



Nr 10/2016 (315) październik 2016

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

MEDIACJA ZAMIAST PROCESU

s. 4-19



Program wspierania przedsiębiorczości 5000+



TOYOTA

ALWAYS A
BETTER WAY



TOYOTA
5000+

Program wspierania przedsiębiorczości 5000+ jest dedykowany właścicielom firm i osobom wykonującym wolne zawody. Będą oni mieli możliwość nabycia auta firmowego w bardzo atrakcyjnej cenie. Program ma charakter limitowany – będzie trwać do końca października lub do wyczerpania puli samochodów. Można z niego skorzystać tylko i wyłącznie w salonach Toyota!

Toyota Nowakowski Bielany Nowakowski

ul. Czekoladowa 10
Bielany Wrocławskie
tel. 71 799 60 60

f Toyota.Bielany.Nowakowski

Toyota Wałbrzych Nowakowski

ul. Uczniowska 21
Wałbrzych
tel. 74 648 17 00

f ToyotaWałbrzychNowakowski

www.ToyotaNowakowski.pl

Toyota Auris – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta od 3,5 do 6,2 l/100 km i od 79 do 143 g/km (cykl średni). Toyota RAV4 Hybrid – zużycie paliwa i emisja CO₂ 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 Touring Sports – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta od 4,2 do 6,3 l/100 km i od 109 do 145 g/km (cykl średni). Podane zużycie paliwa i emisja CO₂ zostały zmierzone zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi, dla różnych wersji wyposażenia na rynek europejski. Zestawienie zużycia paliwa i emisji CO₂ zawierające dane wszystkich nowych samochodów osobowych jest dostępne nieodpłatnie w każdym punkcie sprzedaży pojazdów. Zużycie paliwa i emisja 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.

SPIS TREŚCI

MEDIACJA ZAMIAST PROCESU

- 4** **Mediacja jako preferencyjna metoda rozwiązywania sporów** Ewa Gmurzyńska
- 8** **Mediacja – tu każdy wygrywa** Kinga Markert, Ryszard Markert
- 10** **Mediacje w sporach zbiorowych w ochronie zdrowia** Leszek Cichobłaziński
- 13** **Od konfliktu do porozumienia** Anna Masternak

KIEDY DIALOG NIE WYSTARCZY

- 16** **Kilka uwag na temat konfliktu między prawem lekarza do strajku a prawami pacjenta** Tomasz Sroka

Program 75+. Cienie i blaski

20

LEKARZ W WALCE Z EPIDEMIĄ OTYŁOŚCI

- 22** **Chirurgiczne leczenie otyłości** Rafał Mulek

Z POLITYKĄ W TLE

- 25** **Narodowa Służba Zdrowia a interes lekarzy** Maciej Biardzki

Wydarzyło się

28

Nasi stomatolodzy

33

PRAWO A MEDYCYNĄ

- 37** **Prawo na co dzień** Beata Kozyra-Łukasiak
- 39** **Nowe zasady wykonywania zawodu ratownika medycznego** Małgorzata Paszkowska

Kursy

42

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

43

Uchwały Prezydium DRL

44

Konferencje i szkolenia

45

Felietony

47

Pro memoria

48

Wspomnienia pośmiertne

49

Ogłoszenia

50

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: www.pixabay.com/photos/floor-1531509/Kiddos,
www.pixabay.com/photos/lightning-399853/sethink,
www.flickr.com/photos/27571702173_94e01fb80a_k/Visual Content,
www.flickr.com/photos/14325276536_9e0652b18b_h/urbandwellersrva/David Costa,M.J.

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 września 2016 r.

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

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum PW

I zaczęło się. 24 września tysiące lekarzy, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, diagnostów medycznych, dietetyków, logopedów, pielęgniarek, farmaceutów szpitalnych i psychologów klinicznych ramię w ramię szło ulicami Warszawy, by w słusznym proteście przeciwko zbyt małym nakładom na ochronę zdrowia dotrzeć z placu Zamkowego

na plac Konstytucji i przed siedzibą Kancelarii Premiera Rady Ministrów wyartkułować swoje niezadowolenie. To pierwszy wspólny uliczny protest wszystkich zawodów ochrony zdrowia zrzeszonych w Porozumieniu Zawodów Medycznych. Wśród haseł na transparentach można było dowiedzieć się, że m.in.: „kolejka poniżej pacjenta”, „pogotowie woła o pomoc”, „przepracowany personel naraża życie”, „nie samym powołaniem medyk żyje”, „wszyscy jesteśmy pacjentami”. Na czele manifestacji pracownicy medyczni nieśli na noszach symboliczne zwłoki pracownika służby zdrowia, który żył z pasji do ratowania. Ratownicy medyczni przyjechali przed kancelarię premiera karetką, a jeden z nich wyniósł z pojazdu wieniec i zostawił go przy bramie KPRM. Na końcową część manifestacji przybył minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Został zaproszony na scenę. Z jego ust padły słowa, które słyszymy od lat: służba zdrowia w Polsce jest w bardzo złej kondycji, dzieje się to nie od wczoraj, problem narasta od bardzo wielu lat. Mamy do czynienia z permanentnym niedofinansowaniem systemu służby zdrowia i widzimy wszyscy bardzo złą organizację. Stwierdził, że w ciągu ostatnich ośmiu lat państwo postanowiło się wycofać z odpowiedzialności za służbę zdrowia, zapewnił, że rząd „przystępuje z wielką energią i wielką wolą do zmian, które już następują”. Podkreślił, że przygotowywane są przepisy, które od przyszłego roku systematycznie będą prowadzić do podwyższania nakładów na służbę zdrowia. To przełoży się na sytuację pacjentów, którzy będą leczeni lepiej, ale także na lepszą sytuację wszystkich pracowników służby zdrowia. Zaprosił przedstawicieli protestujących na rozmowy, które mają się rozpocząć we wtorek. Niestety na pytania odpowiadać już nie chciał, a mnie osobiście najbardziej interesuje ten zapowiadany wzrost nakładów na ochronę zdrowia, a w zasadzie sam mechanizm.

W Polsce na ochronę zdrowia wydajemy w sumie nieco ponad 6,5 proc. PKB. W tym, obok wydatków ponoszonych w sferze niepublicznej jest około 68 mld zł w budżecie NFZ i około 20 mld zł nakładów na leki. To dużo pieniędzy, ale i tak spośród 34 krajów monitorowanych przez OECD tylko Estonia i Meksyk mają mniejszy udział tych wydatków niż Polska – niecałe 6 proc. PKB. W Portugalii jest to prawie 10 proc., a w Niemczech aż 11,3 proc. Z danych Banku Światowego wynika, że w USA wydatki te wynoszą 17,9 proc., a w Japonii 10,1 proc. Tymczasem na polskim rynku niepublicznym „wala się” około 24 mld złotych rocznie bez żadnej kontroli i uporządkowania! Konstanty Radziwiłł pytany przeze mnie o umożliwienie uruchomienia dodatkowych ubezpieczeń, które uporządkowałyby rynek niepublicznych usług zdrowotnych, stwierdził, że finanse, to nie jest sprawa resortu zdrowia. W podtekście należy zrozumieć, że nie ma przyzwolenia politycznego na jakiegokolwiek działania związane z oficjalnym sięganiem do kieszeni podatników za akceptacją i z inicjatywy obecnego rządu. To bardzo krótkowzroczna polityka. Przecież umożliwienie funkcjonowania choć części takiego systemu ukierunkowałoby strumień pieniędzy niepublicznych w zdrowiu, poprawiło efektywność ich wydawania i odciażyło system publiczny od lepiej sytuowanych pacjentów, a do tego uratowałoby sektor niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jak na razie wszystko wskazuje jednak na to, że dla partii rządzącej odważne rozwiązywanie problemów ochrony zdrowia jest zbyt ryzykowne i mniej ważne od przekazu politycznego, według którego obywatelom ma się należeć wszystko, za to co mamy teraz. Kolejny rząd postanowił grać na czas, mieszając herbatę bez dosypywania cukru w nadziei, że stanie się słodsza.

Tymczasem cierpliwość pracowników sektora ochrony zdrowia jest na wyczerpaniu, pierwszy protest zakończył się deklaracją podjęcia kolejnych rozmów. Z Wrocławia pojechało do Warszawy 180 osób. Dolnośląska Izba Lekarska sfinansowała w połowie wyjazd naszej grupy protestacyjnej. Pozostaje teraz czekać na efekty zapowiedzianego spotkania z ministrem.

P. Wójcik

Mediacja jako preferencyjna metoda rozwiązywania sporów dotyczących zdarzeń medycznych



Tekst Ewa Gmurzyńska

Źródło grafiki: www.freeimages.com/photos/gavel-5-1236432/Jason Morrison**DR HAB. EWA
GMURZYŃSKA**

Ukończyła Wydział Prawa i Administracji UW oraz studia LLM na University of Florida w Stanach Zjednoczonych. Uzyskała tytuł doktora praw oraz habilitowała się na WPIA UW. Jest wpisana na listę radców prawnych Okręgowej Izby Radców Prawnych w Warszawie. Adiunkt na WPIA UW. Wykłada mediacje w sporach prawnych na WPIA UW, prowadzi klinikę mediacji, Centrum Prawa Amerykańskiego od 1998 r. oraz jest kierownikiem Studiów Negocjacji, Mediacji i innych ADR. Współzałożycielka i członek zarządu fundacji Centrum Rozwiązywania Sporów i Konfliktów przy WPIA UW. Jest mediatorem w sporach gospodarczych, cywilnych i akademickich. Autorka wielu artykułów o mediacji, książki „Mediacje w systemie amerykańskim – studia porównawcze” (2007) oraz „Rola prawników w alternatywnych metodach rozwiązywania sporów” (2014), współautorka i red. naczelny podręcznika „Teoria i praktyka mediacji”, wyd. I (2009) i wyd. II (2014).

Specyfika sporów dotyczących zdarzeń medycznych

Zdarzenia medyczne są specyficzną dziedziną zarówno ze względu na duży stopień skomplikowania tych spraw od strony prawnej, jak i poziom emocji, który towarzyszy sytuacjom związanym z pogorszeniem się stanu zdrowia czy nawet utratą życia pacjenta. Spory te są także trudne emocjonalnie dla lekarzy, ponieważ mogą mieć wpływ na ich reputację, a także przyszłą karierę. Spory sądowe w tych sprawach zaliczane są do wyjątkowo trudnych i kosztownych, a ze względu na kompleksowość zagadnień dot. odpowiedzialności za zdarzenie medyczne toczą się latami. Postępowanie w tych sprawach wymaga wiedzy specjalnej od sędziów i prawników reprezentujących strony i często wielokrotnego sporządzania opinii przez biegłych oraz instytuty naukowe. Przeciętnie w każdej sprawie sądowej dot. zdarzeń medycznych sporządzane są trzy opinie biegłych. Odpowiedzialność personelu medycznego jest złożona, gdyż podlegają oni odpowiedzialności karnej, cywilnej i dyscyplinarnej, i coraz trudniej ją ustalić, gdyż współczesna medycyna bazuje na zespołowości leczenia, gdzie określone obszary są powierzone różnym osobom. Do tego dochodzą takie elementy jak stopniowe poszerzanie się zakresu odpowiedzialności lekarzy i placówek medycznych wobec pacjentów oraz wzrost wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia za szkodę i krzywdę doznaną w wyniku zdarzeń medycznych.

Z uwagi na skomplikowany i długotrwały charakter spraw sądowych dot. zdarzeń medycznych, a także występujące w nich elementy osobiste i emocjonalne po obu stronach, coraz częściej na świecie wprowadza się w nich alternatywne do sądowych postępowania zawierające elementy mediacji, negocjacji i arbitrażu, a także zachęca do stosowania mediacji. W Polsce ustawodawca także dostrzegł konieczność zmian w tym zakresie i przyjął w nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. z 2011 r. nr 113, poz. 660) alternatywne do sądowego postępowanie przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Postępowanie miało mobilizować strony ew. postępowania przed sądami do korzystania z alternatywnej, taniej i szybkiej procedury, która w założeniu miała być organem ugodowo-mediacyjnym. Pomimo to brak jest jednak w tym postępowaniu cech, które są najbardziej istotne w mediacji, takich jak możliwość decydowania strony o przebiegu procesu oraz treści ugody, nieformalność procedury, podjęcie dialogu

przez strony zmierzającego do satysfakcjonującego dla nich wyniku opartego na tym, co jest dla nich słuszne i możliwe do zaakceptowania czy też prowadzenie przez strony negocjacji opartych na szerokich interesach. Wprawdzie po stwierdzeniu przez komisję, że zdarzenie miało miejsce, na drugim etapie ustawodawca przewidział możliwość negocjacji odnośnie do kwoty odszkodowania lub zadośćuczynienia (do 100 tys. zł w przypadku dochodzenia odszkodowania przez pacjenta i 300 tys. zł w przypadku dochodzenia zadośćuczynienia w przypadku śmierci pacjenta). Jednak nawet w tych granicach możliwość negocjacji jest bardzo niewielka, gdyż zakład ubezpieczeń przedstawia wnioskodawcy, czyli pacjentowi lub jego rodzinie propozycje odszkodowania, a jeśli wnioskodawca nie zaakceptuje tej propozycji, wówczas pozostaje mu jedynie wniesienie sprawy do sądu.

Zgodnie z raportem z badania spraw sądowych o błędy medyczne i z badania orzecznictwa wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w 62 proc. przypadków kwoty oferowane pacjentom były nie większe niż 10 tys. zł., w 28 proc. przypadków kwoty te oscylowały między 10 a 50 tys. zł., a tylko w 9 proc. przypadków kwoty odszkodowań przekraczały 50 tys. zł. Należy podkreślić, że te propozycje dotyczą wyłącznie spraw, w których komisja stwierdziła już, że zdarzenie niepożądane miało miejsce. Oferowane kwoty odszkodowań należy także ocenić w tym kontekście, że warunkiem ugody jest zrzeczenie się wszelkich roszczeń wynikających z tych zdarzeń przez pacjenta, co powoduje dla nich daleko idące konsekwencje. Przepisy dotyczące postępowania przed komisjami wojewódzkimi stwarzają szansę na szybsze rozwiązywanie sporów wynikających ze zdarzeń medycznych. Pomimo to, z powodu niskiej satysfakcji wnioskodawców spowodowanej głównie zaniżonymi ofertami, które nie wystarczają do zrekompensowania szkód przez nich poniesionych oraz brakiem możliwości ich negocjowania w ramach tego postępowania, przepisy te nie spełniają pokładanych w nich nadziei na zmniejszenie ilości spraw kierowanych do sądów powszechnych.

Dlaczego mediacja?

Analiza charakteru zdarzeń medycznych, a także spraw sądowych w tych sporach wskazuje na to, że mediacja jest metodą, która może w nich znajdować szczególne zastosowanie. Potwierdzeniem tej tezy jest praktyka w różnych krajach, w których coraz częściej wykorzystuje się metody ADR (Alternative Dispute Resolution) nie tylko do rozwiązywania konkretnych sporów między pacjentem a lekarzem czy placówką medyczną, ale także wprowadza się systemowe rozwiązania w placówkach leczniczych. W wyniku mediacji, opartych na autonomii stron, dochodzą one do satysfakcjonującego rozwiązania opartego na ich przekonaniu o tym, co jest dla nich najważniejsze i możliwe do zaakceptowania, a także dochodzi do ostatecznego zakończenia sporu. Niezależnie od takich cech jak szybkość postępowania, stosunkowo niewielkie koszty ze względu na to, iż nie prowadzi się tu postępowania dowodowego z udziałem biegłych i świadków czy nieformalność tej metody, mediacja charakteryzuje się cechami niezbędnymi do efektywnego rozwiązywania sporów w zdarzeniach medycznych.

A. Zapewnienie poufności przekazywanych informacji

Poufność, jako jedna z głównych zasad mediacji zagwarantowana art. 1834 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego, umożliwia stronom wymianę informacji, szerszą komunikację, jednocześnie bez obaw, że określone informacje zostaną wykorzystane w sądzie, jeśli dojdzie do postępowania formalnego i może spowodować odpowiedzialność personelu medycznego lub szpitala. Przepisy zobowiązują do poufności zarówno mediatora, jak i strony w równym stopniu, aby zapewnić otwartą komunikację, która może doprowadzić do zawarcia ugody. Poufność może mieć znaczenie nie tylko ze względu na swobodną wymianę informacji między stronami, ale także gdy lekarz lub szpital zdecydują się przeprosić pacjenta. W tym przypadku uczestnicy nie muszą się obawiać, że w ewentualnym postępowaniu przed sądem przeprosiny mogą być wykorzystane jako przyznanie się do winy.

B. Wspomaganie komunikacji między stronami

Często po zgłoszeniu problemów przez pacjentów, które mogą być następstwem zdarzenia medycznego, komunikacja między stronami jest za-

” —
Przyjęte od 1 stycznia 2016 r. zmiany w ustawie o zmianie niektórych ustaw, w związku ze wspieraniem polubownych metod rozwiązywania sporów (Dz.U.2015.1595) zmierzające do szerszego zastosowania tej metody, mogą sprzyjać zwiększeniu ilości spraw kierowanych do mediacji w sporach cywilnych chociażby z uwagi na nowe przepisy dotyczące m.in.: wzmocnienia zasady poufności obowiązującej wszystkie podmioty biorące w niej udział, obowiązek nakłaniania stron do mediacji przez sądy, obowiązek informowania w pozwie o tym, czy strony podjęły próbę mediacji lub innego pozasądowego sposobu rozwiązania sporu przed skierowaniem spraw do sądu, prowadzenia list mediatorów stałych przez sądy okręgowe czy też zachęt finansowych dla stron, między innymi zwolnienie z kosztów mediacji stron, które zostały zwolnione z kosztów sądowych. “

” —
Zastosowanie mediacji w sprawach cywilnych w Polsce, pomimo wprowadzenia tej metody do systemu prawnego w Kodeksie postępowania cywilnego już w 2005 roku, jest do tej pory niewielkie. Według statystyk Ministerstwa Sprawiedliwości ilość spraw kierowanych przez sądy do mediacji stopniowo wzrasta, wciąż stanowią one jednak bardzo niewielki odsetek spraw w stosunku do wszystkich spraw wpływających do sądów. “



burzona, gdyż lekarze zaprzestają kontaktów z pacjentem ze względu na chęć uniknięcia ewentualnej odpowiedzialności. Zerwanie komunikacji przez placówkę medyczną lub lekarza z pacjentem zwiększa prawdopodobieństwo wniesienia sprawy do sądu, gdyż czuje się on wtedy ignorowany i bezsilny, a także wpływa to na jego podejrzliwość wobec lekarza i szpitala. Jak wynika z badań prowadzonych wśród pacjentów, dla nich bardzo ważna jest informacja na temat tego, co było przyczyną zdarzenia i jeśli taka informacja nie jest im przekazywana, nie mając innej możliwości jej uzyskania, kierują sprawę do sądu. W czasie mediacji strony mają możliwość spotkania się twarzą w twarz. Nawet, jeśli w mediacji uczestniczy jedynie przedstawiciel szpitala i ubezpieczyciela, a nie personel medyczny, w wyniku którego działań doszło do zdarzenia, to strony mogą porozmawiać o tym, co się wydarzyło, jakie rzeczywiste szkody poniósł pacjent, w jaki sposób można uniknąć podobnych przypadków w przyszłości czy też wyrazić ubolewanie i żal z powodu zaistniałej sytuacji. W czasie mediacji pacjenci mają większą szansę na to, aby być wysłuchanymi i aby odpowiedziano im na ważne dla nich pytania dot. zdarzenia, a nawet na wyrażenie silnych emocji. Takie bezpośrednie spotkania mogą mieć także wartość dla lekarzy, którzy skargi pacjentów odczytują często jako atak na ich integralność, a także zagrożenie dla swojej reputacji i kariery, przez co przyjmują postawę defensywną. Dzięki tym spotkaniom mogą opowiedzieć bardziej otwarcie o wydarzeniu, ograniczyć swoją postawę obronną, wysłuchać historii pacjenta i nawiązać z nim ponownie kontakt.

C. Zaspokojenie szerokich interesów stron i zapewnienie bezpiecznej procedury

Badania przeprowadzone wśród pacjentów wskazują, że w sprawach zdarzeń medycznych pacjenci nie chcą się mścić i nie oczekują wysokiego odszkodowania, chociaż kwestie materialne są istotne ze względu na konieczność pokrycia kosztów leczenia czy też rekompensaty za zmniejszenie możliwości zarobkowych, ale zależy im na zaspokojeniu trzech potrzeb. Pierwsza potrzeba to otrzymanie przeprosin w jakiejś formie od lekarza lub placówki medycznej, co jest symbolicznym okazaniem szacunku, a także potwierdzeniem, że zdarzenie miało miejsce oraz przyznaniem, że pacjent doznał cierpienia. Po drugie, pacjenci, a także ich rodziny chcą zrozumieć, dlaczego i w jakich okolicznościach doszło do zdarzenia, kto był za nie odpowiedzialny. I wreszcie ważne jest dla nich, czy i w jaki sposób można uniknąć niepożądanych zdarzeń w przyszłości, aby szkody tego rodzaju były zminimalizowane w odniesieniu do innych osób. Mediacja, która toczy się w bezpiecznej i pofunkcyjnej atmosferze, daje szansę na wyrażenie emocjonalnych potrzeb pacjentów i ich rodzin oraz dialog na temat szeroko rozumianych potrzeb i interesów. W przypadku lekarzy, którzy odczuwają duży stres i dyskomfort z powodu tego, że mogli wyrządzić komuś krzywdę, utraty wiary we własne możliwości, obawę przed odpowiedzialnością, izolacją w środowisku czy też brak możliwości podzielenia się informacją o tym, co się zdarzyło, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa jest niezwykle istotne. Ze względu na problematykę dotyczącą ważnych wartości zarówno po stronie pacjenta, jak i lekarza, istotną rolę odgrywa możliwość przedstawienia swoich emocji i obaw oraz zapewnienie bezpiecznej atmosfery, odmiennej od tej, która towarzyszy postępowaniom sądowym.

D. Kreatywne rozwiązania

Ze względu na to, że celem mediacji jest szerokie podejście do sporu, możliwe są w niej rozwiązania, które wychodzą poza zakres pozwu, czy też poza zakres środków przewidzianych

w ustawie o prawach pacjenta, ograniczających się do zawarcia ugody w zakresie określonych kwot odszkodowania czy zadośćuczynienia. W postępowaniach tych strony, a przede wszystkim ich pełnomocnicy, skupiają się przede wszystkim na wykazaniu, że zdarzenie miało miejsce, związku przyczynowego między zdarzeniem a szkodą oraz wysokością odszkodowania. Nie ma w nim miejsca na kreatywne rozwiązania, które mogą być efektem otwartej rozmowy między stronami o tym, co się wydarzyło. Biorąc pod uwagę oczekiwania pacjentów nieograniczające się do uzyskania odszkodowania, możliwe są rozwiązania, które wychodzą poza wymiar finansowy, np. zobowiązanie się szpitala do podjęcia pewnych działań organizacyjnych czy logistycznych zmierzających do wyeliminowania niekorzystnych zdarzeń, przekazanie określonych kwot na cele charytatywne, czy też utworzenie specjalnego funduszu. Ponadto, w mediacji w sprawach zdarzeń medycznych niebagatelną rolę mogą odgrywać przeprosiny wyrażone w stosunku do poszkodowanego. Przeprosiny mają charakter intymny i należą do delikatniej materii leżącej w sferze emocjonalnej obu stron, wobec czego mediator może przedyskutować z każdą z nich, na przykład podczas spotkań na osobności, możliwość i zakres przeprosin. Ponieważ przeprosiny są często interpretowane jako przyznanie się do winy, personel medyczny – ze względu na grożącą im odpowiedzialność – unika przeprosin. Ważną rolę odgrywa tu wspomniana zasada poufności mediacji, która gwarantuje, że informacje o przeprosinach nie zostaną przekazane dalej.

E. Zapewnienie równowagi między stronami

W sporach dotyczących zdarzeń medycznych w większości sytuacji występuje nierówność między stronami, gdyż pacjent nie ma często dostatecznych środków na specjalistyczną pomoc prawną, natomiast z drugiej strony występuje szpital i ubezpieczyciel, które to podmioty są reprezentowane przez pełnomocników specjalizujących się w dziedzinie zdarzeń medycznych i prawie ubezpieczeniowym. Czasami, również w mediacji, te różnice są trudne do zniwelowania, jednak rolą mediatora jest dążenie do zapewnienia równowagi stron, przez stosowanie odpowiednich technik mediacyjnych, zapewnienie osobie niemającej profesjonalnej reprezentacji możliwości skonsultowania się z prawnikiem, a także udziału członków rodziny czy bliskich wspierających go w negocjacjach. Zapewnienie większej równowagi między stronami jest szczególnie ważne w obliczu analizy przytaczanego raportu, z którego wynika, iż dominującą grupę poszkodowanych w przeprowadzanych badaniach stanowili pacjenci o złej lub bardzo złej sytuacji materialnej. W 68 proc. spośród wszystkich przebadanych spraw sąd zwolnił poszkodowanych w całości od ponoszenia kosztów sądowych. Brak równowagi może wynikać także z różnego poziomu wykształcenia pacjenta i lekarza, z innego poziomu wiedzy medycznej, a także tradycyjnych, paternalistycznych relacji lekarzy z pacjentem. Zapewnieniu tej równowagi służą techniki mediacyjne mające na celu zniwelowanie tych różnic, m.in. dowartościowanie słabszej strony, rozmowy na osobności, przeznaczenie podobnego czasu na wypowiedzi, upewnienie się czy strona została dobrze zrozumiana i czy rozumiała wypowiedź drugiej strony, czy też zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i czuwanie nad przebiegiem mediacji.

Praktyczne zastosowanie mediacji w sporach dotyczących zdarzeń medycznych

Zastosowanie mediacji w sprawach cywilnych w Polsce, pomimo wprowadzenia tej metody do systemu prawnego w Kodeksie postępowania cywilnego już w 2005 roku, jest do tej

pory niewielkie. Według statystyk Ministerstwa Sprawiedliwości ilość spraw kierowanych przez sądy do mediacji stopniowo wzrasta, wciąż stanowią one jednak bardzo niewielki odsetek spraw w stosunku do wszystkich spraw wpływających do sądów. Jeszcze mniejsze proporcjonalnie jest wykorzystanie mediacji w sprawach dotyczących zdarzeń medycznych. Z przywołanego raportu, opracowanego w 2015 r., wynika, że w 183 sprawach sądowych, które były poddane badaniu, jedynie w trzech z nich doszło do ugodowego zakończenia sporu (1,64 proc.). W tym w trzech przypadkach została zawarta ugoda przed sądem, a w jednym ugoda pozasądowa. Natomiast w żadnym z badanych przypadków nie zawarto ugody przed mediatorem. Na podstawie tych badań trudno stwierdzić, czy sądy nie kierują spraw dot. zdarzeń medycznych do mediacji, uznając je za sprawy na tyle kompleksowe od strony prawnej, iż nie nadają się do mediacji, z obawy że nie ma mediatorów wyspecjalizowanych w tej dziedzinie i istnieje wątpliwość co do ich kompetencji czy też strony lub ich pełnomocnicy nie wyrażają zgody na mediację. Możliwe jest, że wszystkie te przyczyny występują równocześnie. Ponadto dochodzą jeszcze inne czynniki, które są wymieniane jako hamujące rozwój mediacji i metod alternatywnych w tych sporach, w szczególności specyficzną kulturę milczenia odnoszącą się do sytuacji wynikających z niepożądanych zdarzeń medycznych. Poza tym w sporach dotyczących tych zdarzeń lekarze niechętnie spotykają się twarzą w twarz z pacjentem, a ich udział w mediacji jest raczej wyjątkiem, a nie regułą, gdyż często prawnicy, pomimo iż mediacja jest poufna, z dużą ostrożnością podchodzą do udziału swoich klientów w mediacji, ze względu na możliwość przekazania informacji, która mogłaby być wykorzystana później przez drugą stronę. Ponadto przeszkodą może być także postawa pacjentów, ze względu na to, że chcą, aby sąd jako organ wymierzający sprawiedliwość przyznał im rację i w ten sposób uznał ich cierpienie i krzywdę. Podobnie lekarze mogą dążyć do procesu po to, by uratować swoją reputację i dobre imię.

Przyjęte od 1 stycznia 2016 r. zmiany w ustawie o zmianie niektórych ustaw, w związku ze wspieraniem polubownych metod rozwiązywania sporów (Dz. U. 2015.1595) zmierzające do szerszego zastosowania tej metody, mogą sprzyjać zwiększeniu ilości spraw kierowanych do mediacji w sporach cywilnych chociażby z uwagi na nowe przepisy dotyczące m.in.: wzmocnienia zasady poufności obowiązującej wszystkie podmioty biorące w niej udział, obowiązek nakłaniania stron do mediacji przez sądy, obowiązek informowania w pozwie o tym, czy strony podjęły próbę mediacji lub innego pozasądowego sposobu rozwiązania sporu przed skierowaniem spraw do sądu, prowadzenia list mediatorów stałych przez sądy okręgowe czy też zachęt finansowych dla stron, między innymi zwolnienie z kosztów mediacji stron, które zostały zwolnione z kosztów sądowych.

Środowiska związane z promowaniem mediacji pokładają nadzieję w nowych przepisach na zwiększenie ilości spraw rozwiązywanych tą drogą, tym bardziej że w niektórych dziedzinach, np. w mediacjach gospodarczych, liczba ta zaczyna rosnąć. Mediacja jest metodą, która jak wskazano powyżej, przystaje do materii rozwiązywania i rozstrzygania skomplikowanych z prawnego i emocjonalnego punktu widzenia spraw dot. zdarzeń medycznych. Dziedzina ta wymaga jednak kompleksowego i systemowego podejścia. Jednym z możliwych rozwiązań byłoby wpisanie do ustawy o prawach pacjenta na etapie negocjacji możliwości prowadzenia negocjacji opartych na interesach między ubezpieczycielem a wnioskodawcą,

przynajmniej do wysokości ustalonej w ustawie. Ponadto celowa byłaby możliwość negocjowania nie tylko określonej wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia, ale także innych elementów odnoszących się do szerokich interesów stron czy też wprowadzenie mechanizmów zapobiegających zaniżaniu pierwszej oferty. Innym postulatem jest też wdrożenie systemowych zmian polegających na zobowiązaniu placówek medycznych do zaproponowania pacjentom mediacji w każdej sprawie, w której nastąpiło zdarzenie medyczne na wczesnym etapie, zanim sytuacja wynikająca z braku komunikacji, zmusi pacjenta do wniesienia sprawy do sądu. Takie systemowe podejście stosowane jest na świecie w różnych organizacjach, włącznie z placówkami medycznymi, a ich celem jest rozwiązanie sporów na wczesnym etapie, bez ponoszenia wysokich kosztów związanych z postępowaniami przed sądami.

W systemie ochrony zdrowia, zdarzenia o niepożądanym charakterze są nieuniknione niezależnie od tego, jak dobrze funkcjonuje ten system, a ich skala jest duża ze względu na powszechność ochrony zdrowia. Dlatego właśnie w tych sporach rozwiązania systemowe mogą być szczególnie przydatne i uzasadnione z punktu widzenia ekonomicznego. Ponadto specjalizacja mediatorów w tych sprawach może spowodować większe zaufanie sędziów i pełnomocników do tej grupy, a w konsekwencji częstsze kierowanie spraw do mediacji przez sądy oraz zgodę stron na mediację. Z pewnością powinny być to osoby, które oprócz ogólnych umiejętności mediacyjnych dysponowałyby wiedzą na temat stosunków panujących w służbie zdrowia, etyki lekarskiej, stosunków pacjent – lekarz, posiadałyby wiedzę medyczną oraz prawną z zakresu prawa medycznego i prawa ubezpieczeń. W idealnym modelu takie mediacje w trudnych przypadkach mogłyby być prowadzone przez dwóch mediatorów, którzy oprócz znajomości technik mediacyjnych i komunikacyjnych mieliby wiedzę prawniczą oraz wiedzę medyczną. Ponadto, udział w mediacji osoby niebędącej lekarzem mógłby pozytywnie wpływać na zaufanie stron do procesu.

