

MEDYK BESKIDZKI

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY
NUMER ISSN: 2450-3703
NAKŁAD 3300 EGZ.

Biuletyn Beskidzkiej Izby Lekarskiej

NUMER 3 (4)
WRZESIEŃ 2016



TEMAT NUMERU

CZAS PRACY LEKARZY

Dlaczego tyle pracują?

S. 8-11

S. 4-7

S. 12-13

S. 15

TAJEMNICA LEKARSKA

Nowe kontrowersyjne przepisy związane z ujawnieniem tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta.

UŁATWIENIA DLA LEKARZY

Sprawdź, co się zmieni w prowadzeniu praktyki lekarskiej.

O ZNIECZULANIU...

Z cyklu Medycyna i Sztuka na Podbeskidziu

BESKIDZKIE CENTRUM ONKOLOGII –
SZPITAL MIEJSKI IM. JANA PAWŁA II
W BIELSKU-BIAŁEJ

zaprasza do współpracy

lekarza specjalistę
**ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII**

PATOMORFOLOGA

lekarza specjalistę
**W DZIEDZINIE
CHORÓB ZAKAŹNYCH**

lub po pierwszym roku specjalizacji z
wyrażoną zgodą przez opiekuna na pracę
w w/w poradni.

Oferujemy: zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę lub kontrakt, współpracę z doświadczonym zespołem lekarzy specjalistów, możliwość osobistego rozwoju w innowacyjnej organizacji o dużym potencjale i wiodącej pozycji rynkowej.

Składanie ofert w: Beskidzkim Centrum Onkologii – Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, ul. Wyzwolenia 18. Informacji o warunkach pracy udzieli Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, tel. 33 498 40 11.

CENTRUM TERAPII
NERWIC
W MOSZNEJ SP. Z O.O.

poszukuje do pracy

lekarzy specjalistów
**W DZIEDZINIE
PSYCHIATRII**

Praca na Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicznych i Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej.

Preferowane osoby z certyfikatem psychoterapeuty lub w trakcie szkolenia do certyfikatu.

Zapytania, CV oraz oferty pracy proszę przysyłać na adres sekretariat@ctn-moszna.pl

SĄD OKRĘGOWY W BIELSKU-BIAŁEJ
ORAZ SĄDY REJONOWE
W OKRĘGU BIELSKIM TJ. W BIELSKU-
BIAŁEJ, CIESZYNIE I ŻYWCU

poszukują do współpracy lekarzy

w charakterze
**BIEGŁYCH SĄDOWYCH
I LEKARZY SĄDOWYCH**

W szczególności poszukiwani są specjaliści z zakresu: chorób wewnętrznych, laryngologii, chirurgii szczękowej, chirurgii naczyniowej, hematologii, okulistyki, kardiologii, neurologii, diabetologii, dermatologii, neurologii dziecięcej, psychiatrii dziecięcej, chirurgii szczękowej, ortopedii dziecięcej, pulmonologii, chorób zakaźnych, alergologii, urologii, onkologii, ortopedii.

Szczegółowe informacje na stronie internetowej Sądu Okręgowego w Bielsku-Białej www.bielsko-biala.so.gov.pl w zakładce „informacje” oraz pod nr telefonu 33 499 03 11.

Chrześcijańskie Stowarzyszenie Medyczne zaprasza na konferencję

pt. **STRES - WRÓG CZY PRZYJACIEL**

w Puszczykowie koło Poznania w terminie 07-09.10.2016.

Informacje na temat konferencji oraz ChSM na stronie:

www.chsm.org.pl

**BIULETYN BESKIDZKIEJ
IZBY LEKARSKIEJ**

ISSN: 2450-3703

Redaktor Naczelny:
Klaudiusz Komor

Zastępca:
Aniela Ptak

Członkowie Redakcji:
Małgorzata Potyrska,
Dorota Godlewska,
Tomasz Matlakiewicz

Opracowanie redakcyjne, graficzne, skład i przygotowanie do druku:
Agencja DIMEDIA. Tomasz Matlakiewicz,
tel. 606 978 566, t.matlakiewicz@dimedia.info

Kontakt:
Beskidzka Izba Lekarska,
ul. Krasińskiego 28,
43-300 Bielsko Biała,
tel. 33 815 03 12,
mail: sekretariat@bil.bielsko.pl

Reklama:
t.matlakiewicz@dimedia.info
tel. 606978566

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo - w razie ich wykorzystania - do dokonywania skrótów i zmian ich tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

**BESKIDZKA
IZBA LEKARSKA**

ul. Krasińskiego 28, 43-300 Bielsko Biała,
tel.: 33 815 03 12, fax: 33 822 70 17
mail: sekretariat@bil.bielsko.pl

Prezes ORL: Klaudiusz Komor

Wiceprezesi: Zyta Kaźmierczak-Zagórska,
Maciej Skwarna, Beata Jarczewska-Głońska

Sekretarz ORL: Małgorzata Potyrska

Zastępca Sekretarza ORL: Bogusława Gradowska

Skarbnik ORL: Grzegorz R. Kołodziej

Członkowie Prezydium ORL: Krystyna Szyrocka-
Kowalczyk, Jolanta Firlej-Dobrzańska,
Andrzej Krawczyk

Rzecznik Praw Lekarzy: Maciej Skwarna,
rpl@bil.bielsko.pl

**Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
i lekarzy dentyków:** Jolanta Klemens

Kierownik Biura BIL: kancelaria - Joanna Bathelt,
joannab@bil.bielsko.pl

Sekretariat: sekretariat@bil.bielsko.pl
tel.: 33 815 03 12, 33 812 38 86, fax: 33 822 70 17
pon., śr., czw.: 8.00-16.00, wt: 8.00-18.00, pt.:
10.00-16.00

Rejestr lekarzy: Jolanta Białka,
rejestr.lek@bil.bielsko.pl,
tel.: 33 815 03 12, 33 812 38 86, fax: 33 822 70 17
pon. - czw.: 8.00-16.00, pt: 10.00-16.00

Rejestr praktyk prywatnych: Barbara Krywult,
praktyki@bil.bielsko.pl
tel.: 33 815 03 12, 33 812 38 86, fax: 33 822 70 17
pon. - czw.: 10.00-16.00, pt: 12.00-16.00

Ośrodek Kształcenia Medycznego:
Koordynator Ośrodka Kształcenia Medycznego -
Agnieszka Gorgoń-Komor, agorgon@poczta.onet.pl
Urszula Hrabowska, okm@bil.bielsko.pl
tel.: 33 822 77 72
Alicja Pawlus, apawlus@bil.bielsko.pl
pon. - czw.: 8.00-16.00, pt.: 10.00-16.00

**Biuro Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej:**
Agata Dziedzic, rzecznik@bil.bielsko.pl
tel.: 33 812 48 50, pon.-pt.: 8.00-16.00

Kancelaria Okręgowego Sądu Lekarskiego:
Agnieszka Gryczka, tel.: 33 815 03 12, 33 812 48 50
pon.-czw.: 8.00-14.00, pt.: 10.00-14.00

Agencja Ubezpieczeniowa:
Agata Jachna, ajachna@bil.bielsko.pl
tel.: 660 682 881

Lekarska Kasa Pomocy: Jolanta Białka,
lkp@bil.bielsko.pl
tel.: 33 815 03 11, pon. - pt.: 14.00-16.00

Radca Prawny: mec. Dorota Godlewska
lekarzy przyjmuje we wtorki w godz. 15.00-17.00
(po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym).

Główny Księgowy:
Agnieszka Gryczka, agryczka@bil.bielsko.pl
tel.: 33 815 03 12, 33 812 38 86, fax: 33 822 70 17
pon.-czw.: 8.00-16.00, pt.: 10.00-16.00.

Strona www:
www.bil.bielsko.pl,
e-mail: bil@bil.bielsko.pl, bielsko.biala@hermes.org



Klaudiusz Komor
Prezes Okręgowej
Rady Lekarskiej

Quo vadis?

Patrząc na najnowsze wydarzenia w Polsce, trzeba koniecznie zapytać dokąd zmierza obecnie nasza służba zdrowia? Chyba najczęściej wśród lekarzy pojawia się słowo niepewność... bo tak naprawdę nikt obecnie nie jest w stanie powiedzieć co będzie nie tylko za rok czy dwa ale nawet za miesiąc. I niestety odpowiedzi na to pytanie nie znajdziecie również w tym biuletynie. Podejmujemy w nim jednak kilka ważnych tematów, w tym chyba obecnie najbardziej drażliwy – dotyczący

czasu pracy lekarzy. Impulsem, który po raz kolejny wywołał ten temat była śmierć naszej koleżanki, anestezjologa w pracy po czterech dyżurach. Być może przyczyną śmierci nie była całkowicie związana z przepracowaniem (być może zawał lub udar, być może choroba była przewlekła) ale sam fakt, że pracowała cztery dni bez przerwy poruszył opinię publiczną. I poruszył również nas, lekarzy – wielu z nas wzruszy ramionami i powie, co tam cztery dyżury z rzędu, każdemu się zdarzy. Warto jednak zapytać gdzie jest granica, granica szaleństwa i rozsądku. Nie rozpatrując powodów, dla których pracujemy tak dużo (czy z poczucia obowiązku, bo nie ma kto obsadzić dyżurów czy z prostej chęci zarobienia) warto pomyśleć jak dużo ryzykujemy – o tym właśnie przeczytacie w artykule będącym tematem przewodnim tego numeru. Mam nadzieję, że po przeczytaniu chociaż na moment się nad tym zastanowicie...

W najbliższym czasie czekają nas jeszcze dwa ważne wydarzenia (kiedy biuletyn trafi do Waszych rąk oba już się odbędą

– najpierw planowana na 24 września manifestacja środowisk medycznych w Warszawie a następnie 27 września przyjęcie do Naszej Izby nowych członków – stażystów. Samorząd Lekarski w Polsce popiera postulaty organizatorów manifestacji, wiele Okręgowych Izb, w tym również Beskidzka koordynuje i pomaga w zorganizowaniu transportu dla lekarzy chcących wziąć udział w manifestacji. Nic w tym dziwnego – od lat Izby żądają adekwatnego wzrostu wynagrodzeń do poziomu trzech średnich krajowych dla lekarza specjalisty i odpowiednio dwóch dla lekarza bez specjalizacji. Czy manifestacja odniesie skutek? O tym przekonamy się pewnie za jakiś czas ale ważne jest, że po raz kolejny różne środowiska medyczne zorganizowały się i będą mówić jednym głosem. I jest to dobry prognostyk dla tych ponad 70 młodych ludzi, którzy po zakończeniu studiów wstępują w szeregi członków Naszej Izby i rozpoczynają swoją zawodową karierę. Może będzie im łatwiej uwierzyć, że będą kiedyś mogli pracować tylko na jednym etacie i zarabiać godziwe pieniądze. Może...

