Wewnątrz numeru: Implant Tribune

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Polish Edition

ISSN 1730-315X

STYCZEŃ-LUTY 2012 www.dental-tribune.com CENA: 9,50 zł VOL. 10, NR 1+2

Praktyka
Refundacja według europejskich standardów
Strona 2

Perspektywy
Nowe możliwości ubezpieczeń zdrowotnych
Strona 4

Wydarzenia
Zapowiedzi wiosennych konferencji dla dentystów
Strona 8

Dobre prognozy dla rynku sprzętu medycznego w Polsce

Wg raportu pt.: „Rynek sprzętu medycznego w Polsce 2012. Prognozy rozwoju na lata 2012-2014", w 2010 r. wartość rynku sprzętu medycznego wzrosła o 5% w stosunku do roku poprzedniego.

Wzrost ten spowodowany był przede wszystkim importem, którego dynamika wyniosła 6%, a wartość 3,9 mld zł. W 2011 r. rynek powrócił na ścieżkę dynamicznego wzrostu – w pierwszej połowie roku import wzrósł o ponad 30%, co pozwala szacować, że dynamika całego rynku sprzętu medycznego w Polsce wyniesie ponad 20%, a jego wartość przekroczy 5 mld zł. Od 2013 r. dynamika wzrostu wartości rynku wyniesie ponad 25%, chociaż kończące się fundusze wpłyną na obniżenie dynamiki rynku w tym roku.

Wzrost o 5% wartości rynku sprzętu medycznego w 2010 r. był jednym z najniższych w ostatnich latach. Główną tego przyczyną był globalny kryzys finansowy. „Przewidujemy, że od 2013 r. rynek będzie notował wzrosty powyżej 25% rocznie, a dynamika będzie rosła z roku na rok aż do 2016 r., kiedy to został wyznaczony termin ostateczny na dostosowanie zakładów opieki zdrowotnej do wymogów UE. Optymistyczne szacunki zakładają, że z tego powodu na sprzęt medyczny zostanie wydanych 7 mld zł. W naszych prognozach kumulacja inwestycji nastąpi w latach 2015-2016" – wyjaśnia Monika Stefańczyk, współautorka raportu.

beerkoff/Shutterstock.com

„Jedną z cech rynku sprzętu medycznego w Polsce jest fakt, że polskie firmy skupiają się na stosunkowo prostym sprzęcie, a bardziej zaawansowane technologicznie urządzenia są importowane. Polska nie eksportuje lub eksportuje w bardzo małym zakresie aparaturę wykorzystującą promieniowanie alfa, beta lub gamma, aparaturę na promieniowanie ultrafioletowe i podczerwone, wyposażenie do dializ, tomografy, aparaturę do scyntygrafii i stymulatory serca.

Jedną z ważnych grup aparatury i sprzętu, która została w raporcie poddana szczegółowej analizie są urządzenia rtg. Potencjał w tej dziedzinie jest ogromny, bo ocenia się, że w Polsce zainstalowanych jest ok. 11 000 aparatów analogowych rtg, które będą sukcesywnie ucyfrowiane lub wymieniane na aparaty cyfrowe. DT

Praktyka zamiast stażu

Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt rozporządzenia, które określi ramowy program zajęć praktycznych na studiach medycznych. Od 2012 r. przyszli lekarze zaliczą praktyki nie po studiach, ale w ostatnich latach nauki. Programy zajęć praktycznych są już znane.

Zmiany są rezultatem nowelizacji Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z lipca br., która zlikwidowała staż podyplomowy dla absolwentów studiów lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Teraz zajęcia praktyczne dla przyszłych lekarzy będą się odbywać na ostatnim roku studiów. Lekarski i lekarsko-dentystyczny egzamin końcowy zostanie przeprowadzony pod koniec studiów, a nie jak dotychczas – dopiero po rocznym stażu podyplomowym.

Zgodnie z nowymi programami nauczania dla studentów kierunków lekarskich, muszą oni zaliczyć 1 060 godz. praktyk z nauk klinicznych niezabiegowych i 900 godz. nauk klinicznych zabiegowych. Studenci muszą też odbyć 900 godz. nauczania klinicznego – w tym 8 tyg. interny, 4 chirurgii i 2 psychiatrii.

Do lekarskiego egzaminu końcowego można będzie przystąpić już pod koniec studiów. W projekcie rozporządzenia szczegółowo określono, jakie umiejętności powinni mieć studenci po zakończeniu stażu w ramach nauczania klinicznego, a także czynności, przy których absolwent medycyny musi umieć asystować. Studenci odbywający praktyki pozostawać będą pod nadzorem opiekuna szkolenia praktycznego.

Podobne zasady odbywania praktyk dotyczą przyszłych lekarzy dentystów. W nowych przepisów nieco inaczej jednak określono moduły, w jakich studenci praktycznie uczyć się będą zawodu. Powinni oni m.in. zaliczyć 145 godz. stomatologii zachowawczej, w czasie których zdobędą podstawową wiedzę z tego zakresu. DT

AD

DENTAL TRIBUNE Polish Edition

Refundacja według standardów europejskich

Małgorzata Świeca, Polska

Ustawa z 13 stycznia 2012 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2012 poz. 95), która ukazała się 25 stycznia 2012 r., a także obowiązujące od 1 stycznia 2012 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 294 poz. 1739) mają pryncypialne znaczenie dla pracy lekarzy, bezpieczeństwa pacjentów, jakości opieki lekarskiej oraz poszanowania powszechnie uznawanych w Europie standardów medycznych.

Tzw. ustawa refundacyjna od samego początku budziła wiele kontrowersji. Najbardziej dyskusyjny był ust. 8 w art. 48, który stanowił, że lekarz jest zobowiązany do zwrotu NFZ kwoty stanowiącej równowartość kwoty nienależnej refundacji wraz z odsetkami w przypadku wypisania recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi, niezgodnej z uprawnieniami pacjenta lub niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach zawierających wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

Protesty z poparciem

Budzące wiele wątpliwości co do słuszności i sprawiedliwości było nałożenie na lekarzy ciężaru odpowiedzialności za wypisanie leku refundowanego osobie nieubezpieczonej. Wejście ustawy w życie wywołało protesty środowiska lekarskiego i aptekarskiego, które zgodnie postulowały o jak najszybszą nowelizację i złagodzenie restrykcji karnych przewidzianych przez ustawę. Ponadto, w reakcji na niedopuszczalne regulacje wprowadzone w Polsce, pełne poparcie dla polskiego środowiska lekarskiego wyraziły m.in. Europejska Unia Lekarzy Specjalistów (UEMS), Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME), Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych, Niemiecka Izba Lekarska, Norweska Izba Lekarska, Czeska Izba Lekarska, Szwajcarska Izba Lekarska, a także przedstawiciele tureckiej ochrony zdrowia.

Karanie za administrowanie

Wersja przedmiotowej ustawy poprzedzająca nowelizację powszechnie budziła głębokie zaniepokojenie dotyczące przede wszystkim braku zapewnienia lekarzom możliwości świadczenia najwyższej jakości opieki zdrowotnej każdemu pacjentowi w wyniku nieakceptowalnego i nieodpowiedniego biurokratyzowania pracy lekarzy. Nałożenie na nich powinności o charakterze formalnym było nie tylko dotkliwą trudnością dla samych lekarzy, lecz krzywdząco uderzało także pośrednio w pacjentów. Obowiązki administracyjne zabierały czas przeznaczony na właściwą opiekę medyczną i przeprowadzenie badania. Oczywistym jest, iż lekarze nie powinni być obciążeni zbędnymi czynnościami o charakterze administracyjnym kosztem czasu, który mogą poświęcić leczeniu pacjentów. Nadto realne były obawy, czy lekarze są w stanie określić wiarygodny status ubezpieczenia swoich pacjentów. Oceniając więc przepisy poprzednie należy podkreślić, iż nie do przyjęcia było ryzyko poważnych sankcji karnych w sytuacjach, w których występują kwestie niemożliwe do skontrolowania przez lekarza. Regulacje te niezaprzeczalnie traktować należy jako uciążliwe i niesprawiedliwie.

