

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

**BEZPŁATNA OPIEKA PRAWNA
DLA CZŁONKÓW WIL**

**24H INFOLINIA:
+48 501 538 539**

**Jan Kowalski
PWZ 1234567**

**Każdego miesiąca 400 członków WIL
oraz ich bliskich korzysta z usług
24h Opieka Prawna Lex Secure s. 5**

s. 6

**Nowe zasady pomocy
materialnej**

s. 16

**Oddajemy głos
konsultantom
wojewódzkim**

Zdobywaj wiedzę z EDU WIL

I OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA MEDYCYNY RODZINNEJ

24 września 2022

EDU WIL
ul. Szyperska 14
Poznań

eduwil.pl

Konferencja w trybie
hybrydowym.

5 punktów edukacyjnych

Konferencja sfinansowana ze środków WIL,
dla członków WIL bezpłatnie.

Program

I SESJA | JAK NIE ZWARIOWAĆ W POZ?

- 09.00 – 09.15 Otwarcie konferencji
- 09.15 – 09.45 Jak rozmawiać z pacjentem?
- 09.45 – 10.15 Jak się nie wypalić?
- 10.15 – 10.45 10 trudnych pytań do prawnika...

II SESJA | PRAWNIK RADZI

- 11.00 – 11.30 Lekarz jako funkcjonariusz publiczny
- 11.30 – 12.00 Obrona wizerunku lekarza
- 12.00 – 12.30 Jak zyskać wolny czas?

Przerwa na lunch, wykład sponsorowany „ubezpieczenie lekarza”

III SESJA | RODZINNI KONTRA...

- 13.30 – 14.00 ...szpitalnicy, czyli sekret udanego związku
- 14.00 – 14.30 ...NFZ, czyli szykuj się na kontrolę
- 14.30 – 15.00 ...OROZ, czyli skargi w medycynie rodzinnej
- 15.00 – 15.30 Podsumowanie i zakończenie konferencji

ORGANIZATOR



PATRONAT



PATRONAT MEDIALNY





Przemysław Ciupka

redaktor naczelny

przemyslaw.ciupka@wil.org.pl

SŁOWEM WSTĘPU

Pomoc po wielkopolsku

Wielkopolanie jak mało kto cenią sobie gospodarność i konsekwencję w realizacji postawionych celów. Przykładem takiego działania, co piszę z niekrytą satysfakcją, jest organizacja pomocy lekarzom-uchodźcom z Ukrainy przez Wielkopolską Izbę Lekarską.

Nasz system ochrony zdrowia jak tlenu potrzebuje wsparcia kadrowego. Musi być to jednak wsparcie realne, a takiego nie stanowi lekarz nieposługujący się językiem polskim w przyzwoitym stopniu. Taka osoba nie będzie działać samodzielnie, a to oznacza, że jej praca będzie generować dodatkowe obowiązki dla koleżanek i kolegów. Samorząd lekarski stoi na stanowisku – jedynym zresztą, jakie podpowiada zdrowy rozsądek – że znajomość języka polskiego jest warunkiem *sine qua non* wykonywania zawodu lekarza na terenie Polski. Dlatego WIL już wiosną organizowała kursy językowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów z Ukrainy, którzy, uciekając przed wojną, trafili do naszego regionu. Część z nich uzyskała już warunkowe prawo wykonywania zawodu na podstawie tzw. specustawy, a zdecydowana większość kontynuuje naukę, przygotowując się do egzaminu z języka polskiego w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Uczestnictwo w zajęciach było bezpłatne, co dla ludzi niejednokrotnie urządzających swoje życie od nowa ma niebagatelne znaczenie. Wiosenne kursy ruszyły dzięki wolontariackiemu zaangażowaniu Centrum Szkoleniowego ADAMS. Teraz nauka może być kontynuowana bez kosztów dla uczestników, ponieważ WIL sięgnęła po pieniądze z Funduszu Pracy, pozostającym w dyspozycji Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Takie możliwości, a konkretnie pozyskanie 3 tys. zł dofinansowania na osobę na naukę języka polskiego, dała nowelizacja tzw. specustawy. Kiedy tylko parlamentarzyści przyjęli przepisy, izba rozpięła projekt, ten został pozytywnie oceniony przez ministerstwo, dzięki czemu na kształcenie 54 lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy uzupełnią kadry placówek medycznych, przeznaczymy 162 tys. zł.

Zajęcia rozpoczęły się na początku sierpnia i potrwać do końca listopada. Spośród 9 grup na różnym poziomie zaawansowania 4 są prowadzone online, co ułatwia udział osobom spoza Poznania. Jedna grupa jest przeznaczona dla stomatologów. Co warto podkreślić, 3/4 uczestników projektu brało udział już w wiosennych kursach i robi stałe postępy. Pracowitość to cecha, którą również bardzo wysoko cenimy w Wielkopolsce.

W tym numerze chcemy także przypomnieć, co widać na okładce, że wszyscy lekarze i lekarze dentyści WIL oraz ich bliscy mają dostęp do całodobowej opieki prawnej w ramach Lex Secure. Na tę formę wsparcia swoich członków izba zdecydowała się ponad półtora roku temu. Dyżur prawnika w siedzibie WIL został zastąpiony przez platformę umożliwiającą wystosowanie pytania prawnego przez infolinię, kontakt mailowy lub wideoporadę. W efekcie liczba porad udzielanych członkom WIL w miesiącu jest zbliżona do tej, jaką wcześniej realizowano w ciągu roku. Zachęcam do spojrzenia na s. 5, gdzie w pigułce przedstawiamy, na co zwrócić uwagę, by z dostępnych usług korzystać jak najsprawniej. ■

Spis treści

Naszym zdaniem	4
Udana rewolucja. Opieka prawna dla lekarzy i lekarzy dentyistów WIL	5
Nowe zasady pomocy materialnej dla członków WIL	6
Programy pomocy materialnej dla członków WIL	7
Pomóżmy Wielkopolanom rozstać się z tytoniem	8
Humanizacja medycyny?!	9
Rubryka stomatologiczna	10
Parafrazując klasyka, można rzec: „My jesteśmy tu i teraz, a oni tam, gdzie drugi brzeg”	11
Implant podokostnowy	12
Wspominamy wielkopolskich dentyistów	14
List do redakcji	15
Żniw nie będzie?	16
Okiem konsultanta	16
Rubryka rezydencka	17
Pigułka prawna	18
Kara finansowa dla podmiotu leczniczego za naruszenie przepisów o ochronie danych osobowych	19
Powitanie lata – Noc Kupały w Delegaturze WIL w Lesznie	20
Połączyli pokolenia	20
Kaliska delegatura odznaczyła Nestorów	21
Z medycznej wokandy	22
Dawka informacji	24
Wybitni endokrynolodzy uhonorowani na 50-lecie kliniki	26
Leśnicy i kardiolodzy zapraszają na nordic walking w lesie	26
Józef Struś (1510–1559)	27
Wspomnienie o prof. Tadeuszu Stasińskim	28
Wspomnienie o prof. Kazimierze Brodzińskiej	29
Wiersze	30

NASZYM ZDANIEM



Krzysztof Kordel
prezes
ORL WIL



Marcin Karolewski
wiceprezes
ORL WIL

DNR

Na początek krótkie wyjaśnienie, dlaczego dziś dwugłos? Dlatego, że pomimo wakacyjnej aury temat wstępniaka będzie naprawdę poważny.

KK: Okres wakacyjny powinien kojarzyć się ze spokojem i głównym problemem powinien być sposób ułożenia grafiku tak, by przemęczony personel medyczny mógł wypocząć, a pacjenci mogli być zaopiekowani w sposób bezpieczny. Tegoroczne lato jest nad wyraz gorące i mamy tutaj na myśli nie tylko pogodę, ale sytuację w wielu placówkach medycznych Wielkopolski. Konflikt goni konflikt, a media w okresie „ogórkowym” mają o czym pisać.

MK: Od wielu już lat szpitalnictwo jest szczególnie bliskie mojemu sercu. Jestem i czuję się lekarzem szpitalnym z krwi i kości. Lubię diagnozować i leczyć w szpitalu, lubię możliwości diagnostyczne i lecznicze, jakie daje szpital. Lubię burze mózgow, jakie są w fajnych zespołach lekarsko-pielęgniarskich, lubię szczególną formę interakcji pomiędzy lekarzem a pacjentem w szpitalu. I wreszcie, choć oczywiście w ograniczonym stopniu, lubię dyżury. I dlatego od wielu lat, z bólem serca obserwuję, co się dzieje w szpitalnictwie. Padają zespoły lekarskie, padają oddziały. Działalność zarządzających i tworzenie oszczędności, głównie na personelu, powoduje, że pozostały na oddziałach personel medyczny jest przepracowany i zmęczony. Nie zagraża nam wypalenie, my po prostu wszyscy jesteśmy wypaleni!

KK: Zaczęło się od pilskiego szpitala, w którym nieprawidłowości z naruszeniami prawa pracy były na tyle silne i tak liczne, że zdecydowaliśmy się na poinformowanie o nich Państwowej Inspekcji Pracy. Konflikt ze starostą pilskim zaowocował doniesieniem do prokuratury, a sprawa sądowa jest w toku, ale część lekarzy zdecydowała o odejściu ze szpitala. TVN „wziął na tapet” oddział psychiatrii dziecięcej w Dziekance akurat w momencie, kiedy zdesperowani psychiatry dziecięcy oraz pozostały personel kliniki zdecydowali się na masowe złożenie wypowiedzeń z pracy. Podobnie jak pilscy lekarze zwrócili się z prośbą o pomoc do izby lekarskiej. Problem oddziału w Gnieźnie rozwiązał się w najgorszy z możliwych sposobów – oddziału nie ma. Natomiast w Poznaniu powstał nowy oddział psychiatrii dziecięcej w szpitalu HCP. Zdajemy sobie jednak sprawę z tego, że do rozwiązania problemu psychiatrii dziecięcej w Wielkopolsce droga daleka i jakże wyboista. Zrobili tak również lekarze neonatolodzy z Kliniki na Polnej, którzy zdecydowali się na masowe złożenie wypowiedzeń. Tutaj głównym jądrem sporu są kwestie płacowe, co ogranicza izbie pole manewru. Chcemy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że izba lekarska nie ma możliwości uczestniczenia w sporach płacowych, bo są one domeną związków zawodowych. Nasza rola to podejmowanie działań mających na względzie dbałość o jakość wykonywania zawodu, a także zwracanie uwagi na zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów. W ostatnim

czasie sytuacja napięta była także w POSUM i docierały do nas informacje, że część zatrudnionych tam lekarzy zamierza zrezygnować z pracy. Niestety niektórzy z nich podjęli taką decyzję w kaliskim szpitalu, nie mogąc porozumieć się z dyrektorem, co dezorganizuje pracę drugiego co do wielkości szpitala w Wielkopolsce.

MK: Mechanizm upadku oddziału jest wszędzie podobny – szpital ma się bilansować finansowo. I znowu nie odkrywczego – zdecydowana większość kosztów funkcjonowania szpitali to koszty pracy. Więc się redukuje, optymalizuje. Najpierw nie przyjmuje się nowych pracowników, potem dodaje się pozostałym na oddziałach nowe zakresy zadań. Na samym początku często to nie wygląda źle, personel przyjmuje nowe obowiązki, straty są nieco mniejsze. Ale często idzie się dalej, bo trzeba dojść do magicznego zera w wyniku finansowym. Dochodzi się do punktu krytycznego, w którym frustracja i zmęczenie personelu przekracza granice wytrzymałości. Część personelu rezygnuje, reszta staje przed dylematem – odejść czy wziąć na siebie ponadnormatywną liczbę dyżurów, obowiązków, pracować na raz na kilku oddziałach? Budzą się pytania – jak długo to potrwa? Czy jest szansa na poprawę? Czy jak odejdę, to inni stracą pracę, bo oddział upadnie? Rodzi się złość i frustracja. Jesteśmy źli na siebie, na kolegów, którzy odeszli, na rządzących, że nic z tym nie robią. Jednocześnie często słyszę zarzut – ten system działa, bo się na to godzisz! Zawsze sobie myślałem, że trzeba przetrwać trudny okres, że to minie, że nie można zawieść personelu, pacjentów, bo funkcjonowanie wielu oddziałów „wisi” na poświęceniu poszczególnych osób. Przyznam się, że ostatnio coraz częściej zaczynam się zastanawiać, czy koledzy, którzy mówią „powiedz STOP”, nie mają racji. I czy ten system szpitalnictwa jest jeszcze do odratowania. Czy nie należy pochylić się nad tym systemem i napisać dużymi literami – **DNR**.

KK, MK: Rozumiemy starania zarządzających szpitalami, by zmniejszać ich zadłużenie, ale wydaje się, że ograniczenie zatrudnienia i nałożenie na pozostały personel obowiązków tych, co odeszli, nie jest właściwą drogą. Naszym zdaniem czas prostych rozwiązań się skończył. Chcemy podkreślić, że w obecnej sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia lekarze i pozostały personel fachowy nie będzie miał problemu ze znalezieniem pracy w bardziej przyjaznych im placówkach medycznych. Główną stratą w zaistniałej sytuacji będzie rozbitcie zespołów ludzkich, które sprawnie funkcjonowały i miały swoją markę, co powodowało, iż pacjenci chcieli się tam leczyć. Odbudowanie marki, o ile będzie możliwe, będzie trwało latami.

DNR (do-not-resuscitate) – tym terminem określamy pacjenta niereanimacyjnego, najczęściej terminalnie chorego.

Udana rewolucja. Opieka prawna dla lekarzy i lekarzy dentyistów WIL

Już od 20 miesięcy członkowie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz ich bliscy są objęci programem opieki prawnej realizowanym przez kancelarię Lex Secure. Liczba wykonywanych usług utrzymuje się na stałym, wysokim poziomie.

1 stycznia 2021 r. do historii odeszły dyżury prawników, którzy w siedzibie WIL udzielali porad lekarzom i lekarzom dentyistom. Wdrożenie rozwiązań w ramach Lex Secure pozwoliło poszerzyć dostępność opieki prawnej do nieosiągalnych dotąd rozmiarów. Obecnie pomoc jest dostępna dla każdego, przez całą dobę. Jedynym warunkiem jest opłacenie składki na 2 miesiące przed wystosowaniem zapytania.

Do dyspozycji lekarza i lekarza dentyisty są następujące narzędzia kontaktu z prawnikami Lex Secure:

- **INFOLINIA 24 H: przez 7 dni w tygodniu pod numerem telefonu: +48 501 538 539**
- **ADRES E-MAIL: prawnik@opiekaprawna.pl**
- **INTERNETOWA STREFA KLIENTA: na stronie www.lexsecure.pl**
- **WIDEOKOMUNIKATOR: po telefonicznym umówieniu się na rozmowę wideo (usługa dostępna po otrzymaniu pierwszej opinii w sprawie)**

Liczba pytań kierowanych do prawników przez członków WIL każdego miesiąca oscyluje wokół 400. Z porady skorzystać mogą także bliscy lekarza i lekarza dentyisty – małżonkowie, konkubenci, dzieci do 25. roku życia – a zakres opieki prawnej nie jest ograniczony tylko do spraw zawodowych. W pierwszej połowie bieżącego roku wpłynęło 1680 pytań



dotyczących sfery prywatnej, przy 663 związanych z wykonywaniem zawodu. Standardowo odpowiedź jest przygotowywana w 24 godziny. Wyjątkiem są złożone sprawy, których opracowanie wymaga dłuższego czasu.

Przede wszystkim chcemy zachęcić naszych klientów do dopytywania. Jeżeli uzyskana odpowiedź jest w jakikolwiek sposób niezrozumiała lub w opinii klienta wymaga rozwinięcia czy też doprecyzowania, zgłośmy to, zadajmy kolejne pytania. Co ważne, możliwe jest umówienie się na tele- bądź wideokonsultację z prawnikiem, by omówić z nim treść otrzymanej opinii prawnej – przypomina Paweł Żółtowski z Lex Secure. Pamiętajmy również, by nie zwlekać z kontaktem w przypadku otrzymania pisma lub wezwania od różnych instytucji. Sygnalizujemy także, kiedy sprawa jest naprawdę pilna – dodaje.

Doświadczenie pokazuje, że utrudnienie w korzystaniu z usługi może stanowić tak prozaiczna sytuacja, jak trafienie odpowiedzi do spamu w skrzynce e-mail. Dlatego też przygotowaliśmy dla Państwa garść wskazówek, które pozwolą zmaksymalizować efektywność opieki prawnej:

Jak korzystać z usług 24h Opieka Prawna Lex Secure

1. Przed zadaniem pytania przygotuj się do rozmowy z prawnikiem:

a. Zwróć uwagę na miejsce, z którego telefonujesz, tak aby było ono możliwie ciche i spokojne. Rozmowa prowadzona z restauracji, tramwaju czy z ruchliwej ulicy nie zapewni Ci poczucia komfortu i dyskrecji, a jednocześnie zmniejszy szansę na precyzyjne wyjaśnienie Twojego problemu.

b. Przygotuj dokumenty, które mogą być pomocne do przedstawienia problemu prawnego (np. umowę, której treść dotyczy pytanie, lub pismo, na które chciałbyś odpowiedzieć). Gdy prawnik poprosi Cię o przesłanie tych dokumentów, nie będziesz tracił czasu, by je odszukać, co pozwoli nam szybciej przygotować odpowiedź.

2. Postaraj się jak najdokładniej opisać swój problem lub sytuację prawną, w której się znalazłeś. Nie zatajaj

przed prawnikiem żadnych, nawet pozornie krępujących informacji, ponieważ mogą one wpływać na treść odpowiedzi. Pamiętaj, że wiąże nas tajemnica zawodowa, więc Twoje problemy są u nas bezpieczne.

3. Jeżeli otrzymałeś pismo lub wezwanie (z sądu, policji, urzędu miasta, urzędu skarbowego, z ZUS, z NFZ lub innej instytucji), nie zwlekaj z kontaktem z prawnikiem do ostatniej chwili – tu czas działa na Twoją niekorzyść. My też potrzebujemy czasu na zapoznanie się z dokumentami i przygotowanie dla Ciebie opinii prawnej lub propozycji odpowiedzi.

4. Jeżeli dotychczas nie kontaktowałeś się z infolinią prawną, a pierwsze pytanie zadajesz mailowo, koniecznie sprawdzaj swoją skrzynkę (również SPAM). Wyślemy do Ciebie prośbę o wyrażenie zgody na przetwarzanie Twoich danych osobowych. Ponadto w trakcie opracowywa-

- ▶ nia pytania możemy prosić Cię o dodatkowe informacje, które pozwolą przygotować precyzyjną odpowiedź. Adres poczty elektronicznej, z której zadamy pytanie, to: prawnik@opiekaprawna.pl.

5. Jeżeli Twoja sprawa jest pilna i niecierpiąca zwłoki, w szczególności jeżeli wiąże Cię termin wyznaczony przez organ lub urząd, koniecznie powiedz o tym prawnikowi podczas rozmowy na infolinii lub zaznacz w pytaniu wysyłanym mailowo.

6. Jeśli dotychczas, mimo upływu regulaminowego czasu na realizację zgłoszenia, nie otrzymałeś odpowiedzi ani żadnej informacji mailowej, to w pierwszej kolejności **sprawdź SPAM** na swojej skrzynce. Następnie skontaktuj się z nami telefonicznie: +48 501 538 539 lub mailowo: prawnik@opiekaprawna.pl, postaramy się od razu rozwiązać problem.

7. Pamiętaj, że zawsze możesz założyć swoje Indywidualne Konto Klienta, po wcześniejszej weryfikacji za pośrednictwem całodobowej infolinii prawnej. Jeżeli już to zrobiłeś lub korzystałeś wcześniej z pomocy prawnej, zarejestruj się na stronie <https://lexsecure.pl/> i wybierz Strefę Klienta lub bezpośrednio [\[re.com/login\]\(https://lexsecure.pl/login\). W ten sposób uzyskasz swobodny dostęp w jednym miejscu do wszystkich swoich pytań prawnych.](https://klient.lexsecu-</p>
</div>
<div data-bbox=)

8. Jeżeli otrzymałeś odpowiedź, która nie jest dla Ciebie zrozumiała lub pojawiły się inne nurtujące Cię kwestie, **zawsze możesz zadać kolejne pytanie lub poprosić o dodatkowe wyjaśnienia.**

9. Jeżeli w dalszym ciągu czujesz, że potrzebujesz omówić otrzymaną opinię prawną – możesz zrobić to, zgłaszając nam chęć skorzystania z wideoporady. Wówczas w umówionym terminie skontaktuje się z Tobą adwokat lub radca prawny, który pracował nad Twoją sprawą.

10. Pamiętaj, 24 h Opieka Prawna Lex Secure obejmuje swoim zakresem pytania dotyczące całego polskiego porządku prawnego oraz tego prawa europejskiego, które dotyczy Polski. Jeżeli po dokonaniu analizy okaże się, że odpowiedzi na Twoje pytanie należy szukać w innym prawie krajowym, niezwłocznie poinformujemy Cię, że nie jesteśmy w stanie udzielić odpowiedzi oraz podpowiemy, jakie prawo znajdzie w takim przypadku zastosowanie.

