

Meritum

nr 3/2014

ISSN 1425-4255

MAGAZYN LEKARZY KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W TORUNIU



FORESTER XT. 240 BEZPIECZNYCH KONI MECHANICZNYCH.



SUBARU

Confidence in Motion

Multi-Salon **REISKI**

www.reiski.subaru.pl

ul. Fordońska 353, 85-766 Bydgoszcz

tel. 52 516 10 00, 52 324 20 32, 52 321 75 32



SUBARU ZALECA PRODUKTY:



warta.





Pomyślmy o jesieni...

Raz po raz do Izby napływają prośby o zapomogę. Starsi, samotni, schorowani i biedni – tacy przede wszystkim są ich autorzy. Niegdyś otoczeni wianuszkami pacjentów, dziś sami potrzebujący lekarskiej pomocy. To przygnębiające, jeśli lekarz, o którym wiadomo, że kilkadziesiąt lat sumiennie pracował, pisze drżącą ręką: nie mam na leki, nie starcza mi na rehabilitację, nie radzę sobie z opłacaniem czynszu... A przecież mowa o ludziach, którzy co miesiąc otrzymują emeryturę. Świadczenia są oczywiście różnej wysokości i na ogół niskie z perspektywy aktywnego zawodowo lekarza. Z danych opublikowanych przez ZUS wynika, że przeciętna emerytura w marcu 2013 roku wynosiła 2330 zł dla mężczyzn i 1621 zł dla kobiet (kwoty brutto). Emerytury stanowiły zatem 44 - 64% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w analizowanym okresie. Szczegółowe dane na temat lekarskich emerytur nie są dostępne, ale można założyć, że kwoty istotnie nie odbiegają od średnich.

Przewidywanie, ile będą wynosić emerytury za 20 - 30 lat, to wróżbiarstwo. Jednak bodaj żaden z etatowych wróżbitów, czyli analityków finansowych, nie ryzykuje postawienia tezy, że zusowskie wypłaty będą proporcjonalnie wyższe niż dziś. Mało tego, wśród poważnych ekonomistów są wieszczący bankructwo ZUS. Biorąc pod uwagę fatalne perspektywy demograficzne i ogromną dziurę w zusowskim budżecie (w ubiegłym roku zadłużenie przekroczyło 50 mld złotych), nie są to wcale czarne wizje. Zdaniem Zigniewa Derdziuka, prezesa narodowej ubezpieczalni społecznej, któremu z racji zajmo-

wanego stanowiska wypada zachowywać tyle optymizmu ile to tylko możliwe, najtrudniejsze dla ZUS będą lata 2028 - 2030. Byłbym bardzo ostrożny z wyciąganiem z tych słów wniosku, że potem będzie już z górki, a zawołaniem emerytów stanie się hasło: „jedz, pij i popuszczaj pasa”. O ile jakimś cudownym zrządzeniem losu nie staniami się drugą Norwegią, taki radosny czas nie nadejdzie na pewno. We wspomnianym przez prezesa Derdziuka okresie czeka nas raczej zusowskie trzęsienie ziemi i nie sposób przewidzieć co będzie po nim. W optymistycznej wersji ZUS nie zbankrutuje, ale emerytury będą bardzo niskie, na poziomie jednej czwartej, góra jednej trzeciej przeciętnej płacy. Kiedy goni się z dyżuru na dyżur i z pracy do pracy nie ma czasu na myślenie, ile będzie wpływać na moje konto po przejściu na emeryturę. Częsta wśród lekarzy odpowiedź: „ja emerytury nie dożyję”, to tak naprawdę tylko gadanie, z którego niewiele wynika. Bo jeśli nawet – Droga Czytelniczko/Drogi Czytelniku – tak to teraz widzisz, nie jest wcale powiedziane, że umrzesz śmiercią nagłą, odchodząc z dyżuru doczesnego na ten wieczny. Nikomu tego nie życzę, ale w wieku okołoemerytalnym może przyjąć choroba, związana z tym niesprawność uniemożliwiająca pracę, a Twój życiowy partner też niekoniecznie musi nadawać się do harówki z wywieszonym językiem.

Warto więc pomyśleć o jesieni. Właśnie dziś, kiedy w perspektywie lato i związane z nim uciechy. Na początek polecam mały bilans. Policzenie najbardziej niezbędnych kosztów życia – utrzymania mieszkania lub domu, wyżywienia (w wersji biedronkowo-lidlowej), podstawowych ubrań, najtańszego abonamentu telefonicznego, dostępu do internetu, paliwa i innych kosztów utrzymania kompaktowej wielkości samochodu, telewizji, książek i prasy, wyjść do kina/teatru i na basen, raz w roku dwutygodniowych wakacji tam, gdzie kto lubi i może pojechać. Radzę doliczyć 300 złotych miesięcznie na leki i rehabilitację

i jeszcze 200 na nieprzewidziane naprawy lub wymianę sprzętu AGD. Jak by nie liczyć, nie da się tego wszystkiego wykroić z kusej emeryturki. A przecież nie ma w tym bilansie miejsca ani dla samochodów klasy premium, ani wypadów na drugi koniec świata tudzież małych przyjemności w postaci cotygodniowego obiadu w dobrej restauracji albo markowych ciuchów.

Niemieccy lekarze mają szczęście posiadać własny system emerytalny. Współ z kilkoma grupami zawodowymi zbudowali ponad pół wieku temu swój ZUS. W zamian za składki mogą liczyć na porządne emerytury i przyzwoite renty. Przed laty łudziłem się, że my też pójdziemy tą drogą, tworząc podobny system lub podłączając się do niemieckiego. Niestety, temat nie wzbudził zainteresowania na szczeblu centrali naszego samorządu, choć próbowano to zrobić na jednym z krajowych zjazdów. Wniosek nasuwa się jeden – jeśli sami nie zbudujemy sobie emerytury, czeka nas biedowanie. Nie jestem doradcą finansowym, nie znam też żadnej stuprocentowo skutecznej recepty na spektakularne bogactwo. Jestem natomiast przekonany, że dobrym lekarstwem nie jest wpłacanie na konto ZUS więcej niż wynosi wymuszony przez państwo haracz, bo to podobne do wyrzucania banknotów przez okno z nadzieją, że wiatr przynajmniej część z nich z powrotem przywieje. Nie ma też znaczenia, w każdym razie większego niż kosmetyczne, obecny wybór: tylko ZUS czy ZUS i OFE. Dlatego każdy musi sam zdecydować, czy długofalowo zainwestować w IKE, IKZE, akcje, obligacje, lokaty bankowe, fundusze, nieruchomości, metale szlachetne, sztukę lub wino.

Co wiadomo na pewno, to jak zacząć. Otóż trzeba skończyć z przejadaniem wszystkiego. Będzie chudziej, ale w dłuższej perspektywie zdrowiej.

Sławomir Badurek
meritum@hipokrates.org

OD REDAKTORA

Pomyślmy o jesieni... 3

OD PREZESA

5

WYDARZENIE

Wizyta gości z Getyngi 6

KONKURS

Jubileusz 25-lecia DIL 7

NASZ WYWIAD

Dobrze się dzieje
w państwie duńskim 8

PRAWO I MEDYCYNA

Znaczenie dowodowe
dokumentacji medycznej 11

Zmiany w wystawianiu
faktur/rachunków 13

UCHWAŁY

14

Z GRUDZIĄDZA

16

KĄCIK SENIORA

Klub Seniora zaingurował
swoją działalność 16

Ogłoszenia 16

PODRÓŻE DALEKIE I BLISKIE

Tam, gdzie ptaki migrują 18

POBOCZA MEDYCYNY

Zdrowie – kalkulacja biznesowa? 22

POSTACIE

Człowiek z pasji – wspomnienie
o doktorze Andrzeju Weymanie 24

KOMUNIKATY

29

POSTACIE ZE STARYCH FOTOGRAFII

Emil Henryk Stanisław Kostka
Swinarski 30

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

30

Meritum

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

lek. Sławomir Badurek
(przewodniczący zespołu redakcyjnego)

dr n. med. Marian Łysiak

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

lek. Sławomir Badurek (redaktor naczelny)

lek. Stanisław Hapyn

(przewodniczący kolegium redakcyjnego)

lek. Anita Pacholec

dr n. med. Andrzej Kunkel

lek. Wiesław Umiński

mec. Krzysztof Izdebski

WSPÓŁPRACUJĄ:

Agnieszka Lis

mgr Elżbieta Wierzbowska-Umińska

mgr Anna Zielaskiewicz

mec. Aneta Naworska

Numer zamknięto 30.05.2014 r.
Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania
tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów,
nie odpowiada za treść zamieszczonych
ogłoszeń i reklam.

Wydawca: Kujawsko-Pomorska Okręgowa

Izba Lekarska w Toruniu,

87-100 Toruń, ul. Danielewskiego 6

tel./fax: 56 655 41 60 i 655 41 61

konto: Bank Polska Kasa Opieki S.A.

I/O Toruń 63124040091111000044843364;

e-mail: meritum@hipokrates.org



www.kpoil.torun.pl

Prosimy o uwagi, na podstawie których będziemy
naszą stronę modelować i dopracowywać.

godziny pracy biura

KPOIL w Toruniu

poniedziałek 8 - 17

wtorek 8 - 18

środa 8 - 16

czwartek 8 - 16

piątek 8 - 13

Na okładce: Okno na wszechświat. Ra-
dioteleskop w podtoruńskich Piwnicach
spogląda w niebo w asyście majowego
rzepaku. Fot. **Sławomir Badurek**

SPRAWY BIEŻĄCE

Redakcja „Meritum” bardzo prosi
wszystkich lekarzy o weryfikowanie
adresów do kolportażu „Meritum”
i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu,
rodziny lekarskie, które nie chcą otrzy-
mywać kilku egzemplarzy pism i tym
podobne). Prosimy także o podawanie
adresów poczty elektronicznej oraz
zmian dotyczących Państwa danych
gromadzonych w komputerowym re-
jestrze lekarzy (adresy e-mail, zmiany
nr telefonów, zmiany nazwisk, zmiany
miejsc pracy, uzyskanie specjalizacji
itp.) e-mail: a.zielaskiewicz@hipokrates.org
lub a.lis@hipokrates.org lub tel./fax
56 655 41 60 wewn. 18.

Rzecznik Praw Lekarza naszej Izby –
mec. **Krzysztof Izdebski**,
tel. 697 617 763,
e-mail: izdebski77@gmail.com

Pełnomocnik ds. Zdrowia
Lekarzy i Lekarzy Dentystów
naszej Izby
dr **Jolanta Sobczyk**,
tel. 781 266 546
e-mail: j.sobczyk@hipokrates.org

Oddział Głównej
Biblioteki Lekarskiej w Toruniu
tel. 56 622 71 93
www.gbl.waw.pl

Dr Paweł Wudarski
Ordynator Oddziału Chorób Płuc
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
w Toruniu
tel. 601 648 314
– kontakt ułatwiający dostęp
do diagnostyki i leczenia
dla Lekarzy Seniorów

Skład i łamanie: Kartel Press SA
www.kartel.com.pl



Łukasz Wojnowski
Prezes KPOIL w Toruniu

Już od 23 lat Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska współpracuje z niemieckimi lekarzami z Getyngi. Wzajemne odwiedziny przedstawicieli samorządów lekarskich miast partnerskich to już tradycja. W maju ponownie gościliśmy w Toruniu delegację kolegów z Izby Lekarskiej Dolnej Saksonii – to było nasze jubileuszowe, dwudzieste spotkanie! Z relacją z tej wizyty możecie się Państwo zapoznać w dalszej części „Meritum”. Dziękuję kolegom z Niemiec nie tylko nieprzerwanie okazywaną nam przyjaźń i sympatię, ale również za finansowe wsparcie udzielone przy wyposażaniu naszej nowej siedziby.

„Przełomowe zmiany” zapowiada ne hucznie 21 marca przez ministra Bartosza Arłukowicza pozostają nadal w sferze pobożnych życzeń. Docierają informacje, że prowadzone są prace nad projektami ustaw w ramach pakie-

tu onkologicznego oraz kolejkowego, mającymi wejść w życie w 2015 roku. Jednak większość środowisk medycznych, w tym NRL i Polskie Towarzystwo Onkologiczne, sceptycznie ocenia obwieszczane zmiany, podkreślając, że są „niedoprecyzowane i niedofinansowane”.

Kosmetyczne działania polegające na przesuwaniu zadań – ze szpitali do AOS (część procedur zabiegowych), a z AOS do POZ (część opieki specjalistycznej nad stabilnymi pacjentami) nie zostały powiązane z oczekiwanymi zmianami finansowania procedur medycznych. Ktoś widać zapomniał o starym przysłowiu: od samego mieszania herbata nie robi się słodsza.

Ostatnio w prasie, nie tylko branżowej, pojawiały się informacje o zarobkach lekarzy, pielęgniarek i położnych. Według przedstawionych danych ok. 50% lekarzy zarabia od 3,9 do 7,8 tys zł, natomiast ponad 80% pielęgniarek i położnych otrzymuje miesięcznie poniżej 3,9 tys zł. Podając kwoty wynagrodzenia, nie doprecyzowano, że często zawierają one dodatkowy dochód za dyżury.

Opublikowano również wysokość wynagrodzeń pracowników NFZ, które w zależności od rejonu kraju wynosiło: pracownik oddziału NFZ: 4394 - 6197 zł, pracownik centrali NFZ: 8629 zł, dyrektor departamentu: 6485 - 11 500 zł, kierownik delegatury: 4415 - 9790 zł.

Większość komentatorów zgodnie podkreśla, że koszty administracyjne naszego płatnika należą do najniższych w całej UE (ok. 1% odprowadzanych składek).

Ja zaś z ciekawością zapoznałbym się z analizą porównującą wysokość wynagrodzeń urzędników vs. personel medyczny w innych krajach Unii. Może wówczas łatwiej byłoby zrozumieć, że systemu nie trzeba uszczelniać, system trzeba napędląć!

Przedstawiono projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w roku akademickim 2014-2015. Proponowany limit uległ zwiększeniu na kierunku lekarskim o 158 miejsc. Tendencja wzrostowa jest zdecydowanie pożądana. Niepokoń jednak budzi, że z tej liczby jedynie 29 miejsc przeznaczono dla studiów stacjonarnych, 39 dla niestacjonarnych (płatnych) i aż 90 dla studiów prowadzonych w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej w języku innym niż język polski.

Na kierunku lekarsko-dentystycznym proponowany limit miejsc ogółem uległ zwiększeniu o 8 miejsc. Dentyści jednak przywołują wyliczenia, że minimum ekonomiczne funkcjonowania praktyki to 2500 - 3000 populacji na jednego lekarza, a teraz jest ok. 1000 (w Małopolsce 700). Wydaje się, że bardziej zasadne byłoby przekazanie środków finansowych na studia na kierunku lekarskim.

Redakcja Biuletynu MERITUM serdecznie przeprasza Panią Dr Gabrielę Matulewską-Osikę za pominięcie Jej nazwiska na liście osób, które w roku 2003 uzyskały specjalizację. Sytuacja ta zaistniała w związku z brakiem informacji z CMKP w Warszawie.

Pani Dr Gabriela Matulewska-Osika uzyskała w dniu 25 listopada 2003 r. tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii. Serdecznie gratulujemy!

Wizyta gości z Getyngi

W dniach 15 - 17.05 br. gościliśmy delegację z zaprzyjaźnionej izby lekarskiej w Getyndze. Do Torunia przyjechało dziewięciu lekarzy: Irene Weder (lekarz ogólny), Janina Bartles (anestezjolog), Stephan Bartels (dermatolog), Elisabeth Gründel (lekarz ogólny), Christian Krause-Gründel (lekarz ogólny), Johannes Rudinski (internista), Thomas Schmidt (kardiolog), Georg Manthey (ortopeda) oraz Rolf Egbert (okulista). Nazajutrz po przyjeździe nasi niemieccy partnerzy zostali przyjęci przez prezydenta Torunia Michała Zaleskiego. Następnymi punktami programu były wizyta w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym przy ul. Ligi Polskiej w Toruniu i toruńskim hospicjum „Światło”. Podczas zaplanowanego na popołudnie spotkania z przedstawicielami KPOIL, które odbyło się w siedzibie Izby przy ul. Danielewskiego w Toruniu, dyskutowano m.in. o kolejkach do lekarzy i błędach lekarskich. W kolejnym dniu pobytu goście z Getyngi zwiedzili urokliwą chełmińską starówkę, a także odwiedzili Centrum Sztuki Współczesnej w Toruniu. Pamiątką po wizycie będzie ozdobna jabłoń, posadzona przez przedstawicieli samorządów lekarskich z obydwu krajów w przyzbo- wym ogrodzie.

