

Kasa dla lekarza



Akcja kasa!

Niniejsze opracowanie stanowi wstęp do wyjaśnienia kwestii związanych z obowiązkiem posiadania kas rejestrujących przez lekarzy. W pierwszej części zostały przedstawione wybrane odstępstwa od obowiązku posiadania kas rejestrujących. Kolejne części będą odpowiedzią na najczęściej pojawiające się pytania czytelników związane z nowo powstałym obowiązkiem.

26 lipca 2010 r. minister finansów wydał rozporządzenie w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących – dalej **RwSKR** (Dz. U. 2010 r., nr 138, poz. 930), które zaczęło obowiązywać od 1.01.2011 r.

Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 2b **RwSKR** do 30.04.2011 r. z obowiązku prowadzenia ewidencji obrotu przy użyciu kas rejestrujących zwolnione zostały między innymi podmioty świadczące usługi z zakresu ochrony zdrowia. Po tej dacie określone grupy lekarzy będą miały obowiązek posiadania kas rejestrujących. Wielu lekarzy obowiązek ten nie będzie jednak dotyczyć bez względu na formę, w jakiej będą wykonywali zawód.

Czy kasy będą musiały być stosowane przez wszystkich lekarzy?

Nie. Zgodnie z art. 111 ust. 1 ustawy o podatku od towarów i usług z 11.03.2004 r. - dalej **UoVAT** (Dz. U. 2004 r., nr 54, poz. 535, ze zm.) obowiązek stosowania kas rejestrujących, potocznie nazywanych fiskalnymi, dotyczy tylko podmiotów dokonujących obrotu konsumenckiego. Przez obrót konsumencki należy rozumieć sprzedaż towarów lub usług na rzecz osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych. Oznacza to, że lekarze, którzy nie prowadzą prywatnej praktyki lekarskiej (indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej lub grupowej praktyki lekarskiej w formie spółki cywilnej lub partnerskiej), a mają wyłącznie umowy cywilnoprawne lub umowy o pracę ze szpitalami bądź innymi placówkami służby zdrowia, nie będą zobowiązani do nabycia kasy fiskalnej.

Dlaczego nie wszyscy lekarze prowadzący prywatną praktykę lekarską będą mieli obowiązek nabycia kasy fiskalnej?

Obowiązek posiadania kasy fiskalnej wynika bezpośrednio z wartości sprzedanych dokonanych przez dany podmiot.

Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 2 **RwSKR** z obowiązku ewidencjonowania sprzedaży przy użyciu kas fiskalnych zwolnieni są do 31 grudnia 2012 r. podatnicy, u których kwota obrotu z działalności polegającej na sprzedaży w ramach obrotu konsumenckiego nie przekroczy w poprzednim roku podatkowym kwoty 40 000 zł. Należy podkreślić, że jeżeli lekarz rozpocznie działalność dopiero w 2011 r., to określony wyżej pułap zwolnienia jest niższy. W takim przypadku lekarz jest zwolniony z obowiązku ewidencjonowania do dnia przekroczenia w 2011 roku lub 2012 roku kwoty obrotów w wysokości 20 000 zł – § 3 ust. 6 **RwSKR**. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że lekarze, którzy wykonują zawód w ramach prywatnej praktyki lekarskiej a jednocześnie zatrudnieni są w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej lub umowy o pracę, nie mają obowiązku doliczania wynagrodzenia osiąganego w ZOZ do limitu 40 000 lub 20 000 zł.

A co z lekarzami udzielającymi w ramach prywatnej praktyki świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ?

Przedstawiony wyżej problem wymaga odpowiedzi na podstawowe pytanie, a mianowicie, czy udzielenie przez lekarza prowadzącego prywatną praktykę świadczenia refundowanego przez NFZ jest sprzedażą w rozumieniu art. 2 pkt 22 i art. 111 ust. 1 **UoVAT**, czy też nie. **Odpowiedź jest jednoznaczna. W przypadku, gdy lekarz udziela świadczenia refundowanego przez NFZ, pacjent nie uiszcza opłaty, a lekarz wynagradzany jest przez NFZ, zgodnie z zawartym wcześniej kontraktem.** Usługa, za którą pacjent nie zapłaci bezpośrednio, nie będzie musiała być „wbita na kasę”, a co za tym idzie pacjent nie otrzyma paragonu. Warto również podkreślić, że wynagrodzenia, jakie lekarz otrzymuje od NFZ za zkontraktowane usługi, nie wlicza się do limitu 40 000 zł, który jak

wspominałam wcześniej uprawnia do zwolnienia od obowiązku posiadania kasy fiskalnej.

Kiedy lekarz wykonuje nietypowe świadczenia zdrowotne...

Na szczególną kwestię zasługuje sytuacja lekarzy, którzy w ramach prywatnej praktyki wykonują drogie i nietypowe procedury medyczne, a ponadto prowadzą jeszcze inną, pozamedyczną działalność i zarejestrowali się w urzędzie skarbowym jako czynni podatnicy VAT. Zgodnie z poz. 34 załącznika do **RwSKR** czynnością zwolnioną z obowiązku ewidencjonowania przy użyciu kas fiskalnych jest świadczenie usług na rzecz osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych, o ile łącznie zostaną spełnione niżej wymienione warunki:

- każde świadczenie usługi dokonane przez podatnika jest dokumentowane fakturą, w której zawarte są w szczególności dane identyfikujące odbiorcę,
- liczba wszystkich dokonanych operacji świadczenia usług, o których mowa w pkt a, nie przekroczyła 50, przy czym liczba odbiorców tych usług w tym okresie była mniejsza niż 20.

A może warto zapłacić kartą?

Zgodnie z pozycją 37 załącznika do **RwSKR** zwalnia się z obowiązku ewidencjonowania świadczenie usług, za które zapłata w całości następuje za pośrednictwem poczty, banku lub spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej (odpowiednio na rachunek bankowy podatnika lub na rachunek podatnika w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, której jest członkiem), pod warunkiem, że z ewidencji i dowodów dokumentujących transakcję jednoznacznie wynika, jakiej konkretnie transakcji zapłata dotyczyła. Oznacza to, że jeśli u danego lekarza wszyscy pacjenci płaciliby kartą płatniczą, to bez względu na wysokość obrotów lekarz ten nie musiałby instalować kasy fiskalnej. Należy jednak podkreślić, że lekarz nie ma prawa żądać od pacjenta, aby ten za udzieloną usługę zapłacił kartą, a tym bardziej nie może odmówić przyjęcia zapłaty w formie gotówki, co implikuje (przy spełnieniu dodatkowych warunków, takich jak przekroczenie limitu 40 000 lub 20 000 zł) wystawienie paragonu.

Justyna Zajdel



Gazeta Lekarska

„Gazeta Lekarska“ się zmienia. Mam nadzieję, że Czytelnicy zauważyli te zmiany już w poprzednich dwóch numerach. Świadczą o tym listy, które przychodzą do redakcji.

W imieniu kolegium redakcyjnego i nowej redakcji dziękuję szczególnie za te życzenia, które mówią o spełnieniu pokładanych w nas oczekiwań. Jednym z nowych, ważnych elementów ma być więcej informacji o wydarzeniach w izbach okręgowych. Z korespondencji jasno wynika, że takie są nadzieje wielu lekarzy. Nie uda się zrealizować tych zamierzeń bez współpracy z redakcjami pism regionalnych. Wstępne zaproszenie do wspólnego działania zostało przekazane na zebraniu w Naczelnej Izbie Lekarskiej 18 czerwca br. Jest to także jeden z powodów, dla których planujemy na początku października kolejne wspólne, tym razem bardziej robocze, spotkanie.

Nasze pismo czeka wkrótce zmiana wręcz rewolucyjna. Po rozstrzygnięciu konkursu ofert skład „Gazety“, jej druk i kolportaż zostaną na mocy podpisanej umowy powierzone firmie Axel Springer Polska. Zostanie zatem zmieniona tylko forma usługi zewnętrznej, dotychczas czynności te wykonywały na rzecz „GL“ trzy różne podmioty. Wylączny wpływ na treść merytoryczną będą nadal miały redakcja i kolegium redakcyjne, na nich spocznie związana z tym odpowiedzialność. Jedną z przyczyn tych zmian jest zmniejszenie kosztów, jakie ponosi Naczelna Rada Lekarska w związku z wydawaniem i rozsyłaniem na domowe adresy lekarzy „Gazety“. Spodziewane oszczędności to setki tysięcy złotych rocznie. Beneficjentami nowego sposobu kolportażu będą również okręgowe izby lekarskie, jeżeli zdecydują się podpisać umowy z Axel Springer Polska i rozsyłać swoje pisma, tak jak do tej pory, łącznie z „GL“. Stawka, wynegocjowana dla OIL przez powołany przez Prezydium NRL zespół, jest znacząco niższa niż koszt ponoszony podczas korzystania z usług niezwykle drogiej Poczty Polskiej.

Całkowicie zmienione oblicze „Gazety“ pokaże jej numer październikowy.

Ryszard Golański
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Kasa (fiskalna) dla lekarza	4-5
Okiem Prezesa	5
Akcja kasa!	6
Polski wkład w przyszłość Europy	8-9
VII Światowy Kongres Polonii Medycznej, Toruń 23-24 czerwca 2010 r.	10-14
Świat nas docenił	15
Co nowego w Brukseli?	16
U stomatologów	18-21
Nowotwory i inne zmory	24-25
Przychodzi lekarz do prawnika	30-33
Lekarski sport	34-39
Książki nadesłane	40
Praca konkursy, zatrudnię, szukam	43-57
Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy	52
Ogłoszenia różne	58-60
Epikryza	62
Biuletyn NRL	41-42

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

www.blogilekarzy.pl
Daj się poznać, pisz
swojego bloga

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Kasa (fiskalna) dla lekarza

Marzena Bojarczuk

Decyzja w długo dyskutowanej sprawie kas fiskalnych w prywatnych gabinetach lekarskich i dentystycznych zapadła – minister finansów podpisał rozporządzenie, na podstawie którego ta grupa podatników jeszcze tylko do końca kwietnia 2011 r. zwolniona jest z obowiązku ewidencjonowania przychodów za pomocą urządzenia rejestrującego, tzn. kasy fiskalnej.

Minister finansów nie uwzględnił w swojej decyzji większości postulatów środowiska lekarskiego: nie wprowadzono żadnej ulgi dla osób pokrywających koszty świadczeń zdrowotnych z własnych środków, nie objęto także usług medycznych zerową stawką podatku VAT. Samorząd lekarski nadal będzie domagał się m.in. zerowej stawki VAT.

Refundacja kosztów zakupu – ważne!

Podatnicy mogą odliczyć od podatku lub otrzymać zwrot kwot wydanych na zakup każdej z kas rejestrujących zgłoszonych na dzień rozpoczęcia ewidencjonowania. Kwota refundacji to 90% ceny zakupu (bez

podatku), nie więcej niż 700 zł. Również w przypadku lekarza, który zakupi większą liczbę kas (jeśli np. prowadzi praktykę w kilku gabinetach), odliczenie będzie przysługiwało za każdą z nich. Warunkiem niezbędnym do otrzymania refundacji za nieograniczoną liczbę zakupionych urządzeń jest dotrzymanie terminu zgłoszenia, tzn. kasy muszą zostać zgłoszone do właściwego urzędu skarbowego **przed dniem rozpoczęcia ewidencjonowania** na kasie. W przypadku kas nie ujętych w pierwszym zgłoszeniu (przed rozpoczęciem ewidencjonowania) ulga nie przysługuje.

Refundacja kosztów zakupu kasy fiskalnej może być zrealizowana na 2 sposoby:

- poprzez odliczenie kwoty zwrotu w deklaracji podatkowej (u podatników VAT),
- poprzez zwrot kwoty refundacji na rachunek bankowy (u osób zwolnionych przedmiotowo, czyli m.in. lekarzy).

Urząd skarbowy dokonuje zwrotu na rachunek bankowy podatnika lub na rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, której jest członkiem w terminie do 25 dnia od daty złożenia wniosku. Odliczenia mogą dokonać podatnicy, którzy rozpoczną ewidencjonowanie przy użyciu kas spełniających stosowne wymogi techniczne, nie później jednak niż w obowiązujących

ich terminach (do 1.05.2010 r.). Warunkiem dokonania odliczenia jest złożenie do naczelnika urzędu skarbowego (przed terminem rozpoczęcia ewidencjonowania!) pisemnego zgłoszenia o liczbie kas i miejscu (adresie) ich używania.

Wg szacunków Ministerstwa Finansów refundacja kosztów zakupu kas może kosztować budżet państwa ok. 250 mln zł.

Rozpoczynając na łamach „Gazety Lekarskiej” publikację cyklu artykułów poświęconych przepisom nakładającym na niektóre grupy podatników, m.in. lekarzy udzielających świadczeń w ramach prywatnej praktyki, obowiązku instalowania w nich kas fiskalnych, chcemy dostarczyć Państwu niezbędnych informacji na ten temat. Dlatego zachęcamy do kontaktu z redakcją, zadawania pytań i dzielenia się swoimi opiniami i wątpliwościami dotyczącymi ww. zagadnień. Adres e-mail: m.bojarczuk@hipokrates.org, a także pocztowy: 00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4 są do Państwa dyspozycji. Z pomocą ekspertów w dziedzinie prawa, podatków i księgowości odpowiemy na wszystkie przesłane do nas pytania.

W następnym odcinku informatora m.in. o tym, gdzie kupić kasę fiskalną i co z nią zrobić, by spełniała formalne wymagania.

Okiem Prezesa

Ostatnia publikacja w magazynie „Lancet” pokazuje, że całe środowisko pracowników ochrony zdrowia w Europie Środkowo-Wschodniej, a w szczególności dobitnie w Polsce, jest niedofinansowane. Obecna sytuacja, która zmusza lekarza do pracy na kilku etatach, nie sprzyja jakości w ochronie zdrowia i powoduje, że media coraz częściej pytają nas o sens łączenia pracy np. w publicznym i niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej. W ostatnim dniu czerwca Minister Zdrowia podpisał porozumienie z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, gwarantujące podwyżki płac dla tej grupy pracowników medycznych w odpowiednich zapisach ustawowych. Możliwość podpisania takiego dokumentu wskazuje na to, że w Polsce możliwe jest ustawowe uregulowanie płac i że apele, petycje, stanowiska, prośby, strajki i protesty skierowane do ministra, posłów, senatorów, aby zapewnić minimalne wynagrodzenia lekarzom i lekarzom denty stom w tej sytuacji, znajdują zrozumienie Pani Minister. Słusznie na łamach jednego z dzienników napisano, że przy pakiecie zapowiadanych reform chcemy wreszcie otrzymać możliwość uregulowania wynagrodzeń. Właśnie dlatego pod koniec lipca powtórzyliśmy nasze wieloletnie już stanowisko w tej sprawie i zaapelowaliśmy do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy o działania zmierzające do zagwarantowania podwyżek dla naszej grupy zawodowej.

Przez komisje sejmowe i senackie przeszedł projekt zmiany ustawy o finansowaniu świadczeń ze środków publicznych. Zmiana zasad kontraktowania łagodząca w drugim postępowaniu wymogi warunków świadczeń w zakresie posiadanego personelu lub wyposażenia medycznego okazała się być niezbędną. Życie już dziś pokazało, że warunki stawiane przez NFZ świadczeniodawcom są nierealne i dla wielu zbyt wygórowane, ale zamiast określenia warunków świadczeń możliwych do wypełnienia zdecydowano się dopuszczać do konkursu ofert tych, którzy w drugim konkursie ich nie wypełniają. Gdyby projekt przeszedł, istniałoby zagrożenie paradoksalnej sytuacji, w której w skrajnym przypadku można mieć salę operacyjną, ale nie mieć chirurga lub na odwrót i mimo to mieć podpisany kontrakt, co prawda za niższą cenę. Logiczne więc wydaje się, by NFZ określał jedynie minimalne warunki świadczeń gwarantujące bezpieczeństwo chorych, i to one powinny być kryterium dopuszczania do konkursu bez żadnych odstępstw, natomiast jednostki ochrony zdrowia oferujące wyższą jakość, fachowość etc. powinny być dodatkowo wynagradzane.

Nierównym traktowaniem podmiotów umowy cywilnoprawnej, jaką jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zainteresowaliśmy w lipcu Premiera, podkreślając konieczność sprawdzenia zgodności przepisów dotyczących postępowania konkursowego wydawanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, a w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Wskazaliśmy jasno, że NFZ, pełniący rolę płatnika, który dysponuje środkami finansowymi w imieniu wszystkich ubezpieczonych, nie traktuje świadczeniodawców jako drugiej strony umowy cywilnoprawnej, lecz jak podległą sobie jednostkę, której byt uzależniony jest od decyzji prezesa NFZ, narzucającego zarządzeniami szczegółowe zapisy umów, bądź od urzędników Funduszu, którzy na każdym etapie, poczynając od przyjmowania ofert poprzez uzgadnianie treści umów, a w końcu kontrolując wykonanie umów mogą wobec świadczeniodawcy zastosować ostre restrykcje, bez prawa do ich kwestionowania. Czekamy z niecierpliwością na odpowiedź Premiera w tej sprawie.

