nich, mimo tak ciężkiej choroby, upłynął tacie w cieplej i rodzinnej atmosferze pod okiem tak wykwalifikowanej i profesjonalnej obsługi, zarówno lekarzy, jak i personelu szpitali. W obu szpitalach odzyskuje się nadzieję i wiarę w troskę o drugiego człowieka. Serdecznie za to wszystko dziękuję.

Dziękuję dr. Pawłowi Szymańskiemu za troskliwą opiekę medyczną, życzliwość, ciepłe słowa i nieustający uśmiech oraz danie mi szansy na powrót do normalnego funkcjonowania oraz przywrócenie wiary w lekarzy. Jednocześnie życzę Panu dalszych sukcesów w życiu zawodowym i osobistym. Dziękuję z całego serca.

Małgorzata Błaszowska

Z wyrazami wdzięczności Izabela Pirowska

Personelowi Oddziału Neurologicznego WS SPZOZ w Zgorzelcu, a w szczególności ordynatorowi dr. Piotrowi Płazie i dr Ewie Czerwonajcio, dziękuję za profesjonalizm i zaangażowanie w proces leczenia, za troskliwą opiekę i życzliwość okazaną podczas hospitalizacji mojej matki. Życzę Państwu zdrowia, wszelkiej pomyślności oraz satysfakcji z sukcesów zawodowych.

lek. Dorota Wrzaszczyk



*„Bóg widzi śmierć
inaczej niż my. My widzimy
ją jako ciemny mur,
Bóg jako bramę”*

Walter Flex

Prof. zw. dr hab. Zenon Szewczyk

01.12.1927-26.07.2013 r.
specjalista chorób

wewnętrznych i nefrologii



Fot. z archiwum autorów

26 lipca 2013 r. zmarł nasz Mistrz i Nauczyciel Pan Profesor Zenon Szewczyk, kierownik Katedry Nefrologii Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1970-1998, prorektor ds. nauki w latach 1987-1990.

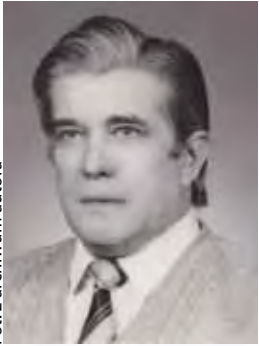
Zasługi Pana Profesora dla macierzystej uczelni i rozwoju medycyny w dziedzinie chorób nerek są olbrzymie. Był On człowiekiem wielkiej mądrości, posiadającym niezwykle przenikliwy umysł, potrafiącym wkraczać na nowe pola badawcze, posiadającym zdolność dalekowzrocznego przewidywania. Już przed ponad 40 laty często powiadał, że przyszłością medycyny klinicznej staną się hodowle komórkowe. Terazniejszość – era komórkowych terapii, coraz szersze stosowanie komórek macierzystych, dynamizm postępu medycyny regeneracyjnej, terapie komórkowe w onkologii, w pełni potwierdziły te wizjonerskie prognozy.

W centrum zainteresowań naukowych Pana Profesora znajdowały się zagadnienia immunologiczne, problemy oceny stanu układu odpornościowego u chorych na kłębuszkowe zapalenia nerek i biorców przeszczepu nerki, zastosowania kliniczne leków immunosupresyjnych. Najważniejszą cechą działalności Pana Profesora była jednak niezmierna życzliwość dla młodych i otwartość na ich pomysły, wytrwałe otwieranie współpracownikom drzwi do indywidualnych karier, stałe, cierpliwe zachęcanie do podejmowania nowych zadań, przypominanie, że bez międzynarodowych kontaktów nie ma istotnych osiągnięć. Dzięki tym przymiotom umysłu i osobowości udało się Panu Profesorowi dokonać rzeczy wyjątkowej, stworzyć wielką szkołę nefrologiczną, z ośmioma współpracownikami, którzy uzyskali tytuły profesorskie: Tomasz Szepietowski, Rajmund Adamiec, Maria Boratyńska, Zbigniew Hruby, Marian Klinger, Jakub Kuźniar, Andrzej Steciwko, Waław Weyde.

Środowisko medyczne darzyło Pana Profesora Szewczyka wielkim szacunkiem i uznaniem, przyznając honorowe członkostwa: Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego i Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Otrzymał wysokie odznaczenia państwowe, szereg wyróżnień resortowych i uczelnianych.

My uczniowie i współpracownicy Pana Profesora zawsze będziemy pamiętali, jak wiele uczynił dla nas, na zawsze pozostanie w naszych sercach i umysłach.