REKLAMA



Nowe
Renault CLIO i CLIO Grandtour

Uwodzi bez końca

Już od
39 900 zł
5 lat gwarancji*

* W tym 2 lata gwarancji producenta i do 3 lat dodatkowej z limitem 80 000 km. Oferta przedłużonej gwarancji Formula Non Stop na 5 lat lub z limitem 80 000 km w promocyjnej cenie 1 zł jest dostępna tylko z Renault Finansowanie przy zawieraniu umowy kupna nowego pojazdu Renault CLIO. Podana cena dotyczy wersji Renault CLIO Life 1.2 16V 75. Na zdjęciu prezentowana jest wersja Intens z wyposażeniem dodatkowym. Stan oferty na dzień 1.09.2016 r. Szczegóły w salonach Renault. Zużycie paliwa w cyklu mieszanym w zależności od wersji silnikowej wynosi dla Renault CLIO od 3,3 do 5,9 l/100 km, a emisja CO₂ od 85 do 135 g/km. Dane są określone zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. Zużycie paliwa jest uzależnione od umiejętności i zachowania kierowcy, warunków atmosferycznych i innych okoliczności na drodze. Koncern Renault dba o środowisko, a samochody naszej marki składają się z części nadających się do odzysku i recyklingu. Szczegółowe informacje dotyczące spełniania wymogów ochrony środowiska znajdują się na stronie renault.pl.

Renault zaleca **elf**

renault.pl

WEKTOR – salon i serwis
ul. Warszawska 295, Bielsko-Biała
tel. 33 8295610, 33 8295600
www.wektor.pl

OGŁOSZENIA, PRACA

**Kontrowersyjna
nowelizacja
przepisów**

Tajemnica lekarska po śmierci pacjenta

5 sierpnia 2016r. weszła w życie ustawa z dnia 10 czerwca 2016r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016r., poz.1070), nowelizująca dotychczasowe przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta. W uzasadnieniu do projektu nowelizacji jej autorzy wskazali, że cyt.: „w obecnym stanie prawnym zakres tajemnicy lekarskiej jest ujęty zbyt szeroko uniemożliwiając często osobom najbliższym wobec zmarłego pacjenta dochodzenie roszczeń lub odpowiedzialności wobec osób, które mogły przyczynić się do śmierci pacjenta. W efekcie tajemnica lekarska może być w jednostkowych przypadkach wykorzystywana do ukrywania błędów w leczeniu wbrew interesowi pacjenta. Ujawnienie obiektywnych przyczyn śmierci pacjenta może również leżeć w interesie społecznym. Wprowadzenie projektowanej konstrukcji umożliwi osobom najbliższym poznanie całości okoliczności związanych ze stanem zdrowia pacjenta i może poprzedzać decyzję o złożeniu zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. W efekcie w wielu przypadkach może to również spowodować uniknięcie konieczności wszczynania niepotrzebnego postępowania, gdyż już samo ujawnienie informacji będzie wystarczające dla osób najbliższych

do naprawienia krzywdy w przypadku przyczynienia się do śmierci pacjenta. Dysponentem tej tajemnicy po śmierci pacjenta powinny być osoby najbliższe pacjentowi, które łączył z pacjentem węzeł szczególnego zaufania, tak aby nie zostały naruszone w sposób nieuzasadniony dobra osobiste pacjenta.” (źródło: strony internetowe Sejmu www.sejm.gov.pl)

Czy osiągnięcie efektu zamierzonego przez autorów nowelizacji musiało się odbyć kosztem odebrania pacjentowi możliwości decydowania na wypadek śmierci, o tym czy i komu lekarz będzie mógł udzielić informacji objętych tajemnicą? Oceńcie Państwo sami.

Istotą nowelizacji jest wprowadzenie rozwiązania polegającego na zobowiązaniu lekarza oraz lekarza dentystry do ujawnienia tajemnicy lekarskiej, jeżeli zgodę na ujawnienie tej tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, którą może być: małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej (dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie, teściowie) przedstawiciel ustawowy (rodzice lub opiekunowie prawni),

osoba pozostająca we wspólnym pożyciu (konkubenci) lub osoba wskazana przez pacjenta. Jeżeli zatem do lekarza, po śmierci pacjenta, zgłosi się osoba bliska i zażąda ujawnienia jej informacji stanowiących tajemnicę lekarską, dotyczących zmarłego pacjenta, wyrażając uprzednio zgodę na ujawnienie przez lekarza tych informacji lub wyrazi zgodę na ujawnienie tych informacji podmiotom trzecim, na przykład sądowi, lekarz będzie zobowiązany udzielić informacji w zakresie określonym przez osobę bliską.

Uprawnienie osoby bliskiej do wyrażenia zgody na udzielenie informacji stanowiących tajemnicę lekarską dotyczy również sytuacji, kiedy pacjent za życia nie upoważnił nikogo do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia lub wręcz wyraził sprzeciw, lub zakazał udzielania informacji komukolwiek w jakiegokolwiek formie również po swej śmierci. Można więc zaryzykować stwierdzenie, że wola pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji związanych z jego stanem zdrowia po śmierci, w nowych realiach prawnych nic nie znaczy, ponieważ wbrew tej woli informacje do tej pory poufne, mogą zostać ujawnione za zgodą osoby bliskiej. Wyjątek stanowi sytuacja, gdy inna osoba bliska dla pacjenta sprzeciwi się ujawnieniu



mec. Dorota Godlewska
Radca Prawny
Beskidzkiej
Izby Lekarskiej
dorota.godlewska@gmail.com

SUBARU OUTBACK – PRAWDOPODOBNI NAJBEZPIECZNIEJSZY...



WWW.OUTBACK.SUBARU.PL



WAWROSZ S.J.

WARSZAWSKA 158, 43-300 BIELSKO-BIAŁA
TEL. 692 541 524, MAIL: BIELSKO@SUBARU.PL



Confidence in Motion

AKTUALNOŚCI

4

NUMER 3 (4)
**MEDYK
BESKIDZKI**

» Uprawnienie osoby bliskiej do wyrażenia zgody na udzielenie informacji stanowiących tajemnicę lekarską dotyczy również sytuacji, kiedy pacjent za życia nie upoważnił nikogo do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia lub wręcz wyraził sprzeciw lub zakazał udzielania informacji komukolwiek w jakiegokolwiek formie również po swej śmierci.

informacji stanowiących tajemnicę lekarską. Niestety, ustawodawca nie uregulował w ogóle kwestii związanych z trybem ustalania kręgu osób bliskich zmarłego pacjenta, w szczególności nie wskazał, kto i w jaki sposób ma go ustalać, jak również w jaki sposób ma przebiegać weryfikacja statusu osoby bliskiej, nie wskazał również czy i w jaki sposób mają być powiadamiane pozostałe osoby bliskie zmarłego pacjenta w sytuacji, gdy jedna z tych osób wyraziła zgodę na ujawnienie informacji stanowiących tajemnicę lekarską.

Nadto brak jest jednoznacznych wskazań odnośnie formy wyrażenia przez osobę bliską zgody na udzielenie informacji stanowiących tajemnicę lekarską lub sprzeciwu. Nie wiadomo również czy zgoda na udzielenie informacji, wyrażona przez osobę bliską obejmuje także uprawnienie do wyrażenia zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej. Co prawda przepisy dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej na rzecz osób upoważnionych do tego za życia pacjenta nie uległy zmianie, jednak w przypadku wyrażenia zgody przez osobę bliską na ujawnienie po śmierci pacjenta wszystkich informacji zawartych w jego dokumentacji medycznej, najprostszym dla lekarza rozwiązaniem będzie udostępnienie tej dokumentacji do wglądu. W przeciwnym razie lekarz musiałby „przepisać” lub przenieść, w przypadku dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej, treść te same dokumentacji na nowy nośnik informacji, lub odczytać osobie bliskiej całą zawartość dokumentacji łącznie z objaśnieniami dotyczącymi poszczególnych wpisów. Mając na uwadze obszerność dokumentacji szpitalnej mogłoby to spowodować długotrwałą przerwę w przyjmowaniu pacjentów, gdyż w tym czasie lekarz, zamiast leczeniem, zajmowałby się odczytywaniem osobie bliskiej treści wpisów zawartych w dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta

lub jej przepisywaniem albo przenoszeniem na inny nośnik informacji. Zatem najbardziej racjonalnym rozwiązaniem będzie, w mojej opinii, udostępnienie przedmiotowej dokumentacji do wglądu na rzecz osoby bliskiej w przypadku wyrażenia przez nią zgody na udzielenie informacji zawartych w te same dokumentacji.

Ustawodawca nie przewidział również, w jakiej formie ma zostać przekazana przez lekarza informacja stanowiąca tajemnicę lekarską. Należy przyjąć, wobec braku przeciwskażeń, że dopuszczalna jest każda forma, w tym pisemna i ustna, w zależności od wniosku w tym zakresie osoby bliskiej. Dla celów dowodowych najlepszym rozwiązaniem będzie oczywiście forma pisemna. Niemniej jednak, jeżeli osoba bliska będzie chciała uzyskać informację w trakcie bezpośredniej rozmowy z lekarzem, nie powinno się stawiać w tym zakresie przeszkód. Należy w takim przypadku dokonać stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta o udzieleniu informacji osobie bliskiej z podaniem daty udzielenia informacji i jej zakresu. Adnotację tę powinna potwierdzić własnoręcznym podpisem osoba bliska.

Należy również pamiętać, że osoba wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej na podstawie znowelizowanego art. 40 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty może określić zakres jej ujawnienia. Uważam, że każdorazowo należy dopilnować, aby osoba bliska ten zakres określiła, najlepiej na piśmie. Kwestia ta może się okazać istotna w przypadku wyrażenia sprzeciwu przez inną osobę bliską. Wtedy bowiem może pojawić się zarzut ujawnienia przez lekarza informacji objętych tajemnicą w szerszym zakresie niż wynikało to ze zgody udzielonej przez inną osobę bliską. Stąd niezwykle ważne jest odpowiednio udokumentowanie procesu ujawniania informacji dotyczących zmarłego pacjenta, aby nie narazić się na zarzut przekroczenia uprawnień i naruszenia tajemnicy lekarskiej, gdyż może się to wiązać z odpowiedzialnością zarówno karną, jak i cywilną.

Niestety, udzielając powyższych wskazówek, mogę kierować się jedynie własnym doświadczeniem zawodowym, albowiem znowelizowane przepisy nie regulują wielu kwestii. Dopiero praktyka stosowania nowych przepisów pokaże, jak należy rozwiązywać kwestie nieobjęte tą regulacją. Żyjąc nadzieję, że w niedługim czasie dojdzie do „naprawy” przepisów, proponuję poniżej praktyczne rozwiązania dotyczące stosowania nowych regulacji prawnych.

1. Zgoda na ujawnienie informacji stanowiących tajemnicę lekarską, dotyczących zmarłego pacjenta, powinna być udzie-

lona lekarzowi przez osobę bliską w formie pisemnej. Jest to ważne dla celów dowodowych.