Trwają prace nad nowelizacją ustawy o podatkach i opłatach lokalnych. W projekcie nowelizacji uwzględniono postulat Naczelnej Rady Lekarskiej, żeby niższa stawka podatku od nieruchomości dla budynków zajmowanych na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie usług medycznych dotyczyła wszystkich pomieszczeń, również takich jak recepcja, poczekalnia, szatnia itp., bez których zakład opieki zdrowotnej nie rozpocznie działalności.

Nasze lekarskie polskie serca rozpiera duma. Drużyna piłkarska polskich lekarzy stała się naszą złotą drużyną. Jedenastka z Zabrza zdobywając Mistrzostwo Świata stała się balsamem na wszystkie nieszczęścia, jakie na nas spadały – od powodzi po NFZ. Spośród 22 drużyn z trzech kontynentów polscy lekarze i lekarze dentyści osiągnęli sukces, pokazując po raz kolejny, że można być dobrym lekarzem lub stomatologiem (wszak w drużynie jest ich aż trzech) i jednocześnie dobrym sportowcem. Niedawno spotkałem się z tą drużyną na Mistrzostwach Polski organizowanych w Częstochowie. Nie wiedziałem jeszcze wtedy, że przebywam z mistrzami świata. Gratuluję Wam, Koledzy, i pozwólcie, że wezwę wszystkich, aby za Waszym przykładem przywdziali buty z korkami lub założyli pletwy, osiadtali konie czy wsiedli na rowery. Dla zdrowia – warto.

Maciej Hamankiewicz



Jak to działa w innych krajach?

Austria. Przedsiębiorca, którego dochody przekraczają 150 000 euro rocznie jest zobowiązany do zarejestrowania każdej transakcji sprzedaży, nie ma jednak obowiązku rejestrowania przychodów za pomocą kas fiskalnych, można to robić na różne sposoby, również ręcznie. Przedsiębiorca, który z własnej woli posiada kasę fiskalną musi używać jej przy każdej transakcji. Podatnicy, których roczne dochody nie przekraczają 150 000 euro mogą rejestrować różnicę pomiędzy dzienną kwotą otwierającą a zamykającą kasę (a nie pojedyncze paragony). W Austrii władze próbowały wprowadzić obowiązek ewidencjonowania przychodów za pomocą kas, jednak The Austrian Medical Chamber stanowczo się temu sprzeciwiła. Głównym argumentem była specyfika usług medycznych.

Czechy. Nie ma obowiązku używania kas fiskalnych w miejscach, gdzie

świadczone są usługi zdrowotne: ani w szpitalu, ani w przychodni, ani też w prywatnym gabinecie. Nie ma potrzeby rejestracji przychodów, bo większość lekarzy świadczy usługi medyczne, za które pacjent nie płaci bezpośrednio. Wyjątkiem są opłaty wynikające z przepisów.

Luksemburg. Istnienie kas fiskalnych w miejscach świadczących usługi zdrowotne nie jest wymagane. Dotyczy to także gabinetów lekarzy praktykujących prywatnie. Ponad 90% przychodów lekarzy jest finansowana w ramach tzw. funduszu chorobowego.

Niemcy. Nie istnieją żadne regulacje prawne zobowiązujące lekarzy do używania kas fiskalnych. Brak tego obowiązku jest spowodowany faktem, że lekarze są zwolnieni z podatku VAT (podatku od sprzedaży), a także z powodu obowiązującej zasady dofinansowania opieki zdrowotnej dzieci („Sachleistungsprinzip”). Istnieje pewna liczba usług, za które pacjenci płacą z własnych środków. Ilość pieniędzy pochodząca z tego źródła jest jednak relatywnie niewielka i nie wymaga rejestracji podatkowej.

Słowacja. W Republice Słowackiej obowiązkowe używanie kas fiskalnych w celu rejestracji transakcji finansowych nie dotyczy opieki zdrowotnej.

Belgia. Używanie kas fiskalnych w miejscach świadczących usługi zdrowotne w celu udokumentowania wszystkich usług tam udzielanych jest obowiązkowe. Dotyczy to wszystkich placówek opieki zdrowotnej – tak samo szpitala, jak prywatnego gabinetu.

Bułgaria. Każda zapłata, którą otrzymują lekarze za świadczone usługi, musi być zarejestrowana za pomocą kasy fiskalnej. Żadne informacje dotyczące powodu wizyty pacjenta nie są wymagane do rejestracji przychodów.

Norwegia. W Norwegii używanie kas fiskalnych przy każdej transakcji przez lekarzy jest obowiązkowe. Rząd norweski wprowadził to prawo w 2004 r., a w pełni obowiązuje ono od początku 2006 r. Dotyczy poz oraz specjalistycznej opieki medycznej (także lecznictwa zamkniętego). Nie ma różnic w przepisach dla tych, którzy świadczą usługi prywatnie czy publicznie. Lekarze w Norwegii uważają, że instalacja kas fiskalnych nie miała żadnego wpływu

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

ani na ich wolność, ani na relacje lekarz-pacjent. Wydaje się, że przyjęte rozwiązanie sprzyjać wypracowaniu dobrego systemu raportowego i otwartości w relacji lekarzy z pacjentami.

Rumunia. Świadczeniodawcy, którzy posiadają tożsamość prawną (np. w formie spółki), są zobowiązani do używania kas fiskalnych. Lekarze, którzy nie posiadają tożsamości prawnej, a prowadzą swoje praktyki samodzielnie (np. działalność gospodarcza osoby fizycznej), nie mają tego obowiązku. Przepisy prawne w tym zakresie zostały wprowadzone w 1999 r.

Serbia. Istnieje tu obowiązek używania kas fiskalnych przez prywatne instytucje świadczące usługi zdrowotne oraz te placówki publiczne, które udzielają tzw. ponadstandardowych świadczeń. Regulacje prawne zostały wprowadzone w kwietniu 2009 r., ale Serbian Medical Chamber oraz inne zrzeszenia specjalistów są przeciwnie temu obowiązki. Głównym ich argumentem jest zarzut, że wpłynie to negatywnie na relacje lekarza z pacjentem z powodu zaufania, tajemnicy lekarskiej i odpowiedzialności zawodowej.

Polski wkład w przyszłość Europy

Z prof. dr. hab. med. Henrykiem Skarżyńskim, dyrektorem Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie z okazji przyznania głównej nagrody w konkursie „The Computerworld Honors” rozmawia Marzena Bojarczuk

• Czym jest dla pana ta nagroda?

– Na pewno jest pewnego rodzaju spełnieniem. Od 10 lat zajmuję się telemedycyną w różnym wymiarze, od 18 lat wdrażaniem kolejnych rozwiązań w zakresie leczenia wad słuchu przy pomocy implantów słuchowych. Wszystko to jednak miało dotychczas wymiar jednostkowy – nawet wówczas, gdy liczby w podsumowaniach miesięcznych i rocznych były znaczące. Możliwości pojawiające się wraz z nowymi technologiami sprawiły, że można zupełnie inaczej patrzeć na opiekę medyczną, na proces wczesnego diagnozowania, na badania przesiewowe. Chodzi o to, by już we wczesnym stadium, u dzieci w różnym wieku, można było wykryć zaburzenia i leczyć je w sposób skoordynowany, nie chaotyczny, a „skoordynowany” znaczy „tańszy”.

W konkursie „The Computerworld Honors Program”, od ponad 20 lat, organizacje i osoby wyróżniane są za szczególne osiągnięcia wykorzystujące technologię informatyczną dla dobra społeczeństwa.

Pomysł stworzenia systemu telefittingu powstał w 2008 r. pod nazwą „Program rozwoju ogólnopolskiej sieci ośrodków telerehabilitacji słuchowej”. Po pozyskaniu zagranicznych środków na sfinansowanie tego przedsięwzięcia rok później zakupiony został sprzęt, który pozwolił na uruchomienie Systemu Zdalnego Fittingu i Telerehabilitacji. Możliwość zastosowania połączenia internetowego do zdalnego przeprowadzenia badań i konsultacji umożliwia pacjentowi odbycie wizyty we wspólnym z IFiPS ośrodku bliższym jego miejscu zamieszkania. Specjaliści z Instytutu, przy pomocy przeszkolonej kadry z ośrodka, mogą przeprowadzić wszystkie niezbędne badania, pomiary i konsultacje, a inżynier kliniczny, przebywając w swoim gabinecie w Międzynarodowym Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach, może przejąć kontrolę nad zdalnym komputerem i przeprogramować procesor mowy pacjenta na podstawie wyników pomiarów.

Dziś najczęściej pacjent po wykryciu wady krąży pomiędzy różnymi ośrodkami i specjalistami, a to sprawia, że cały system jest droższy, a efekty terapeutyczne mniejsze. Od dawna próbujemy ten proces usprawnić, wykorzystując w tym celu różne narzędzia i programy, aż doszliśmy do realizacji przedsięwzięcia, które zawarło w sobie unikalne możliwości rozwiązań teleinformatycznych. Wszystko to po to, by mieć stały kontakt z pacjentem, by dać mu poczucie bezpieczeństwa, komfort i pewność, że zawsze możemy mu pomóc – niezależnie od miejsca,

w którym się on znajduje i jak daleko jest do wyspecjalizowanego ośrodka medycznego. Rozwiązania te zapewniają też nieograniczony dostęp do wybitnych specjalistów.

Inną ważną kwestią jest możliwość zapewnienia rehabilitacji w najbardziej przyjaznych pacjentom warunkach domowych. Szczególnie w przypadku małych dzieci powoduje to, że rehabilitacja jest praktycznie procesem ciągłym, a edukacja rodziców, opiekunów i rodzeństwa nie sprawia najmniejszych problemów, jest tania i niezwykle efektywna.

• To wszystko zostało docenione przez jury konkursu „The Computerworld Honors Program”...

– Wdrażanie nowoczesnych teleinformatycznych rozwiązań w procesy terapeutyczne i rehabilitację przynosi ogromne korzyści pacjentom, ale sprawia także, że szkolimy nowe kadry, funkcjonując w nowych warunkach i realiach nowoczesnych procedur, przybliżając tego typu rozwiązania całej medycynie i przyspieszając powszechny dostęp do nich. Myślę, że to właśnie był jeden z ważniejszych argumentów przemawiających za tym, że otrzymaliśmy tę wspaniałą nagrodę. Jestem z niej ogromnie dumny! Tym bardziej, że nasz program wygrał w konkursie z NASA, wielkimi amerykańskimi korporacjami, lotnictwem i znanymi uniwersytetami – to zobowiązuje, ale jest też powodem do

wielkiej radości. To ogromny sukces całej polskiej medycyny! Do tej pory słyszeliśmy o nagrodach za wynalazki młodych informatyków, a dziś te wynalazki zapewniają praktyczne funkcjonowanie w realnym świecie usług medycznych na najwyższym poziomie.

• Ile osób w kraju – dorosłych i dzieci – jest obecnie objętych programem?

– Mamy ponad 3500 pacjentów, którzy korzystają z różnego rodzaju implantów słuchowych. Ponadto rocznie wykonujemy ok. 15 000 innych procedur operacyjnych. Dziś liczba ta jest wielokrotnością tego, czym mogą pochwalić się nie tylko europejskie, ale i amerykańskie duże ośrodki specjalistyczne. Ale to nie tylko ilość, bo za nią idzie niebywała wręcz jakość! Rozpoczęliśmy też tworzenie Światowego Centrum Leczenia Częściowej Głuchoty – ten problem dotyczy każdego z nas, bo z wiekiem u ludzi słuch się pogarsza. U niemal 75% osób po 70 r.ż. w różnym stopniu występuje częściowa głuchota na wysokich tonach. Pokazując możliwości jej leczenia, już dziś realizujemy w Polsce szereg projektów dla celów instytucji amerykańskich i europejskich, o czym niewiele osób wie.

• Z pewnością nie byłoby tej nagrody i wszystkich sukcesów, gdyby nie ogromna pasja, która towarzyszy panu w codziennej pracy...

– To prawda, praca jest moją pasją i nie wyobrażam sobie, by mogło być inaczej!

Mam też ogromną nadzieję, że tej pasji nigdy mi nie zabraknie, że będą wciąż nowe wyzwania, nowe marzenia i plany do zrealizowania...

• A jakie są pana zawodowe marzenia – te najbliższe i te nieco odległe?

– To pierwsze i na razie największe wiąże się z polską prezydenturą w Unii Europejskiej. Chciałbym, by udało się otworzyć w tym czasie Światowe Centrum Leczenia Częściowej Głuchoty i pokazać przedsięwzięcie, które przy ponad europejskim zasięgu ma europejskie korzenie i będzie służyło młodemu pokoleniu Europy w zakresie powszechnych badań słuchu, mowy i wzroku. Jeżeli ten zamiar zrealizujemy, będzie można powiedzieć, że naszym polskim programem zostanie objęte każde europejskie dziecko w wieku 6-7 lat, będzie zdiagnozowane i otrzyma szansę wyleczenia. To będzie polski wkład w przyszłość Europy.

Co nowego w Brukseli?

Bezpieczeństwo pracy

25 marca 2010 r. Komisja Europejska (KE) wszczęła publiczny przegląd Dyrektywy Parlamentu Europejskiego (PE) i Rady Nr 2003/88/EC dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (WTD).

Formalnie KE zaczęła od pytania skierowanego do wszystkich partnerów, czy w ogóle widzą konieczność rewizji WTD, jednak László Andor, komisarz UE ds. zatrudnienia, spraw społecznych i integracji społecznej, powiedział wprost: „Nie udało się osiągnąć porozumienia w sprawie przeglądu ustawodawstwa dotyczącego czasu pracy w ubiegłym roku, co nie oznacza, że problemy wokół istniejących przepisów zniknęły. Nadal musimy znaleźć wyważone rozwiązanie, które weźmie pod uwagę rzeczywiste potrzeby pracowników, przedsiębiorstw i konsumentów XXI w. Musimy dokonać kompleksowego przeglądu przepisów w oparciu o szczegółową ocenę wpływu, nie zapominając o ich silnym wymiarze społecznym. Dziś zapraszamy partnerów społecznych do przedstawienia w tej kluczowej kwestii innowacyjnych propozycji, które umożliwią przełamanie nieudanej debaty z przeszłości.”

Dla przypomnienia: w 2004 r. KE przedstawiła propozycję zmiany WTD. Wniosek miał na celu rozwiązanie szeregu problemów nie uregulowanych obowiązującymi przepisami i orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Były wśród nich m. in. takie sprawy jak wyjaśnienie stosowania WTD do czasu dyżuru w niektórych sektorach pracy, wprowadzenie większej elastyczności w obliczaniu tygodniowego czasu pracy (w tym rezygnacja z limitu 48-godzinnego). Cały projekt wpisywał się w definicję ukutego niedawno europejskiego pojęcia flexicurity („elastyczność”), odzwierciedlającego stopniowe odchodzenie od gwarancji dla świata pracy, szczególnie w sektorze ochrony zdrowia. Powód jest bardzo prosty – rządy nie radzą sobie z realizacją udzielanych społeczeństwu gwarancji dawanych bez pokrycia finansowego, co prowadzi do narastającego braku wykwalifikowanych kadr medycznych. Jednak w kwietniu 2009 r. przedstawiciele rządów i PE (w którym przeważały siły prospołeczne), mimo długich negocjacji, nie doszli do porozumienia w sprawie wniosku i ostatecznie do nowelizacji WTD nie doszło. Ponieważ sprawa dotyczyła przede wszystkim zatrudnionych w UE lekarzy, odrzucenie w większości niekorzystnych propozycji było naszym wspólnym sukcesem (z niewątpliwym udziałem polskiego samorządu lekarskiego i Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME)).

Wszystko wskazuje na to, że polityczny układ w Parlamencie Europejskim zmienił się na niekorzyść rozwiązań prospołecznych; wiele rządów (w tym polski) naciska na zmianę przepisów chroniących lekarzy przed wyczerpaniem – w związku z tym ryzyko zmian jest naprawdę wysokie. Dlatego uważam, że polski samorząd powinien już teraz koncentrować się na nacisku na rząd oraz europosłów na rzecz zachowania w nowych przepisach następujących zasad:

1. Czas pełnienia dyżuru medycznego jest w całości czasem pracy.
2. Maksymalny średni czas pracy wynosi 48 godz. tygodniowo (wraz z dyżurami i nadgodzinami).
3. Wydłużenie czasu pracy ponad 48 godz. (nie więcej jednak niż do 65 godz.) tygodniowo może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu indywidualnej zgody przez lekarza (tzw. klauzula opt-out).
4. Okres rozliczeniowy jest nie dłuższy niż 6 miesięcy.
5. Równoważny odpoczynek jest udzielany bezpośrednio po skończeniu pracy (dyżuru).