Naszymi przyjacielami z Getyngi zajmował się Pan Dr Kazimierz Bryndał, Przewodniczący Komisji ds. Współpracy z Zagranicą naszej Izby. Jemu składamy wyrazy uznania za niezłomny trud w tworzeniu wspaniałej atmosfery podczas wszystkich wspólnych spotkań.

(red.)

fot.: ze zbiorów KPOIL



Jubileusz 25-lecia DIL

Dostrzeganie czasu jest cudownym darem dojrzałości. Czeką nas nowy jubileusz przywracający pamięć o wydarzeniach i ludziach z lat minionych – 25 lat izb lekarskich w Polsce. Ćwierćwiecze to niewiele w historii ludzkości, ale niezwykle dużo w historii naszej samorządowej korporacji.

Zbliżająca się listopadowa uroczystość 25-lecia izb lekarskich będzie świętem unikatowym, niezwykle dla nas ważnym, podniosłym.

W nurt ogólnopolskich obchodów 25-lecia izb lekarskich włącza się także Dolnośląska Izba Lekarska, licząca obecnie ponad 15 tysięcy członków. Z okazji jubileuszu ukaze się książkowe wydawnictwo „25 lat w służbie dolnośląskich lekarzy. Dolnośląska Izba Lekarska w latach 1989 - 2014. Tradycja. Współczesność. Zamierzenia”, w którym jeden z rozdziałów pragniemy poświęcić wspomnieniom P.T. członków innych okręgowych izb lekarskich związanych z przedstawicielami dolnośląskiej lekarskiej społeczności. Kolejne krajowe zjazdy lekarzy, praca w czterech organach izb lekarskich, w wielu komisjach problemowych zbliżyły nas znacznie. Nawiązywały się przyjaźnie, serdeczne więzi *imo pectore*, nietopniejące nawet w toku niezwykle nieraz ostrych, ale merytorycznych dyskusji, rozlicznych działań, toczonych jednak zawsze *pro medico bono*.

„Szaujemy wspomnienia!” – tak śpiewają od lat prawie czterdziestu Skaldowie. Szaujemy i my. Za każde wspomnienie, uzupełnione np. ciekawym zdjęciem, unikatowym dokumentem (po wykorzystaniu do zwrotu), które zamieścimy na łamach naszej jubileuszowej książki, będziemy Wam, Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy, niezmiernie wdzięczni.

Czekamy na teksty (2 - 3 strony) do 31 sierpnia br. Można je przysyłać na adres DIL: ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław (z dopiskiem: jubileusz 25-lecia DIL) lub na adres mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl

*W imieniu Komitetu Redakcyjnego
prof. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek*



Dobrze się dzieje w państwie duńskim



Z dr. n. med. Grzegorzem Pacykiem, internistą i diabetologiem, konsultantem na jednym z oddziałów internistycznych Szpitala Uniwersyteckiego w Aalborgu, rozmawia Sławomir Badurek

Sławomir Badurek: Ostatni weekend spędziłem wypełniając roczne zeznanie podatkowe. Czy w Danii też trzeba na ten obowiązek poświęcić sporo czasu?

Grzegorz Pacyk: W tym roku zajęło mi to łącznie ok. 60 min. – dla mnie i dla mojej żony, co oznacza, że było to bardziej skomplikowane niż w latach wcześniejszych. Zeznanie podatkowe czy też informacja podatkowa, jak to nazywa ministerstwo, dla wszystkich pracowników jest generowane automatycznie i przesyłane elektronicznie do podatnika w celu dokonania ewentualnych poprawek: np. odległości od miejsca pracy i liczby dni roboczych. Ponadto w tym roku wprowadzono dodatkową ulgę dla właścicieli nieruchomości, którzy zlecają firmom prace związane z ich utrzymaniem (remont

lub przebudowa itd.) i właśnie naniesienie tych zmian było dość czasochłonne.

Od kilku lat zarabiamy w Polsce lepiej niż kiedyś. Jeśli jednak mielibyśmy pracować w wymiarze etatu, okazałoby się, że większość lekarzy zarabia niewiele więcej niż średnia krajowa wynosząca około 4 tys. złotych brutto. Jak te proporcje wyglądają w Danii? Czy biorąc więcej dyżurów, można istotnie więcej zarobić, czy też jest to nieopłacalne z uwagi na podatki?

Zawód lekarza należy do najwyższej wynagradzanych profesji w Danii, ale oznacza to równocześnie, że lekarze płacą wysoki podatek, w moim przypadku 48%. Dodatkowe dyżury oczywiście wpływają na wysokość pensji. Duński system podatkowy ma charak-

ter progresywny i nie jest skomplikowany: najniższy próg podatkowy wynosi 38% dla dochodów brutto między 200 000 a 400 000 DKK. Z dochodów 600 000 DKK oddaje się do państwowej kasy 42%, a z każdymi zarobionymi dodatkowo 100 000 DKK dolicza się do podatku nowy 1%.

Lekarze w Polsce mają ustawowy obowiązek kształcenia, ale nie idą za tym żadne ulgi. Jedziesz na konferencję, musisz brać urlop. Jak to wygląda w Danii?

Lekarz specjalista na stanowisku konsultanta ma do wykorzystania na kształcenie 10 dni płatnego urlopu. Jeśli chce się kształcić dłużej, musi brać urlop bezpłatny.

Czy w Danii można korzystać ze wsparcia firm farmaceutycznych przy wyjazdach szkoleniowych?

Oczywiście, ale musi to być zatwierdzone przez dyrekcję szpitala. Równocześnie jednak szpital, w którym pracuję, przyznaje każdemu konsultantowi roczny fundusz szkoleniowy, który w razie niepełnego wykorzystania przechodzi na następny rok. Fundusz wystarcza mi na pokrycie kosztów związanych z kongresami i kursami.

Czy zakres obowiązków duńskiego lekarza różni się istotnie od obowiązków polskiego lekarza?

Zasadniczo nie, ale w pracy codziennej więcej jest zajęć związanych ze szkoleniem młodszych lekarzy i studentów. Polega to m.in. na kontroli ich diagnoz i zleceń oraz prowadzonej przez nich dokumentacji medycznej. Dodatkowo dochodzi ewaluacja ich postępów specjalizacji, co w jednakowym stopniu spoczywa na opiekunie specjalizacji, jak i na innych konsultantach, aby maksy-



malnie zobiektywizować oceny. Lekarze specjalizujący się otrzymują feedback od konsultantów, zarówno negatywny, jak i pozytywny

Jak byś opisał typowy dzień pracy?

Dzień pracy zaczyna się zwykle o 7.30 od przeczytania korespondencji mailowej (nowe instrukcje kliniczne dotyczące procedur i ich ewentualne korekty, komunikaty dyrekcji szpitala, zamiany dyżurów itp.) oraz sprawdzenia obłożenia innych oddziałów internistycznych w regionie. To ostatnie jest rozdzielane centralnie i w miarę równomiernie, co pozwala zaplanować pracę oddziału i wypisy. O 8.00 jest odprawa poranna z omówieniem – przy kawie – pacjentów przyjętych na dyżurze i przedstawieniem pacjentów, którzy będą wymagali szczególnej uwagi w czasie wizyty lekarskiej. Poszczególne odcinki oddziałów są przydzielane lekarzom. O 8.30 jest konferencja radiologiczna, na której są prezentowane wyniki badań obrazowych z poprzedniej doby i we współpracy z diagnostą obrazowym planuje się ewentualne badania uzupełniające. Około 9.00 zaczyna się wizyta lekarska od zapoznania się z historiami chorób i aktualnymi wynikami badań. Cała dokumentacja lekarska łącznie z EKG istnieje wyłącznie w formie elektronicznej, co ułatwia dostęp do poprzednich historii chorób, także z innych szpitali. Około 9.30 pielęgniarka odpowiedzialna za wizytę na danym odcinku referuje poszczególnych pacjentów, koncentrując się na sformułowaniu bieżącego problemu z pielęgniarskiego punktu widzenia. Po takim przygotowaniu odbywa się właściwa wizyta-obchód w ścisłym rozumieniu tego słowa. Zamówienie badań laboratoryjnych i wypisanie większości skierowań należy do pielęgniarki po zakończeniu wizyty, natomiast lekarz dyktuje notatki z wizyty lekarskiej. Do

każdego komputera w oddziale i gabinetach lekarzy jest dołączony dyktafon wysyłający notatki na serwer, z którego są one przepisywane na bieżąco przez sekretarki bezpośrednio do historii chorób. Dla pacjentów przyjętych w ciągu dyżuru taki wpis musi być dokonany przez konsultanta i zawierać plan diagnostyczny i terapeutyczny, w miarę możliwości z podaniem długości pobytu szpitalnego. Do tego celu konsultant ma do dyspozycji wyczerpującą historię choroby, której autorem jest łodczy lekarz dyżurny, nad którym sprawuje się nadzór fachowy. Na danym odcinku wizyty lekarskie są prowadzone zazwyczaj na przemian przez lekarzy specjalizujących się i konsultantów, co pozwala tym ostatnim oceniać postęp szkolenia i tok rozumowania klinicznego specjalizantów. O 12.30 jest odprawa południowa, kiedy przy lunchu omawiani są trudniejsi pacjenci i młodszy lekarze mają możliwość przedyskutować swoich pacjentów z wizyty. O 13.15 odbywają się zaplanowane wcześniej rozmowy informacyjne z pacjentami i ich rodzinami. Następnie od 14.00 - 14.30 jest czas dla pacjentów ambulatoryjnych, których trzeba skontrolować po wypisie ze szpitala, co w zależności od rodzaju problemu odbywa się w formie telefonicznej, listownej lub w kontakcie osobistym. Przeciętny dzień pracy kończy się o godz. 16.00

Jak wygląda współpraca między lekarzami różnych specjalności (w tym specjalistami i lekarzami rodzinnymi) oraz współpraca lekarzy i pielęgniarek?

Współpraca między różnymi specjalistami jest harmonijna i nacechowana wzajemnym zrozumieniem, jak również dyskretnym podziwem dla dziedziny, z zakresu której wzywany jest konsultant. Konsultanci są do dyspozycji telefonicznej lekarzy rodzinnych, w przy-

padku każdego problemu, którego nie mogą rozwiązać młodszy lekarze szpitalni. Epikryzy szpitalne są zorientowane na problematykę, z którą spotka się lekarz rodzinny, kontrolując pacjenta po wypisie ze szpitala. Pielęgniarki w Danii mają wyższe wykształcenie medyczne i są doskonale przygotowane do współpracy z lekarzami. Osobne instrukcje regulują rodzaje i dawki leków, które mogą być przez nie ordynowane. Pielęgniarki mają do pomocy asystentów do wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, podawania leków, pomiarów parametrów życiowych oraz przewożenia pacjentów na zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne. Pielęgniarka koordynuje proces wypisu pacjenta do domu i organizuje we współpracy z pielęgniarką domową pomoc dla pacjenta w zakresie likwidacji barier architektonicznych, pielęgnacji i dozowania leków. Możliwe jest też np. dożylne długoterminowe leczenie antybiotykami w domu pacjenta (np. w endocarditis), co znacznie obniża koszty takiego leczenia. Pielęgniarki z odpowiednim dodatkowym wykształceniem z reguły zajmują stanowiska zastępców kierowników klinik.

Jak wygląda droga awansu zawodowego w Danii? Czy jest system ordynatorski? Konsultancki?

Drogę awansu zawodowego otwiera specjalizacja, która jest jednostopniowa, oparta na systemie rezydenckim i nabywaniu kompetencji opisanych w jej programie. Specjalizację można rozpocząć po stażu podyplomowym, który trwa z reguły 2 lata, a rezydenturę poprzedza zawsze jednoroczne tzw. zatrudnienie wprowadzające, które pozwala kandydatowi dać się poznać od jak najlepszej strony. Stanowisko rezydenckie jest obsadzane w drodze konkursu i nierzadko wymaga od kandydata przeprowadzki do innego miasta. Szpital wówczas za-

pewnia służbowy dom lub mieszkanie, zależnie od wielkości rodziny lekarza. Wspomniane kompetencje są zatwierdzane przez wszystkich konsultantów zatrudnionych na oddziale i nie ma jako takich egzaminów teoretycznych w formie ustnej czy testowej. W przebiegu specjalizacji, która trwa od 4 do 6 lat, rezydent jest zatrudniony z reguły na dwóch lub trzech oddziałach z danej specjalności, a kompetencje są zatwierdzane na każdym z nich. Specjalistą zostaje się po nabyciu wszystkich kompetencji i po otrzymaniu pozytywnej opinii ze wszystkich miejsc pracy.

Za oddział odpowiada administracyjnie lekarz prowadzący, którą to funkcję najczęściej obejmują w drodze konkursu kolejno konsultanci zatrudnieni na oddziale i każdy stara się jej uniknąć, bo wiąże się z dodatkowym obciążeniem, tzw. pracą papierkową. Najwyższą instancją fachową na oddziale jest konferencja wszystkich konsultantów, gdzie wspólnie podejmuje się decyzje diagnostyczne i terapeutyczne. Co ciekawe, rezydenci również zabierają wtedy głos, ale mogą być też wówczas zapytani ze swojej wiedzy teoretycznej.

Czy w Danii są izby lekarskie?

Oczywiście i działają bardzo sprawnie, publikując elektroniczne czasopismo oraz organizując przeciętnie raz w miesiącu spotkania edukacyjne z różnych zakresów, stanowiąc platformę porozumienia między specjalistami oraz lekarzami rodzinnymi i miejsce nawiązywania osobistych kontaktów, które w Danii są bardzo pożądane. Spotkania są organizowane z funduszy własnych izby, kolejno w różnych szpitalach w regionie, które odpowiadają za stronę kulinarną. Przynależność do izby nazywanej po prostu związkiem zawodowym lekarzy nie jest obowiązkowa, ale nie znam osobiście lekarza, który by do niego nie należał, pomimo dość

wysokiej składki, wynoszącej w wersji podstawowej nieco ponad 4000 DKK rocznie.

W Polsce jesteśmy od lat świadkami nagonki mediów na środowisko lekarskie. Czy w Danii jest podobnie? Czy spotykasz się z agresją pacjentów?

Media traktują środowisko lekarskie z należnym respektem, stosownym do odpowiedzialności, która na nim spoczywa, ale są zawsze gotowe do opisanie w obiektywny sposób wydarzeń. Rutynowo przy przyjęciu na oddział pacjent otrzymuje do zapoznania się nie tylko kartę menu, ale także ulotkę precyzującą sposób złożenia ewentualnej skargi, która – jeśli zostanie złożona, jest potem szczegółowo analizowana przez specjalną wewnętrzną komisję, aby podobnych sytuacji uniknąć na przyszłość. Pacjent może również złożyć specjalną skargę bezpośrednio do ministerstwa, uzyskując do tego bezpłatną pomoc adwokata.

Jeżeli masz na myśli agresję fizyczną, to w skali kraju stanowi wyjątkową rzadkość. Pacjenci w Danii darzą lekarzy wielkim szacunkiem, chociaż zwracają się do nich zawsze po imieniu lub na „ty”, zwłaszcza kiedy nie umieją wymówić Grzegorz, bo spółgłoski tłoczą im się przed oczami i więzną w nieprzywykłym gardle.

Czy praca w Danii to dobre rozwiązanie dla rodzin z dziećmi czy raczej dla samotnych par albo singli?