2. Zgoda winna zostać opatrzona danymi osoby bliskiej takimi jak: imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, rodzaj i numer dokumentu tożsamości osoby bliskiej, określenie stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa (mąż, żona, córka, syn, wnuk, wnuczka, matka, ojciec, dziadek, babka, teść, teściowa), lub określenie, że osoba bliska jest konkubiną/konkubentem albo że została ona wskazana jako osoba bliska za życia pacjenta i stosowna adnotacja w tym zakresie znajduje się w dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta.

3. W treści zgody osoba bliska winna dokładnie określić, w jakim zakresie wyraża zgodę na ujawnienie informacji stanowiących tajemnicę lekarską. Tylko bowiem w takim zakresie informacja może zostać ujawniona.

4. Lekarz nie ma obowiązku ustalania kręgu osób bliskich pacjenta.

5. Sprzeciw osoby bliskiej może zostać uwzględniony tylko przed ujawnieniem informacji. Jeżeli sprzeciw został wniesiony po ujawnieniu informacji stanowiących tajemnicę lekarską należy poinformować osobę bliską wnoszącą sprzeciw o tym, iż będzie on uwzględniony na przyszłość, ale jest on bezskuteczny wobec wcześniej ujawnionych informacji za zgodą innej osoby bliskiej (wskazana jest forma pisemna sprzeciwu i odpowiedzi na sprzeciw - dla celów dowodowych).

6. Lekarz ma prawo poprosić osobę bliską o okazanie dokumentu tożsamości, a także o przedstawienie aktu stanu cywilnego (np. skróconego aktu urodzenia) lub innego dokumentu na dowód pokrewieństwa, powinowactwa lub pozostawania we wspólnym pożyciu.

7. W przypadku, kiedy osoba bliska wyrazi zgodę na ujawnienie informacji zawartych w dokumentacji medycznej, można udostępnić tę dokumentację do wglądu.

8. Należy rozważyć umieszczenie w gabinetach lekarskich oraz podmiotach leczniczych w widocznym miejscu, najlepiej obok informacji o prawach pacjenta, wzmiankę o nowych przepisach zobowiązujących lekarzy do ujawniania informacji stanowiących tajemnicę lekarską po śmierci pacjenta, jeżeli osoba bliska wyrazi na to zgodę oraz przy braku sprzeciwu innych osób bliskich. Pacjent winien mieć świadomość, że ujawnienie tej informacji może nastąpić, nawet wbrew jego woli wyrażonej za życia. W najbliższym czasie na stronie internetowej Beskidzkiej Izby

Lekarskiej zostanie zamieszczony wzór takiej informacji do ewentualnego wykorzystania.

Znowelizowane przepisy wprowadziły również zmianę zasad zwalniania z tajemnicy lekarskiej w postępowaniu karnym. Przypominam, iż do tej pory zwolnienie z tajemnicy lekarskiej w postępowaniu karnym następowało wyłącznie na podstawie postanowienia sądu, a przesłuchanie takiej osoby przez sąd w wypadkach przewidzianych, m.in. w art. 180 kodeksu postępowania karnego miało miejsce na podstawie art. 181 k.p.k. z wyłączeniem jawności. Osoby obowiązane do zachowania tajemnicy lekarskiej mogły być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy było to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie mogła być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decydował sąd, na posiedzeniu bez udziału stron, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty doręczenia wniosku prokuratora. Na postanowienie sądu przysługiwało zażalenie. Po nowelizacji art. 181 § 1 k.p.k. oraz wprowadzeniu w art. 181 k.p.k. nowego paragrafu oznaczonego jako 1a, wyłączenie jawności przesłuchania lekarza na rozprawie nie

dotyczy przypadku, gdy zwolnienie lekarza z tajemnicy lekarskiej nastąpiło przez osobę bliską na podstawie art. 40 ust. 2 pkt 4, art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 14 ust. 2 pkt 3 lub art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w przewidzianym przez te ustawy zakresie i przy braku wskazanego w nich sprzeciwu. Jeżeli zwolnienie z tajemnicy nastąpiło na podstawie i na zasadach, o których mowa powyżej, okoliczności objęte tajemnicą, które zostały ujawnione na rozprawie z wyłączeniem jawności, mogą być rozpowszechniane publicznie przez osobę, której zgoda była wymagana do zwolnienia z tej tajemnicy.

Tak więc po nowelizacji przepisów, w przypadku zgody osoby bliskiej zmarłego pacjenta na ujawnienie informacji stanowiących tajemnicę zawodową, lekarz będzie zobowiązany zeznawać przed sądem bez uprzedniego wydania przez sąd postanowienia o zwolnieniu z tajemnicy lekarskiej. Ponadto rozprawa może być jawna, a w przypadku wyłączenia jawności rozprawy, informacje te mogą być pomimo tego rozpowszechniane przez osobę bliską, której zgoda była wymagana do zwolnienia z tajemnicy.

Na zakończenie należy wskazać, że kontrolerska nowelizacja przepisów została wprowadzona pomimo sprzeciwu władz samorządu lekarskiego, wyrażonego w Stanowisku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 20 maja 2016r., w którym wskazano m.in., że cyt.: „sprzeciw budzi rozwiązanie otwierające nieograniczony dostęp osób bliskich do informacji chronionych obecnie tajemnicą lekarską. Dysponentem informacji chronionych jest i powinien być pacjent, który ma możliwość wskazania osób uprawnionych do dostępu do informacji dotyczących jego stanu zdrowia tak za życia, jak i na wypadek śmierci.” Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz wystąpił do Rzecznika Praw Obywatelskich o zaskarżenie do Trybunału Konstytucyjnego nowelizacji jako niezgodnej z art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, jak również skierował apel do Rzecznika Praw Pacjenta „o podjęcie działań zmierzających do przywrócenia polskiemu pacjentom pełni praw dotyczących swobody decydowania o poufności informacji dotyczących ich stanu zdrowia.”

Zastrzegam, iż nie mogę przewidzieć wszystkich problemów, które pojawią się w trakcie stosowania nowych przepisów. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, przed ujawnieniem tajemnicy lekarskiej należy skonsultować się z prawnikiem pracodawcy lub izby lekarskiej.

Szanowni Państwo!

Zachęcamy do systematycznego odwiedzania strony internetowej Beskidzkiej Izby Lekarskiej. Znajdą tam Państwo aktualizowane na bieżąco wiadomości, ważne ogłoszenia dotyczące lekarzy, artykuły poświęcone zagadnieniom związanym z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej, zbiór podstawowych przepisów prawnych, oferty pracy, informacje o ubezpieczeniach, informacje dla seniorów oraz wiele innych ważnych i ciekawych treści.

Zapraszamy!



www.bil.bielsko.pl



Uczestniczyli Państwo w ciekawej konferencji, sympozjum czy szkoleniu?

Mają Państwo informacje o nowych wytycznych, czy też sposobach leczenia?

Prowadzą Państwo badania naukowe?

Chcą Państwo podzielić się swoimi spostrzeżeniami, bądź opisać własne historie związane z leczeniem i funkcjonowaniem służby zdrowia?

Zapraszamy na nasze łamy.

NAPISZ!

**MEDYK
BESKIDZKI**

BIULETYN
BESKIDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

CZEKA NA PAŃSTWA TEKSTY!

KONTAKT Z REDAKCJĄ:
tel. 33 815 03 12,
mail: sekretariat@bil.bielsko.pl



LEKARSKIE MARATONY TO CODZIENNOŚĆ



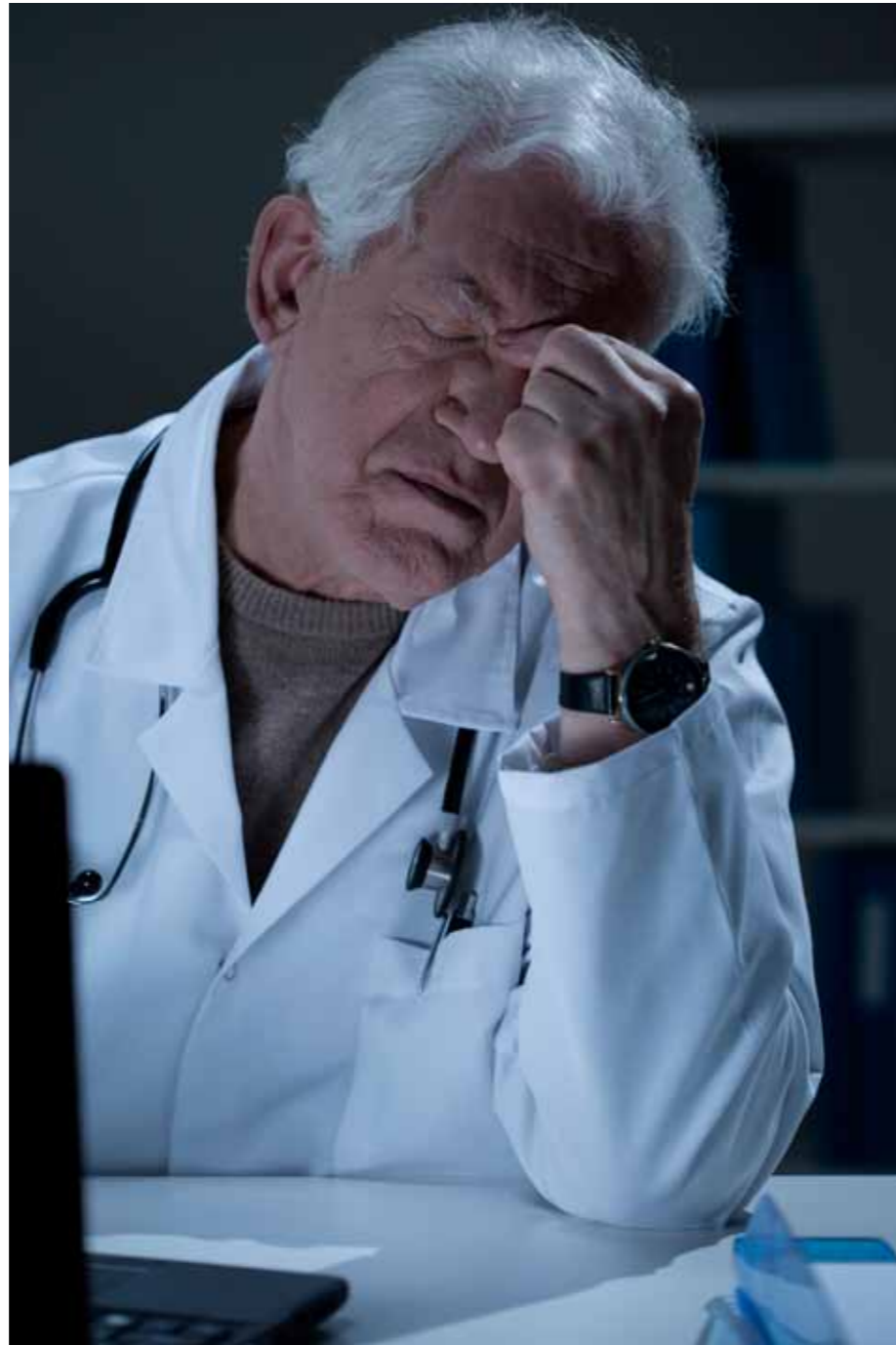
mec. Dorota Godlewska
Radca Prawny
Beskidzkiej Izby Lekarskiej

Śmierć anestezjolog w szpitalu w Białogardzie po raz kolejny uruchomiła dyskusję na temat norm czasu pracy lekarzy. Polski lekarz, to zmęczony lekarz i nic nie wskazuje na to, żeby w najbliższym czasie ta reguła przestała obowiązywać w naszych szpitalach i przychodniach.

