

8-9 2009

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



**Koszyk pełen,
a jednak pusty**



Spacerują w marzeniach

Dziękuję Czytelnikom za kolorowe pocztówki, zdjęcia i sms-y z urlopowych eskapad po całym świecie. Mam nadzieję, że trochę odpoczęliście, wyprzęgnęci z codziennego szpitalnego kieratu, już to biurokracji, już to medycyny.

„Kuba wyspa jak wulkan gorąca, palma liście obraca do słońca” – piszą do nas, jak w refrenie szlagierowej piosenki, Agata i Robert z Łodzi. Od siebie dodam nieśmiało, że od niedawna miesięczną rację czarnej fasoli na osobę, rzecz jasna na kartki dla mieszkańców tej uroczej wyspy, ograniczono z 10 uncji, do 5, a soli z 333 gramów do 174. Pamiętacie jeszcze 1982 r. w Polsce? Wziąłem wtedy wolny dzień w szpitalu, by wstać o czwartej nad ranem, ustawić się w kolejce, bo mieli właśnie „rzucić” mleko w proszku, a właśnie mieliśmy wówczas zaledwie rocznego synka. Dostałem to mleko... i jeszcze pół kilograma cukierków toffi, bo też je rzucili. Dziś wspominam to jak zły sen, bo choć krowy pasą się już tylko gdzieś niegdyś gromadnie w Holandii, a naszym rolnikom podobno nic się nie opłaca, to mleka w sklepach jest tyle, że moje wnuczęta mogą sobie teraz powybrzydzać do woli. Ale tylko dlatego, że mojemu pokoleniu udało się. A co? No właśnie! Kląnam się nisko wszystkim, także niezłomnym w wierze lekarzom, którym wtedy nie zabrakło odwagi i uporu, aby dziś cieszyć się wolnością.

Ale nie wszystkim lekarzom na świecie poszło z tym tak gracko jak nam. Dzisiejsze doniesienia z Iranu i Chin, Północnej Korei i Kuby, gdzie nierzadko na czele ruchu na rzecz obrony praw człowieka stają lekarze, nie tylko zasmucają i zatrwają, ale wzywają do donośnego krzyku wobec szalejącej tam tyranii, prześladowaniom, torturom, skrytym morderstwom i bezkarności reżimów. Ta sama Kuba, która wabi dziś turystów, jednocześnie wrze i kipi z wulkanu cierpienia ludzi, którzy ośmielają się upomnieć o swą wolność. Zapamiętamy dr. José Luisa García Paneque, więźnia sumienia, skazanego na 24 lata, którego zmuszono do przebywania z pospolicymi zbirami i handlarzami narkotyków, którzy systematycznie bili go do nieprzytomności. Kubańska безпеka (Seguridad de Estado Cubano) daje przywileje pospolicym przestępcom w zamian za prowokowanie, napaści, obelgi, poniżanie więźniów politycznych. Nie zapomnimy, jak dr Oscar Elias Biscet, jeden z weteranów opozycji demokratycznej na Kubie, tracił wzrok w mrocznej celi o najostrzejszym rygorze. 21 lipca 2009 r. „Darsi” Ferrer, inny kubański lekarz i działacz na rzecz praw człowieka, został brutalnie znów pobity, безпеka skonfiskowała u niego... dwa worki cementu i kilka kawałków prętów metalowych, przeznaczonych do remontu jego mieszkania. Wszystko po to, by oskarżyć go o zamach i paserstwo, czyli przechowywanie jakichkolwiek dóbr lub przedmiotów o „nielegalnym” pochodzeniu. Dr Ferrer czeka na wyrok (do 8 lat!) w piekielnym więzieniu Valle Grande w Hawanie, a tymczasem reżim kubański uznał odwiedziny polskiego ambasadora u żony Ferrera za wtrącanie się w wewnętrzne sprawy kraju. No, skąd my to znamy?

Strach przed cierpieniem jest straszniejszy niż samo cierpienie. Kuba Fidela Castro nie nadąża za rzeczywistością, którą ciągle nieudolnie dławi. Dysydenci i opozycjoniści, kontestująca młodzież, w sposób bezkrwawy i niegwałtowny drążą nowe przestrzenie w próchniejącym systemie dyktatury kubańskiej. Portal internetowy „Solidarni z Kubą” jest poświęcony społeczeństwu obywatelskiemu na Wyspie; społeczeństwu, które choć żyje w atmosferze stałego zagrożenia i narastających represji ze strony reżimu, rozwija się mając nadzieję na lepszą przyszłość. Przeczytajcie o tym, co się dzieje na Kubie i, proszę Was, zabierzcie głos w tej sprawie – www.solidarnizkuba.pl ! Chociaż tyle, a może aż tyle!

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Koszyk pełen, a jednak pusty	4-5
Okiem Prezesa	5
Ukryci zwolennicy rynku	6-7
Medycyna przyszłości, przyszłość medycyny	8-9
Tumiwizizm lekarski	10-11
Sięganie do rezerw NFZ	12-14
Lekarzem będę zawsze	16-17
Walka o indeks	18-19
U stomatologów	20-25
O diecie polskiej i śródziemnomorskiej	26-27
Bilans dwudziestolecia	28-31
Kompetencje miękkie lekarzy	35
Przychodzi lekarz do prawnika	34
Fortel pułkownika Strehla	36-37
Lekarski sport	38-42
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	44-46
Książki nadesłane	48-49
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	52-75
Ogłoszenia różne	76-77
Biuletyn NRL	50-51

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

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

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

Koszyk pełen, a jednak pusty

Agnieszka Katrynicz

Jeśli ustawa koszykowa – jak zapewnia minister zdrowia Ewa Kopacz – nie jest krokiem w kierunku współpłacenia pacjentów za leczenie, to po co było ją wprowadzać?

Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia niedawno ukazały się odpowiednie rozporządzenia. Wyliczają one, jakie badania, wizyty lekarskie i operacje będzie refundował NFZ od września. Problem w tym, że lista świadczeń to właściwie proste przepisanie listy procedur, które i tak dziś finansuje NFZ. Nic dziwnego, że Polska Izba Ubezpieczeń (PIU) podsumowała ten projekt krótko: „Nie o taki koszyk chodziło”. Podobnie zareagowała Naczelna Izba Lekarska. – Przy obecnym poziomie finansowania nie jest możliwe zagwarantowanie Polakom opieki zdrowotnej na oczekiwanym przez nich poziomie – mówi Konstanty Radziwiłł, prezes NRL. – Nieograniczony zakres gwarancji mamy na papierze, ale wiele procedur medycznych

jest praktycznie nieosiągalnych, a dla świadczeniodawców oznacza ciągle balansowanie na granicy bankructwa i niepewność, czy otrzymają zapłatę za tzw. nadwykonania.

Także zdaniem Krzysztofa Bukiela, przewodniczącego OZZL, koszyk powinien być jak najmniejszy, trzeba za to wprowadzić szerokie współpłacenie.

Tym bardziej, że przykład Słowacji, gdzie od niedawna obowiązują drobne odpłatności za usługi medyczne, pokazał, jak bardzo pomaga to zlikwidować patologie systemu i racjonalizuje wydatki na ochronę zdrowia. Mało tego – podobny system z powodzeniem działa u nas w stomatologii. Pacjent może leczyć zęby za darmo, ale jeśli chce mieć np. lepszą plombę, musi dopłacić.

Dlatego izba lekarska od lat proponuje wyjęcie z koszyka świadczeń, które nie są niezbędne do ratowania zdrowia i życia, i wprowadzenie współpłacenia za niektóre świadczenia, zwłaszcza te tańsze i wykonywane częściej, co poprawi kondycję finansową zakładów opieki zdrowotnej i poprawi dostęp do świadczeń gwarantowanych.

Czas mija...

Jednak w Polsce ciągle politycy boją się współpłacenia. Widać to było już podczas obrad *Białego szczytu*, kiedy to premier stanowczo stwierdził, że nie będzie sięgać do kieszeni Polaków. Tyle, że historia tworzenia koszyka jest znacznie dłuższa. Zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych wymusił na Sejmie Trybunał Konstytucyjny. W wyroku ze stycznia 2004 r. (sic!) stwierdził niezgodność z Konstytucją ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ. Wskazał na konieczność sprecyzowania zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Kolejni ministrowie zdrowia na różne sposoby próbowali uporać się z tym problemem. Największą pracę wykonano za czasów śp. Zbigniewa Religi, jednak jego następczyni wyrzuciła te opracowania do kosza. – W efekcie ciągle nie możemy się doczekać wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych z prawdziwego zdarzenia. Rząd nie proponuje ani zachęt, ani konkurencji dla NFZ – tłumaczy Jan Prądyński, prezes PIU. W opinii PIU monopol NFZ jest główną przyczyną ciągłego braku pieniędzy na ochronę zdrowia. A to oznacza, że w dalszym ciągu wielomiesięczne kolejki będą rzeczywistością polskich pacjentów.

Jednak nie wszystko

By sprawiedliwości stało się zadość warto przytoczyć te procedury, które w koszyku się nie znalazły. Jeszcze w czasie prac nad ustawą minister zapowiedziała, że poza koszykiem znajdą się m.in. szczerzenia przeciwko grypie, okresowe badania kierowców, operacje plastyczne i większość usług stomatologicznych. To do tej pory także nie było finansowane przez NFZ. Nowością jest usunięcie z koszyka dotychczas refundowanego zabiegu usuwania stulejki, nie ma także mowy o refundowaniu tzw. KAOS (kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) dla chorych na cukrzycę czy HIV. To dziwi, bo od lat lekarze postulują przeniesienie leczenia tych chorych ze szpitali do przychodni – po to, by zmniejszyć koszty tegoż leczenia. W projekcie nie ma też mowy o finansowaniu pobrania np. wątroby, wprowadzenia dwóch (lub więcej) stentów naczyniowych, embolizacji tętniaków wewnętrznych, operacji stawu biodrowego czy też sporej grupy zabiegów wykonywanych techniką laparoskopową/endoskopową.

To oznacza, że chce się zrezygnować z drogich, nowoczesnych procedur, które jednak dają mniejszą liczbę powikłań na rzecz metod przestarzałych i wymagających długich hospitalizacji. I w efekcie droższych.

Musi to dziwić tym bardziej, że opinie o tym, jakie procedury powinny znaleźć się w koszyku (lub z niego wypaść) wydaje Agencja Oceny Technologii Medycznych, w porozumieniu z konsultantami krajowymi, prezesem NFZ i radą konsultacyjną. Jednak ostateczna decyzja należy do ministra zdrowia, co oznacza, że za każdym razem będzie to decyzja polityczna, bo w końcu każdy minister jest politykiem. W dodatku możliwości konstruowania koszyka (czyli dodawania do niego procedur) ogranicza budżet – bo to „pod niego” jest on krojony. Czy naprawdę o taki koszyk świadczeń gwarantowanych chodziło?

Okiem Prezesa



Wakacje mijają. Wracamy do codzienności. Lato jednak, oprócz chwil oddechu, zachwycenia przyrodą i bliskością kochanych osób, obfitowało w istotne wydarzenia w polskim systemie ochrony zdrowia, które zasługują na chwilę refleksji. Tuż przed wakacjami parlament uchwalił nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tzw. koszykową). Wszystko wskazywało na wysokie prawdopodobieństwo zawetowania jej przez Prezydenta. Ku zaskoczeniu wielu obserwatorów Prezydent jednak ustawę 20 lipca podpisał. Okazuje się, że fakt ten zaskoczył najbardziej Ministerstwo Zdrowia, które okazało się nieprzygotowane do wydania w terminie miesiąca szeregu przepisów wykonawczych. A sprawa była niebagatelna, bo chodziło o określenie priorytetów w ochronie zdrowia, a następnie zawartości koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych i ewentualnego współpłacenia za nie. Wydanie takich regulacji tak, aby mogły one obowiązywać od 31 sierpnia było oczywiście niemożliwe. W związku z tym przyjęto (powtarzało się to kilkakrotnie w deklaracjach przedstawicieli kierownictwa Ministerstwa Zdrowia), że mimo wejścia w życie nowych przepisów „nic się nie zmienia” (sic!). Projekty aktów prawnych liczące kilkaset stron i będące fundamentem wypełnienia przez państwo konstytucyjnych zobowiązań wobec obywateli (art. 68 Konstytucji RP) zostały poddane kilkudniowej „konsultacji”. Co gorsza, Agencja Oceny Technologii Medycznych, mająca być podstawowym źródłem oceny zasadności zaliczania świadczeń do koszyka, musiała tego dokonać w stosunku do tysięcy świadczeń także w tak krótkim czasie. Szkoda, że wszystko to tak wygląda, bo idei określenia realnego zakresu gwarancji państwa dostosowanego do możliwości finansowych publicznego systemu oraz wprowadzenia współpłacenia za świadczenia zdrowotne należałoby tylko przyklasnąć. Niestety, tryb wprowadzania zmian i powtarzane zapewnienia o tym, że nadal wszystkim wszystko będzie się należeć za darmo nie pozwalają widzieć w tym projekcie żadnego przełomu. Prawdopodobieństwo, że wszystko pozostanie jak było, jest niestety duże.

Minione wakacje były także czasem rozważań na temat zbliżającej się epidemii świńskiej grypy. Wielu znawców, zwracając uwagę na stosunkowo niską zakaźność oraz małą inwazyjność (łagodne przebiegi) nowego wirusa, nazywa ją epidemią przeziębienia. Mimo to w mediach, zwłaszcza w dniach, kiedy nie ma nic ciekawszego, licznik zachorowań bije, a ilość bzdur, które przy okazji pada, nie ma granic. Faktem jednak jest także, że Polska, w przeciwieństwie do wielu innych krajów, nie posiada jednoznacznych scenariuszy na wypadek katastrof lub masowych zagrożeń zdrowotnych. Powinny to być proste i powszechnie dostępne (także dla zwykłych obywateli) algorytmy postępowania w określonych sytuacjach. Odpowiedzialność za brak takich instrukcji politycy próbują przerzucać na pracowników ochrony zdrowia, a media nieźle żyją z powszechnej niewiedzy.

Ostatnie miesiące to także czas, kiedy coraz większa liczba lekarzy zauważa, że ich wynagrodzenia podstawowe są niższe niż ich młodszych kolegów. Samorząd lekarski od dawna zwracał uwagę, że podniesienie wynagrodzeń lekarzy specjalizujących się jest jednym z warunków zatrzymania ich w Polsce. Dlatego wszyscy cieszyliśmy się, kiedy Ministerstwo Zdrowia ogłosiło podwyżkę wynagrodzeń rezydentów. Niestety, po jej wprowadzeniu w życie okazało się, że wielu nauczycieli zawodu ma pensje niższe od swoich uczniów. Ta niedopuszczalna sytuacja jest możliwa, ponieważ mimo wielu apeli rząd pozostaje głuchy na oczekiwanie ustalenia minimalnych wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów na poziomie 2 średnich miesięcznych wynagrodzeń w przemyśle (dla specjalistów odpowiednio 3 średnich). Zrealizowanie tego postulatu będzie tym trudniejsze, że Premier wycofał się z poparcia dla podwyższenia składki zdrowotnej od 2010 r., co zresztą obiecywał podczas konferencji *Białego szczytu* w 2008 r.

