



ŻYCIE NA KREDYTCIE

Vademecum lekarza-kredytobiorcy



Jolanta Zakrzewska
& RomanS Band

Histoire D'un Amour



z cyklu Andrzej Dziupiński
przedstawia...

Szanowni Państwo

Klub Lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
zaprasza na spotkanie artystyczne
z cyklu „Andrzej Dziupiński przedstawia”:

Jolanta Zakrzewska & RomanS Band Histoire D'un Amour

Koncert jest promocją płyty, której powstanie zainspirowały występy artystów w Paryżu. Znajdują się na niej m.in. piosenki z repertuaru francuskich twórców.

Wykonawcy

Jolanta Zakrzewska – niezwykle utalentowana aktorka i piosenkarka obdarzona nieprzeciętną, naturalną barwą głosu.

Roman Sonnenberg – znany polski muzyk, kompozytor-aranżer i wokalista, obecnie lider zespołu „Party Tour”.

Termin: 20 października 2017 r., godz. 17.00

**Miejsce: restauracja „Recepta”, ul. Kazimierza
Wielkiego 45, Wrocław**

KARDIOLOGIA W PRAKTYCE LEKARZA POZ

WARSZAWA, 1–2 grudnia 2017 r.

TERMIN
1–2 grudnia 2017 r.

MIEJSCE
Airport Hotel Okęcie, Ul. 17 Stycznia 24
Warszawa

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO
prof. dr hab. Piotr HOFFMAN

WIĘCEJ INFORMACJI NA: WWW.TERMEDIA.PL

Hospicyjna opieka perinatalna

23.10.2017 r.
Audytorium Jana Pawła II
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

Program konferencji

9,00	Otwarcie konferencji i powitanie gości
9,05	Prenatalne badania genetyczne płodu, matki, rodziny prof. dr hab. M. Sasiadek
9,30	Diagnostyka ultrasonograficzna wad płodu prof. dr hab. M. Zimmer
9,55	Znaczenie i rola Hospicjum Perinatalnego – rola interdyscyplinarnego zespołu sprawującego opiekę nad ciężarną i jej rodziną dr K. Szmyd
10,20	Jak zaczęliśmy, jak działamy w USK Wrocław mgr J. Krzeszowiak
10,45	Przewidziana kawowa
11,00	Ciężkie wady rozwojowe – czy zawsze letalne? dr hab. R. Śmigiel, prof. nadzw.
11,25	Co warto robić, gdy już nic nie można zrobić? Postępowanie (opieka paliatywna) po urodzeniu dziecka z nieuleczalną wadą rozwojową dr A. Jaluwska
11,50	Ratowanie życia za wszelką cenę? Zasady etyczne dotyczące postępowania na pograniczu możliwości przeżycia dziecka dr K. Barańska
12,15	Odstąpienie od intensywnej terapii w neonatologii (terapia daremna) dr hab. Barbara Królak-Olejnik, prof. nadzw.
12,35	Lunch
13,05	Znaczenie wsparcia psychologicznego w hospicyjnej opiece perinatalnej – dla rodziców mgr M. Goriaczko
13,40	Panel Rodziców dr A. Jaluwska, mgr J. Krzeszowiak
14,10	Zakończenie i podsumowanie konferencji

ŻYCIE NA KREDYCY

4 Kredyty walutowe – moda czy realna szansa na dochodzenie roszczeń? Wywiad z D. Szygułą-Zuchowską

8 Vademecum lekarza-kredytobiorcy
Waldemar Szkiela

11 Klauzule niedozwolone w umowach konsumenckich i kredytowych Natalia Łukawska

WYBORY DO IZB LEKARSKICH 2017-2018

14 Co warto wiedzieć?
Andrzej Wojnar

Suplementy diety. Co powinien wiedzieć lekarz?

NASZA INWESTYCJA

18 Kazimierza Wielkiego 45 i 43 – dwa adresy, jedna siedziba Piotr Knast

Wydarzy się

PRAWO A MEDYCYNĄ

22 Ustawowe zasady współpracy lekarza z pielęgniarkami Małgorzata Paszkowska

26 Prawo na co dzień
Beata Kozyra-Łukasiak

Wydarzyło się

A jeżeli marketing to konieczność?

Rozmowy na tematy tabu

Z POLITYKĄ W TLE

38 Ograniczona dostępność terapii: prawa po stronie pacjenta Mariusz Kielar

41 Lekarzu chroń się sam!!!
Greta Kanownik

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

Uchwały Prezydium DRL

Kursy

Konferencje i szkolenia

Pro memoria

Wspomnienie pośmiertne

Felietony

Komunikaty

Rozrywka

Ogłoszenia



Fot. z archiwum P.W.

Komentarz aktualny

Do zapowiadanego w poprzednim felietonie odkrycia skarbu w zamurowanej piwnicy nowo zakupionej kamienicy przy ulicy Kazimierza Wielkiego 43 nie doszło. Dolnośląska Rada Lekarska zatwierdziła za to koncepcję i plan funkcjonalno-użytkowy naszej nowej inwestycji. Teraz firma projektowa ma „zielone światło” i może pełną parą ruszyć ze swoją pracą.

Także na niwie samorządowej wrzesień spowodował, że po wakacjach pozostało jedynie mgliste wspomnienie. Na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej gościliśmy ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła, który próbował nas zarazić legislacyjną gorączką zmian. Czasu starczyło głównie na odpowiedzi na pytania przesłane przed Radą, ale i tak informacji było dużo. Niedawno wprowadzone w życie nowe zasady podwyżek w ochronie zdrowia budziły wątpliwości, czy będą na nie pieniądze. Według ministra środki zapewni NFZ z podwyższenia stawek za świadczenia, zaś na rezydentów czeka pula z budżetu ministerialnego – odpowiednie rozporządzenia wejdą w życie lada dzień.

Zmieni się system kształcenia podyplomowego. Kształcenie realizowane przez samorząd ma być zwolnione z obowiązku podatkowego, zaś opiekunowie lekarzy specjalizujących się mają otrzymywać gratyfikację finansową. Lekarze specjalizujący się w dyscyplinach uznanych przez ministerstwo za deficytowe mają być dodatkowo premiowani; rozważane jest też premiowanie lojalnościowe za podjęcie pracy w wyznaczonym podmiocie leczniczym, zaś dyżury zostaną włączone u specjalizujących się do umowy o pracę.

Likwidacji NFZ w kształcie, jaki sobie powszechnie wyobrażano, na razie nie będzie. Należy spodziewać się raczej modernizacji, dzięki której każdy obywatel będzie miał prawo do leczenia. Rozważane są pomysły łączenia NFZ z ZUS, ale to już raczej kwestia przyszłej kadencji parlamentarnej. Ministerstwo szykuje się na poważnie do przywrócenia gabinetów stomatologicznych w szkołach, a lada dzień ruszą w Polskę „dentobusy”, które będą świetnie wyposażonymi gabinetami stomatologicznymi na kolach. Są pomysły powołania pełnomocnika medycznej, który ma ułatwić pacjentom poruszanie się po systemie opieki zdrowotnej, zaś „ubytki” lekarzy ma uzupełniać rokrocznie zwiększająca się liczba studentów.

Niestety, mniej optymistyczny obraz naszej rzeczywistości wyłonił się ze spotkania Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z przewodniczącym Rady Społecznej naszego oddziału NFZ p. Jerzym Chmielarskim. Środków na podwyżki wynagrodzeń w planie finansowym Funduszu nie ma, czekająca na zatwierdzenie sieć szpitali jak na razie boryka się z niedofinansowaniem – część dyrektorów odmówiła podpisania ryczałtowych kontraktów w tym kształcie, a pozostałe umowy czeka aneksowanie na stosunkowo krótki okres. Do tego znowu ministerstwo przyznało miejsca rezydentów zaspokajające mniej więcej połowę potrzeb. Tak więc wojna postu z karnawałem trwa nadal.

Powoli też przed naszym samorządem krystalizuje się kolejne wyzwanie: nowe prawa wykonywania zawodu. I nie byłoby w tym nic nadzwyczajnego, gdyby nie to, że nasze prawo ma być jednocześnie elektronicznym podpisem. Czyli izba lekarska stałaby się instytucją podobną na przykład do CERTUM – Powszechnego Centrum Certyfikacji, i zajmowałaby się całym procesem usług certyfikacyjnych związanych z podpisem elektronicznym. Przewiduje się, że podobnie jak dziś, cały proces byłby dwuetapowy i wymagałby pisemnego wniosku, a następnie osobistej wizyty każdego lekarza w izbie, zaś proces certyfikacji miałby trwać około 20 minut. Łatwo policzyć, że w przypadku naszej Izby wydanie takich praw wykonywania zawodu wszystkim jej członkom zajęłoby pełnoetatowemu pracownikowi około... dwóch lat! Tymczasem dokumentacja elektroniczna, a przynajmniej elektroniczne druki L4, to już kwestia miesięcy. Oczywiście taki pracownik musi być odpowiednio przeszkolony, posiadać stosowne certyfikaty i będzie musiał być zatrudniony na stałe, bo przecież certyfikaty trzeba odnawiać co dwa lata. Tak więc pozostaje nam niecierpliwie czekać na ostateczne rozwiązania legislacyjne i szykować się do nowego zadania.

W najbliższym czasie czekają nas dwa istotne wydarzenia: zaostrenie protestu przez lekarzy rezydentów i koniec wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Delegatów DIL. W pierwszym przypadku, choć zapowiadana forma protestu – głódówka – budzi wątpliwości, wesprzemy Koleżanki i Kolegów finansowo. Co do wyborów – pozostaje życzyć mądrych decyzji.

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

Kolegium redakcyjne:

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

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

Źródła grafik na okładce: www.pixabay.com/photos/cash-32553/Clker-Free-Vector-Images, www.pixabay.com/photos/pocket-watch-2468677/b0red – obraz modyfikowany

Numer zamknięto 26 września 2017 r.

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



KREDYTY WALUTOWE – MODA CZY REALN

– Kredyty, których dotyczą doniesienia prasowe, nie są *de facto* kredytami walutowymi w ścisłym tego słowa znaczeniu. Są to kredyty denominowane lub indeksowane do waluty, czyli kredyty złotówkowe, w których miernikiem wartości jest waluta obca – wyjaśnia Dagmara Szyguła-Żuchowska, radca prawny z kancelarii ZPZ LEGAL. Co jeszcze powinien wiedzieć lekarz-kredytobiorca? O tym w rozmowie z naszym ekspertem.

Red. Magdalena Janiszewska: Na czym polega nośność tematu kredytów walutowych? Z doniesień prasowych wynika, że coraz więcej kredytobiorców podejmuje walkę z bankiem, i to z sukcesem...

R.pr. Dagmara Szyguła-Żuchowska: Istnieje co najmniej kilka powodów, dla których tematyka „kredytów walutowych” nadal pozostaje aktualna. Zanim jednak do tego przejdziemy, wyjaśnić należy dla porządku, że kredyty, których dotyczą doniesienia prasowe, nie są *de facto* kredytami walutowymi w ścisłym tego słowa znaczeniu. Są to kredyty denominowane lub indeksowane do waluty, czyli kredyty złotówkowe, w których miernikiem wartości jest waluta obca. Określanie tych kredytów mianem „kredytów walutowych” ma zatem charakter wyłącznie umowny.

Wracając do Pani pytania, po pierwsze, banki stosowały w swoich umowach kredytowych klauzule niedozwolone w rozumieniu art. 385 [1] i nast. k.c. (tzw. klauzule abuzywne). To jest właśnie punkt wyjścia dla roszczeń kierowanych przeciwko bankom. Kwestia istnienia takich klauzul w umowach kredytowych została już wielokrotnie przesądzona przez sądy. Sądy dokonywały oceny w tym zakresie, tak w ramach kontroli abstrakcyjnej, jak i kontroli indywidualnej – czyli w procesach wytaczanych indywidualnie przez kredytobiorców przeciwko bankom. Wygrywając te sprawy kredytobiorcy zaczęli sukcesywnie zamieszczać w Internecie wyroki oraz uzasadnienia, co wzbudziło spore zainteresowanie mediów oraz innych posiadaczy kredytów. To zaś zachęciło tych ostatnich do zweryfikowania swoich umów i wytoczenia spraw przeciwko bankom.

Kolejnym powodem, dla którego temat roszczeń z kredytów walutowych jest nadal aktualny i stale obecny w mediach, to fakt, że roszczenia kredytobiorców ulegają sukcesywnemu przedawnieniu. Ma to praktyczne znaczenie dla kredytobiorców, bo najczęściej klauzul abuzywnych znaleźć można w umowach kredytowych z okresu 2005-2008, a termin przedawnienia roszczeń w takich sprawach dla konsumentów to 10 lat. Powyższe oznacza, że jeżeli kredytobiorcy posiadający takie umowy nie podejmą decyzji o dochodzeniu roszczeń wobec banku w najbliższym czasie, ich roszczenia będą się sukcesywnie przedawniać. Kolejnym elementem, który może zachęcać konsumentów do występowania do sądu przeciwko bankom, to kwestia korzystnej dla kredytobiorców zmiany w przepisach dotyczących opłat sądowych. Nowelizacja ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, która weszła w życie pod koniec 2015 r., zmodyfikowała zasadę ogólną, przewidując, że opłata od pozwu w sprawach z czynności bankowych wynosi 5 proc. wartości przedmiotu sporu (czyli wartości dochodzonego roszczenia), nie więcej jednak niż 1000 zł.

M.J.: Co w sytuacji, gdy roszczenie kredytobiorcy się przedawni, jakie będą tego skutki? Czy i jak można ten proces zatrzymać?

D.Sz.-Ż.: Przedawnienie oznacza, że w odniesieniu do roszczeń, które uległy takiemu przedawnieniu, kredytobiorca nie będzie mógł skutecznie dochodzić ich przed sądem. W przypadku zaś wystąpienia do sądu z takim przedawnionym roszczeniem, naraża się na oddalenie powództwa w tym zakresie, a co za tym idzie na koszty z tym związane. Oczywiście istnieje możliwość przerwania biegu przedawnienia. Należy jednak pamiętać, że nie wszystkie działania czy też czynności podejmowane przez kredytobiorców wobec banków przyniosą oczekiwany efekt, o czym niestety często kredytobiorcy zapominają lub zwyczajnie nie wiedzą. I stąd też coraz więcej kampanii informacyjnych w tym zakresie. Istnieją tutaj trzy rozwiązania. Kredytobiorca może wystąpić do sądu z wnioskiem o zawezwanie do próby ugodowej lub od razu z pozwem przeciwko bankowi albo też skorzystać z możliwości wszczęcia postępowania polubownego przy Rzeczniku Finansowym. Postępowanie przed rzecznikiem winno zostać poprzedzone postępowaniem reklamacyjnym. Przerwanie biegu przedawnienia oznacza, że określona czynność zatrzymuje bieg terminu i powoduje, że termin ten nalicza się będzie od początku.

W umowie kredytu denominowanego kredytobiorca widzi w umowie kwotę kredytu przykładowo w CHF, a realnie otrzymuje środki w PLN. W przypadku zaś kredytu indeksowanego do waluty (czyli przykładowo do CHF), walutą kredytu jest PLN, czyli w umowie kredytowej kwota kredytu zostanie wskazana w PLN, a dopiero w momencie wypłaty tego kredytu na rzecz kredytobiorcy kwota kredytu zostanie przeliczona po aktualnym kursie na daną walutę kredytu przy zastosowaniu klauzuli indeksacyjnej.



Fot. z archiwum D.Sz.-Ż.

O EKSPERCIE

**DAGMARA
SZYGUŁA-
ŻUCHOWSKA**

Radca prawny, członek Rady Dolnośląskiej Izby Gospodarczej oraz Komitetu Firm Rodzinnych przy Krajowej Izbie Gospodarczej; prelegent wielu konferencji, śniadań biznesowych i szkoleń branżowych dla firm z sektora MSP; współzałożycielka Kancelarii Radców Prawnych ZPZ LEGAL we Wrocławiu, specjalizującej się m.in. w doradztwie prawnym dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą; firm rodzinnych oraz doradztwie transakcyjnym dla podmiotów krajowych i zagranicznych. Kancelaria ZPZ LEGAL reprezentuje również kredytobiorców w wielu sporach dotyczących umów kredytowych.

d.szyguła-zuchowska@zpzlegal.pl | zpzlegal.pl

NA SZANSĘ NA DOCHODZENIE ROSZCZEŃ?



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/euro-2584725/geralt

M.J.: Czy możliwość dochodzenia roszczeń przeciwko bankom dotyczy tylko tzw. „kredytów frankowych” czy również innych walut? Na początku naszej rozmowy wskazała Pani na dwa rodzaje kredytów – kredyt denominowany oraz kredyt indeksowany, jaka jest między nimi różnica?

D.Sz.-Ż.: Proszę pamiętać, że punktem wyjścia dla zgłaszanych roszczeń nie jest fakt istnienia różnic kursowych (gdzie największy skok zanotowano w odniesieniu do franka szwajcarskiego na przestrzeni ostatnich lat), a istnienie w umowie kredytowej klauzul niedozwolonych. Klauzule te wystąpić mogą zarówno w umowach związanych z CHF, jak i każdą inną walutą obcą, niezależnie od tego czy jest to kredyt denominowany czy indeksowany do waluty.

Kredyty denominowane i kredyty indeksowane do waluty są to w rzeczywistości kredyty złotówkowe, w których miernikiem wartości jest waluta obca. Nie są one oczywiście identyczne.

Kredyt denominowany to taki kredyt, w którym bank podaje kwotę kredytu (zarówno w decyzji, jak i w umowie) w danej walucie kredytu (przykładowo: CHF lub EUR). Wskazana w umowie kwota w walucie obcej jest najczęściej ustalana tak, że bank przelicza kwotę wnioskowaną przez kredytobiorcę w PLN na walutę obcą po kursie banku z dnia wydania decyzji. Następnie, kredytobiorca otrzymuje od banku środki wypła-

cone w PLN. Oznacza to, że bank na potrzeby wypłaty środków przelicza kwotę kredytu wyrażoną w walucie (przykładowo CHF, EUR) na PLN na podstawie klauzuli waloryzacyjnej.

Podsumowując, w umowie kredytu denominowanego kredytobiorca widzi w umowie kwotę kredytu przykładowo w CHF, a realnie otrzymuje środki w PLN. W przypadku zaś kredytu indeksowanego do waluty (czyli przykładowo do CHF), walutą kredytu jest PLN, czyli w umowie kredytowej kwota kredytu zostanie wskazana w PLN, a dopiero w momencie wypłaty tego kredytu na rzecz kredytobiorcy kwota kredytu zostanie przeliczona po aktualnym kursie na daną walutę kredytu przy zastosowaniu klauzuli indeksacyjnej.

M.J.: Na czym polega abuzywność postanowienia umowy kredytowej?

D.Sz.-Ż.: Tzw. klauzule abuzywne mogą występować w obu rodzajach kredytów (denominowanym i indeksowanym). Zgodnie z art. 385 [1] k.c. postanowienie umowy zawieranej z konsumentem jest niedozwolone (abuzywne), jeżeli spełnionych zostanie łącznie kilka przesłanek. Po pierwsze, postanowienie nie zostało uzgodnione indywidualnie z konsumentem. Po drugie, kształtuje jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Postanowienie, które ma charakter abuzywny, a zatem »



spełnia przesłanki wskazane powyżej, nie wiąże konsumenta. Oznacza to, że umowa wiąże strony w pozostałym zakresie, z pominięciem klauzuli niedozwolonej. Jedynie dla porządku dodać należy, że możliwość stwierdzenia abuzywności nie dotyczy nigdy postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Część postanowień zawartych w ww. umowach kredytowych została już przez sądy uznana za klauzule abuzywne (w postępowaniach indywidualnych). Niektóre z takich klauzul znalazły się także na liście klauzul abuzywnych prowadzonej przez prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKIK). Zgodnie z obowiązującymi przepisami (art. 385 [3] k.c.) fakt abuzywności danej klauzuli sąd powinien oceniać na chwilę zawarcia umowy kredytowej. W praktyce oznacza to, że nawet jeżeli bank po jakimś czasie zawarł z konsumentem aneks do umowy, w którym pomiędzy innymi zapisami znalazła się również modyfikacja postanowienia abuzywnego (a z naszej praktyki wynika, że dość często dochodzi to takich sytuacji), sąd i tak powinien badać brzmienie zapisu klauzuli na dzień zawarcia umowy kredytowej.

M.J.: Jakich postanowień umowy kredytowej dotyczy najczęściej abuzywność?

D.Sz.-Ż.: Przede wszystkim chodzi tutaj o klauzule waloryzacyjne (indeksacja, denominacja) lub też klauzule dotyczące zmiany oprocentowania.

Nagminną praktyką banków w przypadku klauzul waloryzacyjnych było odsyłanie kredytobiorcy do bankowej tabeli kursów walut, bez wskazania podstaw do ustalania kursu z tabeli. Kredytobiorca miał zatem jedynie informację, według jakiej tabeli kursów walut zostanie przewalutowana określona kwota (wyłaconego kredytu, spłacanej każdorazowo raty). Kredytobiorca nie dysponował natomiast żadną informacją o sposobie ustalania kursów z tabeli banku. Nie mógł zatem zweryfikować poprawności przyjętych przez bank parametrów. Przy tak sformułowanych zapisach, bank miał pełną swobodę w ustalaniu kursów na niekorzyść konsumenta. Jako przykład może tutaj posłużyć Getin Bank, który w początkowym okresie udzielania kredytów denominowanych i indeksowanych do waluty (lata 2005-2008) utrzymywał kurs w odchyleniu od kursu NBP o ok. 8 groszy, a w późniejszym okresie kurs banku (zarówno kurs kupna, jak i sprzedaży) różnił się już od kursu NBP nawet o 20 gr.

Powyższe miało dla kredytobiorców bardzo duże znaczenie praktyczne, bo do momentu wejścia w życie ustawy antyspreadowej (rok 2011 r.), posiadacze kredytów denominowanych lub indeksowanych zobowiązani byli spłacać swoje zobowiązanie do banku w złotych, które bank przeliczał na walutę po własnym kursie z tabeli. Bank zarabiał zatem zarówno na różnicach kursowych, jak i na spreadzie.

Abuzywny charakter klauzul waloryzacyjnych nie przejawia się jednak ani w instytucji spreadu jako takiego, ani też nie odnosi się do ryzyka kursowego. Brak określenia w umowie zasad ustalania kursu waluty obcej we wskazanej tabeli banku sprawia natomiast, że zarówno ustalenie wysokości kredytu, jak i jego spłata następować miała według kursu walut jednostronnie wskazanego przez bank. Informacje o aktualnym kursie walut kredytobiorca mógł poznać jedynie poprzez dostęp do strony internetowej lub infolinii banku. W ten sposób banki przyznały sobie prawo do jednostronnego kształtowania wysokości zobowiązań kredytobiorców. Rażąco naruszenie interesów konsumentów polega w tym przypadku na pozba-

wieniu konsumenta jakiegokolwiek możliwości weryfikacji prawidłowości postępowania banku – skoro nie znasz sposobu ustalania kursu waluty, nie możesz sprawdzić, ani czy został ustalony poprawnie, ani, co jeszcze istotniejsze, kwestionować jego wysokości.

Kolejną klauzulą, której najczęściej dotyczy abuzywność, to klauzula zmiany oprocentowania. W umowach z okresu 2005-2009 banki bardzo często wskazywały parametry zmiany stopy oprocentowania w sposób niejasny. Odnosiły się do parametrów, które nie były obiektywnie mierzalne dla kredytobiorców, w przeciwieństwie np. do marży i stawki LIBOR lub EURIBOR. Przykładem mogą być wszystkie te klauzule, które odwołują się tzw. „parametrów finansowych rynku pieniężnego i/lub kapitałowego”. Podobnie jak w przypadku klauzul waloryzacyjnych, także tutaj kredytobiorca nie miał możliwości zweryfikowania poprawności przyjętego oprocentowania, bowiem parametry te były praktycznie „niemierzalne”.

Podobne nieprawidłowości można znaleźć również w umowach kredytowych zawieranych przez przedsiębiorców (tj. w kredytach firmowych). W przypadku jednak tych umów okres przedawnienia roszczeń jest znacznie krótszy, bo 3-letni. Co oznacza w większości przypadków, że znaczna część roszczeń mogła się już przedawnić. Ponadto, w przypadku kredytów firmowych podstawa dochodzenia roszczeń jest nieco inna niż w przypadku kredytów konsumenckich. Wobec przedsiębiorców nie możemy mówić o „abuzywności” postanowień, gdyż instytucja ta jest zastrzeżona dla konsumentów. Nie oznacza to jednak, że przedsiębiorca nie ma szans na dochodzenie swoich roszczeń przed sądem.

Rekordzistami, jeżeli można tak powiedzieć, w zakresie ilości prowadzonych przeciwko nim spraw sądowych są obecnie mBank i Getin Noble Bank. Sprawy sądowe toczą się także przeciwko m.in.: Bank BPH S.A. (poprzednio GE Money Bank S.A.), Raiffeisen Bank Polska S.A., Bank Polska Kasa Opieki S.A. (Pekao), Bank Millennium S.A., Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski S.A. (PKO), BZ WBK S.A. (poprzednio Kredyt Bank S.A.) oraz Euro Bank S.A.

M.J.: Wspomniała Pani o ustawie antyspreadowej? Co w praktyce zmieniła ta ustawa z punktu widzenia kredytobiorcy?

D.Sz.-Ż.: Ustawa antyspreadowa z 2011 roku dała kredytobiorcom prawo do dokonywania spłaty zaciągniętych kredytów bezpośrednio w walucie obcej, którą kredytobiorca mógł zakupić na wolnym rynku. Oczywiście regulacja ta dotyczyła rozliczeń przyszłych i w żadnym wypadku nie rozwiązywała zaszłości sprzed wejścia w życie ustawy. Rozwiązanie ustawowe dawało kredytobiorcom pewną oszczędność na spreadzie, co wobec wzrostu wartości CHF czy EUR do złotówki miało wymiar ekonomiczny. Mimo faktu, że ustawa weszła w życie już w 2011 r., i była to sprawa dość głośno omawiana w mediach, do dziś spotykam klientów (konsumentów, jak i firmy), którzy nie skorzystali z możliwości zawarcia aneksu antyspreadowego, co oznacza, że spłacają kredyt w złotych, przeliczanych po kursie z tabeli banku, ale to już zupełnie inny temat.

Co ważne, ustawa antyspreadowa, wbrew poglądom głoszonym przez banki, nie przesądziła o legalności zawartych wcześniej umów o kredyt denominowany/indeksowany. W uzasadnieniu projektu ustawy wyraźnie wskazany został cel, jaki postawił sobie ustawodawca, tj. wyeliminowanie niewłaściwej praktyki banków polegającej na zamieszczaniu w umowach postanowień naruszających interesy konsumentów związanych z dowolnym określeniem kursów waluty. Do-

konana zmiana miała zatem na celu także umożliwienie usunięcia z obrotu prawnego umów kredytowych, w których stosowano powszechnie klauzule niedozwolone.

M.J.: Z jakimi roszczeniami mogą występować kredytobiorcy do banku? Czy istnieje „patent” na skuteczne dochodzenie roszczeń wobec banku i na czym on polega?

D.Sz.-Ż.: Toczące się przeciwko bankom sprawy sądowe, o których można przeczytać w mediach, są to sprawy o zapłatę – w dużym uproszczeniu można powiedzieć, że kredytobiorcy domagają się zwrotu nadpłaconego kredytu. W takich postępowaniach sąd bada w pierwszej kolejności abuzywność klauzul wskazanych przez kredytobiorcę, a zatem czy w tym konkretnym przypadku rzeczywiście wszystkie prawne przesłanki zostały spełnione. Następnie sąd musi zdecydować, co w związku z tym, że klauzula jest w tym konkretnym przypadku niedozwolona. Cała trudność tych procesów polega na przekonaniu sądu co do konkretnego skutku, jaki niesie ze sobą klauzula niedozwolona.

W pewnym uproszczeniu kredytobiorcy formułowali do tej pory swoje roszczenia, co do zasady, w dwojaki sposób. Żądania dotyczyły albo zwrotu wszystkich uiszczonych dotychczas kwot pieniężnych z tytułu umowy kredytowej, albo zwrotu nadpłaty – czyli różnicy między kwotami zapłaconymi a kwotami, które byłyby należne, gdyby umowa kredytowa pozostawała w mocy bez postanowień abuzywnych. W pierwszym przypadku kredytobiorcy opierali swoje roszczenia na nieważności umowy. W drugim zaś twierdzili, że umowa co prawda obowiązuje, ale w brzmieniu innym, tj. z pominięciem określonych postanowień umownych jako abuzywnych.

Obecnie zapada wiele wyroków korzystnych dla kredytobiorców odnoszących się do obu wskazanych wyżej wariantów, czyli tak co do nieważności (np. wyroki Sądu Okręgowego w Warszawie w sprawach III C 1073/14 oraz III C 299/15), jak i tzw. „odfrankowienia” (np. wyroki Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Fabrycznej w sprawach XIV C 2227/15 oraz XIV C 2126/15), z przewagą jednak wyroków „odfrankowujących”. Pierwsze takie wyroki zaczęły się pojawiać około 2 lat temu. Oczywiście nie można zapominać, że w tym samym czasie zapadały także rozstrzygnięcia korzystne dla banków (oddalające roszczenia kredytobiorców). Każda sprawa jest jednak inna, rozpatrywana indywidualnie. Oznacza to, że nawet drobny szczegół może odróżnić ją od innej, pozornie niemal identycznej, i to ostatecznie może przesądzić o korzystnym lub niekorzystnym rozstrzygnięciu dla kredytobiorcy. Wyroki, o których mowa powyżej, w większości nie są jeszcze prawomocne. W ostatnim czasie uprawomocniły się natomiast wskazane powyżej wyroki wrocławskie.

Dla porządku, muszę wspomnieć także o zapadłym ostatnio wyroku Sądu Najwyższego (II CSK 803/16), w którym, wbrew poglądom doktryny oraz orzecznictwu Trybunału Sprawiedliwości UE, SN stwierdził, że w miejsce kursu stosowanego przez bank należy zastosować kurs kupna waluty z tabeli kursów banku z dnia wypłaty kredytu lub średni kurs NPB i tak obliczyć swoje roszczenia. Wyrok nakazuje zatem zastosowanie tzw. redukcji utrzymującej skuteczność, ale to temat na osobny artykuł.

Wobec dostępnej w Internecie dużej ilości informacji na temat tego, co dzieje się aktualnie w sporach dotyczących kredytów walutowych, trzeba pamiętać, że każdy artykuł czy notatka prasowa, choćby najbardziej rzetelne, zawierać będą zawsze jakąś część informacji. Dlatego też dobrym sposobem uzupełnienia wiedzy w tym zakresie jest w mojej ocenie indywidualna konsultacja w kwestii zawartej umowy kredytowej. Pozwoli ona na wyselekcjonowanie i usystematyzowanie tych informacji, które odnoszą się do konkretnego przypadku, spośród wielu innych, które znajdziemy w mediach czy w Internecie.

» WARTO WIEDZIEĆ

Klauzule abuzywne (niedozwolone)

Zgodnie z art. 385 [1] k.c. postanowienie umowy zawieranej z konsumentem jest niedozwolone (abuzywne), jeżeli spełnionych zostanie łącznie kilka przesłanek. Po pierwsze, postanowienie nie zostało uzgodnione indywidualnie z konsumentem. Po drugie, kształtuje jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Postanowienie, które ma charakter abuzywny, a zatem spełnia przesłanki wskazane powyżej, nie wiąże konsumenta. Oznacza to, że umowa wiąże strony w pozostałym zakresie, z pominięciem klauzuli niedozwolonej. Jedynie dla porządku dodać należy, że możliwość stwierdzenia abuzywności nie dotyczy nigdy postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

”
Roszczenia kredytobiorców ulegają sukcesywnemu przedawnieniu. Ma to praktyczne znaczenie dla kredytobiorców, bo najwięcej klauzul abuzywnych znaleźć można w umowach kredytowych z okresu 2005-2008, a termin przedawnienia roszczeń w takich sprawach dla konsumentów to 10 lat. Powyższe oznacza, że jeżeli kredytobiorcy posiadający takie umowy nie podejmą decyzji o dochodzeniu roszczeń wobec banku w najbliższym czasie, ich roszczenia będą się sukcesywnie przedawniać.



Tekst Waldemar Szkiela



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/application-1756269/loufre

Życie na kredycie

Vademecum lekarza-kredytobiorcy

Decyzja o zaciągnięciu zobowiązania podyktowana jest zazwyczaj koniecznością sfinansowania dużego lub nieprzewidzianego wydatku. Nie ma nic naganego w pożyczaniu pieniędzy, pod warunkiem jednak, że przy podejmowaniu tego typu działań będziemy kierować się rozsądkiem. Jak zatem przygotować się do zaciągnięcia zobowiązania, by kredyt nie był dla nas ciężarem?

Decyzja o wzięciu kredytu, po przeanalizowaniu wszystkich argumentów za i przeciw, może umożliwić nam zrealizowanie naszych celów, takich jak np. zakup niezbędnego sprzętu AGD, samochodu, wymarzonego mieszkania czy domu. Jeśli posiadamy pełną świadomość tego, czym jest kredyt i zdajemy sobie sprawę z konsekwencji zaciągania zobowiązań, z pewnością będziemy rozsądniej podejmować decyzje i na bieżąco analizować swoją sytuację finansową.

Kredyt konsumencki – co warto wiedzieć

Jednym z najbardziej popularnych kredytów jest **kredyt konsumencki** oferowany konsumentom w celu finansowania np. codziennych wydatków, wyjazdu wakacyjnego, zakupu samochodu i innych towarów oraz usług niezwiązanych z działalnością gospodarczą. Kwota takiego kredytu nie może przekraczać 255 550 zł albo równowartości tej kwoty wyrażonej w obcej walucie.

Decydując się na kredyt konsumencki, musimy być świadomi, ile będzie nas on kosztował, czyli jaki będzie **całkowity koszt kredytu**. Pojęcie to oznacza wszystkie koszty wraz z odsetkami i innymi opłatami, np. ubezpieczeniem, prowizjami, które musimy ponieść w związku z umową o kredyt. Jeżeli mamy problemy z oceną całości kosztów, zamiast o oprocentowanie pytajmy o wysokość rat. Znając kwotę i liczbę rat łatwo porównać różne oferty banków oraz co ważne, możemy dokładnie wyliczyć całkowity koszt naszego zobowiązania.

Warto też zapytać o **rzeczywistą roczną stopę oprocentowania**. Rzeczywista roczna stopa oprocentowania pozwala klientowi na łatwiejsze porównanie ofert kredytów konsumenckich udzielanych przez banki, spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe, ponieważ oprócz oprocentowania uwzględnia ona także pozostałe koszty kredytu, np. prowizje, opłaty, koszty usług dodatkowych nie-

zbędnych do uzyskania kredytu. RRSO pełni rolę zestandaryzowanego miernika kosztu kredytu, który sprowadza oferty różnych instytucji finansowych do wspólnego mianownika. Ma to ułatwić pożyczającemu porównanie różnych ofert i dokonanie wyboru, podobnie jak to ma miejsce w sklepie, gdy porównujemy cenę produktu. Koszt wyrażony jest jedną liczbą, dzięki czemu porównanie różnych ofert nie stanowi problemu. Banki, SKOK-i, niebankowe firmy pożyczkowe i sklepy ze sprzedażą ratalną przekazują swoim klientom wskaźnik RRSO, bo nakazują im to przepisy o kredycie konsumenckim.