44-letnia lekarka zmarła w poniedziałek 8 sierpnia w czwartej dobie nieprzerwanego dyżuru. Ustalono, że przyczyną śmierci była niewydolność oddechowo-krażeniowa. Czy na stan zdrowia kobiety wpłynęło przepracowanie? Tego jeszcze nie wiemy. Ustala to Prokuratura Okręgowa w Koszalinie. Szpital w Białogardzie tłumaczy tymczasem, że prawa nie złamał. Jego rzecznik, Witold Jajszczok przekonuje, że w tym przypadku nie ma prawnego zakazu podejmowania pracy w takim wymiarze godzin. – Nie ma żadnych przepisów, które zabraniałyby pani doktor jako firmie podejmowania zobowiązań, które chciałaby podejmować – tłumaczył w rozmowie z Polskim Radiem. Przypomnimy, że istotnie przepisów o czasie pracy, wynikających z kodeksu, w przypadku lekarzy nie zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie stosuje się. Anestezjolog pracowała na podstawie kontraktu podpisanego z białogardzką placówką. Teoretycznie więc prawo nie zostało złamane.

Niezależnie jednak od ustaleń i abstrahując od tego przypadku, trudno zaprzeczyć, że klika dni intensywnej pracy, bez dłuższego snu, czy choć odpoczynku, może skończyć się zawałem. Jeszcze bardziej narażeni są pacjenci, którzy znajdują się w rękach przemęczonego lekarza. Pozwy będące następstwem błędów lekarskich nie są dziś przecież rzadkością. Tymczasem jak wynika z sondażu, który w sierpniu tego roku przeprowadził serwis Konsylium24.pl, 59 proc. spośród 624 lekarzy, którzy udzieli odpowiedzi, pracuje bez przerwy ponad 24 godziny przynajmniej raz do roku. 29 proc. ankietowanych ma taką sytuację przynajmniej raz w tygodniu. Zdarzały się jeszcze dłuższe dyżury. 14 proc. badanych lekarzy zadeklarowało, że w ciągu ostatniego roku miało w pracy zawodowej takie sytuacje, że pracowali bez przerwy ponad 48 godzin.

Dlaczego zatem lekarskie maratony w pracy są tak powszechne?



Na kontrakcie taniej

Taki układ jest na rękę pracodawcom. Pozwala ograniczyć zatrudnienie personelu i skłonić lekarzy do częstszego dyżurowania. W 2008 roku, weszły w życie przepisy, według których lekarz może pracować maksymalnie 7 godz. 35 min. na dobę z jednoczesnym

zachowaniem 11-godzinnej przerwy po dyżurze. Lekarz podpisując umowę z klauzulą opt out może wydłużyć tydzień pracy do 72 godzin. Nietrudno policzyć, że zapewnienie ciągłej obecności przynajmniej jednego lekarza specjalisty na oddziale, pracującego

w tylko w podstawowym wymiarze godzin, wymagałoby zapewnienia przynajmniej 5 etatów, nie licząc świąt i urlopów. Tymczasem takie ograniczenia nie obowiązują lekarzy na kontraktach, czy też umowach cywilnoprawnych. Taki lekarz jest bardziej dyspozycyjny dla szpitala i tańszy, przynajmniej jeśli chodzi o dyżury. Tego typu umowy dają bowiem dyrektorom możliwość zakontraktowania lekarza na określoną liczbę dyżurów czy zabiegów. Szpital nie musi też przyznawać lekarzowi urlopu wypoczynkowego, czy w przypadku kobiet macierzyńskiego, bądź wychowawczego. W takim przypadku, bądź w przypadku choroby, konieczność zapewnienia zastępstwa na oddziale przechodzi subtelnie z dyrektora szpitala na pracujących w ten sposób lekarzy. Podobnie jak odpowiedzialność za skutki nienależytego wykonywania zawodu, czy też nierozliczenia niektórych świadczeń z NFZ. Taka sytuacja stwarza okazję do wywierania presji na lekarzy, aby ci brali więcej i więcej dyżurów. Na tę sytuację zwracał niedawno uwagę (właśnie przy okazji sprawy anestezjolog z Białogardu) Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, Maciej Hamankiewicz. – Lekarze są zmuszani do pracy na kontraktach, bo tak jest dla szpitali taniej. I wówczas tą ścieżką również przestają obowiązywać normy czasu pracy, które powinny być bezwzględnie przestrzegane, podobnie jak normy czasu pracy pilotów, kierowców autobusów – podkreślał w rozmowie z Polskim Radiem.

Problem mają zwłaszcza lekarze rezydenci, którzy muszą się liczyć z tym, że ich rezydentury związane są z konkretną jednostką szkoleniową. W przypadku konfliktu z dyrektorem, zmiana szpitala i znalezienie innego miejsca szkoleniowego jest bardzo trudne. Nie mówiąc już o tych młodych lekarzach, dla których rezydentura zabrakło. Ci są zdani tylko na łaskę pracodawcy.

Młoda rezydentka pracująca w jednym z bielskich szpitali (dane do wiadomości redakcji), wynajmuje w Bielsku-Białej mieszkanie i średnio miesięcznie wyrabia ok. 300 godz. – Pensja rezydentka nie wystarcza nie tylko, żeby pokryć koszty książek, czy kursów, ale nawet, żeby się utrzymać – tłumaczy. – Podobnie jak inni koledzy i koleżanki dorabiamy, najczęściej Poradniach Lekarza Rodzinnego w POZ-ach. Na tym jednak jej praca się nie kończy. Do obsadzenia razem z innymi rezydentami na oddziale mają jeszcze pulę dyżurów na izbie przyjąć. Takie zgniłe jajo, którego nikt nie bierze: intensywna praca, ogromna odpowiedzialność i niewielkie pieniądze. – Dostajemy rozpiszkę, że jest tyle, a tyle dyżurów do obsadzenia w miesiącu i musimy

się nimi podzielić.

Maciej Skrawna, Rzecznik Praw Lekarza przyznaje, że oficjalnie żadne zgłoszenie do niego w tej sprawie nie wpłynęło, jednak w nieoficjalnych rozmowach, tego typu problemy są powszechne, zwłaszcza wśród młodych lekarzy. Przykładem są choćby opt outy, które młodym lekarzom podsuwa się na dzień dobry. – Taka wielogodzinna praca często traktowana jest jako coś normalnego – przyznaje. – Już w chwili podjęcia pracy młodzi lekarze często mają podkładaną klauzulę opt out. Podpisujący pierwszą umowę o pracę są często nieświadomi, że to dobrowolna zgoda. Co więcej taką presję wywierają nie tylko pracodawcy, ale również starsi koledzy. Obecnie mamy taką sytuację, że lekarz, który nie chce pracować ponad siły, musi to zgłosić. Tymczasem powinno być na odwrót.

Lekarz stawia granicę

Tyle, że możliwość nieprzerwanej pracy i brak limitu godzin jest na rękę również wielu lekarzom – przede wszystkim tym, którzy chcą więcej pracować, aby więcej zarobić. Lekarze oczywiście woleliby pracować na etatach, ale nie za takie pieniądze. Początkiem lutego Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy podał za GUS informacje o przeciętnych wynagrodzeniach lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Zgodnie z nimi stawka godzinowa wynosiła ok. 35 zł za godzinę, co dawało za jeden etat ok. 4050 zł na rękę. – To o ponad 100 zł mniej niż przeciętne wynagrodzenie netto strażnika miejskiego w Warszawie – alarmuje OZZL. Dopóki więc pensje podstawowe będą kształtować się na takim poziomie, lekarze, aby dobrze zarabiać, będą musieli pracować w wielu miejscach i ponad normę. Kontraktowa forma umowy daje im w takim przypadku duże pole manewru, umożliwiając raz wzięcie kilku dyżurów pod rząd, innym zaś razem kilkudniowej przerwy. Dzięki temu mogą domknąć grafiki pracy w kilku różnych miejscach. Sami też decydują o tym, gdzie postawić limit czasu pracy - na poziomie 200 godz. w miesiącu, 350 czy jeszcze wyżej. Jego podstawowe determinanty to wysokość zarobków, kondycja fizyczna i oczywiście zdrowy rozsądek.

Taki układ pomieści również skrajności: z jednej strony stachanowców, dla których *sky's the limit*, z drugiej lekarzy, którzy muszą tak pracować, aby się utrzymać. Lekarze na rezydenturze (w Polsce jest ich 13,5 tys.) mogą liczyć jedynie na 2275 zł na rękę, w przypadku priorytetowych specjalizacji o 400 zł więcej. Ci, którzy na rezydenturze się

KOMENTARZ PRAWNIKA

Uważam, że problem stosowania norm czasu pracy bezpiecznych zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta wymaga uregulowania na poziomie ustawowym. Lekarz wykonując swój zawód ma do wyboru kilka form aktywności zawodowej - umowę o pracę, umowę cywilnoprawną w różnych jej odmianach, w tym umowę kontraktową podpisywaną z publicznym samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej, najczęściej na dyżury lub z prywatnym podmiotem leczniczym, najczęściej na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej, lub specjalistycznej opieki zdrowotnej, wreszcie praktykowanie we własnym gabinecie lekarskim. Niezależnie od formy wykonywania zawodu, lekarz powinien go wykonywać w sposób bezpieczny dla siebie i dla pacjenta, nie narażając ani siebie, ani pacjenta na zagrożenie najwyższego dobra, jakim jest zdrowie i życie ludzkie. O narażeniu życia i zdrowia własnego oraz pacjenta można niewątpliwie mówić w sytuacjach wielogodzinnego lub wielodobowego udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych bez należytej przerwy zapewniającej wypoczynek oraz regenerację fizyczną i psychiczną przemęczonego organizmu. Sytuacje takie mogą skutkować niekorzystnymi następstwami zagrażającymi życiu i zdrowiu lekarza (np. zawał serca), jak również pacjenta narażonego na szkody wynikające z błędów medycznych popełnionych przez przemęczonego lekarza, w tym również zaniechań.