Rozpoczynając intensywną pracę w tym zakresie warto nie zapominać o mediach, wskazując na fakt, że walka o zachowanie bezpieczeństwa pracy lekarzy jest równoważna z zabieganiem o bezpieczeństwo leczonych przez nich chorych!

Konstanty Radziwiłł



foto: Z archiwów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

„Medycyna XXI Wieku – Możliwości i Zagrożenia”

26 czerwca 2010 r. zakończył się w Toruniu VII Kongres Polonii Medycznej. Było to niezwykle spotkanie lekarzy z całego świata, którzy przyjechali, by podzielić się najnowszą wiedzą z wielu dziedzin medycyny z lekarzami z Polski. Wspólnym mianownikiem tego spotkania było polskie pochodzenie i porozumiewanie się wspólnym dla wszystkich – językiem polskim.

W Kongresie uczestniczyło ponad 600 lekarzy, od Australii po Kazachstan, od San Diego po Wilno i Lwów, których losy rzuciły poza granice Polski. Trzy dni wspólnych rozmów były dla nich świętem. Połączyło ich pragnienie podzielenia się unikalnymi doświadczeniami pracy w różnych systemach ochrony zdrowia.

Prezes Kongresu Polonii Amerykańskiej w liście do uczestników pisał między innymi: *...rola lekarza Polaka jest szersza niż zakres tylko i wyłącznie medycyny. Wielu z Waszych pacjentów zgłasza się do Was nie tylko dlatego, że jesteście specjalistami w swoich dziedzinach, ale również, a czasem może przede wszystkim, dlatego, że mają do Was zaufanie, że łączy ich z Wami więź kultury i dziedzictwa, co przekłada się na głębszy kontakt.*

Przewodniczący Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia arcybiskup Zygmunt Zimowski (Minister Zdrowia Watykanu) w swoim błogosławieństwie podkreślił, że temat Kongresu jest *trafnie dobrany do potrzeb dzisiejszego człowieka, w sposób szczególny chorego i potrzebującego pomocy drugiej osoby.*



Współorganizatorzy Kongresu prof. Marek Rudnicki i dr Łukasz Wojnowski.

Gościem Honorowym była prof. Maria Siemionow z Cleveland Clinic, autorka „Face to Face”. Przedstawiła fascynującą historię wykonania pierwszego całkowitego przeszczepu twarzy u kobiety, która w wyniku postrzału straciła nie tylko skórę i mięśnie, ale dużą część struktury kostnej twarzy. Z rąk przewodniczącego Polskie-

go Towarzystwa Lekarskiego prof. Woyas-Wojciechowskiego otrzymała Medal „Gloria Medicinæ”.

Niezwykłym zainteresowaniem cieszyły się również dwa inne wykłady inauguracyjne. Prof. Tadeusz Maliński z Ohio University mówił o molekularnych mechanizmach starzenia się, a książdz prof. Tadeusz Biesaga z Uniwersytetu Papieskiego im. Jana Pawła II w Krakowie o medyczno-etycznej osi: lekarz-pacjent-szpital-państwo.

Program naukowy Kongresu obejmował 26 sesji, w których wystąpiło 160 lekarzy z całego świata, w tym 70 naukowców z tytułem profesora. Lekarze chirurgii plastycznej zastanawiali się, co decyduje o rozwoju ich dziedziny – estetyczne oczekiwania pacjentów czy wzrastająca oferta chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej, a lekarze innych specjalności, czy samoleczenie może być panaceum na niektóre bóleczki systemów ochrony zdrowia. Mówili też o problemach etycznych zawodu lekarskiego, odpowiedzialności wobec pacjenta i prawa, autonomii, środowisku pracy, granicach odpowiedzialności między specjalistami. Dyskusję panelową

sponsorowała firma US Pharmacia. Zainteresowanie wzbudził wykład na temat postępów w chirurgii i gastroenterologii dr. Tomasza Roguli bezpośrednio (live) z Cleveland Clinic z Ohio. Prof. Sarosiek z Texas Tech z El Paso z pasją podzielił się swoimi badaniami na temat mechanizmów obronnych błony śluzowej żołądka. Na sesjach dotyczących ginekologii, kardiologii, stomatologii, pediatrii, radiologii, medycyny rodzinnej mówiono nie tylko o postępach, ale o zmniejszających się różnicach między możliwościami medycyny w różnych krajach. Intrygująca była sesja dotycząca medycznych aspektów katastrof lotniczych, z udziałem lekarzy biorących udział w badaniach po katastrofie pod Smoleńskiem. Walka z paleniem papierosów i leczenie tego uzależnienia jako obowiązku każdego lekarza, to temat sesji, w której udział wzięli m.in. prof. W. Zatoński z Centrum Onkologii w Warszawie, prof. A. Wielgosz z University of Ottawa (Canada). W całości była sponsorowana przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Przedstawiono też bogate osiągnięcia Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu.

Uczucia nostalgii wśród uczestników Kongresu wywołała sesja zatytułowana *Tęskno mi do kraju: Wracać? Nie wracać? Czekać?*, dotycząca relacji między krajem a lekarzami pracującymi za granicą. Zastanawiano się, co Polska może im oferować w ramach edukacji, leczenia, badań naukowych, jak również jakie są

oczekiwania i korzyści dla obu stron z programów prowadzonych przez różne szkoły medyczne. Rozważano też możliwości powrotu i szanse na odnowienie karier zawodowych. Ładunek emocjonalny tych wspomnień uwolnił nagromadzoną przez dziesiątki lat tęsknotę za krajem.

Kongres podsumowała sesja poświęcona przyszłości Polonii Medycznej, tej na Zachodzie, jak również tej na Wschodzie. Wspólne spotkanie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Zarządu Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych zakończyło obrady Kongresu oraz przypieczętowało ciepłe relacje między obiema organizacjami i wolę dalszych wspólnych przedsięwzięć. Należy dodać, że Naczelna Rada Lekarska była jednym ze współorganizatorów Kongresu.

Kapituła Odznaczenia i Tytułu Pro Gloria Medici Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej przyznała swoje najwyższe wyróżnienie zasłużonym działaczom Polonii Medycznej. Otrzymali je: dr Andżela Bogutka z Polskiego Towarzystwa Medycznego w Mołdawii, dr Zbigniew Kostecki z Polskiego Towarzystwa Medycznego w Niemczech oraz prof. Marek Rudnicki ze Związku Lekarzy Polskich w Chicago.

Kongres odznaczał się wysokim poziomem. Złożył się na to m.in. program naukowy przygotowany przez głównego animatora Kongresu prof. Marka Rudnickiego z Chicago, prezesa Światowej Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych oraz zaangażowanie wykładowców. Jedną z najbardziej aktywnych

grup byli Członkowie Związku Lekarzy Polskich w Chicago. Dr Józef Mazurek, prezes ZLP w Chicago oraz honorowy prezes dr Bronisław Orawiec mieli świetne wystąpienia, podobnie jak prof. Ewa Radwańska, dr Kornelia Król i dr Ewelina Worwąg, a dr Orawiec tradycyjnie wygrał turniej tenisowy organizowany dla uczestników Kongresu. Ale dominującym aspektem spotkania ludzi przybywających z tak daleka była radość, przyjacielska i otwarta atmosfera. Weterani Kongresów zgodnie stwierdzili, że nie pamiętają tak znakomitej oprawy i organizacji, którą zapewnił miejscowy partner – Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska, pod przewodnictwem jej prezesa dr. Łukasza Wojnowskiego. Toruń zaskoczył wszystkich swoim ciepłym przyjęciem i umiejętnością łączenia tradycji z nowoczesnością. Urząd Miasta Torunia z prezydentem Zalewskim, Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego – zrobili wszystko, by lekarze z różnych stron świata poczuli się tu swojsko.

Na zakończenie Kongresu współorganizatorzy: Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych oraz Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska, wymieniły pamiątkowe certyfikaty, wyrażające wzajemne podziękowania. Oby takich spotkań, tak dobrze przyjętych przez wszystkich, było więcej.

Marek Rudnicki, Łukasz Wojnowski

Łódzki Kabaret OIL

Odbывające się w Klubie Lekarza coroczne, ogólnopolskie Biesiady Literackie UPPL stanowiły również forum dla prezentacji naszych wspólnych dokonań, a z tego zrodził się też pomysł wykorzystania niektórych tekstów do programu scenicznego. I właśnie wtedy zaczęliśmy debatować nad możliwością utworzenia lekarskiego kabaretu.

Początki nie były łatwe, jednak gdy się naprawdę chce, to można wiele pokonać oraz dokonać. Zatem, mimo obiektywnych trudności w ustaleniu terminów, które by wszystkim odpowiadały i zebraniu „kabaretowiczów” na kolejnych próbach, jakoś powolutku dopasowywaliśmy to wszystko

„po kawałku”, lecz systematycznie i pod czujnym okiem reżysera, pana Janusza Wiśniocha, ćwiczyliśmy się w trudnej sztuce scenicznej. Prócz „mistrzów słowa” utworzyła się też sekcja wokalna-muzyczna, której kierownikiem został nasz młody kolega z Grupy Nieformalnej – Adam Madej, autor większości piosenek.

Inauguracyjny program kabaretowy zaprezentowaliśmy już w pierwszy piątek marca br., podczas dziesiątej Biesiady Literackiej UPPL i według opinii obecnych było to widowisko całkiem udane.

Następny występ odbył się w Łodzi 17 maja, a potem, już 24 czerwca br. wyekspediowaliśmy naszych muzyków do Karbówka k. Torunia, gdzie wystąpili w ramach imprez rozrywkowych, które towarzyszyły Światowemu Kongresowi Polonii Medycznej. Wśród występujących były różne, także profesjonalne zespoły, a przecież i nasz nie odbiegał od dobrego poziomu. Niestety, musieliśmy przywieźć ze sobą instrument klawiszowy, ponieważ była to impreza plenerowa, na której brakowało pianina. Jednak

warto było pokonać nawet spore trudy, ponieważ występ okazał się sukcesem. Naprawdę nie spodziewaliśmy się aż takiego aplauzu tej ogromnej widowni, która doceniła nie tylko walory artystyczne naszego programu, ale właśnie fakt, że zarówno wykonawcami, jak też autorami byli sami lekarze. Oprócz wspomnianego już Adama Madeja w skład zespołu wokально-instrumentalnego wchodził: Paulina Łukaszewicz śpiew, a także wykonywana wspólnie z Mateuszem Antosiewiczem – muzyka klawiszowa.

Nastroj był znakomity, słuchacze odbierali wszystko spontanicznie, więc na koniec jeszcze wspólnie odśpiewaliśmy naszą finałową piosenkę, której tekst (typu moskalicowego) zaproponowała niżej podpisana –

Barbara Szeffer

PS. Prawdziwą satysfakcję sprawiło nam piękne podziękowanie za ten występ, które właśnie nadeszło z Torunia. Nasz kabarecik nadal nie ma nazwy, ale debaty trwają. Więcej na www.oil.lodz.pl

Poczuć pocałunek

Przeprowadzenie tak ciężkich operacji to jak dobra gra na boisku, gdzie nie ma mowy o przegranym meczu
– z prof. Marią Siemionow rozmawia Katarzyna Strzałkowska

• *O pierwszym na świecie przeszczepie twarzy w 2008 r. pisały wszystkie gazety, nazwisko Siemionow wymieniane było na wszystkich kontynentach. Pelen sukces. Liczyła się pani z tym, że może się nie udać?*

– Transplantacja twarzy to nie rutynowa procedura i nie wiadomo, jaki będzie wynik - zawsze może się nie udać. Powtarzałam sobie jednak, że myśląc w ten sposób nie zrobię żadnego kroku naprzód. Proszę pamiętać, że z punktu widzenia etycznego każdy nowy zabieg, nowy lek wymaga procedury i traktowany jest jako eksperyment, któremu trzeba się dobrze przyjrzeć, zanim zostanie wydana zgoda. Zgodę wydaje komisja, w której zasiadają m. in.: dwóch etyków, prawnik, socjolog, psychiatra oraz osoba „z ulicy”, posiadająca prawo głosowania z punktu widzenia społecznego. Sam skład komisji pokazuje, jaki to trudny temat. Oczywiście nie pozbawiony domniemania, że może się nie udać. Nasze dokumenty były podparte ciężką pracą, a i tak musieliśmy na taką zgodę czekać cztery lata.

• *Jak wyglądała ta praca od momentu uzyskania zgody czyli 15 października 2004 r. do operacji w grudniu 2008?*

– To były badania doświadczalne, kliniczne. Rozpoczęliśmy nową erę w rekonstrukcji – w latach 2000-09 jako pierwsi



Prof. Maria Siemionow odbiera Medal „Gloria Medicinae” z rąk prezesa PTL-u prof. Jerzego Woya-Wojciechowskiego

na świecie przeprowadziliśmy tysiąc transplantacji na modelu doświadczalnym. Białym szczurom przeszczepialiśmy czarne płyty skóry. Dokonaliśmy czterdziestu transplantacji przeprowadzonych w laboratorium anatomicznym na zwłokach. Transplantacja na szczurze trwa sześć godzin, u ludzi – samo pobranie twarzy to dziewięć godzin. Mnóstwo godzin pracy. Musieliśmy też rozważyć alternatywę na wypadek odrzutu. Ważny element to pokrycie tkankami dostępnymi, sprawdzenie czy liczba tkanek własnych biorcy będzie wystarczająca.

Prof. dr hab. n. med. Maria Zofia Siemionow – absolwentka AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, doktor nauk medycznych od 1985 r., doktor habilitowany od 1992 r. Mianowana na stanowisko profesora nadzwyczajnego AM w Katedrze i Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej na Wydziale I Lekarskim AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w 2004 r. Od 20 lat pracuje i mieszka w Stanach Zjednoczonych – tam od 2005 r. profesor chirurgii. W 2007 r. Prezydent RP nadał jej tytuł profesora. W 2008 r. w Cleveland Clinic dokonała pierwszego na świecie przeszczepu twarzy. Opublikowała m.in. 269 prac naukowych; autorka czterech patentów. Prezes Amerykańskiego Stowarzyszenia Nerwów Obwodowych (American Society for Peripheral Nerve). W USA prowadzi kształcenie młodej kadry chirurgów ogólnych, ortopedów, chirurgów ręki, chirurgów plastycznych; w ramach programu Research Fellowship w zakresie badań doświadczalnych z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych wykształciła 60 chirurgów z całego świata, w tym 12 stypendystów z Polski; zorganizowała akredytowane Kursy Mikrochirurgii dla specjalistów, które ukończyło ponad 600 chirurgów różnych specjalności. Uczestnik misji lekarskich jako aktywny członek ruchu Physicians for Peace, Interplast Turkey oraz ruchu Operation Smile. W latach 1995-98 zaproszona do NASA Medical Advisory Board w celu oceny prototypu RAMS – miniaturowego robota mikrochirurgicznego. Zdobywczyni wielu nagród, w tym Folkert Beltzer Award for Distinguished Research (w 2001 r., w 2004 r. i w 2007 r.) oraz James Barret Award - najbardziej prestiżowej nagrody w chirurgii plastycznej w Stanach Zjednoczonych za najlepszą publikację naukową.

• *Ile tkanek było potrzebnych do wykonania przeszczepu twarzy człowieka?*

– Potrzeba około 1192 centymetrów kwadratowych skóry wraz ze skalpem, a samej twarzy – 576 centymetrów kwadratowych. To największa operacja na świecie – od dawcy był nos, policzek i dolne powieki, górna warga, kości szczęki i podniebienie. Trzeba jednak podkreślić, że twarz to nie tylko skóra. Kobieta, którą operowaliśmy, miała 44 lata i mimo 23 wcześniejszych operacji nie otwierała ust i nie zamykała oczu, nie miała wuchu, smaku, nie mogła się komunikować. Jej kości czaszki były zmiażdżone. My sprawiliśmy, że odzyskała podstawowe funkcje życiowe – może oddychać przez nos, jeść, słyszeć, wachać.

• *Jakie leki zażywa?*

– Bierze tylko dwa lekarstwa dziennie - prednisone 5 mg i FK 5062.5/2.5, ale musi je brać do końca życia, aby nie nastąpił odrzut twarzy.

• *Na taki przeszczep czeka wielu ludzi. Dlaczego właśnie ona?*

– Potrzebowaliśmy pacjenta silnego psychicznie, sensownego, pracującego z zespołem.

• *Z zespołem czyli kim?*

– Nasz zespół liczył 12 lekarzy specjalistów. Przed samą operacją pracowaliśmy w laboratorium anatomii trzy miesiące na zasadzie wolontariatu, w soboty

i niedziele. Testowaliśmy, czy potrafimy pracować razem. Wybierałam lekarzy, którzy byli doskonałymi fachowcami w swojej dziedzinie, ale jednocześnie byli skłonni do poświęcenia swojego prywatnego czasu.