Ukryci zwolennicy rynku



Krzysztof Bukiel

Sluchając – w ostatnich kilkunastu miesiącach – wypowiedzi różnych polityków, w tym lekarzy, na temat rządowych propozycji zmian w ochronie zdrowia można było nabrać przekonania, że w czym, jak w czym, ale w jednym wszystkie partie są zgodne: żadnego rynku w służbie zdrowia być nie może.

foto: Marek Stankiewicz

Niektórzy politycy mówili to wprost, jak np. pan prezydent, przedstawiciele PiS czy przewodniczący SLD, deklarujący: „Wierzę w państwową służbę zdrowia”. Inni (jak poseł Marek Balicki z alternatywnej lewicy) swój sprzeciw wobec rozwiązań rynkowych wyrażali w sposób bardziej zawoalowany, krytykując te elementy systemu, które w istocie decydują o „rynkowości”, jak np. prywatyzacja szpitali, działanie zakładów opieki zdrowotnej „dla zysku”, współpłacenie przez pacjentów za leczenie itp. Co ciekawe również rządząca PO (wraz z koalicyjnym PSL), chociaż z jednej strony przedstawiała swój program jako

„rynkowy”, z drugiej – w praktyce – usuwała z niego wszystkie wspomniane wyżej „kontrowersyjne” a jednocześnie kluczowe dla „rynkowości” elementy. Według rządu miał to być więc „rynek” uregulowany w 100 %, w którym politycy arbitralnie ustala wysokość nakładów na lecnictwo oraz „koszyk” świadczeń dostępnych bezpłatnie, a urzędnik z NFZ-u wyznaczy ceny na te świadczenia i ich limit dla każdego szpitala (co oznacza w istocie roczny budżet zakładu).

Determinacja polityków, aby nie wprowadzać do ochrony zdrowia rozwiązań rynkowych, wydawała się tak głęboka i niewzruszona, że cudem trze-

ba byłoby nazwać jakąkolwiek zmianę w tym zakresie. I oto proszę – cud nastąpił. Stało się to za przyczyną jednego listu OZZL do posłanek i posłów-lekarzy, w którym związek zaproponował, aby wystąpili oni z inicjatywą poselską w sprawie ustawowego określenia minimalnych płac dla lekarzy – przynajmniej na okres przejściowy. Podobną inicjatywę parę lat temu zgłosił również samorząd lekarski.

Nasze uzasadnienie dla tej propozycji było proste: skoro wszystkie najważniejsze parametry finansowe w systemie ochrony zdrowia ustalone są administracyjnie (nakłady na lecnictwo, „koszyk” świadczeń bezpłatnych, ceny usług, limity świadczeń), to trzeba również „sparametryzować” płace. W innym przypadku będą one bowiem przez dyrektorów szpitali dowolnie zaniżane, bo koszt wynagrodzeń jest największym elementem kosztów świadczeń zdrowotnych, a przy tym jest jedynym istotnym, na który dyrektor szpitala ma bezpośredni wpływ. Nasza propozycja ustalenia płac minimalnych była więc – w istocie – reakcją (obronną) na brak mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia, a nie sprzeciwem na te mechanizmy.

Odpowiedź posłów-lekarzy na propozycję OZZL była zaskakująca. Okazało się, że wszyscy oni stali się nagle zwolennikami rozwiązań rynkowych. Uważam, że płace powinien regulować rynek – odpowiedziała dziennikarzom szefowa komisji zdrowia Beata MałECKA-Libera z PO. Poseł Bartosz ArŁukowicz z SLD jest także zwolennikiem mechanizmu rynkowego: Pensja lekarza powinna być pochodną jakości świadczonych przez niego usług. Jeśli jest dobry, powinien zarabiać dużo. Jeśli słaby: mało. Proste. Z kolei wiceminister zdrowia w rządzie PiS Bolesław Piecha i lewicowy szef resortu zdrowia Marek Balicki uznali, że propozycja OZZL jest wręcz niekonstytucyjna,

bo nie można w gospodarce rynkowej ustalać płac minimalnych dla poszczególnych zawodów: Jedyną minimalną płacą w Polsce jest minimum socjalne. O innych gwarancjach ustawowych nie może być mowy – stwierdził poseł Piecha. Warto przypomnieć, że pan dr Piecha, jako wiceminister zdrowia, opowiedział się jednak, po strajkach lekarzy w roku 2006, za ustawową gwarancją 30 % wzrostu płac pracowników służby zdrowia, zamiast za odpowiednim wzrostem wyceny świadczeń dokonywanej przez NFZ, o co postulował OZZL.

Jak ocenić tę nagłą metamorfozę polityków (lekarzy) w ich stosunku do „rynkowości” w ochronie zdrowia? A może to raczej nie metamorfoza, ale ambiwalencja? Aby płace w publicznej służbie zdrowia były rynkowe, rynkowe muszą być też przecież inne elementy systemu, w tym zwłaszcza rynkowe ceny i wolna konkurencja, a tego wszystkiego nie da się wprowadzić przy całkowitej bezpłatności usług, przy limitowaniu świadczeń i arbitralnym ustalaniu cen przez NFZ. Dlaczego więc politycy (lekarze) z różnych partii, opowiadając się za rynkową regulacją płac w ochronie zdrowia, sprze-

ciwiają się jednocześnie urynkowieniu innych elementów systemu? A może – tak naprawdę – są oni rzeczywiście gorącymi zwolennikami rozwiązań rynkowych w ochronie zdrowia? Nie zdradzają się jednak ze swymi poglądami na tych polach, gdzie budziłoby to sprzeciw ich partyjnych szefów i zagrażało doraźnym interesom partii, śmiało natomiast prezentują swoje prorynkowe przekonania w tym zakresie, w którym uzyskali partyjne przyzwolenie. Można powiedzieć: prorynkowe podziemie w Sejmie.

14 sierpnia 2009 r.

REKLAMA

REKLAMA

List OZZL do lekarzy w Polsce

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

od paru miesięcy obowiązują nowe stawki wynagrodzenia zasadniczego lekarzy rezydentów. Są one istotnie wyższe niż dotychczas i stanowią duży krok w kierunku zbliżenia zarobków lekarskich do zarobków innych zawodów porównywalnych wynagradzanych również ze środków publicznych. OZZL i zapewne wszyscy lekarze przyjęli podwyżki płac rezydentów z zadowoleniem. Okazało się jednak, że w wielu przypadkach wynagrodzenia zasadnicze rezydentów są wyższe lub niewiele niższe niż płace specjalistów. To przeczy nie tylko zdrowemu rozsądkowi, ale i zasadom prawa pracy. Teraz powinny zatem wzrosnąć również płace specjalistów, aby zachować właściwe proporcje między wynagrodzeniem „mistrza” (lekarza specjalisty) a „ucznia” (lekarza rezydenta). W związku z powyższym OZZL uznał, że działania w tym kierunku będą priorytetem związku w najbliższych miesiącach.

Elementem tych działań ma być zorganizowanie ogólnopolskiego protestu z udziałem tych szpitali (i innych zakładów opieki zdrowotnej), w których płace specjalistów są niższe lub niewiele wyższe niż płace rezydentów. Preferowanym przez nas sposobem działania będzie wypowiedzenie dotychczasowych umów o pracę przez lekarzy specjalistów i złożenie oferty zatrudnienia na nowych warunkach. Musimy wiedzieć jak wiele jest takich zakładów i czy zatrudnieni w nich lekarze gotowi są do wspólnych działań, bo akcja obejmująca jednocześnie wiele szpitali daje większą szansę powodzenia.

W związku z tym zwracamy się do Was o przesyłanie na adres ZK OZZL (ozzl@ozzl.org.pl) informacji – gdzie, w jakim szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej płace zasadnicze lekarzy specjalistów (także „jedyńkowiczów”) są mniejsze lub niewiele większe od najwyższej płacy lekarza rezydenta. W praktyce chodzi nam o takie miejsca, gdzie płaca zasadnicza lekarza specjalisty nie przekracza 4400 zł. Do końca roku, najprawdopodobniej w listopadzie, zorganizujemy wspólne spotkanie lekarzy – przedstawicieli tych wszystkich zakładów i ZK OZZL, aby opracować metodę i kalendarz wspólnych działań. Także zbliżające się okręgowe zjazdy lekarzy (samorządu lekarskiego) będą dobrą okazją, aby zająć się tą sprawą.

Zarząd Krajowy OZZL

Medycyna przyszłości, przyszłość medycyny

Agnieszka Katrynicz

Polska ciągle odstaje od średniej europejskiej, jeśli chodzi o innowacyjność medycyny. I nic nie zapowiada, że w najbliższym czasie się to zmieni.

Polsce daleko w zakresie innowacyjności do Japonii lub Stanów Zjednoczonych. Przyczyną nie jest zły poziom edukacji, ale brak połączenia na styku nauka-praktyka. We wdrażaniu innowacji nie pomaga także duży stopień sformalizowania procedur.

Unia stawia na medycynę

– Jeszcze nie tak dawno temu, bo w połowie XX w., od innowacyjności zależało 50 proc. PKB. Obecnie to już niemal 90 proc. To jeden z powodów, dla których Unia Europejska w perspektywie finansowej na lata 2007-2013 zwiększyła pulę środków na badania z 19 do 54 mld euro – mówi prof. Jerzy Buzek, były premier, dziś przewodniczący Parlamentu Europejskiego, podkreślając jednocześnie, że najwięcej skorzysta na tym medycyna, skupiająca najważniejsze osiągnięcia nauki w rozwoju nowych technologii medycznych, technik diagnostycznych i profilaktyki zdrowotnej. Jednak brak pieniędzy to nie jedyny hamulec nauki. Zdaniem Jakuba Szulca, wiceministra zdrowia, główny problem to... sami uczeni. – W ciągu ostatnich dziesięciu lat finansowanie wzrosło dwukrotnie, ale jakoś nowych rozwiązań nie widać. To najlepszy dowód, że nauka to przede wszystkim sposób organizacji i myślenia. Oczekiwanie wobec tego systemu są przestarzałe, trzeba zmienić sposób podejścia – mówi wprost.

Kajetany potwierdzają

Potwierdzeniem słów wiceministra są osiągnięcia zespołu prof. Henryka Skarżyńskiego, dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w podwarszawskich Kajetanach. To bodaj najprężniejszy ośrodek naukowy w Polsce. W ciągu ostatnich dziesięciu lat w placówce udało się opracować i doprowadzić do szerokiego zastosowania kilkadziesiąt nowatorskich rozwiązań. Warto wymienić choćby niektóre. Prof. Skarżyński opracował program leczenia całkowitej głuchoty za pomocą implantów ślimakowych, zainicjował program leczenia całkowitej głuchoty i zmian nowotworowych za pomocą implantów wszczepianych do pnia mózgu oraz program wczesnego wykrywania uszkodzeń słuchu u noworodków i niemowląt. Dziś test otoemisji akustycznej jest jednym z podstawowych badań przesiewowych i obejmuje niemal wszystkie noworodki w Polsce.

W ubiegłym roku zespół w Kajetanach przełamał kolejną barierę w implantologii – w Instytucie został zoperowany

pierwszy w świecie pacjent, u którego dokonano obustronnego wszczepienia implantów do pnia mózgu. Projekty te wielokrotnie nagradzane złotymi medalami na arenie międzynarodowej służą dziś milionom pacjentów i samemu instytutowi.

– Rezultaty naszych innowacji mówią same za siebie: czterokrotnie obniżyliśmy bezpośrednie koszty operacyjne, a efekty ekonomiczne wzrosły o 70 proc. – wyjaśnia prof. Skarżyński. – Co nie oznacza, że było łatwo. Wręcz odwrotnie. Rola innowatora należy w Polsce do najtrudniejszych. Resortowi zdrowia jestem wdzięczny, że przynajmniej nie przeszkadzał. Jeśli chodzi o resort nauki, mam poczucie, że gdyby nasze projekty oceniali kompetentni urzędnicy, ludzie odpowiednio przygotowani merytorycznie, finansowanie byłoby o wiele lepsze.

W Kajetanach udało się m. in. stworzyć programy internetowe „Słysz, mówię, widzę”, z którymi zetknęło się ok. 16 mln osób z 63 krajów świata. Dzięki urzędzeniu Kuba Mikro możliwe było rozpoczęcie w pięciu ośrodkach w Polsce przesiewowych badań słuchu u noworodków. Badania pilotażowe rozpoczęto już także na Białorusi i Ukrainie. Aparat Kuba Mikro AS doskonale zdaje egzamin w masowych badaniach słuchu u dzieci w wieku szkolnym. Dotychczas objęto nimi ok. 150 tys. uczniów od 7 do 12 lat ze wschodnich województw Polski. – Kolejną ważną innowacją były materiały alloplastyczne w otolaryngologii – wymienia prof. Henryk Skarżyński. – Znajdują one zastosowanie w przypadku ponad 15 tys. procedur otolaryngicznych rocznie. Dzięki nim jesteśmy w stanie wykonać kilkanaście tysięcy takich zabiegów więcej niż wiodące amerykańskie kliniki. Na liście innowacyjnych osiągnięć zespołu w Kajetanach znajduje się także system dopasowania implantu słuchowego (obecnie w kraju powstaje sieć specjalnych ośrodków) oraz SRA – nowa elektroda do leczenia głuchoty. Premiera tego najnowszego projektu odbyła się w maju br.

Nie zawsze kolorowo

Jednak wiele ekspertów podkreśla, że prof. Skarżyńskiemu pomaga jego sława i to, że jest jedynym takim ośrodkiem nie tylko w Polsce, ale i Europie Środkowo-Wschodniej. Inni już tak łatwo nie mają. – Opracowaliśmy bardzo dobry program zapobiegania nowotworom piersi u kobiet – wystarczy badanie genetyczne, które kosztuje 50 euro, jednak nie możemy go wdrożyć na większą skalę, bo ciągle trafiamy na mur niezrozumienia – mówi prof. Jan Lubiński z Ośrodka Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiej Akademii Nauk. Jego zespół jako pierwszy na świecie wykazał, że skłonności genetyczne predysponują do wszystkich typów raków, udało się również udowodnić, że stary lek – cisplatyna, kosztujący jedynie 3 euro, leczący raka piersi spowodowanego genem BRCA1 aż u 83 proc. pacjentek. Tymczasem mutacje w tym właśnie genie odpowiadają za zdecydowaną większość nowotworów piersi w Polsce.

– Innowacja potrafi przełożyć się na zyski. Na świecie powstają firmy zwane *spin-off*, zajmujące się innowacyjnością. W Polsce jest to wciąż nowością. Dodatkowo innowatorzy napotykają trudności, bo panuje u nas brak szacunku dla merytoryczności. I to na każdym poziomie – ministerstwa, płatnika itp. O projektach decydują ludzie, którzy sami nigdy nie mieli żadnego wdrożenia – twierdzi prof. Lubiński.

Podobnego zdania jest dr Tomasz Ciach z Laboratorium Inżynierii Biomedycznej Politechniki Warszawskiej, który opracował cewnik ze specjalnym pokryciem ułatwiającym wprowadzanie i zapobiegającym „rośnięciu” bakterii. – Cewniki sprzedają się doskonale, ale... w Niemczech – komentuje naukowiec. – Polski pacjent dalej się męczy, ponieważ nowy cewnik jest o 2-3 proc. droższy. Dlatego przegrywa w szpitalnych przetargach, w których jedynym kryterium wyboru jest cena.