Trzeba podkreślić, że przy promocji swoich produktów instytucje finansowe podają zwykle **oprocenowanie nominalne**, do niedawna królowało słynne „0 procent” za kredyt (ta forma reklamy obecnie zakazana przez UOKiK), które jednak nie obejmuje innych opłat związanych z przyznaniem kredytu, takich jak: opłata za rozpatrzenie wniosku kredytowego, prowizja od udzielonego kredytu inne koszty związane z obsługą kredytu.

Jakie raty wybrać?

Na podstawie określonego przez bank czy SKOK oprocentowania, kredytobiorca płaci odsetki za korzystanie z kredytu. Im wyższa kwota kredytu, im wyższe oprocentowanie, im dłuższy okres, na jaki zaciągnęliśmy kredyt, tym większa będzie łączna suma odsetek do zapłaty. Kredyt spłacamy w ratach, na które składają się **raty kapitałowe i raty odsetkowe**. Rata kapitałowa jest równa kwocie kredytu podzielonej przez liczbę rat. Mogą być **raty równe** (najczęściej stosowane przez banki) lub **raty malejące**. Raty stałe to takie, gdzie kwota raty jest niezmienna przez cały okres spłaty. Zmienia się jedynie stosunek kwoty kapitału do kwoty oprocentowania. W tym przypadku całkowite koszty spłaty są wyższe niż przy ratach malejących.

Raty malejące to takie, gdzie kolejne raty kapitałowo-odsetkowe są coraz niższe, podobnie jak w przypadku raty stałej część odsetkowa maleje, lecz kapitałowa pozostaje niezmienna. Takie raty są niewątpliwie korzystniejsze dla kredytobiorców, generują niższe koszty, jednak w pierwszym okresie spłat płacimy zdecydowanie wyższe raty, i może się zdarzyć, że w tym pierwszym etapie nie mamy wystarczającej zdolności kredytowej. Zdolność kredytowa to zdolność do spłaty zaciągniętego kredytu wraz z odsetkami w terminach określonych w umowie. W praktyce zdolność kredytową mamy wówczas, gdy rata zobowiązania nie jest wyższa niż połowa osiągniętych dochodów z uwzględnieniem kosztów utrzymania i kwot innych zobowiązań.

Przykład

Chcemy zaciągnąć kredyt w wysokości 2 tys. zł na okres 12 miesięcy, przy oprocentowaniu 15 proc. i założeniu, że są to raty równe. Odsetki takiego kredytu wyniosą 166,21 zł. Gdyby tę samą kwotę spłacać przez 24 miesiące, koszty wyniosłyby 327,38 zł. Wynika z tego, że im dłuższy okres kredytowania, tym wyższa kwota odsetek. Warto również zauważyć, że w ratach równych z biegiem czasu spłacamy coraz mniejsze odsetki, a coraz więcej kapitału. Wysokość odsetek i innych kosztów kredytu możemy sami wyliczyć, korzystając z jednego z kalkulatorów kredytowych dostępnych w Internecie.

Kredyt konsumencki to nie tylko rata

Oprócz odsetek do dodatkowych opłat, które składają się na koszt kredytu, zaliczamy:

- **provizja** – to wynagrodzenie dla instytucji finansowej za udzielenie kredytu. Prowizję płacimy jednorazowo od całej pożyczzonej sumy.
- **opłata przygotowawcza** – pobierana jest (choć nie zawsze) przez instytucje finansowe za rozpatrzenie wniosku oraz przygotowanie i zawarcie umowy kredytowej.
- **ubezpieczenie** – to dodatkowa umowa, która ma na celu ochronę przed ryzykiem niemożności spłaty kredytu.

Znowelizowana ustawa o kredycie konsumenckim wprowadziła znormalizowany dla wszystkich instytucji finansowych **formularz informacyjny**. Wszystkie dane o kosztach kredytu powinien zawierać formularz informacyjny, który kredytodawca lub pośrednik kredytowy ma obowiązek wręczyć konsumentowi przed zawarciem umowy. Wszyscy kredytodawcy powinni wypełniać go w ten sam sposób. Na jego podstawie możemy podjąć świadomą decyzję w sprawie zaciąganego kredytu, a także z łatwością porównywać oferty różnych banków.

Poręczenie kredytu.

Żyrować czy nie żyrować?

Poręczając kredyt, zobowiązujesz się spłacić cudzy dług, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Jeśli kredytobiorca uchyla się od spłaty, to wierzyciel (np. bank, SKOK) może dochodzić spłaty wierzycielności dowolnie, albo od głównego kredytobiorcy, albo od poręczyciela. Jeżeli nie ustalono inaczej, poręczyciel odpowiada za odsetki kredytowe, odsetki za opóźnienie w spłacie, wydatki poniesione przez wierzyciela niezbędne do dochodzenia roszczenia. Śmierć kredytobiorcy nie zwalnia poręczyciela z udzielonego poręczenia; w dalszym ciągu odpowiada on za spłatę kredytu wraz ze spadkobiercami kredytobiorcy. Decyzja o poręczeniu pożyczki wpływa na ocenę zdolności kredytowej poręczyciela, gdy będzie on chciał zaciągnąć kredyt. Dane poręczycieli są przetwarzane w Biurze Informacji Kredytowej S.A. (BIK). Pomimo że jesteśmy poręczycielami, w instytucjach, w których chcielibyśmy starać się o kredyt dla siebie, będziemy traktowani jako osoby posiadające już kredyt.

Nie tylko poręczenie

Innym rodzajem zabezpieczenia umów kredytu, poza poręczeniem, jest **ubezpieczenie**. Rozróżniamy ubezpieczenie od ryzyka utraty pracy, niezdolności do pracy, choroby i śmierci. To, czy konieczne jest ich wykupienie, zależy od wymagań danej instytucji udzielającej kredytu i osób, do których kierowana jest oferta. Może się zdarzyć, że oferowane ubezpieczenie jest całkowicie niepotrzebne osobie zaciągającej kredyt, jak np. ubezpieczenie od utraty pracy dla emeryta, tak więc należy uważać na tego typu oferty, tym bardziej że koszty ubezpieczeń bywają bardzo wysokie, a presja pracownika banku przy sprzedaży polisy będzie wyraźna.

Właściwie dobrane ubezpieczenia mogą pomóc w trudnej sytuacji losowej, należy jednak wcześniej dokładnie zapoznać się z ich zakresem, bo przy zajściu zdarzenia często okazuje się, że nie było ono objęte umową ubezpieczenia. »

O AUTORZE



Fot. z archiwum autora

WALDEMAR SZKIELA

Od 2004 roku kieruje Ośrodkiem Doradztwa Finansowego i Konsumenckiego w Warszawie prowadzonym przez Stowarzyszenie Krzewienia Edukacji Finansowej. Specjalizuje się w udzielaniu pomocy osobom nadmiernie zadłużonym, szczególnie szukającym wsparcia w procedurze upadłości konsumenckiej. Autor i współautor poradników związanych z nadmiernym zadłużeniem, problemami ze spłatą zobowiązań, a także obrotem bezgotówkowym w Polsce.

WARTO WIEDZIEĆ

Decydując się na kredyt konsumencki, musimy być świadomi, ile będzie nas on kosztował, czyli jaki będzie całkowity koszt kredytu. Pojęcie to oznacza wszystkie koszty wraz z odsetkami i innymi opłatami, np. ubezpieczeniem, prowizjami, które musimy ponieść w związku z umową o kredyt. Jeżeli mamy problemy z oceną całości kosztów, zamiast o oprocentowanie pytajmy o wysokość rat.



Szybka pożyczka przez Internet

Poza bankami i SKOK-ami szeroką ofertę pożyczek proponują firmy pożyczkowe, które – trzeba to wyraźnie podkreślić – nie działają na podstawie prawa bankowego lecz prawa handlowego. W ostatnim czasie bardzo dużą popularnością cieszą się krótkookresowe pożyczki przez Internet oferowane na 30 dni. Pożyczyć pieniądze w tej formie jest niezwykle łatwo, jednak spłacić całkowitą kwotę pożyczki w następnym miesiącu jest już zdecydowanie trudniej. Tym bardziej, że procedura związana z udzieleniem pożyczki ogranicza się do trzech prostych kroków:

1. rejestracji na stronie pożyczkodawcy,
2. potwierdzenia swoich danych osobowych i adresowych,
3. zalogowania się i wskazania kwoty pożyczki.

W ten sposób, bez wychodzenia z domu, gromadzenia dodatkowych dokumentów o zatrudnieniu, zaświadczeń o dochodach, w przeciągu przysłowiowych 15 minut mamy pieniądze na koncie. Pożyczki online są dobrym rozwiązaniem dla osób potrzebujących pieniędzy w danej chwili, ale pod warunkiem, że jesteśmy w stanie spłacić całą pożyczoną kwotę w terminie 30 dni. Wbraw pozorom jest to trudny warunek do spełnienia. Gdy to się nie uda – za przedłużenie terminu spłaty o następny miesiąc zapłacimy prowizję, zostaniemy również obciążeni kosztami odsetkowymi. W tym wypadku stopa RRSO wzrasta do kilkuset procent. Niespłacony kapitał oraz rosnące koszty odsetkowe i pozaodsetkowe często doprowadzają klientów do niewypłacalności i wpadnięcia w „spirale zadłużenia”, czyli pożyczania pieniędzy na spłatę poprzednich zobowiązań.

Maksymalne koszty pożyczek

W związku ze stale rosnącym zjawiskiem nadmiernego zadłużania się osób wobec firm pożyczkowych, ustawodawca ograniczył maksymalne koszty pożyczki, na które składają się wszelkie opłaty, odsetki i prowizje. Od 1 stycznia 2016 r. zmieniły się zasady ustalania wysokości odsetek ustawowych oraz tych dotyczących maksymalnego oprocentowania kredytów i pożyczek na mocy Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1830).

Zgodnie z art. 359 Kodeksu cywilnego § 2 (1) maksymalna wysokość odsetek wynikających z umowy nie może przekraczać dwukrotności sumy **stopy referencyjnej NBP** (w tej chwili 1,5 proc.) + 3,5 p.p. tej wartości, co oznacza, że żadne zobowiązanie nie może być oprocentowane na więcej niż **10 proc. rocznie**.

Koszty pozaodsetkowe kredytu, obejmujące m.in. prowizje, wszelkie opłaty oraz koszty usług dodatkowych wynikające np. z obsługi domowej pożyczki czy jej ubezpieczenia, nie będą mogły przekroczyć sumy dwóch składników: **25 proc. kredytu** (część stała) oraz **30 proc. wartości kredytu** w skali roku (część zmienna zależna od czasu trwania umowy). Należy podkreślić, że firma pożyczkowa udzielając kolejnego kredytu w okresie do 120 dni od daty udzielenia pierwszego, wszystkie pobierane w tym czasie opłaty musi zmieścić w limicie kosztów pozaodsetkowych naliczanych od kwoty pierwszego kredytu.

Świadome pożyczanie

Aby uniknąć niebezpieczeństwa tzw. „pętli kredytowej”, wystarczy tylko umiejętnie zarządzać domowym budżetem. Na czas spłaty pożyczki zrezygnować ze zbędnych wydatków, środki z wynagrodzenia za pracę lub emerytury w pierwszym rzędzie przeznaczać na spłatę rachunków, aby widzieć, ile pieniędzy zostaje do dyspozycji po uregulowaniu niezbędnych opłat. Warto też podsumować łączne wydatki na żywność, komunikację, środki czystości etc. Dobrym pomysłem jest założenie specjalnego konta oszczędnościowego, gdzie przelewane byłyby nasze drobne oszczędności na tzw. „czarną godzinę” stanowiącą zabezpieczenie na wypadek nieprzewidzianych i koniecznych zobowiązań.

W tym miejscu trzeba przywołać instytucję, która ma kluczowe znaczenie przy udzielaniu kredytów przez banki, SKOK-i, czy w ostatnim czasie większe firmy pożyczkowe. Tą instytucją jest **Biuro Informacji Kredytowej S.A.**, które zostało utworzone przez banki jako

odpowiedź na wzrastającą liczbę kredytów zagrożonych w polskim sektorze bankowym, funkcjonuje na mocy ustawy. Celem powołania BIK było zbudowanie kompleksowej bazy danych zawierającej informacje o zobowiązaniach klientów banków, gdzie są przechowywane i przetwarzane informacje dotyczące aktualnych i przeszłych zobowiązań klientów wobec banków i SKOK-ów. Również o debetach na kontach osobistych czy stanach karty kredytowej. Magazynuje zarówno informacje pozytywne, jak i negatywne. Udostępnia zebrane dane zarówno bankom, SKOK-om, jak i klientom.

Do BIK trafiają dane identyfikacyjne oraz informacje o zobowiązaniach kredytowych powiązanych z danym klientem, wskazujące m.in. stan początkowy zobowiązania, aktualny stan zadłużenia oraz historię kredytową w ujęciu miesięcznym. Banki oraz inne instytucje uprawnione do udzielania kredytów poprzez dostęp do tych informacji mogą sprawnie oszacować zdolność i wiarygodność kredytową klienta przed udzieleniem mu kredytu. Klienci posiadający pozytywną historię kredytową mają szansę na otrzymanie od banku lepszych niż standardowe warunków korzystania z ofert. Są oni dla banków klientami najcenniejszymi, co z kolei może przełożyć się na korzystniejsze warunki finansowe, tj. niższe oprocentowanie kredytu, skrócenie lub uproszczenie procedur, obniżanie opłat i prowizji. Natomiast brak wiedzy o historii kredytowej klientów uniemożliwia bankom zastosowanie swoistej premii za rzetelność finansową klientów. Jeśli klient chce być postrzegany jako atrakcyjny uczestnik rynku finansowego, powinien sam dążyć do tego, aby pozytywna historia spłat jego zobowiązań była dostępna dla innych instytucji sektora finansowego nie tylko w trakcie, ale również po spłaceniu zobowiązania.

Podsumowanie

Jeśli uznamy, że chwilowo brakuje nam gotówki i koniecznie musimy wspomóc się kredytem, warto rozważyć, który z najbardziej popularnych produktów jest odpowiedni do sfinansowania planowanego wydatku. Starajmy się podejmować przemyślane decyzje i miejmy świadomość istniejącego wyboru! Przed zaciągnięciem kredytu lub pożyczki zwróćmy uwagę na następujące informacje i zalecenia:

- roczną stopę oprocentowania i całkowity koszt kredytu;
- opłaty z tytułu ubezpieczeń, zabezpieczeń, rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy;
- możliwość wcześniejszej spłaty i związaną z tym ewentualną opłatę;
- pozostałe koszty, np. wydłużenie okresu kredytowania, prolongatę w spłacie, przewalutowanie, wycenę nieruchomości, wydanie zaświadczenia o wysokości kredytu pozostałego do spłaty, opłatę za dostarczenie gotówki do domu bądź jej spłatę w domu;
- najważniejsze warunki kredytu powinny być zawarte w umowie;
- ustalmy dokładną kwotę, jaka jest potrzebna, aby nie płacić dodatkowych odsetek;
- zbierzmy oferty różnych instytucji. Możemy sprawdzić ich oferty w Internecie;
- zapoznajmy się z regulaminami i taryfami opłat oraz prowizji;
- czytamy umowę, nie musimy jej od razu podpisywać. Jeśli mamy jakiegokolwiek wątpliwości, postarajmy się o konsultację. Możemy skorzystać z bezpłatnych porad Rzecznika Finansowego lub powiatowego/miejskiego rzecznika konsumentów. Nie podejmujemy decyzji pod wpływem emocji.

Źródła:

Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz. U. 2016, poz. 1572),

Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. 2016, poz. 1528),

Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2015, poz. 1830),

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2014 r., poz. 121z późn. zm.),

Obwieszczenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości odsetek ustawowych (M.P. z 2016 r., poz. 46).

KLAUZULE NIEDOZWOLONE

w umowach konsumenckich i kredytowych

Tekst Natalia Łukawska



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/coin-1080535/jarmoluk
– obraz modyfikowany

Częstą praktyką przy kredytach walutowych jest zastrzeżenie w umowach, że przeliczenie kwoty kredytu z polskich złotych na walutę obcą następuje po bankowym kursie kupna waluty, natomiast przeliczenie rat z waluty obcej na polskie złotówki po bankowym kursie sprzedaży waluty. Taki zapis powoduje zawyżanie zobowiązania kredytobiorcy poprzez zastosowanie dwóch różnych mierników wartości – raz kursu kupna, który zwyczajowo jest niższy, a raz kursu sprzedaży. Tymczasem waloryzacja powinna być dokonywana w oparciu o jednolity, obiektywny miernik wartości, co oznacza, że bank powinien przyjąć jeden kurs do przeliczania zarówno kwoty kredytu, jak i rat.

Umowy kredytowe to zazwyczaj wieloletnie zobowiązania, których podpisanie należy każdorazowo dokładnie przemyśleć, a przede wszystkim przeanalizować skutki ich zawarcia, ponieważ mogą one trwać nawet kilkadziesiąt lat. Warto również wiedzieć, na co zwrócić szczególną uwagę przed podpisaniem umowy kredytowej, jakie zapisy nie powinny się w niej znaleźć oraz co zrobić, gdy już po jej podpisaniu odkryjemy istnienie sprzecznych z prawem postanowień, czyli tytułowych klauzul niedozwolonych.

Czym jest i jak rozpoznać klauzulę niedozwoloną?

Klauzule niedozwolone (często zwane również klauzulami abuzywnymi) to niezgodne z prawem postanowienia, których obecność w umowie zawieranej z konsumentem jest niedozwolona. Przesłankami abuzywności omawianych postanowień jest ich sprzeczność z dobrymi obyczajami i rażąco naruszenie interesów konsumenta, zaś obydwa te warunki powinny wystąpić łącznie. Dobre obyczaje nawiązują do wyobrażeń o uczciwych i rzetelnych działaniach stron. Istotą dobrych obyczajów jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka, wskutek czego sprzeczne z nimi są działania wykorzystujące m.in. niewiedzę, brak doświadczenia drugiej strony, naruszanie zasady równorzędności stron¹.

W powyższym zakresie organem uprawnionym do wydawania decyzji o abuzywnym charakterze danego postanowienia jest prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który prowadzi bazę takich decyzji, dostępną na stronie internetowej ww. instytucji.

Dodatkowo, do 2026 r. będzie istniał stary rejestr klauzul niedozwolonych. Znajdują się w nim postanowienia wzorców umowy, które Sąd Ochrony



WARTO WIEDZIEĆ

Co zrobić, jeśli w umowie znajduje się klauzula niedozwolona? Jeśli umowa nie jest jeszcze podpisana, należy zwrócić się z wnioskiem do banku o zmianę niedozwolonego postanowienia. Jeżeli bank tego nie robi, to najlepiej pomyśleć o jego zmianie. W przypadku, gdy klauzulę umowną znajdziemy w umowie już po jej podpisaniu – to nie ma się czym przejmować, ponieważ zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego takie postanowienie nie wiąże konsumenta z mocy prawa.

O AUTORCE



Fot. z archiwum autorki

NATALIA ŁUKAWSKA

Prawnik. Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Specjalizuje się w prawnej obsłudze podmiotów leczniczych oraz podmiotów z sektora farmaceutycznego. Swoje doświadczenie zdobywała pracując nad zmianami legislacyjnymi w Ministerstwie Zdrowia oraz w największej polskiej firmie prawniczej w dziale zajmującym się obszarem life sciences. Obecnie związana z międzynarodową firmą farmaceutyczną, na rzecz której świadczy usługi prawne.

Konkurencji i Konsumentów (SOKiK) prawomocnym wyrokiem uznał za niedozwolone, oraz te, w sprawach których pozwy wpłynęły do SOKiK do 17 kwietnia 2016 r. Tego dnia bowiem weszła w życie nowelizacja ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, na mocy której to UOKiK – a nie SOKiK – decyduje o niedozwolonym charakterze danej klauzuli zawartej we wzorcu umowy. Co jednak ważne, wszystkie klauzule zamieszczone w starym rejestrze nadal są traktowane jako niedozwolone, a postępowanie się nimi jest zabronione. W latach 2002-2016 prezes UOKiK prowadził natomiast rejestr niedozwolonych postanowień umownych, które były stwierdzane prawomocnym wyrokiem sądu. Od 2002 roku we wspomnianym wykazie znalazło się prawie 7 tysięcy zapisów, których stosowanie UOKiK uznał za niedozwolone, w tym 200 dotyczących usług finansowych oraz 450 dotyczących bezpośrednio usług bankowych.

Przykłady z życia wzięte – popularne klauzule w umowach kredytowych

Uwagę konsumenta, który decyduje się podpisać umowę kredytową, w pierwszej kolejności powinny zaniepokoić wszelkie postanowienia umowy o poniższym charakterze:

- wyłączające (lub ograniczające) odpowiedzialność za szkody na osobie albo za brak wykonania lub nienależyte wykonanie zobowiązania przez kredytodawcę;
- zezwalające kredytodawcy na przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umowy bez zgody konsumenta;
- uzależniające zawarcie umowy od przyrzeczenia przez konsumenta, że będzie on w przyszłości zawierał dalsze umowy podobnego rodzaju lub zawarcie umowy będzie uzależnione od wykonania innego zobowiązania;
- zastrzegające, że kredytobiorca ma prawo do wypowiedzenia umowy zawartej na czas nieokreślony bez wskazania wyraźnych ważnych przyczyn i zachowania stosownego terminu.

Jeżeli chodzi o przykłady niedozwolonych postanowień umownych najczęściej spotykanych w umowach zawieranych z instytucjami finansowymi, które decyzją sądu lub prezesa UOKiK zostały uznane za niedopuszczalne, przedstawiają się one następująco:

- uzależnienie udzielenia kredytu od podpisania umowy ze wskazanym ubezpieczycielem, zobowiązania do skorzystania z dodatkowej karty kredytowej czy otworzenia nowego rachunku bankowego: *Kredytobiorca nieposiadający w Banku rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego zobowiązuje się do otwarcia do dnia uruchomienia kredytu rachunku EKSTRAKONTO (z wyłączeniem EKSTRAKONTO A'VISTA) zgodnie*

z regulaminem otwierania i prowadzenia rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych EKSTRAKONTO oraz złożenia deklaracji stałych wpłat na rachunek w kwocie nie niższej niż rata kapitałowo-odsetkowa wynikająca z harmonogramu spłat, pod rygorem odstąpienia przez Bank od umowy w dniu przewidywanego uruchomienia kredytu (klauzula niedozwolona nr: 267, sygn. akt: XVII AmC 92/03).

- niekontrolowane i nieograniczone opłaty naliczane przez kredytodawcę, przekraczające wysokość rzeczywistego świadczenia: *W przypadku niewykonania zobowiązań wynikających z niniejszej umowy Kredytobiorca poniesie koszty związane z monitorowaniem Kredytobiorcy: 1. telefoniczne upomnienie Kredytobiorcy związane z nieterminową spłatą kredytu – 13 PLN; 2. korespondencja kierowana do Kredytobiorcy związana z nieterminową spłatą kredytu (zawiadomienie, upomnienie, prośba o dopłatę, wystawienie Bankowego Tytułu Egzekucyjnego), za każde pismo. Opłata za korespondencję kierowaną do poręczycieli Bank obciąża dodatkowo Kredytobiorców według tych samych stawek – 15 PLN; 3. wyjazd interwencyjny do Kredytobiorcy – 50 PLN (klauzula niedozwolona nr 1796, sygn. akt: XVII AmC 624/09).*
- przeliczanie na konsumenta kosztów prowadzenia działalności banku: *Zawiadomienie posiadacza rachunku, kredytobiorcy, poręczycieli o wypowiedzeniu umowy (...) – wysłane listem zwykłym – 15 zł, wysłane listem poleconym – 20 zł (klauzula niedozwolona nr 1806, sygn. akt: XVII AmC 96/08).*
- przyznanie bankowi prawa do stwierdzenia skuteczności doręczania pism: *Wszelka korespondencja wysłana przez Bank do Kredytobiorcy pocztą lub kurierem na ostatni podany przez niego adres do korespondencji (adres zameldowania, w przypadku, gdy Kredytobiorca nie podał adresu do korespondencji), będzie uważana za doręczoną (klauzula niedozwolona nr 1681, sygn. akt: XVII AmC 513/09).*
- ustalenie sądu właściwego w przypadku powstania ewentualnych sporów jako sądu właściwego dla siedziby przedsiębiorcy: *Wszelkie spory wynikłe z niniejszej umowy rozstrzygają sądy powszechne właściwe dla siedziby Banku (klauzula niedozwolona nr 1793, sygn. akt: XVII AmC 1190/09).*
- przyznanie kredytodawcy prawa do odgórnego ustalania daty zapłaty bez wskazania dokładnych terminów: *W przypadku wpłynięcia na rachunek bankowy Pożyczkodawcy płatności, która nie może być zidentyfikowana (na przykład nie podano tytułu przelewu), płatność uznaje się za niedokonaną do czasu jej zidentyfikowania (klauzula niedozwolona nr 6219; sygn. akt: XVII AmC 937/14).*

Kredyty walutowe i dopuszczalność klauzul waloryzacyjnych

Bardzo często wątpliwości prawne budzi nawet sama umowa waloryzacja kredytu, jednak przyjmując, że jest ona dopuszczalna, to sam sposób jej stosowania przez banki w umowach uznać należy za daleki od ideału. Częstą praktyką przy kredytach walutowych jest zastrzeżenie w umowach, że przeliczenie kwoty kredytu z polskich złotych na walutę obcą następuje po bankowym kursie kupna waluty, natomiast przeliczenie rat z waluty obcej na polskie złótówki po bankowym kursie sprzedaży waluty. Taki zapis powoduje zawyżanie zobowiązania kredytobiorcy poprzez zastosowanie dwóch różnych mierników wartości – raz kursu kupna, który zwyczajowo jest niższy, a raz kursu sprzedaży. Tymczasem waloryzacja powinna być dokonywana w oparciu o jednolity, obiektywny miernik wartości, co oznacza, że bank powinien przyjąć jeden kurs do przeliczania zarówno kwoty kredytu, jak i rat.

Zauważając nieuczciwą praktykę stosowaną przez banki, prezes UOKiK wystąpił przeciwko jednemu z większych przedsiębiorców z sektora usług bankowych, zaś konsekwencją jego interwencji był wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie², w którym m.in. za niedozwolone uznano klauzule o następującej treści:

- *Kredyt jest indeksowany do CHF/USD/EUR, po przeliczeniu wypłaconej kwoty zgodnie z kursem kupna CHF/USD/EUR według Tabeli Kursów Walut Obcych obowiązującej w banku [...] w dniu uruchomienia kredytu lub transzy (§ 2 ust. 2 Umowy o kredyt hipoteczny – dalej Umowa).*
- *W przypadku kredytu indeksowanego kursem waluty obcej kwota raty spłaty obliczona jest według kursu sprzedaży dewiz, obowiązującego w Banku na podstawie obowiązującej w Banku Tabeli Kursów Walut Obcych z dnia spłaty (§ 8 ust. 3 Regulaminu kredytowania osób fizycznych w ramach usług bankowości hipotecznej [...]) S.A. – dalej Regulamin).*

Podstawową kwestią, która zaważyła na werdykcie Sądu, był brak wskazania konsumentowi, na jakich zasadach wspomniana Tabela Kursów Walut Obcych jest ustalana przez bank. Kwestionowane zapisy mogły prowadzić do zastosowania przez bank dowolnego kursu, a tym samym do nadużyć i czerpania dodatkowych korzyści stanowiących koszt klienta, o którym nie został poinformowany przy zawieraniu umowy. Popularność ww. wyroku sprawiła, że obecnie praktyki tego typu nie są spotykane, jednak należy zawsze zwrócić uwagę na sposób dokonywania przez bank waloryzacji.

Skutki abuzywności postanowień i środki ochrony przysługujące konsumentowi

Podstawowe pytanie, które każdy zada sobie w tym miejscu, to: co zrobić, jeśli w umowie znajduje się klauzula niedozwolona? Jeśli umowa nie jest jeszcze podpisana, należy zwrócić się z wnioskiem do banku o zmianę niedozwolonego postanowienia. Jeżeli bank tego nie zrobi, to najlepiej pomyśleć o jego zmianie. W przypadku, gdy klauzulę umowną znajdziemy w umowie już po jej podpisaniu – to nie ma się czym przejmować, ponieważ zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego takie postanowienie nie wiąże konsumenta z mocy prawa³.

Zawiadomienia dotyczące stosowania przez przedsiębiorców klauzul abuzywnych w umowach należy kierować do UOKiK, który posiada kompetencje do wydania prawomocnej decyzji, że dane postanowienie jest niedozwolone. W takiej sytuacji postanowienie wraz z uzasadnieniem znajdzie się w bazie decyzji prowadzonej przez urząd. Decyzja UOKiK, uznająca postanowienie wzorca umowy za niedozwolone, ma skutek w stosunku do

przedsiębiorcy, który ją stosował, oraz wobec wszystkich konsumentów, którzy zawarli z nim umowę posiadającą wskazaną w decyzji klauzulę. Przedsiębiorca, w stosunku do którego wydano decyzję, ma obowiązek zaprzestać zawierania umów o określonej treści. Oznacza to niestety, że jeżeli np. dwa banki stosują analogiczne klauzule abuzywne, a tylko wobec jednego z nich wydano decyzję, nie będzie ona wiążąca dla klientów drugiego banku. Publikowanie decyzji wraz z uzasadnieniem umożliwia jednak konsumentowi zorientowanie się, co dokładnie zostało zakwestionowane w danym postanowieniu i jeśli klauzula, którą konsument ma w swojej umowie, jest podobna, może on przywołać daną decyzję w negocjacjach z przedsiębiorcą lub podnieść ten argument przed sądem powszechnym⁴.

Konsumenci mogą również szukać pomocy u powiatowych lub miejskich rzeczników konsumentów – których znaleźć można dzięki wyszukiwarce dostępnej na stronie: uokik.gov.pl

W jakim zakresie lekarz może się powołać na abuzywność postanowienia – umowa zawierana przez lekarza konsumenta vs. umowa zawierana przez lekarza przedsiębiorcę

Rzeczą, na którą trzeba zwrócić jednak uwagę jest zakres podmiotowy, do którego odnoszą się przepisy o braku skuteczności prawnej klauzul abuzywnych. Opisane wyżej zasady mają zastosowanie do zobowiązania zawieranego wyłącznie przez konsumenta, przez którego rozumie się osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. W umowach kredytowych zawieranych przez lekarzy w ramach prowadzonej przez nich praktyki lekarskiej w ramach przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, co do zasady nie będzie możliwości powołania się na nieskuteczność postanowień. Poniżej przedstawiam kilka prostych rad dla przedsiębiorców, które mogą pomóc w uniknięciu zawarcia niekorzystnego kontraktu.

Przed wszystkim należy dokładnie i cierpliwie czytać umowę, nawet jeżeli są bardzo długie i napisane małą czcionką (taka umowa może być wręcz sygnałem ostrzegawczym dla przedsiębiorcy). Jeżeli umowa jest niezrozumiała lub bardzo zawiła, każdorazowo można poprosić bank o wyjaśnienie poszczególnych jej postanowień (najlepiej na piśmie) albo zrezygnujmy z podpisania tak skomplikowanej umowy. Ostatecznością może być zlecenie analizy umowy prawnikowi. Korzystanie z pomocy prawnej przez przedsiębiorców, szczególnie przy bardziej skomplikowanych umowach o dużej wartości, powinno być standardową procedurą.

Oczywiście istnieją procedury prawne, które w przypadku zawarcia rażąco niekorzystnego kontraktu pozwalają przedsiębiorcy powoływać się na jego nieważność (np. art. 3531 Kodeksu cywilnego stanowi, że strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego), jednak w praktyce napotyka to na duże trudności. Przy zawieraniu jakichkolwiek umów przez przedsiębiorcę należy więc wyjątkowo dużo uwagi poświęcić procedurom prewencyjnym.

Przypisy:

1. Kodeks cywilny. Komentarz. red. prof. dr hab. Edward Gniewek, prof. dr hab. Piotr Machnikowski, Warszawa 2017 r.
2. Wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z 14.12.2010 r., sygn. akt: XVII AmC 426/09.
3. Kodeks cywilny, art. XXX.
4. Monika Dobrzańska, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Warszawa 2017 r.

Wybory do izb lekarskich 2017-2018

NA TYM ETAPIE JESTEŚMY

WYBORY VIII KADENCJI



październik 2017

marzec 2018

CO WARTO WIEDZIEĆ?

Raport Okręgowej Komisji Wyborczej DIL

Liczba rejonów wyborczych, w których zgłoszono zebranie wyborcze (stan na 21.09.2017 r.)	Liczba rejonów wyborczych, w których przeprowadzono wybory (stan na 21.09.2017 r.)	Liczba wybranych delegatów (stan na 21.09.2017 r.)
Delegatura Legnicka		
10 rejonów (na 10 rejonów)	0	0
Delegatura Jeleniogórska		
8 rejonów (na 15 rejonów)	1	2
Delegatura Wałbrzyska		
12 rejonów (na 16 rejonów)	3	10
Delegatura Wrocławska		
31 rejonów (na 58 rejonów)	1	3
Ogółem		
61 rejonów (na 99 rejonów) – 61.6 proc.	5	15

Zgłoszenie zebrania wyborczego

w rejonie wyborczym nr nazwa

I. Skład komisji skrutacyjnej:

- – przewodniczący
- – członek
- – członek

II. Zgromadzenie wyborcze:

- Miejsce:
- Termin:
- Godziny:
- Termin głosowania korespondencyjnego:

.....
(data i podpis osoby składającej wniosek)



Okręgowa Komisja Wyborcza DIL informuje, że do 31 października 2017 r. należy przeprowadzić wybory w rejonach wyborczych.

Koleżanki i Koledzy

Okręgowa Komisja Wyborcza DIL informuje, że do 31 października 2017 r. należy przeprowadzić wybory w rejonach wyborczych. W związku z powyższym OKW zwraca się z prośbą do:

1. członków rejonów wyborczych o zaproponowanie 3 osób, w tym przewodniczącego, które wejdą w skład komisji skrutacyjnej. W skład komisji skrutacyjnej nie może wchodzić osoba kandydująca na delegata w danym rejonie.

Do zadań komisji skrutacyjnej należy:

- zapewnienie tajności głosowania przeprowadzanego w rejonie wyborczym;
- wydawanie, za pisemnym potwierdzeniem na liście członków rejonu wyborczego, kart do głosowania i potwierdzanie oddania głosu przez członków tego rejonu;
- przyjmowanie od okręgowej komisji wyborczej głosów członków rejonu wyborczego oddanych w drodze korespondencyjnej i umieszczenie ich w urnie;
- obliczanie oddanych głosów;
- przedstawienie wyników głosowania;
- sporządzenie protokołu głosowania.

Do zadań przewodniczącego komisji skrutacyjnej należy:

- ogłoszenie rozpoczęcia głosowania oraz jego zakończenie;
- wrzucenie do urny głosów przekazanych w drodze korespondencyjnej;
- przeprowadzenie losowania w przypadku, gdy w wyniku głosowania w rejonie wyborczym dwóch lub więcej kandydatów otrzyma jednakową liczbę głosów kwalifikujących ich do ostatnich mandatów;
- podpisanie protokołu z przeprowadzonego głosowania w rejonie wyborczym;
- przekazanie dokumentacji głosowania w rejonie wyborczym okręgowej komisji wyborczej.

