



Nr 7-8/2017 (324-325) lipiec-sierpień 2017

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

ZACHOWAJ KARTĘ
DO GŁOSOWANIA.

**CZAS
WYBORÓW**

MOŻESZ TEŻ GŁOSOWAĆ
KORRESPONDENCYJNIE.

WYBORY DO
IZB LEKARSKICH
2017/2018

**Orzecznictwo lekarskie
a bezpieczeństwo zdrowotne**

s. 4-16, cz. I

Selection

KOLEKCJA 2017



TOYOTA

ALWAYS A
BETTER WAY



Sprawdź, który model
określa Twoją osobowość.

TOYOTA CENTRUM WROCŁAW
Róg Legnickiej i Na Ostatnim Groszu
54-206 Wrocław, Polska
T: +48 71 359 85 90
E: salon@toyota-centrum.pl



Toyota Yaris Selection – zużycie paliwa i emisja CO₂ (dyrektywa UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi) w zależności od wariantu i wersji auta od 3,3 do 5,0 l/100 km (cykl średni) i od 75 do 112 g/km. Toyota Auris Touring Sports Selection – zużycie paliwa i emisja CO₂ (dyrektywa UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi) w zależności od wariantu i wersji auta od 3,5 do 6,2 l/100 km (cykl średni) i od 79 do 143 g/km. Toyota RAV4 Selection – zużycie paliwa i emisja CO₂ (dyrektywa UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi) w zależności od wariantu i wersji auta od 5,1 do 5,2 l/100 km (cykl średni) i od 118 do 122 g/km. Toyota Avensis Selection – zużycie paliwa i emisja CO₂ (dyrektywa UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi) w zależności od wariantu i wersji auta od 4,5 do 6,3 l/100 km (cykl średni) i od 119 do 145 g/km. Zużycie paliwa i emisja spalin CO₂ w konkretnym pojeździe w warunkach drogowych mogą różnić się od podanych wyników pomiarów. Na zużycie paliwa i emisję CO₂ wpływa sposób prowadzenia pojazdu oraz inne czynniki (takie jak: warunki drogowe, natężenie ruchu, stan pojazdu, ciśnienie w oponach, zainstalowane wyposażenie, obciążenie, liczba pasażerów itp.). Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.toyota.pl. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Toyoty.

SPIS TREŚCI

ORZECZNICTWO LEKARSKIE A BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE

4 Wybrane aspekty różnic poznawania rzeczywistości przez lekarza-orzecznika i biegłego sądowego przy orzekaniu o niezdolności do pracy Leszek Malkiewicz

8 Sumienność i empatia
Rozmowa z Jolantą Małaszk-Ziółkowską

12 Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby Małgorzata Paszkowska

WYDARZYŁO SIĘ **16**
PEER-REVIEW – PO CO I DLA KOGO?

24 Lekarz – samotny wilk czy członek grupy?
Beata Stecka

NASI STOMATOLODZY

26 Prawo do wykonywania zawodu stomatologa w odniesieniu do praw pacjenta
Barbara Polek

NASZA PRZYGODA – MADAGASKAR **30**
Z PORADNIKA PSYCHOPRAKTYKA

32 Wypalenie zawodowe
Dariusz Delikat

SŁOŃCE – PRZYJACIEL CZY WRÓG?
35 Czerniaki skóry – diagnostyka i metody leczenia
Małgorzata Pokrywka

PRAWO A MEDYCYNA

38 Prawo na co dzień
Beata Kozyra-Łukasiak

Z POLITYKĄ W TLE

42 Co z tą apteką?
Greta Kanownik

Uchwały DRL i Prezydium DRL **45**

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu **46**

Konferencje i szkolenia **47**

Kursy **51**

Pro memoria **52**

Wspomnienia pośmiertne **54**

Felietony **55**

Komunikaty **56**

Rozrywka **57**

Ogłoszenia **58**

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

Józef Lula – redaktor naczelny, Magdalena Janiszewska – redaktor/korekta/oprac. graf./reklama, Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie, Tomasz Janiszewski – projekt okładki
Źródła grafik (okładka): www.pixabay.com/photos/crowd-2045498/geralt, card-36777, envelope-1296046, magnifying-glass-189254/TheUjJula

Kolegium redakcyjne:

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

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

Numer zamknięto 28 czerwca 2017 r.
Druk: GREG PRINT spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k., ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice, tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70



Fot. z archiwum P.W.

Komentarz aktualny

Na początek wakacji warto zacząć od dobrych wieści. Niewątpliwie do największych sukcesów ostatnich miesięcy środowiska medycznego, reprezentowanego przez Porozumienie Zawodów

Medycznych, zaliczyć należy złożenie w połowie maja obywatelskiego projektu ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia, którego najważniejszą częścią jest ustalenie minimalnych zarobków w tej sferze. Na Dolnym Śląsku podpisało się pod nim ok. 20 tys. osób, zaś w całym kraju 239 476 Polaków. I nie tylko te liczby świadczą o sukcesie, ale również przyjęcie propozycji wysokości zarobków w ochronie zdrowia przez media. Chyba po raz pierwszy, udzielając przy tej okazji wywiadów, nie musiałem przekonywać, że trzy średnie krajowe dla lekarza specjalisty, czy dwie dla wykwalifikowanej pielęgniarki i ratownika medycznego, to żadna fanaberia, tylko potrzeba chwili, bo za jakiś czas nie będzie miał nas kto leczyć. I choć zapewne projekt, jak wiele innych obywatelskich projektów ustaw, trafi do sejmowych niszczarek, to świadomość, że system ochrony zdrowia bez wykwalifikowanej i dobrze opłacanej kadry się zawali, pozostanie.

Przedwakacyjne wydarzenia nie wprowadziły nas w spokojny okres kanikuły. Chyba najbardziej niepokojącym z nich, jeśli chodzi o przyszłość systemu opieki zdrowotnej w najbliższym czasie, było zaprezentowanie Radzie Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia planu finansowego na rok 2018. Mimo tego, że na dniach zapewne Senat uchwali przyjętą już 8 czerwca br. przez Sejm ustawę o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, to projekt planu DOW NFZ nie przewiduje istotnego wzrostu nakładów na świadczenia i wzrostu cen jednostkowych, który powinien w związku z tym nastąpić. Trudno w ogóle ocenić plan w części dotyczącej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i lecznictwa zamkniętego, gdyż w związku z utworzeniem sieci szpitali i ryczałtowym finansowaniem poradni przyszpitalnych poprzesuвано środki pomiędzy działami, nie wiadomo na jakiej zasadzie. Tak więc trudno przewidzieć, co czeka nas w przyszłym roku.

Końcówka czerwca to również eksperyment z uruchomieniem nowego systemu monitorowania kształcenia. Na izby lekarskie spadł w praktyce obowiązek weryfikowania i zatwierdzania w bazie tegorocznych absolwentów wydziałów lekarskich i lekarsko-stomatologicznych uniwersytetów medycznych. Wszystko, jak zwykle, robione na ostatnią chwilę, na kolanie, a dla wymyślających nowe zasady urzędników nie ma znaczenia, że sesje zazwyczaj kończą się pod koniec czerwca, a absolwenci muszą złożyć pełną dokumentację do... 30 czerwca. Ale to dopiero początek kłopotów, jakie niesie nowy SMK. Dolnośląska Izba Lekarska zorganizowała spotkanie informacyjne na ten temat, ale zainteresowanie było niewielkie, a tymczasem nowe obowiązki spadną między innymi na kierowników specjalizacji, którzy będą mieli na przykład siedem dni na wpisanie do systemu zaliczonych osiągnięć swoich podopiecznych. A i terminarz składania dokumentów do specjalistycznego egzaminu państwowego z powodu wprowadzenia nowych procedur też się skomplikuje. Zobaczymy, jak te nowinki zweryfikuje życie.

I na koniec sprawa najważniejsza: wybory delegatów na Zjazd Okręgowy. Przypominam, że jesteśmy cały czas w tej procedurze, zostali już zgłoszeni kandydaci na delegatów, za chwilę przyjdzie czas dokonywania wyborów. Ponieważ obecnie głosowanie odbywa się głównie korespondencyjnie, apeluję o rozważne planowanie terminów przez poszczególne okręgi wyborcze, aby dać szansę niesprawnej niestety Poczcie Polskiej. Kandydatów jest naprawdę dużo, bo 315, co cieszy, więc planując termin wyborów weźmy poprawkę na to, że DIL musi listy z kartami do głosowania rozesłać, te muszą dotrzeć do członków okręgu wyborczego, a głosujący muszą je odesłać do Izby. Pośpiechu nie ma – proponuję ustalać spokojnie terminy powakacyjne i uczulać Koleżanki i Kolegów, że otrzymają listy z Izby z kartami do głosowania i opłaconymi kopertami do odesłania zakreślonych kart. Po wszelkie informacje odsyłam do naszej strony internetowej i do biura Izby.

A na razie wszystkim Koleżankom i Kolegom życzę spokojnych wakacji i efektywnego wypoczynku!



Tekst Leszek Malkiewicz

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/27493073484_aa00c144c4_b/NHGRI Image Gallery – obraz modyfikowany

W Polsce biegły nie zeznaje, lecz opiniuje. Relacjonuje on swoje spostrzeżenia o faktach, z którymi zapoznał się pośrednio na podstawie akt i/lub badania lekarskiego. Powszechnie, nie tylko w języku potocznym, środek dowodowy dostarczony przez biegłego bywa nazywany błędnie orzeczeniem, a nie jak powinno być, opinią. Istnieją także koncepcje zrównujące pozycję biegłego (eksperta) z pozycją sędziego. Model taki byłby możliwy pod warunkiem, że judykatura posiadałaby odpowiednie wykształcenie specjalistyczne, np. medyczne, i w pewnym sensie obowiązuje on w ZUS na etapie lekarza-orzecznika i komisji lekarskiej.

**Wybrane
aspekty różnic
poznawania
rzeczywistości
przez lekarza-orzecznika
i biegłego sądowego
przy orzekaniu
o niezdolności do pracy**

Natura poznania badana jest w obrębie filozofii, ściślej mówiąc jej gałęzi – epistemologii. Nadal jednak aktualne pozostaje pytanie, czy prawdy są odkrywane czy wymyślane?

Permanently tocząca się dyskusja w kręgach lekarzy-orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (zarówno kulturalowa, jak i na łamach organu Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego), dotycząca zwłaszcza różnic, niekiedy skrajnych, w podejściu do opiniowania tego samego stanu faktycznego przez lekarzy-orzeczników i komisje lekarskie ZUS oraz biegłych sądowych, skłoniło mnie do podjęcia próby wyjaśnienia dość skomplikowanej materii tego niepokojącego zdaniem lekarzy-orzeczników zjawiska. Z pewnością fenomen ten można rozmaicie tłumaczyć i wyjaśniać. Próby takie podejmowano już wielokrotnie w pracach naukowych sprawdzając najczęściej tę problematykę do postawienia uproszczonej hipotezy i zarzutu wobec środowiska biegłych sądowych o niewystarczającą znajomość przepisów (norm) prawnych aktualnie obowiązujących przy orzekaniu niezdolności do pracy w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Moim zdaniem istota sporu tkwi w fakcie nieuświadomienia sobie, że dochodzenie do celu (normatywnego) ustalenia prawdy materialnej jest całkowicie odmienne w postępowaniu administracyjnym i cywilnym. Tak samo odmienna jest droga do prawdy i jej poznania w naukach przyrodniczych i prawnych. W naukach przyrodniczych opisujących zjawisko badaniu podlega przyczyna, skutek i związek przyczynowo-skutkowy, który w odniesieniu do badanej przyrody musi zaistnieć. W naukach prawnych, zwłaszcza na obszarze panowania pozytywizmu kontynentalnego (*civil law*), jest inaczej i w przypadku norm prawnych pomiędzy przyczyną (poprzednik) i skutkiem (następnik) nie musi zaistnieć związek tylko tzw. zarachowanie. Zarachowanie wynika nie z praw przyrody czy logiki, lecz z woli ustawodawcy. Upraszczając zagadnienie, nauki przyrodnicze charakteryzują się tym, iż poziom obiektywności badającego zbliżony jest do 100 proc. i w zasadzie nie ma tam miejsca na margines dowolności. Jakkolwiek, założeniem nauk normatywnych i istotą prawa jest także precyzja, obiektywność, jasność, bezstronność, zupełność, niesprzeczność itd., to różnice występujące w efekcie końcowym wynikają z trudności pozbawienia się pierwiastka subiektywnego wartościującego przy badaniu stanu faktycznego, jak i nieco odmiennego instrumentarium, które jest używane.

Lekarz-orzecznik w postępowaniu rentowym, które z całą pewnością, na etapie ZUS ma charakter postępowania administracyjnego, ustala zaistnienie lub nie, przesłanek niezbędnych, zdaniem ustawodawcy, do ustalenia niezdolności do pracy i jej stopnia. Muszą wystąpić łącznie: naruszenie sprawności organizmu, utrata zdolności do pracy zarobkowej w stopniu co najmniej znacznym oraz złe rokowanie co do odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. Ponadto, przyjmując w Polsce niemiecki model systemu zabezpieczenia społecznego w okresie transformacji ustrojowej, zakłada się, że renty z tytułu niezdolności do pracy przyznawane są w zasadzie tylko tym, u których działania lecznicze i rehabilitacyjne nie rokują powodzenia lub okazują się nieskuteczne. Zadaniem ZUS jest zatem sprawdzenie, czy dany ubezpieczony podlega ustawie o FUS. To wszystko dokonuje się w skomplikowanym, wieloetapowym procesie intelektualnym zwanym subsumcją. Zmiany aktu abstrakcyjnego i generalnego, jakim jest ustawa, na akt konkretny i indywidualny, jakim jest orzeczenie. To orzeczenie lekarskie jest warunkiem *sine qua non* wydania przez organ rentowy decyzji o przyznaniu świadczenia. Lekarz-orzecznik, a także komisja lekarska, nie jest organem ZUS. Jest natomiast wyspecjalizowanym podmiotem, wyodrębnionym wydziałem, którego zadaniem jest przygotowanie niezbędnego dla ubezpieczonego orzeczenia. Istotą tego orzeczenia jest stwierdzenie istnienia prawa do renty. Zatem taki supereksperł przekłada istniejące w rzeczywistości fakty i ustala, bądź nie, u danego ubezpieczonego istnienie niezdolności do pracy.

Jest to postępowanie deklaratoryjne (w odróżnieniu od konstytucyjnego), gdzie lekarz-orzecznik, względnie komisja lekarska, ma ustawowe uprawnienie do stwierdzenia u ubezpieczonego prawa w ujęciu podmiotowym. Dodać należy, że od ustaleń lekarza-orzecznika przysługuje sprzeciw i wówczas orzeczenie wydaje właściwa komisja.

Na marginesie, ciekawym zagadnieniem z punktu widzenia praworządności formalnej w państwie prawa jest możliwość wydania przez komisję orzeczenia reformującego ustalenia lekarza-orzecznika na niekorzyść »

O AUTORZE

**DR N. PRAWN.,
DR N. MED. LESZEK
MALKIEWICZ**



Fot. z archiwum autora

Lekarz specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej. Był pracownikiem naukowym Uniwersytetu Eppendorf w Hamburgu i Akademii Medycznej we Wrocławiu. Biegły sądowy z zakresu medycyny wewnętrznej i medycyny rodzinnej. Autor wielu publikacji naukowych z zakresu medycyny i prawa.

„ *De lege lata biegli sądowi powoływani są postanowieniem sądu, kiedy dla wyjaśnienia pewnych faktów i okoliczności konieczne są wiadomości specjalne, nieznane sądom. Biegły przygotowuje relatio periti, najczęściej pisemną opinię i odpowiada tylko za rzetelność jej sporządzenia. Organ procesowy zaś, wyposażony w dyskrejonalną władzę, może, lecz nie musi, uznać opinii jako samodzielnego środka dowodowego. W zasadzie sąd powinien uzasadnić, dlaczego jednym dowodom nadaje moc dowodową a innych jej pozbawia.*

Sąd musi wiedzieć, co chce udowodnić. Precyzyjne sformułowanie pytań leży zatem po stronie organu sądowego. W żadnym wypadku nie może to być próba przerzucenia odpowiedzialności za treść wyroku z orzekającego organu (sądu) na opiniującego (biegłego) zgodnie z regułą da mihi factum dabo tibi ius (podaj mi fakty, a podam ci prawo). Jednak ta nieprawidłowa praktyka niestety zdarza się w rzeczywistości i w swej ekstremalnej wersji może prowadzić do niepożądanego zjawiska dyktatu biegłych (...).

66



ubezpieczonego, w sytuacji kiedy to on tylko wnosi sprzeciw. Istnieje bowiem systemowy w procedurze karnej jak i administracyjnej zakaz *reformationis in peius* (zakaz zmiany orzeczenia na niekorzyść odwołującego). Zdarzają się jednak w praktyce orzeczniczej sytuacje, kiedy ubezpieczony, niezadowolony z rozstrzygnięcia, odwołując się np. w sprawie częściowej niezdolności do pracy dowiady się, że jest (całkowicie) zdolny do pracy. Przykład ten ilustruje, że decyzje orzecznicze, zwłaszcza w przypadkach granicznych stwierdzania istnienia bądź nieistnienia przesłanek ustawowych zdolności do pracy, częściowej niezdolności do pracy bądź całkowitej niezdolności, są nie tylko merytorycznie trudne, ale także „zahaczają” o szeroko rozumiany legalizm.

Praca lekarza-orzecznika i komisji lekarskiej jest charakterystyczna i podobna do inkwizycyjnych procesów śledczych, gdzie ustalający werdykt, w zasadzie osobiście i naocznie, musi przeprowadzić badanie, zebrać dowody i w uzasadnionych przypadkach skierować na konsultację do specjalisty, względnie na badania dodatkowe. Ślad zasady kontrydiktoryjności w tym procesie przejawia się między innymi poprzez konieczność dopuszczenia jako środka dowodowego posiadanej przez ubezpieczonego własnej dokumentacji medycznej. Jednak zasada kontrydiktoryjności w postępowaniach administracyjnych i śledczych istnieje tylko śladowo, jako dopełnienie panującej tam niepodzielnie zasady oficjalności, czyli działania z urzędu. Kodeks postępowania administracyjnego w art. 77 wyraża, oprócz wspomnianej zasady oficjalności, jeszcze zasadę prawdy materialnej, która obowiązuje w całym procesie administracyjnym i oznacza, że organ ma prawo do luzu decyzyjnego tylko w sytuacji prawa przewidzianego (dozwolonego). Oczywiście nie oznacza to dowolności rozstrzygnięcia, ale wskazuje, że administracja publiczna może niekiedy działać nieco swobodniej tylko w ramach instytucji tzw. swobodnego uznania, dla zastosowania której musi istnieć przyzwolenie normatywne. Lekarz-orzecznik, a także komisja lekarska, w zasadzie nie ma luzu decyzyjnego. Jednak o mocy dowodowej przedstawionych dokumentów może zdecydować samodzielnie i zakwestionować niekiedy ich wartość. Dotyczy to także dokumentów i zaświadczeń urzędowych. Wydaje się, że pogląd o obowiązującej tutaj zasadzie swobodnej oceny wartości dowodów jest właściwy.

Podsumowując należy przyjąć, że istotą funkcjonowania lekarza-orzecznika i komisji lekarskiej jest stwierdzenie (lub zaprzeczenie) istnienia uzasadnienia prawa do renty, które jest ustalane na wniosek ubezpieczonego. Wynika ono ze stwierdzanej przez uprawniony podmiot niezdolności do pracy u wnioskodawcy. Tyle na temat prawdy orzeczniczej, z którą wnioskodawcy o renty zgadzają się zasadniczo w pełni, pod warunkiem że lekarz-orzecznik, względnie komisja lekarska, wydadzą korzystne decyzje orzecznicze ustalające niezdolność do pracy powstałą w wymaganym prawem okresie.

Na mocy przepisów szczególnych ewentualny spór przenosi się do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w tzw. postępowaniu odrębnym, gdzie obowiązującą procedurą jest Kodeks postępowania cywilnego. Należy zauważyć, że wolą ustawodawcy właściwym sądem jest sąd powszechny (cywilny), a nie jakby się wydawało sąd administracyjny. W procesie cywilnym niepodzielnie panuje zasada kontrydiktoryjności, czyli sporu na argumenty pomiędzy występującymi stronami. Sąd w zasadzie nie ma uprawnień śledczo-inkwizycyjnych, a rola jego ograniczona jest do funkcji kierowniczej procesu. To strony sporu, a nie sąd, są odpowiedzialne za wynik procesu. Teoretycznie w postępowaniu cywilnym powinna zaistnieć prosta, logiczna zależność pomiędzy aktywnością stron a wynikiem końcowym sporu. W doktrynie prawa cywilnego, a także prawa karnego, istnieje ugruntowany pogląd, gdzie teoretycy stoją na stanowisku, iż przedmiotem dowodu nie może być prawo w ujęciu przedmiotowym. To sędziowie mają być wystarczająco przygotowani z zakresu obowiązywania prawa krajowego. Oznacza to w praktyce zakaz powoływania biegłych w zakresie obowiązyującego prawa.

Okoliczności i fakty inne niż prawo mogą być za to przedmiotem dowodzenia przez biegłych sądowych posiadających wiadomości specjalne. Przygotowana przez biegłych ekspertyza czy opinia awansuje do pojęcia dowodu, a ściślej mówiąc staje się środkiem dowodowym. Zasada wykluczająca biegłych z obszaru dowodzenia prawa zwana *iura novit curia* wynika z domniemanej znajomości prawa przez prawników, zwłaszcza orzekających w sądach. Przedmiotem dowodu są twierdzenia o faktach, a nie o prawie. Istota poznania procesowego faktu (okoliczności) dokonuje się nie bezpośrednio lecz pośrednio. Jest to ściśle prawem uregulowany proces, którego efektem ma być dowód na potwierdzenie zaistnienia badanych faktów bądź okoliczności. Dopiero później sędzia określa skutki prawne zaistnienia faktów uznanych za udowodnione w procesie wspomnianej już wyżej subsumcji. W systemie prawnym rola biegłego jako osobowego źródła dowodu może być zbliżona do roli świadka, jak ma to miejsce na obszarze *common law*, gdzie biegli mają prawo zeznawać, wykorzystując swoją specjalistyczną wiedzę o faktach, w swoich przygotowanych na potrzeby procesu ekspertyzach. W Polsce biegły nie zeznaje, lecz opiniuje. Relacjonuje on swoje spostrzeżenia o faktach, z którymi zapoznał się pośrednio na podstawie akt i/lub badania lekarskiego. Powszechnie, nie tylko w języku potocznym, środek dowodowy dostarczony przez biegłego bywa nazywany błędnie orzeczeniem, a nie jak powinno być, opinią. Istnieją także koncepcje zrównujące pozycję biegłego (eksperta) z pozycją sędziego. Model taki byłby możliwy pod warunkiem, że judykatura posiadałaby odpowiednie wykształcenie specjalistyczne, np. medyczne, i w pewnym sensie obowiązuje on w ZUS na etapie lekarza-orzecznika i komisji lekarskiej. Innym jeszcze rozwiązaniem byłaby możliwość powoływania na ławników ekspertów i biegłych posiadających wiedzę specjalistyczną, niezbędną do orzekania w skomplikowanych sprawach rentowych, którzy uczestniczyliby (po procesie) w naradzie z sędzią przy kreowaniu wyroku. *De lege lata* biegli sądowi powoływani są postanowieniem sądu, kiedy dla wyjaśnienia pewnych faktów i okoliczności konieczne są wiadomości specjalne nieznanne sądowi. Biegły przygotowuje *relatio periti*, najczęściej pisemną opinię i odpowiada tylko za rzetelność jej sporządzenia. Organ procesowy zaś, wyposażony w dyskrecjonalną władzę, może, lecz nie musi, uznać opinii jako samodzielnego środka dowodowego. W zasadzie sąd powinien uzasadnić, dlaczego jednym dowodom nadaje moc dowodową a innych jej pozbawia.

To sąd jest gospodarzem i właścicielem opinii, ponosi pełną odpowiedzialność za uznanie jej jako dowodu w sprawie. Dlatego niewłaściwa i niedopuszczalna bywa praktyka cedowania przez organ zlecający, choćby część swoich władczych uprawnień, na biegłych poprzez niejasne sformułowania w postanowieniu dotyczącym zakresu i przedmiotu ekspertyzy. Sąd musi wiedzieć, co chce udowodnić. Precyzyjne sformułowanie pytań leży zatem po stronie organu sądowego. W żadnym wypadku nie może to być próba przerzucenia odpowiedzialności za treść wyroku z orzekającego organu (sądu) na opiniującego (biegłego) zgodnie z regułą *da mihi factum dabo tibi ius* (podaj mi fakty, a podam ci prawo). Jednak ta nieprawidłowa praktyka niestety zdarza się w rzeczywistości i w swej ekstremalnej wersji może prowadzić do niepożądanego zjawiska dyktatu biegłych (co nie jest przedmiotem naszych dywagacji). Upraszczając można powiedzieć, że na obszarze panowania systemu kontynentalnego prawa, biegły pełni rolę „przyjaciela” sądu, który pozwala sobie tłumaczyć i wyjaśniać skomplikowaną materię rzeczywistości [sądowi] jemu niedostępnej, bowiem sąd ten nie posiada wiadomości specjalnych. Natomiast wiedza prawnicza, przepisy, subsumcja i normy prawne są wyłączną i zarezerwowaną kompetencją sądu.

Ta przyjacielska rola biegłego może w części wyjaśnić fenomen znacznie częstszego powoływania określonych biegłych w charakterze eksperta przez sąd. Sąd bowiem może preferować pewnych biegłych sporządzających swoje opinie na potrzeby sądu,

analogicznie jak lekarze preferują niekiedy określone preparaty farmakologiczne w stosowanym przez siebie procesie terapii czy wyniki badań pomocniczych wykonanych w placówkach obdorzonych zaufaniem lekarzy leczących. Przekonanie bowiem jest tajemniczym pierwiastkiem, nie do końca jeszcze zbadanym, który wpływa z całą pewnością na orzekanie przez nas o rzeczywistości. Przekonanie sądu jest istotą procesu, a treść tego przekonania znajduje swoje odbicie w wyroku. Wyroki te, nawet najbardziej niesprawiedliwe i bezprawne, z czasem uprawomocniają się, zaś opinie biegłego nigdy. Jak duże są trudności dotyczące bezpieczeństwa orzekania lekarskiego z punktu widzenia zarówno pacjenta, jak i biegłego, niech zilustruje casus, gdzie sąd rodzinny na żądanie prokuratury i części skonfliktowanej rodziny chciał przymusowo umieścić schorowaną pensjonariuszkę domu starców w innej placówce, wbrew jej woli, gdzie przyczyną takiego postę-

powania miała być rzekoma (nieprawdziwa jak się później okazało) niewydolność zakładu opiekuńczego. Należy też pamiętać, że dobra opinia nigdy nie jest kategorią, a jej stopień (kategoryczności) zależy także od stopnia przekonania biegłego.

Na zakończenie tych rozważań pragnę tylko jeszcze zauważyć, że orzekanie zarówno w świecie prawniczym, jak i lekarskim niezadko jest wadliwe. Wśród uniwersalnych mankamentów orzeczniczych wymienia się: mylność opinii, niespójność, rozbieżność wniosków końcowych w różnych ekspertyzach w tej samej sprawie, niejasność ustaleń, zaprzeczenie własnym tezą, niepełność, nieodpowiadanie na zadane pytania, wewnętrzna sprzeczność, niezgodność wniosków z ustaleniami, nielogiczność wnioskowania, błędy w ustaleniach faktycznych, wybiórcze traktowanie materiału dowodowego oraz niezrozumiały język. Problematyka ta wymaga z całą pewnością dalszych badań.

E-ZLA dla rolników – jak wystawiać?

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
Oddział Regionalny w Zielonej Górze
ul. Gen. Józefa Bema 44, 65-170 Zielona Góra
tel. 68 452 31 00 do 07, informacja 452 31 01, fax 452 31 10
www.krus.gov.pl, e-mail: zielonagora@krus.gov.pl

Znak: 1600-00.601.3.2017

Zielona Góra, dnia 19.05.2017 r.

Paweł Wróblewski
Prezes Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu
ul. Kazimierza Wielkiego 45
50-077 Wrocław

W związku z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2015 r., poz. 1066) i wynikającym z jej zapisów zasad wystawiania zaświadczeń o niezdolności do pracy z powodu choroby, od stycznia 2018 r. obowiązywać ma tylko forma elektroniczna zwolnień, czyli tzw. e-zwolnienia.

Obserwując obecne tendencje, do naszej instytucji wpływają głównie zwolnienia w formie papierowej, zarówno od pracowników, jak również od ubezpieczonych w KRUS rolników i członków ich rodzin. Jednakże coraz częściej zdarzają się zwolnienia wystawiane elektronicznie. I tu napotkaliśmy pewien problem, z którym zwracamy się do Państwa o pomoc w jego rozwiązaniu.

Elektroniczne zwolnienia lekarskie naszych pracowników wpływają na nasz profil PUE założony w ZUS – i tu uwag nie mamy. Jednak na ten profil zaczęły wpływać zwolnienia rolników i członków ich rodzin, co jest nieprawidłowe. Z przeprowadzonej analizy wiemy, że przyczyną tego są błędy popełniane przez lekarzy przy wystawianiu zwolnień. Nagminnie powtarzając się nieprawidłowością jest wpisywanie numeru NIP w pozycji „Dane płatnika”.

O ile przy wypisywaniu zwolnień dla pracowników jest to wymóg konieczny, o tyle **przy wypełnianiu zwolnień dla rolników pozycja ta powinna być pozostawiona niewypełniona**. Tak też stanowi instrukcja dla lekarzy, dotycząca wypełniania e-zwolnień dla rolników, zamieszczona na stronach ZUS (w załączeniu).

Większość lekarzy wystawiających zwolnienia wymusza wręcz na naszych rolnikach i członkach ich rodzin podanie numeru NIP KRUS-u, wpisując te dane w pole „Dane płatnika”. Powoduje to, że zwolnienie lekarskie rolnika, zidentyfikowane przez system po numerze NIP, przesyłane jest do KRUS jako zwolnienie pracowników KRUS.

Pracownicy KRUS są ubezpieczeni w ZUS, czyli w formularzu zwolnienia w poz. 04 musi być wpisana cyfra – 1, a w pozycji dotyczącej „Danych płatnika” (w ZUS-ZLA poz. 22-23, w e-ZLA poz. 21-22) należy wpisać NIP, gdyż KRUS jest dla nich „Płatnikiem”.

Dla rolników i członków ich rodzin KRUS jest instytucją,

w której podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu, czyli w poz. 04 zwolnienia powinna być wpisana cyfra – 2, natomiast KRUS nie jest płatnikiem rolników, stąd pozycje „Dane płatnika” muszą pozostać niewypełnione.

Zwolnienia elektroniczne rolników są identyfikowane poprzez numer PESEL chorego i w ten sposób trafiają z systemu ZUS do naszego systemu informatycznego. Przesyłane są one automatycznie i bezpośrednio do placówki terenowej, w której dany rolnik jest ubezpieczony, a dana placówka dokonuje stosownej wypłaty należności.

Obawiamy się, że gdy zacząną obowiązywać e-zwolnienia od 1 stycznia 2018 roku, to staniemy przed faktem, że nie zidentyfikujemy świadczeniobiorców i będziemy zmuszeni do dokonywania zwrotów takich zwolnień. Tendencję wpisywania numeru NIP zauważamy przy około 50% wpływających do nas papierowych zwolnień rolników.

Obecnie KRUS prowadzi akcję informacyjną naszych ubezpieczonych, aby zwracali uwagę przy odbiorze zwolnień od lekarza, czy te pola pozostają puste. Jednakże czasami słyszymy odpowiedzi, że rolnicy nie mają śmiałości pouczyć lekarza.

Dlatego też zwracam się do Państwa z prośbą o przekazanie powyższych wytycznych lekarzom z prośbą o stosowanie się do zaleceń ZUS przy wypełnianiu zwolnień lekarskich dla naszych ubezpieczonych w KRUS-ie.

mgr Bożena Ronowicz
dyrektor OR KRUS

Instrukcja ZUS dla lekarzy wystawiających e-ZLA dla rolników

Informacja dla lekarzy wystawiających elektroniczne zaświadczenia lekarskie (e-ZLA) dla rolników

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w porozumieniu z Kasą Ubezpieczenia Społecznego Rolników (KRUS) informuje o regulacjach wystawiania zaświadczeń lekarskich w formie elektronicznej (e-ZLA) w odniesieniu do osób ubezpieczonych w KRUS.