Bibliografia

- Bogdansky T., *Medical Negligence Dispute Resolution: A Role for Facilitative Mediation and Principled Negotiation?* 20 ADR Journal 77 z 2009.
- Cohen J.R., *Advising Client to Apologize*, South California Law Review nr 72 z 1999.
- Frąckowiak H.M., *Postępowanie przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, Warszawa 2016.
- Gallagher T. i in., *Patients and Physicians Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors*, JAMA, nr 289 z 2003 r., s.1001.
- Gmurzyńska E., Morek R. (red.), *Mediacja. Teoria i praktyka*, Warszawa 2015.
- Gmurzyńska E., *Znaczenie przeprosin w rozwiązywaniu sporów prawnych. Przykłady uregulowań prawnych i orzecznictwa w systemie common law*, Studia Iuridica 59, 2014.
- Gmurzyńska E., Morek R., *O problemach rozstrzygania spraw o błędy lekarskie i roli mediacji*, kwartalnik ADR nr 3(15) 2011, s. 43-77.
- Kraman S., Hamm G., *Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy*, Annals of Internal Medicine nr 131, grudzień 1999.
- Kubiak R., *Prawo Medyczne*, Warszawa 2014.
- Marek Z., *Błąd Medyczne. Odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków 2007.
- Nestorowicz M., *Prawo Medyczne. Komentarze glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2014.
- Zduński I., *Zadośćuczynienie i odszkodowanie w świetle działalności wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, [w:] Zgoliński I. (red.) *Odszkodowanie i zadośćuczynienie w prawie polskim*, Bydgoszcz 2012.
- Raport z badania spraw sądowych o błędy medyczne i z badania orzecznictwa Wojewódzkich Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*; <http://bf.com.pl/odszkodowania/poszkodowany-pacjent-sadzie-komisja-raport-badania>



Mediacja – tu każdy wygrywa

Do Komisji Etyki OIL w Łodzi trafiła skarga na lekarza kontrolującego działalność poradni specjalistycznej, który po wstępnym przejrzeniu historii chorób, w obecności pielęgniarek i rejestratorek, podważył umiejętności zawodowe pracującego tam specjalisty. Urażony lekarz po konsultacjach ze swoim pełnomocnikiem rozważał skierowanie sprawy do sądu lekarskiego.

Konflikt – szansa czy zagrożenie

Spory między pracownikami dotyczą zazwyczaj oceny i organizacji pracy, podziału zadań, zakresu kompetencji, relacji w pracy, dyscypliny, dyskryminacji, mobbingu, molestowania seksualnego lub zwolnienia z pracy.

Dla instytucji koszty destrukcyjnych konfliktów w pracy są ogromne. Wiążą się przede wszystkim z utratą czasu pracy i efektywności działania personelu. Pracownicy w eskalującym konflikcie prowadzą niekończącą się korespondencję e-mailową, zajmują się zbieraniem dowodów na swoją korzyść, budowaniem koalicji i wymianą plotek na przedłużających się przerwach od pracy. Do tego nie dzielą się informacjami i wiedzą, nie podejmują ryzyka oraz nie wykazują inicjatywy. Koncentrują się na problemach, a nie na rozwiązaniach. Wpływa to na obniżone morale, powszechne staje

się narzekanie, zwiększona absencja i rotacja personelu. Na koniec na szwank wystawiony jest wizerunek placówki, a rachunek instytucji obciążają koszty formalnych procedur wyjaśniających i sądowych.

Z drugiej strony te same konflikty mogą doprowadzić do ujawnienia ukrytych problemów, które dzięki wyjściu na światło dzienne mają szansę na rozwiązanie. Dzięki dobrze pokierowanemu konfliktowi likwidowane są przyczyny nieporozumień: nieudane procedury, źle ustawione procesy, zła struktura organizacji. Efektywność współpracy rośnie dzięki zaangażowaniu pracowników w dialog, współpracę i realizację wspólnych celów.

Jak zamienić walkę na współpracę

Instytucja mediacji wprowadzona jest do Kodeksu postępowania karnego (od 1997 r.), Kodeksu postępowania cywilnego (od 2005 r.) oraz do postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy Ustawą o izbach lekarskich z 2009 r. Jest to nieformalna, dobrowolna procedura alternatywna do postępowania sądowego, polegająca na interwencji w spór lub negocjacje neutralnej i bezstronnej osoby, zaakceptowanej przez strony. Zadaniem mediatora jest pomoc w określeniu stron konfliktu i sposobu ich włączania w rozmowy, wprowadzenie i pilnowanie struktury rozmowy, zdefinio-

KINGA MARKERT

Mediator z listy warszawskiego Sądu Okręgowego z ramienia dwóch ośrodków: Markert Mediacje i Centrum Rozwiązywania Sporów i Konfliktów przy Wydziale Prawa i Administracji UW. Specjalizuje się w sporach pracowniczych i mediacjach biznesowych. Kontakt: kinga.markert@mediacje.biz

RYSZARD MARKERT

Mediator OIL w Łodzi

Tekst: Kinga Markert, Ryszard Markert

Co robić, aby spraw kierowanych do mediacji było więcej w środowisku medycznym? Trzeba pamiętać, że warto rozmawiać, a mediacja daje szansę na rozwiązanie, w którym każdy wygrywa.

wanie istotnych interesów stron oraz wspieranie uczestników w osiągnięciu satysfakcjonującego porozumienia. Mediator nie rozstrzyga sporu i nie narzuca decyzji. Strony są autorami rozwiązania i zachowują pełną kontrolę nad postanowieniami ugody. Mediator musi też zaakceptować brak porozumienia, jeżeli taka jest wola stron. Wtedy, w przypadku sporu w środowisku medycznym, strony mogą wnieść sprawę do sądu lekarskiego lub cywilnego.

Korzyści z mediacji są nie do przecenienia. Dzięki zaangażowaniu zainteresowanych udana mediacja doprowadza do trwałego usunięcia konfliktu. Trwa też krócej w porównaniu z tradycyjnym postępowaniem formalnym. W mediowanych przez nas sprawach strony potrzebują przeciętnie dwóch, trzech spotkań na osiągnięcie porozumienia. Ważnym atutem mediacji jest też zapewnienie poufnej procedury i uniknięcie publicznego roztrząsania problemów. Najważniejszą długofalową zaletą jest to, że strony mają możliwość wysłuchania się wzajemnie i zrozumienia swoich motywów postępowania. Nie traci się czasu na udowadnianie winy czy dochodzenie, kto ma rację. Pozwala to zmniejszyć poczucie krzywdy i uchronić przed pretensjami w przyszłości, czego nie jest w stanie zapewnić arbitralna decyzja lub wyrok sądu. Dodatkowym efektem mediacji jest budowanie przekonania pracowników, że można otwarcie rozmawiać i wspólnie poszukiwać rozwiązania problemów. Jedną z istotniejszych korzyści wskazanych przez strony prowadzonej mediacji w sporze zbiorowym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie było to, że po osiągnięciu ugody mediacyjnej związek zawodowy lekarzy i dyrekcja samodzielnie, bez dalszej konieczności zatrudniania mediatora, negocjowali nowe pojawiające się zagadnienia.

W opisanym wyżej przypadku konfliktu w trakcie postępowania ugodowego lekarz i kontrolujący mieli okazję wyjaśnić sobie okoliczności zdarzenia, które doprowadziły do sporu. Lekarz został przeproszony przez kontrolującego za formę, w jakiej została zwrócona mu uwaga w poradni. Wypracowano też akceptowany dla obu stron poprawny sposób prowadzenia dokumentacji medycznej.

Jeśli przed mediatorem zostanie zawarta ugoda, na wniosek stron może zostać zatwierdzona przez sąd cywilny. Nabiera wtedy mocy prawnej ugody sądowej. Po nadaniu klauzuli wykonalności stanowi tytuł egzekucyjny w przypadku niewywiązania się z uzgodnień zawartych w porozumieniu.

Mediacja w sporach lekarskich

Do postępowania mediacyjnego w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może skierować jedynie rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego lub sąd lekarski w trakcie postępowania przed tymże sądem. Warunek ten w sposób znaczący wpływa na rodzaj spraw trafiających do mediatora. Sprawy wniesione przez lekarza na lekarza są niezbyt częste. Zazwyczaj dotyczą naruszenia zasad etyki lekarskiej. Przykładem może być wstrzymanie od planowanej operacji i natychmiastowe wypisanie do domu przebranego już w koszulę operacyjną chorego przez kolegę z tego samego oddziału pod pretekstem braku wskazań do zabiegu. W przebiegu postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez Komisję Etyki uzyskano informację, że pacjent powtórnie zgłosił się do tego samego lekarza i był operowany.

Podobna sprawa, tym razem na szczęście bez udziału chorego, związana była z reakcją lekarza oddziału szpitalnego, do którego zwrócił się lekarz SOR-u z prośbą o konsultację, załączając również wcześniej wykonane zdjęcie rtg. Jediną odpowiedzią na blankiecie konsultacyjnym był wpis: „Co za baran to przysłał!”.

Mediacja pomogła również ustalić warunki odejścia lekarza z prywatnej kliniki po rozwodzie z żoną, zatrudnioną również w tej placówce. Byli małżonkowie postanowili pracować oddzielnie i ustalili, że nowej pracy poszuka lekarz. Przedmiotem mediacji z szefem placówki były m.in.: okres wypowiedzenia, złagodzenie klauzuli umowy o zakazie pracy konkurencyjnej oraz kontynuacja prowadzenia pacjentów w rozpoczętej terapii. Celem było wypracowanie porozumienia zabezpieczającego interesy obu stron: kliniki i zaczynającego nową drogę zawodową lekarza.



Kinga Markert



Ryszard Markert

Jeśli przed mediatorem zostanie zawarta ugoda, na wniosek stron może zostać zatwierdzona przez sąd cywilny. Nabiera wtedy mocy prawnej ugody sądowej. Po nadaniu klauzuli wykonalności stanowi tytuł egzekucyjny w przypadku niewywiązania się z uzgodnień zawartych w porozumieniu.

Zamiast do sądu

W sporach medycznych dominują sprawy wniesione na lekarzy przez pacjentów. W przebiegu działalności mediatora łódzkiej OIL najczęściej przedmiotem sporu były roszczenia pacjentów na wadliwe wykonanie zabiegów protetycznych lub implantacji zębów. Domagali się oni finansowej rekompensaty, niekiedy ze znaczącą nadwyżką za poniesione dodatkowe koszty czy dolegliwości bólowe. W części spraw osiągnięto ugodę finansową. Należy jednak podkreślić, że sąd lekarski nie orzeka o odszkodowaniach na rzecz pokrzywdzonych oraz że ani sąd ani rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie mają prawnych instrumentów, aby do tego rodzaju ugody doprowadzić. Inaczej niż w postępowaniu mediacyjnym, które to umożliwia, jeśli taka jest wola stron.

Strony sporów medycznych trafiają też do mediatorów z listy prowadzonej przy sądach okręgowych strony niezależnie od postępowania w OIL. Zatwierdzenie w sądzie ugody podpisanej przed mediatorem jest procedurą szybszą i tańszą od postępowania sądowego, stąd zdarza się, że takie rozwiązanie doradzają pełnomocnicy stron. Przykładem udanej ugody było zawarcie wielostronnego porozumienia między lekarzami prowadzącymi badanie kliniczne leku, pacjentem, sponsorem badań – firmą farmaceutyczną a ubezpieczycielem.

Co robić, aby spraw kierowanych do mediacji było więcej w środowisku medycznym? Trzeba pamiętać, że warto rozmawiać, a mediacja daje szansę na rozwiązanie, w którym każdy wygrywa.



DR LESZEK CICHOBŁAŻIŃSKI

Autor jest pracownikiem Wydziału Zarządzania Politechniki Częstochowskiej oraz mediatorem w sporach zbiorowych na liście ministra pracy i polityki społecznej.

Tekst Leszek Cichobłaziński

Źródło grafik: www.pixabay.com/photos/punch-316605/PublicDomainPicture, www.pixabay.com/photos/medical-doctor-1236728/Kurhan, www.pixabay.com/photos/medical-doctor-1236694/Kurhan – obraz modyfikowany

Rozwiązywanie konfliktów pracowniczych zostało w Polsce prawnie skodyfikowane w roku 1991 za sprawą Ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, dzięki czemu mediacje weszły do polskiego ustawodawstwa.

Mediacje w sporach zbiorowych w ochronie zdrowia

WPROWADZENIE

Niniejszy artykuł koncentruje się na problematyce sporów zbiorowych w publicznej ochronie zdrowia. Spory zbiorowe w ochronie zdrowia ze względu na swoją specyfikę zasługują na odrębną analizę oraz wymagają wypracowania szczególnego podejścia w ich rozwiązywaniu. W artykule podjęte zostaną kolejno zagadnienia konfliktu jako takiego, zbiorowych stosunków pracy, a zwłaszcza sporów zbiorowych, by na końcu skoncentrować się na sporach zbiorowych w ochronie zdrowia. Z uwagi na ograniczoną objętość prezentowany artykuł nie wyczerpuje całości zagadnienia, a podjęta problematyka zostanie jedynie pokrótce zarysowana¹.

KONFLIKT

Zagadnienie konfliktu organizacyjnego ma już bogatą literaturę tak naukową, jak i popularną [1,2]. Konflikty mogą być analizowane z różnych perspektyw, dlatego z uwagi na ograniczone miejsce na potrzeby niniejszego artykułu przedstawiona zostanie następująca typologia podejść do opisu rozumienia zjawiska konfliktu: „Pierwsze można określić jako strukturalne. O konflikcie mówimy wówczas, gdy dostrzegamy w danym systemie społecznym i w danym czasie obiektywnie istniejące (to znaczy dające się stwierdzić metodami uważanymi za naukowe, ale niekoniecznie uświadamiane przez aktorów społecznych) sprzeczności interesów. Często używa się zwrotu <konflikt interesów> lub <sprzecz-

ność interesów>. Ta sprzeczność polega na tym, że z uwagi na ograniczoną ilość pożądaných dóbr nie da się w tym samym czasie w pełni zrealizować interesów czy celów grup składających się na dany system. Drugie pojęcie ma charakter behawioralny lub interakcyjny. Często używa się tu terminu <walka>. Konflikt jest to układ powiązanych ze sobą, na ogół zorganizowanych czy intencjonalnie powiązanych, interakcji, w których celem działania aktorów społecznych jest zrealizowanie własnych interesów czy celów kosztem innych uczestników interakcji. (...) Trzecie pojęcie konfliktu ma charakter psychospołeczny. Konfliktem można nazywać stan wrogości (a co najmniej niechęci) między (jednostkowymi lub zbiorowymi) uczestnikami danego systemu społecznego. Często używa się tu terminu <antagonizm>. Taki konflikt może (ale nie musi) być oparty na obiektywnie istniejącej sprzeczności interesów, może (ale nie musi) prowadzić do walki, a więc konfliktu behawioralnego” [3]. W zasadzie w przypadku sporów zbiorowych kluczową rolę w ich wyjaśnianiu powinno odgrywać podejście strukturalne, jednak w praktyce różnica między realną różnicą interesów a różnicami percepcji jest niezmiernie trudna do wyznaczenia, mimo to w dalszej części mowa będzie przede wszystkim o konflikcie strukturalnym jako wynikającym z różnic siły przetargowej poszczególnych aktorów.

PRZYCZYNY KONFLIKTU

Kolejna kwestia wymagająca podjęcia to przyczyny konfliktu. Można wymienić trzy czynniki wpływające na międzygrupowy konflikt w organizacjach:

1. potrzeba wspólnego podejmowania decyzji – szczególnie niebezpieczna w warunkach współzależności przy ograniczonych zasobach (np. dyslokacja środków budżetowych) oraz współzależność podczas koordynacji działań, kiedy to najważniejszym dobrem do podziału jest czas.
2. różnica celów – kiedy to dwie grupy chcą osiągać wzajemnie wykluczające się cele.
3. różnice percepcji – wynikające np. z różnic w przepływie informacji między poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi [4].

ZBIOROWE STOSUNKI PRACY

Kolejną kwestią wymagającą podjęcia jest umiejscowienie sporów zbiorowych w obszarze refleksji o zbiorowych stosunkach pracy. Spory zbiorowe mieszczą się w dziedzinie zwanej konfliktem przemysłowym, który jest elementem stosunków przemysłowych (industrial relation). Mimo iż w omawianym terminie jest użyte słowo „przemysłowe”, to jednak nie oznacza, że zjawiska te odnoszą wyłącznie do sfery przemysłu. Mowa jest o wszystkich rodzajach organizacji, w których interesy pracownicze reprezentowane są zbiorowo, a więc przez związki zawodowe. Konflikt przemysłowy jest więc elementem złożonego systemu relacji, które zdefiniować można jako „relacje między głównymi aktorami działającymi w sferze ekonomicznej. W wymiarze działań aktorów zbiorowych podmiotami tych stosunków są organizacje pracobiorców i pracodawców oraz instytucje władzy państwowej. Relacje te polegają na przyjmowaniu różnych strategii działania i wzajemnego wpływu w ramach, jakie tworzą zasady ładu społeczno-ekonomicznego oraz specyficzne właściwości organizacji gospodarczych. Można podzielić te stosunki na: a) stosunki władzy, b) przetargu i negocjacji, c) konfliktu i d) współdziałania – partycypacji” [5].

SPÓR ZBIOROWY

Rozwiązywanie konfliktów pracowniczych zostało w Polsce prawnie skodyfikowane w roku 1991 za sprawą Ustawy

o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, dzięki czemu mediacje weszły do polskiego ustawodawstwa. Instytucja mediacji w sporach zbiorowych została powołana w celu sprawnego rozwiązywania konfliktów między pracodawcami i pracownikami, w których imieniu występują związki zawodowe. Ponieważ interesy pracowników reprezentowane są zbiorowo a nie indywidualnie, procedura ta nosi miano sporu zbiorowego [6].

„*Najważniejszym rodzajem konfliktu, jaki wymieniany jest w kontekście publicznej ochrony zdrowia, jest ten, który powstaje na linii usługodawca – płatnik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia. Negocjacje prowadzone między menedżerami placówek ochrony zdrowia i urzędnikami NFZ należą do najtrudniejszych z uwagi na bardzo nierówną siłę przetargową stron. Niekiedy w literaturze przedmiotu pozycję, jaką zajmuje NFZ w negocjacjach z placówkami ochrony zdrowia, nazywa się quasi-rynkową.*”

Zgodnie z tą ustawą spór zbiorowy posiada następujące etapy:

1. przedłożenie pracodawcy listy żądań przez związki zawodowe. Żądania te mogą dotyczyć wyłącznie zagadnień wymienionych enumeratywnie przez ustawę i są następujące: warunki pracy i płacy, świadczenia socjalne oraz prawa i wolności związkowe. Z punktu widzenia dynamiki konfliktu niezwykle ważne jest uregulowanie pozwalające jedynie stronie pracowniczej na wszczęcie sporu, podczas gdy takiej możliwości nie posiada pracodawca. Tak więc inicjatywa w sporze zbiorowym zawsze należy do pracowników, podczas gdy rola i pozycja pracodawcy jest w sporze zbiorowym z założenia defensywna.



2. odpowiedź pracodawcy. Dalszy przebieg sporu zależy od reakcji pracodawcy. Może ona być dwójaka:
 - a) pozytywna – wszystkie żądania zostały spełnione,
 - b) negatywna – przynajmniej jedno żądanie nie zostało spełnione.
3. jeśli odpowiedź pracodawcy była negatywna, rozpoczyna się spór zbiorowy w znaczeniu określonym przez ustawę, który pracodawca ma obowiązek zgłosić do Okręgowego Inspektoratu Pracy.
4. rokowania – dwustronne rozmowy pracodawcy i związków zawodowych mające na celu rozwiązanie kwestii spornych.
5. mediacje – jeśli rokowania przyniosły rozwiązanie konfliktu, spór zbiorowy ulega zakończeniu. Jeśli rokowania nie doprowadziły do porozumienia, kolejnym obligatoryjnym etapem są mediacje, które stanowią odrębną instytucję i składają się z kilku faz. Ich rodzaj i liczba zależy od drogi wybranej przez strony sporu, gdyż ustawa pozostawia im w tym zakresie pewną swobodę [7].
6. jeśli w wyniku postępowania mediacyjnego zostanie spisany protokół rozbieżności, stronom sporu pozostają dwie drogi. Jedna to arbitraż prowadzony przed kolegium arbitrażu społecznego oraz strajk. Pierwsze rozwiązanie jest rzadko stosowane, ponieważ wyrok kolegium jest wiążący dla stron, jeśli się na to zgodzą. Z kolei strajk wymaga spełnienia dodatkowych warunków, z których najważniejszym jest referendum strajkowe.

KONFLIKTY W OCHRONIE ZDROWIA

Najważniejszym rodzajem konfliktu, jaki wymieniany jest w kontekście publicznej ochrony zdrowia, jest ten, który powstaje na linii usługodawca – płatnik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia. Negocjacje prowadzone między menedżerami placówek ochrony zdrowia i urzędnikami NFZ należą do najtrudniejszych z uwagi na bardzo nierówną siłę przetargową stron. Niekiedy w literaturze przedmiotu pozycję, jaką zajmuje NFZ w negocjacjach z placówkami ochrony zdrowia, nazywa się quasi-rynkową [8]. Pozycję tę nazywa się też monopsonem [9].

Konflikty interesów między placówkami ochrony zdrowia oraz NFZ nie mogą być bezpośrednio przyczyną wszczęcia sporów zbiorowych, jednak pośrednio mają ogromny wpływ na ich przebieg. Spory zbiorowe dotyczą najczęściej kwestii wynagrodzeń, a te zależą przecież w dużym stopniu od wyników negocjacji z NFZ. Relacje między związkami zawodowymi a pracodawcami są niezwykle istotne z punktu widzenia efektywności organizacyjnej w publicznej ochronie zdrowia. Są one jednakże bardzo trudne i skomplikowane. Stan ten ma różnorakie przyczyny. W sektorze tym bezpośredni pracodawcy, czyli menedżerowie, którzy zgodnie z prawem są stroną sporu zbiorowego i partnerem dla związków zawodowych, mają ograniczony wpływ na wysokość budżetu, gdyż ten jest uchwalany przez organ właścicielski – władze samorządowe miasta lub województwa. Menedżerowie dysponują konkretnym budżetem uchwalonym przez organ właścicielski i nie mogą dowolnie podnosić płac bez naruszenia dyscypliny budżetowej. Z tego powodu pole decyzji pracodawcy, zwłaszcza w kwestiach finansowych, najważniejszych dla związków zawodowych jest bardzo ograniczone. Powoduje to szereg trudności i niestandardowych działań związkowców.

Drugim aspektem zbiorowych stosunków pracy w ochronie zdrowia świadczącym o ich specyfice jest relatywnie duża liczba związków zawodowych działających w tym sektorze. Oprócz NSZZ „Solidarność”, w strukturach którego działa Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia reprezentujący wszystkich

pracowników ochrony zdrowia, działają też związki branżowe: Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Administracji i Obsługi Służby Zdrowia (wszystkie zrzeszone w Forum Związków Zawodowych). Poza tym w wielu jednostkach ochrony zdrowia, zwłaszcza szpitalach, działają związki zawodowe założone wyłącznie przez pracowników tej jednostki. Wszystko to sprawia, że często negocjacje są niezwykle złożone, gdyż bierze w nich udział wiele organizacji związkowych. Specyfika konfliktów pracowniczych w publicznej ochronie zdrowia wynika także z charakteru pracy w tym sektorze. Pracownicy ochrony zdrowia kierują się kodeksem etycznym, stawiającym dobro pacjenta na pierwszym miejscu. Dlatego strajki w ochronie zdrowia zdarzają się rzadziej niż w innych organizacjach, a jeśli już do nich dochodzi, mają one często bardziej charakter protestów niż strajków typowych na przykład dla przemysłu. Zdarzają się oczywiście strajki *sensu stricto*, jednak nawet wtedy strajkujący zapewniają chorym opiekę na czas ich trwania [6].

ZAKOŃCZENIE

Zarysowana powyżej specyfika zbiorowych stosunków pracy w publicznej ochronie zdrowia uwidacznia konieczność wypracowania specjalnego podejścia do ich rozwiązywania, zwłaszcza na etapie procedury mediacji. Mediator w ochronie zdrowia nie stoi jedynie obliczu konfliktu interesów między pracodawcą i pracownikami reprezentowanymi przez związki zawodowe. Spory takie uwarunkowane są wieloma czynnikami niespotykanymi w innych sektorach gospodarki, np. w przemyśle. Zaliczyć do nich należy interesy takich aktorów jak państwo ze swoim ustawodawstwem, organy założycielskie w postaci samorządów, dużą ilość grup zawodowych mających różne interesy oraz szczególnie ważnego aktora tego skomplikowanego układu interesów – pacjenta.

Przypisy

1. Więcej na ten temat (łącznie ze studiami przypadków) w: Cichobłaziński L., *Zarządzanie konfliktem w ochronie zdrowia na przykładzie mediacji w sporach zbiorowych*, Przegląd Organizacji nr 9/2014.

Literatura

1. Deutsch M., Coleman P.T., *The Handbook of Conflict Resolution. Theory and Practice*, Jossey Bass Inc. Publishers, San Francisco, CA 2000. Wydanie polskie, *Rozwiązywanie konfliktów. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
2. Mucha J.: *Socjoterapeutyczne aspekty zarządzania sytuacją konfliktową w wymiarze jednostkowym i społecznym. Kilka uwag wprowadzających*, [w:] *Rozwiązywanie sytuacji konfliktowych w wymiarze jednostkowym i społecznym* (red.) M. Plucińska, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2014, s. 15-16.
3. *Negocjacje i rozwiązywanie konfliktów* – Harvard Business Review, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2005.
4. Organ D.W., Bateman T.S., *Organizational Behavior*, IRWIN, Homewood, Boston 1991.
5. Gilejko L., *Społeczeństwo a gospodarka. Socjologia ekonomiczna*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 1994.
6. Cichobłaziński L., *Zarządzanie konfliktem w ochronie zdrowia na przykładzie mediacji w sporach zbiorowych*, Przegląd Organizacji, nr 9/2014, s. 19-25.
7. Cichobłaziński L., *Mediacje w sporach zbiorowych*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2010.
8. Panteli D., Sagan A. (red.), *Poland Health Care Review, European Observatory on Health Systems and Policies, „Health System in Transition” 2011*, Vol. 13, No. 8. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/163053/e96443.pdf
9. Mądrała A. (red.), *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*, Akademia Zdrowia 2030, Warszawa 2013. http://www.pracodawcyrp.pl/download/gfx/kpp/pl/defaultaktualnosci/14/1275/1/system_ochrony_zdrowia_akademia_2030.pdf

Fot. z archiwum autorki

**MGR ANNA
MASTERNAK**

Psycholog, trener. Prowadzi szkolenia dla lekarzy z zakresu budowania relacji z pacjentem, komunikacji, asertywności oraz zarządzania emocjami. Pracuje dla Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka w Warszawie, prowadząc konsultacje psychologiczne dla pacjentek. Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym prowadzi zajęcia dla studentów z zakresu kompetencji „miękkich” w zawodzie lekarza. Kontakt: a.masterin@gmail.com

Tekst Anna
Masternak

Od konfliktu do porozumienia

Źródło grafiki: www.freeimages.com/photos/shout-let-it-all-out-1236468/Catalin Pop

O różnicach indywidualnych i zasadzie podobieństwa

O konflikt łatwo kiedy spotykamy się z osobami różnymi od nas samych. Inne poglądy, inne wartości, inny styl życia, inny charakter, większości z nas trudno jest przyjąć. I to nie teoria, lecz praktyka. Nie tyle lekarska, co ludzka. Lekarzowi z zasady łatwiej będzie polubić i dogadać się z kimś podobnym do niego, a trudniej z kimś zasadniczo różnym. Przedstawiając rzecz bardziej obrazowo: jeśli jestem osobą optymistyczną i pogodną kontakt z pesymistą, który widzi zagrożenia i wady, może być dla mnie mało przyjemny. „Przygotowywanie się” na najgorsze scenariusze, jak lubią swoje postępowanie określać pesymiści, może denerwować tego, kto ma optymistyczny napęd i chce wierzyć, że się uda. Odwrotnie: jeśli jestem raczej pesymistyczny, albo jak często wolą się nazywać pesymiści – realistyczny, to optymista może mnie denerwować swoim „naiwnym” podejściem. Dlaczego? Bo są to dwa różne tryby działania, niezrozumiałe jeden dla drugiego.

Ja widzę świat kolorowy, ktoś szary. Ja mówię energicznie, ktoś flegmatycznie. Ja jestem nastawiony na działanie, a ktoś ciągle wątpi i odracza decyzje. To zderzenie dwóch światów jest psychicznie trudne.

Większość ludzi radzi sobie z różnicami według zasady: „Moje jest dobre i właściwe. Twoje jest gorsze, niewłaściwe”. Brzmi brutalnie? Tak działa większość z nas w zderzeniu z innością drugiego człowieka; innością szeroko rozumianą. Idąc dalej, próbujemy „przerobić” ludzi na swoje, jak na przykład w sytuacji, kiedy pesymistyczny lekarz powtarza kolejny raz optymistycznej pacjentce: „Pani musi zdawać sobie sprawę z zagrożeń. Nie powinna Pani podchodzić do sprawy tak bez troski” (pacjentka stosuje się do wszystkich zaleceń, jest świadoma sytuacji, ma 5 proc. szans na powodzenie terapii i koncentruje się na tych 5 proc.). Czy dewaluacja inności i określanie standardów normy według siebie to jedyny sposób na poradzenie sobie z różnicami indywidualnymi? Jak



może poradzić sobie najlepiej z różnicami lekarz, który spotyka tyłu różnych pacjentów w swojej pracy?

Pierwsze fantazyjne rozwiązanie, jakie przychodzi mi do głowy, to ustalenie sobie jakich pacjentów przyjmuję, wg cech, które uznaję za słuszne. Przyjmować na przykład tylko konkretnych i rzeczowych, takich jak ja sam(a). Odrzucić całą reszłę tych, którzy są inni i cieszyć się pracą w doborowym towarzystwie.

Inna możliwość to oduczenie się myślenia wg uproszczonej iluzji umysłu: „Moje jest właściwe. Twoje jest gorsze”. Niektórzy takich zmian dokonują poprzez rozwój charakteru i głębokie zmiany wewnętrzne. Mieści się to również w katolickiej definicji miłości bliźniego. Dotykamy głębokich spraw. Inni, kierując się logiką, wybierają założenie, które wydaje się być bliższe prawdy oraz bardziej rozwojowe i brzmiałoby mniej więcej tak: „Ty masz prawo żyć, tak samo jak ja mam prawo żyć. Inne jest w porządku. Inne jest równoprawne z moim”.

” **Umiejętność formułowania sarkastycznych komentarzy albo ciętych, ironicznych ripost to domena ludzi inteligentnych. Jeśli naszym celem staje się porozumienie z drugim człowiekiem, te inteligentne gry okazują się zwykle przeszkodą.** “

Odpowiedzialność za swoje emocje

Często używamy stwierdzeń: „Zezłościł mnie, poirytowała mnie, twoje postępowanie wyprowadza mnie z równowagi”. Mówiąc, a przede wszystkim myśląc w ten sposób, obwiniamy drugą osobę za przeżywane przez nas emocje. Źródło swoich emocji lokujemy w wydarzeniach, ludziach, czynnikach zewnętrznych. To on czy ona sprawia, że czujemy się źle, że jesteśmy zdenerwowani, że nic nam się nie chce. Inteligentnie emocjonalnie jest wziąć odpowiedzialność za doświadczane przez siebie negatywne emocje. „Zdenerwowałam się (ja), irytuję się, to ja tracę równowagę”. Ja odpowiadam na czyjeś zachowanie w emocjonalny sposób. On wykonuje pewne działanie, ale to ja ostatecznie decyduję o tym, jak na nie zareaguję. Wydawać by się mogło, że złość jest nieprzyjemna przede wszystkim dla osoby, na którą się złości. Uczucie złości jest jednak równie dyskomfortowe dla osoby złościącej się. Złość przeżywana często staje się kluczową komponentą naszego życia emocjonalnego i negatywnie wpływa na jakość życia osób w naszym otoczeniu, a przede wszystkim na nas samych.