Kto pyta, nie błądzi. Kto dopytuje, ten zyskuje!

Nowe zasady pomocy materialnej dla członków WIL

Kompleksowe podejście, solidarność międzypokoleniowa, odpowiadanie na potrzeby różnych grup lekarzy i lekarzy dentyków – na tych fundamentach zbudowane zostały nowe zasady pomocy materialnej dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Regulamin obowiązuje od 1 lipca. Warto zapoznać się z argumentami, które stały za decyzjami podjętymi przez Okręgową Radę Lekarską.

ORL WIL została zobowiązana do opracowania nowych zasad przez uchwałę XLVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy, a za ich przygotowanie odpowiedzialna była komisja specjalna, w skład której weszli m.in. przewodniczący: Komisji Socjalnej, Komisji ds. Emerytów i Rencistów, Komisji ds. Młodych Lekarzy, Komisji Stomatologicznej oraz Komisji ds. Kształcenia Medycznego.

Musieliśmy przemyśleć na nowo i uporządkować te kwestie. Przepisy dotyczące różnego rodzaju form wsparcia były do tej pory rozproszone w wielu uchwałach, z których niektóre przyjmowaliśmy jeszcze w latach dziewięćdziesiątych. Dostrzegli to delegaci na ostatni Okręgowy Zjazd Lekarzy, powołaliśmy odpowiedni zespół, który po tygodniach spotkań i dyskusji zaprezentował Radzie Okręgowej konkretne propozycje. Udało nam się wypracować spójny regulamin, znacznie lepiej przystający do dzisiejszych realiów, a co najważniejsze – dający możliwość wsparcia lekarzom w wieku 35–60 lat, dotąd nieco pomijanych w różnego rodzaju programach – zaznacza prezes ORL WIL dr n. med. Krzysztof Kordel.

Wszystkie grupy w ramach samorządu lekarzy i lekarzy dentyków w Wielkopolsce, w tym stażyści i rezydenci, mogą skorzystać z dofinansowania udziału organizowanych przez WIL cenionych i certyfikowanych kursów z zakresu zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (ALS, ILS, EPALS).

Wsparcie pokrywa blisko jedną trzecią kosztów kursu, zapewniającego absolutnie podstawowe kompetencje dla każdego medyka. Wykaz kursów refundowanych rokrocznie będzie ustalany przez Okręgową Radę Lekarską.

Po zapomogi losowe, refundację kosztów szczepień ochronnych oraz kosztów kształcenia i udziału w wydarzeniach edukacyjnych sięgnąć mogą członkowie WIL, których dochód na osobę w gospodarstwie domowym w roku poprzedzającym złożenie wniosku nie przekraczał równowartości 75 proc. miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia lekarza stażysty lub lekarza dentyki stażysty. Kryterium dochodowe nie dotyczy zapomóg losowych z tytułu śmierci lekarza, współmałżonka lekarza oraz dla dzieci zmarłego lekarza (**lista zapomóg wyłączonych z kryterium dochodowego na końcu artykułu**).

Utrzymaliśmy też w mocy szereg zapomóg, ustalając przy tym jednolite kryterium dochodowe, tak by pomoc trafiała do najbardziej potrzebujących. Zdajemy sobie jednak sprawę, że wyjątkowe sytuacje wymagają indywidualnego podejścia, dlatego regulamin przewiduje też elastyczność i odstąpienie od kryterium. Część zapomóg losowych jest całkowicie wyłączonych spod kryterium dochodowego, a idąc z duchem czasu, ORL zdecydowała o przyznaniu zapomóg pośmiertnych również partnerom życiowym lekarzy, nie tylko małżonkom – wyjaśnia wiceprezes ORL WIL lek. Marcin Karolewski.

Nie ukrywajmy też, że mamy w tym roku niezwykle trudny i napięty budżet, co wiąże się ze znacznie zwiększonymi kosztami utrzymania, przy niezmiennych dochodach. To sprawia, że musieliśmy urealnić nasze wydatki na wielu polach, również w zakresie pomocy materialnej – dodaje.

Ogromną popularnością od lat cieszyła się refundacja szczepień dla dzieci lekarzy i lekarzy dentyków WIL, które nie ukończyły 3. roku życia. Program został utrzymany z uwzględnieniem kryterium dochodowego. Z refundacji szczepień mogą skorzystać też lekarze seniorzy (ci powyżej 75. roku życia otrzymają darowizny celowe). Wykaz refundowanych szczepień każdego roku określać będzie powołany osobną uchwałą Zespół ds. Promocji Szczepień WIL, w którego skład weszli: prof. Jacek Wysocki, lek. Marcin Karolewski oraz lek. Karol Lubarski. Do końca bieżącego roku refundowane będą szczepienia przeciwko meningokokom i ospie wietrznej dla dzieci, a dla seniorów przeciwko pneumokokom, a także błonicy, tężcowi i krztuścowi.

Musimy traktować nasz samorząd jako całość. Jako młodzi lekarze już po odbiorze prawa wykonywania zawodu jesteśmy objęci opieką prawną w ramach Lex Secure, z której korzystać mogą też nasi bliscy. Z opieki prawnej możemy korzystać całodobowo – to znacznie poprawia bezpieczeństwo i komfort

naszej pracy na samym początku ścieżki zawodowej. Mamy też ciągle dostęp do szeregu zapomóg i refundacji, nawet jeśli częściowo pozostają obwarowane kryterium dochodowym. Oznacza to tyle, że trafią do najbardziej potrzebujących. Nie zapominajmy przy tym o naszych mistrzach, mentorach, którzy teraz, będąc już w podeszłym wieku, bezsprzecznie zasługują na wsparcie z naszej strony – uważa wiceprezes ORL WIL lek. Mateusz Szulca.

Lekarzom i lekarzom dentykom rozpoczynającym 90. i 100. rok życia przekazujemy darowizny celowe. Niezwykle cieszy mnie fakt, że włączamy lekarzy seniorów w program refundacji szczepień ochronnych – myślę, że nie muszę nikomu tłumaczyć, jak ważna jest profilaktyka. Sytuacja materialna i zdrowotna emerytów i rencistów bywa bardzo różna, dlatego tak ważna jest idea samorządu zawodowego, który opiera się na międzypokoleniowej solidarności, wzajemnym wsparciu i zrozumieniu – podkreśla wiceprezes ORL WIL dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz.

Co ważne, pomoc materialna jest kierowana do lekarzy i lekarzy dentyków, którzy są członkami WIL od co najmniej 12 miesięcy i regularnie opłacają składki (lub – w wyjątkowych przypadkach – mają umorzone zaległości).

PRZEMYSŁAW CIUPKA

Programy pomocy materialnej dla członków WIL:

1. Zapomoga losowa dla lekarza z tytułu śmierci współmałżonka/partnera życiowego, przy czym przez lekarza należy rozumieć również lekarza dentykę, a przez partnera życiowego należy rozumieć osobę niepozostającą w formalnym związku małżeńskim, z którą lekarz pozostaje we wspólnym pożyciu (**wyłączona z kryterium dochodowego**).
2. Zapomoga losowa dla współmałżonka/partnera życiowego lekarza z tytułu śmierci lekarza (**wyłączona z kryterium dochodowego**).
3. Jednorazowa zapomoga losowa dla dzieci zmarłego lekarza – poprzez dziecko należy rozumieć osobę uczącą się, która nie ukończyła 24. roku życia (**wyłączona z kryterium dochodowego**).
4. Zapomoga losowa wynikająca z nieoczekiwanych okoliczności i zdarzeń losowych, które wpływają na życie i otoczenie lekarza, członka WIL.
5. Zapomoga z tytułu narodzin dziecka dla lekarza stażysty lub lekarza dentyki stażysty, lub dla lekarza spełniającego kryterium dochodowe, o którym mowa w § 2 ust. 2.
6. Refundacja kosztów udziału w wydarzeniach edukacyjnych organizowanych przez WIL, określanych przez Radę na każdy kolejny rok kalendarzowy do 15 grudnia roku poprzedzającego (**wyłączona z kryterium dochodowego**).
7. Refundacja szczepień ochronnych i profilaktycznych dla dzieci członków WIL, które nie ukończyły 3. roku życia. Wykaz szczepień refundowanych określa corocznie, do dnia 15 grudnia roku poprzedzającego, Zespół ds. Promocji Szczepień WIL, powołany przez Radę na daną kadencję.
8. Darowizny celowe na poprawę stanu zdrowia dla lekarzy seniorów rozpoczynających 90. rok życia oraz 100-latków.
9. Pożyczka na cele związane z niwelacją negatywnych skutków wystąpienia nieoczekiwanych okoliczności i zdarzeń losowych, o których mowa w pkt 4 niniejszego paragrafu.
10. Refundacja kosztów kształcenia dla lekarzy stażystów i lekarzy stażystów dentyków (**wyłączona z kryterium dochodowego**).
11. Darowizny celowe dla lekarzy seniorów WIL na realizację szczepień ochronnych wyznaczonych przez Zespół ds. Promocji Szczepień WIL. Poprzez lekarzy seniorów należy rozumieć członków WIL uprawnionych do nieopłacania składki członkowskiej na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej regulującej zasady opłacania składki członkowskiej, czyli takich, którzy osiągnęli 75. rok życia lub osiągnęli wiek emerytalny i złożyli oświadczenie o nieosiąganiu przychodów, o którym mowa w uchwale Naczelnej Rady Lekarskiej regulującej zasady opłacania składki członkowskiej. ■

Szczegółowe informacje na stronie internetowej:

wil.org.pl/pomoc-materialna

Apel POREL 1/2022
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z dnia 12 lipca 2022 r.

do Ministra Zdrowia o przywrócenie finansowania testów PCR w kierunku SARS-CoV-2

W związku z pogarszającą się sytuacją epidemiczną apelujemy o wznowienie powszechnego testowania w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2. Ministerstwo Zdrowia winno zapewnić placówkom medycznym finansowanie testów PCR, by umożliwić poprawne diagnozowanie pacjentów, zapewnić bezpieczeństwo pacjentom i medykom, a także pozwolić zebrać dane niezbędne do analizy rozwoju epidemii. Lekarze w swojej codziennej praktyce widzą, że liczba zakażeń wzrasta, jednak przez zaniechanie testowania nie jesteśmy w stanie określić skali problemu.

Z ogromnym zaniepokojeniem obserwujemy sytuację w Niemczech, gdzie gwałtowny wzrost zakażeń subwariantem BA.5 Omikronu ponownie generuje ogromną presję na system ochrony zdrowia. Musimy założyć, że fala zachorowań nie ominie naszego kraju i jak najszybciej wdrożyć działania profilaktyczne.

SEKRETARZ
 Okręgowej Rady Lekarskiej
 Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
 Okręgowej Rady Lekarskiej
 Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

dr n. med. Krzysztof Kordel

Pomóżmy Wielkopolanom rozstać się z tytoniem

Na świecie pali papierosy ok. 250 mln kobiet i ok. 1 mld mężczyzn. W Polsce w 2017 r. 24% Polaków paliło papierosy regularnie, w 2019 r. 21%. Spadek odsetka osób palących regularnie tytoniu cieszy, choć nadal nie satysfakcjonuje. Skuteczność minimalnej interwencji (porady antynikotynowej) szacuje się na 2–3%, co w populacji polskiej daje ok. 100–150 tys. osób, które podjęłyby – przy odpowiednim wsparciu – decyzję o zaprzestaniu palenia. Chciałbym podzielić się z Państwem fragmentem zebranych w trakcie pandemii danych, pobudzając naszą – lekarską – wyobraźnię i zarysowując skalę problemu, jakim jest nikotynizm.

Grupę badaną stanowiło 532 aktualnych palaczy tytoniu z Wielkopolski, z czego 53% stanowiły kobiety, a 47% mężczyźni. Aż 53,9% ankietowanych deklarowało, że są przewlekle chorzy. Wśród najczęściej wskazywanych jednostek chorobowych były choroby odtytoniowe lub te, których naturalny przebieg palenie tytoniu pogarsza.

W skutecznym zrywaniu z nałogiem najważniejsza jest wysoka motywacja palacza, jak również wsparcie merytoryczne (i farmakologiczne) ze strony pracowników ochrony zdrowia. W populacji badanej wysoką motywację, mierzoną testem wg Schneider, wykazało 78,6% ankietowanych, a aż 77,1% osób deklarowało, że chce zaprzestać palenia tytoniu. Musimy im tylko nieznacznie pomóc.

Jak wypada porada antynikotynowa okiem pacjenta? Wszystkie osoby badane odbyły przynajmniej 1 wizytę lekarską w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a ponad 23% badanych takich wizyt odbyło ponad 6. Nie wszyscy jednak zostali zapytani o to, czy palą papierosy. Tylko 62% pacjentów zostało zapytanych,

czy palą tytoniu, częściej też zadajemy to pytanie mężczyznom niż kobietom.

Jeszcze słabiej wypada ocena poradnictwa antynikotynowego. Nie wszyscy, których pytamy o palenie tytoniu i którzy przyznają się do palenia tytoniu, otrzymali poradę o jego negatywnych skutkach i o konieczności podjęcia próby zerwania z nałogiem. Szkoda. Pamiętajmy o 100 tys. Wielkopolan, których możemy uchronić przed negatywnymi skutkami nałogowego palenia skuteczną interwencją antynikotynową.

Zatrzymajmy się i zastanówmy. Czy przy całym niedofinansowaniu i niedo-
 czasie służby zdrowia, mimo wszystko, wbrew zmęczeniu i gonitwie w za-
 krótkiej dobie, nie warto poświęcić
 minuty, może dwóch, na poradę anty-
 nikotynową? Zostawiam ku refleksji: na
 ile spadek odsetka osób palących tytoniu
 Polaków jest zależny od naszego – le-
 karskiego – zaangażowania, dobrej woli
 i pamięci o negatywnych, wszechogarni-
 ających i katastrofalnych dla organi-
 zmu skutkach palenia tytoniu? A na ile
 z mody i kampanii społecznych? Ciężko
 zaakceptować, że to nie my – lekarze



Jan Steen (1626–1679), „Palacz”. Obraz znajduje się w zbiorach Muzeum Narodowego w Poznaniu, zamieszczony w kalendarzu na rok 2022 Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego (obecnie Heliodora Święcickiego).

– wpływamy na ograniczenie szerszenia nikotynizmu w Wielkopolsce.

Światowy Dzień bez Tytoniu przypada 31 maja – czyli w tym roku już za nami. Można by rzec: jedna jaskółka wiosny nie czyni, jeden dzień bez papierosa nie zmieni smutnych danych na temat nikotynizmu w Polsce i na świecie, lecz może – w poczuciu lekarskiego obowiązku – udzielmy porady antynikotynowej wszystkim pacjentom odwiedzającym szpitale i poradnie w najbliższych dniach i tygodniach, nawet jeśli 31 maja już za nami. Od czegoś zacząć trzeba.

Daria Springer

Humanizacja medycyny?!

W czerwcu odbył się z dużym rozmachem i powodzeniem w Warszawie I Kongres Humanizacji Medycyny. Zadanie to określano jako „teorię i zbiór praktyk, mających na celu dostosowanie diagnostyki i leczenia do potrzeb i możliwości człowieka chorego oraz jego środowiska, podkreślające wagę personalizacji procesu leczenia”. Kilkaset osób w ciągu dwóch dni wykładów i debat starało się w sposób – często interesujący – zgłębić wyzwania związane z tym spotkaniem.



Szczepan Cofta

Ktoś mógłby wyrazić zdziwienie, że medycyna wymaga humanizacji. Założeniem bowiem nam tak bliskiej dziedziny powinno być skupienie się na człowieku. *Humano* znaczy ludzki. Ludzkość – *humanitas*. W pewnym sensie można by wyrazić, że dochodzi do pewnej kakofonii słownej, jednakże okazuje się, że – co zresztą jednoznacznie wiemy i odczuwamy – proces humanizacji musi być rozważany i trzeba go kontynuować.

Podczas kongresu nie zabrakło wielkopolskich akcentów. W panelu „Pacjent w systemie ochrony zdrowia, jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta” reprezentował nas dr Rafał Staszewski, dyrektor generalny naszego Uniwersytetu Medycznego. W panelu „Kulturowe i duchowe uwarunkowania opieki nad pacjentem” wystąpiła dr hab. Ewa Baum, prof. UMP, kierownik Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych. Ja osobiście modelowałem „Sesję menedżerów placówek ochrony zdrowia”.

Starałem się w swoim wprowadzeniu ukazać, w jaki sposób można przeciw-

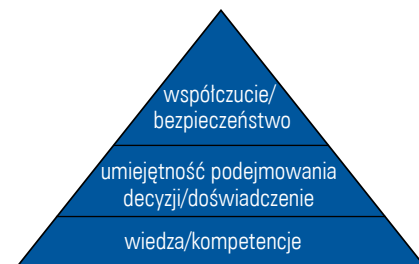
stawiać się tendencjom dehumanizacyjnym, zarządzając w opiece zdrowotnej. Próbowałem ukazać, jakie czynniki mogą wpływać na tendencje dehumanizacyjne. Są nimi: 1) wzrastające nieograniczone zaufanie do zaawansowanych technik oraz rozwoju informatycznego – wciągniętych w działania medyczne – technicyzacja zawodów medycznych; 2) mobilność geograficzna pacjentów i lekarzy, a stąd alienacja relacji; 3) wzrastająca liczba zamkniętych placówek leczniczych, faktycznie ograniczających wolność wyboru leczenia – nadmierna specjalizacja jednostek; 4) konieczność zwiększania liczby specjalistów zaangażowanych w leczenie z racji wąskich specjalizacji; 5) wzrastające zaufanie pacjentów do posiłkowania się aspektami prawnymi w relacjach z pracownikami medycznymi (skutek: procedury wykonywane „na zapas”, „uszytwnienie” relacji) oraz 6) wysiłki zmierzające do zatrzymania eskalacji kosztów medycznych, czyli lawirowanie między racjonalizacją kosztów a cwaniactwem zarządczym, dość kolokwialnie mówiąc.

Czynniki ten wypunktowałem w sposób syntetyczny, zdając sobie sprawę, że każdy ze wskazanych elementów wymagałby odrębnego rozwinięcia.

Starałem się ponadto wskazać, że w złożoności struktury gmachu działalności medycznej niezbędne jest zachowanie trzech wymiarów ukazanych w piramidzie: u podstawy jej niezbędna jest wiedza i kompetencje, powyżej umiejętność podejmowania decyzji i doświadczenie, a najwyżej okazywane współczucie i bezpieczeństwo pacjenta.

Podczas debaty zwrócono jednoznacznie uwagę, że niezbędne jest także zapewnienie bezpieczeństwa lekarzom. Chodzi o bezpieczeństwo pracy. Tak, słusznym wydaje się współcześnie

Złożoność struktury gmachu działalności medycznej – niezbędność trzech wymiarów



okazanie szacunku lekarzom jako element humanizacji medycyny z racji tego, że uszanowanie i budowanie bezpieczeństwa służy także – finalnie – pacjentowi. Jest to o tyle istotne, o ile w praktyce codziennej – również naszych zarządów – jest nieraz tak trudno o to, o czym należy wspominać z pewnym zażenowaniem. Nie są bowiem często zrozumiane działania, które mają to na celu.

Nie wiem, czy nie wybrzmiewa myśl o konieczności pewnej kontrewolucji w medycynie, zwłaszcza w dobie komercjalizacji i preferowania mechanizmów zarządczych bliskich raczej wielu korporacji pozamedycznych.

Jednym z poznańskich kontrewolucjonistów w medycynie był chociażby zmarły przed prawie 3 laty prof. Jacek Łuczak. Działając często wbrew bezdusznym mechanizmom, starał się nieść medycynę holistyczną, obejmującą wszystkie wymiary człowieka, okrywającą go jak płaszczem – paliuszem. Ale w podobnym duchu działają tysiące lekarzy, bardziej czy mniej widocznych, którzy próbują powracać do najczystszej nurtu naszej dziedziny. Czy nie warto zaprosić do pewnej kontrofensywy, powracającej ku człowiekowi jako osi wszelkich działań medycznych? W sposób wyrazisty, zazwyczaj często narażając się i próbując swych sił pod prąd?

W ubiegłym roku został podpisany przez Ministerstwo Zdrowia, ale także wiele innych instytucji, list intencyjny w sprawie współpracy w zakresie upowszechnienia idei humanizmu w medycynie. Choć jest wyłącznie deklaracją, warto to dążenie kontynuować, krok po kroku rozwiązując problemy. Lista jest długa. Pewnie takie jest życie, ale...