W przypadku wystawiania e-ZLA dla osoby ubezpieczonej w KRUS należy:

- **w pierwszym kroku kreatora wskazać właściwe miejsce ubezpieczenia, tj. KRUS; pola dotyczące danych płatnika (pracodawcy) pozostawić puste – nie należy wskazywać KRUS jako płatnika.**

Podstawa prawna: art. 6 Ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1066).



Sumiennność i empatia

Niewątpliwie potrzeba ogromnej empatii i zrozumienia sytuacji, w jakiej znajduje się badany pacjent. Tylko lekarz, który rozumie tę szczególną relację, może spokojnie poprowadzić cały proces orzeczniczy. Bywają też pacjenci, którzy agrawują, czy wręcz symulują pewne objawy, bo chcą otrzymywać świadczenia finansowe – czasami niemałe, patrząc z perspektywy dłuższego okresu. Ustalenie faktycznego stanu, zwłaszcza przez mniej doświadczonego lekarza, bywa niekiedy dość trudne. O roli lekarza-orzecznika ZUS z dr n. med. Jolantą Małaszuk-Ziółkowską, przewodniczącą Komisji Lekarskich we Wrocławiu, rozmawia Aleksandra Solarewicz.

**DR N. MED. JOLANTA
MAŁASZUK-ZIÓŁKOWSKA**

Specjalista chorób wewnętrznych, medycyny pracy i zdrowia publicznego. Związana z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych od 1995 roku. Od 2005 roku przewodnicząca Komisji Lekarskich we Wrocławiu.

Fot. z archiwum Jolanty Małaszuk-Ziółkowskiej



Aleksandra Solarewicz: Kim jest lekarz-orzecznik ZUS?

Dr n. med. Jolanta Małaszuk-Ziółkowska: Lekarz-orzecznik jest lekarzem specjalistą zatrudnionym w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, orzekającym na potrzeby przyznawania świadczeń z ubezpieczenia społecznego. Lekarze-orzecznicy to nie jedyni lekarze zatrudnieni w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, dlatego może lepiej mówić nie o lekarzach-orzecznikach, tylko o lekarzach orzekających w Zakładzie. Model orzekania w Zakładzie to, w pierwszej instancji orzekającej w Zakładzie, właśnie wymienieni wcześniej lekarze-orzecznicy, którzy pracują w każdym oddziale ZUS w Polsce. Bezpośredni nadzór nad ich pracą sprawują główni lekarze-orzecznicy poszczególnych 43 oddziałów. W drugiej instancji odwoławczej, która zlokalizowana jest tylko w szesnastu oddziałach (w każdym mieście wojewódzkim), pracują lekarze-członkowie komisji lekarskich Zakładu. Komisje orzekają w trzyosobowych składach. Ich pracę z kolei organizuje bezpośrednio przewodniczący komisji. Nad wszystkimi tymi lekarzami sprawuje zwierzchni nadzór, w imieniu prezesa Zakładu, naczelnny lekarz Zakładu, który ma do pomocy lekarzy inspektorów nadzoru, zatrudnionych w centrali ZUS.

A.S.: Kto może zostać lekarzem-orzecznikiem?

J.M.-Z.: Lekarzem orzekającym w ZUS niestety nie może być lekarz, który dopiero co ukończył staż, czy lekarz rezydent. Lekarzom tym stawia się wysokie wymagania – musi być to lekarz posiadający tytuł specjalisty jednej z wielu dziedzin medycznych. Najlepiej w jednej ze specjalizacji takich jak: neurologia, ortopedia, reumatologia, rehabilitacja, choroby wewnętrzne, kardiologia, pulmonologia, gastrologia, chirurgia, neurochirurgia, medycyna pracy, psychiatria itd., choć niekoniecznie tylko w tych specjalnościach. Od takiego lekarza oczekuje się, oprócz dużej wiedzy ogólnolekarskiej, wysokospecjalistycznej i pewnego doświadczenia klinicznego, wysokiej kultury osobistej i nienaganej postawy moralno-etycznej, umiejętności podejmowania odpowiedzialnych decyzji i w przypadku komisji lekarskich – dodatkowo umiejętności pracy w zespole. Wymagania są wysokie, ale chyba takie jak zawsze w przypadku każdego lekarza. Należy jeszcze dodać, że lekarz, który przychodzi do pracy w ZUS, zanim zacznie orzekać, musi przejść dodatkowe szkolenia z zakresu orzecznictwa lekarskiego w zakresie ustalonym przez prezesa Zakładu.

Wykonywanie zawodu lekarza orzekającego w Zakładzie, jak wynika m.in. z zapisów ustawy o zawodzie lekarza, jest jedną z form wykonywania naszego zawodu: „Art. 2.1.: Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzieleniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń 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”.

A.S.: Czy praca dla ZUS oznacza stabilizację finansową? Jakie korzyści z nią się wiążą, a jakie uciążliwości?

J.M.-Z.: To trudne pytanie, gdyż stabilizacja finansowa dla każdego może znaczyć coś innego, a ponadto rozmowy o pieniądzach są zwykle niezręczne. Myślę jednak, iż można tak powiedzieć, że praca w ZUS daje pewną stabilizację finansową, i nie tylko finansową. Wszystko jednakże zależy od tego, co kto lubi, bo jeśli ktoś woli pracować w różnych godzinach – w tym nocnych, w kilku miejscach i przemieszczać się ciągle w korkach z jednej pracy do drugiej, „gonić” w tzw. niedoczasie, to pewnie praca w ZUS go nie zadowoli, bo istotnie jest dość stabilna, ale mnie osobiście coś takiego bardziej odpowiada. Jeśli chodzi o wynagrodzenie lekarzy w ZUS, to wciąż jest ono »

” —
To nie lekarz przyznaje czy wstrzymuje rentę. To organ rentowy wydaje takie decyzje po zbadaniu uprawnień do niej. Lekarz ustala tylko, czy istnieje niezdolność do pracy, a to jest tylko jeden z trzech warunków przyznania renty, obok ustalenia stażu ubezpieczeniowego i okresu, w którym niezdolność powstała.

Podstawowym kryterium niezdolności do pracy jest obecnie naruszenie sprawności organizmu, a to nie jest równoznaczne z rozpoznaniem choroby. Podstawą ustalenia niezdolności do pracy jest co najmniej znaczny stopień naruszenia sprawności organizmu. Należy podkreślić, że kryterium niezdolności jest sprawność całego organizmu, a nie pojedynczego narządu czy nawet całego układu.





chyba konkurencyjne w stosunku do wielu innych, ale jeśli je porównać z wysokością kontraktów, jakie otrzymują niektórzy lekarze, to pewnie jest niższe. Tyle tylko, że... Póki jesteśmy młodzi, to o swojej emeryturze raczej nie myślimy, ale z ubezpieczeń społecznych, w roli świadczeniobiorcy, czasami musimy korzystać, i to nawet wcześniej niż na emeryturze. Jest dobrze, póki jest dobrze, ale jeśli zdarzy się jakieś nieszczęście, to dopiero wówczas doceniamy minione lata pracy na etacie, z odłożoną składką i następnie pewną rentą czy emeryturą.

A.S.: Jaki jest rytm pracy?

J.M.-Z.: Praca lekarza orzekającego w ZUS ma oczywiście pewną specyfikę. Jest stabilna i dość przewidywalna, a zatem nie zaskakuje zwykle nagłym zwrotem akcji, choć przypadki trafiają do nas bardzo różne i często zarówno z medycznego, jak i orzeczniczego punktu widzenia bardzo ciekawe, a czasami zdarzają się sytuacje zaskakujące. Praca naszych lekarzy jest raczej spokojna, mają relatywnie dużo czasu na dokładne zapoznanie się ze zgromadzoną, obszerną dokumentacją – dziennie przyjmują około 8-10 pacjentów. Nieco więcej przyjmują lekarze-orzecznicy, którzy zajmują się kontrolą zwolnień lekarskich – te przypadki zwykle nie mają tak bogatej dokumentacji jak przy sprawach rentowych. Lekarze orzekający w ZUS mają możliwość wystąpić o dokumentację z leczenia badanego pacjenta, uzupełnić zgromadzoną dokumentację o niezbędne badania dodatkowe i ewentualne konsultacje specjalistyczne praktycznie w każdej specjalności – w tych przypadkach oczywiście, gdzie jest to niezbędne. Lekarze zatrudnieni w ZUS mają oprócz urlopu wypoczynkowego, wynikającego z Kodeksu pracy, dodatkowo trzy dni płatnego urlopu tzw. szkoleniowego na udział w różnych konferencjach czy szkoleniach. Istnieje również możliwość korzystania w uzasadnionych przypadkach ze szkoleń medycznych w ramach delegacji służbowej.

A.S.: Przychodzi schorowany pacjent, przekonany, że ma duże szanse na rentę i...

J.M.-Z.: Niewątpliwie praca ta wymaga od lekarzy ogromnej empatii i zrozumienia sytuacji, w jakiej znajduje się badany. Sytuacja ta jest niebywale niekomfortowa dla pacjenta, bo przecież mówimy tu o mniej lub bardziej, ale zawsze chorym człowieku – doświadczonym już samą chorobą, który musi jeszcze w pewnym sensie „udowodnić”, że ma na tyle naruszoną sprawność organizmu, że jest niezdolny do pracy i świadczenie mu się należy. Niewątpliwie z natury rzeczy nie jest to przyjemna sytuacja. Rodzi ona często lęk, zdenerwowanie, to z kolei może powodować czasami nawet zachowania w pewnym sensie agresywne. Tylko lekarz, który rozumie tę szczególną relację, może spokojnie poprowadzić cały proces orzeczniczy. Kolejną trudną sprawą jest to, że bywają czasami także pacjenci, którzy agrawują czy wręcz symulują pewne objawy, gdyż ustalenie niezdolności do pracy skutkuje zwykle przyznaniem świadczeń finansowych, czasami niemałych, w dłuższym okresie. Ustalenie faktycznego stanu, zwłaszcza przez mniej doświadczonego lekarza, bywa niekiedy dość trudne.

A.S.: Czego oczekuje od lekarza-orzecznika pacjent?

J.M.-Z.: Myślę, że przede wszystkim zrozumienia właśnie tej trudnej sytuacji, w której znalazł się chory człowiek, o czym mówiłam nieco wcześniej. Oczekuje z pewnością obiektywnej oceny i sumiennego pochylenia się nad jego sprawą – każdą indywidualnie. Niewątpliwie każdy chce, aby jego sprawę badała osoba o najwyższym poziomie merytorycznym i etycznym – to naturalne – takie są chyba oczekiwania w stosunku do wszystkich lekarzy.

A.S.: Z jakimi problemami najczęściej zgłaszają się pacjenci?

J.M.-Z.: Przyczyny niezdolności do pracy, statystycznie klasyfikowane, w perspektywie czasu nieco się zmieniają. Niemniej jednak, wciąż – w różnej kolejności – na szczycie tej tabeli pozostają schorzenia układu krążenia, narządu ruchu, schorzenia neurologiczne, schorzenia psychiczne i onkologiczne. Niestety, te dwie ostatnie grupy mają w zasadzie wciąż tendencje wzrostową. Nowotwory, pomimo lepszej (wcześniejszej) rozpoznawalności i ogromnego postępu leczenia, są po prostu coraz częstsze i coraz częściej są przyczyną niezdolności do pracy. Pozytywne jest to, że z uwagi na lepszą ich rozpoznawalność i wyleczalność częściej możemy mówić o zamkniętym okresie pobierania renty z tego tytułu i powrocie do pracy osób nimi dotkniętych.

A.S.: Zdarza się, że renta odbierana jest chorym osobom. Dlaczego?

J.M.-Z.: Nie mogę się z tym zgodzić, renta nie jest nikomu odbierana. Renta z tytułu niezdolności do pracy najczęściej jest okresowa i bardzo często bywa tak, że po zakończonym kilkuletnim okresie pobierania, na jaki została przyznana, osoba zainteresowana składa kolejny wniosek o rentę. Jest w związku z tym badana przez lekarza-orzecznika, który dokonuje oceny niezdolności do pracy. W zależności od tego rozstrzygnięcia, jeśli lekarz ustali, że niezdolność do pracy istnieje nadal, to organ rentowy ustala dalsze prawo do renty. Notabene to nie lekarz przyznaje czy wstrzymuje rentę. To organ rentowy wydaje takie decyzje po zbadaniu uprawnień do niej. Lekarz ustala tylko, czy istnieje niezdolność do pracy, a to jest tylko jeden z trzech warunków przyznania renty, obok ustalenia stażu ubezpieczeniowego i okresu, w którym niezdolność powstała. Renta z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego ma charakter ubezpieczeniowy, a zatem odszkodowawczy. Jest formą rekompensaty za faktycznie utraconą zdolność do pracy, nie jest ona przyznawana osobom chorym w wyniku samego faktu rozpoznania choroby.

A.S.: Czym jest podstawowe kryterium niezdolności do pracy?

J.M.-Z.: Podstawowym kryterium niezdolności do pracy jest obecnie naruszenie sprawności organizmu, a to nie jest równoznaczne z rozpoznaniem choroby. Podstawą ustalenia niezdolności do pracy jest co najmniej znaczny stopień naruszenia sprawności organizmu. Należy podkreślić, że kryterium niezdolności jest sprawność całego organizmu, a nie pojedynczego narządu czy nawet całego układu. Jest wiele chorób, które są rozpoznane, a naruszają sprawność organizmu w stopniu niewielkim. Np. cukrzyca jest niewątpliwie chorobą, która potrafi być bardzo uciążliwa, poprzez konieczność częstego pomiaru glukozy, pilnowania odpowiedniej diety, podawania insuliny, ale czasami nawet wiele lat może przebiegać bez znaczących powikłań i trudno tu mówić o znacznym naruszeniu sprawności organizmu. Zatem podkreślam, że to nie choroba jest tu podstawą, a naruszenie sprawności organizmu.

A.S.: A w przypadku kalectwa, które – w ocenie przeciętnego człowieka – wydaje się być wystarczającym wskazaniem do renty?

J.M.-Z.: Należy dodać, że do choroby, niepełnosprawności, kalectwa, ubytków z biegiem czasu się adaptujemy, w mniejszym lub większym stopniu. Pewnie każdy z nas zetknął się z osobami, które np. straciły w wypadkach jakąś część kończyn. Na początku zdaje się to być „końcem świata” i oczywiście jest wielkim dramatem, niemniej jednak z biegiem czasu, po leczeniu, rehabilitacji, odpowiednim zaprotezowaniu, wykorzystaniu dostępnych środków pomocniczych uczymy

się z tym żyć. Oczywiście każdy człowiek ma różne zdolności adaptacyjne i dlatego dwóch ludzi z tą samą chorobą może mieć w różnym stopniu naruszoną sprawność organizmu. Ta ocena ma wiele składowych, ale z punktu widzenia ogółu ubezpieczonych przynależnych do systemu jest chyba najsprawdliwsza. Wydaje mi się, że to jest bardzo istotne, bo nie możemy zapominać, że jesteśmy odpowiedzialni z jednej strony przed tym indywidualnym, ocenianym przez nas, badanym człowiekiem, który stara się o świadczenie, a z drugiej strony przed ogółem ubezpieczonych, którzy powierzają nam swoje pieniądze wpłacane w postaci składek – tego nigdy nie można tracić z oczu. Dlatego odpowiadając bezpośrednio na pani pytanie, należy podkreślić, że można być nadal chorym (po jakimś wypadku czy udarze, czy schorzeniu onkologicznym, np. leczonym chirurgicznie), po okresie intensywnego leczenia, rehabilitacji, rekonwalescencji, ale pomimo ciągłego istnienia choroby niezdolność do pracy przy kolejnym wniosku niejednokrotnie nie jest już ustalana, bo nie można stwierdzić znacznego naruszenia sprawności organizmu, i renta nie jest ponownie przyznawana. Nie jest natomiast nigdy odbierana – to jest nieprawda.

A.S.: Skąd się wzięli „zawodowi renciści”?

J.M.-Z.: Kiedyś renty były przyznawane nagminnie, na stałe. Polska nie była tu wyjątkiem. Wobec postępu medycyny wiele chorób kiedyś nieuleczalnych, w dłuższym przedziale czasowym dziś doskonale się leczy. Kiedyś skutek orzeczenia na trwałe (a przecież renty przyznawało się też ludziom młodym, czasami na dziesiątki lat) powstał problem rencistów, którzy dziś nie otrzymaliby świadczenia. Ten problem, wobec znacznego postępu medycyny naprawczej, zaobserwowano w całej Europie. Ustawodawcy zmienili przepisy i dziś stałych rent już się prawie nie przyznaje – tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach.

A.S.: Dysfunkcje systemu orzecznictwa. Co należałoby poprawić?

J.M.-Z.: Dużo się mówi w ostatnim okresie o połączeniu jednostek orzecznictwa lekarskiego wchodzących w skład różnych instytucji w Polsce. Powstał niedawno Międzyresortowy Zespół do spraw Opracowania Systemu Orzekania o Niepełnosprawności i Niezdolności do Pracy, powołany przez panią premier. Pracami tego zespołu kieruje prezes ZUS pani prof. dr hab. Gertruda Uścińska. Debata się toczy. Wyniki pracy tego zespołu poznamy w przyszłym roku.

Orzecznictwo w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych jest na bardzo wysokim poziomie, co nie zmienia faktu, że wymaga ono doskonalenia i nie jest wolne od problemów. Niewątpliwie podstawowym naszym problemem są skąpe zasoby ludzkie – a konkretnie lekarzy specjalistów, których w Polsce jest wciąż dużo za mało, i stąd też niedobory w Zakładzie. Młodzi lekarze wciąż wyjeżdżają z kraju i niestety (trzeba nazywać rzeczy po imieniu) starzejąca się kadra doświadczonych, wysokiej klasy specjalistów ma słaby wskaźnik zastępowalności. Tym gorzej, że nie jest to tylko problem lekarzy w ZUS.

Myśląc o zadaniach na przyszłość, niewątpliwie należałoby moim zdaniem rozpocząć proces wdrażania do powszechnego użytku w orzecznictwie lekarskim międzynarodowej klasyfikacji funkcjonalności WHO.* Choć jest trudna, to wydaje mi się, że korzyści z jej stosowania w orzecznictwie są nie do przecenienia. Jest ona stosowana w wielu krajach i jest w moim przekonaniu najlepszym znanym narzędziem do ujednolicania orzecznictwa lekarskiego w czasach ogromnej migracji społeczeństw, nie tylko Unii Europejskiej.

* O zaletach stosowania języka ICF jako narzędzia pomiaru funkcjonowania dla potrzeb zabezpieczenia społecznego będzie można przeczytać w nr 9/2017 „Medium”.

Reklama



elmedes

DentaFlex

akoFlowery

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl



najcichszy na rynku kompresor przeznaczony do zasilania jednego unitu stomatologicznego

Standardowy model lampy oświetlenia dziennego o mocy do 4000 luksów



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

OFERUJEMY STANDARDOWE WYPOSAŻENIE I WIĘKSZOŚĆ CZĘŚCI ZAPASOWYCH DO UNITÓW STOMATOLOGICZNYCH



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

elmedes
www.elmedes.pl

601 41 51 51
elmedes@elmedes.pl



ORZEKANIE O CZASO DO PRACY Z POWOD

Wykonywanie zawodu lekarza związane jest m.in. z wydawaniem różnego rodzaju orzeczeń dotyczących stanu zdrowia pacjenta, bowiem jednym ze specyficznych uprawnień zawodowych lekarzy jest prawo do wydawania opinii i orzeczeń lekarskich (art. 2 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Orzeczenia lekarskie mogą mieć różnorodny charakter i formę oraz różne przeznaczenie (np. dla pracodawcy, dla celów rentowych). Generalnie przyjmuje się, że orzeczenie lekarskie to pisemna lub ustna wypowiedź lekarza zawierająca wnioski wysnute ze stwierdzonego stanu faktycznego, czyli stanu zdrowia, rokowañ. Zasady wydawania konkretnych rodzajów orzeczeń lekarskich sã okreœlone w adekwatnych przedmiotowo ustawach i rozporzãdzeniach. Do najczêœciej wydawanych orzeczeń lekarskich nale¿y orzeczenie o czasowej niezdolnoœci do pracy, zwane potocznie zwolnieniem lekarskim.

Ogólne zasady wystawiania zaœwiadczeñ o czasowej niezdolnoœci do pracy reguluje od lat Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o œwiadczeniach pieniê¿nych z ubezpieczenia spo³ecznego w razie choroby i macierzyñstwa, zwana w skrócie u.u.œ.p. Do koñca 2015 roku zgodnie z powy¿szã ustawã Zak³ad Ubezpieczeñ Spo³ecznych upowa¿nia³ do wystawiania tych zaœwiadczeñ lekarza lub lekarza dentystê, po z³o¿eniu przez niego pisemnego oœwiadczenia, ¿e zobowiãzuje siê do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolnoœci do pracy i wykonywania obowiãzków wynikajãcych z przepisów ustawy. Natomiast z dniem 1 stycznia 2016 r. regulacje powy¿sze uleg³y zmianie w zwiãzku z wejœciem w ¿ycie Ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o œwiadczeniach pieniê¿nych z ubezpieczenia spo³ecznego w razie choroby i macierzyñstwa oraz niektóre innych ustaw nowelizujãcej ustawê o œwiadczeniach pieniê¿nych z ubezpieczenia spo³ecznego w razie choroby i macierzyñstwa. W rezultacie nowelizacji zmianie uleg³ zarówno tryb uzyskiwania przez lekarzy uprawieñ do wystawiania zwolnieñ, jak i sam tryb ich wystawiania. Szczegółowo zasady wystawiania analizowanego orzeczenia reguluje obecnie Rozporzãdzenie Ministra Pracy i Polityki Spo³ecznej z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolnoœci do pracy, wystawiania zaœwiadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania b³êdu w zaœwiadczeniu lekarskim (Dz. U. z 2015, poz. 2013).

Niezdolnoœć do pracy

Podstawowã przyczynã czasowej niezdolnoœci pracownika do pracy jest jego choroba stwierdzona odpowiednim orzeczeniem lekarskim. Lekarz ocenia stan zdrowia i jego wp³yw na zdolnoœć do pracy oraz wydaje stosowne zaœwiadczenie. Kodeks pracy nie definiuje wprost pojęcia „choroby” czy te¿ „niezdolnoœci do pracy”. Natomiast w wielu kwestiach zwiãzanych ze œwiadczeniami przys³ugujãcymi w okresie czasowej niezdolnoœci do pracy, odsy³a do

DR ADW. MAŁGORZATA PASZKOWSKA

Prawnik i socjolog. Od wielu lat doradca i wy³adawca w zakresie prawa i zarzãdzania w ochronie zdrowia. Adiunkt w Katedrze Prawa WSliz w Rzeszowie. Wy³adawca na kursach specjalizacyjnych dla lekarzy. Współorganizator kierunku zdrowie publiczne oraz uczelnianego centrum rehabilitacyjno-medycznego REH-MEDIQ. Prowadzi zajêcia ze studentami w szczególnoœci na kierunku administracja i zdrowie publiczne i wy³adki na studiach podyplomowych. Opiekun merytoryczny i autorka programów studiów podyplomowych: Zarzãdzenie podmiotami leczniczymi, Organizacja i zarzãdzenie w ochronie zdrowia, Us³ugi opiekuñcze i specjalistyczne us³ugi opiekuñcze (dla pracowników pomocy spo³ecznej).

Lekarz mo¿e przystãpić do wystawiania zwolnieñ po z³o¿eniu oœwiadczenia i wpisaniu go przez ZUS na listê lekarzy do tego uprawionych!

Wã¿ne: Zaœwiadczenie lekarskie mo¿e być wystawione na okres rozpoczynajãcy siê po dniu badania, nie pó¿niej jednak ni¿ 4. dnia po dniu badania, je¿eli: 1. bezpoœrednio po dniu badania przypadajã dni wolne od pracy, 2. badanie jest przeprowadzane w okresie wczeœniej orzeczonej czasowej niezdolnoœci do pracy.

OWEJ NIEZDOLNOŚCI U CHOROBY

przepisów dotyczących ubezpieczenia chorobowego. Pojęcie „choroba” w znaczeniu prawnym jest to zazwyczaj takie zdarzenie ubezpieczeniowe, z którym łączy się określone świadczenie ubezpieczeniowe, a rozpoczyna się ona wtedy, gdy stan zdrowia w określony sposób wpłynie na zdolność do pracy. Kończy się natomiast z chwilą odzyskania tej zdolności, albo z chwilą stwierdzenia trwałej niezdolności do pracy. Choroba stanowi okoliczność usprawiedliwiającą nieobecność w pracy i uprawnia – po spełnieniu ustawowych przesłanek – do pobierania odpowiednich świadczeń pieniężnych.

Zaświadczenie lekarskie spełnia dwie role: służy do usprawiedliwienia nieobecności w pracy oraz jest podstawą wypłaty świadczeń pieniężnych. Zgodnie z u.u.ś.p. przy ustalaniu

prawa do zasiłków i ich wysokości dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo konieczność osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny są zaświadczenia lekarskie.

Upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy

Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie »

Tekst Małgorzata Paszkowska

NIEZDOLNY
DO PRACY

leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, zwanych dalej „zaświadczeniem lekarskim”, lekarza, lekarza dentystry, zwanych dalej „wystawiającym zaświadczenie lekarskie”, po złożeniu, w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP przekazanego na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy i przepisów o ochronie danych osobowych. Upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich Zakład Ubezpieczeń Społecznych udziela w formie decyzji. Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rejestr lekarzy, lekarzy dentystrów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Lekarz może przystąpić do wystawiania zwolnień po złożeniu oświadczenia i wpisaniu go przez ZUS na listę lekarzy do tego uprawnionych!

Zasady orzekania o niezdolności do pracy

Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu itd. następuje po przeprowadzeniu postępowania diagnostyczno-leczniczego. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny: 1. następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny, 2. jest dokumentowane w dokumentacji medycznej na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r., poz. 186).

Przy orzekaniu należy brać pod uwagę wszystkie okoliczności istotne dla oceny stanu zdrowia i upośledzenia funkcji organizmu powodujące czasową niezdolność do pracy ubezpieczonego, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju i warunków pracy. Okres czasowej niezdolności do pracy jest określany liczbą dni. Okres czasowej niezdolności do pracy przypadający na czas pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne obejmuje okres od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze szpitala albo innego podmiotu leczniczego. Orzekanie jest dokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej ubezpieczonego i obejmuje m.in. okres niezdolności do pracy w razie jej stwierdzenia. Zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania.

Ważne: Zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres rozpoczynający się po dniu badania, nie później jednak niż 4. dnia po dniu badania, jeżeli: 1. bezpośrednio po dniu badania przypadają dni wolne od pracy, 2. badanie jest przeprowadzane w okresie wcześniej orzeczonej czasowej niezdolności do pracy.

Zasadniczo okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy może obejmować okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie nie-

wątpliwie był niezdolny do pracy. Jednakże okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy przez lekarza psychiatrę może obejmować okres wcześniejszy niż określony powyżej w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia zaburzeń psychicznych ograniczających zdolność ubezpieczonego do oceny własnego postępowania.

Zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres, w którym ubezpieczony ze względu na jego stan zdrowia lub stan zdrowia członka rodziny powinien powstrzymać się od pracy, jednak nie dłuższy niż do dnia, w którym jest niezbędne przeprowadzenie ponownego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub członka rodziny.

Wystawiający zaświadczenie lekarskie dokonuje jednocześnie oceny, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia potrzebę przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej. W przypadku stwierdzenia potrzeby przeprowadzenia rehabilitacji leczniczej wystawiający zaświadczenie lekarskie sporządza wnioski o rehabilitację leczniczą. Nie później niż 60 dni przed zakończeniem okresu zasiłkowego wystawiający zaświadczenie lekarskie przeprowadza badanie i ocenia, czy stan zdrowia ubezpieczonego uzasadnia: 1. zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do świadczenia rehabilitacyjnego, 2. zgłoszenie wniosku o ustalenie prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Zaświadczenie lekarskie stwierdzające okres pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (np. w zakładzie opieki długoterminowej) wystawia się nie później niż w dniu wypisania ubezpieczonego z tego szpitala albo innego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. W przypadku dłuższego niż 14 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu albo innym podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zaświadczenie lekarskie wystawia się co 14 dni.

Forma i treść orzeczenia

Zgodnie z art. 55 u.u.s.p. zaświadczenie lekarskie powinno być wystawione w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, zgodnie ze wzorem ustalonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje zaświadczenie lekarskie na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jednakże, zgodnie z przepisem przejściowym lekarze i lekarze dentyści, upoważnieni do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, mogą wystawiać zaświadczenia lekarskie zgodnie z dotychczasowymi przepisami, pierwotnie nie dłużej jednak niż do 31 grudnia 2017 roku. W rezultacie w latach 2016-2017 (obecnie aż do 30 czerwca 2018 r.) obowiązują dwa tryby wystawiania zwolnień lekarskich tj.: 1. papierowy (zgodny z obowiązującym do końca 2015 roku) oraz 2. elektroniczny (e-zwolnienia).

O tym, który z powyższych trybów będzie stosowany przez danego lekarza, decyduje sam lekarz. Obecnie przepisy nie przewidują natomiast możliwości wnioskowania przez pacjenta o zastosowanie konkretnego – papierowego lub elektronicznego – trybu wystawienia zaświadczenia przez lekarza.

Uwaga: po kwietniowej nowelizacji ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa przedłużono termin dla obowiązkowych e-zwolnień. Zwolnienia elektroniczne mają stać się obowiązkowe dla wszystkich dopiero od 1 lipca 2018 r. Ponadto udostępniona ma zostać możliwość złożenia przez lekarza podpisu z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych z systemu teleinformatycznego dostępnego bezpłatnie w ramach usługi ZUS.

Zgodnie z art. 55 Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa zaświadczenie lekarskie powinno zawierać:

1. identyfikator i datę wystawienia zaświadczenia lekarskiego;
2. dane ubezpieczonego: pierwsze imię, nazwisko, numer Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności, zwany dalej „numerem PESEL”, albo serię i numer paszportu i datę urodzenia, jeżeli nie nadano numeru PESEL oraz adres miejsca pobytu ubezpieczonego w czasie trwania niezdolności do pracy;
3. dane płatnika składek: numer identyfikacji podatkowej, zwany dalej „NIP”, lub numer PESEL albo serię i numer paszportu, jeżeli nie ma obowiązku posługiwania się NIP i nie nadano numeru PESEL oraz rodzaj identyfikatora płatnika składek;
4. imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu wystawiającego zaświadczenie lekarskie oraz adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
5. okres orzeczonej czasowej niezdolności do pracy, w tym okres pobytu w szpitalu;
6. informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość;
7. wskazania lekarskie – odpowiednio: chory powinien leżeć albo chory może chodzić;
8. okres zwolnienia od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny, datę urodzenia tego członka rodziny i stopień jego pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczonym;
9. numer statystyczny choroby ubezpieczonego ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
10. oznaczenie instytucji, w której ubezpieczony został zgłoszony do ubezpieczenia.

W zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub jego wysokość podaje się z zastosowaniem następujących kodów literowych:

1. kod A – oznacza niezdolność do pracy powstałą po przerwie nieprzekraczającej 60 dni – spowodowaną tą samą chorobą, która była przyczyną niezdolności do pracy przed przerwą;
2. kod B – oznacza niezdolność do pracy przypadającą w okresie ciąży;
3. kod C – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu;
4. kod D – oznacza niezdolność do pracy spowodowaną gruźlicą.

W zaświadczeniu lekarskim na pisemny wniosek ubezpieczonego nie umieszcza się kodu „B” i „D”.

W celu wystawiania zaświadczeń lekarskich wystawiający zaświadczenie lekarskie tworzy za pomocą systemu teleinformatycznego, udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, profil informacyjny. ZUS w celu wystawienia »

”

Zgodnie z art. 55 u.u.ś.p. zaświadczenie lekarskie powinno być wystawione w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, zgodnie ze wzorem ustalonym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje zaświadczenie lekarskie na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jednakże, zgodnie z przepisem przejściowym lekarze i lekarze dentyści, upoważnieni do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy albo konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, mogą wystawiać zaświadczenia lekarskie zgodnie z dotychczasowymi przepisami, nie dłużej jednak niż do 30 czerwca 2018 roku.