2. członków rejonów wyborczych o ustalenie i zaproponowanie Okręgowej Komisji Wyborczej DIL terminu, miejsca oraz okresu głosowania obejmującego od 1-12 godzin.

Przewodniczący OKW powołuje zaproponowaną przez rejon wyborczy komisję skrutacyjną, w tym jej przewodniczącego, a OKW zatwierdza miejsce, termin, okres głosowania osobistego – przy urnie oraz głosowania korespondencyjnego.

W terminie co najmniej dwóch tygodni przed terminem głosowania osobistego (przy urnie) przewodniczący komisji skrutacyjnej lub delegowany przez niego członek komisji skrutacyjnej proszony jest o kontakt z Okręgową Komisją Wyborczą DIL pod numerem telefonu 71 798 80 61 lub e-mailowo: dil@dilnet.wroc.pl w celu ustalenia kwestii organizacyjnych związanych z przeprowadzeniem wyborów w danym rejonie wyborczym.

Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/doctor-1295571/OpenClipart-Vectors_27452, www.pixabay.com/photos/doctor-1295581/OpenClipart-Vectors_27452, www.pixabay.com/photos/calendar-1820422/JuraMin – obraz modyfikowany

Tekst Marcin Kosmański

Co powinien

SUPLEMENTY DIETY

wiedzieć lekarz

W ostatnim czasie powrócił „na wokandę”, wzbudzając spore emocje i kontrowersje, temat suplementów diety (SD). Przyczynił się do tego opublikowany w lutym bieżącego roku raport Naczelnej Izby Kontroli (NIK). Wykazał on, że Polacy coraz częściej sięgają po ten rodzaj preparatów. W 2015 r. w aptekach zakupiono około 190 milionów opakowań SD za niebagatelną sumę 3,5 miliarda złotych, co na statystycznego Polaka daje liczbę sześciu opakowań i 100 złotych.

Należy podkreślić, że Polska jest krajem z najwyższym wzrostem rynku suplementów. Według rejestru Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS) od 2007 r. zarejestrowano około 30 tysięcy takich produktów, przy czym z roku na rok liczba ta systematycznie wzrasta. W latach 2013-2015 dopuszczono 3-4 tysiące SD, a w 2016 r. już 7,4 tysiące. Szacuje się, że w latach 2017-2021 wzrost ten może wynosić nawet ok. 8 proc. rocznie. Pozostaje więc pytanie, czy jest to pośredni dowód na to, że mieszkańcy naszego kraju chcą dbać o swoje zdrowie i stan fizyczny? Sugeruje się złożoność powodów i wskazuje wiele czynników wpływających na tak duże zainteresowanie SD. Wydaje się, że wpływ mają tu aspekty społeczne (np. znajomy kupuje, więc ja też), psychologiczne (moje lekarstwa nie pomagają, więc sięgnę po inne specyfiki), medyczne (chcę być zdrowy i zachować kondycję) i ekonomiczne (suplementy są nieraz tańsze od leków). Tak duży popyt na SD może wynikać ponadto z rosnącego zainteresowania medycyną alternatywną, prozdrowotnym stylem życia oraz wybranymi rodzajami żywności. Dane wynikające z prowadzonych badań wskazują, że suplementami bardziej zainteresowane są osoby przestrzegające prawidłowych wzorców żywieniowych, ćwiczące regularnie, mające prawidłową masę ciała i niepalące tytoniu (1).

Polacy tymczasem niewiele wiedzą o SD. Przeprowadzone przez TNS Polska w 2014 r. badanie wykazało, że wiele osób mylnie uznawało suplementy za „witaminy” (31 proc.) czy też „minerale” (8 proc.), a aż 41 proc. badanych przypisywało im właściwości lecznicze. Co warte podkreślenia, 50 proc. respondentów uważało, że SD są tak samo kontrolowane jak leki.

Tak duże zainteresowanie suplementami spotykane jest nie tylko w Polsce. W latach 2011-2012 do ich stosowania w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 52 proc. dorosłych Amerykanów, głównie kobiet, a wartość ta była porównywalna do lat 1999-2000. Zauważono

również, że preferencje te były wprost proporcjonalne do wieku oraz wykształcenia osób kupujących takie produkty. W porównaniu do lat poprzednich odnotowano mniejsze zainteresowanie produktami witaminowymi, zawierającymi minerały, oraz mieszanymi – witaminowo-mineralnymi (głównie witamina C, E i selen). Taki trend stwierdzono również w przypadku preparatów zawierających echinację, czosnek, ginkgo-biloba oraz kwas paraaminobenzoowy. Odnotowano natomiast większą skłonność do kwasów tłuszczowych omega 3 (około 7-krotny wzrost), a także omega-6 i omega-9, koenzymu Q, żurawiny, zielonej herbaty, galusanu epigallokatechiny, metylosulfonolometanu i probiotyków. Nie zmieniło się natomiast zainteresowanie chondroityną i glukozaminą (2).

Lekarz, sprawujący pieczę nad swoimi pacjentami, powinien zdamować sobie sprawę, którzy jego podopieczni potencjalnie mogą stosować SD. Wydaje się, że odpowiedź brzmi – wszyscy.

Badanie ankietowe przeprowadzone wśród 112 polskich kobiet wykazało, że jedną z głównych przyczyn zażywania suplementów jest chęć/konieczność redukcji masy ciała. Aż 90 proc. respondentek chcących pozbyć się nadmiaru masy ciała przyznało się do ich stosowania. Jako główne źródło wiedzy o SD ankietowane wskazały farmaceutę (62,5 proc.), następnie lekarza (36,6 proc.) z porównywalnym odsetkiem jak radio (30,4 proc.) czy też Internet (29,5 proc.). Badanie to pokazało jednak, że nie wszystkie osoby są zainteresowane składem suplementów. Należy dodać, że w badaniu tym uczestniczyły głównie kobiety w wieku 31-40 lat (3).

Kolejną dużą populację stosującą SD stanowią pacjenci sięgający po te specyfiki w celu wzmocnienia funkcji układu immunologicznego jako profilaktyki i podczas farmakoterapii. Dymarska i wsp. w swoim badaniu ankietowym, które objęło 174 osoby (w tym 98 kobiet) w wieku 16-85 lat, wskazuje, że w każdej grupie wiekowej około 50 proc. stosuje SD w celu „wsparcia układu immunologicznego”. Największy odsetek badanych (54 proc.) odnotowano w grupie 20-24 lata. W badaniu tym wykazano, że ankietowani w starszym wieku istotnie częściej przyjmowali SD takie jak: rutyna oraz kwasy tłuszczowe omega-3 i omega-6. Uczestnicy badania stosowali suplementy głównie po to, aby wzmocnić odporność organizmu. W grupie 16-19 lat 23 proc. respondentów oraz 30 proc. w wieku 20-24 i 15 proc. seniorów stwierdziło, że SD stosowało, aby wyzdrowieć. Wśród uczestników »



badania w wieku 25-35 lat wszyscy przyjmowali te preparaty, aby wzmocnić odporność (4).

Tak dużego zainteresowania SD w Polsce, NIK dopatruje się w niedostatecznej kontroli, zarówno sprzedaży, jak i rejestracji tych produktów. Według powyższego raportu na ich sprzedaż niewątpliwie wpływ wywierają reklamy. Według danych Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji od 1997 do 2015 r. liczba reklam związana z produktami zdrowotnymi, w tym lekami i SD, wzrosła około 20-krotnie, a wszystkich reklam jedynie trzy razy. NIK wskazuje ponadto na manipulację reklamami, które często utożsamiają suplementy z lekami.

Suplement diety to nie lek

Rolą współczesnego lekarza jest nie tylko leczenie swojego pacjenta, ale przede wszystkim wdrażanie profilaktyki. Obydwa cele muszą być wsparte poprzez edukację, o której z różnych powodów często się zapomina. Wobec tak dużego zainteresowania SD rodzi się więc pytanie: jaka jest w tej sytuacji rola lekarza?

Przede wszystkim powinien on pamiętać, że suplementy diety to nie leki i tę informację przekazywać swoim pacjentom. Dla sprecyzowania sprawy należy przytoczyć definicję suplementu: *Jest to środek spożywczy, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety, będący skoncentrowanym źródłem witamin lub składników mineralnych lub innych substancji wykazujących efekt odżywczy lub inny fizjologiczny, pojedynczych lub złożonych, wprowadzany do obrotu w formie umożliwiającej dawkowanie, w postaci: kapsułek, tabletek, drażetek i w innych podobnych postaciach, szaszetek z proszkiem, ampulek z płynem, butelek z kroplomierzem i w innych podobnych postaciach płynów i proszków przeznaczonych do spożywania w małych, odmierzonych ilościach jednostkowych, z wyłączeniem produktów posiadających właściwości produktu leczniczego w rozumieniu przepisów prawa farmaceutycznego* (5).

Należy dodać, że do SD zalicza się produkty zawierające przede wszystkim witaminy i minerały, a także zioła lub inne substancje pochodzenia roślinnego, aminokwasy, enzymy, niezbędne kwasy tłuszczowe, pre- i probiotyki (6,7). Niemniej, raport NIK, opierając się na badaniach laboratoryjnych, wskazuje na nieprawidłowości w zakresie zawartości suplementów. Stwierdza on, że niektóre z nich zawierają substancje zakazane z listy psychoaktywnych. Obecnie (co wynika z unormowań prawnych) znamy jedynie wykaz witamin i minerałów mogących wchodzić w skład SD, a tylko dla niektórych określono zalecaną dawkę ich spożycia. Jak dotąd w krajach Unii Europejskiej nie stworzono wspólnej listy ziół i produktów roślinnych mogących wchodzić w skład SD, a także tych, które podejrzewa się o działanie toksyczne, psychoaktywne i uzależniające.

Jedną z dwóch instytucji zajmująca się dopuszczeniem leków do obrotu – Agencja Żywności i Leków (*Food and Drug Administration, FDA*) jednoznacznie podkreśla, że w przeciwieństwie do leków, SD nie są przeznaczone do leczenia, diagnozowania lub profilaktyki chorób (7). Niestety w niektórych publikacjach zdarza się mylna klasyfikacja tych produktów jako preparaty OTC (*over-the-counter drugs*), co wprowadza konsumentów w istotny błąd, ponieważ często nie znają oni różnicy pomiędzy lekami, preparatami OTC a SD (8).

Obowiązkiem lekarza jest zdawanie sobie sprawy z tego, że substancja lecznicza, aby dostać się do sprzedaży, musi przejść długą i kosztowną drogę składającą się z badań przedklinicznych (*in vivo*, *in vitro*) oraz klinicznych z udziałem kilku tysięcy osób. W trakcie ich trwania ocenia się nie tylko farmakokinetykę, ale również skuteczność i bezpieczeństwo leku (9). Należy jednak pamiętać, że w momencie wykazania badań dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa w zakresie leczenia lub profilaktyki (odpowiednia dawka), SD może zostać zaprobowany jako lek (np. witamina D lub witamina E) (10).

Obecnie rejestracją substancji terapeutycznych zajmują się dwie duże instytucje: wspomniana wcześniej FDA oraz Europejska Agencja Leków (*European Medicines Agency, EMA*). W Polsce pieczę nad tym procederem sprawuje Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Ostateczną decyzję podejmuje prezes tego urzędu na drodze procedury narodowej, wzajemnego uznania (dla produktu leczniczego, który został już dopuszczony do obrotu w innym państwie należącym do Unii Europejskiej, i zdecentralizowania (dla leku zarejestrowanego we wszystkich krajach UE). Zgodnie z regulacjami prawnymi pieczę nad suplementami w Stanach Zjednoczonych sprawuje FDA. Także i w tym przypadku ramy prawne dla tych preparatów istotnie różnią się od tych stosowanych dla leków. Zgodnie z ostatnimi wymogami producenci chcący wprowadzić preparat zawierający suplement, są nie tylko zobowiązani powiadomić FDA o tym fakcie, ale także przedstawić dane odnośnie do bezpieczeństwa składników na 75 dni przed wprowadzeniem go

do sprzedaży. Bezpieczeństwo dla substancji wprowadzonych do obrotu od października 1994 roku może być oparte na wcześniejszych badaniach i doświadczeniu. Nie wymaga się przeprowadzenia badań klinicznych, jak to ma miejsce w przypadku leków (11).

W Polsce gospodarką SD zajmuje się GIS w oparciu o dyrektywy UE. Niestety, zarówno polskie, jak i europejskie prawo nie wymaga przeprowadzenia badań oceniających skuteczność i bezpieczeństwa SD. Wymagane jest jedynie dokładne oznakowanie preparatu zawierające określenie „suplement diety”, nazwy kategorii składników odżywczych lub substancji charakteryzujących produkt lub wskazanie ich właściwości, porcję produktu zalecaną do spożycia w ciągu dnia, ostrzeżenie dotyczące nieprzekraczania zalecanej porcji do spożycia w ciągu dnia oraz stwierdzenia, że suplementy diety nie mogą być stosowane jako substytut (zamiennik) zróżnicowanej diety i powinny być przechowywane w sposób niedostępny dla małych dzieci. Należy również podkreślić, że w poszczególnych krajach UE istnieje szeroka różnorodność podejść regulacyjnych i pozaprawnych w zakresie suplementów diety (12).

Skuteczność

W dzisiejszych czasach olbrzymią rolę w wykonywaniu zawodu lekarza odgrywa medycyna oparta na dowodach naukowych (*Evidence-Based Medicine, EBM*). W chwili zapoczątkowania tego nurtu w latach 90. ubiegłego wieku miał on za zadanie przede wszystkim edukować lekarzy klinicystów w zakresie zrozumienia i wykorzystania profesjonalnych publikacji w celu zoptymalizowania opieki nad pacjentem. W ciągu wielu lat filozofia EBM zaczęła stopniowo ewoluować w kierunku krytycznego spojrzenia na badania i wyłapywania niedociągnięć. Zaczęło to rzutować na podejmowanie decyzji diagnostyczno-terapeutyczno-profilaktycznych wobec konkretnego pacjenta. Całość tej filozofii uzupełniono o preferencje pacjenta, a ostateczne decyzje zaczęto podejmować wspólnie z nim. Pomimo istniejących niedociągnięć, chociażby takich jak zbyt regulowe myślenie, zamiast intuicyjnego i empirycznego, EBM nadal obowiązuje lekarzy (13). Należy więc postawić sobie pytanie: jaki jest związek pomiędzy EBM a SD, a przede wszystkim relacją czteroczonową: pacjent – lekarz – EBM – SD?

Rośnie liczba badań oceniających skuteczność i bezpieczeństwo SD. W dalszym ciągu jest ich jednak zbyt mało. Przyglądając się tym badaniom, można niestety stwierdzić, że są one prowadzone w większych grupach uczestników, w których liczba na ogół nie przekracza stu. Obejmują one osoby zdrowe i chore, w różnych przedziałach wiekowych. Efekty badań nie zawsze wskazują na pozytywny aspekt stosowania SD, w większości neutralny (brak różnic istotnych statystycznie) – tzn. też nieszkodzący. Poniżej przytaczam kilka badań, które zwróciły moją uwagę.

Metaanaliza badań klinicznych, która pojawiła się w tym roku na łamach „*Advances in Nutrition*”, oceniła suplementy zawierające witaminy, kwasy tłuszczowe, minerały, białka, błonnik oraz pre- i probiotyki, pod kątem ryzyka zgonu, częstości występowania chorób układu krążenia (CVD) oraz nowotworów złośliwych. Objęła ona 49 badań klinicznych opublikowanych w latach 1985-2015, w których uczestniczyło ogółem ponad 287 tysięcy osób, w średnim wieku 59 lat, minimalny okres trwania badania wynosił rok. W badaniach tych stwierdzono, że stosowanie witaminy E wiązało się z niestatystycznym ryzykiem wystąpienia zgonu z różnych przyczyn, a w przypadku preparatów seleniu i witaminy D trend ten był korzystny. Nie odnotowano takich zależności w przypadku zażywania preparatów zawierających: wapń, cynk, beta-karoten, witaminę C, kwas foliowy, magnez lub kwas eikozapentaenowy (EPA). Potwierdzono też przypuszczenia, że stosowanie witaminy E wiąże się z istotnie mniejszym ryzykiem zgonu z przyczyn CVD, a kwasu foliowego z redukcją rozwoju chorób tego układu. Nie zaobserwowano korzyści w tym zakresie związanych ze stosowaniem preparatów zawierających: wapń, selen, cynk, beta-karoten, witaminę A, C, D, K, magnez i EPA. W przypadku rozwoju nowotworów złośliwych najwyższe (około 16 proc.) ryzyko było związane ze stosowaniem witaminy A. W przypadku SD zawierających wapń stwierdzono zmniejszenie ilości sytuacji rozwoju raka (14).

W prospektywnym, kontrolowanym placebo – badaniu przeprowadzonym przez włoskich naukowców na grupie osób z ciśnieniem tętniczym o wartościach 130-139 i/lub 85-89 mmHg, oceniono przydatność dwunastotygodniowego stosowania SD w zapobieganiu rozwojowi nadciśnienia tętniczego. Wykazali oni, że przyjmowanie tabletek z kombinacją suplementów (250 mg czosnku zwyczajnego, 250 mg głogu, 150 mg ortosyfonu i 150 mg hibiskusa) w porównaniu z placebo wiązało się z istotną redukcją spoczynkowego ciśnienia

tętniczego skurczowego (SBP) (124 ± 9 vs. 132 ± 7 mmHg), a nie rozkurczowego (DBP) (81 ± 8 vs. 82 ± 7 mmHg) – oceniany główny punkt końcowy. Analizując drugorzędowy punkt końcowy, autorzy badania stwierdzili istotną redukcję w zakresie SBP ($-9,3 \pm 4,2$ mmHg) i DBP ($-4,2 \pm 3,6$ mmHg) w grupie osób stosujących suplement. Tak istotnych zmian nie odnotowano w grupie placebo po 12 tygodniach. W grupie osób zażywających suplement odnotowano ponadto częstsze osiągnięcie celu terapeutycznego (SBP <130 mmHg i DBP <85 mmHg) niż w grupie placebo (15).

W codziennej praktyce zawodowej lekarze opiekujący się kobietami w ciąży lub chcącymi mieć potomstwo spotykają się z zagadnieniem stosowania SD, a tym samym z pytaniami: czy można, trzeba czy też nie wolno stosować SD? Pytanie to jest trudne. Dla przykładu, autorzy protokołu Cochrane potwierdzili, że stosowanie preparatów wielowitaminowych/mineralnych u młodych kobiet z niskim i średnio rozwiniętym krajów, przed lub we wczesnym etapie ciąży zmniejsza ryzyko urodzenia niemowlęcia z niską masą ciała lub przedwczesnego porodu (16).

Problem niedoborów dotyczy również, jak się okazuje, krajów europejskich, w których badania epidemiologiczne wskazują na niedobory witaminy A, żelaza, jodu i cynku u kobiet będących w ciąży oraz u dzieci poniżej 5. roku życia (17). Niestety, trudno jednoznacznie odpowiedzieć na powyższe pytania, w dalszym ciągu nie dysponujemy bowiem wystarczającymi dowodami na bezpieczeństwo stosowania SD w tej grupie populacyjnej.

Bezpieczeństwo

Suplementy diety są dostępne w sprzedaży aptecznej, sklepowej i internetowej. Cytowany wcześniej raport NIK wskazuje, że wiele z tych produktów nie zawiera deklarowanych przez producentów cech. Badania laboratoryjne wskazują również, że można w nich znaleźć między innymi takie substancje jak bakterie chorobotwórcze *Enterococcus faecium*, substancje zakazane z listy psychoaktywne, stymulancy podobne do amfetaminy czy też tzw. „pigułki gwałtu”.

Problem ten dotyczy nie tylko Polski. Podobne obserwacje poczynił dużo wcześniej FDA (18). W Stanach Zjednoczonych przeprowadzono badanie obejmujące lata 2004-2013, które wykazało, że każdego roku około 23 tysięcy wizyt pacjentów na oddziałach ratunkowych spowodowanych jest zastosowaniem środka ziołowego lub suplementu. Spośród tych osób ponad dwa tysiące wymagało dalszej opieki szpitalnej, a około 20 proc. wizyt związanych było z przyjmowaniem przez pacjentów dwóch lub więcej suplementów. Problem ten dotyczył głównie kobiet, średni wiek pacjentów wyniósł 32 lata, przy czym jedną piątą stanowiły dzieci, które zastosowały SD z powodu braku nadzoru przez rodziców. Sprawa najczęściej miała związek ze stosowaniem witamin (33,6 proc.), preparatów zawierających żelazo (11,8 proc.), środków redukujących masę ciała (10,4 proc.) oraz nasennych, przeciwlękowych i uspakajających (8,8 proc.). Najczęstszymi objawami, jakie zgłaszali pacjenci, były objawy sercowe, takie jak uczucie „kołatania serca”, ból w klatce piersiowej i częstoskurcz. Te występowały głównie po zastosowaniu środka odchudzającego i produktu energetycznego (46 proc. pacjentów) i dotyczyły przede wszystkim pacjentów w wieku 20-34 lat. Większość pacjentów szczęśliwie nie wymagała hospitalizacji. Działania niepożądane po preparatach zawierających mikroelementy miały charakter reakcji alergicznych łagodnych lub umiarkowanych, a także objawiających się problemami z połykaniem (głównie po preparatach wapniowych), problemami „brzusznymi” takimi jak nudności, wymioty i ból brzucha (przede wszystkim po preparatach zawierających żelazo i potas) (19).

Po SD sięgają również osoby starsze, nierzadko stosując je w wyższych dawkach niż te zalecane, głównie w celu osiągnięcia lepszego efektu. Rodzi się pytanie: czy jest to bezpieczne w tej grupie wiekowej? W badaniu o nazwie *Age Gene/Environment Susceptibility-Reykjavik Study*, które objęło łącznie 5764 osoby, stwierdzono, że w przedziale wiekowym 66-98 lat aż 77 proc. stosuje SD zawierające witaminy i minerały. W ciągu ponad 5 lat obserwacji nie udowodniono jednak związku pomiędzy zażywaniem tych preparatów a ryzykiem zgonu z różnych przyczyn, w tym z powodu CVD. Autorzy tego badania podkreślają jednak, że 22 proc. osób przekroczyło dopuszczalną wartość dziennego spożycia witaminy B6, a 14 proc. cynku. Prawdopodobnie istotny wpływ na wynik powyższej obserwacji wywarł fakt, że osoby stosujące SD prowadziły bardziej aktywne tryb życia niż osoby potencjalnie wymagające suplementacji (20).

W codziennej praktyce lekarskiej pacjenci dosyć często stawiają pytanie, czy dany lek nie zaszkodzi „na wątrobę” lub winą za bóle w prawym podbrzuszu obarczają ich stosowanie. Pozostaje więc pytanie:

jaki jest związek pomiędzy uszkodzeniem tego narządu a SD? Z danych napływających ze Stanów Zjednoczonych wynika, że produkty te odpowiadają aż za 20 proc. przypadków uszkodzenia wątroby. Sugeruje się, że najczęstszymi substancjami związanymi z wystąpieniem hepatotoksyczności, oprócz substancji anabolicznych, są suplementy wielofunkcyjne (multi-ingredient nutritional supplements, MINS) oraz ekstrakt z zielonej herbaty, kratom i czarny kohosh. Na czele znajdują się preparaty MINS, dla których nie można niestety jednoznacznie sprzecyzować izolowanego składnika odpowiedzialnego za destrukcję tego narządu, co dla klinicystów i naukowców stanowi olbrzymie wyzwanie (21).

Aby nie pozostać tak krytycznym wobec SD, należy zaznaczyć, że dysponujemy nielicznymi badaniami sprawdzającymi wybrane substancje i preparaty pod kątem bezpieczeństwa. Dla przykładu w dużym badaniu *The Physicians' Health Study II Randomized Controlled Trial* oceniającym preparaty wielowitaminowe pod kątem redukcji ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych u mężczyzn, nie stwierdzono, aby ich stosowanie wiązało się z istotnym ryzykiem wystąpienia efektów ubocznych chociażby ze strony przewodu pokarmowego (wrzody trawienne, zaparcia, biegunki, nudności, wymioty), zmęczenia, senności, przebarwień skóry i objawów migreny. Wykazano natomiast, że osoby stosujące SD częściej zgłaszały wysypkę skórą. Pojawiły się ponadto kontrowersje dotyczące ryzyka drobnych krawień, chociażby pod postacią hematurii lub krwawienia z nosa (22).

Zdając sobie sprawę, że SD wykazują działania niepożądane, zarówno lekarze, jak i pacjenci powinni wiedzieć, gdzie należy je zgłaszać, jeśli wystąpią. W porównaniu z lekami ta droga jest nieco inna. W przypadku tych pierwszych, zgłaszamy je do wymienionego wcześniej Departamentu Monitorowania Działań Niepożądanych Produktów Leczniczych działającego przy Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Leczniczych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu. W myśl obowiązującej ustawy może to zrobić zarówno lekarz, jak i pacjent. W Polsce urzędem odpowiedzialnym, który należy powiadomić w przypadku działania niepożądanego po zażyciu SD, jest GIS, a w Stanach Zjednoczonych FDA. Niestety nie jest to tak oczywiste, ponieważ badanie kwestionariuszowe przeprowadzone na terenie województwa mazowieckiego wykazało, że 42 proc. pacjentów zgłosiłoby to do Departamentu Monitorowania Działań Niepożądanych (23).

Interakcje – SD a leki

Temat ten jest wciąż marginalizowany. Oceny dokonuje się standardowo, tylko w sytuacji wystąpienia u konsumentów działań niepożądanych lub podczas badań przedklinicznych. Niewiele jest natomiast badań oceniających kliniczne efekty tego zjawiska. Dostępne dane wskazują ponadto na rozbieżności pomiędzy tymi badaniami. Należy pamiętać, że nie każda interakcja ma swoje implikacje kliniczne. Podstawowe interakcje lek – suplement diety mogą obejmować indukację lub zahamowanie wielu enzymów odpowiedzialnych za metabolizm leków, w tym cytochromu P450, UDP-transferazy glukuronowej, a także transporterów leków. Sugeruje się obecnie, że jedynie cztery suplementy roślinne mają swoje implikacje kliniczne. Należą do nich dziurawiec zwyczajny, goldenseal zawierający gorzknik kanadyjski, echinacę i olej czosnku (24).

Podsumowanie

Rola lekarza w procesie edukacji zdrowotnej pacjenta jest nie do przecenienia, szczególnie gdy chodzi o suplementy diety. Dlatego warto w mojej ocenie:

- podczas każdej wizyty pytać pacjenta o przyjmowane suplementy diety, zwłaszcza gdy zamierzamy przepisać lek/leki;
- informować pacjenta, czym są suplementy diety i wskazać różnice pomiędzy nimi a lekami;
- brać pod uwagę, że obserwowany u pacjenta objaw chorobowy może być skutkiem stosowania suplementu, w tym interakcji ze stosowanymi przez pacjenta lekami;
- mieć świadomość, że działania niepożądane należy zgłaszać do GIS. Dobrze wyedukowany przez lekarza pacjent wie, że:
- suplementy diety to nie leki. Lek ma udowodnioną skuteczność, a suplement nie;
- suplementy mogą powodować działania niepożądane, które należy zgłosić do GIS;
- należy informować lekarza o stosowanych suplementach podczas każdej wizyty.



Kazimierza Wielkiego 45 i 43

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Zapewne większość z Was słyszała już o tym, że w marcu bieżącego roku nasza dolnośląska społeczność lekarska wzbogaciła się o kolejną nieruchomość. Jest nią kamienica znajdująca się przy ulicy Kazimierza Wielkiego 43, przylegająca do naszej siedziby mieszczącej się pod numerem 45.

Mimo że elewacje obu sąsiadujących kamienic są zupełnie różne, to oba budynki, nasza obecna siedziba – dawny pałac Selderów i nowo zakupiony – dawny pałac hrabiny Fryderyki von Proskau, były kiedyś funkcjonalnie połączone.

Poprzedni właściciel kamienicy przeprowadził remont dachu oraz elewacji frontowej. Niestety, wewnątrz obiektu wymaga generalnego remontu, a właściwie trzeba je stworzyć od nowa. Jest to zadanie, które Dolnośląska Rada Lekarska powierzyła powołanemu specjalnie w tym celu zespołowi. Ponieważ jako lekarze nie jesteśmy specjalistami w zakresie budownictwa, jeszcze przed wakacjami przeprowadzony został konkurs na stanowisko inwestora zastępczego. Został nim mgr inż. Artur Dąbrowski, który będzie nas wspierał swoją fachową wiedzą.

Następnym krokiem był wybór pracowni architektonicznej, która wykona projekt inwestycji. Do konkursu stanęły trzy firmy. Spośród nich wybór padł na MAZUR Arquitectos & Ingenieros Asociados sp. z o.o. Pracownia, która projektowała również naszą obecną siedzibę, jest reprezentowana przez mgr inż. arch. Beatę Tomczak, prezesa zarządu oraz mgr inż. arch. Artura Iwańskiego, kierownika pracowni.

Kilka tygodni prac architektów oraz kilka spotkań z powołanym zespołem zaowocowały powstaniem projektu koncepcyjnego przebudowy zakupionej kamienicy, który został ostatecznie zatwierdzony przez Dolnośląską Radę Lekarską.

Najważniejszym osiągnięciem projektowym jest połączenie obu kamienic funkcjonującą w budynku 45 klatką schodową. Pozwoli to na znaczne oszczędności – tak miejsca, jak i pieniędzy, gdyż unikniemy konieczności budowy drugiej klatki oraz windy w nowym budynku. Również dzięki temu cały parter kamienicy 43 możemy przeznaczyć na salę konsumpcyjną, która będzie połączona z funkcjonującą już w naszej siedzibie restauracją pn. „Recepta”. Nową atrakcją będzie również ogród zimowy umiejscowiony w patio na tyłach budynku. W ten sposób lokal zyska na funkcjonalności. Liczymy na to, że stanie się popularnym miejscem spotkań nie tylko lekarzy, ale również wszystkich wrocławian.

Cieszy nas również to, że cała jedna kondygnacja nowej kamienicy zostanie przeznaczona na działalność sądu lekarskiego. Znajdzie tam miejsce sala rozpraw, pomieszczenia biurowe oraz oddzielna poczekalnia i sanitariaty. Dzięki temu bardzo poprawią się, dotychczas nie najlepsze, warunki funkcjonowania sądu.

W nowym budynku zaplanowane zostały również dwie



ul. Kazimierza Wielkiego 45



DR N. MED. PIOTR KNAST

Wiceprezes DRL, przewodniczący Zespołu ds. remontu budynku przy ul. Kazimierza Wielkiego 43

W marcu bieżącego roku nasza dolnośląska społeczność lekarska wzbogaciła się o kolejną nieruchomość.



– dwa adresy, jedna siedziba



ul. Kazimierza
Wielkiego 43

Fot. Marek Grotowski, modyfikacja – Magdalena Janiszewska



Wizualizacje: MAZUR Arquitectos & Ingenieros Asociados sp. z o.o.

obszerne sale klubowo-seminaryjne, które chcemy przeznaczyć głównie na cele integracyjne. Mamy już w Izbie kilka funkcjonujących kół zainteresowań: szachowe, taneczne, golfistów. Liczymy na to, że powstaną następne.

Przedstawiona koncepcja istnieje na razie na papierze. Teraz powstać muszą szczegółowe projekty wykonawcze, dotyczące wszystkich branż. Konieczne będzie również uzyskanie licznych pozwoleń administracyjnych. Niestety, w naszych warunkach trwa to zwykle kilka miesięcy. Mamy jednak nadzieję, że już na początku nowego roku rozpoczniemy prace budowlane. Wcześniej w postępowaniu konkursowym wyłonimy generalnego wykonawcę. Oczywiście o dalszych postępach prac będziemy informować na łamach „Medium”.

Członkowie Zespołu ds. remontu budynku przy ul. Kazimierza Wielkiego 43:

1. Piotr Knast (przewodniczący),
2. Paweł Wróblewski,
3. Alicja Marczyk-Felba,
4. Małgorzata Niemiec,
5. Leszek Pałka,
6. Krystyna Gniatkowska-Gładysz,
7. Jacek Kubicki,
8. Andrzej Stawarski,
9. Maria Danuta Jarosz





Jubileusz Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa



Polskie Towarzystwo
Historii Medycyny
i Farmacji
Oddział Wrocław

60 lat

Zródła grafik: www.pixabay.com/photos/number-2013593/ractapopolous,
www.pixabay.com/photos/number-2013601/ractapopolous

POLSKIE TOWARZYSTWO
HISTORII MEDYCYNY
ODDZ. WROCŁAWSKI

POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE
Oddział we Wrocławiu
ul. Pasteura 4

Wrocław, dnia 14.6. 1957r.

ZAPROSZENIE

Zarząd Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego we Wrocławiu zaprasza na
posiedzenie naukowe, które odbędzie się w dniu 19.6.1957
o godzinie 18⁰⁰ w sali wykładowej Klinik Wewnętrznych przy ul. Pasteura 4.

PORZĄDEK DZIENNY:

- Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.
- Kol.H.Wybułt: Demonstracje bibliograficzne z zakresu historii medycyny
- Prof.Z.Stuchly: Działalność i znaczenie Józefa Nusbauma-Hilarowicza /40-lecie śmierci/
- Dr S.Szpilczyński: Książka lekarska na dworze Piastów w Brzegu nad Odrą /z pokazami/
- Zebranie organizacyjne Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny

Sekretarz: Zł. Domosławski

Za Zarząd: Przewodniczący: Zdz. Wiktor

Wyd. - Zam. 426/57 - 2000 - P-18/1544

W tym roku mija 60 lat od powołania do życia Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny. Jubileusze nastroją do podsumowań i refleksji nad tym, co było, jak jest i co przyniesie przyszłość. Im „większa” rocznica, tym więcej wspomnień. Najważniejsze są jednak te dotyczące ludzi, którzy stanęli na naszej drodze, a których dzisiaj spotkać już nie można. Inne odnoszą się do osób, których dokonania zostały zauważone i docenione po latach. Często dopiero przez mikroskop lat można niezależnie i bez emocji ocenić wysiłek, zaangażowanie, a nieraz pasję, ludzi, którzy chcieli zmienić świat, dać narzędzia do rozpoznawania chorób i broń pozwalającą z nimi walczyć.

Wrocławskie tradycje medyczne sięgają wieków średnich, kiedy funkcjonowało już w naszym mieście kilka szpitali. Ich zadania miały charakter bardziej opiekuńczy niż medyczny, niemniej jednak z całą pewnością można je uznać za początki wrocławskiego szpitalnictwa. Wiek XIII był dla Wrocławia bardzo łaskawy. Przynależność do Unii Hanzeatyckiej, lokalizacja na skrzyżowaniu szlaków handlowych Via Regia i Via Imperii dawała miastu większe możliwości rozwoju, ale wymuszała także zapewnienie przybywającym tutaj gościom odpowiedniego poziomu życia, a także opieki medycznej. Do dziś możemy podziwiać pierwszą wrocławską aptekę, która wówczas powstała, a obecnie pełni rolę muzeum farmacji – Dom Śląskiego Aptekarza. W okresie renesansu pierwszą pracę doktorską z zakresu stomatologii napisał wrocławianin Peter Monavius (zob. B. Bruziewicz-Mikłaszewska: 2003).