Sentyment pana ministra

Witamy serdecznie po wakacjach. Pogoda dopisała, efekty naszych starań dotyczących poprawy bytu lekarzy stomatologów owszem, są, i wynoszą podobno aż 30 proc. Oznacza to w niektórych sytuacjach 16 zł zamiast 11 zł. Wzruszyłam się, słuchając opowieści pana ministra o tym, jak miło wspomina chodzenie do prywatnego gabinetu, bo taka to jest polska tradycja. Skoro taka jest, a poruszamy się wszyscy w przestrzeni społecznej, to miło byłoby zauważyć, że kwota 400 zł za otwarcie zęba u ośmiolatka, podobnie jak kwota 250 zł za to samo, nijak się ma do budżetu mamy z Doniecka, która otrzymuje „500 plus” na swoje dziecko i jest za to bardzo wdzięczna, a te „500 plus” to czasem (albo i zwykle) jej jedyne pieniądze. Natomiast sentyment pana ministra nie do końca przekłada się na koszty utrzymania praktyk lekarskich, nawet tych, które zatrudniają lekarzy specjalistów chirurgów czy periodontologów, realizują dodatkowo kontrakt podstawowy oraz mają wsparcie rezydentów i stażystów, których pensje i ubezpieczenia pokrywa kto inny. Te czasem stać na dobroczynność z własnej kieszeni. Jest to także policzalny dowód na to, że trzeba przemyśleć przystąpienie do praktyki zbiorowej, aby dzielić koszty. Dobrze, a nawet miejscami świetnie wyceńnione procedury z zakresu stomatologii dziecięcej wyraźnie kontrastują z wyceną badania lekarskiego za 16,50 zł czy leczenia zmian na błonie śluzowej jamy ustnej. Proszę sobie wyobrazić kolegę dermatologa czy ginekologa leczącego liszaj płaski Wilsona, a nawet suchość pochwy za 15,73 zł (jeśli jest sam) bądź nawet za 16,50 zł (jeśli pracuje z asystą). Tę samą uczelnię ukończył i nie wydał wszystkiego na wyposażenie praktyki. Do efektów działalności Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie stomatologii odnoszą się kol. Jacek Zabielski i Andrzej Cisko. Wydaje się, że dobrze byłoby racjonalnie i podejrzliwie przypatrywać się projektom tzw. stomatologizacji medycyny w Polsce, bo radosna twórczość jej autorów może przerazić nawet dobrze sytuowanego specjalistę.

Przykład z północy

Najbardziej zaniedbana zdrowotnie dzielnica Danii, jaką była przed laty wyspa Bornholm, otrzymała nagrodę WHO za program redukcji próchnicy zębów u małych dzieci niemal do zera (0,8 uszkodzonego zęba), a gabinet służył tylko ortodoncie. Zasługi przypisali sobie pediatrzy i lekarze rodzinni, bo każda kobieta w zaawansowanej ciąży i każda matka niemowlaka była zmuszana w sprytny i elegancki sposób do odwiedzania pracującego drzwi w drzwi dentysty. Uczono tam higieny jamy ustnej, pielęgnacji buzi malucha i kontrolowano każdy ukazujący się ząb. Przez rok. Tym mamom, które wiedziały wszystko, wystarczała jedna wizyta, pozostałe chodziły 3–4 razy – aż się nauczyły, podczas każdej wizyty kontrolnej i każdego szczepienia. Recepty nie można było zrealizować ze zniżką, bo kobieta uciekła den-

tyście. Współpraca przyniosła sukces. Dania ma najniższą frekwencję próchnicy zębów w Europie. Niestety dorośli po 19. roku życia płacą za leczenie. Polskie 60 zł na zadbanego obywatela na rok wystarczyłoby na przegląd, a dodatkowo 200 zł nawet na pantomogram i wypełnienie. Jeden z naszych kolegów próbował na fali entuzjazmu odtworzyć duńskie pomysły w Poznaniu. Rodzice weszli do gabinetu dentysty raz, a potem już wszystko wiedzieli i umieli. Nie potrzebowali kontroli ani porady. Temat doktoratu zmieniono na badanie uzębienia ze stanowisk archeologicznych. Oczywiście na piątkę, bo była to prawdziwa nauka.

Co z tą specjalizacją?

Poprawę sytuacji finansowej praktyk stomatologicznych być może podniosłaby próba poradzenia sobie z katalogiem świadczeń. Może przy zawieraniu kontraktów trzeba odejść od wymogu specjalizacji – poza chirurgią szczękową i ortodoncją – a postawić na rozsądek i doświadczenie lekarza, który od lat pracuje bezawaryjnie, ukończył dwuletnie lub pięcioletnie studium podyplomowe, np. z zakresu chirurgii, czy m.in. roczną, uniwersytecką, katowicką szkołę chirurgii, z egzaminem i pracą dyplomową. Studia podyplomowe w zakresie praktycznej stomatologii zabiegowej prowadzi kilka uniwersytetów medycznych. Wydaje się, że dopuszczenie absolwentów tych zajęć do specjalizacyjnego egzaminu państwowego, po uzupełnieniu teorii z zakresu prawa medycznego itp. na kursach online, przyniosłoby całkiem dobre efekty. Nie zawsze specjalista wykonuje zabiegi, których teoretycznie się nauczył, nie zawsze trafny jest wybór specjalizacji, „bo było wolne miejsce” albo dlatego, że „chciałam być chirurgiem szczękowym, odkąd przeczytałam *Kwiat kalafiora*”. To w praktyce tak nie działa. Można byłoby też na podstawie spełnienia wymagań specjalizacyjnych i egzaminu praktycznego dopuszczać lekarzy do zdawania państwowego egzaminu specjalizacyjnego. Można przyjrzeć się stopniowemu rozszerzaniu możliwości zatrudnienia po bakalaracie/licencjacie w Wielkiej Brytanii (na stronie internetowej London Dental School). Miał rację kolega rezydent z sąsiedniej rubryki: wskutek oporu i uporu kolejnych działaczy i konsultantów nie mamy specjalistów w stomatologii. Ale mamy bardzo dobrych lekarzy dentystów, z dużą wiedzą i doświadczeniem, którzy nie z własnej winy, wskutek zmiany przepisów wypadli z systemu specjalizacji. Nie ma zbyt wielu fanów trudnej chirurgii, bo nikt nie jest samobójcą. Nie ma też amatorów protetyki po operacjach onkologicznych, ale mój okoliczny gabinet stomatologii estetycznej dodał większy szyld „stomatologia dziecięca”. Dwie wsie się cieszą! Zadziałała, tak myślę, poprawa warunków finansowania z NFZ. Na małą skalę, w lokalnych środowiskach, pomaga obniżka czynszu, dopłata gminy do kosztów ogrzewania, jeśli to szkoła, i takie zwykłe, ludzkie troszczenie się o siebie nawzajem. Dzieci w Wielkopolsce przy dobrej woli zainte-

resowanych stron, mądrych grantach MZ i samorządów, bez „nie, bo nie” mają szansę nie mieć ubytków w zębach.

Specjalizacje zmieniają w tym roku programy i nagle okazuje się, że nikt nie chce ich „robić”, bo po co? Egzaminów zdane na studiach, kursy w Niemczech blisko i dostępne, pacjenci płacą, a NFZ wciąż niełaskawy. To skrót dyskusji na spotkaniu konsultantów wojewódzkich, pytanych, dlaczego zostają wolne miejsca specjalizacyjne. W Wielkopolsce w periodontologii były 2, już są zajęte, bo pytanie padło podczas wymiany rezydentów. A może punkty edukacyjne jako kontrola zdolności do mobilizacji raz na 4 lata wystarczą? Kiedy dostępność wiedzy jest tak powszechna i każdy zabieg można zobaczyć na YouTube, po co mnożymy trudności? Nikt nie kocha egzaminów specjalizacyjnych ani układania testów, gorzej, specjaliści nie mają obowiązku kształcić sobie następców, to nie kształcą. Specjalnie prowokuję dyskusję, bo po 40 latach pracy słyszę ciągle o katastrofie w stomatologii dziecięcej i każdej innej, więc może weźmy się za wyjaśnienie, czy to prawda.

1 z 200

Gdy będziemy mogli ogłosić konkurs na najlepszą stronę internetową gabinetu, wprowadzimy zasadę: musi zawierać ona wyłącznie prawdziwe wiadomości. Przejrzałam 200 oficjalnych stron. Prawdziwe treści zawiera jedna! Ma cennik,

specjalistów i rzetelną część informacyjną. Można zgadywać, do kogo należy... Powszechny, podstawowy minus to fakt, że wśród „wybitnych” specjalistów najczęściej żaden nie ma specjalizacji! A kolejka stoi, tzn. dobrzy są to lekarze, a zachwyty nad nimi prawdziwe! Wiem, że nie powinnam prowokować awantury, ale ona tli się, bo zbyt wiele potrzeb i ambicji zlekceważono, a potrzeby lecznicze pacjentów nasiliły przerwy w czasie pandemii, bo pacjenci się bali. Ponadto żaden ośmiolatek nie może pozostać bez pomocy wobec stojących pusto, doskonale wyposażonych praktyk. Coś jest nie tak i nie jest to wina Tuska.

List do redakcji

W czerwcu apelowałam o pomoc w kultywowaniu historii poznańskiej dentystyki i niezmiernie miło mi poinformować, że środowisko jest zainteresowane propagowaniem wiedzy o swoich korzeniach. W tym numerze mamy przyjemność opublikować list, który nadesłał dr Aleksander Miklaszewski, a który to dotyczy jego ojca. Odezwali się też absolwenci Politechnicznego Studium Techniki Dentystycznej, którzy za 2 lata będą obchodzić 50-lecie swojej szkoły. To niezwykle barwne grono artystów, z którego wywodzi się wiele lekarskich osobowości. Cykl wspomnień i niezwykle interesujących historii będziemy więc kontynuować.

ANNA KURHAŃSKA-FLISYKOWSKA

Trudne rozmowy z NFZ

Parafrazując klasyka, można rzec:

„My jesteśmy tu i teraz, a oni tam, gdzie drugi brzeg”

Sytuacja lekarzy dentystów zrobiła się bardzo niebezpieczna. Obecne czasy, przy tak wysokiej inflacji i wzroście kosztów pracy, materiałów stomatologicznych i podwykonawców, są nie do utrzymania dla zapewnienia bezpieczeństwa pracy lekarza dentysty mającego kontrakt z NFZ, a wykonanie świadczeń medycznych na należytych poziomach dla pacjenta jest zagrożone. Tylko od etyki zawodowej lekarza zależy, czy jest wstanie spiąć finansowo swoją pracę, ale najczęściej musi do niej dołożyć środki finansowe z własnego budżetu.

Chcemy pracować w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na poziomie europejskim, czyli takim, który daje pacjentowi możliwość leczenia się w sposób racjonalny, a poziom tych świadczeń nie musi być w żaden sposób zaniżany.

Tymczasem wycena w naszym katalogu świadczeń nie zmienia się już od 13 lat. Głosy Koleżanek i Kolegów są skrajnie negatywne, coraz częściej słychać: „Ograniczmy wykonywanie



niektórych zabiegów”, „Nie zgadzajmy się na takie traktowanie”.

Wiele osób z naszej branży zawodowej dziwi się: „Po co wy za takie pieniądze pracujecie, czy jesteście tacy słabi zawodowo, że musicie pracować w ramach NFZ?”.

Niektórzy z nas traktują swoją pracę jako misję. Wiele lat pracowali dla dobra pacjenta i słusznie uważają, że należy pracować dalej mimo krytyki ze strony środowiska.

Samorząd lekarski jest zmuszony do zajęcia bardziej radykalnego stanowi-

ska w sprawie kontraktów stomatologicznych. Nie możemy być obojętni wobec rzeczywistości, w której nasze środowisko lekarzy dentystów jest zmuszane panującą sytuacją ekonomiczną do wykonywania czynności będących zaczątkami patologii.

Samorząd lekarski woła z „jednego brzegu” o zmianę polityki zdrowotnej w stomatologii.

2 proc. budżetu NFZ nie jest wystarczające na zapewnienie bezpieczeństwa pracy lekarzy dentystów. Wielkopolska Izba Lekarska i Komisja Stomatologiczna są zmuszone do podjęcia stanowiska sugerującego rozważenie w podpisaniu kontraktów stomatologicznych w obecnej wycenie.

Liczymy jednocześnie na to, że zostaną uwzględnione wyceny AOTMiT. Mam nadzieję, że w momencie, kiedy będą Państwo czytać ten tekst, sprawy przybiorą nieco bardziej pozytywny obrót.

Rozmowy z NFZ są kontynuowane.

JACEK ZABIELSKI – PRZEWODNICZĄCY KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ WIL W POZNANIU

Marco Roy, Mauro Cerea, Wiesław Hędzulek

Implant podokostnowy

Wstęp

W przypadkach braku częściowego lub całkowitego uzębienia dążenie do ich rekonstrukcji i wykonanie stałego uzupełnienia (korony protetycznej czy mostu protetycznego) jest złotym standardem dla implantologa i protetyka stomatologicznego. Zabiegi leczenia przypadków atrofii szczękowo-żuchwowej zawsze były poważnym wyzwaniem dla implantologa. Wyłączne zastosowanie implantologii śródkostnej powodowało w przeszłości konieczność częstego stosowania praktyk regeneracji kości, zwłaszcza na początku lat dziewięćdziesiątych. Takie działania nie zawsze prowadziły do uzyskania sukcesu terapeutycznego, a w dłuższej perspektywie ograniczyły i zniechęciły do stosowania tych protokołów. Ostatnio podejmowane są próby jak najlepszego wykorzystania resztek kości podstawowej poprzez zastosowanie nowych instrumentów i technik implantologicznych (takich jak krótkie lub pochylone implanty). Jednakże implantologia śródkostna zawsze wymagała niezbędnego podłoża dla jej zastosowania. W niektórych bardzo wyraźnych atrofiach chirurg oprócz różnych parametrów, które często powodują, że leczenie regeneracyjne jest niewskazane, musi również skalkulować koszt biologiczny, jaki musi ponieść pacjent. Implantologia podokostnowa EAGLEGRID to w zasadzie trzeci sposób leczenia, który jest w stanie sprostać wielu wymaganiom. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie tej metody, zmienionej i poprawionej cyfrowo w stosunku do przeszłej formy, która obecnie jest dostosowana do rzeczywistych potrzeb pacjenta.

Implantologia podokostnowa w przeszłości

Wielu stomatologów, gdy tylko wspomni się o „siatce podokostnowej” kręci głowami, sygnalizując, że „już to przerabiali” z fatalnym skutkiem! Rzeczywiście, w przeszłości metoda, chociaż koncepcyjnie mogła być skuteczna, była przedmiotem niezliczonych krótko- i długoterminowych niepowodzeń, obciążonych następstwami niszczenia kości, graniczących z zapaleniem kości i szpiku, odpowiedzialnych za usunięcie całości lub części siatki. Powodów było kilka: po pierwsze złe dopasowanie do kości przyjmującej konstrukcję. Niewątpliwie niedokładność wynikająca z empiryzmu procedury miała w sobie skrajności, ponieważ siatka nie miała jednolitej stabilności i podparcia, co mogło prowadzić do mikroruchów odpowiedzialnych za rozrzedzenia kości pod obciążeniem protetycznym. Po drugie jakość leżącej pod spodem kości, a więc jej gęstość, nie zawsze mogła wytrzymać nacisk generowany przez powierzchnię nośną konstrukcji. Kolejnym krytycznym elementem był projekt konstrukcji, który często pozostawał w gestii inżyniera. Poza tym, że była deontologicznie niepoprawna, narzucała klinicyście wybory, których często nie po-

działał. Rokowanie mogłoby się poprawić tylko wtedy, gdyby siatka została zestalona za pomocą protezy z elementami naturalnymi lub implantami śródkostnymi. Innym krytycznym czynnikiem może być stosowany metal topliwy, który prowadził do nadwrażliwości u pacjentów ulegających chromatozie; jest to dość rzadkie zdarzenie, ale nie bez znaczenia, a w każdym razie często nie do przewidzenia *a priori*. Zmiana metalu odlewu – zastosowanie tytanu, z pewnością spowodowała poprawę z klinicznego punktu widzenia, ale pogorszenie z punktu widzenia stomatologicznego, ponieważ odlew z tytanu przedstawia pewne wady i trudności. Bibliografia dotycząca tych prac była rozpowszechniona do początku XXI w.,

Doświadczenia i niepowodzenia systemu nakładanych na kość konstrukcji stanowiły dla nas bodziec i wyzwanie do stworzenia nowej procedury leczenia, zweryfikowanej w świetle ostatnich osiągnięć technologicznych, która mogłaby w coraz większym stopniu zaspokajać potrzeby pacjentów oraz lekarzy i pokonywać problemy kliniczne związane z atrofią kości.

po czym stosowanie systemu nakładanego na kość zostało przez większość praktyków zdecydowanie zarzucone.

Implantologia podokostnowa dzisiaj

Zastosowanie w ostatnim czasie obrazowania wspomaganego komputerowo wygenerowało również w stomatologii, a w implantologii szczególnie, znaczną pomoc diagnostyczną i terapeutyczną. Obecnie coraz więcej stomatologów ma możliwość wyposażenia swoich gabinetów w sprzęt typu Cone Beam, zdolny do wykonania tomografii łuków lub ich odcinka, przy bardzo niskiej dawce emitowanego promieniowania, a wysokiej rozdzielczości obrazu. Także pojawienie się coraz bardziej wydajnego oprogramowania umożliwiło dokładną analizę sytuacji klinicznej zarówno w diagnostyce, jak i w wykonywaniu zabiegów chirurgii implantologicznej. W nowym protokole implantologii podokostnowej EAGLEGRID, który chcemy tu zaproponować, nie ulega wątpliwości, że badanie tomograficzne i jego konsekwentna obróbka są podstawowymi warunkami wstępnymi, związanymi z pracą w nowych typach zawodów, takich jak inżynierowie biomedycy i programiści, którzy wraz z technikiem dentystycznym i klinicystą stanowią część nowego zespołu roboczego, odpowiedzialnego za sukces terapeutyczny. Doświadczenia i niepowodzenia systemu nakładanych na kość konstrukcji stanowiły dla nas bodziec i wyzwanie do stworzenia nowej procedury leczenia, zweryfikowanej w świetle ostatnich osiągnięć technologicznych, która mogłaby w coraz większym stopniu zaspokajać potrzeby pacjentów oraz lekarzy i pokonywać problemy kliniczne związane z atrofią kości.

Protokół Eagle Grid

Po ustaleniu obszaru zabiegu, którym może być pojedynczy ząb (np. w agenezji bocznej), siodło lub cały łuk szczękowy czy żuchwowy, zaplanowano badanie tomograficzne, które zostanie wykonane poprzez założenie pacjentowi specjalnego szablonu rentgenowskiego, będącego dokładną repliką pracy protetycznej, która ma zostać wykonana. Zaczynamy zatem

od tymczasowej protezy ostatecznej po to, by zbudować konstrukcję podokostnową, która będzie uzupełniała protetycznie braki w uzębieniu. Ma ona stanowić interfejs pomiędzy kością w zaniku a protezą pacjenta. Jest to ogromna zaleta i innowacja w porównaniu z przeszłością, która pozwala nam również wybrać najlepszy typ łącznika pomiędzy monofazowymi, indywidualnymi, dwufazowymi (MUA), konometrycznymi lub innymi; w zależności od potrzeb klinicysty lub wykonywanej protezy dla pacjenta. Po wykonaniu badania tomograficznego zostaną wyodrębnione DICOM-y (przekroje cyfrowe), które zostaną odczytane przez oprogramowanie do segmentacji i doprowadzą do trójwymiarowej budowy przez drukarkę 3D fizycznego modelu kości pacjenta. Równolegle, oprócz dokładnej repliki kości, która zostanie poddana operacji, będziemy mieli również informacje dotyczące struktur anatomicznych sąsiadujących lub przylegających do danej kości, co byłoby nie do pomyślenia w przypadku starego protokołu. Konkretnie: będziemy mieć do dyspozycji anatomie całego regionu, mogąc zrekonstruować trójwymiarowo nawet struktury, które nie mogą być poddane inspekcji chirurgicznej. Na klinicyście spoczywa teraz wielka odpowiedzialność: zaprojektowanie konstrukcji, która musi nie tylko dostosować się do anatomii pacjenta, ale także mieć geometrię zdolną do utrzymania obciążenia protetycznego, przy jednoczesnym zagwarantowaniu największej możliwej kontynuacji. Co ciekawe, w implantologii śródkostnej instrumenty implantacyjne są już na rynku, a klinicysta musi wybrać z katalogu, na podstawie podłoża anatomicznego, ile i jakie (średnica i długość) wybrać. Tutaj przeciwnie, to anatomiczne podłoże zmusza nas do konstruowania *ad hoc* instrumentów implantacyjnych! Ta nowatorska procedura właściwie nobilituje rolę implantologa, przywracając istotność zabiegowi chirurgicznemu, który z pewnością nie jest łatwy. Gdy klinicysta zaprojektuje konstrukcję na modelu 3D, wysyła ją do firmy odpowiedzialnej za produkcję. Specjalne oprogramowanie i specjaliści są odpowiedzialni za dopasowanie rysunku lekarza do źródeł badania DICOM, dzięki czemu cały proces projektowania staje się w pełni cyfrowy. W tym momencie możemy mieć wstępną wizualizację całego projektu: od zanikowej kości pacjenta, przez konstrukcję podokostnową EAGLEGRID, po tymczasowe dane (dokładną replikę ostatecznej protezy zreplikowaną w szablonie radiologicznym) i efekt końcowy. Plik jest wysyłany pocztą elektroniczną do stomatologa, który poprosił o badanie, w celu dokonania odpowiedniej oceny lub modyfikacji. Po zatwierdzeniu projekt jest wysyłany do produkcji poprzez topienie laserowe. Topienie laserowe to produkcja w drukarce 3D, która wykorzystuje proszek tytanowy (w naszym przypadku 5. stopnia). Metoda spiekania addytywnego pozwala na certyfikowanie wyrobów jako jednorodnych i wolnych od pęknięć i rys. Ponadto na cały proces nie ma wpływu wielkość konstrukcji tytanowej w procesie jej produkcji. Po wyprodukowaniu jest ona wysyłana do firmy, która czyści i odkaża ją w sterylnym pomieszczeniu. Następnie jest pakowana w podwójną torebkę. W tym momencie nasz EAGLEGRID jest gotowy do sterylizacji w oczekiwaniu na zabieg.

