

Szanowni Państwo!

Z prawdziwą przyjemnością mam zaszczyt powitać Państwa na kolejnej Konferencji Naukowej organizowanej przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieceniowej. Cieszę się bardzo, że tematyka konferencji – „**Szkody osobowe z ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej – problemy, kierunki zmian, nowe standardy obsługi**” wywołała tak pozytywny odbiór w środowisku i umożliwiła tym samym spotkanie jego przedstawicieli – od Polskiej Izby Ubezpieczeń i Ubezpieceniowego Funduszu Gwarancyjnego poprzez Towarzystwa Ubezpieceniowe do przedstawicieli Sądów Okręgowych, Zakładów Medycyny Sądowej, Kancelarii Prawnych, lekarzy i przedstawicieli sektora medycznego. Potwierdziła tym samym tezę, postawioną na forum naszego Towarzystwa, o potrzebie szerokiej współpracy i współdziałania w prowadzeniu spraw poszkodowanych w zakresie ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej. Stale rosnący udział szkód osobowych i zmieniające się realia rynkowe powodują konieczność wypracowywania nowych standardów rozwiązań wychodzących naprzeciw potrzebom klientów, a jednocześnie poprawiających bezpieczeństwo finansowe produktów i w efekcie zapobiegających radykalnym wzrostom składek w tych ubezpieczeniach.

Ufam, że nasze spotkanie umożliwi merytoryczną i konstruktywną wymianę poglądów dotyczących tego niezwykle istotnego dla sektora ubezpieceniowego zagadnienia. Mam nadzieję, że nasza Konferencja zapoczątkuje szereg wspólnych działań prowadzonych przez jej uczestników, w szczególności związanych z profesjonalnym i obiektywnym prowadzeniem procesu obsługi szkód osobowych z perspektywy medyczno-ubezpieceniowej.

Życzę Państwu owocnych obrad i stymulujących dyskusji!

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Dr Piotr Daniluk
Wiceprezes PTMU



PROGRAM KONFERENCJI

Czwartek, 25 listopada 2010

09.00 – 09.30 Rejestracja uczestników

09.30 – 09.45 Otwarcie konferencji

Powitanie Uczestników

Dr **Piotr Daniluk** – Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej

Słowo wstępne Partnerów Konferencji i Organizatora

Elżbieta Wanat-Połeć – UFG, **Grzegorz Prądyński** – PIU,

Krzysztof Grzyliński – PTMU

Sesja I

Krzysztof Grzyliński – Przewodniczący

Magdalena Barcicka, Piotr Daniluk, Ewa Jezierewska

09.45 – 10.15 *Znaczenie standardów oceny poszkodowanych po wypadkach komunikacyjnych z perspektywy Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.*

Magdalena Barcicka – Wiceprezes UFG

10.15 – 10.45 *Ewolucja rynku roszczeń w Polsce na tle innych państw UE. Trendy, perspektywy rozwoju*

Dr **Piotr Daniluk** – Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej

10.45 – 11.15 *Rehabilitacja chorych i poszkodowanych po wypadkach. W jaki sposób robi się to w Europie?*

Dr **Krzysztof Grzyliński** – Gen RE Warsaw

11.15 – 11:45 *Uгода z Towarzystwem Ubezpieczeniowym – zagrożenia i korzyści dla stron.*

Ewa Jezierewska – Dyrektor Biura Prawnego Spółek Grupy Ergo Hestia,

11.45 – 12.15 Przerwa kawowa

Sesja II

Piotr Daniluk – Przewodniczący

Andrzej Mioduszewski, Grzegorz Teresiński

12.15 – 13.15 *Poszkodowani w wypadkach komunikacyjnych – zakres obrażeń ciała w zależności od okoliczności wypadku.*

Dr hab. n. med. **Grzegorz Teresiński** – Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład i Katedra Medycyny Sądowej

13.15 – 13.45 *Uraz biczowy kręgosłupa – w jaki sposób wyznaczyć granicę pomiędzy obiektywnym określeniem poziomu utraty zdrowia a skargami zgłaszanymi przez poszkodowanego?*
Dr n. med. **Andrzej Mioduszewski** – Ortopedika Warszawa

13.45 – 15.15 Lunch

Sesja III

Waldemar Truskiewicz – Przewodniczący

Witold Dudziński, Jerzy Pobocho, Dorota Powała

15.15 – 15.45 *Opiniowanie psychiatryczne poszkodowanych w wypadkach drogowych.*
Dr n. med. **Jerzy Pobocho** – Polskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej

15.45 – 16.15 *Nowe metody oceny upośledzenia funkcji organizmu u chorych po urazach.*
Dr n. med. **Witold Dudziński** – RehaSport Clinic