Dziełem zespołu dr. Ciacha są również aktywne implanty elektroniczne, sztuczne „gruczoły wydzielania wewnętrzne” dozujące leki. Urządzenie pobiera wodę ze śliny, przyrządza roztwór leku i wstrzykuje go do błon śluzowych policzka. Specyfik podany tą drogą ma 100-procentową biodostępność. Implant zajmuje (na razie) tyle miejsca, ile dwa zęby trzonowe. W przyszłości będzie dwukrotnie mniejszy. Komunikuje się poprzez system telefonii komórkowej z lekarzem, który opiekuje się pacjentem i czuwa nad dozowaniem leku.

Dr Ciach ma już plany na najbliższe lata. Chce poświęcić się badaniom nad nowym lekiem do stentów wieńcowych, ale przede wszystkim medycynie regeneracyjnej kości, chrząstki i naczyń krwionośnych. Wie jedno: łatwo nie będzie.

– Ograniczeń w pracy badawczej jest wiele, ale najbardziej przeszkadzają warunki finansowania i biurokracja – nie ukrywa Tomasz Ciach. – Kiedy dostaję projekt unijny i idę z nim do dziekana, okazuje się, że muszę zrezygnować z całego przedsięwzięcia, ponieważ uczelnia nie ma pieniędzy na zapłacenie podatku VAT. Inne kraje europejskie potrafiły zorganizować sprawy tak, że ośrodki naukowe VAT-u nie płacą. W Polsce pilnuje się rygorystycznie, żeby koniecznie zapłaciły, czasem nawet dwa razy. Kolejna kłoda pod nogami to biurokracja. Urzędnicy na wysokich stanowiskach ministerialnych nie chcą podpisywać wniosków badawczych. Nie mają odpowiednich kompetencji, aby je ocenić i boją się odpowiedzialności. Problemem są także polskie środowiska biznesowe. Biznes na całym świecie z oczywistych powodów wspiera innowacyjność, przyjmując przy tym do wiadomości, że zainwestowane pieniądze nie zwrócą się z nawiązką jutro, ale za kilka lat. Nasi przedsiębiorcy wydają się tego nie rozumieć. Chcą zarobić w ciągu dwóch tygodni, a najdalej miesiąca. A tego obiecać nie mogę – mówi z rozżaleniem.

Winni uczestnicy?

Jacek Paszkiewicz, prezes NFZ, nie zgodził się ze stwierdzeniem, że resort zdrowia i NFZ nie wspierają nowych projektów. Jego zdaniem po prostu nie wszystkie nowe technologie powinny być finansowane z funduszy publicznych. Wiele z nich, wbrew słowom ich twórców, nie ma bowiem charakteru innowacyjnego. O tym, na które projekty przeznaczyć pieniądze, powinno decydować ministerstwo. Na Zachodzie istnieją organizacje zajmujące się śledzeniem nowych technologii medycznych, by w porę wychwycić najbardziej obiecujące. Dzięki temu można zapewnić fundusze niezbędne do wsparcia najlepszych technologii. W Polsce taki system nie istnieje. Nie ma także na tyle bogatych przedsiębiorstw prywatnych, które mogłyby z własnych środków wesprzeć naukowców.

Dlatego wiceminister Szulc nie ma wątpliwości: ochrona zdrowia potrzebuje zmian także w części, która odpowiada za innowacyjność w medycynie. – W ciągu ostatnich dwudziestu lat nie udało się wypracować jasnych reguł finansowania badań klinicznych, w efekcie czego jeden naukowiec potrafi ich prowadzić i 60 w ciągu roku – podkreśla wiceminister. – To tylko jeden z przykładów, który pokazuje, jak wiele jest do zrobienia.

Warto także pamiętać, że choć wynalazki od lat pojawiają się na świecie, zapotrzebowanie na nie jest wciąż olbrzymie i nigdy się nie skończy, zwłaszcza w medycynie. Nadal co piąty mieszkaniec Europy umiera przedwcześnie, co czwarty przypadek zgonu na świecie spowodowany jest chorobą zakaźną. Tylko w Europie 20 mln osób cierpi z powodu schorzeń rzadkich, wciąż narasta oporność na leczenie, a dotychczasowe terapie nie gwarantują bezpieczeństwa. Dlatego z nadzieją medycy patrzą na terapie celowane, badania genetyczne i biotechnologie. Tylko czy Polskę będzie na to stać?

Tumiwisizm lekarski

Ryszard Kijak



foto: Marek Stankiewicz

Jednym z modnych wśród lekarzy tematów do narzekań jest samorząd lekarski. Że izba niewiele robi dla środowiska, a jak już coś robi, to zaraz sknoci. Że tylko zdziera składki, a w zamian nic nie daje. Że nie walczy, nie staje w obronie, nie załatwia podwyżek wynagrodzeń, nie ułatwia robienia specjalizacji, nie płaci za kursy itd. itp. Że jest to towarzystwo wzajemnej adoracji, bo kręcą się tam ciągle te same osoby. Jakby wszyscy zapomnieli, że izba jest dokładnie taka, jak jej szeregowi członkowie.

Co do izb lekarskich to mam o nich takie samo zdanie jak większość. Są jedynie zainteresowane składkami. I tylko tyle! Więc po co się w to angażować? A w izbach siedzi towarzystwo wzajemnej adoracji. Dziś ja, jutro ty i tak dalej. Obserwuję to od początku ich powstania. Początkowo próbowałem uczestniczyć w ich pracy, ale to było ponad moje siły. Dajmy z tym spokój, a właściwie to ja sobie dałem i jest mi z tym dobrze – napisał do mnie mój przyjaciel w odpowiedzi na dokonaną przeze mnie próbę agitacji na rzecz korporacji.

Łapanka

Aby jednak móc autorytatywnie stwierdzić, czym faktycznie zajmuje się izba lekarska i czy rzeczywiście jej działacze obijają się czy nie, najlepiej byłoby sprawdzić to od środka, czyli włączyć się samemu w ich szeregi. Na to jednak nie ma chętnych. Zbyt duża fatyga.

Ci, którzy dają się wybrać w organizowanych co cztery lata kampaniach, często są aktualnymi funkcyjnymi. Nie boją się podjąć kolejnego zadania, bo znają sprawę i wiedzą, że podołają. Natomiast większość nowych przedstawicieli pochodzi z łapanek. Rzadko kiedy na pytanie „Kto chciałby zostać delegatem na zjazd okręgowy, aby reprezentować nasze interesy?” ktoś wstaje i dobrowolnie zgłasza swój akces. Nowi – albo ulegają namowom kolegów, albo poddają się presji czasu: „Jeśli ktoś jeszcze się nie zgłosi, to nie skończymy zebrania wyborczego”.

O ile oczywiście takie zebranie uda się zorganizować i uzyskać kworum. W tym celu okręgowa komisja wyborcza tworzy rejony wyborcze. Następnie – dla poszczególnych rejonów – wyznacza

się obserwatorów. Ci muszą zapoznać się dokładnie z regulaminem wyborów i z obowiązującymi dokumentami, muszą też poszukać kandydatów na przewodniczących zebrań oraz zaznaczyć ich z tematem. Wówczas ustalane są daty i miejsca zebrań wyborczych, o czym wszyscy lekarze dowiadują się z pism wysyłanych do ich domów.

BHP i GTW

Co się dzieje dalej – opiszę na przykładzie mojego rejonu wyborczego (Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku – pion zabiegowy), gdzie zostałem kandydatem na prowadzącego zebranie. Załatwiłem salę, termin, godzinę, wszyscy zainteresowani otrzymali powiadomienia. 23 czerwca. Niedobrze. Egzaminy, konferencje, kursy, a przede wszystkim – urlopy. Jednak wcześniej nie było wolnego pomieszczenia.

Powstało więc pytanie: Czy spośród 156 figurujących na liście członków znajdzie się przynajmniej 31 „sprawiedliwych”, potrzebnych do osiągnięcia 20-procentowego kworum, których przyprowadzi na zebranie wyłącznie poczucie obowiązku? Jak się przekonałem wcześniej, na to nie ma co liczyć. Przez całe lata dziewięćdziesiąte nasz pion zabiegowy nie miał swoich delegatów, bo spontanicznie nigdy nie zebrała się wymagana liczba uczestników.

Sytuacja zmieniła się dopiero osiem lat temu, gdy całkiem przypadkowo zebranie wyborcze zaczęło się tuż po kursie BHP, obowiązkowym dla lekarzy. Zaraz po zakończeniu kursu drzwi sali wykładowej zostały zamknięte na głucho, wyjść mogli jedynie ci, których nie było w spisie. Pozostałym zwrócono wolność dopiero po oddaniu głosu. I w ten oto sposób, po wielu latach,

dzięki BHP, mogłem po raz pierwszy zostać delegatem na zjazd okręgowy, gdzie powierzono mi funkcję członka ORL (z siedzibą w Białymstoku) i delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy, na którym zresztą kandydowałem nawet na prezesa NRL, ale wtedy Konstanty Radziwiłł otrzymał trochę więcej głosów i wygrał.

Zaś cztery lata temu frekwencję zapewniła w moim rejonie pewna „grupa trzymająca władzę”, która postanowiła zrobić „skok na izbę”, w związku z czym wydała uzależnionym od niej lekarzom nakaz udania się na zebranie, z karteczką zawierającą zestaw pięciu nazwisk, które należało zgłosić i głosować na nie. O ile pierwsza część planu „gtw” (zapewnienie obecności) wypadła znakomicie, to już druga (swoi ludzie) – nie tak bardzo, czego jestem najlepszym przykładem, bo pomimo że mojego nazwiska nie było wśród preferowanych, to zostałem zgłoszony z sali i bez żadnych problemów uzyskałem wymaganą liczbę głosów, dzięki czemu zostałem później nie tylko członkiem ORL (z siedzibą w Białymstoku), ale i NRL (z siedzibą w Warszawie).

Molestowanie

W tegorocznej turze wyborów szło mi jednak nie tyle o to, czy mnie wybiorą czy nie, ale o to, czy bez pomocy BHP lub „grupy trzymającej władzę” uda mi się w ogóle zorganizować zebranie wyborcze. Bo tym razem, jak sprawdziłem, ani jedna, ani druga możliwość nie wchodziła w rachubę: komórka BHP kogo miała wyszkolić, to wyszkoliła, a następcy starej „gtw” nie przejawili najmniejszej ochoty do opanowania izby, niestety.

Można by było zastosować wersję dyrektorską, która sprawdziła się

w niektórych rejonach: dyrektor wydaje rozkaz, wszyscy idą na wybory izbowe. Ale ponieważ w szpitalach klinicznych kierownicy klinik i lekarze uniwersyteccy są w zasadzie niezależni od dyrektora, droga ta odpadała. Nawet więc nie zgłosiłem mu takiej propozycji.

A pójsie na żywioł z pewnością skończyłoby się fiaskiem. Postanowiłem zatem zastosować metodę peregrynacji i na tydzień przed wyborami zacząłem odwiedzać dyżurki, molestując znajomych w sprawie wyborów. Każdemu wręczałem „kartkę-przypominalkę”, niektórych prosiłem o pomoc w przeprowadzeniu zebrania. Chodziło o kandydatów na funkcje sekretarza i członków komisji mandatowej oraz skrutacyjnej. Pytałem też, kto zechciałby zostać delegatem. Spośród około osiemdziesięciu osób, z którymi udało mi się porozmawiać, wyłoniłem osoby, które zgodziły się obsadzić wszystkie funkcje potrzebne do przeprowadzenia wyborów (nikt z nich nie zawiódł!) oraz czterech ewentualnych pretendentów na delegatów (przy pięciu mandatach do obsadzenia).

Poza tymi, którzy mieli zaplanowane urlopy albo inne zajęcia, około pół setki lekarzy obiecało, że przyjdą na pewno. Wydawało mi się, że to dobry wynik, jak na konieczność zgromadzenia 31-osobowego kworum, zważywszy, iż przecież każdy dostał zawiadomienie do domu i powinien zjawić się nawet bez przypominania z mojej strony. Ale to mi się tylko tak wydawało.

Obiecanki

No i nadszedł dzień wyborów. Sprawdziłem sytuację na bloku operacyjnym. Okazało się, że kierownicy klinik zabiegowych, których prosiłem o dostosowanie, w miarę możliwości, planów zabiegów, spisali się na medal i poszli na rękę. O wyznaczonej godzinie prawie wszystkie sale operacyjne były puste. Mimo to, idąc na salę wykładową, gdzie miało się odbyć zebranie, byłem pełen niepokoju. I słusznie, jak się rychło przekonałem. Zastałem tam bowiem raptem... 17 osób! Na 156 członków rejonu i na 50, którzy obiecali mi, że na pewno przyjdą.

A gdzie pozostali!? Ani na sali operacyjnej, ani na sali wyborczej... Tak to właśnie wygląda zainteresowanie izbą, wyborami i tak właśnie wygląda realizacja składanych bezpośrednio obietnic.

Dobrze jednak, że się od razu nie rozszliśmy. Po prawie trzech kwadransach oczekiwania liczba wyborców jakimś cudem podwoiła się, dotarli koledzy, którzy nie mogli przybyć wcześniej, a kilku zostało ściągniętych telefonicznie.

Nawiasem mówiąc, najbardziej zawiódł kliniki transplantologii i kardiologii, z których nie pojawił się nikt. Pojedynczy lekarze trafili się z laryngologii i torakochirurgii, zenująco mało liczebną (mimo zobowiązań) reprezentację wystawili ginekolodzy i położnicy. Spośród chirurgów – z pierwszej kliniki przybył tylko jeden, z drugiej – każdy, kto się zadeklarował. Największą frekwencję zrobili anestezjolodzy, ortopedzi, neurochirurdzy i urolodzy. Chwała wszystkim, którzy przyszli.

Szansa dla kwę kaczy

Gdy już znalazło się kworum, a wskaźnik liczby obecnych członków osiągnął 22 procent (przy wymaganych 20), komisje były tak przygotowane, że cała reszta odbyła się zaledwie w 25 minut. Najdłużej trwało wyłanianie piątego delegata. Wszyscy opędzali się przed tym zaszczytem jak od muchy gnojki. Pewien chirurg stwierdził, że się zgodzi, ale dopiero za cztery lata, w następnych wyborach, gdy już będzie bardziej znany. I nie było takiej siły, aby go namówić, by skrócił swój okres adaptacji o tyleż samo. Nie dał się też przekonać, że już jest znany. Choć to prawda.

Wreszcie jeden z czujnych uczestników wykrył w gronie zebranych obecność kolegi charakteryzującego się dość dużą nieśmiałością i wskazał go publicznie, a wyborcy tak go zagadali, że ten wreszcie dla świętego spokoju wyraził zgodę na swoją kandydaturę, czym uszczęśliwił P.T. gremium, które przez cały czas zebrania siedziało na sali jak na świeżo położonym, miękkim, gorącym i śmierdzącym asfalcie. Zaraz po tym fakcie wypełniono karty do głosowania i wszyscy z wielką ulgą hurmem opuścili w popłochu pomieszczenie, nie czekając nawet na ogłoszenie wyników.

Tak więc jeśli chodzi o tych, co kwękają i narzekają (a dotyczy to przecież nie tylko mojego rejonu wyborczego), to stracili oni kolejną okazję, aby swoim przykładem pokazać, jak chcieliby, aby działał samorząd lekarski. Tym samym zapewnili sobie kolejne cztery lata spokojnego, radosnego, aczkolwiek bezproduktywnego kwękania.