Operacja umieszczania konstrukcji w odpowiedniej pozycji w polu operacyjnym

Najczęściej stosuje się znieczulenie miejscowe. U chorych z niskim stopniem zgodności lub w przypadku planowanej

Jest to zabieg należący do implantologii NIE-śródkostnej, która wykorzystuje podparcie struktury kostnej w miejscu podokostnowym, a nie integrację w jej obrębie. Jest to metoda zarezerwowana do rozwiązywania ciężkich atrofii pionowych i poprzecznych, gdzie nie jest możliwa implantologia śródkostna (wszczepy tytanowe lub cyrkonowe) i gdzie chirurgia regeneracyjna nie jest zalecana.

szczególnie długiej operacji zaleca się stosowanie znieczulenia nieobniżającego świadomości. Nacięcie musi być wykonane na całej grubości, podobnie jak płat, który musi zachować okostną. Po zaszkieletowaniu odcinka anatomicznego, w którym ma być wykonany zabieg, przystawia się tytanową konstrukcję, szukając najlepszego dopasowania. Szczególną uwagę należy zwrócić na dopasowanie, ponieważ możliwe jest również modyfikowanie podłoża anatomicznego za pomocą szablonów chirurgicznych dostarczanych operatorowi: konstrukcja dopasowuje się do zanikłej kości. Po ustawieniu jest ona blokowana za pomocą śrub do osteosyntezy, które wpasują się w skalibrowane otwory EAGLEGRID. Wraz z tą wyprodukowaną konstrukcją dostarczane są śruby i frezy. Śruby do osteosyntezy są zapożyczone z traumatologii szczękowej i są dokręcane momentem co najmniej 40 Ncm. Śruby zapewniają utrzymanie dopasowanej konstrukcji pod obciążeniem, zapobiegając mikroruchom odpowiedzialnym za epizody rozrzedzenia kości. Po zaszcyciu rany operacyjnej montowane są tymczasowe uzupełnienia protetyczne z zębami wytworzone przez frezowanie w PMMA (polimetakrylan metylu) dostarczone razem z konstrukcją tytanową. W ten sposób pacjent będzie mógł mieć przywróconą funkcję żucia i estetykę uśmiechu, zachowując gojenie tkanek miękkich. Po 6 miesiącach zaleca się tymczasową odbudowę protetyczną zamienić na ostateczną, np. pełnoceramiczną.

Wnioski

Jest to zabieg należący do implantologii NIE-śródkostnej, która wykorzystuje podparcie struktury kostnej w miejscu podokostnowym, a nie integrację w jej obrębie. Jest to metoda zarezerwowana do rozwiązywania ciężkich atrofii pionowych i poprzecznych, gdzie nie jest możliwa implantologia śródkostna (wszczepy tytanowe lub cyrkonowe) i gdzie chirurgia regeneracyjna nie jest zalecana. EAGLEGRID reprezentuje innowacyjny produkt powstały w wyniku połączenia radiologii cyfrowej z produkcją CAD CAM. Pozwala to klinicyście na rozwiązanie każdego przypadku, nawet przy wyraźnej atrofii w ramach jednej operacji, gwarantując również natychmiastowe funkcje. Opatentowany protokół jest certyfikowany zgodnie z najnowszymi wytycznymi dotyczącymi implantów. Niezwykła elastyczność metody pozwala na zastosowanie jej od pojedynczego zęba do siodła, jak również całych łuków szczękowych i zuchwowych. Coraz więcej klinicystów i pacjentów prosi o leczenie za pomocą EAGLEGRID. Wysoka przewidywalność wyników jest jedną z przyczyn sukcesu EAGLEGRID również na poziomie międzynarodowym. Cyfrowo wrócono do metody, która przeżywa drugą młodość, znacznie poszerzając horyzonty leczenia implantologicznego braków uzębienia. ■

Wspominamy wielkopolskich dentystów

Profesor Stefan Flieger (1922–2004)



Profesor Stefan Flieger urodził się 15 grudnia 1922 r. w Pniewach. Był jednym z dwóch synów Anny (z d. Grzeško) i Bronisława Fliegerów. Publiczną Szkołę Powszechną w Pniewach ukończył w 1935 r. Dalszą naukę, aż do wybuchu wojny, kontynuował w Gimnazjum w Szamotułach. Po odzyskaniu niepodległości przez Polskę w 1945 r. uzyskał świadectwo dojrzałości. W tym samym roku podjął studia w reaktywowanym Studium Lekarsko-Dentystycznym Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego. Studia te ukończył w 1949 r., uzyskując dyplom lekarza dentysty.

Pracę zawodową podjął w listopadzie 1949 r. jako asystent w Katedrze Stomatologii Zachowawczej Akademii Medycznej we Wrocławiu. W 1952 r. przeszedł do Kliniki Chirurgii Stomatologicznej we Wrocławiu jako starszy asystent. Po 2 latach, w 1954 r., chcąc dalej rozwijać swoje zainteresowania chirurgią, zaczął studiować na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. Studia te zakończył w 1958 r., uzyskując dyplom lekarza medycyny. Kontynuował pracę we wrocławskiej Klinice Chirurgii Stomatologicznej, uzyskując w 1960 r. specjalizację II stopnia z chirurgii stomatologicznej. Po 4 latach zdał egzamin doktorski i objął stanowisko adiunkta. Wkrótce otworzył przewód habilitacyjny we wrocławskiej Akademii Medycznej zakończony tytułem doktora habilitowanego w 1969 r.

W styczniu 1971 r. doc. dr hab. Stefan Flieger objął kierownictwo Kliniki Chirurgii Szczękowej Akademii Medycznej w Poznaniu na prośbę rektora poznańskiej uczelni prof. W. Michałkiewicza. Kierował tą kliniką przez 22 lata. W 1974 r. uzyskał stopień specjalisty z zakresu chirurgii szczękowej. W czasie ordynatury powiększył oddział do 38 łóżek, unowocześnił i rozbudował blok operacyjny, przyczynił się znacznie do rozwoju kliniki i jej pozycji w kraju. Tytuł profesora nadzwyczajnego nauk medycznych otrzymał w 1979 r. Bardzo dobra znajomość języka niemieckiego umożliwiła Profesorowi staże naukowe w klinikach w Grazu, Wiedniu, Linzu, Dusseldorfie, Ulm, Akwizgranie i Munsterze. Liczne kontakty towarzyskie i zawodowe Profesora otworzyły drogę młodszym pracownikom poznańskiej kliniki na staże naukowe w tych krajach. Jego autorytet i doświadczenie pozwoliły klinice w Poznaniu na znaczne poszerzenie działalności. Pod kierunkiem prof. Fliegera wdrożono procedury chirurgii ortognatycznej, w tym operacje typu Le Fort III, rozszerzono zaawansowane zabiegi onkologiczne i udoskonalono zabiegi z zakresu traumatologii twarzoczaszki. Dzięki Jego staraniom poznańska klinika stała się jednym z wiodących ośrodków chirurgii szczękowo-twarzowej w Polsce. Tytuł profesora zwyczajnego otrzymał w 1986 r.

Był bardzo aktywnym naukowcem, autorem i współautorem 185 prac głównie z zakresu onkologii i traumatologii twarzoczaszki. W jego dorobku są skrypty i książki

adresowane dla młodych lekarzy i studentów. Profesor Flieger był promotorem 4 rozpraw doktorskich i opiekunem 2 przewodów habilitacyjnych. Recenzował rozprawy doktorskie i dorobek naukowy habilitantów. Wydawał opinie dla Centralnej Komisji Kwalifikacji Kadr Naukowych oraz wnioski o nadanie tytułu profesora.

Aktywnie działał w licznych towarzystwach naukowych krajowych i zagranicznych. W 1973 r. zorganizował Zjazd Sekcji Chirurgii Stomatologicznej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w Poznaniu. Jako członek Zarządu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Szczękowo-Twarzowej współorganizował w Warszawie w 1981 r. Kongres EAMFS. Był członkiem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego od jego założenia, a również przewodniczącym Sekcji Traumatologii Oddziału PTS we Wrocławiu w okresie 1959–1970 i wiceprzewodniczącym Oddziału PTS w Poznaniu w latach 1971–2003. Od 1994 r. był Członkiem Honorowym PTS. W 1988 r. został Członkiem Honorowym Gesellschaft für Kiefergesichts Chirurgie der DDR. Należał do założycieli Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, a w latach 1982–1988 pełnił funkcję councillora na Kraje Europy Wschodniej. Był zaproszony w 1964 r. do członkostwa w Towarzystwie Chirurgów Polskich, od roku 1971 należał do Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej od 1976 r., Polskiego Towarzystwa Otolaryngologii od 1983 r.

W latach 1978–1993 był członkiem Komisji Narządów i Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk. W Radzie Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej zasiadał od 1977 do 1982 r. Aktywnie działał w wydawnictwach naukowych jako członek komitetu redakcyjnego od 1972 r. oraz jako redaktor naczelny między 1988 a 2003 r. „Poznańskiej Stomatologii”, był członkiem komitetu redakcyjnego „Czasopisma Stomatologicznego”, „Poznańskich Roczników Medycznych” oraz „Acta Chirurgiae Maxillo-Facial”.

Był cenionym nauczycielem akademickim. Drogę tę rozpoczął w 1949 r. we Wrocławiu, a zakończył po 44 latach w 1993 r. w Poznaniu, przechodząc na emeryturę. Za swoją działalność naukową, dydaktyczną i społeczną w 1981 r. otrzymał zespołową nagrodę resortową II stopnia. Ponadto odznaczony był wieloma wyróżnieniami:

- Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski,
- Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski,
- Złotym Krzyżem Zasługi,
- Odznaką Honorową Miasta Poznania,
- Odznaką „Za zasługi w rozwoju województwa poznańskiego”,
- Odznaką „Za zasługi w rozwoju województwa pilskiego”,
- Odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”,

- Srebrną i Złotą Odznaką oraz Medalem „Pro Meritis Stomatologiae Polonica”;
- Srebrną oraz Złotą Odznaką Honorową Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego,
- Dyplomem uznania „Bene Meritus”.

Profesor Stefan Flieger dla swoich współpracowników i asystentów był autorytetem wymagającym i sprawiedliwym. Był wzorem postępowania, a Jego doświadczenie i dorobek stawiały Go wśród najlepszych chirurgów szczękowo-twarzowych w kraju. Gdy Profesor przemawiał na zjazdach naukowych, milkło całe gremium. Do dzisiaj

w poznańskiej klinice przypominane są Jego powiedzenia, m.in.: „lepsze jest wrogiem dobrego”, „i w Paryżu nie robią z owsa ryżu”, „synku, palec ma oczy” (by zmusić młodego asystenta do włożenia palca w ranę i odnalezienia struktur anatomicznych).

Zmarł 28 czerwca 2004 r. w Poznaniu. Pochowany został na Cmentarzu Górczyńskim w Poznaniu. W 10. rocznicę śmierci Profesora w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Poznaniu odsłonięto pamiątkową tablicę.

DOC. DR HAB. N. MED. KRZYSZTOF OSMOLA

DR N. MED. MARIAN TOMASZ NOWACZYK

List do redakcji

Szanowna Pani Doktor,

w czerwcowej „Rubryce stomatologicznej” opublikowano prośbę do czytelników, by zechcieli podzielić się wspomnieniami o postaciach i zdarzeniach, które wiążą się z historią poznańskiej stomatologii. Odpowiadając na ten apel, chciałbym nie jako uczestnik czy choćby świadek wydarzeń, ale też nie wspomniany „wnuk” beztrzesko oddający na makulaturę świadectwa, które Państwo troskliwie chcielibyście zachować, krótko napisać, co w „domu technika dentystycznego” (czy po prostu „poznańskiego dentysty”), Zygmunta Miklaszewskiego – mojego Ojca – w „kartonie na pawlaczu” odnalazłem. Los sprawił, że jestem tzw. późnym dzieckiem. Tata był postacią z dwóch stuleci – urodził się w 1899 r. w Poznaniu, zmarł w 1973 r. Część Jego biografii to okres, gdy wysiedlony przez Niemców w okresie okupacji do 1959 r. mieszkał w Krakowie. Korzenie i rozległe konary genealogicznego drzewa rodziny to jednak Wielkopolska. Tutaj w Kostrzynie pod Poznaniem w 1869 r. urodził się ojciec Zygmunta, Ludwik Miklaszewski (zm. w 1931 r.) – jak pisze autor biogramu w PSB: „mistrz krawiecki, działacz rzemieślniczy, poseł do sejmu”. Wspominam o tym w przekonaniu, że dom rodzinny miał duży wpływ na koleje losów, w tym ambicji zawodowych, mojego Ojca. Chciałbym zacytować kilka fragmentów z zachowanego Jego odręcznego życiorysu:

(...) *praktykę w zawodzie dentystycznym rozpocząłem w Poznaniu w r. 1914, kontynuując ją do końca 1918. Z wybuchem powstania wielkopolskiego wstąpiłem ochotniczo w szeregi wojsk powstańczych (...) a po ukończeniu powstania, pełniłem dalszą służbę wojskową w charakterze dentysty do r. 1921. Po zwolnieniu z czynnej służby wojskowej kontynuowałem w dalszym ciągu praktykę dentystyczną w Wągrowcu (...) z zamiarem wstąpienia na Akademię Stomatologiczną w Warszawie. Niestety nie udało mnie się osiągnąć moich zamiarów (...) rozpocząłem w 1925 r. samodzielną praktykę dentystyczną jako kierownik zakładu dentystycznego najpierw w Poznaniu, potem w Bydgoszczy, a w 1926 osiedliłem się w Poznaniu (...) W roku 1929 złożyłem (...) państwowy egzamin na uprawnionego technika dentystycznego (...) po czym kontynuowałem swoją samodzielną praktykę do końca 1939 r. (...)*

Wraz z wysiedleniem do Generalnej Guberni w 1941 r. rozpoczyna się krakowski okres życia i zawodowej aktywno-

ści Ojca, a od 1959 r. aż do śmierci – życie i praca poznańskim gabinecie dentystycznym przy ul. Przybyszewskiego 36 vis-à-vis obecnej siedziby... Instytutu Stomatologii.

Trudno w kilkunastu zdaniach zebrać różnorodność wątków aktywnego – także pozazawodowego – życia mojego Ojca. Na koniec kopia strony z ukazującej się w Poznaniu „Ilustracji Polskiej” z 1935 r. Bohaterem anonimowym tego fotograficznego reportażu z gabinetu dentystycznego jest „biała postać” – dentysta Zygmunt Miklaszewski. Autorem zdjęć wykonanych w gabinecie Ojca przy ul. Dąbrowskiego jest, zmarły tragicznie kilka miesięcy wcześniej, poznański awangardowy fotograf Konrad Hoffman. Nie wiem, kim jest autor tekstu podpisany Ger.

Z myślą, że świat jest jednak piękny, a życie urocze... łącząc wyrazy szacunku –

ALEKSANDER MIKLASZEWSKI



Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa

Żniw nie będzie?

Jeśli coś w medycynie z końcem lata obrodziło, to zapewne projekty legislacyjne ministerstwa. W krótkim odstępie MZ opublikowało dwa ważne projekty dotyczące kształcenia: rozporządzenia ws. umiejętności lekarskich i rozporządzenia ws. specjalizacji lekarskich. W stosunku do tego drugiego zarządzono dziesięciodniowy termin wniesienia uwag, co jak na wagę samej materii, wyzwania stojące przed tym projektem (zmieniła się treść delegacji ustawowej) i objętość projektu, rodzi pytanie o sens takich konsultacji. A szkoda, bo mielibyśmy tam okazję do zdyskontowania dobrego zapisu ustawy (art. 16x) nakazującego dostosowanie ram specjalizacji do specyfiki zawodu lekarza dentystry. Równie ekscytujący okazał się projekt dotyczący umiejętności. Latami martwy przepis art. 17 ustawy nagle ma ożyć i to w nowej formule – szkoleń prowadzonych nie przez państwo, a przez towarzystwa naukowe. Oczywiście sporo przy tym pytań o funkcjonowanie całej masy certyfikatów, masterów, studiów podyplomowych. Po szczegóły odsyłam do własnej analizy na <http://stomatolodzy.org.pl>.

Sprawy NFZ wymagają decyzji o najwyższym prioryecie pilności. Píše o tym w bieżącym numerze szef naszej Komisji Stomatologicznej dr Jacek Zabielski. Wyrównanie, jakie NFZ zastosował od 1 lipca, nie załatwia sprawy.

Jeżeli np. ekstrakcja kosztowała 35 zł, a kosztuje 42 zł, to w aspekcie należytej wyceny nie jest to żadne rozwiązanie. 17 maja br. minister wysłał do NFZ zatwierdzoną przez siebie wycenę świadczeń chirurgicznych. Zawierała też nową wycenę konsultacji specjalistycznej, badania stomatologicznego i skalingów. Dlatego jej wprowadzenie jest ruchem kluczowym. Ta wycena, nad którą pracowaliśmy tyle miesięcy, miała być (jako to żniwo) zarówno zdyskontowaniem wielu wysiłków, jak i wstępem do dalszych wycen (wypełnienia, ortodoncja). Z tego punktu widzenia trudno zrozumieć powód braku w okręgach informacji o jakimkolwiek ruchu nowej NRL w tej sprawie. Co więcej, na wszelkie maile w tej sprawie nikt nawet nie odpowiada. A już iście samobójczym ruchem jest zablokowanie w NIL list dyskusyjnych dla delegatów. Dzięki stałej możliwości zgłaszania uwag, pomysłów, a przede wszystkim dyskusji, mailowy kontakt dawał delegatom niezbędne narzędzie do wypełniania swej misji. Mamy się obyć bez tego? W ten sposób ani nie poznamy przyczyn motywów tych czy innych działań NRL (lub ich braku), ani nie podyskutujemy o następnych wyzwaniach. Nowej KS NRL, która zbiera się 2 września, życzę wielu sukcesów. Na początek – ukształtowania ram organizacyjnych służących wszystkim.

ANDRZEJ CISŁO

OKIEM KONSULTANTA

Przedstawiciele każdej specjalizacji lekarskiej mierzą się z istotnymi wyzwaniami. Oddajemy głos konsultantom wojewódzkim, którzy cyklicznie będą gościć na naszych łamach i dzielić się swoimi spostrzeżeniami.



Prof. dr hab. Lidia Gil – konsultant wojewódzki w dziedzinie hematologii, kierownik Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu: Ja i moi koledzy jesteśmy w ostatnich la-

tach świadkami olbrzymiego postępu, który bezpośrednio przekłada się na wydłużenia życia pacjentów hematologicznych oraz poprawę jakości ich życia. Większość naszych chorych jest obecnie leczona z zastosowaniem doustnych terapii celowanych ambulatoryjnie lub w ramach jednodniowych pobytów na Oddziale Diennej Terapii. Wiele nowotworów hematologicznych stało się schorzeniami przewlekłymi, z przeżyciem równym temu w populacji ogólnej. Ten postęp wyznacza kierunek zmian organizacyjnych w leczeniu hematologicznym, wskazując na potrzebę poszerzenia opieki „poradniczej” i ambulatoryjnej, oferującej nie tylko nowoczesne leczenie, ale i profesjonalną diagnostykę. Wiąże się to ze zwiększeniem liczby hematologów, ale przede wszystkim pomocniczego personelu administracyjnego oraz stworzeniem odpowiednich struktur (poczekalnie, gabinety lekarskie, gabinety zabiegowe, oddziały dziennej terapii). Obecna baza do tego typu leczenia nie jest w Wielkopolsce wystarczająca.

Z jednej strony finansowane przez NFZ programy lekowe narzucają konieczność stałej i częstej (choć zróżnicowanej w zależności od rozpoznania) kontroli hematologicznej –

kwalifikacja do leczenia lub jego kontynuacja, odbiór leku, określone programem specjalistyczne badania. W tych procedurach nie wyręczy nas obecnie lekarz rodzinny, może być natomiast pomocny w zapobieganiu i leczeniu niektórych powikłań, zwłaszcza u chorych z wielochorobowością. W przyszłości, ze względu na wspomniany przewlekły charakter wielu chorób hematologicznych, zmiana systemu wydaje się niezbędna, choć wiązałaby się z uwzględnieniem hematologii w programie szkolenia lekarzy rodzinnych, zmianą ich uprawnień umożliwiającą współprowadzenie pacjentów z nowotworami krwi i dostęp do specjalistycznej diagnostyki. Na każdym etapie – obecnie i w przyszłości – chętnie współpracujemy z lekarzami rodzinnymi.