Kiedy uznaję, że to ja się złościę, zamiast oni wszyscy mnie złością i irytują, przejmuję odpowiedzialność za swoje odczucia i reakcje. Co się z tym dalej wiąże: zyskuję kontrolę i możliwość wpływania, modyfikowania, rozładowywania przeżywanych przez siebie emocji.

Jak nie brać rzeczy do siebie?

Lekarz słyszy słowa uznania oraz słowa niezadowolenia. Słyszy w głosie pacjenta radość, wdzięczność, czasem też pretensję, żal i złość. W praktyce lekarza bardzo prosto wejść w tryb

reaktywny emocjonalnie: odpala się wówczas konkretny program emocjonalny, np. gniew, kiedy pacjent ma pretensje lub irytacja, kiedy pacjent ma roszczenia. Jest wiele sytuacji, w których lekarz może poczuć się zaatakowany przez pacjenta, a stąd już prosta droga do wymiany ognia. Poczucie bycia atakowanym predysponuje nas do obrony poprzez atak. To naturalny mechanizm. Mało istotne czy atak lekarza jest bardziej wyszukany niż pacjenta i przyjmuje na przykład postać aluzyjnej złośliwości albo chłodnego traktowania w dalszych kontaktach. Jest taką samą formą walki jak mniej wyszukane roszczenia i zarzuty ze strony pacjenta.

Zacietrzewieni, zaślepieni przez uczucia wzajemnej wrogości budujemy mury tam, gdzie istnieje problem do rozwiązania. Jeśli będziemy w stanie wstrzymać swój cios, możemy zyskać porozumienie z potencjalnym wrogiem. Warto zadać sobie pytania: o co prosi ten człowiek poprzez swoje zachowanie? Co chce uzyskać? Czego mu potrzeba? Jaka jego potrzeba jest niezaspokojona? Czego w ten sposób (nieprzyjemny sposób) się domaga? Co mu doskwiera? Co jego zachowanie mówi o jego obawach? Co go martwi? Z tej perspektywy możemy zobaczyć człowieka zamiast wroga. Z tej perspektywy możemy adekwatnie odpowiedzieć na jego potrzeby. Pacjentka uskarżająca się na to, że USG tak krótko trwa i zarzucająca lekarzowi nierzetelność może być osobą, która bardzo martwi się o przebieg swojej ciąży, która bardzo boi się, że coś zostanie przeoczone, to wreszcie pacjentka, która prosi, żeby zaspokoić jej potrzebę bezpieczeństwa w sytuacji trudnej, bo zagrożonej ciąży.

Myśli to emocje

W zależności od tego jakie intencje, motywy przypisujemy drugiej osobie, takie emocje w stosunku do niej odczuwamy. Jeśli moja interpretacja spóźniania się pacjentów brzmi: „mają wszystko gdzieś i nie szanują mojej pracy”, to prawdopodobnie poczuje się urażony/a i zareaguję w ten sposób, że będę niemiły przy kolejnym spotkaniu lub nie przyjmę, kiedy poproszą w nagłej potrzebie (spójne z moją interpretacją). Jeśli poszerzam swoje interpretacje o inne wyjaśnienia, jak chociażby takie, że pacjentowi nie udało się dzisiaj dobrze zorganizować swojego dnia i dlatego się spóźnił (i nie ma to związku z nieszanowaniem mnie), moje emocje i zachowanie w stosunku do niego będą inne: bardziej prawdopodobne, że jak dotrze spóźniony będę w stanie bez złośliwości zapytać, co się stało, że się spóźnił, zamiast czynić aluzje typu: „Pan chyba do nas dzisiaj znad morza jechał...” itp. Różne interpretacje tych samych faktów przynoszą odmienne stany emocjonalne.

Konstruktywne przekazywanie krytyki

Są takie sytuacje, kiedy coś co robi pacjent utrudnia nam pracę, opiekę nad nim i chcielibyśmy, aby to zmienił. Fundamentalną umiejętnością jest zdolność przekazanie negatywnej informacji tak, aby nie raniła drugiej osoby, a wpłynęła na zmianę niepożądanego zachowania. Bardzo często spotykam się z przekazywaniem krytyki lub próśb w sposób wyniosły i pouczający. Taki sposób charakteryzują przykładowe: „Ja sobie tego tak dalek nie wyobrażam. Proszę się zastanowić nad swoim postępowaniem. Ja sobie tego nie życzę. Jesteśmy dorosłymi ludźmi, chyba mogą tego od Pani oczekiwać” itp. Do tego dochodzi forma – wyniosła i zdystansowana oraz pouczenia takie jak: „Jesteśmy w szpitalu a nie na bazarze, proszę zachowywać się właściwie. To nie jest koncert życzeń tylko opieka zdrowotna, nie może Pani sobie wybierać”. To wszystko tworzy ogromny dystans między osobą, która krytykę przekazuje a osobą krytykowaną. Takie rozmowy często bywają dla krytykowanego upokarzające i pozostawiają w nim trwałe ślady.

Jeśli chcemy, aby nasza krytyka była efektywna, czyli wpłynęła realnie na zachowanie krytykowanego, potrzeba aby była ona konkretna i rzeczowa a jednocześnie – co równie ważne – aby była formułowana w sposób partnerski, bez podtekstów i nieprzyjemnych aluzji. W przeciwnym razie – jeśli krytyka jest dotkliwa lub upokarzająca – cała energia i uwaga odbiorcy idzie na to, aby się przed nią obronić, poradzić sobie z nieprzyjemnymi emocjami, zamiast na aspekt merytoryczny, czyli zrozumienie i przyswojenie przekazu.

Ironia, sarkazm i aluzja stosowane są często w środowisku lekarskim. Umiejętność formułowania sarkastycznych komentarzy albo ciętych, ironicznych ripost to domena ludzi inteligentnych. Jeśli naszym celem staje się porozumienie z drugim człowiekiem, te inteligentne gry okazują się zwykle przeszkodą. Kiedy pytam: „po co stosujesz aluzję?”, słyszę często: „bo myślałam, że to są inteligentni ludzie i zrozumieją sugestię. I jak sądzisz, zrozumieli Twoją aluzję? No, wydawało mi się, że ciężko tego nie zrozumieć, ale nie wiem, bo nic z tym nie zrobili”. Jestem przekonana, że zrozumieli aluzję. Co więcej, poczułi też to nieprzyjemne uczucie, którego doświadczamy kiedy ktoś przekazuje nam negatywny komunikat nie wprost. Ironiczny uśmieszek to nie jest serdeczny uśmiech, i tę różnicę też większość z nas odczuwa. Aluzja może przerodzić się w całą rozgrywkę aluzjami, bez ostatecznego porozumienia i satysfakcjonujących ustaleń. Jeśli chcemy budować z ludźmi – współpracownikami oraz pacjentami – dobre relacje, powinniśmy ćwiczyć komunikację otwartą, wprost, bez pokrętnych dwuznacznych komunikatów lub innych sugestywnych gier słownych. Okazuje się, że to nie lada wyzwanie mówić do drugiego człowieka twarzą w twarz, rzeczowo, otwarcie, jak do równego sobie partnera. Umiejętność komunikowania się w taki „czysty” sposób prowadzi do budowania bezpiecznej więzi lekarza z pacjentem i istotnie zmniejsza stres pacjenta w kontaktach z lekarzem.

Partnerstwo w relacji zamiast rodzicielstwa

Rozmawiając z drugą osobą potrzeba, żebyśmy określali cel naszych rozmów. Jaki efekt chcemy uzyskać? Do czego chcemy doprowadzić? Jeśli cel nie jest świadomie określony, działania prowadzą często do niepożądanych efektów. Osoby, które w rozmowy wchodzi bezrefleksyjnie, uzyskują przypadkowe efekty. Kolejne kluczowe pytanie brzmi: czy to co mam zamiar powiedzieć lub zwykle mówię pacjentowi posłuży osiągnięciu celu? Na przykładzie: pacjentowi pogorszyły się wyniki. Podejrzewam, że przestał stosować się do diety, którą ustaliliśmy. Chcąc wyegzekwować u pacjenta dyscyplinę w stosowaniu diety „nakrzyczę na niego”, zwracając uwagę na to, że zachowuje się nieodpowiedzialnie, że sam sobie szkodzi i że jak tak dalej będzie robił to nie ma sensu dalsze zajmowanie się nim. Taka rodzicielska nagana, która niestety w wielu przypadkach się nie sprawdzi i może doprowadzić raczej do tego, że pacjent uchyli się od przychodzenia na kolejne wizyty, stanie się mniej zaangażowany w swoje leczenie lub zacznie lekarza okłamywać, bojąc się niczym dziecko ponownej kary lub niezadowolenia rodzica. Rodzicielskie zachowanie lekarza wywołuje regresywne – dziecięce zachowania u pacjenta. Jeśli chcę wpłynąć pozytywnie na postępowanie pacjenta, muszę zadać sobie kluczowe pytanie: jakie moje działanie może mnie do tego celu przybliżyć? A jakie zachowanie może zadziałać przeciwnie? Te pytania przydają się szczególnie z pacjentami „trudnymi”, z którymi ciężko nam się porozumieć. Trzeba jasno określić cel: chcę się z tym człowiekiem dogadać, choćby nie wiem co (w sensie: choćby nie wiem jak mnie kusilo, żeby z nim walczyć), na pewno jest opcja, żebyśmy się porozumieli.



SALA PRZY AL. MATEJKI 6 KONCERT NA OTWARCIE

Z tej okazji Dolnośląska Rada Lekarska
oraz Klub Lekarza DIL
zapraszają Koleżanki i Kolegów
na wyjątkowy koncert

pt. „Lata 20., lata 30.”

który odbędzie się

25 listopada 2016 r. (piątek)

w odnowionej i zmodernizowanej
sali szkoleniowej.

Zaśpiewają

Anna i Romuald Spychalscy,

artyści scen operowych, operetkowych
i musicalowych.

W programie piosenki z repertuaru największych gwiazd okresu międzywojennego.

Zapraszamy! Wstęp wolny!

Rozpoczęcie koncertu

– godz. 17.00!



Fot. z archiwum autora

DR TOMASZ SROKA

Jest adiunktem w Katedrze Prawa Karnego (Zakładzie Bioetyki i Prawa Medycznego) na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersyte- tu Jagiellońskiego.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/
photos/megaphone-297467/Cliker-Free-
-Vector-Images – obraz modyfikowany

Kilka uwag na temat konfliktu między prawem lekarza do strajku a prawami pacjenta

Problematyka dopuszczalności uczestnictwa lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia w strajku co pewien czas powraca na łamy dyskusji publicznej. Wydaje się, że obecnie zagadnieniem spornym jest nie tyle możliwość korzystania przez lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy z prawa do strajku, ale ocena prawna uczestnictwa w szeroko rozumianych akcjach protestacyjnych, często wykraczających swoim charakterem poza ściśle rozumiany strajk pracowniczy, przez wszystkich lekarzy, niezależnie od podstawy wykonywania zawodu, czyli także świadczących usługi jako przedsiębiorcy w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Problematyczną kwestią jest sposób rozwiązania kon-

fliktu między prawem lekarza do zaprzestania wykonywania pracy a prawami pacjenta.

Zgodnie z art. 59 ust. 3 Konstytucji: „Związkowi zawodowemu przysługuje prawo do organizowania strajków pracowniczych i innych form protestu w granicach określonych w ustawie. Ze względu na dobro publiczne ustawa może ograniczyć prowadzenie strajku lub zakazać go w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub w określonych dziedzinach”. Z powyższego przepisu Konstytucji wynika kilka istotnych wniosków dotyczących uczestnictwa w strajku lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. W szczególności należy zwrócić uwagę na dwa z nich.

Po pierwsze, związkowi zawodowemu przysługuje prawo do organizacji strajku o charakterze

Nie ulega wątpliwości, że odstąpienie przez lekarza od wykonywania pracy, a zatem udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom, może prowadzić do zagrożenia dla ich życia lub zdrowia. Z tego względu prezentowany jest pogląd, że strajk lekarzy w podmiocie leczniczym, połączony z tzw. odejściem od łóżek, jest działaniem bezprawnym.

Tekst Tomasz Sroka

Wydaje się jednak, że tak ogólna teza stanowi zbyt uproszczenie problematyki dopuszczalności strajku lekarzy.

PROTEST

pracowniczym, a zatem prawo decydowania, czy i w jakim zakresie pracownik może skorzystać z przysługującego mu prawa do strajku. Należy podkreślić, że prawo przysługujące związkom zawodowym dotyczy organizacji wyłącznie strajków pracowniczych, a zatem takich, w których z uprawnienia do odstąpienia od wykonywania pracy korzystają pracownicy.

Kodeks pracy definiuje pracownika jako osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę¹. Tymczasem w ramach systemu ochrony zdrowia znaczna liczba lekarzy wykonuje zawód nie w oparciu o umowę o pracę, ale jako przedsiębiorcy prowadzący indywidualną lub grupową praktykę lekarską, w tym – szczególnie w kontekście funkcjonowania podmiotów leczniczych jako zakładów pracy – w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (tzw. kontrakt). Powstaje zatem pytanie, czy lekarze niewykonyjący zawodu w ramach stosunku pracy również mogą korzystać z prawa do strajku w ramach organizowanego przez związek zawodowy strajku pracowniczego?

Teoretycznie Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych² wyraźnie znajduje zastosowanie do pracowników w rozumieniu Kodeksu pracy, a także – odpowiednio – członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej³, literalnie wykluczając z uczestnictwa w strajkach pracowniczych organizowanych przez związki zawodowe np. lekarzy prowadzących indywidualne praktyki lekarskie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem. Niemniej należy zwrócić uwagę, że konstytucyjne pojęcie pracownika ma samodzielne znaczenie, które jest niezależne od treści przypisywanych mu w ustawodawstwie zwykłym, co powoduje konieczność odrębnej interpretacji tego zwrotu na gruncie ustawy zasadniczej w stosunku do ustaw zwykłych, w celu wykluczenia możliwości omijania przez ustawodawcę gwarancji konstytucyjnych. Zwrócił na to uwagę Trybunał Konstytucyjny wskazując, że konstytucyjne pojęcie pracownika obejmuje „wszystkie osoby, które – po pierwsze – wykonują określoną pracę zarobkową, po drugie, pozostają w stosunku prawnym z podmiotem, na rzecz którego ją świadczą, oraz – po trzecie – mają takie interesy zawodowe związane z wykonywaniem pracy, które mogą być grupowo chronione”⁴. Konstytucja nie wyklucza tym samym prawa do strajku dla osób niebędących pracownikami w rozumieniu Kodeksu pracy, zaś brak wyraźnego zagwarantowania w ustawie prawa do strajku dla powyższej kategorii osób został wręcz poddany krytyce w literaturze⁵.

Trybunał Konstytucyjny uznał za niezgodny z art. 59 ust. 1 w związku z art. 12 Konstytucji art. 2 ust. 1 u.z.z. w zakresie, w jakim ogranicza wolność tworzenia i wstępowania do związków zawodowych osobom wykonującym pracę zarobkową niewymienionym w tym przepisie⁶, w szczególności na podstawie różnego rodzaju umów cywilnoprawnych. Przepis ten zaś, ze względu na treść art. 6 u.r.s.z., wyznacza również krąg osób, do których znajduje zastosowanie ustawa o rozwiązywaniu sporów zbiorowych i możliwość uczestnictwa w strajku pracowniczym organizowanym przez związek zawodowy. Skoro lekarze wykonujący zawód w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej w zakładzie leczniczym na

podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, a zatem w oparciu o umowę cywilnoprawną, wykonują pracę zarobkową i pozostają w stosunku prawnym z podmiotem, na rzecz którego ją świadczą, to należy uznać, że mają równocześnie uprawnienie do wstępowania do związków zawodowych, a tym samym także do uczestniczenia w strajkach pracowniczych organizowanych przez te związki. W konsekwencji należałoby przyjąć, że lekarze niezatrudnieni na podstawie umowy o pracę, ale wykonujący pracę zarobkową na podstawie umowy cywilnoprawnej z podmiotem leczniczym mogą korzystać z prawa do strajku w ramach organizowanego przez związek zawodowy strajku pracowniczego⁷.

Po drugie, z art. 59 ust. 3 Konstytucji wynika, że ustawodawca może, ze względu na dobro publiczne, ograniczyć prowadzenie strajku lub zakazać go w odniesieniu do określonych kategorii pracowników lub w określonych dziedzinach. Należy podkreślić, że ustawa o rozwiązywaniu sporów zbiorowych nie zawiera postanowienia, które wprost wykluczałoby uczestnictwo lekarzy jako grupy zawodowej w strajku pracowniczym⁸. Niemniej ustawodawca wprost wskazał, że niedopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża m.in. życiu i zdrowiu ludzkiemu⁹.

” —
Ocenę dopuszczalności strajku pracowniczego w podmiotach leczniczych sprawujących aktualnie opiekę medyczną nad pacjentami należy zawsze oceniać *in concreto*, biorąc pod uwagę m.in. rodzaj stanowisk pracy, na których planowane jest zaprzestanie pracy, liczbę personelu medycznego uczestniczącego w strajku, a także stan zdrowia pacjentów i rodzaj świadczeń zdrowotnych, których wykonanie miałyby zostać zaniechane, oraz zastosowane formy akcji strajkowej.

“

Nie ulega wątpliwości, że odstąpienie przez lekarza od wykonywania pracy, a zatem udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom, może prowadzić do zagrożenia dla ich życia lub zdrowia. Z tego względu prezentowany jest pogląd, że strajk lekarzy w podmiocie leczniczym, połączony z tzw. odejściem od łóżek, jest działaniem bezprawnym¹⁰. Wydaje się jednak, że tak ogólna teza stanowi zbyt uproszczenie problematyki dopuszczalności strajku lekarzy.

Przed wszystkim należy odróżnić od siebie dwie sytuacje. Pierwsza obejmuje te wypadki, w których pomiędzy podmiotem leczniczym a pacjentem doszło już do nawiązania relacji podmiot leczniczy – pacjent, a zatem kiedy pacjent został już przyjęty do podmiotu udzielającego świadczeń w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (np. szpitala) lub też został ustalony termin udzielenia świadczenia – czy to w trybie stacjonarnym, czy ambulatoryjnym. Druga



z kolei obejmuje te przypadki, w których strajk pracowniczy miałby prowadzić podmiot leczniczy pozostający w gotowości do przyjęcia pacjentów, jednak aktualnie niesprawujący opieki nad żadnym z nich.

W pierwszej sytuacji rzeczywiście zaniechanie przyjęcia pacjenta na umówioną wizytę czy też tzw. odejście od łóżek pacjentów znajdujących się w szpitalu może rodzić poważne niebezpieczeństwo dla ich życia i zdrowia. Niemniej, jak trafnie zwraca się uwagę w literaturze, w podmiotach leczniczych lekarze wykonują pracę na różnych stanowiskach i nie na każdym z nich zaprzestanie jej świadczenia łączy się z zagrożeniem dla życia lub zdrowia pacjentów¹¹. Istotne znaczenie ma również liczba osób uczestniczących w strajku pracowniczym, bowiem w przypadku zapewnienia pacjentom tzw. usług minimalnych w zakresie uniknięcia zagrożenia dla ich życia i zdrowia dopuszczalne wydaje się uczestnictwo w strajku pracowniczym części personelu medycznego, gdyż dopiero przekroczenie pewnej liczby osób powstrzymujących się od wykonywania pracy w podmiocie leczniczym może powodować zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego¹².

W związku z powyższym ocenę dopuszczalności strajku pracowniczego w podmiotach leczniczych sprawujących aktualnie opiekę medyczną nad pacjentami należy zawsze oceniać *in concreto*, biorąc pod uwagę m.in. rodzaj stanowisk pracy, na których planowane jest zaprzestanie pracy, liczbę personelu medycznego uczestniczącego w strajku, a także stan zdrowia pacjentów i rodzaj świadczeń zdrowotnych, których wykonanie miałoby zostać zaniechane, oraz zastosowane formy akcji strajkowej¹³. Analiza powyższych kryteriów może prowadzić do wniosku, że – ze względu na konieczność zapewnienia pacjentom tzw. usług minimalnych w zakresie uniknięcia zagrożenia dla ich życia lub zdrowia – w strajku pracowniczym w danym podmiocie leczniczym może uczestniczyć tylko kilka osób (lub nawet tylko jedna osoba) na ściśle określonych stanowiskach albo że strajk w ogóle może być niedopuszczalny w danym podmiocie leczniczym.

Trudniejsza do oceny jest druga sytuacja, czyli podjęcie strajku pracowniczego przez personel medyczny podmiotu leczniczego, który pozostaje w gotowości do przyjęcia pacjentów, ale aktualnie nie sprawuje opieki nad żadnym z nich. Abstrahując od tego, że powyższa sytuacja będzie niezwykle rzadka, należy zwrócić uwagę, że teoretycznie wydaje się dopuszczalne zaprzestanie pracy przez personel medyczny takiej placówki w ramach strajku pracowniczego w przypadku wcześniejszego poinformowania pacjentów o tym fakcie, w celu umożliwienia im z wyprzedzeniem wyboru innego podmiotu leczniczego. Niemniej obowiązkiem państwa, szczególnie w zakresie ochrony życia ludzkiego, jest stworzenie systemu pomocy medycznej, w ramach którego każdy pacjent, którego życie jest zagrożone, będzie miał możliwość rzeczywistego uzyskania w każdej sytuacji adekwatnej pomocy¹⁴. System ten, w szczególności w ramach ratownictwa medycznego, oparty jest właśnie na funkcjonowaniu placówek medycznych pozostających w gotowości do przyjęcia pacjentów, zaś zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych choćby w jednej z nich, także na skutek zapowiedzianego strajku pracowniczego, może uniemożliwić pacjentom uzyskanie rzeczywistej pomocy w odpowiednim czasie w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W związku z powyższym należy uznać, że dopuszczalność strajku pracowniczego w podmiotach leczniczych pozostających w gotowości do przyjęcia pacjentów, ale aktualnie niesprawujących opieki nad nimi, również należy oceniać

in concreto, biorąc pod uwagę przede wszystkim charakter danego podmiotu. Niedopuszczalne wydaje się podjęcie strajku przez cały personel medyczny jednostek systemu ratownictwa medycznego, także w przypadku uprzedniego poinformowania pacjentów o planowanej akcji protestacyjnej, bowiem jednostki te muszą pozostawać w ciągłej gotowości na przyjęcie pacjentów, w celu udzielenia im pomocy w stanach nagłych. Ze względu na sposób organizacji systemu ratownictwa medycznego zaprzestanie pracy w takich jednostkach przez cały personel medyczny z powodu strajku pracowniczego zagraża życiu lub zdrowiu ludzkiemu, co w świetle art. 19 ust. 1 u.r.s.z. wyklucza możliwość prowadzenia tego rodzaju akcji protestacyjnej. Wydaje się jednak, że strajk pracowniczy jako taki jest dopuszczalny w jednostkach systemu ratownictwa medycznego na ogólnych zasadach, a zatem w razie zapewnienia pacjentom, a przede wszystkim potencjalnym pacjentom będącym w stanie nagłym, adekwatnej pomocy medycznej.

Prawo do strajku może pozostawać w kolizji z prawami i wolnościami innych osób. Już sama Konstytucja wskazuje, że prawo to nie ma charakteru absolutnego, bowiem realizowane jest wyłącznie w granicach określonych przez ustawodawcę i może być ograniczone ze względu na dobro publiczne. W wypadku strajku lekarzy zachodzi typowy przykład kolizji interesów prawnie chronionych – z jednej strony lekarzy, z drugiej strony pacjentów. Realizacja przez lekarzy prawa do strajku może prowadzić do kolizji przede wszystkim z prawami pacjenta do ochrony życia i zdrowia, a zatem z szeroko rozumianym prawem do uzyskania świadczeń zdrowotnych¹⁵. Ustawodawca na gruncie art. 19 ust. 1 u.r.s.z. wyraźnie wskazuje, że w konflikcie między prawem do strajku a prawem do ochrony życia i zdrowia ludzkiego wyraźnie preferuje ochronę drugiego z tych praw, wykluczając możliwość uczestnictwa pracowników w strajku, jeżeli zagrażałoby to życiu i zdrowiu ludzkiemu.

Powyższy sposób rozwiązania konfliktu między prawem do strajku pracownika a prawem do ochrony życia lub zdrowia każdego człowieka oraz wyraźne rozstrzygnięcie tego konfliktu na korzyść ochrony życia i zdrowia ludzkiego objawia się w sposób szczególny w przypadku lekarzy, na których ustawowo został nałożony obowiązek udzielenia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Nie budzi bowiem wątpliwości, że lekarz znajdujący się w miejscu pracy, lecz niewykonujący jej ze względu na udział w strajku pracowniczym, pozostaje mimo to zobowiązany do udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej każdej osobie znajdującej się w stanie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub w innych przypadkach niecierpiących zwłoki¹⁶. Uchylenie się od obowiązku pracowniczego nie może bowiem prowadzić do uchylenia się również od obowiązku ustawowego, nałożonego na osoby wykonujące określony zawód¹⁷. Nieudzielenie pomocy medycznej pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłym, nawet w przypadku uczestnictwa w legalnym strajku, może tym samym prowadzić do odpowiedzialności zawodowej, cywilnej lub karnej lekarza¹⁸.

Prawa do ochrony życia i zdrowia nie są jedynymi prawami, które mogą pozostawać w konflikcie z prawem do strajku lekarza. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na protest lekarzy zrzeszonych w Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie, który miał miejsce na przełomie 2015 i 2016 r. Nie był to strajk pracowniczy w ścisłym znaczeniu, aczkolwiek identyczny problem

kolizji różnych interesów, jaki wówczas wystąpił, może zaistnieć także w przypadku typowego strajku pracowniczego. Warto zatem przypomnieć, że uczestnictwo lekarzy w tym proteście, którego tłem było m.in. niepodpisanie przez część świadczeniodawców umów z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, prowadziło – w niektórych przypadkach – do zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w określonych dniach przez określone podmioty lecznicze. Okazało się, że zamknięcie podmiotów leczniczych m.in. ograniczyło pacjentom dostęp do dokumentacji medycznej, co stało się podstawą wszczęcia przez Rzecznika Praw Pacjenta postępowań w sprawie uznania praktyk za naruszające zbiorowe prawa pacjentów.

W opisanej sytuacji konieczne stało się rozstrzygnięcie konfliktu pomiędzy szeroko rozumianym prawem lekarzy do protestu a prawem pacjentów do dostępu do dokumentacji medycznej. Sądy administracyjne zwróciły uwagę, że prawo do dostępu do dokumentacji medycznej jest ściśle związane m.in. z ochroną życia i zdrowia pacjentów, a ochrona tych wartości – jak zostało wyżej wskazane – ma pierwszeństwo przed realizacją przez pracowników prawa do strajku. WSA w Warszawie wprost stwierdził, że „realizacja prawa pacjenta dostępu do dokumentacji medycznej nie może być w żaden sposób ograniczona bądź utrudniona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, także w sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku uczestniczenia w legalnej akcji protestacyjnej. Konieczność bezwzględniego, rygorystycznego przestrzegania tego prawa pacjenta wynika stąd, że służy ono nie tylko ochronie zdrowia, ale często może decydować o ochronie życia, np. w sytuacji nagłej operacji czy konieczności kontynuowania ściśle określonego leczenia, wyłącznie w oparciu o dane z dokumentacji medycznej”¹⁹. W podobnym kierunku NSA podkreślił, że „zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych nie może wiązać się z wyłączeniem dostępu do dokumentacji medycznej, skoro takie prawo zostało przyznane, a ma ono podstawowe znaczenie dla ochrony życia i zdrowia, których ochrona jest gwarantowana w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej”²⁰.

W konsekwencji NSA uznał, że zamknięcie w określonych dniach podmiotu leczniczego wymagało podjęcia działań organizacyjnych, które gwarantowały dostęp pacjentów do dokumentacji medycznej²¹. Realizacja przez lekarzy prawa do protestu (lub analogicznie – strajku pracowniczego) nie może bowiem stanowić podstawy do uchylenia się przez lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia od ustawowego obowiązku przestrzegania praw pacjenta, a przede wszystkim tych z nich, których realizacja ma znaczenie dla ochrony życia i zdrowia ludzkiego. W tym kierunku NSA stwierdził, że należy dać pierwszeństwo ochronie zdrowia i życia człowieka, a nie swobodzie działalności gospodarczej²² czy też organizacyjnej trudności w sprawnym zapewnieniu dostępu do dokumentacji medycznej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych²³.

Niemniej może powstać pytanie, czy obowiązek realizacji przez lekarza wszystkich praw pacjenta wyprzedza jego prawo do strajku (lub szerzej – protestu). Niewątpliwie pierwszeństwo w powyższym konflikcie należy przyznać tym wszystkim prawom pacjenta, które mają znaczenie dla ochrony jego życia lub zdrowia, a zatem np. prawu do informacji czy też wspomnianemu prawu do dostępu do dokumentacji medycznej. Problematyczna jest jednak ocena konfliktu między prawem lekarza do strajku a realizacją przez pacjenta

praw niezwiązanych z ochroną jego życia i zdrowia, np. prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Wydaje się jednak, że ze względu na ich ustawowy charakter, a jednocześnie ustawowy obowiązek osób wykonujących zawody medyczne realizacji wszystkich praw pacjenta, niedopuszczalne byłoby przyznanie pierwszeństwa w powyższej sytuacji prawu lekarza do strajku.