Za datę powstania medycyny uniwersyteckiej w naszym mieście przyjmuje się dzień 3 sierpnia 1811 roku, kiedy to król pruski Fryderyk Wilhelm III, po połączeniu Uniwersytetu Viadrina z Frankfurtu nad Odrą z wrocławską Akademią Leopoldyńską, powołał do życia wydział medyczny, stawiając na jego czele Karla Augusta Wilhelma Berendsa (zob. B. Bruziewicz-Mikłaszewska: 2012).

Polskie Towarzystwo Historii Medycyny miało swoje początki w okresie międzywojennym w ośrodkach uniwersyteckich Krakowa, Warszawy, Poznania i Lwowa. Podczas II wojny światowej działalność Towarzystwa – co rozumiałe – była zawieszona, jego reaktywacja nastąpiła 12 lat po zakończeniu walki zbrojnej.

Zebranie organizacyjne i założycielskie Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny odbyło się 19 czerwca 1956 roku w ramach cyklicznego posiedzenia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w sali wykładowej Klinik Wewnętrznych przy ulicy Pasteura 4. Pomysłodawcą, założycielem i pierwszym prezesem był prof. Zdzisław Wiktor – internista, nefrolog (zob. J. Dąbrowski: 2011).

Przez lata zmieniali się prezesi Oddziału, byli nimi lekarze (prof. Zdzisław Wiktor, prof. Stanisław Szpilczyński, prof. Tadeusz Heimrath, prof. Zbigniew Domosławski, prof. Krzysztof Wronecki), stomatolog (dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska), historycy (prof. Józef Leszczyński, prof. Wanda Wojtkiewicz-Rok) i farmaceuta (mgr Andrzej Syroka). Zmieniała się siedziba Towarzystwa i miejsca spotkań, cel pozostawał jednak niezmienny – pielęgnowanie pamięci o ludziach, którzy w wybitny sposób przyczynili się do rozwoju medycyny

Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji (1957-2017)

i farmacji, prowadzenie badań historycznych, przygotowywanie prac historyczno-medycznych oraz prezentowanie ich na zjazdach krajowych i zagranicznych. Aktywność naukowa zaowocowała także obroną kilku dysertacji doktorskich z zakresu historii medycyny, a publikacje naukowe i monografie członków towarzystwa cieszą się uznaniem naukowców z tej dziedziny w całej Polsce. Na uwagę zasługuje osoba prof. Waldemara Kozuschka, który będąc ordynatorem oddziału transplantologicznego w niemieckim Bochum, nie zapomniał o swojej *Alma Mater* poświęcając jej wiele publikacji – książek i artykułów naukowych (zob. W. Kozuschek: 2005 i W. Kozuschek: 2007).

Od wielu lat Towarzystwo współpracuje ściśle z Komisją Historyczną i Kultury Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz Stowarzyszeniem Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej. Wspólnie z Komisją Kultury i dr. Jerzym Bogdanem Kosem organizowane były konkursy dla lekarzy poetów i konkursy pamiętnikarskie.

W przededniu jubileuszu powstały dwie książki członków Towarzystwa: monografia wspomnieniowa prof. Bogdana Łazarkiewicza – „Moja Akademia” (zob. B. Łazarkiewicz: 2017), opisująca najważniejsze fakty z życia studenta, lekarza, a potem kierownika kliniki i rektora wrocławskiej Akademii Medycznej, i tom autorstwa dr Magdaleny Mazurak „Kolumbowie. Kardiologia w eponimach” (zob. W. Mazurak: 2016), ukazujący naukowców i wynalazców, którzy zmienili światową kardiologię, a obecnie ich nazwiska są codziennie wielokrotnie wypowiedziane przez lekarzy we wszystkich szerokościach geograficznych.

Comiesięczne wspólne spotkania PTHMiF oraz Komisji Historycznej DRL, które odbywają się w Klubie Muzyki i Literatury, są okazją do przedstawienia ciekawych referatów, wymiany doświadczeń w pracach badawczych z zakresu historii medycyny i nauk pokrewnych. Z inicjatywy prof. Krzysztofa Wroneckiego odsłoniętych zostało we Wrocławiu kilka tablic upamiętniających wybitnych wrocławskich medyków, m.in.: prof. Mieczysława Ziółkowskiego, prof. Jerzego Czernika i prof. Czesława Niżankowskiego.

Towarzystwo, badając fakty z przeszłości, nie pozostaje obojętne na nowości, i stara się za nimi nadążyć. Oddział Wrocławski prowadzi stronę internetową, która jest swoistym memuarem medycyny. Od niedawna jesteśmy także obecni na Facebooku.

Jak przystało na towarzystwo naukowe obchody jubileuszu będą połączone z uroczystą sesją historyczną, która odbędzie się 28 października 2017 r. w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Patronat honorowy nad wydarzeniem objęli JM rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. dr hab. Marek Ziętek oraz prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr n. med. Paweł Wróblewski. Udział w konferencji zgłosili wykładowcy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Uniwersytetu Wrocławskiego, Uniwersytetu Jagiellońskiego, a także przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Nauk Medycznych.

W przeddzień konferencji nastąpi złożenie kwiatów na grobach wrocławskich uczonych oraz członków Towarzystwa, którzy tworzyli Oddział, budowali jego tożsamość, i odeszli na wieczny dyżur. Pamięć o nich żyje w tych, którzy pozostali.

Dariusz Lewera

Bibliografia:

- B. Bruziewicz-Miklaszewska (2003): *Peter Monavius (1551-1588) lekarz wrocławski i jego dysertacja z 1578 roku „De dentium affectibus”, najstarsza w Europie praca doktorska o tematyce stomatologicznej.* „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, 12,6, s. 861-868.
- B. Bruziewicz-Miklaszewska (2012): *200 lat medycyny uniwersyteckiej we Wrocławiu – interna, chirurgia, ginekologia, pediatria.* Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław.
- J. Dąbrowski (2011): *Zdzisław Wiktor, „Forum Bibliotek Medycznych”, 2011, R. 4 nr 2(8) s. 606-624.*
- W. Kozuschek (2005): *Jan Mikulicz-Radecki 1850-1905, współtwórca nowoczesnej chirurgii.* Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- W. Kozuschek (2007): *Rozwój anatomii patologicznej na Uniwersytecie Wrocławskim oraz w Akademii Medycznej we Wrocławiu wraz z zarysem historycznym przedmiotu.* Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- B. Łazarkiewicz (2017): *Moja Akademia.* Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław.
- M. Mazurak (2016): *Kolumbowie. Kardiologia w eponimach.* Medipage, Warszawa.

DR N. MED.

DARIUSZ LEWERA

Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Historii Nauk Medycznych



Fot. z archiwum autora

PROGRAM OBCHODÓW JUBILEUSZU OWPTHMIF

Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji, Komisja Historyczna i Kultury Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Fundacja *Silesia Nova* zapraszają na

Jubileuszową Konferencję Naukową

k która odbędzie się **28 października 2017 roku (sobota)** w dawnej siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Patronat honorowy nad wydarzeniem objęli:

JM rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. dr hab. Marek Ziętek,

prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr n. med. Paweł Wróblewski.

- | | |
|-------------------|--|
| godz. 9.30-10.00 | Rejestracja |
| godz. 10.00-10.10 | Powitanie gości, rozpoczęcie konferencji
– dr hab. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska
– prezes Oddziału Wrocławskiego PTHMiF |
| godz. 10.10-10.30 | 60 lat Oddziału Wrocławskiego PTHMiF
– dr hab. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska,
dr n. med. Dariusz Lewera – OW PTHMiF |
| godz. 10.30-11.00 | „Moja Akademia” – od felietonu do książki
– prof. dr hab. Bogdan Łazarkiewicz, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu |
| godz. 11.00-11.20 | W sercu Europy. Dziedzictwo wrocławskiej medycyny
– dr Magdalena Mazurak, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu |
| godz. 11.20-11.40 | Ludwig Guttmann, wrocławski neurolog, zwany doktorem od godności
– dr Dariusz Lewera, OW PTHMiF |
| godz. 11.40-12.00 | PRZERWA KAWOWA |
| godz. 12.00-12.20 | Towarzystwo Lekarskie Lwowskie 1867-1939
– prof. dr hab. Wanda Wojtkiewicz-Rok, OW PTHMiF |
| godz. 12.20-12.40 | Smoliste panaceum. Dziegieć drzewny w XIX-wiecznych przekazach źródłowych – dr Wojciech Paszyński, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski |
| godz. 12.40-13.00 | Początki liryki karkonoskiej na przykładzie twórczości jeleniogórskiego lekarza-poety Kaspara Gottlieba Lindnera (1705-1769)
– prof. dr hab. Edward Białek, Fundacja Silesia Nova |
| godz. 13.00-13.20 | Otfrid Foerster – twórca światowej neurochirurgii
– prof. Krzysztof Wronecki, OW PTHMiF |
| godz. 13.20-13.40 | Dyskusja |
| godz. 13.40-14.00 | Losowanie książek prof. Bogdana Łazarkiewicza i dr Magdaleny Mazurak.
Podpisywanie książek przez autorów |
| godz. 14.00 | LUNCH |

W przeddzień konferencji – 27 października 2017 r. o godz. 16.00 na wrocławskim cmentarzu przy ul. Bujwida nastąpi złożenie kwiatów na grobach profesorów i członków Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji połączone z odsłonięciem tablicy pamiątkowej poświęconej prof. Otfridowi Foersterowi – twórcy współczesnej neurochirurgii.



Ustawowe zasady współpracy lekarza z pielęgniarkami

Wzawód lekarza wpisana jest bez wątpienia współpraca z pielęgniarkami, stanowiącymi bardzo liczną grupę personelu medycznego. Ogólne zasady tej współpracy reguluje prawo. Dla prawidłowej kooperacji lekarzy z pielęgniarkami bardzo istotna jest ich wiedza na temat zakresu czynności zawodowych, do których są one uprawnione.

Pielęgniarka to zawód medyczny uregulowany ustawowo. Podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki reguluje przede wszystkim Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1251). Generalnie, wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje i prawo wykonywania zawodu. Zgodnie z definicją ustawową wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

1. rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
2. rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
3. planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
4. samodzielnym udzielaniu – w określonym zakresie – świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
5. realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
6. orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
7. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Zgodnie z ustawą z 2011 roku pielęgniarka powinna wykonywać swój zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Do prawnych standardów wykonywania zawodu pielęgniarki, określonych w pragmatyce zawodowej, należy przestrzeganie praw pacjenta. Pielęgniarki wykonują czynności będące świadczeniami zdrowotnymi **na podstawie zlecenia lekarskiego lub bez zlecenia lekarskiego (samodzielnie)**.

Zlecenia lekarskie

Lekarze są uprawnieni do wydawania zleceń będących podstawą do wykonania przez pielęgniarki poszczególnych czynności, stanowiących świadczenia zdrowotne. Za zlecenie lekarskie należy uznać generalnie polecenie lekarza skierowane do pielęgniarki wykonania oznaczonej czynności medycznej/pielęgniarskiej w stosunku do konkretnego pacjenta (np. polecenie podania pacjentowi X leku A w dawce B w formie C). Brak jest szczegółowych przepisów określających zakres informacji, jakie powinno zawierać zlecenie lekarskie. Należy przyjąć, że zlecenie powinno dokładnie określać czynność (w szczególności np. nazwa leku, dawka, sposób podania, czas wykonania itd.), którą ma wykonać pielęgniarka, a także jednoznacznie identyfikować pacjenta, do którego działanie to się odnosi.

Zlecenie lekarskie powinno być napisane czytelnie i zawierać wszystkie dane niezbędne do jego prawidłowego, a także bezpiecznego (dla pacjenta), wykonania. Zlecenie powinno obejmować tylko te czynności, które mieszczą się w zakresie wykonywania zawodu pielęgniarki. Brak jest określonego prawem katalogu/wykazu czynności, które pielęgniarka może wykonywać na zlecenie lekarskie (są natomiast takie, które może ona wykonywać bez zlecenia lekarskiego). Wykaz czynności, które pielęgniarka może wykonywać samodzielnie określa obecnie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017, poz.

Tekst Małgorzata Paszkowska

Zlecenie lekarskie – co do zasady – musi mieć formę pisemną i zostać odnotowane w dokumentacji medycznej!

► 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, Zarządzanie w ochronie zdrowia, a także autorka poradnika *Prawo dla lekarzy*.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/doctor-2568481/jennycepeda – obraz modyfikowany



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/doctor-2568481/jennycepeda – obraz modyfikowany

497). Należy przyjąć, iż możliwe jest wydanie zlecenia lekarskiego na czynność objętą wykazem czynności samodzielnych zawartym w powyższym rozporządzeniu. Wykonanie niektórych zleceń lekarskich (np. związanych z przetoczeniem krwi) wymaga od pielęgniarki dodatkowo posiadania określonych kwalifikacji i umiejętności (np. ukończenia adekwatnego kursu). Zlecenie lekarskie – co do zasady – musi mieć formę pisemną i zostać odnotowane w dokumentacji medycznej! Zgodnie z art. 15 ustawy pielęgniarskiej, pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Jednakże w przypadku zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego dopuszczalna jest forma inna niż pisemna – w praktyce ustna, i brak bieżącego zapisu w dokumentacji medycznej. Lekarz może wydać zlecenie zarówno pielęgniarce o statusie pracowniczym (posiadającej umowę o pracę), jak i o statusie niepracowniczym (posiadającej umowę cywilną).

Obowiązek wykonania zlecenia lekarskiego nie jest bezwzględny. Zgodnie bowiem z ustawą pielęgniarską (art. 15 ust. 3) w przypadku uzasadnionej wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania. Z uwagi na brak konkretnych regulacji prawnych należy przyjąć, że zgłoszenie potrze-

by uzasadnienia może nastąpić w dowolnej formie – zazwyczaj będzie to forma ustna, jednakże powinno być to odnotowane w dokumentacji medycznej. Pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, podając niezwłocznie przełożonemu lub osobie zlecającej przyczynę odmowy na piśmie. Odmowa wykonania zlecenia lekarskiego nie jest możliwa w sytuacji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować fakt odmowy wykonania zlecenia lekarskiego w dokumentacji medycznej.

Dla problematyki zleceń lekarskich istotne jest zdefiniowanie pojęcia „stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego”. Sytuacja taka uzasadnia bowiem pominięcie formy pisemnej zlecenia, uniemożliwia także odmowę wykonania zlecenia przez pielęgniarkę. Ustawa pielęgniarska, a także ustawa lekarska, nie zawierają definicji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. Definicja stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego sformułowana jest natomiast w Ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j.: Dz. U. z 2016, poz. 1868). Zgodnie z art. 3 pkt 8 powyższej ustawy stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może »

być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

W kontekście wykonywania zleceń lekarskich należy pamiętać o prawie pielęgniarki wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz do uzyskania od lekarza pełnej 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.

”
Zgodnie z art. 15 ustawy pielęgniarskiej, pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Jednakże w przypadku zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego dopuszczalna jest forma inna niż pisemna – w praktyce ustna, i brak bieżącego zapisu w dokumentacji medycznej. Lekarz może wydać zlecenie zarówno pielęgniarce o statusie pracowniczym (posiadającej umowę o pracę), jak i o statusie niepracowniczym (posiadającej umowę cywilną).
“

Czynności samodzielne pielęgniarek

Szczegółowy zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, do których uprawnione są pielęgniarki, określało przez ostatnią dekadę Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Rozporządzenie powyższe przestało obowiązywać, ponieważ minister zdrowia wydał nowe rozporządzenie, tj. Rozporządzenie z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017, poz. 497), które obowiązuje od 23 marca 2017 roku (zwane dalej rozporządzeniem z 2017 roku). W świetle rozporządzenia z 2017 roku pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

1. świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

- psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;

2. świadczeń diagnostycznych obejmujących:

- wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment;
- wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie;
- wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- ocenę i monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta oraz poziomu zwiótczenia w trakcie znieczulenia ogólnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;

3. świadczeń leczniczych obejmujących:

- dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- doraźną modyfikację dawki leczniczej produktu leczniczego przeciwbólowego i produktów leczniczych stosowanych w celu łagodzenia bólu u osób objętych opieką paliatywną, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- przygotowanie pacjenta leczonego metodami: ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa (CADO), automatyczna dializa otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja oraz jego rodziny – do współudziału w prowadzonym leczeniu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniar-

stwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;

- e. podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;
4. świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących rehabilitację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

Tak jak poprzednio, samodzielne udzielanie przez pielęgniarki niektórych świadczeń zdrowotnych wymaga dodatkowo posiadania wykształcenia podyplomowego w postaci ukończenia kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych lub posiadania specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa. Ponadto w niektórych przypadkach rozporządzenie wprowadza, co stanowi nowość, cezurę czasową odnoszącą się do wykształcenia (studia, kształcenie podyplomowe). Jest to związane przede wszystkim z programami kształcenia w danym czasie.

W nowym rozporządzeniu znajduje się także wykaz medycznych czynności ratunkowych, które może udzielać pielęgniarka. Pamiętać jednak należy, że uprawnienia te dotyczą tylko tzw. pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Zgodnie z generalną zasadą, wyrażoną w rozporządzeniu z 2017 roku, pielęgniarka i położna może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności: krew żylną, mocz, ślinę, kał, włosy, wyskrobiny z paznokci, wymaz z górnych dróg oddechowych, wymaz z rany, wymaz z dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne.

Wykaz produktów leczniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, określa załącznik nr 3 do rozporządzenia z 2017 roku (obejmuje on 32 konkretne leki-substancje czynne). Są wśród nich m.in.: Acidum acetylsalicylicum, Budesonidum, Captoprilum, Clemastinum, Furosemidum, Glukoza, Hydrocortisonum, Ketoprofenum, Lidocaini hydrochloridum, Metamizolum natricum, Papaverini hydrochloridum, płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny Salbutamolom, Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy, Oxygenium medicinalis(tlen medyczny), Epinephrinum w różnych postaciach tj. tabletek, czopków, maści, a także roztworu do wstrzykiwań i nebulizacji oraz do wlewu dożylnego. Ponadto **pielęgniarka może samodzielnie podawać wszystkie dostępne produkty lecznicze oznaczone symbolem OTC** (czyli leki dostępne bez recepty).

Wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę określa załącznik nr 6 do nowego rozporządzenia. Powyższy wykaz obejmuje:

1. badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów, tj. morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, sód, potas, wapń, kreatynina, glukoza, mleczany, czas protrombinowy, TSH, gazometria z krwi żyłnej, gazometria z krwi tętniczkowej.
2. badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych, tj. białko C-reaktywne, troponina, hemoglobina glikowana, badanie moczu (białko, ciała ketonowe, cukier, test ciążowy).

3. badania przeprowadzane z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych, tj. przezskórny pomiar bilirubiny, pomiar glikemii za pomocą glukometru.

Pielęgniarka wykonująca zawód w podmiocie leczniczym musi informować bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach.

Wystawianie recept przez pielęgniarki

Od 1 stycznia 2016 roku niektóre pielęgniarki mają prawo wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne. Zgodnie bowiem z art. 15a ustawy pielęgniarskiej w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo samodzielnie:

1. ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty;
 2. ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty
- jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Uprawnienie konkretnej pielęgniarki do powyższej ordynacji i wystawiania recept na leki i wyroby medyczne uzależnione jest od poziomu jej wykształcenia/kwalifikacji, a także ukończenia specjalistycznego kursu. Ustawodawca wyłączył z możliwości ordynacji przez pielęgniarki leki zawierające substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie (kontynuacja farmakoterapii prowadzonej przez lekarza np. w zakresie nadciśnienia). Czynność powyższa sprowadza się do wykonania polecenia wydanego przez lekarza i udokumentowanego w dokumentacji medycznej pacjenta. Przekazanie pielęgniarcie zlecenia dalszej ordynacji leków powinno znaleźć odzwierciedlenie w odpowiednim wpisie w dokumentacji medycznej pacjenta (tj. jaki lek, o jakiej mocy, ilości oraz na jakie wskazanie zlecił prowadzący proces terapeutyczny lekarz). Szczegółowe zasady wystawiania recept przez pielęgniarkę reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz. U. z 2015, poz. 1971).



Fot. z archiwum „Medium”



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

Zródła grafiki: www.pixabay.com/photos/money-1236729/tomaszzz,
www.flickr.com/photos/35081927460_85fdf89b9_h/Sole Traedmill
– obraz modyfikowany

Do 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez prezesa GUS, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze.

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

16 sierpnia 2017 r. weszła w życie Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, opublikowana w Dz. U. z 2017 r., poz. 1473.

Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy oraz sposób osiągnięcia najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Pracownikiem wykonującym zawód medyczny jest osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, która jest zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, a także osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Do 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez prezesa GUS, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze.

Podwyższenia wynagrodzenia dokonuje się z uwzględnieniem następujących warunków:

- sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy;
- podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;
- porozumienie zawiera się corocznie do 31 maja (w 2017 r. porozumienie zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy);
- jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w powyższym terminie, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, kierownik podmiotu leczniczego, a w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, podmiot tworzący;
- ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia.

1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10 proc. kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika. Natomiast w terminie od 1 lipca 2018 r. do 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze podwyższa się w każdym roku co najmniej o 20 proc. tej kwoty.

Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

Od 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niż-

sze niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na 31 grudnia 2021 r.

Kontrolę wykonywania przepisów ustawy przeprowadza podmiot tworzący na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej i Państwowa Inspekcja Pracy.

W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonywającej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy.

Do 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto. Załącznik do ustawy określa między innymi następujące grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku i współczynniki pracy:

- lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny – współczynnik 1,27;
- lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny – współczynnik 1,17;
- lekarz albo lekarz dentyista bez specjalizacji – współczynnik 1,03;
- lekarz stażysta albo lekarz dentyista stażysta – współczynnik 0,73.

25 sierpnia 2017 r. weszła w życie Ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2017 r., poz. 1524.

Zgodnie z przepisami ustawy elektroniczna dokumentacja medyczna oznacza dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP:

- umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, z wyłączeniem zleceń na wyroby medyczne;
- określone przez ministra zdrowia rodzaje elektronicznej dokumentacji medycznej, uwzględniające konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji oraz stopień przygotowania usługodawców do prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej.

Usługodawcy są obowiązani prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną w formatach zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej ministra zdrowia. Usługodawcy są obowiązani dokonywać wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych przez ministra zdrowia, zgodnie ze standardami zamieszczonymi w BIP ministra zdrowia.

Minister zdrowia w celu monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, stanu zdrowia usługobiorców, prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych albo programów polityki zdrowotnej, oraz monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, »



jakości i efektywności kosztowej badań diagnostycznych lub procedur medycznych może tworzyć i prowadzić albo tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych osobowych, w tym jednostkowych danych medycznych.

Utworzenie rejestru medycznego może nastąpić na wniosek podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, Narodowego Funduszu Zdrowia albo innych jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra zdrowia. Minister zdrowia może zlecić prowadzenie rejestru medycznego określonego w przepisach rozporządzenia, wymienionym podmiotom. Utworzenie i prowadzenie rejestru medycznego może być finansowane lub dofinansowane przez ministra zdrowia w ramach środków przeznaczonych na finansowanie programu polityki zdrowotnej lub w formie dotacji celowej udzielonej podmiotowi prowadzącemu rejestr medyczny.

Usługodawcy oraz podmioty prowadzące rejestry publiczne i rejestry medyczne są obowiązani do nieodpłatnego przekazywania danych do rejestrów medycznych. Podmiot prowadzący rejestr medyczny jest obowiązany nieodpłatnie przekazywać ministrowi zdrowia, na jego wniosek, dane zawarte w rejestrze medycznym w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczą, lub dane statystyczne na podstawie danych zawartych w rejestrze medycznym, w terminie i w formie wskazanej przez ministra.

Podmiot prowadzący rejestr medyczny nieodpłatnie udostępnia Narodowemu Funduszowi Zdrowia dane gromadzone w rejestrze w zakresie określonym w ustawie. Podmiot prowadzący rejestr medyczny jest obowiązany do stworzenia warunków organizacyjnych i technicznych zapewniających ochronę przetwarzanych danych przed nieuprawnionym dostępem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem, a także ich modyfikacją, uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą.

Administratorem danych gromadzonych w rejestrach medycznych jest podmiot prowadzący rejestr medyczny. Administratorem danych przetwarzanych w Systemie RUM-NFZ jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje nieodpłatnie ministrowi zdrowia, na jego wniosek, dane zawarte w Systemie RUM-NFZ w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczą, lub dane statystyczne na podstawie danych zawartych w Systemie RUM-NFZ, w tym danych udostępnionych NFZ przez podmioty prowadzące rejestry medyczne, w terminie i w formie wskazanej przez ministra, pozwalającej na łączenie informacji między poszczególnymi bazami danych.

Dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej do 31 grudnia 2018 r. Recepty mogą być wystawiane w postaci papierowej do 31 grudnia 2019 r. Skierowania mogą być wystawiane w postaci papierowej do 31 grudnia 2020 r.

Dane zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej udostępnia się od 1 stycznia 2021 r. Usługodawcy są obowiązani do zgłoszenia jednostce podległej ministrowi zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, gotowości podłączenia swoich systemów do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych:

- nie później niż do 31 grudnia 2018 r. – w odniesieniu do recept;
- nie później niż do 30 czerwca 2019 r. – w odniesieniu do skierowań;

- nie później niż do 31 grudnia 2019 r. – w odniesieniu do wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej.

Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach wykonawczych do ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w Systemie Informacji Medycznej.

15 grudnia 2017 r. wchodzi w życie zmiana ustawy Prawo o aktach stanu cywilnego.

Zgodnie z art. 144 ustawy do 1 stycznia 2023 r. karta urodzenia oprócz następujących danych (nazwisko, imię <imiona>, nazwisko rodowe, data i miejsce urodzenia oraz numer PESEL matki dziecka, jeżeli został nadany, miejsce, data i godzina urodzenia dziecka, płeć), zawiera:

- informacje o stanie zdrowia dziecka: długość, ciężar ciała, punkty w skali Apgar;
- informacje o ciąży i porodzie: okres trwania ciąży, wielorakość i miejsce porodu;
- dane o poprzednich ciążach i porodach matki dziecka:
 - a. liczbę dzieci urodzonych przez matkę, w tym żywo urodzonych lub martwo urodzonych;
 - b. datę poprzedniego porodu;
 - c. żywotność poprzedniego dziecka;
- miejsce zamieszkania rodziców dziecka, w tym okres ich przebywania na terytorium RP na obszarze danej gminy, o ile są znane, oraz wykształcenie rodziców dziecka, pozyskiwane przez podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Do 1 stycznia 2023 r. karta martwego urodzenia zawiera dane, o których mowa powyżej oraz czas zgonu płodu i przyczynę zgonu, jeżeli została stwierdzona. **Do 1 stycznia 2023 r. karta zgonu** oprócz danych wymienionych w części przeznaczonej do zarejestrowania zgonu oraz w części przeznaczonej dla administracji cmentarza w celu pochowania zwłok, zawiera, jeżeli są znane:

- informacje o miejscu zgonu, jego przyczynach, osobie stwierdzającej przyczynę zgonu oraz sposobie stwierdzenia przyczyn zgonu;
- w przypadku dziecka do roku życia:
 - a. godzinę urodzenia, informacje o stanie jego zdrowia w chwili urodzenia: długość, ciężar ciała, punkty w skali Apgar;
 - b. informacje o przebiegu ciąży i porodzie: okres trwania ciąży, wielorakość porodu oraz liczbę dzieci urodzonych przez matkę;
- nazwę podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz nazwisko i imię (imiona) sporządzającego kartę zgonu;
- wykształcenie zmarłego;
- miejsce zamieszkania zmarłego, w tym okres przebywania na terytorium RP na obszarze danej gminy.

Do 1 stycznia 2023 r. karta urodzenia i karta martwego urodzenia mogą zostać przekazane kierownikowi urzędu stanu cywilnego w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU WRĘCZONE!

390 absolwentów uczelni medycznych dołączyło w tym roku do dolnośląskiej lekarskiej korporacji zawodowej. Izbowe szeregi zasilili 307 lekarzy i 83 lekarzy dentyistów. 12 i 13 września, podczas uroczystości zorganizowanych w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45, młodzi adepci medycyny odebrali prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu, legitymację lekarską, Kodeks etyki lekarskiej oraz odznakę DIL. Stali się tym samym pełnoprawnymi członkami Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, do której przynależą obecnie 15 481 medyków.

Po raz trzeci w historii Izby stażyci zyskali też możliwość darmowego ubezpieczenia się od odpowiedzialności zawodowej na najbliższe miesiące. Program ubezpieczeniowy „Bezpieczny start” to wspólna inicjatywa DIL i TU Inter Polska. Certyfikaty potwierdzające przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z asystą prawną wręczali adeptom medycyny i stomatologii Anna Knotz, dyrektor Wrocławskiego Oddziału TU Inter Polska i dr n. med. Piotr Knast, wiceprezes DRL.

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

M.J.

Fotoreportaż z uroczystości na s. 28-29

Lekarzy zainteresowanych nabyciem zdjęć w oryginalnej rozdzielczości zapraszamy do redakcji „Medium” z nośnikiem pamięci.

Opis zdjęć ze s. 28.-29, fot. M.J.

1. Uroczystość wręczenia praw wykonywania zawodu lekarzom dentyistom odbyła się 12 września w sali konferencyjnej DIL. Adeptką stomatologii towarzyszącą (od lewej): dr hab. n. med. Danuta Nowakowska – kierownik Zakładu Materiałoznawstwa Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu, dr hab. Małgorzata Radwan-Oczko, prof. nadzw. – dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu, dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska – sekretarz DRL, dr n. med. Paweł Wróblewski – prezes DRL, lek. dent. Alicja Marczyk-Felba – wiceprezes DRL i przewodnicząca Komisji Stomatologicznej DRL, prof. dr hab. Beata Kawala – kierownik Katedry i Zakładu Ortopedii Szczękowej Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu.
2. i 4. Prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego wręczała młodym lekarzom dentyistom lek. dent. Alicja Marczyk-Felba. Ceremonię poprzedziło odegranie pieśni *Floreat Res Medica*.
3. Prof. dr hab. Romuald Zdrojowy – prorektor ds. klinicznych UM we Wrocławiu życzył lekarzom dentyistom, by czerpali przyjemność z uprawianego zawodu.
5. – Witajcie w dolnośląskiej rodzinie lekarskiej. Pamiętajcie, że – jak to w rodzinie – mamy swoje prawa i obowiązki. Życzę wam, by obowiązek ustawicznego kształcenia był dla was w istocie przyjemnością – mówił dr hab. Andrzej Wojnar, m.in. przewodniczący Komisji Kształcenia DRL i Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i ds. Stażu Podyplomowego, do ok. 180 młodych lekarzy zgromadzonych w sali konferencyjnej DIL.
6. Prof. dr hab. Piotr Ponikowski – prorektor ds. nauki UM we Wrocławiu apelował do młodych lekarzy, by nigdy nie zapominali o swoich korzeniach.
7. Radość i wzruszenie rysowały się na twarzach lekarzy stażystów, którzy PWZ odbierali z rąk prezesa DRL dr. n. med. Pawła Wróblewskiego.
8. O tym, jak ważna w pracy lekarza i lekarza dentyisty jest etyka zawodowa przypomniał zebrany dr n. med. Jakub Trnka – przewodniczący Komisji Etyki DRL. – Kodeks etyki lekarskiej, który dziś otrzymacie, jest jak latarnia dla żeglarsza – podkreślał.
9. i 12. Przedstawiając absolwentom imiennie władze samorządu lekarskiego we Wrocławiu, prezes DRL zapewnił o gotowości działaczy Izby i jej pracowników do niesienia pomocy w problemach, jakie młodzi medycy mogą napotkać na progu zawodowej ścieżki.
10. Nikt w dolnośląskim samorządzie lekarskim nie wie tyle o historii medycyny i stomatologii, co dr hab. n. med. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska – przewodnicząca Komisji Historycznej i Kultury DRL. Młodzi lekarze mieli okazję wysłuchać porywającą anegdotę.
11. Władze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zadbały o to, by lekarze stażyci otrzymali nieodpłatnie ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z asystą prawną. Stosowne dokumenty odbierali z rąk Anny Knotz, dyrektor Wrocławskiego Oddziału TU Inter Polska i dr. n. med. Piotra Knasta, wiceprezesa DRL.

M.J.



Fot. z archiwum Bożeny Kaniak

Od lewej: Krzysztof Gdula, lek. dent. Barbara Gdula, Marta Korta, lek. Andrzej Korta, Kazimierz Kimso – przewodniczący Regionu Dolny Śląsk NSZZ „Solidarność”, lek. Bożena Kaniak – przewodnicząca Komisji Socjalnej Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, trener Marek Kędziora.

Kolejne wielkie święto biegania za nami

W zdrowym ciele, zdrowy duch. Lekarze wiedzą o tym lepiej niż ktokolwiek inny, dlatego chętnie włączają się w sportowe inicjatywy. Okazją ku temu był 27. Bieg Solidarności zorganizowany w ramach obchodów XXXVII rocznicy powstania Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”. 9 września 2017 r. na starcie w okolicach hotelu „Wodnik” spotkali się przedstawiciele różnych nacji i zawodów. Łącznie 2,5 tys. amatorów biegania. Wśród nich reprezentanci Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: lek. Bożena Kaniak – przewodnicząca Komisji Socjalnej DRL, lek. Andrzej Korta i lek. dent. Barbara Gdula. Nasi działacze z satysfakcją pokonali dystans pięciu kilometrów. Drugie miejsce w swojej kategorii wiekowej zajęła lek. Bożena Kaniak. Gratulujemy doskonałej formy. Dla wielu zawodników 27. Bieg Solidarności był jedynie rozgrzewką przed 35. Maratonem Wrocławskim. Ten odbył się 10 września.



Prawa wykonywania zawodu wręczone



*Zjazd Absolwentów Akademii Medycznej Oddział Stomatologii
Rocznik 1972 Polanica - Zdrój 8-10.09.2017*

Fot. z archiwum autorki

SZAFIROWE SPOTKANIE

Po 45 latach w Polanicy-Zdroju spotkali się stomatolodzy, absolwenci rocznika 1972. Pierwszego dnia przy grillu i biesiadnej muzyce wspomnieniom nie było końca. W następnym dniu uczestnicy obejrzeli film dokumentalny Leny Kaletowej „200 lat medycyny akademickiej”, który przypomniał naszym nauczycieli z lat młodości i pokazał dzisiejszą potęgę naukową naszego uniwersytetu. Spacer po Polanicy-Zdrój pokazał piękno tego najbardziej zadbanego uzdrowiska w hrabstwie

kłodzkim. Wieczorem jedna z uczestniczek zaprezentowała okolicznościowy film „Dentysta sadysta”, obrazujący historię czterech poprzednich spotkań z dowcipnym komentarzem, i znowu odżyły wspomnienia. Bawiliśmy się w doskonałych nastrojach do późnej nocy i obiecaliśmy sobie spotkać się już za 2 lata. Całe spotkanie zorganizowała jak zwykle p. Patrycja Malec, za co serdecznie jej dziękujemy.