Z drugiej strony pozostają choroby krwi wymagające bardzo intensywnej terapii, zwykle immunochemioterapii. Takie leczenie często wymaga kilkutygodniowej hospitalizacji i ponadstandardowych warunków pobytu – dotyczy to zwłaszcza leczenia ostrych białaczek oraz transplantacji komórek krwiotwórczych. Tak agresywne leczenie obarczone jest zwiększonym ryzykiem wystąpienia powikłań w jego trakcie, dlatego niezbędna jest współpraca wielospecjalistyczna, zwłaszcza z oddziałami intensywnej terapii, kardiologii, neurologii, chirurgii, okulistyki czy dermatologii. Taka terapia umożliwia jednak wyleczenie chorób dotychczas nieuleczalnych. Liczba łóżek hematologicznych w Wielkopolsce nie jest wystarczająca. ■



Ivo Domagała
doktorant w Klinice
Ortodoncji i Wad
Rozwojowych Twarzy

Work-life balance a pacjenci

Znalezienie równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym w naszej grupie zawodowej wydaje się odległym marzeniem. W wyobrażeniu społecznym lekarz jest tak naprawdę zawsze na dyżurze, a rzeczywistość wielu z nas dobrze się w ten obraz wpisuje. Pamiętajmy jednak, że im szybciej zaczniemy zwracać uwagę na siebie, tym lepiej.

Ostatnio zwróciłem uwagę na to, jak bardzo zaburzona jest proporcja pomiędzy czasem pracy i odpoczynku wśród moich koleżanek i kolegów, jak również u mnie. Standardem wydaje się praca po 12 godzin i więcej. Polska nie jest tutaj wyjątkiem, a w jednej z moich ulubionych książek, „Shantaram”, Gregory David Roberts tak opisał naszą grupę zawodową: „Dobrych lekarzy cechują trzy rzeczy: zmysł obserwacji, umiejętność słuchania i wielkie zmęczenie”. Ale czy tak naprawdę musi i powinno być? Dla bardziej doświadczonych kolegów często wręcz niewyobrażalne jest, żeby zwłaszcza młody lekarz nie pracował dużo, sami przecież tak robili. Osobiście nie jestem dobrym przykładem na zachowanie *work-life balance*, choć usiłuję z tym walczyć i jak tylko mogę urywam chwile dla siebie.

Skoro ustaliliśmy, że znakomita większość z nas jest już pracoholikami, to czas na drobną refleksję – pomimo wielu nacisków ze strony kolegów, pracodawców czy też naszych pacjentów, tylko od nas samych zależy, ile będziemy pracować i jak pracę pogodzimy z życiem osobistym, rodziną, naszymi pasjami czy nawet z najzwyklejszymi przyjemnościami. Tylko jak? Jak sprawić, żeby mniej pracować?

Na początku musimy zidentyfikować źródło problemu – dlaczego tyle pracujemy? Jeżeli jest to szef czy koledzy z pracy, to wtedy warto popracować nad asertywnością. Łatwo powiedzieć, gorzej z wykonaniem. Zachęcam do lektury artykułów, książek czy uczestnictwa w kursach na ten temat. Jest to niestety pomijany temat na naszej ścieżce edukacji, a szkoda. Umiejętność odmawiania przydaje się w codziennym życiu, w pracy, są sytuacje, kiedy powinniśmy odmawiać kolegom, pacjentom, a nawet własnym dzieciom. Uważam tak dlatego, że wiele osób myli asertywność z brakiem umiejętności interpersonalnych i byciem niegrzecznym. Trzeba się tej umiejętności nauczyć, nikt się z nią nie rodzi. A wszystko po to, aby osoba, której się odmawia, dalej chciała z nami rozmawiać, a nie uznała tego za obrazę.

Kolejną częstą przyczyną, zresztą chyba wszystkich problemów na tym świecie, są pieniądze. Tak, pieniądze są ważne, a każdy, kto mówi inaczej, nie ma racji. Życie jest

ważniejsze. Ale potrzebujemy pieniędzy, żeby żyć. Koło się zamyka. Jeżeli potrzebujemy ich więcej, to musimy się wyrwać z tego schematu. Pierwszą najłatwiejszą rzeczą do zrobienia jest ich oszczędzanie, w końcu nie musimy kupować kawy na wynos, a możemy ją wziąć z domu. Jako osoba, która nie jest mistrzem w tej dziedzinie, podejść do tego problemu odwrotnie. Trzeba się zastanowić, jak sprawić, by tych pieniędzy było więcej, jednocześnie mniej pracując. Najprostszą i jednocześnie najbardziej skuteczną metodą jest podniesienie ceny. Jeżeli nie możemy podnieść cen, zmienmy pracę na taką, w której nam będą więcej płacić. Dr Miguel Stanley na wykładzie w Poznaniu w 2016 r. stwierdził, że jeżeli grafik lekarza pracującego w prywatnym gabinecie jest wypełniony w więcej niż 80% na kolejny tydzień, to usługi danego lekarza są za tanie. Dotykamy tutaj oczywiście kwestii etyki lekarskiej, jednak w żadnym innym sektorze usług nikt nie ma problemu z podnoszeniem cen. Jeżeli się martwimy o swoich pacjentów, to powinniśmy pamiętać, że zanim do nas chodzili, leczyli się gdzieś indziej, a jeśli się przeprowadzą, to też przeważnie będą leczyć się w innym miejscu. Na popularnym portalu do umawiania wizyt online możemy znaleźć wizytę na kolejny dzień u lekarza prawie każdej specjalności, w większości miast.

Wewnętrzne poczucie obowiązku – super. Też je mam, ale podchodźmy do sprawy racjonalnie. Może dawanie prywatnego numeru telefonu nie jest najlepszym pomysłem? Na mnie prawie zawsze się to mściło i skutkowało telefonami o dziwnych porach, często ze sprawami zupełnie nieistotnymi.

Przyczyn jest oczywiście dużo więcej, temat bardzo obszerny, ale tym artykułem próbuję jedynie wzbudzić u czytelnika refleksję nad samym sobą. Może warto zastanowić się, czy nie przesadzam z ilością pracy? Może powinienem poświęcać więcej czasu swojej rodzinie, sobie samemu, zacząć uprawiać jakiś sport? Zdrowie mamy przecież tylko jedno. Dlatego gorąco zachęcam do regularnej aktywności fizycznej, odkurzenia lub znalezienia sobie hobby zarówno ze względu na zdrowie psychiczne, jak i fizyczne. Pracując za dużo, łatwo o błąd, wypalenie zawodowe, słabsze zaangażowanie w pracę, kłopoty rodzinne, pogorszenie stanu zdrowia. Jeśli sami sobie tego nie wywalczymy, nikt tego za nas nie zrobi. Jest to tak naprawdę w interesie nas samych i pacjentów, ale podkreślę to jeszcze raz – to zależy wyłącznie od Ciebie. Jeśli jesteś przemęczony i jedyne, co robisz, to pracujesz, nie masz życia osobistego, to jest to tylko Twoja wina. Damy radę. Będzie czas na pracę i na życie. Oby nie kiedyś, tylko teraz. ■



Bartosz Pawelczyk

PIGUŁKA PRAWNA

Mission (im)possible – czyli jak rozwinąć gabinet i zyskać przy tym więcej czasu



Krzysztof Kozik

Witamy Państwa ponownie! Po kilku latach przerwy powracamy do tworzenia stałej rubryki „Pigułka prawna” w Biuletynie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Cieszymy się bardzo, że będziemy mieli możliwość znów cyklicznie spotykać się z Państwem przy okazji poruszania zagadnień prawnych ważnych dla codziennej praktyki zawodowej lekarzy oraz właścicieli i menedżerów placówek medycznych.

Czy na pewno chcę mieć więcej „wolnego czasu”?

Zaczynamy dość przewrotnym tytułem. Czy naprawdę możliwe jest rozwijanie swojego gabinetu w taki sposób, by jednocześnie zyskać więcej czasu dla siebie? A może warto przy tej okazji zadać samemu sobie pytanie, na pozór retoryczne, czy ja w ogóle chcę zyskać więcej wolnego czasu? Odpowiedź wydaje się oczywiście twierdząca. Ale czy na pewno? **Wielu lekarzy, z którymi o tym rozmawialiśmy, po głębszym zastanowieniu przyznawało, że praca jest dla nich tak ważna, że gdyby zyskali więcej czasu, to przeznaczyliby go... pewnie też na pracę z pacjentami.** Jednak nawet jeśli zaliczylibyśmy siebie do takiej właśnie kategorii, to samo zyskanie wolnego czasu byłoby wartością. Bez względu na to, czy taki czas przeznaczymy dla pacjentów, na prace menedżerskie, a może jednak na inwestycje w inne dziedziny, na rozwój pasji, życie prywatne czy po prostu na odpoczynek.

Jakkolwiek dodatkowy czas miałyby zostać spożytkowany, chcemy podzielić się z Państwem kilkoma sprawdzonymi w naszej praktyce pomysłami, jak to robić, jednocześnie troszcząc się o dalszy rozwój działalności gabinetowej. **Dzisiejszym tekstem otwieramy cykl artykułów, w których będziemy omawiać poszczególne z rozwiązań. Poniżej, tytułem wstępu, zasygnalizujemy kilka wybranych spośród nich.**

Menedżer/asystent

Czy jest możliwe znalezienie menedżera, który tak dobrze jak ja będzie rozumiał specyfikę mojego gabinetu? Któremu będzie naprawdę zależało na jego opłacalnym rozwoju, skoro wydaje w praktyce nieswoje pieniądze? Czy zapłacenie menedżerowi wynagrodzenia będzie opłacalne w zestawieniu z korzyściami, jakie mogę osiągnąć? Takie wątpliwości zwykle są wypowiedziane, gdy mówimy o rozważeniu zatrudnienia menedżera czy choćby bardziej samodzielnego i częściowo decyzyjnego asystenta. Wiadomo, wszystko ma swoją cenę, a menedżer menedżerowi nierówny. **Oddany, kompetentny, kreatywny menedżer to skarb. A skarby kosztują.** Zapewne nie w każdym podmiocie leczniczym zatrudnienie takiej osoby będzie sensowne i opłacalne. **Jednak nasze doświadczenia pokazują, że w wielu przypadkach nawiązanie współpracy z menedżerem nie tylko pozwoliło właścicielom zdjąć z siebie szereg obowiązków administracyjno-organizacyjnych i uwolnić sporo czasu, ale także – dzięki świeżemu spojrzeniu – pchnąć rozwój gabinetu na nowe tory.** Zakres zadań menedżera może być bardzo szeroki i obejmować np.:

- kwestie prawne, dokumentację medyczną i kontrakty,
- kontakty i rozliczenia z organami (NFZ, sanepid, GUS, MZ, Urząd Marszałkowski),
- kwestie techniczne i bieżące zaopatrzenie,

- sprawy kadrowe, księgowość i rozliczenia,
- marketing i rozwój podmiotu,
- ochronę danych osobowych.

Jesteśmy przekonani, że warto poważnie zadać sobie pytanie o potencjalne korzyści związane z zatrudnieniem menedżera w moim gabinecie. Sami – poza kancelarią prawną – jesteśmy też właścicielami podmiotów leczniczych i z dużym zadowoleniem korzystamy z zatrudnionych przez nas menedżerów. Niewątpliwie warto się nad taką opcją zastanowić.

Sprzedaż placówki

Z naszych doświadczeń wynika, że spora część właścicieli gabinetów nie ma świadomości tego, że ich firmę można sprzedać. Tymczasem takie transakcje są coraz bardziej popularne. Sprzedaż może następować z różnych przyczyn: zasadniczo albo z konieczności (np. przez zaawansowany wiek lub poważną chorobę lekarza-właściciela czy też trudności finansowe), albo jako świadomy krok biznesowy (np. z uwagi na chęć przejścia na emeryturę, świadomą rezygnację z obowiązków właścicielskich na rzecz oddania się wyłącznie leczeniu pacjentów czy zamiar przeznaczenia środków uzyskanych ze sprzedaży na inne cele inwestycyjne).

Niezależnie od powodu warto pamiętać, że **sprzedaż placówki medycznej stanowi zwykle ciekawą alternatywę dla likwidacji firmy, przynajmniej z kilku powodów.** Po pierwsze, przy sprzedaży uzyskujemy zapłatę określonej kwoty, czego oczywiście nie uświadczymy podczas likwidacji. Po drugie, likwidacja wiąże się z szeregiem obowiązków, jak np. wyrejestrowanie podmiotu (zwłaszcza przy niektórych typach spółek jest to długotrwałe i kosztowne), usunięcie z pomieszczeń gabinetu sprzętów i urządzeń, dalsze wieloletnie przechowywanie i udostępnianie pacjentom dokumentacji medycznej. Po trzecie, sprzedana firma funkcjonuje nadal, zatem tworzone przez nas latami „dziecko” żyje dalej, wciąż zapewniając opiekę medyczną pacjentom i zatrudnienie dotychczasowemu personelowi. Co więcej, nabywcy takiego gabinetu prawie zawsze zabiegają o to, by dotychczasowy właściciel w dalszym ciągu – przynajmniej przez pewien czas – pozostał w gabinecie jako lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych. W końcu kto lepiej niż taka osoba zna gabinet i wspomogę w początkowym okresie nowego właściciela. Może to być istotna wartość dla tych z Państwa, którzy chcieliby dalej leczyć, ale zdając z siebie obowiązki organizacyjno-administracyjne.

Sprzedaż placówki medycznej może zatem stanowić świadomy krok zmierzający do zyskania dodatkowego czasu, przy jednoczesnym utrzymaniu funkcjonowania gabinetu, a także z opcją dalszej pracy w tym samym miejscu w charakterze lekarza.

Zakup placówki

Czas można zyskać także poprzez zakup gotowego gabinetu. W jaki sposób? Każdy, kto stworzył od podstaw swoją placówkę medyczną, doskonale wie, jaki ogrom pracy się z tym wiąże: lokal, personel, kwestie prawne, księgowość, rejestrowe, oprogramowanie informatyczne, żmudne pozyskiwanie pacjentów, zdobycie kontraktu z NFZ i wiele innych. Zatem, dlaczego by nie kupić „gotowego”, funkcjonującego, zorganizowanego podmiotu leczniczego? **Coraz więcej lekarzy (a nawet osób bez wykształcenia medycznego, zarówno samodzielnych inwestorów, jak i dużych sieci) jest zainteresowanych zakupem takich placówek, ponieważ widzą w tym możliwość skokowego, szybkiego rozwoju.** Fakt, trzeba za to zapłacić, ale zyskany czas może okazać się wart dużo więcej niż cena uiszczona na rzecz dotychczasowego właściciela.

Zarówno sprzedaż, jak i zakup placówki medycznej wiąże się oczywiście z szeregiem działań organizacyjno-prawnych, jednak z pewnością jest to rozwiązanie warte rozważenia z punktu widzenia poruszanych dzisiaj celów.

„Misja (nie)możliwa”?

Czy zatem rozwój gabinetu połączony z jednoczesną większą ilością wolnego czasu to naprawdę „misja niemożliwa”? **Lubimy wyzwania, a nasze doświadczenie pokazuje, że takie wyzwanie jest realne do podjęcia z sukcesem.** Chętnie podzielimy się naszą wiedzą w tym zakresie w kolejnych numerach Biuletynu, rozwijając zasygnalizowane dziś tylko hasłowo opcje.

Korzystając z okazji, chcielibyśmy serdecznie zaprosić Państwa do udziału w I Ogólnopolskiej Konferencji Medycyny Rodzinnej organizowanej przez Wielkopolską Izbę Lekarską 24 września bieżącego roku. Będziemy mieli wówczas możliwość jako prelegenci szerzej porozmawiać z Państwem właśnie na temat wskazanych dzisiaj pomysłów na zyskanie „wolnego” czasu. Zatem do zobaczenia już niebawem na konferencji i na łamach następnych numerów Biuletynu WIL.

dr n. prawn. Bartosz Pawelczyk – radca prawny,
e-mail: b.pawelczyk@pawelczyk-kozik.pl

Krzysztof Kozik – radca prawny,
e-mail: k.kozik@pawelczyk-kozik.pl

Kara finansowa dla podmiotu leczniczego za naruszenie przepisów o ochronie danych osobowych

Na stronie Urzędu Ochrony Danych Osobowych pojawiła się w ostatnim czasie informacja o nałożeniu przez prezesa tego urzędu kary pieniężnej na jeden z dużych podmiotów leczniczych w Polsce za naruszenie przepisów o ochronie danych osobowych. Chodzi o kwotę 10 tys. zł, którą podmiot leczniczy musi uiścić w drodze administracyjnej. Jak do tego doszło?

Okazuje się, że jeden z lekarzy wypisując skierowanie do poradni specjalistycznej, pomylił dane identyfikacyjne pacjenta, co skutkowało ujawnieniem danych osobowych innego pacjenta oraz danych dotyczących stanu zdrowia tego pacjenta. Co istotne administrator danych (podmiot leczniczy) odnotował ten fakt w swoim rejestrze naruszeń, jednak w wyniku przeprowadzonej wewnętrznej analizy uznał, że sytuacja ta, dotycząca jednostkowego pacjenta, nie narusza praw i wolności osób fizycznych i nie wymaga informowania o tym fakcie osoby, której dane zostały ujawnione ani zgłoszenia tego incydentu do Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Jak się okazało, poczynione kroki przez administratora danych okazały się niewystarczające. Urząd Ochrony Danych Osobowych i jego prezes byli innego zdania. Informacja o naruszeniu dotarła do urzędu (za pośrednictwem Biura Rzecznika Praw Pacjenta) i przeprowadzono postępowanie wyjaśniające, w toku którego prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych uznał, że zaistniało wysokie ryzyko naruszenia praw i wolności osoby fizycznej poprzez ujawnienie danych osobowych, za pomocą których można bez problemu zidentyfikować osobę, której dane zostały ujawnione, a dodatkowo ujawnione zostały informacje o stanie zdrowia i tajemnica zawodowa. W ocenie prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych należało sytuację tę zgłosić jako naruszenie



MAREK SAJ
DYREKTOR BIURA WIL
SPECJALISTA
W ZAKRESIE OCHRONY
DANYCH OSOBOWYCH

do ww. urzędu, a ponadto poinformować osobę, której dane zostały ujawnione o zaistniałej sytuacji. W toku ustaleń okazało się, że w ocenie urzędu podmiot leczniczy nie współpracował właściwie z urzędem w zakresie wyjaśnienia sprawy.

Co zatem oznacza ta sytuacja w praktyce? Po pierwsze należy jeszcze raz podkreślić, że przetwarzanie danych osobowych przez podmioty lecznicze charakteryzuje się wysokim stopniem prawdopodobieństwa naruszenia praw i wolności osób fizycznych, bowiem nawet tak jednostkowy przypadek został uznany przez prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jako naruszenie systemu ochrony danych osobowych. W związku z powyższym podmioty lecznicze powinny zadbać o pełne wdrożenie wewnętrznych przepisów w zakresie ochrony danych osobowych oraz uświadomić personel o zagrożeniach i skutkach czynności, które mogą się wydarzyć w podmiocie leczniczym. Po drugie należy wskazać, że w obecnych okolicznościach świadomość pacjentów o ich prawach znacząco wzrosła, co powinno również dotrzeć do podmiotów leczniczych, że nie można bagatelizować wniosków tych pacjentów czy też doprowadzić do marginalizowania pewnych sytuacji, które miały miejsce. Po trzecie należy znacząco zmienić podejście do kwestii ochrony danych osobowych i instytucji naruszenia systemu ochrony danych osobowych. Widać wyraźnie, że samo wystąpienie naruszenia i powiadomienie o tym naruszeniu wcale nie musi być równoznaczne z nałożeniem kary administracyjnej. Dopiero nałożenie szeregu czynników może taki skutek przynieść.

Z decyzją DKN.5131.34.2021 Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych można zapoznać się pod linkiem: <https://www.uodo.gov.pl/decyzje/DKN.5131.34.2021>. ■

Powitanie lata – Noc Kupały w Delegaturze WIL w Lesznie

Początek lata w delegaturze leszczyńskiej został radośnie, gorąco, kolorowo i tanecznie przywitany w Noc Kupały zorganizowanej 25 czerwca br. w urokliwej Smyczynie. Najpierw odbyły się wykłady tematycznie związane z medycyną ludową i charakterem sobótkowej nocy.

Tak liczne spotkanie lekarzy i lekarzy dentyków było też okazją do uhonorowania naszych koleżanek – czas sprawił, że już nesterek w zawodzie: dr Krystyny Hynek i dr Haliny Liberskiej-Zachwiei. Obecni na spotkaniu wiceprezes ORL WIL dr Maciej Dzieciuchowicz oraz dr Bartosz Burchardt wręczyli listy gratulacyjne oraz gratyfikacje, które przyznawane są lekarzom naszej izby w 90. roku życia.