• *Czy podczas tej próby ktoś odpadł?*

– Zdarzyło się. Przeprowadzenie tak ciężkich operacji to jak dobra gra na boisku, gdzie nie ma przegranej w meczu. Każdy ma swoją rolę i funkcję: anestezjolog, urolog, otolaryngolog, neurolog, psychiatra, chirurg szczękowo-twarzowy, mikrochirurg. Boiska to sale dawcy i biorcy. Na sali biorcy jest podział, kto, kiedy ma połączyć nerwy i naczynia, kto kości, kto ma wejść do ataku, kiedy ma zareagować panujący nad funkcjami życiowymi i przystąpić do obrony; rola trenera – ma wiedzieć kto i kiedy jest w ataku. Jeśli ktoś nie ma w danym momencie wyznaczonej roli, to siedzi na ławce rezerwowych, jeśli nie sprawdza się w swojej roli – wypada z drużyny.

• *Drużyna dawcy?*

– To cały system procedury transplantacyjnej. W Hiszpanii – jesteś dawcą zawsze, w Stanach Zjednoczonych – musisz zarejestrować się jako dawca. W Stanach ogromną rolę spełnia koordynator transplantacji, który jest łącznikiem pomiędzy zespołem lekarzy a rodziną dawcy. Lekarz nie uczestniczy w rozmowie z rodziną dawcy, nie ma przez to konfliktu etycznego – zespół medyczny i koordynator to dwie osobne instytucje. Jeśli rodzina wyrazi zgodę - spisywany jest protokół. To szalenie ważne, bo jeśli mamy odpowiedniego dawcę o tej samej płci, w podobnym wieku i pochodzeniu rasowym, a nie ma zgody rodziny, nie możemy przystępować do operacji.

• *Oddanie przez rodzinę twarzy najbliższej osoby to ogromna bariera emocjonalna.*

– Jeszcze przed uzyskaniem zgody komisji na przeszczep twarzy wydawało się, że ludzie nie będą chcieli oddać twarzy swojego bliskiego na organ. W 2004 r., kiedy komisja wyraziła zgodę – to był szok. „New York Times”, „Chicago Tribune”, „Gazeta Wyborcza”, medialny obłęd. Przeszczep nerki czy wątroby funkcjonował w świadomości społecznej, na twarz potrzebne były lata. Ale w końcu udało się przekonać społeczeństwo, że istota ludzka bez twarzy to nie pełnowartościowy człowiek. Mówię przy każdej okazji: potrzebujesz twarzy, żeby twarzą spojrzeć w świat, potrzebujesz nowej twarzy nie tylko, żeby poczuć smak, węch, ale żeby poczuć np. pocałunek. Ktoś, kto

przez lata był tego pozbawiony, może mieć wątpliwości, czy jest człowiekiem czy jak go określają inni – monstrem, na które nikt nie chce patrzeć.

• *Wielu ma pani takich pacjentów w kolejce?*

– Mamy obecnie kilku czekających pacjentów, ale na razie zbieramy fundusze.

• *Co by się stało, gdyby pani tutaj została te dwadzieścia lat temu...*

– To trudne pytanie. Czuję się związana z Polską, przyjeżdżam tutaj dwa, trzy razy w roku, wykładam na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Na pewno mogłabym stworzyć zespół - wykształciłam w Stanach trzech lekarzy doktorantów z Polski i bardzo ich cenię. Dla nich, młodych lekarzy chcących zająć się pracą badawczą otworzyłam laboratorium mikrochirurgii oraz immunologii. Przyjeżdżają do mnie na stypendia, zmieniają się, jedna pani doktor właśnie wróciła do Polski, inna pracuje już trzy lata. Problem w tym, że wiele z moich osiągnięć byłoby niemożliwych w Polsce ze względów finansowych. Koszt przeszczepu u jednego szczura na specjalnym protokole immunosupresji to 10 tys. dolarów, potrzeba wiele szczurów do protokołu tolerancji. Koszt przeszczepu twarzy u człowieka może dochodzić do miliona dolarów. Nikt nie chce tego ubezpieczyć. Do tego dochodzą leki immunosupresyjne, procedury poprzyszczepowe, codzienne ćwiczenie mięśni, opieka rehabilitanta. To dodatkowy koszt w wysokości 350-500 tys. dolarów. Czy system w Polsce udźwignąłby taką kwotę?

• *Zalóżmy, że znalazłyby się fundusze.*

– To byłoby w Polsce trudne do przeprowadzenia ze względu na koszty i typowy dla nas sceptycyzm w przeciwieństwie do otwartości na innowacje i entuzjazm, jakie widzi się w Stanach. W Polsce czy nawet w Europie nie widzę tego entuzjazmu. Już słyszę: „głupi pomysł”, „po co stawiać na głowie?”, „cieszymy się tym, co mamy”, „i tak już wiele wymyśliliśmy”.

• *Cóż pani profesor radzi niedowiarkom?*

– Powtarzam im, że medycyna jest globalna i że wykonując zawód lekarza powinni okresowo choć na kilka miesięcy pojechać do przodujących w świecie ośrodków, aby nauczyć się nowych procedur. Wymiana doświadczeń sprawi, że spojrzą szerzej na świat i z innej perspektywy oceniają postęp dokonujący się w medycynie.

REKLAMA

REKLAMA

Uśmiech nie przysłaniany dłonią

Anna Lella

12 września, po raz trzeci, obchodzić będziemy Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej ustanowiony uchwałą Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), jednej z najstarszych międzynarodowych zawodowych organizacji i uznanym światowym głosem dentystów.

Znaczenie profilaktyki

O zdrowiu jamy ustnej mówi się ostatnio bardzo dużo i w różnych aspektach.

W październiku 2009 r. w Nairobi w Kenii odbyła się **Światowa Konferencja Promocji Zdrowia (GCHP) Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)**.

Była to siódma taka konferencja WHO. Pierwsza Światowa Konferencja Promocji Zdrowia odbyła się w 1986 r. w Ottawie. Przyjęto wówczas tzw. Kartę Ottawską Promocji Zdrowia. Kolejne konferencje: w Adelajdzie (1989), Sundsvall (1991), Dżakarcie (1997), Meksyku (2000) i Bangkoku (2005), miały wielkie znaczenie i wpływ na rozwój koncepcji i strategii promocji zdrowia, a wiele państw przyjęło te zasady jako część własnej polityki zdrowotnej.

W Nairobi po raz pierwszy w historii Konferencji poświęcono tak wiele uwagi **zdroviu jamy ustnej**, które było tematem jednej z 12 specjalnych sesji. Przygotowano dokument końcowy Konferencji („Nairobi Call to Action”) wskazujący, jak wiele jeszcze trzeba zrobić, aby skutecznie zapobiegać zagrożeniom zdrowotnym i zwalczać już istniejące.

„Nairobi Call to Action” jest apelem skierowanym do rządów i społeczeństw, a także wezwaniem do tego, aby rozwijały one profilaktykę, wzmacniały świadomość zdrowotną, zwłaszcza wśród najmłodszych w celu uniknięcia skutków choroby jamy ustnej i ich wpływu na ogólny stan zdrowia. Także dla uniknięcia lub zmniejszenia obciążeń finansowych, które rodzą się z braku profilaktyki zdrowotnej i zaniedbań wczesnego leczenia.

Argument ekonomiczny ma tu szczególne znaczenie, bowiem już w 2007 r. Raport Światowego Zgromadzenia Zdrowia podawał, że choroby jamy ustnej są na czwartej pozycji pod względem kosztów leczenia.

Skutki nieleczzonej choroby próchnicowej czy zaniedbane przyzębie, to poważne powikłania widoczne we wszystkich układach organizmu, zauważane przez kardiologów, reumatologów i nefrologów. To kosztowne leczenie następstw tej choroby lub zgoda na kalectwo fizyczne i psychiczne dzieci, młodzieży i ludzi dorosłych oraz osób w podeszłym wieku.

Świadomość społeczeństwa w zakresie próchnicy stopniowo wzrasta, przede wszystkim na skutek coraz większych wymagań estetycznych wobec osób pragnących rozwijać karierę zawodową w różnych dziedzinach, zastraszająco ograniczona jest natomiast wiedza dotycząca chorób przyzębia oraz ich interakcji z innymi schorzeniami ogólnymi. Wciąż groźna okazuje się niedostateczna czujność onkologiczna pacjentów wobec procesów chorobowych toczących się w jamie ustnej.

27 kwietnia br. w **Parlamencie Europejskim** odbyła się debata poświęcona zdrowiu jamy ustnej. Uczestnicy spotkania podkreślali znaczenie profilaktyki i jej wpływ na ograniczenie kosztów leczenia chorób jamy ustnej wskazując, że Unia Europejska powinna podjąć szersze działania na rzecz promocji skutecznej polityki zdrowia jamy ustnej. Wezwano Komisję Europejską do opracowania szczegółowego planu działania Unii w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz:

- określenia zdrowia jamy ustnej jako priorytetu w ramach Wspólnotowego Programu Działań w dziedzinie Zdrowia,
- traktowania zdrowia jamy ustnej jako elementu wdrażania unijnej Strategii Ograniczenia Nierówności Zdrowotnych w Europie,
- zwiększenia dostępności funduszy unijnych w zakresie badań w dziedzinie profilaktyki stomatologicznej.

Cel operacyjny i kluczowe informacje

Czy jednak za słowami podążają działania? W Polsce tego nie widać... W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2010-15, wyznaczającym priorytety zdrowotne dzięki staraniom dentystów, choroby jamy ustnej zapisane zostały jako 11 cel operacyjny, zgodnie z zaleceniami FDI i WHO. Dla osiągnięcia tego celu należy wprowadzić i zintensyfikować edukację zdrowotną i profilaktykę fluorkową poprzez wdrożenie wieloletnich programów profilaktycznych. Narodowy Program Zdrowia zakłada wspólne działania administracji rządowej i samorządowej, Narodowego Funduszu Zdrowia, zakładów opieki zdrowotnej i Instytutu Matki i Dziecka.

Jakby na przekór wskazaniom światowych i europejskich organizacji zajmujących się ochroną zdrowia, ilość środków przeznaczanych na opiekę stomatologiczną w ramach pieniędzy publicznych, którymi zarządza NFZ systematycznie maleje – w 2010 r. nastąpił spadek o 11%, a na rok 2011 niektóre oddziały wojewódzkie zapowiadają dalsze zmniejszenie nakładów.

W ferworze zmian postkomunistycznych „wylano dziecko z kąpielą”: zlikwidowano gabinety dentystyczne w szkołach, a planowe leczenie dzieci i młodzieży zniknęło bezpowrotnie, w to miejsce pojawiły się wszechobecne i dostępne „bez kartek” słodycze... A wszystko to w czasie, gdy na całym świecie, jak czytamy w raporcie GCHP, szkoły okazały się idealnymi miejscami promocji zdrowia, dającymi okazję do wyrównania

społeczno-gospodarczych i geograficznych różnic obserwowanych w zachorowalności i zmiennych czynnikach ryzyka istotnych dla zdrowia jamy ustnej. Wskazano, że promocja zdrowia powinna być na stałe wprowadzona do programu nauczania i uwzględniona w kształceniu nauczycieli oraz materiałach edukacyjnych, nie wolno przy tym zapominać o aktywnym udziale rodziców.

Światowa Konferencja Promocji Zdrowia WHO uzgodniła następujące 3 kluczowe informacje, przedłożone jako **wkład do dokumentu końcowego Konferencji „Nairobi Call for Action”**, który stanowi mocne stanowisko polityczne:

1. Zdrowie jamy ustnej jest prawem człowieka i ma istotne znaczenie dla zdrowia ogólnego i jakości życia.
2. **Promocja zdrowia jamy ustnej i zapobieganie chorobom jamy ustnej** musi być zapewniona w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i ogólnej promocji zdrowia. Zintegrowane podejście jest najbardziej efektywnym sposobem usunięcia luki we wdrażaniu rozsądnych działań w zakresie zdrowia jamy ustnej na świecie.
3. Budowanie zdolności krajowej i lokalnej w zakresie promocji zdrowia jamy ustnej i zintegrowanej profilaktyki zdrowotnej wymaga właściwych zasobów finansowania.

Na początku lipca br. Komisja Stomatologiczna NRL skierowała do Premiera Rządu RP pytanie o zamiary i kroki podjęte dla realizacji ustaleń i wskazań zawartych w dokumencie „Nairobi Call for Action”. Skierowano również list do Rzecznika Praw Dziecka z prośbą o poparcie tych starań i podjęcie wszystkich możliwych działań w tej sprawie.

Mamy nadzieję, że argumenty dentystów, wyrażone przez Komisję, poparte autorytetem WHO oraz Parlamentu Europejskiego, skłonią osoby odpowiedzialne za polską politykę zdrowotną do wzmoczenia wysiłków propagujących działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej w stomatologii i zapobieganiu pogarszaniu poziomu finansowania świadczeń stomatologicznych.

Świadomość zdrowotna społeczeństwa, powodująca wczesną zgłaszalność, wbrew ogólnemu mniemaniu, nie rodzi kosztów, ale przynosi ogromne oszczędności, pozwalając uniknąć kosztochłonných powikłań.

W tych rozważaniach nie wolno też zapominać o poprawie komfortu życiowego naszych rodaków, dzieciach bez dentofobii, dorosłych bez uporczywego bólu zęba, ludziach starszych bez kłopotów żywieniowych spowodowanych szczątkowym użębieniem i o uśmiechu, który nie jest przysłaniany dłonią. To wszystko warte jest rzeczywistych działań na rzecz profilaktyki zdrowotnej w stomatologii.

Świat nas docenił

Z prof. **Tadeuszem Robakiem**, kierownikiem Katedry i Kliniki Hematologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – laureatem międzynarodowej nagrody „Eminent Scientist of the year 2010” rozmawia **Lucyna Krysiak**



• Czy spodziewał się pan tej nagrody?

– W styczniu tego roku otrzymałem informację, że rada International Research Promotion Council, która przyznaje Eminent Scientist, dostrzegła mój artykuł wydrukowany w piśmie „Cancer” i zamierza go nagrodzić. Ale to i tak duża niespodzianka.

• Czego dotyczy ten artykuł?

– Badań nad ostrą i przewlekłą białaczką limfocytową. Zresztą większość ważnych prac prowadzonych w naszej klinice skupia się na tej chorobie.

• Dlaczego akurat białaczki stały się głównym przedmiotem pana zainteresowania?

– W medycynie, żeby coś osiągnąć, trzeba poświęcić się dogłębnie jednej dziedzinie i konsekwentnie iść w tym kierunku. Myśmy to zrobili kilkanaście lat temu, kiedy zajęliśmy się lekiem o nazwie cladribina produkowanym przez Fundację Rozwoju Diagnostyki i Terapii w Warszawie. To był czas, kiedy grupa leków nazywanych analogami puryn dopiero wchodziła do terapii. Lek ten wprowadzono w USA, ale był bardzo drogi i mało badany, my zaś za sprawą warszawskich chemików dostaliśmy do ręki ten sam lek, ale inaczej wytwarzany i znacząco tańszy. Wykorzystaliśmy więc tę szansę. Badaliśmy preparat metodą in vitro przedklinicznie na zwierzętach, później podawaliśmy chorym na białaczkę z coraz lepszym rezultatem. Dziś jest lekiem z wyboru stosowanym na całym świecie. Jednak z lekami onkologicznymi jest tak, że wciąż odkrywano są ich nowe możliwości, mimo że stosuje się je od lat. Można więc powiedzieć, że historia tej nagrody sięga osiemnastu lat wstecz i tak naprawdę jest uhonorowaniem wieloletnich wysiłków całego zespołu.

• Co decyduje o przyznaniu nagrody Eminent Scientist przez IRPC?

– Wpływ badań na rozwój nauki, w moim przypadku na postępy w leczeniu białaczek. Członkowie rady IRPC zanim podejmą decyzję o przyznaniu nagrody weryfikują licząc się czasopisma naukowe, w których publikują swoje prace badacze z różnych dziedzin i wystawiają im ocenę.

Organizację tworzy sto znanych i uznanych w świecie autorytetów. Istnieje ona od dziesięciu lat i jej celem jest propagowanie oraz wspieranie nauki w krajach rozwijających się. Polska po raz pierwszy została zauważona i nagrodzona przez IRPC. Dzięki tej organizacji łatwiej się dotrzeć do szerokiego gremium naukowego.

• Czy za tą nagrodą pójda pieniądze na dalsze badania?

– Nagroda ma charakter prestiżowy. Rada IRPC wydaje czasopismo „Recent Advances and Research Updates”, w którym zamieszcza nagrodzony artykuł, ale też informacje o autorze, uniwersytecie, z którego się wywodzi, mieście. Czasopismo jest rozsyłane do uniwersytetów na całym świecie. Jest to więc promocja, której nie sposób nie docenić.