Przypisy

1. Por. art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1502, ze zm.).
2. Dz. U. z 2015 r., poz. 295, ze zm.; dalej: u.r.s.z.
3. Por. art. 6 u.r.s.z. i art. 2 Ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1881; dalej: u.z.z.).
4. Wyrok TK z 2 czerwca 2015 r., sygn. K 1/13, OTK-ZU 2016, nr 6A, poz. 80.
5. Por. A. Sobczyk, J. Zagrobelny (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP*, Tom I, Komentarz. Art. 1-86, Warszawa 2016, s. 1 401.
6. Por. wyrok TK z 2 czerwca 2015 r., sygn. K 1/13.
7. Por. M. Kurzynoga, *Kwestia prawa lekarzy do strajku*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2012, nr 5, s. 23.
8. Por. art. 19 ust. 2 i 3 u.r.s.z.
9. Por. art. 19 ust. 1 u.r.s.z.
10. Por. A. Zoll, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej a prawo lekarza do strajku*, Prawo i Medycyna 2008, nr 1, s. 11-12.
11. Por. M. Kurzynoga, *Kwestia...*, s. 20.
12. Por. M. Kurzynoga, *Sytuacja lekarza jako podmiotu prawa pracy ze szczególnym uwzględnieniem prawa lekarza do strajku w kontekście obowiązku udzielania przez niego świadczeń zdrowotnych* [w:] A. Białek, T. Sroka (red.), *Kiedy lekarz mówi „nie”, czyli prawne aspekty odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego*. Publikacja pokonferencyjna, Kraków 2015, s. 76-77.
13. Por. M. Kurzynoga, *Kwestia...*, s. 21. Zdaniem Autorki np. „dopuszczalne wydaje się odwoływanie w czasie strajku zaplanowanych zabiegów medycznych służących poprawie, a nie ratowaniu zdrowia”.
14. Por. T. Sroka (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP...*, s. 948.
15. Por. A. Zoll, *Obowiązek...*, s. 6.
16. Por. art. 30 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2015 r., poz. 464, ze zm.) oraz A. Zoll, *Obowiązek...*, s. 12-13; M. Żelichowski, *Przypadek niecierpiący zwłoki a strajk lekarzy*, *Medycyna Praktyczna* 2007, nr 1; E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011, s. 123.
17. Por. M. Żelichowski, *Przypadek...*
18. O obowiązkach lekarza niezgłaszającego się w ogóle do pracy ze względu na strajk oraz osoby odpowiedzialnej za organizację pracy w podmiocie leczniczym – por. A. Zoll, *Obowiązek...*, s. 10-11.
19. Wyrok WSA w Warszawie z 28 października 2015 r., VII SA/Wa 1565/15 – wszystkie orzeczenia sądów administracyjnych pochodzą z Centralnej Bazy Orzeczeń Sądów Administracyjnych, orzeczenia.nsa.gov.pl.
20. Wyrok NSA z 12 maja 2016 r., II OSK 116/16. NSA również, odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 2 Konstytucji, stwierdził, że „nie można wywodzić naruszenia reguł demokratycznego państwa prawnego z dopuszczalności naruszenia elementarnych praw człowieka – prawa do ochrony życia i zdrowia. Trudności organizacyjne nie stanowią wartości, która ma pierwszeństwo przed ochroną elementarnych praw człowieka” – por. wyroki NSA z: 9 lutego 2016 r., II OSK 2843/15; 22 lipca 2016 r., II OSK 855/16.
21. Por. wyroki NSA z: 9 lutego 2016 r., II OSK 2843/15; 19 kwietnia 2016 r., II OSK 2960/15.
22. Por. wyroki NSA z: 11 lutego 2016 r., II OSK 3047/15; 12 maja 2016 r., II OSK 116/16.
23. Por. wyrok NSA z 12 maja 2016 r., II OSK 25/16. Sądy administracyjne zwróciły uwagę, że „przychodnia lekarska to nie jest typowy podmiot gospodarczy o charakterze biznesowym, który w dowolnym momencie można zamknąć. W przypadku podmiotu gospodarczego będącego podmiotem leczniczym należy mieć na uwadze, że w czasie gdy jest zamknięty nadal istnieją obowiązki wobec aktualnych lub byłych pacjentów – do których należy między innymi udostępnianie dokumentacji medycznej. A zatem, należy tak zorganizować działalność, jej zakończenie, czy też choćby chwilowe zamknięcie, żeby pacjenci mogli mieć dostęp do swojej dokumentacji medycznej. Jakikolwiek działanie podmiotu leczniczego uniemożliwiające pełny dostęp do wskazanej dokumentacji (a nie jedynie za pomocą skrzynki pocztowej lub poprzez kontakt telefoniczny) jest działaniem naruszającym zbiorowe prawa pacjentów” – por. wyrok WSA w Warszawie z 16 września 2015 r., sygn. VII SA/Wa 1295/15. Podobnie np.: wyroki WSA w Warszawie z: 23 września 2015 r., VII SA/Wa 1417/15; 20 października 2015 r., VII SA/Wa 1281/15.



Fot. z archiwum J.K.



Z Jackiem Krajewskim,
lekarzem rodzinnym, preze-
sem Federacji Porozumienie
Zielonogórskie rozmawia
Aleksandra Solarewicz

W wykazie leków znalazło się łącznie 68 substancji czynnych, czyli 1 129 preparatów. Pozwoli to, według szacunków Ministerstwa Zdrowia, zaoszczędzić pacjentom ok. 310 mln zł. Wadą programu jest to, że lista jest za krótka i nie ma na niej wielu leków, np. niektórych diabetologicznych czy onkologicznych. (...) sama obecność leku na liście nie czyni go bezpłatnym. Aby tak było, pacjent musi spełnić warunki określone przez ustawę refundacyjną i przepisy z niej wynikające. Np. pacjent, któremu po stentowaniu tętnic wieńcowych przysługuje refundacja preparatów kopidogrelu do poziomu 30 proc., w przypadku braku takich wskazań musi za ten lek zapłacić 100 proc. ceny. Te zasady dotyczą także seniorów.

Program 75+ Cienie i blaski

Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/change-purse-1240012/Anna-H-G,
www.pixabay.com/photos/medical-1573038/WerbeFabrik, www.pixabay.com/photos/women-1013116/Israeljam – obraz modyfikowany

Aleksandra Solarewicz: Darmowe leki. Hasło miłe dla ucha, ale... Czy istnieje coś takiego?

Jacek Krajewski: Darmowe leki to hasło, z którym opinia publiczna została zapoznana w czasie zeszłorocznych wyborów. Dotyczy ono tych leków, które zgodnie z przygotowaną listą są przeznaczone dla osób po 75. roku życia. Różnica między obowiązującymi do niedawna zasadami i listami refundacyjnymi a obecnymi rozwiązaniami polega na tym, że dotychczas pacjent, nawet jeśli lek refundowany oznaczony był jako bezpłatny, musiał dopłacać do kwoty limitu ceny określonej przez NFZ. Za leki dla seniorów takiej dopłaty nie ma. Dopłaca budżet państwa.

A.S.: Jakie są zalety i wady programu? Jakich leków brakuje na liście?

J.K.: Oczywiście nie ma idealnej listy. Na obecnie obowiązującej wśród najczęściej występujących chorób oraz ich przyczyn i czynników ryzyka znajdują się:

- nadciśnienie tętnicze: dyslipidemie, cukrzyca, złe nawyki żywieniowe (spożywanie sodu, tłuszcze nasycone, alkohol), leczenie hormonalne;
- choroba niedokrwienna serca: miażdżyca (hiperlipidemia);
- niewydolność serca: choroba niedokrwienna serca (miażdżyca), choroby obejmujące mięsień serca, zastawki i układ przewodzący;
- udar mózgu: miażdżyca naczyń mózgowych, choroba zakrzepowo-zatorowa;
- choroba zakrzepowo-zatorowa: uszkodzenie śródbłonna naczyniowego, zaburzenia przepływu krwi (żylaki), zaburzenia w składzie krwi (choroby hematologiczne);
- astma: procesy zapalne u osób podatnych, ze zwiększoną reaktywnością dróg oddechowych na bodźce;
- POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc, obejmuje przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę): nieprawidłowa odpowiedź zapalna płuc na szkodliwe cząstki i gazy, która skutkuje postępującym, nie w pełni odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe;
- cukrzyca: zmniejszenie wydzielania insuliny, insulinooporność, zmniejszenie masy mięśniowej;
- depresja, przyczyny endogenne (choroba afektywna), psychologiczne (depresje reaktywne) i somatyczne (nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, operacje, urazy);
- otępienie: zmiany zwyrodnieniowe typu alzheimerowskiego, choroby naczyniowe (miażdżyca), choroba Parkinsona.

W wykazie leków znalazło się łącznie 68 substancji czynnych, czyli 1 129 preparatów. Pozwoli to, według szacunków Ministerstwa Zdrowia, zaoszczędzić pacjentom ok. 310 mln zł. Wadą jest to, że lista jest za krótka i nie ma na niej wielu leków, np. niektórych diabetologicznych czy onkologicznych. Nadal obowiązują zasady wprowadzone ustawą refundacyjną dotyczącą wskazań do określonego poziomu refundacji leku. I tak, preparat znajdujący się na liście leków darmowych będzie przepisywany ze 100 proc. odpłatnością w przypadku, kiedy osoba po 75. roku życia nie ma wskazań klinicznych do otrzymania refundacji określonych w CHPL lub w obwieszczeniu ministra zdrowia. Krótko mówiąc, sama obecność leku na liście nie czyni go bezpłatnym. Aby tak było, pacjent musi spełnić warunki określone przez ustawę refundacyjną i przepisy z niej wynikające. Np. pacjent, któremu po stentowaniu tętnic wieńcowych przysługuje refundacja preparatów kopidogrelu do poziomu 30 proc., w przypadku braku takich wskazań musi za ten lek zapłacić 100 proc. ceny. Te zasady dotyczą także seniorów.

A.S.: Program dotyczy pacjentów powyżej 75. roku życia. Krytycy zarzucają, że powinien dotyczyć wszystkich emerytów oraz innych niezamożnych grup, rodzin wielodzietnych, rencistów... Lista „kandydatów” niebezpiecznie się wydłuża...

J.K.: Myślę, że krytycy mogą sobie pozwolić na wyrażanie takich opinii, ponieważ przeważnie nie odpowiadają za realizację tego programu. Środki przeznaczone na sfinansowanie nawet tak nie długiej listy leków darmowych są przekazywane przez budżet państwa. Każde wydłużenie listy wiązać się będzie z dodatkowymi kwotami. Budżet państwa nie jest z gumy i możliwość dodawania nowych leków do listy wiązać się będzie nie tylko ze wskazaniami medycznymi, ale także możliwościami naszego państwa. Inne

działy życia społeczno-gospodarczego naszego kraju są w podobnej sytuacji i każde uszczuplenie ich budżetów jest niezwykle trudne. Środki kierowane na program 75+ muszą być dosłownie wy-szarpane innym resortom. W takiej sytuacji dodawanie kolejnych beneficjentów darmowych leków, poza 75-latkami, jest nieodpowiedzialną mrzonką. Pacjenci, którzy są odbiorcami programu to grupa, która moim zdaniem została wskazana właściwie. Jako lekarz mogę powiedzieć, że pacjenci 75+ to ci, którzy odwiedzają mnie w gabinecie najczęściej i uzyskanie compliance w terapii jest tu niezwykle istotne. Leki za darmo mogą w tym pomóc.

A.S.: Jedni zarzucają Ministerstwu rozdawnictwo. Drudzy mówią, że łatwiejszy dostęp do leków ograniczy koszty leczenia, i w ten sposób obniży koszty np. hospitalizacji...

J.K.: Nie zgadzam się z twierdzeniem, że ten projekt to rozdawnictwo. Wielu pacjentów skorzysta na jego realizacji, szczególnie przy jego kontynuacji i rozszerzeniu o dodatkowe preparaty. Wspomniany compliance rzeczywiście może spowodować większy procent pacjentów ustabilizowanych, mniej poważnych powikłań, a co za tym idzie także ograniczenie potrzeby hospitalizacji. Aby to wykazać, należałoby monitorować niektóre wskaźniki związane z epidemiologią chorób, dla leczenia których znalazły się leki na obecnie obowiązującej liście dla seniorów.

A.S.: Wypisywaniem recept mają zajmować się lekarze POZ. Lekarze mają wątpliwości, krytykują to. Jakie problemy będą się z tym wiązać?

J.K.: Dla lekarzy POZ jest to dodatkowy obowiązek. Biorąc pod uwagę duży zakres obowiązków sprawozdawczych i uciążliwą biurokrację, która ogranicza czas przeznaczany bezpośrednio pacjentowi, na pewno ograniczenie tej czynności tylko do lekarzy POZ przysporzy nam pracy. Można zrozumieć sposób rozumowania MZ w aspekcie monitoringu programu i liczenia kosztów. Z punktu widzenia dostępności do tego świadczenia jest to jednak uciążliwość i dla pacjenta, i lekarza POZ. Uważam, że przynajmniej w dniu wypisu ze szpitala pacjent powinien otrzymać wszystkie leki, które powinien przyjmować w terapii poszpitalnej, także leki z listy 75+.

A.S.: Skoro za darmo, a receptę do apteki może przynieść każdy, to można spodziewać się pewnych nadużyć. Czy i jakich nadużyć obawia się Pan Doktor?

J.K.: Jasne, że nie można wykluczyć nadużyć. Chociażby nadmiernego gromadzenia niektórych farmaceutyków. Trzeba jednak przyznać, że na liście nie ma lub są w znikomej ilości najchętniej gromadzone przez pacjentów leki przeciwbólowe, nasenne czy antybiotyki.

A.S.: Może zamiast leków darmowych, limit? Np. rokrocznie można odebrać leki darmowe o ustalonej wartości, za pozostałe będzie obowiązywać opłata?

J.K.: Takie rozwiązanie wiązałoby się z koniecznością weryfikacji, kto taki limit już wyczerpał, a kto nie. Należałoby wprowadzić system monitorowania, który mógłby okazać się droższy niż cały program. Myślę, że obecny projekt trzeba potraktować jako pilotaż wprowadzonej zmiany. Ocena przebiegu całego procesu, np. w perspektywie roku, może odpowiedzieć na pytanie, czy konieczne są jakieś restrikcje.

A.S.: Czy Pana zdaniem jest możliwe obniżenie zapotrzebowania na leki przyjmowane przez seniorów, np. poprzez profilaktykę czy rehabilitację?

J.K.: Takie obniżenie zapotrzebowania na przyjmowanie leków jest możliwe i potrzebne nie tylko wśród seniorów. W ogóle terapia produktami leczniczymi – w tym lekami – to wśród pacjentów w Polsce podstawa myślenia o zdrowiu i jego zachowaniu. Świadczy o tym np. szaleństwo zażywania wszelkiego rodzaju suplementów diety, nadkonsumpcja leków przeciwbólowych czy czolowe pozycje na liście krajów, w których społeczeństwo kupuje leki OTC. Zatem na to zjawisko należy spojrzeć szerzej. Konieczne jest wdrożenie w życie ustawy o zdrowiu publicznym w skali całego kraju i całego społeczeństwa, a nie tylko seniorów. Mówi się w tym przypadku o prewencji, czwartej fazy, czyli zapobieganiu nadużywaniu leków i procedur leczniczych, informowaniu o ryzyku ich stosowania i proponowania etycznie akceptowalnych sposobów interwencji medycznych.

Dziękuję za rozmowę



CHIRURGICZNE LECZENIE OTYŁOŚCI

Alternatywnym rozwiązaniem, jakie medycyna może zaproponować obecnie otyłemu człowiekowi, jest chirurgiczne leczenie otyłości, czyli chirurgia bariatryczna, coraz częściej z powodu znaczącego wpływu na metabolizm zwana również metaboliczną. Nie jest to wcale nowa metoda walki z otyłością, ponieważ jej świadome początki sięgają lat 70. ubiegłego wieku, kiedy to K.J. Printer i E.E. Mason wykonali pierwszą operację restrykcyjną na żołądku.



Fot. z archiwum autora

LEK. RAFAŁ MULEK

Specjalista chirurgii ogólnej i naczyniowej, starszy asystent Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałami Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chirurgii Metabolicznej i Chirurgii Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu, Ośrodka Badańczo-Rozwojowego.

Cienie i blaski chirurgii bariatrycznej

Tekst Rafał Mulek

Nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, stłuszczenie wątroby, dyslipidemia, hiperurykemia, przewlekły stan zapalny, udar mózgu, zawał serca, przeciążenie stawów, nietolerancja wysiłku, bezdech senny, depresja, nowotwory, zaburzenia potencji i płodności...

Jeśli ktoś z Państwa pominął przypadkiem tytuł artykułu, może przez chwilę zaczął się zastanawiać, co to za litania bez ładu i składu. Zapewniam jednak, że dla wszystkich wymienionych powyżej stanów, jak również kilku innych, istnieje wspólny mianownik, który scala te teoretycznie nieuporządkowane hasła.

Nadwaga i otyłość od wielu lat są naszą codziennością. W każdej rodzinie, miejscu pracy, na ulicy spotykamy otyłych ludzi na tyle często, że nauczyliśmy się przechodzić obok tego faktu obojętnie, traktując otyłość jako jedną z różnorodności otaczającego nas świata. Nawet przez środowisko lekarskie „niewielka nawaga” czy otyłość postrzegane są bardziej przez pryzmat wyglądu niż problemu zdrowotnego, a przecież otyłość definiowana jest jako odrębna jednostka chorobowa, tak samo jak każda z powyżej wymienionych chorób.

Wg WHO problem otyłości dawno urosł do rangi epidemii, zarówno ze względu na swoje rozpowszechnienie, jak również z powodu środków angażowanych do walki z problemem. W Europejskim Regionie WHO w roku 2010 na otyłość chorowało około 150 milionów

dorosłych, czyli aż 20 proc. populacji oraz 15 milionów dzieci i nastolatków, co stanowi 10 proc. populacji nieletnich. Otyłość nie tylko wpływa na jakość życia człowieka, ale również poprzez rozwój chorób towarzyszących skraca jego długość nawet o 15 lat. Wg danych pochodzących ze Stanów Zjednoczonych wydatki na opiekę zdrowotną osób otyłych w porównaniu z osobami o prawidłowej masie ciała są rocznie wyższe o około 36 proc¹.

Praktyka pokazuje, że zarówno działania profilaktyczne, jak również leczenie zachowawcze otyłości nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Wprowadzenie programu intensywnego leczenia zachowawczego połączonego z programem ćwiczeń fizycznych pozwala na utrzymanie utraty masy ciała po 2 latach leczenia na poziomie 4-5 kg, co pamiętając, że mówimy o pacjentach, których waga często przekracza 100 kg, nie stanowi spektakularnego rezultatu. Uciążliwość stosowanej terapii i brak wytrwałości są głównymi przyczynami porażek, a efekt „jo-jo” jest jakże częstym finałem większości podejmowanych prób zredukowania wagi².

Alternatywnym rozwiązaniem, jakie medycyna może zaproponować obecnie otyłemu człowiekowi, jest chirurgiczne leczenie otyłości, czyli chirurgia bariatryczna, coraz częściej z powodu znamienego wpływu na metabolizm zwana również metaboliczną. Nie jest to wcale nowa metoda walki z otyłością, ponieważ jej świadome początki sięgają lat 70. ubiegłego wieku, kiedy to K.J. Printer i E.E. Mason wykonali pierwszą operację restrykcyjną na żołądku³.

Obecnie operacje bariatryczne dzielimy na 2 rodzaje – operacje restrykcyjne, gdzie głównym elementem wpływającym na utratę wagi jest zmniejszenie objętości żołądka oraz wyłączające, gdzie obok elementu restrykcyjnego wprowadza się zmiany w przewodzie pokarmowym, dzięki którym przyjęty pokarm omija takie odcinki, jak żołądek, dwunastnica czy jelito czcze.

Do operacji restrykcyjnych należą: operacja założenia opaski regulowanej (AGB) na górną część żołądka, ale przede wszystkim najczęściej obecnie wykonywana procedura bariatryczna, bez względu na szerokość geograficzną – mankietowa resekcja żołądka (ang. sleeve gastrectomy), zwana popularnie „sliwem” lub „mankietem”. Swoją popularność „mankiet” zawdzięcza bardzo dobrej skuteczności oraz stosunkowej prostocie wykonania (prostota zabiegu operacyjnego jest oczywiście pojęciem umownym).

Operacja polega na wycięciu większej części żołądka. Ponieważ każdy żołądek jest innej wielkości, mniej istotna jest wielkość żołądka resekowanego. Zdecydowanie kluczowa jest objętość żołądka pozostawiona po resekcji. Rozpoczynając resekcję w okolicy odźwiernika, a kończąc w okolicy wpustu, chirurg pozostawia żołądek o objętości około 100-150 ml. Zmniejszenie objętości żołądka nazywamy elementem restrykcyjnym operacji. Dzięki temu pacjent jednorazowo nie jest w stanie przyjąć większej objętości pokarmu, co wiąże się również z mniejszą ilością kalorii, jaką przyjmuje w trakcie posiłku. Operacja oddziałuje również na mechanizmy regulujące odczuwanie głodu i sytości. W wycinanej części żołądka fizjologicznie produkowany jest m.in. hormon głodu – grelina. Jej zmniejszona produkcja zdecydowanie wpływa pozytywnie na uczucie głodu⁴. Nie mniej pasjonujące są inne następstwa zabiegu. Nie potrafimy wytłumaczyć ich póki co w sposób naukowy, faktem jest jednak m.in. „zmiana smaków” po leczeniu operacyjnym skutkująca np. spadkiem apetytu na słodcyce.

Do operacji wyłączających należą klasyczny bypass żołądkowy (RYGB), minigastric bypass, wyłączenie żółciowo-trzust-

kowe (BPD), wyłączenie żółciowo-trzustkowe z przełączeniem dwunastniczym (BPD-DS). Bypass żołądkowy jest pod względem częstości wykonywania drugą po mankietowej resekcji procedurą bariatryczną.

Operacja polega na wydzieleniu z górnej części żołądka niewielkiego (30 ml) zbiornika, a następnie wykonaniu zespożeń pomiędzy zbiornikiem i jelitem oraz między pętlami jelitowymi w taki sposób, aby zamiast fizjologicznej pętli jelita cienkiego o długości ponad 5 metrów utworzyć 3 pętle jelitowe:

1. pokarmową o długości około 1,5 metra, gdzie pokarm trafia ze zbiornika żołądkowego i nie ma kontaktu z enzymami trawiennymi dwunastnicy i trzustki;
2. enzymatyczną o długości około 50-70 cm zawierającą enzymy trawienne produkowane przez dwunastnicę;
3. pętlę wspólną, która jest pozostałym odcinkiem jelita cienkiego, w tej pętli zachodzi typowy proces trawienia i wchłaniania. Pętla wspólna zaczyna się w okolicy jelita krętego⁵. Ma to ogromne znaczenie dla zjawisk odpowiedzialnych za regulację metabolizmu glukozy. Pokarm z wysokim ładunkiem glikemicznym, trafiając bezpośrednio do jelita krętego z pominięciem dwunastnicy, jest dużym bodźcem stymulującym jelito kręte do produkcji hormonów inkretynowych, jak GLP 1, które z kolei stymulują trzustkę do produkcji insuliny. Uruchomienie tego endogenego mechanizmu jest głównym czynnikiem poprawiającym kontrolę, a nawet całkowitą remisję cukrzycy typu 2 już krótko po operacji, co jest niezależne od utraty masy ciała i mechanizmów insulinooporności, które są odpowiedzialne za rozwój cukrzycy w otyłości. Cukrzyca typu 2, zwłaszcza trudno kontrolowana, jest bez wątpienia dużym wskazaniem do rozważenia procedury bypassu u otyłego pacjenta⁶.

Obecnie do leczenia bariatrycznego kwalifikowani są chorzy wg następującego schematu. Izolowana otyłość III stopnia definiowana wskaźnikiem BMI ≥ 40 jest sama w sobie wskazaniem do leczenia operacyjnego. U chorych z II stopniem otyłości do kwalifikacji wymagana jest obecność przynajmniej jednej z chorób towarzyszących otyłości. Zgodnie z wytycznymi m.in. International Diabetes Federation do leczenia bariatrycznego kwalifikowani są również chorzy z I stopniem otyłości, przy źle kontrolowanej cukrzycy typu 2⁷. Ważne jest, że w przypadku kwalifikacji do leczenia pod uwagę bierzemy nie tylko aktualne BMI, ale najwyższe udokumentowane, dzięki czemu unikamy sytuacji, w której zmuszalibyśmy pacjenta do zwiększenia masy w celu uzyskania kwalifikacji. Należy pamiętać, że otyłość, o której mówimy, to najczęściej przedział wagowy dużo powyżej 100 kg i uzależnianie kwalifikacji u pacjenta, który waży 130 kg od brakujących 5 kg, które zamienią drugi stopień otyłości na trzeci, jest niepoważne. Życie pokazuje, że pacjent bez trudu spełni naszą formalną prośbę, a my zamiast dążyć do zmniejszenia poziomu trudności operacji, będziemy go zwiększać tylko po to, by spełnić formalne zalecenia. Do niedawna wymagano, aby pacjent przed kwalifikacją do leczenia operacyjnego przebył program intensywnego leczenia zachowawczego. Dopiero fiasko tego postępowania dawało zielone światło chirurgowi. Obecnie stanowisko chirurgiczne jest zdecydowanie praktyczniejsze i opiera się na faktach płynących z EBM, które jasno mówią, że lecząc zachowawczo otyłego pacjenta, dajemy mu szansę na utratę w długiej perspektywie czasu zaledwie kilku kilogramów. Przy leczeniu operacyjnym planujemy utraty na poziomie kilkudziesięciu kilogramów.

Nie chciałbym deklarować, że chirurgia bariatryczna jest skazana na sukces, a pacjenta uwalnia od wysiłku. Wręcz przeciwnie, już na pierwszej wizycie pacjent powinien być poinform-



mowany, że zespół chirurgiczny odpowiedzialny jest w mniej niż 50 proc. za sukces leczenia, a zdecydowanie trudniejsza część pracy w postaci skrupulatnie przestrzeganej diety, walki z zachciankami, a przede wszystkim konieczność trzymania się wytyczonego planu na przestrzeni kolejnych lat sprawiają, że na pacjencie ciąży zdecydowanie większa odpowiedzialność. Może nasuwać się proste pytanie, po co w takim razie sięgać po chirurgię, kiedy od pacjenta i tak wymaga się idealnych praktyk dietetycznych, bez których leczenie chirurgiczne samo w sobie nie przyniesie oczekiwanych rezultatów? Odpowiedź jest bardzo pragmatyczna. Sukces wynika z umiejętnego połączenia kilku aspektów leczenia i ich wytrwałego stosowania. Żeby jednak leczenie zachowawcze nie było jedynie syzyfową pracą, pacjent otyły potrzebuje narzędzia, które pomoże mu „wtoczyć kamień na górę”, a jest nim właśnie leczenie chirurgiczne. Dzięki wprowadzeniu zmian anatomicznych w przewodzie pokarmowym jesteśmy w stanie sprawić, że pacjent nie będzie toczył codziennej krucjaty ze swoimi przyzwyczajeniami i fizjologią. Okazuje się bowiem, że sygnał nerwowy płynący z wypełnionego pokarmem 100-mililitrowego żołądka informujący o sytości jest bardziej przekonujący dla pacjenta niż jakże prawdziwe argumenty, że jak nie schudnie, to będzie nieszczęśliwy, chory i umrze przedwcześnie. Statystyczne efekty leczenia operacyjnego są takie, że po 2 latach od operacji pacjent traci na wadze około 70-80 proc. z nadmiaru swojej pierwotnej wagi. W praktyce oznacza to, że przykładowo pacjent z wagą 120 kg i wzrostem 170 cm, BMI 41,52, który powinien zredukować, z pewnym uproszczeniem, wagę o 50 kg, może liczyć w wyniku przeprowadzonego leczenia na utratę masy ciała na poziomie 35-40 kg. Jest oczywiste, że po 5 latach od przeprowadzonego leczenia operacyjnego utrata wagi może wynosić jedynie 30-35 kg, a po 10 latach 25-30 kg. Wynika to m.in. ze stopniowego rozciągnięcia żołądka, jak również z faktu, że im dłuższy okres czasu mija od operacji, tym mniej skrupulatnie przestrzegane są pierwotne założenia leczenia. Pamiętajmy jednak, że ten sam pacjent, którego leczylimy operacyjnie, bez naszej interwencji będzie z dużym prawdopodobieństwem nie studwodził, lecz stutrzydziestokilogramowym diabetykiem ze stale rosnącą ilością stosowanych w terapii leków, spośród których chociażby insulina napędzać będzie dalej swoim anabolicznym działaniem spiralę kilogramów. Chciałbym podkreślić, że pomijając medyczne aspekty leczenia, najbardziej cieszą mnie zmiany, które dokonują się w codziennym życiu operowanych pacjentów. Bez fałszywej skromności mogę śmiało przyznać, że uwalniając ciało, uwalniamy również umysł, a najmilszym prezentem, który niejednokrotnie otrzymałem od „otylego” pa-

cjenta jest zapewnienie, że przeprowadzone leczenie nie tylko wróciło mu zdrowie, ale również nadało życiu nową jakość, którą trudno opisać liczbami i procentami.

Poruszając problem chirurgicznego leczenia otyłości, nie można nie wspomnieć o jego dostępności. Mówiąc wprost – jest ona niewystarczająca. Klasyfikacja JGP całkowicie ignorowała dotychczas stosowane metody leczenia i koszty z nimi związane. Oddziały chirurgiczne były więc zmuszone sięgać po grupę F12 klasyfikacji JGP (duże zabiegi żołądka i dwunastnicy), z procedurą zabiegu zmniejszającego objętość żołądka wycenioną na 108 pkt., co odpowiada kwocie 5 616 zł i kompletnie nie jest w stanie pokryć ponoszonych kosztów, bądź sięgać po grupę F11 (kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy) z wartością punktową 236 pkt., wykazując wykonanie radykalnej resekcji żołądka, co bez wątpienia z formalnego punktu widzenia mija się z prawdą, ale jest w stanie zagwarantować podstawową rentowność procedury. Nawiasem mówiąc, na wykonanie operacji radykalnej resekcji żołądka w technice laparoskopowej potrzebna jest bardzo podobna ilość jednorazowego sprzętu, mimo że zakres resekcji jest bez wątpienia większy. Podobnie przedstawia się sytuacja bypassu żołądkowego, dla którego rozliczenia posługujemy się w sposób absurdalny procedurą zespolenia jelitowo-jelitowego⁸.

Dopiero w tym roku zostały podjęte działania zmierzające do ustanowienia nowej grupy w katalogu JGP dedykowanej do rozliczania procedur bariatrycznych zgodnie ze stanem faktycznym, uwzględniającej zarówno wykonywane obecnie procedury, jak również koszty związane z ich przeprowadzeniem.

Sytuacja ta bez wątpienia nie sprzyjała bezproblemowemu wykonywaniu procedur bariatrycznych, ograniczając ich dostępność przy olbrzymim popycie ze strony chorych.

1. <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=92>
2. J Intern Med. 2013 Mar; 273(3):219-34. doi: 10.1111/joim.12012. Epub 2013 Feb 8. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. Sjöström L.
3. Printen K.J., Mason E.E.: Gastric surgery for relief morbid obesity. Arch. Surg., 1973; 106: 428-431.
4. Baltasar A., Serra C., Perez N. i wsp.: Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. Obes. Surg. 2005;15: 1124-1128.
5. Budzyński A., Matłok M., Laparoskopowa operacja wyłączenia żołądkowego z użyciem pętli Roux, Chirurgia, Medycyna Praktyczna, 2011, 6: 83-95.
6. Morinigo R., Moize V.; Musri M. i wsp.: Glukagon-like peptide-1, peptide YY, hunger and satiety after gastric bypass surgery in morbidly obese subjects. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2006; 91: 1735-1740.
7. <https://www.idf.org/webdata/docs/IDF-Position-Statement-Bariatric-Surgery.pdf>
8. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Operacje bariatryczne, WT.541.2.2016

Ogłoszenia

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

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

- medycyny ratunkowej do pracy w SOR w Głogowie,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- chirurgii ogólnej,
- pediatrii,
- neurologii,
- ginekologii i położnictwa,

- 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

ORTODONCJA – specjalistyczna klinika ortodontyczna zatrudni młodego lekarza po/w trakcie specjalizacji lub lekarza dentystę zajmującego się lub chcącego zajmować się ortodontcją. Praca w zgranym młodym zespole. Możliwość rozwoju pod okiem doświadczonego specjalisty. Zapewniamy mieszkanie. Miejsce Bolesławiec/Lubań. Tel. 661 408 060 lub e-mail: medelitegroup@gmail.com

Nowoczesna, prężnie działająca klinika stomatologiczna zatrudni młodego, ambitnego, chętnego do rozwijania swoich umiejętności lekarza dentystę. Zapewniamy bardzo dobrze wyposażony gabinet, pracę na 4 ręce, program szkoleń specjalistycznych, bardzo dobre zarobki. Miejsce Bolesławiec/Lubań. Kontakt: tel. 661 408 060 lub e-mail: medelitegroup@gmail.com



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/business-163464/PublicDomainPictures – obraz modyfikowany

Narodowa Służba Zdrowia a interes lekarzy

Tekst Maciej Biardzki

Stoimy w obliczu kolejnej rewolucji w obowiązującym w Polsce systemie opieki zdrowotnej. Obecnie znamy tylko kierunki proponowanych zmian z dość ryzykownym harmonogramem ich wprowadzania. Wielką niewiadomą są rozwiązania szczegółowe, a zwłaszcza ich efekty. Gorąco zrobiło się też wokół samego ministra zdrowia i realizacji jego planu.



Lekarz, menedżer ochrony zdrowia, publicysta. Obecnie prezes zarządu Milickiego Centrum Medycznego sp. z o. o.