Przejęcie na elektroniczny system wystawiania zwolnień nie likwiduje całkowicie konieczności dokonywania wydruków papierowych. Bowiem w przypadku gdy wystawienie zaświadczenia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego nie jest możliwe (w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości opatrzenia zaświadczenia lekarskiego kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP), wystawiający zaświadczenie lekarskie w dniu badania przekazuje ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego opatrzone jego podpisem i pieczętą.

“



zaświadczenia lekarskiego udostępnia bezpłatnie wystawiającemu zaświadczenie lekarskie na jego profilu informacyjnym m.in. dane zgromadzone w Centralnym Rejestrze Ubezpieczonych (pierwsze imię, nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania ubezpieczonego) oraz w Centralnym Rejestrze Płatników Składek (nazwę skróconą oraz NIP lub numer PESEL) a także informacje o wcześniejszych zaświadczeniach lekarskich wystawionych ubezpieczonemu oraz informacje, czy płatnik składek posiada profil informacyjny płatnika składek. Jednakże prawidłowość i aktualność danych i informacji udostępnionych na profilu informacyjnym wystawiający zaświadczenie lekarskie powinien potwierdzić u ubezpieczonego. W przypadku gdy na profilu informacyjnym wystawiającego zaświadczenie lekarskie nie zostaną udostępnione dane lub informacje albo zostaną udostępnione dane lub informacje niekompletne lub nieaktualne, brakujące lub aktualne dane lub informacje wystawiający zaświadczenie lekarskie uzyskuje od ubezpieczonego.

Przejsie na elektroniczny system wystawiania zwolnień nie likwiduje całkowicie konieczności dokonywania wydruków papierowych. Bowiem w przypadku gdy wystawienie zaświadczenia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego nie jest możliwe (w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości opatrzenia zaświadczenia lekarskiego kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP), wystawiający zaświadczenie lekarskie w dniu badania przekazuje ubezpieczonemu zaświadczenie lekarskie wystawione na formularzu zaświadczenia lekarskiego wydrukowanym z systemu teleinformatycznego opatrzone jego podpisem i pieczęcią.

Wystawiający zaświadczenie lekarskie w terminie 3 dni roboczych od dnia wystawienia zaświadczenia lekarskiego prze-

kazuje na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zaświadczenie lekarskie wystawione w formie dokumentu elektronicznego. Jeżeli przekazanie zaświadczenia lekarskiego w tym terminie nie jest możliwe, w szczególności w przypadku braku możliwości dostępu do Internetu lub braku możliwości opatrzenia zaświadczenia lekarskiego kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, wystawiający zaświadczenie lekarskie przekazuje zaświadczenie lekarskie nie później niż w terminie 3 dni roboczych od ustania przyczyn uniemożliwiających przekazanie zaświadczenia lekarskiego. Zakład Ubezpieczeń Społecznych prowadzi rejestr zaświadczeń lekarskich i przechowuje zaświadczenie lekarskie przez okres 3 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym je wystawiono.

Prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich podlega kontroli. Kontrolę jak dotychczas wykonują lekarze-orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Pracodawca może wystąpić do ZUS o przeprowadzenie kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich dla celów wypłaty wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lekarskich, w szczególności gdy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione: 1. bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego, 2. bez udokumentowania rozpoznania stanowiącego podstawę orzeczonej czasowej niezdolności do pracy – Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, w formie decyzji, cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 12 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.

Taneczna podróż trwa...



Imprezę prowadzili (od lewej): instruktor tańca Marek Kędziara, lek. Bożena Kaniak oraz lek. Leszek Pałka.



Zarząd Klubu Lekarza DIL oraz Dolnośląska Rada Lekarska nie ustają w wysiłkach, by ubogacać życie lekarzy także w aspekcie kulturalno-rozrywkowym. Temu właśnie służyć mają wieczory taneczne „Five o'clock u lekarzy”, które ruszyły 20 maja, a 24 czerwca miały swoją kontynuację. Z pewnością zagospodzą w kalendarzu imprez izbowych na stałe, z pewnością dalszy ciąg nastąpi...

Dwóm pierwszym wieczorom towarzyszył mistrzowski pokaz tańca w wykonaniu Barbary Kobzarskiej-Bar i Jarosława Dębickiego. Utytułowani członkowie Polskiego Towarzystwa Tanecznego zabrali uczestników (30 osób) w niezapomnianą podróż taneczną do: Hiszpanii, Argentyny, Brazylii, Wiednia, Anglii i na Kubę.

Organizatorzy wydarzenia liczą na coraz wyższą frekwencję; przekonują, że warto uczyć się tańca od najlepszych – i to nieodpłatnie, zachęcają do śledzenia aktualnej oferty kulturalno-rozrywkowej Izby.

M.J.

Fot. Halina Nawrocka



Cudownych wspomnień czar

Uściski, łzy wzruszenia, uśmiechy i radość towarzyszyły spotkaniu absolwentów Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, którzy w roku 1982 ukończyli studia. Spotkanie po 35. latach odbyło się 27 maja i zapewne na długo zagości tak w pamięci, jak i w sercach uczestników. Zapraszamy na kolejny zjazd za 5 lat!

PS Ponawiamy prośbę o nadsyłanie swoich aktualnych zdjęć na adres: jolzal@poczta.onet.pl

W imieniu Komitetu Organizacyjnego i absolwentów
Jolanta Zaleska, Krystyna Florjańska



Fot. z archiwum autora

Na I planie Barnaba Pustelniak, lekarz stażysta w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej

PODWÓJNE SREBRO NA 14. MISTRZOSTWACH POLSKI LEKARZY W KOLARSTWIE SZOSOWYM

W dniach 3-4 czerwca zorganizowano w Bychawie, już po raz czternasty, Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym. Wziąłem w nich udział po raz pierwszy. Nie jest to moja koronna dyscyplina, bo znacznie częściej startuję w wyścigach MTB. Było jednak warto! Impreza zorganizowana na medal, więc podziękowania dla organizatorów.

W piątek przeprowadzono wyścig na czas (10 km) na dosyć płaskiej trasie z niewielkimi wzniesieniami. Nie liczyłem tutaj na zbyt wiele, bo zdecydowanie wolę „czasówki” pod górę. Udało się jednak wywalczyć srebro w kategorii MA ze średnią prędkością prawie 40 km/h.

W sobotę odbył się wyścig ze startu wspólnego (ok. 113 km, 3 pętle po 37 km po trasie dla mnie osobiście raczej płaskiej z niewielkimi hopkami, na których ciężko było odjechać od peletonu). Podczas pierwszej rundy odjechało od peletonu dwóch zawodników, sam nie zdecydowałem się na ten krok. Stwierdziłem, że peletonem dogonimy uciekinierów. Niestety, nie udało się nam to. Ostatnia runda przyniosła zwrot akcji, kilku kolarzom – w tym mi – udało się „oderwać” od peletonu. Na metę dotarłem z drugim czasem wśród lekarzy do 35 r.z., zdobywając wicemistrzostwo Polski.

Oczywiście jestem zadowolony z wyniku, nastraja on pozytywnie przed World Medical & Health Games, które już w lipcu w Marsylii. Zamierzam powalczyć, i na szosie, i w kolarstwie górskim.

Barnaba Pustelniak



Fot. z archiwum autora



Lekarze reprezentujący Dolnośląską Izbę Lekarską zajęli 4. miejsce w klasyfikacji drużynowej. W maju, podczas posiedzenia Rady DIL, Mateusz Baran przekazał Izbie wywalczony drużynowo puchar. Z radością przyjął go dr n. med. Piotr Knast, wiceprezes DRL.

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

W dniach 20-22 kwietnia 2017 roku odbyły się XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Rozegrano je na pływalni Miejskiego Zarządu Oświaty i Wychowania w Dębicy. W zawodach wzięli udział lekarze i członkowie ich rodzin z 16 krajowych izb lekarskich, a także lekarz pochodzący ze Szwecji.

Dolnośląską Izbę Lekarską reprezentowali: Martyna Kruszyńska, Anna Krzykawska, Justyna Mazurek, Krystyna Okoniewska, Ewa Pyszkowska-Moczulewska, Mateusz Baran, Paweł Orzechowski, Marta i Wojciech Woźni z synami.

W klasyfikacji drużynowej nasza Izba zajęła wysokie 4. miejsce, a w klasyfikacji indywidualnej 3. miejsce wywalczyła Martyna Kruszyńska. Medale zdobywaliśmy w kategoriach drużynowych:

złoto – sztafeta kobiet 4 x 50 m stylem dowolnym – w składzie: Justyna Mazurek, Anna Krzykawska, Martyna Kruszyńska, Krystyna Okoniewska;

złoto – sztafeta mixtowa 4 x 50 m stylem dowolnym – w składzie: Justyna Mazurek, Mateusz Baran, Martyna Kruszyńska, Wojciech Woźny;

brąz – sztafeta rodzinna Marta i Wojciech Woźni z synami;

i w konkurencjach indywidualnych:
Martyna Kruszyńska: srebro – 50 m stylem klasycznym, srebro – 100 m stylem klasycznym, srebro – 200 m stylem zmiennym, brąz – 200 m stylem dowolnym i 400 m stylem dowolnym, 800 m – stylem dowolnym;

Anna Krzykawska: srebro – 100 m stylem motylkowym, brąz – 50 m stylem motylkowym, brąz – 100 m stylem dowolnym; Justyna Mazurek: srebro – 50 m stylem

dowolnym, srebro – 50 m stylem grzbietowym, brąz – 100 m stylem grzbietowym;

Wojciech Woźny: złoto – 100 m stylem klasycznym, złoto – 100 m stylem grzbietowym, złoto – 200 m stylem dowolnym, złoto – 1500 m stylem dowolnym, srebro – 50 m stylem dowolnym, srebro – 50 m stylem grzbietowym, srebro – 50 m stylem klasycznym, srebro – 100 m stylem dowolnym;

Mateusz Baran: brąz – 50 m stylem grzbietowym, brąz – 100 m stylem grzbietowym.

W trakcie mistrzostw odbyła się XIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Postępy w medycynie sportowej”. Uczestnicy imprezy wraz rodzinami mogli też wziąć udział w wycieczce po okolicach Dębicy.

Duch sportowej rywalizacji, rodzinna i koleżeńska atmosfera towarzyszyły nam nieprzerwanie. Raduje fakt, że co roku dopisuje frekwencja, mistrzostwa cieszą się niesłabnącym zainteresowaniem lekarzy. Szczególne podziękowania należą się wieloletnim organizatorom Mistrzostw Polski Lekarzy w Pływaniu dr. Januszowi Bieniaszowi i dr. Lesławowi Ciepeli. Bez ich zaangażowania i talentu organizacyjnego impreza nie mogłaby się odbyć.

Zachęcamy miłośników pływania do udziału w następnych mistrzostwach w Dębicy. Dziękujemy naszej Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, a w szczególności przewodniczącemu Komisji Sportu Piotrowi Wojtasiakowi, za umożliwienie nam uczestnictwa w tych zawodach.

Mateusz Baran

Dolnośląską Izbę Lekarską reprezentowali: Martyna Kruszyńska, Anna Krzykawska, Justyna Mazurek, Krystyna Okoniewska, Ewa Pyszkowska-Moczulewska, Mateusz Baran, Paweł Orzechowski, Marta i Wojciech Woźni z synami.





Fot. z archiwum KLPP

Wyjazd integracyjno-rekreacyjny Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących do Międzylesia

W dniach 19-21 maja 2017 roku dużą, bo aż 32-osobową grupą, gościliśmy w pięknym renesansowo-barokowym kompleksie zamkowo-pałacowym o ponad 700-letniej historii, który uważamy – koniecznie trzeba zobaczyć i zwiedzić.

Jak dowiedzieliśmy się już na miejscu od oprowadzającej nas przewodniczki, zamek gościł króla Jana III Sobieskiego po odsieczy wiedeńskiej, był świadkiem działań husytów i raubriterów (rycerzy rabusiów), a w czasie II wojny światowej działał tu wielki ośrodek wypoczynkowy Luftwaffe. Aż żal, że to takie turystycznie nieodkryte miejsce, położone tak blisko Wrocławia. Ratowanie historii to wspaniałe przedsięwzięcie właścicieli zamku, którzy podjęli się trudu odbudowy. Miłośnicy sztuki znajdą też coś dla siebie, jak chociażby odrestaurowane sgrafito, piękną salę balową ze starymi piecami, czy wciąż nieodkryte w większej części podziemia. Zamek, choć wymaga dużej odbudowy, bo tylko jego część jest wyremontowana, ma swój magiczny, niezakłócony od wieków klimat, który udziela się gościom. Okolice zachęca do rekreacji i spacerów po lesie.

Z Międzylesia blisko jest do Czech, a konkretnie miejscowości Dolni Morava (20 km), gdzie warto się wybrać np. na „spacer w chmurach” (Sky Walk) – byliśmy tam w pierwszy dzień pobytu.

W czasie naszego 3-dniowego pobytu towarzyszył nam współwłaściciel zamku Jerzy Adamiczka i Hania Adamiczka, którzy z ogromnym zaangażowaniem dbali o nasze potrzeby i zadowo-

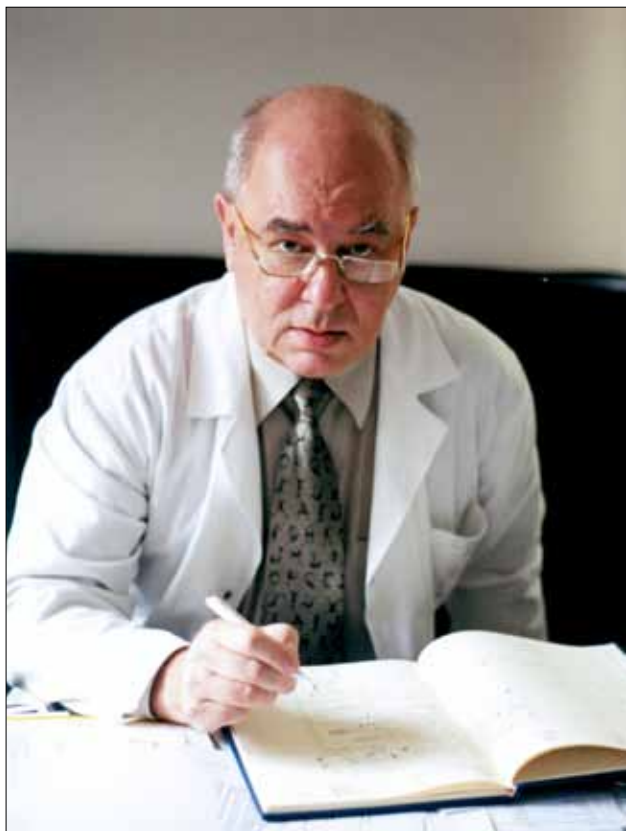
lenie oraz uprzyjemnienie nam pobytu licznymi atrakcjami zamkowymi. Nasza grupa wzięła udział w wyprawie pieszej (10 km) do lasu pod okiem wyżej wymienionych – jako trenerów nordic walking. Zorganizowano też dla nas turniej łuczniczy, przy którym świetnie się bawiliśmy, a zwycięzcy otrzymali okazałe dyplomy. Jedną z atrakcji naszego pobytu (w przerwie zabawy w sali „myśliwskiej”) było nocne zwiedzanie zamku z „duchami” – wyśmienita zabawa z dreszczykiem emocji.

Wzięliśmy też udział w zaproponowanych nam grach zamkowych, tj. w zagadce kryminalnej i escape the castle, które rozbudziły w nas ukryte, detektywistyczne talenty. Przy ognisku i smaczkowym grillu mogliśmy pośpiewać i zrelaksować się. W zamku panuje bardzo przyjazna atmosfera, obsługa jest miła i uczynna, a restauracja serwuje bardzo smaczne, domowe jedzenie. Pokoje z łazienkami są schludne i czyste – zachęcają do wypoczynku.

Wyjazd integracyjno-rekreacyjny do zamku „Międzylesie” uważamy za bardzo udany. Świetnie się bawiliśmy i wypoczęliśmy we wspólnym gronie. Mamy nadzieję, że uda nam się przyjechać do zamku raz jeszcze i ponownie poczuć magiczny klimat historii.

Teresa Bujko, przewodnicząca KLPP,
Alicja Dziewiątkowska, sekretarz KLPP
wraz z Zarządem KLPP

POKONAĆ SEPSĘ – CO NOWEGO?



Fot. z archiwum A.K.

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kübler, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego i Naukowego II Polskiego Kongresu „Pokonać sepsę”, prezes Stowarzyszenia na Rzecz Badania i Leczenia Sepsy „Pokonać sepsę”, były wieloletni kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii i I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM we Wrocławiu

Sepsa jest jednym z najpoważniejszych wyzwań dla całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce, ciągle niedocenianym i lekceważonym. Ogólne szacunkowe koszty dziennego leczenia chorego z sepsą to 2,5-3 tys. zł., a średni okres pobytu tych chorych na OIT to 10 dni. Według opublikowanych w 2015 r. wyników badań epidemiologicznych szacowana liczba zgonów z powodu sepsy wynosi w Polsce co najmniej 25 tys. przypadków rocznie. Stanowi to współczynnik zgonów dla całej populacji 65/100 000. Ten współczynnik jest wyższy od współczynnika zgonów z powodu nowotworów tchawicy, oskrzela i płuca (58,6/100 000) oraz z powodu zawału serca (49,4/100 000).

27 maja zakończył się we Wrocławiu trzydniowy II Polski Kongres „Pokonać sepsę”. Prawie 600 uczestników, wykładowcy z 12 krajów, 26 sesji naukowych, podczas których ogłoszono 89 referatów, a ponadto 33 prace przedstawione zostały w formie plakatów. Wiele sesji poświęconych było epidemiologii zakażeń, z udziałem mikrobiologów i epidemiologów, którzy dogłębnie przedstawili problem. Prof. Waleria Hryniewicz przewodniczyła sesji Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków. Sesję Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej prowadziła prof. Marzenna Bartosiewicz z Wrocławia. Osobna sesja dotyczyła monitorowania zakażeń w OIT z udziałem czołowych polskich wykładowców.

Drugim tematem przewodnim było wyspecjalistyczne leczenie sepsy na OIT. Temat bardzo ważny, pozwalający obserwować postępy w terapii. Mówiono też o zmianach narządowych w sepsie, o pozaustrojowym leczeniu sepsy, a zagadnienie przedstawili goście ze Stanów Zjednoczonych i Szwecji. To leczenie, zaawansowane i bardzo drogie, jest czasami jedynym możliwym ratunkiem dla życia.

Trzecim kierunkiem tematycznym było rozpoznawanie i leczenie sepsy w różnych specjalnościach medycznych. Na pierwszej linii frontu jest często medycyna ratunkowa. Poza tym była sesja z udziałem specjalistów chorób zakaźnych, gdzie omawiano znaczenie chorób zakaźnych dla sepsy, szczególnie problem chorób tropikalnych.

Tuż przed końcem kongresu, kiedy na ogół frekwencja jest niska, tym razem przy audytorium liczącym ponad 200 słuchaczy, uczestnicy mieli możliwość omówienia powiązań zagadnień prawnych i medycznych w sepsie. Świetnie prowadzona sesja przez wrocławskich medyków sądowych, połączona z żywą dyskusją. – Jedną z sesji poświęciliśmy współpracy naszej Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii z klinikami Instytutu Karolinska w Sztokholmie. Od dawna ściśle współpracujemy, prowadzimy wspólnie badania eksperymentalne nad sepsą. Profesor Claes Frostell wygłosił bardzo interesujący wykład o granicach intensywnej terapii, jest doktorem honoris causa UM we Wrocławiu – dodaje prof. Andrzej Kübler, który wraz z dr. hab. n. med. Waldemarem Goździkiem przewodniczył Komitetowi Organizacyjnemu i Naukowemu.

Sepsa jako zespół chorobowy jest jedną z ważniejszych przyczyn śmiertelności na świecie, ale pozostaje ciągle nierozpoznana i niedoceniana, szczególnie w naszym kraju. W Niemczech ogłoszono oficjalnie, że jest to trzecia przyczyna zgonów w tym kraju, po chorobach układu krążenia i chorobach nowotworowych. W Polsce nie możemy pokonać takich przeszkód jak np. rejestracja rozpoznania sepsy w historiach choroby, ze swoim numerem w klasyfikacji międzynarodowej. Nie ma obowiązku rejestracji tego rozpoznania, zatem lekarze go nie zaznaczają w dokumentacji, a problem jest poważny. W Polsce kilkadziesiąt tysięcy osób rocznie umiera w przebiegu sepsy. Jednak w dokumentach tego nie ma, nikt oficjalnie nie zmarł w Polsce z tego powodu. Podawane są inne przyczyny śmierci. Prof. A. Kübler mówi, że obecnie brakuje siły sprawczej w kraju, aby to przekroczyło poziom decyzji administracyjnych. – Wielokrotnie próbowałem to zainspirować, rozmowy szły w dobrym kierunku, ale zmieniały się ekipy rządzące. Przez 7 lat realizowaliśmy na ochotnika rejestr sepsy na oddziałach intensywnej terapii w Polsce, dalej rejestrujemy przypadki sepsy w naszej klinice i możemy to zagrożenie oszacować. Są to jednak badania naukowe a nie codzienna praktyka.

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Andrzejem Küblerem, przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego i Naukowego II Polskiego Kongresu „Pokonać sepsę”, prezesem Stowarzyszenia na Rzecz Badania i Leczenia Sepsy „Pokonać sepsę”, byłym wieloletnim kierownikiem Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii i I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM we Wrocławiu

Magdalena Orlicz-Benedycka: W programie znalazła się również sesja poświęcona postępowi w leczeniu sepsy. Czy mamy zauważalne postępy w tym zakresie?

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kübler: Tak, postępy te idą w kilku kierunkach. Jeden z nich to przyspieszenie diagnozy sepsy, czyli poznania patogenu, który sepsę wywołuje. Nowe techniki pozwalają na skrócenie czasu oczekiwania na wynik badania do kilku godzin. Nie zawsze udaje się w badaniu krwi oznaczyć patogen. Należy rozszerzyć, poprawić możliwości diagnostyczne, które będą bardziej precyzyjne. Znamy już nowe metody i prowadziliśmy próby w naszej klinice, ale jest to finansowe wyzwanie, ponieważ koszt tych metod jest obecnie nie do zaakceptowania dla rutynowego zastosowania. W obszarze terapii postępowaniem są nowe techniki leczenia pozaustrojowego, eliminujące z organizmu szkodliwe mediatory, białka, które nasilają przebieg sepsy. Poza tym musimy ściśle przestrzegać ogólnych wytycznych postępowania, dzięki którym śmiertelność w przebiegu sepsy na OIT ulega obniżeniu. W krajach rozwiniętych śmiertelność w sepsie się zmniejsza, ale zapadalność na sepsę narasta. Problem sepsy jest globalnie trudny do oceny, ponieważ w krajach trzeciego świata nikt nie prowadzi jej rejestru i nie jest właściwie leczona. Każdy kraj powinien mieć swój narodowy program rozpoznawania i leczenia sepsy, również Polska. Moje stanowisko jest takie, aby skierować uwagę specjalistów z wielu dziedzin klinicznych na ten problem i zaproponować narodowy program rozpoznawania i leczenia sepsy. Walczę o to od wielu lat. Obecnie domaga się również tego Światowa Organizacja Zdrowia WHO. Świadomość zagrożenia sepsą jest wciąż zbyt mała.

M.O.-B.: Ubiegły rok przyniósł nowe ustalenia i informacje, była też mowa o wdrożeniu nowej definicji sepsy...

A.K.: Zmieniła się sama definicja sepsy na bardziej uproszczonej. W tym roku w marcu wyszły nowe wytyczne leczenia sepsy, podsumowujące od strony naukowej najważniejsze aspekty w leczeniu. Przy zmianie definicji choroby następuje zmiana obrazu epidemiologicznego. Będziemy liczyli przypadki sepsy według aktualnej definicji. W naszej wrocławskiej klinice od początku roku wdrożyliśmy już rejestrację przypadków sepsy w oparciu o nową definicję. Chcemy, aby takie dane zbierały wszystkie oddziały intensywnej terapii. Istotna

jest świadomość, że sepsa występuje też na oddziałach chirurgicznych, ginekologicznych i położniczych, na internistycznych, nefrologicznych czy kardiologicznych. Zatem przypadki na OIT jest wierzchołek góry lodowej.

M.O.-B.: W Polsce mamy również problem zakażeń szpitalnych. Jaka jest Pana opinia na ten temat?

A.K.: W Polsce nie rejestruje się powszechnie i regularnie zakażeń szpitalnych. Musi istnieć system, aby obowiązywała ich rejestracja przynajmniej na OIT i na oddziałach noworodkowych, gdzie pojawia się najwięcej przypadków septycznych. Wbrew pozorom nie mamy ujednoliconego systemu rejestracji zakażeń szpitalnych w pełni akceptowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Mamy ustawę, ale między ustawą a praktyką istnieje różnica. W kilku klinikach i oddziałach w Polsce na OIT rejestrujemy dane, regularnie zbieramy informacje o zakażeniach i publikujemy wyniki. Faktycznie wszystkie oddziały OIT powinny prowadzić tę rejestrację. Taki ujednolicony system istnieje w Niemczech i innych krajach europejskich, dzięki czemu można uzyskać ścisłe dane. Bez rejestru zakażeń szpitalnych nie możemy stworzyć wiarygodnego programu profilaktyki i ich leczenia. Schematy programu rejestru zakażeń w innych krajach mogą być podstawą dla naszego narodowego programu. Tak jak kiedyś wprowadziliśmy na oddziałach OIT system oceny stanu pacjenta. Decydenci zaakceptowali naszą propozycję i od lat oceniamy ciężkość stanu chorego na wysokim międzynarodowym poziomie. Dlatego powiem raz jeszcze, tylko zobligowanie do rejestracji może pomóc. Dawniej te statystyki szacowano orientacyjnie, aby nie było za mało i nie za dużo, bez żadnych precyzyjnych danych. To wszystko wpisuje się w problem sepsy, ponieważ niewyleczone zakażenie szpitalne kończy się sepsą i śmiertelnością na poziomie 50 proc. właśnie z tego powodu.

Rejestracja sepsy w Polsce to kolejny problem do załatwienia. Od wielu lat staram się o to, ale zmieniają się ekipy rządzące, a problem pozostaje. Właśnie wydałem książkę z moimi przemyśleniami i doświadczeniami w tej kwestii.

Magdalena Orlicz-Benedycka

Prof. Marzena Dominiak członkinią The International College of Dentists



Fot. archiwum prywatne Marzeny Dominiak

Prof. Marzena Dominiak, znakomity chirurg i implantolog, pracownik naukowy Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, przewodnicząca Rady Naukowej Kongresu Unii Stomatologii Polskiej, dołączyła do elitarnego grona członków organizacji The International College of Dentists. Oficjalne przyjęcie odbyło się w Londynie podczas 62. dorocznego spotkania członków ICD.

International College of Dentists jest międzynarodową organizacją dentyścianą wspierającą rozwój dziedziny oraz osoby, które wyznaczają kierunki jej postępu. Wśród wielu statutowych celów jakie stawia sobie ICD, są m.in.: wyróżnianie wybitnych stomatologów, upowszechnianie zasad etyki zawodowej, promowanie projektów o charakterze humanitarnym, wspieranie badań naukowych, pielęgnacja historii stomatologii oraz prestiżu zawodowego. ICD wydaje także elektroniczny biuletyn ICDigest.

– Do ICD nie można aplikować, nie wystarczy chęć przynależenia do organizacji, konieczne jest polecenie przez któregoś z członków. To dla mnie ogromny zaszczyt, że ICD pozytywnie rozpatrzyło nominację mojej osoby złożoną przez znakomitego specjalistę, jakim jest prof. Gil Alcoforado (polskim lekarzom doskonale znany jako jeden z najbardziej lubianych prelegentów FDI 2016 Poznań) – komentuje prof. Marzena Dominiak.

Źródło: www.cedenews.pl



Ogólnopolska Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej „Kliniczno-Neurofizjologiczne aspekty snu w świetle współczesnych badań”



Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/sleep-1389978/llorcraft

Interdyscyplinarna konferencja odbyła się 25 maja 2017 roku we Wrocławiu pod patronatem Komitetu Nauk Neurologicznych PAN i JM rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu prof. dr. hab. Marka Ziętka. Została ona zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej, Zespół Neurofizjologii Klinicznej Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk, Katedrę i Klinikę Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Katedrę i Klinikę Pulmonologii i Nowotworów Płuc Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Konferencja odbyła się w dniu 25. rocznicy utworzenia Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, do którego należą obie Katedry i Kliniki będące współorganizatorami konferencji, tj. Katedra i Klinika Neurologii oraz Katedra i Klinika Pulmonologii i Nowotworów Płuc. Dodatkowo, Katedra i Klinika Pulmonologii i Nowotworów Płuc konferencją tą uczciła 30-lecie oddechowej medycyny snu w Polsce, ponieważ w Pracowni Polisomnografii w tej Klinice od 1987 roku prowadzona jest zarówno diagnostyka zaburzeń oddechowych w czasie snu, jak i ich leczenie.

Wykłady przedstawili eksperci w tej nowej dziedzinie medycyny, jaką jest somnologia, specjaliści z zakresu neurologii, psychiatrii, neurochirurgii, neurologii dziecięcej, pulmonologii i medycyny snu. Konferencja zgromadziła około stuosobowe grono słuchaczy, w tym przedstawiciele licznych ośrodków polisomnograficznych w Polsce.

Oficjalnego otwarcia konferencji dokonał JM prorektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. dr. hab. Romuald Zdrojowy.

We wprowadzeniu do konferencji prof. nadzw. dr. hab. Maria Ejma zwróciła uwagę, że medycyna stosunkowo niedawno odkryła ogromne znaczenie snu dla zdrowia. Pierwsza naukowa konferencja poświęcona zagadnieniom snu odbyła się w Stanach Zjednoczonych w 1961 roku, a od tego czasu zakres badań naukowych nad snem znacznie się rozszerzył. Obecnie medycyna snu dotyczy większości specjalności medycznych i wielu problemów zdrowia publicznego. Zaburzenia snu mogą stanowić podstawowy objaw wielu chorób układu nerwowego, oddechowego, krążeniowego, wydzielania wewnętrznego, zaburzeń metabolicznych i innych, zarówno u dzieci, jak i u osób dorosłych.

Pierwszą sesję otworzył prof. dr. hab. Ryszard Podemski, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Następnie dr n. med. Michał Skalski z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przedstawił wykład na temat fizjologii snu, w którym podkreślił ważną rolę biologiczną snu i znaczenie rytmów snu i czuwania, w tym okołodobowego i wewnątrzdobowego. Następnie wystąpił wykładowca z Kanady, pulmonolog i specjalista medycyny snu z University of Saskatchewan, w Saskatoon, prof. dr. med. Robert Skomro, który zapoznał słuchaczy z aktualnymi wytycznymi American Academy of Sleep Medicine dotyczącymi zasad rozpoznawania snu i jego stadiów. W wykładzie zamieścił wiele cennych uwag praktycznych dotyczących prawidłowej analizy zapisu polisomnograficznego. Neurofizjologiczne metody badania senności omówił dr hab. med. Adam Wichniak z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, obecnie sekretarz Polskiego Towarzystwa Badań nad

Snem. Podkreślił, że przed przystąpieniem do przeprowadzenia badań obiektywnych, takich jak test wielokrotnej latencji snu (MSLT) lub test utrzymania stanu czuwania (MWT), w diagnostyce senności należy uwzględnić najpierw czynniki behawioralne, czynniki zależne od stanu psychicznego, ogólny stan zdrowia, przyjmowane leki i substancje psychoaktywne oraz możliwość występowania pierwotnych zaburzeń snu. W drugim swoim wykładzie dr n. med. Michał Skalski omówił dys-somnie, tj. endogenne zaburzenia snu, egzogenne zaburzenia snu oraz zaburzenia rytmu snu i czuwania, oraz przedstawił najnowszą klasyfikację zaburzeń snu, DSM-V z 2016 roku.