16.15 – 16.45 Przerwa kawowa

16.45 – 17.15 *Problemy związane z obiektywną oceną zakresu uszkodzeń ciała poszkodowanego pozostającego w adekwatnym związku z wypadkiem. Propozycja nowych standardów oceny.*
Dr **Waldemar Truskiewicz** – Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej

17.15 – 17.30 *Propozycje sposobu oceny potrzeb i zakresu opieki nad poszkodowanym po urazie komunikacyjnym.*
Dr **Dorota Powała** – Powszechny Zakład Ubezpieczeń SA

17.30 – 18.00 Panel dyskusyjny, podsumowanie
Uczestnicy: **Magdalena Barcicka** – Wiceprezes UFG,
Prof. dr hab. n. med. **Jarosław Berent** – Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Łodzi, **Ewa Jezierewska** – Dyrektor Biur Prawnych Towarzystw Ubezpieczeniowych Ergo Hesta, **Danuta Gofaszewska** – Dyrektor Zarządzający d/s Likwidacji Szkód Osobowych Allianz Polska, Dr **Waldemar Truskiewicz** – Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej, **Andrzej Wasilewski** – Dyrektor Centrum Operacyjnego Likwidacji Szkód Grupy PZU, Reprezentant Sądu Okręgowego Warszawa-Praga. *Moderator:* Dr **Piotr Daniluk** – Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej

18.00 Koktail pożegnalny

Absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego. Związana z ubezpieczeniami od 1986 roku. Posiada ponad 20 letnie doświadczenie zawodowe w zakresie ubezpieczeń komunikacyjnych . Pełniła funkcję dyrektora w wielu instytucjach ubezpieczeniowych m.in. w Biurze Likwidacji Obsługi Szkód „BLOS” Spółka z o.o., w Biurze Likwidacji Szkód Towarzystwa Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA SA, w STU Ergo Hestia SA, oraz w Departamencie Ubezpieczeń AVANSUR. Odznaczona w 2006 r. Medalem XV-lecia Polskiej Izby Ubezpieczeń i w 2007 r. i odznaką PIU za zasługi dla ubezpieczeń. Od czerwca 2008 roku Wiceprezes Zarządu UFG, odpowiedzialna za likwidację szkód, regresy i kwestie prawne.

Znaczenie standardów oceny uszkodzonych po wypadkach komunikacyjnych z perspektywy Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego

- *Przedstawienie Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego – instytucja, realizowane zadania, miejsce UFG w systemie ubezpieczeń obowiązkowych.*
- *Omówienie zakresu odpowiedzialności UFG w szkodach osobowych.*
- *Zakres opinii medycznych niezbędnych dla UFG do rozpatrzenia roszczeń składanych przez osoby uszkodzone.*
- *Rozbieżność standardów stosowanych przez zakłady ubezpieczeń do oceny odniesionych obrażeń ciała i ich następstw oraz wynikające z tego problemy.*
- *Dowody z opinii biegłych w postępowaniu sądowym – stosowane tabele uszczerbków, zakres przedstawianej opinii, dokumenty źródłowe.*
- *Przykładowe orzecznictwo sądowe w szkodach osobowych.*

Dr Piotr Daniluk ukończył w 1990 roku II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Specjalista w zakresie chorób wewnętrznych. Absolwent Studiów Poddyplomowych – Zarządzanie w Służbie Zdrowia Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi oraz – Zdrowie Publiczne Organizacja i Zarządzanie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Od 1995 roku związany z PZU Życie SA, od roku 2001 również z PZU SA. Zaangażowany w program rehabilitacji poszkodowanych w ubezpieczeniach z tytułu Odpowiedzialności Cywilnej. Współtwórca Systemu Zarządzania Ryzykiem Medycznym i zasad poprawy bezpieczeństwa pacjentów w ubezpieczeniach Placówek Medycznych. Uczestnik i wykładowca wielu konferencji krajowych i zagranicznych. Wykładowca na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Członek założyciel Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej. Współautor Standardów Medycyny Ubezpieczeniowej rekomendowanych przez Polską Izbę Ubezpieczeń. Obecnie Wiceprezes Zarządu Towarzystwa.

*Ewolucja rynku roszczeń w Polsce na tle innych państw UE.
Trendy, perspektywy rozwoju*

- *Specyfika spraw z zakresu szkód osobowych.*
- *Zmiany w otoczeniu prawnym w zakresie szkód osobowych.*
- *Omówienie procesu opiniowania medycznego w szkodach osobowych i czynników wpływających na ten proces.*
- *Charakterystyka rynku europejskiego na przykładach wybranych państw.*
- *Omówienie najważniejszych aspektów procesu, podsumowanie.*