**Zespół Katedry i Kliniki Nefrologii
i Medycyny Transplantacyjnej
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**



Lek. Wiesław Gąsiorowski

08.08.1931-24.05.2014 r.

specjalista
chirurgii dziecięcej

Lek. Wiesław Gąsiorowski urodził się 8 sierpnia 1931 r. w Przemyślu. Jego ojciec był piśsudczykiem, żołnierzem Legionów Polskich. W rodzinie pielęgnowane były tradycje patriotyczne związane z wskrzeszeniem Polski po długich latach niewoli i rozbiorów. Stąd wzięły się u Niego zainteresowania okresem międzywojennym naszego kraju i II wojny światowej. W bibliotece domowej pozostawił wiele publikacji, albumów, książek, zdjęć oraz opracowań historycznych związanych z tym okresem. Szkołę Podstawową i Liceum Ogólnokształcące ukończył w Przemyślu. W 1951 r. zdał maturę.

W latach 1951-1957 studiował medycynę na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Wydział Lekarski ukończył w 1957 r. Po ukończeniu studiów lekarskich został powołany na 2 lata do służby wojskowej. W jej ramach pracował przez rok jako lekarz w więziennictwie we Wrocławiu. Po odbyciu służby wojskowej rozpoczął pracę na Oddziale Chirurgii Dziecięcej Szpitala im. L. Rydygiera w stolicy Dolnego Śląska. Po wygaśnięciu epidemii ospy i likwidacji oddziału przeniósł się do organizującego się szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu, gdzie pracował aż do momentu przejścia na emeryturę (do 1997 r.).

W 1987 r. awansował do stopnia majora rezerwy Wojska Polskiego. W trakcie pracy w szpitalu im. L. Rydygiera ukończył trzymiesięczny kurs z anestezjologii, dlatego też przez pierwsze lata wykonywał również znieczulenia ogólne u dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat. W szpitalu im. T. Marciniaka uzyskał I i II stopień specjalizacji z zakresu chirurgii dziecięcej. Był dobrym operatorem oraz doskonałym diagnostą. Operował atraumatycznie, spokojnie i hemostatycznie. Kochał swój zawód i bez reszty oddany był swoim pacjentom. Brał aktywny udział w szkoleniach wewnątrzoddziałowych pielęgniarek i lekarzy. Chętnie przekazywał swoje wieloletnie, bogate doświadczenie zawodowe młodym lekarzom.

Był człowiekiem z dużym poczuciem humoru i życzliwym wobec ludzi. Był zagorzałym kibicem piłki nożnej. Przez wiele lat pełnił dyżury w Miejskim Pogotowiu Ratunkowym, piastował też funkcję orzecznika komisji PZU we Wrocławiu. Był jednym z najstarszych stażem chirurgów dziecięcych na Dolnym Śląsku.

Pozostanie na długie lata w pamięci pacjentów oraz wszystkich koleżanek i kolegów.

Jan Klempous

*„Życie to czas, w którym
szukamy Boga. Śmierć to czas,
w którym Go znajdujemy.
Wieczność to czas,
w którym Go posiadamy”
św. Franciszek Salezy*



BIURO DIL

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

czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

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

inż. Magdalena Tatuch – specjalista

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

mgr Agnieszka Szymków – starszy referent
tel. 71 798 80 54

Księgowość

Główna księgowa mgr Halina Rybacka

mgr Tomasz Lener – starszy księgowy

mgr Joanna Mariturzyk – starsza księgowa

Kadry, Komisja Stomatologiczna

mgr Agnieszka Jamrozak – starszy specjalista
tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy

i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru

tel. 71 798 80 55,

mgr Weronika Pawełkiewicz – starszy referent,

tel. 71 798 80 57,

mgr Agnieszka Szymura – starszy referent,

tel. 71 798 80 82,

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

mgr Magdalena Jasien – referent, tel. 71 798 80 61,

mgr Kamila Kaczyńska – 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

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

mgr Aleksandra Kolenda – specjalista,

tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – specjalista,

tel. 71 798 80 76

Grażyna Rudnicka – referent

tel. 71 798 80 75,

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 79

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

Informatyk

inż. 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

◆ 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.

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

◆ 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.

◆ Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Twardogórze zatrudni w pełnym wymiarze godzin lekarza specjalistę medycyny rodzinnej lub lekarza w trakcie specjalizacji w wymienionej dziedzinie. Forma zatrudnienia kontrakt lub umowa o pracę. Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie CV z dołączoną klauzulą: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacyjnego (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. 1997 nr 133, poz. 883). Adres do kontaktu: szpzoztwardogora@pro.onet.pl, Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, 56-416 Twardogóra, ul. Waryńskiego 10, tel. 603 529 415 lub 71 315 80 41.