Elżbieta Wronecka

Lato dolnośląskich lekarzy seniorów

Nasze wyjazdy nad Bałtyk stały się już tradycją. Od 7 lat: Międzywodzie, Dąbki, Mrzeżyno, Sarbinowo, Kołobrzeg – na turnusy rehabilitacyjne lekarze seniorzy wybierają się chętnie. Z roku na rok przybywa uczestników, a to dlatego, że ten dwutygodniowy pobyt nad morzem upływa zawsze w rodzinnej atmosferze.

Pogoda była tym razem kapryśna, raz deszcz, raz słońce, ale zmieniła aura nie mogła popsuć nam nastrojów... Zabiegi rehabilitacyjne wpływały pozytywnie na nasze samopoczucie, podobnie jak wycieczki, spacer, rejs statkiem, zwiedzanie Kołobrzegu i Szczecina. Nie obyło się też bez konkursu na najciekawsze przebranie.

Dwa tygodnie minęły jak jeden dzień. Wzmocnieni fizycznie i psychicznie wróciliśmy do naszych domów. Za rok zamierzamy spotkać się nad Bałtykiem ponownie. Serdeczne podziękowania za zorganizowanie udanego wyjazdu do Sarbinowa i Kołobrzegu – Łodzi i Bogusiowi Makucho oraz Adzie Stojek za cierpliwość, wyrozumiałość i pogodę ducha, która udzielała się seniorom.

Isabella Czajkowska

PS 6 września br. wstrząsnęła nami wiadomość o śmierci drogiej naszym sercom Leokadii Makuch. Nigdy o Tobie nie zapomnimy.



Fot. Isabella Czajkowska

A jeżeli marketing to konieczność?

Służba zdrowia, jak sama nazwa wskazuje, jest służbą. W oparciu o prawo, Kodeks etyki lekarskiej, działania na rzecz pacjentów i ma wpisane w swoją misję ratowanie zdrowia oraz życia. Jednak w stale narastającym szumie informacyjnym, w rzeczywistości rynkowej zaczyna się od niej wymagać działań marketingowych, czyli takich, które doprowadzają do zwiększenia sprzedaży, do ich spozycjonowania na rynku, np. jako najczęściej wybierana placówka, do wzbudzenia potrzeby zakupu w umyśle pacjenta. Czy zatem marketing to konieczność?

Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/digital-marketing-1563467/kvrkchowdari,
www.pixabay.com/photos/stethoscope-icon-2316460/mcmurryjulie
 – obraz modyfikowany

Tekst Justyna
Niebieszczańska



Niewątpliwie marketing w służbie zdrowia jest znakiem naszych czasów. Świadczą o tym działania placówek medycznych i publikacje na ten temat. Mówiąc o marketingu usług medycznych mam na myśli usługi komercyjnych świadczeniodawców, którzy prowadzą działalność w formie praktyki lekarskiej lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Prognozy mówią o tym, że branża medyczna będzie jedną z najbardziej rozwijających się. W związku z tym rośnie konkurencja pomiędzy świadczeniodawcami, którzy prześcigają się w pomysłach na pozyskanie pacjenta. W tych okolicznościach marketing staje się nie tylko dobrą alternatywą, dodatkową opcją, ale koniecznością zależną od tego, jakie placówka stawia sobie cele. Coraz częściej zaczynamy mówić o celach biznesowych, a nie o misji i jej realizacji. Bezwzględnie docieramy do swoich potencjalnych pacjentów, którzy stają się klientami. Nie mi osądzać, czy to źle czy dobrze, świat się zmienia i my w jakimś stopniu powinniśmy zmieniać się razem z nim.

Osobiście widzę kilka spraw, które należy przemyśleć zarządzając działaniami marketingowymi. Warto pamiętać, że reklama usług oferowanych przez placówki zdrowotne jest bardzo ograniczona, tj. dopuszcza się jedynie informowanie, a nie reklamowanie. Przekaz nie powinien zachęcać do skorzystania z usługi zdrowotnej, informować o płatności, sprzęcie, sposobach leczenia. Informowanie może się odbywać jedynie poprzez ogłoszenia (na tablicach, w prasie). Stosunek do reklamy regulują określone akty prawne zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej, art. 18b Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, uchwały nr 18/98/III Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 kwiet-

nia 1998 roku. Każdy z nas jest obserwatorem i znajdzie wiele przykładów wokół siebie, kiedy te zasady są lekceważone. Pozostawiam osobistej rozważce każdej osobie, która podejmuje decyzje w zakresie promowania usług medycznych, czy i jak respektuje normy prawne, z których jasno wynika, że perswazja, nakłanianie, zachęcanie do skorzystania usług stoi wbrew prawu. Możemy tylko polegać na informowaniu pacjenta.

„Zadaniem marketingu jest przekształcanie potrzeb społecznych w możliwości osiągnięcia zysku” – to zdanie anonimowego autora jasno definiuje nadrzędny cel marketingu. Daje nam to szansę zdobycia pacjentów, przeprowadzenia procedur medycznych zapewniających zdrowie i komfort życia, ale z drugiej strony – czy chcemy, aby pacjent stał się klientem? Sprzedaż usług medycznych wytwarza zupełnie inne relacje pomiędzy lekarzem, który staje się usługodawcą, a pacjentem, który staje się klientem. Już wcześniej pisałam o tym, jak nurt selling dentistry (podchodzenia do usług stomatologicznych bardzo komercyjnie) doprowadził do tego, że pacjent-klient zaczął wymagać, oceniać, rozliczać. Pacjent obdarza zaufaniem i zawiera, a klient przychodzi po określoną rzecz, usługę, jak do sklepu. Trudno będzie w niektórych sytuacjach zachować pozycję, autorytet lekarza, kiedy odbiorca widzi po drugiej stronie (tylko) kogoś, kto ma wiedzę, zaplecze, aby sprzedać określone rozwiązanie. Dlatego warto rozważyć, jak wygląda komunikacja placówki medycznej, czy nadal jest obecna „misyjność”, czy nie dominuje język sprzedaży. Wierzę, że dobre strategie to takie, w których osiąga się równowagę pomiędzy zobowiązaniem związanym z leczeniem a oczekiwaniem rozwoju biznesowego placówki. Nie jestem przeciw marketingowi – nie ma co walczyć z wiatrakami. Jednak skoro jest obecny, to warto go zaadaptować w taki sposób do swoich działań, aby łączył skuteczność z zachowaniem zaufania, jakim obdarza się lekarzy.

Niektórzy mówią o public relations w kontekście marketingu, z czym oczywiście się nie zgadzam. Cele strategiczne PR są zupełnie inne, jak kształtowanie pozytywnego nastawienia, określonego wizerunku, wzbudzanie zaufania, pozyskanie/pozycjonowanie placówki medycznej czy lekarza w świadomości otoczenia. Działania PR dotyczą zmiany wiedzy, świadomości, a dalej postaw i zachowań. Stawiają na ciągły proces komunikacji, na budowanie relacji nie tylko z pacjentami, ale pomiędzy lekarzami, personelem placówki. Osobiście uważam, że każda placówka powinna mieć swoją strategię na skuteczny dialog z pacjentem, a marketing powinien być dodatkiem i wspierać sprzedaż. Istnieje tak wiele czynników, które potrzebują »



określenia, że plan jest niezbędny. Niestety, z punktu widzenia obserwatora większość działań jest typowo operacyjnych, obliczonych na doraźny rezultat lub wynikających z pałającej konieczności zdobycia pacjentów. Rezultatem są nieprzemysłane działania, niespójne wizerunkowo komunikaty, brak ewaluacji. Problem z marketingiem jest taki, że nie jest on niczemu winien, bo to ludzie tworzą reklamy, oferty promocyjne, które nijak się mają do rzeczywistości, to ludzie wpadają na pomysły ulotek z obniżkami, które nie wiadomo jak i komu rozdawać; marketing nie jest zabawką, ale narzędziem, które służy określonej celowi. Uważam, że najpierw powinno paść najważniejsze pytanie: jakie korzyści z tej promocji wyniosą klienci, pacjenci? Czy korzyścią dla pacjenta jest to, że sprzedano w tym miesiącu 2 razy więcej w porównaniu do poprzedniego?

Myślę, że jedno z najważniejszych pytań w biznesie, nie tylko w kontekście promocji, jest takie: co człowiek, pacjent, klient, będzie z tego miał? Jak poprawi to komfort jego życia? Jaką to niesie dla niego korzyść? Szczególnie w sektorze usług medycznych trzeba oczekiwać takiego świadomego podejścia w komunikacji na temat oferowanych usług. Wszystko zaczyna się od potrzeby ludzkiej, od służenia ludziom. Na tej podstawie i w oparciu o własne zasoby buduje się strategię, czyli długoterminowy plan, który jasno określa cel. Marketing, social media, PR to narzędzia, które mają nas zaprowadzić do celu przy zachowaniu norm prawnych i własnego kodeksu moralnego.

O AUTORCE



Fot. z archiwum autorki

JUSTYNA NIEBIESZCZAŃSKA

Buduje mosty, które łączą ludzi. Specjalista public relations z certyfikatem London School of PR. Od ponad 6 lat zarządza i jest właścicielem Agencji Public Relations BRIDGEHEAD. Od 2010 prowadzi blog o komunikacji, public relations i pisaniu. Specjalizuje się w strategicznym planowaniu, personal PR opartym na intrakomunikacji i komunikacji w branży medycznej. Jeden z niewielu ekspertów dental PR w Polsce. Od 2009 roku realizuje projekt Lecz człowieka, nie chorobę, w którym uczestniczą lekarze dentyści piszący na blogu: lekarze.bridgehead.pl. Współorganizatorka Charmsów Biznesu – jednego z największych wydarzeń skierowanych do przedsiębiorczych kobiet na Kujawach. Manager kanadyjskiej korporacji SciCan na Polskę i kraje nadbałtyckie. Prowadzi w Bydgoszczy spotkania z kreatywnym pisaniem, o których informację znajdziesz na stronie: www.kreatywnepisanie.info. Współautorka przewodnika pt. „Jak zbudować swój wizerunek w 30 dni”. Wydała dwujęzyczny tomik wierszy „Sub rosa”, bo jedną z jej pasji jest poezja. Miłośniczka labradorów i właścicielka jednego z nich.

www.justynaniebieszczanska.com | www.bridgehead.pl

Marketing to koordynacja 4 elementów według koncepcji zaproponowanej przez E.J. McCarthy'ego. Pierwszym jest identyfikacja i rozwój określonego produktu, produktów. W tym konieczne jest określenie korzyści po ich skuteczną komunikację, a skończywszy na wyglądzie zewnętrznym (obraz produktu, opakowanie, zdjęcie). Identyfikacja placówki wyraża się poprzez konkretne elementy: logotyp, listownik, informatory, stronę internetową. Ważna jest jej spójność. Jak ją sprawdzić? Na początek wystarczy wyłożyć na stół wszystkie materiały funkcjonujące w kontakcie z pacjentem, np. wizytówkę, ulotkę, zdjęcie, szyldu etc. i od razu zauważalne są błędy – niczym nieuzasadniona różnorodność form przekazu. Ten element jasno też pokazuje, czy placówka ma strategię i buduje swoją pozycję świadomie, czy prowadzi doraźne działania promocyjne.

Drugim jest cena, w tym polityka cenowa, pozycjonowanie produktu, jego jakości wobec ceny i przemyślenia różnych wariantów. Magia niskiej ceny, obniżki, specjalnej promocji to nie jedyna forma promowania. Trudną decyzją jest określenie, jak przedstawiać ceny, czy na stronie, czy tylko w komunikacji bezpośredniej, czy publikować pełen cennik otwarcie? Jednak najważniejszym jest stworzenie opisu produktu, z którego wynika dla kogo on jest i na jakich warunkach finansowych będzie dostarczany – może być produktem bardzo drogim, ale możemy jego dostępność poszerzyć poprzez informowanie o systemie kredytowania. Spozycjonowanie produktu i jego ceny jest jednym z kluczowych elementów dobrej strategii – uwzględnia potrzeby pacjenta, rentowność usługi, ale również zakłada odpowiedź na pytanie: w jaki sposób wykorzystamy cenę do spozycjonowania placówki? Obniżka to jedna z opcji, a nie jedyne rozwiązanie, o czym wielu zapomina.

Kolejnym elementem jest odpowiedź na pytanie, w jaki sposób najlepiej dotrzeć do pacjenta-klienta. Może poprzez szeroko zakrojoną akcję edukacyjną czy działania reklamowe w social media? Można stworzyć dedykowany placówce lub priorytetowej usłudze fanpage i oprzeć się na rozwiązaniach reklamowych, które oferuje Facebook? Wachlarz możliwości jest bardzo szeroki i determinuje go profil klienta. Jeżeli usługa przeznaczona jest przede wszystkim dla kobiet po 40., np. określony zabieg z zakresu profilaktyki, to warto poprzez edukację i wykorzystanie portali dla kobiet opowiedzieć o korzyściach, które daje. Można również wykorzystać reklamę Google Adwords, jeśli zna się słowa kluczowe, za pomocą których pacjent-klient poszukuje usługi w Internecie. Mamy również coraz więcej eventów dla osób zainteresowanych zdrowiem, kondycją i wyglądem swojego ciała, a to również dobre miejsce, aby się pokazać i porozmawiać z potencjalnie zainteresowaną osobą.

Jeżeli wiadomo do kogo skierowany jest produkt, usługa i informacje o nim są kompletne, a sposób dotarcia do pacjenta-klienta wybrany, to działamy. Właśnie ostatnim elementem według McCarthy'ego jest wdrożenie strategii promocyjnej. Niestety bardzo często spotykam się z tym, że jakieś rozwiązania z zakresu marketingu są wdrażane, ale z pominięciem 3 ważnych elementów, czyli bez przygotowania. Jeszcze gorszym zjawiskiem jest brak sprecyzowania celu i monitoringu, a jak w każdym działaniu musimy wiedzieć, kiedy osiągniemy sukces, a kiedy ponosimy porażkę. Porażkę traktujemy jak ceną lekcję w planowaniu kolejnych promocji. Ewaluacja jest jednym z najważniejszych elementów każdego działania – nie wystarczy „prowadzić działań marketingowych”, bo trzeba jasno określić, które przynoszą korzyści i jakie, a które nie. Marketing to ciągły proces szukania jak najskuteczniejszego sposobu dotarcia do pacjenta-klienta, czyli takiego, który spowoduje określone działania, na którym nam zależy, np. zakup usługi czy udostępniania informacji w mediach społecznościowych.

Nie zapominajmy o marketingu szeptanym. On jest prawdziwym zapisem oceny, pozostawionego wrażenia, wspomnienia, które będzie przekazywane z ust do ust, również przy wykorzystaniu mediów społecznościowych. To jest najlepsza forma promocji. Dlatego tak ważnym jest zadbanie o dobre relacje z osobami, które skorzystały z usługi. W planach marketingowych warto uwzględnić, w jaki sposób skorzystamy z ich opinii, aby przekonać do placówki, lekarza, produktu czy usługi kolejną osobę. Rekomendacje innych wzbudzają zaufanie, a ono jest bezcenne w prowadzeniu jakichkolwiek działań. Gdyby ktoś mnie zapytał, od czego zacząć działania marketingowe, odpowiedziałabym: dowiedz się, jak oceniają placówkę dotychczasowi klienci i wykorzystując ich opinie planuj strategię pozyskania ich jako sprzymierzeńców w docieraniu do kolejnych osób. Wiedza o tym, jakie doświadczenie pozostawia nasza placówka, lekarze, produkt, usługa w umysłach ludzi jest kluczem planowania skutecznych działań promocyjnych. Jasno mówi, jak docierać do pacjenta-klienta i co bezwzględnie wymaga zmiany.

Z poradnika psychopraktyka. Komunikacja lekarz – pacjent

**► LEK. DARIUSZ DELIKAT**

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

Tekst Dariusz Delikat

Fot. z archiwum autora

Rozmowy na tematy tabu

W relacji lekarz – pacjent, w obszarach dotyczących zdrowia i życia pacjenta, nie powinno być tematów tabu. Warto przypomnieć definicję zdrowia przyjętą przez WHO: „Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”. »



Każda rozmowa lekarza z pacjentem z powodu swojej specyfiki wiąże się – dla obu stron – z podniesieniem napięcia emocjonalnego, czyli z pewnym poziomem stresu. Wydawałoby się, że osobą bardziej obciążoną jest pacjent, ale czy naprawdę dzieje się tak w każdym przypadku?

Tematy rozmów lekarza z pacjentem dotyczą zwykle obszarów określanych mianem prywatności. Amerykański filozof i psycholog William James o prywatności mówił: „To jest coś, co jest dla mnie ważne, coś, czego nie chciałbym stracić, coś, do czego wstęp mogą mieć tylko ci, których do tego upoważnię”. W obrębie prywatności znajdują się zagadnienia szczególnie wrażliwe, o których zazwyczaj się nie rozmawia lub rozmawia z wielkim trudem – to tzw. tematy tabu.

Skąd pochodzi określenie tabu? Według wierzeń ludów pierwotnych tabu to zakaz stykania się z pewnymi przedmiotami, osobami, zwierzętami lub wykonywania pewnych czynności, których naruszenie miałyby powodować karę sił nadprzyrodzonych. Określało także sam przedmiot, osobę, zwierzę lub temat objęte tym zakazem. Tabu przeniknęło do naszego języka stając się wg Słownika Języka Polskiego PWN tym, o czym się nie mówi lub co jest zakazane.

Współczesne tematy rozmów lekarza z pacjentem, sprawiające interlokutorom trudności, których w związku z tym często unikają, to na przykład:

- choroby psychiczne – wyzwaniem jest powiedzieć pacjentowi otwarcie, że jego dolegliwości nie mają podłoża somatycznego i należy wdrożyć leczenie psychiatryczne;
- śmierć i umieranie;
- choroby przenoszone drogą płciową;
- AIDS;
- problemy związane z życiem seksualnym, zwłaszcza jeśli dotyczy to ludzi bardzo młodych lub w wieku zaawansowanym czy chorujących;
- tożsamość płciowa...
ale także tematy, z którymi, wydawałoby się, jesteśmy już społecznie obcy – jak otyłość czy nałogi.

Dlaczego tak się dzieje?

Przyczyny oporu w podejmowaniu tematów tabu mogą być różnorodne – umownie możemy podzielić je na:

- psychologiczne (nierealne) – są w naszych głowach, to obawy i lęk przed odrzuceniem, przed ośmieszeniem, przed reakcją pacjenta; wewnętrzne przekonanie, że nie zostaną zrozumiani, że nie będą potrafił przedstawić intencji i powodów poruszania danego tematu. Obawy te wynikają zazwyczaj z braku pewności siebie, ugruntowanych antyasertywnych przekonań, uprzedzeń i stereotypów, braku przekonania co do wartości danego poglądu, czasami ze złych doświadczeń.
 - realne: brak umiejętności komunikacyjnych, brak czasu, brak warunków do prowadzenia rozmów (pomieszczenie niezapewniające prywatności), niewystarczająca wiedza na określony temat.
- Jak walczyć z tymi barierami? Jak je przełamywać? W odniesieniu do przyczyn realnych odpowiedź wydaje się prosta: ćwiczyć umiejętności komunikacyjne, poszerzać wiedzę na tematy tabu, zorganizować miejsce zapewniające intymność itp. Z oporami tkwiącymi w naszych głowach jest znacznie trudniej. Budowanie poczucia pewności siebie, walka z antyasertywnymi przekonaniami to często długi, wymagający samodyscypliny proces, ale możliwy do przeprowadzenia. Więcej uwag na ten temat znajdziecie Państwo w artykule pt. „Asertywność. Postawa asertywna”, cz. I.

W niniejszym artykule, z racji jego objętości, skoncentrujemy się na kwestiach komunikacyjnych. Poniżej przedstawiam dwie „życiowe” sytuacje wymagające od lekarza konkretnych umiejętności. W pierwszej to pacjent zwraca się do lekarza z tematem tabu, w drugiej stroną inicjującą temat jest lekarz.

SYTUACJA 1.

Pan Kowalski, lat 56. Od wielu lat choruje na cukrzycę i nadciśnienie, zgłosił się na rutynowe badanie kontrolne...

Lekarz (po przeprowadzeniu badania): Panie Kowalski cieszę się, że mogę Panu przekazać dobre informacje. Wyniki badań są prawidłowe

– glukoza, lipidy, EKG – wszystko w granicach normy.

Pacjent: Wspaniale. To wszystko dzięki Panu, dobre leki i zalecenia.

L: Gratulacje należą się Panu – same leki to nie wszystko. Trzeba je przyjmować regularnie, i Pan to robi. Nie mniej ważna jest dieta i aktywność fizyczna – jak widać wszystko działa.

P: Strasznie dużo wysiłku mnie to kosztuje, ale się nie poddaję.

L: No i tak trzymać. To co, widzimy się za dwa miesiące lub wcześniej, jeśli zajdzie taka potrzeba.

P: Panie Doktorze...

L: Tak?

P: Mam pewien problem... Nie wiem, jak to powiedzieć. Moja żona, my... lubimy sex. Od kilku tygodni nie mogę jednak sprostać męskim zadaniom.

L: Czemu nie może Pan sprostać? Aha. Przepraszam, nie zrozumiałem. Panie Kowalski, w Pana wieku, a zwłaszcza przy tego typu schorzeniach, takie rzeczy się zdarzają. Trzeba mieć trochę cierpliwości. Wszystko się jakoś ułoży. Proszę przypomnieć mi o tym następnym razem.

P: Dobrze. Dziękuję.

L: Do widzenia.

P: Do widzenia.

”
*Jak zatem zainicjować rozmowę na temat tabu? Po pierwsze zawsze opisuj sytuację – mów o **FAKTACH**; po drugie ujawniaj siebie – powiedz o swoich **UCZUCIACH** (np. że jesteś skrępowany, że boisz się kogoś urazić, że...); po trzecie przedstaw swoje **OCZEKIWANIA** i propozycje.*

“
Co zrobił lekarz? Nie podjął tematu i przeniósł rozwiązanie problemu na później. Prawdopodobnie intencje miał dobre, ale na niespodziewane poruszenie tematu tabu nie był gotowy. Zobaczmy, jak mogłaby ta rozmowa przebiegać, gdyby lekarz zastosował prosty, skuteczny schemat komunikacyjny, dla łatwiejszego zapamiętania określany mianem 4 P:

- okaż zrozumienie, **PRZYMIJ** każdy temat,
- ustal istotę problemu, **PRECYZUJ** (dopytaj);
- **PRZEDSTAW** rozwiązanie;
- **POTWIERDŹ** – ustal, czy wszystko jest jasne, czy rozwiązanie jest satysfakcjonujące, zaplanuj dalsze kroki.

P: Nie wiem, jak to powiedzieć – moja żona (my) lubimy sex. Od kilku tygodni nie mogę sprostać męskim zadaniom.

L: Dziękuję, że mi Pan o tym mówi. Zazwyczaj przychodzi to każdemu z trudem, a przecież dotyczy tak ważnej sfery życia. Co dokładnie ma Pan na myśli mówiąc o męskich zadaniach. Nie czuje Pan pociągu seksualnego czy problem dotyczy erekcji?

P: Erekcji.

L: Jak długo trwa ta sytuacja?

P: Myślę, że dwa miesiące.

L: Czy stosował Pan już jakieś leki, zasięgał porady lekarza?

P: Nie, to takie krępujące...

L: Rozumiem. Proponuję następujące rozwiązanie: najpierw przyrzemy się wszystkim lekom, które Pan stosuje – niektóre z nich mogą powodować tego typu problemy. Jeśli to nie one są przyczyną, zapiszę Panu lek X. Gdyby jednak to nie pomogło, skieruję Pana do specjalisty.

SYTUACJA 2.

Pan Nowak, kierownik sprzedaży w dużym przedsiębiorstwie handlowym, od 4 miesięcy nie może uwolnić się od nawracających infekcji górnych dróg oddechowych i kaszlu. Przeszedł trzy kuracje antybiotykowe. Od kilku dni ponowne nasilenie dolegliwości. W badaniu fizykalnym poza cechami infekcji liczne afty w jamie ustnej.

L (po zbadaniu pacjenta): Panie Nowak widzimy się po raz kolejny. Dwa tygodnie temu zapisałem Panu antybiotyk.

P: Tak, tak, skończyłem go brać w zeszłym tygodniu.

L: Stosował go Pan tak, jak zalecałem? Przebywał Pan w domu?

P: Antybiotyk stosowałem, ale w domu zostać nie mogłem. Musiałem załatwić w pracy kilka ważnych spraw.

L: Hmm? Pan często podróżuje, prawda?

P: Tak, rzeczywiście.

L: A w podróży, poza domem człowiek jest samotny, potrzebuje towarzystwa. Może miał Pan jakieś ryzykowne spotkanie?

P: Co też Pan sugeruje?

L: Nie sugeruję. Chciałem tylko zapytać, czy nie miał Pan jakiegoś podejrzanego kontaktu intymnego.

P: No wie Pan, jestem żonaty, odpowiedzialny. I co to ma wspólnego z moim zdrowiem?

L: Istnieją choroby obniżające odporność, które mogą wynikać z ryzykownych kontaktów. Czasami warto brać je także pod uwagę.

P: To mnie nie dotyczy.

L: Rozumiem, nie chciałem Pana urazić.

Jak można określić zachowanie lekarza? To klasyczne unikanie bezpośredniego przedstawienia sprawy. Lekarz nie mówi wprost, sugeruje, snuje przypuszczenia. A problem nazywa dopiero wtedy, gdy pacjent zaczyna zachowywać się w sposób obronny. Ale wtedy zazwyczaj jest już za późno.

Jak zatem zainicjować rozmowę na temat tabu? Proponuję wypełnić swoimi zdaniem poniższy schemat komunikacyjny. Podobnie jak poprzednio zapamiętajmy go jako akronim FUO (fakty, uczucia, oczekiwania):

- po pierwsze zawsze opisz sytuację – mów o **FAKTACH**;
- po drugie ujawniaj siebie – powiedz o swoich **UCZUCIACH** (np. że jesteś skrępowany, że boisz się kogoś urazić, że...);
- po trzecie przedstaw swoje **OCZEKIWANIA** i propozycje.

Gdyby lekarz wykorzystał powyższe sugestie, rozmowa mogłaby potoczyć się tak:

P: Antybiotyk stosowałem, ale w domu zostać nie mogłem. Musiałem załatwić w pracy kilka ważnych spraw.

L: Hmm? Pan często podróżuje, prawda?

P: Tak, rzeczywiście.

L: Zastanawiam się, co jeszcze powinniśmy wziąć pod uwagę w sytuacji powtarzających się infekcji. Może są wynikiem obniżenia odporności. Wśród chorób powodujących taką sytuację znajduje się zespół nabytego niedoboru odporności, znany pod nazwą AIDS. Czuje się niezręcznie zadając Panu takie pytanie, niemniej w tej sytuacji jest ono ważne. Czy miał Pan może w ostatnich miesiącach jakieś ryzykowne kontakty intymne? A może jakieś zabiegi kosmetyczne, terapeutyczne związane z przerwaniem ciągłości skóry czy błony śluzowej?

P: Co też Pan sugeruje?

L: Nie sugeruję. Poszukuję przyczyny stanu Pana zdrowia. Chciałbym, abyśmy nie pominęli czegoś ważnego. Dlatego proponuję wykonanie badania w kierunku HIV.

P: Dobrze, tak zrobię.

L: Dziękuję za zrozumienie. Zatem zrobimy tak... Z wynikiem proszę się zgłosić na badanie kontrolne.

Kilka uwag podsumowujących

- We współczesnym społeczeństwie liczba tematów tabu maleje – coraz więcej osób chce i nie obawia się rozmawiać o tym, co jeszcze niedawno było niestosowne, krępujące lub wstydlive.
- W relacji lekarz – pacjent, w obszarach dotyczących zdrowia i życia pacjenta, nie powinno być tematów tabu. Warto przypomnieć definicję zdrowia przyjętą przez WHO: „Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”.
- Jeśli robię to w interesie pacjenta, mam prawo do poruszania każdego związanego z nim zagadnienia.
- Odtabuizowanie danego tematu powinno odbyć się najpierw w umyśle lekarza.
- Umiejętności komunikacyjne pozwalające na prowadzenie rozmów na tematy tabu stają się częścią kompetencji decydujących o profesjonalizmie lekarza.

Piśmiennictwo:

Drabik L., Kubiak-Sokół A., Sobol E., Słownik języka polskiego PWN, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

Davis M., Fanning P., McKay M., *Sztuka skutecznego porozumiewania się*, GWP, Gdańsk 2017.

Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Reklama

Den-med
CENTRUM STOMATOLOGII

Aplikacje
kontakt@stomatologiadenedmed.pl

W razie pytań prosimy o kontakt telefoniczny
0 601 98 67 92

Centrum Stomatologii Den-Med
specjalistyczna przychodnia stomatologiczna w Zielonej Górze
zapewniająca od 14 lat pacjentom wszechstronną opiekę stomatologiczną
na najwyższym poziomie

zatrudni
LEKARZA STOMATOLOGA

Oferujemy:

- stanowisko w przyjaznym, sympatycznym zespole;
- pracę w gabinetach kompleksowo i nowoczesnie wyposażonych (rug, pantomograf, mikroskopy stomatologiczne w każdym gabinecie);
- pracę poza systemem świadczeń NFZ;
- pracę w systemie „na cztery ręce” w stałym zespole z doświadczoną higienistką stomatologiczną;
- możliwość rozwoju zawodowego łącznie z dofinansowaniem kursów specjalistycznych;
- indywidualnie ustalone godziny pracy;
- atrakcyjne zarobki;
- elastyczność w wyborze formy zatrudnienia;
- możliwość znalezienia mieszkania.



Ograniczona dostępność terapii: prawa po stronie pacjenta



Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej to sztuka dokonywania odpowiedzialnych wyborów mających na celu jak najlepsze dysponowanie ograniczonymi zasobami. W praktyce takie zadanie nie jest pozbawione trudności – społeczeństwo oczekuje bowiem, że ograniczoność wpisana w system ochrony zdrowia nie doprowadzi do powstania nierówności w zdrowiu.

Tekst
Mariusz Kielar



Fot. z archiwum autora

**MARIUSZ
KIELAR**

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

LIMIT PRZYJĘĆ

Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/dentist-2340301/Westfrisco, www.pixabay.com/photos/barrier-2309828/succo, www.pixabay.com/photos/stop-sign-35069/29611 – obraz modyfikowany

Dostępność do leków i technologii medycznych we współczesnym systemie opieki zdrowotnej podlega licznym ograniczeniom. W języku prawniczym podobne wyrażenie nazywane jest czasem faktem notoryjnym, czyli powszechnie znanym, niewymagającym specjalnego uzasadnienia faktycznego. W tym przypadku decyduje bowiem sama logika gospodarowania zawsze ograniczonymi zasobami opieki zdrowotnej. Wymusza ona podejmowanie przez polityków zdrowotnych działań postrzeganych m.in. przez pacjentów i świadczeniodawców jako ograniczanie dostępności do leczenia, podczas gdy dla ich autorów są to decyzje przywracające konieczną równowagę w strukturze zasobów opieki zdrowotnej.

Z tych samych przyczyn istnienie mechanizmów równoważących stanowi integralną funkcję zarządzania systemem opieki zdrowotnej. Nie oznacza to jednak, że prawa pacjenta do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają być podporządkowane ogólnym decyzjom organizatorów ochrony zdrowia. Przeciwnie – to właśnie uprawnienia pacjenta mają stanowić inspirację do wypracowania przez decydentów optymalnych rozwiązań gwarantujących możliwie największą pod względem możliwości systemu opieki zdrowotnej dostępność do usług medycznych. Do obiektywnego i sprawiedliwego rozstrzygnięcia, które z nich zasługują na finansowanie ze środków publicznych, a które mają być wyłączone z tego przywileju, służy proces oceny technologii medycznych. Jak zatem przedstawia się kwestia uprawnień pacjenta w sytuacji ograniczonej dostępności do leczenia?

Konstytucja, czyli dokument o najwyższej mocy prawnej, gwarantuje nam prawo do ochrony zdrowia, które przysługuje każdemu i jest absolutnie bezwarunkowe. Jednocześnie w ust. 2 art. 68 Konstytucji jest mowa o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W rzeczywistości mamy w tym przypadku do czynienia z dwoma różnymi uprawnieniami, z których tylko drugie jest prawem ograniczonym przez to, że przysługuje wyłącznie obywatelom, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. W kontekście tzw. słabszych grup społecznych (m.in. pacjentów z chorobami sierocymi) szczególnie istotny jest zapis konstytucyjny przyznający szczególnie status i specjalną ochronę dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

W 2004 roku na podstawie powyższego przepisu Trybunał Konstytucyjny ogłosił przełomowy i odważny w interpretacji wyrok dotyczący ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Trybunał zauważył i potwierdził w nim zasadę ograniczoności wbudowaną w system opieki zdrowotnej. Było to konieczne, ponieważ ustawa, co do której orzekł Trybunał, została skonstruowana na fikcji powszechnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Obowiązywała bowiem zasada, w myśl której pacjentom przysługiwały wszystkie rodzaje świadczeń zdrowotnych za wyjątkiem sformułowanego w załączniku do ustawy katalogu negatywnego zawierającego niewielką ilość procedur.

Trybunał Konstytucyjny wskazał, że określenie rodzaju poszczególnych świadczeń wpisanych do katalogu świadczeń wraz z jednoczesnym zagwarantowaniem pacjentom realnego dostępu do świadczeń i realizacji prawa do ochrony zdrowia należy do legislatora. Najważniejsze fragmenty sentencji wyroku zamieszczono poniżej: *Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny – o czym niżej) stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Nie chodzi o dostępność formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze programowym, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia. System ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości* (sprawa K 14/03).

Regulacje obowiązującej Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowią przykład modelowego rozwiązania prawnego w obszarze kształtowania uprawnień świadczeniobiorców usług zdrowotnych. W innych krajach prawa

pacjenta są często rozproszone w różnych innych aktach prawnych, np. w kodeksach cywilnych oraz innych przepisach. Tymczasem w Polsce istnieje jedna ustawa kompletująca w jednym miejscu całość regulacji prawnych odnoszących się do praw pacjenta. W kontekście zapewnienia dostępności do leczenia szczególnie istotne są dwa uprawnienia i jedna zasada prawna, którą na podstawie tychże praw wywodzi Sąd Najwyższy.

Pierwsze z nich to prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1). W praktycznej interpretacji tego przepisu trzeba pamiętać, że pomimo braku wyraźnie zapisanej formuły ograniczającej zakres tych świadczeń wynika ona z funkcjonowania samego systemu opieki zdrowotnej. Jednak nawet wówczas, gdy świadczenia zdrowotne muszą być ograniczane w kontekście ilościowym, nie mogą być ograniczane w rozumieniu ich jakości. Tym samym wszystkie świadczenia ujęte w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych muszą być zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Druga zasada to tzw. prawo do kolejki, czyli uregulowanie sytuacji, w której istnieją ograniczenia co do dostępu do świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (art. 6 ust. 2). Istotnym uzupełnieniem powyższych regulacji prawnych jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2012 roku (III CSK 227/11) stwierdzający, że: (...) *w demokratycznym państwie prawnym jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do zdecydowania o samym sobie, w tym do wyboru metody leczenia*.

W oparciu o przepisy przedmiotowej ustawy w naszym kraju funkcjonuje instytucja Rzecznika Praw Pacjenta. Organ ten publikuje coroczne sprawozdania ze swojej działalności. Ze sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta za 2015 rok wynika, że prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej jest „prawem naruszonym w stopniu wysokim”. Skoro zatem realizacja części uprawnień pacjenta pozostaje wciąż problematyczna, warto zadać pytanie, w jaki sposób pacjent może dochodzić ich respektowania?