Po przerwie ponownie wystąpił prof. dr med. Robert Skomro i szczegółowo omówił zespół zaburzeń zachowania w czasie snu REM, zwracając uwagę, że obecnie na całym świecie trwają badania nad sposobami leczenia tego często współistniejącego z chorobą Parkinsona schorzenia, prowadzone pod kierunkiem dr. Carlosa Schencka z Minnesota Regional Sleep Disorders Center w Minneapolis. Tematem wykładu dr n. med. Piotra Januszko z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego były parasomnie snu non-REM, w tym zwłaszcza lęki nocne – dotyczące aż 2,3-2,5 proc. osób dorosłych – oraz somnambulizm. Problemy diagnostyki i leczenia narkolepsji omówił dr n. med. Tadeusz Piotrowski z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zwracając m.in. uwagę na znacznie częstsze występowanie tego schorzenia w Azji (np. w Japonii z częstością 1/600 mieszkańców) niż w Europie (ok. 1/4000). Dr hab. med. Marcin Żarowski z Katedry i Kliniki Neurologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przedstawił wybrane zaburzenia snu u dzieci i młodzieży, w tym upojenie przysenne, lęki nocne, jaktacje i somnambulizm. Podkreślił przy tym niekorzystny wpływ nadmiaru światła na zaburzenia snu u dzieci oraz na dużą zawartość zakłócającej sen kofeiny w niektórych popularnych wśród dzieci napojach.

W sesji trzeciej prof. nadzw. dr hab. med. Anna Brzecka z Katedry i Kliniki Pulmonologii i Nowotworów Płuc Uniwersytetu

Medycznego we Wrocławiu podała przykłady polisomnograficzne najczęstszych zaburzeń oddechowych podczas snu, występujących w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych i padaczki oraz u chorych po udarze mózgu, podkreślając przy tym, że zespół obturacyjnego bezdechu śródsewnego jest ważnym czynnikiem ryzyka udaru. Prof. dr hab. Jerzy Leszek z Katedry i Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przedstawił zaburzenia snu w chorobie Alzheimera oraz wyniki najnowszych badań wskazujących na rolę układu limfatycznego oraz nowo odkrytych typów oreksyny w powstawaniu tych zaburzeń. Dr n. med. Marlena Hupało z Pracowni Wideometrii Oddziału Klinicznego Neurochirurgii i Onkologii CUN Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przedstawiła fragmenty długoterminowych – tj. trwających trzy doby – zapisów wideo-EEG, przydatnych w diagnostyce różnicowej zaburzeń ruchowych związanych ze snem, w tym ilustrujących mioklonie twarzowo-żuchwowe i okresowe ruchy kończyn dolnych. Dr n. med. Jakub Antczak z Kliniki Neurologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie przedstawił perspektywy zastosowania przezczaszkowej stymulacji magnetycznej w zaburzeniach snu. Zwieńczeniem konferencji był wykład przygotowany przez prof. nadzw. dr hab. med. Marię Ejmę i dr n. med. Martę Waliszewską-Prosół z Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, główne organizatorki konferencji. Badanie potencjałów wywołanych we śnie jest niezwykle trudnym metodologicznie badaniem, które może się okazać ważną metodą obrazowania zmian zachodzących podczas snu w zdrowiu i w chorobie.

W czasie konferencji nie wyczerpano wszystkich zagadnień związanych z klinicznymi i neurofizjologicznymi aspektami snu i w czasie rozmów kularowych w przerwach i po zakończeniu obrad zdecydowano o konieczności kontynuowania spotkań poświęconych współczesnej somnologii.

dr hab. med. Anna Brzecka, prof. nadzw.,
dr hab. med. Maria Ejma, prof. nadzw.



Na zdjęciu m.in.: lek. dent. Wanda Zarówna (I rząd, II od lewej), Michał Kołaciński – burmistrz Oleśnicy (I rząd, III od lewej), inż. Leszek Mulka (w środku), za nim wnuk Jakub Cieszyński, prawnik Piotr Stec; I rząd od prawej: lek. dent. Alicja Marczyk-Felba, Dariusz Lewera, lek. dent. Elżbieta Wroniecka, dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, lek. dent. Jacek Wojtkowicz (II rząd, I od lewej).

135. rocznica urodzin prof. Antoniego Cieszyńskiego

31 maja 2017 roku w Zamku Książąt Oleśnickich odbyły się uroczystości związane z urodzonym 135 lat temu w Oleśnicy prof. Antonim Cieszyńskim (1882-1941), współtwórcą światowej stomatologii, wielkim patriotą i społecznikiem. Został rozstrzelany przez Niemców 4 lipca 1941 roku na Wzgórzach Wuleckich we Lwowie razem z 22 innymi polskimi profesorami.

W Sali Rycerskiej odbyła się sesja wspomnieniowa, a w sali „Pod słońcem” uroczystościom towarzyszyła znakomita wystawa pt. „Cieszyński”, którą przygotował na podstawie zbiorów własnych Krzysztof Dziedzic, regionalista i kolekcjoner.

W Oleśnicy pielęgnuje się pamięć o prof. Cieszyńskim. Jest tam ulica jego imienia. Na kamienicy nr 11 w rynku – gdzie mieści się apteka „Pod Orłem” i gdzie się urodził (w rodzinie polskiego aptekarza) – od 1967 roku wisi tablica pamiątkowa. Wmurowano ją z inicjatywy prof. Tadeusza Owińskiego (1904-1995), partycypowali w tym również oleśnicy lekarze dentyści – Wanda Zarówna i Zbigniew Zieliński.

W Domu Spotkań z Historią znajduje się stała ekspozycja poświęcona prof. Antoniemu Cieszyńskiemu. Rokrocznie w rocznicę urodzin profesora pod tablicą powstała na jego cześć składane są kwiaty przez przedstawicieli: władz miasta, Towarzystwa Miłośników Lwowa i Kresów Południowo-Wschodnich, koła oleśnickich stomatologów, Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz młodzież szkolną i rodzinę uczonego. Obecni byli dr Jakub Cieszyński, wnuk i dr hab. Piotr Stec, prawnik.

PS Jako studentka III roku Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej brałam udział w odsłonięciu tablicy upamiętniającej prof. Cieszyńskiego (10 czerwca 1967 r.). Od tego czasu minęło 50 lat, wciąż żywe są jednak we mnie wspomnienia. Serce rośnie, gdy obserwuje się najmłodszych obywateli z przejęciem uczestniczących w składaniu kwiatów pod tablicą.

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska



Lekarz – samotny wilk czy członek grupy?

Dyżurka szpitalna, odprawa, wizyta z ordynatorem, szkolenia oddziałowe, współpraca między oddziałami. Są pewnie konflikty o biurko, komputery, urlopy; taki czy inny szef; jest też możliwość rozmowy, dyskusji, zadawania pytań, a przynajmniej obserwacji pracy innych i uczenia się od kolegów.

Gabinet poradni, biurko, fotel, komputer, stos kart pacjentów, telefon, koleżanka za ścianą, równie zasypiana kartami i pacjentami. Są szkolenia, w większości wykłady oraz perełki warsztatowe, są książki, Internet i uczenie się na własnych i cudzych błędach w czasie obserwacji przebiegu choroby od objawu, poprzez rozpoznanie, do efektu leczenia. Bardzo dobrze wspominam zapamiętaną z czasów „interny” atmosferę dyżurki lekarskiej, przychodniana samotność i izolacja bardzo dokuczają. Trzeba jednak powiedzieć, że dziś wielu kolegów szpitalników również nie otrzymuje w pracy wystarczającego wsparcia.

Od 1999 roku we Wrocławiu praktyki lekarzy rodzinnych współpracują ze sobą, wymieniają doświadczenia. Promujemy i wykorzystujemy **metody pracy** zwane „grupą peer-review” opracowane przez **Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na bazie międzynarodowych doświadczeń**. W latach 2006-2007 lekarze z sukcesem dążyli wspólnie do zdobycia certyfikatu jakości. Zaprzyjaźnieni lekarze spotykają się, by pokonywać trudności w postępowaniu lekarskim związanym ze specjalizacją medycyny rodzinnej. Omawiają standardy

Od 1999 roku we Wrocławiu praktyki lekarzy rodzinnych współpracują ze sobą, wymieniają doświadczenia. Promujemy i wykorzystujemy metody pracy zwane „grupą peer-review” opracowane przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na bazie międzynarodowych doświadczeń.



postępowania, omawiają możliwości ich wdrożenia w swojej pracy i dzielą się doświadczeniami z kolegami. Omawiają również kontrole i zalecenia pokontrolne, nowe akty prawne. Spotkania mają stanowić źródło stymulacji i pozytywnych zmian w praktykach, udział w nich jest dobrowolny, ale nie dowolny. Opracowano dla grup lekarzy regulamin, metody pracy i jej dokumentowania.

Rówieśnik lub kolega (Peer) to osoba posiadająca podobne lub takie samo wykształcenie, doświadczenie zawodowe, wykonująca codziennie mniej więcej tę samą pracę. Patrząc na to zagadnienie z punktu widzenia podstawowej opieki zdrowotnej kolegami mogą być dla siebie nie tylko lekarze, lecz również pielęgniarki, recepcjonistki, położne lub inni pracownicy opieki zdrowotnej.

U podstaw procesu, w którym koledzy lekarze wymieniają w grupie krytyczne uwagi, opinie, oceny zwrotne (feedback) by wzajemnie wpłynąć na swoje zachowania, leży idea cyklu poprawy jakości. Praca grupy przyjmuje formę regularnych spotkań (zwykle raz na cztery tygodnie). Spotkania odbywają się według wcześniej opracowanego i uzgodnionego planu. Podczas spotkań rozważa się różne tematy związane z codzienną pracą uczestników. Spotkania mogą być wspierane przez osoby, które nie są formalnymi członkami grupy, jednak ułatwiają jej prace wygłaszając prelekcje, prowadząc seminaria. Każde spotkanie posiada dokładnie zaplanowaną i ustaloną strukturę, co nie przeszkadza w stosowaniu różnych metod pracy jak: omówienie przypadku, symulowani pacjenci, rewizja kart, wizyty w praktykach, omówienie wytycznych postępowania.

Spotkania mają również pozytywny wpływ na redukcję stresu zawodowego, poprawiają samopoczucie.

Oczekiwane efekty funkcjonowania grup peer-review to:

- tworzenie atmosfery współpracy i współdziałania,
- tworzenie standardów postępowania,
- wsparcie wobec narastającej roszczeniowości pacjentów,
- wsparcie wobec problemów organizacji pracy w praktyce,
- współpraca w ciągły proces podnoszenia jakości świadczeń,
- powiększanie puli punktów akredytacyjnych.

Dodatkowo, lekarz może osiągać korzyści z tytułu uczestnictwa w grupie, takie jak: zapewnienie poczucia przynależności, poczucie bezpieczeństwa, wsparcia, współpracy, życzliwości. Grupa może wpływać na zachowanie jednostki i ukierunkowywać jednostkę, zadania mogą być wykonywane w sposób efektywny, a odpowiedzialność jest rozłożona na wszystkich członków grupy. Zawiązuje się nowe znajomości i zdobywa nowe doświadczenia. Oczywiście praca w grupie może stwarzać problemy związane z brakiem kompetencji poszczególnych członków grupy, różnicami poglądów, różnymi osobowościami członków grupy. Każda grupa potrzebuje lidera, sekretarza, systemu komunikacji. Przy wyborze odpowiednio istotnych tematów spotkań i sukcesach w realizacji wyznaczonych celów wszelkie mankamenty organizacyjne mają jednak drugorzędne znaczenie.

Wrocławskie grupy lekarzy odbyły kilkadziesiąt spotkań. Ostatnio działalność nieco zamarła. Od czasu rozwiązania Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodziny „na Dominikańskim”, który scalał wszystkich rezydentów i kierowników specjalizacji, jesteśmy nieco „osieroceni”. Trudniej nam dokumentować pracę, przyznawać punkty edukacyjne. Nie poddajemy się zniechęceniu. Powstała nowa grupa lekarzy w Miliczu. Podjęliśmy wspólne prace w celu uzyskania certyfikatu jakości. Przedstawiliśmy koncepcję działania grup lekarzy na posiedzeniu Komisji Kształcenia DRL, wzbudzając bardzo duże zainteresowanie. Otrzymaliśmy zapewnienie wsparcia tej formy

samokształcenia przez Komisję i udzielenia pomocy merytorycznej, logistycznej i finansowej. Liczymy na uzgodnienia, które ułatwią nam przyznawanie punktów edukacyjnych, być może wsparcie liderów, chcemy też zaoferować nasze doświadczenie innym „samotnikom” w zawodzie lekarza. **Trzech lekarzy to już grupa! Jeśli ktoś z Państwa jest zainteresowany rozwinięciem takiej formy szkoleń dla lekarzy, zapraszam do kontaktu: stecka@cybernet.com.pl. Warto wygospodarować chwilę na dyskusję z kolegą po fachu i rzeczową rozmowę.**

Beata Stecka

W imieniu i z pomocą Zarządu Dolnośląskiego Oddziału Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce

” *Powstała nowa grupa lekarzy w Miliczu. Podjęliśmy wspólne prace w celu uzyskania certyfikatu jakości. Przedstawiliśmy koncepcję działania grup lekarzy na posiedzeniu Komisji Kształcenia DRL, wzbudzając bardzo duże zainteresowanie. Otrzymaliśmy zapewnienie wsparcia tej formy samokształcenia przez Komisję i udzielenia pomocy merytorycznej, logistycznej i finansowej. Liczymy na uzgodnienia, które ułatwią nam przyznawanie punktów edukacyjnych, być może wsparcie liderów, chcemy też zaoferować nasze doświadczenie innym „samotnikom” w zawodzie lekarza. Trzech lekarzy to już grupa! Jeśli ktoś z Państwa jest zainteresowany rozwinięciem takiej formy szkoleń dla lekarzy, zapraszam do kontaktu: stecka@cybernet.com.pl. Warto wygospodarować chwilę na dyskusję z kolegą po fachu i rzeczową rozmowę.*

“

Prawo do wykonywania zawodu stomatologa w odniesieniu do praw pacjenta



Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/zahnreinigung-1514693/rgerber – obraz modyfikowany

W poprzednim numerze „Medium” kol. dr Alicja Marczyk-Felba przedstawiła jeden z dwóch tematów omówionych na spotkaniu z przedstawicielami Saksońskiej Izby Dentystycznej dot. ubezpieczeń. W tym wydaniu przedstawiony zostanie drugi z tematów „Prawo do wykonywania zawodu stomatologa w odniesieniu do praw pacjenta”.

Pacjent jako aktywny podmiot w procesie leczenia

Współcześnie pacjent stał się aktywnym podmiotem w procesie leczenia, a wynika to m.in. ze wzrastającej świadomości prawnej społeczeństwa oraz rozwoju tzw. praw pacjenta.

Akty prawne aktualnie obowiązujące:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417),
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry,
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Definicja praw pacjenta

W żadnym akcie prawnym w Polsce nie znajdziemy definicji praw pacjenta, a jedynie wymienione są ich rodzaje oraz uregulowana treść przedmiotowa. Należy przyjąć, że prawa pacjenta to zespół uprawnień przysługujących człowiekowi z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych. **Do fundamentalnych praw pacjenta należą i są uregulowane bezpośrednio w ustawie o prawach pacjenta:** a. prawo do świadczeń zdrowotnych, b. prawo do informacji, c. prawo do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne, d. prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta, e. prawo do dokumentacji medycznej, f. prawo do zgłoszenia sprzeciwu. Poza tym pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie.

- Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną.
- **Lekarz ma obowiązek na bieżąco pogłębiać swoją wiedzę medyczną.**
- Jeżeli istnieją alternatywne metody leczenia, pacjent ma prawo wyboru metody.
- **Jeżeli dana metoda leczenia jest zgodna z aktualną wiedzą medyczną, ale nie jest dostępna w podmiocie leczniczym – lekarz ma obowiązek poinformowania pacjenta o jej istnieniu i dostępności.**
- Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielający mu świadczeń zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie; w przypadku odmowy zwołania konsylium lekarz ma obowiązek odnotowania w dokumentacji medycznej zarówno żądania pacjenta, jak i odmowy zwołania konsylium.
- Pacjent ma prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia w sposób dla niego przystępny i zrozumiały.
- Pacjent ma prawo do uzyskania informacji o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, a także do uzyskania informacji zarówno o dających się przewidzieć następstwach leczenia, jak i o zagrożeniach związanych z jego niepodjęciem; pacjent ma również prawo żądać, aby lekarz nie udzielał mu tych informacji.
- Pacjent ma prawo do uzyskania informacji o konsekwencjach zastosowanego leczenia, lekarz ma zatem obowiązek udzielić pacjentowi informacji o najważniejszych działaniach niepożądanych leku, który mu przepisuje.

Prawo pacjent do informacji o swoim stanie zdrowia

- Art. 9 ust. 1 u.p.p.: „Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia”.
- Art. 9 ust. 2 u.p.p.: „Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel, mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”.
- Lekarz nie musi informować pacjenta w przypadkach nagłych, niecierpiących zwłoki, gdy zagrożone jest zdrowie lub życie pacjenta (niemniej w sytuacji sporu prawnego lekarz musi udowodnić, że w danej sytuacji poinformowanie pacjenta i uzyskanie zgody prowadziłyby do zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta).
- Informacja udzielana przez lekarza musi być zrozumiała dla pacjenta.
- Do lekarza należy ocena, czy pacjent znajduje się w odpowiednim stanie zdrowia fizycznego i psychicznego, by zrozumieć informacje.
- Lekarz nie musi informować, że przepisuje leki poza wskazaniami produktu leczniczego, o ile jest to zgodne z wiedzą medyczną i nie stwarza podwyższonego ryzyka dla pacjenta.
- W przypadku, gdy nie ma możliwości ustalenia rozpoznania, lekarz powinien poinformować o swoich podejrzeniach lub o proponowanym kierunku diagnozowania
- Lekarz nie musi informować o wynikach leczenia ani rokowaniu wtedy, gdy są one oczywiste i wynikają z natury rzeczy.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

- Art. 13 u.p.p.: „Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego”.
- Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny wszelkich informacji z nim związanych, które zostały uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (zarówno informacji dotyczących życia osobistego pacjenta, jak i informacji, które są ustalane samodzielnie przez osobę wykonującą zawód medyczny w procesie leczenia).
- Obowiązek zachowania przez lekarza w tajemnicy informacji związanych z pacjentem jest nieograniczony w czasie i trwa również po śmierci pacjenta.
- Osoba bliska może po śmierci pacjenta uchylić tajemnicę informacji związanych ze zmarłym pacjentem.
- Lekarz musi ujawnić informacje objęte tajemnicą lekarską w przypadku, gdy obliuguje go do tego prawo.
- Lekarz może ujawnić informacje objęte tajemnicą zawodową w przypadku uzasadnionego przekonania, że jej utrzymanie stwarza ryzyko dla zdrowia lub życia pacjenta lub innych osób.
- Lekarz może ujawnić informacje objęte tajemnicą lekarską adwokatowi lub radcy prawnemu w przypadku zgłoszenia się po poradę prawną.
- W postępowaniu karnym lekarza będącego świadkiem z tajemnicy zawodowej zwalnia sąd w drodze postanowienia, w postępowaniu cywilnym lekarz występujący w charakterze świadka sam ustala zakres informacji, które może ujawnić, a w postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarz jest z mocy ustawy zwolniony z tajemnicy zawodowej.
- Lekarz zwolniony z tajemnicy lekarskiej przez osobę bliską pacjentowi po śmierci pacjenta nie może wydać osobie bliskiej dokumentacji medycznej pacjenta (o ile pacjent nie zostawił takiego upoważnienia za życia), pacjent może jednak zażądać odczytania pełnej treści dokumentacji medycznej.
- Opisanie przypadku pacjenta w prasie branżowej – pod warunkiem, że jego dane osobowe zostały zanonimizowane, a przypadek nie umożliwi identyfikacji pacjenta przez osoby trzecie – nie narusza tajemnicy zawodowej.

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych

- Art. 16 u.p.p.: „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9”.
- Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych; ma również prawo odmówić tej zgody (prawo do sprzeciwu).
- Zgoda powinna być odebrana przez lekarza od pacjenta przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego.
- Zgoda na udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego powinna być poprzedzona poinformowaniem pacjenta o rodzaju zabiegu, wskazaniach do niego, spodziewanych korzyściach, typowych powikłaniach, które mogą wystąpić, lub nawet rzadkich powikłaniach, ale mogących powodować poważne skutki dla zdrowia, o następstwach zabiegu, a także o alternatywnych metodach leczenia (tzw. zgoda poinformowana).
- Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego powinna być zgodą świadomą i dobrowolną.
- Zgoda powinna być wyrażona w warunkach stwarzających pacjentowi możliwość swobodnego podejmowania decyzji.
- Na życzenie pacjenta w rozmowie z lekarzem dotyczącej wyrażenia zgody może uczestniczyć osoba bliska.
- W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metod leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu w formie pisemnej.
- Zgoda blankietowa nie jest zgodą świadomą; zgoda powinna być wyrażana osobno na poszczególne interwencje medyczne.
- Wyrażenie przez pacjenta zgody na dane świadczenie zdrowotne powoduje, że akceptuje on ryzyko związane z tym świadczeniem oraz przejmuje je na siebie, nie akceptuje jednak ryzyka, które mogłoby wynikać z nienależytej staranności lekarza (zgoda nie obejmuje następstw błędu medycznego).
- Lekarz nie musi odbierać zgody pisemnej na czynności, które nie stwarzają podwyższonego ryzyka.
- Lekarz, wykonując zabieg, może przekroczyć zakres zgody pacjenta, jeżeli jest to niezbędne dla ratowania zdrowia lub życia pacjenta i nie ma możliwości natychmiastowego uzyskania jego zgody lub zgody jego przedstawiciela ustawowego.

Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności pacjenta

- Art. 20, ust. 1 u.p.p.: „Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”.
- W czasie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do poszanowania jego godności i intymności
- Lekarz powinien zapewnić pacjentowi możliwie jak najmniej bolesny proces leczenia.
- Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, oprócz osób ich udzielających, mogą być obecne inne osoby wykonujące zawód medyczny, ale tylko jeśli jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych; obecność innych osób jest możliwa po udzieleniu zgody przez pacjenta oraz osoby wykonującej zawód medyczny, która udziela świadczenia zdrowotnego.
- Jest naruszeniem intymności pacjenta, jeżeli podczas badania do pomieszczenia wchodzi osoba wykonująca zawód medyczny, chyba że obecność danej osoby jest niezbędna ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych.
- Pacjent ma prawo wymagać, aby lekarz zwracał się do niego, używając jego imienia i nazwiska; niedopuszczalne jest zwracanie się do pacjenta w formie bezosobowej.
- Lekarz może informować o negatywnych konsekwencjach zachowań pacjenta, ale nie może oceniać pacjenta ani jego stylu życia.
- Pacjent ma prawo żądać znieczulenia, o ile nie ma co do tego przeciwwskazań.



- Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska, jednak w przypadku ryzyka wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych; odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej.
- Lekarz nie narusza godności pacjenta, jeżeli negatywnie ocenia jego postępowanie w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (np. lekarz tłumaczy pacjentowi zagrożenia związane z paleniem tytoniu).
- Lekarz nie narusza godności pacjenta, jeżeli na podstawie badań stwierdza, że nie jest tak, jak utrzymywał pacjent (np. lekarz stwierdza, że pacjent zaniedbuje higienę j.u.).
- Lekarz nie narusza godności pacjenta, jeżeli w celu konsultacji przypadku pacjenta zaprasza do badania innego lekarza.
- W przypadku przebywania pacjenta w ośrodkach klinicznych (kształcących studentów) obecność studentów w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych nie jest naruszeniem godności ani intymności pacjenta (pacjent powinien być jednak poinformowany o działalności dydaktycznej prowadzonej na terenie danej placówki).

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

- Art. 23, ust. 1 u.p.p.: „Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych”.
- Prawo gwarantuje dostęp do dokumentacji medycznej w różnych formach, takich jak możliwość zapoznania się z jej treścią w placówce medycznej, uzyskania jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, a nawet uzyskania oryginału, jeśli pacjent pokwituje jej odbiór i zastrzeże, że zwróci ją po wykorzystaniu; pacjent może także uzyskać dokumentację na informatycznym nośniku danych lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
- Pacjent ma prawo dostępu zarówno do dokumentacji indywidualnej, jak i dokumentacji zbiorczej, w zakresie, w którym dokumentacja zbiorcza go dotyczy.
- Pacjent ma prawo do uzyskania kopii dokumentacji medycznej z poświadczaniem zgodności z oryginałem.
- Placówka medyczna, która wydaje kopie, odpisy, wyciągi dokumentacji medycznej lub udostępnia dokumentację medyczną na elektronicznym nośniku danych, nie może naliczać za powyższe formy udostępnienia dokumentacji opłat wyższych niż te, które wynikają z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- Pacjent ma prawo dostępu do czytelnej i uporządkowanej chronologicznie dokumentacji medycznej (strony powinny być ponumerowane).
- Pacjent ma prawo do uzyskania dokumentacji przez 20 lat od końca roku, w którym dokonano ostatniego wpisu w tej dokumentacji.
- Pacjent może żądać odnotowania w dokumentacji medycznej każdej informacji związanej z jego zdrowiem.
- Wpis w dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty; w przypadku błędnego wpisu, należy go przekreślić i dodać adnotację o przyczynie błędu, podać datę zmiany i oznaczyć osobę, która dokonuje adnotacji.
- Dokument włączony do dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty.
- Na przetwarzanie przez lekarza danych osobowych pacjenta nie trzeba wyrażać zgody, ponieważ prawo lekarza do przetwarzania tych danych wynika z ustawy.
- Lekarz może powierzyć przetwarzanie danych osobowych pacjentów innym podmiotom (np. laboratorium analitycznemu).
- Wpis do dokumentacji medycznej można zmieniać, pod warunkiem wskazania daty zmiany, jej przyczyny i osoby zmieniającej.
- Lekarz nie ma obowiązku udostępniania dokumentacji medycznej od ręki, lecz powinien to zrobić w możliwie najkrótszym czasie.
- Lekarz może odmówić wydania oryginału dokumentacji medycznej, jeżeli pacjent nie chce pokwitować odbioru ani oświadczyć, że zwróci po wykorzystaniu.
- Lekarz może udostępnić dokumentację medyczną pacjenta szkole wyższej do wykorzystania w celach naukowych po jej anonimizowaniu.

Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych

- Art. 38 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza (u.z.l.): „Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3”.
- Art. 38 ust. 2 u.z.l.: „W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym”.
- Lekarz może nie podjąć leczenia w ogóle albo odmówić jego kontynuacji, o ile nie zagraża to życiu lub zdrowiu pacjenta.
- Lekarz nie może odmówić zbadania pacjenta, ponieważ bez badania nie wiadomo, czy nie ma zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.
- **Lekarz w prywatnej praktyce może odmówić leczenia pacjenta z jakiegokolwiek powodu – prawo nie stawia w tym względzie żadnych ograniczeń.**
- Lekarz w publicznej służbie zdrowia może odmówić leczenia pacjenta, jeżeli ma ku temu poważne powody i uzyskał zgodę swojego przełożonego.
- Lekarz może odmówić leczenia zarówno pacjenta pełnoletniego, jak i niepełnoletniego.
- Za każdym razem, gdy lekarz odstępuje od leczenia lub go odmawia, ma obowiązek odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej i uzasadnienia go.
- Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych zawsze od każdego lekarza, gdy istnieje ryzyko utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.
- W sytuacji, gdy pacjent nie znajduje się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, lekarz, który wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może mu odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych, ale wówczas pacjent ma prawo do otrzymania informacji o realnych możliwościach uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w innej placówce (jeżeli lekarz nie odmawia ze względu na sprzeciw sumienia).
- Jeżeli odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego dokonuje lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, to może on nie podjąć leczenia lub odstąpić od niego, ale z poważnych powodów i na podstawie zgody przełożonego, ponadto ma obowiązek uzasadnienia odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego w dokumentacji medycznej.

Prawo i obowiązek lekarza do prowadzenia dokumentacji medycznej

- Art. 41 ust. 1 u.z.l.: „Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta”.
- Lekarz musi prowadzić dokumentację medyczną pacjenta.
- Lekarz, dokonując wpisu w dokumentacji medycznej, musi przestrzegać zasad określonych w przepisach prawa.
- Lekarz musi odnotowywać w dokumentacji medycznej wszystkie informacje istotne z punktu widzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
- Lekarz, dokonując modyfikacji wpisu w dokumentacji medycznej, musi odnotować datę zmiany, jej przyczynę, złożyć swój podpis oraz przybić pieczętkę imienną.
- Lekarz nie może czegoś nie odnotować na żądanie pacjenta.
- Lekarz ma obowiązek udostępniać dokumentację medyczną pacjentowi na jego wniosek w formie i sposób wybrany przez pacjenta.
- Pacjent ma prawo do tego, aby jego dokumentacja medyczna była czytelna i uporządkowana chronologicznie, każda strona dokumentacji zawierała co najmniej oznaczenie jego imienia i nazwiska, a ponadto, aby strony dokumentacji były ponumerowane.
- Pacjent ma prawo żądać dostępu do dokumentacji medycznej w wybranej przez niego formie.
- Pacjent może żądać odnotowania w dokumentacji medycznej każdej informacji związanej z jego zdrowiem.

Czy oglądając „Klan” zastanawiałeś się, gdzie są tak nowoczesne kliniki, jak ta należąca do serialowego doktora Lubicza? Jej nazwa „Elmed” to nie przypadek. Pierwowzorem i pierwszym planem zdjęciowym był nasz oddział na Zaciszu. Założona w 1993 roku przychodnia była tak innowacyjna, że zainspirowała twórców serialu. Teraz jesteśmy spółką notowaną na GPW, a w skład Grupy ENEL-MED wchodzi przychodnie wieloprofilowe, dwa szpitale, oddziały diagnostyki obrazowej oraz specjalistyczne kliniki: medycyny estetycznej i medycyny sportowej. **Pracuje u nas ok. 3000 osób, a obsługujemy ponad 700 000 pacjentów.**



enel-med
SILNA MARKA, PASJA, WIARYGODNOŚĆ, SZACUNEK

Do naszych oddziałów we Wrocławiu poszukujemy:

LEKARZY

**Dermatologów • Endokrynologów • Ginekologów
Laryngologów • Okulistów**

WYMAGANIA:

- ukończona specjalizacja lekarska lub przynajmniej połowa specjalizacji (przy pozytywnej rekomendacji kierownika specjalizacji),
- umiejętności interpersonalne połączone z wysoką kulturą osobistą,
- znajomość jęz. angielskiego będzie dodatkowym atutem.

OFERUJEMY:

- możliwość pełnego skoncentrowania się na leczeniu pacjentów – my zapewniamy nowoczesną infrastrukturę, organizację obsługi pacjenta i wsparcie medyczne,
- opiekę medyczną w najlepszej sieci medycznej w Polsce
- możliwość pracy w prężnie rozwijającym się, ogólnopolskim Centrum Medycznym o stabilnej pozycji rynkowej,
- kartę sportową,
- przyjazną atmosferę,
- elastyczny system zatrudnienia

Osoby zainteresowane naszą ofertą prosimy o przesłanie CV z podaniem numeru referencyjnego na adres podany poniżej lub wypełnienie formularza na naszej stronie internetowej www.enel.pl

Centrum Medyczne ENEL-MED S.A.
ul. Słomińskiego 19, 00-195 Warszawa
tel.: +48 0 698-630-761
lub na adres e-mail: rekrutacja3@enel.pl

Uprzejmie informujemy, że skontaktujemy się tylko z wybranymi osobami



CENTRUM MEDYCZNE

Prosimy o dopisanie klauzuli: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Słomińskiego 19 lok. 524, niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.).

W ośmioosobowej grupie (w tym troje lekarzy z naszej Izby) poznawaliśmy od 23 kwietnia do 13 maja uroki krajobrazowe, kulturowe i kulinarne Madagaskaru. Wyprawę zorganizowały dla nas Katarzyna Białous i Patrycja Malik, które od 7 lat mieszkają na Madagaskarze, prowadzą tam Fundację Ankizy Gasy – Dzieci Madagaskaru, i organizują pobyt dla chętnych do współpracy wolontariuszy.