Oczekiwana nowelizacja

Zmiany wprowadzone przedmiotową nowelizacją stanowią wyraz dążenia do celu, jakim jest krajowy system opieki zdrowotnej najwyższej jakości i efektywności. Okazują również szacunek dla nieocenionej społecznej wagi pracy lekarzy i związanego z nią wysiłku. Nowelizacja obejmuje, w głównej mierze, objęcie na podstawie decyzji podejmowanej przez Ministra Zdrowia refundacją leku o wskazaniach do stosowania, dawkowania lub podawania innego niż zostało to określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego, o której mowa w Ustawie z dnia 6 września 2011 r. Prawo farmaceutyczne, bez ograniczania jedynie do chemioterapii i programów lekowych. Założeniem było zapewnienie możliwości objęcia refundacją leków przepisywanych ze względu na ich zastosowanie kliniczne, a nie tylko ze względu na zakres rejestracji. Dzięki temu m.in. pacjenci stosujący dany lek w leczeniu schorzeń innych niż określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego będą mogli nabyć go po niższej cenie. Jest to swoista pomoc dla nowoczesnych metod terapii, w których dany lek stosuje się nie tylko w leczeniu pierwotnie zakładanych schorzeń, ale także innych, na które lek ten faktycznie działa. Dzięki tej zmianie Ministerstwo Zdrowia może szybko reagować na postęp medycyny i udostępniać refundowane leki innym grupom pacjentów.

Drugą nowość stanowi zmiana sposobu naliczania marży detalicznej dla leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzanych z zagranicy. Dotyczy to tzw. importu docelowego leku dla konkretnego pacjenta, realizowanego na podstawie szczegółowych i zweryfikowanych zaleceń lekarza. W pierwotnym brzmieniu tzw. Ustawy refundacyjnej zastosowanie do takich leków miała urzędowa marża detaliczna wskazana kwotowo: nie więcej niż 20 zł. W efekcie apteki odmawiały sprowadzenia takich leków, a pacjenci nie mieli do nich dostępu. Należy pamiętać, że import docelowy dotyczy pacjentów o szczególnie niestabilnym stanie zdrowia. W nowelizacji ustawy zamieniono marżę detaliczną dla tych leków na procentową i zrównano ją z marżą detaliczną obowiązującą dla pozostałych rodzajów leków. Dzięki temu pacjenci mają większy dostęp do tych środków. Wysokość marży wprowadzona przedmiotową nowelą nie ma zastosowania do tych leków, dla których zgoda na refundację została wydana przed jej wejściem w życie.

Po trzecie, co z pewnością jest najważniejszą zmianą, ustawodawca zdecydował się uchylić ust. 8 w art. 48 ustawy. Odstępuje się więc od konieczności zwrotu kwot nienależnej refundacji w sytuacji, gdy lekarz, lekarz dentysta czy felczer wypisze receptę nieuzasadnioną udokumentowanymi względami medycznymi, niezgodną z uprawnieniami świadczeniobiorcy, czy też niezgodną ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach. Usunięcie tych przepisów spowodowane było brakiem spójnego systemu weryfikowania statusu ubezpieczeniowego pacjenta, z którego korzystać mógłby lekarz. Poprzednie przepisy były też niejasne, toteż można było poddać w wątpliwość ich zgodność z zasadą poprawnej legislacji (wynikającą z zasady demokratycznego państwa prawnego – art. 2 Konstytucji RP). Można również stwierdzić naruszenie konstytucyjnej zasady równego traktowania, gdyż regulacje te bezpodstawnie nakładały na lekarzy surowszą odpowiedzialność za błąd niż na inne osoby pełniące funkcje publiczne, np. na urzędników. Sankcjonowanie najmniejszych nawet błędów formalnych można uznać za nacisk wywierany na lekarzy, by zniechęcić ich do przepisywania leków refundowanych. Naruszeniu uległ więc art. 68 Konstytucji RP, który gwarantuje prawo do ochrony zdrowia i równy dostęp do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Dodatkowo regulacja, która kładzie nacisk na bezwarunkową realizację obowiązków urzędniczych, zamiast na wspieranie kardynalnego zadania udzielania pomocy pacjentom w każdym przypadku była nie do przyjęcia. Ponadto, by wyjść naprzeciw oczekiwaniom lekarzy, wprowadzono także przepis o charakterze abolicyjnym, który gwarantuje, że postępowania o zwrot kwoty nienależnej refundacji, na gruncie dotychczas obowiązujących przepisów nie będą wszczynane, a postępowania wszczęte będą umarzane.

Czwartym novum jest usunięcie ograniczenia w dostępie do informacji źródłowej na temat leków refundowanych (wskazań rejestracyjnych, działań niepożądanych, interakcji itd.) – charakterystyki leków refundowanych będą publikowane na stronie Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

Łagodzenie formalności

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2011 r. w sprawie recept lekarskich również pozytyw-

AD

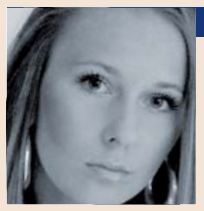
Andy Dean Photography/Shutterstock.com

nie wpływa na łagodzenie formalnych obowiązków, często o charakterze czysto biurokratycznym. Wpływ ten przejawia się w następujących aspektach:
– rozporządzenie wyraźnie wskazuje, że oznaczenie na recepcie miejsca zamieszkania pacjenta nie wymaga podawania kodu pocztowego (jest to realizacja postulatu zawartego w stanowisku PNRL z 18 listopada 2011 r.);
– przepisy określają, że wskazanie na recepcie dawki leku jest wymagane jedynie wówczas, gdy lek występuje w więcej niż jednej dawce (warto podkreślić, iż projekt rozporządzenia zakładał odmiennie – istniała konieczność wskazania dawki leku w każdym przypadku);
– regulacje umożliwiają wypisanie 2 lub 3 recept na następujące po sobie okresy nieprzekraczające łącznie 90 dni (jest to również realizacja postulatu zawartego w stanowisku PNRL z 18 listopada 2011 r., z kolei zarówno rozporządzenie z 2007 r., jak i projekt nowego rozporządzenia przewidywały możliwość wystawienie 3 recept na kolejne miesięczne kuracje).

Ponadto, przedmiotowy akt prawny umożliwia uzupełnienie lub poprawienie treści recepty przez aptekarza w zakresie m.in.:
– braku lub błędnego wskazania oznaczenia identyfikatora oddziału NFZ lub kodu uprawnień dodatkowych pacjenta na podstawie przedstawionych przez niego dokumentów,
– braku lub błędnego oznaczenia postaci leku,
– braku lub błędnego oznaczenia poziomu odpłatności wynikającego z ustawy o refundacji,
– nieczytelnego lub niezgodnego z rozporządzeniem umieszczenia numeru prawa wykonywania zawodu lekarza.

Omówione akty prawne można ocenić jako pozytywne dla środowiska lekarskiego. Stanowią istotny etap w dążeniu do zapewniania lekarzom możliwości świadczenia najwyższej jakości opieki zdrowotnej każdemu pacjentowi w Polsce, a w konsekwencji zwiększają bezpieczeństwo pacjenta, co powinno stanowić priorytet państwa. Zdecydowanie wpływają także na spełnienie europejskich standardów opieki medycznej. DT

Autorka



Małgorzata Świeca
Kancelaria Prawna Świeca i Wspólnicy
ul. Pańska 85/47
00-834 Warszawa
Tel./Faks: (22) 881 68 59
E-mail: kancelaria@swwp.pl

O wydawcy

Wydawca :

dti Dental Tribune International

Biuro w Polsce:
Dental Tribune Polska Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 44, lok. 518
00-024 Warszawa

info@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Zespół redakcyjny:

Redaktor naczelna:
Marzena Bojarczuk,
m.bojarczuk@dental-tribune.com

Tłumacze:
Ewa Aleksińska, Marcin Aleksiński,
Ewa Ganowicz,

Marketing i reklama:
Grzegorz Rosiak,
g.rosiak@dental-tribune.com

Informacje w sprawie prenumeraty:
Dental Tribune Polska Sp. z o.o.,
info@dental-tribune.com
Tel.: 664 608 740

Nakład: 10.000 egz.