Sięganie do rezerw NFZ

Wojciech Marquardt



Samorząd zawodowy lekarzy, parlamentarzyści i organizacje zrzeszające świadczeniodawców apelują do NFZ o przeznaczenie części środków zgromadzonych na funduszu zapasowym z wyników finansowych za lata 2005-2007 oraz wyniku finansowego za 2008 r. na zwiększenie planu kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2009 r. w celu zapłaty za świadczenia ponadlimitowe w 2009 r.

foto: Marek Stankiewicz

Jeśli chodzi o zapłatę za świadczenia tzw. ponadlimitowe Fundusz wyjaśnia, że zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. W związku z tym, co do zasady, świadczenia są finansowane przez NFZ do wysokości limitów określonych umową. Natomiast możliwość sfinansowania dodatkowych świadczeń zrealizowanych ponad limit określony umową może być rozważana w konkretnej sytuacji, wynikającej m.in. z dysponowania przez NFZ dodatkowymi środkami finansowymi.

Z przepisów ustawy dotyczących gospodarki finansowej NFZ wynika, że plan finansowy NFZ powinien być zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów, a łączna suma zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych w planie finansowym Funduszu.

Kłopoty ze zrównoważeniem bieżących finansów

W pierwszym półroczu 2009 r. wiele zakładów opieki zdrowotnej wykonało świadczenia zdrowotne ponad limit określony w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oczekują więc zapłaty za wykonane świadczenia.

W poprzednich latach NFZ nie wydawał wszystkich pieniędzy, jakimi dysponował. Fundusz zbudował sobie spory kapitał zapasowy, który obecnie wynosi 2,793 mld zł. Wynik finansowy za 2008 r. podniesie wartość funduszu zapasowego o kolejne 1,152 mld zł.

Wartość świadczeń ponadlimitowych wynikająca z zawartych umów w okresie styczeń-maj 2009 r., po skompensowaniu z wartością świadczeń niewykonanych w tym okresie, wynosi ok. 911 076 tys. zł.

Czy prezes NFZ zdecyduje się na przeznaczenie funduszu zapasowego na podwyższenie kosztów świadczeń wykonanych w 2009 r., czy będzie chciał skorzystać z tych środków w kolejnych trudnych latach?

Obecnie NFZ ma kłopoty ze zrównoważeniem bieżących finansów. Problemy finansowe to mniej składek ubezpieczeniowych, niż zapisano w planie finansowym. Ubytek za 6 miesięcy sięga ponad 700 mln zł. Dodatkowo wyższe od zakładanych są wydatki na refundację leków oraz na podstawową opiekę zdrowotną. Jeśli wydatki na leki w aptekach będą rosły z takim samym natężeniem jak dotąd, to do końca roku może na nie zabraknąć kolejnych 600 mln zł. Przewidywane wykonanie kosztów NFZ różnić się będzie od kosztów zaplanowanych o 1,7 mld zł. Tyle zabraknie pieniędzy w budżecie 2009 r.

Aby zrównoważyć bilans, należałoby: podnieść składkę zdrowotną (nie ma na to zgody premiera), uzyskać dodatkowe przychody z innych źródeł (nie ma takiej perspektywy), obniżyć koszty świadczeń zdrowotnych (świadczeniodawcy

dostaliby mniej pieniędzy), sięgnąć do rezerw funduszu lub zaciągnąć kredyt. Jak wybrnie z tej sytuacji Fundusz, jaką wybierze strategię?

W pierwotnym planie finansowym z 18 czerwca NFZ przewidywał zbyt optymistycznie przychody, obecnie może mieć poważne kłopoty z realizacją planu, zarówno po stronie przychodów, jak i kosztów.

Od 2009 r. minister zdrowia przerzuciła na NFZ koszty przeszczepów, za które dotychczas płacił resort zdrowia. NFZ zapłaci 123 mln zł, o 20 mln zł więcej niż zapłaciłby resort. Dodatkowe wydatki pociągnęły też decyzje o leczeniu rzadkich chorób genetycznych – 50 mln zł i hemofilii – ok. 100 mln zł. Fundusz nie może się również doczekać zwrotu należności z budżetu państwa. Za opiekę medyczną nad nieubezpieczonymi dziećmi, kobietami w ciąży, osobami uzależnionymi Ministerstwo Zdrowia zalega 105 mln zł.

W celu dotrzymania bezpieczeństwa planu finansowego NFZ na 2009 r. prezes NFZ wystąpił do ministrów zdrowia i finansów z wnioskiem o pozytywne zaopiniowanie uruchomienia w trybie art. 124 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych rezerwy ogólnej, w wysokości 542 728 tys. zł, z przeznaczeniem na pokrycie niedoboru przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych za pośrednictwem KRUS. Po uruchomieniu rezerwy ogólnej prognozowany niedobór środków ze składek na ubezpieczenie w planie 2009 r. może wynieść ok. 1 246 913 tys. zł.

30 lipca br. Rada NFZ, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia oraz ministra finansów, zdecydowała o przeznaczeniu 1152117055,64 zł (zawierzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r.) na fundusz zapasowy w celu zwiększenia planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r.

4 sierpnia prezes NFZ podpisał zarządzenie, na mocy którego ponad 1,151 mld zł pochodzące z zysku za 2008 r. przeznaczone na pokrycie m.in. kosztów zwiększonej refundacji leków, lecznictwa szpitalnego i podstawowej opieki. Środkami tymi dysponują obecnie dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu, co stwarza warunki do zwiększenia finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach. Obecnie w budżecie NFZ na 2009 r. nie ma środków pozwalających na sfinansowanie kosztów świadczeń ponadlimitowych (powyżej kosztów określonych w rezerwach zawartych umowach).

Dodatni wynik finansowy za 2008 r. (zysk) NFZ – 1,15 mld – zostanie podzielony na finansowanie: POZ (429 mln zł), leczenia szpitalnego (356 mln zł), refundacji leków (315 mln zł).

W rezerwach pozostaje jeszcze około 2,5 mld zł. Fundusz szacuje, że w przyszłym roku do jego budżetu trafi o 2 mld zł mniej niż w tym. Na pokrycie braku NFZ w 2010 r. prezes NFZ zamierza wziąć pieniądze z rezerwy. W 2011 r. przychody Funduszu też będą niższe. Aby to zrównoważyć, wykorzystane zostaną ostatnie środki z tej puli.

Problemy z ustaleniem kosztów

Na podstawie prognozy przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne na 2009 r. sporządzana jest prognoza przychodów na lata 2010-2012. W stosunku do pierwotnego planu finansowego na 2009 r. prognoza wskazuje na możliwość przeszacowania przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne o kwotę ok. 1 789 641 tys. zł.

Wyznaczone w prognozie 2010-2011 przychody nie pozwalają zabezpieczyć środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich NFZ na poziomie planu finansowego na 2009 r., tj. 53 489 067 tys. zł, przy czym dla 2010 r. nie pozwalają na wypełnienie dyspozycji wynikającej z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych, tj. zasady, że planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki na rok następny nie mogą być niższe niż koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym.

Prognozowane nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich w latach 2010-2011 wynikające z prognozy na lata 2010-2012 wynoszą: 51 432 835 tys. zł w 2010 r. i 53 132 318 tys. zł w 2011 r.

W związku z problemami w ustaleniu odpowiednich nakładów w oddziałach wojewódzkich w latach 2010-2011 kluczowe dla gospodarki finansowej NFZ będzie rozdysponowanie środków zgromadzonych na funduszu zapasowym.

Narodowy Fundusz Zdrowia rozważał kilka wariantów sposobu podziału środków zgromadzonych na funduszu zapasowym z wyników finansowych za lata 2005-2007 oraz wyniku finansowego za 2008 r.:

Wariant 1

1. Zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu w latach 2009-2010 łącznie o 3 885 363 tys. zł, w tym:

- a. zwiększenie w 2009 r. w stosunku do obecnie obowiązującego planu finansowego o 1 152 117 tys. zł (wynik finansowy za 2008 r.),
- b. zwiększenie w 2010 r. w stosunku do nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu wynikających z „Prognozy przychodów na lata 2010-2012” – o 2 733 246 tys. zł (fundusz zapasowy z wyników finansowych za lata 2005-2007).

Wariant 2

1. Wyrównanie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu w latach 2009-2010 łącznie o 3 885 363 tys. zł do poziomu 54 403 633 tys. zł,

- a. zwiększenie w 2009 r. w stosunku do obecnie obowiązującego planu finansowego o 914 565 tys. zł,
- b. zwiększenie w 2010 r. w stosunku do nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu wynikających z „Prognozy przychodów na lata 2010-2012” – o 2 970 798 tys. zł.

dokończenie na str. 14

Sięganie do rezerw NFZ

dokończenie ze str. 13

Wariant 3

1. Wyrównanie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu w latach 2009-2011 łącznie o 3 885 363 tys. zł do poziomu 53 979 861 tys. zł, w tym:
- a. zwiększenie w 2009 r. w stosunku do obecnie obowiązującego planu finansowego o 490 794 tys. zł,
 - b. zwiększenie w 2010 r. w stosunku do nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu wynikających z „Prognozy przychodów na lata 2010-2012” – o 2 547 026 tys. zł,
 - c. zwiększenie w 2011 r. w stosunku do nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu wynikających z „Prognozy przychodów na lata 2010-2012”.

Wariant 4

1. Pokrycie niedoboru środków w planie finansowym na 2009 r. – w wysokości 1 246 913 tys. zł.
2. Wyrównanie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu w latach 2009-2010 łącznie o 2 638 450 tys. zł do poziomu 53 780 176 tys. zł, w tym:
- a. zwiększenie w 2009 r. w stosunku do obecnie obowiązującego planu finansowego o 291 109 tys. zł,
 - b. zwiększenie w 2010 r. w stosunku do nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu wynikających z „Prognozy przychodów na lata 2010-2012” – o 2 347 341 tys. zł.

Wariant 5

1. Pokrycie niedoboru środków w planie finansowym na 2009 r. w wysokości 1 246 913 tys. zł.
2. Wyrównanie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu w latach 2009-2011 łącznie o 2 638 450 tys. zł do poziomu 53 564 223 tys. zł, w tym:
- a. zwiększenie w 2009 r. w stosunku do obecnie obowiązującego planu finansowego o 75 156 tys. zł,
 - b. zwiększenie w 2010 r. w stosunku do nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu wynikających z „Prognozy przychodów na lata 2010-2012” – o 2 131 388 tys. zł,
 - c. zwiększenie w 2011 r. w stosunku do nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu wynikających z „Prognozy przychodów na lata 2010-2012” – o 431 906 tys. zł.

Tabela 1 prezentuje wysokość prognozowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich w latach 2009-2011 z uwzględnieniem wariantów podziału środków zgromadzonych na funduszu zapasowym z wyników finansowych za lata 2005-2007 oraz wyniku finansowego za 2008 r.

W przypadku podziału środków zgromadzonych na funduszu zapasowym z wyników finansowych za lata 2005-2007 oraz wyniku finansowego za 2008 r. zgodnie z wariantem 1, 2, 3 nie pozwala na wypełnienie dyspozycji wynikającej z art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w odniesieniu do planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2011 r. bez podniesienia składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Obecnie obowiązujące przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie określają trybu zwiększenia planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu o wysokość środków zgromadzonych na funduszu zapasowym poza planem roku, w którym Rada Funduszu dokonuje podziału zysku netto za rok poprzedni (art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) i stanowią, że plan pierwotny tworzony przez prezesa Funduszu na rok następny musi być zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów (art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

23 lipca 2009 r. Rada NFZ, po rozpatrzeniu wniosku prezesa NFZ z 15 lipca 2009 r., pozytywnie zaopiniowała projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r. Przychody zostały zaplanowane w wysokości 53 156 228 000 zł (w tym składka od ZUS 49,75 mld zł, składka od KRUS 3,4 mld zł, dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego 1,73 mld zł).

Biorąc pod uwagę prognozowane zmniejszenie w roku 2010 przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne w porównaniu do przychodów z tego tytułu ujętych w planie finansowym na rok 2009 oraz stabilną wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne na poziomie 9 % podstawy wymiaru składki, a także konieczność zbilansowania w planie finansowym przychodów i kosztów w pozycji „pozostałe przychody” ujęto środki w wysokości 2 733 246 tys. zł, tj. odpowiadającej funduszowi zapasowemu NFZ utworzonemu z wyników finansowych za lata 2005-2007. W 2010 r. koszty Funduszu zostały zaplanowane w wysokości 57 982 761 000 zł (w tym koszty świadczeń zdrowotnych 54 593 311 000 zł (zaledwie 102,9% planu 2009 r.).

Niestety, los wielu poradni, przychodni i szpitali zależy od kondycji finansowej NFZ.

Dlatego tyle miejsca poświęciłem na analizę planów finansowych i sposobu ich realizacji.

Wojciech Marquardt

Tabela 1

	A	B	C	D	D – A	D – B
	Plan pierwotny 18.09.2008	2009 Plan 1.07.2009	Plan po zmianach	2010	różnica 2010 – plan pierwotny 2009	różnica 2010 – plan 1.07.2009
[w tys. zł]						
Wariant 1	52 641 593	53 489 067	54 641 184	54 166 081	1 524 488	677 014
Wariant 2	52 641 593	53 489 067	54 403 632	54 403 632	1 762 039	914 565
Wariant 3	52 641 593	53 489 067	53 979 861	53 979 861	1 338 268	490 794
Wariant 4	52 641 593	53 489 067	53 780 176	53 780 176	1 138 583	291 109
Wariant 5	52 641 593	53 469 067	53 564 223	53 564 223	922 630	95 156

Lekarzem będę zawsze

Z Andrzejem Włodarczykiem, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej rozmawia Marek Stankiewicz

• **Czy Andrzej Włodarczyk to izbowy awanturnik i rozrabiaka?**

– Pokorny nigdy nie byłem i pewnie już nie będę. Mam swoje zdanie, o czym przekonali się również w przeszłości moi lekařscy szefowie. Mówię to, co myślę, ale zawsze prosto w oczy, nigdy za plecami. Rodzice i chirurgia wpoili mi prawdomówność. A prawda jest czasem nieznośna i bolesna. Pewnie dlatego nie wszystkim się podobam.

• **Lubisz pracować w atmosferze konfliktu?**

– Z zasady nie dążę do konfliktu, ale kiedy do niego dochodzi, nie lubię udawać, że nic się nie dzieje. Wiem, że wojna rujnuje, zgoda buduje, ale nie dam sobie chodźć po głowie.

• **W izbie uchodzisz za człowieka, który kłóci się z kim popadnie...**

– Czasem może zbyt impulsywnie i dobitnie prezentuję w lekarskich gremiach swoje poglądy i opinie. Potrafię się zagalopować, ale potrafię również przeprosić.

• **Masz za sobą udaną karierę zawodową, ale chyba niezbyt udaną, bo tylko półroczny epizod jako wiceminister zdrowia? Czego tam właściwie szukałeś w ministerstwie, a może czego nie znalazłeś?**

– Nie ukrywam, że moim zawodowym marzeniem było uzyskanie habilitacji, od której byłem kiedyś o krok.