Dania jest krajem prorodzinnym i większość lekarzy swoje popołudnia zamiast na drugim etacie spędza z razem z rodzinami lub przyjaciółmi albo też uprawiając swoje zainteresowania pozazawodowe. Żłobki i przedszkola są w Danii dobrze zorganizowane, a w rodzinach lekarskich trójka dzieci to jest minimum. Urlop macierzyński trwa

9 - 10 miesięcy i może być brany przez matkę albo ojca. Single natomiast mogą w wolnym czasie szukać możliwości założenia rodziny albo w przypadku braku zainteresowania wyjechać np. na Grenlandię, gdzie samotność i wspałałe widoki są gwarantowane.

Mówi się, że duński jest bardzo trudny. Jakie jest Twoje zdanie na ten temat?

Duński jest językiem, którym władza w Danii ok. 5,5 mln osób i rzadko można go usłyszeć poza tym krajem ani też w żadnej, poza skandynawską, telewizji. Język ten może brzmieć na początku dość obco dla Polaka, choć oczywiście można się go nauczyć. Natomiast Duńczycy, którzy proszą o próbkę polskiego, zgodnie twierdzą, że jest to język niemożliwy do nauczania.

Jak długi masz urlop?

Przysługuje mi 6 tygodni urlopu rocznie.

Co Ci się najbardziej w Danii podoba?

Jeśli mam wymienić jedną rzecz, to to, że nieznajomi ludzie na ulicy mówią sobie dzień dobry i uśmiechają się do siebie. Drugie w kolejności jest to, że większość spraw urzędowych i bankowych można załatwić przez telefon lub drogą e-mailową, bez konieczności fizycznego stawienia się w instytucjach.

** Dr Pacyk wyjechał z Polski 10 lat temu w poszukiwaniu nowych wyzwań zawodowych. Towarzyszyły mu żona, lekarz stomatolog i dwie dorosłe już dziś córki: starsza niedawno rozpoczęła pracę jako brytyjski farmaceuta, młodsza kończy studia prawnicze w Kopenhadze.*

**Krzysztof Izdebski****Rzecznik Praw Lekarzy KPOiL****Wspólnik w Kancelarii Płaza i Wspólnicy**

Nie da się przecenić znaczenia dowodowego dokumentacji medycznej. Twierdzenie, że dokumentacja stanowi główne alibi lekarza w kontakcie z wymiarem sprawiedliwości jest oczywistością, ale w tym wypadku przywołanie go ma pełne uzasadnienie.

Omawiając kwestie znaczenia dowodowego dokumentacji medycznej, należy przede wszystkim wskazać na minimalne wymagania, które muszą być spełnione, aby dokumentacja mogła zostać uznana za rzetelną.

Podstawowe akty prawne, w których zawarte są regulacje dotyczące zawartości dokumentacji medycznej, to: ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Co powinna zawierać dokumentacja?

Ustawa o prawach pacjenta określa minimalne wymagania, które powinna spełniać dokumentacja medyczna – zgodnie z tą ustawą dokumentacja zawiera co najmniej oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości (nazwisko, imię, data urodzenia, płeć, miejsce zamieszkania, nr PESEL/NIP, rodzaj dokumentu poświadczającego tożsamość), oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz datę sporządzenia.

Znaczenie dowodowe dokumentacji medycznej

Bardziej szczegółowe wskazania dotyczące tego, co powinno znajdować się w dokumentacji medycznej, możemy znaleźć w przywołanym powyżej rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Nie wnikając w szczegóły tego sporego pod względem objętościowym aktu prawnego, należy wskazać na pewne istotne kwestie techniczne, których znajomość pomoże nam uniknąć ewentualnych problemów.

Rozporządzenie wskazuje, że wpisy w dokumentacji należy dokonywać niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis należy opatrzyć oznaczeniem osoby jego dokonującej. Wpis, umieszczony w dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty, a jeśli został dokonany błędnie, zamieszcza się adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji. Ważną informacją jest to, że numerujemy każdą stronę i pilnujemy tego, aby dokumentacja stanowiła chronologiczną całość.

Każdą stronę dokumentacji oznaczamy co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta (w przypadku wydruku dokumentacji elektronicznej – również każdą stronę oznaczamy imieniem i nazwiskiem pacjenta). W sytuacji, gdy nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, dokonuje się oznaczenia NN wraz z podaniem przyczyny i okoliczności, które uniemożliwiają ustalenie tożsamości.

W dokumentacji medycznej należy także umieścić nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby (zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta).

Do dokumentacji (indywidualnej wewnętrznej) włączamy kopie przedsta-

wionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowujemy zawarte w niej informacje istotne dla procesu leczniczego.

Co istotne, pamiętajmy, aby załączać do dokumentacji oświadczenia pacjenta o: upoważnieniu innych osób do uzyskiwania informacji na temat jego stanu zdrowia (ze wskazaniem imienia i nazwiska takiej osoby oraz jej danych kontaktowych), upoważnieniu innych osób do dostępu do dokumentacji medycznej lub oświadczenie o braku takiego upoważnienia oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody przez pacjenta (lub zezwolenie sądu opiekuńczego) na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Przed sądem

Dokumentacja sądowa posiada istotne znaczenie dowodowe w toku postępowania sądowego. To właśnie na podstawie zapisów w niej zawartych, biegli sądowi są w stanie ocenić, czy w danych okolicznościach postąpiliśmy zgodnie z zasadami wiedzy medycznej. W tym kontekście istotne jest, abyśmy czytając opinię, wydaną przez biegłych, zwrócili uwagę na to, czy wnioski z opinii tej płynące uwzględniają konkretne okoliczności, w których przyszło nam działać. Często bowiem zdarza się, że opinie wydawane przez biegłych są „przeteoretyzowane”, nie uwzględniając konkretnych uwarunkowań danego przypadku, zamieniają się bardziej w podręcznik medyczny i odbiegają od tego, czym opinia biegłych być powinna – a więc rzetelną analizą naszego zachowania nie tylko w kontekście obiektywnej, teoretycznej wiedzy medycznej, ale także uwzględniającą aspekty praktyczne – czyli to co w danych okolicznościach było możliwe i uzasadnione do zrobienia.

Zgodnie z przepisami, sąd zasięga opinii biegłego, jeśli dla rozstrzygnięcia określonej sprawy wymagane są wiadomości specjalne. W sprawach związanych z procesem leczenia zwykle istnieć będzie konieczność zasięgnięcia opinii biegłych, lekarzy specjalistów określonej dziedziny medycyny, ponieważ sąd nie posiada fachowej wiedzy medycznej pozwalającej rzetelnie ocenić okoliczności konkretnego przypadku.

Starajmy się pisać czytelnie

W kontekście znaczenia dowodowego dokumentacji medycznej istotną rzeczą jest problem jej czytelności. Rzeczą oczywistą jest, że lekarz nie ma czasu na to, aby kaligrafować każde wpisywane do dokumentacji słowo. Pamiętajmy jednak, że dokumentację tworzymy głównie dla osób trzecich, a w aspekcie procesowym dla biegłych. Nie jest z punktu widzenia taktyki procesowej najlepszą rzeczą, gdy poproszony przez sąd o odczytanie własnego pisma lekarz bierze do ręki kartę dokumentacji i jedyną rzeczą, którą może powiedzieć, jest sformułowanie zaczynające się od: „tu KTOŚ napisał” albo „to chyba/być może znaczy”.

Pamiętajmy, aby dokumentację prowadzić czytelnie. Jeśli sami nie będziemy w stanie odczytać własnego pisma, nie możemy wymagać, aby uczynili to biegli, a co za tym idzie, będąca końcowym efektem ich pracy opinia może rozmiąć się z naszymi oczekiwaniami i powodować dla nas szereg dolegliwości.

Najczęstsze zarzuty

Do najczęściej wymienianych uchybień w prowadzeniu dokumentacji medycznej (np. wykazywanych przez NFZ w wyniku prowadzonych kontroli) należą:

- skrótowość wpisów umieszczonych w dokumentacji (np. zwrot „ogólne potłuczenie” nie daje podstaw do precyzyjnego określenia przez biegłych charakteru obrażeń doznanych przez pacjenta), brak dokładnego wskazania lokalizacji odniesionych przez pacjenta obrażeń, używanie skrótów, które nie są powszechnie przyjęte, a co za tym idzie są nieczytelne dla osób trzecich

- zasadność zastosowanego leczenia (leku) – brak wystarczających dowodów potwierdzających zastosowane leczenie (w tym zaordynowanych leków),
- brak skierowania na leczenie specjalistyczne w przypadkach tego wymagających,
- braki formalne w postaci wymaganych przepisami informacji (np. nr PESEL, imię i nazwisko na każdej karcie, itd.),
- brak oświadczeń pacjentów co do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz do dokumentacji medycznej,
- brak oświadczenia pacjenta o zgodzie na poddanie się zabiegowi medycznemu,
- brak podpisu lekarza lub jego pieczętki,
- nieczytelność dokumentacji.

Dokumentacja medyczna to dokument mający znaczenie prawne

Nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej może narazić nas nie tylko na problemy o charakterze dowodowym w trakcie postępowania sądowego. Problemy z dokumentacją medyczną mogą oznaczać dla nas także problemy z prawem karnym.

Należy w tym miejscu wskazać na możliwość odpowiedzialności karnej za jedno z przestępstw przeciwko wiarygodności dokumentów, np. za przestępstwo z art. 276 k.k., którego dopuszcza się ten, kto niszczy, uszkadza, czyni bezużytecznym, ukrywa lub usuwa dokument, którym nie ma prawa wyłącznie rozporządzać. Zabronione jest również m.in. podrabianie bądź przerabianie dokumentacji medycznej w celu użycia jej za autentyczną (art. 270 § 1 k.k.).

Najczęstszym jednak przypadkiem przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów zarzucanym lekarzom jest tzw. fałsz intelektualny. Przestępstwo dotyczące poświadczania nieprawdy w dokumencie mającym znaczenie prawne było już przedmiotem analizy na łamach „Meritum” (Nr 4/2013), tak więc w tym miejscu jedynie wypada przypomnieć, że najczęściej do sytuacji takich dochodzi wtedy, gdy pacjent ubiega się o odszkodowanie, zadośćuczynienie czy rentę a korzystna opinia lekarska ma umożli-

wić mu otrzymanie takiego świadczenia. Innym przykładem jest sytuacja, gdy negatywna opinia o stanie zdrowia ma uchronić pacjenta przed tymczasowym aresztowaniem, odbyciem kary pozbawienia wolności lub ma doprowadzić do przedłużenia postępowania karnego. Poświadczenie nieprawdy może tu polegać np. na umieszczeniu w dokumentacji medycznej zapisów niezgodnych z wiedzą o stanie zdrowia pacjenta lub celowego pominięcia okoliczności niekorzystnych z punktu widzenia pacjenta.

Podsumowanie

Dokumentacja medyczna jest środkiem dowodowym, mającym istotne znaczenie w postępowaniu sądowym zarówno w sprawach karnych (także w postępowaniu prowadzonym przez prokuraturę), jak i cywilnych. Właściwie prowadzona dokumentacja może uchronić nas przed wieloma problemami. Pomimo braku czasu na tzw. papierkową robotę, pamiętajmy o tym, aby dokumentacja przez nas prowadzona była możliwie najpełniejsza i co szczególnie istotne – czytelna. Na zakończenie wypada przywołać słowa profesora prawa Arnolda Gąbińskiego, który w komentarzu do Kodeksu Etyki Lekarskiej stwierdził: „Prawidłowo prowadzona dokumentacja stanowi tarczę ochronną sumiennego lekarza, chroni go przed nieuzasadnionymi zarzutami. Jeśli chodzi o niesumiennego, to brak dokumentacji utrudnia ustalenie faktycznego stanu rzeczy”.

Podstawa prawna i bibliografia

Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 ze zm.);

Ustawa z 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.);

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2012 r., poz. 1531);

Katarzyna Godlewska „Dokumentacja medyczna – implikacje dowodowe w procesie karnym i dyscyplinarnym” komentarz praktyczny ABC 128682;

„Inwalida z wyboru” aut. Lek. Med. Stefan Kopocz, „Medical Tribune” 7/2007.

Zmiany w wystawianiu faktur/rachunków

Z dniem 1 stycznia 2014 r. weszła w życie bardzo obszerna nowelizacja ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (VAT), wprowadzona ustawą zmieniającą z 7 grudnia 2012 r. Nowela ta – poza licznymi zmianami dotyczącymi kluczowych elementów konstrukcyjnych podatku VAT – w istotny sposób zmieniła zasady wystawiania faktur/rachunków. Zmiany te mają swoje odniesienie również w stosunku do lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy wykonując zawód w ramach praktyki zawodowej, wystawiają rachunki, w tym zwłaszcza na rzecz innych podmiotów leczniczych.

Zaznaczmy na początek, że ustawa zmieniająca utrzymała dotychczasową zasadę przedmiotowego zwolnienia od podatku VAT usług w zakresie opieki medycznej, które służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, jeśli jednocześnie świadczone są przez wymienione przez ustawodawcę podmioty, w tym m.in. lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w ramach prywatnej praktyki. Wprowadzając jednak zasadę, że w przypadku sprzedaży usług zwolnionych z VAT (w tym usług opieki medycznej) podatnik nie jest zobowiązany do wystawienia faktury/rachunku, nowela dopuściła możliwość dokumentowania tych transakcji. Obowiązek wystawienia faktury/rachunku ciąży na podatniku zawsze na żądanie nabywcy usługi, jeżeli to żądanie zostało zgłoszone w terminie trzech miesięcy licząc od końca miesiąca, w którym tę usługę wykonano.

Nowe informacje na fakturze

W praktyce, lekarze i lekarze dentyści, którzy wykonują zawód na rzecz innych podmiotów leczniczych za pośrednictwem swych prywatnych gabinetów, ze względu na zwykle stosowane postanowienia umów kontraktowych, na ogół bez wezwania wystawiają faktury/rachunki, gdyż mają one walor dowodowy do wykazania liczby i wartości wykonanych świadczeń. Muszą jednak przy tym pamiętać, że zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia ministra finansów w sprawie wystawiania faktur z 3 grudnia 2013 r., faktura/rachunek

dokumentujące wykonanie usług zwolnionych od podatku VAT (w tym wypadku świadczeń zdrowotnych), winny zawierać:

- datę wystawienia i numer kolejny faktury/rachunku,

- imiona i nazwiska lub nazwy podatnika i nabywcy towarów lub usług oraz ich adresy,

- nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, a także miarę i ilość (liczbę) dostarczonych towarów lub zakres wykonanych usług,
- cenę jednostkową towaru lub usługi oraz kwotę należności ogółem,

- wskazanie (**co jest zupełnym novum!**) podstawy prawnej, zgodnie z którą podatnik stosuje zwolnienie od podatku, a zatem m.in. przepisu ustawy o podatku od towarów i usług lub aktu wydanego na jej podstawie.

Wystawiając rachunek/fakturę podatnik musi zatem uwzględnić wszystkie wymienione powyżej pozycje, ze szczególnym zwróceniem uwagi na konieczność podania podstawy prawnej, zgodnie z którą stosuje zwolnienie od podatku VAT. Dla lekarzy i lekarzy dentyistów ten warunek oznacza w praktyce, że jako podstawę zwolnienia powinni wpisać:

- w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych, co do zasady – art. 43, ust. 1, pkt. 19 ustawy o podatku od towarów i usług;

- w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz podmiotów leczniczych, na podstawie zawartych z tymi podmiotami umów kontraktowych – art. 43 ust. 1 pkt. 18a ustawy o podatku od towarów i usług.

Zmiany w terminach wystawienia faktur

Od 1 stycznia 2014 r. dwie kwestie, do tej pory nierozdzielnie ze sobą związane: wystawienie faktury oraz powstanie obowiązku podatkowego przestały od siebie zależeć. W nowym stanie prawnym obowiązek podatkowy będzie powstawał niezależnie od czynności wystawienia dokumentu faktury/rachunku, lecz, co do zasady, z chwilą wykonania usługi (lub dokonania dostawy towaru).