Wydawca i redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń. Publikacja ta jest przeznaczona dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

Redakcja *Dental Tribune* dokłada wszelkich starań, aby publikować artykuły kliniczne oraz informacje od producentów jak najrzetelniej. Nie możemy odpowiadać za informacje, podawane przez producentów. Wydawca nie odpowiada również za nazwy produktów oraz informacje o nich, podawane przez ogłoszeniodawców. Opinie przedstawiane przez autorów nie są stanowiskiem redakcji *Dental Tribune*.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE The World's Dental Newspaper

Licensing by Dental Tribune International

Publisher
Torsten Oemus

Group Editor
Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
Tel.: +49-341/4 84 74-107

Editor Specialities
Magdalena Wojtkiewicz

Editorial Assistant
Yvonne Bachmann

Copy Editors
Sabrina Raaff, Hans Motschmann

President/CEO
Torsten Oemus

Sales & Marketing
Matthias Diessner, Vera Baptist, Peter Witteczek

Director of Finance & Controlling
Dan Wunderlich

Marketing & Sales Services
Nadine Parczyk

License Inquiries
Jörg Warschat

Accounting
Manuela Hunger

Business Development Manager
Bernhard Moldenhauer

Project Manager Online
Alexander Witteczek

Executive Producer
Gernot Meyer

Dental Tribune International

Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49-341-4 84 74-302
Fax: +49-341-4 84 74-173
info@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Regional Offices

Asia Pacific
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177
Fax +8523113 6199

The Americas
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York,
N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181
Fax: +1 212 224 7185

International Editorial Board

Dr Nasser Barghi, USA – Ceramics
Dr Karl Behr, Germany – Endodontics
Dr George Freedman, Canada – Esthetics
Dr Howard Glazer, USA – Cariology
Prof. Dr I. Krejci, Switzerland – Conservative Dentistry,
Dr Edward Lynch, Ireland– Restorative
Dr Ziv Mazor, Israel – Implantology
Prof. Dr Georg Meyer, Germany – Restorative
Prof. Dr Rudolph Slavicek, Austria – Function,
Dr Marius Steigmann, Germany – Implantology

© 2012, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved

AD

Nowe możliwości dentystycznych ubezpieczeń zdrowotnych

Magdalena Sroka-Kalisz i Witold Bojar, Polska

Opieka stomatologiczna w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest obarczona znacznymi limitami wynikającymi z finansowania przez publicznego płatnika (NFZ). Należy tu zauważyć także czas realizacji świadczeń dentystycznych w ramach Funduszu.

Pacjent korzystający z wizyt refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia niejednokrotnie zmuszony jest do czekania na wizytę w długich kolejkach, a gdy już znajdzie się w gabinecie, to często okazuje się, że aby podnieść jakość usługi świadczonej w ramach NFZ, powinien dopłacić do leczenia. Taki stan rzeczy wynika z prostej przyczyny: na jednego ubezpieczonego, na koszty świadczeń stomatologicznych w ramach NFZ, przypada kwota ok. 25 zł na rok, co w skali jednego miesiąca daje ok. 2 zł na pacjenta.

Badania prowadzone przez Warszawski Uniwersytet Medyczny wykazują, że 99% Polaków ma próchnicę, a 1,5% osób w wieku 35-44 lat nie ma już ani jednego naturalnego zęba. Obrazuje to sytuację, która nie pozwala na zagwarantowanie pacjentom publicznych świadczeń dostosowanych do ich potrzeb, ograniczając jednocześnie powszechną dostępność do nich. Świadczenia stomatologiczne w Polsce są jednymi tych, z których Polacy najczęściej korzystają prywatnie. Z przeprowadzonych ankiet wynika również, że co piąty Polak skłonny jest do wykupienia dodatkowej polisy ubezpieczeniowej, w ramach której będzie miał szerszy dostęp do usług stomatologicznych.

Na rynku ubezpieczeniowym dostrzec możemy obecnie już kilka firm oferujących pakiety ubezpieczeń zdrowotnych, w ramach których mieszczą się także świadczenia stomatologiczne. W pakiecie podstawowego ubezpieczenia stomatologicznego oferowanego przez towarzystwa ubezpieczeniowe zazwyczaj znajdują się: 2 wizyty kontrolne, jednorazowy zabieg higienizacyjny oraz 10-20% zniżka na usługi stomatologiczne. W droższych pakietach otrzymamy dodatkowo konsultacje specjalistyczne, leczenie zachowawcze i endodontyczne oraz pomoc w nagłych wypadkach. Pakiety „VIP" pozwalają poddać się procedurom stomatologii estetycznej, ortodoncji, protetyki i chirurgii, co jest oczywiście ściśle ograniczone kwotą danego ubezpieczenia.

Podstawowy pakiet ubezpieczenia stomatologicznego jest idealny dla pacjentów ze zdrowym uzębieniem. Pacjenci z większymi potrzebami stomatologicznymi powinni korzystać z droższych pakietów ubezpieczeniowych. Praktyki współpracujące z firmami ubezpieczeniowymi mogą zatem liczyć na stały dochód.

DentalClub to pierwsza na polskim rynku oferta skierowana zarówno do lekarzy dentystów w indywidualnych praktykach, jak i większych klinik. Polega na świadczeniu kompleksowej obsługi umów zawieranych pomiędzy lekarzem a jego pacjentem. Innowacją tego ubezpieczenia jest fakt, że umowa na świadczenie usług stomatologicznych zawierana jest bezpośrednio pomiędzy lekarzem i pacjentem. Lekarz dentysta, po przeprowadzeniu badania kwalifikacyjnego stanu zdrowia pacjenta, ustala stawkę miesięcznej składki w odniesieniu do jego potrzeb. Ubezpieczyciel nie zawiera żadnej umowy z pacjentem, nie narzuca także wysokości składki za opiekę stomatologiczną, sugerując jej zakres. Zapewnia natomiast wsparcie polegające m.in. na dostarczeniu wzorów dokumentów i kart kwalifikacji, zapewnieniu materiałów promocyjnych, informacyjnych oraz dostępu do systemu teleinformatycznego pozwalającego na śledzenie wpływów składek i wydatków danego pacjenta. Takie rozwiązania świetnie sprawdzają się już w innych krajach. Funkcjonując w bardzo podobny sposób, np. w Wielkiej Brytanii są sprawnie działającymi systemami prywatnej opieki stomatologicznej oraz cenionym przez lekarzy zapleczem finansowym.