Za punkt wyjścia do odpowiedzi na powyższe pytanie przyjmuje się ogólną zasadę prawną wynikającą z ustawy o prawach pacjenta, zgodnie z którą wszystkie organy publiczne i podmioty prywatne (np. lekarze, szpitale) mają obowiązek stosowania praw pacjenta. W szczególności stwierdza się, że: (...) *przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych* (art. 2). Jednocześnie w razie zawinionej naruszenia tychże praw *sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę* (art. 4 ust. 1).

Prawo do dochodzenia zadośćuczynienia jest zatem wprost powiązane z naruszeniem praw pacjenta i – co ważne – nie wymaga wykazania zaistnienia szkody. Już sam fakt naruszenia praw pacjenta (np. prawa do informacji o stanie zdrowia, etc.) stanowi okoliczność powodującą, że pacjent może ubiegać się o zadośćuczynienie – niezależnie od tego, czy poniósł szkodę, czy też nie. Obecnie na wokandy sądów krajowych i zagranicznych toczą się sprawy, w których przykładowo przed przeprowadzeniem zabiegu chirurgicznego nie poinformowano pacjenta w sposób wystarczający o alternatywach terapeutycznych czy rokowaniach. Zabieg ten zakończył się pomyślnie, a pacjent uzyskał zadośćuczynienie tylko ze względu na fakt naruszenia jego prawa do informacji.

Praktyka pokazuje jednak, że mechanizm uzyskiwania zadośćuczynienia w podobnych przypadkach nie funkcjonuje w sposób skuteczny, gdyż nie pasuje do kształtu obecnego systemu, w ramach którego udzielane są świadczenia zdrowotne. Otwartym pytaniem pozostaje, do kogo adresować swoje prawo i wobec kogo wykazywać zawinienie rozumiane w sensie ogólnej odpowiedzialności z tytułu naruszenia należytej staranności. Dostępność do świadczeń zdrowotnych warunkują bowiem złożone relacje wzajemne różnych interesariuszy systemu opieki zdrowotnej. Idąc od góry hierarchicznej struktury decyzyjnej proces ustalania koszyka świadczeń gwarantowanych oraz podejmowania decyzji o refundacji leków należą do kompetencji ministra zdrowia. »



W przypadku niektórych grup leków (np. w terapii AIDS, hemofilii) podlegają procedurze zakupu centralnego przez zakład działający przy Ministerstwie Zdrowia. Na niższym szczeblu systemu Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wydaje zarządzenia w sprawie kontraktowania świadczeń zdrowotnych na poziomie dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ ze szpitalami oraz określa warunki kontraktowania. To właśnie one określają *de facto*, które konkretnie świadczenia zdrowotne będą dostępne dla pacjenta na poziomie szpitala, czyli w miejscu „styku” pacjenta z systemem opieki zdrowotnej. W tym punkcie pacjent oczekuje też od szpitala uzyskania świadczeń zdrowotnych udzielanych w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej.

Z jednej strony jest zatem wycena przygotowana przez płatnika za świadczenia zdrowotne (niekoniecznie te spełniające wymogi aktualnej wiedzy medycznej) i oczekiwanie pacjenta do uzyskania świadczeń zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej, którego można dochodzić w sądzie. Z drugiej zaś strony zakres praw pacjenta określają rozporządzenia ministra zdrowia, decyzje refundacyjne i zarządzenia prezesa NFZ, w tworzeniu których pacjent – co do zasady – aktywnie nie uczestniczy. Co prawda w nowszym orzecznictwie można znaleźć zapisy świadczące o potrzebie włączania pacjentów w proces przygotowywania regulacji prawnych (np. w przypadku procedury refundacyjnej), a nawet przykłady praktyk ministra zdrowia związanych z uzgadnianiem treści programów lekowych z opiniami pacjentów, lecz ani decyzje refundacyjne, ani zarządzenia prezesa NFZ nie są dla pacjentów zaskarżalne.

Na ograniczoną dostępność do leczenia w systemie opieki zdrowotnej mają również wpływ istniejące luki prawne w zakresie realizacji praw pacjentów. Pierwszy przykład dotyczy realizacji samego prawa pacjenta do ochrony zdrowia. Konstytucja w art. 68 ust. 1 gwarantuje dla wszystkich bezwarunkowo, nieograniczone prawo do ochrony zdrowia. Życie pisze jednak czasem zgoła różne scenariusze, dla których w obecnym stanie prawnym trudno znaleźć optymalne rozwiązanie. Problem pojawia się w sytuacji, gdy pacjent wyczerpał wszystkie opcje leczenia dostępne w Polsce, a jedyną szansą jest obiecująca, ratująca życie terapia lekiem niezarejestrowanym, będącym w fazie badań klinicznych lub rejestracji. Czy taki pacjent – często znajdujący się w ciężkim stanie klinicznym – może uzyskać dostęp do takiego leku?

Okazuje się, że co do zasady nie jest to możliwe. Jeśli taki pacjent nie został zakwalifikowany do badania klinicznego ani nie jest w określonej sytuacji, w przypadku której minister zdrowia wydał zgodę na czasowe dopuszczenie leku do obrotu, nie ma niestety szansy otrzymać potrzebnego leku w Polsce. Nasz kraj stanowi przy tym niechlubny wyjątek w zakresie stosowania tzw. procedury *compassionate use*, czyli dostępu do leków znajdujących się w fazie badań klinicznych albo w fazie rejestracji dla osób ciężko chorych. Takie rozwiązanie funkcjonuje w wielu krajach Unii Europejskiej, pozwala na nie także legislacja unijna, lecz w Polsce przez wiele ostatnich lat nie zrobiono w tym zakresie znaczących postępów.

Drugi przykład stanowi pewien wariant przykładu pierwszego: pacjent uczestniczył w badaniu klinicznym, które zostało zakończone. Przyjmował lek, który mu pomagał, ale który nie jest jeszcze zarejestrowany. Czy pacjent po zakończeniu badania może nadal przyjmować taki lek? Niestosowanie wspomnianego wyżej mechanizmu *compassionate use* powoduje, że jest to bardzo problematyczne i w polskich realiach praktycznie niemożliwe do zrealizowania. I to nawet pomimo zachęt m.in. Deklaracji Helsińskiej dla krajów, firm farmaceutycznych i sponsorów badań klinicznych do przekazywania w takiej sytuacji leków pacjentom, którzy korzystali z nich wcześniej i odnieśli korzyść kliniczną.

Kolejne zagadnienie dotyczy nie tyle dostępu do leczenia, czyli realizacji prawa do ochrony zdrowia, co realizacji prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych (tj. kwestii zakresu sytuacji świadczeń gwarantowanych). Przykład pierwszy dotyczy sytuacji, w której pacjent potrzebuje leku nierefundowanego lub refundowanego, ale w innym wskazaniu lub też pacjent nie spełnia kryteriów włączenia do programu lekowego. Tymczasem w polskim systemie prawnym co do zasady nie ma praktycznie sytuacji refundacji terapii, który wykracza poza przyjęty standard.

W przeszłości funkcjonował format tzw. chemioterapii niestandardowej, który wygasł i nie został przedłużony. Aktualnie system

opiera się na refundacji terapii w zakresie ściśle określonym. Można jest jedna, jedyna okoliczność, kiedy pacjent może indywidualnie – biorąc pod uwagę swoją własną sytuację – ubiegać się o refundację leku, który nie jest objęty refundacją: kiedy lek jest niezarejestrowany w Polsce i jest sprowadzany w drodze importu docelowego.

Prawdziwym nieszczęściem dla pacjenta może być scenariusz, w którym lek jest zarejestrowany i jest niedostępny albo jest zarejestrowany i jest dostępny – nie ma wówczas opcji refundacji zgodnie z polskim prawem refundacyjnym. Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało co prawda wprowadzenie tzw. mechanizmu ratunkowego dostępu do technologii medycznych, ale na razie ta koncepcja nie jest dalej procedowana. Nadal więc biorąc pod uwagę sztywny gorset krajowych przepisów refundacyjnych najlepiej jest być pacjentem standardowym, czyli takim, który dokładnie mieści się w zakresie refundowanych wskazań do zastosowania leku, podlega kryteriom włączenia do programu lekowego, a nie podlega kryteriom wyłączenia.

W drugim przypadku pacjent decyzją zespołu kwalifikacyjnego (z wątpliwym uzasadnieniem) zostaje usunięty z programu lekowego. Zaskarżanie takiego uzasadnienia jest problematyczne o tyle, że taka decyzja nie stanowi aktu prawnego – to najczęściej pismo, które pacjent dostaje do domu i które nie posiada statusu decyzji administracyjnej. W takiej sytuacji właściwie jedyną dopuszczalną formułą zaskarżenia takiej decyzji jest uznanie jej za pewien rodzaj aktu prawnego, który jako inny akt może być rozpatrzony przez sąd administracyjny. Taka ścieżka postępowania wciąż nie jest jednak jednoznaczna.

Wiele problemów pacjentów w dostępie do świadczeń zdrowotnych wynika z kwestii ich kontraktowania. W rezultacie dochodzi do powstania paradoksalnej sytuacji, w której leczenie co prawda jest dostępne, ale w odległych terminach lub określony w umowie szpitala z NFZ limit wyczerpał się na dany rok bądź też formalnie dany program terapeutyczny jest, ale niezaktraktowany. Bardzo często taki stan rzeczy wynika wyłącznie z winy płatnika, natomiast jak wspomniano wcześniej zarządzenia prezesa NFZ, czyli akty regulujące zakres świadczeń i umowy ze świadczeniodawcami, są dla pacjentów niezaskarżalne.

Podsumowując, z prawnego punktu widzenia system opieki zdrowotnej zakłada ograniczenia w dostępie do terapii. Nie byłoby bowiem realne – na co zwrócił już uwagę Trybunał Konstytucyjny – żeby polski katalog świadczeń gwarantowanych był nieskończony. Niemniej jednak świadczenia posiadające status gwarantowanych powinny być realnie dostępne oraz zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Jednocześnie każdy pacjent musi mieć możliwość dostępu do ochrony zdrowia poza systemem świadczeń gwarantowanych. W Polsce ta kwestia rodzi wiele problemów. Ze względu na błędne sformułowanie przepisów ustawowych leki podawane pacjentom w szpitalach muszą być darmowe – pacjent nie może za nie płacić z własnej kieszeni. Powoduje to realne „zamknięcie” pacjentów w „klatce” finansowania publicznego bez możliwości uzyskania koniecznego leczenia.

W obecnym kształcie systemu opieki zdrowotnej pacjenci – co do zasady – nie biorą udziału w kształtowaniu zakresu refundacji. Faktem jest natomiast, że organizacje pacjenckie ubiegają się o uzyskanie takiego dostępu, sądy uznają ich prawo do podejmowania takich działań, a Ministerstwo Zdrowia zapowiada zmiany w tym zakresie. Brak procedury indywidualnego finansowania terapii na wzór funkcjonującej wcześniej chemioterapii niestandardowej prowadzi do różnicowania pacjentów na tych „mieszczących się w systemie” (pacjentów standardowych) i „problematycznych” (pacjentów niestandardowych).

Mechanizm zadośćuczynienia przewidziany przez ustawę o prawach pacjenta rodzi kluczowy problem prawny: kto ponosi winę za brak lub ograniczony dostęp do świadczeń gwarantowanych? Kogo pacjent może w takiej sytuacji skarżyć? Istnieją pewne indywidualne mechanizmy prawne, które są używane w takich przypadkach pozwalające ustalić zakres świadczeń bądź też odwoływanie się do sądu administracyjnego. Trzeba jednak pamiętać, że nie są to mechanizmy prawne przewidziane *stricte* pod ochronę praw pacjenta.

Tekst opracowano na podstawie materiałów konferencyjnych VI edycji Letniej Akademii Onkologicznej dla Dziennikarzy zorganizowanej w dniach 10-12 sierpnia 2016 r. w Warszawie przez Fundację im. dr. Macieja Hilgiera przy współpracy z Health Project Management oraz Polską Ligą Walki z Rakiem i pod merytorycznym patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

Lekarzu chroń się sam!!!



Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/dentist-2340301/Westfrisco,
www.pixabay.com/photos/shield-1086702/IQ-Images –
obraz modyfikowany



Fot. z archiwum autorki

**DR N. EKON.
GRETA KANOWNIK**

Ekspert ochrony zdrowia

„
Jak podaje Menedżer Zdrowia, w ciągu roku o ponad 30 procent wzrosła liczba postępowań w sprawie błędów lekarskich. Wynika to ze wzrostu aktywności śledczych. W roku 2016 prokuratury w całym kraju prowadziły 4963 postępowania dotyczące zarówno śmierci pacjentów, jak i ciężkiego uszkodzenia ciała. To o blisko 32 proc. więcej niż w 2015 roku. Nawet adwokaci przyznają, że poprawiła się jakość postępowań. Aktywność śledczych dostrzegają też lekarze. Spraw sądowych o tzw. błędy lekarskie jest co raz więcej.

“

Jak podaje „Menedżer Zdrowia”, w ciągu roku o ponad 30 procent wzrosła liczba postępowań w sprawie błędów lekarskich. Wynika to ze wzrostu aktywności śledczych. W roku 2016 prokuratury w całym kraju prowadziły 4963 postępowania dotyczące zarówno śmierci pacjentów, jak i ciężkiego uszkodzenia ciała. To o blisko 32 proc. więcej niż w 2015 roku. Nawet adwokaci przyznają, że poprawiła się jakość postępowań. Aktywność śledczych dostrzegają też lekarze. Spraw sądowych o tzw. błędy lekarskie jest coraz więcej. Ważne jest zatem, by uzmysłowić sobie wagę problemu i by personel medyczny miał świadomość, jak ważne jest obecnie postępowanie zgodnie z procedurami i zdrowym rozsądkiem, by w razie wystąpienia przykrych sytuacji wiedzieć, jakie prawa i obowiązki ma biały personel oraz pacjent. Zanim jednak przejdziemy do omawiania tematu w zakresie błędów lekarskich, należy zwrócić uwagę na istotną kwestię, a mianowicie rozróżnienie pomiędzy błędem lekarskim a niepowodzeniem lekarskim. Bardzo często zdarza się, że choć leczenie nie powiodło się, lekarz nie ponosi żadnej odpowiedzialności. Dzieje się tak dlatego, iż mamy do czynienia z tzw. niepowodzeniem lekarskim, za które lekarz nie odpowiada.

Ogólnie rzecz biorąc niepowodzenie polega na tym, że wystąpił negatywny efekt leczenia, choć doszło do prawidłowego rozpoznania choroby, zastosowano właściwe leczenie oraz otoczono pacjenta staranną opieką. Podczas procesów związanych z popełnieniem błędu medycznego biegli sądowi wypowiadają, czy błędu można było uniknąć, czy dany przypadek można zaliczyć do niezawinionego niepowodzenia. Najczęstsze przyczyny niepowodzenia lekarskiego to: rodzaj choroby, jej przebieg, dostęp do leczenia, zbyt późne zgłoszenie się do lekarza, czy też nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjenta. Przykładowo można wskazać sytuację osoby, u której doszło do zawału mięśnia sercowego. Lekarz zalecił zmianę trybu życia, pozbycie się nadwagi, rzucenie palenia, większą aktywność fizyczną. Tymczasem pacjent nie zmienił swoich nawyków, nie zastosował się do żadnego z zaleceń lekarza. W takiej sytuacji nie możemy mówić o odpowiedzialności lekarza za błąd, jeżeli pacjent zmarł. Lekarz nie naruszył reguł sztuki lekarskiej, działał z należytą starannością.

Z praktyki wynika, że najczęściej z niepowodzeniem mamy do czynienia w tzw. chorobach piorunujących, rozwijających się bardzo szybko, czy też w takich, które nie dają żadnych objawów. Najbardziej widocznym przykładem są choroby nowotworowe, które przez wiele lat mogą się rozwijać bez żadnych objawów, po czym następuje gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia, a nierzadko śmierć pacjenta. Zawsze należy się liczyć z tym, że proces leczenia może się nie powieść z przyczyn, na które lekarz nie ma żadnego wpływu. A zatem zasadnicza różnica pomiędzy błędem a niepowodzeniem lekarskim polega na tym, że niepowodzenie wynika z nieuchronności procesów chorobowych a nie z winy lekarza.

Niepowodzenie należy do tzw. ryzyka zawodowego lekarzy. Tymczasem o błędzie mówimy wtedy, gdy lekarz zaniedbał dokonania pewnych czynności, nie zachował należytej staranności, wskutek czego wystąpiły ujemne skutki zdrowotne u pacjenta bądź też doszło do jego śmierci. Teraz możemy przejść już do sedna sprawy, czyli omówić problematykę błędów lekarskich.

Błąd lekarski nie ma w polskim prawie i medycynie jednej, jasno określonej definicji. Jak wskazuje definicja zaproponowana przez A. Liszewską: *Błąd lekarski w sztuce medycznej oznacza naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności.* Definicja, którą przytacza T. Tołłoczko, uwzględnia codzienny, bardzo praktyczny aspekt z punktu widzenia chorego i jego najbliższych. Według autora błędem lekarskim jest: *Niezgodność między rzeczywistością a wyobrażeniem o niej. (...) wszystko, co nie odpowiada wyobrażeniu i oczekiwaniu w rozumieniu chorego i jego rodziny stanowi może błąd, a oczekiwania zawsze przewyższają i rzeczywistość, i możliwość.*

Błędy mogą mieć różnorodny charakter i przyczyny. Wśród najczęściej występujących wymienia się: błędy diagnostyczne, terapeutyczne, techniczne oraz organizacyjne. Przyczyny błędów mogą być różne, np.: nieznajomość lub niewystarczająca znajomość wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej, »



przeoczenie lub zbagatelizowanie symptomów schorzeń lub dających się stwierdzić właściwości organizmu, nieodpowiednie przyporządkowanie określonego przypadku konkretnym regułom, niedbale, chaotyczne wykonywanie czynności medycznych.

Trzy zasadnicze błędy medyczne

BŁĄD DIAGNOSTYCZNY – polega na złym rozpoznaniu choroby lub złej diagnozie stanu zdrowia pacjenta. Przeważnie przybiera formę wykrycia choroby innej niż ta, na którą faktycznie cierpi pacjent lub niewykrycie choroby. Właściwa diagnoza z punktu widzenia pacjenta i jego dalszego leczenia jest bardzo istotna. W oparciu o nią lekarz dobiera narzędzia oraz środki leczenia, które nieodpowiednio stosowane mogą zaważyć na przyszłym zdrowiu i życiu pacjenta.

BŁĄD TERAPEUTYCZNY – w praktyce często powiązany jest z błędem diagnostycznym. Polega on przykładowo na dobraniu niewłaściwej lub wadliwej metody leczenia, źle przeprowadzonej operacji, a które to czynności powodują uszczerbek na zdrowiu lub życiu pacjenta.

BŁĄD ROKOWANIA – powstaje tylko w sytuacji, w której powstała szkoda. Polega na złym prognozowaniu, które może prowadzić do pogłębienia się konsekwencji dla poszkodowanego.

Oprócz wymienionych powyżej błędów, wymienia się także inne błędy, tj.:

- **błąd przy porodzie** – lekarz oraz personel medyczny odbierający poród jest obowiązany do realizowania wielu czynności, które muszą zostać wykonane zgodnie z odpowiednimi procedurami medycznymi. Ich naruszenie w trakcie porodu przez lekarza bądź pozostały personel medyczny może skutkować negatywnymi konsekwencjami dla pacjentki lub jej dziecka. Zaniedbania te prowadzą często do wielu szkód okołoporodowych, z których najczęstsze to: urazy nowo narodzonego dziecka, urazy rodzącej matki, śmierć dziecka lub śmierć matki oraz urazy ginekologiczne.
- **zakażenie szpitalne** – za infekcje szpitalne uznaje się takie zakażenie, do którego doszło podczas pobytu i leczenia w szpitalu lub w innej placówce opieki zdrowotnej, albo bezpośrednio po ich opuszczeniu. Ponadto zakażenie to musi być rozpoznane klinicznie oraz potwierdzone laboratoryjnie. Główną przyczyną zakażenia szpitalnego jest zły stan placówki, w której są świadczone usługi medyczne. Pacjent podczas pobytu w szpitalu narażony jest na zarażenie się różnego rodzaju wirusami, grzybami czy bakteriami. Przeważnie za zakażenie szpitalne uznaje się taką infekcję, która wystąpiła w okresie między drugą a trzecią dobą od momentu udzielenia świadczenia medycznego. Jednak w przypadku, gdy okres ujawnienia się niektórych chorób jest dłuższy, czas ten liczy się od dwóch tygodni do kilku lat. Źródła zakażenia szpitalnego możemy podzielić na endogenne oraz egzogenne. Pierwsze z nich pochodzą od innego chorego, który jest zarażony, natomiast drugie ze wspomnianych wywołane jest naturalną florą pacjenta i może być spowodowane na przykład poprzez obniżoną odporność danej osoby.
- **niewłaściwe leczenie** – główną przyczyną niewłaściwego leczenia może być albo zła diagnoza choroby pacjenta, albo za mała docieklivość w leczeniu, albo podjęcie leczenia błędnego, pomimo tego że diagnoza została postawiona prawidłowo. Konsekwencją błędnego działania lekarza jest bardzo często uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia i opóźnienie w podjęciu prawidłowego leczenia, co może skutkować nieodwracalnymi zmianami w organizmie pacjenta. Niewłaściwe leczenie może przybrać wiele różnych postaci, z których najczęstsze to: zaordynowanie pacjentowi nieodpowiedniego leku, błąd chirurga podczas operacji, brak przeprowadzenia odpowiednich badań, nieużycie specjalistycznego sprzętu, który był zalecany w danych okolicznościach, a sytuacja tego wymagała.
- **błąd chirurgiczny** – błąd chirurga jest szczególnym rodzajem błędu i często niesie za sobą nieodwracalne skutki dla pacjenta, ponieważ polega na dużej ingerencji w organizm operowanej osoby. Do najczęstszych błędów podczas zabiegów chirurgicznych należą: pozostawienie w polu operacyjnym ciała obcego, spóźniona decyzja lekarza co do cesarskiego cięcia, uszkodzenie ciała i innych narządów, uszkodzenie systemu nerwowego.
- **błąd dentysty/stomatologa** – stomatolog oraz dentysta, tak jak każdy inny lekarz podczas wykonywania swoich obowiązków zawodowych, musi przede wszystkim mieć na uwadze zdrowie oraz

życie pacjenta. Również w ich codziennej pracy może się zdarzyć, że przez nieuwagę czy złą diagnozę pacjent zostanie poszkodowany. Do najczęstszych błędów należą: uszkodzenie zdrowego zęba, martwica dziąsła, uszkodzenie korzenia, nieprawidłowo przeprowadzony zabieg, wyrwanie niewłaściwego zęba, uszkodzenie nerwu.

Odpowiedzialność lekarza i placówki za błąd

W przypadku, kiedy mamy do czynienia z błędami medycznymi odpowiedzialność za szkody ponoszą: lekarz, szpital lub inny zakład opieki zdrowotnej albo solidarnie dwa podmioty. Ich odpowiedzialność oparta jest na wielu przepisach wynikających z prawa karnego i cywilnego, a także odpowiedzialności zawodowej lekarza opartej o ustawę o izbach lekarskich i ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Główną funkcją tej odpowiedzialności jest kompensacja, czyli wyrównanie uszczerbku doznanego przez poszkodowanego w dobrach prawnie chronionych. W przypadku szkody majątkowej na osobie odpowiedzialność ta zazwyczaj przybiera formę restytucji pieniężnej. Natomiast w sytuacji powstania szkody niemajątkowej (krzywdy) poszkodowany może żądać zadośćuczynienia pieniężnego za doznane cierpienia fizyczne i psychiczne.

Osobie poszkodowanej przysługują 4 rodzaje roszczeń

- **ODSZKODOWANIE** (szkoda majątkowa) art. 444 k.c. – polega na zwróceniu wszelkich wydatków, jakie poniósł poszkodowany w związku z poniesioną szkodą wynikłą z błędu medycznego. Przysługuje tylko w przypadku poniesionych strat materialnych, które powstały na skutek zaistnienia szkody. Do tej grupy roszczeń można zaliczyć poniesione wydatki na lekarstwa, dojazdy na rehabilitację, do szpitali dla osoby poszkodowanej oraz dla jego rodziny, itp.
- **ZADOŚĆUCZYNIENIE** (szkoda niemajątkowa) art. 445 k.c. – jest to rekompensata pieniężna za doznaną krzywdę, która powstała z powodu błędu medycznego i odnosi się do cierpienia fizycznego oraz psychicznego. Przyznanie i wysokość zadośćuczynienia za doznaną krzywdę (w odróżnieniu od odszkodowania) ustalane są według szeregu elementów oceny danej sytuacji życiowej osób poszkodowanych. Oznacza to, że kwota zadośćuczynienia jest oparta o indywidualną sytuację każdego przypadku.
- **RENTA** art. 444 § 2 k.c. – przyznawana jest, jeżeli poszkodowany utracił częściową lub całkowitą możliwość zarobkowania, zwiększyły się jego potrzeby lub pogorszyły widoki na przyszłość.
- **ODSZKODOWANIE, ZADOŚĆUCZYNIENIE, RENTA** z art. 446 k.c. – w sytuacji śmierci osoby wskutek błędu medycznego. Powyższe świadczenia wypłacane są na rzecz najbliższych członków rodziny zmarłego oraz osobom, względem których ciążył na zmarłym ustawowy obowiązek alimentacyjny.

Lekarz ma nam ulżyć w cierpieniu, a gdy potrzeba, ratować życie. Każdemu zdarza się gorszy dzień, pomyłka czy jakieś zaniedbanie w pracy. Są jednak zawody, w których nie można sobie na to pozwolić. Tak właśnie powinni postępować lekarze, ponieważ mają w swoich rękach życie drugiego człowieka. Lekarskiego błędu zazwyczaj nie sposób już naprawić. Odpowiedzialność zawodowa. Lekarz, który popełnił błąd medyczny, może zostać ukarany: upomnieniem, naganą, zawieszeniem lub pozbawieniem prawa do wykonywania zawodu. Odpowiedzialność cywilna. To odpowiedzialność majątkowa (odszkodowawcza), której celem jest wyrównanie uszczerbku doznanego przez poszkodowanego. Zwykle odszkodowanie (z polisy ubezpieczeniowej) płaci placówka, która zatrudnia lekarza. Odpowiedzialność karna. Najcięższy zarzut, jaki może usłyszeć lekarz, brzmi: nieumyślne spowodowanie śmierci. Podlega wtedy karze od 3 miesięcy do 5 lat więzienia. Za spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu kara wynosi 3-10 lat pozbawienia wolności. Za naruszenie czynności narządu lub rozstrój zdrowia grozi od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności.

Konkludując, należy podkreślić, zawód lekarza czy pielęgniarki to są zawody piękne, ale jednocześnie bardzo wymagające, dlatego tak bardzo potrzebne jest jak najlepsze kształcenie kadry medycznej oraz poprawa warunków organizacyjnych i infrastrukturalnych, w ramach których udziela się świadczeń medycznych. Ciągłe dążenie do poprawy jakości w tym zakresie jest pewną gwarancją na unikanie przykrych sytuacji związanych z błędami medycznymi.



JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1968

Droga Koleżanko, drogi Kolego!

Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 16 czerwca 2018 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

15 czerwca 2018 r. (piątek)

dla zainteresowanych
– płatne dodatkowo 100 zł

godz. 19.00 Zwiedzanie Afrykarium z przewodnikiem, ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego 1-5, 51-618 Wrocław

godz. 20.00 Kolacja w restauracji (przy Afrykarium)

16 czerwca 2018 r. (sobota)

godz. 10.00 Msza święta (kościół Najświętszego Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1)

Część oficjalna – Uniwersytet Wrocławski, Aula Leopoldina

godz. 11.00 Śniadanie studenckie – Klub Uniwersytetu Wrocławskiego

godz. 12.00 Otwarcie zjazdu – Aula Leopoldina 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. 19.00 Uroczysta kolacja – Haston City Hotel (sala Chrysler AB, I piętro), ul. Irysowa 1-3, 51-111 Wrocław

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
całkowity koszt – 350 zł,

osoba towarzysząca

na uroczystej kolacji – 200 zł,

część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto:

66 1090 2590 0000 0001 3393 3014

do 31.12.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu 71 322 55 00 (prosimy o podanie hasła „rocznik 68”). Płatność za hotel indywidualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

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

Za Komitet Organizacyjny
Wojciech Durek, Andrzej Karmowski, Wanda
Poradowska-Jeszke, Krzysztof Wronecki

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1978

Droga Koleżanko, drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 22-24 czerwca 2018 r. Miejszem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

22 czerwca 2018 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 19.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

23 czerwca 2018 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie

godz. 10.15 Msza święta (kościół Świętej Anny w Zieleńcu)

godz. 11.00 Wykład. Czarno-białe wspomnienia ze studiów (osoby mające dostęp do zdjęć ze studiów proszone są o kontakt z R. Ściborskim bądź przygotowanie ich w formie cyfrowej, optymalnie na nośniku danych USB – pendrive)

godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed ośrodkiem

godz. 14.00 po południu Obiad
Wycieczka piesza lub gondolą do schroniska w Czechach – Masarykova Chata

godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe

godz. 20.00-2.00 Bankiet

24 czerwca 2018 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.

Wpłat prosimy dokonywać na konto:

66 1090 2590 0000 0001 3393 3014

do 31.12.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1978”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

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.

Bliższych informacji udzielają:
Patrycja Malec, kom. 501 217 204,
e-mail patka.malec@wp.pl
Ryszard Ściborski, kom. 601 713 154,
e-mail sciborski@poczta.onet.pl

Za Komitet Organizacyjny
Ryszard Ściborski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1993

Droga Koleżanko, drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 8-10 czerwca 2018 r. Miejszem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

8 czerwca 2018 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 19.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

9 czerwca 2018 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. 20.00-2.00 Bankiet

10 czerwca 2018 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.

Wpłat prosimy dokonywać na konto:

66 1090 2590 0000 0001 3393 3014

do 31.12.2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1993”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

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.

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

Za Komitet Organizacyjny
Iwona Szuszkiewicz-Wiercińska,
Dariusz Kruszakin



Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 7 września 2017 roku

NR 78/2017

w sprawie upoważnienia prezesa DRL do złożenia wniosku o przyznanie

dotacji na zorganizowanie przez DIL form doskonalenia zawodowego
§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu upoważnia prezesa DRL dr. n. med. Pawła Wróblewskiego do wystąpienia z wnioskiem do Naczelnej Izby Lekarskiej o przyznanie dotacji na zorganizowanie przez DIL w I półroczu 2018 r. form doskonalenia zawodowego.

NR 79-80/2017

w sprawie udzielenia zapomogi pieniężnej

§ 1

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

NR 81/2017

w sprawie wydania opinii dot. kandydata na konsultanta wojewódzkiego

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr. n. med. Grzegorza Gąszczyka na konsultanta wojewódzkiego dla województwa dolnośląskiego w dziedzinie chorób płuc dzieci.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 20 lipca 2017 roku

NR 75/2017

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 76/2017

w sprawie sfinansowania udziału przewodniczących i przedstawicieli OSŁ i OROZ oraz pracowników kancelarii w konferencji szkoleniowej
§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu przyznaje kwotę 9 tys. zł w celu sfinansowania udziału przewodniczących i przedstawicieli Okręgowego Sądu Lekarskiego i Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej DIL oraz pracowników kancelarii w konferencji szkoleniowej dot. prowadzenia postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, która odbędzie się w dniach 13-15.10.2017 r. w Wojanowie k. Jeleniej Góry.

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

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W GŁOGOWIE PILNIE ZATRUDNI

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

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

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

KONTAKT:

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

ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. 76 837 32 42, kom. 609 457 199, fax 76 837 33 77

Reklama



elmedes

DentaFlex

ekoRowary

DentaFlex

UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl



najcichszy na rynku kompresor przeznaczony do zasilania jednego unitu stomatologicznego

Standardowy model lampy oświetlenia dziennego o mocy do 4000 luksów



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

OFERUJEMY STANDARDOWE WYPOSAŻENIE I WIĘKSZOŚĆ CZĘŚCI ZAPASOWYCH DO UNITÓW STOMATOLOGICZNYCH



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

elmedes
www.elmedes.pl

601 41 51 51
elmedes@elmedes.pl

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

Program całorocznego kursu doskonalącego (przyp. red. w nr 10 publikujemy jego część) zalecanego przez konsultanta krajowego dla osób specjalizujących się w dziedzinie nefrologii „Podyplomowa szkoła nefropatii”, rok akademicki 2017/2018, sala seminaryjna Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, ul. Borowska 213, czwartki, godz. 12.30-13.30. Do udziału zapraszamy również lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych i medycynie rodzinnej oraz ambitnych studentów medycyny.

1. *Nowości w diagnostyce i leczeniu ostrego i przewlekłego odrzucania zależnego od przeciwciał: genomics, proteomics: surowica, nerka, mocz; B-cell activating factor BAFF; tocilizumab, czym warto by się zająć w praktyce klinicznej?* – M. Banasik, **5.10.2017 r.**
Z transplantacyjnego archiwum: historia pana AB
2. *Przegląd badań klinicznych dotyczących bezinterferonowej terapii wirusowego zapalenia wątroby typu C u chorych dializowanych i u biorców przeszczepu nerki, możliwości terapii w Polsce, przypomnienie zasad kwalifikacji do programu terapeutycznego* – D. Zielińska, **12.10.2017**
Z nefrologicznego archiwum: historia pani A
3. *Krytyczne omówienie badania z randomizacją porównującego efekty wczesnego nakłuwania przetoki tętniczko-żylny z założeniem cewnika tunelowanego u chorych wymagających*

nagłego dostępu naczyniowego. Co oznacza dostęp „skrojony na miarę”? Kiedy kierować do założenia protezy naczyniowej? – K. Letachowicz, **26.10.2017 r.**

- Z nefrologicznego archiwum: historia pana B
4. *Nowe wskaźniki prognostyczne w FSGS, terazniejsze i przyszłe terapie w świetle badań doświadczalnych i klinicznych* – K. Jakuszeko, **2.11.2017 r.**
Z dializacyjnego archiwum: historia pana C
5. *Przegląd aktualnych wytycznych na temat kwalifikacji kandydata na żywego dawcę nerki, w którym miejscu ustawić granicę. Omówienie wyników klinicznego programu przeszczepów od żywego dawcy w latach 2015-2017* – P. Poznanski, opieka – D. Kamińska, **9.11.2017 r.**
Z transplantacyjnego archiwum: historia pani D
6. *Analiza czynników wpływających na utlenowanie mózgu u pacjentów dializowanych. Jak dializować osoby w wieku podeszłym, żeby zachowały sprawność intelektualną i fizyczną, przegląd literatury* – M. Kanafa, opieka – M. Kuszał, **16.11.2017 r.**
Z nefrologicznego archiwum: historia pani E
7. *Nieinwazyjna ocena wydolności płucno-sercowej u pacjentów w okresie przeddializacyjnym i u dializowanych, przegląd literatury* – A. Szymczak, opieka – M. Kuszał, **23.11.2017 r.**
Z nefrologicznego archiwum: historia pana F
8. *Znaczenie badań układu dopełniacza w kłębuszkowych zapaleniach nerek i u biorców przeszczepu nerki. Co i kiedy zlecać? Jak interpretować?* – D. Bartoszek, **30.11.2017 r.**
Z dializacyjnego archiwum: historia pani F

9. *Niedokrwistość nerkowa, wytyczne leczenia w okresie przeddializacyjnym i podczas dializoterapii (HD i dializa otrzewnowa), przyczyny oporności na ESA, kiedy przetaczać krew w przewlekłej chorobie nerek, perspektywa nowych terapii doustnych* – G. Szymańska, **7.12.2017 r.**

- Z transplantacyjnego archiwum: historia pana G
10. *Leczenie zaburzeń mineralnych i kostnych, okres przeddializacyjny, hemodializa, dializa otrzewnowa, praktyczny przewodnik oparty na patofizjologii i najnowszych badaniach klinicznych* – S. Zmonarski, **14.12.2017 r.**
Z nefrologicznego archiwum: historia pani
11. *Docelowe ciśnienie tętnicze w przewlekłej chorobie nerek z uwzględnieniem chorych w wieku podeszłym; krytyczny przegląd badań klinicznych, JAMA Intern Med. 2017 Sep 5 i inne* – M. Szymczak, **21.12.2017 r.**
Z nefrologicznego archiwum: historia pana J

Wyjaśnienia:

- wystąpienie główne nie powinno przekraczać 25 minut, przedstawienie przypadku 5 minut.
- zasadą powinno być przygotowanie wystąpienia na podstawie piśmiennictwa z ostatniego roku.
- płeć przy nefrologicznym archiwum wskazuje na odcinek, z którego ma pochodzić przypadek.