Potem już Kupałalia, a więc rozpalenie rytualnego szamańskiego ogniska, plecenie wianków z polnych kwiatów przy dźwiękach muzyki folkowej i rozstrzygnięcie konkursu na pięć najpiękniejszych wianków, w którym nagrodą były książki ze serii „Kwiat Paproci” znanej i cenionej powieściopisarki Katarzyny Bereniki Mischuk, także lekarki – z jej osobistą dedykacją dla każdej z pięciu koleżanek. Była oczywiście budząca emocje zabawa w „Mam chusteczkę haftowaną...”, a na najodważniejszych czekała w swoim zaciszu wróżka, która przepowiadała przyszłość z kart runicznych.

LIDIA DYMALSKA-KUBASIK
PRZEWODNICZĄCA DELEGATURY WIL W LESZNI



Fot. 2x Anna Skrzypczak



Fot. 2x Anna Grzesiak

Połączyli pokolenia

Były rozmowy, wspomnienia, przejażdżki bryczką, wspólna biesiada, muzyka, śpiew i konkursy z nagrodami – tak w kilku słowach można podsumować pierwsze od wybuchu pandemii spotkanie integracyjne ostrowsko-krotoszyńskich lekarzy seniorów. Na zaproszenie delegatury WIL odpowiedziało ponad 80 lekarzy emerytów, rencistów, a także tych czynnych zawodowo i młodych lekarzy. Spotkanie odbyło się 24 czerwca w restauracji Borowianka.

Gości przywitał wiceprezes ORL WIL, przewodniczący delegatury lek. dent. Wiesław Wawrzyniak. Wśród zaproszonych gości znaleźli się prezes ORL WIL dr n. med. Krzysztof Kordel, wiceprezes ORL WIL Marcin Karolewski, wiceprezes ORL WIL dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz z żoną, członek Prezydium ORL WIL lek. dent. Stanisław Schneider oraz dr n. med. Emilia Schneider – członek Komisji Socjalnej. Uroczystość rozpoczęła się od wyróżnienia za zasługi dla Delegatury WIL w Ostrowie Wielkopolskim tytułem „Laska Asklepiosa” **dr n. med. Michała Pabiszczaka, dr n. med. Marii Buchwald-Rogalki i lek. Henryki Sapińskiej**. Uhonorowany został też laureat tytułu „Ostrowian Roku 2021” **lek. Adam Stangret** oraz Honorowy Obywatel Miasta Ostrowa Wielkopolskiego **dr n. med. Krystian Nielacny**.

ANNA GRZESIAK

Kaliska delegatura odznaczyła Nestorów

Dr Jadwiga Padalak-Brzęczkowska oraz dr Stanisław Sionkowski z kaliskiej delegatury WIL z okazji rozpoczęcia 90. roku życia otrzymali życzenia, podziękowania za pracę i gratyfikacje od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Wyróżnienia te przyznawane są od blisko 20 lat jako wyraz pamięci o Nestorach WIL. Uroczystość odbyła się 25 czerwca w kaliskiej delegaturze.

Uroczystość uhonorowania Nestorów WIL połączono z integracją lekarzy seniorów z okręgu kaliskiego. Spotkanie rozpoczęło się od wyróżnień. Gratyfikacje wręczyli przewodniczący Delegatury WIL w Kaliszu Mariusz Pluciński, prezes ORL WIL dr n. med. Krzysztof Kordel oraz dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz.

Nestorzy otrzymali pamiątkowe medale wybite z okazji 100-lecia Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego. Wręczył je prezes towarzystwa dr n. med. Piotr Suda oraz przewodniczący delegatury Mariusz Pluciński.



Uroczystość uświetnił występ znanej kaliskiej sopranistki Małgorzaty Piotrowskiej oraz muzyka, profesora UAM dr. hab. Roberta Adamczaka. W repertuarze znalazły się pieśni i arie operowe, operetkowe i musicalowe – od baroku aż po współczesność.

ANNA GRZESIAK



Fot. 3x Anna Grzesiak

Komisja ds. Kultury WIL zaprasza na

WTORKOWE SPOTKANIA KLUBU ZDROWIA BODY & MIND MEDICINE

zajęcia online



sprawdź: www.wil.org.pl/klub-zdrowia

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

O „sile rażenia” orzeczeń sądów lekarskich

W tym odcinku naszej medycznej wokandy chcielibyśmy podnieść problem „siły rażenia” i oddziaływania orzeczeń sądów lekarskich na renomę i dobre imię lekarzy występujących jako obwinieni przed sądami lekarskimi. A pretekstem do tych rozważań niech będą wytyczne zawarte w wyroku Sądu Najwyższego (SN) z dnia 26 maja 2017 r. o sygn. akt I CSK 588/16. Sprawa jest o tyle nietypowa, zważywszy na zwykle prezentowaną tu problematykę, że problem pojawił w postępowaniu cywilnym o naruszenie dóbr osobistych, a orzeczenie OSŁ było tylko pretekstem, i to jednym z wielu. Ale uważamy, że z jednej strony poglądy SN są tak ciekawe i ważne, a z drugiej strony liczba podobnych przypadków stale rośnie, że warto poświęcić trochę miejsca i czasu na przytoczenie najważniejszych ustaleń z tej sprawy.



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Stan faktyczny przedstawiał się następująco. Powód w tej sprawie to lekarz A.G., który wniósł pozew do jednego z sądów powszechnych, Sądu Okręgowego w X., a więc – co należy podkreślić – nie lekarskiego, o zobowiązanie pozwanym T. S.A. w (...) i Grupy O. S.A. w (...) do zaprzestania działań naruszających jego dobra osobiste, do usunięcia ze strony internetowej publikacji pt. „(...)” i do opublikowania na stronach internetowych trzyszpaltowego oświadczenia, że pozwani „przepraszają lekarza A.G., prowadzącego klinikę chirurgii estetycznej w (...), za rozpowszechnianie nieprawdziwych informacji, iż Sąd Lekarski wymierzył mu karę nagany za wykonaną operację plastyczną X., w trakcie której miał ją oszpecić”, a ponadto wniósł o upoważnienie go do opublikowania oświadczenia na wypadek, gdyby nie uczynili tego pozwani. Powód wniósł też o zasądzenie od pozwanych na jego rzecz kwot po 50 tys. zł tytułem zadośćuczynienia, a na wskazany cel społeczny kwot po 20 tys. zł oraz solidarnie od obu pozwanych kwoty 100 tys. zł tytułem odszkodowania. Jak widać żądania były poważne, a wynikały z następujących okoliczności. A.G. był lekarzem II stopnia chirurgii ogólnej, z długą praktyką i uprawnieniami w zakresie chirurgii kosmetycznej, natomiast nie ma specjalizacji w zakresie chirurgii plastycznej. Przez wiele lat kierował Poradnią (...) w Szpitalu Rejonowym w (...), a od 1992 r. prowadzi w (...) praktykę lekarską w zakresie chirurgii kosmetycznej pod nazwą A. W latach 2004–2006 placówka ta lokowała się na czołowych miejscach w rankingu najlepszych placówek chirurgii plastycznej tygodników (...). 12 marca 2003 r. powód przeprowadził u pacjentki X. zabieg plastyki blizny skrzydełka nosa, wypełnienia ubytków tkanek miękkich nosa, dermabrazji skóry nosa, skrócenia brody i zmniejszenia płatków uszu, równocześnie z dużym zabiegiem liftingu twarzy. Po zabiegu u pacjentki wystąpiły powikłania pooperacyjne, których leczenie trwało długo i ostatecznie doprowadziło do konfliktu z powodem. X. o komplikacjach pooperacyjnych zawiadomiła media, a historia jej zabiegu stała się tematem kilku reportaży. Pani ta prowadziła też blog, na którym dzieliła się swoimi opiniami na temat braku kompetencji powoda jako lekarza oraz informowała czytelników o podejmowanych krokach prawnych i postępowaniach prowadzonych w związku z zabiegami w klinice powoda. Wzięła także udział m.in. w programie realizowanym przez T. S.A., w którym zaprezentowała „skutki operacji, której się poddała”, jako przestroga dla osób chcących skorzystać z tego rodzaju zabiegów. W tym samym dniu na stronie internetowej ukazał się artykuł będący skrótem materiału przedstawionego w reportażu. Artykuł nie został przygotowany przez autorkę reportażu, lecz stanowił efekt pracy osób odpowiedzialnych

za redakcję stron internetowych. Te anonse medialne spowodowały podjęcie tego tematu i historii dr. A.G. przez innych dziennikarzy, z uwagi na interes społeczny w związku z coraz powszechniejszym korzystaniem przez społeczeństwo z zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej i estetycznej w coraz liczniejszych prywatnych klinikach, przy braku możliwości sprawdzenia ich kwalifikacji. Stawiany przez X. zarzut błędu w sztuce lekarskiej spowodował wszczęcie wobec powoda postępowania dyscyplinarnego przed Okręgowym Sądem Lekarskim w (...), a także postępowania karnego przed sądem powszechnym w postępowaniu karnym. W postępowaniu dyscyplinarnym toczącym się przed Okręgowym Sądem Lekarskim w (...) OROZ postawił dr. A.G. zarzuty działań stanowiących przewinienie zawodowe, tj.: 1) wykonania u pacjentki (...) zabiegu operacyjnego z zakresu chirurgii estetycznej w postaci plastyki blizny skrzydełka nosa, wypełnienia ubytków tkanek miękkich nosa, dermabrazji skóry nosa, skrócenia brody i zmniejszenia płatków uszu, równocześnie z dużym zabiegiem face-liftingu, co narażiło pacjentkę na bardziej uciążliwy przebieg pooperacyjny oraz możliwość penetracji bakterii saprofitujących w nosogardzieli do pola operacyjnego tkanek miękkich twarzy i szyi; 2) zbyt późnego rozpoznania powikłania pooperacyjnego pod postacią krwiaka w przestrzeni pozapowięziowo-mięśniowej i leczenia go niezgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami, co spowodowało pozostawienie śródtkankowo wykrępej krwi, i narażało pacjentkę na przewlekły stan zapalny. Co warte podkreślenia, OSŁ uznał dr. A.G. za winnego zarzucanych mu czynów i wymierzył mu karę nagany. Lekarz odwołał się od tego orzeczenia, a Naczelny Sąd Lekarski uchylił je i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania przez sąd lekarski I instancji. Niestety z uwagi na przedawnienie postępowanie w tej sprawie zostało umorzone. Przy okazji warto dodać, że postępowaniu przed sądem lekarskim towarzyszyło ogromne zainteresowanie mediów. Dziennikarz M.P. kontaktowała się z Rzecznikiem Prasowym Okręgowej Izby Lekarskiej w (...) w celu uzyskania informacji o wyniku postępowania. Podobny finał w tej sprawie miało postępowanie karne. Najpierw sąd powszechny uniewinnił powoda od zarzucanego mu czynu, lecz na skutek apelacji pacjentki sąd okręgowy uchylił ten wyrok i sprawę przekazał sądowi rejonowemu do ponownego rozpoznania. Ostatecznie także w tym przypadku, z uwagi na wpływ terminu przedawnienia, postępowanie w tej sprawie zostało umorzone. W konsekwencji powód, czyli dr. A.G. wezwał Grupę O. S.A. do zaprzestania naruszania jego dóbr osobistych, polegającego na zamieszczeniu na stronie serwisu internetowego O. nieprawdziwych informacji, w szczególności jakoby powód został ukarany karą nagany

za nieprawidłowe wykonanie zabiegu X. oraz jakoby Okręgowa Izba Lekarska rozpatrywała kolejne skargi na powoda. Grupa O. S.A. poinformowała powoda, że nie jest autorem treści zawartych w materiale prasowym, których dysponentem jest T. S.A. Zapewniła, że w przypadku uwiarygodnienia przez powoda, że informacje opublikowane na stronie internetowej są nieprawdziwe, podejmie przewidziane prawem działania. Powód nie odpowiedział na to pismo i dopiero 18 czerwca 2012 r. wezwał obu pozwanych do usunięcia publikacji zamieszczonej na stronie serwisu internetowego „(...)” pod adresem (...)O. oraz do zapłaty kwoty 50 tys. zł na wskazany cel społeczny. Pozwany T. S.A. odpowiedział na pismo powoda oraz uzupełnił artykuł wzmianką o wydarzeniach, które miały miejsce po publikacji. Usunął z artykułu fragment informujący, że w izbie lekarskiej są rozpatrywane kolejne skargi na powoda. Natomiast pozwana Grupa O. S.A. poinformowała powoda, że publikacja znajdowała się już wówczas pod adresem (...), a więc na domenie należącej do T. S.A., zaś publikacja znajdująca się pod adresem (...) została przez Grupę O. S.A. usunięta.

Z uwagi na ograniczone łamy biuletynu pominiemy tu kolejne wyroki sądu okręgowego i apelacyjnego, swoją drogą bardzo interesujące, a przejdźmy od razu do wywodów zaprezentowanych w tej sprawie przed Sądem Najwyższym, który rozpatrywał kasację. Jak podniósł SN, w art. 13 ust. 1 prawa prasowego, bo do tego przepisu SN w pierwszej kolejności się odwołał, ustawodawca wprowadził zakaz wypowiedzania w prasie opinii co do rozstrzygnięcia w postępowaniu sądowym przed wydaniem orzeczenia w pierwszej instancji, a w art. 13 ust. 2 prawa prasowego zakazał publikowania w prasie danych osobowych i wizerunku osób, przeciwko którym toczy się postępowanie przygotowawcze lub sądowe, chyba że wyrażą one na to zgodę. SN zauważył, że w tych przepisach mowa jest o postępowaniu przygotowawczym i postępowaniu sądowym, jako postępowaniach, których dotyczą nałożone na prasę ograniczenia w zakresie przekazywania informacji. Nie są to jedyne ograniczenia tego rodzaju, jakim prasa powinna się podporządkować. W odniesieniu do postępowania przygotowawczego obowiązuje bowiem także art. 241 kk, penalizujący rozpowszechnianie niektórych informacji z tego postępowania, oraz art. 266 §1 kk, którego zastosowanie rozważane może być w razie naruszenia zakazu ustanowionego w prawie prasowym. Gdy zaś chodzi o postępowanie sądowe, to ograniczenia ustanowione w art. 13 prawa prasowego obowiązują obok przepisu konstytucyjnego (art. 45 ust. 2) deklarującego jawność rozpraw, na których odbywa się rozpoznanie sprawy, z możliwością jej wyłączenia przez sam sąd ze względu na szczególne okoliczności przemawiające za taką decyzją, przy założeniu jednak, że wyrok zawsze ogłoszony zostanie publicznie.

Jak przypomniał SN, stosownie do przepisów ustawy o izbach lekarskich lekarze podlegają odpowiedzialności zawodowej, postępowanie przed sądem lekarskim odbywa się na rozprawie jawnej, a sąd lekarski może wyłączyć jawność rozprawy. Jest to rozwiązanie odpowiadające tym, które obowiązują w postępowaniach prowadzonych przez sądy państwowe. Jawność rozprawy przed tymi sądami nie stała jednak na przeszkodzie wprowadzeniu przez ustawodawcę ograniczeń dla prasy jednoznacznie wynikających z art. 13 prawa prasowego. Zdaniem SN nie sposób uznać, że na etapie postępowania przed sądem orzekającym o odpowiedzialności zawodowej zakazy te miałyby nie obowiązywać, dziennikarze byli upoważnieni do dowolnego wypowiedzania się o czynie, sprawcy i karze, ferowania w tym zakresie

własnych orzeczeń, publikowania danych osób, przeciwko którym toczą się te postępowania oraz osób występujących w tych postępowaniach w innych rolach, a ta swoboda miałaby ustawać na czas rozpoznawania ewentualnej kasacji od orzeczenia sądu lekarskiego przez Sąd Najwyższy, po czym ewentualnie odzywać w razie zaistnienia podstaw do przekazania sprawy sądowi lekarskiemu do ponownego rozpoznania. SN podkreślił, że charakter, cele i przebieg postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz obowiązujące w tym postępowaniu standardy procesowe uzasadniają stosowanie w nim art. 13 prawa prasowego na tych samych zasadach, według których przepis ten stosuje się w postępowaniu przygotowawczym i sądowym przed sądami powszechnymi.

Tym niemniej SN, konkludując, zaznaczył, że powyższe ustalenia nie wystarczyły do uwzględnienia powództwa wytoczonego przez dr. A.G. w tym kształcie, w jakim zostało ono przedstawione sądowi do rozpoznania. W ocenie SN nie było tu wątpliwości co do tego, że art. 13 prawa prasowego nie został naruszony przez T. S.A. przez działanie polegające na opublikowaniu informacji o wyniku prowadzonego postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej w sprawie powoda, gdyż ograniczenie przewidziane w tym przepisie przestaje działać po wydaniu orzeczenia w pierwszej instancji. Materiał opublikowany przez T. S.A. stanowił informację o takim orzeczeniu, a następnie – na żądanie powoda – został uzupełniony o dane na temat wyników kontroli instancyjnej tego orzeczenia i sposobu, w jaki postępowanie się zakończyło. Druga kwestia – jak argumentował w uzasadnieniu swojego orzeczenia SN – to art. 13 ust. 2 prawa prasowego, który wprowadza zakaz publikowania danych osobowych i wizerunku osób, przeciwko którym toczy się postępowanie sądowe. Zwolnienie z tego zakazu może być udzielone przez te osoby lub przez sąd właściwy do rozpoznania sprawy. Uregulowanie ustalone w tym przepisie prawa prasowego ma szeroki zakres podmiotowy. Odnosi się do wszystkich osób, przeciwko którym toczy się postępowanie sądowe, bez względu na ich status społeczny, w tym w szczególności możliwość zaliczenia do kategorii osób publicznych lub powszechnie znanych. Te cechy osób objętych zakazem publikowania ich danych i wizerunku na czas trwania prowadzonego przeciwko nim postępowania nie mają znaczenia z punktu widzenia celu, dla którego zakaz został ustanowiony. Prywatność, wizerunek, dane osobowe osób publicznie znanych są w tym samym stopniu godne ochrony i objęte ochroną na gruncie art. 13 ust. 2 prawa prasowego, co te same dobra przysługujące osobom mniej znanym. Ograniczenie prawa do publikowania informacji wymienionych w tym przepisie działa wyłącznie przez czas, gdy przeciwko konkretnej osobie toczy się postępowanie sądowe, i ustaje po zakończeniu tego postępowania. Opublikowanie już po zakończeniu postępowania przygotowawczego czy sądowego informacji obejmujących dane, o jakich mowa w prawie prasowym, podlega ocenie nie na podstawie tego przepisu i w kontekście zarzutu naruszenia ustanowionego w nim zakazu, ale na podstawie przepisów ustanawiających ogólne standardy ochrony dóbr osobistych. Trzeba przy tym odnotować – stwierdził SN – że możliwość opublikowania przez prasę informacji o wynikach toczącego się przeciwko konkretnej osobie postępowania karnego lub dotyczącego odpowiedzialności zawodowej nie jest ograniczona tylko do tych przypadków, gdy sąd zastosował w stosunku do niej środek w postaci podania wyroku do publicznej wiadomości. Odpowiednik takiego środka przewidziany jest też w przepi- ▶

- sach o odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Sąd lekarski w przypadku orzeczenia w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej lekarza kary przewidzianej w art. 83 ust. 1 pkt 4–7 uil może zarządzić opublikowanie orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem. Cele uzasadniające skorzystanie z tego środka karnego przez sąd lekarski nie są tożsame z celami, do zrealizowania których dąży prasa, wykonując obowiązki informacyjne wobec społeczeństwa, dlatego nie można wyłączyć prawa do rozpowszechniania przez prasę informacji mających za przedmiot dane o prawomocnie zakończonych postępowaniach przygotowawczych i sądowych prowadzonych w tych wszystkich sprawach, w których sąd nie zastosował środka w postaci podania orzeczenia do publicznej wiadomości w sposób i formie przewidzianej dla spraw rozpoznanych przez sąd. Przyczyny i sposób opublikowania informacji o postępowaniu prowadzonym przeciwko konkretnej osobie po jego prawomocnym zakończeniu podlegają jednak ocenie w świetle przesłanek decydujących o udzieleniu ochrony dobrom osobistym, gdyby opublikowanie informacji miało je naruszyć.

W świetle okoliczności ustalonych w niniejszej sprawie SN stwierdził, że nie może budzić wątpliwości, że T. S.A. naruszył zakaz publikowania danych osobowych powoda jako osoby, przeciwko której toczyło się postępowanie przed sądem lekarskim, gdyż podał imię i nazwisko powoda w materiale prasowym dotyczącym tego niezakończonego prawomocnie postępowania, nie dysponując zgodą powoda na ich ujawnienie. Ochrona, o którą powód mógłby zasadnie zabiegać w związku z opisanym wyżej działaniem T. S.A., odnosiła się w pierwszej kolejności do jego danych osobowych, a w dalszej perspektywie do dóbr osobistych. Jej udzielenie z zamysłem wyeliminowania stanu naruszenia dobra chronionego przez powołany przepis byłoby uzasadnione do czasu prawomocnego zakończenia postępowania prowadzonego przeciwko powodowi. Po prawomocnym zakończeniu tego postępowania, gdy przestał działać zakaz ustanowiony w art. 13 ust. 2 prawa prasowego, nie było uzasadnione stosowanie środków mających wyeliminować stan naruszenia dobra powoda w postaci danych osobowych, natomiast możliwe było

zastosowanie co najwyżej środków represyjnych w związku z dokonaniem już naruszeniem. Takiego charakteru nie mają jednak środki ochrony, o zastosowanie których w stosunku do T. S.A. wnioskował powód. Nie zabiegał on bowiem o ochronę jego danych osobowych opublikowanych w materiale prasowym przygotowanym przez T. S.A., lecz żądał przeproszenia za rozpowszechnianie nieprawdziwych informacji, jakoby sąd lekarski wymierzył mu karę nagany za wykonaną operację pacjentki.