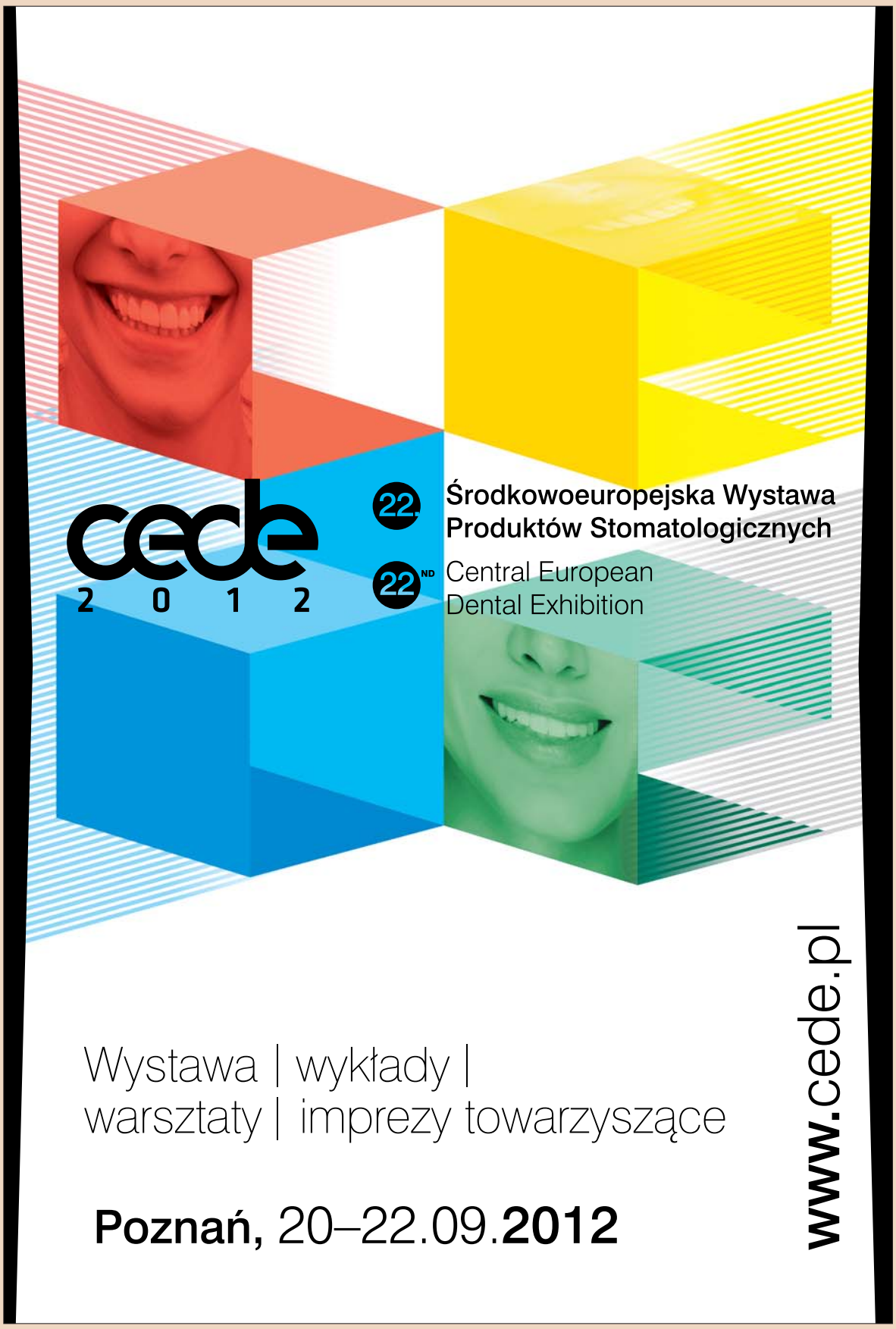
Polski system DentalClub proponuje 2 programy opieki stomatologicznej, które mogą być również stosowane łącznie. Program Standard to propozycja skierowana do pacjentów, którzy po zawarciu umowy na określonych uprzednio warunkach będą mogli skorzystać z 2 wizyt kontrolnych w ciągu roku, co najmniej jednej wizyty higienicznej, pierwszeństwa w zapisie na wizyty, rabatu na usługi określone przez lekarza i rabatów na usługi stomatologiczne także w innych placówkach współpracujących z ubezpieczycielem. W przypadku tej opcji programu pacjent nie przechodzi badań kwalifikacyjnych, zatem stan zdrowia jego jamy ustnej nie ma wpływu na wysokość składki – stawka w tym wariancie jest stała. W programie Komfort pacjent przechodzi badania kwalifikacyjne, po których lekarz klasyfikuje pacjenta do jednej z 6 grup abonamentowych. W opcji tej wysokość miesięcznego abonamentu ustala lekarz dentysta. Stawka jest zindywidualizowana i ściśle uzależniona od potrzeb danego pacjenta. W przeprowadzeniu takiej kwalifikacji bardzo pomagają formularze dostarczone przez ubezpieczyciela. W ramach zawartej umowy pacjent ma prawo do 2 wizyt kontrolnych oraz skorzystania z co najmniej jednego zabiegu higienizacyjnego. Ponadto otrzymuje opiekę związaną ze stomatologią zachowawczą, endodoncją, periodontologią (zachowawczą, niespecjalistyczną), protetyką (koszty prac wykonanych przez laboratoria pokrywa sam pacjent), ekstrakcje (za wyjątkiem specjalistycznych zabiegów chirurgicznych) i pozostałe usługi oferowane przez dany gabinet (wybrane opcjonalnie przez lekarza).

Przedstawione programy finansowania opieki stomatologicznej są korzystne i dla pacjenta, i dla praktyki. Budują więź z pacjentem, która przekłada się na stały dochód. Lekarz ma możliwość samodzielnego ustalenia wpływów zarówno w skali miesiąca, jaki i roku, co ułatwia planowanie wydatków i rozwój praktyki. Stawka abonamentu nie jest narzucona, dentysta sam ustala jej wysokość w zależności od potrzeb pacjenta oraz kosztów ponoszonych przez praktykę. Pacjent wybiera zaufanego lekarza, który gwarantuje mu stałą opiekę stomatologiczną. Jego wydatki na leczenie równomiernie rozkładają się w czasie, co zmniejsza konieczność wysokich opłat jednorazowych. Pacjent czuje się bezpiecznie wiedząc, że w każdej chwili może liczyć na pomoc swojego lekarza, mając zapewnione pierwszeństwo w zapisach. Rabaty to także doceniany przez pacjenta element współpracy.

Zawierając umowę z ubezpieczycielem, dentysta ponosi jednorazowy koszt przystąpienia do programu. Kwota ta może ulec zmniejszeniu w przypadku, gdy w jednej praktyce umowę zawiera więcej niż jeden lekarz. Dodatkowo firma pobiera prowizję od dokonanych wpłat, która uzależniona jest od liczby pacjentów objętych opieką stomatologiczną. Ubezpieczyciel zapewnia w zamian wsparcie marketingowe oraz merytoryczne w postaci szkoleń, a także zaplecze prawne związane z obsługą płatności pacjenta, co jest gwarancją comiesięcznych wpływów bez względu na opóźnienia wpłat. Stały dopływ gotówki do praktyki daje poczucie bezpieczeństwa finansowego i pomaga w planowaniu inwestycji.

DT

AD



Branża stomatologiczna skutecznie opiera się kryzysowi

Kryzys na rynkach finansowych nie zagraża branży stomatologicznej – już 54% pacjentów wybiera leczenie za własne pieniądze.

Zdaniem specjalistów, wzrost znaczenia i wartości sektora prywatnych usług stomatologicznych, wynika m.in. z ograniczenia wydatków NFZ na leczenie stomatologiczne, a także wprowadzenia dziennych limitów liczby przyjmowanych pacjentów. Zmiany na rynku odczuwają gabinety. Aż 36% pacjentów zrezygnowało w tym roku z leczenia finansowanego ze środków publicznych na rzecz samodzielnie finansowanych wizyt.

Od ponad 2 lat Polacy systematycznie rezygnują z leczenia refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, chętniej sięgając po pieniądze na leczenie do własnych kieszeni lub do banków oferujących specjalne kredyty „na zęby". Z kredytu na leczenie w 2011 r. skorzystało już 9% pacjentów prywatnych gabinetów. Coraz częściej u dentysty płatności dokonywane są za pomocą karty kredytowej – taką formę płatności w tym roku wybrało 21% pacjentów. Najwięcej osób płaciło jednak gotówką – 68% leczących się w prywatnych gabinetach.

„Rynek stomatologiczny z jednej strony rozwija się z powodu rosnącej liczby pacjentów wybierających leczenie za własne pieniądze, z drugiej strony z powodu pojawiania się produktów kredytowych i systemów ratalnych, które umożliwiają finansowanie tego typu leczenia. Znaczącym zjawiskiem dla rynku jest pojawienie się w polskich gabinetach pacjentów z Niemiec, Szwecji i Wielkiej Brytanii. Potrafią oni podczas jednej wizyty wydać nawet 50-100 000,00 PLN, decydując się często na kosztowne leczenie protetyczne i implantologiczne. Pod tym względem coraz częściej polski rynek wypiera rynek węgierski, do tej pory najczęściej wybierany przez obcokrajowców" – mówi dr n. med. Mariusz Duda.

Nieco bardziej oszczędni są Polacy, chociaż i oni wydają coraz więcej. Aż 21% z nich w 2011 r. wydało na leczenie dentystyczne ponad 1 000,00 PLN – najczęściej na leczenie próchnicy, wypełnienia i zabiegi higienizacyjne. Najpopularniejszym zabiegiem wciąż pozostaje plombowanie – poddało się mu w 2011 r. aż 73% pacjentów. Polacy także coraz chętniej sięgają po leczenie implantologiczne, choć tutaj wciąż barierą jest cena.