• Ile dla pana znaczy to wyróżnienie?

– Czuję się doceniony, ale pragnę podkreślić, że badania kliniczne mają sens, kiedy dotyczą dużej grupy chorych, a to jest możliwe, gdy się pracuje zespołowo. Zgodnie z tą ideą prowadzimy wspólne badania z kilkunastoma klinikami hematologicznymi w kraju. Z inicjatywy profesora Jerzego Hołowieckiego, kierownika Katedry Hematologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach powstało Stowarzyszenie Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek PALG, które umożliwia nam taką współpracę. Z ramienia tego stowarzyszenia jestem odpowiedzialny za badania białaczki leukocytozowej. Tej samej, za którą przyznano mi nagrodę Eminent Scientist. Większość prac o wysokim znaczeniu międzynarodowym powstała w ramach PALG. Jest to więc sukces nas wszystkich.

„Szczербaty ekran”

Halina Porębska, Anna Lella

Tegoroczny rozwój społecznego reportażu telewizyjnego, spowodowany – jak można przypuszczać – szczególnym nagromadzeniem klęsk żywiołowych, które gnębiły i wciąż jeszcze gnębią Polskę, pozwolił uważnemu obserwatorowi zauważyć pewną prawidłowość.

Można zaryzykować stwierdzenie, że 60% występujących przed kamerami osób miało liczne, widoczne braki zębowe, niezależnie od tego, czy wywiadu udzielali poszkodowani, czy też osoby prominentne w miejscowych organach władzy.

Dentyści biją na alarm

O czym to świadczy? Należy podejrzewać, że taki jest powszechny stan polskiego społeczeństwa powyżej wieku młodzieńczego, taka świadomość zdrowotna, takie działania profilaktyczne, takie w końcu społeczne przyzwolenie ogółu – przyzwolenie na szczerbatą żonę, szczerbatego męża, bezzębnego przyjaciela lub przyjaciółkę z licznymi brakami zębowymi.

Budząca się świadomość, głównie osób młodych, wymuszona jest wymaganiami estetycznymi wobec tych, którzy chcą podjąć pracę w kontaktach z klientem. Dotyczy to jednak przede wszystkim miast i ludzi aktywnych zawodowo. Nikt lub prawie nikt nie zdaje sobie sprawy, że oprócz względów estetycznych, nieleczona próchnica może dawać odległe skutki w postaci schorzeń wielonarządowych. Wiadomo, że choroby przyzębia mogą powodować zwiększenie ryzyka wystąpienia choroby wieńcowej i zawału serca (o 36%!). Jak zauważa prof. Renata Górka dwukrotnie zwiększa się ryzyko udaru mózgu, a u osób z zaawansowaną chorobą przyzębia, które palą papierosy, ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych wzrasta aż ośmiokrotnie! Lekarze dentyści biją na alarm, ale jak dotychczas ten sygnał ginie w natłoku innych bardziej spektakularnych nawoływań.

Dentysta jako lekarz pierwszego kontaktu

Komisja Stomatologiczna NRL, wsłuchując się w głosy środowisk akademickich (nie tylko stomatologicznych), konsultantów krajowych i prezesów towarzystw, a także wypowiadając się w imieniu lekarzy prakty-

ków, którzy bezpośrednio stykają się z problemami zdrowotnymi swoich pacjentów, zorganizowała konferencję „**Stomatologia 2010**”, która odbyła się w 16 czerwca br. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie. Salę wypełnili liczni goście, przybyło wielu konsultantów wojewódzkich, głównie ds. periodontologii i stomatologii dziecięcej. To druga taka konferencja zorganizowana z inicjatywy przewodniczącej KS NRL. Poprzednia debata pt. „**Kierunki usprawnienia opieki stomatologicznej w Polsce**” była okazją do wymiany poglądów na szerokim forum. Gościem był wówczas prof. Kenneth Eaton – ekspert Europejskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej, CECDO i kilku innych organizacji ds. finansowania systemów zdrowia i planowania personelu.

Podczas tegorocznej konferencji, prowadzonej przez prof. Magdalenę Wochnę-Sobańską i Annę Lellę omówiono epidemiologię schorzeń jamy ustnej w Polsce i w Europie, problemy onkologii w stomatologii, rolę dentysty jako lekarza pierwszego kontaktu, podkreślając korelacje schorzeń jamy ustnej i chorób ogólnoustrojowych. Mówiono o chorobie próchnicowej i schorzeniach przyzębia jako publicznym problemie zdrowotnym, światowych standardach, opiece stomatologicznej w szkołach i kontraktowaniu usług.

Wykładowcami byli m.in. konsultanci krajowi do spraw: stomatologii dziecięcej – prof. Barbara Adamowicz-Klepalska, periodontologii – prof. Renata Górka, chirurgii stomatologicznej – prof. Jan Zapala, a także prof. Maria Wierzbicka – koordynator programu „Monitoring zdrowia jamy ustnej”, prof. Marek Naruszewicz – prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą oraz prof. Teresa Bachanek, dr Małgorzata Wielopolska – wiceprezes oddziału warszawskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, prof. Franciszek Szatko, Elżbieta Łata z Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Halina Borgiel-Marek, Anna Lella i Małgorzata Lindorf. Nasze apele wpisują się w jednobrzmiące monity europejskie i światowe, a wydarzenia

dotyczących znaczenia zdrowia jamy ustnej systematycznie przybywa.

Zaprezentowane dane z programu „**Monitoring zdrowia jamy ustnej**” za 2009 r. pokazują wagę problemu nie tylko w odniesieniu do dzieci, ale także osób dorosłych. Odsetek bezzębnych Polaków w przedziale wiekowym 65-74 lat stanowi aż 43,9% populacji! Jest coraz gorzej, w 1998 r. było ich 34,7%. Zachowaną funkcję żucia w tej samej grupie ma tylko 49,6% osób – gdy jeszcze niedawno, w 2002 r., było ich 69,4%.

Wyniki Eurobarometru

Trudno się temu dziwić, skoro wg opublikowanych w marcu br. przez Komisję Europejską wyników pierwszego ankietowego Eurobarometru dotyczącego samooceny jamy ustnej mieszkańców Starego Kontynentu, w 2009 r. z dentystą konsultowało się tylko ok. 57% ankietowanych Europejczyków. Większość respondentów wprawdzie nie narzekała na problemy jamy ustnej, ale zaledwie 41% badanych zachowało wszystkie naturalne zęby, ok. 15% miało problemy z przeżuwaniem i nagryzaniem pokarmów, wynikającym z własnych zaniedbań, a 16% doświadczało bólu zębów i przyzębia. 7% respondentów wstydziło się wyglądu swoich zębów, zarówno tych prawdziwych, jak i sztucznych. Badania przeprowadzono w październiku 2009 r., wzięło w nich udział 27 państw należących do Unii Europejskiej oraz 3 kraje ubiegające się o członkostwo w UE. Pacjenci oceniali stan uzębienia, nawyki żywieniowe i leczenie zębów.

Pacjenci jednak nie są w stanie ocenić, a niekiedy nawet dostrzec zmian rozwijających się w ich jamie ustnej. Takie zadanie spoczywa na dentyście jako lekarzu pierwszego kontaktu. Jak podaje prof. Jan Zapala, nowotwory głowy i szyi stanowią ok. 12,2% zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce, a 90% z nich to nowotwory złośliwe. Tymczasem większość chorych (73-90%) trafia do kliniki w III lub IV stadium zaawansowania nowotworu, co znacznie

zmniejsza szanse ich 5-letniego przeżycia. O ułomności systemu opieki zdrowotnej świadczy przerażający fakt, że średni czas od rozpoznania choroby do rozpoczęcia leczenia to 2 lata!

Propozycje naprawy

Komisja Stomatologiczna NRL wielokrotnie wskazywała, że znaczenie opieki stomatologicznej jest niedoceniane. Dlatego konieczne jest wzmoczenie aktywności władz państwowych i samorządowych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia w tym zakresie.

Konferencja była okazją do wymiany poglądów na temat aktualnego stanu opieki stomatologicznej w Polsce, a także zainteresowania tą problematyką mediów. W dyskusji na zakończenie konferencji aktywny udział wzięli m.in.: prof. Tomasz Konopka, prof. Maria Borysewicz-Lewicka, prof. Barbara Adamowicz-Klepalska oraz członkowie KS NRL: Ewa Szczutowska, Piotr Janik i inni. Padły różne propozycje naprawy obecnego stanu rzeczy, m.in.: stworzenie mobilnych gabinetów dentystrycznych, fluorowanie produktów spożywczych, opieka nad dziećmi w przedszkolach w postaci nadzorowanego szczotkowania. Przede wszystkim jednak podkreślono potrzebę większych nakładów na działania stomatologiczne, a szczególnie profilaktykę w tej dziedzinie.

Można byłoby się wręcz dziwić zaangażowaniu dentystów w profilaktykę, bo w rzeczywistości nie są oni w żaden sposób motywowani do takich działań. Sporadycznie organizowane są akcje zdrowotne w niektórych miastach i gminach, ale wciąż brakuje programu edukacyjnego z prawdziwego zdarzenia. Polskie Towarzystwo Pediatryczne postuluje powrót lekarzy i lekarzy dentyistów do szkół. Ze słów referentów wynikało, że największym błędem, jaki popełniono w polskim zdrowiu publicznym w ostatnim 20-leciu było wycofanie pediatrów i dentyistów ze szkoły.

Przebieg Konferencji jasno pokazał, jak wiele problemów zdrowotnych kryje w sobie stomatologia, jak ważna społecznie okazuje się praca lekarzy dentyistów i jak wiele jest jeszcze do zrobienia dla uświadomienia Polakom znaczenia zdrowia jamy ustnej. Bezpośrednio po konferencji ukazały się komunikaty w dziennikach, a w telewizyjnej „Panoramie” przytoczono także dane epidemiologiczne omawiane podczas konferencji w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Dodatkowe informacje na ten temat można znaleźć na stronie internetowej www.infozdrowie.org

Konkurs rozstrzygnięty

26 maja br. w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach odbyło się posiedzenie jury Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego Lekarzy „W obiektywie Eskulapa” Kielce 2010.

Jury w składzie: Paweł Pierściński – honorowy członek ZPAF, przewodniczący jury; Januarius Lewandowski – prezes ORL Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej; Maciej Andrzej Zarębski – redaktor naczelny „Eskulapa Świętokrzyskiego”, przewodniczący komitetu organizacyjnego konkursu, sekretarz jury konkursu; Jan Lechicki – członek Związku Literatów Polskich O. Kielce; Stanisław Śliwa – członek ZPAF, postanowiło przyznać następujące nagrody i wyróżnienia:

Grand Prix oraz specjalną nagrodę prezesa Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej Lechowi Lipcowi z Końskich za nowatorstwo techniczne i oryginalność cyklu prac poświęconych Człowiekowi i Przyrodzie. W kategorii **Człowiek, Środowisko, Architektura** przyznano: **I nagrodę** Jerzemu Samusikowi z Białegostoku za pracę zatytułowaną *W angielskim walcu*; **II nagrodę** Janowi Aleksandrowi Saganowi z Kędzierzyna Azotów za cykl prac *Niecodzienny trytyk*; **III nagrodę** Jakubowi Pawlikowskiemu z Lublina za prace *Domino de Santiago i Muzeum Guggenheima w Bilbao*. Dwa równorzędne **wyróżnienia** w tej kategorii otrzymali: Jacek Jastrzębski z Przechlewa za pracę *Skalny pejzaż* i Alina Kozłowska-Ogońska

ze Szczecina za cykl prac *Krajobraz kwiatowy*. W kategorii **Temat dowolny** przyznano: **I nagrodę** Monice Sokołowskiej-Bierzyckiej z Łodzi za cykl prac z serii *Pierroty*; **II nagrodę** Joannie Staszewskiej z Warszawy za pracę pt. *Refleksja*; **III nagrodę** Piotrowi Budzie z Warszawy za cykl prac z serii *Impresje morskie*. **Wyróżnienie** w tej kategorii otrzymał Andrzej Zygo z Lublina za cykl prac z serii *Pejzaże Nowej Zelandii*.

Uroczystość wręczenia nagród odbyła się 14 czerwca br. w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach. Nagrody wręczał prezes SIL kol. Januarius Lewandowski. Uroczystość była połączona z wystawą nagrodzonych prac.

Tematem konkursu następnego, zaplanowanego w roku 2012 ma być tematyka zawodowa naszej pracy.

Imprezę zakończył skromny poczęstunek. Przy gorącym posiłku, a potem kawie i ciastkach długo jeszcze dyskutowano o potrzebie organizowania tego typu imprez, które pozwalają udowodnić sobie, tj. naszej korporacji oraz całemu społeczeństwu, że lekarze nie tylko „leczą” i „liczą”...

Maciej A. Zarębski





Z notatnika rzecznika prasowego

Niskie nakłady i płaca minimalna

NRL na posiedzeniu 25.06.br. przypomniała stanowisko wielokrotnie wyrażane przez samorząd lekarski, że niezwykle trudna sytuacja w polskim systemie ochrony zdrowia wymaga zdecydowanych działań ze strony rządzących. Podstawowym problemem od lat są **niskie nakłady na ochronę zdrowia**, rażąco odbiegające od nakładów przekazywanych na ten cel w zdecydowanej większości krajów europejskich. 30.07.br. Prezydium NRL przyjęło stanowisko w sprawie ustawowego uregulowania minimalnej płacy dla lekarzy. Przypominając m.in. o stanowisku VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 6.01.2006 r. w sprawie ustawowego uregulowania minimalnej płacy dla lekarzy Prezydium podnosi w stanowisku, że nie ma szans powodzenia reforma bez wcześniejszego zapewnienia godziwych wynagrodzeń fachowym pracownikom, w tym przede wszystkim lekarzy i lekarzy dentystów. W związku z podpisaniem przez ministra zdrowia porozumienia z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych gwarantującego ustawową regulację wysokości podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych (30.06.br.) Prezydium NRL wystosowało 30.07.br. apel do OZZL o podpisanie analogicznego porozumienia. *Porozumienie takie winno stanowić także podstawę do ustawowego uregulowania minimalnego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów, co dotychczas było kwestionowane przez Ministra Zdrowia* – czytamy w apelu.

Ubezpieczenia OC

NRL na posiedzeniu 25 czerwca br. potwierdziła wyrażane kilkakrotnie wcześniej stanowisko o konieczności **ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej** działalności zawodowej wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. Jednocześnie NRL z dezaprobatą przyjęła przepisy przyjęte w ustawie z 22.12.2009 r. o izbach lekarskich, a szczególnie w rozporządzeniu ministra finansów z 26.04.2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Jak podkreślono **wprowadzone w szybkim tempie niejednoznaczne przepisy praktycznie uniemożliwiają ich wykonanie przez znaczną część środowiska lekarskiego. NRL wyraziła przekonanie, że konieczna jest pilna nowelizacja przepisów w taki sposób, aby każdy lekarz/lekarz dentysta, bez**

względnie na formę i miejsce wykonywania zawodu, był zobowiązany do posiadania jednej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej obejmującej wszystkie wykonywane przez niego czynności zawodowe.

Kasy fiskalne

Minister finansów – mimo sprzeciwu NRL – podpisał rozporządzenie w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących, nakładając na lekarzy prywatnie praktykujących obowiązek ich posiadania. **Pierwsze w tym roku stanowisko w sprawie kas fiskalnych NRL podjęła już w lutym stwierdzając, że obowiązek ten będzie stanowić znaczące utrudnienie w wykonywaniu zawodów medycznych i nie przyniesie oczekiwanych korzyści dla Skarbu Państwa.** Podkreślano, że dodanie jeszcze jednej czynności administracyjnej do każdego świadczenia będzie dodatkowym obciążeniem, które niekorzystnie wpłynie na jakość, dostępność, a także koszt świadczeń. Wówczas Rada zaproponowała rozważenie możliwości odliczenia przez obywateli części udokumentowanych prywatnych wydatków na zdrowie od podstawy opodatkowania oraz wprowadzenie zerowej stawki VAT na usługi w zakresie ochrony zdrowia. Po pojawieniu się projektu rozporządzenia ministra finansów NRL przyjęła w czerwcu kolejne stanowisko, w którym stwierdziła, że minister wydając rozporządzenie powinien uwzględnić wielkość sprzedaży zwolnionej.

Odpisane od podatku?

NRL na czerwcowym posiedzeniu podjęła uchwałę przyjmującą projekt ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. **Przyjęcie przedstawionego projektu umożliwiłoby odpisanie od podatku wydatków poniesionych przez lekarza i lekarza dentystę na realizację obowiązku doskonalenia zawodowego.** Byłyby to wydatki takie jak m.in.: odpłatne szkolenie, kurs, konferencja, zakup wydawnictw medycznych, dojazd i nocleg konieczne do uczestniczenia w kształceniu. Projekt zakłada też możliwość odliczenia od podatku składek na rzecz organizacji, do których przynależność jest obowiązkowa – a więc składek na izbę lekarską – jeżeli nie zostały one zaliczone do kosztów uzyskania przychodu.