MACIEJ BIARDZKI

Fot. z archiwum autora

Wyrażono już wiele opinii na temat tzw. „Planu Radziwiłła”. Były wśród nich opinie pozytywne, ale także miażdżące. Ponieważ „Medium” jest periodykiem przeznaczonym dla lekarzy, chciałbym zwrócić uwagę na kilka elementów programu, odnosząc się do relacji pomiędzy proponowanymi zmianami a ich wpływem na wykonywanie zawodu lekarza. Na koniec wskazałem korzyści, a także straty, jakie mogą one w jego następstwie odnieść.

Dla kogo służba zdrowia?

Jest to pytanie, na które nie odpowiedzieliśmy sobie nigdy, a na pewno nie od roku 1999, czyli początku reformy Jerzego Buzka. Co prawda rytualnie zaślamamy się „dobrem pacjenta”, ale przecież konstrukcja obowiązującego systemu nigdy nie była skierowana na realizację przysługujących mu konstytucyjnych praw. Wprowadzenie konkurencji podmiotów leczniczych nie skutkowało wcale podniesieniem jakości udzielanych usług, a wywołało jedynie walkę o wysokość kontraktu dzielnego nietransparentnie przez publicznego płatnika. Podobnie zasada płatności za usługę (fee for service) zlikwidowała zarówno holistyczne spojrzenie na pacjenta, jak i kompleksowe podejście do jego leczenia, zawężając nasze postępowanie do wykonania finansowanej przez płatnika porady, grupy czy procedury leczniczej. Dodatkowe zamieszanie wywołały



źle skonstruowane taryfy, które podzieliły pacjentów na tych lepiej i tych gorzej opłacalnych. Podporządkowanie różnych poziomów leczenia odpowiednim szczeblom samorządu, a następnie ich częściowa prywatyzacja, spowodowały zerwanie więzi kooperacyjnych pomiędzy nimi, zwłaszcza w obliczu konkurencji o pieniądze dzielone przez płatnika. Pojawiła się wręcz wrogość pomiędzy lekarzami rodzinnymi a szpitalami, czy szpitalami powiatowymi a specjalistycznymi. Ba, ostatnio ta wrogość przeniosła się nawet na spór pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami, co obserwujemy w trakcie procedowania ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej i propozycji tworzenia zespołów opiekujących się pacjentami.

Odnoszę czasami wrażenie, że w związku z brakiem odpowiedniego finansowania, pozwalającego właściwie udzielać usług zdrowotnych, stworzono system, posługując się starą rzymską zasadą *divide et impera*, w którym uczestnicy gryzą się nawzajem między sobą, zapewniając jednocześnie spokój rządzącym. Proponowane przez Konstantego Radziwiłła zmiany systemu mają zlikwidować bądź ograniczyć opisane wyżej patologie, paradoksem jest zaś, że właśnie teraz, po raz pierwszy od 1999 roku, udało się zjednoczyć reprezentacje pracowników systemu w postaci Porozumienia Zawodów Medycznych. Przyznać jednocześnie trzeba, że PZM nie występuje przeciwko samemu planowi, a brakowi istotnego zwiększenia nakładów publicznych na opiekę zdrowotną, co jest największą jego wadą.

System zabezpieczeniowy w miejsce ubezpieczeniowego

Jednym z dwóch podstawowych filarów „Planu Radziwiłła” jest zastąpienie obecnego systemu ubezpieczeniowego, w którym opieka zdrowotna przysługuje osobom opłacającym składkę zdrowotną, systemem rezydenckim, w którym opieka przysługuje wszystkim obywatelom polskim zamieszkującym w kraju i obcokrajowcom, którzy w Polsce opłacają podatki. Następnym tego ma być finansowanie systemu nie ze zbieranej składki, lecz bezpośrednio z budżetu państwa. Obecnie obowiązujący system składkowy posiada wystarczająco dużo wad, aby nie starać się go naprawiać, ale zastosować takie właśnie alternatywne rozwiązanie. Po pierwsze, wbrew Konstytucji RP eliminuje on spod opieki znaczną liczbę Polaków nieopłacających składek zdrowotnych. Po drugie, obciąża on składkami w sposób całkowicie niesolidarny, co jest sprzeczne z podstawowymi zasadami systemu ubezpieczeniowego. Wystarczy tutaj wskazać rolników, za których niemalże w 100 proc. składkę płaci państwo w wysokości niepokrywającej kosztów ich leczenia. To samo dotyczy osób bezrobotnych, a także w dużej mierze samozatrudnionych. Powoduje to, że ciężar utrzymania systemu leży na barkach zatrudnionych na umowie o pracę lub umowę-zlecenie, a także emerytów i rencistów. Aby zwiększyć nakłady w sposób oczekiwany, czyli do wysokości 6,0-6,8 proc. PKB należałoby tej grupie podnieść składkę o ok. 50 proc., albo... dołożyć tę kwotę z budżetu państwa. Innym rozwiązaniem jest upowszechnienie składki, czyli obciążenie nią wszystkich w proporcjonalny sposób, co ze względów czysto politycznych raczej nie jest do zrealizowania. Jeżeli pozostanie tak jak jest, to osoby niepłacące składki bądź uprzywilejowane w jej płaceniu będą dalej „pasażerami na gapę”.

Kolejnym argumentem są tzw. koszty transakcyjne związane ze żmudnym naliczaniem składki i przekazywaniem jej sobie przez kolejne instytucje. Wystarczy przypomnieć, że sam ZUS z tego tytułu pobierze sobie w tym roku kwotę blisko 150 milionów złotych. Trzeba także pamiętać o toczących się pracach nad wprowadzeniem tzw. jednolitego podatku, który ma zaistnieć od 2018 roku, co także wpłynęłoby na dodatkowe skom-

plikowanie poboru składki zdrowotnej. Może więc nie warto bronić systemu składkowego jak przysłowiowych okopów Świętej Trójcy i przyjąć system finansowania z budżetu, zwłaszcza że obowiązuje on także w innych krajach.

Niebezpieczeństwem związanym z systemem budżetowym jest możliwość obcinania nakładów na system opieki zdrowotnej w razie problemów finansowych państwa. Proponowane obecnie utworzenie państwowego funduszu celowego, którego wysokość nie może być niższa niż zadeklarowana, ryzyko to drastycznie ogranicza. Po prostu – będzie jak z nakładami na obronność, gdzie wydatki nie mogą być niższe niż 2 proc. PKB.

Podsumowując – nie jest istotne dla nas, w jaki sposób finansuje się system opieki zdrowotnej, pod warunkiem że nakłady są wystarczające i nie mogą być jednostronnie ograniczane. Niestety w „Planie Radziwiłła” nie ma istotnego wzrostu nakładów na zdrowie w najbliższych latach i to jest jego największa wada, ale o tym za chwilę.

Program rządowy prześlizguje się po największym problemie – braku odpowiedniej liczby pracowników. Niezależnie od organizacji systemu mamy ok. dwukrotnie mniej lekarzy i pielęgniarek niż średnia dla krajów OECD. Przyznać trzeba, że decyzją Konstantego Radziwiłła już w tym roku zwiększono limit przyjęć na nieodpłatne studia medyczne oraz podjęto prace nad przywróceniem kształcenia zawodowego pielęgniarek już na poziomie licealnym. To wszystko jednak za późno, choć o to raczej należy winić poprzedników. Ten jednak problem jest jedną z największych bomb tykających pod systemem.

Podstawowa opieka zdrowotna głównym filarem

W programie rządowym za priorytet uznano wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Niestety brak jest bliższych informacji o poszerzeniu zakresu sprawowania opieki przez lekarzy rodzinnych, poza ogólnymi założeniami tworzenia opieki koordynowanej, wprowadzenia budżetów powierzonych i realizacji w ich ramach zasady fundholdingu. Na pewno podstawowa opieka zdrowotna jest filarem systemu. Prowadzona przez nią profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób zmniejszy koszty systemu i pozwoli na skuteczniejsze leczenie niż do tej pory. Ale nie może się to skończyć tylko zwiększeniem jej finansowania, przy pozostawieniu struktury wykonywania świadczeń takiej, jaka jest do tej pory. Trzeba także doprowadzić do likwidacji przerzucania kosztów pomiędzy podmiota-

mi leczniczymi – kierowania pacjentów do oddziałów szpitalnych w celu diagnostyki, czy jakże częstego odsyłania ich bez skierowania na szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć. Lekarze rodzinni powinni także przejąć zabezpieczenie opieki całodobowej, bo obecny system nocnej i świątecznej opieki lekarskiej nie ma nic wspólnego z opieką koordynowaną. Model ten można zrealizować, posługując się benchmarkami z innych krajów, ale będzie to trwało długo z jednego podstawowego powodu – braku lekarzy rodzinnych. Ten brak próbował już zneutralizować Bartosz Arłukowicz, umożliwiając zakładanie wspólnych praktyk internistom i pediatrom, ale niewiele osiągnął poza drenażem oddziałów wewnętrznych i dziecięcych. Jeżeli nie zwiększy się istotnie liczby lekarzy rodzinnych, to nie zrealizują oni dodatkowych zadań, które chce na nich nałożyć Konstanty Radziwiłł.

Sposób finansowania podmiotów leczniczych

Istotnym elementem proponowanego programu jest wprowadzenie budżetowania większości szpitali. Projekt ten wzbudza liczne protesty, wynikające chyba raczej z niezrozumienia. Otóż ułomny system budżetowy w stosunku do szpitali mamy już teraz, bo czymże innym są przyznawane corocznie kontrakty. Według nowego rozwiązania mamy zastąpić rozliczanie tych kontraktów wykonanymi jednorodnymi grupami pacjentów, na wypłacanie comiesięcznie 1/12 tegoż kontraktu, przy dalszym sprawozdawaniu tych grup. Pozostaną możliwości negocjowania z płatnikiem w przypadku wykonywania ich zwiększonej ilości, będzie zaś można prowadzić rozsądną politykę ekonomiczną, znając comiesięczny wpływ środków na konto szpitala. Ileż to razy szpital otrzymywał mniejsze środki niż wynikające z kontraktu, bo w jednym zakresie miał nadwykonanie, zaś w innym niedow wykonanie. Kto pracuje na OIOM wie, że płatność za leczonego pacjenta następowała po zakończeniu leczenia, w następstwie czego pacjent często był leczony przez kilka miesięcy ze środków własnych szpitala. Po wprowadzeniu budżetowania zakończy się także koszmar cokwartalnego bilansowania umów. Oczywiście są dziesiątki pytań dotyczących płatności powyżej limitu budżetu za świadczenia ratujące życie, czy obecne świadczenia nielimitowane, ale to są tematy do doprecyzowania.

Niezadawalający wzrost nakładów

Największą słabością programu rządowego jest, kolokwialnie rzecz ujmując, brak paliwa do jego zrealizowania. Rzeczą powszechnie znaną jest niedostateczny brak nakładów na ochronę zdrowia, co powoduje, że jej poziom nie zadawała. Ani nie satysfakcjonuje bezpośrednich adresatów – pacjentów, ani wykonawców – pracowników systemu. Wiele osób powtarza, że przy takim poziomie nakładów, jaki mamy obecnie, i tak jesteśmy jednym z najefektywniejszych systemów na świecie. Rządzący deklarują stopniowy ich wzrost z 4,4 proc. PKB do 6 proc. PKB – docelowo. Jednak sam docelowy poziom wydaje się zbyt niski, podobnie jak i tempo dochodzenia do niego jest zdecydowanie zbyt powolne. Powoduje to zrozumiały protest pracowników systemu, dla których oznacza on kolejne lata mizernych wynagrodzeń. Może on także spowodować dalsze odchodzenie pracowników z pracy, w tym emigrację, a przez to doprowadzić do załamania się systemu z prostego powodu – braku wykwalifikowanych pracowników.

Oczywistym jest dla obserwatorów, że rząd PiS prowadzi kosztowny program socjalny, w tym rodzina 500+ i planowane obniżenie wieku emerytalnego, co stanowi wielkie obciążenie dla budżetu państwa, ale od razu nasuwa się pytanie – czy zaniechanie zdrowia Polaków nie jest koszmarnym błędem politycznym? Czy jakość opieki zdrowotnej nie powinna stać

się priorytetem państwa? Zdając sobie sprawę z napięć budżetowych należy się jednak domagać znacznie większej dynamiki wzrostu nakładów niż obecnie proponowana. Zwłaszcza że na podmiotach leczniczych ciąży wielomiliardowe długi, których koszt obsługi także jest bardzo znaczny.

Czego w programie brakuje?

Program rządowy prześlizguje się po największym problemie – braku odpowiedniej liczby pracowników. Niezależnie od organizacji systemu mamy ok. dwukrotnie mniej lekarzy i pielęgniarek niż średnia dla krajów OECD. Przyznać trzeba, że decyzją Konstantego Radziwiłła już w tym roku zwiększono limit przyjęć na nieodpłatne studia medyczne oraz podjęto prace nad przywróceniem kształcenia zawodowego pielęgniarek już na poziomie licealnym. To wszystko jednak za późno, choć o to raczej należy winić poprzedników. Ten jednak problem jest jedną z największych bomb tykających pod systemem.

Co z tego mogą mieć lekarze?

Cóż niesie program dla lekarzy? Przede wszystkim zmianę optyki. Jeżeli zostaną wprowadzone zmiany, to może w końcu lekarze przestaną się zastanawiać nad „opłacalnością” leczenia pacjentów, do czego przez ostatnie lata system nas wręcz przymuszał. Oczywiście zawsze należy stosować zasadę efektywności kosztowej prowadzonej diagnostyki i terapii, ale w stosunku do potrzebujących pacjentów. Niestety, ale w obecnym systemie istnieją wręcz zachęty do tzw. „hazardu moralnego”, tzn. wykonywania czynności nie niezbędnych czy potrzebnych pacjentowi, ale za to dobrze opłacanych. Zmiana systemu może też wymusić kooperację pomiędzy lekarzami różnych specjalności i różnych poziomów leczenia, która przez ostatnie lata niemal zamarła. Zmiany te pacjentom mogą przynieść tylko korzyści. Jednak bez wzrostu nakładów pozwalających na kompleksowe leczenie pacjentów, bo siłą rzeczy takie leczenie pojedynczych pacjentów będzie droższe, projekt pozostanie w sferze dobrych chęci. Bez wzrostu nakładów nie nastąpi też wzrost wynagrodzeń pracowniczych. Na koniec bez wzrostu nakładów nie będzie za co zatrudnić dodatkowych pracowników, w tym lekarzy (przy założeniu zwiększonego ich kształcenia), w następstwie czego dalej powszechne będą „kontrakty”, na których będą oni pracować po 300-500 godzin miesięcznie, aby zabezpieczyć istnienie szpitali.

Lekarze praktycy i lekarze przedsiębiorcy

Na koniec delikatny temat. Wielu spośród lekarzy nie tylko wykonuje swój zawód, ale jest też właścicielami podmiotów leczniczych. Czasem małych praktyk, ale czasami i większych przychodni, a nawet szpitali. Istnieje też liczna grupa lekarzy zarabiających prowizyjnie od liczby przyjmowanych pacjentów. Oni mogą odczuć zmiany niekoniecznie korzystnie. Wielkie zadanie stanie przed praktycznie sprywatyzowaną w całości podstawową opieką zdrowotną, która ma otrzymać większe zadania, aby za adekwatnie większe pieniądze. Wprowadzenie reguły fundholdingu spowoduje, że to w rękach lekarzy POZ będzie leżeć kierowanie do współpracujących z praktyką lekarzy specjalistów. Jedni, w domyśle lepsi, będą ich przyjmować więcej, inni mniej niż do tej pory, co odbije się na ich przychodach. Deklarowana przez rządzących chęć oparcia systemu na podmiotach publicznych może doprowadzić do wyeliminowania części podmiotów prywatnych, które rozwinęły się tam, gdzie finansowanie usług było korzystne. Przykładem tego jest dokonana przez AOTMiT zmiana (urealnienie?) niektórych taryf. Jest wiele znaków zapytania, ale na zmianach na pewno nie wszyscy skorzystają. Ale poczekajmy na rozwiązania szczegółowe.



DOLNOŚLĄSKA RODZINA LEKARSKA STAŁE SIĘ POWIĘKSZA

384 absolwentów uczelni medycznych dołączyło w tym roku do dolnośląskiej, lekarskiej korporacji zawodowej. Izbowe szeregi zasiłiło 291 przyszłych lekarzy i 93 lekarzy dentyistów. 13 i 15 września, podczas uroczystości zorganizowanych w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45, młodzi adepci medycyny odebrali ograniczone prawo wykonywania zawodu, legitymację lekarską, Kartę Praw Lekarza oraz odznakę DIL. Stali się tym samym pełnoprawnymi członkami Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, do której przynależy obecnie 15 275 medyków.

Po raz drugi w historii Izby stażysci zyskali też możliwość darmowego ubezpieczenia się od odpowiedzialności zawodowej na najbliższe 13 miesięcy. Program ubezpieczeniowy „Bezpieczny start” to wspólna inicjatywa DIL i TU Inter Polska. Certyfikat potwierdzający przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z asystą prawną wręczała przyszłym adeptom medycyny Anna Knotz, dyrektor wrocławskiego oddziału TU Inter Polska.

Nowym członkom Izby gratulujemy i życzymy sukcesów na wyboistej drodze zawodowej.

M.J.

Opisy do zdjęć

UROCZYSTOŚĆ WRĘCZENIA OPWZ LEKARZOM DENTYSTOM,
13.09.2016 r.

1. W uroczystości wzięli udział m.in. (od lewej): dr n. med. Jan Nienartowicz – prodziekan ds. studenckich Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu, prof. Małgorzata Radwan-Oczko – dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu, prof. Joanna Antoszewska-Smith – prodziekan ds. studiów w języku angielskim Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu.
2. Ograniczone prawo wykonywania zawodu wręczała lekarzom denty stom przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL lek. dent. Alicja Marczyk-Felba.
3. 4. – Opieka uczelni nad Wami się skończyła, przechodzicie jednak pod skrzydła Izby – mówili zgodnie przedstawiciele władz DIL i życzyli młodym adeptom stomatologii, by zawód, do którego wykonywania się przygotowują, był dla nich nie tylko źródłem zarabiania pieniędzy, ale także pasją.

UROCZYSTOŚĆ WRĘCZENIA OPWZ LEKARZOM, 15.09.2016 r.

5. 8. Dokumenty potwierdzające przynależność do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej wręczali lekarzom stażystom dr. n. med. Paweł Wróblewski – prezes DRL oraz dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska – sekretarz DRL.
6. – Każdy młody lekarz potrzebuje mentora. Życzę Wam, byście nigdy nie byli zdani wyłącznie na siebie – mówił do przyszłych adeptów sztuki lekarskiej prof. Piotr Dzięgiel.
7. Międzypokoleniowy dialog jest możliwy – przekonywała prof. Maria Kotschy – przewodnicząca Koła Lekarzy Seniorów DIL, której wystąpienie wprawiło lekarzy stażystów w wyjątkowo dobry humor.

Fot. M.J.



Fot. Paweł Golusik

Władze rektorskie kadencji 2016-2020. Od lewej: prof. dr hab. Piotr Ponikowski – prorektor ds. nauki UM we Wrocławiu, prof. dr hab. Jacek Szepietowski – prorektor ds. rozwoju UM we Wrocławiu, prof. dr hab. Marek Ziętek – JM rektor UM we Wrocławiu, prof. dr hab. Romuald Zdrojowy – prorektor ds. klinicznych UM we Wrocławiu, prof. dr hab. Piotr Dzięgiel – prorektor ds. dydaktyki UM we Wrocławiu

Jeden z najbardziej wpływowych umysłów świata i naukowiec z patentem na raka na UM we Wrocławiu

1 września funkcję prorektorów sprawować zaczęło dwóch nowych, wybranych na początku roku naukowców. Prof. Piotr Ponikowski jako prorektor ds. nauki oraz prof. Piotr Dzięgiel od teraz odpowiedzialny na wrocławskiej uczelni medycznej za dydaktykę.

Pozostała część władz rektorskich, z prof. Markiem Ziętkiem na czele, rozpoczęła 1 września drugą kadencję. Po raz kolejny za rozwój UMW odpowiadał będzie prof. Jacek Szepietowski, zaś sprawami klinicznymi opiekował się będzie do 2020 roku prof. Romuald Zdrojowy.

– Nie bójmy się podejmować odważnych decyzji, które polepszą funkcjonowanie naszej uczelni, nawet jeśli nie będą to decyzje łatwe i popularne – apelował na pierwszym spotkaniu nowych władz rektor prof. Marek Ziętek.

Prof. Piotr Ponikowski jest kierownikiem Katedry Chorób Serca UMW a także szefem ośrodka Chorób Serca Kliniki Kardiologii 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Pełni funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W ostatnim rankingu Thomson znalazł się w gronie 3 200 najczęściej cytowanych osób na świecie. Wśród polskich uczelni wyróżniono tylko 4 lekarzy, w tym prof. Piotra Ponikowskiego.

Thomson Reuters, jedna z najbardziej wpływowych organizacji zajmujących się analizą i publikacją informacji dla profesjonalistów, podała analizie ponad 120 tysięcy najczęściej cytowanych prac naukowych z lat 2003-2013. Na tej podstawie stworzono listę „The World's Most Influential Scientific Minds 2015”. Zawiera ona blisko 3 200 nazwisk najczęściej cytowanych naukowców świata.

Prof. Piotr Dzięgiel kierował badaniami, które poszukiwały wskaźników skutecznych metod leczenia raka. Jego zespół zaobserwował rodzaj genu, który może odpowiadać za to, czy chemioterapia będzie skuteczna czy nie. To odkrycie zmierza do możliwości dostosowania indywidualnej terapii dla poszczególnych pacjentek.

Biuro Prasowe UMW



W uroczystości podsumowującej rok działalności placówki przy ul. Fieldorfa wzięli udział przedstawiciele DIL: dr n. med. Paweł Wróblewski – prezes DRL, będący jednocześnie przewodniczącym Sejmiku Województwa Dolnośląskiego, dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska – sekretarz DRL, dr hab. n. med. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska i prof. Krzysztof Wronecki. Stronę samorządową reprezentowali: Cezary Przybylski – marszałek województwa dolnośląskiego, Jerzy Michalak – członek zarządu województwa, Anna Szarycz – wiceprezydent Wrocławia oraz Elżbieta Berezowska – skarbnik Województwa Dolnośląskiego.

Rocznicowe uroczystości w szpitalu na Stabłowicach

W odstępie 10 dni w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka przy ul. Fieldorfa 2 miały miejsce dwie podniosłe uroczystości.

31 sierpnia 2016 r., w pierwszą rocznicę przeprowadzki szpitala do nowej siedziby, odsłonięto tablicę upamiętniającą patrona placówki prof. Tadeusza Marciniaka. W 50. rocznicę śmierci profesora, po mszy św. w kaplicy szpitala – w jego intencji – i prośbach o błogosławieństwo Boże dla pracowników jednostki, dyrektor dr Marek Nikiel przywitał gości w sali audiowizualnej. Przedstawiono z humorem film dokumentalny z przeprowadzki szpitala, a dr n. med. Ryszard Kacała przypomniał sylwetkę prof. T. Marciniaka (1895-1966). Następnie, po obejrzeniu wystawy z unikalnymi zdjęciami profesora, do których dotarł dr n. med. Dariusz Lewera, odsłonięto tablicę na cześć patrona szpitala. Po wpisaniu się do książki pamiątkowej długo jeszcze toczyły się w kularach ożywione rozmowy przy małym „co nie nieco” (ach... te „kwiatuśzkowe kanapeczki” i owocowe szaszłyki).

Prof. Tadeusz Marciniak miał również ogromne zasługi w powstaniu późniejszej wrocławskiej Akademii Wychowania Fizycznego, której był pierwszym rektorem.

Dolnośląski Szpital przy ul. Fieldorfa powstał z połączenia Szpitala im. T. Marciniaka przy ul. Romualda Traugutta ze Szpitalem Kolejowym przy al. Wiśniowej.

Na tej samej „ścianie pamięci” 9 września 2016 r. odsłonięto w szpitalu pamiątkową tablicę sir Ludwiga Guttmanna, który zainicjował sportową rywalizację osób niepełnosprawnych i był twórcą idei Igrzysk Paraolimpijskich. Te po raz pierwszy odbyły się w 1960 r. w Rzymie. L. Guttmann urodził się 3 lipca 1899 r. w Toszku na Górnym Śląsku, a zmarł 18 marca 1980 r.

w Aylesbury w Wielkiej Brytanii. Był lekarzem pochodzenia żydowskiego, studiował medycynę we Wrocławiu i Freiburgu. Jako lekarz neurolog (szkoła Otfrieda Föerстера) był autorem nowatorskich metod leczenia i rehabilitacji osób po urazach kręgosłupa. W latach 1933-1939 był dyrektorem przedwojennego szpitala izraelickiego w Breslau. Wraz z rodziną wyemigrował w 1939 r. do Wielkiej Brytanii z powodu nasilających się prześladowań Żydów. W lipcu 1948 r. w Szpitalu Weteranów Wojennych w Stoke Mandeville zorganizował zawody sportowe w łucznictwie dla inwalidów.

O życiu i dziele prof. dr. hab. L. Guttmanna mówił dr Rafał Szubert z Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, a o polskich paraolimpijczykach i ich drodze do sukcesu prof. dr hab. Eugeniusz Bolach (też z AWF). Prof. L. Guttmann został nazwany przez Papieża Jana XXIII „Coubertinem igrzysk paraolimpijskich”, a przez królową Elżbietę II uhonorowany tytułem szlacheckim.

Tablicę odsłanili: poseł Sławomir Piechota, wiceprzewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Niepełnosprawnych; Ryszard Tomaszewski, polski paraolimpijczyk wszech czasów, wielokrotny mistrz i medalista, wrocławianin o sobiście uhonorowany przez sir L. Guttmanna i dr Marek Nikiel.

Na jednej „ścianie pamięci” spotkali się „dobrzy ludzie”: prof. Marciniak i prof. Guttmann, którzy wiele zrobili dla wrocławian, zwłaszcza tych wymagających fizykoterapii i rehabilitacji.

PS Z prof. L. Guttmannem spotykał się w Londynie prof. dr hab. Gerwazy Świdorski, już 96-letni.

dr hab. n. med. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

Uczciliśmy pamięć prof. Jerzego Modrakowskiego

Komisja Historyczna i Kultury DRL wraz ze Stowarzyszeniem Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej uczciła 29 czerwca pamięć prof. Jerzego Leopolda Modrakowskiego (1875-1945).

Profesor urodził się 3 kwietnia 1875 r. w Bydgoszczy. Studiował we Wrocławiu, Berlinie i Monachium. Od 1889 r. pracował we Lwowie u prof. Leona Popielskiego – farmakologa i od 1912 r. był profesorem farmakologii i toksykologii na Uniwersytecie Lwowskim. Pracował także jako lekarz internista. W latach 1916-1917 był naczelnym lekarzem największego w Wiedniu wojskowego szpitala zakaźnego. Jeszcze w trakcie I wojny światowej, w grudniu 1917 r., na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego powołano Katedrę i Zakład Farmakologii Eksperymentalnej, której kierownikiem został prof. Jerzy Modrakowski. Był opiekunem habilitacji profesorów: Emila Leyko, Henryka Sikorskiego i Janusza Supniewskiego.

W latach 1936-1938 był rektorem Akademii Stomatologicznej w Warszawie. W 1939 r. został rektorem Uniwersytetu Warszawskiego. W czasie wojny wykładał na tajnych kompletach w tzw. Szkole Zaorskiego.

Po powstaniu warszawskim wzięty do niewoli przez Niemców, był w obozie pracy przymusowej we Wrocławiu. Doczekał wolności, ale po przejściu ciężkiej operacji zmarł we wrocławskim szpitalu 14 czerwca 1945 r.

Pochowany został na warszawskich Powązkach. W uroczystym odsłonięciu portretu prof. Jerzego Modrakowskiego (z kolekcji ofiarowanej przez prof. Gerwazego Świderskiego z 1980 r.) wzięła udział Rodzina Profesora: pani dr stomatolog Wiesława Modrakowska – wdowa po Synu śp. profesora weterynarii Andrzeju Modrakowskim (1924-2007) i Wnuczka dr Anna Modrakowska-Kasprzak, dr Ewa Bohdanowicz, prof. Bohdan Łazarkiewicz oraz liczne grono lekarzy z naszej Izby, członków Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej.

dr hab. n. med. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska



Fot. W.W.

Portret prof. Jerzego Modrakowskiego, który zawiśł w siedzibie DIL (hol na I piętrze), pochodzi z kolekcji prof. Gerwazego Świderskiego.

Ćwiczenia ratownictwa medycznego na autostradzie A4 przy węźle Zgorzelec/Görlitz

8 października 2016 r. polskie i niemieckie jednostki ratunkowe podejmą wspólnie trud zabezpieczenia zdarzenia masowego. Ćwiczenia odbędą się w ramach współpracy transgranicznej.

8 października br. na jednym z parkingów przy autostradzie A4 w pobliżu Ludwigsdorf (kierunek na Drezno) dojdzie do tragicznego w skutkach zdarzenia drogowego – opanowanie sytuacji będzie wymagało zaangażowania dużych sił ratownictwa medycznego, zarówno z Niemiec, jak i z Polski.

Na parkingu, przy Centrali Niemieckiej Policji Federalnej, polsko-niemiecka grupa turystów będzie zwiedzać placówkę straży granicznej, zatrzymując się w pobliżu jednego z zaparkowanych aut, gdy na parking wjedzie rozpędzony samochód i nie hamując uderzy w stojący pojazd, dachuje i siłą rozpędu wpadnie w zwieszających.

Znajdujący się na miejscu pogranicznicy oraz przybyłe do wypadku służby ratunkowe będą musiały opanować tę dramatyczną sytuację. Wkrótce okaże się bowiem, że jedna z poszkodowanych osób nie żyje, a 10 jest rannych, dwie z nich są zakleszczone w pojeździe. Pracę ratowników utrudniać będą ciekawie zdarzenia gapię.

W ćwiczenia zaangażowane są jednostki pogotowia ratunkowego z Niemiec – firma ASB Görlitz oraz z Polski – Państwowe Ratownictwo Medyczne przy Wielospecjalistycznym Szpitalu w Zgorzelcu (WS SPZOZ Zgorzelec), a także prywatne jednostki ratunkowe firmy IZA-MED. Spodziewamy się przybycia śmigłowca ratunkowego ADAC Christoph 62 ze stacji w Bautzen. W akcji biorą także udział siły niemieckiej i polskiej straży granicznej, policji z Görlitz, zawodowej straży pożarnej z Görlitz oraz strażacy ochotnicy z Trójcy, jak i Saksowski Zespół Interwencji Kryzysowej. Ćwiczenia wspierają również

Miejska Klinika w Görlitz (Städtisches Klinikum Görlitz) oraz Starostwo Görlitz. Nasze ćwiczenia bazują na zapisach Umowy Ramowej zawartej między Polską a Niemcami w grudniu 2011 roku.

Według organizatora p. Stephana Kaysa tego typu ćwiczenia mają na celu „wspólne przeprowadzanie akcji i skoordynowanie sytuacji na miejscu. Nie chodzi tu tylko o ściąganie niemal tuzina organizacji z obu stron granicy, ale także, mimo ewentualnych barier językowych, o szybkie i efektywne opanowanie sytuacji na miejscu wypadku”.



**Polsko-niemieckie ćwiczenia ratownictwa medycznego – wypadek masowy
Parking przy autostradzie A4 koło miejscowości Ludwigsdorf (kierunek Drezno)
Obszar przynależny do Niemieckiej Straży Granicznej
8 października 2016 roku (sobota),
od godziny 10.00**

Wchodzenie na miejsce akcji jest surowo zabronione. Należy przestrzegać poleceń wydawanych przez pracowników pogotowia ratunkowego, a także funkcjonariuszy sił bezpieczeństwa.