Fakturę/rachunek, zgodnie z przepisami znowelizowanej ustawy o podatku

od towarów i usług, można natomiast wystawić:

- nie później niż do piętnastego dnia miesiąca następującego po miesiącu wykonania usługi, w przypadku lekarza lub lekarza dentyisty – świadczenia zdrowotnego (art. 106i, ust. 1 ustawy),
- przed wykonaniem usługi (co jest nowością!), ale nie wcześniej niż na trzydzieści dni przed ustalonym terminem udzielenia przez lekarza lub lekarza dentyistę świadczenia zdrowotnego (art. 106i, ust. 7 ustawy).

Sam dokument faktury/rachunku nie był dotychczas ustawowo definiowany, nie doczekał się także ustawowego wzoru. Dopiero wspomniana na wstępie nowelizacja ustawy o podatku od towarów i usług do jej art. 2 dodała pkt. 31, który jest swego rodzaju definicją pojęcia „faktura”. Przepis ten obowiązuje od 1 stycznia 2014 r. i stanowi, że jeżeli w dalszych przepisach ustawy jest mowa o fakturze, to „rozumie się przez to dokument w formie papierowej lub elektronicznej, zawierający dane wymagane ustawą i przepisami wydanymi na jej podstawie”. Należy jednak dodać, że faktury elektroniczne, wystawione i otrzymane w dowolnym formacie elektronicznym, są dopuszczalne pod pewnymi warunkami zapisanymi w art. 106m i 106n ustawy. Stanowią one, że stosowanie faktury elektronicznej zawsze wymaga akceptacji jej odbiorcy, przy jednoczesnym zapewnieniu temu dokumentowi czytelności, a także autentyczności (czyli pewności co do tożsamości usługodawcy albo wystawcy faktury oraz integralności jego treści (czyli pewności co do niezmienności danych podanych na fakturze).

Warto również dodać, że znowelizowane przepisy podtrzymały dotychczas obowiązującą zasadę, że fakturę wystawia się co najmniej w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje nabywca, a drugi zachowuje w swojej dokumentacji podatnik dokonujący sprzedaży (art. 106 g ust. 1 ustawy)

*mec. Paweł Lenartowicz
prawnik OIL w Łodzi*

(przedruk z „Panaceum” nr 3/2014)

U C H W A Ł Y Nr 24-27/VII/2014
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 17 lutego 2014 r.

dotycząc składek członkowskich

U C H W A Ł A Nr 28/VII/2014
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 17 marca 2014 r.

**w sprawie dokonania zmiany wpisu
w rejestrze podmiotów uprawnionych
do prowadzenia kształcenia
podyplomowego lekarzy i lekarzy
dentystów w zakresie dotyczącym
okresu planowanego kształcenia
podyplomowego przez organizatora
kształcenia wpisanego do rejestru**

Po rozpatrzeniu oświadczenia organizatora kształcenia Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu wpisanego do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem 67-000037-001-0003 o zmianie terminu kształcenia podyplomowego – uchwala się, co następuje:

§ 1.

Potwierdza się nowy termin prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w okresie od 26.03.2014 do 29.03.2015, na obszarze Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, w przedmiocie i zakresie obejmującym: konferencje naukowo-szkoleniowe, wykłady, warsztaty z zakresu różnych dziedzin nauk medycznych w ramach doskonalenia zawodowego w tym: chirurgii laparoskopowej w chorobach onkologicznych, neurochirurgii; doskonalenie techniki operacyjnej w zakresie laparoskopowego wycięcia pęcherza moczowego i prostaty; doskonalenie techniki operacyjnej oraz zapoznanie się z instrumentarium stosowanym w chirurgii kręgosłupa i neurochirurgii, wpisanego do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem 67-000037-001-0003.

§ 2.

Dokonuje się zmiany wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów Kujaw-

sko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, w zakresie danych, o których mowa w art. 19c ust. 3 pkt 1, 6 i 9 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oraz oznacza się kolejnym numerem 0004 – cztery cyfrowe oznaczenie zmiany wpisu organizatora do rejestru, o którym mowa w § 8 ust. 2 pkt 4) rozporządzenia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów.

§ 3.

Wydaje się ponownie dotychczasowe zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów oznaczone zmienionym numerem, określonym w § 2.

§ 4.

1. Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia odwołania od uchwały do Naczelnej Rady Lekarskiej za pośrednictwem Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu w terminie 14 dni od jej otrzymania.

2. Na podstawie art. 107 § 4 k.p.a. organ odstąpił od sporządzania uzasadnienia uchwały jako uwzględniającej żądanie strony w całości.

U C H W A Ł A Nr 29/VII/2014
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 17 marca 2014 r.
**w sprawie zmiany Uchwały Nr 15/
VII/2014 Okręgowej Rady Lekarskiej
z dnia 17 lutego 2014 r. w sprawie po-
wołania Komisji Bioetycznej**

§ 1.

W Uchwale Nr 15/VII/2014 Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 17 lutego 2014 r. w sprawie powołania Komisji Bioetycznej dokonuje się zmiany, poprzez dopisanie do składu Komisji Bioetycznej Piotra Sawryckiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

U C H W A Ł Y Nr 43-46/VII/2014
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 17 marca 2014 r.
dotycząc składek członkowskich

U C H W A Ł A Nr 42/VII/2014
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 kwietnia 2014 r.

w sprawie przyznania dofinansowań

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu przyznaje dofinansowania na organizację:

1. spotkania integracyjnego organizowanego przez Komisję Młodych Lekarzy w dniu 28 czerwca 2014 r. w kwocie 1500 zł (słownie: tysiąc pięćset zł),
2. pikniku rodzinnego organizowanego przez Delegaturę Izby Lekarskiej we Włocławku w dniu 14 czerwca 2014 r. w kwocie 1800 zł (słownie: tysiąc osiemset zł).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

U C H W A Ł A Nr 41/VII/2014
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 kwietnia 2014 r.

**w sprawie przyznania zapomogi
finansowej**

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu po zapoznaniu się z trudną sytuacją zdrowotną i materialną lekarzy postanawia przyznać jednorazowe zapomogi finansowe:

- w kwocie 500,00 zł (słownie: pięćset zł),
- w kwocie 1000,00 zł (słownie: jeden tysiąc zł).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

U C H W A Ł A Nr 40/VII/2014
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 kwietnia 2014 r.
**w sprawie desygnowania przedstawicie-
la do komisji konkursowej**

§ 1.

Do składu komisji konkursowej na stanowisko:

- pielęgniarki oddziałowej oddziału dziecięcego,
- pielęgniarki oddziałowej bloku operacyjnego,

- pielęgniarki oddziałowej oddziału anestezjologii i intensywnej terapii,
- położnej oddziałowej oddziału położniczo-ginekologicznego,
- przełożonej pielęgniarek Przychodni „Przy Szpitalu”

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rypinie Okręgowa Rada Lekarska desygnuje dr Macieja Małeckiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

U C H W A Ł A Nr 39/VII/2014

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 kwietnia 2014 r.

w sprawie programu i kosztów pobytu delegacji z Getyni

§ 1.

1. Okręgowa Rada Lekarska akceptuje przedstawiony przez Komisję Współpracy z Zagranicą program wizyty w Toruniu delegacji Izby Lekarskiej z Getyni.
2. Wyraża się zgodę na pokrycie kosztów pobytu gości w Toruniu, w dniach 15-18 maja 2014 r.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

U C H W A Ł A Nr 38/VII/2014

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 kwietnia 2014 r.

w sprawie wyrażenia opinii

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska pozytywnie opiniuje kandydatury do pełnienia funkcji konsultantów wojewódzkich w dziedzinach:

- chirurgia klatki piersiowej – dr n. med. Krzysztof Cieśliński,
- neurochirurgii – prof. dr hab. n. med. Marek Harat,
- radiologia i diagnostyka obrazowa – dr n. med. Elżbieta Sokółska,
- patomorfologia – dr n. med. Dariusz Grzanka,
- stomatologia dziecięca – lek. stom. Maria Piątek,
- seksuologia – dr n. med. Dariusz Juszczak.

§ 2.

Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu rekomenduje dr. n. med. Jerzego Jakubiaka do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

U C H W A Ł A Nr 37/VII/2014
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 31 marca 2014 r.

w sprawie skierowania lekarza na kontynuację stażu podyplomowego

§ 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu kieruje od dnia 1 kwietnia 2014 r. lekarza Agnieszkę Połom (Ograniczone PWZ nr 3035291, wydane przez BIL w Bydgoszczy) do odbywania dalszej części stażu podyplomowego w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. Dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

U C H W A Ł A Nr 31-36/VII/2014
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 17 marca 2014 r.

dotycząc składek członkowskich

U C H W A Ł A Nr 30/VII/2014
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Toruniu
z dnia 17 marca 2014 r.

w sprawie wyrażenia opinii

Okręgowa Rada Lekarska pozytywnie opiniuje kandydatury do pełnienia funkcji konsultantów wojewódzkich w dziedzinach:

- alergologii: prof. dr hab. med. Zbigniew Bartuzi,
- angiologii: dr n. med. Karol Suppan,
- audiologii i foniatrii: dr hab.med. Anna Sinkiewicz,
- chirurgii naczyniowej: prof. dr hab.med. Arkadiusz Jawień,

- chorób płuc: dr n.med. Grażyna Jagiełło,
- chorób wewnętrznych: dr n. med. Grzegorz Pulkowski,
- chorób zakaźnych: prof.dr hab.med. Waldemar Halota,
- diabetologii: dr n. med.Zofia Ruprecht,
- endokrynologii: prof. dr hab. med. Roman Junik,
- gastroenterologii: prof. dr hab. med. Maciej Świątkowski,
- genetyki klinicznej: prof. dr hab. med. Olga Haus,
- geriatrii: prof. dr hab.med. Kornelia Kędziora - Kornatowska,
- hematologii: dr n. med. Grażyna Gadowska,
- immunologii klinicznej: dr n. med. Sylwia Kołtan,
- kardiochirurgii: dr hab. med. Lech Anisimowicz, prof. UMK
- kardiologii dziecięcej: dr n. med. Iwona Bolewicz-Planutis,
- medycyny nuklearnej: dr n. med. Stanisław E. Pilecki,
- Medycyny pracy: lek Ewa Kaczanowska-Burker
- medycyny ratunkowej: dr n. med. Przemysław Paciorek,
- medycyny sądowej: dr n. med. Elżbieta Bloch-Bogusławska,
- Nefrologii: prof. dr hab. med. Jacek Manitus,
- neonatologii: dr n. med. Jacek Korbał,
- neurologii dziecięcej: dr n. med. Grażyna Sergot-Martynowska,
- onkologii i hematologii dziecięcej: prof. dr hab. med. Mariusz Wysocki,
- onkologii klinicznej: dr n. med. Jerzy Tujakowski,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu: dr n. med. Waldemar Weiss,
- protetyki stomatologicznej: lek. dent. Jolanta Kwaśniewska,
- psychiatrii: prof. dr hab. med. Aleksander Araszkiewicz,
- reumatologii: dr hab. n. med. Sławomir Jeka,
- transfuzjologii klinicznej: lek. Hanna Wojnerowicz-Matecka,
- transplantologii klinicznej: prof. dr hab. med. Zbigniew Włodarczyk,
- stomatologii zachowawczej z endodoncją: lek. dent. Elżbieta Kawecka.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Od lewej: Mecenas Krzysztof Izdebski – Rzecznik Praw Lekarza w Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu, Mecenas Łukasz Płaza, dr Wiesław Umiński Przewodniczący Delegatury IL w Grudziądzu, dr Barbara Wata



Uczestnicy spotkania

Pod znakiem szkoleń

26 marca 2014 roku nasza Delegatura zorganizowała spotkanie szkoleniowe nt. „Bezpieczeństwo i higiena pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami stosowanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą”. Głównym wykładowcą był Ośrodek Szkolenia Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w Grudziądzu. Głównymi tematami poruszonymi podczas szkolenia były:

1. Podstawowe wymagania BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
2. Obowiązki pracodawcy wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie BHP przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
3. Protokół oceny stanu zagrożeń i zabezpieczeń BHP dla stanowiska pracy lekarza wykonującego zabiegi medyczne.
4. Dokumentacja niezbędna w przypadkach zranienia ostrym narzędziem medycznym lub zakłucia.

W tym samym dniu w naszej Delegaturze odbyło się także szkolenie „Odpowiedzialność prawna lekarza za błąd w sztuce medycznej”. Wykładowcami tego szkolenia byli Pan Mecenas Krzysztof Izdebski Rzecznik Praw Lekarza w Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu oraz Pan Mecenas Łukasz Płaza, obaj reprezentujący Kancelarię Płaza i Wspólnicy w Toruniu.

Wiesław Umiński

KLUB SENIORA zaingurował działalność

Na pierwsze spotkanie w dniu 13 maja br. przyszło 20 osób. Próbowa-
liśmy określić oczekiwania naszego środowiska dotyczące formuły tych
spotkań w przyszłości. Padło wiele ciekawych propozycji, a ich realizację
będziemy sukcesywnie wdrażać i doraźnie korygować w zależności od
bieżących potrzeb i frekwencji na spotkaniach.

Omówiliśmy też plany wyjazdowe – turystyczne i operowe. Ustaliliśmy,
że będziemy się spotykać w każdy drugi wtorek miesiąca o godz. 15.00.

Serdecznie zapraszam na kolejne spotkanie.

Małgorzata Kędzierska

OGŁOSZENIA

Serdecznie zapraszamy na
WYSTAWĘ MALARSTWA
Pani dr Ireny Łazarewicz,
która będzie czynna w siedzibie Izby
Lekarskiej, ul. Danielewskiego 6 w czerwcu,
lipcu i sierpniu 2014 roku,
w godzinach pracy biura Izby.

Komisja Senioratu i Spraw Socjalnych ponow-
nie planuje **wycieczkę do Gdańska**. Chętnych
prosimy o zapisywanie się u Pani Agnieszki Lis.



Przywileje dla wymagających

Dla najbardziej wymagających klientów stworzyliśmy wyjątkową ofertę. Modele Audi, które wyróżnia pionierska technika, szlachetna stylistyka oraz niezwykle bogate wyposażenie, są teraz dostępne w specjalnej ofercie skierowanej do lekarzy. Szczegóły w salonie. Zapraszamy.

Specjalna oferta dla lekarzy

Konarzewski

ul. Nowotoruńska 15, Bydgoszcz
tel. 52/320 88 13
salon_audi@konarzewski.com.pl
www.konarzewski.audi.pl

Tam, gdzie ptaki migrują

AFRYKA – to słowo uruchamia lawinę skojarzeń, które dotyczą m.in. miejsc będących kolebką życia gdzieś w rejonach jeziora Turkana, wędrówek prehistorycznego człowieka na inne kontynenty, ale również wędrówek późniejszych, w odwrotną stronę – człowieka białej cywilizacji do tzw. Trzeciego Świata. Przez kilka wieków protoplaści dzisiejszych turystów dzielili, rabowali i wyludniali Czarny Ląd z najwartościowszych ludzi. Będąc na wycieczce w Gambii i Senegal, zwiedzaliśmy wyspę Goree leżącą w pobliżu Dakaru. Ta piękna, malownicza wyspa ma najgorszą, zbrodniczą sławę. Stare mury zniszczone przez czas i sól kryją miliony ludzkich tragedii. Nieprzerwanie latami w jej kierunku z głębi lądu ciągnęły zakute w kajdany kolumny niewolników. Wyspa stała się więzieniem, katownią i miejscem przeładunkowym na statki, gdzie dla zwiększenia tonażu, niewolników skutych łańcuchami układano bokiem, zmieniając im na komendę pozycję. Połowa z nich ginęła w drodze do obu Ameryk i na Karaiby. Część z nich z głodu i chorób umierała już na miejscu, ciała wyrzucano do oceanu. Okolice Goree były wielkim żerowiskiem dla rekinów. Zwiedzając wyspę, szczególnie przy pięknym pomniku w kształcie żagla, poświęconemu ofiarom niewolnictwa, towarzyszyła nam świadomość, że bogactwu świata zbudowanego przy udziale niewolników można przeciwstawić nędzę ich rodzimych krajów.