Ukończył II Wydział Akademii Medycznej w Warszawie w 1982 roku.
Specjalista anesteziologii i intensywnej terapii.
W latach 1982-1997 pracował w różnych placówkach opieki zdrowotnej w Warszawie, m.in w Szpitalu Klinicznym przy ul. Lindleya, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym przy ul. Kondratowicza i Instytucie Kardiologii w Aninie.
Od 1993 roku związany z ubezpieczeniami na życie. Rozpoczął pracę w TUnŻ Polisa Życie, gdzie pełnił kolejno obowiązki Konsultanta Medycznego, Naczelnego Lekarza i Dyrektora Departamentu Oceny Ryzyka i Spraw Medycznych, Dyrektora Marketingu i Sprzedaży. Od stycznia 1999 roku do chwili obecnej pracuje jako Dyrektor Medyczny w firmie reasekuracyjnej Gen Re Warsaw.
Od 2001 roku jest Członkiem Zarządu firmy, a od 2004 jej Prezesem.
Członek założyciel i pierwszy Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej.
Założyciel i aktualny Wiceprezes CEECLAM – *Central-Eastern European Committee for Life Disability and Health Insurance Medicine*. Wieloletni Przewodniczący, a obecnie Wiceprzewodniczący Komisji Ubezpieczeń Zdrowotnych i Wypadkowych Polskiej Izby Ubezpieczeń.

Rehabilitacja chorych i poszkodowanych po wypadkach.

W jaki sposób robi się to w Europie?

- *Likwidacja szkód osobowych z OC na rynku niemieckim w latach 90 tych ubiegłego wieku. Identyfikacja problemu i próby wyjścia z kryzysu.*
- *Transformacja strategii likwidacji szkód osobowych z OC w Europie w ostatnich 10 latach.*
- *Koncepcja Aktywnego Zarządzania Przypadkiem (Active Case Management – ACM).*
- *Koncepcja holistycznego procesu rehabilitacyjnego i jego integracja w procesie Aktywnego Zarządzania Przypadkiem (ACM).*
- *Zakres i efekty zastosowanych rozwiązań Aktywnego Zarządzania Przypadkiem na rynku niemieckim.*
- *Gen Re Rehabilitation Services Ltd – opis przypadku , czynniki powodzenia , rezultaty.*
- *Kierunki rozwoju procesów likwidacji szkód osobowych w Europie w najbliższych latach.*

Absolwentka Wydziału Prawa Uniwersytetu Gdańskiego. Radca prawny i Dyrektor Biur Prawnych Towarzystw Ubezpieczeń Grupy ERGO Hestia. Związana zawodowo wyłącznie z Grupą ERGO Hestia od 13 lat. Członek Komisji Prawno-Legislacyjnej, a obecnie Zespołu ds. Prawno-Legislacyjnych Polskiej Izby Ubezpieczeń. Dziekan Rady Okręgowej Izby Radców Prawnych w Gdańsku.

Ugoda z Towarzystwem Ubezpieczeniowym – zagrożenia i korzyści dla stron

- *Ugoda jako umowa nazwana – zagadnienia ogólne.*
 - *istota, przedmiot i forma ugody,*
 - *uchylenie się od skutków prawnych ugody.*
- *Ugoda jako umowa zawierana z ubezpieczycielem.*
 - *istota, przedmiot i forma ugody,*
 - *odpowiedzialność za skutki wypadku ubezpieczeniowego, które mogą ujawnić się w przyszłości.*
- *Ugoda sądowa.*
- *Korzyści płynące z zawarcia ugody.*
 - *dla ubezpieczyciela,*
 - *dla podmiotu uprawnionego do otrzymania od ubezpieczyciela świadczenia.*
- *Zagrożenia związane z zawarciem ugody. Czy rzeczywiście istnieją?*
- *Ugoda a dochodzenie roszczeń przed sądem: zysk czy strata?*

Specjalista medycyny sądowej, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Autor licznych publikacji i wystąpień dotyczących teorii opiniowania sądowo-lekarskiego, nekrochemicznej diagnostyki przedśmiertnych zaburzeń metabolicznych, możliwości przyspieszenia tempa eliminacji alkoholu z organizmu, a zwłaszcza problematyki rekonstrukcji wypadków drogowych oraz możliwości wizualizacji biokinetyki urazów z wykorzystaniem animacji komputerowej, za które był wyróżniany m.in. nagrodami rektorskimi, Ministra Zdrowia oraz Instytutu Ekspertyz Sądowych.

Jako specjalista z zakresu rekonstrukcji wypadków drogowych wielokrotnie zapraszany na wykłady w polskich i zagranicznych ośrodkach naukowych oraz jako konsultant medyczny, m.in. podczas testów zderzeniowych z udziałem manekinów i zwłok ludzkich przeprowadzanych w *Center for Applied Biomechanics, University of Virginia*. Twórca m.in. multimedialnej monografii „Biomechanika potrącenia pieszego” opracowanej w ramach grantu KBN na podstawie rozprawy doktorskiej na temat obrażeń struktur kostno-więzadłowych u niezmotoryzowanych ofiar wypadków. Stopień doktora habilitowanego uzyskał w 2009 r. na podstawie monografii „Rekonstrukcja wypadku drogowego w oparciu o wybrane parametry biomechaniczne”.