Szczegółowych informacji udzielają:

lek. med. Alicja Trzos (Städtisches Klinikum Görlitz), tel. 0049 3581 37 3673, polski nr tel. 0048 603 697 367

dr med. Mark D. Frank (Städtisches Klinikum Görlitz), tel. 0049 3581 37 3455

Informacji prasowych udzielają:

Stephan Kays (Notfallversorgung Sachsen e.V.), tel. 0049 176 7028 5971

Stephan Trutschler (MEDIENKONTOR), tel. 0049 177 3160 515

Toyota C-HR

Ruszyła przedsprzedaż nowego crossovera

Ruszyła sprzedaż nowego crossovera Toyoty. To pierwszy model w historii oficjalnej sprzedaży samochodów w Polsce, który można zamówić przez Internet za pośrednictwem dedykowanej strony. **Toyota C-HR dostępna już od 79 900 zł, wersja hybrydowa od 104 900 zł. Atrakcyjna oferta w przedsprzedaży, ceny niższe o 2000 zł. Rewelacyjna oferta już w podstawowej wersji.**



Model podstawowy Toyoty C-HR oferuje bardzo bogate wyposażenie. Standardem dla każdego egzemplarza stał się pakiet systemów bezpieczeństwa Toyota Safety Sense. Obejmuje on układy: wczesnego reagowania w razie ryzyka zderzenia (PCS) z systemem wykrywania pieszych (PD), ostrzegania o niezamierzonej zmianie pasa ruchu (LDA) z funkcją powrotu na zadany tor jazdy (SC) oraz aktywny tempomat (ACC) i automatyczne światła drogowe (AHB).

Limitowana edycja Prime

W specjalnej ofercie cenowej na otwarcie sprzedaży dostępna jest limitowana, niezwykle bogato wyposażona edycja Prime wersji Dynamic i Prestige. Korzyści dla wersji Prime do 5900 zł.

W standardzie znajdziemy w niej przede wszystkim światła w technologii Pure LED, w najnowszej generacji system multimedialny Toyota Touch 2 z ukrytym za taflą szkła 8-calowym, dotykowym ekranem oraz kamerą cofania, a także zapewniający krystaliczną czystość dźwięku system Premium Audio JBL z 8-kanalowym wzmacniaczem, ośmioma głośnikami i subwooferem (pakiet PREMIUM AUDIO JBL).

Zamów Toyotę C-HR przez Internet

Po raz pierwszy przedsprzedaż nowej Toyoty odbywa się nie tylko w sieci dealerskiej, ale również przez dedykowaną stronę internetową <http://toyota.pl/c-hr>, która rusza 1 września. Oficjalna sprzedaż modelu C-HR ma się rozpocząć w roku 2017, ale już dziś klienci mają możliwość składania przez Internet zamówień, gwarantujących łatwą i szybką dostępność auta. By zarezerwować samochód, wystarczy wpłacić zaliczkę, otrzymując gwarancję, że jeśli zamówione w ten sposób do Polski auto nie będzie spełniać oczekiwań nabywcy – może zostać zwrócone, bez ponoszenia jakichkolwiek kosztów.

Pierwszy taki crossover

Toyota C-HR powstała, aby się wyróżniać – zarówno na tle segmentu crossoverów, jak i w gamie modeli marki. Compact Hybrid Revolution (C-HR) odzwierciedla determinację Akio Toyody, prezydenta Toyota Motor Corporation, aby dać więcej swobody stylistom i inżynierom. Ich kreatywność zaowocowała przyciągającym wzrok designem i bardzo dobrymi właściwościami jezdnyymi.



TOYOTA

WAŁBRZYCH
&
BIELANY WROCŁAWSKIE

Dynamika niespotykana dotąd w crossoverach

Model C-HR dysponuje hybrydowym układem napędowym najnowszej generacji, dzięki któremu emisja CO₂ wynosi 85 g/km, zaś zużycie paliwa 3,7 l/100 km, co jest poziomem nie do pobicia w tym segmencie aut.

Nikt nie pozostanie obojętny: fascynujące nadwozie i wnętrze

Wyrazista stylistyka C-HR wprowadza na rynek crossoverów nową dynamikę i emocje. Wersja produkcyjna jest wyjątkowo wierna samochodowi koncepcyjnemu, który przyciągnął uwagę prasy i publiczności. Nadwozie zostało zaprojektowane według koncepcji stylistycznej Sensual Speed-Cross i nawiązuje do szlifowanego diamentu.



Nową Toyotę C-HR można zamawiać w salonie w Bielanych Wrocławskich przy ul. Czekoladowej 10 oraz w Wałbrzychu przy ul. Uczniowskiej 21

We wrześniu rozpoczyna się przedsprzedaż modelu. Oficjalna premiera będzie miała miejsce w styczniu 2017, ale pierwsze auta trafią do klientów, którzy zamówią samochód w ofercie przedsprzedażowej przed końcem tego roku.

Reklama

NOWA SIEDZIBA



WROCŁAW ul. NORWESKA 25C

DentaFlex
 UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl

**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

najcichszy na rynku kompresor przeznaczony do zasilania jednego unitu stomatologicznego

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

 www.elmedes.pl

601 41 51 51
 elmedes@elmedes.pl

Wymiana wiceprezesa NRL ds. stomatologii

Tekst Małgorzata Nakraszewicz

2 września nowym wiceprezesem NRL ds. stomatologii i przewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL został kol. Leszek Dudziński, lekarz dentysta z Olsztyna, specjalista chirurgii szczękowej, członek NRL i KS NRL. Przypomnę, że w dniach 13-15 maja odbył się Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy. W jego trakcie krążyła w kuluarach informacja o odwołaniu kol. Agnieszki Ruchały-Tyszler ze stanowiska wiceprezesa. Choć staram się plotkom nie wierzyć, ta okazała się prawdziwa.

Spośród wielu zjazdowych komentarzy najbardziej uderzyła mnie wypowiedź koleżanki lekarki: „Za to co o Niej mówią w kuluarach, powinni ją odwołać”. I tak też się stało. Postaram się ograniczyć do tzw. prawdy formalnej, a więc faktów wynikających z dokumentów, dzięki czemu każdy z nas będzie mógł ocenić kulisy tego odwołania i wyciągnąć własne wnioski (treści dokumentów na s. 34).

20 maja 2016 r. do Krajowej Komisji Wyborczej wpłynął wniosek prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza ws. odwołania kol. A. Ruchały-Tyszler ze stanowiska wiceprezesa ds. stomatologii. Konsekwencją tego wniosku było zwołanie posiedzenia NRL 16 czerwca, wówczas odwołanie stało się faktem. Komisja Stomatologiczna DRL, jak i wiele innych izb, wystosowała wcześniej prośbę do prezesa NRL o wstrzymanie procedury, wnikliwą analizę przyczyn zaistniałej sytuacji i znalezienie rozwiązania, dla dobra całego samorządu. Istotnym elementem dla oceny sytuacji jest fakt utajnienia obrad, co skutkowało wyproszeniem z sali przewodniczących komisji stomatologicznych okręgowych izb niebędących członkami NRL, jak i innych przybyłych na posiedzenie stomatologów oraz niemożnością upublicznienia zarzutów, nawet przez samą „obwinioną”, bowiem jest ona również członkiem NRL. Sama procedura polegała na tym, że osoba odwoływana dopiero w trakcie posiedzenia mogła zapoznać się z zarzutami i do nich odnieść. Po czym zgromadzenie wyborcze, bez możliwości dyskusji nad zaistniałą sytuacją, w drodze tajnego głosowania dokonało odwołania.

W związku z pozbawieniem kol. A. Ruchały-Tyszler możliwości obrony dobrego imienia, Prezydium ORL w Szczecinie 13 lipca 2016 r. wystosowało do prezesa NRL pismo o udostępnienie zarzutów stanowiących podstawę odwołania. Żądanie to spotkało się z odmową, motywowaną faktem utajnienia obrad. Nie mnie oceniać, czy procedura ta jest zgodna z zasadami etyki lekarskiej, czy może sytuuje się ponad prawem powszechnie obowiązującym. Ale na pewno jest tak, że w naszym kraju każdy bandyta ma prawo do rzetelnego i publicznego rozpatrzenia jego sprawy, a wiceprezes NRL nie może oczyścić się z zarzutów, bo jest zakładnikiem sytuacji. Utajnienie obrad to zabieg stary jak świat mający na celu uruchomienie ludzkiej wyobraźni. Zawsze działa skutecznie.

Coś tutaj jest nie tak... Bezrefleksyjność, brak wątpliwości i pytań ze strony uczestników tych wydarzeń budzą we mnie przerażenie. Czy mamy przejść nad takim sposobem procedowania do porządku dziennego i udawać, że nic się nie stało? To właśnie dla dobra całego środowiska powinno się tę sprawę wyjaśnić do końca. Dopóki nie znajdziemy rozwiązania,



z poszanowaniem praw obu stron, temat będzie żył własnym życiem, pogłębiał różnice i naruszał dobre imię zarówno jednego z członków izby lekarskiej, jak i całego samorządu, a my wszyscy będziemy wyrażać milczącą zgodę na to, aby tak się działo. A przecież każdy z nas może się znaleźć w takiej sytuacji.

19 sierpnia prezes NRL zainicjował spotkanie z lekarzami dentystami. Było ono poświęcone problemom, z jakimi zmagają się środowiska stomatologiczne. Przebywałam wówczas na urlopie, dlatego nie mogłam wziąć w nim udziału. Imienne zaproszenie na to spotkanie, w którym zawarto m.in. prośbę o zgłaszanie swoich uwag, skłoniło mnie do wystosowania listu do prezesa NRL. Należy podkreślić, że zwołanie spotkania w okresie urlopowym, jak i tryb zebrania – poza pracami KS NRL – uniemożliwił stomatologom przedstawienie kandydatury środowiska na stanowisko wiceprezesa. Sprawozdanie z tego spotkania wraz z odpowiednimi dokumentami będą wkrótce dostępne na stronie internetowej KS DRL. Znamienny jest też pośpiech ww. działań. Czy jest to realizacja deklaracji wsłuchiwania się w głos stomatologów w sprawach ich dotyczących? Niech każdy sam oceni...

Pismo Prezydium ORL w Szczecinie do prezesa NRL z dnia 13.07.2016 r.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie żąda przedstawienia treści zarzutów skierowanych przez Pana na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 16.06.2016 r. wobec wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Agnieszki Ruchały-Tyszler.

Dr n. med. Agnieszka Ruchała-Tyszler jest aktywnym członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie i w naszej ocenie powinniśmy mieć możliwość poznania szczegółowych argumentów uzasadniających odwołanie naszej koleżanki z funkcji wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

Odpowiedź prezesa NRL na pismo Prezydium ORL w Szczecinie z dnia 25.07.2016 r.

Szanowni Państwo

Ze zdziwieniem odebrałem Państwa żądanie, gdyż część z Koleżanek i Kolegów podpisanych pod pismem uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej i doskonale zna zarówno jej przebieg, jak i fakt utajnienia części posiedzenia w ramach zgromadzenia wyborczego, podczas którego był przedstawiony mój wniosek o odwołanie dr Agnieszki Ruchały-Tyszler ze stanowiska wiceprezesa NRL.

Zaskakuje mnie prośba, której realizacja byłaby niezgodna z decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej. Decyzja NRL obowiązuje tak mnie, jak i wszystkich uczestników utajnionego zgromadzenia wyborczego do nierozpowszechniania treści mojego wniosku o odwołanie Pani Doktor. Niejawne było również wystąpienie Pani Doktor.

Naczelna Rada Lekarska podjęła swoją decyzję, biorąc pod uwagę przede wszystkim działalność Pani dr Agnieszki Ruchały-Tyszler przez ostatnie dwa lata. Jestem przekonany, że Koleżanki i Koledzy z Naczelnej Rady Lekarskiej dokonali własnej analizy działalności Pani dr Agnieszki Ruchały-Tyszler już z chwilą otrzymania informacji o wpłynięciu wniosku o odwołanie Pani Doktor z pełnienia funkcji wiceprezesa NRL, a treść wniosku tylko potwierdziła wyniki tej analizy.

Stanowisko Komisji Stomatologicznej Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu z dnia 15 czerwca 2016 roku

w sprawie wniosku prezesa NRL dr n. med. Macieja Hamankiewicza o odwołanie dr n. med. Agnieszki Ruchały-Tyszler ze stanowiska wiceprezesa NRL

Komisja Stomatologiczna DRL z ogromnym niepokojem przyjęła informację o złożeniu przez prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Macieja Hamankiewicza wniosku o odwołanie dr n. med. Agnieszki Ruchały-Tyszler ze stanowiska wiceprezesa NRL. W ocenie Komisji podjęcie działań mających na celu odwołanie reprezentanta samorządu zawodowego lekarzy dentystów całkowicie pomija głos środowiska lekarzy dentystów.

Komisja uważa, że takie postępowanie budzi uzasadnioną obawę o przyszłość harmonijnego działania wspólnego samorządu lekarzy i lekarzy dentystów.

Komisja stoi na stanowisku, że wszczęcie procedury odwołania powinno być uzasadnione, poprzedzone analizą przyczyn zaistniałej sytuacji oraz skonsultowane ze środowiskiem stomatologicznym zarówno w ramach Naczelnej Izby Lekarskiej, jak i okręgowych izb lekarskich. Komisja ubolewa, że Prezydium NRL nie znalazło formuły polubownego załatwienia sporu.

W tym stanie rzeczy stanowczo protestujemy przeciwko formie odwołania wiceprezesa NRL dr n. med. Agnieszki Ruchały-Tyszler, albowiem wpływa ona negatywnie na wizerunek reprezentantów obu zawodów.

Pismo Małgorzaty Nakraszewicz do prezesa NRL z dnia 18.08.2016 r.

Szanowny Panie Prezesie

W związku z zaproszeniem na spotkanie w ramach posiedzenia Prezydium NRL w dniu 19 sierpnia br., które dotyczyć ma sytuacji zawodu lekarza dentysty, zawiadamiam, że przebywam na urlopie i nie jestem w stanie dotrzeć na spotkanie w wyznaczonym terminie.

Pragnę zaznaczyć, że spotkanie takie mogłoby wnieść wiele dobrego, ale niestety termin, incydentalność takiego wydarzenia oraz tryb spotkania poza posiedzeniami Komisji Stomatologicznej NRL może takie nadzieje zniweczyć.

Dyskusja nad tak rozległym i ważnym tematem powinna być wolna od tego rodzaju ograniczeń. Problemy braku polityki zdrowotnej państwa wobec stomatologii, dostępu do świadczeń stomatologicznych, brak możliwości rzeczywistego przedstawienia stanowiska naszego środowiska zawodowego przed właściwymi instytucjami są przedmiotem bieżącej pracy KS NRL.

Ponadto ostatnie wydarzenia dotyczące choćby samego pojęcia autonomii lekarzy dentystów oraz odwołanie wiceprezesa NRL są szczególną sytuacją, wymagającą szczególnych rozwiązań. W ramach swobodnej oceny faktów powstają różne teorie. Natomiast dla dobra wspólnej izby lekarskiej, w celu wyłonienia obiektywnej prawdy, niezbędnym jest przeprowadzenie wnikliwej oceny, w jaki sposób i poprzez jakie czynności jest realizowany atrybut samorządności w zakresie pieczy i reprezentacji obu zawodów.

Dopiero w takim stanie wiedzy można wytyczać ścieżki dalszej współpracy. Nie powinno się też mylić samorządności z aktywnością lekarzy dentystów w poszczególnych obszarach działalności izby i samym faktem pełnienia przez nich funkcji.

Mając powyższe na uwadze, składam do protokołu posiedzenia PNRL wniosek o odroczenie wyborów uzupełniających na stanowisko wiceprezesa NRL i poprzedzenie ich zwołaniem zgromadzenia delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy będących lekarzami dentystami.

Ze względu na brak możliwości uczestniczenia w spotkaniu wnoszę o załączenie niniejszego pisma do protokołu PNRL w dniu 19.08.2016 r.

Kopie oryginalnych dokumentów wraz z podpisami dostępne na stronie internetowej Komisji Stomatologicznej DRL.



Fot. z archiwum autorki

Pamiątkowe zdjęcie uczestników i wykładowców konferencji, której merytoryczna część odbyła się w Best Western Q Hotel Plus we Wrocławiu.

Konferencja Europejskiego Towarzystwa Ergonomii Stomatologicznej we Wrocławiu

W dniach 17-18 czerwca 2016 r. odbyła się we Wrocławiu konferencja Europejskiego Towarzystwa Ergonomii Stomatologicznej, pod patronatem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Współorganizatorami konferencji byli: Polskie Towarzystwo Ergonomii Stomatologicznej oraz firma Esdent.

Uczestnicy konferencji przybyli do Wrocławia aż z 14 krajów, aby dyskutować o bardzo interesującym temacie workflow w gabinecie stomatologicznym. Wykłady zostały wygłoszone przez 20 różnych specjalistów, którzy odnieśli się do tego zagadnienia w swoich dziedzinach pracy. Tematyka workflow w różnych aspektach stomatologii pozwoliła słuchaczom dowiedzieć się, jak przez stosowanie procedur i standardów optymalizować swoją pracę.

Pierwszy wykład wyjaśniający, czym właściwie jest workflow, wygłosił dr Rolf de Ruijter z Uniwersytetu w Groningen. Wyjaśnił on, że dobór materiałów, produktów, urządzeń oraz sposobu, w jaki mamy z nich korzystać, aby zoptymalizować swoją pracę, uniknąć straty czasu, a jednocześnie pracować w sposób zgodny z zasadami ergonomii, ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa i komfortu pacjentów, a także dla całego zespołu stomatologicznego. Przepływ pracy odnosi się do szeregu działań prowadzących do profesjonalnego wykonywania zabiegów oraz obsługi pacjenta i jest wynikiem wielu interakcji między elementami ludzkimi i materialnymi.

Aby w naszym zespole można było mówić o workflow, czyli o „płynnej”, dobrze zorganizowanej pracy, to formułując zadania należy odpowiedzieć sobie na pytania: kto, co, jak, kiedy i gdzie? powinien robić, aby zoptymalizować dane zadanie – zaznaczył dr Jens-Christian Katzschner z Hamburga.

W programie konferencji znalazły się również wykłady z zakresu zarządzania. Konkluzją pierwszego z nich, wygłoszonego przez p. psycholog Katarzynę Świtalską, było stwierdzenie, że współczesne gabinety stomatologiczne potrzebują lidera, który jako dyrygent koordynuje działania całego zespołu, motywuje i zachęca, zmniejsza osobiste i interpersonalne napięcia emocjonalne, sprawia, że gabinet sprawnie funkcjonuje. Według Katarzyny Świtalskiej, lider powinien być innowatorem, który inspiruje zespół, a jednocześnie zauważa jego problemy i potrzeby.

Dobry menedżer musi doceniać członków zespołu za ich pracę. Zarządzanie staje się łatwiejsze, gdy członkowie zespołu czują się szczęśliwi – dowiodła tego w swoim wykładzie p. psycholog Agnieszka Maziarz-Lipka.

Przeemyślane i jasno zdefiniowane protokoły dotyczące różnych aspektów pracy gabinetu mogą pomóc tak przygotować zabiegi, aby przebiegały one w sposób najbardziej efektywny. Takie podejście, na podstawie wybranych procedur z zakresu komunikacji z pacjentem, wybranych aspektów ze stomatologii estetycznej, periodontologii oraz stomatologii dziecięcej, zaprezentowali m.in.: dr Jens-Christian Katzschner, dr An Nguen, dr Marta Czownicka oraz dr Antonina Gestman, która do zabiegów z zakresu stomatologii dziecięcej wprowadziła pracę z mikroskopem i szereg technik behawioralnych. Bardzo ciekawy wykład, dotyczący tematyki doboru lup stomatologicznych, zaprezentował prof. Lance Rucker z Kanady.

Dobrze dobrane lupy stomatologiczne wpływają na poprawę jakości pracy lekarza stomatologa oraz zachowanie dobrej pozycji podczas pracy. Co stanie się jednak, gdy będą dobrane niewłaściwie? Źle dobrane pomoce optyczne mogą powodować znaczne zmniejszenie wydajności pracy i niekorzystnie wpływać na zdrowie operatora. Niestety okazuje się, że na rynku artykułów stomatologicznych możemy znaleźć spory odsetek lup, które wg prof. Ruckera działają na naszą niekorzyść.

Wykład dr. Piotra Wujca pokazał, że mikroskop operacyjny staje się niezbędnym narzędziem w pracy lekarza endodonta, a co za tym idzie wzrasta ilość godzin w ciągu dnia, podczas których z niego korzystamy. Czy jednak jest całkowicie bezpiecznym narzędziem? Narzędzie to poprawia widoczność, a więc jakość leczenia, jednocześnie umożliwiając bardziej komfortową i fizjologiczną pozycję pracy. Powstaje jednak problem pracy statycznej, która jest niekorzystna dla zdrowia. Wykładowca, na podstawie przeprowadzonej wśród lekarzy pracujących z mikroskopem ankiety, doszedł do wniosku, że narzędzie to może powodować problemy zdrowotne. Remedium na tego typu problemy jest stosowanie przerw podczas pracy i dynamizacja pracy.

Procedury pracy lekarza endodonta omówił w swoim wykładzie również dr Bartłomiej Karaś, prezentując słuchaczom



film dotyczący leczenia endodontycznego z wykorzystaniem mikroskopu i bardzo sprawną współpracę z asystą. Procedury pracy z mikroskopem można przyspieszyć i uczynić bardziej skutecznymi, pod warunkiem że asystentka aktywnie wspiera stomatologa. Prawidłowe umieszczenie dodatkowego ekranu, aby wyraźnie widzieć pole operacyjne, pozwala jej o jeden krok wyprzedzać operatora i przygotować wszystko to, co w danym momencie jest potrzebne.

Ciekawy wykład dotyczący projektowania przestrzeni w gabinecie stomatologicznym oraz doboru sprzętu wygłosił dr Piotr Skrzyszewski. Przedstawił on również projekt innowacyjnej szafki (asystora z ruchomymi blatami zaprojektowany tak, aby w szybki i wygodny sposób przygotowywać i przechowywać wszystko, co jest potrzebne w trakcie leczenia). Chodzi o racjonalne zaprojektowanie przestrzeni w gabinecie, by nie tracić czasu na szukanie potrzebnych nam instrumentów i materiałów.

Jakie wnioski nasuwają się po konferencji? Workflow, czyli „przeływ pracy” w gabinecie stomatologicznym ma ogromne

znaczenie, zaczynając od jednostkowych procedur związanych z wykonywaniem zabiegów, obsługą i komunikacją z pacjentem, na zarządzaniu gabinetem i relacjach interpersonalnych kończąc. To właśnie niedoceniana obecnie ergonomia pracy może stać się remedium na gabinetowe problemy, gdy zaczniemy stosować jej zasady w praktyce.

Otrzymaliśmy w tym roku olbrzymią dawkę wiedzy o tym, co można zrobić, aby poprawić naszą pracę. Każdy z nas może pogłębić swoją wiedzę na ten temat, dołączając do grona pasjonatów ergonomii w szeregach Polskiego Towarzystwa Ergonomii Stomatologicznej z siedzibą we Wrocławiu. Osoby zainteresowane uczestnictwem prosimy o kontakt e-mailowy: anamedica@onet.pl. Zachęcamy również do odwiedzenia strony internetowej poświęconej ergonomii stomatologicznej: www.esde.org.

Anna Szymańska

wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ergonomii

Wiosenne Podlaskie Spotkania Stomatologiczne

Od 10 lat jeżdżę na kongresy i konferencje organizowane przez Podlaskie Stowarzyszenie Stomatologów. I w tym roku reprezentowałam naszą Komisję Stomatologiczną na Wiosennych Podlaskich Spotkaniach Stomatologicznych w Augustowie w dniach 2-4 czerwca.

Jak co roku organizatorzy – prezes PSS dr n. med. Romuald Knaś i jego zastępca, wiceprezes Podlaskiej Izby Lekarskiej w Białymstoku lek. dent. Jerzy Gryko zadbali o wysoki poziom wykładów i wspaniałą atmosferę.

Tegoroczny temat spotkań: „Powikłania i błędy w leczeniu stomatologicznym” okazał się niezwykle interesujący, tym bardziej że wykładowcami byli znamienici profesorowie. Prof. dr hab. n. med. Halina Pawlica z wykładami – „Powikłania podczas chemicznego i mechanicznego opracowania systemu kanałowego” oraz „Trudne sytuacje kliniczne (obliteracje, resorpcje itp.)”. Prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka – „Błędy w zintegrowanym leczeniu periodontologicznym” oraz „Związek jamy ustnej z chorobami przenoszonymi drogą płciową”. Prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski z tematami: „Rozwiązywanie problemów w endodoncji” oraz „Błąd lekarski a powikłania w endodoncji”. „Zasady bezpiecznej i skutecznej terapii antybakteryjnej i przeciwbólowej w stanach zapalnych kości i tkanek miękkich jamy ustnej” przedstawiła dr hab. n. med. Małgorzata Knaś.

Zwyczajowo wykładom towarzyszyła prezentacja materiałów i sprzętu stomatologicznego. Szczególną naukową atmosferę zawdzięczamy temu, że wykładowcy uczestniczyli we wszystkich wykładach i dyskutowali o powikłaniach, które zdarzały się studentom i mogą przydarzyć się w naszych praktykach.

Mam nadzieję, że w następnym roku będę mogła też uczestniczyć w tych spotkaniach.

lek. dent. Iwona Świętowska

Opisy do zdjęć

1. Od lewej: lek. dent. Andrzej Owczarzak, lek. dent. Iwona Świętowska, lek. dent. Jerzy Gryko
2. Prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski – UM Szczecin, dr n. med. Romuald Knaś – prezes PSS
3. Prof. dr hab. n. med. Halina Pawlica z Łodzi i prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka z Wrocławia



Fot. Andrzej Dziupiński



Fot. z archiwum „Medium”

PRAWO NA CO DZIEN

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

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

RECEPTY DLA SENIORÓW

1 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept lekarских, opublikowane w Dz. U. z 2016 r., poz. 1 261.

Zgodnie z przepisem art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pacjentom-świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie ustalonym przez ministra zdrowia, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Uprawniony do wystawienia recepty jest lekarz POZ, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia dotychczas obowiązujące kody uprawnień dodatkowych pacjenta zostały określone w pkt. 1-10. W pkt. 11 dodano kod o symbolu S oznaczający pacjenta posiadającego uprawnienia określone w art. 43a. ust. 1 ustawy.

Recepta, na której co najmniej jeden z przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, dla którego wydano decyzję o objęciu refundacją w rozumieniu przepisów ustawy o refundacji, ma być wydany za odpłatnością, o której mowa w ustawie o refundacji, zawiera dane dotyczące pacjenta obejmujące m.in.:

- kod uprawnień dodatkowych pacjenta określony w pkt. 1-10 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jeżeli dotyczy;
- kod uprawnienia dodatkowego pacjenta określony w pkt. 11 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jeżeli dotyczy;
- numer PESEL – jeżeli dotyczy, a w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w rozumieniu przepisów ustawy wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż pacjent i podpisem osoby uprawnionej; w przypadku pacjenta, który ukończył 75. rok życia, nieposiadającego numeru PESEL – jego datę urodzenia.

Oznaczenia dotyczące odpłatności nie są wymagane w przypadku recept wystawianych dla pacjentów posiadających uprawnienie oznaczone kodem IB, oraz dla leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzanych z zagranicy dla pacjenta, na zasadach określonych w przepisach ustawy – Prawo farmaceutyczne albo ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia.

Zgodnie z objaśnieniami do wzorów recept, zamieszczonych w załącznikach nr 6 i nr 7 do rozporządzenia, w przypadku wystąpienia wyłącznie uprawnienia dodatkowego określonego w pkt. 1-10 załącznika nr 1, zawierającego kody uprawnień dodatkowych pacjenta, jest wpisywany wyłącznie kod tego uprawnienia. W przypadku wystąpienia uprawnienia dodatkowego o symbolu S, określonego w pkt. 11 załącznika nr 1, jest wpisywany kod tego uprawnienia oraz kod uprawnienia dodatkowego AZ, BW, IB, IN, IW, PO, ZK, jeżeli dotyczy.

DOSKONALENIE ZAWODOWE LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

8 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, opublikowane w Dz. U. z 2016 r., poz. 1 327.

Zgodnie z przepisem art. 18 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Doskonalenie zawodowe lekarza obejmuje aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego poprzez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, nabywanie umiejętności zawodowych z zakresu wąskich dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz doskonalenie w innych formach kształcenia.

Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza polega na stałej aktywności zawodowej.

Lekarz potwierdza aktywność zawodową poprzez uzyskiwanie odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych, obliczonych w ustalonych okresach rozliczeniowych.

Lekarz realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego poprzez:

1. realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności (**50 pkt. na 1 rok**);
2. udział w kursie medycznym:
 - a. nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności lub
 - b. realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem – który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej (**1 pkt za 1 godz.**);
3. udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym (**1 pkt. za 1 godz.**);
4. odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym (**5 pkt. za 1 godz.**);
5. udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako kolegium specjalistów albo lekarskie towarzystwo naukowe lub **udział w posiedzeniu sekcji albo koła tego stowarzyszenia lub towarzystwa naukowego (3 pkt. za posiedzenie)**;
6. udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez podmiot leczniczy, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy (**1 pkt za godz. szkolenia – maks. 6 pkt. za 1 szkolenie**);
7. wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym (**15 pkt.**);
8. udział w programie edukacyjnym **krajowym lub zagranicznym**, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej, udostępnianym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego, sieci internetowej i innych mediów, **umożliwiających wiarygodne sprawdzenie uzyskanej przez uczestnika wiedzy lub umiejętności i potwierdzenie jego tożsamości (1 pkt za 1 godz. programu edukacyjnego)**;

9. uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora – w zakresie nauk medycznych (**200 pkt.**);
10. napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, **rozdziału w książce** lub edukacyjnego programu multimedialnego (**100 pkt., wznowienie 50 pkt.**);
11. napisanie i opublikowanie książki o charakterze medycznym, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego (**50 pkt., wznowienie 25 pkt.**);
12. przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego (**30 pkt., wznowienie 15 pkt.**);
13. **autorstwo lub współautorstwo artykułu opublikowanego w fachowym czasopiśmie medycznym wymienionym w części A lub B wykazu czasopism naukowych ogłoszonego przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego (dwukrotność liczby pkt. wskazanych w części A i B wykazu)**;
14. **napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym (20 pkt.)**;
15. przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym (**10 pkt.**);
16. **sprawowanie funkcji opiekuna stażu podyplomowego (30 pkt. za rok sprawowania funkcji opiekuna)**;
17. kierowanie specjalizacją lub nabywaniem umiejętności przez lekarzy lub lekarzy dentystów (**15 pkt. za 1 lekarza za 1 rok**);
18. indywidualną prenumeratę fachowego czasopisma medycznego **wymienionego w części A lub B wykazu czasopism naukowych ogłoszonego przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego (5 pkt. za tytuł – maks. 10 pkt. w okresie rozliczeniowym)**;
19. przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego (**5 pkt. za przynależność do jednego kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego – maks. 20 pkt. w okresie rozliczeniowym**).

Lekarz realizujący obowiązek doskonalenia zawodowego prowadzi indywidualną ewidencję przebiegu doskonalenia zawodowego, w formie „Ewidencji Doskonalenia Zawodowego”, otrzymanej nieodpłatnie od okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem.

Lekarz przedstawia okręgowej radzie lekarskiej do wglądu ewidencję wraz z dokumentami stanowiącymi potwierdzenie odbycia określonych form doskonalenia zawodowego przed zakończeniem okresu rozliczeniowego.

Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza okręgowa rada lekarska potwierdza przez dokonanie wpisu w okręgowym rejestrze lekarzy oraz w prawie wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty. Potwierdzenia dokonuje się na podstawie przedłożonej przez lekarza ewidencji oraz dokumentacji potwierdzającej odbycie określonych form doskonalenia zawodowego.