Opieka transgraniczna

Prezydium NRL 11 czerwca br. podjęło stanowisko w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, wyrażając swoje zadowolenie z przyjęcia przez Europejską Radę ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów (EPSCO) 7.06.br. projektu dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. *Możliwość swobodnego przepływu*

osób korzystających z opieki zdrowotnej we wszystkich krajach Unii Europejskiej będzie potwierdzeniem obranego przez Unię Europejską kierunku gwarantowania szeroko rozumianego bezpieczeństwa zdrowotnego. Stworzenie wszystkim pacjentom możliwości leczenia się w całej Europie jest praktyczną realizacją podstawowych praw obywateli Unii. Prezydium wyraża nadzieję, że przepływ pacjentów pomiędzy krajami przyniesie korzyść także polskiemu systemowi ochrony zdrowia, również lekarzom i lekarzom dentystom. Prezydium wyraża przekonanie, że wejście w życie dyrektywy służyć będzie poprawie jakości ochrony zdrowia i bezpieczeństwu opieki zdrowotnej, a także lepszemu poszanowaniu praw pacjentów we wszystkich krajach Unii Europejskiej – czytamy w stanowisku.

Umiejętności – węższe dziedziny

30 lipca Rada Ministrów przyjęła założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny. Na temat założeń wypowiedział się w mediach przewodniczący Komisji Kształcenia prof. Jerzy Kruszewski, wyrażając nadzieję, że nowe przepisy nie zostaną wykorzystane do ograniczenia liczby zabiegów finansowanych przez NFZ, gdy okaże się, że mogą być wykonywane wyłącznie przez lekarzy posiadających nowe certyfikaty. Według założeń **świadczenia umiejętności lekarze będą mogli zdobywać znacznie szybciej niż specjalizację. Przewiduje się, że czas trwania szkolenia z zakresu umiejętności będzie wynosił, w zależności od rodzaju umiejętności, od pół roku do dwóch lat, w oparciu o program zatwierdzany przez ministra zdrowia.** Lekarz ma zdawać państwowy egzamin przed komisją egzaminacyjną w Centrum Egzaminów Medycznych.

Wybrano: NRL obradująca 25.06.br. wybrała dr **Elżbietę Rusiecką-Kuczałek** do Komisji ds. Etyki. Z pracy w Komisji zrezygnowała dr Wiesława Dec.

Nowy Ośrodek NRL

25 czerwca br. powołano **Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NRL.** Zadaniem Ośrodka jest w szczególności: prowadzenie badań socjologicznych i statystycznych środowiska lekarskiego, prowadzenie analiz demograficznych dotyczących lekarzy i lekarzy dentystów, monitorowanie wyników badań dotyczących środowiska lekarskiego przeprowadzanych przez inne podmioty, sporządzenie raportów i opracowań analitycznych dotyczących zjawisk socjologicznych i demograficznych w środowisku lekarskim.

Katarzyna Strzałkowska
rzecznik prasowy NIL
22-55-90-327, 660-763-725
k.strzalkowska@hipokrates.org

epikryza (2)

Zaproszenie do rozmowy

Wielu moich rozmówców, w tym oczywiście pacjenci, wyraża niezmiennie od wielu lat swój podziw dla środowiska lekarskiego. Jakby wbrew temu, o czym rozpisuje się prasa i rozpowiadają dziennikarze telewizyjni i radiowi, słyszę pochwałę cech, które w założeniu „ludzi nieprzychylnych” mają być łatką dyskredytującą zawody medyczne.

Wielu moich rozmówców zazdrości lekarzom solidarności zawodowej. Nauczyciele. Prawnicy. Urzędnicy. Także dziennikarze i inni. Wszyscy postrzegają dobrą organizację, wzajemną troskę o siebie i wspólne interesy. Wiedzą, że tylko razem można osiągnąć więcej.

Wielu moich rozmówców nie wie jednak, że tak dobrze nie jest, a linie podziałów przebiegają przez gabinety lekarskie nie mniej wyraźnie niż przez pokoje nauczycielskie, kancelarie, biura i redakcje. Przez całą Polskę! Nie jesteśmy przecież inni. Jesteśmy normalni.

Dwadzieścia jeden lat temu, zgodnie z relacją moich starszych rozmówców, samorząd lekarski został „entuzjastycznie odrodzony”. Majowa ustawa dawała nadzieję na pełną, korporacyjną samodzielność lekarzy i lekarzy stomatologów, przejęcie rejestrów, sądów koleżeńskich i tworzenie wizerunku wolnych, wykonywanych w godnych warunkach zawodów, które z natury powinny cieszyć się społecznym zaufaniem i prestiżem.

Powstawały struktury, zwoływano zjazdy, dzielono terytoria, burzliwie dyskutowano w domach prywatnych, świetlicach i stołówkach, podejmowano uchwały, rezolucje, stanowiska, apele, opiniowano akty prawne, wysyłano listy



ostemplowane i masowo podpisywane. Wrzało. Trzaskały drzwi. Jedni odchodzili, inni przychodzili. Rzeczywistość toczyła się rytmem wyznaczonym przez zmieniające się warunki, demokrację i wolny rynek. Pieniądz pachniał coraz intensywniej, a reporterskie oko zaglądało pod nieskazitelny biel fartucha. Węszono korupcję, wykazywano błędy i zaniedbania. Uszczelniano system, ale zapominano wypełnić go środkami i narzędziami do zwykłej pracy, codziennego ratowania

życia, zdrowia i hipochondrii obywateli Rzeczypospolitej.

Mijały lata. Na placu boju zostawali najbardziej aktywni. Liderzy lub uzurpatorzy. Ambitni społecznicy albo chorzy na władzę i stanowiska, na wpływy i kontakty. Pokorni i niepokorni. Cisi i głośni. Pyskujący i głoszący coraz rzadziej. Byli i tacy, których ten splot odmienił, zaburzył, zaskoczył, przerósł.

Nastąpił czas spowolnienia. Skończyło się budowanie, protestowanie. Każdy poznał swoje miejsce w szeregu,

ustalono rytm wyborczy i kadencyjny. I nadeszła faza nudy i zniechęcenia, podważania istoty istnienia i magicznej „dziury budżetowo-składkowej” w kieszeni malkontentów. Z drugiej strony pojawiły się tematy zastępcze, wydumane problemy, „spiskowa teoria dziejów” i mit monopolu prawdy. Niekiedy wszystko podszyte agresją, niechęcią, cyniczną uwagą i oskarżeniem. Szeptanie, szemranie. Podskórnice w gabinetach, krzykliwe na forum. A wokół wbrew tym pohukiwaniom porażająca obojętność i prymat spraw pilniejszych.

Zadawałem przedzjazdowe pytania o nowe kierunki po dwudziestu latach samorządu. Kiedy wyborczy kurz opadł odsłaniając frustracje niektórych działaczy, trzeba wrócić do rozmowy programowej i w dziennym świetle pokazać „entuzjazm” odradzania idei, wartości i zaangażowania w sprawy zjednoczonego i silnego środowiska. Pospierajmy się merytorycznie. Nie uderzajmy w tarabany z powodu byle plotki, niosąc hiobowe wieści, że na przykład sprzedaliśmy „Gazetę Lekarską” Niemcom, a co za tym idzie wszyscy zostaliśmy zakładnikami diabła. Korporacja zaufania publicznego bez zaufania do swojej reprezentacji kiepsko się prezentuje. Najpierw wiedza, potem opinia. Nie odwrotnie.

Wielu moim rozmówcom nie tłumacząc zawilości korporacyjnych decyzji i różnic między nami, lekarzami. Nie wyprowadzam z błędu nauczycieli, prawników, urzędników i dziennikarzy, że jesteśmy solidarni, jak nikt inny w tym kraju. Jesteśmy, tylko nie zawsze.

Jarosław Wanecki

Do trzech razy sztuka?

Roszczeniowość pacjentów stale wzrasta. Składa się na to kilka czynników, do których na pewno zaliczyć można wzrost świadomości prawnej oraz wzrost liczby profesjonalnych podmiotów, które gotowe są podjąć się prowadzenia spraw o odszkodowanie z tytułu ogólnie pojętego kontaktu ze służbą zdrowia.

Fakt ten doprowadził niewątpliwie do stopniowego wprowadzania przez ustawodawcę kolejnych, obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarza. Ponadto równolegle funkcjonują ubezpieczenia dobrowolne, które obecnie mogą być zawierane jako polisy dodatkowe stanowiące uzupełnienie dla polis obowiązkowych.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmuje odpowiedzialność lekarza za szkody wyrządzone pacjentowi lub osobom najbliższym wskutek śmierci pacjenta, podczas udzielania świadczeń zdrowotnych.

Podstawą polskich ubezpieczeń OC jest umowa zawierana między ubezpieczycielem (zakładem ubezpieczeń, towarzystwem ubezpieczeniowym) a ubezpieczonym (lekarzem).

Podstawę zawierania umów ubezpieczenia OC stanowią:

- a) ustawa o działalności ubezpieczeniowej – dalej UoDZU,
- b) ustawa kodeks cywilny,
- c) ogólne warunki ubezpieczenia – dalej OWU. Zakład ubezpieczeń ma obowiązek dostarczyć ogólne warunki umowy ubezpieczającemu się lekarzowi w momencie zawierania umowy ubezpieczenia. Należy podkreślić, że ogólne warunki ubezpieczeń mogą różnić się w zależności od zakładu ubezpieczeń, przez który zostały stworzone. Zdaniem Sądu Najwyższego, jeżeli zapisy zamieszczone w ogólnych warunkach ubezpieczenia nie są precyzyjne i jednoznaczne, wszelkie niejasności należy interpretować na korzyść ubezpieczonego (wyrok SN z 2.09.1998 r., III CKN 605/97).

Przystępując do umowy ubezpieczenia – nie ma co do zasady możliwości negocjowania jej warunków. Ubezpieczający się lekarz może więc przystąpić do umowy ubezpieczenia na zasadach określonych przez ubezpieczyciela. Niektóre zakłady ubezpieczeniowe dają jednak możliwość negocjowania poszczególnych warunków umowy oraz podwyższenia minimalnych sum gwarancyjnych.

Ubezpieczenie OC lekarzy obejmuje odpowiedzialność cywilną, której powsta-

nie wiąże się z wykonywaniem praktyki lekarskiej i posiadaniem służących do tego celu pomieszczeń. Warto podkreślić, że zakład ubezpieczeniowy nie ponosi odpowiedzialności za następujące szkody:

- a) powstałe z winy umyślnej lekarza,
- b) powstałe z winy umyślnej osób, za które lekarz ponosi odpowiedzialność (np. personelu zatrudnionego w ramach grupowej praktyki lekarskiej),
- c) powstałe w wyniku działania lekarza, który w momencie wyrządzenia szkody nie miał prawa wykonywania zawodu lub prawo to zostało mu zawieszone,
- d) powstałe w wyniku zaniechania lub działania lekarza podjętego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, leków psychotropowych,
- e) powstałe w wyniku używania przez lekarza urządzeń rentgenowskich, laserowych, materiałów izotopowych lub radioaktywnych,
- f) powstałe w wyniku przekroczenia przez lekarza zakresu własnej specjalności,
- g) powstałe w związku z kradzieżą przedmiotów wniesionych do gabinetu lekarskiego lub poczekalni przez pacjentów. Ubezpieczyciel może ponosić odpowiedzialność w tym zakresie, jeżeli w umowie ubezpieczenia dodano odpowiednią klauzulę,
- h) powstałe w wyniku wykonywania czynności kosmetycznych i estetycznych. Nie dotyczy to przypadków, kiedy czynności kosmetyczne lub estetyczne wykonywane są w celu ściśle leczniczym.

Obowiązkowe ubezpieczenia OC

11 czerwca 2010 r. weszło w życie rozporządzenie ministra finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dalej RwsOC.

Ubezpieczenie określone w RwsOC dotyczy wszystkich lekarzy oraz lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakładzie opieki zdrowotnej, innej jednostce służby zdrowia oraz w ramach indywidualnej, specjalistycznej

lub grupowej praktyki w formie spółki cywilnej lub spółki partnerskiej.

Uwaga! Lekarz lub lekarz dentysta, który ma prawo wykonywania zawodu, ale udziela świadczeń zdrowotnych poza granicami Polski, nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w RwsOC.

Na uwagę zasługuje fakt, że RwsOC nie ujednoliciło dotychczas obowiązujących przepisów dotyczących obowiązkowych ubezpieczeń OC lekarzy, a tym samym nie wprowadziło obowiązku zawarcia jednej umowy ubezpieczenia. Obecnie funkcjonują trzy rodzaje ubezpieczeń obowiązkowych, co powoduje, że w wielu przypadkach lekarze muszą zawrzeć trzy odrębne umowy.

Przykład! lekarz wykonuje zawód na podstawie umowy o pracę w zakładzie opieki zdrowotnej, ponadto przyjął od innego ZOZ-u (niż ten, w którym jest zatrudniony) zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w postaci dyżurów medycznych. Dodatkowo, w ramach prywatnej praktyki lekarskiej, lekarz udziela świadczeń refundowanych przez NFZ. W takim przypadku lekarz obowiązany jest do zawarcia trzech odrębnych umów ubezpieczenia OC, gdyż ubezpieczenie określone w RwsOC nie obejmuje szkód wyrządzonych podczas udzielania świadczeń refundowanych w ramach prywatnej praktyki, ani szkód podczas udzielania świadczeń w ramach zamówienia przyjętego od SP ZOZ.

Jak wspomniałam wcześniej obecnie funkcjonują trzy obligatoryjne rodzaje ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Należą do nich:

- ubezpieczenie OC lekarzy będących świadczeniodawcami, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ w ramach prywatnej praktyki lekarskiej – uregulowane przez rozporządzenie ministra finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej – dalej RwsOZ, z 28 grudnia 2007 r. (Dz. U. 2008 r., nr 3, poz. 10),

- ubezpieczenie OC lekarzy, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach zamówienia udzielonego przez SPZOZ – uregulowane przez rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne – RwsZ z 23 grudnia 2004 r. (Dz. U. 2004 r., nr 283, poz. 2825),
- ubezpieczenie OC lekarzy, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski – uregulowane przez rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z 26 kwietnia 2010 r. (Dz. U. 2010 r., nr 78, poz. 515).

Nie wszyscy równi

Dotychczasowe obligatoryjne umowy ubezpieczenia OC nie różnicowały minimalnych kwot gwarancyjnych czyli kwot ubezpieczenia w odniesieniu do jednego zdarzenia wyrządzającego szkodę. Minimalna suma gwarancyjna została określona w rozporządzeniu w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia podmiotu przyjmującego realizację świadczenia zdrowotnego. W myśl § 4 ust. 1 RwsZ *minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia (...) wynosi równowartość w złotych 46 500 euro w odniesieniu do: niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej (...) grupowej praktyki lekarskiej.* Z kolei zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej przewiduje minimalną sumę gwarancyjną w wysokości 46 500 euro na jedno zdarzenie i 275 000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC.

Dopiero rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wprowadziło zróżnicowane minimalne sumy gwarancyjne w odniesieniu do jednego zdarzenia i wszystkich zdarzeń w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC. Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt. 1-3 RwsOC minimalna suma gwarancyjna wynosi równowartość:

- a. 100 000 euro w odniesieniu do lekarza wykonującego zawód w zakresie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, położnictwa i ginekologii, chirurgii, neonatologii, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, urologii, otoryno-

- laryngologii, okulistyki oraz medycyny ratunkowej,
- b. 50 000 euro w odniesieniu do lekarza dentysty, z wyłączeniem chirurgii stomatologicznej i chirurgii szczękowo-twarzowej,
- c. 25 000 euro w odniesieniu do lekarzy pozostałych specjalizacji.

W przypadku, gdy jeden lekarz wykonuje zawód w zakresie więcej niż jednej specjalizacji, do ustalenia minimalnej sumy gwarancyjnej przyjmuje się specjalizację, dla której została przewidziana najwyższa kwota.

Nowo wprowadzone rozporządzenie – RwsOC „podwyższyło” znacznie minimalne sumy gwarancyjne, szczególnie w odniesieniu do specjalizacji zabiegowych, co jest bardzo korzystne dla lekarzy. Wysokość sumy gwarancyjnej określonej w umowie ubezpieczenia OC ma niezwykle istotne znaczenie. Wynika to z faktu, że nawet bardzo szerokie określenie zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela nie daje ubezpieczonemu pełnej ochrony, jeśli suma gwarancyjna jest niska. Zbyt niska suma gwarancyjna może spowodować, że ubezpieczony – lekarz zostanie zobowiązany do pokrycia szkody z własnych środków.