Od 7 lat konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny sądowej dla województwa lubelskiego. Zainteresowania: grafika i animacja komputerowa.

Poszkodowani w wypadkach komunikacyjnych – zakres obrażeń ciała w zależności od okoliczności wypadku

- *Zarys ogólnych zależności biomechanicznych dotyczących częstości poszczególnych rodzajów obrażeń oraz mechanizmów urazu w najczęstszych sytuacjach drogowych.*
- *Trudności w opiniowaniu spraw przez biegłych nie posiadających doświadczenia w dziedzinie biomechaniki urazów komunikacyjnych.*
- *Prezentacja metod zastosowania w praktyce opiniodawczej danych statystycznych z badań populacyjnych z wykorzystaniem ogólnodostępnych, niskopoziomowych baz danych systemu NASS.*
- *Zwrócenie uwagi na konieczność właściwego dokumentowania obrażeń u poszkodowanych, umożliwiającego ustalenie mechanizmu urazu.*

Wykształcenie: Studia medyczne na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku w latach 1986-1991. I stopień z ortopedii i traumatologii – 1994 r. II stopień z ortopedii i traumatologii – 1999 r. Tytuł doktora nauk medycznych „Wpływ rodzaju lateralizacji na skręcenia stawu skokowego” II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie 2008

Doświadczenie zawodowe: Ortopedika Klinika Chirurgii Specjalistycznej – Kierownik Medyczny, współwłaściciel. Carolina Medical Center Warszawa (2000-2009) – Lekarz konsultant, specjalista ortopeda traumatolog. Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem (1991-2000) – Młodszy asystent, asystent, starszy asystent na oddziale urazowo-ortopedycznym (1992-2000).

Aktywny uczestnik wielu kongresów naukowych i kursów doskonalących.

Zainteresowania: aktywność sportowa – narciarstwo, żeglarstwo.

Uraz biczowy kręgosłupa – w jaki sposób wyznaczyć granicę pomiędzy obiektywnym określeniem poziomu utraty zdrowia a skargami zgłaszanymi przez poszkodowanego?

- *Omówienie mechanizmu powstawania urazu typu „smagnięcia biczem”.*
- *Objawy chorobowe i ich wpływ na życie poszkodowanego.*
- *Badanie kliniczne poszkodowanego.*
- *Rokowanie w przypadkach tego typu urazów.*
- *Aspekty psychologiczne.*
- *Badania dodatkowe, sposoby terapii.*

Jerzy Pobocho, dr nauk medycznych, specjalista psychiatra, biegły sądowy od 1975 roku. Przewodniczący Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w latach 2007-2010 założyciel i Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej; w latach 1968-2000 pracownik Kl. Psychiatrii PAM w Szczecinie, od 1974 roku pracownik Oddziału Psychiatrii Sądowej Szpitala Aresztu Śledczego w Szczecinie, ordynator tego Oddziału w latach 1978-1984 i 2000-2005.

Organizator międzynarodowych i ogólnopolskich konferencji z psychiatrii sądowej w latach: 1998-2010. Od 2003 roku inicjator i organizator, corocznych Polsko-Niemieckich Konferencji z Psychiatrii Sądowej. Inicjator i organizator I Kongresu Nauk Sądowych.

Autor siedemdziesięciu prac naukowych z dziedziny psychiatrii sądowej, klinicznej i psychofarmakologii, opublikowanych w czasopismach recenzowanych i referatów wygłoszonych na kilkudziesięciu konferencjach krajowych i zagranicznych.
www.pobocho.szczecin.pl.

Opiniowanie psychiatryczne poszkodowanych w wypadkach drogowych

- *Skutki wypadków drogowych u osób poszkodowanych.*
- *Skale ułatwiające obiektywizację i standaryzację objawów i diagnoz.*
- *Propozycja wprowadzenia standardów dokumentowania skutków psychopatologicznych wypadku drogowego.*
- *Omówienie działań koniecznych do optymalizacji opiniowania psychiatrycznego skutków zdrowotnych wypadków drogowych.*

Ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, w którym w 2007 roku uzyskał dyplom lekarza medycyny. W latach 2000-2005 odbywał kurs specjalizacyjny z zakresu rehabilitacji medycznej w Klinice Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W latach 2000-2002 odbywał studia podyplomowe w Międzynarodowym Instytucie McKenziego z zakresu mechanicznej diagnostyki i leczenia bólów kręgosłupa. W roku 2006 obronił pracę doktorską na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu uzyskując stopień naukowy doktora nauk medycznych. Jest autorem nowoczesnej metody oceny stanu funkcjonalnego człowieka, OFC – Ocena Funkcjonalna Chorych.