W obecnym stanie prawnym ustawowe normy czasu pracy muszą być zachowane tylko w przypadku lekarzy wykonujących swój zawód w formie umowy o pracę. Obowiązek zachowania ustawowych norm czasu pracy dotyczy jednak tylko konkretnej umowy i konkretnego pracodawcy, którym jest określony podmiot leczniczy. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w takim przypadku czas pracy lekarza w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, który nie może przekraczać 3 miesięcy (art.93).

Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na

>>>

>>>

dobę, jednak w rozkładach tych czas pracy lekarzy nie może przekraczać przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, który w takich przypadkach nie może być dłuższy niż miesiąc, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony, nie więcej jednak niż do 4 miesięcy. Rozkład czasu pracy, o którym mowa powyżej, powinien być stosowany na podstawie harmonogramów pracy ustalanych dla przyjętego okresu rozliczeniowego, określających dla poszczególnych pracowników dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy (art.94).

Lekarze pozostający w ramach stosunku pracy mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego dyżuru medycznego, przez który rozumie się wykonywanie przez lekarzy poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych w podmiocie leczniczym wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym z tym zastrzeżeniem iż nie może ona przekroczyć 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (art. 95).

Lekarze po wyrażeniu na to zgody na piśmie, mogą być zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, który nie może być dłuższy niż 4 miesiące (klauzula opt-out). Pracodawca w takim przypadku jest obowiązany prowadzić i przechowywać ewidencję czasu pracy pracowników oraz udostępniać ją organom właściwym do sprawowania nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem prawa pracy, które mogą, z powodów związanych z bezpieczeństwem lub zdrowiem pracowników, a także w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych, zakazać albo ograniczyć możliwość wydłużenia maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy. Pracodawca jest obowiązany dostarczać wyżej wymienionym organom, na ich wniosek, informacje o przypadkach, w których pracownicy wyrazili zgodę w celu wykonywania pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (art.96).

Lekarzowi zatrudnionemu na podstawie umowy o pracę przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, z zastrzeżeniem, że w przypadku lekarza pełniącego dyżur medyczny okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. W przypadku uzasadnionym organizacją pracy lekarzowi pełniącemu dyżur medyczny przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni (art. 97).

nie załapali, nierzadko muszą pracować nawet za darmo – na wolontariacie. Kształcenie (kursy, książki) tymczasem kosztuje, kosztuje też życie. Młodzi lekarze nie zawsze mają możliwość wyboru ośrodka szkoleniowego w pobliżu swojego miejsca zamieszkania. Dochodzą więc koszty dojazdu, bądź wynajmu mieszkania. Żeby się utrzymać, muszą dorabiać: na izbach przyjęć, w POZ-ach, w pogotowiu. To właśnie w tej grupie ankietowanych przez Konsylium24 (staż pracy poniżej 7 lat) odsetek tych, którzy deklarowali że zdarza im się pracować ponad 24 godziny, wynosił najwięcej - 66 proc. Dla porównania wśród lekarzy ze stażem powyżej 25 lat odsetek ten wynosi 47%. W jeszcze gorszej sytuacji są ci, którzy na rezydentury liczyć nie mogą. Zdarza się, że muszą pracować na wolontariacie, zupełnie za darmo.

- Kiedy porównujesz się do innych kolegów z liceum, którzy po lepszych studiach i w nieporównywalnie lepszych warunkach pracy dobrze zarabiają, to też chcesz zarabiać. Każdy by chciał – tłumaczy inny z rezydentów (również z Bielska-Białej). - W dodatku masz ambicję, żeby coś umieć i nie zawsze możesz się tego nauczyć na oddziale. Musisz jechać na kurs, który kosztuje 2 tys. zł. Potem następny i tak kurs za kursem.

On również przyznaje, że doświadczył presji ze strony pracodawcy. - Jeśli już się czegoś nauczysz, jesteś na tyle doświadczony, żeby móc samodzielnie dyżurować, pojawia się presja od szefa, żeby brać kolejne dyżury, których nie ma kto obsadzić. Nie wystarczyło sześć dyżurów w miesiącu. Czasem trzeba było wziąć osiem, albo dziewięć.

KOMENTARZ

Regułą jest w naszym kraju, że lekarze pracują dużo więcej niż wynosi normalny tygodniowy czas pracy. Kontrole NIK wykazały liczne przypadki pracy nawet ponad 400 godzin miesięcznie. Co jakiś czas media podnoszą ten problem, zwykle jednak podkreślając, że najistotniejszym czynnikiem jest „pazerność” lekarzy, którzy chcą zarabiać coraz więcej. Oczywiście prawdziwy powód jest moim zdaniem zupełnie inny - właściwie są dwa powody - po pierwsze wynagrodzenia lekarzy, zwłaszcza w publicznych zakładach opieki zdrowotnej są nadal żenująco niskie! Nikogo nie dziwi fakt, że lekarz za godzinę pracy zarabia mniej niż murarz, malarz czy mechanik samochodowy a miesięczna pensja specjalisty jest niższa niż górnik. To powoduje konieczność pracy w kilku miejscach pracy aby móc utrzymać rodzinę na godnym poziomie, mieć pieniądze na dokończanie i szkolenie. Przez lata wszyscy politycy podkreślają, że zdrowie jest najważniejsze (najcenniejsze) i tylko wtedy trzeba zapłacić tym, którzy mają dbać o to zdrowie to o nagle nikt tego nie pamięta. Trudno ganić kolegów, którzy z jednej pracy biegną

do drugiej - każdy z nas byłby szczęśliwy, gdyby mógł pracować tylko w jednym miejscu, zarobić godziwie i mieć czas dla rodziny i na odpoczynek. Z drugiej strony jednak trzeba koniecznie przemówić do nich głosem rozsądku - pamiętajcie, że ryzykujecie własnym zdrowiem, karierą ale co najważniejsze życiem pacjenta!

Drugi powód to ogromny niedobór lekarzy w Polsce. Gdyby nagle narzucić nam obowiązek pracy tylko w jednym miejscu system opieki zdrowotnej w Polsce natychmiast by runął, połowa szpitali przestałaby istnieć. Wydaje się, że nie ma czasu na zastanawianie się - trzeba natychmiast podjąć działania. Jednak kluczem nie jest ilość kształconych lekarzy, bo ją najłatwiej zwiększyć, ale zatrzymanie już wykształconych lekarzy w Polsce, a do tego najlepszym sposobem jest godne wynagrodzenie - czyli wracamy do powodu pierwszego. Czy jest szansa, że w końcu decydenci zrozumieją, w czym tkwi istota problemu?



Klaudiusz Komor
Prezes Beskidzkiej Izby Lekarskiej

A jeśli lekarze odpuszczają?

Zgodnie z ubiegłorocznym raportem OECD w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada 2,2 lekarzy. To najmniej w całej Unii Europejskiej. Polacy w dodatku statystycznie odwiedzają lekarzy częściej niż inni Europejczycy. Z anesteziologami jest jeszcze ten dodatkowy problem, że nie dość, że jest ich mało, to w dodatku na nich w dużej mierze opiera się funkcjonowanie szpitalnych oddziałów. Kiedy brakuje anesteziologa, stoi blok operacyjny, porodówka, SOR i inne oddziały. Efekt jest taki, że lekarze, zwłaszcza ci „niezastąpieni” poddawani są nieustannej presji, aby wziąć jeszcze jeden dyżur, aby przepracować jeszcze te dodatkowe 12 godz. lub kolejny weekend. Szczególnie dotkliwie odczuwają to w okresie urlopowym, kiedy lekarz na bloku musi zastąpić kolegę w pracy. Ci zaś odwzajemnią się tym samym po powrocie z wakacji.

Czy tak było w Białogardzie, tego nie wiemy. Pewne jest jednak, że 44-letniej anesteziolog nie miał kto zastąpić. Już pierwszego sierpnia – tydzień przed śmiercią lekarki - szpital w Białogardzie z powodu braku drugiego anesteziologa czasowo zamknął oddział anesteziologii i intensywnej terapii. Wstrzymano przyjęcia, pacjentów w lepszym stanie przeniesiono na oddział wewnętrzny, pozostałych przewieziono do innych szpitali. 16 września świętokrzyski NFZ w trybie natychmiastowym cofnął sosnowieckiej spółce Centrum Dializa (tej samej, która prowadzi szpital w Białogardzie!), kontrakt na prowadzenie kolejnego oddziału anesteziologii i intensywnej terapii tym razem w szpitalu w Opatowie. Powód? Ten sam. Brak pełnej obsady anesteziologów.

Problemy z brakiem anesteziologów mają też inne szpitale. Wystarczy sięgnąć do ubiegłorocznego raportu Najwyższej Izby Kontroli dotyczącego opieki okołoporodowej w 29 szpitalnych oddziałach położniczych. Wynika z niego, że w 22 oddziałach podczas dyżuru był tylko jeden anesteziolog, który jednocześnie przypisany był do udzielania świadczeń na oddziale anesteziolo-

logii i intensywnej terapii lub bloku operacyjnym. W 20 z 24 skontrolowanych Zakładach Opieki Zdrowotnej z powodu braku anesteziologów nie stosowano przy porodach siłami natury znieczuleń zewnątrzoponowych, mimo, że NFZ płaci dodatkowo szpitalom za takie znieczulenia. W 17 skontrolowanych szpitalach nieprzerwany czas pracy poszczególnych lekarzy, zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (nie tylko anesteziologów), wynosił od 31,5 do 151 godzin. Oznacza to, że niektórzy lekarze pracowali non stop przez kilka dni.

Maciej Skwarna, anesteziolog przyznaje, że wielokrotnie spotkał się z presją i naciskami na pracę w dodatkowych godzinach. - Zawód lekarza jest specyficzną profesją bezwzględnie związaną z powołaniem i są sytuacje, w których lekarz powinien pozostać dodatkowo w pracy, ale muszą to być sytuacje wyjątkowe, uzasadnione ważnymi i niedającymi się przewidzieć wcześniej przyczynami - przyznaje. - Praca powyżej norm czasu pracy nie może być standardem, na którym opiera się polski system ochrony zdrowia. Przyczyną załamania pracy na oddziałach jest błędne oparcie na założeniach, że lekarz będzie pracował w maksymalnym czasie pracy. Efekt jest taki, że brak nawet JEDNEGO lekarza może spowodować załamanie systemu, bo trzeba go nagle zastąpić nawet TROJGIEM, którzy pracują w normalnym ustawowym trybie.

Wyobraźmy sobie więc jak wyglądałoby funkcjonowanie szpitalnych oddziałów – nie tylko położniczych i OIOM-ów, ale też chirurgicznych, gdyby anesteziolodzy odeszli od łóżek, decydując się tylko na pracę w wymiarze podstawowym. A przecież deficytowych specjalizacji jest więcej. Jeśli wierzyć danym uzyskanym w sondażu Konsylium24.pl, ponad 66 proc. specjalistów medycyny ratunkowej (głównie w pogotowiu oraz na SOR-ach), 58 proc. chirurgów ogólnych, 43 proc. ortopedów przynajmniej raz w tygodniu pracuje przez ponad 24 godziny. Prawie 33 proc. chirurgów ogólnych i specjalistów medycyny ratunkowej przyznała, że najdłuższy nieprzerwany czas pracy w ciągu roku przekroczył 48 godzin.