Piękna książka Alexa Haleya „Korzenie” i wciągający serial o tej samej nazwie opowiadają historię niewolnika Kunta Kinde porwanego w Gambii, który okazał się afrykańskim przodkiem amerykańskiego Autora. Gambia wyszła z protektoratu angielskiego, Senegal z francuskiego w latach 60. XX w. Oba kraje podnoszą się z biedy. Największym źródłem dochodu są orzeszki ziemne



Na dolnym pokładzie promu z Gambii do Senegalu



Suszarnia ryb nad rzeką Senegal

i turystyka, która rozwija się szybko. Przemili ludzie, piękne plaże, niezawodna pogoda, niezła baza hotelowa, to mocne atuty turystyki. W Gambii – jednym z najmniejszych krajów afrykańskich – główny transport to rzeczny, przy jedynym czynnym starym promie. Dostać się na niego to niemałe wydarze-

nie, a przeprawa nim to przeżycie godne najlepszego pióra. Na promie spotykają się różne światy, poczynając od światy prezydenckiej, kupców, hodowców ze stadami kóz, ptactwem w klatkach, aż po turystów, głównie z krajów byłego protektoratu. Piękny kraj ze słabą perspektywą rozwoju, z satrapą prezy-



dentem, który jest źródłem wszelakiej mądrości z mocą uzdrawiania chorych włącznie, głównie z AIDS. Senegal to młoda demokracja z perspektywą. Plaże, na których m.in. kończył się rajd Paryż-Dakar, robią wrażenie swoimi rozmiarami i bielą piasku, podobnie jak 1000-letnie baobaby. Ogromne pnie tych drzew po wydrążeniu mogą służyć do przechowywania wody lub zboża, jako mieszkanie lub grobowiec. Z kory wyrabia się sznury, sieci rybackie i ubrania. Młode liście jądane są jako warzywa, a z miąższu owoców sporządza się napoje orzeźwiające i leki na różne przypadłości. W cieniu tego drzewa toczy się życie rodzinne i wioskowe kolejnych pokoleń. Imponujące wrażenie robią rozlewiska i zakola rzeki Senegal z wyspami, które są punktem docelowym zimowych migracji ptaków, jak np. wyspa pelikanów i kormoranów.

Ewenementem w skali światowej jest święte miasto Touba z Wielkim Meczetem-mauzoleum, największa islamska świątynia Czarnej Afryki, poświęcona senegalskiemu ascecie, mistykowi i guru – Amadeu Bamby. Miasto-wyjątek, rządzi się odmiennymi prawami. Policja rewiduje wjeżdżających. Nie można mieć alkoholu, papierosów, nie gra się w piłkę, nie słucha świeckich przebojów. Mężczyźni i kobiety, odpowiednio ubrani, trzymają się oddzielnie. Niedopuszczalne, aby razem zrobić sobie zdjęcie. Czciociele Bamby należą do Muridów, poszukujących drogi, którą odmierzał Prorok. Wyznawcy bardzo liczni i bogaci są rozsiani po całym świecie. Touba jest centrum tego odłamu. Byliśmy tam

Nad Jeziorem Różowym w Senegalu



w okresie jakiejś rocznicy Bamby, co powodowało, że drogi z całego Senegalu w kierunku miasta były nieprzejezdne. Senegalczyki, szczególnie kobiety, imponują swoją urodą. Afryka, którą widzi turysta jest młoda, przyjazna, mimo biedy – uśmiechnięta. Utwierdzaliśmy się w tym, będąc w innych krajach tego kontynentu. Ale myśląc, a szczególnie marząc o Afryce, mam niemal zawsze w oczach bezkresne sawanny Kenii i RPA, które od wieków przemierzają gnane instynktem wielkie stada wolno żyjących dzikich zwierząt, piękne plaże Mombasy, turkusowe wody rozbijające się o skały Przylądka Dobrej Nadziei, a także szczyty górskie pokryte wiecznym śniegiem – Mount Kenya i Kilimandżaro.

Chciałoby się powtórzyć za E. Hemingwayem: „Jeszcze nie zdążyłem jej opuścić, a już w bezsenne noce nasłuchiwałem i chorowałem z tęsknoty”. „Zielone wzgórza Afryki”, ta książka o Kenii potwierdziła moje wrażenia, że Afryka jest również zielona z bardzo błękitnym niebem, ze zmieniającym się kolorytem oceanów w zależności od pory dnia, jak i szerokością plaż regulowaną przypływami i odpływami, takimi romantycznymi ucieczkami i powrotami. Nasze najmiłsze spotkanie z Afryką rozpoczęliśmy w Mombasie, największym porcie wschodniego wybrzeża Afryki. Miasto wita przybyszów widokiem dwóch bram w kształcie wielkich, słoniowych kłów przy Moi Avenue, gwarem wielkomiejskim i korzennymi zapachami straganów starych uliczek, wypełnionych kolorowym tłumem. Po zwiedzaniu 16-wiecznego portugalskiego Fortu Jesus, odpoczynek w nadmorskim kurorcie przy słynnej z urody plaży Diani Beach, a następnie wyruszamy w Kenię. Jedziemy na północ w kierunku Rezerwatu Narodowego Samburu. Jest pora sucha, jedziemy w upale i tumanach czerwonego pyłu, zaliczamy wyboiste bezdroża i drogi dla

Mombasa – osobliwy zakaz polowań na słonie





bydła. Wzdłuż drogi z rzadka rozsiane lepianki przypominają westernowe wioski zagubione w porośniętej kolczystymi krzewami sawannie. Pod wieczór docieramy do naszego hotelu-lodgy. Kilka domków na kształt lepianek, w środku wszystko czego potrzebujemy. Na zewnątrz, jak okiem sięgnąć, zasłana krzewami, tajemnicza dla nas przestrzeń i wielka cisza. Kolacja na otwartej, ogrodzonej przestrzeni pod rozgwieżdżonym niebem. Zmęczony podróżą i wrażeniami długo wsłuchuję się w obce mi odgłosy sawanny. Cicha przestrzeń ożyła. Zaciekawiony jakimś dziwnym śmiechem wychodzę przed lepiankę. Jest tak ciemno, że widzę tylko białka oczu strażnika z karabinem. Po chwili wskazuje mi kilka błyszczących punktów, z których dochodzą te rzekome śmiechy – to hieny skradające się do miejsca wczorajszej kolacji. Lekcję pojąłem, powtórki nie było. Później dowiedziałem się, że np. lwy samochodowy traktują jako element krajobrazu, ale człowieka na zewnątrz już nie. Przykładów tragedii jest sporo. Świt nas zastał w dżipach na fotograficznym safari. Pierwsze było stado słoni zdążające do pobliskiej rzeczki. Później z zarośli majestatycznym krokiem wysunęły się żyrafy. Następnie bawoły, pojedyncze antylopy gnu. Królestwo tych ostatnich jest jednak gdzie indziej. Pierwsze safari udane. Dalszy kierunek to płaskowyż

Aberdare, tworzący wschodnią krawędź Wielkiego Rowu Afrykańskiego, pokryty lasem tropikalnym i wysokimi bambusami. Przez płaskowyż prowadzą nieliczne, często zarośnięte trakty. Co chwila przecinają nam drogę stada lub pojedyncze bawoły. Zmierzamy do lodży zwanej Arką, samotnym hotelem usytuowanym na palach, wysoko w górzystej leśnej głuszy. Przed długim mostem biegnącym do hotelu pośród konarów witają nas Adam z Ewą, właściciele hotelu. Jest chłodno, wysokość ponad 1000 m n.p.m. W łóżkach niespodzianki, gorące pojemniki z wodą pod kocami. A na zewnątrz, z tarasów, w dole widoczne jeziorko z lizawką dla zwierząt. Uzbrojeni w aparaty i kamery możemy obserwować z tarasów przez całą noc kolejne grupy zwierząt podchodzących do lizawki i wodopoju. W przerwach przy kominku słuchamy niezwykłych opowieści o przygodach z tymi zwierzętami. Jak np. tej, że dzieckiem nosorożca, który dziś jest w sierocińcu dla zwierząt, zaopiekowała się słonica, która w bardzo długiej walce zabiła jego matkę. Zdziwiający spektakl. Zwierzęta chyba wypracowały jakiś bezkonfliktowy system korzystania z lizawki. Podchodzą całymi stadami, w różnych porach dnia i nocy. Osobno słonie, bawoły, nosorożce. Okazja do fotografowania znakomita. Ale naszym oczekiwanym celem jest wizyta u Ma-

sajów i łowy bezkrwawe w Masaj Mara. Po drodze zajeżdżamy nad jezioro Nakuru, którego brzegi zamieszkują tysiące różowych flamingów i pelikanów. Jesteśmy widokiem zachwyceni, tym bardziej że w pobliżu widzimy kilkanaście nosorożców i to obu rodzajów, czarne i białe. Żal odjeżdżać.

W końcu docieramy do celu. Jesteśmy w Masaj Mara. Lodże dobrze wyposażone, sprawdzamy szczelność moskitier i szukamy komarów, bo jak na lekarzy „przystało”, nie jesteśmy zaszczepieni i nie mamy środków anty malarycznych. Masaj Mara to klejnot afrykańskiej przyrody. Na rozległych sawannach poprzetykanych parasolowatymi akacjami, aż po wzgórza zamykające horyzont żyje miliony zwierząt. Wędrują kierowane instynktem, zapachem wilgoci i trawy z południa na północ i odwrotnie, ku podobnym nizinom Serengeti w Tanzanii. Gdy kończy się trawa, a deszcze ożywiają sąsiednią sawannę, 1,5 mln. antylop gnu, tysiące zebr, impali, żyraf, bawołów, słoni, zaczyna swoją wieczną wędrówkę. Swój taniec życia i śmierci zwany Wielką Migracją. Przepięknie wyglądają kilometrowe sznury, jak karne szeregi, ciągnących spokojnie zwierząt ku południowi. Nie wszystkie dotrą do życiodajnych pastwisk. Część zginie w czasie przeprawy w paszczach krokodyli nad

Strażnik z wioski Zulusów (RPA)



Wiek tego baobabu szacuje się na 1500 lat!





W gościnie u Masajów



urwistymi brzegami rzeki Mara. Część będzie stanowić wędrująca spizarnię dla licznych mięsożernych ciągnących za kolumną. Krwawe łowy są stałym elementem tego spektaklu, który rozgrywa się wg z góry ustalonych reguł. Nic się tu nie dzieje przypadkowo. Obserwowaliśmy przez kilka godzin jak lwia rodzina przygotowuje atak. Role są dokładnie rozpisane. Jest zasadzka, nagonka, atak. Każdy członek stada ma wyznaczone miejsce. Wszystko odbywa się powoli, metodycznie, z uwzględnieniem wiatru i pory dnia.

Lew ojciec czuwa, rodzina pracuje, a po udanym ataku czeka cierpliwie na ucztę. Dziwne dla nas było, że zwierzęta rozpoznawały, kiedy lew jest syty i spokojnie znosiły jego obecność. Okazuje się, że nawet drapieżniki nie zabijają dla przyjemności. Szczególną przyjemnością były wczesne wyjazdy na safari. Nad sawanną unosiła się wtedy delikatna mgła rozświetlana pomarańczowym blaskiem porannej zorzy, a rześkie powietrze wypełniały odgłosy budzącej się do życia równiny. Zaczynał się ruch jak przy obejściu Masaja. Niektóre zwierzęta kończyły łowy, inne zaczynały, większość zdążała w kierunku wody.

Wraz ze wznoszącym się słońcem część sawanny zamierała do późnych godzin popołudniowych. Pod wieczór na tle zachodzącego słońca można było obserwować jak formują się kolumny Wielkiej Migracji zdążającej w kierunku Serengeti. Fotograficznie zaliczamy tu całą „big five” (lew, lampart, nosorożec, słoń, bawół). Ale Masaj Mara to głównie Masajowie, ich zagrody, rodziny, zwyczaje. To lud słynący z urody, pięknych sylwetek, przywiązania i miłości do swojej dzikiej afrykańskiej przyrody, inteligentny i hardy. Do dziś rząd Kenii modyfikuje pod nich prawo. Nie przyjmują takiej cy-

wilizacji, jaką im oferują. Prowadzą życie na pół koczownicze, a przede wszystkim cenią wolność i rodzinę. Odwiedziliśmy wioskę masajską z odpowiednimi darami, zwiedzając ich chaty, oglądając tańce, kupując pamiątki. Zaskoczony byłem rozmową z gospodarzem lepianki, który opowiadał mi z jakiego materiału jego żona zbudowała tę lepiankę (głina, łajno, popiół). Miał tylko jedną żonę, dziecko i małe stado krów, które chciał powiększyć aby poślubić następne żony. Do lepianki ledwo się wcisnąłem, po kilku minutach zobaczyłem kilka garnków, legowisko, palenisko i dalej pomieszczenie dla kóz. Tego mniej więcej się spodziewałem. Widziałem jak pije krew bezpośrednio z tętnicy krowiej naciętej dżidą, co jest powszechne wśród Masajów. Ale poraziło mnie to, że facet ukończył Oxford i nie chciał żadnej rządowej posady. Kochał wolność, nie chciał mieszkać w Nairobi. Wieczorem spotkałem go w hotelu wybijającego na bębnie afrykańskie rytmy, a nazajutrz przy drodze opartego o kij, pilnującego swojego stadka. W tym akurat przypadku nasuwa się refleksja, że być może pojęcie szczęśliwego życia pod równikowym słońcem jest bliższe sentencji: że szczęście zależy głównie od tego, co myślimy, czujemy, jak postrzegamy, a nie od tego, co posiadamy.

Afryka, pomimo skrócenia dystansu między kontynentami, pozostaje dla większości z nas miejscem egzotycznym, różnie opisywanym, jeszcze niezrozumiałym. Przyciąga każdego swoim fascynującym krajobrazem, dzikością przyrody, tragiczną i pogmatwaną historią, mozaiką kultur. Po awanturkach, handlarzach niewolników jest nadal magnesem dla podróżników, pisarzy, artystów poszukujących inspiracji. Dla wielu turystów, w tym dla nas, pozostanie źródłem niezapomnianych przeżyć i miejscem, do którego wraz z migrującymi ptakami chciałoby się powracać.

Henryk i Bogumiła Danielewiczowie
lekarze z Grudziądza
h.daniel@poczta.fm



Zebry nie chciały pozować en face

Zdrowie – kalkulacja biznesowa?



dr med. Hubert Jużków
autor poradnika zdrowotnego dla
mężczyzn „Drua młodość supermana”

Jedną z cech ludzi przedsiębiorczych jest zapobiegliwość. Nie tylko w biznesie, także w życiu prywatnym. Osoby takie zazwyczaj dbają o zabezpieczenie siebie i bliskich na wypadek choroby lub innych, trudnych do przewidzenia zdarzeń losowych. Wykupują drogie polisy ubezpieczeniowe, abonamenty w renomowanych lecznicach oraz podejmują inne tego typu działania. Ich efektem jest przede wszystkim uzyskanie wrażenia bezpieczeństwa – niezbędnego elementu poczucia komfortu i stabilności. Jest w tym trochę myślenia magicznego: im większe kwoty przeznaczane na wspomniane wydatki, tym stopień zabezpieczenia wydaje pewniejszy. To przyjemna autosugestia.