W latach 2004-2010 Członek Zarządu Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Jeden z założycieli, Członek Zarządu Stowarzyszenia Medycyny Rozwojowej i Badań Funkcjonalnych Narządu Ruchu – PRO MOTIO. Członek Polskiego Towarzystwa Kręgosłupowego. Autor i współautor szeregu doniesień i prac naukowych z zakresu rehabilitacji. Jeden z założycieli Kliniki Rehasport – RSC, od 2008 roku Prezes Zarządu Rehasport Clinic. Członek Komisji Medycznej Polskiego Komitetu Olimpijskiego. Członek misji medycznej, uczestnik Igrzysk Olimpijskich w Pekinie Żeglarz, zdobywca Pucharów Polski, medalista mistrzostw Polski i Świata w żeglarstwie i windsurfingu.

Nowe metody oceny upośledzenia funkcji organizmu u chorych po urazach

- *Jakość życia i jakość życia determinowana stanem zdrowia.*
- *Zmiana jakości życia chorego.*
- *Omówienie pojęcia niepełnosprawności, omówienie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).*
- *Biopsychospołeczny model funkcjonowania i niepełnosprawności, wykraczający poza wąsko pojętą definicję choroby, oparty na funkcjonowaniu z punktu widzenia struktur anatomicznych organizmu, człowieka jako niezależnej jednostki, jego istnienia w środowisku i wzajemnych z nim relacji.*
- *Model opieki medycznej i rehabilitacyjnej zgodnej z wytycznymi WHO.*

Absolwent II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, specjalizacja z chirurgii ogólnej. Absolwent Podyplomowego Studium z zakresu Prawa Medycznego na Uniwersytecie Warszawskim. Asystent oddziału chirurgii ogólnej w Szpitalu Grochowskim im. R. Masztaka (1990-2002). Kierownik Zespołu Oceny Ryzyka medycznego w PZU Życie SA (1995-1998). Koordynator ds. Orzecznictwa Lekarskiego wykorzystywanego w procesie likwidacji szkód i świadczeń w Centrali PZU Życie SA i Centrali PZU SA (1998-2010). Ukończone kursy: specjalizacyjny „Rekonstrukcja wypadku drogowego” oraz specjalistyczny „Zakażenia szpitalne – nadzór epidemiologiczny i mikrobiologiczny dla przewodniczących zespołów kontroli zakażeń”.

Członek Zarządu, założyciel Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej, wykładowca na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym z zakresu medycyny ubezpieczeniowej (2008-2010). Wykładowca Studium Podyplomowego CMKP z Medycyny Ubezpieczeniowej i Orzecznictwa Lekarskiego na WUM. Współtwórca nowelizacji w 2003 roku Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w PZU SA i PZU Życie SA. Organizator i prowadzący szkolenia i warsztaty dla lekarzy orzeczników współpracujących z towarzystwami ubezpieczeniowymi z zakresu zasad orzekania uszczerbku na zdrowiu w związku ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi.

Publikacje w Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii z zakresu medycyny ubezpieczeniowej.

Wystąpienia na Sympojach Naukowych z tematyki dotyczącej Orzecznictwa Lekarskiego i Odpowiedzialności Cywilnej placówek medycznych.

*Problemy związane z obiektywną oceną zakresu uszkodzeń ciała
poszkodowanego pozostającego w adekwatnym związku z wypadkiem.
Propozycja nowych standardów oceny*

- *Prezentacja kontrowersyjnych przypadków, w których doszło do uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia z komentarzem dotyczącym sposobu oceny następstw przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe.*
- *Dlaczego ocena uszczerbku na zdrowiu nie jest optymalna w ocenie rzeczywistych następstw szkody na osobie.*
- *Jakie obszary związane ze szkodą na osobie powinny być brane pod uwagę w ocenie rzeczywistych następstw szkody.*
- *Propozycja standaryzacji sposobu oceny następstw szkody na osobie.*
- *Rola opinii lekarskiej w ostatecznej ocenie rozmiarów szkody na osobie.*

Absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie i Podyplomowego Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. Specjalista chorób wewnętrznych. W latach 1986-1999 r. asystent Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Bielańskiego w Warszawie. Od 1999 r. związana z orzecznictwem lekarskim w Departamencie Orzecznictwa Lekarskiego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Od 2007 r. konsultant medyczny Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń.

Publikacje:

1. „Orzekanie o niezdolności do pracy w wybranych schorzeniach układu krążenia” D. Powała, M. Zarukiewicz, Standardy orzecznictwa lekarskiego ZUS, praca zbiorowa, 2007.
2. „Orzecznictwo lekarskie w kardiologii” A. Wilmowska-Pietruszyńska, D. Powała, Kardiologia podręcznik oparty na zasadach EBM, pod redakcją prof. A. Szczeklika i prof. M. Tendery, Medycyna Praktyczna Kraków, 2010.