Paradoksalnie, za coraz większy transfer pacjentów z gabinetów, w których refunduje się leczenie z NFZ do placówek prywatnych, oferujących wyłącznie usługi płatne, odpowiedzialny jest płatnik. Leczenie, za które płaci NFZ postrzegane jest przez pacjentów jako przestarzałe. Dodatkowo sprawę skomplikowało zmuszenie przez NFZ przychodni do równomiernego rozplanowania świadczeń na cały rok. W efekcie większość gabinetów wprowadziła dzienne limity przyjmowania pacjentów oraz zapisy. Poza kolejnością przyjmowani byli wyłącznie pacjenci zgłaszający się z objawami bólowymi. Leczenie w prywatnym gabinecie stało się więc wygodniejszą alternatywą dla kolejki w gabinecie z leczeniem refundowanym. Pacjenci wymieniają wydłużający się czas oczekiwania na leczenie oraz jego jakość leczenia i zakres bezpłatnych usług jako główne powody rezygnacji z leczenia za pieniądze z NFZ. Dobra passa rynku stomatologicznego wynika także z innych powodów – stale rosnących oczekiwań, jakie Polacy stawiają opiece zdrowotnej. Tych oczekiwań coraz częściej spełnić nie może publiczna placówka – aż 74% proc. pacjentów przekonanych jest o tym, że w prywatnym gabinecie pacjenta leczy się lepiej, a 81% wybiera leczenie finansowane z własnych środków, bo chce mieć dostęp do lepszych usług, materiałów i specjalistów. DT

AD

Komfort
i niezawodność

Połączenie ergonomicznego fotela A-dec 500 z poręczną konsoletą A-dec 300. Efekt? Doskonały dostęp dla dentysty i wygoda pacjenta. Komfort i niezawodność w jednym.

Aby uzyskać więcej informacji na temat nowego modelu A-dec 300/500 skontaktuj się z polskim przedstawicielem A-dec, firmą AMADAR.

Pobierz nowy folder unitu A-dec 500:
www.a-dec.com/agile

a-dec®
reliablecreativesolutions™

Wszystko dla stomatologii
www.amadar.pl

AMADAR

Białystok tel. 85 744 59 13 **Katowice** tel. 32 730 28 85 **Szczecin** tel. 91 469 53 43 **Wrocław** tel. 71 350 63 09
Gdynia tel. 58 627 00 27 **Lublin** tel. 81 473 50 49 **Warszawa** tel. 22 826 43 81

„Nasz rozwój opiera się na innowacyjności i jakości”

Wywiad z Gillesem Piersonem – dyrektorem wykonawczym Acteon Group.

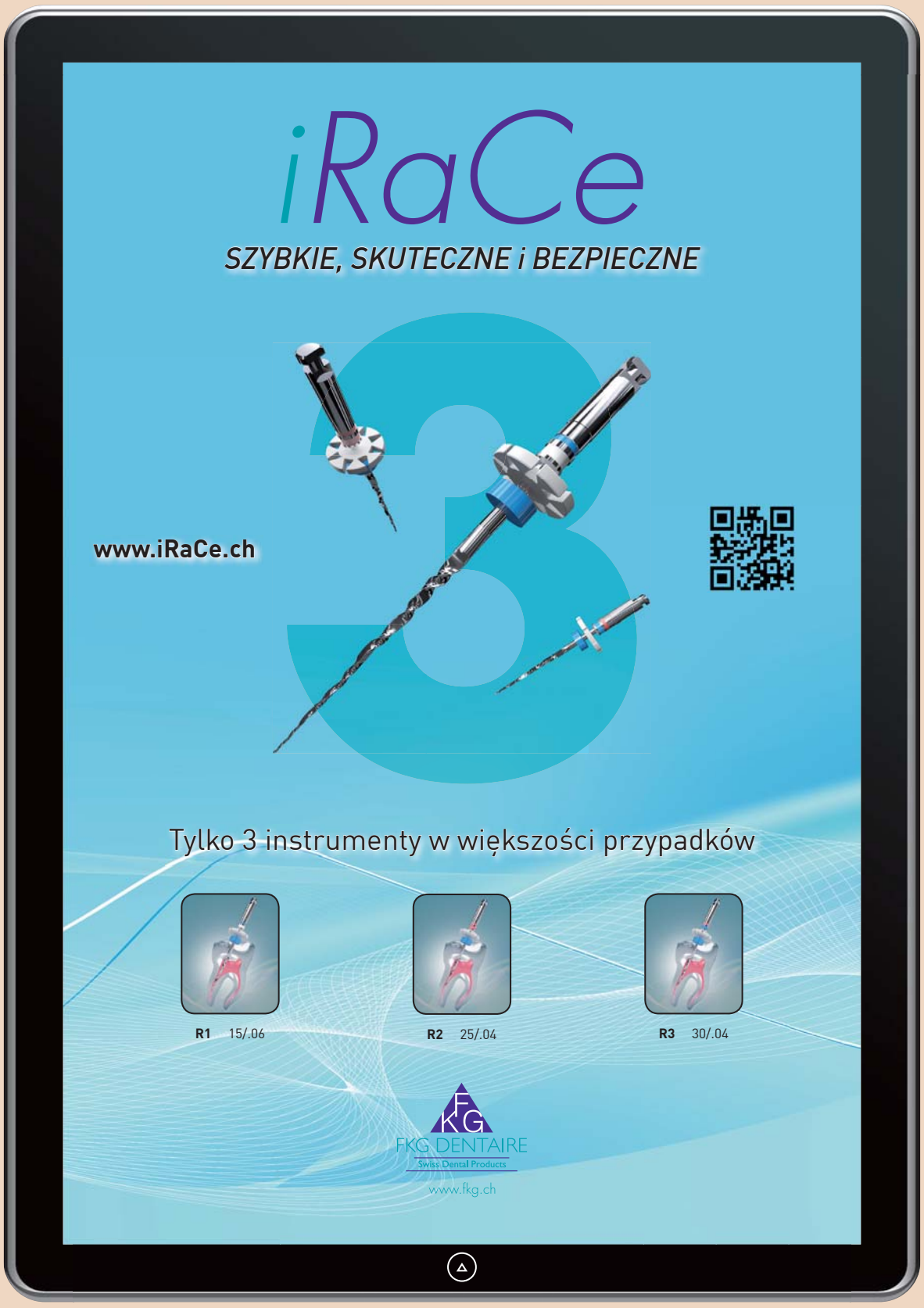
Na temat historii firmy, nowych produktów i przyszłych strategii rozmawiamy z Gillesem Piersonem – dyrektorem wykonawczym Acteon Group.

Jednostki organizacyjne firmy: SATELEC, PIERRE ROLLAND i SOPRO zostały połączone w Acteon Group w 2003 r. W 2006 r. do grupy dołączyła włoska jednostka De Götzen. Na początku ubiegłego roku, podczas targów IDS w Kolonii, wprowadzono nową identyfikację wizualną firmy i nowe logo Acteon. Jaka była główna przyczyna tych zmian?

Zmiana nazwy grupy wynikała z faktu, że na samym początku, w 1980 r., jedyną firmą do niej należącą była firma Satelec. W 1985 r. firma Pierre Rolland połączyła się z Satelec, tworząc Satelec-Pierre Rolland. Po 1995 r. zdecydowaliśmy się powiększyć firmę poprzez przejęcie innych przedsiębiorstw, takich jak Sopro i De Götzen. Byłoby nierealne nazywanie grupy Satelec, Pierre Roland, Sopro, De Götzen itd. Doszliśmy więc do wniosku, że konieczne jest nadanie jednej nazwy całej grupie przy utrzymaniu indywidualnych nazw poszczególnych marek. Obecnie grupa nosi nazwę Acteon, ale poszczególne przejęte przez nas i połączone firmy zachowały nazwy, za którymi kryje się ich własna historia i ich produkty. Jest to także rozwiązanie korzystne z punktu widzenia pracowników, którzy identyfikują się z firmami, w których rozpoczynali pracę, należąc jednocześnie do dużej grupy. W ten sposób zachowujemy historię każdej firmy, dając im wszystkim swoisty parasol grupy Acteon. W niektórych krajach, np. we Francji, nadal znana jest marka Satelec. Pierre Rolland jest firmą o 60-letniej tradycji, wciąż cieszącą się dużą sławą. Trudno byłoby w takiej sytuacji wprowadzić wspólną nazwę Acteon. Przez 8 lat wrosła świadomość odbiorców, ale nadal nazwy Pierre Rolland i Satelec niosą silniejszy przekaz niż nazwa grupy Acteon. W innych krajach, gdzie nasza historia nie jest aż tak długa, np. w USA, Azji czy Australii, Acteon to obecnie nazwa firmy, a Satelec, Pierre Rolland czy Sopro stanowią jej oddziały. Tak więc znaleźliśmy sposób na utrzymanie tożsamości poszczególnych firm należących do grupy, tworząc jednocześnie markę, która je wszystkie obejmuje.