Jak złudne jest takie myślenie – udowadnia samo życie. Przytoczę kilka własnych obserwacji z punktu widzenia doświadczanego lekarza. Gale Polskiego Biznesu są pięknymi uroczystościami, chętnie oglądam telewizyjne transmisje tych spektakli. Podniosły nastrój, elegancja, szyk. Sukcesy finansowe nie stanowią wcale jedynego kryterium wyróżniania laureatów. Bardzo szla-

chetne, że w trakcie gali nagradzane są także osoby docenione za innego typu działalność, np. charytatywną. Utkwiło mi w pamięci wystąpienie jednego z biznesmenów, zdobywcy nagrody za osiągnięcia na niwie przedsiębiorczości. Startował od przysłowiowego zera: założył własną firmę, rozwinął ją, a nawet wylansował markę ekskluzywnych towarów, rozpoznawalną na światowych rynkach. Przemawiał prosto, lecz bardzo emocjonalnie, był wyraźnie wzruszony. Pamiętam, co mnie wówczas zaniepokoiło: ów prelegent był spocony, duszność nie pozwalała mu na swobodne wysławianie się, a poszerzone żyły szyjne dopełniały obrazu tego otyłego mężczyzny ze znacznie nasiloną niewydolnością krążeniowo-oddechową. Wyczulonej uwadze lekarza takie szczegóły nie umykają.

Pomyślałem ze współczuciem, jak bardzo trudne musi być dla niego funkcjonowanie w codziennym życiu, skoro nawet bez wysiłku fizycznego balansuje na granicy omdlenia. Wcale nie był starym człowiekiem. Tak, niestety – był, o czym dowiedziałem się z prasy w niespełna rok później.

Panom X, Y, Z dobrze wiodło się w interesach. Pan X borykał się z cukrzycą. Oczywiście, stać go było na najlepszych specjalistów. Ale nawet medyczny geniusz nie ureguje na zadowalającym poziomie cukrzycy u człowieka, który tak na oko ma 40 - 50 kg nadwagi i nie przestrzega odpowiedniej diety dla cukrzyków. Dieta? Przecież płacę swoim konowalóm za to, żebym mógł jadać wszystko to, co lubię! Pan X już nie boryka się z cukrzycą...

Pan Y dużo podróżował za granicę. Część z jego tajemniczych biznesowych wypraw obarczona była sporym

ryzykiem, ale pan Y ryzyko lubił. Miał dobrych ochroniarzy, a poza tym nosił kamizelkę kuloodporną. To chyba złośliwość losu, że zabił go nie pocisk z magnum, ale małeńka skrzeplinka, która utkwiła w jednej z jego tętnic wieńcowych, skutecznie ją zamykając. Reszty dokonał rozległy zawał serca. Pan Y słyszał tyle razy od swojego lekarza, że ma się odchudzić i brać leki, że aż się tym znudził. Kiedy miał pobieraną krew do badania, na wyniku często widniał napis: „Surowica hyperlipemiczna, opalizująca, badanie niemożliwe do przeprowadzenia”. Bo surowica krwi pana Y wyglądała jak rosół z tłustego wiejskiego kurczaka. Nie przejmował się tym. Do końca.

Pan Z miał zaskakujący pomysł. Do dzisiaj nie wiadomo, jak logiczny i rozsądny facet mógł zaplanować coś tak niedorzecznego. Wymyślił bowiem, że mała niebieska tabletką da mu siły i potencję jurnego młodzieńca, a fantazję Casanovy. Zapomniał, że nie jest w stanie wejść po schodach na drugie piętro bez odpoczynków po drodze. Podobno wiara czyni cuda, ale tym razem się nie powiodło. Pan Z dużo lepiej prezentował się na salonach we fraku i muszce, niż obecnie po udarze mózgu: z rurką tracheostomią, podłączony do respiratora, mimo towarzysztwa pięknej pielęgniarki. Wszystkich tych mężczyzn łączyło jedno: wiara w to, że ich status gwarantuje im bezpieczeństwo, także zdrowotne. Ci mądrzy, rozważni i przewidujący ludzie interesu zostali wyprowadzeni w pole przez socjotechniczne chwyt marketingowe! Dali sobie wmówić, że dbałość o zdrowie polega na posiadaniu polisy ubezpieczeniowej i abonamentu w ekskluzywnej prywatnej lecznicy.



Dlaczego poszło z nimi tak łatwo? Ponieważ doskonale wpisywało się w sposób funkcjonowania, do którego przywykli, a oparty na zasadzie: płacę i wymagam. Znam także inną odmianę takiego podejścia, również opartą na wątplych podstawach myślenia życzeniowego. To postawa roszczeniowa. Nazwijmy ją: „się należy”. „Się należy” wizyta u lekarza specjalisty, „się należy” zniżka na leki, zwolnienie z pracy itp.

Pytam: a czy „się należy” dbałość o własne zdrowie? A gdzie aktywne życie, racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna? Z tym niestety jest dużo trudniej. Bierność wynikająca często nie z braku świadomości czym jest „zdrowe życie”, ale zwyczajnego lenistwa, bywa bardzo silnie zakorzeniona. Podsycana frazesami o opiekuńczej roli państwa, koszyku świadczeń zdrowotnych gwarantowanych czy innymi sloganami z zakresu pustostłowa i nie-realnych obietnic wyborczych.

Mógłbym powiedzieć, że to nie jest mój problem jako lekarza i jeszcze chwila, a zahaczę o politykę zdrowotną państwa. Chodzi o to, że wykonywanie swojego zawodu pojmuję nieco szerzej, choć niejednokrotnie wydaje mi się, że „walczę z wiatrakami”. Kiedy uświadamiam piętego czy dziesiątego otyłego pacjenta, że nie jestem mu w stanie pomóc w sprawie obolałych z przeciążenia nóg – większość ma mi za złe. Wszak trafili do mnie z rozpoznaniem choroby żyłkowej i liczyli na to, że usunięcie żyłaków cudownie ich uzdrowi. Kiedy pytam kolejnego, w jakim celu planuje poddać się operacji kolana, skoro to niczego nie zmieni w jakości jego życia, o ile najpierw nie zredukuje wagi – bywa, że patrzy na mnie jak na kosmitę. Tłumaczę, że za chwilę będzie miał problem nie tylko z drugim kolaniem, ale i z biodrami. Nie dociera. Kiedy kręcę głową nad spisem leków następnego pacjenta, który zjada dziennie chyba pół apteki – znowu zdziwienie. Przecież został skierowany do mojego gabinetu po kolejną receptę!

Innym razem: znajoma opowiada mi o operacji kręgosłupa, która ją czeka z powodu dyskopatii. Pytam, jakie ćwiczenia wykonywała i przez ile miesięcy, aby ustabilizować kręgosłup i uniknąć operacji. Myślałem, że zabije mnie wzrokiem. Nie po to użyła wszelkich koneksji, załatwiając sobie termin w klinice, aby teraz ktoś deprecjonował jej zaradność!

Nie potrafię się przyzwyczaić do głupoty, traktuję ją jak wyzwanie. Dlatego nie potrafiłem być bierny i obojętny w opisanych sytuacjach. Bo kiedy szwankuje zdroworozsądkowe myślenie tam, gdzie chodzi o zdrowie i życie – robi się niebezpiecznie. Owszem, swoim racjonalnym podejściem poirytowałem niejednego pacjenta. Ale wielu podziękowało mi za to, że otworzyłem im oczy i rozmawiałem z nimi „tak po ludzku”.

Przytoczę jeszcze jeden przykład. Niedawno moim pacjentem był dobrze prosperujący przedsiębiorca. Sześćdziesiąt (!) kilogramów nadwagi, bóle kręgosłupa i bioder, duszności, chrapanie. Niby nic w porównaniu z „prawdziwie” chorymi pacjentami. Zaprosiłem go do gabinetu na rozmowę, bo ciekawiło mnie, jakimi ścieżkami podąża myślenie faceta, który dba o swoje firmy, jednocześnie tak bardzo zaniedbując siebie. Zapytałem wprost: „Jeśli w każdym biznesie musi pan umieć szacować ryzyko, to jak pan ocenia własne szanse na dalsze przeżycie?” Wiedziałem, że jest pogodnym i dobronurzym człowiekiem, dlatego pozwoliłem sobie na tę niezbyt taktowną prowokację. Pytanie było na tyle bezcelne, że mój rozmówca tylko się uśmiechnął, ale brew nerwowo mu zadrgała. A potem wyjaśnił mi, że żona w corocznym prezencie kupuje mu pakiet wszechstronnych badań, dzięki którym ma pewność, że jest zupełnie zdrowy...

Mam własne dość cyniczne przemyślenia i obserwacje. Otóż: kto podupada na zdrowiu, ten staje się konsumentem drogich towarów i usług. Zgadza się? Oso-

ba prowadząca intensywny tryb życia, w narażeniu na ciągły stres i przepracowanie, jest w grupie najwyższego ryzyka. Jej potencjał finansowy czyni z niej obiekt zainteresowania – warto na nią zapoławać, bo prędzej czy później będzie miała problemy zdrowotne, i to poważne! Stąd okazywane zainteresowanie firm ubezpieczeniowych czy prywatnych lecznic proponujących objęcie „rodzienną opieką”. Przypomina mi się typowa kryminalna scena filmowa: dwóch gangsterów, wycelowany pistolet i słowa: „Nie miej mi za złe, to tylko biznes...”

Nie mam nikomu za złe takich działań, to tylko biznes. Jednak proszę, bez wielkich słów, że chodzi o czyjeś zdrowie, a nie o pieniądze. Cóż, w końcu jako lekarze z tego żyjemy. Ale gdzieś przebiega subtelna granica, która oddziela dwa odmienne cele nadrzędne: leczenie i uzyskiwanie gratyfikacji z tego tytułu *versus* kierowanie się w leczeniu wskazaniami li tylko merkantylnymi.

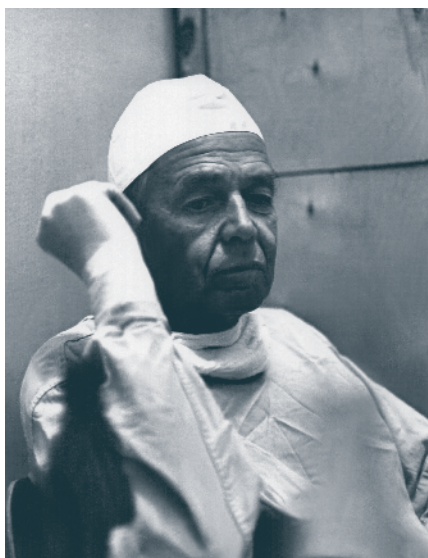
Niech te słowa nie wyglądają jak łatka, którą próbuję przypiąć komukolwiek, a zwłaszcza kolegom po fachu, którzy wzięli inicjatywę organizacji własnej pracy w swoje ręce. Ja tylko z niepokojem obserwuję kierunek przemian prywatyzującego się systemu ochrony zdrowia. Nie ma w niej miejsca na oświatę zdrowotną, profilaktykę, wczesne wykrywanie chorób, opiekę nad zdrowiem dzieci. Zniknęli lekarze szkolni, higienistki, poradnie wad postawy. Nie opłaca się. Komu się nie opłaca? No przecież nie nam, lekarzom, tylko organizatorom naszej pracy, czyli urzędnikom – decydentom (choć praktycznie w każdej jednostce administracji państwowej jest jakaś komórka mająca w nazwie „Zdrowie”).

Jakie będą tego skutki? Już są. A co dalej – pożyjemy, zobaczymy. Może póki co któryś z prominentnych polityków mógłby szczerze ogłosić:

OBYWATELU, MASZ BYĆ KONSUMENTEM I WYBORCĄ, A TWOJE ZDROWIE TO TWÓJ PROBLEM.

Człowiek z pasji

wspomnienie o doktorze Andrzeju Weymanie



Dr Andrzej Weyman w przerwie między operacjami

Doktor Andrzej Weyman urodził się 18 listopada 1922 r. w Inowrocławiu. Edukację rozpoczął w rodzinnym mieście. Po ukończeniu szkoły podstawowej trafił do Gimnazjum im. Jana Kasprówicza. Szkoła w tym miejscu istniała od 1858 r. Należy podkreślić, że od początku funkcjonowania utrzymywała elitarny charakter i wysoki poziom nauczania, hołdując przy tym sprawdzonym wartościom. Z jej murów wyszli wspaniali wychowankowie: patron szkoły Jan Kasprówicz, poeta, profesor literatury porównawczej, tłumacz, rektor Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, prof. dr Jan Moll, kardiochirurg, operator pierwszego w Europie Wschodniej przeszczepu serca, Kazimierz Burzyński, czołowy polski pilot cywilny w okresie międzywojnia i pilot „Mostu Atlantyckiego” podczas II wojny światowej, czy prof. dr Jan Hanasz,

Jak odnaleźć w sobie pokłady bezwarunkowego oddania pracy zawodowej? W jaki sposób pielęgnować tę niezwykłą pasję i odkrywać ją każdego dnia na nowo, by nieuleczalnie zarażać współpracowników entuzjazmem, który może zmienić oblicze najpiękniejszej dziedziny nauki, jaką jest bez wątpienia medycyna? Takie pytania przychodzą na myśl w trzecią rocznicę śmierci jednego z najwybitniejszych toruńskich ortopedów – doktora Andrzeja Weymana, człowieka, dla którego nie było rzeczy niemożliwych, potrafiącego docenić wartość ludzkiego życia oraz jego jakość, gdyż sam nie raz musiał o nie walczyć, aż do końca. Pytania te są właściwym wstępem do przedstawienia życiorysu lekarza o wielkim sercu, wielkiej pasji do medycyny i równie wielkim talencie.



Tuż po maturze...

fyzyk, astronom, pracownik naukowy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, autor pierwszego polskiego eksperymentu kosmicznego.

Kiedy doktor Weyman był w pierwszej klasie, 11 marca 1936 r. zmarł ojciec, Stefan Weyman, dyrektor Banku Spółdzielczego w Inowrocławiu. Matka doktora Weymana – Klementyna z Czechowskich przeprowadziła się do Poznania wraz z czternastoletnim wówczas synem Andrzejem, jego siostrą Barbarą i starszym przyrodnim bratem Antonim Hubnerem. Doktor Weyman kontynuował edukację w Państwowym Gimnazjum im. św. Jana Kantego, gdzie zdał małą maturę w czerwcu 1939 r. Dalszą naukę przerwał wybuch II wojny światowej. Lata okupacji były dla rodziny doktora Andrzeja Weymana okresem niepewności i ciągłego niebezpieczeństwa. Z powodu groźby wywiezienia do obozu koncentracyjnego rodzina Weymanów była zmuszona do migracji. W pierwszym roku wojny, do grudnia 1940 r., doktor Andrzej Weyman był zatrudniony jeszcze w Pozna-

niu w Księgarni Leitgeber, lecz już na początku 1941 r. cała rodzina przeniosła się do Nowego Targu, przemianowanego w 1939 r. przez hitlerowców na Neu-markt. Tu doktor Weyman pracował przez dwa lata w magazynie hurtowni spożywczej, do lutego 1943 r. Miesiąc później został skierowany do Krakowa do przymusowej Służby Budowlanej (Baudienst), gdzie pozostał do listopada 1943 r. Kiedy możliwy był w końcu powrót do matki, do Nowego Targu, ta zmarła, na dwa dni przed dwudziestymi pierwszymi urodzinami doktora. Możemy sobie tylko wyobrazić, jak traumatyczny był to moment w życiu tak młodego mężczyzny, oddalonego od rodzinnego domu, pozbawionego wsparcia obojga rodziców, przebywającego w okupowanym przez wroga kraju. Po śmierci matki, doktor Weyman, w okresie od listopada 1943 do końca 1944 r., pracował w administracji majątku Czorsztyn. W tym czasie wstąpił do Armii Krajowej.