Opracował M. Klinger

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

Katedra i Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej UMW zaprasza lekarzy specjalizujących się w onkologii i hematologii dziecięcej trybem dotychczasowym na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

PODSTAWY PRZESZCZEPIANIA HEMATOPOETYCZNYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH U DZIECI

Termin kursu: 4-6.12.2017 r.

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Krzysztof Kałwak
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej UMW, ul. Borowska 213
Liczba miejsc: 15 osób
Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 10 listopada 2017 r.

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

Szczegółowych informacji udziela Małgorzata Bednarska, tel. 71 784 11 60 oraz e-mail: malgorzata.bednarska@umed.wroc.pl

Chrześcijańskie Stowarzyszenie Medyczne
oraz **International Christian Medical and Dental Association**

Zapraszają na Konferencję Środkowo - Europejską pt.

Dobra Praktyka Medyczna - Chrześcijański Punkt Widzenia

Ośrodek "Leśna Radość"
Jastrzęb koło Poraja
19-22.10.2017



www.chsm.org.pl
sekretarz@chsm.org.pl

Osiedle Wichrowe Wzgórze 17/28 · 61-676 Poznań



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

pt. „PROBLEMY OKULISTYKI W PRAKTYCE LEKARZA INNEJ SPECJALNOŚCI”

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

**Uczestnikowi konferencji przysługuje
5 punktów edukacyjnych.**

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

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

Program konferencji

- godz. 9.00-9.10 Otwarcie konferencji
- godz. 9.10-9.40 *Krążeniowe czynniki ryzyka u pacjentów z jaskrą*
– prof. dr hab. Maria Hanna Niżankowska
- godz. 9.40-10.10 *Współczesne ABC diagnostyki i leczenia powikłań
okulistycznych u pacjenta z cukrzycą*
– dr n. med. Hanna Zajęc-Pytrus

- godz. 10.10-10.40 *Wewnątrzgałkowe soczewki „premium” nowej generacji
w chirurgii zaćmy i korekcji wad wzroku*
– dr n. med. Jarosław Marek
- godz. 10.40-11.10 *Laserowe zabiegi w okulistyce* – dr n. med. Aneta Hill-Bator
- godz. 11.10-11.40 *Laserowa korekcja wady wzroku* – lek. Ziemowit Poznański
- godz. 11.40-12.00 Dyskusja
- godz. 12.00-12.30 Przerwa kawowa
- godz. 12.30-13.00 *Pacjent z AMD w gabinecie nieokulisty: co trzeba wiedzieć?*
– lek. Dorota Strońska
- godz. 13.00-13.30 *Objawy okulistyczne w chorobach układowych u dzieci*
– lek. Anna Wiśniowska-Dolny
- godz. 13.30-14.00 *Aspekty okulistyczne u pacjentów z chorobami układu
krążenia* – dr n. med. Anna Błońska
- godz. 14.00-14.30 *Pomoce optyczne dla osób słabowidzących*
– mgr Elżbieta Just
- godz. 14.30-14.40 *Zastosowanie kwasu alfa-liponowego w retinopatii
cukrzycowej* – mgr Martyna Jasińska
- godz. 14.40-15.00 Dyskusja i zakończenie konferencji
- godz. 15.00 Lunch

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

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

pt. „NEUROREHABILITACJA W TEORII I W PRAKTYCE”

**która odbędzie się 19 października 2017 r. (czwartek)
w godz. 9.00-14.30**

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

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

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

KOMITET NAUKOWY:

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

KOMITET ORGANIZACYJNY:

mgr Ewa Gryza, dr n. med. Krzysztof Wytrychowski

Program konferencji

- godz. 9.00-9.20 *Interdyscyplinarne podejście w neurorehabilitacji*
– dr hab. Maria Ejma
- godz. 9.20-9.40 *Plastyczność mózgu*
– dr hab. Małgorzata Mraz, prof. nadzw.
- godz. 9.40-10.00 *Wykorzystanie metody Feldenkraisa jako metody
wspomagającej neurorehabilitację* – dr hab. Joanna
Szczepańska-Gieracha, prof. nadzw., dr Katarzyna
Salamon-Krakowska, dr hab. Małgorzata Mraz, prof.

- godz. 10.00-10.20 *Stymulacja bazalna – koncepcja prowadzenia terapii
z osobą o ograniczonej percepcji* – dr Grzegorz Biliński
- godz. 10.20-10.40 *Spastyczność u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym
– przykłady interwencji terapeutycznych wg koncepcji PNF*
– mgr Tomasz Mraz
- godz. 10.40-11.00 *Rehabilitacja oddechowa pacjentów z chorobami
nerwowo-mięśniowymi* – dr n. med. Krzysztof
Wytrychowski
- godz. 11.00-11.30 Dyskusja
- godz. 11.30-12.00 Przerwa kawowa
- godz. 12.00-12.20 *Rehabilitacja z zastosowaniem lokomatu – doświadczenia
z Polanicy-Zdroju* – dr n. med. Artur Cieślak
- godz. 12.20-12.40 *Sytuacja chorych na SM na Dolnym Śląsku*
– mgr inż. Ryszard Kuczyński
- godz. 12.40-13.00 *Stymulacja polisensoryczna pacjentów neurologicznych
– komunikacja alternatywna za pomocą systemu C-Eye
w Specjalistycznym Centrum Pielęgnacyjno-Opiekuńczym
EWA-MED w Obornikach Śląskich* – mgr Anna Stachowicz
- godz. 13.00-13.30 *Skuteczność terapii chodu z użyciem zrobotyzowanej
ortezy* – Jan Mehrholz
- godz. 13.30-13.50 *Płucne powikłania chorób nerwowo-mięśniowych*
– dr n. med. Paweł Piesiak
- godz. 13.50-14.30 Dyskusja i podsumowanie konferencji
- godz. 14.30 Lunch

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

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z I Katedrą i Kliniką Ginekologii i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
przy współdziałaniu Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
zapraszają na konferencję**

pt. „GINEKOLOGIA INTERDISCYPLINARNE – WYBRANE ZAGADNIENIA”

**która odbędzie się 19 października 2017 r. (czwartek) w godz.
14.00-17.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

Kierownik naukowy konferencji – dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw.

Uczestnikowi konferencji przysługują 3 punkty edukacyjne.

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

Program

1. *Ewolucja czy rewolucja – dokąd zmierza antykoncepcja?*
dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw., prof. dr hab. Violetta Skrzypulec-Plinta
2. *Czy zakrzepica jest problemem dla ginekologa?* – prof. dr hab. Tomasz Urbanek
3. *Zbyt gruba, zbyt chuda – narastający problem współczesnych kobiet*
dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska
4. 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 numerem 71 798 80 68.**

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

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

która odbędzie się **20 października 2017 r. (piątek) w godz. 8.30-15.30**
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

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

Patronat honorowy nad konferencją objęli:

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

ORGANIZATORZY:

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

Program konferencji

godz. 8.15-8.30	Rejestracja uczestników	SESJA II	godz. 11.30-12.00	<i>Choroby sercowo-naczyniowe w podeszłym wieku</i> – lek. Anna Parużyńska
SESJA I			godz. 12.00-12.30	<i>Ocena dynamiki zmian poziomu sprawności motorycznej u osób po 60. roku życia</i> dr hab. Jarosław Fugiel
godz. 8.30-8.45	Przywitanie uczestników i otwarcie konferencji prof. dr hab. Małgorzata Sobieszkańska		godz. 12.30-13.00	<i>Profilaktyka upadków u ludzi starszych</i> dr n. med. Wioletta Szczepaniak
godz. 8.45-9.15	<i>Zdrowie i jakość życia dolnośląskich seniorów</i> dr n. med. Zbigniew Machaj		godz. 13.00-13.30	<i>Porozumiewanie się z pacjentem w podeszłym wieku</i> dr hab. Jarosław Barański
godz. 9.15-9.45	<i>Zespół słabości – rola opiekunów i wsparcia informacyjnego dla pacjentów i ich opiekunów nieformalnych</i> – dr hab. Donata Kurpas, prof. nadzw.		godz. 13.30-14.00	<i>Systemy opieki i procedury medyczne w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku w wybranych krajach europejskich</i> – dr n. med. Eleonora Mess
godz. 9.45-10.15	<i>Specyfika schorzeń układu oddechowego w wieku podeszłym</i> – lek. Karolina Lindner		godz. 14.00-14.30	<i>Najczęstsze problemy okulistyczne u pacjentów w wieku podeszłym</i> – dr n. med. Małgorzata Mulak
godz. 10.15-10.45	<i>Szczepienia dla seniorów</i> dr hab. Anita Nitsch-Osuch, prof. nadzw.		godz. 14.30-15.00	<i>Starość i godność</i> – dr n. med. Iwona Pirogowicz
godz. 10.45-11.15	<i>Nowotwory skóry i rewelatory skórne chorób nowotworowych u pacjentów w podeszłym wieku</i> dr n. med. Grażyna Szybejko-Machaj		godz. 15.00-15.30	Dyskusja i zamknięcie konferencji
godz. 11.15-11.30	Przerwa kawowa			

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

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu i I Oddział
Zakaźny Kliniczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Gromkowskiego we Wrocławiu zapraszają na konferencję**

**pt. „ZAAWANSOWANE CHOROBY
WĄTROBY – PATOFIZJOLOGIA,
OBRAZ KLINICZNY I LECZENIE”**

która odbędzie się **17 listopada 2017 r. (piątek) w godz. 8.30-15.00** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

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

Kierownik naukowy – dr n. med. Monika Pazgan-Simon

Opiekun naukowy – prof. dr hab. Krzysztof Simon

Program konferencji

godz. 8.30-9.00 *Marskość wątroby – epidemiologia, etiopatogeneza i przebieg naturalny* – prof. dr hab. Krzysztof Simon

NASTĘPSTWA I POWIKŁANIA MARSKOŚCI WĄTROBY

godz. 9.00-9.30 *Wodobrzusze – samoistne zapalenie otrzewnej, diagnostyka* – dr n. med. Sylwia Serafińska

godz. 9.30-10.00 *Encefalopatia wrotno-układowa*
dr n. med. Monika Pazgan-Simon

godz. 10.00-10.30 *Sepsa i inne infekcje wikłające przebieg marskości wątroby* – dr n. med. Marta Rorat

godz. 10.30-11.00 *Zespół wątrobowo-nerkowy, zespół wątrobowo-płucny, zespół wątrobowo-sercowy w przebiegu marskości wątroby – diagnostyka i postępowanie*
lek. Justyna Janocha-Litwin

godz. 11.00-11.30 *Diagnostyka i terapia nadciśnienia wrotnego i jego powikłań – krwawienia z przewodu pokarmowego*
dr hab. Michał Kukla

godz. 11.30-12.00 Przerwa kawowa

godz. 12.00-12.30 *Rak wątrobowo-komórkowy – diagnostyka i współczesne możliwości leczenia*
dr n. med. Monika Pazgan-Simon

godz. 12.30-13.00 *Alkoholowa i niealkoholowa choroba stłuszczeniowa wątroby* – prof. dr hab. Krzysztof Simon

godz. 13.00-13.30 *Zasady kwalifikacji monitorowania i leczenia zakażenia HCV i HBV u pacjentów z zaawansowanymi chorobami wątroby*
dr hab. Jerzy Jaroszewicz

godz. 13.30-14.00 *Terapia przewlekłych chorób i marskości o etiologii niezakaźnej (autoimmunizacyjne zapalenie wątroby, zespoły nakładania, choroba Wilsona, hemochromatoza)*
dr hab. Michał Kukla

godz. 14.00-14.30 *Przeszczepianie wątroby – zasady kwalifikacji, możliwości ośrodka wrocławskiego* – dr n. med. Katarzyna Rotter

godz. 14.30-15.00 Dyskusja i zakończenie konferencji

godz. 15.00 Lunch

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



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

„DIETY ELIMINACYJNE – MODA CZY KONIECZNOŚĆ?”

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

Uczestnikowi konferencji przysługują 5 punktów edukacyjnych. Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

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

Program konferencji

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

- godz. 10.00-10.30 *Zalety i wady probiotyków*
dr hab. Marzenna Bartoszewicz, prof. nadzw.
- godz. 10.30-11.00 *Rola wybranych diet w chorobach psychiatrycznych dzieci i młodzieży*
dr n. med. Monika Szewczuk-Bogusławska
- godz. 11.00-11.30 PRZERWA
- godz. 11.30-12.00 *Czy rozpowszechniać diety bezglutenowe w żywieniu dzieci?*
dr n. med. Elżbieta Krzesiek
- godz. 12.00-12.30 *Dolce vita – czy warto osładzać sobie życie?*
dr hab. Kinga Musiał
- godz. 12.30-13.00 *Wpływ odżywiania na rozwój płciowy*
dr n. med. Aleksander Basiak
- godz. 13.00-13.30 *Zaburzenia odżywiania – endokrynologicznie*
dr n. med. Agnieszka Zubkiewicz-Kucharska
- godz. 13.30-14.00 *Monitorowanie diety bezglutenowej w celiakii – anty-tTG, GAF, peptydy glutenowe w kale i moczu*
mgr Małgorzata Nieżychońska
- 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 numerem 71 798 80 68.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu i Oddział Zakaźny Kliniczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu
zapraszają na konferencję

pt. „CHOROBY ODKLESZCZOWE”

która odbędzie się **8 grudnia 2017 r. (piątek) w godz. 9.00-14.00** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne. Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

Kierownik naukowy – dr n. med. Sylwia Serafińska
Opiekun naukowy – prof. dr hab. Krzysztof Simon

Program konferencji

- godz. 9.00-9.30 *Choroby przenoszone przez stawonogi*
prof. dr hab. Krzysztof Simon
- godz. 9.30-10.00 *Choroby odkleszczowe w Polsce i na świecie*
dr n. med. Sylwia Serafińska

- godz. 10.00-10.30 *Diagnostyka immunologiczna zakażeń krętkiem Borrelia burgdorferi sensu lato*
dr n. med. Małgorzata Klimczak
- godz. 10.30-11.00 *Kliniczne manifestacje boreliozy z Lyme*
dr n. med. Marcin Czarnecki
- godz. 11.00-11.30 *Standardy terapeutyczne w różnych postaciach boreliozy z Lyme – lek. Marta Kucharska*
- godz. 11.30-12.00 Przerwa kawowa
- godz. 12.00-12.30 *Diagnostyka różnicowa boreliozy stawowej okiem reumatologa – dr n. med. Renata Sokolik*
- godz. 12.30-13.00 *Odkleszczowe zapalenie mózgu – epidemiologia, występowanie, przebieg kliniczny*
lek. Justyna Janocha-Litwin
- godz. 13.00-13.30 *KZM – diagnostyka, leczenie i profilaktyka*
dr n. med. Monika Pazgan-Simon
- godz. 13.30-14.00 Dyskusja i zakończenie konferencji
- godz. 14.00 Lunch

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

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

pt. „CO NOWEGO W ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ?”

która odbędzie się **11 grudnia 2017 r. (poniedziałek) w godz. 9.00-14.30** w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługują 5 punktów edukacyjnych. Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Udział w konferencji jest dobrowolny.

Kierownik naukowy konferencji – dr hab. Ewa Barg,
konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej dla województwa dolnośląskiego;
prof. dr hab. Anna Noczyńska – kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Wzrostu i Rozwoju

Program konferencji

- godz. 9.00-9.45 *Nowości w terapii cukrzycy typu 1*
dr n. med. Agnieszka Zubkiewicz-Kucharska
- godz. 9.45-10.30 *Monitorowanie glikemii – co nowego?*
lek. Monika Seifert
- godz. 10.30-11.15 *Poziom glukozy, HbA1c czy trend – co ważniejsze?*
prof. dr hab. Anna Noczyńska
- godz. 11.15-12.00 *Wrodzony przerost kory nadnerczy – postępy w diagnostyce i terapii*
dr n. med. Beata Wikiera
- godz. 12.00-12.30 PRZERWA
- godz. 12.30-13.15 *Zalecenia PTE i DD w leczeniu dzieci z chorobami tarczycy. Co nowego? – dr hab. Ewa Barg*
- godz. 13.15-14.00 *Hormony a środowisko*
dr n. med. Beata Wikiera
- 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 numerem 71 798 80 68.



Program konferencji

WSPARCIE Kobiet w ciąży i rodzin – OBECNY ZAKRES FUNKCJONOWANIA USTAWY „ZA ŻYCIEM”

Miejsce konferencji: Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Kazimierza Wielkiego 45, I piętro

Termin: 9 listopada 2017 r., godz. 10.00-15.00

Adresaci: lekarze ginekolodzy, lekarze POZ, położne

Organizatorzy: Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych we Wrocławiu

Współpraca: Dolnośląska Izba Lekarska, Dolnośląska Izba Pielęgniarek i Położnych

W programie konferencji uwzględnione są wystąpienia ekspertów w dziedzinach ginekologii i położnictwa, neonatologii, rehabilitacji, opieki społecznej w zakresie realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Szczegółowy program i informacja o rejestracji na stronach: www.miestowformie, www.spzoz.wroc.pl

Komisja Kształcenia oraz Komisja Stomatologiczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej wraz z firmą Pozytron Radiologia Medyczna zapraszają na kurs radiologiczny z zakresu

„OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA”

dla lekarzy i lekarzy dentyistów

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

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

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

Koszt szkolenia dla członków DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:
I WARIANT: materiały szkoleniowe + koszt egzaminu + repetytorium* = 420 zł

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

II WARIANT: materiały szkoleniowe + koszt egzaminu = 290 zł

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

Koszt szkolenia dla osób niebędących członkami DIL:

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

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

*W dniu egzaminu planowane są trzygodzinne warsztaty podsumowujące.

Za szkolenie przyznanych zostanie 7 punktów edukacyjnych.

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

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

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

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

Otrzymany certyfikat jest ważny **5 lat**.

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

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

www.pozytron.pl/lista-szkolen

W przypadku pytań proszę o kontakt telefoniczny lub e-mailowy: Daria Stempin tel. 505 440 173, e-mail: d.stempin@pozytron.pl

Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się 24 listopada 2017 r. (piątek) w godz. 9.00-13.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

„IDEALNA WIZYTA STOMATOLOGICZNA”

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

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

ok. godz. 11.00 przerwa

Wykładowca

mgr Kamil Kuczewski – trener, doradca, analiza rynku, zarządzanie gabinetami stomatologicznymi, budowanie wizerunku placówek medycznych

Zagadnienia

1. Motywowanie pacjentów do lepszych rozwiązań medycznych
2. Rozmowa o cechach i harmonogramie leczenia
3. Prezentowanie różnych rozwiązań stomatologicznych w sposób atrakcyjny
4. Używanie języka korzyści w prezentacjach
5. Protokoły wizyt stomatologicznych przy różnych typach pacjentów
6. Typologia osobowości pacjentów i kompetencje dopasowywania się do nich
7. Prezentowanie potrzeb uświadomionych i nieświadomych – rozmowa o biologii, funkcji, estetyce, okluzji

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

Zgłoszenia pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL: komisjaksztalzenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerem 71 798 80 68.

Krystyna Berdzik
Komisja Stomatologiczna DRL

Komisja Stomatologiczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu,
Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego,
Komisja Kształcenia DRL we Wrocławiu
zapraszają na

Warsztaty Interdyscyplinarne „Między nami lekarzami”



w ramach

V Dolnośląskich Jesiennych Dni Stomatologicznych „MEDYCYNĄ Z GŁOWĄ”

pod patronatem honorowym
JM rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. dr. hab. Marka Ziętka
oraz prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr. n. med. Pawła Wróblewskiego

które odbędą się w dniach **20-21 października 2017 r.** (piątek-sobota)
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji – prof. dr. hab. Marzena Dominiak
Moderatorzy: prof. dr. hab. Marzena Dominiak, lek. dent. Alicja Marczyk-Felba, wiceprezes DRL

Alicja Marczyk-Felba,
wiceprezes DRL



prof. dr. hab. Marzena Dominiak,
kierownik naukowy konf.



Maciej Dobrzyński,
OD PTS



Uczestnikowi konferencji przysługuje 12 punktów edukacyjnych.

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

Program

DZIEŃ I, 20.10.2017 r. (piątek)

godz. 12.00-12.10 Rozpoczęcie, powitanie gości i uczestników

BLOK 1. Onkologia z głową – co powinien lekarz i lekarz dentysta wiedzieć na pewno

moderator – dr Zbigniew Hałat, NFZ

godz. 12.10-12.55 dr hab. Hanna Gerber, prof. nadzw. „Nowotwory jamy ustnej, dlaczego są tak późno rozpoznawane?”

godz. 12.55-13.40 prof. dr hab. Tomasz Konopka „Co nowego w diagnostyce i leczeniu leukoplakii”

godz. 13.40-14.10 dr n. med. Kamil Jurczyszyn

„Terapia fotodynamiczna w leczeniu zmian na błonach śluzowych jamy ustnej”

godz. 14.10-15.10 PRZERWA KAWOWA

BLOK 2. Onkologia z głową – współczesna wiedza podstawą prawidłowej diagnostyki dla każdego lekarza

moderator – dr hab. Hanna Gerber, prof. nadzw.

godz. 15.10-15.55 prof. dr hab. Marcin Kos (Niemcy) „Bisfosfoniany a leczenie stomatologiczne”

godz. 15.55-16.10 lek. dent. Klaudia Kazubowska „Terapia laserowa w martwicy kości po bisfosfonianach”

godz. 16.10-16.55 prof. dr hab. Tomasz Zatoński

„Choroby zatok przynosowych – przyczyny zębopochodne czy laryngologiczne?”

godz. 16.55-17.30 dr n. med. Mariusz Szuta „Nowotwory wargi dolnej”

godz. 17.30-18.00 Dyskusja i zakończenie I dnia konferencji

DZIEŃ II, 21.10.2017 r. (sobota)

BLOK 3. Jama ustna jako wrota do zakażenia ogólnoustrojowego

moderator – prof. dr hab. Tomasz Konopka

godz. 10.00-11.00 prof. dr hab. Leszek Paradowski „Cuda w medycynie i stomatologii”

godz. 11.00-11.45 dr hab. Natalia Lewkowicz „Od aft do enteropatii”

godz. 11.45-12.15 dr hab. Małgorzata Ingot „Zmiany w jamie ustnej u pacjentów zakażonych HIV”

godz. 12.15-13.00 prof. dr hab. Zygmunt Zdrojewicz „Jama ustna a choroby przenoszone drogą płciową”

godz. 13.00-13.30 dr n. med. Katarzyna Herman, dr n. med. Małgorzata Kowalczyk-Zajac, dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska „Zmiany w jamie ustnej a choroby przewodu pokarmowego”

godz. 13.30 LUNCH

BLOK 4. Stomatologia z głową

moderator – lek. med. Ewa Krawiecka-Jaworska

godz. 14.15-15.00 prof. dr hab. Ewa Jankowska „Pacjent kardiologiczny u stomatologa – gdzie jest konsensus? – antykoagulanty i leki przeciwplatekcyjne, znieczulenia przy wadach serca i arytmiiach”

godz. 15.00-15.45 prof. dr hab. Adam Szeląg „Antybiotyki w stomatologii – fakty i mity”

godz. 15.45-16.00 Mariusz Kwiatkowski „Korzyści leczenia wysokimi dawkami klindamycyny”

godz. 16.00-16.45 dr hab. Marita Nitter-Marszalska, prof. nadzw. „Pacjent z alergiami u stomatologa”

godz. 16.45-17.00 PRZERWA KAWOWA

godz. 17.00-17.30 dr n. med. Helena Martynowicz „Chrapanie i bruksizm – na deser”

godz. 17.30-18.00 dr n. med. Ewa Kalecińska „Pacjent z dysfunkcją w narządzie żucia u lekarza pierwszego kontaktu i stomatologa – jak rozpoznać? Jak pomóc?”

godz. 18.00-18.30 dr n. med. Dorota Mierzwa „Bruksizm i terapia z wykorzystaniem botoksu”

godz. 18.30-19.00 Dyskusja i zakończenie konferencji

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



Naszemu Koledze **lek. dent. Bogusławowi Makuchowi**
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Żony

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

Drożej Koleżance **dr Ewie Mędraś**
wyraży szczerego współczucia z powodu odejścia

Mamy

składają
kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi
i Transplantacji Szpiku
oraz koledzy i koleżanki z pracy

Lek. Karolinie Szel-Bernach
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Taty

składa
zespół Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych we Wrocławiu

Naszej koleżance **dr Marii Wojdyło**
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
pracownicy Oddziału Neurologii Dziecięcej
Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu

Państwu **Bożenie i Andrzejowi Najborowskim**
wyraży najszczęśliwszego żalu i współczucia z powodu tragicznej
śmierci

Syna Piotra

składają
Zarząd Koła Lekarzy Seniorów DIL we Wrocławiu
oraz członkowie KLS

Do głębi poruszyła nas wiadomość o niespodziewanej śmierci
Syna Państwa **Bożeny i Andrzeja Najborowskich**

Piotra Najborowskiego

Wobec ogromnej straty, która dosięgła Państwa Rodzinę,
niełatwo znaleźć słowa pociechy. Tylko czas może złagodzić ból,
który obecnie Państwo przeżywacie.
Prosimy przyjąć od nas wyrazy najszczęśliwszego współczucia.
lek. dent. Teresa Bujko – przewodnicząca Koła Lekarzy Prywatnie
Praktykujących oraz członkowie KLPP

Naszemu Koledze **lek. dent. Bogusławowi Makuchowi**
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

Żony

składają
członkowie Komisji Historycznej i Kultury DRL

Nie umiera ten, kto trwa w sercach i pamięci żywych.

*Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności, która obezwładnia
i zabiera w nieznaną. A kiedy pojawia się
kradnąc ukochaną osobę,
przeszywa serce bólem i odznacza w nim swoje piętno.*

Z niewymówionym żalem składamy kondolencje
lek. dent. Bogusławowi Makuchowi
z powodu śmierci
Żony

Leokadii Makuch

wieloletniego członka Zarządu Koła Lekarzy Seniorów
przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej

Łączymy się z Panem i Pańską Rodziną w smutku.
Proszę przyjąć od nas słowa otuchy i wsparcia.

Zarząd Koła Lekarzy Seniorów DIL we Wrocławiu
oraz członkowie KLS,
Dolnośląska Rada Lekarska,
lek. dent. Alicja Marczyk-Felba – przewodnicząca
Komisji Stomatologicznej DRL i członkowie KS DRL

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że
8 sierpnia 2017 roku zmarła

Lucyna Michno

lekarz stomatolog

Odeszłaś, ale trwać będziesz w naszej pamięci!
Koło Lekarzy Dentystów w Głogowie

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że 22 sierpnia 2017 r.
zmarła

lek. Magdalena Struś

Wyraży szczerego współczucia Rodzinie
składają
Przyjaciele

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o przejściu do Pana,
po długiej i ciężkiej chorobie, naszego Kolegi

dr. Jurka Przytuleckiego

Wyraży głębokiego współczucia Rodzinie
składają
koleżanki i koledzy, rocznik 1966 AM we Wrocławiu

Z głębokim smutkiem żegnamy naszą Koleżankę

Marię Perkowską-Motyl

Maria (dla nas Mariola) była wspaniałym Człowiekiem,
osobą oddaną pracy zawodowej i Rodzinie.
Odeszłaś, ale żyć będziesz w naszej pamięci!

Koleżanki i koledzy z AM we Wrocławiu, rocznik 1971



Naszej Koleżance **Agnieszce Jamroziak**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają koleżanki i koledzy z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
naszego Kolegi

lek. Leszka Skawiny

Wyraży najgłębszego współczucia Żonie, Dzieciom i Rodzinie
składają
lekarze i lekarze dentyści z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. dent. Jana Markiewicza

Wyraży szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają
członkowie Komisji Historycznej i Kultury DRL

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 19 sierpnia 2017 roku,
po długiej i ciężkiej chorobie,
zmarła

śp. Maria Pressler-Pawłowska

lekarz laryngolog

Należała do pierwszych roczników wrocławskich
absolwentów medycyny (1947-1952).

We wspomnieniach wielu osób pozostaje oddanym lekarzem,
lubianym przez pacjentów, cierpliwym, pogodnym,
pozytywnie nastawionym do świata,
z dużym poczuciem humoru, po prostu dobrym Człowiekiem.

Rodzina

Została pochowana w rodzinnym grobie na cmentarzu Świętej
Rodziny we Wrocławiu.

Pani **dr hab. n. med. Bożenie Weryńskiej**
wyraży szczerego współczucia i głębokiego żalu z powodu śmierci

Ojca

składają koledzy i koleżanki
z Kliniki Pulmonologii i Nowotworów Płuc
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że 9 września 2017 roku,
w wieku 45 lat, odeszła nasza Koleżanka

lek. stom. Agnieszka Wieczorek

Wyraży głębokiego współczucia Rodzinie i Przyjaciołom
składają
stomatolodzy ze Środy Śląskiej

Naszej Koleżance **Marzenie Majcherkiewicz**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają

dr n. med. Piotr Piszko – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności DIL,
zastępcy OROZ oraz pracownicy Biura OROZ,
lek. Włodzimierz Wiśniewski – przewodniczący
Okręgowego Sądu Lekarskiego we Wrocławiu,
członkowie OSŁ oraz pracownicy Kancelarii OSŁ,
a także koleżanki i koledzy z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Naszej drogiej Koleżance **Agnieszce Owczarek**
wyraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

składają
koleżanki i koledzy lekarze z Brzegu Dolnego

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. Marii Ochman

wieloletniej ordynator Oddziału Radioterapii I
Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu

Wyraży szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają
koleżanki z Oddziału Radioterapii I DCO

Wyraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci

dr. Marka Domaradzkiego

Rodzinie Zmarłego
składają

lekarze i lekarze dentyści z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Naszej koleżance **lek. Danucie Mermer-Kutek**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Syna

Nielatwo znaleźć słowa pociechy w tych trudnych dniach.
Jesteśmy myślą z Tobą i Twoimi Bliskimi.

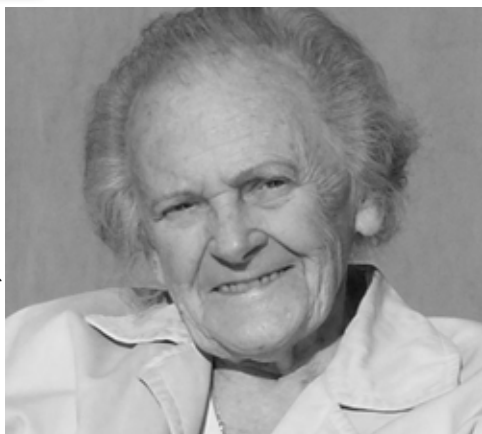
Koleżanki i koledzy z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Gromkowskiego we Wrocławiu

Naszej Koleżance **lek. Beacie Chudeusz**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Syna

Nielatwo znaleźć słowa pociechy w tych trudnych dniach.
Jesteśmy myślą z Tobą i Twoimi Bliskimi.

Koleżanki i koledzy z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Gromkowskiego we Wrocławiu



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/rose-1273727/Myriams-Fotos

CZEŚĆ
JEJ PAMIĘCI!

Janina Maria Sanecka urodziła się 27 maja 1922 r. w Warszawie w rodzinie nauczycielskiej. Była wychowywana w atmosferze głęboko osadzonej w tradycjach patriotycznych. Maturę zdała w pierwszym roku wojny w ramach tajnego nauczania. W konspiracji działała od 1939 r., wprowadzona przez starszego brata Andrzeja. Brała udział w wojnie obronnej 1939 r. jako harcerka, początkowo jako łączniczka, następnie jako sanitariuszka w patrolu sanitarnym na Pradze, a pod koniec walk w filii Szpitala Ujazdowskiego. Działała najpierw w Polskiej Ludowej Akcji Niepodległościowej, a po jej rozbiciu w 1940 r. przez Gestapo – w Narodowej Organizacji Wojskowej. W Armii Krajowej w czasie powstania warszawskiego należała do zgrupowania „Gustaw-Harnaś”. Po jego upadku dostała się do niewoli niemieckiej, przebywała w kilku stalagach. Podczas gdy jej narzeczony Roman Hajzik, od którego imienia wzięła swój konspiracyjny pseudonim „Roma”, poszukiwał jej na gruzach Warszawy, ona więziona była w obozach. Wyzwolona przez szwadron 10. Pułku Strzelców Konnych 1. Dywizji Pancerniej gen. Maczka, po wyzwoleniu trafiła na Wyspy Brytyjskie.

W Londynie rozpoczęła studia stomatologiczne. Bezustannie myślała o Polsce, do której wróciła w pierwszym możliwym turnusie repatriacyjnym 16 lipca 1946 r. Ta niepodległościowa przeszłość, nawet po latach głęboko wspomniana i przeżywana, zahartowała Ją. „Wojna, okupacja niemiecka, powstanie dały mi siłę, aby odważnie pójść w życie” – wspominała w wywiadzie z Krzysztofem Kunertem. Po latach awansowana została do stopnia kapitana. Za tę działalność otrzymała Krzyż Armii Krajowej, Warszawski Krzyż Powstańczy. Potem uhonorowano Ją Krzyżem Kawalerskim „Polonia Restituta” i innymi resortowymi odznaczeniami.

Po powrocie do kraju pragnęła podjąć studia na wydziale lekarskim, ale rekrutacja na ten kierunek była już zamknięta, zdecydowała się więc kontynuować studia stomatologiczne w Łodzi, żeby nie tracić roku. Dwa lata później, w roku 1948, poślubiła Romana Hajzika, który był już wówczas studentem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wrocławskiego i wraz z mężem przeniósł się w roku 1951 do Wrocławia. Po zdaniu uzupełniających egzaminów została przyjęta na drugi rok studiów lekarskich. W tamtym czasie miasto było prawie zupełnie zniszczone, ale dzielnice przyległe do Politechniki i Akademii Medycznej, gdzie młodzi zamieszkali, z dwójką już dzieci, ocalały bez znaczących strat. Bardzo pomagał im ro-

Janina Hajzik

27.05.1922-27.01.2017

Specjalista I stopnia w dziedzinie ortopedii, specjalista II stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz balneologii i medycyny fizykalnej

wer. Z Romanem tak ustawiała zajęcia na uczelni, aby kiedy jedno z małżonków wracało do domu do dzieci, drugie mogło uczęszczać na zajęcia.