Madagaskar to czwarta co do wielkości wyspa na świecie, była kolonia francuska, gdzie nadal toczy się życie plemienne, jak za czasów opisywanych przez Arkadego Fiedlera. W ciągu tych 3 tygodni zwiedziliśmy jej większą część, w tym najbardziej znane i atrakcyjne Parki Narodowe: Isalo, Ranomafana, Kirindy, Tsingy de Bemaraha i Andasibe-Mantadi, podróżując busem, samolotami i jeepami tzw. drogami (szczególnie osobliwa jest droga krajowa nr 8). Zobaczyliśmy wiele wspaniałych miejsc, w tym oczywiście słynną Aleję Baobabów, poznaliśmy życie miejscowych ludzi, kilka niezbędnych słów po malgasku oraz smaki rumów, polowaliśmy z aparatami na lemury, fossy, gekony i kameleony, również nocą. Na koniec przez kilka dni odpoczywaliśmy po trudach podróży na uroczej Wyspie Świętej Marii (île St. Marie).

Tą drogą pragniemy podziękować Kasi i Pati za umożliwienie nam zobaczenia tych wszystkich niezwykłych miejsc w towarzystwie miejscowej przewodniczki Ony (czyt. Uni, co po polsku znaczy – rzeka) z plemienia królewskiego Merna. Jesteśmy pełni uznania dla ich działalności i pomocy niesionej dzieciom w tym biednym kraju. Trzymamy kciuki.

Osoby zainteresowane pracą na Madagaskarze w charakterze wolontariusza, tzw. adopcją na odległość lub innymi formami pomocy, prosimy o kontakt z Fundacją Dzieci Madagaskaru.

Agnieszka i Wojtek Sulkowie

Fundacja Ankizy Gasy
– Dzieci Madagaskaru
www.dziecimadagaskaru.pl
Foundation Ankizy Gasy
– Children of Madagascar
www.childrenofmadagascar.com
Saint Joseph College
BP12 Ambohidratrimo
105 Madagascar

Fot. z archiwum autorów

NASZA PRZYGODA – MADAGASKAR



Życie przy Alei Baobabów...



Wyspa Świętej Marii



Uczestnicy wyprawy



Fossa madagaskarska



Droga krajowa nr 8, tzw. przeprawa promowa



Z wizytą w Fundacji Dzieci Madagaskaru



lemur biało-czarny



kameleon



Park Narodowy Isalo



gekon



WYPALENIE ZAWODOWE

Na czym polega i jak mu przeciwdziałać?

Jutro poniedziałek, znów do pracy, nie lubię poniedziałków, jestem coraz bardziej zmęczony, mam już dość tych pacjentów, pacjenci są coraz gorsi, nie wiem, czy ta praca jest naprawdę dla mnie..., to wszystko straciło sens, chyba muszę się czegoś napić...

Jeśli miewają Państwo takie myśli jedynie od czasu do czasu, nie należy się niepokoić. Każdy ma prawo do zmęczenia, zniechęcenia, spadku zainteresowania wykonywaną pracą itp. Jeśli jednak myśli te towarzyszą Państwu codziennie, a w ślad za nimi postępuje chroniczne zmęczenie, coraz większy dystans do wykonywanej pracy, pacjentów, współpracowników, zwątpienie w celowość tego co robicie, warto się zastanowić, czy przypadkiem nie jest to już stan uznawany w wielu krajach za chorobę – stan wypalenia zawodowego. Wówczas potrzebna jest szybka reakcja, jak w klasycznym postępowaniu lekarskim – aby uniknąć rozwoju choroby i zapobiec powikłaniom. A ponieważ banałem jest stwierdzenie, że lepiej zapobiegać niż leczyć, zapraszam do lektury niniejszego artykułu.

Czym jest wypalenie zawodowe?

Wypalenie zawodowe, nazywane też syndromem wyczerpania, to reakcja organizmu na długotrwały stres wynikający z pełnych obowiązków zawodowych. Badania psychologów społecznych dowodzą, że wypalenie zawodowe dotyczy głównie zawodów, w których występuje częsty i bliski kontakt z innymi ludźmi: **lekarze, pielęgniarki**, pracownicy służb ratowniczych, hospicjów, pracownicy socjalni, terapeuci, nauczyciele. Skutkiem wypalenia zawodowego jest szereg konsekwencji związanych ze stanem psychicznym, fizycznym, kontaktami społecznymi, wynikami pracy, a nawet sensem życia.

Pojęcie wypalenia zawodowego zostało zdefiniowane po raz pierwszy w 1974 roku przez Herberta Freudenbergera. Amerykański psychiatra określał ów stan jako „krańcowy stan wyczerpania, spowodowany nadmiernym zapotrzebowaniem na energię i wszelkie zasoby, jakimi dysponuje jednostka”, a nieco później razem z North'em doprecyzował: „Stan, który krystalizuje się powoli, przez dłuższy okres przeżywania ciągłego stresu i angażowania całej energii życiowej, i który w końcowym efekcie wywiera negatywny wpływ na motywację, przekonania i zachowanie”.

Jedną z najbardziej znanych badaczek problemu wypalenia zawodowego jest amerykańska psycholog o polskich korzeniach Christina Maslach, która definiuje to zjawisko jako negatywny stan wyczerpania fizycznego, emocjonalnego i psychicznego, będący finalnym rezultatem stopniowego procesu utraty złudzeń (rozczarowania). Zwykle występuje ono u osób o wysokim poziomie motywacji, które przez długi czas pracują w sytuacjach obciążających emocjonalnie.

Na syndrom wypalenia zawodowego składa się:

- **emocjonalne wyczerpanie** – przewlekłe uczucie znużenia, zmęczenia, odpływu sił;
- **depersonalizacja** – obniżenie wrażliwości wobec innych – negatywne, bezduszne, obojętne reagowanie na innych ludzi;
- **obniżenie oceny własnych dokonań** – postrzeganie własnej pracy, dokonań, własnej osoby w negatywnym świetle, obniżona zdolność do radzenia sobie z sytuacjami zawodowymi, apatia, obniżenie nastroju, wycofanie się, depresja.

Tekst Dariusz Delikat

LEK. DARIUSZ DELIKAT

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

Skąd się bierze wypalenie zawodowe?

Podstawowym czynnikiem sprawczym jest długotrwały stres. Stres to ostry lub chroniczny wysoki poziom psychicznego pobudzenia i napięcia w organizmie przekraczający możliwości uporania się z nim. Stresująca jest każda sytuacja, którą postrzegamy jako poddawanie nas próbie, zagrożenie lub potrzebę nagłej zmiany.

Stresorodne są więc znane lekarzom warunki pracy: presja czasu, przeciążenie pracą, zbyt duża odpowiedzialność, biurokracja, brak wsparcia, niezaspokojone oczekiwania finansowe, niemożność pogodzenia obowiązków zawodowych z obowiązkami wobec rodziny i przyjaciół, brak możliwości realizacji pozazawodowych zainteresowań. Dodatkowo wielu miejscom pracy nie są obce: niepewność zatrudnienia, brak dobrze sprecyzowanych zadań i obowiązków, problemy z komunikacją, konflikty, brak możliwości rozwoju. Nie wszyscy w równym stopniu „zapadamy” na wypalenie zawodowe – decydują o tym tzw. uwarunkowania wewnętrzne. Wypaleniu sprzyjają: niska odporność na stres, perfekcjonizm, wysoka motywacja do pracy, brak dystansu do pracy (osobiste traktowanie spraw zawodowych), a także wysoki poziom autokrytycyzmu i niska samoocena.

Wypalenie zawodowe postępuje powoli i skrycie...

Objawy:

- etap pierwszy – **emocjonalne wyczerpanie**, charakterystyka: brak energii, ciągłe zmęczenie, labilność emocjonalna, postępujący spadek satysfakcji z wykonywanej pracy, zmniejszające się poczucie sensu pracy, a także różnego rodzaju objawy psychosomatyczne: np. bóle głowy, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, bezsenność, zmniejszenie odporności.
- etap drugi – **depersonalizacja**. To postępujące obniżenie empatii, zwiększanie dystansu do pacjentów i współpracowników, przedmiotowe traktowanie innych osób i obojętność na ich problemy, brak zaangażowania w pracę, nieprzejmowanie się efektami pracy, nieporozumienia i konflikty.
- etap trzeci – **obniżenie oceny własnych dokonań**, przejawia się brakiem wiary we własne kompetencje, możliwości, zdolności, negatywną oceną swojej pracy i jej efektów, negatywnym nastawieniem do wszystkich i wszystkiego, poczuciem braku perspektyw. Charakterystyczne jest unikanie nowych zadań, absencja w pracy, zrywanie kontaktów, stany depresyjne.

Jak przeciwstawiać się syndromowi wypalenia zawodowego? Co mogę zrobić sam?

Jeśli przystaje do Ciebie opis etapu pierwszego, koniecznie zwolnij tempo pracy, zredukuj godziny, przestań traktować sytuację zawodową zbyt osobiście, wyjedź na krótki urlop, wygospodaruj czas dla siebie i swoich zainteresowań. Jeśli dostrzegasz obciążające Cię czynniki pracy – bądź proaktywny – nie czekaj aż sytuacja sama się rozwiąże – porozmawiaj o niej z szefem, współpracownikami itp.

Etap drugi wymaga głębszej refleksji nad sobą, czasami prze wartościowania swojego życia, czasami nabycia nowych umiejętności, często potrzebne są inne osoby: rodzina, przyjaciele, niekiedy terapeuta, pomagają także dłuższy wypoczynek i spojrzenie z dystansu na siebie i swoją pracę.

Etap trzeci wymaga kontaktu z profesjonalistą (lekarzem, psychologiem, terapeutą), czasami jedynym rozwiązaniem jest zmiana pracy.

Co może zrobić pracodawca?

Jeśli jesteś pracodawcą, pamiętaj, że warunki, jakie stwarzasz swoim pracownikom, mają dla ich kondycji psychofizycznej i motywacji do pracy ogromne znaczenie. Kluczowe elementy tzw. pakietu antywypaleniowego to:



Źródła grafik: www.freeimages.com/photos/so-tired-1440121/C. Leconte, www.pixabay.com/photos/tie-216992/PublicDomainPictures – obraz modyfikowany

”
Jeśli jesteś pracodawcą, pamiętaj, że warunki, jakie stwarzasz swoim pracownikom, mają dla ich kondycji psychofizycznej i motywacji do pracy ogromne znaczenie. Kluczowe elementy tzw. pakietu antywypaleniowego to: zapewnianie pracownikom warunków pracy minimalizujących stres: pewność zatrudnienia, jasne wymagania, wystarczająca ilość czasu na realizację zadań, odpowiednie narzędzia, wsparcie; budowanie dobrych relacji między pracownikami w firmie; przekazywanie informacji zwrotnych na temat efektów pracy; sprawiedliwa ocena i adekwatne wynagrodzenie; dawanie możliwości wpływania na życie firmy; stwarzanie możliwości rozwoju zawodowego.

“



- zapewnianie pracownikom warunków pracy minimalizujących stres: pewność zatrudnienia, jasne wymagania, wystarczająca ilość czasu na realizację zadań, odpowiednie narzędzia, wsparcie;
- budowanie dobrych relacji między pracownikami w firmie;
- przekazywanie informacji zwrotnych na temat efektów pracy;
- sprawiedliwa ocena i adekwatne wynagrodzenie;
- dawanie możliwości wpływania na życie firmy;
- stwarzanie możliwości rozwoju zawodowego.

Profilaktyka wypalenia zawodowego

Ponieważ podstawową przyczyną wypalenia zawodowego jest długotrwały stres, warto przyrzeć się sposobom jego redukcji. Zapewne każdy z Państwa posiada własne, sprawdzone metody, być może odnajdziecie je poniżej pod innymi nazwami.

Tak jak najskuteczniejszym sposobem walki z alergią jest unikanie alergenu, tak najlepszym sposobem przeciwdziałania stresowi jest eliminowanie sytuacji, które go wywołują. Części z nich można zapobiec przez planowanie i organizację czasu pracy (zarządzanie czasem) oraz przewidywanie trudności i tworzenie planów alternatywnych. Warto pamiętać o prostych, efektywnych, opartych na regułach psychologicznych sposobach zarządzania czasem, czyli stawianie celów i planowanie działań. Każde działanie, rozmowa, dzień powinny posiadać cel – najlepiej sformułować go na piśmie (jeśli coś zapiszesz, szanse wykonania zadania wzrastają), ponieważ cel „uczula” uwagę na poszukiwanie bodźców związanych z jego realizacją oraz wywiera działanie automotywacyjne.

Gdy planujesz swoje działania, zdajesz sobie sprawę, na którym odcinku drogi się znajdujesz, masz większą kontrolę nad sobą i swoimi poczynaniami oraz większe poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Specjaliści od zarządzania wymieniają zwykle kilka zasad związanych z planowaniem, dwie najważniejsze to:

- tworzenie rezerw czasowych – reguła 60/40 – należy planować jedynie 60 proc. czasu, jaki ma się do dyspozycji, pozostałe 40 proc. czasu powinniśmy zachować w rezerwie – na czynności nieplanowane (np. czas potrzebny na refleksję, związany z nieoczekiwanymi kontaktami społecznymi, zdarzenia losowe itp.);
- hierarchizacja zadań – jest sposobem na to, aby nie zagubić się w natłoku obowiązków, które spoczywają na nas każdego dnia. Najpopularniejszy zabieg to podział zadań na sprawy pilne i niepilne oraz ważne i nieważne, znany pod nazwą „Zasada/Matryca Eisenhowera”.

sprawy	ważne	nieważne
pilne	A	B
niepilne	C	D

Tabela przedstawia kolejność wykonywania zadań. ABCD to kolejność tzw. zachowań spontanicznych – dominuje kryterium pilności (termin, czas realizacji), efektem jest zaniedbywanie spraw ważnych niepilnych, które i tak trzeba będzie wykonać, gdy staną się pilne, ale wówczas już w zdecydowanie mniej komfortowych warunkach. Pożądana kolejność to ACBD – ale aby ją bezpiecznie stosować, trzeba wiedzieć, które sprawy są naprawdę ważne. Odpowiedzią na te wątpliwości jest propozycja głębszej analizy swojego funkcjonowania w rodzinie, społeczeństwie. Jakie pełnię rolę? Jakie stawiam sobie cele w obrębie tych ról? Jakimi wartościami się kieruję? Jakie mam zasady? Dopiero duża samoświadomość tego co jest dla nas kluczowe, do czego dążymy, pozwala trafnie określać wagę zadań dnia codziennego.

Z wieloma „trudnymi” sytuacjami musimy się jednak zmierzyć – pozostaje nam przygotowanie się do nich poprzez dobre opanowanie czynności wymaganych w danej sytuacji, a także rozwijanie asertywnych umiejętności komunikacyjnych. O asertywności pisałem w poprzednich numerach „Medium”, przypomnę tylko definicję Association for Advancement of Behavior Therapy oddającą jej

istotę: „Zachowanie asertywne to zespół zachowań interpersonalnych, wyrażających uczucia, postawy, życzenia, opinie lub prawa danej osoby w sposób bezpośredni, stanowczy i uczciwy, a jednocześnie respektujący uczucia, postawy, życzenia, opinie i prawa innej osoby (osób)”.

Jeśli mimo naszych przygotowań „trudna” sytuacja wywołuje stres, którego skutkiem jest wzrost napięcia mięśniowego oraz różnego rodzaju emocje – pożądana wydaje się być znajomość sposobów ich redukcji lub zmniejszenia ich natężenia. Pierwszy z nich nie wymaga komentarza – to różne formy aktywności fizycznej: ćwiczenia gimnastyczne, sport, praca fizyczna. Kolejny – technika relaksacji Jacobsona (Edmund Jacobson, amerykański internista, psychiatra, fizjolog) polegająca na uczeniu się kontroli nad pracą mięśni, dzięki czemu w sytuacji stresującej możemy je skutecznie rozluźnić, osiągając w ten sposób stan spokoju i wyciszenia. Trening polega na kilkukrotnym rytmicznym napinaniu (10 sek.) i rozluźnianiu (10-15 sek.) kolejnych grup mięśni zaczynając od mięśni twarzoczaszki, poprzez ramiona, przedramiona, dłonie, mięśnie klatki piersiowej, brzucha, ud, podudzi i wreszcie stóp. Dzięki metodzie treningu autogennego Schultza (Johannes Heinrich Schultz, niemiecki lekarz psychiatra) stan odprężenia uzyskuje się, wykorzystując wyobraźnię i zjawisko autosugestii. Pacjent siedząc w zacisznym miejscu powtarza kilkukrotnie w myślach komunikaty związane odczuciami ciężkości i ciepłoty różnych części ciała.: *moja prawa ręka jest ciężka, moja lewa ręka jest ciężka, mój kark i ramiona są ciężkie, moja prawa noga jest ciężka, moja lewa noga jest ciężka*, następną serią dotyczy wyobrażania sobie ciepłoty. Często powtarzane treningi pozwalają na uzyskiwanie stanu relaksacji po kilku prostych komunikatach, np. *mój kark i ramiona są ciężkie, mój kark i ramiona są ciepłe*. Nieprzyjemne emocje towarzyszące stresowi możemy zredukować przez:

- otwarte przyznawanie się do ich przeżywania przed sobą (i/lub innymi);
- obniżanie rangi i znaczenia zdarzenia wywołującego stres: „na tym świat się nie kończy”, „mam prawo do popełniania błędów”;
- wyobrażanie sobie swoich poświadczonych zachowań w sytuacjach stresogennych;
- myślenie pozytywne – odnajdywanie pozytywnych aspektów trudnych sytuacji i własnych zachowań, nagradzanie siebie za podejmowane działania.

Zwracam się do Państwa z apelem – nie lekceważmy wypalenia zawodowego! To stan, który krystalizuje się powoli, niepostrzeżenie, ma swoje konsekwencje. Razem z lekarzem chorują jego współpracownicy i rodzina. Na problem można spojrzeć jeszcze szerzej – niezgodne ze standardami zachowania (a takim sprzyja wypalenie) wypalonych przedstawicieli zawodu są chętnie wykorzystywane przez media, czego następstwem jest powstawanie negatywnego wizerunku zawodu lekarza i negatywne społeczne nastawienie.

Warto więc być czujnym. Jeśli doświadczacie Państwo zmęczenia, znużenia czy spadku zainteresowania pracą, warto zadać sobie pytanie: czy to już wypalenie czy tylko chwilowa niedyspozycja? I w razie podejrzeń włączać działania lecznicze. Nawet jeśli praca nie wyczerpuje i jest źródłem przyjemności (czego Państwu życzę), trzeba zachowywać równowagę pomiędzy sprawami zawodowymi a życiem prywatnym.

Piśmiennictwo:

- Fengler J., „Pomaganie mężczy – wypalenie w pracy zawodowej”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
 Sęk H., „Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
 Bartkowiak G., „Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji”, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2005.
 Ogińska-Bulik N., „Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie”, Difin, Warszawa 2006.
 Maslach Ch., Leiter M.P., „Prawda o wypaleniu zawodowym”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

**DR N. BIOL. MAŁGORZATA POKRYWKA**

Od 2015 roku pracuje w Katedrze Biochemii Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jest absolwentką Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdzie w 2008 roku uzyskała tytuł magistra biologii; a w 2013 roku na podstawie pracy pt. „Udział galektyny-3 w odpowiedzi komórek ludzkiego czerniaka na czynniki wywołujące śmierć” tytuł doktora nauk biologicznych. W latach 2013-2014 pracowała w Małopolskim Centrum Biotechnologii na stanowisku eksperta ds. transferu technologii oraz jako wykładowca w Państwowej Wyższej Szkole Wschodnioeuropejskiej. Obecnie prowadzi działalność zarówno naukową, jak i dydaktyczną. Jej zainteresowania naukowe dotyczą podstaw molekularnych rozwoju nowotworów oraz diagnostyki molekularnej nowotworów. Lubi górskie wycieczki i spacerować po lesie. W wolnych chwilach czyta fantastykę.

Czerniaki skóry

– diagnostyka i metody leczenia

Czerniaki są jednymi z najgroźniejszych nowotworów skóry. Wywodzą się z melanocytów, wyspecjalizowanych komórek pochodzenia neuroektodermalnego, produkujących melanicę. Zdecydowana większość czerniaków rozwija się na skórze, ale mogą również umiejscawiać się wszędzie tam, gdzie występują melanocyty, a więc wewnątrz gałki ocznej oraz na błonach śluzowych układu pokarmowego i moczowo-płciowego. »

Tekst Małgorzata Pokrywka



Epidemiologia*

Na świecie najwyższy współczynnik zachorowań na czerniaki skóry notuje się w Australii, natomiast w Europie w krajach skandynawskich. Polska należy do krajów o stosunkowo niskim – ok. 6,6/100 000 wskaźniku zachorowalności na czerniaki skóry, co odpowiada ponad 2500 zachorowaniom rocznie (ok. 1200 u mężczyzn i ok. 1350 u kobiet). Nowotwory te charakteryzują się jednak bardzo wysoką dynamiką wzrostu zachorowań. W roku 2002 zanotowano niemal trzykrotnie więcej rozpoznanych w porównaniu z 1982 rokiem. W Polsce częstość zachorowań na czerniaki skóry jest u obu płci prawie dwukrotnie niższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej, jednak umieralność z powodu tych nowotworów jest w naszym kraju o około 20 proc. wyższa niż przeciętna dla Unii Europejskiej. Wiąże się to przede wszystkim z rozpoznaniem nowotworu w bardziej zaawansowanym stadium niż w większości krajów Europy Zachodniej. Współczynniki umieralności osiągnęły w Polsce w 2010 roku wartości 3,3/100 000 u mężczyzn i 2,9/100 000 u kobiet, co wiązało się z liczbą zgonów odpowiednio ok. 600 mężczyzn i 570 kobiet.

* Na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów z 2010 roku

Czynniki ryzyka

Z rozwojem czerniaków skóry wiąże się nadmierna ekspozycja na promieniowanie UV obejmująca zarówno długotrwałe narażanie na promienie słoneczne nieosłoniętej i niezabezpieczonej odpowiednimi kosmetykami skóry, jak również korzystanie z łóżek opalających, czyli tzw. solariów, zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym, kiedy skóra nie jest przygotowana na tak silną dawkę promieniowania ultrafioletowego. Ryzyko zachorowania na czerniaki skóry wzrasta szczególnie wśród osób o charakterystycznym typie urody – o jasnej karnacji, z rudymi lub blond włosami oraz licznymi piegami, które to osoby odznaczają się niską wrażliwością na promieniowanie słoneczne i szczególną skłonnością do oparzeń. Do kolejnych czynników ryzyka rozwoju czerniaków należy: rodzinna historia nowotworów, mnogie znamiona, znamiona wrodzone oraz zespół zmian atypowych. Czerniak częściej rozwija się również u osób, u których odporność organizmu jest w sposób trwały obniżona, np. w wyniku stosowania leków immunosupresyjnych po przeszczepach.

Diagnostyka

Szczególną rolę w wykryciu czerniaków skóry na wczesnym etapie rozwoju przypisuje się nie tylko dermatologom i chirurgom onkologicznym, ale również lekarzom pierwszego kontaktu oraz samym pacjentom. Kluczowe we wczesnym rozpoznaniu jest dokładne badanie skóry całego ciała w dobrym oświetleniu, z uwzględnieniem skóry głowy, stóp, przestrzeni między palcami oraz okolic odbytu i narządów płciowych. Podejrzenie czerniaka mogą nasunąć zarówno znamiona na skórze powstałe *de novo*, jak i zmiany w obrębie istniejących znamion barwnikowych. Za przydatny w ocenie klinicznej znamion uznaje się algorytm diagnostyczny ABCDE opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne, który szczególnie uwagę zwraca na ich:

A (*Assymetry*) – asymetrię (czerniak charakteryzuje się asymetrią względem każdej osi, natomiast zmiany łagodne są zazwyczaj okrągłe lub owalne);

B (*Borders*) – granice (w czerniaku nierówne i postrzępione);

C (*Color*) – kolor (czerniaki przyjmują różnorodny kolor, od jasnobrązowego do czarnego, mogą być również różowe, niebieskie lub stalowe);

D (*Diameter*) – średnica (czerniaki zazwyczaj mają średnicę większą niż 5 mm);

E (*Evolution*) – ewolucja zmian skórnych (o czerniaku świadczy dynamika zmian cech morfologicznych znamienia, a więc jego

średnicy, koloru, uwypuklenia, pojawienie się owrzodzenia).

Podstawowym badaniem we wstępnej diagnostyce jest dermatoskopia lub wideodermatoskopia. Dermatoskopia jest nieinwazyjną metodą umożliwiającą ocenę naskórka i skóry właściwej w powiększeniu (od dziesięciokrotnego w tradycyjnych dermatoskopach do stukrotnego w wideodermatoskopach), co pozwala na dokładniejszą ocenę zmian barwnikowych i poprawę czułości diagnostycznej o ok. 30 proc. Od niedawna ocenę zmian skórnych *in vivo* można prowadzić również metodą laserowej skanującej mikroskopii konfokalnej, która zapewnia mikroskopową rozdzielczość obrazu.

Podstawą rozpoznania czerniaka skóry jest badanie histopatologiczne całej wyciętej chirurgicznie zmiany barwnikowej. Biopsja wycinająca jest nieskomplikowanym zabiegiem chirurgicznym, wykonywanym zazwyczaj w warunkach ambulatoryjnych. Polega na wycięciu w miejscowym znieczuleniu podejrzonej zmiany wraz z marginesem 1-2 mm niezmienionej chorobowo skóry. Uzyskany w wyniku biopsji wycinającej materiał podlega badaniu makroskopowemu oraz mikroskopowemu uwzględniającemu między innymi takie parametry jak: grubość nacieku wg Berslawa, obecność lub brak owrzodzenia, liczba figur podziału na 1 mm³, obecność inwazji naczyń chłonnych i krwionośnych, podtyp czerniaka oraz stopień zajęcia warstw skóry. Utrwalony materiał z biopsji wykorzystywany jest również do badań molekularnych. Obecnie wiadomo, że określone podtypy czerniaków są związane ze swoistymi mutacjami. U chorych z uogólnionym czerniakiem skóry obowiązkowe jest zbadanie obecności mutacji w genie *BRAF* (występują szczególnie często w czerniakach rozwijających się w obrębie skóry nienarażonej na przewlekłe działanie promieni słonecznych), natomiast opcjonalne w genie *KIT* (mutacje obserwowane najczęściej w czerniakach błon śluzowych i czerniakach zlokalizowanych w obrębie odsiebnych odcinków rąk i stóp) oraz genie *NRAS*.

Potwierdzenie rozpoznania czerniaka niesie ze sobą konieczność oceny stopnia zaawansowania choroby oraz określenia czynników rokowniczych. W tym celu stosuje się najczęściej RTG klatki piersiowej, ocenę ultrasonograficzną jamy brzusznej oraz regionalnych węzłów chłonnych, a w uzasadnionych przypadkach również: TK, NMR i PET. W przypadku braku klinicznych cech przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych i narządach odległych standardem postępowania jest biopsja węzła wartowniczego umożliwiająca wykrycie mikroprzerzutów. Stwierdzenie w badaniu histopatologicznym przerzutów czerniaka w węzłach wartowniczych wiąże się z radykalną limfadenektomią splotu chłonnego. W celu określenia stadium zaawansowania czerniaków skóry stosuje się również badanie biochemiczne stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy. Ocena nowotworu zgodnie z obowiązującym obecnie systemem klasyfikacji zaawansowania klinicznego i patologicznego czerniaka skóry wg TNM AJCC/UICC z 2010 umożliwia wdrożenie odpowiedniej terapii.

Leczenie

Pierwszoplanową metodą leczenia czerniaka jest radykalna interwencja chirurgiczna polegająca na doszczętnym wycięciu blizny powstałej po wykonanej biopsji wycinającej zmiany pierwotne. Obecnie ognisko pierwotne czerniaka wycina się z mniejszym niż w przeszłości marginesem zdrowej tkanki wynoszącym w zależności od grubości nowotworu od 5 mm do 2 cm. Pacjenci z potwierdzoną obecnością przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych kwalifikowani są do limfadenektomii. Zabieg poprzedzają badania obrazowe mające na celu wykluczenie ewentualnych przerzutów do odległych narządów. Chirurgia jest również podstawową metodą leczenia wznowy

miejscowej i przerzutów *in transit*. W przypadku, kiedy lokalizacja, wielkość lub wieloogniskowość zmian nowotworowych uniemożliwiają przeprowadzenie radykalnego leczenia chirurgicznego rozważa się między innymi takie metody leczenia jak:

- elektrochemioterapia – zastosowanie pola elektrycznego do destabilizacji błon komórkowych w celu podniesienia efektywnego stężenia leku cytotoksycznego (bleomycyny lub cisplatyny) w komórkach nowotworowych;
- chemioterapia perfuzyjna kończynowa w hipertermii – wprowadzenie leku (najczęściej malfalan) przez dostęp chirurgiczny do wyizolowanych naczyń pachowych, udowych lub biodrowych przy jednocześnie zamkniętym przepływie dogłowym;
- radioterapia;
- terapia systemowa.

Obecnie nie ma wskazań do rutynowego wdrażania systemowego leczenia uzupełniającego u chorych po radykalnym usunięciu zmiany pierwotnej i limfadenektomii «tylko w określonych sytuacjach stosuje się radioterapię lub (IFN) α -2b».

Leczenie pacjentów z czerniakiem rozsianym

Ponad 90 proc. pacjentów, u których czerniaka skóry rozpoznano we wczesnym stadium rozwoju, zostaje wyleczonych. Prawdziwym wyzwaniem są jednak czerniaki w stadium rozsiewu. Wciąż, pomimo ogromnego postępu jaki dokonał się w leczeniu systemowym pacjentów z czerniakiem uogólnionym, wskaźnik 5-letnich przeżyć jest niezadowolający i wynosi jedynie 5-10 proc. O postępowaniu z pacjentem w stopniu uogólnienia decyduje stan jego sprawności, lokalizacja ognisk przerzutowych, w tym obecność przerzutów w OUN i poziom aktywności LDH. W przypadku wtórnych zmian resekcyjnych w skórze, węzłach chłonnych, tkankach miękkich czy narządach mięszowych najlepszą procedurą jest chirurgiczne leczenie. Uważa się obecnie, że stosowanie chemioterapii, ze względu na jej niską skuteczność, powinno zostać ograniczone jedynie do sytuacji niepowodzenia terapii celowanej lub immunoterapii.

Immunoterapia i terapia celowana

Do postępu w terapii nieoperacyjnych czerniaków skóry w stadium III i IV przyczyniło się wprowadzenie do codziennej praktyki klinicznej leczenia ukierunkowanego molekularnie z udziałem inhibitorów kinazy BRAF i MEK oraz nieswoistej immunoterapii przeciwciałami monoklonalnymi anty CTLA4 lub anty PD-1 indukującymi immunologiczną odpowiedź przeciwnowotworową organizmu.

Spośród wszystkich szlaków sygnalizacyjnych konstytutywnie aktywowanych w czerniaku największą uwagę skupiono na szlaku kinazy MAP. Kaskada sygnalizacyjna białek RAS/RAF/MEK/ERK, która jest ważnym regulatorem wzrostu, przetrwania i ruchliwości komórek, ulega hiperaktywacji w 75 proc. przypadków ludzkich czerniaków skóry. Głównym mechanizmem odpowiedzialnym za nad aktywację tego szlaku w czerniakach skóry są wzajemnie wykluczające się mutacje w genie *BRAF* (60-80 proc. przypadków) i genie *NRAS* (15-30 proc. przypadków). Najczęstszymi mutacjami w genie *BRAF* są mutacje prowadzące do substytucji waliny kwasem glutaminowym (ok. 80-90 proc. wszystkich mutacji), lizyną lub kwasem asparaginowym w pozycji 600 (*BRAF* V600E, V600K, V600D).

Lekami ukierunkowanymi molekularnie, dopuszczonymi do leczenia zaawansowanego czerniaka u pacjentów z wyżej wymienionymi mutacjami *BRAF*, są Wemurafenib i Dabrafenib. W terapii celowanej inwazyjnego czerniaka stosuje się również inhibitory kinazy MAP – Kobimetynib oraz Trametynib. Badania kliniczne III fazy prowadzone u chorych z obecną mutacją *BRAF* V600, z nieoperacyjnymi czerniakami skóry w III i IV stadium,

wykazały znaczną korzyść pacjentów zarówno z leczenia Wemurafenibem jak i Dabrafenibem (Wemurafenib vs Dakarbazyna – ORR: 48 vs 5 proc., PFS: 5,3 vs 1,6 m-cy, OS 13,2 vs 9,6 m-cy). Z racji tego że wymienione leki są w stanie pokonać barierę krew-mózg mogą być stosowane również u pacjentów z przerzutami do OUN. Według najnowszych badań leczenie skojarzone inhibitorami BRAF i MEK u chorych z uogólnionym czerniakiem skóry z mutacją *BRAF* V600 jest efektywniejsze w porównaniu do monoterapii, i nie zwiększa dodatkowo toksyczności (Wemurafenib vs Wemurafenib + Kobimetynib – ORR: 69,6 vs 50,0 proc., PFS: 12,3 vs 7,2 m-cy, OS 22,3 vs 17,4 m-cy).