Tomasz Matlakiewicz
Redaktor
Biuletynu Beskidzkiej Izby Lekarskiej
t.matlakiewicz@dmedia.info

>>>

UŁATWIENIA DLA LEKARZY PROWADZĄCYCH PRAKTYKI LEKARSKIE

W dniach 30 czerwca oraz 15 lipca 2016r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 10 czerwca 2016r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016r., poz. 960), wprowadzające kilka ułatwień w prowadzeniu praktyki lekarskiej oraz inne zmiany, omówione poniżej.

1. Zniesiono obowiązek posiadania regulaminu organizacyjnego przez indywidualne oraz indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, czyli przez praktyki lekarskie świadczące swe usługi na podstawie umów kontraktowych. Zwolnienie powyższe, uwzględniające postulat samorządu lekarskiego, należy ocenić jako słuszne, albowiem lekarz praktykujący w jednej z wyżej wymienionych form działalności działa według regulaminu podmiotu leczniczego, z którym podpisał kontrakt.

Obowiązek posiadania regulaminu organizacyjnego dotyczy nadal wszystkich pozostałych praktyk lekarskich, to jest: indywidualnej i indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, indywidualnej

i indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania oraz grupowej praktyki lekarskiej, jak również podmiotów leczniczych.

Przy tej okazji przypominam, że regulamin organizacyjny praktyki lekarskiej musi zawierać:

- 1) firmę albo nazwę praktyki,
- 2) cele i zadania praktyki,
- 3) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 4) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych - w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń,
- 5) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust.4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
- 7) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z

przepisami udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

Aktualne informacje o rodzaju działalności leczniczej oraz zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, oraz cenniki zawierające wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej i opłat za udzielane przez praktykę lekarską świadczenia zdrowotne, należy podać do wiadomości pacjentów przez wywieszenie tych informacji w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej praktyki lekarskiej, jeżeli praktyka taką stronę posiada.

2. Zwolniono podmiot wykonujący działalność leczniczą, w tym praktykę lekarską, z obowiązku przedkładania organowi prowadzącemu rejestr (w przypadku praktyki lekarskiej jest to okręgowa rada lekarska) polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Jednak należy pamiętać, że obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC nadal istnieje, a jego przestrzeganie może być przedmiotem kontroli ze strony organu prowadzącego rejestr. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej. Minimalna suma gwarancyjna obowiązkowego ubezpieczenia OC w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej oraz lekarza wykonującego działalność leczniczą w formie spółki jako grupowej praktyki lekarskiej, w

okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi równowartość w złotych: 75.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

3. Zniesiony został obowiązek posiadania i przedkładania organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą opinii organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, potwierdzającej spełnienie wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych przez pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Lekarz musi jednak dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22 ustawy o działalności leczniczej, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny, odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Nadal będą obowiązywać szczegółowe wymagania jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz.U. z 2012r., poz.739). Lekarz składając wniosek o zarejestrowanie praktyki lekarskiej składa odpowiednie oświadczenie, w którym potwierdza znajomość i spełnienie wymogów prowadzenia tej praktyki. Należy wskazać, że lekarz ponosi odpowiedzialność za złożenie fałszywego oświadczenia w powyższym zakresie. W dalszym ciągu lekarz prowadzący praktykę lekarską podlegać będzie kontroli ze strony organu sanitarnego w zakresie spełnienia szczegółowych wymogów przez pomieszczenia i urządzenia praktyki lekarskiej.

4. W związku z nowelizacją ustawy o działalności leczniczej doszło również do zmiany nazewnictwa - w miejsce przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wprowadzono pojęcie zakładu leczniczego jako zespołu składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej. Powyższa zmiana weszła w życie 30 czerwca 2016r.

Tym samym zmieniona została również dotychczasowa nazwa indywidualnej oraz indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem na indywidualną oraz indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.

5. Zastąpiono ustawowe upoważnienie Ministra Zdrowia do ustalania standardów postępowania medycznego upoważnieniem do wydawania standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej. Zgodnie ze znowelizowanym art. 22 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały one określone przez Ministra Zdrowia dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot wykonujący działalność leczniczą lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej (ust.4b) Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (ust. 4c). Minister Zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych (ust.5). Aktualnie obowiązujące rozporządzenia określające standardy postępowania medycznego, wydane na podstawie dotychczasowych przepisów, będą obowiązywać do czasu wejścia w życie nowych przepisów, nie później niż do 31 grudnia 2018r.

6. W ustawie o działalności leczniczej wprowadzono nowy przepis art. 28a, regulujący obowiązek zgłoszenia Policji

faktu przyjęcia pacjenta małoletniego albo przyjęcia lub zgonu pacjenta o nieustalonej tożsamości. Zgodnie z nowym uregulowaniem podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:

- 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować - nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
- 2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość - nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

Celem wyżej cytowanego przepisu jest zapewnienie szybkości i skuteczności postępowania w przypadku przyjęcia pacjenta małoletniego pozostającego bez opieki lub przyjęcia albo zgonu pacjenta NN. Informacja trafi do Policji bez zbędnej zwłoki i dodatkowych procedur aby ta mogła podjąć działania mające na celu ustalenie danych opiekunów małoletniego i jego sytuacji rodzinnej czy też ustalenie tożsamości pacjenta NN.

Ponadto wprowadzono w art. 28a obowiązek dla wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art.14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji. Regulacja ta wprowadza niejako nowy sposób współpracy z Policją, polegający na udzielaniu, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia w praktyce lekarskiej, szpitalu lub w innym podmiocie leczniczym osoby zaginionej, która jest poszukiwana, przy czym informacja może dotyczyć tylko faktu przyjęcia określonej osoby, a nie informacji o jej stanie zdrowia.



mec. Dorota Godlewska
Radca Prawny
Beskidzkiej
Izby Lekarskiej
dorota.godlewska@gmail.com

Lekarze przeciw lekarzom... i dla lekarzy

Kiedyś to oni pomagali chorym. Teraz sami potrzebują pomocy. Małżeństwo Lekarzy z Dzięgielowa: Małgorzata i Sławomir Damczowie od lat zmagają się ze stwardnieniem rozsianym. - Ciężka choroba nie pozwala już im pracować. Do niedawna jeszcze panią Małgorzatę dowożono do pacjentów w Szpitalu Śląskim w Cieszynie. Jej stan jednak w ostatnich miesiącach znacznie się pogorszył - przyznaje Klaudiusz Komor, Prezes Beskidzkiej Izby Lekarskiej.

Koledzy nie pozostawili ich jednak bez wsparcia. Dzięki inicjatywie Romana Basiury, zaprzyjaźnionego z państwem Damczów lekarza okulisty, w sobotę 18 czerwca na stadionie MOSIR w Cieszynie rozegrano mecz charytatywny połączony z kwestą i festynem. Na murawę wyszli lekarze, ratownicy medyczni i pracownicy cieszyńskich i bielskich szpitali i placówek medycznych. Trybuny zapełnili przyjaciele z pracy i ze studiów, znajomi oraz ludzie dobrego serca. Każdy mógł wrzucić pieniądze, aby wspomóc rehabilitację i leczenie małżeństwa lekarzy. Ostatecznie mecz między Cieszynem i Bielskiem-Białą zakończył się remisem 2:2.



Pomysł nie jest nowy. Podobne mecze charytatywne na rzecz kolegi, chorego na stwardnienie boczne zanikowe rozgrywają każdego roku lekarze w Bielsku-Białej. - Chcielibyśmy, aby również Cieszynie każdego roku w trzecią sobotę czerwca organizować taki mecz charytatywny - zapowiada Roman Basiura. - W tym roku zebraliśmy ponad 23 tysiące złotych. Dodatkowe 5 tys. przekazała Beskidzka Izba

Lekarska. Na tym się jednak nie skończy, bo wsparcie obiecali również ci, którzy nie mogli być tego dnia na imprezie.

Osoby chcące wesprzeć walkę Małgorzaty i Sławomira Damczów z chorobą, mogą dokonywać wpłat dowolnych kwot na nr konta: 81 1440 1390 0000 0000 1569 1646, z dopiskiem: „PLiR Małgorzata i Sławomir Damiec”.

Tomasz Matlakiewicz

XIX MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W KOLARSTWIE GÓRSKIM Istebna 03.09.2016

Tegoroczny wyścig to powrót do klasyki kolarstwa górskiego w wersji xco (cross country olimpic). Powody są dwa: tradycja zapisana dwudziestolecie oraz chęć odróżnienia się od tak popularnych maratonów mtb. Nazwa xco brzmi znajomo? Przypomina sukces naszej Mai w Rio. W „lekkokolarskim” wydaniu oznacza to pętlę 4,5 km z sumą podjazdów 150 m pokonywaną w zależności od grupy wiekowej 3 lub 5 razy. Na zróżnicowanej technicznie trasie będącej kompromisem pomiędzy umiejętnościami amatorów, a ambicjami profesjonalistów mieliśmy: szybką asfaltową

rozjazdówkę, długi stromy leśny podjazd, sekcję zjazdową w początkowej fazie najeżoną nierównościami oraz luźnymi kamieniami, przejazd przez rwącą rzekę oraz urokliwą ścieżkę wzdłuż Olzy. Po zakończeniu wyścigu głównego, na trawiastej pętli wokół stadionu ścigały się dzieci, wzbudzając niebywały entuzjazm wśród rodziców. Wśród kobiet najlepsze w grupach wiekowych okazali się: Anna Jurkiewicz-Śpiewak, Marzena Flakus, Elżbieta Błach. Natomiast najszybsi panowie to: Barnaba Pustelniak, Piotr Wesoty, Wojciech Ścierański, Janusz Lewandowski, Stanisław Kołodziej. Dekoracja to oprócz medali zakładanie najcenniejszej dla kolarza rzeczy - koszulki Mistrza Polski Lekarzy. Zawody zakończyliśmy obfitą degustacją niekolarskich przysmaków kuchni regionalnej. Zapraszam za rok na XX edycję! Wyniki, więcej info na www.pomiaryczasu.pl, www.mtbistebna.pl oraz na łamach Gazety Lekarskiej.

Organizator Janusz Lewandowski



Z cyklu spotkanie z medycyną i sztuką

Jak się znieczulamy?

O tym, że polskie społeczeństwo ma duży problem z lekami przeciwbólowymi nie trzeba przekonywać lekarzy. Sam temat budzi duże zainteresowanie wśród lekarzy. O tym, jak wiele w tym temacie mamy do zrobienia w Polsce przekonywała w piątek 17 czerwca w Bielsku-Białej, prof. dr hab. med. Hanna Misiółek, Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrzu.