Andrzej Włodarczyk, lat 56, dr n. med., specjalista chirurgii ogólnej. Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie (1979). Studia zaczął od stomatologii w Gdańsku. W 2002 r. ukończył podyplomowe Studium Ekonomiki Zdrowia na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. Pracował m. in. w Szpitalu Śródmiejskim w Warszawie oraz w stołecznych klinikach chirurgii ogólnej: I Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej II Wydziału Lekarskiego AM w Szpitalu Bródnowskim i Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii CMKP. Autor 60 publikacji naukowych. W Szwajcarii i USA odbył szkolenia z chirurgii jelita grubego i odbytnicy. Od 1 kwietnia 2000 r. przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, a od 2005 r. jednocześnie wiceprezes NRL. Wiceminister zdrowia w rządzie Donalda Tuska od grudnia 2007 r. do maja 2008 r. Członek polskich i międzynarodowych lekarskich towarzystw naukowych. Kawaler Krzyża Oficerskiego Orderu Odrodzenia Polski, przyznanego za działalność opozycyjną, wyróżniony szeregami odznaczeń za zasługi dla środowiska lekarskiego.

Powiem dziś bez żadnej goryczy, że gdybym nie zaangażował się w pracę w izbie lekarskiej, pewnie dziś byłbym profesorem. Ale kiedy zostałem szefem warszawskiej izby, to habilitacji nie pozwolono mi dokończyć. Natomiast nie zgadzam się z opinią, że moja misja w ministerstwie była nieudana. Zobaczyłem od kuchni, jak wyglądają kulisy władzy, co jest nie byle jakim życiowym doświadczeniem.

• **To dlaczego tak szybko rozstałeś się z tą władzą?**

– Jednym z powodów były kłopoty zdrowotne. Wylądowałem nawet jako pacjent w szpitalu na ostrym dyżurze...

• **Daj spokój! To raczej wymówka, w którą mało kto dziś uwierzy! Jesteś osobą publiczną, od której tysiące lekarzy oczekuje szczerých wyjaśnień. Właśnie „Gazeta Lekarska” daje ci tę szansę...**

– Szybko się zorientowałem, że moje wyobrażenia o tym, jak można zmieniać system ochrony zdrowia i możliwości realizacji tych zamierzeń całkowicie się rozjechały. Wówczas uznałem, że powinienem odejść.

• **A co cię tam najbardziej zirytoowało?**

– Zbyt wolne tempo zmian. Za dużo gadania, za mało konkretnej pracy. Miałem również wrażenie, że najważniejsze decyzje strategiczne nie zapadają na Miodowej, lecz w Ministerstwie Finansów. I to jest złe. Otwarcie krytykował już to kiedyś Mariusz Łapiński.

• **A styl pracy pani minister Ewy Kopacz cię nie zirytował?**

– Liczyłem na więcej, że będę mógł zrealizować chociaż część postulatów samorządu lekarskiego. W tym środowisku znajduje się wielu wybitnych ekspertów, którzy chcą nie tylko dobrze dla lekarzy, ale przede wszystkim mają przed oczyma chorego i jego potrzeby. I, moim zdaniem, źle się stało, że nie znaleźli się w gronie doradców ministra zdrowia...

• **Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz w jednym z wywiadów niedawno wyznał, że nie przypomina sobie, by ówczesny wiceminister Andrzej Włodarczyk zajmował się w ministerstwie czymkolwiek. Ostatnio oskarżył cię również o fałszowanie dokumentacji medycznej. Prokurator wprowadził umorzył postępowanie, ale nieprzyjemna woń nadal psuje powietrze. Za co cię tak nie lubi dr Paszkiewicz?**

– Pewnie za to, że oponowałem przeciwko jego aroganckim wypowiedziom, obrażającym m.in. menedżerów w ochronie zdrowia. Krytykowałem – już jako wiceminister – jego absurdalny, moim zdaniem, pomysł podzielenia NFZ na sześć funduszy, a także później sposób, w jaki wprowadzono JGP. Może źródłem jego niechęci i zawziętości wobec mnie jest także to, że nigdy nie kryłem i nie kryję, że był to zły wybór minister Ewy Kopacz.

• **W styczniu 2008 r. twierdziłeś, że polski system ochrony zdrowia przypomina durszłak. Nieważne, ile byśmy do niego wody wlałi, to i tak cała wycieknie. Dziś też tak sądzisz?**

– Oczywiście. Co więcej, mam przekonanie, że dochodzi do marnotrawstwa nie tylko wielu środków finansowych, ale także inicjatyw i ludzkiej pracy. Każdy, kto czynnie uprawia medycynę, dokładnie widzi, któredy wyciekają pieniądze, które można by przeznaczyć np. na wyższe wynagrodzenia. Polsce potrzebna jest reforma, która to marnotrawstwo ostatecznie ukróci.

• **No to widzę, że zgadzasz się z kategorycznym wezwaniem Ewy Kopacz do dyscyplinowania lekarzy?**

– System ochrony zdrowia to nie tylko lekarze, choć to oni są jego solą. Nikt ich nie zastąpi, a bez leczenia nie będzie systemu ochrony zdrowia. Tymczasem marnotrawstwo to także błędne decyzje ministra zdrowia, złe ustawy parlamentu, niekompetentny dyrektor szpitala itp., kończąc na sprzątacze w laboratorium, która niefrasobliwie wylewa do zlewu odczynniki warte tysiące złotych. To jest właśnie ten durszłak.

• **Widzę, że ciągnie cię jednak do polityki?**

– Nie powiem, że nie mam nęcących ofert politycznych. Ale powiem coś, czego nigdy dotychczas publicznie nie wyznałem. Przez kilka lat kontestowałem samorząd lekarski, nawet nie chciałem płacić składki członkowskiej. Kiedyś jednak mój starszy kolega, świetny chirurg i fantastycznie przyzwoity człowiek prof. Ireneusz Kozicki, który już wcześniej działał w samorządzie, podrażnił moją ambicję, gdy powiedział: Andrzej, przestań narzekać, daj się wybrać i zobaczymy, co ci się uda. No i tak od 1997 roku zaczęła się moja działalność, która mnie z izbą lekarską związała na dobre i na złe. Myślę po latach, że nie mam się czego wstydzić. Nie brak mi odwagi przed kamerą i bez kamery, aby uderzyć pięścią w stół, kiedy ktoś celowo dokonuje deprecjacji etosu zawodu lekarza, tak jak to do niedawna czynili niektórzy politycy Prawa i Sprawiedliwości.

• **Deprecjacji czy bardziej degradacji?**

– Degradacji też, ale to zupełnie inna bajka. O tym warto by porozmawiać ze środowiskiem akademickim i naszym mistrzom bez ogródek wytknąć parę spraw. To nie są często ci sami i tacy sami mistrzowie, których zapamiętaliśmy z czasów studiów.

• **A może to chirurgia już ci się znudziła? Krytycy izb lekarskich twierdzą, że kariery w samorządzie są udziałem zawodowych nieudaczników, którym nie chce się pracować z chorymi.**

– Ani chirurgia mnie, ani ja chirurgii się nie wyrzekłem. Ani przez chwilę moje prawo wykonywania zawodu nie było zagrożone. Od kilkunastu lat jestem konsultantem chirurgicznym w warszawskim szpitalu ginekologiczno-położniczym przy ul. Inflanckiej. Pracy w tym szpitalu nie przerwałem, nawet gdy byłem wiceministrem. Obecnie dyżuruję także w jednym z największych stołecznych szpitali. Mam kontakt z lekarzami i wiem, co im dokucza. Rozmawiamy po koleżeńsku, niektórzy nawet nie rozpoznają we mnie prezesa warszawskiej izby. Podczas tegorocznych wakacji miałem po 10 dyżurów w miesiącu. Trochę ciężko to znoszę, bo 56 lat to nie jest wiek do wyczynów kondycyjnych, ale zapachu nie straciłem. Chcę pozostać czynnym zawodowo lekarzem.

• **Czy samorząd lekarski popełnia błędy? Potrafisz wskazać trzy kardynalne grzechy minionego dwudziestolecia?**

– Niewątpliwym błędem jest wciąż za słaba działalność zorientowana na szeregowego lekarza w terenie, z dala od dużych miast i klinik uniwersyteckich. Za mało i za rzadko myślimy o nich, jeszcze rzadziej robimy coś dobrego właśnie dla nich. Kolejnym błędem jest zła informacja i fatalne sposoby komunikowania się ze środowiskiem. Lekarze nie wiedzą, co tak naprawdę robi izba. Najwyżej domyślają się, a domysły to prosta droga do nieporozumień. Nasz samorząd nie potrafił się nawet pochwalić swoimi największymi sukcesami, jak np. wywalczoną podwyżką dla lekarzy przed dwoma laty. Ojcem sukcesu wcale nie były lekarskie związki zawodowe, chociaż bardzo aktywnie nas wspierały, lecz izba. To samorząd, a nie kto inny wspierał „Białe Miasteczko” i zorganizował 20-tysięczny marsz protestacyjny, na czele którego sam stanąłem. No i na koniec smutna prawda, że ciągle nie jesteśmy liczącym się lobby, tam gdzie tworzy się prawo medyczne. Dotychczasowi prezesi za mało zadbali o to, by sprzyjali im politycy. Nieważne czy z prawa, czy z lewa. Nawet nie potrafili wpłynąć na lekarzy zasiadających w parlamencie. Wypada pozazdrościć pielęgniarce – pielęgniarce-parlamentarzystki zawsze głosują tak, jak oczekuje od nich ich samorząd.

• **Ale przecież sporo lekarzy nie lubi swojego samorządu, a wręcz w niektórych kręgach lekarskich walenie jak w bęben w izbę zalicza się do dobrego tonu. Po co więc uparcie broniś obowiązkowej przynależności lekarzy do samorządu?**

– Bo nie wyobrażam sobie realizacji na innych zasadach ustawowego zadania sprawowania pieczy nad właściwym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty. Mam wrażenie, że ci lekarze, którzy nie chcą należeć do izby, nie bardzo wiedzą, co czynią. Dowód na to, że korporacja jest dla zawodu dobrodziejstwem, stanowi długa kolejka, w której czekają na status zawodu zaufania publicznego i swój samorząd inne zawody, w tym np. architektki i psychologdy.



• **Chciałbyś zostać kolejnym prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej?**

– Tak. I będę o to energicznie zabiegał. Wiem, że tylko część lekarzy sądzi, że jestem izbowym awanturnikiem, a niewyparzony czasami język nie przystoi lekarskiemu majestatowi. A to, że niektórym naruszam ich święty spokój i dobre samopoczucie, to dobrze. Jestem przekonany, że wokół mnie powstanie

Wiem, co dokucza lekarzom, bo z nimi dyżuruję i operuję

drużyna, w której każdy znajdzie pole do samorealizacji na miarę swoich talentów, z pożytkiem dla naszego zawodu i jego dobrego imienia. Analizując frekwencję w czasie tegorocznych wyborów, wiem, że jeżeli teraz nie dokonamy istotnych zmian w działaniu samorządu, to ta kadencja może być ostatnią!

• **Marzy ci się jakaś zupełnie inna izba czy może tylko płaszc szkarłatny dla siebie?**

– Będę szczęśliwy i spełniony, jeżeli przy moim udziale izba lekarska stanie się taka, o jakiej marzą lekarze, z którymi dyżuruję i operuję.

fol. Marek Stankiewicz

Walka o indeks

Zofia Annusewicz-Kot

Z niemalym zaskoczeniem przyjąłem informację o tłumach kandydatów oblegających w tym roku uczelnie medyczne. Wręcz nieprawdopodobnie brzmiały doniesienia z Gdańska o 15 osobach na jedno miejsce na kierunek lekarski i aż 33 na kierunek lekarsko-dentystyczny.

Informacje te tym bardziej zaskakiwały w kontekście Konferencji Młodych Lekarzy, która obradowała w Olsztynie. Przytłoczeni problemami specjalizacji, projektu likwidacji stażu i niezmiennie drażliwej kwestii finansowej, nie zdawaliśmy sobie sprawy, iż równolegle rzesze młodych ludzi zechcą konkurować o możliwość zostania lekarzem.

Wiadomość tę należy odbierać bardzo optymistycznie. Powinna być ona mobilizacją dla osób, którym problemy młodych lekarzy nie są obojętne. Rokrocznie podczas Konferencji Młodych Lekarzy pojawiają się zagadnienia dotyczące najmłodszej grupy medyków: kwestia rezydentur, stażu podyplo-

mowego, lekarskiego i lekarsko-dentystycznego egzaminu państwowego, państwowego egzaminu specjalistycznego. W wyniku tej działalności wiele pozytywnych zmian zostało już wprowadzonych, m.in.: zwiększenie liczby rezydentur lekarskich (jeszcze nie dotyczy to lekarzy dentystów); wzrost wynagrodzeń rezydentów; możliwość podchodzenia do LEP-u/LDEP-u już podczas stażu podyplomowego, co znacznie skraca procedurę uzyskania prawa wykonywania zawodu, publikowanie pytań egzaminacyjnych z LEP-u i LDEP-u; zniesienie rozmowy, która była jednym z etapów podczas postępowania kwalifikacyjnego na specjalizację, z pozostawieniem obiek-

tywnego kryterium, jakim jest wynik LEP-u/LDEP-u.

Czerwcową konferencję zdominowały rozmowy o stażu podyplomowym i kwalifikacji na specjalizację. Rozwiązaniem, które obecnie proponują młodzi lekarze, jest tzw. system hiszpański. Polega on na stworzeniu rankingu kandydatów na podstawie wyniku LEP-u/LDEP-u oraz bazy wolnych miejsc rezydenckich. System ten pozwala osobie z najwyższym wynikiem egzaminu (numerowi 1 w rankingu) dokonać wyboru specjalizacji z pełnej puli miejsc rezydenckich, kolejna osoba ma do dyspozycji pełną pulę pomniejszoną o 1 wybrane wcześniej miejsce. Propozycja ta tworzy możliwość

w pełni obiektywnej kwalifikacji na specjalizację.

Dość palącym problemem jest brak porównywalności wyników LEP-u/LDEP-u, do których lekarze podchodzą w kolejnych sesjach. Mówiąc wprost kolejne sesje egzaminu znacznie różnią się skalą trudności. Wystarczy spojrzeć na odsetek osób nie zdających – jeżeli waha się on od 40 do 5 proc., to trudność egzaminu nie może być taka sama. W ten sposób kandydaci o podobnym wyniku egzaminu uzyskany w różnych sesjach nie reprezentują porównywalnego poziomu kwalifikacji.

Wciąż ograniczana liczba miejsc rezydenckich uniemożliwia młodym lekarzom rozwój w zaplanowanym kierunku. Problem ten w szczególności dotyczy lekarzy dentystów. W ostatnich latach sytuacja ta zamiast poprawiać się, systematycznie ulega pogorszeniu. W dużej mierze wynika to z faktu, że szkolenie specjalizacyjne odbywa się w ramach procedur refundowanych przez NFZ. Większość podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii kontraktuje procedury podstawowe, a jedynie nieliczne jednostki wysokospecjalistyczne zaawansowane procedury. W efekcie niewielka liczba jednostek może uzyskać akredytację, a to powoduje znaczny niedobór miejsc szkoleniowych. Rozwiązaniem byłaby taka zmiana procedur akredytacyjnych, aby umożliwić szkolenie w indywidualnych i grupowych specjalistycznych praktykach lekarsko-dentystycznych. Placówki te prowadząc działalność komercyjną standardowo wykonują usługi wysokospecjalistyczne, co zapewniłoby prowadzenie szkolenia na wysokim poziomie, a ze względu na liczbę ww. jednostek otworzyłyby drogę do szkolenia znaczącej liczbie lekarzy dentystów.