Uwaga! Lekarz ponosi odpowiedzialność do wysokości szkody poniesionej przez pacjenta lub osoby bliskie, w razie jego śmierci. Ubezpieczyciel odpowiada natomiast do wysokości sumy gwarancyjnej określonej w umowie ubezpieczenia OC.

Okres odpowiedzialności

Od kiedy do kiedy – czyli w jakim okresie ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych?

Zgodnie z RwsOC zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel) ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego lekarza, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Oznacza to, że odpowiedzialność ubezpieczyciela trwa od chwili zaistnienia zdarzenia spowodowanego „wadliwym” zachowaniem lekarza, aż do upływu terminu przedawnienia.

Uwaga! Przez termin przedawnienia należy rozumieć okres, w ciągu którego pacjent może żądać od lekarza wypłaty odpowiedniego świadczenia (zadośćuczynienia, renty, odszkodowania).

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

Materiały ukazują się przy współpracy Wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych - www.prawo.pl

REKLAMA

REKLAMA

Cornetis Sp. z o.o.

51-162 Wrocław, ul. Długosza 2-6, tel. 71-325-28-08,
e-mail: sekretariat@cpnrtis.com.pl, www.cornetis.com.pl



Kompedium pediatrii klinicznej

red.: prof. dr hab. n. med. Adam Jankowski
Wrocław 2010, str. 622

Podręcznik zawiera informacje dot. podstaw pediatrii, a także takie zagadnienia, jak rozwój mowy i jej zaburzenia oraz związane z tym metody terapii. Rozbudowany został rozdział nt. opieki nad noworodkiem, wiele miejsca poświęcono także zagadnieniom związanym z funkcjonowaniem układu odpornościowego i diagnostyką niedoborów odporności. Kompedium przeznaczone jest dla studentów med., pediatrów i lek. rodzinnych.



Atlas manometrii przelyku wysokiej rozdzielczości
Dorota Waśko-Czopnik

Wrocław 2010, str. 70

Monografia, poświęcona jednej z najnowszych technik diagnostycznych, jaką jest manometria wysokiej rozdzielczości, przeznaczona jest głównie dla specjalistów zajmujących się diagnostyką zaburzeń czynności motorycznej przelyku. Publikacja zawiera m.in. wyczerpujące informacje na temat wskazań do wykonania takiego badania, opis techniki i interpretacji wyników.



Śmierć mózgu
Waldemar Iwańczuk

Wrocław 2010, str. 335

W książce przedstawiono historię i współczesną realizację koncepcji śmierci mózgowej. Układ tej publikacji został pomyślany tak, by każdy rozdział stanowił oddzielną autonomiczną część, a jednocześnie był logiczną składową większej całości. Praca przeznaczona jest dla transplantologów, neurologów, neurochirurgów, lekarzy z oddziałów intensywnej terapii, pielęgniarów i studentów medycyny, ale także dla etyków i filozofów.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 41, tel. 22-695-40-33.
Księgarnia wysyłkowa tel. 22-695-44-80,
infolinia 0-801-142-080, www.pzwl.pl,
e-mail:promocja@pzwl.pl. Warszawa 2010, str. 224

Zarys psychiatrii

Michael I. Levi

red. naukowa tłum.

prof. zw. dr hab. med. Stanisław Pużyński

Warszawa 2010, str. 167

Kompedium aktualnej wiedzy z zakresu psychiatrii klinicznej, zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dot. stosowania klozapiny i leków przeciwpsychotycznych II generacji, a także informacje uzupełniające o lekach psychotropowych. Podręcznik przeznaczony jest głównie dla lekarzy innych niż psychiatria specjalności, szczególnie dla lekarzy poz.



Krwotoki położnicze

red. naukowa: prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Słomko

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Drews

Warszawa 2010, str. 391

W podręczniku omówione zostały fizjologiczne podstawy krwotoków położniczych oraz problemy dot. leczenia farmakologicznego i operacyjnego. Monografia zawiera aktualne rekomendacje i algorytmy postępowania w krwotokach okołoporodowych, przeznaczona jest dla położników i ginekologów, ale także położnych, ratowników medycznych, transfuzjologów i anestezjologów.



Choroby wieku dziecięcego

Stephan Strobel, Stephan D. Marks,

Peter K. Smith, Magdi H. El Habbal,

Lewis Spitz

red. naukowa tłumaczenia:

prof. dr hab. med. Andrzej Milanowski

Warszawa 2010, str. 640

Autorzy omawiają najważniejsze zagadnienia z zakresu chorób wieku dziecięcego, poszczególnie jednostki chorobowe opisano wg schematu: etiologia, objawy kliniczne, badania diagnostyczne, leczenie, rokowanie. Atutem publikacji jest bogaty materiał ilustracyjny – ponad 1100 kolorowych zdjęć.



Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu

Anna Rogulska

Warszawa 2010, str. 76

W książce kompleksowo przedstawiono zagadnienia związane z niedożywieniem występującym u osób przewlekle chorych w okresie hospitalizacji i po jej zakończeniu. Publikacja adresowana jest do lekarzy i pielęgniarów oraz wszystkich, którzy uczestniczą w opiece nad osobami przewlekle chorymi zagrożonymi niedożywieniem.



Ponadto nadesłano

Etyczne standardy marketingu

farmaceutycznego

Marta Makowska

Warszawa 2010, str. 242, Wydawnictwo Fachowe CeDeWu,

00-680 Warszawa, ul. Żurawia 47/49, tel. 22-396-15-03,

e-mail: cedewu@cedewu.pl, www.cedewu.pl,

www.4books.pl

Książka dla lekarzy i studentów medycyny, którzy chcą wiedzieć, jakich metod wywierania wpływu używają firmy farmaceutyczne. Jest też źródłem wiedzy dla pracowników przemysłu farmaceutycznego pokazując, jak pracujący w terenie reprezentanci postrzegają swe zajęcie oraz jaki stosunek mają do nich lekarze.



Którędy do medycyny?

Jerzy Woy-Wojciechowski

Warszawa 2010, str. 218, Wydawnictwo DOMENA,

01-726 Warszawa, ul. Skrzetuskiego 14a, tel.: 22-843-55-86,

e-mail: jerzy.woy@op.pl

II wydanie książki, która przed laty otrzymała pierwszą nagrodę w ogólnopolskim konkursie na wspomnienia lekarzy. „Wszystko jest tu zmyśleniem prócz faktów...” – takie jest motto książki, w której autor zachęca do studiowania medycyny, ale pracy lekarza nie idealizuje.



opr. MB

XXXI Mistrzostwa Świata Medyków – World Medical and Health Games (WMHG)

Chorwackie zdobycze

Gospodarzem tegorocznych Mistrzostw Świata Medyków był chorwacki kurort Poreč, położony na malowniczym półwyspie Istria. Podobnie jak w poprzednich latach polscy lekarze-sportowcy potwierdzili swoją przynależność do światowej elity.

W odbywających się tradycyjnie w pierwszym tygodniu lipca zawodach uczestniczyło ponad 2 tys. medyków-sportowców z prawie 40 krajów. Na lekkoatletycznym stadionie królowała najlepsza sportsmenka roku 2009 Oliwia Gawlik z Łodzi, zdobywając 11 medali, w tym aż 7 złotych. Najbardziej utytułowana nasza sportsmenka – anestezjolog ze Szczecina Miśka Przyłuska wybiegała 6 medali: 1 złoty, 2 srebrne i 3 brązowe. Potężny dorobek medalowy uzyskali nasi miotacze. Debiutujący na WMHG Stefan Madej z Sosnowca zdobył 3 złote medale w pchnięciu kulą oraz w rzutach oszczepem i dyskiem, uzupełniając swój medalowy dorobek brązowym medalem w skoku wzwyż.

Zeszłoroczni medaliści podtrzymali dobrą formę. Zenon Krukowski, ginekolog z Międzyrzecza Wielkopolskiego zdobył złoto w oszczepie oraz 2 srebrne medale w kuli i dysku, a Konrad Bońda, specjalista medycyny ratunkowej z Warszawy srebro w kuli i brąz w oszczepie. A w skoku wzwyż obronił srebrny medal z ubiegłego roku Andrzej Kacała. Wśród osób towarzyszących niepokonany w większości konkurencji był Mateusz Kotelnicki, trener lekkiej atletyki z Łodzi, który podobnie jak w roku ubiegłym wspierał radą naszych sportowców-lekarzy.

Pływacy rywalizowali na pięknym 50-metrowym basenie w Rovinji. Nasi lekarze wypływali 25 medali, a prawdziwym multimedalistą został debiutant – chirurg naczyniowy warszawskiego szpitala na Banacha Jurek Leszczyński, który zdobył 5 złotych medali, 2 srebrne i 1 brązowy. Jurkowi towarzyszył syn Mateusz, który w kategorii osób towarzyszących pokonał wielu znacznie starszych rywali. Niezawodna Ewa Zimna-Walendzik z Łódzkiego Uniwersytetu Lekarskiego zdobyła 7 medali: 1 złoty, 4 srebrne, 2 brązowe, podobnie jak weteran mistrzostw łódzki chirurg Jacek Śmięgiński – 2 srebra i 2 medale brązowe. Świetną formę zaprezentował bytomski urolog Jan Wilczek, zdobywając 2 złote i 2 srebrne medale. Do medalowej kolekcji dorzucili po brązowym medalu nieza-



wodna Miśka Przyłuska i lubelski profesor ginekologii Tomasz Rechberger.

Równie trudno o medale było w tenisie stołowym, gdzie w turnieju open rywalizowało kilkudziesięciu zawodników. Nasi zeszłoroczni mistrzowie nie zawiedli, choć zapewne liczyli na więcej. Triumfowali lekarze Śląskiej Izby Lekarskiej. Gosia Wnęk – ginekolog po 2 latach przerwy zdobyła złoto w swojej kategorii, ortopeda z Gliwic Zbigniew Stefański złoto w najstarszej, a Mateusz Gałuszka brąz w najmłodszej grupie. Najbardziej utytułowany kardiolog Andrzej Wnęk zdobył srebro w najsilniej obsadzonej grupie C oraz w prestiżowym turnieju open i przypieczętował swój sukces złotym medalem w deblu z debiutantem Andrzejem Kaplonem, co było największą sensacją turnieju. Andrzej Kapłon, dołożył złoto w swojej kategorii wiekowej.

Również pozostali nasi zawodnicy byli blisko strefy medalowej. W badmintonie z kolejnym złotem w singlu oraz 2 medalami brązowymi w deblu z Mirosławem Steciem i mikście powrócił białostocki radiolog Andrzej Lewszuk. Srebro w kat. A zdobył Piotr Lassociński, w kat. B Krzysztof Kochanowski, a brąz Marcin Sygut, w kat. C brąz Mirosław Steć. W squashu w kat. C srebro zdobył Andrzej Redlicki, a brąz Krzysztof Makuch, a w kat. A złoto Damian Dylkowski. W morderczym triathlonie złoto w kat. C i najlepszy czas zdobył rzeszowski Iron-man Jan Plaskacz przed Piotrem Długoleckim, czwarty był

Czarek Krzywicki, a w kat. B brąz zdobył Robert Drozdowski.

W grach zespołowych Mistrzowie Polski z Zabrza w piłkarskich szóstkach zdobyli w pięknym stylu srebrny medal wygrywając z Francuzami 14:0, Marokiem 8:0, Brazylią 3:0, w ćwierćfinale z Algierią 2:0 i półfinale z Włochami 2:1 i w przegranym finale z Chorwatami 1:4. Zeszłorocznym mistrzem z Krakowa pozostało miejsce 17 w drużynach 11-osobowych, 12 miejsce zajęła drużyna z Białegostoku.

Z medalami wrócili nasi siatkarze. Na hali obronili zeszłoroczny srebrny medal, przegrywając mecze w tie-breaku z Niemcami 1:2. W plażówce polskie drużyny weszły do ćwierćfinałów, a złoto zdobył Białystok (Janusz Korfel, Aleksander Korfel i Tomasz Szlaga); bardzo dobre 4 miejsce zajęli łodzianie (Redlicki, Druch, Czerniak), a warszawiacy (Leszczyński, Jarzembowicz, Makuch) 6 miejsce. Ze złotym medalem do Gdańska powrócił judoka hematolog Maciej Niedźwiecki.

Nie sposób opisać wszystkich wydarzeń i naszych bohaterów szczegółowe wyniki na stronie www. Medigames.com, a galeria zdjęć i komentarze na www.hipokrates.org w zakładce sport. Wszystkim uczestnikom należą się gratulacje, a naszemu środowisku wiara, że sportowa rywalizacja to wspaniała forma wypoczynku.

Krzysztof Makuch

Olsztyński Chór Lekarzy
Medici pro Musica
ORAZ
Warmińsko-Mazurska
Izba Lekarska
w Olsztynie
zapraszają na

I Ogólnopolski Koncert Lekarzy

16 października 2010 r., godzina 20.00
Bazylika konkatedralna św. Jakuba Apostoła
w Olsztynie

w programie:

Józef Haydn

Missa Sancti Nicolai in G

Dyrygent – Ryszard Handke

Wykonawcy:

Chór Lekarzy Medici pro Musica przy WMIL w Olsztynie

Chór Lekarzy Remedium przy OIL w Szczecinie

Chór Lekarzy przy OIL w Warszawie

Orkiestra Kameralna Operacja Muzyka przy WIL w Poznaniu

Orkiestra Kameralna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Soliści:

Maria Rozynek – sopran, Marta Panfil – mezzosopran,

Kornel Maciejowski – tenor, Eryk Rymanowski – bas

Koncert współfinansuje Naczelna Izba Lekarska

VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym

Rajsko...

Od rana na niebie kłębiły się ciemne chmury... Deszcz wisiał w powietrzu, wszyscy mieli jeszcze w pamięci niedawne ulewy, które spustoszyły południową Polskę.



Zbiornik Długie w miejscowości Rajsko k. Oświęcimia, na którym podobnie jak rok temu miały odbyć się zawody, przez pewien czas stanowił jedną całość z pobliską Sołą. Od czasu powodzi nie odbywały się tam jeszcze zawody i nikt nie wiedział, ile ryb zostało w jeziorze.

Dotychczasowych 7 edycji zawodów organizowanych przez pasjonata wędkarstwa z Beskidzkiej Izby Lekarskiej Klaudiusza Komora zawsze miało dobrą pogodę, a deszcze były jedynie przelotne. Jak się wkrótce okazało, tym razem uczestnicy również zasłużyli na pogodę i obie tury zawodów odbyły się bez przeszkód. Obie wygrał z dużą przewagą dr Alfred Samet, nestor polskiego wędkarstwa spławikowego, wielokrotny mistrz Polski w wędkarstwie spławikowym, a przede wszystkim lekarz epidemiolog, szef Zakładu Mikrobiologii Klinicznej na Gdańskim UM. Łącznie złowił ponad 7 kg ryb, w tym największą rybę zawodów – karpia o masie 750 g. Było to już drugie zwycięstwo doktora Sameta – przed 2 laty triumfował w czasie zawodów na Jeziorze Żywieckim.

Drugie miejsce zajął Stanisław Rybak, dyrektor pogotowia z Rzeszowa, drugi w obu turach. Najciekawsza walka rozegrała się o trzecie miejsce – obrońca trzeciego miejsca sprzed roku i 2 lat Klaudiusz Komor (trzecie i piąte miejsce w turach) musiał uznać wyższość Andrzeja Rosłana, który zajął odpowiednio czwarte i trzecie miejsca w turach.

Łącznie startowało ponad 30 uczestników, w tym również dzieci lekarzy. Imprezę zakończyła uroczysta kolacja oraz spotkanie FishMedu – Klubu Wędkujących Lekarzy, którego pomysłodawcą i honorowym prezesem jest dr Samet. W tym roku po raz pierwszy rozegrano kategorię junior, w której startowały dzieci lekarzy. Tutaj klasą wykazał się Adaś Kowal, który nie dość, że wygrał obie tury, to jeszcze masa złowionych ryb (prawie 5 kg) dawałaby mu drugie miejsce w kategorii seniorów! Drugie miejsce zajął drugi w obu turach Mikołaj Cył, a trzecie jedyna przedstawicielka płci pięknej Ola Adamik.

Następne spotkanie lekarzy-wędkarzy już wkrótce – 18 września mistrzostwa morskie!

Klaudiusz Komor



X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie

Modry Las

W rekordowej obsadzie odbyły się w dn. 18-19 czerwca br. jubileuszowe X mistrzostwa w golfie.

Podobnie jak w ubiegłym roku pierwszy dzień zawodów odbywał się na Polu Golfowym Modry Las. Większość startujących znała je z wcześniejszych gier i indywidualnych treningów, ale dla wielu było bardzo trudne i pełne niespodzianek. Drugi dzień był rozgrywany na polu Binowo Park Golf Club.