Za realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności – punkty otrzymuje się wyłącznie za minimalny okres danej specjalizacji lub umiejętności, określony w jej programie.

Za opublikowanie referatu naukowego wygłoszonego na krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym – nie dolicza się punktów, które przysługują za wygłoszenie referatu. Za opublikowanie rozprawy doktorskiej lub habilitacyjnej – nie dolicza się punktów, natomiast za wykład o tej samej treści mimo wielokrotnego prezentowania – punkty uzyskuje się tylko raz.

Dopełnienie przez lekarza obowiązku doskonalenia zawodowego rozlicza się w następujących po sobie okresach rozliczeniowych obejmujących 48 miesięcy.

Lekarz dopełnia obowiązek doskonalenia zawodowego, jeżeli w okresie rozliczeniowym uzyskuje co najmniej **200 punktów edukacyjnych**.

mec. Beata Kozyra-Łukasziak

NOWE ZASADY

wykonywania zawodu ratownika medycznego



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/ambulance-1501264/UzbekIL

Medyczne czynności ratunkowe mogą być udzielane przez ratownika samodzielnie lub pod nadzorem lekarza. (...) Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie, określa załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016. Natomiast medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego pod nadzorem lekarza systemu, określa załącznik nr 2 do powyższego rozporządzenia.

DR ADW. MAŁGORZATA PASZKOWSKA

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

Jednym z młodszych zawodów w polskim systemie ochrony zdrowia jest zawód ratownika medycznego. Początki rozwoju tej profesji to dopiero lata 90. XX wieku. Zawód ten związany jest bezpośrednio z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. Zasady funkcjonowania powyższego systemu, a także wykonywania zawodu ratownika medycznego, określa Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j.: Dz. U. z 2013 r., poz. 757) zwana dalej ustawą o PRM. Od 1 stycznia i od 1 maja 2016 roku obowiązują przepisy zmieniające istotnie ustawę o PRM, a dotyczące ratowników medycznych. Celem artykułu jest przybliżenie zakresu czynności zawodowych oraz ustawowych obowiązków ratowników medycznych wynikających ze zmian ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wiedza w powyższym zakresie jest niezbędna lekarzom pracującym w systemie PRM, ale także może być przydatna dla lekarzy innych niż SOR oddziałów szpitalnych, bowiem obecnie ratownicy medyczni mogą pracować również tam. Szczególnie ważne jest określenie, jakiego rodzaju czynności ratownicy mogą wykonywać samodzielnie bądź na zlecenie lekarza. Ma to istotne znaczenie dla ponoszenia ewentualnej odpowiedzialności prawnej przez lekarza. Zmiany w statusie prawnym ratowników medycznych mają także fundamentalne znaczenie dla lekarzy zarządzających podmiotami leczniczymi, a szczególnie szpitalami.

Uprawnienia zawodowe ratowników

Artykuł 10 ustawy o PRM określa, jakie warunki musi spełnić osoba chcąca wykonywać zawód ratownika medycznego. Zgodnie z obowiązującym prawem zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która:

1. posiada pełną zdolność do czynności prawnych (czyli jest pełnoletnia i nieubezpieczeniowa orzeczeniem sądu);
2. posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;
3. wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu
4. oraz spełnia określone ustawą wymagania w zakresie okresu oraz rodzaju kształcenia.

Obecnie rodzaj wykształcenia (szkoła policealna czy też studia) oraz termin jego zdobycia nie wpływają na zakres uprawnień zawodowych ratownika medycznego. Od 1 stycznia 2016 r., po wejściu w życie nowelizacji ustawy o PRM, art. 11 przedmiotowej ustawy podobnie jak poprzednio ma fundamentalne znaczenie dla określenia prawnych zasad wykonywania zawodu ratownika medycznego. Obecnie wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na:

1. udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub pod nadzorem lekarza;
2. zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
3. transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
4. udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
5. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Poprzednio obowiązujące ustawowe wyliczenie czynności miało charakter zamknięty, obecnie zaś ma ono charakter katalogu otwartego.

Specyficznym dla ratowników rodzajem świadczeń zdrowotnych, do których udzielania posiadają uprawnienia, są medyczne czynności ratunkowe. Medyczne czynności ratunkowe to świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu PRM w postaci zespołu ratownictwa medycznego (zarówno o charakterze specjalistycznym, jak i podstawowym), w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Medyczne czynności ratunkowe są udzielane przez zespół ratownictwa medycznego w ramach rodzaju działalności leczniczej zgodnego z rodzajem działalności wykonywanej przez dysponenta jednostki, w którego skład wchodzi ten zespół ratownictwa medycznego. Medyczne czynności ratunkowe mogą być udzielane przez ratownika samodzielnie lub pod nadzorem lekarza. Ratownicy medyczni mają prawo i zajmują się w praktyce edukacją w zakresie pierwszej pomocy oraz kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Regulacje zawarte w ustawie PRM w sposób ogólny określają zakres czynności zawodowych, do których uprawnieni są ratownicy medyczni. Natomiast szczegółowy zakres czynności uregulowany powinien być w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy o PRM. 12 maja 2016 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2016,

poz.587). Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie, określa załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. Natomiast medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego pod nadzorem lekarza systemu, określa załącznik nr 2 do powyższego rozporządzenia. Ponadto załącznik nr 3 określa świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie. Natomiast świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie, określa załącznik nr 4 do przedmiotowego rozporządzenia.

”

Należy zauważyć, że obecnie zwiększono istotnie (do 47) ilość leków, jakie mogą podawać ratownicy medyczni w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia z 2006 roku.

“

”

Ratownik medyczny, w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, wykonuje zlecenia określone w dokumentacji medycznej.

“

Zgodnie z załącznikiem nr 1 ratownik medyczny może samodzielnie dokonywać medycznych czynności ratunkowych (w liczbie 29) takich jak: ocena stanu pacjenta; układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń; podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych; przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych; odsysanie dróg oddechowych; podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi (z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora); wykonanie intubacji dotchawiczej i prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia; wykonanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora; wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej; wykonanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradykardiach (w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie); wykonanie kardiowersji w tachykardiach (w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie); wykonanie i ocena zapisu EKG; monitorowanie czynności układu oddechowego; monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi; wykonanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej; wykonanie dojścia doszypikowego przy użyciu gotowego zestawu; podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszypikową; odbarczenie odmy przełnej drogą nakłucia jamy opłucnowej; oznaczanie

parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu; opatrzenie ran; tamowanie krwawień zewnętrznych; unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń; unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego; przyjęcie porodu; wykonanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej; przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu; wykonanie pomiaru temperatury głębokiej, a także podawanie leków wymienionych w tabeli w załączniku nr 1 (jest ich obecnie 47 rodzajów i obejmują one różne postacie: tabletki, czopki, roztwory do wstrzykiwań oraz do wlewu dożylnego). Ratownik medyczny może podawać leki, m.in.: przeciwbólowe, przeciwuczuleniowe, nasercowe, rozszerzające oskrzela, obniżające ciśnienie krwi, uspokajające oraz przeciwzakrzepowe. Należy zauważyć, że obecnie zwiększono istotnie (do 47) ilość leków, jakie mogą podawać ratownicy medyczni w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia z 2006 roku.

W świetle załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. pod nadzorem lekarza systemu ratownik medyczny może wykonywać poniższe medyczne czynności ratunkowe:

1. medyczne czynności ratunkowe wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
2. wykonanie intubacji dotchawiczej z użyciem środków zwiotczających;
3. cewnikowanie pęcherza moczowego;
4. zakładanie sondy żołądkowej i płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych;
5. asystowanie przy innych medycznych czynnościach ratunkowych, niewymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
6. podawanie leków.

Określone w załączniku nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego, obejmują 29 rodzajów czynności i w większości pokrywają się z wykazem z załącznika nr 1 (tj. samodzielnych medycznych czynności ratunkowych), jednakże obejmują jeszcze inne rodzaje czynności, takie jak: pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań diagnostycznych oraz cewnikowanie pęcherza moczowego. Natomiast określone w załączniku nr 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie, obejmują:

1. świadczenia zdrowotne wymienione w załącznikach nr 1-3 do rozporządzenia;
2. asystowanie przy drobnych zabiegach chirurgicznych.

Art. 11 ustęp 3 ustawy o PRM wskazuje obecnie bezpośrednio, gdzie ratownik medyczny może wykonywać swój zawód. Przede wszystkim ratownik medyczny może wykonywać swe zadania zawodowe w podmiotach leczniczych. Ratownicy mogą pracować w szpitalach na różnych oddziałach (nie tylko na SOR), a także w przychodniach, itp. Poza podmiotami leczniczymi ratownicy medyczni mogą wykonywać swoje czynności zawodowe w ramach różnych (poza PRM) systemów ratownictwa. Ratownik medyczny może bowiem wykonywać zadania zawodowe w zakresie wyżej opisanym także w ramach: ratownictwa górskiego i narciarskiego, ratownictwa wodnego oraz ratownictwa górniczego, a także w ramach morskiej służby poszukiwania i ratownictwa, a także na lotniskach, w izbach wytrzeźwień, w transporcie sanitarnym i przy zabezpieczaniu imprez masowych.

Ustawowe obowiązki ratownika

Obecnie ustawa o PRM w znowelizowanym art. 11 określa: zakres czynności zawodowych, które może wykonywać ratownik medyczny oraz gdzie ratownik medyczny może wykonywać swój zawód. Ponadto określa fundamentalne obowiązki zawodowe ratowników medycznych (art. 11, ustęp 5-10), które to należy uznać za ustawowe standardy wykonywania zawodu ratownika medycznego. Powyższe obowiązki stanowią przede wszystkim korelat praw pacjenta. W polskim prawie nie ma definicji praw pacjenta. Zdefiniowane jest jedynie pojęcie pacjenta. Należy przyjąć, że prawa pacjenta to zespół uprawnień przysługujących człowiekowi (pacjentowi) z tytułu korzystania ze świadczeń zdrowotnych lub ubiegania się o nie. Pacjentem jest każda osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych zarówno odpłatnie, za częściową odpłatnością, jak i nieodpłatnie (tj. pacjenci ubezpieczeni w NFZ i nieubezpieczeni). Dla określenia rodzajów i treści przedmiotowej praw pacjenta fundamentalne znaczenie ma obecnie Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.). Do podstawowych praw pacjenta należą prawo do: wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne, prawo do informacji, a także prawo do dokumentacji medycznej.

Do obowiązków ratowników należy m.in. prowadzenie dokumentacji medycznej. Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona ściśle według zasad zawartych w przepisach, a przede wszystkim w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015, poz. 2 069). Poszczególne rodzaje dokumentacji medycznej związane są z rodzajem podmiotu wykonującego działalność leczniczą będącego ich wytwórcą. Przykładowo dysponent zespołów ratownictwa medycznego (czyli podmiot leczniczy, w skład którego wchodzi jednostka systemu PRM) sporządza i prowadzi:

1. dokumentację zbiorczą w formie księgi dysponenta zespołów ratownictwa medycznego;
2. dokumentację indywidualną w formie karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, karty medycznych czynności ratunkowych albo karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

Wzór karty medycznych czynności ratunkowych określa załącznik nr 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Karta medycznych czynności ratunkowych jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest wydawany w postaci papierowej lub udostępniany w postaci elektronicznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, a w przypadku przewiezienia pacjenta do podmiotu leczniczego – temu podmiotowi leczniczemu.

Zgodnie z art. 11 ust. 5 ustawy o PRM ratownik medyczny ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej oraz do uzyskania od lekarza, pielęgniarki, położnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. Ratownik medyczny, w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, wykonuje zlecenia określone w dokumentacji medycznej.

Podsumowując, pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielo-



nych mu świadczeń zdrowotnych, a ratownik obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej. Dokumentacja medyczna może być udostępniona tylko określonym prawem podmiotom i w określonej prawem formie. Udostępnienie dokumentacji w niektórych formach może mieć charakter odpłatny, ale tylko do określonej przepisami wysokości.

Zgodnie z ustawą o PRM ratownik medyczny jest obowiązany informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W świetle art. 11 u.p.p. pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w przedmiotowej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien udostępnić informację o ustawowych prawach pacjenta w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.

Zgodnie z art. 9 u.p.p. pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Zobowiązany do udzielenia powyższej informacji o zakresie określonym ustawowo jest przede wszystkim lekarz, a uprawnionym pacjent pełnoletni i nieubezwłasnowolniony, a także pacjent małoletni, który ukończył 16 lat oraz ustawowy przedstawiciel pacjenta. Lekarz powinien udzielić pacjentowi lub/i jego przedstawicielowi ustawowemu 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 przypadku ratowników medycznych także występuje obecnie obowiązek informacyjny, ale w ograniczonym przedmiotowo, a także podmiotowo, zakresie (nie dotyczy wszystkich ratowników, lecz tylko tych wchodzących w skład podstawowego zespołu ratownictwa medycznego). Bowiem zgodnie z ustawą o PRM (art. 11, ust. 9) ratownik medyczny jest zobowiązany udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie związanym z podejmowaniem medycznych czynności ratunkowych w podstawowym zespole ratownictwa medycznego.

Zgodnie z ustawą o PRM ratownik medyczny jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej. Tajemnica zawodowa swym zakresem obejmuje zarówno wypowiedzi, jak i materiały pisemne.

Reasumując po zmianie ustawy o PRM od 1 stycznia 2016 roku istnieją bezpośrednio określone ustawowo standardy wykonywania zawodu ratownika medycznego. W większości stanowią one korelat praw pacjenta i zbliżone są w swej treści przedmiotowej do innych zawodów medycznych mających swoje pragmatyki zawodowe. W rezultacie zmian ratownik medyczny zobowiązany jest przede wszystkim:

1. informować pacjenta o jego prawach;
2. udzielić pacjentowi/jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta;
3. do zachowania tajemnicy zawodowej;
4. prowadzenia karty indywidualnej ratownika medycznego.

KURSY

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

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

WPROWADZENIE DO SPECJALIZACJI W MEDYCYNIE RODZINNEJ

Termin kursu: 30.01-08.02.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Donata Kurpas, prof. nadzw.
Miejsce kursu: Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, ul. Syromki 1, 51-141 Wrocław

Liczba miejsc: 20

Kurs bezpłatny – 60 punktów edukacyjnych

**Zgłoszenia do 15 grudnia 2016 r.: p. Marta Kowalewska,
tel. 71 325 51 26 (Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej)**

Katedra i Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa zapraszają lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych na obowiązkowy kurs (z listy CMKP):

TRANSFUZJOLOGIA

Termin kursu: 19-20.01.2017 r., godz. 8.00

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Kazimierz Kulickowski
Miejsce kursu: Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, ul. Czerwonego Krzyża 5, Wrocław

Liczba uczestników: 40

Kurs bezpłatny – 10 punktów edukacyjnych

Zgłoszenia na kurs do 15 grudnia 2016 r.

Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w urologii trybem modułowym na obowiązkowy kurs (z listy CMKP):

WARSZTATY DYDAKTYCZNE – LAPAROSKOPIA W UROLOGII

Termin kursu: 23-24.01.2017 r., godz. 9.00

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Romuald Zdrojewski

Miejsce kursu: Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej UMW, ul. Borowska 213, Wrocław

Liczba uczestników: 20

Kurs bezpłatny – 10 punktów edukacyjnych

Zgłoszenia na kurs do 15 grudnia 2016 r.

Klinika Chirurgii Plastycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej trybem dotychczasowym na obowiązkowy kurs (z listy CMKP):

CHIRURGIA PLASTYCZNA I REKONSTRUKCYJNA

**Terminy kursów: 09-13.01.2017 r., 16-20.01.2017 r.,
23-27.01.2017 r.**

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Piotr Wójcicki

Miejsce kursu: Klinika Chirurgii Plastycznej, Specjalistyczne Centrum Medyczne, ul. Jana Pawła II 2, Polanica-Zdrój

Liczba uczestników na każdym kursie: 8

Kurs bezpłatny – 20 punktów edukacyjnych

Zgłoszenia na kurs do 15 grudnia 2016 r.

Program oraz zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl

Szczegółowych informacji udziela mgr Elżbieta Adamczyk, tel. 71 784 11 57 oraz e-mail: elzbieta.adamczyk@umed.wroc.pl

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1967

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędzie się 13 maja 2017 r. we Wrocławiu.

Program zjazdu

13 maja 2017 r. (sobota)

- godz. 10.00 Msza święta (kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1)
Część oficjalna
– Uniwersytet Wrocławski, Oratorium Marianum
- godz. 11.00 Śniadanie studenckie
– foyer Oratorium Marianum Uniwersytetu Wrocławskiego
- godz. 12.00 Otwarcie zjazdu – Oratorium Marianum Uniwersytetu Wrocławskiego
- godz. 12.15 Wystąpienie chóru Medici Cantantes Uniwersytetu Medycznego
Przemówienie JM rektora UM i uroczyste wręczenie dyplomów
Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcia pamiątkowe
- godz. 14.00 Zwiedzanie Wieży Matematycznej i wystawy „300 lat Uniwersytetu Wrocławskiego”
- godz. 20.00 Uroczysta kolacja
– Haston City Hotel, ul. Irysowa 1-3, 51-111 Wrocław

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
całkowity koszt – 350 zł,
osoba towarzysząca na bankiecie – 200 zł,
tylko część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1967” lub bezpośrednio w p. Patrycji Malec w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Danuta Żytewicz-Jaruga,
Ziemisław Stępniewski

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. Miejsce 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

Oплата za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej wynosi 450 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1972 S” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Bliższych informacji udziela:
Elżbieta Wronecka,
e-mail: ela.wronecka@wp.pl, kom. 509 960 029,
Bożenna Lipska-Kochan, kom. 601 332 152,

Za Komitet Organizacyjny
Bożenna Lipska-Kochan, Elżbieta Wronecka

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1977

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 26-28 maja 2017 r. Miejsce spotkania będzie ośrodek Vital&SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

26 maja 2017 r. (piątek)

- od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

27 maja 2017 r. (sobota)

- godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Zieleńcu
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

28 maja 2017 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1977 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

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

Ponieważ nie posiadamy adresów do wszystkich absolwentów, prosimy o rozpropagowanie informacji o organizowanym spotkaniu wśród Koleżanek i Kolegów.

Za Komitet Organizacyjny
Anna Bartnik, Andrzej Bugajski,
Jolanta Kasperkiewicz, Małgorzata Rudnicka, Danuta Sidor

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1986

30 LAT PO DYPLomie!

**19 listopada 2016 r. (sobota), godz. 19.00,
Haston City Hotel
51-117 Wrocław, ul. Irysowa 1-3**

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!
Osoby zainteresowane udziałem w spotkaniu towarzyskim proszone są o dokonywanie wpłat w wysokości 250 zł od osoby na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 25.10.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1986” (prosimy o podanie danych uczestnika/uczestników) lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze).

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



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1992

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 2-4 czerwca 2017 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital&SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

2 czerwca 2017 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

3 czerwca 2017 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,
spacer po Zieleńcu
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
przed ośrodkiem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcie pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

4 czerwca 2017 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

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

piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem – 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1992 L”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec

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

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

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

Za Komitet Organizacyjny

Agata Kot, Ewa Wesołowska-Szepietowska,
Robert Seifert

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. Górská 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 zdjęcie pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

24 września 2017 r. (niedziela)

godz. 7.30-10.30 Śniadanie i pożegnania
(wymeldowanie z hotelu
do godz. 11.00)

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

piątek-niedziela z noclegami – 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1997”
lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy
ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec
(poddasze). 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.

Za Komitet Organizacyjny

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

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

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 25 sierpnia 2016 r.

NR 85-87/2016

*w sprawie zobowiązania lekarza do odbycia
przeszkolenia w związku ze stwierdzeniem
przerwy w wykonywaniu zawodu*

NR 88/2016

*w sprawie wpisu do rejestru podmiotów
wykonujących działalność leczniczą*

NR 89/2016

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

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



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 **21 października 2016 r. o godz. 11.00 w sali klubowej przy al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny

pt. „ETYCZNE MANIPULOWANIE, CZYLI JAK SKUTECZNIE WYWIERAĆ WPŁYW NA PACJENTÓW I WSPÓŁPRACOWNIKÓW”

który odbędzie się w następujących terminach:

I grupa 17 września 2016 r. (sobota) **BRAK MIEJSC**
III grupa 19 listopada 2016 r. (sobota)

II grupa 15 października 2016 r. (sobota) **BRAK MIEJSC**
IV grupa 10 grudnia 2016 r. (sobota)

w sali klubowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.

Wykładowca – lek. Dariusz Delikat, psycholog

Czas trwania kursu – 6 godzin (w tym 2 godziny zajęć seminaryjnych oraz 4 godziny zajęć praktycznych)

Uczestnikowi kursu przysługują 6 punktów edukacyjnych.

Program kursu

Wywieranie wpływu, perswazja, manipulacja – to często zamiennie używane określenia. Prof. Marek Tokarz w swojej książce „Argumentacja, perswazja, manipulacja” pisze: „Manipulacja to ogół taktyk i trików właściwych dla perswazji niejawną bez względu na ich ocenę moralną”. Inna definicja mówi: „Manipulacja to sterowanie ludźmi wbrew ich interesom, jak również wbrew ich woli, często bez udziału ich świadomości”. Jak widać manipulacji towarzyszą pejoratywne skojarzenia. Ale czy byłoby również takie, gdyby „sterowanie” albo „triki” służyły interesom manipulowanych?

Szkolenie dotyczy dobrej, zdrowej manipulacji, dzięki której obie strony odnoszą korzyści. Ta etyczna manipulacja to skuteczne wywieranie wpływu dające siłę skuteczności oddziaływania w realizacji celów zawodowych i prywatnych. Szkolenie umocni i rozwinie posiadane przez uczestników umiejętności wywierania wpływu oraz pozwoli na włączenie do „perswazyjnego portfolio” nowych subtelnych technik. Ważnym efektem szkolenia będzie także wzmocnienie indywidualnej odporności na manipulacyjne oddziaływania innych.

Część seminaryjna

- perswazja a manipulacja
- model perswazji Yale
- struktura postaw psychologicznych i sposoby ich kształtowania
- zachowania zwiększające skuteczność przekonywania
- argumentacja i konstrukcje komunikacyjne trwale zapamiętywane i wpływające na zmiany postaw
- prawa perswazji i ich praktyczne wykorzystywanie
- naiwne taktyki manipulacyjne (presja, szantaż, kłamstwo) i sposoby obrony przed nimi

Część praktyczna

- sposoby budowania autorytetu lekarza i wzmocnienia własnej wiarygodności
- formułowanie przekonujących komunikatów opartych na mieszanej argumentacji racjonalno-emocjonalnej
- dopasowywanie przekazu i zachowań do różnych pacjentów i współpracowników
- praktyczne wykorzystywanie praw perswazji i perswazyjnych konstrukcji językowych
- skuteczna obrona przed manipulacyjnymi zachowaniami pacjentów i współpracowników

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach proszone są **WYŁĄCZNIE O PISEMNE** zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl. O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba uczestników w jednym terminie – 25 osób.

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 **22 listopada 2016 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 | Co o dietach eliminacyjnych u dzieci powie psychiatra?
lek. Elżbieta Magnowska |
| godz. 9.30-10.00 | Czy mleko może być przyczyną wielu schorzeń?
dr n. med. Ewa Willak-Janc |
| godz. 10.00-10.30 | Wskazania do stosowania diety bezglutenowej
dr n. med. Elżbieta Krzesiek |
| godz. 10.30-11.00 | Alergia a nietolerancja pokarmowa – o czym trzeba pamiętać?
– dr n. med. Ewa Willak-Janc |
| godz. 11.00-11.30 | PRZERWA |
| godz. 11.30-12.00 | Mikroflora jelitowa, klucz do zdrowia i chorób
dr hab. Marzena Bartoszewicz |
| godz. 12.00-12.30 | Gospodarka płynowa – czy więcej zawsze oznacza lepiej?
dr hab. Kinga Musiał |
| godz. 12.30-13.00 | Fakty i mity o diecie w chorobach tarczycy
dr n. med. Aleksander Basiak |
| godz. 13.00-13.30 | Fakty i mity o insulinooporności
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: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz Katedra i Zakład Podstaw Nauk Medycznych
Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na konferencję

pt. „CO OZNACZA CITO W ENDOKRYNOLOGII?”

która odbędzie się **5 grudnia 2016 r. (poniedziałek) w godz. 9.00-14.30**
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji – dr hab. Ewa Barg,
konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii
i diabetologii dziecięcej dla województwa dolnośląskiego,
prof. dr hab. Anna Noczyńska

Uczestnikowi konferencji przysługują 5 punktów edukacyjnych.

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

Program konferencji

- | | |
|-------------------|--|
| godz. 9.00-9.45 | Dlaczego rozpoznanie cukrzycy nadal stanowi problem?
prof. dr hab. Anna Noczyńska |
| godz. 9.45-10.30 | Dlaczego dziecko z cukrzycą typu 1 powinno pozostać pod stałą kontrolą/opieką poradni diabetologicznej?
dr n. med. Agnieszka Zubkiewicz-Kucharska |
| godz. 10.30-11.15 | Choroby tarczycy w trybie „pilne” – dr hab. Ewa Barg |
| godz. 11.15-12.00 | Kiedy należy diagnozować zaburzenia wzrostu u dziecka?
Wskazania i przeciwwskazania do leczenia hormonem wzrostu
dr n. med. Beata Wikiera |
| godz. 12.00-12.30 | PRZERWA |
| godz. 12.30-13.15 | Otyłość i insulinooporność – kiedy powinniśmy pilnie diagnozować i leczyć? – prof. dr hab. Anna Noczyńska |
| godz. 13.15-14.05 | Zaburzenia dojrzewania – kiedy i jakie objawy u dziecka powinny budzić niepokój lekarza pierwszego kontaktu?
dr n. med. Aleksander Basiak |
| 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: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.



**Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz**

**Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
zapraszają na konferencję, która odbędzie się **8 października 2016 r. (sobota)**
w godz. 10.00-13.30 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.**

„AKROMEALIA – PROBLEM DALEKI OD STOMATOLOGII?”

**Kierownik konferencji – dr n. med. Katarzyna Herman
Uczestnikowi konferencji przysługują 3 punkty edukacyjne.**

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

Program konferencji

godz. 10.00-11.20	Czy stomatolog może rozpoznać akromegalię? dr n. med. Aleksandra Jawiarczyk-Przybyłowska
godz. 11.20-11.50	PRZERWA
godz. 11.50-13.10	Zmiany w układzie stomatognatycznym u pacjentów z akromegalią lek. dent. Katarzyna Potoczek-Wallner
godz. 13.10-13.30	Dyskusja i zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o wstępne
zgłoszenie zamiaru uczestnictwa, które nie ma charakteru wiążącego.**

Zgłoszenia pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:

e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68 lub 71 798 80 81.

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

**Komisja Stomatologiczna
i**

**Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz**

**Oddział Dolnośląski
Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
zapraszają na konferencję, która odbędzie się
19 listopada 2016 r. (sobota)**

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

IV DOLNOŚLĄSKIE JESIENNE DNI STOMATOLOGICZNE „Akademia okluzji”

**Szczegóły
i program konferencji
w nr 11 „Medium”**

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

**Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego w Legnicy,
Katedra i Zakład Higieny UM we Wrocławiu, Instytut Ochrony Środowiska w Warszawie,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu,
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Legnicy, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu,
Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i Polskie Towarzystwo Medycyny Środowiskowej
zapraszają na**

XIX Konferencję Naukową „25 lat w trosce o zdrowie dzieci w środowisku przemysłowym, miejskim i wiejskim”

która odbędzie się w dniach **25-26 listopada 2016 r. w Legnicy.**

Od 25 lat Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego w Legnicy realizuje kompleksowy program ochrony dzieci przed narażeniem na ołów i inne czynniki środowiskowe. Badanie obciążenia ołowiem wykonano u 200 tys. dzieci, ponad 20 tys. uczestniczyło w turnusach profilaktyczno-leczniczych, a kilkaset tys. rodziców i dzieci wzięło udział w edukacji zdrowotno-ekologicznej. Prowadzona jest działalność naukowa. Zwieńczeniem 25 lat działalności Fundacji będzie XIX Międzynarodowa Konferencja Naukowa, nad którą patronat objęli rektorzy: UM we Wrocławiu, ŚUM w Katowicach, PWSZ w Legnicy, PMWSZ w Opolu.

**Zapraszamy wszystkich zainteresowanych możliwością dyskusji, wymiany doświadczeń oraz przedstawienia osiągnięć naukowych
z zakresu zdrowia środowiskowego do nadsyłania zgłoszeń na tegoroczną konferencję na adres Biura Organizacyjnego:**



Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego
ul. Okrzei 10, 59-220 Legnica
e-mail: konferencja.legnica@gmail.com fundajakonferencja@wp.pl
tel. 76 852 20 56, tel./fax. +48 76 852 21 23
kom. +48 696 18 20 59 lub +48 576 469 819

Więcej informacji na stronie internetowej: www.fundacja.legnica.pl

Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy – po raz pierwszy we Wrocławiu

23.10. 2016 r. (niedziela), godz. 18.00 w Auli Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu

W programie m.in. muzyka: Wojciecha Kilara, Fryderyka Chopina, Zygmunta Noskowskiego

Szczegóły na stronie internetowej: <http://polskaorkiestralekarzy.pl/pl>

Wstęp wolny. Wejściówki do odbioru w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej

Polska Orkiestra Lekarzy

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flute-1427654/the3cats
– obraz modyfikowany



SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– Wszyscy, którzy brali udział w międzynarodowych kongresach lekarskich, uważają się, iż nie odnoszą z nich odpowiedniej korzyści z powodu mnogości sekcji odbywających, jak z natury rzeczy wypada, równocześnie posiedzenia tudzież panującej w obradach wielojęzyczności. Uznaje też *British medical Journal*, że byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by obrady odbywały się w jednym tylko języku i to francuskim, jako języku dyplomatycznym całego świata od traktatu westfalskiego, języku, którym mniej więcej władza przeważna część lekarzy różnych narodowości. Ponieważ jednak mimo ogólnego uznania kosmopolityczności nauki, rzecz ta nie dałaby się przeprowadzić ani tak łatwo ani tak rychło, proponuje tenże dziennik lekarski, by na przyszłość wszystkie prace, wykłady, zdania sprawy i t. d. przychodzące pod obrady kongresu drukowano i rozdawano naprzód członkom kongresu we wszystkich trzech językach, uznanych za urzędowe i przepowiada, że jeżeli się tego nie robi, przyszłe kongresy międzynarodowe zjeżdż do rządu międzynarodowych pikników, na jaki już zakrawał po części kongres co właśnie w Rzymie odbyty.

„Przegląd Lekarski” 1984, XXIII, 231

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta

Choroby wirusowe

- Dziadku, dziś jestem chory, hurra, nie mogę iść do szkoły!
- Wnuczku kochany, przecież masz tylko delikatny katar.
- Tak oczywiście, ale sam mówiłeś, że katar to choroba wirusowa. Opowiadałeś mi, że wirus to taki bardzo mały robak, i jak kicham to z mojego nosa wystrzelują miliony wirusów, które mogą zarazić całą szkołę... Gdybym poszedł, to mogą mnie uznać za terrorystę, wiesz, broń biologiczna... Ale – powiedz dziadku, czy ten wirus może zarazić też mój komputer? Bo wiesz, gdybym nie poszedł do szkoły, to będę mógł grać w liczne gry komputerowe, ale jak komputer zacznie kichać to co?
- Otóż są specjalne wirusy, niektóre nazywa się też robakami, które mogą zupełnie zmienić działanie każdego komputera. Mogą np. zmienić trasę lotu samolotu, rejsu statku na morzu, zatrzymać samochód lub zablokować hamulce, drzwi (w nowoczesnym samochodzie jest nawet kilkadziesiąt procesorów sterujących różnymi czynnościami).
- Co istotne dla lekarzy teoretycznie wirusy mogą zmienić działanie rozruszników serca, przejąć kontrolę nad nowoczesnymi pompami insulinowymi, „zepsuć” robota da Vinci. Jeden mały wirusik i wszystkie wyniki laboratoryjne w szpitalu można tak zamieszać, że nikt się nie połapie, na co choruje pacjent. Nie będzie problemem dla komputerowego terrorysty – kichającego wirusami komputerowymi hakera – aby wykraść dane osobowe pacjentów i lekarzy. Jesteśmy opleceni sieciami informatycznymi, a znając stan tych sieci w naszych szpitalach i przychodniach, to włamanie się do nich wydaje się być pestką nawet dla komputerowego przedszkolaka.
- No i co dziadku, mogę iść do szkoły?
- Nie, założę natychmiast specjalny kombinezon taki jak z filmu science fiction, wsadzę cię nagięgo do izolacji z wymuszonym nadciśnieniem i filtrami mikrobiologicznymi.
- Ratunku! Chcę iść do mojej szkoły!