Osobnym zagadnieniem jest jedynie ilościowe postrzeganie miejsc rezy-

denckich. Brakuje wnikliwej analizy zapotrzebowania na specjalistów w danej dziedzinie, jak również konsultacji wśród studentów lub stażystów odnośnie pożądanych kierunków rozwoju. Wskutek tego obserwujemy lukę pokoleniową lekarzy specjalistów, co w niedalekiej przyszłości utrudni lub wręcz uniemożliwi dostęp do wysoko-specjalistycznej opieki. Z drugiej zaś strony rokrocznie część przyznanych rezydentur nie zostaje wykorzystana ze względu na brak chętnych do udziału w postępowaniu kwalifikacyjnym.

lekarze uznali planowany rok 2010 za zbyt wczesny termin likwidacji stażu; jednocześnie proponują wprowadzenie w okresie przejściowym możliwości odbywania w ramach obecnego 12/13-miesięcznego stażu trzymiesięcznej części fakultatywnej zgodnej z planowanym kierunkiem rozwoju zawodowego stażysty.

Podczas ostatniej konferencji rozmawialiśmy także o „Etosie zawodu lekarza”. Warto się zastanowić z czego wynika spadek zaufania pacjenta do lekarza. Czy jest to może skutek ne-

gatywnej kampanii mediów obnażającej nieetyczne zachowania niektórych lekarzy? A może wynika to z indywidualnych relacji człowiek-człowiek, w jaką wchodzimy podczas wizyty lekarskiej? Moim zdaniem młodzi lekarze, do których siebie również zaliczam, nie mają chociażby podstaw przygotowania psychologicznego do towarzyszenia pacjentowi w trudnym doświadczeniu, jakim jest choroba. Niezależnie od profesjonalizmu naszej pracy większą krzywdę wyrządzamy pacjentowi przekazując mu diagnozę w nieumiejętny sposób. Zastanówmy się czy przez nasze nieświadome działanie

pacjent nie traci woli walki z chorobą i nie wykorzysta wszystkich dostępnych możliwości terapeutycznych. Duże zainteresowanie lekarzy szkoleniami z komunikacji lekarz-pacjent sugeruje, że warto byłoby ująć te zagadnienia już w programie studiów.

Należy mieć nadzieję, że kiedy koledzy dziś tak dzielnie walczą o indeksy uzyskują dyplom lekarza, wiele problemów młodych lekarzy, które staramy się rozwiązać dziś, będzie już nieaktualnych.

Autorka jest lekarzem dentystą i przewodniczy Komisji Młodych Lekarzy w Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej w Olsztynie.



Ministerialny projekt likwidacji stażu podyplomowego również obudził wiele emocji. Młodzi lekarze chcieliby skrócić długą ścieżkę prowadzącą do samodzielności zawodowej, jednak propozycja ta nie była poparta chociażby projektem alternatywnej możliwości realizacji programu stażu podyplomowego. Dla wielu kolegów jest to czas, kiedy podczas codziennej pracy na oddziale szpitalnym upewniają się co do wyboru przyszłej specjalizacji. Dla lekarzy dentystów jest to wdrożenie w pełnowymiarową i samodzielną pracę przy fotelu. Przy braku perspektyw rozpoczęcia specjalizacji dla absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego jest to często ostatnia możliwość pracy pod okiem specjalisty. Dlatego młodzi

REKLAMA

REKLAMA

Bój o zdrowie

Anna Lella

Trwają prace nad koszykiem świadczeń – co jest ważne, a co ważniejsze dla zdrowia Polaków. W skarbonce pusto, a każdy ciągnie kusą kolderkę w swoją stronę. Ocena potrzeb leczniczych w tej przepychance finansowej wypada zwykle na niekorzyść stomatologii. Wynika to oczywiście z niezrozumienia jak negatywne i poważne konsekwencje mogą mieć dla zdrowia człowieka schorzenia jamy ustnej.

Niecierpliwość popycha w kierunku rozwiązań doraźnych, a przekonanie decydentów do sensu długofalowej profilaktyki jest wciąż skazane na porażkę.

Wygląda na to, że jeszcze długa droga do osiągnięcia stanu, gdy służba zdrowia zacznie w pełni sprawnie i bezkolizyjnie funkcjonować. Na tle tych dyskusji i wydarzeń tym ważniejsza wydaje się data 12 września.

W ubiegłym roku 12 września obchodziliśmy pierwszy Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej, ustanowiony uchwałą Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), która jest jedną z najstarszych międzynarodowych zawodowych organizacji, uznanym światowym, kompetentnym i niezależnym głosem stomatologów.

Data przypada w dzień urodzin wielkiego propagatora idei zdrowia jamy ustnej, założyciela FDI dr. Charlesa Godona, który urodził się 12 września 1854 r.

Zamiarem FDI jest zapewnienie działań mających za zadanie uświadomienie rządowi i społeczeństwu znaczenia zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego, a także dla komfortu życia jednostki. Celem jest również zwrócenie uwagi decydentów na konieczność zapewnienia środków i możliwości dla poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństw w zakresie zdrowia jamy ustnej i wprowadzenia działań wzmacniających profilaktykę w tym zakresie.

Dlatego głównym problemem eksponowanym przez lekarzy dentystów zaangażowanych w promocję zdrowia jamy ustnej jest pokazanie wagi schorzeń jamy ustnej, jak również aspektu ekonomicznego, który wiąże się z wczesnym leczeniem tych schorzeń.

Właściwa polityka zdrowotna w zakresie stomatologii może przynieść w przyszłości

ogromną korzyść nie tylko w postaci podniesienia jakości życia, ale także znaczne oszczędności finansowe ze względu na zmniejszenie następstw nie leczzonej próchnicy.

Ma to szczególne znaczenie, gdy – jak podaje raport sekretariatu Światowego Zgromadzenia Zdrowia – **schorzenia jamy ustnej są na czwartym miejscu wśród schorzeń najbardziej kosztownych do leczenia.**

Problemy zdrowotne jamy ustnej nie dotyczą tylko próchnicy zębów i chorób przyzębia, ale również innych schorzeń, w tym onkologicznych. Najważniejsze, że ponad 90 % chorób jamy ustnej jest możliwe do uniknięcia.

ERO (Europejska Organizacja Regionalna – FDI) zaleca, aby Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej poświęcić głównie profilaktyce onkologicznej w obrębie jamy ustnej, propagowaniu współczesnej wiedzy na temat zmian przednowotworowych, a także aktualnych poglądów dotyczących czynników ryzyka tych chorób. Jest to szczególnie ważne u nas. Przeciętny Polak częściej odwiedza lekarza dentystę niż lekarza rodzinnego. Dlatego rola stomatologa jest nieoceniona, gdyż jest on często lekarzem wykrywającym pierwsze objawy innych poważnych schorzeń, które manifestują się np. poprzez zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej.

Zwrócenie szczególnej uwagi na profilaktykę onkologiczną jest uzasadnione ze względu na konsekwencje, ale jednocześnie wskazuje, że większość państw Unii Europejskiej uporała się w znacznym stopniu z próchnicą – niestety, nie można powiedzieć tego o Polsce.

Z danych opracowanych przez CEBOS nt. „Zdrowia i zdrowego stylu życia” jasno wynika, że zdrowie to jedno z najważniejszych dóbr cenionych w polskim społec-

zeństwie. Zachowanie dobrego zdrowia jako jedną z najważniejszych wartości codziennego życia wskazuje trzy piąte respondentów, 59 %, wyżej jest cenione jedynie szczęście rodzinne 76 %.

Mimo, iż 75 % społeczeństwa uważa, że „każdy sam musi dbać o własne zdrowie”, deklaracja ważności zdrowia nie przekłada się na aktywną postawę, jak choćby proste ćwiczenia fizyczne czy badania lekarskie i wizyty profilaktyczne u stomatologa, na które 26 % nie zgłasza się w ogóle, a 43 % maksymalnie raz na rok.

Świadomość prozdrowotna matek 3-letnich dzieci też nie wypada dobrze: 61,5 % dzieci w wieku 3 lat nigdy nie było u stomatologa; tylko 37,1 % dzieci szczotkuje zęby 2 razy dziennie; 31,3 % dzieci czyści zęby bez pomocy rodziców; tylko 6 % matek zwraca uwagę na czas szczotkowania zębów; ponad 50 % dzieci spożywa codziennie słodkizny. Powszechne jest przekonanie, że o mleczne zęby nie warto dbać, bo i tak wypadną.

Ten niski stan świadomości i wiedzy rodziców oraz niedoinwestowanie i brak sprawnie funkcjonującej opieki stomatologicznej dla najmłodszych powoduje, że rosną kolejne pokolenia, których wizytówką będzie szczerbaty uśmiech. To nie slogany: *Poznasz Polaka po zębach jego i Szczerbaty uśmiech jak u Polaka* – tylko cecha rozpoznawcza rodaków przemierzających Unię w poszukiwaniu pracy.

Czy dzieci muszą cierpieć z powodu zaniedbanego uzębienia?

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że w Polsce zapadalność na próchnicę utrzymuje się, wg kryteriów WHO, na wysokim poziomie i jest jedną z najwyższych w Europie i na świecie.

Teoretycznie do 18 roku życia opieka stomatologiczna jest w Polsce bezpłatna.

Jednak wszelkie dostępne dane potwierdzają szczególny problem w dostępności najmłodszych do leczenia.

Wg GUS-u (podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia – informacje i opracowania statystyczne 2007 r.) ze świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnej opieki w ramach środków publicznych w grupie porad stomatologicznych skorzystało tylko 28,2 % dzieci i młodzieży, a 12 % osób w wieku 65 lat i więcej.

Udział % środków przeznaczonych na opiekę stomatologiczną dla dzieci i młodzieży sukcesywnie maleje, jak podaje NFZ, spadł do 10,42 % w 2008 r., mimo iż w latach 2006 i 2007 odpowiednio 21,75 % i 2,20 % też nie był zadowalający.

Komisja Stomatologiczna NRL od lat postuluje, aby opieka stomatologiczna dla dzieci i młodzieży było działaniem priorytetowym. W licznych stanowiskach i apelach wnioskujemy o intensyfikację działań w zakresie profilaktyki i poprawy opieki stomatologicznej chociaż dla najbardziej potrzebujących, dla dzieci.

Komisja Stomatologiczna NRL zwracała się do przedstawicieli administracji państwowej Rzeczypospolitej Polskiej z apelem o podjęcie działań celem urzeczywistnienia polityki zdrowotnej zawartej w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 oraz umożliwienia realizacji opieki zdrowotnej nad obywatelami Polski zgodnie z wytycznymi zawartymi w przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia rezolucji „Plan działania dla promowania zdrowia jamy ustnej i zapobiegania chorobom” (Sixtieth World Health Assembly WHO).

Trudno znaleźć drugą taką grupę zawodową tak zainteresowaną szerzeniem oświaty zdrowotnej. Są liczne działania o zasięgu lokalnym, jak program profilaktyki próchnicy dla dzieci i młodzieży z miasta Gorzowa Wlkp. finansowany z Mechanizmu Finansowego EOG w 85 % i z budżetu miasta w 15% czy program edukacyjny adresowany do pielęgniarek i położnych opiekujących się kobietami w ciąży i małymi dziećmi w Toruniu.

Dziecko jest pacjentem trudnym. Wymaga od lekarza szczególnego podejścia, a zatem o wiele więcej czasu niż dorosły. Nie ma to odpowiedniego odzwierciedlenia w systemie refundacji.

Finansowanie przez NFZ procedur wykonywanych dla najmłodszych podopiecznych musi być odpowiednio wyższe, dziecko nie może być traktowane jak „mały dorosły”. Leczenie dzieci wymaga większych nakładów.

Uważamy, że pewną poprawę finansowania opieki nad dziećmi może przynieść wprowadzenie współczynnika korygującego, o który Komisja Stomatologiczna NRL apeluje do NFZ. Takie rozwiązanie jest też popierane przez Sekcję Stomatologii Dziecięcej PTS i Akademię Pierra Fucharda oraz Porozumienie Zielonogórskie. Specyfika pracy z dziećmi nie jest wprost przeliczalna na pieniądze, jednak wprowadzenie współczynnika zwiększy udział środków przeznaczonych na dzieci i przyczyni się zapewne do wykonywania procedur profilaktycznych znacznie chętniej i częściej przez lekarzy stomatologów pracujących na kontraktach z NFZ-em.

Organizacja opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą to problem interdyscyplinarny. Konieczne jest wsparcie i zrozumienie innych lekarzy, głównie pediatrów. Wspólne spotkania mogą być tu pomocne, jak zorganizowana w marcu br. Konferencja Federacji Specjalistycznych Towarzystw Pediatrycznych pod hasłem „Czy polska kocha swoje dzieci?”

W kreowaniu świadomości na temat promocji zdrowia i znaczenia schorzeń jamy ustnej mają wielką rolę do spełnienia media. Ale ktoż będzie pisał o nudnej profilaktyce? Oczywiście są nieliczne programy edukacyjne, ale częściej spotykamy się z aktywnością komercyjną lub pogonią za sensacją. Wciąż wiedza społeczeństwa na temat koniecznych podstawowych zabiegów higienicznych jest skromna.

Rola mediów. Wsparcie czy sabotaż? była tematem debaty na Narodowym Szczycie Lancet Health 5 lutego 2009 r. Padły zarzuty i o panikarstwo, i o lekceważenie zagrożenia. Media mogą stanowić o zdrowiu publicznym przez mącenie, bardziej niż zwiększanie zrozumienia przez społeczeństwo wiarygodnych badań naukowych. To, co pojawia się w gazetach, telewizji, radiu czy na blogach, ma znaczący wpływ na ryzykowne dla zdrowia zachowania i na zalecenia lekarskie. To, że masowe media systematycznie zawodzą w świadczeniu o zdrowiu, opiece zdrowotnej i ogólnie praktykom medycznym we właściwym świetle jest prawdopodobnie najpowszechniejszą opinią wśród światowych specjalistów w opiece medycznej.

W dobie zagrożenia kryzysem ekonomicznym umacnia się nastawienie administracji państwowej traktowania potrzeb stomatologicznych jako luksusu, zwłaszcza gdy środki na ochronę zdrowia są niewystarczające.

Choroby jamy ustnej skutkują niepożądanym bólem i cierpieniem oraz na

równi z chorobami ogólnymi są przyczyną absencji chorobowej. Wpływają na niepożądany przebieg leczenia innych chorób.

Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) jest zaniepokojona faktem, iż kryzys gospodarczy może wpłynąć na wydatki zdrowotne i inwestycje w infrastrukturę opieki zdrowotnej w Europie, zmniejszenie dostępności, jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej dla obywateli europejskich obecnie i w przyszłości.

CED uważa, że opieka dentystyczna narażona jest w większym stopniu niż inne rodzaje opieki zdrowotnej, dlatego przyjęła **rezolucję „Kryzys ekonomiczny a zdrowie jamy ustnej w Europie”** wzywając rządy państw europejskich i innych podmiotów w celu utrzymania odpowiedniego finansowania publicznego na ten cel.

CED podkreśla, że główny cel planowania zrównoważonej siły opieki zdrowotnej powinien być oparty o czynniki społeczne i zdrowotne, a nie ekonomiczne. Wysokie standardy edukacji i szkoleń dla pracowników służby zdrowia muszą być utrzymane w interesie bezpieczeństwa pacjentów.

Mam nadzieję, że ustanowiony przez FDI Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej (12 września) będzie nam i naszym podopiecznym pomocny i pozwoli podnieść świadomość znaczenia zdrowia jamy ustnej jako wyznacznika zdrowia ogólnego i jakości życia.