◆ NZOZ w Głogowie zatrudni w POZ lekarza rodzinnego lub internistę oraz w poradni kardiologicznej specjalistę kardiologa lub lekarza w trakcie specjalizacji, tel. 509 814 664.

◆ Centrum stomatologiczne we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa z praktyką, tel. 691 361 364.

◆ Przychodnia zatrudni lekarza stomatologa (z min. 3-letnim stażem), lekarza dermatologa, ginekologa, okuliste ze specjalizacją, tel. 71 31 64 028.

◆ Prywatny gabinet stomatologiczny we Wrocławiu (Krzyki) poszukuje do współpracy lekarza stomatologa, wymagana własna działalność gospodarcza. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Więcej informacji pod nr tel. 508 869 273, e-mail: info@dentystka.wroc.pl

◆ Dolnośląskie Centrum Ortodontyczno-Implantologiczne we Wrocławiu zatrudni lekarzy stomatologów. Kontakt: ortodonthaller@onet.eu lub tel. 693 859 595.

◆ Dyrekcja Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, ul. Armii Krajowej 1, zatrudni w pełnym wymiarze czasu pracy lekarza – specjalistę z zakresu chorób wewnętrznych na Oddziale Wewnętrznym PZS – szpitalu w Oleśnicy (umowa o pracę lub kontrakt). Informacje pod nr telefonu: 71 77 67 427 – sekretariat PZS w Oleśnicy, 71 77 67 317 – dział kadr PZS.

◆ Prywatny gabinet stomatologiczny we Wrocławiu nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem. Wymagana własna działalność gospodarcza, e-mail: luksdentwroclaw@interia.pl

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa – Wrocław, okolice Wrocławia, Kotlina Kłodzka (wymagana własna działalność oraz staż min. 3 lata) pacjenci tylko prywatni, CV prosimy na e-mail: freshdent@wp.pl, tel. 604 44 97 43.

◆ Gabinety stomatologiczne w Świdnicy nawiążą współpracę z ortodontą, tel. 664 93 22 46 lub 668 445 163.

◆ Doświadczony lekarz ortodonta w Kłodzku zaprasza młodą, kreatywną osobę bez specjalizacji do współpracy w zakresie ortodoncji. Oferuję pomoc merytoryczną. Kontakt telefoniczny: 696 161 894 (od pon. do czw. w godz. 19.00-20.00).

◆ Bardzo dobrze prosperująca przychodnia stomatologiczna zatrudni lekarzy stomatologów. Dobre warunki placowe. Pacjenci prywatni i NFZ, tel. 601 726 004.

◆ Przychodnia „Mieszko” w Świdnicy zatrudni lekarza specjalistę medycyny rodzinnej lub internistę (ew. w trakcie specjalizacji) do poradni lekarza POZ, tel. 601 823 355 lub e-mail: przychodnia@nozmiieszko.pl

◆ STOMed w Strzelinie (35 km od Wrocławia) zatrudni lub nawiąże współpracę z lekarzami dentystami z zakresu: stomatologia zachowawcza (dziecięca), protetyka, ortodoncja, chirurgia stomatologiczna oraz lekarzy specjalistów z zakresu: endokrynologii, laryngologii, kardiologii, okulistyki, medycyny pracy i innych specjalności. Zatrudnimy również osobę z uprawnieniami do wykonywania zdjęć RTG, punktowych, panoramicznych i cefalometrycznych. Możliwość podjęcia pomieszczeń na własną praktykę lekarską, kom. 504 262 453.

◆ Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. poszukuje lekarzy specjalistów: chorób dziecięcych oraz ginekologii i położnictwa. Zainteresowanych podjęciem współpracy, prosimy o przesłanie CV i listu motywacyjnego na adres e-mail: dsp@mcm-milicz.pl, tel. 797 307 788.

◆ Zatrudnimy lekarza specjalistę medycyny rodzinnej lub specjalistę chorób wewnętrznych na pełny etat w poradni POZ NZOZ „Przychodnia – Nowy Dwór”, ul. Nowodworska 91a, Wrocław, tel. 605 434 075, 668 326 516.

SZUKAM PRACY

◆ Jestem asystentką stomatologiczną. Posiadam dyplom. Moje doświadczenie to czynna asysta – praca na cztery ręce: stomatologia zachowawcza, endodoncja – praca z mikroskopem, pedodoncja, chirurgia, protetyka, RTG: pantomograficzne, tomograf, recepcja. Znam j. angielski i j. rosyjski w stopniu komunikatywnym, tel. 691 266 757.

◆ Emerytowany specjalista medycyny pracy podejmie współpracę z placówką medyczną na terenie Wrocławia, tel. 71 322 34 66 (poczta głosowa).