W 2014 roku statystyczny Polak zażył 26 tabletek NLPZ. Łącznie kupiliśmy ponad 148 mln opakowań leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty. Pod względem przyjmowanych preparatów zwalczających ból Polska jest w ścisłej czołówce Europy. Dzieje się tak m.in. ze względu na dużą dostępność leków przeciwbólowych OTC. Kuszą w marketach, wyeksponowane przy kolejkach do kas, obok cukierków i gum do żucia, pełno ich na witrynach w kioskach ruchu i salonikach prasowych. Jest w czym wybierać. Rodzajów jest mnóstwo. Preparatów zawierających paracetamol jest obecnie na rynku 50. Tych zawierających ibuprofen - 60. Większość z nich producenci określają mianem inteligentnych, czy bezpiecznych, a świadomość działań niepożądanych tego leku jest w społeczeństwie bardzo niska. Tymczasem 10-15% wszystkich hospitalizacji to powikłania polekowe w tym po ogólnodostępnych lekach przeciwbólowych. Najczęstsze powikłania to: krwotok z górnego odcinka przewodu pokarmowego (w 10-12% przypadków kończące się zgonem pacjenta), uszkodzenia wątroby, uszkodzenia nerek i niewydolność krążenia. Koszty ich leczenia idą w setki milionów złotych rocznie.

Najczęściej po środki przeciwbólowe sięgamy z powodu: bólu głowy (w tym migreny), bólów menstruacyjnych, bólów zębów, dolegliwości ze strony stawów i kręgosłupa oraz gorączki w przebiegu infekcji bakteryjnej.

Profesor radziła jak i które leki stosować bezpiecznie, czym się kierować przepisując konkretne rodzaje leku oraz jak ważne w procesie leczenia jest znieczulenie. Warto dodać, że lekarze też nie są bez winy. Zgodnie z badaniami cytowanymi przez prof. Misiółek, główne kryteria w wyborze analgetyku w bólu ostrym w polskich szpitalach to: cena, dostępność, przyzwyczajenie. Kryteria bezpieczeństwa nie stanowią czynnika decydującego. Z kolei prawie 40% pacjentów onkologicznych uważa, że lekarzy ich ból w ogóle nie interesuje. O tym, jakie emocje budzi problem znieczulania, świadczy też ożywna dyskusja jaka odbyła się po wykładzie oraz szereg pytań, które zadawali lekarze.

Spotkanie, które odbyło się w Sali Wykładowej Polikliniki Stomatologicznej Pod Szynielnią było częścią cyklu organizowanego przez Beskidzki Oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Ośrodek Kształcenia Medycznego BIL. Jego ideą jest łączenie medycyny oraz sztuki. Dlatego też ważną częścią imprezy była wystawa obrazów Magdaleny Kapeli. Artystka, absolwentka Grafiki na ASP w Katowicach, a obecnie studentka Wydziału Malarstwa miała okazję opowiedzieć zebranym o swojej twórczości. Kolejna z artystek, Monika Naturska opowiadała natomiast o swoim niezwykłym projekcie fotograficznym, łączącym fotograficzne pasje, artystyczną koncepcję terapii i trudny los matki sześćdziesięcioletniego Teosia, cierpiącego na rzadką chorobę.

Tomasz Matlakiewicz

Lekarze to ludzie otwarci

Rozmowa z Agnieszką Gorgoń - Komor, prezes Beskidzkiego Oddziału PTL, inicjatorką cyklu imprez „Sztuka i Medycyna na Podbeskidziu”.



Skąd pomysł aby podczas zjazdów łączyć tematykę medyczną ze sztuką?

Autorem i prekursorem takiej formy wykładów jest dr Olgierd Kossowski, który jako lekarz chętnie udzielał się również w wydarzeniach artystycznych, sam również rysował i brał udział w plenerach malarskich. My wzorując się trochę na jego formule również postanowiliśmy pokazać, że lekarze to ludzie otwarci, którzy nie zamykają się wyłącznie na zagadnieniach medycznych, ale również są wrażliwi na doznania artystyczne. Dlatego zawsze podczas wykładów staraliśmy się albo zorganizować minikoncert, wystawę bądź spotkania z artystami. Tak też będzie podczas kolejnego spotkania.

Kiedy więc kolejne spotkanie i jaka będzie tematyka?

14 października o godz. 18.30 zapraszamy na wykład prof. Violetty Skrzypulec-Plinty dotyczący zaburzeń hormonalnych u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Artystycznym wymiarem tego spotkania będzie występ sopranistki Beaty Raszkievicz, która wykona kilka pieśni włoskich i kubańskich. Z kolei 4 marca zapraszamy na spotkanie z konsultantem wojewódzkim ds. psychiatrii, prof. Robertem Pudło. Tematyką będzie depresja. Gorąco zapraszam.

Czy miejsce, to jak zwykle sala wykładowa Polikliniki Stomatologicznej pod Szynielnią?

Tak, dzięki gościnności wiceprezesa beskidzkiego Oddziału PTL, doktora Claudiusa Beckera, możemy organizować nasze spotkania w pięknej dużej i świetnie wyposażonej sali. Chciałam też poinformować tych, którzy nie będą mogli wziąć udziału w naszych spotkaniach, że kolejne wykłady będziemy już rejestrować, a po imprezie będzie możliwość obejrzenia i wysłuchania ich na stronie internetowej izby, www.bil.bielsko.pl.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał
Tomasz Matlakiewicz

KOMUNIKAT

dla osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych w sprawie ubiegania się o nadanie numerów recept z wykorzystaniem portalu NFZ.

Komunikat skierowany jest do osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, z wyłączeniem lekarzy / lekarzy dentyków / felczerów ubezpieczenia zdrowotnego oraz pielęgniarek/położnych ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej osobami uprawnionymi do wystawiania recept.

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że od początku sierpnia br. osoby uprawnione do wystawiania recept mogą uzyskać uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane na podstawie wniosku w postaci papierowej oraz w postaci elektronicznej, przekazywanego do właściwego oddziału Funduszu za pośrednictwem Portalu Personelu i Portalu Personelu-SNRL.

Udostępnione i zmodyfikowane aplikacje informatyczne z nową funkcjonalnością stanowią część Portalu NFZ i są dedykowane głównie dla pracowników medycznych.

Aplikacje informatyczne będą umożliwiały osobom uprawnionym do wystawiania recept:

- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o utrzymanie uprawnień do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umów upoważniających do wystawiania recept, które wygasają z dniem 31 grudnia 2016 r.,
- przygotowanie i wydrukowanie oświadczenia o rozwiązaniu umowy upoważniającej do wystawiania recept z jednoczesnym wnioskiem o utrzymanie, bądź nie, dostępu do Portalu NFZ oraz uprawnień do pobierania numerów recept po rozwiązaniu umowy upoważniającej,
- przekazanie w postaci elektronicznej wniosku o aktualizację danych,
- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o dostęp do Portalu Personelu,
- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane,
- pobieranie puli numerów recept na leki refundowane.

Podstawy prawne:

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 poz. 45.271 z późn. zm);

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm);

Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, 1830 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 652);

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2016 poz. 62);

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz.U. z 2015 poz. 1971);

Zarządzenie Nr 81/2016/DSOZ z dnia 29 lipca 2016 r. zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zarządzenie Nr 80/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DLA OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYSTAWIANIA RECEPT

Wszystkie osoby uprawnione do wystawiania recept powinny zapoznać się z Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie Nr 45/2009/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z Zarządzeniem Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Zarządzenie Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza „Regulamin korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych” oraz wzór wniosku o uzyskanie dostępu do Portalu NFZ.

Zarządzenie Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. określa tryb i sposób nadawania numerów recept oraz tryb

uzyskiwania uprawnienia do pobierania numerów recept po zniesieniu obowiązku zawierania umów upoważniających do wystawiania recept.

I Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do Portalu Personelu/ Portalu Personelu-SNRL.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do Portalu Personelu/ Portalu Personelu-SNRL, będą miały możliwość z wykorzystaniem Portalu Personelu przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu wnioski o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej

do wystawiania recept, zgodnie z wzorem określonym w załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

W ślad za przekazaniem wersji elektronicznej wniosku o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept należy wysłać lub przekazać osobiście do właściwego oddziału Funduszu podpisany wniosek w postaci papierowej. Złożenie wniosku w postaci papierowej we właściwym oddziale Funduszu umożliwi utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umów upoważniających do wystawiania recept.

Przypominamy, że termin wygaśnięcia umów upoważniających upływa z dniem 31 grudnia 2016 r. Przekazywanie wniosków będzie możliwe z początkiem sierpnia br.

Zaleca się
jak najszybsze przekazanie wniosków w postaci papierowej i elektronicznej, gdyż z dniem 1 stycznia 2017 r., w sytuacji nieprzekazania tego wniosku, uprawnienia do pobierania numerów recept zostaną automatycznie odebrane.

Szczegółowy tryb postępowania określa § 6 ust 5, 6 i 7 Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym do wystawiania recept unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do Portalu NFZ będą miały również możliwość zaktualizowania swoich danych osobowych oraz danych dotyczących wykonywanej działalności leczniczej wykorzystując udostępniony w Portalu Personelu wniosek o aktualizację danych. W celu aktualizacji danych należy wysłać ten wniosek do właściwego OW NFZ wyłącznie w wersji elektronicznej.

II Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept, ale nie posiadają dostępu do Portalu NFZ i będą z niego korzystać w celu pobierania numerów recept.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept, ale nie posiadają dostępu do Portalu NFZ i będą z niego korzystać w celu pobierania numerów recept mogą ubiegać się o uzyskanie dostępu do Portalu NFZ zgodnie z trybem i w sposób określony w Regulaminie korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych, stanowiący załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, zmienionego zarządzeniem Nr 15/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2010 r., zarządzeniem Nr 95/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2011 r. oraz zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r.

Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ przez pracowników medycznych, od dnia wejścia w życie tego zarządzenia nie wymaga podpisania umowy upoważniającej do korzystania z tego portalu. Wystarczającą będzie akceptacja „Regulaminu korzystania

z Portalu NFZ przez pracowników medycznych”

III Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają rozwiązać umowę upoważniającą do wystawiania recept i mają konta w Portalu NFZ.

W przypadku, gdy osoba uprawniona do wystawiania recept nosi się z zamiarem rozwiązania umowy upoważniającej do wystawiania recept przed ustawowym terminem jej wygaśnięcia, z początkiem sierpnia br. będzie mogła za pośrednictwem Portalu Personelu, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu oświadczenie o rozwiązaniu umowy upoważniającej do wystawiania recept, zgodnie z wzorem określonym w załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Składając takie oświadczenie należy jednocześnie zadeklarować chęć utrzymania dostępu do Portalu NFZ i uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane albo złożyć rezygnację z tych uprawnień.