Postępy w stomatologii

Zachęcamy do korzystania z nowoczesnej formy zdobywania punktów edukacyjnych, jaką daje szkolenie **e-learningowe**.

Pod kierownictwem prof. dr hab. Urszuli Kaczmarek z Wrocławia powstała platforma edukacyjna na stronie

www.e-stomatologia.am.wroc.pl

„Postępy w stomatologii”.

Projekt jest finansowany ze środków unijnych, ma być realizowany w latach 2009-2011.

Planowana jest roczna emisja 9 kursów, docelowo 27 kursów szkoleniowych.

Program „Postępy w Stomatologii” daje ponadto możliwość udziału w forum dyskusyjnym (zadawanie pytań autorowi kursu oraz dzielenie się własnym doświadczeniem z innymi uczestnikami kursu).

Uczestnicy otrzymają zaświadczenie o ukończeniu kursu (4 punkty edukacyjne) na podstawie testu zaliczeniowego (20 pytań, wybór 5 odpowiedzi). Korzystanie z tej formy dokształcania jest bezpłatne.

Choroby przyzębia

Renata Górka

Z okazji II Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej chcę zwrócić Państwa uwagę na niezwykle ważny problem, który jest przedmiotem wielu prac naukowych, a także paneli ekspertów z dziedziny periodontologii, kardiologii, diabetologii i nauk podstawowych, a dotyczy wpływu patologii tkanek przyzębia na zdrowie ogólne.

Od wielu lat zadajemy sobie pytania, czy istnieją dowody naukowe, że choroba przyzębia powoduje wzrost miejscowej i ogólnej odpowiedzi zapalnej. W jaki sposób choroba przyzębia przyczynia się do powstania miażdżycy, a także czy leczenie choroby przyzębia wpływa na występowanie i przebieg patologii ogólnych.

Mam nadzieję, że odpowiedź na te pytania znajdą Państwo w tym artykule, bowiem wiedza na temat poważnych konsekwencji, jakie choroby przyzębia mają na zdrowie człowieka, jest sprawą mało oczywistą dla naszego społeczeństwa.

Badania epidemiologiczne wskazują, że zarówno w Polsce, jak i w innych krajach Europy i Ameryki prawie 80 % dorosłej populacji wymaga poprawy stanu higieny jamy ustnej, zaś 70 % cierpi na jedną z postaci chorób przyzębia począwszy od łagodnego zapalenia dziąseł, a na ciężkiej postaci choroby skończywszy.

Choroby przyzębia możemy określić w najprostszy sposób jako przewlekłe zapalenie tkanek otaczających ząb, a więc dziąsła, ozębnej, cementu i kości wyrostka zębodołowego. Do patologii związanych z przyzęciem według klasyfikacji Amerykańskiej Akademii Periodontologicznej (AAP) z 2000 r. zaliczamy choroby dziąseł i choroby przyzębia. Największą grupę stanowią zapalenia dziąseł i przyzębia, które powstają na skutek zaburzenia równowagi pomiędzy oddziałującymi na tkanki przyzębia drobnoustrojami biofilmu, znajdującego się na powierzchni zębów i dziąseł a mechanizmami obronnymi gospodarza, które z kolei modyfikowane są przez czynniki ryzyka, takie jak nieprawidłowa higiena jamy ustnej, palenie tytoniu, stres, otyłość i cukrzyca. Wystąpienie choroby jest wypadkową oddziaływania wspomnianych czynników, a także czynnika genetycznego oraz fenotypu biologicznego. Czynnikiem inicjującym jednak całą reakcję immunologiczno-zapalną

odpowiedzialną za destrukcję tkanek przyzębia są bakterie Gram-ujemne, takie jak *Porphyromonas gingivalis* (P.g), *Trepanoma denticola* (T.d), *Tanarella forsythia* (T.f) i *Agregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a). Bakterie i toksyny pobudzają komórki immunologicznie kompetentne do wydzielania mediatorów zapalnych, takich jak PG2, TNF α , IL-1, MMP, te z kolei odpowiadają za miejscową destrukcję tkanek utrzymujących ząb, a więc tkanki łącznej i kostnej. Jednak rola mediatorów zapalnych, obecnych w kieszonkach przyzębnych wydaje się odgrywać znaczenie nie tylko miejscowe, ale także, w świetle współczesnych badań, może mieć udział lub stanowić czynnik ryzyka w powstawaniu choroby miażdżycowej, udaru mózgu, chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy.

Związkowi zapalenia przyzębia i chorób sercowo-naczyniowych poświęcono wiele uwagi. Wyniki badań jednak różnią się od siebie w zależności od wieku oraz liczebności badanej populacji, a także różnic etnicznych, zastosowanej metodyki i definicji chorób przyzębia.

Mimo tych różnic nie można kwestionować dowodów naukowych ani pośrednich pochodzących z badań epidemiologicznych, ani bezpośrednich pochodzących z badań klinicznych i doświadczalnych, dotyczących wpływu choroby przyzębia na częstość występowania chorób sercowo-naczyniowych, udaru mózgu i cukrzycy. Z analizy danych epidemiologicznych zarówno badań prospektywnych, jak i retrospektywnych wynika, że częstość występowania choroby wieńcowej wzrasta od 25 do 72 % w zależności od wieku osób, u których występowała choroba przyzębia. Ryzyko występowania choroby wieńcowej u osób z chorobą przyzębia zwiększa się o 25 % w porównaniu z osobami ze zdrowym przyzęciem i wzrasta do 72 % w grupie mężczyzn poniżej 50 r. ż., zaś

ryzyko występowania chorób sercowo-naczyniowych u osób palących papierosy ze współistniejącą zaawansowaną chorobą przyzębia wzrasta 8-krotnie.

Zaobserwowano także, że u chorych z zapaleniem przyzębia częściej dochodzi do rozwoju cukrzycy typu 2 oraz że u chorych z bardziej zaawansowaną chorobą przyzębia częściej rozwijają się zaburzenia gospodarki węglowodanowej, czyli stan przedcukrzycowy i cukrzyca.

Dowodów bezpośrednich dostarczyły badania kliniczne, które wykazują obecność tych samych bakterii w płytce miażdżycowej, które identyfikuje się w płytce nazębnej. Najczęściej występującymi bakteriami są: P.g, T.d i T.f, które stwierdza się w bardziej zaawansowanych chorobach przyzębia, najczęściej kieszonkach przyzębnych powyżej 6 mm, aktywnych chorobowo, inaczej mówiąc w miejscach, w których występuje krwawienie. Największą rolę przypisuje się jednak P.g, której obecność w obu płytkach jest najczęściej identyfikowana. Ponadto na jej powierzchni znajduje się białko PAAP, które indukuje powstawanie zakrzepów w świetle drobnych naczyń tętniczych, np. wieńcowych. Nie wyklucza się również jej roli w tworzeniu płytki miażdżycowej na drodze reakcji krzyżowej, z przeciwciałami skierowanymi przeciwko wytwarzanemu przez bakterie P.g białku szoku termicznego, które jest podobne do ludzkiego HSP 60. Choroba przyzębia powoduje wzrost miejscowej i ogólnej odpowiedzi zapalnej. Badania wykazały, że zapalenie dziąseł powoduje wzrost poziomu mediatorów zapalnych, takich jak IL-6 i PG-2 w płynie kieszonki przyzębnej, a zapalenie przyzębia powoduje wzrost IL-6, TNF i białka C-reaktywnego (CRP) oraz fibrynogenu w surowicy.

Wzrost mediatorów zapalnych w płytce kieszonki przyzębnej i w surowicy koreluje ze stopniem nasilenia choroby przyzębia, a leczenie redukuje ich poziom. Zaobser-

wowano również, że leczenie niechirurgiczne chorób przyzębia obniża poziom hemoglobiny glikowanej, która jest uznawanym wskaźnikiem stopnia wyrównania cukru. Zatem leczenie choroby przyzębia poprawia nie tylko wyrównanie cukru, ale także zmniejsza ryzyko jej powikłań, w tym chorób serca i naczyń.

Dane te potwierdzają badania doświadczalne wykonywane na zwierzętach, jednak na szczególną uwagę zasługują badania na myszach z małą skłonnością do miażdżycy, bowiem podanie im bakterii P.g dożylnie lub bezpośrednio do kieszonki powoduje 9-krotnie większe zmiany patologiczne w naczyniach, jak również wzrost IL-6 w surowicy oraz stwierdza się obecność tych bakterii w ścianie aorty.

Reasumując, wpływ choroby przyzębia na zdrowie ogólne jest przedmiotem badań od wielu lat, ale to badania ostatnich lat i miesięcy pomogły pogłębić zrozumienie specyficznych mechanizmów etiologicznych, które łączą choroby przyzębia z miażdżycą, cukrzycą, chorobami serca, udarem, chorobami nerek i zapaleniem reumatoidalnym stawów. Obecnie uważa się, że u podłoża niektórych chorób, takich jak np. miażdżycę naczyń tętniczych leżą procesy zapalne, których źródło mogą stanowić przewlekłe infekcje. Badania wskazują na znaczącą rolę przewlekłego stanu zapalnego w procesie tworzenia i rozwoju blaszek miażdżycowych. Niektórzy autorzy uważają, że jest to zasadniczy czynnik w etiopatogenezie chorób sercowo-naczyniowych. Jednak ciągle brakuje jednoznacznego stanowiska, które uznałoby chorobę przyzębia za niezależny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, jak również nie znamy dokładnych mechanizmów łączących te dwie lub więcej chorób. Nie zmienia to faktu, że zapobieganie i leczenie chorób przyzębia stanowią istotną rolę w redukcji miejscowej stanu zapalnego, zatrzymaniu postępu choroby oraz stwarza środowisko niesprzyjające nawrotom choroby poprzez redukcję bakterii zarówno na drodze mechanicznej, jak i farmakologicznej. Ponadto zastosowanie inhibitorów MMP, PG2 lub suplementów diety korzystnie wpływa nie tylko na poprawę stanu klinicznego tkanek przyzębia, ale także redukuje poziom mediatorów zapalnych w surowicy.

Plan leczenia interdyscyplinarnego obejmuje także odbudowę tkanek przyzębia utraconych w trakcie choroby oraz odbudowę narządu żucia pod względem funkcji i estetyki. Wyniki badań wskazują jednakże, że nieleczenie choroby przyzębia stanowi ryzyko utraty 1,28 zęba rocznie, leczenie zaś redukuje to ryzyko prawie do 0 (0.08). Tak więc niezwykle istotne jest podjęcie działań zmierzających do

poprawy stanu zdrowia jamy ustnej, przede wszystkim poprzez poprawę stanu higieny jamy ustnej, ale także wczesnego rozpoznawania zapalenia dziąseł i zapalenia przyzębia, jak i wszystkich zmian patologicznych w obrębie jamy ustnej nie tylko przez lekarzy dentystów, ale także lekarzy innych specjalności. Zwłaszcza tym ostatnim zaleca się kierowanie pacjenta do lekarza dentysty, jeśli pacjent nie był objęty opieką stomatologiczną w ciągu ostatniego roku, a jeśli występują objawy bólu, obrzęku lub krwawienia z dziąseł, ruchomość zębów, pacjent powinien zgłosić się do parodontologa.

Od kilku lat obserwuję działania towarzystw naukowych w USA, które czynią usilne starania, aby uświadomić społeczeństwu jak istotną rolę odgrywa zdrowie jamy ustnej i odwrotnie jak choroba przyzębia może wpływać na zdrowie ogólne, jakie niesie konsekwencje niepodjęcie leczenia choroby przyzębia, jakie czynniki ryzyka modyfikują przebieg choroby przyzębia, np. palenie, otyłość, osteoporoza, cukrzyca, które są również czynnikami ryzyka innych chorób, np. chorób serca.

Od kilku lat obserwuję współpracę pomiędzy towarzystwami naukowymi: Amerykańską Akademią Periodontologiczną (AAP) a Amerykańskim Towarzystwem Kardiologicznym, które opracowały wytyczne dla pacjentów, jak postępować, by zapobiegać i ograniczać rozwój chorób ogólnoustrojowych.

Niezwykle istotne z tego względu było spotkanie, które odbyło się na początku bieżącego roku w Warszawie, w którym oprócz specjalistów w dziedzinie periodontologii wzięli udział kardiolog, diabetolog oraz przedstawiciele nauk podstawowych. Przedstawiono wówczas i przedyskutowano dowody naukowe istnienia związku chorób przyzębia z chorobami układu sercowo-naczyniowego, miażdżycą i cukrzycą.

Jestem niezwykle wdzięczna uczestnikom tego spotkania, szczególnie prof. G. Opolskiemu, prof. M. Naruszewiczowi,

prof. E. Frankowi, prof. M. Zarembie za udział w tym spotkaniu, a całemu zespołowi (w tym profesorom z dziedziny periodontologii: J. Banach, M. Ziętkowi, W. Stokowskiej, T. Konopce) za wypracowanie rekomendacji i wytycznych zarówno dla lekarzy dentystów, jak i lekarzy innych specjalności. Głęboko wierzę, że waga tego zagadnienia jest niezwykle istotna, a działania nasze powinny zmierzać w kierunku zmiany mentalności naszego społeczeństwa, a także i lekarzy, odnośnie znaczenia stanu jamy ustnej dla zdrowia ogólnego. W ślad za tym spotkaniem pracują grupy robocze, których efektem działania są broszury i ulotki na ten temat, a także wykłady na sympozjach naukowych lekarzy kardiologów w środowisku lekarzy dentystów i periodontologów w środowisku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Mam nadzieję, że uda nam się wspólnie pogłębić zainteresowanie, zmienić świadomość w zakresie roli zapalenia w progresji chorób ogólnych oraz zrozumieć, dlaczego należy zapobiegać chorobom przyzębia.

Polska Sekcja Periodontologii będzie usilnie działać, aby zmienić sposób traktowania naszej specjalności, która jak do tej pory postrzegana była dość marginalnie i kojarzyła się większości naszych lekarzy z mało istotnym problemem zdrowotnym. Jeśli do tej pory nie udało się przekonać pacjentów i lekarzy o wadze problemu, iż choroba przyzębia jest najczęstszą przyczyną utraty uzębienia, to być może fakt, że może być czynnikiem ryzyka chorób ogólnoustrojowych zachęci nas wszystkich do wczesnego wykrywania i leczenia chorób przyzębia.

Autorka jest prof. dr. hab. n. med., konsultantem krajowym ds. periodontologii, kierownikiem Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia IS WUM, ul. Miodowa 18, 00-246 Warszawa, tel./faks 022-502-20-36, e-mail: sluzowki@am.edu.pl

Zarząd Sekcji Periodontologii PTS zawiadamia

że w dn. **17-19 czerwca 2010 r. w Hotelu Gołębiowski w Białymstoku** odbędzie się Konferencja Naukowa pt. **„Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej”**. W trakcie obrad przedstawione zostaną zagadnienia z zakresu diagnostyki chorób przyzębia, współczesnych metod leczenia zapaleń przyzębia oraz wybranych schorzeń błony śluzowej jamy ustnej. Oprócz czołowych polskich periodontologów wykłady poprowadzą m.in. **prof. Niklaus Lang** (Szwajcaria/Hong Kong), **dr Eli Friedwald** (Izrael) i **prof. Kambiz Mohajer** (USA). W ramach obrad odbędzie się panel interdyscyplinarny pt. **„Cele i zadania periodontologii w trosce o zdrowie ogólne pacjenta”** z udziałem wybitnych kardiologów, endokrynologów i internistów.