Jak spostrzegł SN, w czasie rozpoznawania sprawy przez sądy cywilne obu instancji postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej prowadzone przeciwko powodowi było już prawomocnie zakończone, a zatem sytuacja, w jakiej znajdowały się strony postępowania, nie podlegała bieżącej ocenie na podstawie art. 13 ust. 2 prawa prasowego. Powód zażądał od obu pozwanych usunięcia materiału prasowego dotyczącego jego osoby ze stron internetowych dopiero wtedy, gdy ograniczenie ustanowione w prawie prasowym przestało działać, a w związku z jego żądaniem T. S.A. uzupełnił w ocenianym materiale prasowym informacje o przebiegu, wynikach i sposobie zakończenia tego postępowania. Informacje te zostały uzupełnione rzetelnie, a T. S.A. objaśnił z odwołaniem się do przesłanek leżących w sferze interesu publicznego przyczyny, z uwagi na które zdecydował się na opublikowanie ocenianego materiału.

Z pewnością sprawy prowadzone przez sądy lekarskie wzbudzają coraz większe zainteresowanie mediów. Często też pojawiają się wątpliwości w biurach sądów lekarskich, rzeczników lub też w służbach prasowych izb lekarskich, czy i jak można informować o toczących się sprawach. Dlatego zawarte w przywoływanym judykacie SN wytyczne – jak się wydaje – mogą być niezwykle pouczające i użyteczne. Ale morał z tej sprawy – naszym zdaniem – płynie jeszcze jeden. Otóż werdykt sądu lekarskiego orzekającego nawet najniższą z możliwych kar może w praktyce rynkowej, w tym przypadku tzw. medycyny estetycznej (oficjalnie nie ma takiej specjalizacji), okazać się decyzją o ogromnej sile rażenia, na co niewątpliwie wskazuje determinacja opisywanego dr. A.G. w dochodzeniu swoich racji w tej sprawie. ■

DAWKA INFORMACJI

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki informacji są fragmenty wiadomości rzeczowych. Pochodzą one z różnych źródeł i e-serwisów. (o-ap)

Zaledwie 2,4 lekarza

Kredyty na studia medyczne, wyższe nakłady na służbę zdrowia i rosnące pensje lekarzy – tak rząd chce poprawić sytuację w kraju, gdzie na tysiąc pacjentów przypada statystycznie zaledwie 2,4 lekarza. Jarosław Kaczyński zapewnia, że wkrótce lekarze będą wracać do kraju, gdyż czekać ich będą zarobki porównywalne z tymi na Zachodzie. Na razie dane temu przeczą. Tylko w pierwszej połowie roku ponad 550 medyków przygotowywało się do wyjazdu z kraju.

W Polsce brakuje lekarzy, a zwłaszcza specjalistów. Pandemia koronawirusa tylko uwidoczniła te braki. Wiele szpitali musi zawieszać oddziały z powodu braków kadrowych. Według raportu OECD „Health at a Glance 2020” na tysiąc mieszkańców mamy zaledwie 2,4 lekarza, podczas gdy

średnia UE to 3,4. Tym samym pod względem dostępności lekarzy znajdujemy się na samym końcu w Unii Europejskiej. Według Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce brakuje aż 68 tys. lekarzy różnych specjalizacji i 40 tys. pielęgniarek.

(PRZEMYSŁAW CISZAK, WWW.MONEY.PL)

Drugi CyberKnife w WCO

Nowoczesny akcelerator do radioterapii został sfinansowany w znaczącym zakresie ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego, podobnie jak przebudowa pomieszczenia Zakładu Radioterapii w WCO. Jego zastosowanie pozwoli zwiększyć grupę leczonych, a jednocześnie włączyć leczenie chorych, u których dotychczas nie można było go zastosować. Naszym celem jest zapewnienie mieszkańcom regionu dostępu

do efektywnego leczenia, przy jednoczesnym wspieraniu rozwoju placówek medycznych, realizujących najnowocześniejsze świadczenia medyczne – mówi Marek Woźniak, marszałek województwa wielkopolskiego. Akcelerator CyberKnife jest urządzeniem przeznaczonym do leczenia z wykorzystaniem wysokoenergetycznego promieniowania jonizującego bardzo małych, często nieoperacyjnych zmian nowotworowych. Umożliwia leczenie z dokładnością do dziesiątych części milimetra. Zaawansowany sprzęt będzie pomocny w leczeniu nowotworów mózgu, płuc i prostaty. Koszt zakupu akceleratora wyniósł ok. 33 mln zł. (WWW.UMWWW.PL)

Trzy kolejne substancje

Duże zmiany w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę szpikową wprowadzi Ministerstwo Zdrowia od 1 września 2022 r. Finansowane będą trzy kolejne substancje, w tym dwie zupełnie nowe w polskim systemie refundacji. Dotychczas jedynym lekiem w tym programie była midostauryna. Teraz będą to również Xospata (gilteritynib), Mylotarg (gemtuzumab ozogamycyny). W programie będzie też finansowany Venclxyto (wenetoklaks). (WWW.RYNEKZDROWIA.PL)

Z Krysiewicza do Libanu

Fundacja „Redemptoris Missio” pozyskała dary z likwidowanego Szpitala Dziecięcego przy ul. Krysiewicza w Poznaniu i prześle je m.in. szpitalom misyjnym w Libanie. Poniedziałkowy transport będzie się składał ze sprzętu medycznego: łóżeczek i przewijaków dla niemowląt o łącznej wadze 2 ton. Gdyby nie pośrednictwo fundacji, zostałyby zniszczone, ale dzięki naszej współpracy z żołnierzami będą jeszcze przez długie lata służyć w libańskich placówkach medycznych – informuje Justyna Janiec-Palczewska, prezes fundacji.

To już czwarty w tym roku transport pomocy do Libanu organizowany przez fundację. Do tej pory wysyłaliśmy tam pomoc medyczną w postaci wózków inwalidzkich, łóżek transportowych, maseczek i płynów do dezynfekcji i narzędzi chirurgicznych dla libańskich szpitali. W Libanie pomagamy od 4 lat i łączna waga naszej pomocy przekroczyła już 35 ton – dodaje. (J., WWW.EPOZNAN.PL)

Świadczenie za 21,83 zł

Państwo będzie finansowało poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia szczepienia na grypę w aptekach i w podmiotach leczniczych – poinformował na konferencji wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski. Od 1 września takie szczepienie będzie można wykonać w aptekach, jak również w podstawowej opiece zdrowotnej i innych podmiotach leczniczych, które zgłoszą do Narodowego Funduszu Zdrowia możliwość rozliczenia finansowego świadczenia zdrowotnego.

Miłkowski poinformował, że świadczenie to wzrosło z 17 zł do 21,83 zł za szczepienie. Każdy, kto się zgłosi do apteki, która będzie szczepiła, będzie mógł to rozliczyć z NFZ – zaznaczył. Dodał, że część producentów deklaruje, że będzie elastyczna na polskim rynku. Podkreślił, że na wstępie będą zabezpieczone 2 mln szczepionek. Jeśli będzie większe zapotrzebowanie, to część firm to zapotrzebowanie pokryje – zapewnił minister.

19 sierpnia 2022 r. opublikowane zostało zarządzenie zmieniające zarządzenie prezesa NFZ w sprawie zasad spr-

wozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Zgodnie z nim od 1 września szczepienia przeciw grypie będą refundowane.

(PAP, WWW.INTERIA.PL)

Dowody są zbyt słabe

Amerykańska organizacja *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) regularnie ustala i publikuje zalecenia dotyczące działań profilaktycznych. Jej ostatni raport dotyczy stosowania witamin, minerałów i suplementów wielowitaminowych w zapobieganiu rozwojowi nowotworów i chorób układu krążenia. Aktualizację raportu z 2014 r. opublikowano po analizie 84 badań, w tym 78 z randomizacją.

Dla większości witamin dowody są zbyt słabe, aby określić stosunek korzyści i ryzyka ich stosowania. Istnieją natomiast dane sugerujące zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory płuc u osób z grupy ryzyka, np. palaczy czy osób narażonych na kontakt z azbestem, otrzymujących betakaroten. W przypadku witaminy E jednoznacznie stwierdzono, że nie zmniejsza ona ryzyka zachorowania na nowotwory i choroby układu krążenia. Obie witaminy otrzymały negatywne rekomendacje USPSTF. Ze względu na sprzeczne rezultaty badań nad pozostałymi witaminami oraz brak dowodów na ich szkodliwość USPSTF nie zaleca ani nie odradza ich stosowania.

Znaczna liczba analizowanych badań naukowych dotyczyła suplementacji witaminą D (32 badania z randomizacją oraz 2 badania kohortowe). Nie wykazano istotnego wpływu jej stosowania na ryzyko zachorowania na nowotwory i choroby układu krążenia. Stosowanie preparatów wielowitaminowych wykazało niewielki spadek ryzyka zachorowania na nowotwory, jednak dane popierające tę obserwację są niskiej jakości. Co ważne, USPSTF nie znalazła dowodów na szkodliwość suplementacji preparatami wielowitaminowymi.

(WWW.JAMANETWORK.COM, WWW.ZWROTNIKRAKA.PL)

Ciepło zakłóca fizjologię snu

Jaki wpływ mają coraz cieplejsze noce na ryzyko śmiertelności? Grupa naukowców z różnych ośrodków badawczych na świecie (z Chin, Korei Południowej, Japonii, USA, Niemiec) podzieliła się swoim odkryciem na łamach „The Lancet Planetary Health”. Uczeni przeanalizowali dane historyczne dotyczące śmiertelności w 28 miastach Azji Wschodniej (w Chinach, Korei Południowej i Japonii) w przedziale czasowym od 1981 do 2010 r.

Według badaczy ryzyko zgonu w dni z upalnymi nocami było o 50 proc. wyższe niż w dni bez gorących nocy. Jak pokazują wyniki analizy intensywność upalnych nocy w tych azjatyckich miastach może prawie podwoić się do roku 2100, a temperatura wzrośnie z 20,4 st. Celsjusza do 39,7 st. Celsjusza. Niestety odbije się to na zdrowiu mieszkańców – nadmierne ciepło może zakłócać prawidłowe wzorce snu i prowadzić do różnych schorzeń (m.in. układu krążenia, przewlekłych stanów zapalnych). Zdaniem naukowców to ryzyko może być znacznie wyższe, niż do tej pory szacowano. Dowiedli tym sposobem, że zmiany klimatu mogą mieć negatywny wpływ na oczekiwaną długość życia ludzi na całym świecie. (WWW.PORADNIKZDROWIE.PL)

Wybitni endokrynolodzy uhonorowani na 50-lecie kliniki

Trzech lekarzy WIL otrzymało tytuł „Nestora Polskiej Endokrynologii”. Wśród uhonorowanych znalazł się prof. Jerzy Sowiński, który odebrał także Złoty Laur Akademicki.

W dniach od 30 czerwca do 2 lipca w hotelu Andersia w Poznaniu odbył się XXVI Kurs Kształcenia Ustawicznego z Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych. Wydarzenie uświetniły obchody 50-lecia powstania Kliniki Endokrynologii w Poznaniu (zorganizowane z dwuletnim, pandemicznym opóźnieniem).

30 czerwca, podczas inauguracji połączonej z ceremonią jubileuszową, nadane zostały tytuły „Nestora Polskiej Endokrynologii”. Wśród wyróżnionych znaleźli się profesorowie Stanisław Czekański, Ludwik K. Malendowicz i Jerzy Sowiński.

Ostatni z wymienionych, prof. Sowiński, odebrał z rąk JM Rektora prof. Andrzeja Tykarskiego także Złoty Laur Akademicki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – najwyższe uczelniane wyróżnienie



Fot. Mirosław Baryga

honorowe. W uroczystości wziął udział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Krzysztof Kordel, który serdecznie pogratulował wszystkim docenionym przez środowisko kolegom. ■

Światowy Dzień Serca

Nadleśnictwo Czarniejewo, 25 września 2022 r.

Leśnicy i kardiologowie zapraszają na nordic walking w lesie

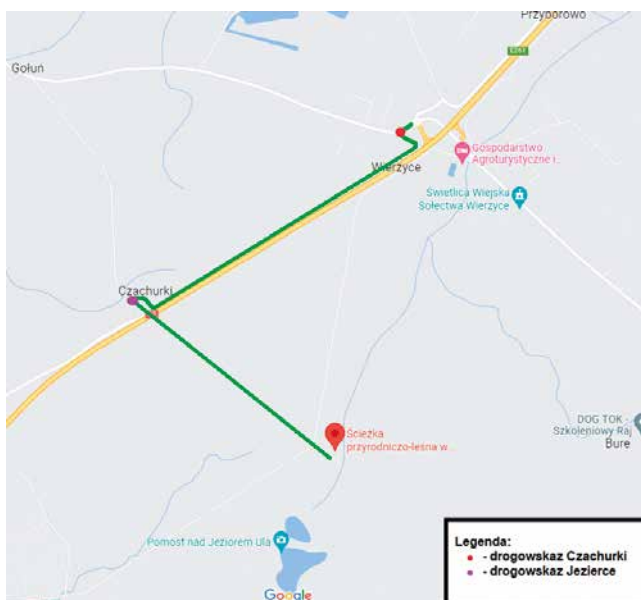
W niedzielę, 25 września 2022 r. o godz. 10.30 leśnicy i kardiologowie dbający o zdrowie i kondycję fizyczną zapraszają swoich przyjaciół, miłośników lasu i rekreacji na wędrowkę do Nadleśnictwa Czarniejewo. W programie nordyckie spacery „po zdrowie” i dla regenerującego odprężenia. Wiadomości o lesie i przyrodzie będą udzielać leśnicy, a na temat zdrowia i prawidłowej diety mówić będą fachowcy. Okazją do spotkania na trasie w lesie jest Światowy Dzień Serca oraz trwająca kampania „Lasom Przyjazny”. W tym roku spotykamy się już po raz 16.

Od 6 lat uczestniczą w naszej imprezie osoby, które zawdzięczają swoje życie transplantacji. Dla nich aktywność fizyczna jest wyjątkowo ważna, nie zabraknie tych szczęściarzy również w tym roku. Dają oni świadectwo, że po tak poważnej operacji można cieszyć się życiem, pracować, uprawiać sport, podróżować... Od 2010 r. przeszczepy serca ze znakomitym efektem przeprowadzane są w Poznaniu, w klinice prof. Marka Jemielitego w Szpitalu Klinicznym przy ul. Długiej.

Nordic walking to sport, który pozwala trenować i utrzymywać w dobrej kondycji całe ciało: serce, mięśnie, stawy – bez przeciążania. Trasy spaceru opracowano dla entuzjastów przyrody i pasjonatów niezwykłych wycieczek, którzy lubią wędrować po lesie, poświęcając nieco więcej uwagi spotykanym roślinom i zwierzętom.

TRASA A (ZIELONA) – „U źródeł Cybinki” (długość 2,5 km, szacunkowy czas przejścia 50–60 minut)

Trasa rozpoczyna się nieopodal rzeki Cybinki, na terenie miejsca postoju znajdującego się przy wiacie z miejscem na



Mapa dojazdu

ognisko w leśnictwie Jezierce. Uczestnicy pokonają małą pętlę ścieżki edukacyjnej, mijając przy tym drzewostany starszych klas wieku z różnicowanym składem gatunkowym, dobrze dopasowanym do warunków siedliskowych. Trasa mija pozostałości starej przystani rybackiej zlokalizowanej przy jeziorze Ósemka, następnie po bardziej wymagającym podejściu prowadzi dalej groblą pomiędzy wcześniej mijanym jeziorem Ósemka a jeziorem Ully. Chwilę później do pokonania jest drewniana kładka umożliwiająca przeprawę między

Źródło: Google Maps

dwoma jeziorami. Rozglądając się uważnie, można dostrzec ślady bytowania rodziny bobrów, a przy odrobinie szczęścia można spotkać nawet samego gryzonia. W dalszej części trasy uczestnicy docierają do miejsca wypoczynku zlokalizowanego nad brzegiem malowniczego jeziora Ully, którego wyjątkowe walory przyrodnicze i krajobrazowe o każdej porze roku przyciągają rzesze miłośników aktywnego wypoczynku na łonie natury. Ostatnie fragmenty trasy prowadzą ścieżką wzdłuż szkółki leśnej w Jeziercach, mijając po drodze punkty przygotowane w ramach ścieżki edukacyjnej, m.in. opisujące martwe drzewa w lesie. Trasa nie wymaga dużego wysiłku fizycznego, bez trudu pokona ją każdy chętny.

TRASA B (CZERWONA) – „Wokół Jezior Babskich” (długość 6 km, szacunkowy czas przejścia ok. 120 minut)

Trasa rozpoczyna się nieopodal rzeki Cybinki, na terenie miejsca postoju znajdującego się przy wiacie z miejscem na ognisko w leśnictwie Jezierce. Uczestnicy początkową część trasy pokonają razem z osobami poruszającymi się trasą zieloną – ścieżką edukacyjną, mijając przy tym drzewostany starszych klas wieku z różnicowanym składem gatunkowym, dobrze dopasowanym do warunków siedliskowych. Również tutaj będzie okazja zobaczyć starą przystań rybacką nad jeziorem Ósemka. Po bardziej wymagającym podejściu następuje rozwidlenie ścieżek: szlak zielony odbija w prawo, a uczestnicy trasy czerwonej będą podążać dłuższą pętlą ścieżki edukacyjnej prowadzącej dalej wzdłuż jeziora Ully, aby następnie pokonać urokliwy drewniany mostek o długości ok. 35 m nad rzeką Cybinką. (Uwaga! należy zachować ostrożność. Obowiązuje ruch jednokierunkowy). Dalej będą podążać wąską ścieżką, a następnie przejdą widokową trasą pomiędzy jeziorami Cyganek i Baba do żółtego szlaku turystycznego. Przechodząc dalej wzdłuż jeziora Baba, dotrą do miejsca wypoczynku, gdzie będzie można nacieszyć się

przepięknym widokiem krajobrazu leśnego oraz podziwiać majestatyczne dęby – pomniki przyrody. Kolejny etap trasy wiedzie duktami leśnymi, gdzie okoliczne lasy urzekają mozaiką siedlisk oraz gatunków flory i fauny. Ostatni fragment szlaku przebiega przy jeziorze Ully oraz przy szkółce leśnej w Jeziercach, gdzie będzie można w pełni cieszyć się z obcowania z naturą.

Ze względu na długość i poruszanie się trudniejszymi odciwkami, m.in. ścieżkami przez groblę, trasa polecana jest dla miłośników dłuższych spacerów.

Na każdej trasie wskazane jest obuwie terenowe i strój spacerowy „na każdą pogodę”. Podczas spaceru będą obecni instruktorzy nordic walking.

Po spacerze zapraszamy uczestników na zdrowy, leśny posiłek, przygotowany zgodnie z regułami najlepszej dla serca diety paleolitycznej myśliwych i zbieraczy. Zapewniamy ograniczoną liczbę kijków nordyckich do spacerów po lesie oraz smaczny posiłek regeneracyjny. Wpłata na miejscu 40 zł od osoby na pokrycie kosztów posiłku.

Spotykamy się o godz. 10.30 na terenie miejsca postoju – przy wiacie z miejscem na ognisko w Jeziercach, którego koordynaty GPS to: 52°26'04.1"N 17°22'26.5"E.

Organizatorami aktywnego spotkania w lesie są: Polskie Towarzystwo Leśne Oddział Wielkopolski, Nadleśnictwo Czerniejewo, Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej AWF w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne Oddział w Poznaniu. Ze względów organizacyjnych prosimy o potwierdzenie udziału do 16 września 2022 r. na adres: anna.zietek@poznan.lasy.gov.pl. Dalsze informacje znajdują się na stronie: www.wielkopolski.ptl.pl.

JERZY FLISYKOWSKI – POLSKIE TOWARZYSTWO LEŚNE

PIOTR DYLEWICZ – POLSKIE TOWARZYSTWO KARDIOLOGICZNE

ANNA ZIĘTEK – NADLEŚNICTWO CZERNIEJEWO

Józef Struś (1510–1559) Pokłosie pewnego spaceru

W Poznaniu na Placu Kolegiackim z rana
Spotkałem ducha Wspaniałego Sulejmana
Sułtana. Szukam, mówił, śladów medyka
Józefa, który pomógł mi dawno temu –
Struthius Mu było, nandu albo emu...

Gdym za życia męczył się, wargi miał sine
Lekarz ów... już wiem! Zwał się Struś!

Wykrył u mnie i wyleczył jakąś bigeminię.
Jego plusem było to, że parał się pulsem.

W archiwach niebiańskich zapisano,
Że urodził się i mieszkał w tym mieście.