Marzeniem organizatorów było, aby te mistrzostwa były najlepsze pod każdym względem i takie były, gdyż była rekordowa obsada, piękna pogoda i wysoki poziom sportowy oraz dobrze przygotowane pola golfowe – pomoc Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji NRL, szczególnie dr. J. Tętnowskiego (medale, Puchar prezesa NRL – który zdobył najlepszy zawodnik dr Andrzej Szmit) – pomoc i poparcie naszej OIL. Prezes Mariusz Pietrzak i nowy przewodniczący KKSIR dr Grzegorz Czajkowski uczestniczyli w imprezie, a na ceremonii zakończenia wspólnie z dyrektorem Biura OIL Agnieszką Niśkiewicz wręczali medale i pamiątkowe patery przygotowywane specjalnie na tę okazję przez szczecińską firmę witrażową. Specjalną nagrodę za dziewięciokrotną obecność na Mistrzostwach Polski w Golfie otrzymał dr Andrzej Kleinert.

Organizatorem imprezy była Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie – M. Mroźewski i J. Szymczak.

Maciej Mroźewski

DoctoRRiders – Bieszczady 2010 czyli

„Poznaj Swój Kraj” po raz trzeci

Uff! Wyjątkowo piękna impreza. Cykliczny już rajd członków Motocyklowego Klub Lekarzy „DoctoRRiders”, organizowany pod hasłem „Poznaj Swój Kraj”, to wyśmienity pomysł. Brawo Greg i Srebrzanka.

Rajd Bieszczady 2010 odbył się w czerwcu. To, co z tegorocznej edycji zrobili Kasia, Darek i Marek, zapiera dech w piersiach. Połączenie doskonałej bazy z możliwością rekreacji (ośrodek w Czarnej Górze), nie przeładowany program, wyśmienita zabawa, olbrzymia dawka historii (zwiedziliśmy m.in. Lwów, a także najstarszą kopalnię ropy naftowej, utworzoną przez I. Łukasiewicza oraz Fort Łętownia z czasów I wojny światowej). Przede wszystkim jednak kapitalne trasy przejazdowe – chyba najlepsze w Polsce (przejechaliśmy ponad 1000 km, „zaliczając” m.in. Małą i Dużą „Pętlę Bieszczadzką”, zaporę na Solinie, Ustrzyki Górne i Dolne, Przemyśl, Krosno oraz Cisnę).

I Wy – „Doktorrajdersi”, a właściwie My, grono kapitalnych ludzi, doskonale czujących się ze sobą. Wielkie, wielkie dzięki dla Was wszystkich, ale przede wszystkim dla organizatorów.

Cóż, ten, kto nie był z nami w Bieszczadach, niech wyje do księżycy i żałuje. Do zobaczenia w przyszłym roku – czekają na nas „Zamki Dolnego Śląska”.

Grzegorz Krzyżanowski – „Prezes”



Krosno, fot. Autor

I Radiologiczne Mistrzostwa Polski w Żeglarskiej

Marina Skagen

25 maja br. w Nowym Warpnie nad Zalewem Szczecińskim (Marina Skagen) po raz pierwszy odbyły się Radiologiczne Mistrzostwa Polski w Żeglarskiej.

Do regat zgłosiło się 5 załóg reprezentujących Oddziały Gdański, Lubelski, Łódzki, Małopolski i Wielkopolski PLTR. Wystartowały 3 załogi.



Regaty (5 biegów) przeprowadzono na wodach Zatoki Nowowarpieńskiej przy wymarzonej pogodzie – słońce i wiatr o sile ok. 5 B. Pod koniec regat wiatr zaczął tężeć i w porywach osiągał 7 B. Ścigano się na jachtach klasy Sasanka 660, a zwycięstwo odniosła załoga reprezentująca Małopolskę, wygrywając 3 spośród 5 wyścigów.

Po regatach odbyło się spotkanie wszystkich załóg, a także kibiców w tawernie. Wspaniała atmosfera w tonacji szantowej spowodowała, że trudno było się rozstać. Po postanowiono, że trzeba spotkać się koniecznie za rok w tym samym miejscu, w pięknym Nowym Warpnie.

Andrzej Urbanik

OŚRODEK DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów na **szkolenia**

w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie,
ul. Jana Sobieskiego 110

Warsztaty: **Wystąpienia publiczne**

część I: 1 X, 29 XI 2010

część II: 8 X, 30 XI 2010

Warsztaty: **Techniki negocjacji**

7 IX, 29 XI 2010

Szkolenie bezpłatne dla członków izb lekarskich

Doborowa kadra wykładowców

Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu

20 IX, 20 X 2010

Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych

Zapraszamy do nas

Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji lekarz-pacjent

6 IX 2010

Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne

Jak pomóc uzależnionemu koledze?

25 X 2010

Cykl kursów w zakresie prawa medycznego (4 tematy)

1. 13 IX 2010; 2. 14 IX 2010; 3. 15 IX 2010; 4. 16 IX 2010;

Informacje i zgłoszenia:

ODZ NIL 00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4
tel. 022-559-02-69, 022-559-02-86, faks 022-559-02-70;
e-mail: odz@hipokrates.org www.odz.nil.org.pl

Ogólnopolska Wystawa Fotografii pod hasłem „Piękna nasza Polska cała...”

W Klubie Lekarzy w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotografii Lekarzy, tym razem pod hasłem „Piękna nasza Polska cała...” Urok i specyfika rodzimych krajobrazów, nieznane zakątki Polski, ale również te, które od dziesięcioleci stanowią Jej wizytówkę, wydarzenia, ciekawe sytuacje, ludzie... Realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów chcących wziąć udział w tegorocznej wystawie.

Wernisaż wystawy planujemy na 24 października (niedziela) o godz. 17.00. Wystawa potrwa do 29 października br. Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 11 października br.

Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt: Biuro OIL, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. 42-683-17-91, w. 110, Iwona Szelewa

Z wodą i z wiatrem

Na Jeziorze Dąbskim w Szczecinie w dn. 4-6 czerwca br. odbyły się regaty lekarzy reprezentujących okręgowe izby lekarskie w Polsce.

Lekarze i lekarze dentyści, pasjonaci żeglarskiego regatowego przyjechali, aby kolejny raz zmierzyć się z wodą i wiatrem. Główną nagrodą był Puchar prezesa NRL dr. Macieja Hamankiewicza.

Pogoda dopisała, słońce i wiatr o sile 2-4 B. Wymarzone warunki dla naszych żeglarzy. Zawody odbywały się systemem przesiadkowym z każdorazowym losowaniem łódek przez 3 dni. Udział w regatach wzięło 10 załóg. Nad zgodnością z przepisami żeglarskimi czuwali sędziowie zawodowi, członkowie Jacht Klubu AZS w Szczecinie. Na wodzie o bezpieczeństwo żeglarzy dbały łodzie Policji Wodnej, OSP ze Stępnicy, Straży Miejskiej w Szczecinie oraz prywatna z NZOZ „MEDIS” ze Stargardu Szczecińskiego. O przyjemności dla ciała zadbała miejscowa restauracja, dogadzając smakowitymi posiłkami, natomiast małe co nieco dla ducha to sprawa organizatorek. Wieczorami po wyścigach były wspólne biesiady.

Wszyscy uczestnicy otrzymali medale, dyplomy i drobne upominki. Nagrodę Najlepszego Żeglarza VII Regat Lekarzy otrzymał Paweł Rawski z OIL w Szczecinie, a 1 miejsce i Puchar Prezesa NRL zdobyła załoga z OIL w Szczecinie.

Halina Ey-Chmielewska, Halina Teodorczyk
fot. Agnieszka Borowiec

Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy

- **16.08.-19.11.** Kraków. Darmowe warsztaty **dla chorych** z Małopolski, www.unicorn.org.pl/aktualnosci, Kraków, dnia 9 sierpnia 2010 r.
- **23.10.** Centrum Dydaktyczne Wydział Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice, ul. Medyków 12. Komisja Medyczna przy Polskim Związku Alpinizmu organizuje konferencję **medycyny górskiej**, www.pza.org.pl
- **2009/2010** Program posiedzeń klinicznych w **IPCZD** na rok akademicki. Posiedzenia odbywają się w pierwszy i trzeci wtorek miesiąca o godz. 13.30, w sali wykładowej 119 blok F, I p. Informacje: Sekcja Szkoleń IPCZD w bloku F, I p., pokój 106, tel. 22-815-11-32.
- **12-13.11.** Kraków. III Konferencja Naukowa Sekcji Epidemiologii i Prewencji PTK „**Kardiologia prewencyjna** 2010 – wytyczne, wątpliwości, gorące tematy”, www.kardiologiaprewencyjna.pl/
- **10-13.02.2011 r.** Słupsk-Ustka. 7 Akademia **Dermatologii i Alergologii**, www.pta.med.pl/sekcja-dermatologiczna.html
- **29.09.-1.10.2011 r.** Kraków. IV Środkowo Europejski Kongres **Osteoporozy i Osteoartrozy**. XVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, www.osteoporoza.pl
opr. u
u.bakowska@gazetalekarska.pl

Tubib znaczy lekarz Wiesława Krakowskiego

Wiesław Krakowski – chirurg i transfuzjolog, od 1965 r. do przejścia na emeryturę związany ze Szpitalem Wojewódzkim w Zgierzu. Po przez sport od dawna starający się utrzymywać w jak najlepszej kondycji. Jego pasje to tenis ziemny oraz lekkoatletyka. Wśród lekarzy sportowców znany jako multimedalista Lekarskich Igrzysk w Zakopanem i Światowych Mistrzostw Medyków, tym razem daje dowód swojego talentu literackiego. W książce napisanej językiem zachęcającym do lektury opisuje 10 lat swojej lekarskiej, chirurgicznej, pracy w Królestwie Maroka.

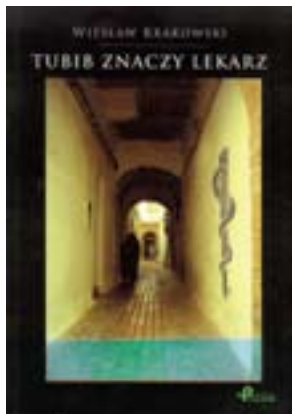
Wyjazd na kontrakt w roku 1981 był dla autora spełnieniem marzeń, które pojawiły się w latach licealnych, kiedy to ucząc się języka francuskiego zetknął się z literaturą i sztuką tego kraju. Dodatkową inspiracją był film „Casablanca”. Czytelnik, którego PESEL rozpoczyna cyfra 6 lub mniejsza, znajdzie na pierwszych kartach tej książki dobrze pamiętane obrazy z polskiej rzeczywistości epoki szczęśliwie minionej. Prawdziwa przyjemność to lektura zapisków autora o jego lekarskich dokonaniach w kilku marokańskich szpitalach, przede wszystkim zaś interesująco zanotowana fascynacja egzotycznym krajem i poznaniem tam ludźmi. Młodzi lekarze powinni przeczytać tę książkę, aby zobaczyć jak trzeba dawać sobie radę z zaskakującymi sytuacjami, które mogą stać się wyzwaniem dla chirurga pod każdą szerokością geograficzną. Mogą dowiedzieć się od starszego kolegi, jak wiele satysfakcji, ale także ile szacunku otoczenia daje wykonywana z pasją lekarska praca. Miłośnicy egzotyki wiele dowiedzą się o urokach marokańskiej przyrody i królewskich miast. Czytelnik ma także okazję poznać miejscowe zwyczaje i obrzędy, opisywane przez autora z pozycji ważnego gościa, zapraszanego do domów marokańskich znajomych i przyjaciół. Osobnym wątkiem jest wzajemna pomoc udzielana sobie przez mieszkańców w Maroku Polaków.

Mottem książki są słowa Antoine de Saint Exupéry’ego *Kto kiedyś był w Afryce, zawsze będzie chciał do niej wrócić*. Po lekturze książki Wiesława Krakowskiego mogą powiedzieć: kto ją przeczyta, będzie chciał zobaczyć Maroko.

RG

Stowarzyszenie Muzeum Medycyny w Warszawie

W czerwcu, z inicjatywy młodych lekarzy i osób związanych ze służbą zdrowia, zostało powołane do życia Stowarzyszenie Muzeum Medycyny w Warszawie. Podstawowym celem statutowym Stowarzyszenia jest doprowadzenie do stworzenia w stolicy Muzeum Medycyny w oparciu o Zbiory Specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej. Więcej informacji na stronie www.muzeummedycyny.pl
Stowarzyszenie Muzeum Medycyny w Warszawie,
ul. Karowa 31, 00-324 Warszawa,
biuro@muzeummedycyny.pl,
www.muzeummedycyny.pl



Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM w Białymstoku, rocznik 1964-70

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AMB w dn. **11-12.09.br. w Białymstoku (Pałac Branickich i Bankiet – Kawiarnia ELIDA)**. Noclegi we własnym zakresie. Koszt uczestnictwa 220 zł. Wpłaty na konto Pekao S.A. 33 1240 2177 1111 0000 3570 8247 Danuta Zawistowska do 2.09.br. z dopiskiem „ZJAZD”. Wpłatę proszę potwierdzić e-mailem z podaniem danych osobowych (+ nazwisko panieńskie) i nr. tel. kontaktowego na adres: womppb@onet.pl lub tel./faks **83-342-06-84**.

Absolwenci AM w Białymstoku, rocznik 1969-75

W dn. **16-17.10.br.** spotkanie koleżeńskie w **Białymstoku (Pałac Branickich i Centrum Konferencyjno-Bankietowe w Supraślu z noclegiem)**. Pokoje: 1-osobowe – 120 zł, 2-osobowe – 150 zł (ze śniadaniem), proszę rezerwować telefonicznie: tel./faks 85-710-83-94. Koszt uczestnictwa 250 zł. Wpłaty na konto: BGŻ 90 2030 0045 1130 0000 0401 7650 Janusz Popko. Wpłatę proszę potwierdzić mailem, telefonicznie lub pocztą: jpopko@umwb.edu.pl, tel./faks **85-74-08-95, Klinika Ortopedii Dziecięcej UDSK, 15-269 Białystok, ul. Waszyngtona 17**. Zapewniamy dojazd Supraśl - Białystok - Supraśl.

Oddział Stomatologii AM Poznań, rocznik 1985-90

Zjazd koleżeński absolwentów **9.10.br. w Poznaniu, Stary Browar** – restauracja piano bar, godz. 19.00, o godz. 15.00 – spotkanie w **Instytucie Stom.** (zdjęcia pamiątkowe, zwiedzanie). Koszt całość 300 zł od 1 osoby. Wpłaty przyjmuje koleżanka **Dorota Kabzińska**, tel. **604-272-891**. Informacje **Joanna Osińska**, tel. **509-440-650**

Wydział Lekarski AMG, rocznik 1974-80 (poprawione)

Zjazd koleżeński z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów, w dn. **8-10.10.br. Hotel Otomin, 2 km od obwodnicy Trójmiasta**, cena 350 zł, wpłaty do 1.08.br. Bank Zachodni WBK 14 1090 1098 0000 0001 1385 3558. Informacje: **Anna Skuratowicz-Kubica**, tel. **0513-773-028** oraz **Małgorzata Walicka-Piotrowska**, tel. **0609-050-777**. Szczegóły na stronie internetowej www.30latAMG2010.DBV.pl oraz www.hotelotomin.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

opr. u

Absolwenci AM w Gdańsku, rocznik 1955-60, po uroczystościach 50-lecia absolutorium, które odbyły się 22 maja br., postanowili włączyć się w akcję pomocy poszkodowanym w kataklizmie, który nawiedził Polskę (powódź i osuwiska ziemi). Odpowiedzieliśmy na apel **wójta gminy Lanckorona pani Zofii Oszackiej**, przelewając na konto gminy Lanckorona 2110 zł. Wzywamy kolegów lekarzy – włączcie się do akcji pomocy dla powodzian! Jerzy Topolewicz

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolventus.pl

SERWIS POMOŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄJĄ SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEZDZIE.

Sport ogłoszenia

Aktywni Lekarze

Portal Aktywnych Lekarzy zaprasza na narciarskie otwarcie sezonu – **Dolomity, grudzień 2010**. www.aktywnywypoczynek.pl

Imprezy różne

Wyjazd do Meksyku

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie przygotowała dla lekarzy 14-dniowy wyjazd turystyczno-wypoczynkowy do **Meksyku**. W programie zwiedzanie najwspanialszych zabytków kultury **Majów**: ogromne piramidy i pałace, przepiękne świątynie, kilkudniowy wypoczynek w **Acapulco nad Pacyfikiem** i w **Cancun nad Atlantykiem**. Wszystkie świadczenia na wysokim standardzie, wypoczynek „all inclusive”. Termin: **14-27.10.br.** Cena ok. 9,5 tys. zł – zależy od kursu walut. Informacje i zgłoszenia u koordynatora wyjazdów: kwatour@op.pl