Dyplom lekarza, uzyskany w lutym 1953 r., pozwolił Jej podjąć wraz z mężem pracę w Sanatorium Gruźlicy Kostno-Stawowej w Kamiennej Górze, gdzie zatrudniono Ją na Oddziale Dziecięco-Młodzieżowym o profilu ortopedycznym jako lekarza, a potem ordynatora. Po dziesięciu latach przeniosła się do Wrocławia, bowiem mąż otrzymał propozycję pracy w Klinice Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego Akademii Medycznej, a oboje pragnęli, by dorastająca trójka dzieci studiowała w tym mieście w oparciu o rodzicielski dom, a nie o akademik.

Zaangażowano Ją na Oddziale Ortopedii Szpitala Wojewódzkiego im. Józefa Babińskiego; Oddziałem Rehabilitacji Leczniczej tego szpitala kierowała do 1979 r., udzielając się także zawodowo w Międzyszkolnej Poradni Wad Postawy. Program tej poradni oraz jego realizacja w licznych agendach uznawany był za wzorcowy w skali kraju. Uzyskała pierwszy stopień specjalizacji z ortopedii i drugi z rehabilitacji medycznej oraz balneologii i medycyny fizykalnej. Na emeryturze udzielała porad m.in. w przychodni dla osób głuchych, jako konsultant szpitala w Poświętnem oraz orzecznik sądowy. Działała czynnie w Towarzystwie do Walki z Kalectwem, piastując stanowisko wiceprzewodniczącej Oddziału Wrocławskiego.

Była lekarzem tzw. „starej daty”, który każdego pacjenta traktuje niezwykle poważnie, angażując się bez reszty. Zawsze życzliwa i pomocna, zawsze związana była z przyjaciółmi, oddając im to, co miała najlepszego – ciepło, życzliwość oraz sympatię. Uczynność i otwartość na potrzeby drugiego człowieka były integralnymi cechami Jej osobowości. W wyborach wartości zawsze prezentowała niezłomną moralną postawę, spójną z Jej drogą życiową i chrześcijańskim systemem etycznym. Uważała, że po hekatombie II wojny światowej patriotyzm powinien przejawiać się przede wszystkim w codziennej, rzetelnej i ofiarnej służbie bliźnim oraz podtrzymywaniu pamięci o tych, którzy za Ojczyznę walczyli i zginęli. Stąd też brało się Jej zaangażowanie w działalność kombatancką i edukacyjną wśród młodzieży. W roku 1980 z radością i nadzieją przyjęła powstanie i działalność NSZZ „Solidarność”, widząc w nim kontynuację tego, o co walczyła w warszawskim powstaniu.

Mimo, że w latach młodości uważała, że „Warszawa była, jest i będzie (Jej) ukochanym miastem”, w późniejszym okresie życia zapewniała, że Wrocławia nie zamieniłaby na inne miasto.

Odeszła od nas 27 stycznia 2017 r. W tym mieście spoczęła na cmentarzu im. Świętej Rodziny na Sępolnie. Pochowano Ją 4 lutego z wojskowymi honorami. Syn Andrzej w ostatnim, niezwykle wzruszającym słowie wspomnień, że silne i kochające się do końca małżeństwo jego Rodziców dało bezcenne fundamenty całej rodzinie, Ich troju dzieciom, ośmiorgu wnukom i trzynaściorgu prawnukom. My, Jej przyjaciele, świadomi nieuchronnego Jej przejścia przez Mur Wielkiej Ciszy, przypominaliśmy sobie wtedy słowa Antoine de Saint-Exupéry'ego: „Nawet w obliczu śmierci przyjemna jest świadomość posiadania przyjaciela”. Nie odeszła więc z tego świata samotnie.

„Cierpienie jest wielką tajemnicą, ale z łaską Jezusa Chrystusa staje się bezpieczną drogą ku szczęściu wiecznemu” – tymi słowami Jana Pawła II żegnamy Cię Droga Janko, która wymknęłaś się ku lepszym obłokom, oczekując spotkania z Tobą w tym lepszym świecie...

Andrzej Kierzek

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Nad dobrowolnym przemykaniem się powiek po śmierci robił spostrzeżenia Valude. Tylko dzieciąta część umierających umiera z zamkniętymi oczyma, reszta z otwartymi. U tych prawie w połowie wypadków oczy same się po śmierci już nie zamykają, podczas gdy równie często mniiej lub więcej dobrowolnie się zamykają. Dzieje się to tylko w 14-ch dniach po śmierci. Według Valude można poznać, czy powieki same się zamknęły czy sztucznie. W pierwszym razie wygląda jak u śpiącego, w drugim razie znać odcisk palca lub przedmiotu, który zamknięcie spowodował.

„Nowiny Lekarskie”
1889, I, 311

Treny u sukien. Dyrektor policji w Poznaniu nakazuje podwładnym, aby pilnie baczyli, by panie swemi sukniami nie zamiatały chodników. Damy, nie chcące się stosować do tego rozporządzenia,

będą proszone do biur policyjnych i pociągane do odpowiedzialności sądowej.

„Zdrowie” 1901, XVI, 527

* Do istniejących już tytułów naukowych, jakimi obdarza rząd pruski, ciała nauczycielskie Wydziałów lekarskich, przybył nowy: nadzwyczajnego profesora honorowego. Obecnie więc rozróżnia się: 1. profesorów zwyczajnych, 2. profesorów zwyczajnych honorowych, 3. profesorów nadzwyczajnych a) z pensją i b) bez pensji, 4. nadzwyczajnych profesorów honorowych, 5. docentów prywatnych a) z tytułem i b) bez tytułu „profesora”. Wydziały lekarskie niektórych uniwersytetów zaprotestowały przeciw tej nowej „randze”.

„Lwowski Tygodnik Lekarski”
1906, I, 398 4

excerpta selegit
Andrzej Kierzek



Zapiski emeryta

Głowa rządu?

Nie będzie to felieton polityczny. Chodzi o prawdziwą głowę. Wydaje się, że to z głowy płyną do reszty ciała stosowne rozkazy – uruchomić taki proces biochemiczny; rozszerzyć żrenice, aby lepiej rozpoznać rysy spotkanego osobnika, przyspieszyć serce itp., itp.

Tymczasem, przyjrzyjmy się głosowi ludu w poczekalniach lekarskich. O czym najczęściej mówią starsi państwo? W wielu kulturach to właśnie wiek jest oznaką mądrości. No i ci doświadczeni wiekiem, niemłodzi ludzie rozprawiają o wypróżnieniach! Ile, kiedy, co najskuteczniej pomaga na zaparcia: letnia woda, banany, jabłka, śliwki, rzewień... Oczywiście wiedzą, że przeciętny Europejczyk wydała ok. 0,5 kg stolca dziennie, często przy tym chorując, a osobnik żyjący w dzungli przy 2 kg/dziennie nie ma miążdźcy i wielu nowotworów. Czy zatem ilość przechodzi w jakość? Chyba trudno wysnuć taki wniosek. Przeciętny człowiek hoduje i w brzuchu od 2,5-3 kg bakterii! Niektórzy mówią, że jest to specyficzny nowy organ człowieka – mikrobiom.

Bakterie te są niezbędne do trawienia pokarmów, wytwarzają także szereg peptydów i białek, które mają bezpośredni wpływ na nasze zachowanie, i szereg procesów biochemicznych. Stąd nowa dyscyplina w transplantologii – przeszczepy bakterii. Do grubasa wkładamy bakterie z kału osobnika szczupłego i – chudnie! Cierpi na ciężką chorobę metaboliczną – przeszczepiamy troszkę stolca – pacjent zdrowieje. Tylko skąd wziąć materiał do tych przeszczepów? Jak ocenić jakość materiału do przeszczepień? – przecież nie organoleptycznie.

Już słyszę w przychodniach te korytarzowe rozmowy, kto ma lepszy materiał transplantacyjny...

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

3 września obchodziliśmy we Wrocławiu Europejski Dzień Kultury Żydowskiej. Tego dnia mogliśmy podziwiać, po raz ostatni przed kompleksową renowacją rozpoczynającą się jesienią, tradycyjną mykwę znajdującą się na Synagodze „Pod Białym Bocianem”. Żona rabina Danielle Chaimovitz opowiedziała o tradycji mykwy. Później, w sali modlitw (tzw. szulu), będącej także na co dzień miejscem nauczania młodzieży tradycji żydowskiej, odbyło się spotkanie z dr. Maciejem Łągiewskim, który wygłosił wykład pt. „Zapomniany rozdział historii”. Sala wypełniona była po brzegi, a prelegent przez dwie godziny opowiadał o bogatej historii wrocławskiej gminy żydowskiej uchodzącej za swoisty fenomen. Dyrektor Muzeum Miejskiego we Wrocławiu jest najlepszym znawcą tematu. Ma również olbrzymie zasługi dla uratowania zabytków sztuki sepulkralnej na Starym Cmentarzu Żydowskim. We wrześniu Żydzi obchodzą Rosz Haszana, czyli Nowy Rok i wkraczają w 5778 rok. Według tradycji żydowskiej w tym dniu Bóg stworzył Adama i Ewę. Szana Towa, czyli szczęśliwego Nowego Roku.

W Dolnośląskim Centrum Filmowym odbyła się premiera filmu „Ptaki śpiewają w Kigali”. Jest to ostatni film Krzysztofa Krausego, który zmarł w grudniu 2014 r. Prace nad obrazem kontynuowała potem jego żona Joanna. Pojawiają się w nim reporterskie kadry z podróży po Rwandzie, gdzie wydarzyła się jedna z najstraszniejszych rzezi XX wieku. W kraju tym ludzie przesiąknięci są „napięciem wydarzeń” wymykających się rozumowi. Ekranizacja skłania wręcz do zadawania fundamentalnych pytań. Dlaczego? – to podstawowe z nich. Niestety, na to pytanie nie ma odpowiedzi. Ale film pokazuje dobitnie, do czego może prowadzić propaganda nienawiści. Groźne memento dla nas...

W zupełnie innym klimacie przenosi nas wystawa „Przez Sępólno, Zalesie i Krzyki... Historia tramwajów we Wrocławiu”. 140 lat temu wyjechał na ulice Wrocławia pierwszy tramwaj konny, a 115 lat temu pojawił się tramwaj elektryczny. Na wystawie pokazano całą histo-

rię komunikacji publicznej we Wrocławiu: od omnibusu przez tramwaje konne i elektryczne, pierwsze autobusy, zniszczenia II wojny światowej i żmudną powojenną odbudowę, po strajk tramwajarzy w sierpniu 1980 roku, powódź tysiąclecia, a także budowę nowych tras przy okazji Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej w 2012 roku. Na ekspozycję składa się kilkadziesiąt eksponatów, jej uzupełnieniem są elementy wyposażenia dawnych wagonów oraz umundurowanie wrocławskich tramwajarzy, w tym kompletny mundur motorniczego z lat 50. XX wieku oraz kasownik „szczypce”, który pamiętam z czasów studenckich, kiedy ulgowy bilet kosztował 20 groszy.

W połowie września na Wzgórzu Uniwersyteckim w Opolu odsłonięto pomnik Wojciecha Młynarskiego. Wzgórze znajduje się tuż przy Collegium Maius Uniwersytetu Opolskiego i wypełnione jest postaciami naturalnej wielkości znanych polskich piosenkarzy. Stoją tam i siedzą: Jonasz Kofta, Czesław Niemen, Jeremi Przybora i Jerzy Wasowski, Marek Grechuta. Młynarski zasiadł na krześle naprzeciw Agnieszki Osieckiej. Teraz mogą kontynuować niedokończone za życia dyskusje. Przewidziano też krzesło dla przypadkowego widza, który może włączyć się do dyskusji. Inicjatorem i pomysłodawcą pomnika Młynarskiego jest prof. Stanisław Niciejka, wieloletni rektor oraz twórca Uniwersytetu Opolskiego. Obecnie pełni on funkcję kustosa Wzgórza Uniwersyteckiego. Wszystkie rzeźby usytuowane na wzgórzu stworzył prof. Marian Molenda. Warto dodać, że artysta jest też wykonawcą tablic poświęconych naszym profesorom: prof. Czesławowi Niżankowskiemu, Mieczysławowi Ziółkowskiemu (sala wykładowa Zakładu Anatomii Prawidłowej) i prof. Jerzemu Czernikowi (Klinika Chirurgii Dziecięcej). Obecnie przygotowuje on następne tablice. Wkrótce dowiedzie się, komu będą poświęcone. Także we wrocławskim ratuszu odsłonięte zostanie niebawem popiersie Tadeusza Różewicza autorstwa prof. Molendy. Do zobaczenia podczas tej uroczystości!

Wasz Bywalec



Zabłyśnij na parkiecie!

KURS TAŃCA UŻYTKOWEGO DLA LEKARZY

Koleżanki i Koledzy

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

Leszek Pałka, Piotr Knast

KOMUNIKAT KOŁA LEKARZY SENIORÓW DIL

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

Kontakt z nami:

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

Zapraszamy członków oraz sympatyków Koła na nasze kolejne spotkanie, które odbędzie się **27 października 2017 r. o godz. 11.00 w sali konferencyjnej przy al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Podziękowania

Panu Profesorowi dr. hab. Szymonowi Draganowi, kierownikowi Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu oraz Doktorom Mirosławowi Kulejowi i Andrzejowi Szybińskiemu serdecznie dziękuję za troskę i oczywistą fachowość lekarską.

Ryszard Kępa

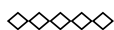


W marcu br. urodziłam córeczkę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy. Dzięki profesjonalnej pomocy p. Iwony Kowalik, położnej koordynującej na oddziale ginekologii, pomimo trudności i skomplikowanego przebiegu porodu, narodziny mojej córeczki przebiegły pomyślnie.

Pani Iwona Kowalik wykazała się rozległą wiedzą medyczną i zaangażowaniem. Otoczyła mnie fachową opieką. Był to już kolejny raz, kiedy tego doświadczyłam – w roku 2013 urodziłam także córeczkę. Żadne słowa nie są w stanie wyrazić mojej wdzięczności za tak profesjonalną opiekę podczas porodu. Uśmiech, życzliwość, gotowość do niesienia pomocy w każdej chwili, przyjazna atmosfera – to wszystko świadczy o tym, że p. Iwona kocha to, co robi. W jej postawie widać prawdziwe powołanie do wykonywania zawodu. Dzięki Niej narodziny potomka stają się wspaniałym przeżyciem, prawdziwy cud narodzin...

Z całego serca dziękujemy za wspaniałą opiekę nad moją ukochaną i tak bardzo wyczekiwaną córeczką.

Wdzięczni rodzice
Monika i Paweł Tomasikowie



Pragniemy serdecznie podziękować za wspaniałą opiekę i pomoc przy leczeniu naszej Mamy, lek. med. Marii Perkowskiej-Motyl. Wyrazy podziękowania przekazujemy wszystkim lekarzom, rehabilitantom oraz pozostałemu personelowi Szpitala Wojskowego przy ul. Weigla 5 we Wrocławiu, a w szczególności dla: prof. dr. hab. Waldemara Banasiaka, ppłk. dr. n. med. Mirosława Pieroga, prof. Andrzeja Szuby, prof. dr. hab. med. Piotra Ponikowskiego, dr. n. med. Roberta Zymińskiego, lek. med. Sylwii Nawrockiej-Millward, lek. med. Pawła Siwołowskiego, lek. med. Jana Biegusa, ppłk. lek. med. Andrzeja Teplickiego, prof. dr. hab. med. Krzysztofa Reczucha, lek. med. Anny Jakięły-Drag, kpt. lek. med. Macieja Banasiaka, dr. n. med. Dariusza Jagielskiego, dr. n. med. Jerzego Paweł-

czyka, ppłk. lek. med. Adriana Chwojnickiego.

Serdeczne podziękowania dla naszego przyjaciela lek. Bartosza Biela za wspieranie nas w trudnych chwilach.

Dziękujemy również dr. n. med. Emilii Cisarż, lek. med. Stanisławowi Drelichowskiemu, dr. n. med. Piotrowi Hudźcowi za konsultacje oraz wszystkim innym lekarzom, których imiona, nazwiska mogliśmy pominąć.

Dziękujemy za szczególną opiekę i dobre serce. Wdzięczni jesteśmy za troskę, wyrozumiałość i umożliwienie naszej Mamie godnego odejścia.

Rodzina

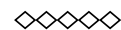


Pani prof. dr. hab. med. Krystynie Łoboz-Grudzień, dr. n. med. Alicji Kowalskiej, dr. n. med. Joannie Jaroch, dr. n. med. Andrzejowi Wojszwiłło dziękuję za wieloletnią współpracę w gabinecie kardiologicznym, która przebiegała zawsze w niezwykle życzliwej atmosferze i oparta była na przyjaźni.

Alicja Kostecka-Pokryszko



Pani dr. Ewie Kaniowskiej, specjalistce dermatolog, serdeczne podziękowania za bezinteresowną pomoc lekarską oraz wysoki poziom fachowości składają wdzięczne pacjentki.



Pragnę serdecznie podziękować Panu dr. Adamowi Biernackiemu, ordynatorowi Oddziału Chirurgii w szpitalu „Latawiec” w Świdnicy. Dr Biernacki uratował mi życie po poważnym urazie wątroby, jakiego doznałem wskutek upadku podczas zawodów kolarstwa górskiego. Każdy kolejny pokonany kilometr zawdzięczam wyłącznie Jego poświęceniu.

Daniel Panachida



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

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

inż. Magdalena Smolis – specjalista
tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr Agata Sobañska – starszy referent, tel. 71 798 80 54
Iwona Polańska – starszy referent, tel. 71 798 80 52

Księgowość

mgr Agnieszka Florecka – główna księgowa
mgr Urszula Majchrzak – p.o. główna księgowa
tel. 71 798 80 87

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70
mgr Katarzyna Nowak – księgowa, tel. 71 798 80 72

Komórka płacowo-kadrowa

mgr Joanna Mańturzyk – kerownik, tel. 71 798 80 73
mgr Agnieszka Jamrozak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

Komisja: Stomatologiczna, Historyczna i Kultury, Finansowa, Rewizyjna

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

Rejestr Lekarzy i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru
tel. 71 798 80 55,

Joanna Żak – specjalista, tel. 71 798 80 60,
mgr Katarzyna Nazarek – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 61

mgr Kamila Kaczyńska – starszy referent, tel. 71 798 80 82
mgr inż. Weronika Sobolewska – specjalista,
71 798 80 57

Pośrednictwo pracy

inż. Magdalena Smolis – specjalista, tel. 71 798 80 50

Konkursy

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

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskie

Ewa Świercka

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00
Konto Kasy Pomocy Koleżeńskie

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
mgr inż. Magdalena Bukowicz

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu: mec. Beata Kozyra-Lukasiak
poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62
środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bieleńska – kierownik, tel. 71 798 80 77,
Anna Pankiewicz, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – starszy specjalista, tel. 71 798 80 76,
Grażyna Rudnicka – starszy referent, tel. 71 798 80 75,
mgr Aleksandra Kolenda – specjalista

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – kierownik,
mgr Iwona Podoba – specjalista, tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – specjalista, tel. 71 798 80 66,
Jolanta Kowalska-Jóźwik – referent, tel. 71 798 80 58

Składki na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65
Jolanta Kozłowska – referent, tel. 71 798 80 83

Informatycy

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84
Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej
Małgorzata Nakraszewska, czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej
Barbara Polek

Wrocław

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 Wałbrzyckiej
Dorota Radziszewska

Wrocław

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych
tel. 74 665 61 62

Beata Czołowska – specjalista
poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00
e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej
Ryszard Kępa, wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica, tel. 76 862 85 76
e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista
pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

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

◆ Poszukuję lekarzy stomatologów do pracy w prywatnym i nowoczesnym gabinecie stomatologicznym w centrum Oleśnicy. Minimum 2 lata doświadczenia. Wymagana własna działalność. Bardzo dobre warunki zarobkowe, duża liczba pacjentów. Preferowana osoba chcąca rozwijać się w endodoncji mikroskopowej oraz estetycznych odbudowach. Praca na 4 ręce. Miła atmosfera. Zapraszam do współpracy, tel. 604 270 497.

◆ Poszukuję lekarza periodontologa do współpracy w prywatnym gabinecie stomatologicznym w Oleśnicy. Mile widziane również doświadczenie w implantologii, tel. 604 270 497.

◆ Omnident w Twardogórze zatrudni lekarza dentystę. Zapewniamy nowoczesny sprzęt, rtg z radiowizyografią przy każdym unie. Mikrosilniki endodontyczne Morita oraz Gold, system wypełnienia kanałów ciekłą gutaperką. Możliwość rozwoju w kierunku endodoncji, protetyki, chirurgii, periodontologii. Praca na 4 ręce, dogodnie godzinny. Pacjenci w ramach NFZ i prywatnie. Bardzo dobre warunki finansowe. Dojazd z Wrocławia tylko 45 minut, tel. 604 500 967, e-mail: omnident.twardogóra@gmail.com

◆ Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu zatrudni lekarza na dyżury internistyczne w izbie przyjęć szpitala. Wymagania: lekarz ze specjalizacją z chorób wewnętrznych lub pokrewną; lekarz będący w trakcie specjalizacji, przynajmniej 2 lata – wówczas praca pod nadzorem lekarza specjalisty. Forma zatrudnienia: umowa zlecenie, kontrakt. Informacje, kontakt: Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 105, Dział Polityki Kadrowo-Płacowej, tel. 71 334 95 29, 528, e-mail: d.erdmanska@dchcp.pl

◆ Nawiążę współpracę z lekarzem rodzinnym. Praca w poradni POZ w SAN-MED Centrum Medyczne Bystrzyca Kłodzka, ul. Polna 22. Serdecznie zapraszamy do współpracy. Kontakt: sanmed@sisco.pl, 746 441 992.

◆ Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu zatrudni lekarza radiologa. Wymagania: specjalista radiologa, umiejętność wykonywania USG. Forma zatrudnienia: umowa-zlecenie, kontrakt, umowa o pracę. Informacje, kontakt: Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 105, Dział Polityki Kadrowo-Płacowej, tel. 71 33 49 529/528, e-mail: d.erdmanska@dchcp.pl

◆ Gabinet ortodontyczny w Wałbrzychu podejmię współpracę ze stomatologiem, praca w ramach NFZ i prywatnie, mieszkanie. Kontakt: 798 355 583.

◆ Nowoczesny gabinet stomatologiczny z dużą bazą pacjentów w Karpaczu poszukuje lekarza stomatologa. Zapewniamy bardzo dobre warunki finansowe. Zapewniamy nowoczesny sprzęt, RTG, pantograf, radiowizyografię, mikrosilnik endodontyczny, system wypełniania kanałów ciekłą gutaperką. Kontakt tel. 537 313 313.

◆ Ośrodek Terapii Fagowej poszukuje lekarza. Oferty proszę przesyłać na adres: rekrutacja@iitd.pan.wroc.pl

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

◆ Centrum stomatologiczne we Wrocławiu przy ul. Przemyskiego 28 zatrudni lekarza stomatologa. Mile widziane doświadczenie z protetyki i endodoncji mikroskopowej. CV można kierować na adres e-mail: stomatologiaprac@wp.pl, tel. 691 361 364.

◆ Zatrudnię stomatologa w Oleśnicy w ramach NFZ oraz pacjenci prywatni. Wymagane minimum 3-letnie doświadczenie zawodowe, tel. 600 426 172.

◆ Przychodnia stomatologiczna DońCor zatrudni lekarza stomatologa w ramach kontraktu NFZ oraz usług prywatnych. Oferujemy atrakcyjne wynagrodzenie oraz pracę z doświadczoną asystą w nowoczesnie wyposażonych gabinetach. Kontakt: 501 610 577, 509 826 501.

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

◆ Zakład Leczniczy Chirurgi spółka z o.o. z siedzibą przy ul. Mossora 1, 49-301 Brzeg, nawiąże współpracę z lekarzami chirurgami z drugim stopniem specjalizacji, szczegóły pod numerem telefonu: 604 420 704.

◆ Centrum medyczne Estomedia podejmię współpracę ze stomatologiem. Kontakt pod nr tel. 607 134 455.

◆ Centrum Medyczne „PRACTIMED” Sp. z o.o., z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Pabianickiej 25/1A, zatrudni na dogodnych warunkach lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny rodzinnej, lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej. Wymiar czasu pracy 1 etat lub do uzgodnienia, tel. 71 798 36 20.

◆ Przychodnia stomatologiczna z Bielawy (60 km od Wrocławia) podejmię współpracę z lekarzem stomatologiem. Oferujemy możliwość podnoszenia kwalifikacji, miłą atmosferę, dogodne godziny pracy oraz bardzo dobre warunki placowe, tel. 695 325 925.

◆ Przychodnia Kardio-Dental poszukuje do współpracy lekarza stomatologów: stomatologa zachowawczego z endodoncją (praca przy użyciu mikroskopu), asystentkę lub higienistkę stomatologiczną oraz lekarzy: kardiologa dziecięcego, endokrynologa, angiologa. Pacjenci prywatni. Oferujemy bardzo dobrze wyposażone gabinety (RVG, RTG panoramiczne, tomografia komputerowa CBCT, mikroskop, ultrasonograf, cykloergometr do elektro i echokardiograficznych badań obciążeniowych. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Informacje pod numerem telefonu 600 928 859 lub email: kardio-dental@wp.pl

◆ Centrum Stomatologiczne Nadent we Wrocławiu zatrudni: lekarza stomatologa z minimum 2-letnim doświadczeniem oraz lekarza stomatologa posiadającego pierwszy stopień specjalizacji stomatologia ogólna (stara specjalizacja), nawiąże współpracę z ortodontą, tel. 693 444 329.

◆ Wzwiązku z dynamicznym rozwojem Centrum Medyczne T&T z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Przyjaźni 6 nawiąże współpracę z lekarzami różnych specjalizacji w ramach prywatnych konsultacji lekarskich. Zainteresowanych lekarzy zapraszamy do kontaktu, tel. 606 892 511 lub e-mail: recepcja@tt-medical.pl

◆ Namysłowski Centrum Zdrowia SA w Namysłowie zatrudni lekarza ze specjalizacją chirurgiczną. Informacji udziela dział kadr, tel. 663 635 448 oraz lekarz naczelny NCZ SA tel. 602 247 716.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu „BajkaDent” zatrudni lekarza stomatologa dziecięcego. Praca po południu raz w tygodniu. CV proszę przysłać na adres: bajkadent@wp.pl, tel. 71 390 70 48, 725 296 209.

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa (może być po stażu) do pracy w gabinecie we Wrocławiu przy ulicy Słężnej. Stomatologia ogólna, protetyka. Kontrakt NFZ i prywatnie. Czas pracy do uzgodnienia. W gabinecie pracuje również technik protetyk. Zapraszam do kontaktu: 507 650 105.

◆ Pracowania protetyczna podejmię współpracę z gabinetami stomatologicznymi. Na NFZ wykonujemy protezy. Prywatnie – protezy szkieletowe, mosty i korony porcelanowe, naprawy. Zapraszam do kontaktu: 507 650 105.

INNE

◆ Podnajmę w pełni wyposażony gabinet stomatologiczny w lokalizacji Wrocław-Jagodno, tel. 604 270 497.

◆ Do wynajęcia od lipca 2017 samodzielny gabinet lekarski (55 m²) w centrum Wrocławia, ul. Karola Miarki 4, tel. 600 010 055 (po godz. 20.00).

◆ Sprzedam wyposażony i funkcjonujący gabinet stomatologiczny, Wrocław, Wojszyce tel. 501 308 607.

◆ Wynajmę gabinet stomatologiczny we Wrocławiu na ul. J. Narodowej, w lokalu po generalnym remoncie, wyposażonym w klimatyzację i wentylację. Lokal posiada WC dla niepełnosprawnych, personelu, pomieszczenie socjalne, tel. 609 841 741.

◆ Sprzedam przychodnię lekarską w Bielawie, tel. 509 326 026.

◆ Do wynajęcia nowoczesny lokal o powierzchni ok. 50 m² we Wrocławiu na ul. Strońskiej z dobrze prosperującym gabinetem stomatologicznym oraz drugim gabinetem (z doprowadzonymi podłączeniami do fotela i rtg, nieumeblowany). W lokalu klimatyzacja, monitoring, telefon stacjonarny, tel. 725 022 506.

◆ Gabinet lekarski/stomatologiczny do wynajęcia, pow. 40 m², lokalizacja – Wrocław-Śródmieście, tel. kontakto-wy 609 455 450.

◆ Do wynajęcia oddział chirurgii jednonodowej w Dzierżonowie – 2 sale operacyjne, 5 łóżek, aparatura medyczna. Doskonały obiekt także na praktykę stomatologiczną, chirurgiczną, inną zabiegową lub medycynę estetyczną. Wspaniała lokalizacja w komercyjnym centrum medycznym – duży przepływ pacjentów prywatnych (www.klinikadiagonosis.pl). Kontakt: lek. Adam Iwaszko, tel. 602 104 631.

◆ Gabinety lekarskie do wynajęcia. Wrocław, Krzyki, ul. Przyjaźni 66/6, tel. 605 82 33 98.

◆ Sprzedam gabinet ginekologiczny z kontraktem NFZ. Budynek wolnostojący, własnościowy, dwukondygnacyjny o pow. użytkowej 128 m². Na piętrze możliwość uruchomienia gabinetu stomatologicznego. Drugie piętro – mieszkanie typu studio. Lokalizacja – Gryfów Śląski, pow. lwówecki. Kontakt: jatifga@interia.pl

◆ Do wynajęcia gabinet w przychodni w Świdnicy i we Wrocławiu, tel. 601 616 016.

◆ Wynajmę gabinety lekarskie w okolicy ul. Traugutta we Wrocławiu w nowo otwartej przychodni, tel. 509 023 491.

◆ Sprzedam bieżnię ASPEL-B-612 z oprogramowaniem i kluczem, tel. 600 928 859.

Sprzedam ośrodek zdrowia

z działającą praktyką lekarską i apteką – budynek wolnostojący, własnościowy, o powierzchni użytkowej 417,70 m², z funkcją usługowo-mieszkalną.
Na piętrze budynku 2 mieszkania o pow. 92,40 m² i 43,70 m².

Lokalizacja

Pobiedna (Góry Izerskie w pobliżu uzdrowiska Świeradów-Zdrój)

Kontakt w sprawie kupna

e-mail: meditlesna@poczta.onet.pl

Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach zatrudni lekarzy na

Oddział Chorób Płuc i Rehabilitacji Pulmonologicznej:

- pulmonologa,
- internistę.

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej:

- kardiologa,
- internistę.

**Szpital posiada miejsca specjalizacyjne
z pulmonologii.**

**Proponujemy bardzo dobre warunki pracy
i płacy oraz zapewniamy możliwość
mieszkania, tel. 77 40 80 155.**



**Specjalistyczny Szpital
im. dra Alfreda Sokolowskiego
w Wałbrzychu
ul. A. Sokolowskiego 4**

**zatrudni lekarzy specjalistów i w trakcie
specjalizacji do pracy w ramach ambulatoryjnej
pomocy nocnej i świątecznej.**

Jesteśmy jednostką wysokospecjalistyczną, posiadającą III poziom referencyjności, certyfikat jakości wg norm ISO 9001 oraz akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Warunki pracy do uzgodnienia w siedzibie szpitala.

**Oferty prosimy składać
w sekretariacie dyrektora szpitala.**

Telefony kontaktowe:

74 64 89 600 – sekretariat

601 259 903 – pełnomocnik ds. marketingu

74 64 89 725 – Dział Spraw Pracowniczych

Terminy dyżurów

prezes DRL Paweł Wróblewski

przyjmuje po uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.

wiceprezes DRL Piotr Knast, czwartek, 13.00-14.00
wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30

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

skarbnik Małgorzata Niemiec, czwartek, 15.15-16.00
Delegatura Wrocław:

wiceprezes Małgorzata Nakraszewicz, czwartek, 14.00-15.00
Delegatura Jelenia Góra:

wiceprezes Barbara Polek, wtorek, 10.00-11.00
Delegatura Legnica:

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

wiceprezes Dorota Radziszewska, wtorek, 15.00-16.00
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko, wtorek, 10.00-12.00

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

II Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie” 27-28.10.2017 r., Warszawa

Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracyjny
znajdują się na stronie: www.komunikacja.wmedycynie.wum.edu.pl



**W związku z poszerzeniem działalności
przez MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA S.A.
w Lubinie – rozpoczęciem funkcjonowania
w sieci szpitali – zapraszamy do współpracy:**

1. lekarzy specjalistów lub lekarzy wyrażających gotowość rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinach:

- onkologii klinicznej,
- chorób wewnętrznych,
- diabetologii.

2. lekarzy specjalistów w dziedzinach:

- medycyny pracy,
- medycyny rodzinnej,
- endokrynologii,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- urologii,
- neurologii.

Zapewniamy atrakcyjne wynagrodzenia
i dogodny czas pracy.

**Zainteresowane osoby prosimy
o kontakt z wiceprezesem Zarządu
– dyrektorem ds. medycznych, e-mail:
praca@mcdz.pl, tel. 76 84 60 110.**

NOWY FORD FIESTA

JUŻ OD

374 PLN/MIES.

W FORD MULTIOPCJE



Poczuj każdy moment. Fiesta.

Nowoczesny styl. Innowacyjne technologie. Audio B&O Play.
Ford Fiesta na nowo definiuje segment aut miejskich
i udowadnia, że mały samochód potrafi zrobić olbrzymie wrażenie.



* Rata miesięczna dla Forda Fiesta Trend, 3 dr., z pakietem Cool & Sound 11, 70 KM, w promocyjnej cenie 44 900 zł brutto, wkład własny 20%, okres finansowania 36 miesięcy, przebieg roczny 20 000 km. Przykład reprezentatywny na dzień 6.07.2017. Rzeczywista Roczna Stopa Oprocentowania (RRSO) wynosi 8,58%, całkowita kwota kredytu (bez kredytowanych kosztów) 57 948,67 zł, całkowita kwota do zapłaty 72 909,40 zł, oprocentowanie zmienne 6,49%, całkowity koszt kredytu 14 960,73 zł, w tym opłata przygotowawcza 2 897,43 zł, odsetki 12 063,20 zł, 47 miesięcznych równych rat w wysokości 762,31 zł i ostatnia rata – 34 183,57 zł. Wymóg zawarcia umowy ubezpieczenia AC samochodu – koszt nie jest wliczony do RRSO. Zużycie paliwa oraz emisja CO2: nowy Ford Fiesta ST-Line, 1.0 EcoBoost, 100 KM, 3 dr., M6, 4,3 l/100 km, 97 g/km (zgodnie z rozporządzeniem WE 715/2007 z późniejszymi zmianami w WE 692/2008, cykl mieszany). Na zdjęciu nowy Ford Fiesta ST-Line.

Pol-Motors

Ford Pol-Motors
ul. Bardzka 1, 50-516 Wrocław
www.ford.pol-motors.pl
salon@polmotors.wroc.pl
tel.: 71 369 75 51