Gilles Pierson, CEO ACTEON Group

AD



Ubiegły rok był ogromnym sukcesem Acteon Group – obroty grupy sięgnęły 113 mln euro, a wskaźnik rozwoju wyniósł 16%. Sprzedaż poza granicami Francji wzrosła w 2010 r. o 80%. Jaki był dla firmy rok 2011? Które rynki uważa Pan za najważniejsze dla grupy?

Rok 2010, ze wzrostem o 16% był wielkim sukcesem. W 2011 r. spodziewamy się wzrostu o kolejne 9%, co jest dobrym wynikiem w obecnej sytuacji ekonomicznej. W Europie oczekujemy stabilnego wyniku 2%, a w USA 10%. Największego wzrostu sprzedaży, na poziomie ok. 20%, spodziewamy się w Chinach. Azja zapewnia nam 20% światowej sprzedaży, więc jeśli uzyskamy wzrost o 20%, będziemy bardzo zadowoleni. Szczególnie ważnym dla nas rynkiem są takie kraje, jak Japonia i Indie. Należała do nich także Tajlandia do czasu powodzi, która dotknęła ten kraj w listopadzie. Rok 2011 i kolejne z pewnością będą przebiegały z dużym udziałem Azji, a szczególnie Chin, gdzie jesteśmy obecni od 1987 r. Nasz zespół w Chinach liczy obecnie 40 osób. Spodziewamy się w ciągu kolejnych 5 lat średniego wzrostu o ok. 30%. Chiny to z całą pewnością bardzo rozwojowy rynek.

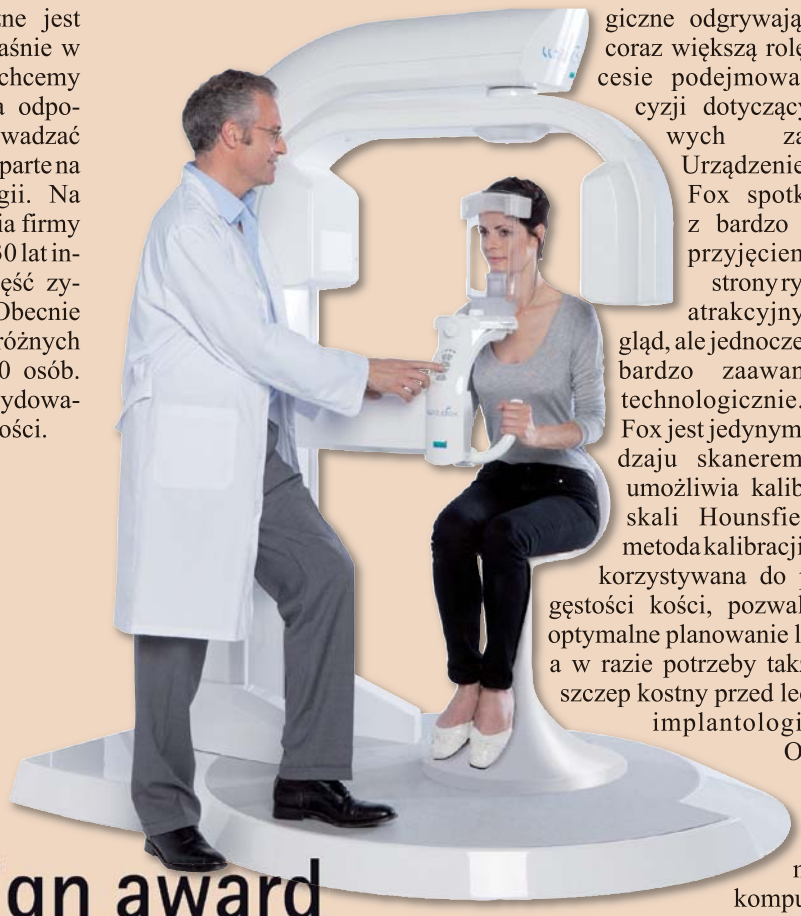
Kiedy rozmawiam z innymi firmami europejskimi, które także sprzedają swoje produkty w Chinach, słyszę często o istotnym aspekcie ceny i konieczności jej dostosowania do cen lokalnych.

Nie sądzę, żeby była to kwestia ceny – raczej chińskiej mentalności. Można tam znaleźć tanie kopie wszystkich naszych produktów. 20 lat temu zakładaliśmy przeciwko fałszerzom sprawy sądowe, ale uświadomiliśmy sobie bezcelowość takiego postępowania. Firmy zamykały się i otwierały ponownie w garażu obok, podczas gdy my walczyliśmy w przegranej sprawie. Co więcej, zrozumieliśmy, że chińskie podróbki są dla nas najlepszą reklamą, ponieważ są one bardzo niskiej jakości, a ich design jest często wręcz śmieszny. Dentyści zaczynają od kupna chińskiej podróbki, ale potem mają z nią same problemy, dlatego kiedy tylko będzie ich stać na kupno europejskiego produktu po europejskiej cenie, natychmiast to zrobią. Podrabiane „rolexy” produkowane w Chinach sprzedaje się w Europie, a prawdziwe szwajcarskie – w Chinach. Chiński klient trzeźwo myślący o interesach, planujący długoterminowo, nigdy nie kupi podróbki. Z drugiej strony obserwujemy alarmujący odwrotny trend w Europie. Do Europy trafia wiele podróbek i kopii z Chin, z fałszywym numerem CE lub podrobionym certyfikatem ISO 9000. Celnicy w rejonie Shenzhen nie zatrzymują tych podróbek, zatem do Europy może trafić dosłownie wszystko. Tymczasem są to urządzenia przeznaczone do leczenia pacjentów i nie można dopuścić, aby stwarzały dla nich zagrożenie.

Czy firma Acteon będzie mogła nadal wytwarzać swoje produkty we Francji lub innych miejscach w Europie?

Polityka grupy Acteon obejmuje prowadzenie produkcji oraz badań naukowych w Europie Zachodniej, nie dopuszczamy możliwości produkowania naszych urządzeń w Chinach, Płd.-Wsch. Azji, Brazylii, Indiach czy gdziekolwiek indziej. Zgodnie z naszą polityką, produkcja będzie zawsze miała miejsce w Europie Zachodniej. Nasze fabryki znajdują się we Francji, Włoszech i Niemczech. Nie będziemy przenosić produkcji do Chin czy Indii. Grupa Acteon zajmuje określoną niszę na rynku produktów medycznych, a rynek ten opiera się na jakości i innowacyjności. Najlepszym miejscem, zapewniającym tę jakość jest Europa Za-

chodnia, dlatego konieczne jest zlokalizowanie fabryki właśnie w tej części Europy, jeśli chcemy utrzymywać produkcję na odpowiednim poziomie i wprowadzać innowacyjne rozwiązania oparte na zaawansowanej technologii. Na tym właśnie polega filozofia firmy Acteon. W ciągu ostatnich 30 lat inwestowaliśmy znaczną część zysków w badania i rozwój. Obecnie w pionie badań i rozwoju w różnych krajach pracuje łącznie 70 osób. Nasz rozwój opiera się zdecydowanie na innowacyjności i jakości.



reddot design award
winner 2011

Acteon inwestuje szczególnie w rynek stomatologii cyfrowej…

Rzeczywiście, bardzo dużo inwestujemy w rynek stomatologii cyfrowej. Jest to obecnie jeden z najszybciej rozwijających się segmentów rynku. Doszliśmy do etapu, kiedy możemy zaoferować niemal kompletny wachlarz produktów. Brakuje nam tylko pantomografu. Z drugiej strony możliwe jest, że w ciągu kolejnych 5-6 lat pantomografy całkowicie znikną z rynku, a detektory liniowe zostaną wyparte przez detektory płytowe. Dlatego wolimy koncentrować swoją uwagę na detektorach płytowych z możliwością rekonstrukcji 2D lub 3D zamiast na technologii pantomograficznej. Dzisiaj nikt już nie może zaprzeczyć, że przyszłość stomatologii stanowią technologie cyfrowe, np. w ramach Sopro produkujemy kamery, które wykrywają próchnicę w oparciu o technologie fluorescencyjne, zatem obrazowanie to jedna sprawa, ale dzięki obrazowaniu można przejść do diagnostyki. Obrazowanie jako metoda diagnostyczna to sedno tego procesu. Jeśli zaś postawione zostanie odpowiednie rozpoznanie, można prowadzić skuteczne leczenie.