Do leczenia chorych na uogólnione czerniaki skóry zostały również zarejestrowane leki hamujące ogólnoustrojowe mechanizmy immunosupresji – Ipilimumab, Niwolumab oraz Pembrolizumab. Ipilimumab to ludzkie monoklonalne przeciwciała anty CTLA-4, które wiążąc antygen CTLA-4 na powierzchni cytotoksycznych limfocytów T zwiększają ich proliferację oraz aktywność, i tym samym zdolność do atakowania komórek nowotworowych. Ipilimumab charakteryzuje się odmienną kinetyką i czasem trwania odpowiedzi na terapię, co wiąże się z tym, że korzyści z leczenia chorzy odnoszą dopiero po 3-4 miesiącach od rozpoczęcia terapii. Stosowanie tego leku jest więc ograniczone do sprawnych pacjentów z zaawansowanym czerniakiem o powolnym przebiegu. Niwolumab i Pembrolizumab to przeciwciała skierowane przeciwko receptorom PD-1 na powierzchni limfocytów. Połączenie leków z receptorami PD-1 blokuje możliwość interakcji receptorów z ligandami PDL-1 oraz PDL-2 i prowadzi do aktywacji limfocytów T. Badania kliniczne wykazały większą skuteczność zastosowania Niwolumabu w monoterapii porównaniu z Ipilimumabem, jednak najskuteczniejsza, choć wykazująca zwiększoną toksyczność, okazała się kombinacja obu leków.

W lipcu 2016 roku, w ramach programu lekowego, Ministerstwo Zdrowia objęło refundacją Niwolumab i Pembrolizumab w leczeniu 1. i 2. linii zaawansowanego czerniaka, a w marcu bieżącego roku Kobimetynib (do stosowania w terapii skojarzonej z Dabrafenibem) i Trametynib (do stosowania w terapii skojarzonej z Wemurafenibem) w leczeniu 1. linii zaawansowanego czerniaka – otwierając tym samym polskim pacjentom drogę do nowoczesnych terapii. Należy przypuszczać, że w Polsce w najbliższych latach korzystnie zmieni się sytuacja pacjentów z nieoperacyjnymi czerniakami skóry, ponieważ terapie te nie tylko wydłużają czas przeżycia chorych (średnio o 25 m-cy) ale również znacznie poprawiają jakość ich życia.

Profilaktyka

Ochrona skóry przed nadmiernym promieniowaniem UV jest najlepszą metodą profilaktyki czerniaków skóry. W słoneczne dni zaleca się wielokrotną aplikację dobrej jakości kremów z wysokim faktorem UVA i UVB oraz noszenie okularów przeciwsłonecznych, nakrycie głowy i przewiewnych ubrań zakrywających większą część ciała. Jeśli to możliwe, należy unikać długiego przebywania na słońcu w godzinach między 11.00 a 16.00. Zaleca się również całkowitą rezygnację z solariumów. Poparzenia słoneczne, zwłaszcza te z wczesnego dzieciństwa, sprzyjają powstaniu zmian nowotworowych, dlatego szczególne znaczenie ma ochrona przeciwsłoneczna niemowląt i małych dzieci, których skóra jest niezwykle wrażliwa i podatna na oparzenia. W profilaktyce czerniaka ważna jest czujność. Regularne badanie skóry, jak również okolic intymnych i odbytu, oraz wizyty u dermatologa lub chirurga onkologa pozwalają na szybką identyfikację podejrzanych zmian skórnych. Należy pamiętać, że profilaktyka, pomimo znacznego postępu w leczeniu czerniaków skóry, jest najlepszą metodą do walki z tymi nowotworami.



Fot. z archiwum „Medium”



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

11 maja 2017 r. weszła w życie Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2017 r., poz. 836.

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy, mają prawo do uzyskania od **osoby wykonującej zawód medyczny** przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

Więcej na stronie:
www.dilnet.wroc.pl/
zakładka PRAWO

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/leaves-374246/ceskyfreund36 – obraz modyfikowany

Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innym osobom. Pacjent ma prawo żądać, aby **osoba wykonująca zawód medyczny** nie udzielała mu powyższych informacji. Po uzyskaniu informacji, pacjent ma prawo przedstawić **osobie wykonującej zawód medyczny** swoje zdanie w tym zakresie.

Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania **od osoby wykonującej zawód medyczny** wymienionej informacji, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa wyżej. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. **Zgoda oraz sprzeciw mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.**

Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. **Pacjent ma prawo do leczenia bólu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.** Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji tego prawa, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w przepisach niniejszej ustawy oraz w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:

1. osoby wykonujące zawód medyczny,
2. **inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.**

Osoby, o których mowa w pkt. 2, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

W dokumentacji medycznej zamieszcza się informację o wydaniu opinii albo orzeczenia lekarskiego. **Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci**

pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

- podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- organom władzy publicznej, w tym **Rzecznikowi Praw Pacjenta**, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
- **upoważnionym przez podmiot tworzący, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;**
- ministrowi zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- komisjom lekarskim podległym ministrowi spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym szefom właściwych agencji;
- **osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;**
- wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
- spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- **członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych**, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, utworzonych przez uczelnie medyczne, instytutów badawczych i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych. Wymienione osoby są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1. do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
2. przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
3. przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów



władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

4. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
5. na informatycznym nośniku danych.

Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Dokumentacja medyczna, prowadzona w postaci papierowej, może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w pkt. 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej: imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna; sposób udostępnienia dokumentacji medycznej; zakres udostępnionej dokumentacji medycznej; imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach określonych w ustawie, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu; imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną; datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w pkt. 2 i 5 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadkach, o których mowa wyżej, ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Maksymalna wysokość opłaty za:

- jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002;
- jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007;
- udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez prezesa GUS.

Wysokość opłaty uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
- skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres: **5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza; 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;**

– dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie wymienionych okresów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. **Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.**

W przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje dokumentację medyczną uprawnionym podmiotom, w sposób zapewniający zabezpieczenie przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych. **Dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania. W przypadku braku takiego podmiotu za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada:**

- 1. podmiot tworzący albo sprawujący nadzór – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo instytutu badawczego;**
- 2. podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej – w przypadku podmiotu leczniczego innego niż określony w pkt. 1 oraz praktyki zawodowej wykonywanej przez lekarza albo pielęgniarkę lub położną;**
- 3. właściwa okręgowa izba lekarska albo okręgowa izba pielęgniarek i położnych – w przypadku śmierci odpowiednio lekarza albo pielęgniarki lub położnej, wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej.**

W przypadkach określonych w ustawie o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą wzywa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podlegający wykreśleniu do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej. W razie bezskutecznego upływu tego terminu, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną, na koszt podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych podlegającego wykreśleniu. W przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda. Powyższych przepisów nie stosuje się do dokumentacji medycznej prowadzonej w wersji elektronicznej.

Elektroniczna dokumentacja medyczna, po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w Systemie Informacji Medycznej. Podmioty odpowiedzialne za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa na wstępie, mogą zawrzeć umowę o przetwarzaniu danych osobowych, pod warunkiem zapewnienia ich ochrony oraz prawa do kontroli zgodności przetwarzania danych osobowych przez podmiot przyjmujący te dane.

Osoby, które w związku z realizacją zawartej umowy uzyskały dostęp do informacji związanych z pacjentem, są obowiązane do zachowania ich w tajemnicy, także po śmierci pacjenta.

W przypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności w związku z jego likwidacją, jest on obowiązany do przekazania danych oso-

bowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, który powierzył przetwarzanie tych danych. W przypadku niedopełnienia obowiązków dotyczących postępowania z dokumentacją medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą nakłada, w drodze decyzji administracyjnej, na ostatniego kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, likwidatora albo syndyka karę pieniężną w wysokości do trzykrotności przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. W przypadku praktyk zawodowych lekarzy uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada lekarska.

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia wydanego przez lekarza i lekarza dentyście, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. W skład Komisji Lekarskiej wchodzi trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika Praw Pacjenta, w tym dwóch tej samej specjalności, co lekarz, który wydał opinię albo orzeczenie.

Konsultanci krajowi, w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi, opracowują raz w roku w terminie do 30 marca, listę lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej. **Lista zawiera imiona i nazwiska lekarzy, ich numery telefonów i adresy korespondencyjne oraz adresy poczty elektronicznej, jeżeli je posiadają. Wpisanie lekarza na listę wymaga uzyskania jego uprzedniej pisemnej zgody. Lekarz może odmówić udziału w Komisji Lekarskiej z ważnych powodów. Uporczywe uchylanie się**

od udziału w Komisji Lekarskiej albo od wydania opinii dla wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, powoduje skreślenie z listy.

Z tytułu uczestnictwa w Komisji Lekarskiej lekarzowi przysługuje wynagrodzenie, które ustala Rzecznik Praw Pacjenta. Członkom Komisji Lekarskiej przysługuje zwolnienie od pracy w dniu jej posiedzenia, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

Zakres działania Rzecznika Praw Pacjenta został rozszerzony o współpracę w zakresie przestrzegania praw pacjenta z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli poweźmie wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta. Może wówczas żądać złożenia wyjaśnień oraz zapewnienia dostępu do dokumentów przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.

W ustawie o izbach lekarskich poszerzony został zakres wykonywanych zadań o przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej w przypadku, o którym mowa w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Izby lekarskie otrzymują z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister zdrowia, środki finansowe, na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych między innymi z realizacją powyższych zadań oraz czynności, których wykonywanie na podstawie odrębnych przepisów zostało przekazane izbom lekarskim.

Podmioty, które przed dniem wejścia w życie ustawy przechowywały dokumentację medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, przechowują ją na dotychczasowych zasadach.

mec. Beata Kozyra-Łukasiak



VII MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA

OKULISTYKA KONTROWERSJE



WROCŁAW
19-21 X 2017

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU wyłącznie w systemie on-line za pośrednictwem strony internetowej
www.ok2017.icongress.pl

ORGANIZATOR
Katedra i Klinika Okulistyki
Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
50-556 Wrocław, ul. Borowska 213
tel.: +48 71 736 43 00
fax: +48 71 736 43 09
klo@usk.wroc.pl
www.okulist.umed.wroc.pl

WSPÓŁORGANIZATOR
Fundacja Na Rzecz Rozwoju
Nauki i Medycyny
50-315 Wrocław, ul. Nowowiejska 38
tel.: +48 71 780 90 52
fax: +48 71 780 90 54
fundacja@fundacjanauki.pl
www.fundacjanauki.pl

Inspire  Congress
BIURO ORGANIZATORA
InspireCongress Sp. z o.o.
50-315 Wrocław, ul. Nowowiejska 38
tel.: +48 71 780 90 52
fax: +48 71 780 90 54
biuro@inspirecongress.pl
www.inspirecongress.pl



Co z tą apteką?

Prezydent Andrzej Duda podpisał nowelizację prawa farmaceutycznego, zwaną „apteką dla aptekarza”, która przewiduje m.in., że prawo otwierania nowych aptek będą mieć tylko farmaceuci. Wprowadza też ograniczenia demograficzne i geograficzne dla nowo tworzonych aptek. Jak powyższe zmiany wpłyną na pacjentów i czy odczują oni jakąkolwiek różnicę? Zanim jednak ustalimy, czy cokolwiek z wprowadzanych zmian będzie odczuwalne przez pacjenta, najpierw należy jasno określić, czego one dotyczą.

Resort zdrowia ocenia, że zmiany w zakresie prowadzenia aptek są konieczne m.in. dlatego, że apteki sieciowe przejmują coraz większą część rynku. Według MZ połowa z ok. 15 tys. aptek jest skupiona w sieciach aptecznych. Zdaniem resortu na nowych przepisach skorzystają

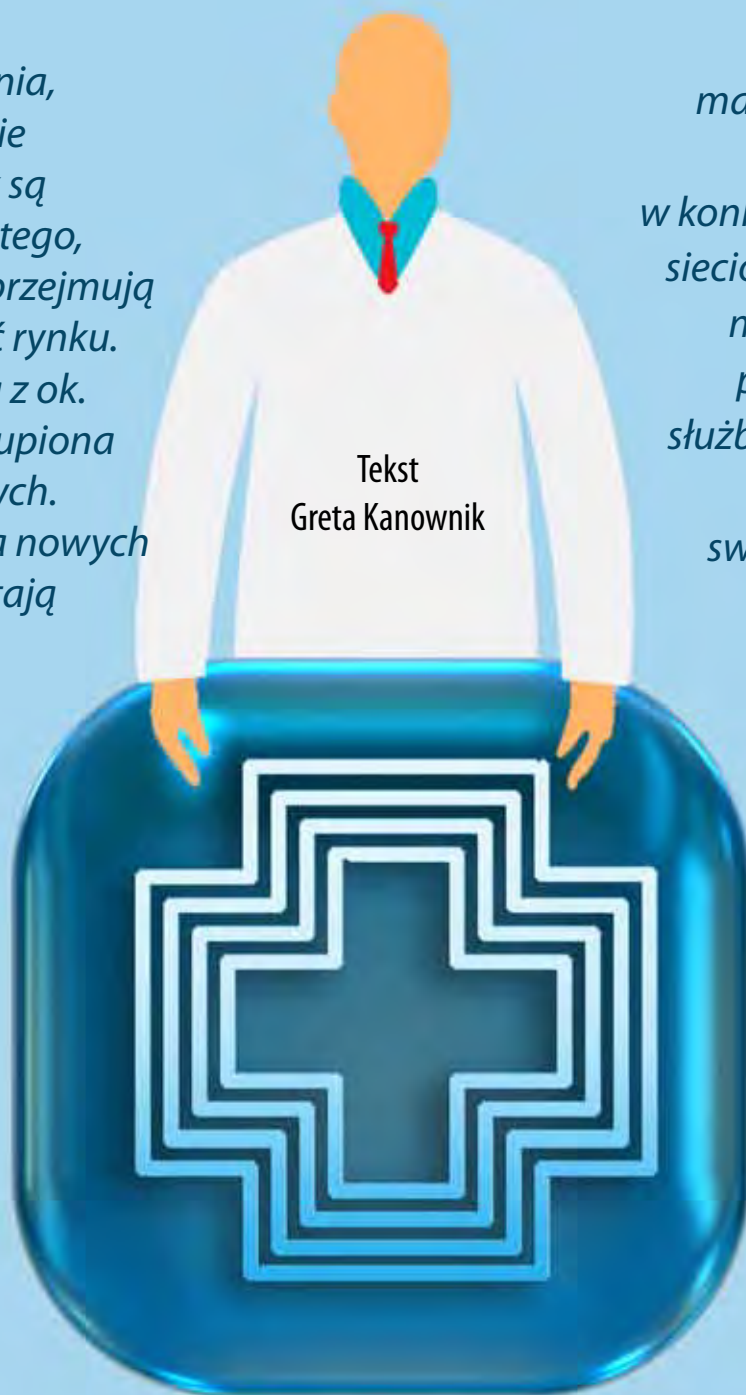
małe, rodzinne apteki, które przegrywają w konkurencji z aptekami sieciowymi. Jak twierdzi minister zdrowia nie powinno być tak, że służba zdrowia podlega zwykłym zasadom swobody działalności gospodarczej

Tekst
Greta Kanownik



Fot. z archiwum autorki

**DR N. EKON.
GRETA KANOWNIK**
Ekspert ochrony zdrowia



Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/dentist-2340301/Westfrisco,
www.pixabay.com/photos/ticons-842845/geralt
- obraz modyfikowany

Wprowadzone zmiany dotyczą przede wszystkim trzech zasadniczych kwestii:

1. ograniczenia podmiotów mogących uzyskać zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej

Obecnie obowiązujące przepisy przewidują, że prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki posiada osoba fizyczna, osoba prawna oraz niemająca osobowości prawnej spółka prawa handlowego. Jednocześnie podmiot prowadzący aptekę jest obowiązany zatrudnić osobę odpowiedzialną za prowadzenie apteki (kierownika apteki), będącego farmaceutą, dającego rękojmię należytego prowadzenia apteki. W świetle nowo uchwalonych zmian, zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej będą mogli uzyskać farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu, prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą, oraz spółki jawne lub partnerskie, których przedmiotem działalności jest wyłącznie prowadzenie aptek, i w których wspólnikami (partnerami) są wyłącznie farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu – stąd trafna skądinąd nazwa „apteka dla aptekarza”.

2. dalszego ograniczenia koncentracji na rynku aptek ogólnodostępnych

Aktualnie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej nie wydaje się m.in. wtedy, gdy podmiot ubiegający się o zezwolenie albo podmioty przez niego kontrolowane prowadzą na terenie województwa więcej niż 1 proc. aptek ogólnodostępnych. Obowiązujące regulacje nie przewidują natomiast ograniczeń co do liczby aptek prowadzonych przez dany podmiot.

Ustawa wprowadza zakaz wydania zezwolenia również wówczas, gdy wnioskodawca, wspólnik bądź partner spółki będącej wnioskodawcą prowadzi sam lub przez swoich wspólników/partnerów co najmniej 4 apteki ogólnodostępne lub jest związany korporacyjnie bądź kapitałowo z innymi podmiotami prowadzącymi co najmniej 4 apteki ogólnodostępne. Powyższe dotyczy, jak czytamy w ustawie, sytuacji gdy wnioskodawca, wspólnik bądź partner spółki będącej wnioskodawcą:

- a. jest wspólnikiem, w tym partnerem, w spółce lub spółkach prowadzących łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub
- b. prowadzi co najmniej 4 apteki ogólnodostępne albo podmiot lub podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni prowadzą co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub
- c. jest członkiem grupy kapitałowej, której członkowie prowadzą łącznie co najmniej 4 apteki ogólnodostępne, lub
- d. wchodzi w skład organów spółki posiadającej zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej bądź zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi.

3. zmniejszenia stopnia nasycenia aptek ogólnodostępnych w poszczególnych gminach

Obecnie obowiązujące regulacje prawne nie przewidują, przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, żadnych ograniczeń demograficznych (liczba mieszkańców danej gminy przypadających na jedną aptekę) ani geograficznych (odległość pomiędzy poszczególnymi aptekami). Nowa ustawa wprowadza takie kryteria, stanowiąc, iż zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej będzie wydawane »

” —
Nowelizacja wyklucza sukcesję generalną zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych przy podziale, łączeniu się lub przekształcaniu spółek posiadających takie zezwolenie; zmienia treść wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej; wprowadza możliwość przeniesienia zezwolenia na podmiot, który nabył całą aptekę ogólnodostępną, oraz możliwość wyrażenia przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, w decyzji stwierdzającej wygaśnięcie zezwolenia, zgody na zbycie do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych znajdujących się w aptece w dniu wygaśnięcia zezwolenia.

Zasada „apteka dla aptekarza”, która przewiduje możliwość prowadzenia aptek wyłącznie przez farmaceutów lub wybrane spółki osobowe farmaceutów, ograniczy wolność gospodarczą, pogłębi dysproporcje w rozmieszczeniu aptek, utrudni dostęp do usług farmaceutycznych i zahamuje rozwój polskich firm – ocenia z kolei Konfederacja Lewiatan.

“



w przypadku, gdy na dzień złożenia wniosku liczba mieszkańców danej gminy, w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępną, wynosi co najmniej 3000 osób, a odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej wynosi w linii prostej co najmniej 500 metrów. Jednocześnie ustawodawca przewidział wyjątki od ww. zasad. Ponadto nowelizacja wyklucza sukcesję generalną zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych przy podziale, łączeniu się lub przekształcaniu spółek posiadających takie zezwolenie; zmienia treść wniosku o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej; wprowadza możliwość przeniesienia zezwolenia na podmiot, który nabył całą aptekę ogólnodostępną, oraz możliwość wyrażenia przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, w decyzji stwierdzającej wygaśnięcie zezwolenia, zgody na zbycie do hurtowni farmaceutycznej, apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych znajdujących się w aptece w dniu wygaśnięcia zezwolenia, jak również inne zmiany stanowiące konsekwencje przyjętej przez ustawodawcę koncepcji funkcjonowania rynku aptecznego, podano także.

W uzasadnieniu do projektu ustawy można przeczytać, że wytyczne służyć mają ustanowieniu zasad równomiernego rozmieszczenia aptek ogólnodostępnych i zagwarantowaniu pacjentom, w ten sposób, równego dostępu do usług farmaceutycznych. Jednocześnie mają one wyeliminować występujące obecnie problemy związane ze sprawowaniem prawidłowego nadzoru nad działalnością aptek prowadzonych przez spółki kapitałowe. Zgodnie z przepisami przejściowymi, do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, dotyczących wniosków o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki, stosuje się przepisy dotychczasowe. Z kolei zezwolenia na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, wydane przed dniem wejścia ustawy w życie, zachowują ważność. Oznacza to, że zawarte w ustawie zmiany dotyczyć będą wyłącznie nowych zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, tj. zezwoleń wydawanych po dniu wejścia w życie ustawy z dnia 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne. Nie będą się one natomiast odnosić do zezwoleń wydanych przed dniem wejścia tej ustawy w życie. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

Należy podkreślić, że tzw. „apteka dla aptekarza” budziła skrajne opinie; dzieliła zarówno samych farmaceutów, przedsiębiorców, jak i polityków.

Resort zdrowia ocenia, że zmiany w zakresie prowadzenia aptek są konieczne m.in. dlatego, że apteki sieciowe przejmują coraz większą część rynku. Według MZ połowa z ok. 15 tys. aptek jest skupiona w sieciach aptecznych. Zdaniem resortu na nowych przepisach skorzystają małe, rodzinne apteki, które przegrywają w konkurencji z aptekami sieciowymi. Jak twierdzi minister zdrowia, nie powinno być tak, że służba zdrowia podlega zwykłym zasadom swobody działalności gospodarczej i nigdzie na świecie tak nie jest.

Krytycznie o rozwiązaniu „apteka dla aptekarza” wypowiedział się m.in. wicepremier, minister finansów i rozwoju Mateusz Morawiecki. Także wicepremier Jarosław Gowin ocenił, że nowela w sposób bezzasadny uprzywilejowuje jedną grupę – farmaceutów, i jest sprzeczna z zasadą wolności prowadzenia działalności gospodarczej.

Zasada „apteka dla aptekarza”, która przewiduje możliwość prowadzenia aptek wyłącznie przez farmaceutów lub wybrane spółki osobowe farmaceutów, ograniczy wolność gospodarczą, pogłębi dysproporcje w rozmieszczeniu aptek, utrudni

dostęp do usług farmaceutycznych i zahamuje rozwój polskich firm – ocenia z kolei Konfederacja Lewiatan.

Konfederacja podkreśla także, że wprowadzane rozwiązania naruszają ochronę praw własności i prawa dziedziczenia, gdyż aptekę będzie można zbyć wyłącznie farmaceucie. W przypadku śmierci właściciela, apteka również będzie mogła być przekazana wyłącznie farmaceucie. Jeżeli w gronie spadkobierców nie znajdzie się żadna osoba posiadająca takie kwalifikacje zawodowe, będą oni mieli 12 miesięcy na dokonanie zbycia apteki na rzecz osoby mającej takie kwalifikacje. Po tym czasie zezwolenie wygaśnie z mocy prawa. Zdaniem ekspertów Konfederacji Lewiatan wynikiem wprowadzenia w życie tzw. „apteki dla aptekarza” będzie pogłębienie dysproporcji w rozmieszczeniu aptek wskutek zmniejszenia liczby aptek ogólnodostępnych (ogólna liczba aptek spadnie z powodu ograniczeń w otwieraniu nowych, wygaszania dotychczasowych aptek prowadzonych przez spółki kapitałowe przy jednoczesnym braku zachęt do otwierania nowych aptek przez indywidualnych farmaceutów tam, gdzie aptek obecnie brakuje. Możliwość otwierania aptek w tych lokalizacjach istnieje już teraz i mimo braku jakiegokolwiek konkurencji na tych obszarach, farmaceuci nie otwierają tam aptek, co prowadzi do wniosku, że konieczne są dodatkowe zachęty ze strony ustawodawcy do otwierania placówek w tych lokalizacjach, których projekt nie przewiduje). Kolejny ujemny skutek to ograniczenie dostępu do usług farmaceutycznych dla pacjentów wskutek wzrostu cen leków i preparatów dostępnych w aptekach (wzrost cen nastąpi w wyniku rozdrobnienia aptek działających na rynku, tj. ograniczenia do maksymalnie 4 aptek w rękach jednego właściciela, co spowoduje znaczne osłabienie pozycji negocjacyjnej aptek względem hurtowni farmaceutycznych i producentów, a w konsekwencji wzrost cen oraz wzmocnienie ogólnej pozycji rynkowej. Dodać też trzeba, że przeciwko idei apteki wyłącznie dla aptekarzy opowiedział się także UOKiK.

Jak to zatem będzie z pacjentami?

Zdaniem Związku Przedsiębiorców i Pracodawców każde ograniczenie w dostępie do rynku będzie szkodliwe dla pacjentów, ponieważ ograniczy konkurencję, w tym cenową, a w praktyce doprowadzi do znikania aptek z mało atrakcyjnych lokalizacji. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia wprowadzone zmiany będą korzystne dla pacjentów – a dlaczego?

Nowelizacja ma wesprzeć niezależne (często rodzinne), małe apteki, które przegrywają w konkurencji z aptekami sieciowymi. Obecnie sieci aptek sztucznie obniżają ceny leków nierefundowanych (w tym leków bez recepty) i sprzedają je po cenach dumpingowych. Takie działanie jest tylko pozornie korzystne dla pacjentów. Przez jakiś czas mogą kupić leki taniej, jednak w dłuższej perspektywie doprowadzi to do upadku aptek indywidualnych na danym terenie. Wówczas apteki sieciowe, które uzyskały dominującą pozycję, mogą podnieść ceny leków nierefundowanych (również tych bez recepty) znacznie powyżej poprzednich cen i cen w aptekach indywidualnych. Zdaniem ministra zdrowia nowe przepisy mają ochronić pacjentów przed niekontrolowanym wzrostem cen leków w przyszłości.

Konkludując, można powiedzieć, że apteki powinny być przede wszystkim dla pacjentów, tak jak sklepy czy instytucje dla ogółu obywateli, a nie wybranych grup zawodowych. Ograniczenie konkurencji na rynku powoduje oczywiste reakcje cenowe. Poczekajmy zatem na reakcję pacjentów na wprowadzone zmiany, gdyż to właśnie oni ostatecznie ocenią pomyślność lub nie projektu „apteka dla aptekarza”.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 8 czerwca 2017 roku

NR 56/2017

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział prof. dr. n. med. Oliviera Kaschke, ordynatora Klinicznego Oddziału Otolaryngologii Szpitala św. Gertrudy w Berlinie, w dniach 30 czerwca-1 lipca 2017 r. w konsylium lekarskim na temat operacyjnego leczenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych i wykonywanie zabiegów operacyjnych, których potrzeba wynika z tego konsylium w Dolnośląskim Centrum Laryngologii Sp. z o. o. we Wrocławiu, na zaproszenie prezesa zarządu dr. n. med. Macieja Mazura.

NR 57/2017

w sprawie oceny zdolności
do wykonywania zawodu lekarza
§ 1

W związku z uchwałą nr 14/17/VII pouf. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 maja 2017 r. w sprawie uchylecia uchwały nr 27/2017 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie oceny zdolności lek. (...) do wykonywania zawodu i przekazania sprawy do ponownego rozpatrzenia organowi I instancji Dolnośląska Rada Lekarska odmawia uchylecia uchwały nr 404/2010 z dnia 21 grudnia 2010 r. w przedmiocie ograniczenia wykonywania zawodu ww. lekarza na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu lekarza do wystawiania recept imiennych dla siebie i na własny użytek, pod warunkiem kontynuowania leczenia farmakologicznego i kontroli stanu zdrowia przez lekarza psychiatrę, o które wniosko- wał lek. (...) w piśmie z dnia 6 lipca 2016 r.

§ 2

Uchwale nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

§ 3

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przekazuje niniejszą uchwałę Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we Wrocławiu, Dolnośląskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Radzie Lekarskiej oraz pracodawcy.

§ 4

Od uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu lekarzowi przysługuje odwołanie do Naczelnej Rady Lekarskiej. Odwołanie wnosi się

za pośrednictwem Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu w ciągu 14 dni od jej doręczenia.

NR 59/2017

w sprawie dofinansowania zjazdu absolwentów
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na dofinansowanie kwotą w wysokości 5000 zł Jubileuszowego Zjazdu Absolwentów Akademii Medycznej we Wrocławiu – rocznik 1968, który odbędzie się w 50. rocznicę ukończenia studiów.

NR 60/2017

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania
miesięcznej składki członkowskiej

NR 61/2017

w sprawie składu Komisji Bioetycznej
przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej
kadencji 2017-2020
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska ustala 15-osobowy skład Komisji Bioetycznej na okres kadencji 2017-2020.

§ 2

Wybór członków Komisji Bioetycznej odbywa się zwykłą większością głosów.

NR 62/2017

w sprawie wyznaczenia przedstawicieli
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej do Wojewódzkiej
Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyznacza przedstawicieli Dolnośląskiej Izby Lekarskiej do wojewódzkiej Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w osobach:

1. lek. dent. Małgorzata Nakraszewicz,
2. dr n.med. Leszek Bystryk.

NR 63/2017

w sprawie wydania opinii dot. kandydata
na konsultanta wojewódzkiego
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr. n. med. Ireneusza Łątkowskiego na konsultanta wojewódzkiego dla województwa dolnośląskiego w dziedzinie chirurgii plastycznej.

NR 64/2017

w sprawie wydania opinii dot. kandydata
na konsultanta wojewódzkiego
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę prof. dr. hab. n. med. Grzegorza Mazura na konsultanta wojewódzkiego dla województwa dolnośląskiego w dziedzinie chorób wewnętrznych.

NR 65/2017

w sprawie zmiany uchwały dot. wyboru
członków Rady Klubu Lekarza
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 81/2015 DRL z dnia 14 maja 2015 r. zmienioną uchwałą nr 160/2015 DRL z dnia 22 października 2015 r. w sprawie przedstawicieli DIL w Radzie Klubu Lekarza w następujący sposób: § 1 uchwały otrzymuje brzmienie: w skład Rady Klubu Lekarza ze strony DIL wchodzi: Bożena Kaniak, Małgorzata Niemiec, Maria Jarosz, Alicja Marczyk-Felba, Piotr Knast, Iwona Świętowska.

NR 66/2017

w sprawie wyboru członków Komisji Bioetycznej
przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej
kadencji 2017-2020
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska powołuje w skład Komisji Bioetycznej następujące osoby:

1. dr n. med. Włodzimierz Bednorz,
2. dr hab. n. med. Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska,
3. dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska,
4. mgr farm. Irena Knabel-Krzyszowska,
5. lek. dent. Alicja Marczyk-Felba,
6. prof. dr hab. n. med. Maryla Krasnowska,
7. adw. Sławomir Krześ,
8. lek. Małgorzata Niemiec,
9. dr n. med. Anna Orońska,
10. mgr piel. Anna Szafran,
11. ks. dr hab. Andrzej Szafulski,
12. dr n. med. Jakub Trnka,
13. dr hab. n. med. Andrzej Wojnar,
14. prof. dr hab. Krzysztof Wronecki,
15. dr n. med. Paweł Wróblewski.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 25 maja 2017 roku

NR 51/2017

w sprawie zwrotu kosztu refundacji recept
w związku z „protestem pieczętkowym”
§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na zwrot kosztu refundacji recept w związku z „protestem pieczętkowym”, w wysokości 3581 zł 98 gr dla lek. (...).

NR 52/2017

w sprawie udzielenia
zapomogi pieniężnej
§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na przyznanie lek. (...) zapomogi pieniężnej w kwocie 5000 zł, ze środków Komisji Socjalnej.