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Tegoroczne wakacje nie sposób nazwać sezonem ogórkowym. Przyznanie Wrocławowi tytułu Europejskiej Stolicy Kultury sprawiło, że staliśmy się wschodnim mostem kulturalnym Unii Europejskiej. Niedawno otwarty Pawilon Czterech Kopuł koło Hali Stulecia zaprosił nas na otwarcie wystawy „Letnia rezydencja”. Pawilon Czterech Kopuł – jawiskowa, modernistyczna budowla muzealna, zaprojektowana przeszło 100 lat temu przez wybitnego architekta Hansa Poelziga, jest idealnym miejscem na zbiory współczesne, i w niczym nie ustępuje słynnej MoMa w Nowym Jorku. Prezentowana kolekcja stanowi własność jednego z najbardziej szanowanych i podziwianych kolekcjonerów naszych czasów dr. Ericha Marxa. Bardzo rzadko opuszcza ona swoją stałą siedzibę w Hamburgu i skupia tak wybitnych artystów współczesnych jak: Andy Warhol, Robert Rauschenberg, Cy Twombly, Dan Flavin. Obecny na otwarciu właściciel kolekcji, liczący 94 lata, zbierał ją przez całe życie i osobiście znał artystów. Spotkania i dyskusje, a także wizyty w pracowniach nadały wyborom kolekcjonerowi nowy wymiar i sprawiły, że sama kolekcja zyskała nowe konteksty nasycone osobistymi relacjami. Przemawiający na otwarciu wystawy dr Erich Marx ujawnił, że przed laty wziął na zakup dzieł sztuki pożyczkę w wysokości ówczesnych 25 milionów (sic!) marek i wciąż jeszcze ją spłaca. W kolekcji znajdują się też dzieła polskich artystów: Wilhelma Sasnała i Zbigniewa Rogalskiego. Kolekcja jest zapisem historii ludzkiej namiotności, bowiem każde dzieło pozyskane do zbiorów ma swoją własną historię ujmującą subtelne relacje między nim a jego posiadaczem. Wystawa prezentuje się niebywale wśród śnieżnobiałych ścian pawilonu, którego drugą część zajmuje polska sztuka współczesna. Chodząc z lampką wina po wystawie, miałem

nieodparte wrażenie, że dzieła naszych polskich artystów w niczym nie ustępują tym światowym, a nawet – moim zdaniem – są przyjemniejsze do oglądania. Musicie koniecznie to zobaczyć, a można to zrobić do końca roku.

Miesiąc później w inne klimaty przeniosła nas wystawa arcydzieł malarstwa europejskiego, które przywędrowały do nas z Galerii Narodowej w Berlinie, a eksponowane są w Pałacu Królewskim. Tak więc mamy we Wrocławiu artystów malarzy od średniowiecza do współczesności. Na zapleczu Pałacu powstaje Muzeum Teatru, którego otwarcie ma nastąpić jeszcze w tym roku. Przed budynkiem teatru, a jednocześnie przed wejściem do Narodowego Forum Muzyki, z okazji otwarcia festiwalu „Wratistavia Cantans” odsłonięto potężną i przepiękną rzeźbę przedstawiającą głowę Orfeusza. Oryginał, wykonany przed laty przez Theodora von Gosenę, odtworzyli w brązie Stanisław i Michał Wysoccy. Na uroczystość odsłonięcia rzeźby przybyła licznie rodzina von Goseny, którego popiersie znajduje się wśród wybitnych wrocławian w ratuszu. Przemawiał prezydent Dutkiewicz i dyrektor Muzeum Miejskiego dr Maciej Łagiewski. Bardzo cieszy piękną rzeźbą Wrocław nawiązujący do swojej historii i tradycji.

Nawiązaniem do tradycji jest też wystawa w Starym Ratuszu „Obrazy z życia” pokazująca jedyne wrocławskie noblistę w dziedzinie literatury Gerharta Hauptmanna, zorganizowana wspólnie z „Domem Gerharta Hauptmanna” w Jagniątkowie. Warto nadmienić, że dyrektor tej instytucji Julita Izabela Zapruska jest tegoroczną laureatką nagrody kulturalnej Śląska, którą otrzymała w tymże ratuszu. Sam Gerhart Hauptmann jest honorowym obywatelem Wrocławia, a jego popiersie było pierwszym, które znalazło się

we wrocławskiej Walhalli. Nasz noblista przeżył w Niemczech cztery zmiany rządów: cesarskie Niemcy, Republikę Weimarską, reżim hitlerowski, a po drugiej wojnie światowej zmianę granic. Oficer radziecki, który zameldował się u niego w willi w Jagniątkowie, powiedział: „Mistrzu, znam pana dzieła i jest pan pod moją opieką”. Hauptmann zmarł latem 1946 roku, przeżywszy 84 lata i po miesiącach pertraktacji trumna wraz z towarzyszącą mu grupą Niemców wyjechała specjalnym pociągami do Niemiec. Pochowany jest w Hiddensee na wyspie Rugii.

Do historii nawiązuje też dr Marek Nikiel, dyrektor nowego szpitala na Maślicach, który w pierwszej rocznicę przeprowadzki odsłonił tablicę patrona placówki prof. Tadeusza Marciniaka. Jako student miałem okazję słuchać jego wykładów. Ponieważ obecna jednostka powstała w wyniku fuzji dwóch szpitali, zamieszczona została też historia Szpitala Kolejowego, a kilka dni później odsłonięto tablicę ku czci prof. Ludwiga Guttmanna, przed wojną wieloletniego dyrektora Szpitala Żydowskiego. Udało mu się uciec z Wrocławia przed prześladowaniami i w Anglii stał się twórcą idei sportu paraolimpijskiego, otrzymał od królowej angielskiej tytuł szlachecki. Na odsłonięciu tablic była cała wrocławska śmietanka polityczna i samorządowa. Gratulacje dla dr. Nikla za poszanowanie tradycji.

Ale nie samymi oficjalnymi uroczystościami człowiek żyje. Starzejemy się, niestety... Znana para wrocławskich lekarzy Ewa i Marek Kochańscy obchodzili swoje 140. (razem) urodziny. Eleganckie przyjęcie dla rodziny i przyjaciół odbyło się w zamku Dobra w Dobroszycach. Były śpiewy, występy przyjaciół, olbrzymi tort, sztuczne ognie, wytworne toalety pań i smoki panów. Tak trzymać!

Życzę wszystkim takiej formy w tym wieku.

Wasz Bywalec



*Drożej Koleżance **dr Iwonie Gisterek**
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci
Męża*

dr. Marka Gisterka

*naszego Przyjaciela i Kolegi
składają
koleżanki i koledzy z grupy studenckiej*

***Dr Krystynie Bockenheim** wyrazi szczerego
współczucia z powodu śmierci
Męża*

Stanisława Bockenheima

*architekta, konesera muzyki, literatury i sztuki
składają koleżanki i koledzy z Wojewódzkiego Szpitala
Zespolonego im. J. Babińskiego we Wrocławiu*

***Pani dr Małgorzacie Korolik i Jej Rodzinie**
wyraży współczucia z powodu śmierci*

Matki

składają neonatolodzy z Dolnego Śląska

***Pani dr Małgorzacie Korolik i Jej Rodzinie**
wyraży współczucia z powodu śmierci*

Matki

*składają neonatolodzy z Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego we Wrocławiu*

*Naszemu Koledze **dr. Michałowi Lipińskiemu**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci*

Ojca

*składają koleżanki i koledzy lekarze i pielęgniarki
z Oddziału Intensywnej Terapii Dziecięcej
i Anestezjologii SPSK nr 1 we Wrocławiu*

*Wyraży głębokiego współczucia Rodzinie i Bliskim
z powodu śmierci*

lek. Tomasza Kliche

*składają
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu*

*Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że zmarła
nasza Koleżanka*

lek. Irena

Kudrykiewicz-Kaczyńska

*wieloletni ordynator Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii Specjalistycznego Szpitala
Zespolonego im. Stefana Batorego w Wałbrzychu*

*Wyraży szczerego współczucia Rodzinie
składają
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu*

*Łączymy się w bólu
z naszym Kolegą Chirurgiem, Przyjacielem,
Współpracownikiem **lek. Piotrem Miazgą**.
Wiadomość o nagłej śmierci Twojego 28-letniego
Syna*

Artura Miazgi

*wstrząsnęła nami dogłębnie,
Ciebie zaś postawiła w obliczu
obezwładniającej bezsilności.
Jest nam niewymownie przykro.
Przyjmij proszę wyrazy najgłębszego współczucia
i słowa wsparcia w tych niebywale trudnych chwilach.
Koleżanki i koledzy ze Szpitala Gminnego
SPZOZ w Bogatyni*

PODZIĘKOWANIE

Pragnę bardzo serdecznie podziękować całemu personelowi wrocławskiej Kliniki Okulistycznej za opiekę, troskę w trakcie moich pobytów w tej Klinice.

Gorąco dziękuję **Pani Profesor dr hab. Marcie Misiuk-Hojło**, kierownikowi Kliniki za miłe, ciepłe przyjęcie, specjalistyczny nadzór. Szczególne podziękowania dla **Pani Doktor Magdaleny Koziorowskiej** za wnikliwą, niezwykle szczegółową diagnostykę, duże zaangażowanie.

Pani Doktor Annie Turnau-Kęsickiej i Panu Doktorowi Markowi Szalińskiemu za perfekcyjne przeprowadzenie zabiegów, oraz całemu personelowi Kliniki za troskę i miłą atmosferę.

prof. dr hab. Renata Barbara Wąsik



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flowers-1325012/Pezibear

Fot. Historia Wychodu Lekarskiego... W. Kouschek



Prof. dr hab. Seweryn Łukasik

Specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i medycyny sportowej, przez 51 lat związany z Akademią Medyczną we Wrocławiu, kierownik Kliniki Kardiologii wrocławskiej AM w latach 1979-1989
27.03.1919-28.04.2016 r.

28 kwietnia 2016 r. w wieku 97 lat odszedł od nas prof. dr hab. Seweryn Łukasik, wieloletni kierownik Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Był specjalistą wojewódzkim i krajowym w dziedzinie chorób wewnętrznych, przewodniczącym Krajowego Zespołu Specjalistycznego ds. Chorób Wewnętrznych, członkiem Rady Naukowej i Komisji Leków przy ministrze zdrowia, członkiem kolegium redakcyjnego Kardiologii Polskiej, Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej, Wiadomości Lekarskich, miesięcznika „Terapia i Leki”. Profesor Łukasik był również członkiem Prezydium Rady Programowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, przewodniczył komisjom opracowującym pytania dla ogólnokrajowych egzaminów testowych z kardiologii i chorób wewnętrznych. Pełnił funkcję prezesa zarządu głównego Towarzystwa Internistów Polskich, prezesa zarządu głównego Towarzystwa Medycyny Sportowej, członka zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, przewodniczącego Oddziału Wrocławskiego PTK, był członkiem Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego. Odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, odznaką Zasłużony dla Służby Zdrowia.

Seweryn Łukasik urodził się 27 marca 1919 r. w Chwalibogowicach na Kielecczyźnie, ojciec był nauczycielem. Świadectwo dojrzałości z pierwszą lokatą uzyskał w Gimnazjum im. Adama Mickiewicza w Warszawie w 1938 r. Studia medyczne podjął na Uniwersytecie Warszawskim w 1938 r. i ponownie w warunkach konspiracyjnych w 1943-1944, a następnie od 1945 r. do uzyskania dyplomu lekarza w 1948 r. na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Pracę zawodową rozpoczął w 1948 r. w III Klinice Chorób Wewnętrznych we Wrocławiu, kierowanej przez prof. Edwarda Szczeklika.

Stopień doktora medycyny uzyskał w 1951 r., doktora habilitowanego w 1961 r., w 1968 r. awansował na stanowisko docenta III Kliniki Chorób Wewnętrznych i po przejściu prof. E. Szczeklika na emeryturę objął funkcję kierownika Kliniki. W 1979 r., po podziale III Kliniki Chorób Wewnętrznych na Klinikę Hematologii i Kardiologii, został kierownikiem tej drugiej, pełniąc tę funkcję do przejścia na emeryturę w 1989 r. W 1971 r. uzyskał tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1978 r. profesora zwyczajnego. Współpracował z Instytutem Biochemii Klinicznej Uniwersytetu w Bernie i Oddziałem Kliniką Medycyny Społecznej w Heidelbergu, czego konsekwencją były prowadzone przez lata badania nad wykrywaniem i prewencją pierwotną choroby wieńcowej u pracowników 8 dużych zakładów przemysłowych we Wrocławiu (Pilmet, PaFaWag, Hutmen).

Prof. Łukasik był promotorem 10 doktoratów i opiekunem 7 habilitacji. Znał świetnie grekę i łacinę. Korzystaliśmy na co dzień z Jego kompetencji w tym zakresie. Nieprzerwanie i konsekwentnie nauczał nas łaciny i korygował na bieżąco nasze „wyczyny” przy formułowaniu rozpoznań obowiązujących wówczas w języku łacińskim.

Jako szef był nad wyraz spokojny, nigdy się nie unosił, nie denerwował, a uśmiech nie schodził z Jego twarzy. Podczas licznych spotkań z Profesorem aż do ostatnich dni zdumiewał mnie pogodą ducha, jasnością umysłu. Odszedł od nas wszechstronnie wykształcony humanista, doskonały lekarz, dobry, o pogodnym usposobieniu człowiek.

prof. dr hab. Walentyna Mazurek

Fot. z archiwum wychowanków

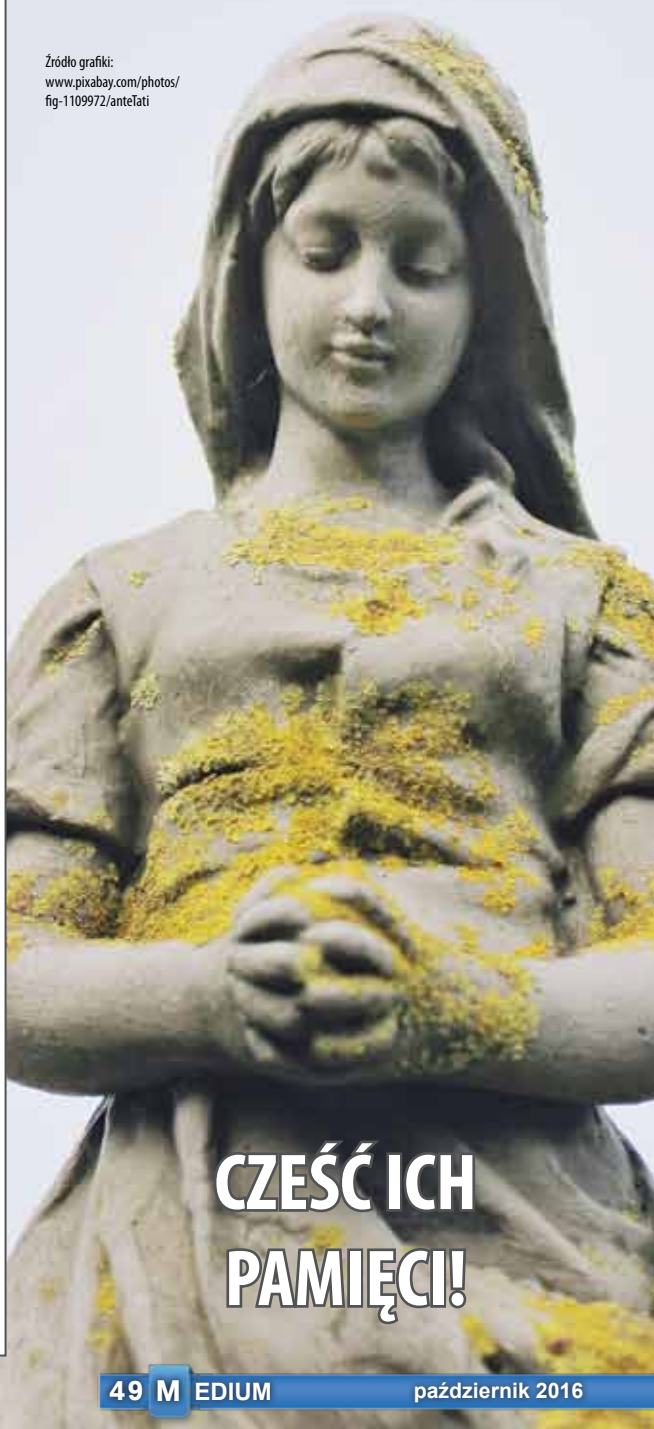


Dr med. Janina Zennegg

Odeszła 31.07.2016 r.

Ordynator Oddziału Wewnętrznego A Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Babińskiego we Wrocławiu od 1967 do 1984 r. Była niedoścignionym wzorem lekarza i człowieka. Jest i pozostanie w pamięci tych, którzy ją kochali.

Źródło grafiki:
www.pixabay.com/photos/
fig-1109972/antelati



**CZEŚĆ ICH
PAMIĘCI!**

BIURO DIL

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

czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

mgr Katarzyna Nazaruk – starszy specjalista
tel. 71 798 80 52

inż. Magdalena Smolis – specjalista

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

mgr Agnieszka Szymków – specjalista

tel. 71 798 80 54

Księgowość

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

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

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

mgr Katarzyna Nowak – księgowa, tel. 71 798 80 72

Kadry, Komisja: Stomatologiczna,

Finansowa i Rewizyjna

mgr Agnieszka Jamroz – starszy specjalista

tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru

tel. 71 798 80 55,

mgr Weronika Pawełkowicz – specjalista, tel. 71 798 80 57,

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

mgr Kamila Kaczynska – starszy referent, tel. 71 798 80 82

mgr inż. Weronika Sobolewska

– specjalista 71 798 80 61

Pośrednictwo pracy

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

Konkursy

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

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskej

Ewa Świerka

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskej

BGZ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Kasa

Elżbieta Chmiel – starszy kasjer

poniedziałek, środa, piątek 8.00-14.30

wtorek 8.00-15.30, czwartek 8.00-16.00

Komisja Kształcenia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

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

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

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

poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Komisja Bioetyczna

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

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu: mec. Beata Kozyra-Lukasiak

poniedziałek-środa 13.00-15.00

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

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

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

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

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

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

Grażyna Rudnicka – referent, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,

mgr Iwona Podoba – starszy referent, tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

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

Jolanta Kowalska-Jóźwik, Jan Jóźwik – referent,

tel. 71 798 80 58

Składki na rzecz Izby

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

Informatycy

inż. Wiktor Wołodkowicz, tel. 71 798 80 84

Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Małgorzata Nakraszewicz

czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek

wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54

Eugenia Serba – starszy referent

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej

Dorota Radziszewska

wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Człowska – specjalista

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa

wtorek 15.00-16.00

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

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

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

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

ZATRUDNIĘ

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

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

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

◆ Zatrudnię ortodontę w poradni ortodontycznej, nawiążę współpracę z chirurgiem i periodontologiem, tel. 663 732 554 (po godz. 19.00).

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

◆ Przzychodnia Rejonowa w Chojnowie zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej do pracy w poradni POZ dla dzieci. Kontakt: tel. 606 833 668, e-mail: przychodnia-ch@wp.pl

◆ Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Lecniczy Provita sp. z o.o., ul. Bierutowa 63, 51-317 Wrocław, zatrudni lekarza specjalistę z okulistyki, tel. 71 356 64 20.

◆ Przzychodnia „LEKMED” Jerzy Hajdukiewicz, znajdująca się w Raciborowicach Górnych, 15 km od Bolesławca (woj. dolnośląskie), pilnie zatrudni lekarza rodzinnego do pracy w poradni POZ. Wymagane kwalifikacje: specjalizacja z medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub w trakcie specjalizacji. Bardzo korzystne warunki kontraktowe (możliwość negocjacji). Szczegółowe informacje: tel. 75 731 01 18 (w godzinach od 7.30 do 12.30), kom. 606 651 692, e-mail: jerzyhajdukiewicz@gmail.com

◆ Przzychodnia Stomatologiczna „Sajewicz i Łuciński”, istniejąca od 1996 r., poszukuje do pracy lekarza stomatologii zachowawczej i protetyki. Posiadamy wysokiej jakości sprzęt m.in.: radiowizjografię, mikroskop, nowoczesne unity. Praca w miłej i przyjaznej atmosferze. Pacjenci tylko prywatni. Zainteresowane osoby prosimy o kontakt pod numerem tel. 601 707 901 lub na adres e-mail: wsajewicz@poczta.onet.pl

◆ Zapraszam do współpracy lekarzy: endodontę, ortodontę oraz stomatologa ogólnego z doświadczeniem oraz higienistki stomatologiczne w nowo otwartej klinice stomatologicznej w centrum Wrocławia. CV proszę kierować na e-mail: apraca@wp.pl Pytania pod nr tel. 500 514 900.

◆ Praca dla stomatologa w Lubinie. Oferujemy: bardzo dobre warunki rozliczeniowe, elastyczne godziny pracy, możliwość podnoszenia kwalifikacji, serdeczną atmosferę panującą w naszym zespole, komfortowe warunki przyjmowania pacjentów, pracę na sprzęcie najwyższej jakości. Jeśli chcesz, by Twoja praca naprawdę przynosiła Ci satysfakcję – zadzwoń do nas, tel.: Justyna 505 072 289, CUPRUMDENT, ul. M.C. Skłodowskiej 16 B, 59-300 Lubin.

◆ Szpital w Branicach zatrudni lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe, tel. 77 40 34 307 lub e-mail: sws.kadry@op.pl

◆ Praca dla lekarzy stomatologów – www.supradent.com.pl/praca. Zapraszamy.

◆ NZOZ Centrum Medyczne ESTOMEDI-CA podejmiemy współpracę z implantologiem od zaraz, tel. 601 750 318.

OGŁOSZENIA DROBNE

◆ Ortodoncja – specjalistyczna klinika ortodontyczna zatrudni młodego lekarza po/w trakcie specjalizacji lub lekarza dentystę zajmującego się lub chcącego zajmować się ortodoncją. Praca w zgranym młodym zespole. Możliwość rozwoju pod okiem doświadczonego specjalisty. Zapewniamy mieszkanie. Miejsce Bolesławiec/Lubań. Tel. 661 408 060 lub e-mail: medelitegroup@gmail.com

◆ Nowoczesna, prężnie działająca klinika stomatologiczna zatrudni młodego, ambitnego, chętnego do rozwijania swoich umiejętności lekarza dentystę. Zapewniamy bardzo dobrze wyposażony gabinet, pracę na 4 ręce, program szkoleń specjalistycznych, bardzo dobre zarobki. Miejsce Bolesławiec/Lubań. Kontakt: tel. 661 408 060 lub e-mail: medelitegroup@gmail.com

◆ Centrum stomatologiczne w Twardogórze zatrudni lekarza dentystę. Blisko Wrocławia – 40 minut. Doskonałe wyposażenie, praca na 4 ręce. Możliwość rozwoju. Pacjenci w ramach NFZ i prywatnie. Świetne warunki placowe, tel. 604 500 967.

◆ Klinika Stomatologiczna z Brzegu Dolnego podejmiemy współpracę z lekarzem stomatologiem w zakresie realizacji kontraktu ogólnego z NFZ oraz usług prywatnych. Zapraszamy także lekarzy po stażu. Możliwość rozwoju, atrakcyjne wynagrodzenie, wymagana własna działalność. CV proszę przesłać na adres: info@jasmidental.pl

◆ Przzychodnia specjalistyczna w centrum Wrocławia nawiąże współpracę z lekarzami specjalistami lub w trakcie specjalizacji z zakresu: laryngolog, okulista, pulmonolog, ortopeda, dermatolog. Zapytania i oferty proszę kierować na adres e-mailowy: ewa.kowalska@medical-complex.pl lub telefonicznie pod nr: 665 005 006.

◆ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie informuje o wolnych miejscach specjalizacyjnych w dziedzinie chorób wewnętrznych i pediatrii, a także zatrudni lekarzy n/w specjalizacji: 1. do pracy na oddziale: pediatrię, chirurgię, anestezjologię; 2. do pracy w POZ: internistę, pediatrę, specjalistę medycyny rodzinnej; 3. do pracy w poradniach: laryngolog, stomatolog. Warunki zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt pod numerem tel. 52 315 25 15 lub e-mail: sekretariat@mpcz.pl

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

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa – Wrocław, Krzyki. Posiadamy własną pracownię protetyczną, tel. 507 650 105.

◆ Gabinet stomatologiczny na Krzykach – Partynicach nawiąże współpracę z ortodontą. 9 lat na rynku, od początku z ortodontą. Pacjenci komercyjni w godzinach popołudniowych. Wymagane 5 lat doświadczenia, e-mail: praca@all-dent.eu, tel. 600 428 109.

◆ Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy chcąc zapewnić swoim pacjentom najwyższą jakość i dostępność świadczeń medycznych, prowadzi stały nabór personelu lekarskiego. Zatrudnimy: na dyżury w pogotowiu ratunkowym lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji, na dyżury na oddziale rehabilitacji neurologicznej specjalistów chorób wewnętrznych, do poradni ginekologiczno-położniczej, dyżury na oddziale ginekologiczno-położniczym specjalistów ginekologii i położnictwa. Kontakt: tel. 71 776 73 24, e-mail: sekretariat@pzsolesnica.pl

◆ PZLA w Strzelinie, ul. Mickiewicza 20, pilnie zatrudni lekarza specjalistę okulistę na umowę-zlecenie lub kontrakt. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia, tel. 71 39 22 240 lub 71 39 22 985.

◆ Specjalistyczny Ośrodek Okulistyczny (ul. Stawowa, Wrocław) zatrudni lekarza okulistę specjalistę. Zainteresowanych współpracą prosimy i przesłanie swojego CV na adres e-mail: info@okulisci.wroclaw.pl

◆ NZOZ Przzychodnia Promed poszukuje do pracy lekarza dentystę (mile widziane doświadczenie). Oferujemy pracę w miłej atmosferze, przy uzyciu profesjonalnego sprzętu, w nowoczesnie urządzonej i wyposażonych gabinetach (RVG, mikroskop). Tylko prywatni pacjenci. Jesteśmy otwarci na wszelkie formy współpracy. Kontakt: Jacek Gala, tel. 601 573 747, e-mail: rejestracja@promed-opole.pl

◆ Nowoczesne Centrum Stomatologiczne, 30 min od Wrocławia, szuka od zaraz lekarza stomatologa – usługi NFZ kontrakt ogólny i prywatne. Wynagrodzenie do negocjacji, praca na własnej działalności, nie wymagamy doświadczenia. Zapraszamy do kontaktu: 607 367 777.

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

SZUKAM PRACĘ

◆ Lekarz specjalista ginekolog-położnik podejmie pracę w lecznictwie ambulatoryjnym we Wrocławiu, tel. 533 833 569.

◆ Lekarz poszukuje pracy w poradni ortopedycznej w godzinach popołudniowych we Wrocławiu i w okolicach, tel. 606 916 207.

INNE

◆ Do wynajęcia wyposażone gabinety lekarskie, stomatologiczne i kosmetyczne, informacja: tel. 71 357 77 31, 71 351 64 03, kom. 513 711 726.

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

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

◆ Sprzedam przychodnię lekarską POZ w Bielawie z aktualnymi kontraktami, tel. 509 326 026.

◆ POZ do przejęcia, 35 km od Wrocławia. Telefon kontaktowy: 602 450 170.

◆ Do wynajęcia gabinety lekarskie w Jaworze. Atrakcyjna cena najmu, tel. 698 110 412.

◆ Gabinety lekarskie do wynajęcia, ul. Gliniana 32/34, Wrocław, tel. 609 274 887.

◆ Wynajmę (stomatologowi) nowy, wyposażony gabinet stomatologiczny w Lubinie do współpracy, kontakt: 609 967 070.

◆ Wynajmę gabinet dla lekarza – dowolna specjalizacja – w funkcjonującej przychodni w Świdnicy, tel. 601 616 016.

◆ Przzychodnia specjalistyczna w centrum Wrocławia posiada do wynajęcia gabinety lekarskie o różnych powierzchniach. Możliwość wynajmu na wyłączność lub na wybrane godziny. Przychodnia zlokalizowana przy jednej z głównych ulic miasta, dogodny dojazd oraz bezpłatny parking. Zapytania i oferty proszę kierować na adres e-mailowy: ewa.kowalska@medical-complex.pl lub telefonicznie pod nr: 665 005 006.

◆ Wynajmę lub odkupię lokal na gabinet stomatologiczny we Wrocławiu i okolicach, tel. 608 076 617.

◆ Wynajmę gabinet pod usługi chirurgiczno-stomatologiczne, ortodontyczne lub lekarskie, w nowym budynku przy ul. Stargardzkiej 11, Wrocław, tel. 609 678 217, 792 190 784.

EKONOMED

Księgowi – medycznie najlepsi

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

Gwarantujemy • wiarygodność
• bezpieczeństwo • profesjonalizm,
• spersonalizowane podejście

Zapraszamy do kontaktu!

EKONOMED

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

+48 607 671 761

ekonomed@ekonomed.pl

www.ekonomed.pl

DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 105 ZATRUDNI

LEKARZY SPECJALISTÓW LUB LEKARZY W TRAKCIE
SPECJALIZACJI

- Z ZAKRESU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
- Z ZAKRESU CHOROÓB PŁUC.

Informacji udziela:

Dział Polityki Kadrowo-Płacowej Dolnośląskiego Centrum
Chorób Płuc we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 105,
tel. 71 33 49 529.

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,

czwartek, 14.00-17.00

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



OFERTA DLA LEKARZY
RABAT DO 10%

Przekonaj się, co Hyundai
ma do zaoferowania

KLIP HYUNDAIA
ODBIERZ KAMERĘ
SAMOCHODOWĄ

Pol-Motors

Autoryzowany Dealer Hyundai
ul. Kamienna 145, 50-545 Wrocław
tel: 71 369 76 83, www.pol-motors.hyundai.pl



NEW THINKING.
NEW POSSIBILITIES.



Oferta obowiązuje do 31.10.2016 lub do wyczerpania zapasów i dotyczy wybranej grupy zawodowej. Prezentowana oferta dla grupy zawodowej nie łączy się z ofertą dla klientów indywidualnych. Oferowany rabat liczony jest od ceny katalogowej samochodu, nie dotyczy akcesoriów i nie wyłącza innych promocji dealera. Propozycja nie jest ofertą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego. Szczegóły oferty i programu gwarancyjnego, w tym wyłączeń gwarancji, dostępne są u Autoryzowanych Dealerów Hyundai. Średni poziom spalania paliwa w cyklu mieszanym dla modelu Hyundai Tucson wynosi od 4,6 do 7,6 l / 100 km, średnia emisja CO₂ wynosi od 119 do 177 g/km.



SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROCZNIKA!

ZAMÓW VOLVO XC60
Z ROCZNIKA 2017 JUŻ DZIŚ

ZYSKAJ

25 000 zł

Spełnij swoje życzenia.
Odwiedź najbliższy Autoryzowany
Salon Volvo, by poznać szczegóły promocji.
www.volvocars.pl