Nowy system tomografii komputerowej stożkowej (CBCT) White Fox otrzymał w 2011 r. nagrodę „red dot design award”, przyznawaną za wyjątkowe osiągnięcia w dziedzinie wzornictwa przemysłowego. Jaka była reakcja ze strony rynku i jak wygląda sprzedaż systemu White Fox?

W grupie Acteon dużą wagę przywiązujemy do wzornictwa. Dzieje się tak z 3 powodów. Pierwszy to fakt, że gabinety stomatologiczne są zwykle dobrze urządzone, ponieważ pacjent jest świadomy. Inaczej wygląda sytuacja w szpitalach, gdzie pacjent jest poddany znieczuleniu ogólnemu i nie dostrzega otoczenia. Pacjenci doceniają miłe dla oka otoczenie w gabinecie stomatologicznym, ponieważ obniża to poziom odczuwanego przez nich stresu. Dlatego warto oferować dobre wzornictwo. Kolejna sprawa to coraz większy udział asystentek stomatologicznych w wyborze produktów. Pomocniczy personel zatrudniony w gabinecie stomatologicznym częściej zwraca uwagę na estetykę wzorów i kolory, a dla lekarzy dentystów ważniejsze są parametry techniczne. Asystentki stomatologiczne odgrywają jednak coraz większą rolę w procesie podejmowania decyzji dotyczących nowych zakupów. Urządzenie White Fox spotkało się z bardzo dobrym przyjęciem ze strony rynku. Ma atrakcyjny wygląd, ale jednocześnie jest bardzo zaawansowane technologicznie. White Fox jest jedynym tego rodzaju skanerem, który umożliwia kalibrację w skali Hounsfielda. Ta metoda kalibracji jest wykorzystywana do pomiaru gęstości kości, pozwalając na optymalne planowanie leczenia, a w razie potrzeby także przeszczep kostny przed leczeniem implantologicznym. Od czasu wprowadzenia tomografii komputerowej stożkowej do chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej wzrasta zainteresowanie tą technologią ze strony otolaryngologów. W efekcie specjaliści otolaryngologii staje się bardzo ważną grupą odbiorców tego typu urządzeń. Szczególnie przydatne jest dla nich duże pole obrazowania, obejmujące uszy, nos i gardło. Sprzedajemy wiele tych urządzeń do gabinetów otolaryngologicznych. Skutecznie współpracujemy z naszym działem medycznym, który także specjalizuje się w dziedzinie otolaryngologii. Między stomatologią i medycyną ogólną istnieje bardzo wiele powiązań, np. obejmujących stosowanie endoskopii w medycynie i obrazowania w stomatologii albo radiologii stomatologicznej i obrazowania w szpitalach lub gabinetach otolaryngologicznych. Jesteśmy zadowoleni z naszego skanera stożkowego, a poziom sprzedaży odpowiada naszym oczekiwaniom.

Acteon jest Platynowym Sponsorem kongresu „Europerio”, który odbędzie się w Wiedniu. Czego mogą oczekiwać jego uczestnicy?

Jesteśmy bardzo zaangażowani w profilaktykę i stomatologię zachowawczą. Periodontologia zawsze odgrywała istotną rolę w tych dziedzinach. „Europerio” uważa się na najważniejszy kongres periodontologiczny na świecie. Świadomie podjęliśmy decyzję, aby zostać platynowym sponsorem tego przedsięwzięcia ze względu na wysoki poziom programu naukowego i wyjątkową pozycję „Europerio” w oczach społeczności stomatologicznej. Acteon organizuje podczas kongresu sponsorowaną sesję, w ramach której odbędzie się konferencja prowadzona przez dr. Bennani pt.: „A new gingival retraction technique for implants” („Nowa technika retrakcji dziąseł w leczeniu implantologicznym”). W czasie „Europerio” przedstawiona zostanie także nowa metoda oceny ilości płytki nazębnej oraz nasilenia stanu zapalnego tkanek miękkich za pomocą kamery wewnątrzustnej. Sesje te będą interesujące dla higienistek stomatologicznych, dentystów ogólnych i periodontologów. Podczas sesji *crème de la crème* międzynarodowi wykładowcy będą dzielić się z uczestnikami praktycznymi wskazówkami z własnego doświadczenia zawodowego. Serdecznie zapraszamy do Wiednia! DT

AD

Osteologia 2012

Trwa rejestracja na kwietniowe sympozjum OSTEOLOGIA 2012. Na stronie internetowej *www.osteologia.pl* dostępny jest szczegółowy program spotkania oraz formularze rejestracyjne.

Sympozjum odbędzie się w połowie kwietnia (13-14.04.2012 r.) w hotelu Intercontinental w Warszawie. Tematami przewodnimi tegorocznego spotkania są nowe kierunki w chirurgii regeneracyjnej tkanek miękkich i poprawa przewidywalności w chirurgii regeneracyjnej kości w implantologii. Sekretarzem naukowym spotkania ze strony Osteology Foundation został prof. Georg Watzek z Wiednia, a ze strony polskiej – prof. Marzena Dominiak z Wrocławia.

Wśród zaproszonych wykładowców znaleźli się m.in.: Georg Watzek, Marzena Dominiak, Wojciech Bednarz, Rudolf Furhauser, Agnieszka Laskus-Perendyk, Piotr Majewski, Małgorzata Pietruska, Giulio Rasperini, Anton Sculean, Radosław Witkowski oraz Adam Ziemlewski. Ponadto prowadzenie warsztatów w sesji przedkongresowej zapowiedzieli: Karl-Ludwig Ackermann, Pascal Valentini, Giulio Rasperini i Anton Sculean.

Organizatorzy szczególnie polecają nowości, m.in.: interaktywne prezentacje i wykłady oraz osteologię na ekranie komputera – po raz pierwszy będzie możliwość skorzystania z transmisji internetowej.

Najlepsi światowi specjaliści zaprezentują najnowsze osiągnięcia i możliwości regeneracji kości i tkanek miękkich – uczestnicy dowiedzą się, jak praktyka weryfikuje osiągnięcia naukowe. W czasie interaktywnych wykładów poznają różne propozycje leczenia tych samych przypadków, a w dyskusji być może uda się wyłonić tzw. złoty standard postępowania. Warsztaty praktyczne będą świetną okazją do poznania i przećwiczenia nowych metod regeneracji – a wszystko w gronie światowej sławy wykładowców. DT

AD

Dentysta w profilaktyce nowotworów

Po sukcesie I Konferencji Fundacji „Z uśmiechem przez życie" , która odbyła się w październiku 2011 r. organizatorzy zapraszają do Gdańska na II Konferencję, która przebiegać będzie pod hasłem: „Lekarz dentysta lekarzem pierwszego kontaktu w profilaktyce nowotworowej".

Fundacja do walki z nowotworem jamy ustnej „Z uśmiechem przez życie" organizuje 24. marca br. w godz. 9.30-17.00 w Centrum Konferencyjno-Szkoleniowym Gdańskiego Parku Naukowo-Technologicznego II edycję konferencji poświęconej działalności fundacji oraz wszelkim aspektom związanym z chorobą nowotworową jamy ustnej od jej rozpoznania do leczenia.

Hasło tegorocznej konferencji to: „Lekarz dentysta lekarzem pierwszego kontaktu w profilaktyce nowotworowej jamy ustnej". Przewidziane są wykłady z zakresu periodontologii, stomatologii i onkologii, a wśród poruszanych tematów znajdą się:
– Zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej – wczesna diagnostyka i sposoby leczenia. Pobieranie wycinków do badania histopatologicznego (dr Magdalena Madalińska-Pawelczyk),
– Zmiany o wysokim potencjale transformacji nowotworowej (dr Sebastian Kłosek),
– Choroba popromienna oraz wybrane przykłady protetyki pooperacyjnej (dr Zbigniew Hamererlak),

Uczestnikom konferencji przyznane zostaną punkty edukacyjne. Zapisy oraz szczegółowe informacje uzyskać można na stronie internetowej:
– *www.zusmiechem.org.pl*,
– pod adresem e-mail: info@zusmiechem.org.pl
– lub telefonicznie pod numerem: (22) 351 76 58.