NR 53/2017

w sprawie przyznania dofinansowania
z funduszu Rzecznika Praw Lekarza
§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na przyznanie lek. (...) kwoty do 3000 zł z funduszu Rzecznika Praw Lekarza na wniosek przewodniczącego Zespołu Rzeczników Praw Lekarza na pokrycie kosztów honorarium adwokackiego.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 11 maja 2017 roku

NR 45-46/2017

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania
miesięcznej składki członkowskiej

NR 48/2017

w sprawie wydania opinii dot. kandydata na konsultanta wojewódzkiego
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę prof. dr hab. n. med. Bernardy Kazanowskiej na konsultanta wojewódzkiego dla województwa dolnośląskiego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.

NR 49/2017

w sprawie wydania opinii dot.
kandydata na konsultanta
wojewódzkiego
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę prof. dr. hab. n. med. Macieja Bağlaja na konsultanta wojewódzkiego dla województwa dolnośląskiego w dziedzinie chirurgii dziecięcej.

NR 50/2017

w sprawie zorganizowania przez
Dolnośląską Izbę Lekarską w 2018 r.
konferencji Młodych Lekarzy
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wstępnie akceptuje propozycję Koła Młodych Lekarzy dotyczącą zorganizowania przez Dolnośląską Izbę Lekarską we Wrocławiu w roku 2018 r. Konferencji Młodych Lekarzy.

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



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1972

Droga Koleżanko, drogi Kolego!

Organizujemy nasze kolejne spotkanie – 45 lat po zakończeniu studiów. Tym razem spotkamy się w hotelu „Caspar” w Cieplicach-Zdroju (adres: plac Piastowski 28, 58-560 Jelenia Góra, tel. 75 645 50 01, www.caspar.pl), tradycyjnie w pierwszy weekend października (6-8 października 2017 r.) bez osób towarzyszących.

Program zjazdu

6 października 2017 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 19.00 Wieczór biesiadny

7 października 2017 r. (sobota)

Śniadanie, czas wolny, spacer po Cieplicach-Zdroju
godz. 18.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed hotelem
godz. 19.00 Bankiet

8 października 2017 r. (niedziela)

Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi 450 zł (w tym zakwaterowanie, wyżywienie, zabawy). Na potrzeby zjazdu utworzyliśmy konto: 79 1020 5226 0000 6702 0564 8466, Andrzej Tadeusz Dorobisz, wpłata do 31.07.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1972”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Organizacja zjazdu: Patrycja Malec,
kom. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl

Komitet Organizacyjny:

Andrzej Dorobisz, kom. 601 940 892,
Alicja Grodzińska, kom. 607 329 801,
Anna Metzger-Mazurkiewicz, kom. 601 084 456,
Grażyna Ossowska (Kłabińska), kom. 607 814 715,
Jerzy Sokołowski, kom. 604 446 561

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1972

Droga Koleżanko, drogi Kolego!

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 8-10 września 2017 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy-Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

8 września 2017 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w pensjonacie „Beata”
godz. 18.00 Grill przy biesiadnej muzyce

9 września 2017 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed pensjonatem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny, zwiedzanie Polanicy-Zdrój i okolic

godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

10 września 2017 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 450 zł. Wpłat prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.07.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1972S”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Bliższych informacji udzielają:
Elżbieta Wronecka, kom. 509 960 029,
e-mail: ela.wronecka@wp.pl,
Bożenna Lipska-Kochan, kom. 601 332 152,
Patrycja Malec, kom. 501 217 204,
e-mail: patka.malec@wp.pl

Za Komitet Organizacyjny
Bożenna Lipska-Kochan, Elżbieta Wronecka

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1974

Droga Koleżanko, drogi Kolego!

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w dniach 6-8 października 2017 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

6 października 2017 r. (piątek)

godz. 16.15-18.45 Rejs statkiem „Driada” po Odrze (biesiada grillowa)
Rozpoczęcie i zakończenie rejsu – przystań Kardynalska, Wyspa Piasek na Ostrowie Tumskim

7 października 2017 r. (sobota)

godz. 9.00 Msza święta – Archikatedra pw. św. Jana Chrzyciela (Kaplica Bożego Ciała, pl. Katedralny 18, 50-329 Wrocław)
Collegium Anatomicum, Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej UM we Wrocławiu, ul. Chałubińskiego 6A, 50-368 Wrocław
godz. 11.00 Śniadanie studenckie
godz. 12.00 Wykłady okolicznościowe
godz. 13.00 Wspólne zdjęcia pamiątkowe, czas wolny, zwiedzanie Wrocławia
godz. 20.00 Bankiet – hotel „Scandic” Wrocław, ul. Piłsudskiego 49-57, 50-032 Wrocław

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:

absolwent – 380 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 200 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto:

74 1020 5242 0000 2902 0389 4599 do 31.07.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1974”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w hotelu „Scandic” Wrocław po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71 787 01 33 lub drogą elektroniczną: wroclaw@scandichotels.com (prosimy o podanie hasła „rocznik 1974”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Bliższych informacji udzielają:

Ryszard Fedyk, kom. 502 392 138,
Danuta Lewiecka (Bober), kom. 505 067 513,
Patrycja Malec, kom. 501 217 204,
e-mail: patka.malec@wp.pl

Komitet Organizacyjny
Ryszard Fedyk, Danuta Lewiecka (Bober)

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1977

Droga Koleżanko, drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie naszego rocznika (1977-2017) z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się 23 września 2017 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

Sala Wykładowa Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich (ul. Krakowska 26, 50-425 Wrocław)
godz. 10.30 Wykład okolicznościowy
godz. 11.00 Śniadanie studenckie
godz. 12.00 Wspólne zdjęcia pamiątkowe

godz. 12.00 Czas wolny, zwiedzanie Wrocławia
godz. 19.00 Uroczysta kolacja – hotel Tumski & Barka Tumska, Wyspa Słodowa 10, 50-266 Wrocław

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:

koszt całkowity – 250 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 150 zł,
tylko część oficjalna – 100 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto:

55 1020 5226 0000 6802 0422 4598 do 31.07.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 40-lecia”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Bliższych informacji udzielają:
Zofia Sozańska, kom. 601 741 947,

e-mail: zofiasozanska@op.pl,
Maria Jakowicz-Hendrykowska,
kom. 604 402 330, e-mail: mariagabinet@wp.pl,
Patrycja Malec, kom. 501 217 204,
e-mail: patka.malec@wp.pl

Za Komitet Organizacyjny
Maria Jakowicz-Hendrykowska, Zofia Sozańska

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1987

30 lat po dyplomie!

21 października 2017 r. (sobota), godz. 19.00
Haston City Hotel 51-117 Wrocław, ul. Irysowa 1-3

Droga Koleżanko, drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się 21 października 2017 r. (sobota) w Haston City Hotel.

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi 300 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto:

66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.07.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1987”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71 322 55 00 (prosimy o podanie hasła „rocznik 87”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Forma spotkania: uroczysty bankiet przy muzyce (zespół).

Bliższych informacji udziela Patrycja Malec,
kom. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl

Za Komitet Organizacyjny
Dorota Lorenz-Worobiec

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1997

Droga Koleżanko, drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 22-24 września 2017 r. w Hotelu Polanica Resort & Spa*** (ul. Górska 2, 57-320 Polanica-Zdrój).

Program zjazdu

22 września 2017 r. (piątek)

od godz. 15.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

23 września 2017 r. (sobota)

godz. 7.30-10.30 Śniadanie
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

24 września 2017 r. (niedziela)

godz. 7.30-10.30 Śniadanie i pożegnania
Wymeldowanie do godz. 11.00

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31.07.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1997”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. UWAGA!!! W hotelu zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy SPA (basen kryty z atrakcjami, jacuzzi, świat saun, siłownia), jak również dostęp do bezprzewodowego Internetu oraz bezpłatny parking. Ponadto uczestnicy zjazdu mają zapewnione 10 proc. zniżki na zabiegi w SPA.

Bliższych informacji udziela Patrycja Malec,
kom. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl

Za Komitet Organizacyjny
Izabella Dębowska (Januszewska), e-mail: debiza@wp.pl



Uniwersytet Wrocławski – Interdyscyplinarna Pracownia Prawa Medycznego i Bioetyki
wraz z Dolnośląską Izłą Lekarską serdecznie zapraszają do udziału w Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej

„SYTUACJA PRAWNA OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE”

która odbędzie się

22 września 2017 r. w siedzibie DIL przy al. Matejki 6 we Wrocławiu

pod patronatem honorowym Naczelnej Izby Lekarskiej, Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,

Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu,

Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, Okręgowej Izby Radców Prawnych we Wrocławiu

Program konferencji

godz. 9.00-9.15	Otwarcie konferencji	godz. 12.30-12.45	Najczęściej popełniane błędy przez lekarzy w świetle postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej
I SESJA			– dr n. med. Piotr Piszko – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu
godz. 9.15-9.30	Należyta staranność w zawodach medycznych – dr hab. Joanna Haberko, prof. UAM, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu	godz. 12.45-13.00	Ograniczenie, zawieszenie oraz pozbawienie prawa wykonywania zawodu lekarza w praktyce sądów lekarskich – mgr Aleksandra Stebel, Okręgowy Sąd Lekarski DIL
godz. 9.30-9.45	Samodzielność zawodów pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego – dr Kinga Bączyk-Rozwadowska, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu	godz. 13.00-13.45	Dyskusja
godz. 9.45-10.00	Dostęp do dokumentacji medycznej osób wykonujących zawody medyczne – dr Urszula Drozdowska, Uniwersytet w Białymstoku	godz. 13.45-14.45	Lunch
godz. 10.00-10.15	Dowodzenie w tzw. „sprawach medycznych” – dr hab. Beata Janiszewska, Uniwersytet Warszawski	SESJA III	
godz. 10.15-10.30	Oświadczenia pro futuro a odpowiedzialność lekarza i ratownika medycznego – dr Marcin Śliwka, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu	godz. 14.45-15.00	Wnioski z postanowień i wyroków kasacyjnych Sądu Najwyższego wydanych w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy w latach 2015 i 2016 – dr Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Naczelna Izba Lekarska w Warszawie
godz. 10.30-11.15	Dyskusja	godz. 15.00-15.15	(Nie)odpowiedzialność „zawodowych” obrońców praw pacjenta – dr n. społ. Błażej Kmiecik, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
godz. 11.15-11.45	Przerwa kawowa	godz. 15.15-15.30	Kompetencje stron w relacji lekarz-fizjoterapeuta – dr n. med., mgr fizjoterapii Witold Wnukiewicz, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
II SESJA		godz. 15.30-15.45	Zgoda pacjenta na czynności medyczne wykonywane przez osoby wykonujące różne zawody medyczne – dr Agata Wnukiewicz-Kozłowska, Uniwersytet Wrocławski
godz. 11.45-12.00	Odpowiedzialność cywilna w zespole operacyjnym – dr hab. Maria Boratyńska, Uniwersytet Warszawski	godz. 15.45-16.00	Asertywny profesjonalizm osób wykonujących zawody medyczne w relacjach z pacjentami – mgr Hanna Wanżel, Centrum Psychologii „Sentio”
godz. 12.00-12.15	Odpowiedzialność karna w zespole operacyjnym – adw. Andrzej Malicki – członek NRA, wiceprzewodniczący Komisji Etyki NRA, adw. dr Anna Malicka-Ochterer, Spółka Adwokatów Malicki i Wspólnicy	godz. 16.00-17.15	Dyskusja
godz. 12.15-12.30	Odpowiedzialność karna za ujawnienie tajemnicy medycznej – dr hab. Rafał Kubiak, prof. UŁ, Uniwersytet Łódzki	godz. 17.15	Zamknięcie konferencji

Organizatorzy zapraszają do udziału w konferencji wszystkich zainteresowanych niniejszą tematyką.

Koszt uczestnictwa wynosi **100 zł od osoby**. Zgłoszenia prosimy kierować poprzez formularz zgłoszeniowy umieszczony na stronie DIL, natomiast wpłaty dokonywać na konto DIL: 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570 z dopiskiem „Konferencja – OSL i OROZ”.

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.



MIĘSCIE

Wrocławskie Centrum Kongresowe Hala Stulecia
ul. Wystawowa 1, Wrocław

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

dr hab. n. med. Agnieszka MASTALERZ-MIGAS
dr hab. n. med. Jarosław DROBNIK, prof. PMWSZ

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

dr hab. n. med. Agnieszka MASTALERZ-MIGAS

ORGANIZATOR

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

ORGANIZATOR WYKONAWCZY

Wydawnictwo Termedia



BIURO ORGANIZACYJNE

Wydawnictwo Termedia
ul. Kleeberga 2 | 61-615 Poznań | tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl



**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz Ośrodek Okulistyki Klinicznej SPEKTRUM
we Wrocławiu
zapraszają na konferencję**

pt. „PROBLEMY OKULISTYKI W PRAKTYCE LEKARZA INNEJ SPECJALNOŚCI”

**która odbędzie się 14 października 2017 r. (sobota)
w godz. 9.00-14.30 w sali konferencyjnej
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

**Uczestnikowi konferencji przysługują
4 punkty edukacyjne.**

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

Kierownik naukowy konferencji – prof. dr hab. Maria
Hanna Niżankowska

Program konferencji

- godz. 9.00-9.10 Otwarcie konferencji
- godz. 9.10-9.40 *Krążeniowe czynniki ryzyka u pacjentów z jaskrą*
prof. dr hab. Maria Hanna Niżankowska
- godz. 9.40-10.10 *Współczesne ABC diagnostyki i leczenia powikłań
okulistycznych u pacjenta z cukrzycą*
dr n. med. Hanna Zając-Pytrus
- godz. 10.10-10.40 *Wewnątrzgałkowe soczewki „premium” nowej
generacji w chirurgii zaćmy i korekcji wad wzroku*
dr n. med. Jarosław Marek
- godz. 10.40-11.10 *Laserowe zabiegi w okulistyce*
dr n. med. Marek Cwirko
- godz. 11.10-11.40 *Pacjent z AMD w gabinecie nieokulisty: co trzeba
wiedzieć?*
lek. Dorota Strońska
- godz. 11.40-12.00 Dyskusja
- godz. 12.00-12.30 Przerwa
- godz. 12.30-13.00 *Objawy okulistyczne w chorobach układowych u dzieci*
lek. Anna Wiśniowska-Dolny
- godz. 13.00-13.30 *Aspekty okulistyczne u pacjentów z chorobami układu
krążenia*
dr n. med. Anna Błońska
- godz. 13.30-14.00 *Pomoce optyczne dla osób słabowidzących*
mgr Elżbieta Just
- godz. 14.00-14.30 Dyskusja i zakończenie konferencji

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

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu zapraszają na konferencję**

pt. „NEUROREHABILITACJA W TEORII I W PRAKTYCE”

**która odbędzie się 19 października 2017 r. (czwartek)
w godz. 9.00-14.30 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.**

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

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

KOMITET NAUKOWY:

dr hab. Maria Ejma, dr hab. Małgorzata Mraz, prof. nadzw.
dr n. med. Krzysztof Wytrychowski, dr Grzegorz Biliński

KOMITET ORGANIZACYJNY:

mgr Ewa Gryza, dr n. med. Krzysztof Wytrychowski

Program konferencji

- godz. 9.00-9.20 *Interdyscyplinarne podejście w neurorehabilitacji* – dr hab. Maria Ejma
- godz. 9.20-9.40 *Plastyczność mózgu* – dr hab. Małgorzata Mraz, prof. nadzw.
- godz. 9.40-10.00 *Wykorzystanie metody Feldenkraisa jako metody wspomagającej
neurorehabilitację* – dr hab. Joanna Szczepańska-Gieracha, prof.
nadzw., dr Katarzyna Salamon-Krakowska, dr hab. Małgorzata
Mraz, prof. nadzw., dr Dagmara Chamela-Bilińska
- godz. 10.00-10.20 *Stymulacja bazalna – koncepcja prowadzenia terapii z osobą
o ograniczonej percepcji* – dr Grzegorz Biliński
- godz. 10.20-10.40 *Spastyczność u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym – przykłady
interwencji terapeutycznych wg koncepcji PNF* – mgr Tomasz Mraz
- godz. 10.40-11.00 *Rehabilitacja oddechowa pacjentów z chorobami nerwowo-
mięśniowymi* – dr n. med. Krzysztof Wytrychowski
- godz. 11.00-11.30 Dyskusja
- godz. 11.30-12.00 Przerwa kawowa
- godz. 12.00-12.20 *Rehabilitacja z zastosowaniem lokomatu – doświadczenia
z Polanicy-Zdroju* – dr n. med. Artur Cieślak
- godz. 12.20-12.40 *Sytuacja chorych na SM na Dolnym Śląsku*
mgr inż. Ryszard Kuczyński
- godz. 12.40-13.00 *Stymulacja polisensoryczna pacjentów neurologicznych
– komunikacja alternatywna za pomocą systemu C-Eye
w Specjalistycznym Centrum Pielęgnacyjno-Opiekuńczym EWA-
MED w Obornikach Śląskich* – mgr Anna Stachowicz
- godz. 13.00-13.30 *Skuteczność terapii chodu z użyciem zrobotyzowanej ortozy*
Jan Mehrholz
- godz. 13.30-13.50 *Płucne powikłania chorób nerwowo-mięśniowych*
dr n. med. Paweł Piesiak
- godz. 13.50-14.30 Dyskusja i podsumowanie konferencji
- godz. 14.30 Lunch

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

III Konferencja Onkologiczno-Paliatywna Ks. E. Dutkiewiczza SAC

„Opieka zintegrowana – hospicyjne drogowskazy”

8-9 września 2017 r., Gdańsk



FUNDACJA
HOSPICYJNA



HOSPICIUM
W GDAŃSKU



**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
zaprasza na konferencję**

pt. „WSPÓŁCZESNA GERIATRIA – NOWA PERSPEKTYWA DLA PACJENTÓW W WIEKU PODESZŁYM”

która odbędzie się **20 października 2017 r. (piątek) w godz. 8.30-15.00**
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługują 6 punktów edukacyjnych.

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

Patronat honorowy nad konferencją objęli:

JM rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich prof. dr hab. Marek Ziętek,
prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu dr n. med. Paweł Wróblewski

ORGANIZATORZY:

Katedra i Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, Studenckie Koło Naukowe Geriatrii, Studenckie Koło Naukowe Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób

Program konferencji

godz. 8.15-8.30	Rejestracja uczestników	SESJA II	
SESJA I		godz. 11.30-12.00	<i>Choroby sercowo-naczyniowe w podeszłym wieku</i> lek. Anna Parużyńska
godz. 8.30-8.45	Przywitanie uczestników i otwarcie konferencji prof. dr hab. Małgorzata Sobieszkańska	godz. 12.00-12.30	<i>Ocena dynamiki zmian poziomu sprawności motorycznej u osób po 60. roku życia</i> dr hab. Jarosław Fugiel
godz. 8.45-9.15	<i>Zdrowie i jakość życia dolnośląskich seniorów</i> dr n. med. Zbigniew Machaj	godz. 12.30-13.00	<i>Profilaktyka upadków u ludzi starszych</i> dr n. med. Wioletta Szczepaniak
godz. 9.15-9.45	<i>Zespół Słabości – rola opiekunów i wsparcia informacyjnego dla pacjentów i ich opiekunów nieformalnych</i> dr hab. Donata Kurpas, prof. nadzw.	godz. 13.00-13.30	<i>Porozumiewanie się z pacjentem w podeszłym wieku</i> dr hab. Jarosław Barański
godz. 9.45-10.15	<i>Specyfika schorzeń układu oddechowego w wieku podeszłym</i> lek. Karolina Lindner	godz. 13.30-14.00	<i>Systemy opieki i procedury medyczne w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku w wybranych krajach europejskich</i> dr n. med. Eleonora Mess
godz. 10.15-10.45	<i>Szczepienia dla seniorów</i> dr hab. Anita Nitsch-Osuch, prof. nadzw.	godz. 14.00-14.30	<i>Starość i godność</i> dr n. med. Iwona Pirogowicz
godz. 10.45-11.15	<i>Nowotwory skóry i rewelatory skórne chorób nowotworowych u pacjentów w podeszłym wieku</i> dr n. med. Grażyna Szybejko-Machaj	godz. 14.30-15.00	Dyskusja i zamknięcie konferencji
godz. 11.15-11.30	Przerwa kawowa		

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

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu oraz I Katedra i Klinika Pediatrii,
Alergologii i Kardiologii
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na konferencję**

**pt. „DIETY ELIMINACYJNE
– MODA CZY KONIECZNOŚĆ?”**

która odbędzie się **21 listopada 2017 r. (wtorek) w godz. 9.00-14.00** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji – dr n. med. Ewa Willak-Janc

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Program konferencji

godz. 9.00-9.30	<i>Czy stosowanie diet eliminacyjnych ma znaczenie w schorzeniach nosa, gardła i uszu u dzieci?</i> dr n. med. Krystyna Orendorz-Frączkowska
godz. 9.30-10.00	<i>Czy warto leczyć dietą atopowe zapalenie skóry u dzieci?</i> dr n. med. Ewa Willak-Janc

godz. 10.00-10.30	<i>Zalety i wady probiotyków</i> dr hab. Marzena Bartoszewicz, prof. nadzw.
godz. 10.30-11.00	<i>Rola wybranych diet w chorobach psychiatrycznych dzieci i młodzieży</i> dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska
godz. 11.00-11.30	Przerwa
godz. 11.30-12.00	<i>Czy rozpowszechniać diety bezglutenowe w żywieniu dzieci?</i> dr n. med. Elżbieta Krzesiek
godz. 12.00-12.30	<i>Dolce vita – czy warto osładzać sobie życie?</i> dr hab. Kinga Musiał
godz. 12.30-13.00	<i>Wpływ odżywiania na rozwój płciowy</i> dr n. med. Aleksander Basiak
godz. 13.00-13.30	<i>Zaburzenia odżywiania – endokrynologicznie</i> dr n. med. Agnieszka Zubkiewicz-Kucharska
godz. 13.30-14.00	Dyskusja i zakończenie konferencji

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



**Komisja Kształcenia oraz Komisja Stomatologiczna
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej wraz
z firmą Pozytron radiologia medyczna zapraszają
na kurs radiologiczny z zakresu**

„OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA”

dla lekarzy i lekarzy dentyistów

**18 listopada 2017 r. (sobota) sala konferencyjna (w siedzibie DIL
przy ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław)**

Kurs przeznaczony jest dla wszystkich osób wykonujących badania i zabiegi lecznicze z wykorzystaniem promieniowania jonizującego LST, LR, LMN, LRZ, LIX, FT, PMN, LRT.

Szkolenie zostanie przeprowadzone zgodnie z programem określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r.

Koszt szkolenia dla członków DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

I WARIANT: materiały szkoleniowe + koszt egzaminu + repetytorium* = 420 zł

DRL członkom DIL pokrywa koszt w wysokości 150 zł, natomiast członek DIL opłaca indywidualnie koszt w wysokości 270 zł

II WARIANT: materiały szkoleniowe + koszt egzaminu = 290 zł

DRL członkom DIL pokrywa koszt w wysokości 150 zł, natomiast członek DIL opłaca indywidualnie koszt w wysokości 140 zł

Koszt szkolenia dla osób niebędących członkami DIL:

I WARIANT: 300 zł mat. szkoleniowe + 140 zł koszt egzaminu + 130 zł repetytorium* = 570 zł

II WARIANT: 300 zł mat. szkoleniowe + 140 zł koszt egzaminu = 440 zł

*W dniu egzaminu planowane są 3-godzinne warsztaty podsumowujące.

Za szkolenie przyznanych zostanie 7 punktów edukacyjnych.

Materiały szkoleniowe wraz z informacją organizacyjną zostaną udostępnione wszystkim uczestnikom w wersji online po dokonaniu rejestracji. Uprzejmie prosimy o dokładne zapoznanie się z przesłanymi materiałami, które są podstawą do zdania egzaminu.

W dniach 27.05.2017 r. i 18.11.2017 r. w godz. 9.00-12.00 dla osób chcących ugruntować swoją wiedzę **planowane jest 3-godzinne repetytorium w formie wykładu powtórzeniowego**, który obejmuje przesłane uczestnikom materiały szkoleniowe. Udział gwarantuje wniesienie opłaty zgodnie z I WARIANTEM szkolenia.

Osoby, które nie chcą uczestniczyć w repetytorium proszone są o dokładne zapoznanie się z przesłanymi materiałami oraz wniesienie opłaty zgodnie z II WARIANTEM szkolenia. Prosimy o przybycie na egzamin na godz. 12.00. Planowane zakończenie egzaminu wraz z ogłoszeniem wyników oraz wręczeniem certyfikatów około godziny 14.30.

Opłaty za wybrany wariant szkolenia uczestnik będzie zobowiązany zapłacić indywidualnie na wskazany w potwierdzeniu rejestracji numer konta.

Otrzymany certyfikat jest ważny **przez 5 lat**.

Dla członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej ilość miejsc dofinansowanych przez DRL wynosi 90.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o rejestrację na stronie:

www.pozytron.pl/lista-szkolen

W przypadku pytań proszę o kontakt telefoniczny lub mailowy:

Daria Stempin tel. 505 440 173 e-mail: d.stempin@pozytron.pl



Wrocław, 20-21 października 2017 r.

ZAPRASZAMY NA WARSZTATY INTERDYSCYPLINARNE W RAMACH V DOLNOŚLĄSKICH JESIENNYCH DNI STOMATOLOGICZNYCH

Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zapraszają lekarzy i lekarzy dentyistów na **WARSZTATY INTERDYSCYPLINARNE** w ramach **V Dolnośląskich Jesiennych Dni Stomatologicznych**, które odbędą się w dniach **20-21 października 2017 roku** w sali konferencyjnej DIL przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Maciej Dobrzyński, prezes DO PTS Alicja Marczyk-Felba, wiceprezes DRL

Szczegółowe informacje w kolejnym wydaniu „Medium”

Reklama



CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA®
SANVIT S.p. z o.o.

Organizujemy:

- Turnusy rehabilitacyjne, turnusy sanatoryjne (NFZ, ZUS)
- Pełnopłatne pobyty lecznicze i profilaktyczne
- Pakiety SPA

Posiadamy:

- pełną bazę zabiegową na miejscu (w tym solanka i borowina)
- gabinet kosmetyczno - fryzjerski
- basen z hydromasażem
- bar - kawiarnię
- saunę i siłownię

Centrum Promocji Zdrowia „Sanvit” Sp. z o.o.
Sanatorium Uzdrawiskowe
ul. ks. Jana Ręba 1,
38-440 Iwonicz – Zdrój
tel./fax.: 13 435 04 11,
iwonicz@sanvit.eu, www.sanvit.pl

STANOWISKO OGÓLNOPOLSKIEJ IZBY GOSPODARCZEJ WYROBÓW MEDYCZNYCH POLMED WS. WYSTAWIANIA ZLECEŃ NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZEZ LEKARZY

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami odnośnie do możliwości wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przez lekarzy nieposiadających umów z NFZ, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED (dalej: „Izba POLMED” lub „Izba”) przedstawia poniżej oficjalne stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia w tej sprawie. Jednocześnie zwracamy się z uprzejmą prośbą o jego rozpoznanie wśród lekarzy.

Stanowisko Izby POLMED

Izba POLMED zwróciła się do NFZ w piśmie z dnia 16 stycznia 2017 r. z prośbą o potwierdzenie stanowiska Izby w zakresie dopuszczalności wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne na gruncie obowiązujących przepisów. W ocenie Izby obecnie zgodnie z prawem każdy lekarz (z ważnym prawem wykonywania zawodu) może wystawiać zlecenia na zaopatrzenie, niezależnie od posiadania kontraktu z NFZ lub spełniania jakichkolwiek innych wymogów.

Stanowisko NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia w odpowiedzi na pismo Izby z dnia 20 lutego 2017 r. wskazał, że obecnie każdy lekarz z ważnym prawem wykonywania zawodu jest uprawniony do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, bez konieczności podpisywania umowy z NFZ lub spełniania jakichkolwiek dodatkowych wymogów. W odpowiedzi NFZ zaznaczył także, że szczegółowe kwestie w zakresie wystawiania zleceń na dane kategorie wyrobów przez lekarzy o określonych specjalizacjach określa stosowne rozporządzenie ministra zdrowia.

Według stanowiska NFZ, osoba uprawniona może wystawiać zlecenie na wyroby medyczne finansowane ze środków publicznych bez umowy z NFZ, o ile spełnione są łącznie następujące przesłanki:

- istnieje możliwość wystawienia zlecenia na daną kategorię wyrobów w zakresie specjalizacji danego lekarza (zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie wykazu wy-

robów medycznych wydawanych na zlecenie);

- osoba uprawniona posiada aktualne prawo do wystawiania zlecenia;
- istnieją udokumentowane względy medyczne do wystawienia zlecenia na dany wyrób medyczny;
- osoba uprawniona spełnia wymogi określone w przepisach dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego.

Ponadto w piśmie podkreślono wyraźnie, że pomimo tak szerokiego umocowania do wystawiania zleceń istnieją środki kontroli, stosowane przez NFZ, weryfikujące zasadność i prawidłowość wystawienia danego zlecenia. Przykładowo, w sytuacji:

- wystawienia zlecenia przez lekarza w okresie pozbawienia prawa do wystawiania recept;
- wystawienia zlecenia nieuzasadnionego udokumentowanymi względami medycznymi;
- wystawienia zlecenia niezgodnego z kryteriami przyznawania;
 - NFZ będzie mógł dochodzić od osoby uprawnionej zwrotu kwoty stanowiącej równowartość limitu finansowania wyrobu medycznego wraz z odsetkami.

Ocena stanowiska NFZ

Izba POLMED podziela stanowisko wyrażone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ocenie Izby jest ono zgodne z prawidłową interpretacją przedmiotowych przepisów prawnych. W razie ewentualnych sporów o prawidłową wykładnię przepisów prawnych regulujących wystawianie zleceń przez lekarzy w ocenie Izby należy uwzględnić argumentację przedstawioną w stanowisku NFZ z dnia 20 lutego 2017 r.

Pismo Izby POLMED oraz odpowiedź Narodowego Funduszu Zdrowia stanowią załączniki do niniejszego pisma. W razie jakichkolwiek wątpliwości pozostajemy do Państwa dyspozycji.

Witold Włodarczyk, dyrektor generalny
POLMED Ogólnopolska Izba Gospodarcza
Wyrobów Medycznych

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

Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w chirurgii dziecięcej trybem dotychczasowym i trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

CHIRURGIA ENDOSKOPOWA DZIECIĘCA. ENDOSKOPIA I WIDEOCHIRURGIA U DZIECI

Termin kursu: 23-27.10.2017 r.

Kierownik naukowy kursu:
prof. dr hab. Dariusz Patkowski
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej UMW
Liczba uczestników: 20
Kurs bezpłatny.

Zgłoszenia na kurs do 30 lipca 2017 r.

Katedra i Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w otolaryngologii dziecięcej trybem dotychczasowym i trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

ONKOLOGIA W LARYNGOLOGII DZIECIĘCEJ

Termin kursu: 2-4.10.2017 r.

Kierownik naukowy kursu:
dr Monika Morawska-Kochman
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi UMW
Liczba uczestników: 12
Kurs bezpłatny.

Zgłoszenia na kurs do 30 lipca 2017 r.

III Katedra i Klinika Pediatrii, Immunologii i Reumatologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w pediatrii trybem modułowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

WPROWADZENIE DO SPECJALIZACJI W (DZIEDZINIE) PEDIATRII

Termin kursu: 13-17.11.2017 r.

Kierownik naukowy kursu:
dr Aleksandra Lewandowicz-Uszyńska
Miejsce kursu: Dolnośląska Izba Lekarska,
ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław
Liczba uczestników: 50
Kurs bezpłatny.

Zgłoszenia na kurs do 30 lipca 2017 r.