◆ Ambitny i pracowity lekarz dentysta kończący staż (wrzesień 2014 r.) szuka pracy na terenie Wrocławia i okolic, tel. 664 854 659.

◆ Podejmę pracę w charakterze lekarza neonatologa w niepełnym wymiarze godzin lub na dyżurach, tel. 601 990 722.

◆ Reumatolog szuka pracy we Wrocławiu lub Trzebnicy, Oleśnicy i okolicach, tel. 506 318 601.

INNE

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

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

◆ Sprzedam. Legnica – centrum, 3 gabinety lekarskie z zapleczem i wyposażeniem, tel. 880 107 380.

◆ Sprzedam czynną praktykę stomatologiczną dwustanowiskową wraz z lokalem 63 m² w centrum Jeleniej Góry, kom. 603 910 905.

◆ Do wynajęcia gabinet stomatologiczny, tel. 784 157 115.

◆ Do wynajęcia nowoczesnie wyposażony gabinet stomatologiczny we Wrocławiu, tel. 507 604 616.

◆ Pilnie sprzedam dom w Legnicy (205 m²) wraz z gabinetem lekarskim (54 m²) położony blisko szpitala wojewódzkiego. Duży ogród i plac parkingowy. Możliwość prowadzenia różnej działalności gospodarczej, tel. 76 852 29 10.

◆ Sprzedam: 1. szafę szklaną lekarską, 2. przystawkę turbinową, 3. przystawkę turbinową typu Mobic, 4. spluwaczkę, 5. dwa fotele „Beskid”, 6. dwie lampy stomatologiczne – bezzienowe, tel. 607 440 119.

◆ Wynajmę pomieszczenie na gabinet lekarski (np. ginekologiczny – z kabiną higieny). Pomieszczenie znajduje się w nowej poradni stomatologicznej w Czernicy (10 km od Wrocławia), tel. 608 583 971.

◆ Sprzedam urządzenie z gabinetu stomatologicznego, tel. 662 290 663.

◆ Sprzedam gabinet stomatologiczny kompletnie wyposażony: 2 unity, radiowizjografia i inne, w centrum Wrocławia (okolice ul. Legnickiej – w pobliżu Dolmedu), tel. 71 339 82 33 lub 608 209 528.

◆ Sprzedam gabinet stomatologiczny w Głogowie, tel. 691 890 234.

◆ Wynajmę kawalerkę 38m² w okolicy ul. Wyszyńskiego, tel. 697 067 603, kontakt po godz. 16.00.

Zarząd Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o.

ogłasza nabór na stanowisko kierownika Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

Warunki naboru dostępne są na stronie internetowej: www.szpitalrawicz.pl

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Głogowie pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

- medycyny ratunkowej do pracy w SOR w Głogowie,
- chorób wewnętrznych lub specjalisty z zakresu medycyny rodzinnej do pracy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej,
- neurologii.

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki placowe,
- dowolna forma zatrudnienia,
- duże możliwości rozwoju zawodowego.

Kontakt:

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Głogowie
ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. 76 837 32 73
kom. 609 457 199, fax 76 837 33 77

REKLAMA



WROCLAW

Klinika Leczenia Niepłodności nr 1 w Polsce!



53% średnia skuteczność programu in vitro
w Klinikach INVICTA

dr Joanna Liss, Kierownik Laboratorium In Vitro INVICTA



Klinika Leczenia Niepłodności INVICTA
Wrocław, ul. Grabiszyńska 208,
T: 58 58 58 801, E: klinika.wroclaw@invicta.pl

www.invicta.pl
www.invitro24.com



LIMITOWANA EDYCJA VOLVO OCEAN RACE



VOLVO
OCEAN
RACE
2014 - 2015



Ekskluzywna skórzana tapicerka
z przeszyciami Volvo Ocean Race



Specjalnie zaprojektowane
felgi Portunus



Cyfrowe zegary Active TFT

Volvo Ocean Race to najcięższe i najdłuższe regaty dookoła świata.

W hołdzie wszystkim pasjonatom życia przygotowaliśmy luksusową, limitowaną edycję modeli Volvo Ocean Race wyposażonych w detale oddające klimat tego niezwykłego sportowego wydarzenia. Teraz przy zakupie modeli **Volvo XC60, V60, Volvo V40 i V40 Cross Country** oszczędzasz nawet do **12 300 zł!**

PRZEJMIJ STER I UMÓW SIĘ NA JAZDĘ PRÓBNĄ.

W zależności od wersji silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 4,5 do 10,7 l/100 km, emisja CO₂ od 117 do 249 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