Koszt uczestnictwa w konferencji wynosi 200 zł, a wpłaty należy kierować na konto:
– Fundacja „Z uśmiechem przez życie", Warszawa, ul. Sucha 3,
– nr konta: 10 1240 6175 1111 0010 3822 6415, z dopiskiem „Konferencja".

Dochód z tego przedsięwzięcia w całości zostanie przeznaczony na cele statutowe Fundacji. DT

VIII Kongres PTCHJU

11-12.05.2012 r. w Jachrance pod Warszawą odbędzie się VIII Kongres Polskiego Towarzystwa Chirurgii Jamy Ustnej.

Celem VIII Kongresu PTCHJU jest zachęcenie i przygotowanie jego uczestników do zdania europejskiego egzaminu EBOMFS RQ Assessment i uzyskanie tytułu „Fellow of the EBOMFS".

Wykładowcy rekomendowani przez EACMFS podsumują standardy leczenia w zakresie materiału obowiązującego do egzaminu. Swój przyjazd potwierdzili: Rolf Ewers z Wiednia, Enrico Sesenna z Parmy, Luigi Clauser z Ferrary, a także Sekretarz Generalny EBOMFS/UEMS – Risto Kontio z Helsinek i Prezydent Komitetu Naukowego EBOMFS Joseph Schoenaers z Leuven.

Zgłoszenia na Kongres przyjmowane są przez portal Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego: rejestracja *online* na stronie internetowej *www.portalpts.pl*. Aplikacje do wystąpień ustnych, plakatowych oraz testowego egzaminu próbnego na wzór EBOMFS 12.05.2012 r. należy przesyłać do 15.03.2012 r. na adres: witold@tomkiewicz.eu lub adres organizatora Kongresu:
PRO-FIT ul. Głębocka 54G, lok 45, 03-287 Warszawa. DT

Kompleksowe szkolenie dla początkujących ortodontów

nobeastsofierce /Shutterstock.com

Szkolenia z cyklu „Fundamenty wiedzy i umiejętności", przeznaczone dla ortodontów odbędą się Częstochowie w następujących terminach: 19-20.04., 18-19.05., 15-16.06. i 07-08.09. br. Wykładowcą będzie dr Turi Bassarelli.

Celem kursu jest dostarczenie wyspecjalizowanym lekarzom dentystom podstawowej wiedzy z zakresu ortodoncji. W przeciwieństwie do innych kursów ortodontycznych, to szkolenie nie opisuje ani nie wyróżnia żadnej ortodontycznej techniki leczenia, ale daje możliwość szerokiego zapoznania się z diagnostyką ortodontyczną, planowaniem leczenia i terapią. Kurs składa się z wykładów i ćwiczeń praktycznych dotyczących planowania leczenia, cefalometrii, biologii kości i biomechaniki, metalurgii, a także podstawowych technik „edgewise", „stright wire" i łuku segmentowego.

Pierwsze spotkanie (19-20.04.2012 r.) ma na celu rozwiązanie kwestii, czym jest wada zgryzu i jakie mogą być jej przyczyny, a także czego szukać i na co zwracać uwagę w przypadku wystąpienia wad zgryzu. Zrozumienie tych zagadnień wraz z dokładnym zebraniem właściwych danych, wykonaniem szczegółowych analiz modeli oraz analizy cefalometrycznej i wykonanie precyzyjnej listy problemów to podstawowa wiedza, bez której nie można opracować skutecznego planu leczenia.

Szkolenie w maju (18-19.05.2012 r.) umożliwi nie tylko podniesienie umiejętności uczestników w podejmowaniu decyzji dotyczących planu leczenia, ale także przekazanie podstawowych informacji z dziedziny biologii ruchu zębów i biomechanicznych zasad stosowanych w ortodoncji. Informacje te zostaną uzupełnione o praktyczne ćwiczenia na typodontach.

Spotkanie czerwcowe (15-16.06.2012 r.) koncentrować się będzie na zrozumieniu charakterystyki, właściwości, zalet i wad stosowanych w ortodoncji aparatów i ich elementów, jak np. zamki, łuki i kleszcze. Szeroko analizowane będą procedury klejenia i cementownia, co umożliwi przeprowadzenie podczas ćwiczeń na typodontach tych procedur.

Ostatni etap szkolenia (7-8.09.2012 r.) to omówienie różnych metod leczenia – od wczesnego uzębienie przez późne uzębienie mieszane aż do stałego. Szczegółowo omówione zostaną wszystkie wady zębowe i szkieletowe. DT

Informacje na temat szkolenia oraz zgłoszenia udziału:
Tel.: (34) 366 51 11
ortodoncja@polorto.com.pl
www.sklep.polorto.com.pl

XI Konferencja Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej (PASE)

Pod koniec marca 2012 r. (30-31.03.) w warszawskim hotelu Sheraton odbędzie się XI Konferencja PASE – pierwsza w odnowionej, zmienionej formule Akademii.

Kurhan/Shutterstock.com

„Czerpiemy z dobrych doświadczeń naszych poprzedników, napełniając je nowoczesnymi treściami i światowymi trendami współczesnej stomatologii" – tak XI Konferencję przedstawiają organizatorzy. Zaproszeni wykładowcy – często niedostępni dla większości spotkań stomatologicznych – wezmą udział w PASE, wszystko to dzięki dobrym kontaktom i sympatii dla organizatorów spotkania Polskiej Akademii, którzy podkreślają: „Pragniemy podzielić się tym, co mamy najlepszego i najcenniejszego."

Podczas XI Konferencji PASE wystąpią m.in.: dr Ken Harris – uczeń dr. Koisa – przedstawi zastosowanie filozofii dr. Koisa w praktyce, a także dr Jacinthe Paquette i dr David L. Guichet, dr Marco Nicastro, prof. Francesco Mangani, dr med. dent. Orcan Yüksel oraz dr Peter U. Gehrke. Stronę polską reprezentować będą: dr Krzysztof Chmielewski i dr Tomasz Cegielski.

W przeddzień spotkania, w czwartek 29. marca odbędą się 4 warsztaty (teoretyczne i praktyczne):
- „Poza granicami wirtualnej rzeczywistości" – technologie w implantoprotetyce.
- „Idealna okluzja i wybór materiału do rekonstrukcji to nie wszystko" – zastosowanie filozofii dr. Johna Koisa w codziennej praktyce.
- „Diagnostyka i planowanie zabiegów z wykorzystaniem technik komputerowych, czyli co widać, a czego nie widać w tomografii wolumetrycznej 3D CBCT i jak optymalnie ją wykorzystać".
- „Jak stworzyć naturalnie wyglądającą różową ceramikę" – pokazowa demonstracja: warstwowa technika budowania wewnątrzustnego.

Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne. Szczegółowy program konferencji i informacje organizacyjne znajdują się na stronie internetowej *www.pase2012.pl*, tam też dostępny jest formularz rejestracyjny który można wypełnić *online*. DT

AD

KRAJOWE SYMPOZJUM
OSTEOLOGIA
WARSZAWA
13—14 kwietnia 2012

POD PATRONATEM:
Osteology Foundation

Znakomitym Wykładowcom przewodniczą:
Sekretarz Naukowy Osteology Foundation
Prof. Georg Watzek, Wiedeń
Sekretarz Naukowy Strony Polskiej:
Prof. Marzena Dominiak, Wrocław

NOWE KIERUNKI
w chirurgii regeneracyjnej tkanek miękkich

POPRAWA PRZEWIDYWALNOSCI
w chirurgii regeneracyjnej kości w implantologii

Zaproszeni Wykładowcy:
Wojciech Bednarz, Rudolf Fürhauser, Agnieszka Laskus-Perendyk, Piotr Majewski, Małgorzata Pietruska, Giulio Rasperini, Anton Sculean, Radosław Witkowski, Adam Ziemlewski.

Dodatkowo prowadzenie warsztatów w sesji przedkongresowej zapowiedzieli: Karl-Ludwig Ackermann, Pascal Valentini.

NOWOŚĆ
- INTERAKTYWNE WYKŁADY I PREZENTACJE
- TRANSMISJA INTERNETOWA

szczegóły, ważne informacje, rejestracja:
www.osteologia.pl

PATRONAT MEDIALNY: dti Dental Tribune International
ORGANIZATOR: fmdental® FM PRODUKTY DLA STOMATOLOGII