Zainteresowania: podróże, literatura iberoamerykańska.

Propozycje sposobu oceny potrzeb i zakresu opieki nad poszkodowanym po urazie komunikacyjnym

- *Rodzaje świadczeń dla osób niesamodzielnych.*
- *Zasady opiniowania medycznego dotyczącego zakresu koniecznej pomocy.*
- *Omówienie podstawowych obszarów pomocy poszkodowanym: w zaopatrzeniu gospodarstwa domowego, w czynnościach pielęgnacyjnych, przy zabiegach medycznych wykonywanych w domu, pomocy wynikającej z konieczności stałego nadzoru nad osobą niesamodzielną.*





WYBRANE STRESZCZENIA WYKŁADÓW

Kopie prezentacji zamieszczone zostaną na stronie
Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej
www.ptmu.org.pl

W 2001 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*). Klasyfikacja WHO w znaczący sposób zmienia rozumienie choroby, urazu i niepełnosprawności, wprowadza nowy sposób oceny upośledzenia funkcji po urazach. Współczesne ich rozumienie wiąże się z patrzaniem na poszkodowanego przez pryzmat jego możliwości, a nie ograniczeń, przez pryzmat potencjału, a nie straty. Nakłada na instytucje społeczne, finansowe i rządowe obowiązek organizacji pomocy poszkodowanemu w sposób umożliwiający optymalny powrót funkcji, a nie tylko pozostania w obowiązku odszkodowawczym. ICF wpływa również w istotny sposób na narzędzia oceny stanu funkcjonalnego człowieka, skale uszkodzeń i skale oceny jakości życia. ICF opiera się na biopsychospołecznym modelu funkcjonowania i niepełnosprawności, który wykracza poza wąsko pojętą definicję choroby.

Formułuje pojęcie funkcjonowania z punktu widzenia struktur:

- a) anatomicznych organizmu,
- b) człowieka jako niezależnej jednostki,
- c) istnienia osoby w środowisku i wzajemnych z nim relacji.

System ICF oddziela poziom funkcjonowania poszczególnych organów i struktur anatomicznych od funkcjonowania człowieka jako integralnej i niezależnej jednostki oraz jego zdolności do funkcjonowania w otoczeniu. Dzięki uporządkowaniu komunikacji w odniesieniu do funkcji oraz precyzyjnemu zdefiniowaniu pojęcia funkcji, możliwe jest planowanie działań leczniczych ukierunkowanych na organizm, osobę lub środowisko, wpływając na funkcjonalność w wybranym wąskim bądź szerokim zakresie. System pozwala oceniać efektywność kliniczną poszczególnych działań związanych z tworzeniem programów leczniczych na poziomie indywidualnym i społecznym. Celem leczenia jest poprawa stanu zdrowia jednostki.

Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała pojęcie zdrowia, które znacznie wykracza poza pojęcie braku choroby. W określeniu stanu zdrowia należy uwzględnić stan funkcjonalny człowieka. Stan zdrowia człowieka wiąże się ze zdolnością do wykonywania szeregu czynności i zadań, tak aby w pełni funkcjonować we wszystkich obszarach życia. Pojęciem zdrowia można więc określić zdolność do wykonywania pewnych zadań i podejmowania określonych działań. Dotyczy ono także zmian w funkcjonowaniu organizmu i/lub jego struktur. Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie człowieka można ocenić mierząc wyniki uzyskane podczas wykonywania zadań lub czynności związanych z życiem codziennym. Pełen obraz stanu zdrowia wymaga uwzględnienia znaczenia przypisywanego przez daną osobę poszczególnym funkcjom nierozzerwalnie związanym z jej stanem zdrowia. Wynika z tego więc koncepcja stanu czynnościowego i funkcjonalnego, która jest składową pojęcia zdrowia i poprawy stanu zdrowia. Zgodnie z powyższym dwie osoby z identycznym rozpoznaniem klinicznym mogą charakteryzować się zupełnie różnym stanem czynnościowym, który określa prawdziwy stan ich zdrowia. Dwie osoby charakteryzujące się

takim samym stanem funkcjonalnym, przypisując wagę do różnych aspektów czynnościowych, mogą się różnić oceną jakości swojego życia. Pogorszenie stanu funkcjonalnego może być wynikiem naturalnie zmniejszonych zdolności lub problemów z funkcjonowaniem organizmu i/lub jego organów. Może ponadto wynikać ze zmian środowiska, w którym żyje człowiek, powodującymi powstawanie ograniczeń w działaniu wraz z jego ograniczonymi możliwościami. Pogorszenie stanu funkcjonalnego jest zatem wynikiem obu procesów.