W 1945 r. pojawiła się szansa, aby ponownie uczęszczać do szkoły. Dok-



tor Weyman kontynuował naukę w Liceum w Nowym Targu, gdzie w lipcu zdał egzamin dojrzałości i dzięki temu mógł spełnić swoje marzenie o studiach medycznych. We wrześniu 1945 r. doktor Weyman powrócił więc do Poznania i rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego, a później na poznańskiej Akademii Medycznej, które ukończył w czerwcu 1950 r. Doktor Andrzej Weyman był zafascynowany medycyną. Swoje zainteresowania rozwijał będąc m.in. członkiem Koła Medyków, a zgłębianie wiedzy przerodziło się w końcu w dożgonną pasję. Doktor udzielał się także społecznie w Związku Studentów Polskich. Czas studiów był jednak nie tylko okresem wyęźżonej nauki, ale także wielkiej miłości. Doktor Weyman zakochał się od pierwszego wejrzenia w koleżance z uczelni – Elżbiecie Szeptyckiej (dokładnie Elżbiecie Celestynie hrabiance Szeptyckiej z Przyłbic h. wł., wnuczce Aleksandra Fredry), z którą wziął ślub w czerwcu 1951 r. Miłość do żony była miłością aż po grób, podobnie jak w przypadku medycyny. Z pięknego związku przyszła na świat córka Barbara – obecnie Barbara Naganowska, profesor zwyczajny w Zakładzie Genetyki Roślin Oddziału Poznańskiego PAN oraz syn Jerzy Weyman – profesor matematyki na uniwersytecie w Bostonie w USA (Northeastern University Department of Mathematics). Po ukończeniu studiów nadszedł czas na rozpoczęcie kariery zawodowej. Pierwsze kroki w praktyce chirurgicznej doktor Andrzej Weyman stawiał w I Klinice Chirurgicznej Szpitala Akademii Medycznej w Poznaniu pod kierunkiem jej ówczesnego dyrektora prof. Stanisława Nowickiego. Od września 1950 r. doktor Weyman pracował tam jako lekarz asystent i wolontariusz w jednym, dzięki czemu miał sposobność wykonywać pod kierownictwem lekarskim rozmaitego rodzaju mniejsze oraz średnie zabiegi operacyjne. Szybko okazało się, że

doktor posiada wyjątkową zręczność, duży talent i dokładność zabiegowca. Kolejne sukcesy na sali operacyjnej upewniały doktora tylko w przekonaniu, że chirurgia i zabiegi są i będą jego pasją i taką specjalizację kontynuował.

W niecały rok po rozpoczęciu praktyki w klinice, 2 lipca 1951 r., doktor Weyman otrzymał powołanie do czynnej służby wojskowej. Po ukończeniu Kursu Przeszkolenia Oficerskiego został oficerem i od września 1951 do marca 1955 r. służył jako lekarz w jednostce wojskowej w Chełmnie. Równocześnie zdobywał umiejętności chirurgiczne jako wolontariusz w oddziale chirurgii Szpitala Powiatowego w Chełmnie. Następnie rozkazem przełożonych został przeniesiony do Oddziału Chirurgii 2. Wojskowego Szpitala Okręgowego w Toruniu, gdzie pełnił funkcję asystenta, specjalizując się w dalszym ciągu w chirurgii. Służbę wojskową zakończył na własną prośbę w stopniu kapitana 20 grudnia 1957 r.

Dzień później, doktor Andrzej Weyman rozpoczął pracę w Zespole Opieki Zdrowotnej im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, gdzie od lutego 1958 r. pełnił obowiązki asystenta Oddziału Ortopedii. Otworzyło to przed nim szersze perspektywy, pozwoliło wyznaczyć kolejne cele zawodowe i kierunki rozwoju, a przede wszystkim zaowocowało fascynacją ortopedią. Teraz mógł doskonalić nowe techniki operacyjne na narzędzie ruchu. Cztery miesiące później doktor Weyman zdał egzamin na I stopień specjalizacji w zakresie chirurgii.

Jak wspominał 47 lat po tym wydarzeniu, początki wcale nie były łatwe: „Pracowaliśmy w prymitywnych warunkach, mając do dyspozycji trzy sale dla chorych, po jednej dla kobiet, mężczyzn i dzieci. Był też jeden wspólny pokój dla lekarzy i pielęgniarek, pełniący zarazem rolę magazynu i archiwum” [za: „Jubileusz toruńskiej ortopedii”, Sławomir Badurek, „Meritum” 5/2005].

Pomimo trudnych warunków, pasję i ciężką pracę doktor Weyman przekuwał w sukcesy zawodowe – półtora roku od objęcia stanowiska asystenta, 7 września 1959 r., dyrekcja Szpitala Miejskiego w Toruniu mianowała doktora starszym asystentem oddziału ortopedycznego. Z kolei niespełna cztery lata później, w maju 1963 r., doktor Weyman uzyskał II stopień specjalizacji z ortopedii na Akademii Medycznej w Gdańsku w klinice u prof. Alfonsa Sengera. Jednak przełomowy moment w karierze medycznej i życiu doktora Andrzeja Weymana nastąpił 1 stycznia 1964 r., kiedy objął stanowisko zastępcy ordynatora Oddziału Ortopedii Szpitala ZOZ w Toruniu. Ordynatorem był tam wówczas doktor Władysław Polakiewicz. Po latach, doktor Weyman będzie go opisywał jako „lekarza (...) solidnego i dokładnego, chętnie dzielącego się swą wiedzą ze współpracownikami” [za: „Historia Oddziału Ortopedycznego, lek. Andrzej Weyman, „Meritum” 2/2006]. Był to okres wyęźżonej pracy w leczeniu operacyjnym i zachowawczym schorzeń ortopedycznych – głównie następstw choroby Heinego-Medina, gruźlicy kostno-stawowej oraz wad wrodzonych u dzieci w obrębie stawów biodrowych i stóp. Coraz więcej pacjentów trafiało też do szpitala z urazami związanymi z rozwojem komunikacji, mechanizacji w rolnictwie i przemyśle. Bezgraniczne poświęcenie się pracy oddziału, oddanie się bez reszty ortopedii i zabiegom, dnie i noce spędzone na sali operacyjnej, odbiły się w końcu na zdrowiu doktora Weymana. Nasiliły się objawy chorobowe ze strony układu moczowego – stwierdzono wadę rozwojową nerek i kamicę nerkową. Z tego powodu przeprowadzone zostały trzy operacje (w 1962, 1966 i 1969 r.) w Klinice Urologii Akademii Medycznej w Warszawie u prof. Wesołowskiego. Trzeci zabieg zakończył się usunięciem lewej nerki. Najważniejszy dla doktora Weymana był jednak szybki powrót do

zdrowia i na salę operacyjną. Tak też się stało. Przez kolejne lata praktykowania u b. doktora Polakiewicza, doktor Andrzej Weyman zdobywał duże doświadczenie, zarówno w zakresie zachowawczych, jak i operacyjnych metod leczenia urazów i schorzeń narządu ruchu. Poglębiał zasób swoich wiadomości i aktualizował sposoby postępowania operacyjnego na licznych kursach i sympozjach organizowanych przez ośrodki kliniczne, Studium Doskonalenia Lekarzy i Centrum Podyplomowego Kształcenia Lekarzy. Doktor Weyman ukończył między innymi kursy z wad postawy i skolioz, chirurgicznego leczenia wrodzonego zwłknięcia biodra u dzieci, zakresu chirurgii plastycznej, chirurgii ręki, leczenia operacyjnego zmian zwyrodnieniowych stawów – endoprotezoplastyka oraz z zaburzeń stabilizacji kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Dodatkowa aktywność doktora Weymana nie kończyła się jednak na kursach. Był również m.in. jednym z inicjatorów wprowadzenia ostrych dyżurów lekarskich w oddziale urazowo-ortopedycznym i jako pierwszy rozpoczął je 1 czerwca 1972 r.

Z kolei od 15 lutego 1974 r. doktor Weyman rozwijał intensywnie umiejętności pracy administracyjnej – został powołany przez dyrekcję ZOZ im. Mikołaja Kopernika w Toruniu na stanowisko kierownika Działu Lecznictwa Specjalistycznego ZOZ. Łącząc nowe obowiązki z dotychczasowymi, należącymi do zastępcy ordynatora oddziału ortopedii, doktor miał szansę poznać specyfikę pracy administracyjnej w zwiększonym i zróżnicowanym zespole, wzbogacając dodatkowo i tak już duże doświadczenie.

W natłoku codziennych zadań doktor Weyman potrafił znaleźć czas na dobrą książkę – bardzo dużo czytał, pasjonował się literaturą historyczną, również jak na teatr, sztukę i muzykę. Bardzo dużo podróżował. Pierwsze za-

graniczne wyjazdy samochodem pod namiot, z żoną i dziećmi, odbywały się do krajów dawnego obozu socjalistycznego. W późniejszym okresie doktor wraz z żoną i przyjaciółmi jeździł do krajów Europy Zachodniej, a także na inne kontynenty. Doktor Andrzej Weyman był również zapalonym tatarnikiem. W latach 1970 - 1976 uczestniczył wraz z grupą naukowców z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika oraz Uniwersytetu Łódzkiego w wielu wspinaczkach wysokogórskich organizowanych przez prof. Andrzeja Tomczaka.

W związku z reorganizacją służby zdrowia w Toruniu w 1976 r. powierzono doktorowi Weymanowi prowadzenie Wojewódzkiej Poradni Preluksacyjnej. Poświęcił się tej pracy, podobnie jak to było dotychczas, z pasją i wielkim sercem. Z wytrwałością prowadził leczenie zachowawcze, a w leczenie operacyjne trudnych przypadków wkładał cały swój kunszt operatora, czym zyskał sobie dozgonną wdzięczność ogromnej rzeszy rodziców wyleczonych dzieci. Pomimo bardzo dużej ilości pracy doktor pozostawał otwarty na naukę – nie przerywał szkoleń, brał udział w kursach, wygłaszał referaty naukowe na posiedzeniach specjalistycznych Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego oraz posiedzeniach naukowych Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Dzięki niepodważalnie wysokiemu poziomowi kwalifikacji zawodowych, doskonałemu przygotowaniu administracyjnemu oraz nienagannej stronie etycznej, 6 lutego 1980 r., w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego, komisja zaproponowała jednogłośnie kandydaturę doktora Andrzeja Weymana na stanowisko ordynatora Oddziału Urazowo-Ortopedycznego Szpitala ZOZ im. M. Kopernika w Toruniu. Niecały miesiąc później, 1 marca 1980 r., dyrekcja ZOZ-u przekazała doktorowi prowa-

dzenie oddziału. Początek ordynatury to zarówno dla doktora Weymana, jak i dla całego zespołu, okres wyjątkowej pracy. U boku ordynatora pracowali w tym czasie wspaniali lekarze, równie dobrze wyszkoleni i z ogromnym dorobkiem zabiegowym. Byli to: zastępca ordynatora lek. Jacek Borkowski, lek. Ryszard Rumiński, lek. Ryszard Adamski, lek. Ziemowit Jaraczewski i lek. Andrzej Kędzierski. Wraz z szefem tworzyli wspaniały zespół doświadczenia i kompetencji. Wszystkich łączyła pasja do ortopedii i zabiegów operacyjnych, interesowali się również żywo wszelkimi innowacjami w tej dziedzinie. Nie powinno więc dziwić, że oddział za czasów ordynatury doktora Weymana wdrażał postępowe techniki operacyjne i nowości w leczeniu schorzeń narządu ruchu. Przykładowo, w tym czasie do leczenia złamań kości długich – zwłaszcza podudzia, doktor Weyman wprowadził metodę ZESPOL. Jednak kowalem sukcesu oddziału był również doskonale wyszkolony personel średni – ordynator nie wyobrażał sobie dobrze funkcjonującej sali operacyjnej, wyposażonej w nowoczesny sprzęt, bez odpowiedniego wsparcia także ze strony pozostałych pracowników. Doktor Andrzej Weyman bezgranicznie ufał m.in. doskonale wyszkolonym i posiadającym ogromne doświadczenie zabiegowe dwóm pielęgniarkom operacyjnym – Pani Katarzynie Walerowicz (instrumentariuszce, z którą od 1958 r., pod okiem doktora Polakiewicza, wspólnie urządzali i wyposażali w narzędzia operacyjne ortopedyczną salę operacyjną) oraz Pani Danucie Kołodziejskiej. Lata ordynatury były dla doktora Weymana również okresem starań o fundusze na odpowiednie wyposażenie oddziału. Dzięki dużemu zaangażowaniu, w 1986 r. anonimowy darczyńca przekazał na rzecz Oddziału Ortopedii Szpitala ZOZ w Toruniu kwotę kilku tysięcy dolarów na zakup artroskopu do diagnostyki

i leczenia operacyjnego stawów kolanowych. Urządzenie to pozwoliło w znacznym stopniu poszerzyć diagnozowanie uszkodzeń wewnątrzstawowych kolana i umożliwiło wprowadzenie najnowocześniejszych w tamtych czasach metod leczenia operacyjnego stawów kolanowych. Dzięki tej inwestycji znacznie wzrósł prestiż oddziału w regionie. Był to bowiem pierwszy i jedyny artroskop na terenie ówczesnych województw toruńskiego i bydgoskiego. Z legatu dolarowego udało się również zakupić specjalistyczny zestaw narzędzi do chirurgii ręki. Dzięki wysiłkom ordynatora Weymana i pozostałych asystentów oraz życzliwości dyrektora ZOZ, wkrótce udało się wyposażyć salę operacyjną w nowy stół operacyjny oraz najnowsze narzędzia, jak wiertarki i piłki oscylacyjne, a także nowy aparat RTG do wykonywania zdjęć śródoperacyjnych. To, co wyróżniało doktora Weymana, oprócz niezwykłego talentu chirurgicznego i intuicji lekarskiej, to analizowanie problemów każdego pacjenta z szerokiej perspektywy. Nie skupiał się tylko na tym, co działo się na sali operacyjnej. Dostrzegał przede wszystkim bardzo istotną rolę rehabilitacji w procesie leczenia ortopedycznego. Będąc jeszcze zastępcą ordynatora oddziału, doktor Weyman zabiegał o to, aby na etacie oddziału zatrudniony był magister rehabilitacji. Dzięki temu już od 1970 r. mgr Antonina Cerkaska wchodziła w skład zespołu ortopedii i najwcześniej, jak to było tylko możliwe, rozpoczynała z pacjentami proces usprawniania z zastosowaniem rehabilitacyjnych urządzeń przyłóżkowych.

Zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy, pod koniec 1987 r., doktor Andrzej Weyman, po osiągnięciu wieku 65 lat, powinien odejść na emeryturę. Jednak dyrekcja ZOZ-u, w dowód uznania za dotychczasowe osiągnięcia zawodowe i zasługi na rzecz oddziału i szpitala, przedłużyła kadencję ordynator-

ską o kilka kolejnych lat. Pozwoliło to doktorowi Weymanowi na spełnienie wielkiego marzenia, którym było przygotowanie zespołu oddziału i sali operacyjnej do operacyjnego zaopatrzenia urazowych uszkodzeń kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego. Pierwsze tego typu zabiegi zaczęto wykonywać na początku lat 90. XX wieku.

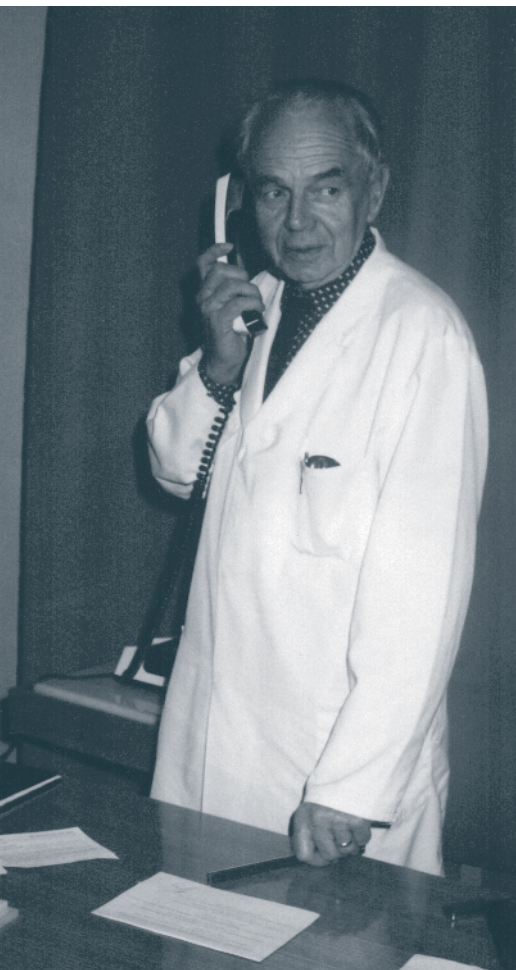
Przez te wszystkie lata doktor Weyman wspierał młodych lekarzy chcących specjalizować się w ortopedii, a adeptów otaczał szczególną opieką. Przekazywał im swoją wiedzę i doświadczenie, zawsze służył radą i pomocą. Bardzo duży nacisk kładł na pracę przy stole operacyjnym i doskonalenie technik operacyjnych. Hołdował zasadzie, że każdy ortopeda musi być przede wszystkim wspaniałym operatorem. Pod kierunkiem ordynatora Andrzeja Weymana specjalizacje z ortopedii uzyskali: lek. Ryszard Adamski (II st., 1984 r.), lek. Ziemowit Jaraczewski

(I st., 1983 r. i II st. 1990 r.), lek. Krzysztof Tura (II st., 1993 r.), lek. Miron Termanski (I st., 1993 r.) oraz jako wolontariusz z wojska – kapitan lek. Zbigniew Leżuch (I st. 1987 r.).