Oświadczenie w postaci papierowej należy złożyć lub wysłać do właściwego oddziału Funduszu. Od dnia wpływu oświadczenia w postaci papierowej do właściwego oddziału Funduszu obowiązuje miesięczny okres wypowiedzenia umowy. Po jego zakończeniu uprawnienia do pobierania numerów recept zostaną utrzymane lub automatycznie anulowane, w zależności od złożonej w oświadczeniu deklaracji. Szczegółowy tryb postępowania określa § 6 ust 1-4 Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają utrzymać uprawnienia do pobierania numerów recept będą miały możliwość zaktualizowania swoich danych osobowych oraz danych dotyczących wykonywanej działalności leczniczej wykorzystując udostępniony w Portalu Personelu wniosek o aktualizację danych. W celu aktualizacji danych należy wysłać ten wniosek do właściwego OW NFZ wyłącznie w wersji elektronicznej.

IV Osoby uprawnione do wystawiania recept, które po raz pierwszy zwracają się do Funduszu o nadanie numerów recept i nie mają konta w Portalu NFZ.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają rozpocząć wystawianie recept na leki refundowane z początkiem sierpnia br. będą miały możliwość, za pośrednictwem Portalu Personelu, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu wniosek o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty. Wymaga to posiadania aktywnego dostępu do Portalu NFZ. W związku z tym konieczne jest złożenie wcześniej wniosku o dostęp do Portalu NFZ.

Oba wnioski w postaci papierowej należy przekazać osobiście do właściwego oddziału Funduszu. Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ oraz uprawnienia do pobierania numerów recept wymaga potwierdzenia tożsamości w trakcie jednorazowej wizyty we właściwym OW NFZ w chwili składania wniosków.

Szczegółowy tryb postępowania i zasady nadawania numerów recept oraz uprawnienia do pobierania numerów recept z wykorzystaniem Portalu Personelu określa w szczególności rozdział 2 i 3 Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Szczegółowy tryb uzyskiwania dostępu do Portalu NFZ określa Regulamin korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych, stanowiący załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia zmienionego Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ.

V Osoby uprawnione do wystawiania recept, wystawiające recepty pro auctore i pro familiae, które nie mają możliwości korzystania z Portalu NFZ.

W szczególnych przypadkach, uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept przez osoby wystawiające wyłącznie recepty pro auctore i pro familiae będzie możliwe bezpośrednio w oddziale Funduszu, na podstawie złożonych dokumentów wyłącznie w postaci papierowej.

W szczególnych przypadkach dopuszcza się nadawanie numerów recept tym osobom przez dyrektora oddziału Funduszu, z wykorzystaniem systemu informatycznego oddziału Funduszu w miejscu wskazanym przez dyrektora oddziału NFZ.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Beskidzkiej Izby Lekarskiej wyraża swoje oburzenie faktem odmowy przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi udostępnienia pytań z poprzednich edycji LEK/LDEK i egzaminów specjalizacyjnych pomimo jednoznacznego wyroku Trybunału Konstytucyjnego nakazującego ich ujawnienie.

Apelujemy do Naczelnej Rady Lekarskiej o podjęcie wszystkich możliwych działań włącznie z krokami prawnymi w celu wyegzekwowania wykonania tego wyroku.

SEKRETARZ
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
Małgorzata Potyrańska

PREZES
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
Klaudiusz Komor

Szanowne Koleżanki i Koledzy Lekarze i Lekarze Dentyści!

W związku z odmową przez CEM udostępnienia pytań z poprzednich edycji LEK/LDEK i egzaminów specjalizacyjnych na stronie internetowej Beskidzkiej Izby Lekarskiej

www.bil.bielsko.pl

zamieściliśmy wzory wniosku przeznaczonego dla lekarzy i lekarzy dentyistów dotyczących prośby o udostępnienie pytań z egzaminów LEK, LDEK, PES

oraz wzory odwołania od ewentualnej negatywnej decyzji dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych.

Zachęcamy, aby korzystać z tej możliwości i wysłać jak największą ilość wniosków.

szkolenia okm

A może by tak...

NA RYBY?

Na przełomie maja i czerwca, kiedy wiosna w pełni, a sezon urlopowy dopiero się rozkręca, grupa lekarzy z naszej izby rezerwuje tydzień urlopu, pakuje sprzęt i walizkę i rusza w drogę. Dystans – 3 tys. km, kierunek – północno-środkowa Norwegia, a cel? **Dwucyfrowy dorsz, czarniak lub halibut.**

Norwegia to wymarzone miejsce dla wędkarzy. Piękno przyrody zatyka dech w piersiach, białe noce za kołem podbiegunowym sprawiają, że nigdzie nie trzeba się spieszyć, a w wodzie czekają okazy, o których po powrocie będzie można godzinami opowiadać. - Każdy chce złowić halibuta – przyznaje Grzegorz Kołodziej lekarz internista z Bielska-Białej, który ze swoją ekipą na połowy do Norwegii jeździ już od 4 lat. – Największe okazy mogą mieć nawet 60 kg i więcej. Oczywiście głównie łowi się te mniejsze poniżej 10 kg. Najczęściej trafiają się jednak dorsze i czarniaki. Można też złowić molwę, brosmę, zdarzają się karmazyny oraz plamiaki.

Wśród dorszy również pływają piękne okazy. Szczęściarze mogą złowić dwucyfrowego. Doktor Kołodziej był już blisko. Jego największy dorsz miał 9,5 kg. Jeśli jednak nie uda się złowić tych okazowych ryb, to i tak mniejszych kilkukilogramowych zdobyć jest wystarczająco dużo. Część przyrządza się na miejscu, resztę można zamrozić i przywieźć do Polski.

Jak wygląda taki wyjazd? Wyjeżdża się w maju lub czerwcu, kiedy jest najlepsze branie. Najlepiej jechać busem w kilka osób. Wtedy jest taniej, a dystans trzech tysięcy kilometrów można pokonać bez stawiania na noc. Można też podróż połączyć ze zwiedzaniem. - W tym roku pokonaliśmy prawie 6,5 tys. km – przyznaje Grzegorz Kołodziej. - Wyprawę wędkarską połączyliśmy jednak ze zwiedzaniem zakątków Litwy, Łotwy, Estonii, Finlandii i Szwecji.

Najczęściej łowią w okolicach Lofotów lub przy wybrzeżu środkowej Norwegii nieco powyżej Trondheim. Na miejscu mają wynajęte chaty dla rybaków. Mówiąc o chacie, mamy na myśli domki, w których jest wszystko:

w pełni wyposażona kuchnia, kilka sypialni, miejsca do suszenia odzieży, do sprawiania ryb i zamrażarki, w których można przechowywać sprawione ryby. Nic na żywiol. Takie domki w pobliżu dobrych łowisk trzeba rezerwować co z najmniej rocznym wyprzedzeniem. Do dyspozycji mają też niewielkie łodzie, na których swobodnie mogą łowić 3 osoby. Co trzeba zrobić, żeby wybrać się na halibuta? Podczepić się pod kogoś, kto już łowi, lub opanować, nawigację łodzią z sonarem. To znacznie podnosi szanse na powodzenie wyprawy. Co jeszcze? Szczęście, własny sprzęt i wycucie, kiedy ryba bierze. Ważny jest też dobór przynęty do miejsca, w którym się łowi. - Na początku sugerowaliśmy się tym, co wszyscy radzili. – przyznaje Kołodziej. - Teraz już sami wiemy, że niektóre przynęty jednak lepiej się sprawdzają. Łowimy na morzu, albo na fiordach, a czasem już na częściowo otwartych wodach Morza Norweskiego – tłumaczy Kołodziej. Razem z nim w podróż jeździ Jacek Fenski, kolejny bielski internista, czasem na wyprawę skusi się też trzeci z bielszczan Klaudiusz Komor. Podobne wyprawy urządzają także lekarze z innych izb, m.in. z Rzeszowa, czy Łodzi. Też mają swoje ulubione miejsca. W ubiegłym roku stomatolog w Wielkopolski złowił czterdziestokilogramowego halibuta, a dwa lata temu ponad sześćdziesięciokilogramowego.

Wędkarstwo nie jest rzadkim hobby wśród lekarzy, również wśród członków naszej izby. To właśnie beskidzcy lekarze powołali przed kilku laty Fish-Med, czyli Klub Wędkujących Lekarzy. Klub jest zarejestrowany w Polskim Związku

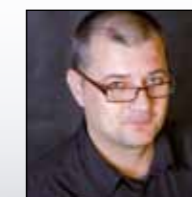


Trofea bielskich lekarzy robią wrażenie, nawet jeśli nie trafią się dwucyfrowe okazy.



Wędkarskim, a jego obecnym prezesem jest właśnie Grzegorz Kołodziej. Fish-Med z pomocą Polskiego Związku Wędkarskiego i Beskidzkiej Izby Lekarskiej organizuje jedną z trzech najważniejszych imprez wędkarskich dla lekarzy - Mistrzostwa Polski Lekarzy w wędkarstwie spławikowym. (Pisaliśmy o niej w poprzednim numerze MB). – Oprócz mistrzostw Polski, lekarze startują jeszcze w dwóch ważnych imprezach wędkarskich: Pucharze Polski Lekarzy i w październiku będzie w Grand Prix Lekarzy w wędkarstwie spławikowym.

Na co dzień nasi lekarze łowią oczywiście na naszych okolicznych wodach i nie widzą jakiegoś zasadniczego podziału między wędkarzami morskimi i śródkowodnymi. Owszem, tu i tu używa się innego sprzętu, ale w obu przypadkach chodzi o to samo – pozytywne emocje. – Nie ma niezdrowej rywalizacji. Każdy z nas coś wyciąga, a jak trzeba, to jeden drugiemu pomoże wyciągnąć wielką rybę – podsumowuje Grzegorz Kołodziej.



Tomasz Matlakiewicz
Redaktor
Biuletynu Beskidzkiej
Izby Lekarskiej
t.matlakiewicz@dimedia.info

NAJWIĘKSZY SUV LEXUSA

LEXUS RX

DOSTĘPNY ZA 1% MIESIĘCZNIE

W LEASINGU SMARTPLAN

od **2680** złotych netto
miesięcznie



Zapraszamy do salonu:
Lexus Katowice, al. Roździeńskiego 208 A
Tel. 32 743 70 00
znajdź nas na:
[facebook.com/LexusKatowice](https://www.facebook.com/LexusKatowice)
www.lexus-katowice.pl

PODWÓJNA MOC HYBRYDY

 **LEXUS KATOWICE**

Promocja dla przedsiębiorców dotyczy wysokości rat w Leasingu SMARTPLAN dla modelu RX 200t przy wpłacie wstępnej 5%. Promocja obowiązuje od 01.08.2016 r. do dnia 31.10.2016 r. lub do wyczerpania zapasów. Rata nie obejmuje dopłaty za lakier metalizowany. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Lexusa. Lexus RX - zużycie paliwa i emisja CO₂ w cyklu mieszanym odpowiednio: 5,3 do 7,9l/100km oraz 122 do 184 g/km (zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi), w zależności od rodzaju napędu i wersji wyposażenia. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.lexus-polska.pl.