Pojęcie niepełnosprawności aktualnie wykracza daleko poza kategorię dysfunkcji narządu ruchu, dotyczyć może wielu jego aspektów, istotnie różnych od trudności w poruszaniu. Od tego, jak rozumiemy pojęcie funkcji, zdrowia i niepełnosprawności, uzależniony jest wybór drogi leczenia. Precyzyjne określenie potrzeb i możliwości pomocy choremu determinuje nasze postępowanie. Aktualny podział funkcji pozwala nam na dobranie odpowiednich narzędzi do oceny funkcji fizycznych, umysłowych i emocjonalnych, tak aby określić poziom uszkodzenia, ograniczenie działania i udziału w życiu codziennym. Poziom uszkodzenia funkcjonalnego odnoszący się do funkcji fizycznych, fizjologicznych, czy sensorycznych pomaga w określeniu stopnia niepełnosprawności ruchowej, czynnościowej lub psycho-fizycznej. Określenie stopnia ograniczenia działania pozwala na ocenę form aktywności życiowej z zakresu czynności życia codziennego, których ograniczenie można zakwalifikować jako określoną formę niepełnosprawności upośledzającą możliwość funkcjonowania w danym środowisku.

System klasyfikacyjny ICF tworzony był przez wiele lat, jego efektem jest analiza stanu funkcjonalnego człowieka, w której podkreśla się samodzielność, niezależność i indywidualizację oceny. Wszystko to sprawia, że w szczegółowej analizie funkcji życia codziennego, funkcji instrumentalnych i jakości życia należy dokonywać zgodnie z założeniami WHO.

Dr n. med. Jerzy Pobocho

Opiniowanie psychiatryczne poszkodowanych w wypadkach drogowych

U osoby poszkodowanej wypadek drogowy może spowodować skutki somatyczne i psychiczne. Skale takie jak: *Post-Traumatic Stress Symptom* i inne ułatwiają obiektywizację i standaryzację objawów i diagnoz (3). Np. w Anglii w grupie 1.441 pacjentów, którzy ulegli wypadkowi 22% doznało urazu głowy z utratą przytomności ponad 15 minut, ale objawy: PTSD, fobii komunikacyjnej, depresji występowały również u osób, które nie miały utraty przytomności (2). Niepamięć, czy fragmentaryczna pamięć okresu wypadku, może wynikać nie tylko z wstrząśnienia mózgu, ale i zaburzeń dysocjacyjnych („*psychological dissociation*”) – cech osobowości, co zawsze powinno być brane pod uwagę.

Skutki psychiczne wypadku drogowego wchodzi w zakres terminu „psychotraumatologia”. Na podstawie kazuistycznego przypadku opinii sądowno-psychiatrycznej osoby potrąconej przez samochód, zostanie przedstawiony problem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania – wyłudzenia nieprawdziwych zaświadczeń od lekarzy i potrzebę szkolenia prawników w tym zakresie.

Autor proponuje wprowadzenie standardów dokumentowania skutków psychopatologicznych wypadku drogowego. Polemizuje z poglądem cyt.: „przyznania zadośćuczynienia dla bliskich jest domniemanie faktycznego istnienia *post traumatic stress disorder* (PTSD) jako zaburzenia będącego skutkiem traumatycznych przeżyć. PTSD jest diagnozowane, jako normalna reakcja m.in. na tragiczną śmierć osoby bliskiej, związana z cierpieniami i dramatyzmem doznań”. Omawia psychopatologiczne problemy wypadków drogowych, które są skutkiem samobójstwa, zabójstwa, czy osobowości antisocjalnej (1). Optymalizacja opiniowania psychiatrycznego skutków zdrowotnych wypadków drogowych wymaga: krytycznej analizy dokumentacji medycznej pacjenta, dalszego szkolenia: lekarzy diagnozujących, orzeczników, biegłych psychiatrów i neurologów, jak i prawników.

Dr Dorota Powała

Propozycje sposobu oceny potrzeb i zakresu opieki nad poszkodowanym po urazie komunikacyjnym

Poszkodowani w wypadkach komunikacyjnych, poza podstawowymi kosztami leczenia i rehabilitacji, ponoszą także koszty usług opiekuńczych, kiedy potrzebują pomocy w czynnościach decydujących o ich samodzielnym funkcjonowaniu w środowisku domowym. System opieki zdrowotnej zapewnia osobom niesamodzielnym pomoc w ramach długoterminowej opieki pielęgniarstwa, system opieki społecznej proponuje domowe usługi opiekuńcze. Osoby niesamodzielne mogą otrzymać także świadczenia pieniężne – dodatek lub zasiłek pielęgnacyjny, a ich opiekunowie rodzinni świadczenie rehabilitacyjne.

Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze rośnie wraz z poziomem niesamodzielnności, od okresowej pomocy w pracach domowych, po pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych i stałą obecność innej osoby. Wsparcie ze strony instytucji jest niewystarczające i dedykowane osobom o znacznym poziomie niesamodzielnności. Niezaspokojone potrzeby osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych w zakresie usług opiekuńczych obciążają sprawcę szkody.