W lipcu 1991 r. w dowód uznania zasług dla toruńskiej ortopedii doktor Andrzej Weyman otrzymał rekomendację Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu na stanowisko członka zespołu specjalistów wojewódzkich w dziedzinie ortopedii dla ówczesnego województwa toruńskiego. Niespełna trzy lata później, 31 maja 1994 r., doktor Weyman przeszedł na zasłużoną emeryturę w wieku 72 lat i przekazał oddział swojemu uczniowi lek. Ryszardowi Adamskiemu. Po 37 latach rozstał się z budynkiem szpitala, w którym spędził najpiękniejszy okres swojego życia. Personel zawsze wspominał ordynatora Andrzeja Weymana jako człowieka bardzo wymagającego, a jednocześnie troskliwego, życzliwego



Zakładamy ZESPOL. Dr. Weymanowi asystują dr Ryszard Adamski i autor wspomnienia



Dla Szefa nie było rzeczy niemożliwych.

go i niezwykle opiekuńczego. Należy jednak podkreślić, że w czasie pracy w ZOZ-ie doktor Andrzej Weyman dodatkowo udzielał się także w wielu innych instytucjach i placówkach na terenie Torunia. Od 27 kwietnia 1964 r., kiedy złożył przyrzeczenie jako biegły, pełnił funkcję biegłego sądowego z dziedziny medycyny w zakresie ortopedii i chirurgii urazowo-ortopedycznej, wykonując tę pracę nieustannie do 29 stycznia 2007 r. Doktor zajmował się również orzecznictwem lekarskim i od 1978 do 1998 r. orzekał poszkodowanych w wypadkach dla PZU. Z kolei w latach 1983 - 2007 pracował

w Spółdzielni Lekarsko-Dentystycznej „Stomed”. Należał także od 1963 r. do Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego.

Za wzorową pracę doktor Andrzej Weyman został odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1980 rok), Srebrnym Krzyżem Zasługi (1976 rok), Odznaką za Zasługi dla Województwa Toruńskiego (1984 rok) oraz Odznaką Pro Gloria Medici (1997 rok).

Kiedy przez tyle lat praca jest dla człowieka pasją, trudno jest się z nią zupełnie rozstać, dlatego doktor Weyman pozostał aktywny zawodowo jeszcze przez blisko trzynaście lat. Dzięki życzliwości dyrekcji Zespołu Opieki Zdrowotnej otrzymał umowę o pracę w niepełnym wymiarze czasu na kolejne dwa lata i przyjmował pacjentów Przychodni Specjalistycznej w Poradni Ortopedycznej i Poradni Preluksacyjnej. Ostatecznie odszedł z ZOZ-u 31 lipca 1996 r. Doktor Weyman nadal chciał być jednak potrzebny, służyć innym swoją ogromną wiedzą, doświadczeniem i leczyć pacjentów, dlatego po krótkim odpoczynku, 16 lipca 1997 r. został zatrudniony w Poradni Wad Postawy Miejskiego Ośrodka Dzieci i Młodzieży na Rubinkowie, gdzie pracował do 31 grudnia 2002 r. Jednocześnie doktor Weyman przyjmował również pacjentów w Poradni Ortopedycznej Lecznicy „Citomed” – od 1 lutego 1999 r. aż do nieszczęśliwego wypadku 7 czerwca 2008 r., który zakończył jego aktywność zawodową.

W wyniku upadku na klatce schodowej, w bloku, w którym mieszkał, doktor Andrzej Weyman doznał urazu głowy, a jego następstwa okazały się tragiczne i doprowadziły do ciężkiego uszkodzenia mózgu. Z tego powodu

leczone był zachowawczo w Oddziale Neurochirurgii Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu. Następnie z powodu powikłań internistycznych został przeniesiony na Oddział Chorób Wewnętrznych tej samej placówki. Pomimo ogromnego wysiłku wielu specjalistów i pozostałego personelu Szpitala Miejskiego, nie udało się przywrócić doktorowi pełnego zdrowia. Po dwóch miesiącach leczenia został przyjęty do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu przy ul. Ligii Polskiej 8, dzięki uprzejmości Pani Grażyny Śmiarowskiej, dyrektor ośrodka. Na duże uznanie zasługuje ciężka praca, wspaniała fachowa opieka oraz pełne oddanie całego personelu zakładu dla dobra nieuleczalnie chorego pacjenta. Doktor Weyman miał ogromną wolę życia, nie chciał jeszcze odchodzić. W ciszy, ze spokojem, cierpliwie i z pokorą wobec losu zmagał się z chorobą i walczył o kolejne dni. Bardzo duże wsparcie w tej walce otrzymywał od Swojego najwierniejszego Przyjaciela – Pani Elżbiety Weyman, kochającej Żony, która każdego dnia była przy Mężu, czytała gazety, książki, dzieliła się codziennymi problemami i wspominała razem spędzone chwile. Ze wzruszeniem opowiadała fragmenty wspólnego życia, gdy Jej Mąż spał. Spał, ale z pewnością słyszał...

Doktor Andrzej Weyman odszedł od nas 7 marca 2011 r. Całe jego życie i pracę zawodową najwierniej można odzwierciedlić słowami: „Miłość i służba nadają sens naszemu życiu i czynią je pięknym, ponieważ wiemy, czemu i komu je poświęcamy” (Karol Wojtyła).

lek. Zbigniew Leżuch

PRACA

Somatologiczny Ośrodek Zdrowia
w Żychlinie k. Kutna zatrudni **lekarzy
stomatologów** do poradni
stomatologii ogólnej, chirurgii
stomatologicznej, ortodoncji, pedodoncji,
periodontologii, protetyki.
Mile widziane doświadczenie
oraz specjalizacja.
99-320 Żychlin, ul. Dobrzelińska 6,
tel.: 730 922 999.

Przychodnie Lekarskie „Tormed” Sp. z o.o.
w Toruniu, ul. Świętopełka 26,
zatrudnią
lekarza rodzinnego lub internistę.
tel. 56 623 30 76/77

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem
stomatologiem i lekarzem ortodontą**
wykonującym aparaty stałe.
tel. 502 029 249.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Św.
zatrudni od zaraz **lekarzy pediatrów,
neonatologów** na stanowisku Kierownika,
Z-cy Kierownika, Asystenta oraz
Rezydentów.

Dodatkowe informacje można będzie
uzyskać od Dyrektora Naczelnego i Z-cy
Dyrektora ds. Lecznictwa pod numerem
telefonu 41 266 44 21 lub
w Dziale Kadrowo-Płacowym
pod numerem 41 266 44 40 wew. 121.

Higienistka stomatologiczna
z wieloletnim doświadczeniem
zawodowym w samodzielnej pracy
z pacjentem, chętnie podejmie pracę
w niepełnym wymiarze godzin na
samodzielnym stanowisku.
Mam bardzo dobry kontakt z pacjentami,
możliwość/zgodę poprzedniego
pracodawcy na dalszą opiekę nad swoimi
pacjentami w innym miejscu pracy.
Od kilkunastu lat sukcesywnie podnoszę
swoje kwalifikacje, uczestnicząc
w szkoleniach zawodowych.
Kontakt: tel. 693 261 183,
e-mail: ilonarowinska84@gmail.com

ZABURZENIA HEMOSTAZY – Wyzwanie Interdyscyplinarne warsztaty 2013/2014, Ciechocinek

Grupa ds. Hemostazy PTHiT Fundacja Skazy Krwotoczne i Zakrzepica RCKiK w Bydgoszczy oraz Portal Hematologiczny www.chorobykrwi.pl mają zaszczyt zaprosić Państwa na warsztaty szkoleniowe: „Zaburzenia Hemostazy – Wyzwanie Interdyscyplinarne” warsztaty 2013/2014. Celem warsztatów jest przedstawienie najnowszych zaleceń dotyczących diagnostyki i leczenia tych schorzeń, jak również praktycznych wskazówek dotyczących leczenia chorych w oparciu o prezentowane przypadki. Szkolenie kierujemy do anestezjologów, ginekologów, chirurgów, hematologów, internistów, diagnostów i wszystkich lekarzy zainteresowanych tematyką krwawień. Warsztaty odbędą się 14 czerwca w Villa Park Med. & SPA. Miejsce warsztatów: Villa Park Med. & SPA, ul. Warzelniana 10, Ciechocinek. Szczegóły i rejestracja: <http://chorobykrwi.pl/index.php/warsztaty-2014-ciechocinek.html> Udział w szkoleniu jest bezpłatny po uprzedniej rejestracji.



III MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W LEKKIEJ ATLETYCE

W dniach 5 - 6.07.2014 roku na Stadionie Miejskim w Radomiu, ul. Narutowicza 9, odbędą się 3. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Zawody organizowane będą równolegle z 24. Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30. a mężczyzna 35. rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy.

Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem. Możliwe poszerzenie zakresu konkurencji w sytuacji dodatkowego zainteresowania udziałem w konkurencjach nieujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefoniczny 504 101 375 lub e-mail: julekp@onet.pl

Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie WWW.pzwla.eu

**Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego 24. MPW i 3. MPL
Lek. med. Julian Pełka, KPOiL Toruń**

Emil Henryk Stanisław Kostka Swinarski

(1872 - 1954)



Urodził się w majątku rodzinnym Dębie w Wielkopolsce. Był synem Wacława Mikołaja (1846 - 1927), ziemianina, działacza społecznego. Studia medyczne odbył na uniwersytecie we

Wrocławiu. Tytuł dr. med. uzyskał na podstawie wykładu o rozpoznawaniu nowotworów w obojnactwie rzekomym. Po odbytych stażach podjął pracę na stanowisku dyrektora Zakładu

Psychiatrycznego w Kowanówku (1903 - 1905). Za namową żony, Marii Radońskiej, opuścił Kowanówko, podejmując pracę w oddziałach ginekologiczno-położniczych we Wrocławiu i Dreźnie. 19 października 1906 r. doktorostwo Swinarscy zamieszkali w Toruniu. W roku 1920 w stopniu kapitana objął stanowisko dowódcy Szpitala Okręgowego Wojska Polskiego w Grudziądzu, a w roku następnym już w randze majora w Toruniu. 10 lutego 1921 r. został ordynatorem Oddziału Wewnętrznego Szpitala Miejskiego przy ul. Przedzamcze 10. Do obowiązków ordynatora należało również zastępowanie dyrektora szpitala dr. med. Zdzisława Dandelskiego, chirurga, oraz asystowanie przy operacjach chirurgicznych. Był zaangażowanym działaczem społecznym. W czasie II wojny światowej, jak i po jej zakończeniu, pracował na stanowisku lekarza Ubezpieczalni Społecznej. Państwo Swinarscy mieli troje dzieci: Helenę ur. 1 maja 1906 r., Felicję ur. 1 lipca 1907 r., zamężną Nositz-Jackowską i syna Antoniego, ur. 20 grudnia 1910 r. w Toruniu, profesora i rektora UMK. Dr med. Emil Swinarski zmarł 27 czerwca 1954 r. Został pochowany na cmentarzu św. Jerzego przy ul. Gałczyńskiego.

Opracował:
dr n. med. Marian Łysiak

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Dr Dariuszowi Jędrzejczakowi
i Pani Dr Małgorzacie
Kress-Jędrzejczak
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

OJCA I TEŚCIA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

OJCA I TEŚCIA

Koledze **Dariuszowi Jędrzejczakowi**
i Koleżance **Małgorzacie**
Kress-Jędrzejczak
składają członkowie
Wrocławskiego Stowarzyszenia
Lekarzy Stomatologów

Pani Dr **Joannie Surdykowskiej**
Panu Dr. **Przemysławowi**
Surdykowskiemu

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ I BABCY

współpracownicy z Oddziału
Klinicznego z oddziału Nefrologii,
Diabetologii i Chorób
Wewnętrznych w Toruniu



Pani Dr **Joannie Surdykowskiej**
i Panu Dr. **Przemysławowi**
Surdykowskiemu

szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ I BABCI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 26 kwietnia 2014 r.
w wieku 88 lat zmarł

PAN PROF.
ROMAN MICHAŁOWICZ

Nestor neurologii dziecięcej w Polsce,
nauczyciel wielu pokoleń lekarzy.

Z wyrazami ubolewania
neurologdy dziecięcy z Torunia

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 24 maja 2014 r. zmarł
Pan Doktor

STANISŁAW SADOWSKI

Wyrazy szczerzego współczucia
Rodzinie i Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z niewypowiedzianym żalem
przyjęliśmy wiadomość o śmierci
naszego przyjaciela doktora
Andrzeja Pobóg-Ruszkowskiego
Rodzinie Pana Doktora wyrazy
głębokiego współczucia składają
pracownicy Gminnego
Ośrodka Zdrowia w Stolnie

Pani Dr **Katarzynie Cereckiej**
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

OJCA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 29 kwietnia 2014 r.
zmarł

PAN DOKTOR
RYSZARD KACZMAREK

Wyrazy szczerzego współczucia
Rodzinie i Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Panu Doktorowi
Tomaszowi Szablowskiemu
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

ŻONY

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Pani **Alicji Szymkowiak**
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Pani Doktor **Elżbiecie Strawińskiej**
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Wyrazy szczerzego współczucia
Panu Doktorowi
Tomaszowi Szablowskiemu
z powodu śmierci

ŻONY

składają Członkowie Włocławskiego
Stowarzyszenia Lekarzy
Stomatologów

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 13 maja 2014 r.
zmarł

PAN DOKTOR
ANDRZEJ
POBÓG-RUSZKOWSKI

Wyrazy szczerzego współczucia
Rodzinie i Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z olbrzymim żalem
przyjęliśmy wiadomość,
że 18 kwietnia 2014 r.
odeszła od nas
śp. Dr n. med.

EWA WĄGROWSKA-KOSKI

Konsultant Krajowy w dziedzinie
w medycynie pracy
Prezes Polskiego Towarzystwa
Medycyny Pracy

Żegnamy wspaniałego Człowieka
ogromnej wiedzy,
mądrości i życzliwości.
Łączymy się w bólu
z Rodziną Zmarłej oraz najbliższymi
Współpracownikami.

Ewa Kaczanowska-Burker
Wojewódzki Ośrodek Medycyny
Pracy w Bydgoszczy
Kujawsko-Pomorski Oddział
Polskiego Towarzystwa
Medycyny Pracy

Specjalna
oferta dla lekarzy

BMW X1

z pakietem wyposażenia Advantage Plus
oraz automatyczną skrzynią biegów

taniej do 32 500 zł

W PROMOCYJNYM LEASINGU 105% LUB KREDYCIE 60/40



Zapraszamy na jazdę testową u dealera BMW Dynamic Motors

Dealer BMW
Dynamic Motors Bydgoszcz
ul. Fordońska 264
85-790 Bydgoszcz
tel: +48 52 33 95 110

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW
Dynamic Motors Toruń
ul. Olimpijska 8
87-100 Toruń
tel: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dynamic Motors



Radość z jazdy