Studiował tutaj, też w Krakowie i jeszcze
W Padwie. Lekarzem dwu królów pono

Był polskich, Zygmunów. I wiadomo,
Mówił duch Sulejmana, że ten mądry,

Sławny między siebie współczesnymi
Eskulap, zmarł na dżumę. W tej ziemi,

Z estymą, w kolegiacie Marii Magdaleny



Wyobrażeniowy portret Józefa Strusia autorstwa Antoniego Oleszczyńskiego

Więcej o inicjatywie budowy pomnika Józefa Strusia: wil.org.pl/pomnikstrusia

Go pochowano. Teraz kolegiaty nie ma,
Jest grunt, ziemia Kolegiackiego Placu.
Chętnie bym pamiątkę po Nim zobaczył.
Stoi co prawda w Rynku Jego kamienica,
Jest szpital Jego imienia, a także ulica.
Na placu Jego pomnik winien być i basta!
Wszak dwa razy był burmistrzem miasta!
Może wasz Magistrat pograża się w nędzy?
(Nazwy ulic niewiele wymagają pieniędzy).
Jego osoba i dokonania warte są pomnika –
Pamięć o tym Wspaniałym Lekarzu zanika!
Cóż to, Poznaniacy, nie śmierdzą groszem?
Rajcy chyba liczą, że ja potrząsnę trzosem!
Nie! W skarbcu nieba materialna posucha.
Poza tym, czy dostał ktoś forszę od ducha?
Wielkopolscy lekarze (spora was trzódka),
Może ten pomysł trzeba wspomóc zrzutką?

Ryszard Krawiec, Sierpień 2022

Wspomnienie o prof. Tadeuszu Stasińskim

W lipcu 2022 r. przypadła setna rocznica urodzin prof. Tadeusza Stasińskiego, wybitnego poznańskiego kardiologa.

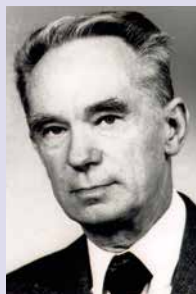
Tadeusz Józef Stasiński urodził się 30 lipca 1922 r. w Skierniewicach. W 1939 r. ukończył Gimnazjum im. Marii Magdaleny w Poznaniu. Maturę uzyskał w Skierniewicach, uczęszczając na tajne komplety. W 1945 r. rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie Poznańskim. Dyplom lekarza medycyny uzyskał w grudniu 1949 r. Pracował wtedy jako wolontariusz w II Klinice Chorób Wewnętrznych prowadzonej przez prof. Jana Roguskiego. Następnie został zatrudniony jako asystent w III Klinice Chorób Wewnętrznych w Poznaniu kierowanej przez prof. Franciszka Łabendzińskiego. Zainteresowania dr. Stasińskiego skoncentrowały się na rozwijającej się wówczas dynamicznie kardiologii. Zorganizował na terenie szpitala im. J. Strusia pracownię ekg, a następnie fono- i wektokardiografii, prowadząc i publikując liczne prace badawcze z wykorzystaniem powyższych metod. W 1952 r. rozpoczął owocną współpracę z prof. Janem Mollem. W jej wyniku (wraz z dr. Hryniewieckim) opracował jako pierwszy w Polsce „Atlas Wad Serca”. Po wyjeździe prof. Molla do Łodzi doc. Stasiński kontynuował współpracę z zespołem prowadzonym przez doc. Zbigniewa Lorkiewicza oraz z innymi ośrodkami kardiologicznymi. Niezmiernie wysoko cenił sobie współpracę z Zakładem Radiologii kierowanym przez doc. Jerzego Wójtowicza.

W 1970 r. doc. Stasiński został ordynatorem Oddziału Kardiologicznego Szpitala im. Józefa Strusia, a następnie w 1980 r. kierownikiem II Kliniki Kardiologii Instytutu Kardiologii Akademii Medycznej w Poznaniu. Jednocześnie objął funkcję wicedyrektora Instytutu Kardiologii.

W dorobku naukowym prof. Stasińskiego dominowała szeroka problematyka dotycząca diagnostyki i terapii wad serca wrodzonych i nabytych, choroby niedokrwiennej serca (w tym zawału prawej komory), ze szczególnym uwzględnieniem fibrylacji.

Stopień naukowy doktora medycyny prof. Stasiński uzyskał w 1951 r., habilitował się w 1961 r., w 1974 r. uzyskał tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego, a w 1985 r. – zwyczajnego.

W 1964 r. doc. Stasiński założył Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK), którego był przewodniczącym do przejścia na emeryturę w 1992 r. Przez wiele lat był członkiem Zarządu Głównego PTK.



Profesor Tadeusz Stasiński wykształcił wielu specjalistów kardiologów; był promotorem szeregu doktoratów i opiekunem licznych prac habilitacyjnych.

Profesor Stasiński przez wiele lat przecierał szlaki wielkopolskiej kardiologii. Jej dynamiczny, wielokierunkowy rozwój napędzał go poczuciem poznańskiej dumy. Był też wielkim adoratorem postaci wybitnego poznańskiego lekarza i społecznika – Józefa Strusia; prekursora kardiologii opartej na faktach. Profesor nie doczekał pięćsetnej rocznicy jego urodzin przypadającej w roku 2010 r. Był przekonany, że jej obchody dorównają tym, jakimi środowisko poznańskie uczciło czterechsetlecie jego śmierci. Skromne zainteresowanie pięknym jubileuszem urodzin Józefa Strusia, którego niestety doświadczyliśmy, byłoby dla niego wielkim rozczarowaniem.



Zespół lekarzy III Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych: w centrum prof. Franciszek Łabendziński, zaś w drugim rzędzie, drugi z prawej – dr Tadeusz Stasiński.

W okresie działalności Wielkopolskiego Stowarzyszenia Lekarzy przyznawano ustanowiony przez to stowarzyszenie Medal im. prof. Tadeusza Stasińskiego, którym honorowano osoby szczególnie zasłużone dla rozwoju kardiologii poznańskiej. Medal ten przyznano m.in.: prof. Andrzejowi Cieślińskiemu, prof. Stefanowi Grajkowi, dr. med. Maciejowi Lesiakowi, dr. med. Januszowi Rzeźniczakowi, dr. med. Janinie Rachocekiej, dr. med. Stefanii Suchockiej-Łuczak, prof. Aldonie Siwińskiej.

Pamięć o Profesorze, wybitnym naukowcu i klinicyście, pozostaje wśród uczniów i współpracowników wciąż żywa. ■

Pani dr Małgorzacie Krupińskiej
wyraży serdecznego współczucia
z powodu śmierci ukochanej

MAMY

składają
koleżanki i koledzy
z I Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej
Szpitala w Kowanówku

Podziękowania z głębi serca
za leczenie i opiekę
dla całego zespołu
prof. Wojciecha Golusińskiego
z Wielkopolskiego Centrum Onkologii
w Poznaniu
składa
Vijay Sharma z rodziną

Wspomnienie o prof. Kazimierze Brodzińskiej

15 sierpnia 2022 r., w wieku 97 lat, zmarła Pani Profesor dr hab. med. Kazimiera Brodzińska.

Profesor dr hab. med. Kazimiera Brodzińska rozpoczęła swoją zawodową karierę w Szpitalu Klinicznym im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, gdzie pracowała od uzyskania dyplomu lekarza w 1951 r. Początkowo zatrudniona była w I Klinice Chirurgicznej, kierowanej przez prof. S. Nowickiego, a od 1964 r. rozpoczęła swoją edukację w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w klinice kierowanej przez prof. W. Jurczyka.

W 1972 r. miało miejsce oficjalne otwarcie Szpitala Klinicznego nr 5 im. K. Jonschera w Poznaniu, a kierownikiem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatricznej została wówczas dr med. Kazimiera Brodzińska, która 2 lata wcześniej odbyła staż w zakresie anestezjologii pediatricznej u prof. Z. Rondio w Warszawie.

Wraz z otwarciem dziecięcego Szpitala Klinicznego powstał kilkusobowy zespół lekarzy anestezjologów i pielęgniarek, którzy gotowi byli do wykonywania znieczuleń do zabiegów chirurgicznych i diagnostycznych u dzieci oraz do działań związanych z reanimacją krążeniowo-oddechową i prowadzeniem oddechu zastępczego na bazie obcych klinik szpitala. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatricznej powstał bowiem dopiero w 1975 r., z przeznaczeniem dla dzieci i młodzieży z Poznania i makroregionu Wielkopolski oraz Ziemi Lubuskiej.

Prof. K. Brodzińska kierowała kliniką do roku 1995, do czasu przejścia na emeryturę. Od początku istnienia



kliniki odbyły się obrony 8 doktoratów oraz 3 habilitacji. Profesor Kazimiera Brodzińska jest autorką ponad 130 publikacji, głównie z zakresu wstrząsu, ostrej niewydolności oddechowej, różnych technik znieczulenia noworodków, niemowląt i dzieci.

W swojej pracy Pani Profesor znana była z niezwyklej konsekwencji, determinacji i dążenia do stworzenia jak najbardziej nowoczesnych i bezpiecznych warunków dla dzieci poddanych znieczuleniu czy wymagających intensywnej terapii. Była bardzo wymagającym szefem, a Jej szkoła uchodziła za niezwykle wymagającą ścieżkę edukacyjną.

Pani Profesor oczekiwała od swoich uczniów rzetelności i uczciwości we wszystkich procedurach medycznych, ale w trudnych sytuacjach życiowych zawsze służyła pomocą i doświadczeniem. Mali pacjenci byli dla Niej najważniejsi i kochała ich bezwarunkowo.

Wielką troską Pani Profesor jako zagorzałej patriotki było dobro i rozwój polskiej anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej, ale pragnienia te dotyczyły całej medycyny, a także innych dyscyplin naukowych, kulturalnych i społecznych.

Profesor Kazimiera Brodzińska na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

DR HAB. MED. ALICJA BARTKOWSKA-ŚNIATKOWSKA,
PROF. UMP KIEROWNIK KLINIKI ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII PEDIATRYCZNEJ
UNIwersytet Medyczny w Poznaniu

Lipiec/sierpień 2022 w izbie

4 lipca	posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy spotkanie przedstawicieli Komisji ds. Młodych Lekarzy ze studentami Uniwersytetu Medycznego w ramach cyklu „Parę słów o stażu podyplomowym”
5 lipca	wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
6 lipca	spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
7 lipca	wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
8 lipca	wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
9 lipca	posiedzenie Komisji Stomatologicznej
12 lipca	wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 posiedzenie Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i Prawa Wykonywania Zawodu posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
14 lipca	posiedzenie komisji specjalnej w zakresie oceny stanu zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków
19 lipca	posiedzenie Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i Prawa Wykonywania Zawodu spotkanie integracyjne dla lekarzy i lekarzy dentyków organizowane przez Komisję ds. Integracji, Wizerunku i Sportu w ramach sesji RPG
26 lipca	posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
28 lipca	wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
29 lipca	wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14 spotkanie integracyjne dla lekarzy i lekarzy dentyków organizowane przez Komisję ds. Integracji, Wizerunku i Sportu w ramach sesji RPG
3 sierpnia	spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów posiedzenie Komisji Socjalnej
10 sierpnia	posiedzenie Komisji Biotycznej
11 sierpnia	posiedzenie Prezydium Komisji ds. Emerytów i Rencistów WIL wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
16 sierpnia	wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
20 sierpnia	wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14

22 sierpnia	wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
23 sierpnia	posiedzenie Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i Prawa Wykonywania Zawodu posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej spotkanie integracyjne dla lekarzy i lekarzy dentyków organizowane przez Komisję ds. Integracji, Wizerunku i Sportu w ramach sesji RPG
30 sierpnia	posiedzenie Komisji ds. Emerytów i Rencistów wynajem sal na spotkanie zewnętrzne w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
31 sierpnia	posiedzenie Komisji ds. Kształcenia Medycznego w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
wtorki, piątki	spotkania Chóru Lekarzy WIL
poniedziałki, wtorki, środy, czwartki	kursy języka polskiego dla lekarzy i lekarzy dentyków – uchodźców z Ukrainy
środy	spotkania Orkiestry Kameralnej WIL

Z głębokim żalem żegnamy naszą koleżankę
lek. dent.

JADWIGĘ OLCHOWIK-ROMANISZYN

zmarłą w dniu 15.08.2022 r. w wieku 100 lat.

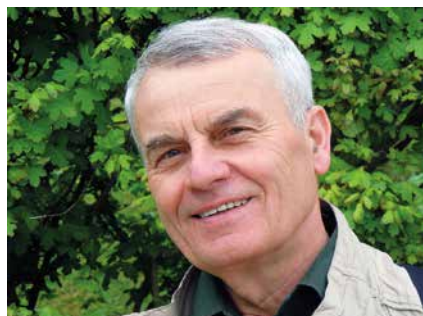
Pani Doktor pracowała w konińskich
poradniach stomatologicznych od 1960 r.

**Rodzinie i najbliższym
wyraży głębokiego współczucia
składa**

Wiceprezes ORL WIL lek. Robert Rewekant
oraz Zarząd Delegatury WIL w Koninie.

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



WRZESIEŃ

Co roku, pod koniec lata,
Kiedy obficie kwitną werbeny
I zbliża się pora „dyniowata”,
Prześladuje mnie brak weny
Twórczej!

Czyżby kaczki dziennikarskie,
Fake newsy albo też upały
Moje komórki „rymarskie”
I pomysły mi zablokowały
Dokładnie?

Napisać o turystach można
Prawdziwych i backpackerach,
Lub na których dwunożna
Stonka mówią. I obdzierać
Z forsy się dają.

Z literą „Z” zamieszania sporo
Mamy i bardzo mnie to złości,
Bo kiedyś był to znak Zorro:
Symbol dobra i szlachetności.
Dziś zbrodni i podłości!

Bywa, że spotkania towarzyskie,
Kiedy tematy krzyżują się liczne,
Błahe albo też sercu bliskie,
Na przykład kardiologiczne,
Są źródłem pomysłu i weny.
Patrz wewnątrz numeru.

*Ryszard Krawiec
sierpień 2022*

Z głębokim żalem żegnamy naszego kolegę

lek. KAZIMIERZA STANIAKA

zmarłego 22 lipca 2022 r. w wieku 77 lat.

Wieloletni ortopeda, pracujący w Wojewódzkim
Szpitalu Zespolonym w Koninie
oraz jako Orzecznik w ZUS-ie w Koninie.

**Rodzinie i najbliższym
wyrazy głębokiego współczucia**

składa

Wiceprezes ORL WIL lek. Robert Rewekant
oraz Zarząd Delegatury WIL w Koninie

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1233-2216 Nakład 14 710 egz. Numer zamknięto: (24 marca 2022)



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA



Wydawca:
Wielkopolska Izba Lekarska

Redaktor naczelny:
Przemysław Ciupka, tel. 783 999 190, przemyslaw.ciupka@wil.org.pl

Kolegium redakcyjne:
Szczepan Cofta, Anna Kurhańska-Flisykowska, Mateusz Szulca,
Andrzej Piechocki, Daria Springer

Adres redakcji:
ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań, tel. 61 852 58 60
www: wil.org.pl, e-mail: izba@wil.org.pl

Konto WIL: PKO BP SA 4. Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501

Ogłoszenia:
Anna Grzesiak, anna.grzesiak@wil.org.pl

Opracowanie i druk:
TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań,
tel./fax +48 61 822 77 81, termedia@termedia.pl, www.termedia.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.
Niezamówionych artykułów redakcja nie zwraca.
Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

 **znajdź nas na Facebooku**

**SPRZEDAM lub WYNAJMĘ
PORADNIĘ STOMATOLOGICZNA
w Środzie Wielkopolskiej**

Powierzchnia 230 m². 4 gabinety. Baza pacjentów ok. 50 tys.
Tel. 507 046 500, 61 285 81 40

**SPRZEDAM LUB WYNAJMĘ
PORADNIĘ STOMATOLOGICZNA
w Zaniemyślu**

Powierzchnia 100 m². 2 gabinety. Baza pacjentów ok. 30 tys.
Tel. 507 046 500, 61 285 81 40

Poradnia Lekarzy Rodzinnych AMICOR w Gnieźnie

zatrudni **LEKARZA**

w każdym wymiarze godzin
w zakresie obowiązków lekarza rodzinnego, pediatri
Kontakt: 603 107 320, edzylinska@gmail.com

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Środzie Wlkp.**

ZATRUDNI

LEKARZY STOMATOLOGÓW

Kontakt: 507 046 500, 61 285 81 40

**Niepubliczny Zakład
Opieki Zdrowotnej
w Środzie Wlkp.**

zatrudni

**LEKARZY
STOMATOLOGÓW**

kontakt:

507 046 500,
61 285 81 40

**CENTRUM
OKULISTYCZNO-OPTYCZNE
w Koninie**

nawiąże współpracę z

**LEKARZEM
OKULISTĄ**

Bardzo duża baza pacjentów

Na rynku od 17 lat.

Gabinet dobrze wyposażony

Kontakt tel. 607 709 970

PRZYCHODNIA LEKARSKA Spółka z o.o.

Zatrudnimy do pracy w poradni POZ w Poznaniu
LEKARZA INTERNISTĘ lub LEKARZA MED. RODZINNEJ

Warunki finansowe /b. dobre/ do omówienia,
godziny pracy do uzgodnienia – pełen etat

Kontakt: kierownik przychodni tel. 601 403 852 lub 61-879-14-86

NZPOZ MED LAMP w Sierakowie Wlkp.

przyjmie do pracy

**LEKARZY – PEDIATRĘ,
LEKARZA MEDYCZYNY RODZINNEJ, INTERNISTĘ**

Warunki pracy do uzgodnienia. Tel. 509 517 208

NOBEL TOWER CENTRUM MEDYCZNE NOBEL TOWER

udostępni w ramach współpracy
nowocześnie wyposażone gabinety lekarzom
następujących specjalizacji:

neurolog, chirurg, internista, onkolog,
ortopeda, pulmonolog, endokrynolog, reumatolog, urolog

Liczba gabinetów ograniczona.

Placówka zlokalizowana jest w nowoczesnym budynku,
dostosowanym pod działalność medyczną, usługową, handlową.
Obiekt jest również przystosowany pod osoby niepełnosprawne,
posiada parking, poczekalnię dla klientów oraz toalety.
Placówka posiada szerokie zaplecze diagnostyczne.

Niemniejsza oferta nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu Cywilnego,
a dane w niej zawarte mają jedynie charakter informacyjny i mogą ulec zmianie.

Tel. 693 206 496 e-mail: akearney@nobeltower.pl

**Gabinety Medyczne NOVINA
w Poznaniu**



nawiążą współpracę z

LEKARZAMI różnych specjalizacji

Forma umowy do uzgodnienia

Współpraca możliwa od zaraz

Kontakt: info@gabinety-novina.pl

lub tel. 514 255 208

ul. Nowina 12A, Ogrody – Poznań

Dynamicznie rozwijający się gabinet stomatologiczny w Suchym Lesie

nawiąże współpracę z **LEKARZEM DENTYSTĄ.**

Pełen zakres wykonywanych usług, mikroskop, tomograf
i pozostałe niezbędne narzędzia do pracy na wyposażeniu.
Praca w systemie zmian porannych, popołudniowych wraz z asystą.
Ilość godzin pracy do uzgodnienia.

kontakt: mio-dent@o2.pl, 694 911 434, 662 821 515

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci

dr. RYSZARDA MACIEJEWSKIEGO

lekarza specjalisty radiologii i organizacji zdrowia,
wieloletniego Kierownika Zakładu Radiologii
Szpitala Specjalistycznego w Pile,
zasłużonego Prezesa Zarządu Wojewódzkiego
i Regionalnego PCK.

Za swoje zasługi Doktor był wielokrotnie odznaczany,
w tym Złotym i Srebrnym Krzyżem Zasługi,
Krzyżem Kawalerskim i Krzyżem Oficerskim
Orderu Odrodzenia Polski oraz Honorową Odznaką PCK III,
II i I – go stopnia oraz Złotym Eskulapem
Delegatury Piłskiej WIL.

Żegnamy cenionego lekarza, wychowawcę
i społecznika ale przede wszystkim
dobrego i szlachetnego Człowieka.

Bliskim zmarłego

składamy

wyrazy szczerzego współczucia

Zarząd Delegatury WIL w Pile



**ALGORYTMY POSTĘPOWANIA
W NOWOTWORACH UKŁADU
KRWIOTWÓRCZEGO**
i nie tylko

30 WRZEŚNIA – 1 PAŹDZIERNIKA 2022

KATOWICE

KIEROWNIK NAUKOWY
prof. dr hab. n. med. Grzegorz Helbig

**DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR**



**INFEKCJE
W GABINECIE LEKARZA POZ**

WARSZAWA | 9–10 GRUDNIA 2022

KIEROWNIK NAUKOWY
dr hab. n. med. Ernest KUCHAR

**DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR**



VI OGÓLNOPOLSKI KONGRES
KARDIOLOGII
W PRAKTYCE LEKARZA POZ

ONLINE | 8–10 GRUDNIA 2022

KIEROWNIK NAUKOWY
prof. dr hab. n. med. Piotr Hoffman

**DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR**