Opiniowanie medyczne dotyczące zakresu koniecznej pomocy powinno dotyczyć czterech podstawowych obszarów: pomocy w zaopatrzeniu gospodarstwa domowego, pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych, pomocy specjalistycznej przy zabiegach medycznych wykonywanych w domu oraz pomocy wynikającej z konieczności stałego nadzoru nad osobą niesamodzielną.

Dr hab. n. med. **Grzegorz Teresiński**

Poszkodowani w wypadkach komunikacyjnych

– zakres obrażeń ciała w zależności od okoliczności wypadku

Weryfikacja zakresu obrażeń ciała u ofiar wypadków komunikacyjnych należy do najczęściej spotykanych tematów opinii w orzecznictwie sądowo-lekarskim. Znajomość okoliczności wypadku drogowego pozwala na oszacowanie ryzyka powstania określonych zespołów obrażeń – w zależności od kierunku działania siły zewnętrznej, roli i usytuowania ofiary (względem pojazdu lub wewnątrz pojazdu) oraz zakresu zabezpieczeń biernych możliwe jest przewidywanie (z określonym stopniem prawdopodobieństwa) pewnych typowych następstw, a także ocena „przystawalności” zgłaszanych następstw zdrowotnych do deklarowanej sytuacji kolizyjnej (np. podawanego zakresu prędkości zderzeniowej, parametrów morfometrycznych i zajmowania przez poszkodowanego określonego miejsca w pojeździe, zapięcia pasów bezpieczeństwa itd.).

Referat przedstawia zarys ogólnych zależności biomechanicznych dotyczących częstości poszczególnych rodzajów obrażeń oraz mechanizmów urazu w najczęstszych sytuacjach drogowych z udziałem niezmotoryzowanych i zmotoryzowanych ofiar wypadków w zależności od wektora sił bezwładności, energii zderzenia oraz działania określonych układów ochrony biernej. Podkreślono szczególną rolę obrażeń struktur stawowych kończyn dolnych, które jako pierwsze wchodzi w kontakt z elementami nadwozia w przypadkach potrażeń pieszych, rowerzystów i motocyklistów lub też z panelem sterowniczym pojazdu u kierowców i pasażerów samochodów (szczególnie w sytuacji niezapięcia przez ofiary pasów bezpieczeństwa). Zasygnalizowano przy tym najczęstsze pułapki czyhające na tzw. przygodnych biegłych, nie posiadających doświadczenia w dziedzinie biomechaniki urazów komunikacyjnych. Oprócz tzw. markerów biologicznych, zwrócono uwagę na pozamedyczne podstawy wnioskowania i zależności kinematyczne niezbędne do pogłębionej analizy biologicznych następstw wypadku, w tym wybrane parametry o charakterze fizycznym, które są możliwe do orientacyjnej oceny nawet przez osoby nie posiadające wykształcenia technicznego (np. zakres odkształceń struktury nadwozia, elementy zabezpieczeń biernych pojazdu czy rozmieszczenie śladów kryminalistycznych), a umożliwiają poszerzenie zakresu oraz zwiększenie stopnia pewności wnioskowania.

Zaprezentowano ponadto metody zastosowania w praktyce opiniodawczej danych statystycznych z badań populacyjnych z wykorzystaniem ogólnodostępnych, niskopoziomowych baz danych systemu NASS (*National Automotive Sampling System*) amerykańskiej agencji NHTSA (*National Highway Traffic Safety Administration*), a także wyników komercyjnych testów zderzeniowych. Możliwości wykorzystania informacji wyselekcjonowanych z baz danych CDS, SCI i CIREN zilustrowano konkretnymi przykładami praktycznego zastosowania zależności biomechanicznych w ekspertyzach opracowanych na zlecenie organów procesowych, dotyczących oceny ryzyka urazów głowy u ofiar wypadków samochodowych w zależności od zapięcia pasów bezpieczeństwa, ryzyka traumatyzacji płodu i poronienia u ciężarnych uczestniczek kolizji, a także ryzyka urazów w wypadkach typu rollover (połączonych z tzw. dachowaniem pojazdu, które są odpowiedzialne za ok. 1/3 wszystkich ciężkich i śmiertelnych ofiar wypadków drogowych). Wykorzystanie omawia-

nych, potencjalnych możliwości poszerzenia zakresu wnioskowania jest jednak możliwe pod warunkiem właściwego udokumentowania obrażeń u poszkodowanych, umożliwiającego ustalenie mechanizmu urazu (charakteru i kierunku działania sił rozrywających, zgniatających i/lub skrętnych), co w przypadkach najczęściej podlegających ocenie obrażeń struktur kostno-stawowych można ustalić wyłącznie na podstawie oryginalnych klisz (względnie zapisu elektronicznego w formacie DICOM) z badań obrazowych.



NOTATKI