Program oraz zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl
Szczegółowych informacji udziela Małgorzata Bednarska, tel. 71 784 11 60 oraz e-mail: malgorzata.bednarska@umed.wroc.pl



Z głębokim żalem zawiadamiamy że 10 maja 2017 r.
zmarła

Danuta Pawlikowska

lekarz stomatolog

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie
składają

lekarze z Delegatury Jeleniogórskiej
oraz Koło Seniorów przy Delegaturze DIL w Jeleniej Górze

Koledze **lek. Piotrowi Ślusarczykowi**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają koleżanki i koledzy
z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Zdrowie”
sp. z o.o. w Legnicy

Koleżankom **lek. Irminie Tworek** i **lek. Renacie
Mozrzyimas** oraz Ich Rodzinie
wyrazy szczerego współczucia
z powodu nagłej śmierci
Taty

Stanisława Tworka

składa
Iwona Pająk

Naszemu Koledze **dr. n. med. Adamowi Smerece**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
Ojca

dr. Jana Smereki

składają
koleżanki, koledzy oraz współpracownicy
z Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii
Uniwersytetu Medycznego
we Wrocławiu oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

„Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciała, swym odejściem smucić...
tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,
że masz niebawem z dobrą wieścią wrócić”.
ks. J. Twardowski

Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy,
że 24 kwietnia 2017 r.
zmarła nasza Koleżanka i Przyjaciółka

śp. Maria Tokarz

lekarz pediatra, wieloletni asystent Oddziału
Pediatrycznego Szpitala Powiatowego w Oławie,
kierownik Poradni Medycyny Szkolnej,
lekarz Państwowego Domu Dziecka.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie
składa w imieniu społeczności oławskiej pediatrii
ordynator Olga Ziółkowska

Dr. n. med. Adamowi Smerece
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
Ojca

dr. Jana Smereki

składają
lek. dent. Teresa Bujko – przewodnicząca Koła Lekarzy
Prywatnie Praktykujących oraz członkowie KLPP

Sz.P.

dr n. med. Jacek Smereka, dr n. med. Adam Smereka
Szanowni Panowie Doktorzy, z głębokim żalem i smutkiem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci Panów
Ojca

dr. Jana Smereki

Nielatwo znaleźć słowa pociechy w tych trudnych dniach.
Możemy jednak życzyć sił do zniesienia bólu i wyrazić
nadzieję, że czas złagodzi poczucie straty.
Proszę przyjąć od nas wyrazy szczerego współczucia.
dr n. med. Paweł Wróblewski – prezes DRL
oraz Dolnośląska Rada Lekarska

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu odejścia

Ojca

dr. n. med. Jackowi Smerece
składa
prof. dr hab. Jacek Szepietowski wraz z zespołem Katedry
i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
UM we Wrocławiu

Panu **dr. Jackowi Smerece**
kierownikowi Zakładu Ratownictwa Medycznego na
Wydziale Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Medycznym
we Wrocławiu wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składają
dziekan wraz z pracownikami Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Dr. n. med. Adamowi Zawadzcie
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają współpracownicy i koledzy z Dolnośląskiego
Centrum Implantologii Stomatologicznej we Wrocławiu

Trudno znaleźć słowa pocieszenia,
gdy dosięga nas taka strata.
Wyrazy najszczerzego współczucia **dr Renacie Stanisławie
Mozrzyimas** z powodu śmierci

Ojca

składają
lekarze i pielęgniarki z Oddziału Pediatrycznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
przy ul. Kamińskiego 73a we Wrocławiu



27 maja 2017 roku zmarła

śp. prof. dr hab.

Krystyna Bukietyńska-Słopecka

była prorektor Uniwersytetu Wrocławskiego

Drogiej Koleżance

dr n. med. Grażynie Słopeckiej-Borejko oraz Rodzinie

wyrazy szczerego współczucia

składają

członkowie Komisji Historycznej i Kultury DRL

Lek. dent. Annie Norowskiej-Kiecy
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Brata

składają

dr n. med. Piotr Piszko – Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności DIL,

zastępcy OROZ oraz pracownicy Biura OROZ

Lek. dent. Annie Norowskiej-Kiecy
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Brata

składają

lek. Włodzimierz Wiśniewski – przewodniczący

Okręgowego Sądu Lekarskiego we Wrocławiu, członkowie

OSL oraz pracownicy Kancelarii OSL

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci Koleżanki

lek. Zofii Nowickiej

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim

składają

koleżanki i koledzy z Kola Terenowego DIL w Bielawie

Pani dr Iwonie Czarneckiej-Jackowiak i Jej Rodzinie
wyrazy współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają

neonatolodzy z Wojewódzkiego Szpitala

Specjalistycznego we Wrocławiu

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o odejściu na wieczny dyżur

lek. Grażyny Sikorskiej

specjalisty radiologa

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie

składają

koleżanki i koledzy z rocznika 1982

Podziękowania

Pragnę serdecznie podziękować za wspaniałą opiekę i pomoc przy leczeniu mojego chorego kolana następującym osobom: **Doktor Annie Goździk, Doktorowi Czesławowi Kalinowskiemu** – ortopedzie, lekarzom i całemu zespołowi kierowanemu przez ordynatora Oddziału Urazowo-Ortopedycznego **Aleksandrowi Stecowi**, specjaliście ortopedii **Doktorowi Zbigniewowi Nojkowi** oraz personelowi pielęgniarskiemu i pomocniczemu ze szpitala MSW przy ul. Ołbińskiej we Wrocławiu. Wspaniały szpital i perfekcyjne leczenie. Bravo! Moc podziękowań dla lekarzy, rehabilitantów i pielęgniarek z Zamiejscowego Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej I, ul. Poświęcka 8 we Wrocławiu. Gorące podziękowania dla lekarza ortopedy z Przychodni MSW przy ul. Grabiszyńskiej, gdzie odbywałam wizyty pooperacyjne (kontrolne). Dzięki tym wszystkim osobom mogę już bardzo dobrze chodzić. Chwała wszystkim lekarzom i dużej grupie osób zatrudnionych w tych placówkach medycznych. Jestem dumna, że mamy tak wspaniałych lekarzy specjalistów, którzy szybko i sprawnie potrafią przynieść ulgę w cierpieniach i dają olbrzymią pomoc chorym pacjentom. Moje gratulacje! Życzę wszystkim wszelkiej pomyślności każdego dnia.

Aleksandra Korman

Doktorowi Mirosławowi Rozenbajgerowi i Doktorowi Stanisławowi Szczepańskiemu składam serdeczne podziękowania za profesjonalizm w sztuce, wyjątkową opiekę medyczną w trudnych chwilach mojego pobytu na Oddziale Chirurgicznym Szpitala Powiatowego w Bolesławcu. Podziękowania kieruję również do zespołu pielęgniarskiego za życzliwość.

Wdzięczna pacjentka
Stanisława Wójcik



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flowers-1335636/callumramsay



Fot. z archiwum Rodziny



Lek. Anna Maria Czyrska

2.10.1935-5.04.2017
specjalista II stopnia
chorób dziecięcych

Odeszłaś w wieku 81 lat – pozostawiłaś w naszych sercach żal. Urodziłaś się 2 października 1935 roku we Lwowie; w polskiej, katolickiej i patriotycznie nastawionej rodzinie, jako pierwsze dziecko Heleny z Romanowskich-Rokickiej, absolwentki seminarium nauczycielskiego i Stanisława Rokickiego, absolwenta Wydziału Elektrycznego Politechniki Lwowskiej.

Sielskie dzieciństwo przerwała wojna. Tak jak inni Polacy musieliście uciekać z terenów nią objętych. Dotarliście do Wieliczki, gdzie Twój Tata znalazł pracę jako inżynier elektryk w kopalni soli. Poszłaś do szkoły w wieku 5 lat, bo twoja Mama bała się, że podczas okupacji nie będzie to możliwe. Wierząc w Opatrzność Bożą, siłę modlitwy i własny wysiłek postanowiłaś, mimo niesprzyjających okoliczności, uczyć się jak najlepiej. I rzeczywiście, bardzo dobrze się uczyłaś. Zdałaś maturę, złożyłaś podanie o przyjęcie na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Krakowie i... wielicki notabl powiedział: „Prędzej mi kaktus na ręce wyrośnie niż córka przedwojennego inżyniera dostanie się na studia!”.

Wierna swojej zasadzie, że Bóg pomaga tym, którzy sobie pomagają – spakowałaś wszystkie świadectwa i pojechałaś do Warszawy do ówczesnego ministerstwa – a był to rok 1952. Tam trafiłaś na jakiegoś dobrego człowieka, a ten poparł Twoje podanie, dostałaś się na stomatologię... A po drugim roku studiów profesorowie w uznaniu wyników w nauce zaproponowali Ci przeniesienie na wydział lekarski. Na studiach miałaś zasadę: nauczyć się porządnie podstaw medycyny, dzięki temu zrozumieć mechanizm patologii i sposób postępowania. Skończyłaś studia. Kraków był „zamknięty” dla osób spoza tego miasta. Pracę rozpoczęłaś w Gorzowie Wielkopolskim. Tam zdobyłaś I stopień specjalizacji z pediatrii. Przeniosłaś się do Wołowa, gdzie objęłaś ordynaturę Oddziału Dziecięcego i uzyskałaś II stopień specjalizacji z pediatrii. Biuletyny lekarskie z tamtych lat informują, że za Twoich czasów poprawiły się zdecydowanie wyniki leczenia i zmniejszyła śmiertelność noworodków. Ostatnim etapem Twojej lekarskiej drogi była funkcja kierownika nowej przychodni przy ulicy Nowodworskiej we Wrocławiu.

Jako lekarz za ważne uznawałaś: wiedzę, rozsądek, odpowiedzialność, przywracanie i utrwalanie zdrowia, skracanie czasu hospitalizacji do minimum. Jako ordynator, a potem kierownik, ceniłaś sobie współpracę i wzajemny szacunek, wykształciłaś wielu specjalistów pediatrów, zaszczepiając w nich ducha lekarskiego. Ale nie żyłaś tylko pracą.

Na wydziale lekarskim poznałaś kolegę Jana Czyrskiego, który został Twoim mężem. Wasza gościnność była powszechnie znana. Ciekawi świata – zwiedzaliście dalekie kraje wyposażeni w butlę gazową i namiot. Wychowaliście wspólnie dwoje dzieci, które kontynuując rodzinną tradycję zostały lekarzami: lek. specjalistą II stopnia onkologii klinicznej Małgorzatę i dr n. med. lek. stom. Piotra.

I byłaś nowoczesna: żyłaś ekologicznie i minimalistycznie; kochałaś naturę. Trudno pogodzić się z myślą, że Cię nie ma. Do końca angażowałaś się w życie rodzinne i społeczne. Pomagałaś ludziom i służyłaś im doświadczeniem życiowym i lekarskim. Niestety życie pisze niespodziewane scenariusze. Odeszłaś na skutek nieszczęśliwego wypadku, pozostawiając rodzinę i przyjaciół w żalu.

Małgorzata Płaczek i Piotr Czyrski, dzieci

Fot. z archiwum Rodziny



Lek. Beata Januszkiewicz-Malkiewicz

3.01.1956-16.12.2016
specjalista chorób oczu

Beata urodziła się w latach wyżu demograficznego we Wrocławiu. Jej ojciec jest emerytowanym wojskowym, a mama lekarzem stomatologiem. Ciągłe przeprowadzki rodziny, ze względu na charakter pracy ojca, odcisnęły piętno na jej późniejszym życiu.

Będąc małą dziewczynką mieszkała przez kilka lat we Wrocławiu u dziadków – rodziców mamy. Szkołę podstawową ukończyła w Witkowie-Powidzu, w pobliżu którego znajduje się baza wojsk lotniczych. W II Liceum Ogólnokształcącym we Wrocławiu zdała maturę w 1975 roku i rozpoczęła studia na Akademii Medycznej.

Beatę, studentkę czwartego roku, poznałem przed Zakładem Farmakologii, z którego wyszedłem po zdanej za czwartym razem „dopytce”. Dyplom lekarza otrzymała w 1981 roku, córka Natalia urodziła się w 1983 roku w Legnicy. Tam przeprowadziliśmy się skuszeni obietnicą otrzymania mieszkania. Marzyła o specjalizacji z dermatologii, ale jak to było w tamtych czasach... została specjalistką chorób oczu.

Pracowała głównie w szpitalu (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy). Operowała i zajmowała się laseroterapią, nie dostała żadnego odznaczenia, nie należała do żadnej partii, troszczyła się bardzo o pacjentów. Pracowała zbyt ciężko, dlatego też nazywaną Ją „MRUFKĄ”. W wolnych chwilach dużo czytała, podróżowała, uwielbiała pływać – latem po wodach Chorwacji a zimą – Kenii; kochała zwierzęta, które zawsze były obecne w naszym domu. Bardzo trafnie oceniała ludzi, czasami wydawało się, że ma dar odczytywania cudzych myśli...

Nie przepadała za żywnością pochodzenia zwierzęcego; owoce, warzywa – zwłaszcza te pochodzące z targowisk – to był Jej świat kulinarny. Uwielbiała truskawki. Nie piła alkoholu, nie paliła.

Zmarła 16 grudnia 2016 roku z powodu nieoperacyjnego raka żołądka. Zapamiętam Beatę jako osobę ciepłą, pogodną, bardzo tolerancyjną. W trakcie leczenia godnie walczyła o życie; wierzyła, że tylko niewielka grupa naszych kolegów onkologów ma problem z empatią...

mąż Jerzy, córka Natalia

CZEŚĆ ICH PAMIĘCI!



Źródło grafiki:
www.pixabay.com/photos/
figure-1109972/Tante Tati
– obraz modyfikowany

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Virchow w Londynie. Obecność Virchowa w Londynie na początku października dała licznym uczniom i czcicielom znakomitego męża tego, sposobność do nieustających owacji. Szczytem ich był obiad w hotelu Metropole pod przewodnictwem Listera, przy udziale 220 lekarzy. Przewodniczący w toaście głównym zaznaczył nietylko zasługi Virchowa na polu patologii jako twórcy patologii komórkowej, ale również podziwiał go jako antropologa i polityka, który zawsze bronił na tym ślizkim terenie przekonań, zasad wolności, prawdy i słuszności; wreszcie Virchow jest człowiekiem, na którego wiek nie wywiera wpływu. W odpowiedzi na toast ten zaznaczył Virchow stanowisko Anglii w nauce przyrody i w medycynie oraz jej niezachwiane zasady cywilnej i religijnej wolności. Sir S. Wilks wygłosił poprostu apoteozę wielkiego uczonego, mówiąc wierszem,



iz gdy natura i prawa jej w ciemności były pogrążone, powiedział Bóg: niech będzie Virchow, i stało się światło. W obiedzie przyjęli udział przedstawiciele głównych towarzystw lekarskich z Anglii i Szkocji.

(The Birth. Med. Journ. 8
paźdz. 1898).

„Zdrowie” 1898, XIV, 592

* Zastosowanie kinematografu do celów dydaktycznych w medycynie już dawniej projektowane zaczyna się coraz więcej urzeczywistniać. Prof. Chase w Edynburgu sporządził kinematograficzne obrazy z przebiegu napadu epileptycznego, do czego zużyto 500 m. filmów zawierających 22.509 zdjęć fotograficznych, Prof. Bumm zaś w Berlinie zastosował kinematograf z dobrym wynikiem do przedstawienia ostatniego aktu porodowego.

„Lwowski Tygodnik Lekarski”
1907, II, 632

excerpta selegit Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta

Zafelietonować

Pacjent przychodzi do szpitala – trzeba go oczywiście **zapiścić** do licznych rejestrów, **zakodować** w izbie przyjęć, w księgach pielęgniarskich, jeśli jest **zakompleksiony**, to należy **zadbać** o jego intymność. Czasem pragnie jedynie, aby **zaleczyć** jego chorobę, a czasem aby go tylko **zakonserwować** na przyszłość. Jeśli tego oczywiście wymaga to trzeba go **zalekować**, **zakazując** mu spożywania **zabronionych** potraw.

Zdarza się, że w przeddzień przyjęcia ostro **zaimprezował**, **zachlał** po prostu, konieczne jest wówczas natychmiastowe **zamonitorowanie** delikwenta i oczywiście **zakłucie** w celu **zabezpieczenia** dostępu do żyły.

Zaflegmionych – oczywiście natychmiast **odflegmiamy**, **zadymiając** go tlenem. Wszystko to oczywiście trzeba **zadokumentować!**

Jeśli choroba jest kompletnie **zakichana**, trzeba pacjenta **zacewnikować**, czyli wsadzić rurę w stosowny otwór, tętnicę lub żyłę. Niestety zdarza się przy tym **zaciukać się**. Trudno, taki zawód.

Bardzo, bardzo trudny przypadek albo na chwilę (jakieś badanie) albo na kilkanaście dni trzeba czasem **zaśpić**. Pisałem o tym sposobie leczenia w jednym z poprzednich moich doniesień naukowych.

W ten sposób udało mi się w ostatniej chwili, zgodnie z życzeniem Szanownej Redakcji **zafelietonować** do letniego numeru.

dr Józef emeryt

PS A może by tak **zawioźnić się i zakochać?**

POMRUK SALONÓW

Raz w roku posiedzenie Towarzystwa Chirurgów Polskich na Dolnym Śląsku organizowane jest przez Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej. Obecny na spotkaniu prezes elekt Towarzystwa Chirurgów Polskich prof. Krzysztof Pańnik przedstawił swoją bardzo zresztą dynamiczną wizję działalności Towarzystwa. Koledzy z Jeleniej Góry zaprezentowali natomiast interesujący program naukowy. Kierujący od lat Oddziałem dr Kazimierz Pichlak na miejsce posiedzenia wybrał „Teatr Nasz” w Michałowicach. Jest to chyba jeden z niewielu działających od lat prywatnych teatrów, kierowany przez małżeństwo Kutów, którzy jak dobre wino dojrzewają wraz z latami. Przedstawiona przez nich sztuka „Szczęściarze” odzwierciedlała ludzkie koleje losu i zapewniła wspaniałą zabawę. Punktem kulminacyjnym spotkania był spektakl autorski Kazimierza Pichlaka i Jacka Szreniawy. W posiedzeniu wzięło udział wyjątkowo dużo chirurgów, co świadczy o tym, że atrakcyjna formuła przyciąga młodzież lekarską do spotkań zawodowych.

Opera Wrocławska kolejną premierę poświęciła dzieciom. Z okazji Dnia Dziecka pokazała „Pchłą Szachrajkę” na podstawie znanego nam wszystkim utworu Jana Brzechwy. Podoba mi się linia programowa naszego nowego dyrektora, który nie pierwszy raz zwraca się ku najmłodszym widzom. Moje wnuki były zachwycone. Myślę, że ta działalność edukacyjna ukierunkowana na dzieci zaowocuje w przyszłości.

Richard Wagner i jego muzyka wzbudzają emocje nie tylko natury artystycznej. Przed laty prof. Ewa Michnik, ówczesna dyrektor Opery Wrocławskiej, przedstawiła tetralogię „Pierścień Nibelunga”, stanowiącą ukoronowanie twórczości dramatycznej kompozytora. Tetralogia to aż osiemnaście godzin muzyki – najdłuższe dzieło operowe wszech czasów. Niesie ono za sobą uniwersalny przekaz o niszczycielskiej sile władzy, o poszukiwaniu miłości i o żądzy posiadania. Najciekawsze fragmenty tetralogii opracował i połączył w latach 80. ubiegłego wieku w „Pierścień bez słów” Lorin Maazel – pierwszy amerykański dyrygent, który wystąpił na Festiwalu Wa-

gnerskim w Bayreuth. To właśnie ten utwór mogliśmy usłyszeć w wykonaniu orkiestry Narodowego Forum Muzyki. Dyrygował gościnnie Jacek Kaspzyk, jeden z najlepszych polskich dyrygentów. Dostarczył wszystkim niezapomnianych wrażeń.

W „Klubie Muzyki i Literatury” Mira Żelechower-Aleksiu pokazała cykl obrazów zatytułowany „Ester za zasłoną”. Inspiracją była Estera, która uratowała Żydów od zagłady w starożytnej Persji wykazując się wielką odwagą i determinacją. Midrasze Miry zwracają uwagę, że poprzez heroizm i dyplomację Ester ujawniły się ukryte działania Boga, którego imię w tej jednej księdze nie zostało użyte ani razu. Malarka zachęca nas do tego, byśmy opowieści o zamierchłej przeszłości odczytywali w kontekście teraźniejszości i aby były one inspiracją do osobistych poszukiwań.

Od 12 czerwca Muzeum Narodowe prezentuje wystawę pt. „Skarbiec. Złotnictwo archikatedry wrocławskiej”. Skarby te cudem ocalały w czasie drugiej wojny światowej. Pokazywane eksponaty to ponad połowa zasobów skarbcza, który kryje między innymi: figury, kielichy, ołtarzyki, szaty liturgiczne i pastorały. Najważniejszym eksponatem jest srebrny ołtarz główny katedry. Pochodzi on z 1591 roku i został ufundowany przez biskupa Andreeasa Jerina. Tuż przed oblężeniem Wrocławia w 1945 roku ołtarz został zdemontowany. W całej okazałości nie był prezentowany przez 70 lat, ocalony i odrestaurowany cieszy dziś oczy zwiedzających wystawę.

W połowie czerwca miałem okazję odwiedzić prof. Stanisława Nicieję w jego siedzibie w Collegium Maius w Opolu. Ten znakomity znawca Kresów jest twórcą potęgi Uniwersytetu Opolskiego i jednocześnie założycielem Muzeum Uniwersyteckiego. Z zazdrością oglądałem piękne wnętrza muzealne, myślałem przy tym o problemach, z którymi zmagamy się na wrocławskim Uniwersytecie Medycznym, a które dotyczą powołania do życia muzeum. Może i my doczekamy się niebawem naszego własnego muzeum. Życzę tego zarówno sobie, jak i władzom uczelni..

Wasz Bywalec



KLUB LEKARZA DIL DLA LEKARZY-LITERATÓW

Muzyka, taniec oraz śpiew wypełniają od wielu miesięcy mury Klubu Lekarza DIL. Przyszedł czas, by wypełnić je również „żywym słowem”. Zależy nam na tym, by wyczerpać talent pisarski członków naszej Izby ujrzał światło dzienne. Chcemy pomóc lekarzom-literatom w promocji ich twórczości poprzez organizację wieczorów literackich pod nazwą „Lekarskie fantasmagorie”. Szanowne Koleżanki i Koledzy – nawiążcie z nami kontakt, jeśli znudziło się Wam pisanie wyłącznie „do szuflady”, zasygnalizujcie swoją pozamedyczną aktywność! Na wiadomości od zρέcznie władających piórem medyków czekamy pod adresem: dil@dilnet.wroc.pl Gwarantujemy – żadna nie pozostanie bez odpowiedzi.



Rada Klubu Lekarza DIL

Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/stethoscope-700385/821292, www.freemages.com/photos/ink-pot-1209425/asafesh



VI RAJD KARKONOSKI

Koleżanki! Koledzy!

Mariola Sędzimirska i Darek Zabłocki zapraszają na VI Rajd Karkonoski, który odbędzie się w dniach 22-24 września 2017 roku.

Tym razem spotkamy się w Nowym Gierałtowie „w Krajinie Szeptów”. Czekają na nas trasy turystyczne w masywie Śnieżnika.

Przedpłatę w wysokości **120 zł** prosimy przekazywać na konto: **32 1020 5112 0000 7102 0031 7875** (odbiorca konta – Dariusz Zabłocki) z dopiskiem „Rajd Karkonoski”.

Zabłyśnij na parkiecie!

KURS TAŃCA UŻYTKOWEGO DLA LEKARZY

Koleżanki i Koledzy

W każdy wtorek o godz. 18.30 spotykamy się w Klubie Lekarza DIL (Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45, parter), by doskonalić nasze umiejętności taneczne. Zajęcia odbywają się pod okiem profesjonalnego instruktora. Jeśli chcecie posmakować przyjemności tańca w parze, opanować podstawowe kroki różnych stylów tanecznych i uniknąć skrępowania na parkiecie, dołączcie do naszej grupy! Kurs tańca użytkowego jest wspólną inicjatywą Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz Klubu Lekarza DIL. Zapraszamy do wzięcia w nim udziału.

Leszek Pałka, Piotr Knast

KOMUNIKAT KOŁA LEKARZY SENIORÓW DIL

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

Kontakt z nami:

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

Zapraszamy członków oraz sympatyków Koła na nasze kolejne spotkanie, które odbędzie się **29 września 2017 r. o godz. 11.00 w sali konferencyjnej przy al. Matejki 6** we Wrocławiu.



BIEG UNIwersytetu Medycznego 2017

Bieg Uniwersytetu Medycznego 2017 odbędzie się **30 września**, start i meta przy USK, ul. Borowska 213. Dystans biegu to 10 km.

Wszystkich biegaczy zapraszamy do rejestracji na stronie: www.bieg.umed.wroc.pl

MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W BIEGACH GÓRSKICH

Delegatura Wałbrzyska Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zaprasza wszystkich sympatyków sportu do wzięcia aktywnego udziału w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Biegach Górskich, które odbędą się 13 sierpnia 2017 r. (niedziela) w Ludwikowicach Kłodzkich, w ramach VIII Biegu na Wielką Sowę.

*Bieg rozegrany zostanie w stylu alpejskim (pod górę). Dystans – 9,6 km. Suma przewyższeń – 600 m.

Zapisy: www.biegigorskie.pl

Kontakt: Jerzy Słobodzian, kom. 602 486 406

Źródło grafik: www.pixabay.com/photos/exercise-1293133 – obraz modyfikowany



CZAS NA RELAKS

Litery z pól oznaczonych cyframi od 1 do 10 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne).

Hasło prosimy przesłać na adres pocztowy lub e-mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl do 4 sierpnia 2017 r. z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka – nr 7-8/2017”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 9/2017 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

KOBIETA, KTÓRA COŚ ZBIERA, NP. ZNACZKI	1/2 SZKŁO POWIEKSZAJĄCE	ODMIANA JABŁONI BIŁE KANTEM DŁONI	WIERZCH PNI OŚRODEK WYPOCZYNKOWY NA MIERZEJ HELSKIEJ	PRZEDPORCIE NOTATNIK	SKAŁA PODWODNA (NP. KORALOWA)	DAWNY POLITYK EGIPSKI	PUNKT ŚRODKOWY	MADRY KRÓL BIBLIJNY PRZECIWPŁODZIOWY	9	3
			5				IMIE PROSEKARSKI DEMARCYK			
ODBLASK POŻARU NA NIEBIE			PIEKNO, KRAJA NAPÓJ ALKOHOLOWY MIEJSCE WYTOPU METALI	2		PAWEŁ, MALARZ JAPŃSKIE BUKCEARSTWO		CZEŚĆ OBRAZU		
KISI SIĘ Z OGÓRKAMI				MIEJSCE UCIECZKI PRZEPŁO- RECKI		PAWEŁ, MAŁASZYŃ- SKI		4	"PAWŁ." BLUZIŃ- SKIEGO	
STADO WILKÓW	ARGUMENT PRZECIW KOMUS SZTANDAR					PRZYGO- TOWUJE I HALEWA TRUNKI W BARZE		CZEŚĆ NOGI		
PAŃSTWO RAD WYŚLĄ	ODYSEUSZ	CZEŚĆ WYŚCIGU ZAMIEJSZA TARCIE		SCHRO- NIENIE DLA UCIE- KINIKA	CZEŚĆ ATLASU					
			POMOST NA STACJI PIERWIASTEK, PROMIENIOWY				NOTEĆ	METALOWY DRAG WŁAMYWA- CZA		ZAMIESZKI- WAŁ DĄCIE
BIJE WAŁĘTA STOLICA ŁÓDZY			SIOSTRA LULI WENEDY			NIEPO- RZĄDEK, BAŁAGAN				
		WAŁ USYPANY Z ZIEMI	7				10	PRZYSZŁA DO WOZA		6
ADA SPIEWACZKA POLSKA		8	PIENIĄDZ W USA					MAŁY ODŁAMEK BRYLY SKALNEJ		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” nr 5-6/2017: INSULINA

Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowani zostali:

1. Paulina Zalewska z Wrocławia, 2. Kamila Janusz z Wrocławia, 3. Joanna Rehan z Legnicy.

Wylosowanym lekarzom-szaradziom gratulujemy! Nagrodami są książki, które prześlemy pocztą.



NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 26 maja 2017 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskał **lek. dent. Jacek Matys**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 25 maja 2017 r. stopień naukowy doktora uzyskała **lek. Katarzyna Małgorzata Akutko**.

Komisja Historyczna i Kultury DRL ogłasza konkurs **pt. „POWÓDŹ 1997 I INNA WIELKA WODA W OCZACH LEKARZA”**

Wspomnienia o objętości do 10 stron komputeropisu prosimy przysyłać do 30 lipca 2017 r. na adres: Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław lub drogą e-mailową: kadry@dilnet.wroc.pl. Przewidziane są nagrody. I nagroda – 3 tys. zł.

dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska
przewodnicząca Komisji Historycznej i Kultury DRL

Terminy dyżurów

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

wiceprezes DRL Piotr Knast, czwartek, 13.00-14.00
wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30
sekretarz DRL Urszula Kanaffa-Kilijańska,
poniedziałek, 15.00-16.00
skarbnik Małgorzata Niemiec, czwartek, 15.15-16.00

Delegatura Wrocław:
wiceprezes Małgorzata Nakraszewicz, czwartek, 14.00-15.00
Delegatura Jelenia Góra:
wiceprezes Barbara Polek, wtorek, 10.00-11.00
Delegatura Legnica:
wiceprezes Ryszard Kępa, wtorek, 15.00-16.00
Delegatura Wałbrzych:
wiceprezes Dorota Radziszewska, wtorek, 15.00-16.00
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko, wtorek, 10.00-12.00
przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Włodzimierz Wiśniewski, piątek, 11.00-13.00

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

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

- medycyny ratunkowej do pracy w SOR w Głogowie,
- pediatrii,
- ginekologii i położnictwa,
- chirurgii ogólnej,
- internistów lub lekarzy rodzinnych do pracy w POZ w Głogowie.

Zapewniamy:

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

KONTAKT:

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

Zatrudnimy
lekarza rodzinnego
na pełny etat
w poradni POZ,
ul. Strachocińska 84,
51-511 Wrocław,
tel. 603 957 134

StomClinic Wałbrzych,
firma z wieloletnią tradycją,
zatrudni

lekarza stomatologa.

Istnieje możliwość
otrzymania mieszkania.

Praca w przyjaznym
i młodym zespole,
bardzo wysokie zarobki,
elastyczny czas pracy!

Tel. 506 048 676



Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu poszukuje
pracownika na stanowisko
lekarza-członka komisji lekarskich
(zatrudnienie w wymiarze **0,5 etatu**).

Wymagania formalne określone dla stanowiska:

- niezbędne wykształcenie wyższe medyczne z tytułem specjalisty,
- pożądany tytuł specjalisty w zakresie neurologii, chorób wewnętrznych, chirurgii, psychiatrii, ortopedii, medycyny pracy, medycyny rodzinnej,
- minimum 4 lata czynnego wykonywania zawodu lekarza.

Wymagane dokumenty:

- CV
- list motywacyjny
- kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie, specjalizację, doświadczenie

zawodowe, staż pracy oraz
aktualne zaświadczenie o prawie
wykonywania zawodu

- odręcznie podpisana klauzula o następującej treści: „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.)”.

Miejsce składania dokumentów:

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu
ul. Preflicza 11
50-930 Wrocław
Stanowisko informacji ogólnej
wejście A, od ul. Energetycznej
Telefon kontaktowy: 71 36 06 919

Więcej informacji na temat naboru
znajduje się na stronie internetowej
www.zus.pl w zakładce **Praca w ZUS**.

Dokumenty należy składać
do 21.07.2017 r.

WELCOME TO THE FUTURE

LEXUS
EXPERIENCE AMAZING

REWOLUCYJNY NAPĘD **4X4 E-FOUR** dostępny w SUV-ach **Lexusa**



PRZEWIDYWANIE

Przewidywanie sytuacji
na drodze dzięki systemowi **YRFC**

REAKCJA

Błyskawiczna reakcja na
zmianę warunków dzięki
systemowi **DTC**

KONTROLA

Pełna kontrola toru jazdy
dzięki systemowi **VDIM**

LEXUS NX JUŻ OD 149 000 PLN

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

Lexus NX – zużycie paliwa i emisja CO₂ w cyklu mieszanym odpowiednio: 5,0 do 8,1 l/100 km oraz 116 do 187 g/km (zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi), w zależności od rodzaju napędu i wersji wyposażenia. Zużycie paliwa i emisja spalin CO₂ w konkretnym pojeździe w warunkach drogowych może różnić się od podanych wyników pomiarów. Na zużycie paliwa i emisję CO₂ wpływa sposób prowadzenia pojazdu oraz inne czynniki (takie jak warunki drogowe, natężenie ruchu, stan pojazdu, ciśnienie w oponach, zainstalowane wyposażenie, obciążenie, liczba pasażerów itp.). Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wyczołanych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl.

Podana cena nie dotyczy prezentowanej wersji wyposażenia. Wymienione w reklamie systemy oraz napęd E-FOUR są dostępne w wybranych wersjach wyposażenia. Promocja obowiązuje do 31.08.2017 r. lub do wyczerpania zapasów. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Lexusa.