Informacje i zgłoszenia: **Zakład Stomatologii Zachowawczej UMB ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 a, 15-276 Białystok**, tel. **085-74-68-297**, faks **085-742-17-74**, e-mail: **stomzach@umwb.edu.pl** lub na stronie **www.portalpts.pl**

Nowotwory głowy i szyi

Jan Zapala

Głowa i szyja stanowią wyjątkowy obszar naszego ciała, zarówno pod względem budowy anatomicznej (szkieletu kostnego, aparatu mięśniowego, naczyń i nerwów), jak i czynności.

Na stosunkowo niewielkiej przestrzeni znajdują się istotne dla naszego życia narządy: narząd wzroku, słuchu, mowy, żucia, początkowy odcinek przewodu pokarmowego i dróg oddechowych oraz ośrodkowy układ nerwowy. Różnorodność tkanek i narządów czyni ten obszar wyjątkowy ze względu na występujące patologie, w tym różnego

typu nowotwory (nowotwory pierwotne, nowotwory charakterystyczne dla kości szczękowych, nowotwory przerzutowe). Około 55,8 % nowotworów złośliwych głowy i szyi stanowią raki płaskonabłonkowe. W obrębie jamy ustnej przeważają raki wysoko i średnio zróżnicowane, natomiast w ustnej i nosowej części gardła te o niskim stopniu zróżnicowania. Znacznie rzadziej występują w tym obszarze gruczolakoraki (19,4 %), chłonniki (15,1 %) oraz czerniaki, szpiczaki i mięsaki.

W obszarze głowy i szyi skupia się działalność diagnostyczno-lecznicza różnych specjalności (neurolog, neurochirurg, laryngolog, okulista, chirurg szczękowo-twarzowy, chirurg stomatolog, chirurg plastyk). Niewątpliwą zaletą tego obszaru jest dostępność bezpośredniego badania. Są więc wszelkie dane ku temu, aby rozpoznawanie i leczenie nowotworów tego obszaru było podejmowane jak najwcześniej, już w początkowej fazie choroby.

Badania własne dotyczące analizy retrospektywnej materiału chorych leczonych w klinice z powodu nowotworów złośliwych zatoki szczękowej i kompleksu nosowo-sinowego, dna jamy ustnej, języka i raka skóry twarzy wykazały, że w większości przypadków chorzy zgłaszają się do leczenia w III lub w IV stopniu zaawansowania choroby nowotworowej, a czas od wystąpienia pierwszych objawów choroby do podjęcia leczenia wynosi średnio 2 lata. Od roku, w celu poprawy tych parametrów, każdy pacjent zgłaszający się do kliniki z podejrzeniem choroby nowotworowej jest przyjmowany w trybie nagłym, w celu pełnej diagnostyki i leczenia.

Diagnostyka guzów głowy i szyi jest taka sama, niezależnie od ich umiejscowienia. W wywiadzie należy uwzględnić czas trwania objawów i ich umiejscowienie (guz, naciek, owrzodzenie). Szczególną uwagę należy zwrócić na objawy:

asymetrii, drętwienia, zaburzenia czynności nerwów czaszkowych, dysfagię, odynofagię, chrypkę, zaburzenia artykulacyjne, ograniczenie drożności dróg oddechowych, szczękocisk, rozchwianie zębów, niepasowanie protezy zębowej, niedrożność nosa, krwawienie lub wyciek treści krwisto-ropnej z przewodów nosowych, łzawienie, krwiotłucie. Konieczne jest prowadzenie badania również w celu wykluczenia lub wykrycia drugiego ogniska nowotworowego.

Rozwijające się nowotwory, szczególnie jamy ustnej, wymagają różnicowania z procesem zapalnym. Trudności diagnostyczne wynikają z rozwijających się w tym obszarze zębopochodnych procesów zapalnych i maskowania objawów choroby nowotworowej przez współistniejący stan zapalny. Obserwowana niekiedy poprawa stanu miejscowego po leczeniu przeciwpalnym (antybiotykoterapia) nie powinna uśpić naszej czujności. Utrzymujący się przez 7 do 14 dni po leczeniu przeciwpalnym naciek, owrzodzenie lub guz wymagają pilnej weryfikacji histopatologicznej, gdyż cechą nowotworów tego obszaru jest wzrost dynamiczny i rozprzestrzenianie się, zależnie od typu nowotworu, układem krwionośnym, limfatycznym lub oboma.

Wybór metody i ustalenie planu leczenia wymaga rozpoznania histopatologicznego nowotworu, określenia punktu wyjścia oraz stopnia klinicznego zaawansowania. W chwili rozpoznania choroby nowotworowej obszaru głowy i szyi u ok. 40 % chorych występują już przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych. Dla określenia stopnia klinicznego zaawansowania niezbędna jest diagnostyka radiologiczna (pantomogram, RTG, przeglądowe, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, USG) pozwalająca na ocenę rozmiaru guza oraz stanu regionalnych węzłów chłonnych. Tomografia komputerowa obrazuje zniszczenie kości przez nowotwór, rezonans magnetyczny jest przydatny w ocenie naciekania tkanek miękkich oraz uwidocznienia zasięgu m. in. guzów ślinianki przyusznej oraz przestrzeni przygardłowej.

W rakach niskozróżnicowanych istnieją niekiedy trudności w odnalezieniu ogniska pierwotnego. W tych przypadkach przydatna jest pozytonowa tomografia emisyjna, której rola w diagnostyce i monitorowaniu leczenia choroby nowotworowej staje się coraz większa.

Zajmując się leczeniem nowotworów głowy i szyi musimy być przygotowani na to, że obecność raka płaskonabłonkowego w tym regionie w 3-7 % zwiększa ryzyko wystąpienia drugiego ogniska nowotworu złośliwego w obrębie górnych dróg od-

dechowych, przełyku lub w płucach. Może to być nowotwór „synchroniczny”, którego obecność stwierdza się do 6 miesięcy po wystąpieniu nowotworu pierwotnego lub metachroniczny, gdy drugie ognisko nowotworu wykryte zostanie po okresie 6 miesięcy. Uważa się, że powstanie drugiego ogniska nowotworu jest procesem niezależnym. Ze względu na ryzyko rozwoju metachronicznego raka płuca lub przerzutu do płuc wskazana jest kontrola radiologiczna (w uzasadnionych przypadkach tomografia komputerowa) raz do roku. Z tego samego względu, w celu poszukiwania guza synchronicznego w obrębie dróg oddechowych lub górnego odcinka przewodu pokarmowego, wskazane jest wykonywanie w uzasadnionych przypadkach bronchoskopii oraz ezofagoskopii.

W leczeniu raków płaskonabłonkowych głowy i szyi stosuje się leczenie chirurgiczne, radioterapię, chemioterapię lub kombinację tych metod.

We wczesnym stadium zaawansowania klinicznego (I i II stopień) równoważnymi metodami są chirurgia i radioterapia. W leczeniu nowotworów zaawansowanych (III i IV stopień) stosuje się leczenie skojarzone, leczenie chirurgiczne z radioterapią, radioterapię z chemioterapią lub wszystkie rodzaje terapii, w zależności od umiejscowienia guza.

Obecnie w leczeniu raków głowy i szyi, ze względu na odrębność w budowie anatomicznej, leczenie chirurgiczne ma największe znaczenie. Promieniowanie fotonowe jest alternatywną metodą leczenia raków we wczesnym stadium zaawansowania choroby. Dobre wyniki leczenia z zastosowaniem radioterapii fotonowej uzyskuje się w guzach migdałków, korzenia języka oraz nosogardła. Radioterapia neutronowa i protonowa ma coraz większe znaczenie w leczeniu guzów ślinianek i podstawy czaszki, promieniowanie elektronowe w leczeniu raka skóry.

Należy z rozumą kwalifikować chorych z niskozróżnicowanym rakiem znajdującym się w pobliżu żuchwy, ze względu na możliwość wywołania martwicy popromiennej kości. Nowa radioterapia z wykorzystaniem trójwymiarowego planowania leczenia (radioterapia konformalna) oraz radioterapia dynamiczno-konformalna wielopłaszczyznowa z modelacją intensywności promieniowania pozwalają na podawanie dużej, radykalnej dawki na obszar zajęty przez proces nowotworowy przy oszczędzeniu tkanek prawidłowych.

Chemioterapię stosuje się w przypadku nieoperacyjnych raków głowy i szyi oraz rozsiewu, co często prowadzi do zmniejszenia masy guza. Szczególnie w zaawansowanych

nowotworach konieczne jest wdrożenie chemioterapii indukcyjnej przed zasadniczym leczeniem lub równocześnie chemio- i radioterapii. Z nadzieją oczekujemy na rozwój tzw. terapii celowanej skierowanej przeciwko specyficznym dla komórek nowotworowych elementom.

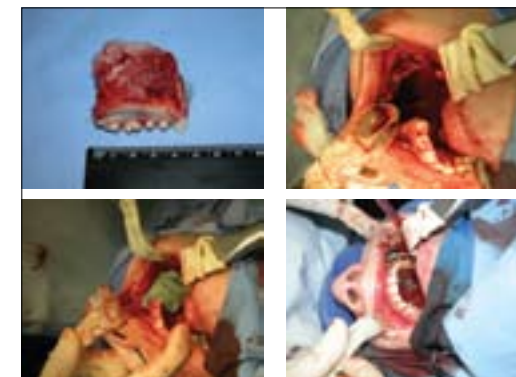
Metodą z wyboru w leczeniu większości nowotworów głowy i szyi jest jednak leczenie chirurgiczne. Celem leczenia jest radykalne usunięcie ogniska pierwotnego oraz lokalnych i odległych przerzutów.

Współcześnie każdy zabieg operacyjny obejmuje część ablacyjną i natychmiastową rekonstrukcję utraconych tkanek, tak aby zapewnić choremu poprzez dobry efekt czynnościowy i estetyczny leczenia odpowiednią jakość życia. Sposób chirurgicznej rekonstrukcji nie może ograniczać radykalności operacji, która jest nadrzędnym celem chirurgii w onkologii, nawet kosztem estetycznego wyniku rekonstrukcji. (Ryc. 1-4)

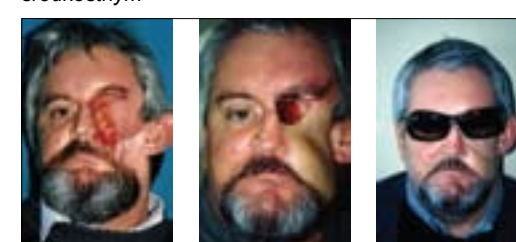
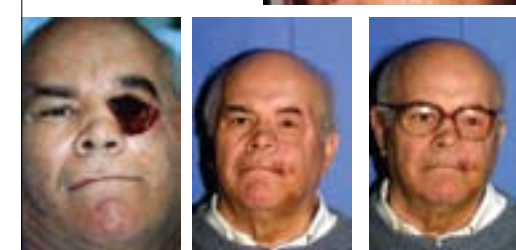
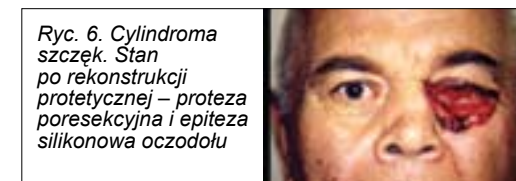
Tam gdzie metody rekonstrukcji chirurgicznej są niewydolne należy rozważyć rekonstrukcję protetyczną lub protetyczno-chirurgiczną. Epitezy silikonowe utrzymywane na podłożu poprzez połączenia sferyczne z implantami śródkostnymi dają doskonały efekt estetyczny leczenia, szczególnie w rekonstrukcji nosa, oczodołu, ucha. (Ryc. 5-8)

Rokowanie w chorobie nowotworowej zależy od stopnia klinicznego zaawansowania nowotworu, rodzaju nowotworu, jego umiejscowienia i dynamiki wzrostu oraz wieku biologicznego pacjenta. Wyniki leczenia nowotworów głowy i szyi są przygnębiające. Aż 88 % pacjentów umiera w ciągu 12 miesięcy. W większości 5-letnie przeżycia są w Polsce gorsze niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej o ok. 10 %. Dane z 2002 r. wykazały, że zachorowania na nowotwory głowy i szyi w Polsce stanowią 12,7 % zachorowań i 8,0 % zgonów spośród wszystkich nowotworów złośliwych. Palenie tytoniu i picie wysokoprocentowego alkoholu zwiększają 2-3-krotnie ryzyko zachorowań na raka głowy i szyi. Istotnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowań na raka, szczególnie jamy ustnej, jest zła higiena oraz długotrwałe drażnienie mechaniczne (np. źle dopasowane protezy).

Istotnymi przyczynami niepowodzenia w leczeniu choroby nowotworowej jest nieświadomość chorego o zagrożeniu życia (początkowo przebieg bezbolesny), obawa przed leczeniem, szczególnie operacyjnym oraz błędy jatrogenne w rozpoznawaniu choroby nowotworowej. Wymaga to z jednej strony uświadomienia społeczeństwa o zagrożeniu chorobą nowotworową, z drugiej wykształcenia specjalistycznego lekarzy i uczulenia ich na wczesne objawy choroby nowotworowej i wreszcie sprawności organizacyjnej służby zdrowia. Spełnienie tych



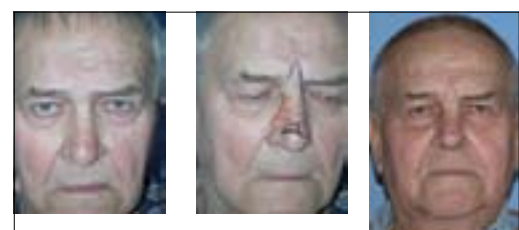
Ryc. 5. Rak szczęki. Preparat operacyjny, natychmiastowa rekonstrukcja protetyczna



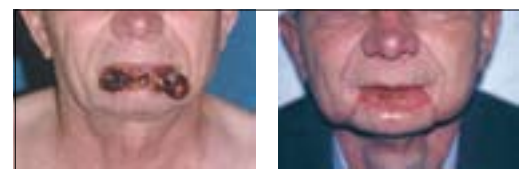
Ryc. 8. Ubytek pooperacyjny policzka i szczęki. Stan po rekonstrukcji policzka płatem cylindrycznym, oczodołu epitezą silikonową

warunków daje szansę skutecznego leczenia choroby nowotworowej poprzez wykrywanie i leczenie we wczesnych stadiach zaawansowania oraz poprzez eliminację stanów przedrakowych. Niewątpliwie najważniejsze jest uzyskanie jak najkrótszego czasu od wystąpienia pierwszych objawów choroby do jej rozpoznania i leczenia.

Autor jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej IS UJ CM oraz konsultantem krajowym ds. chirurgii stomatologicznej



Ryc. 1. Wieloogniskowy rak skóry twarzy przed i po leczeniu. Ubytek pokryty wolnym przeszczepem skóry pośredniej grubości z uda



Ryc. 2. Rak kąta przysiódkowego oka przed i po rekonstrukcji tkanek płatem glabelarnym



Ryc. 4. Rak skóry policzka przed i po leczeniu płatem mikronaczyniowym z przedramienia



O diecie polskiej i śródziemnomorskiej

Krystyna Knypl

Łamy prasy popularnej wypełniają liczne i barwne opisy kampanii „Odchudzamy Polaków!”, którą to bitwę o zbędne kilogramy rozpoczęła iście gwiazdorska konferencja prasowa w jednym z elegantszych hoteli stolicy, gromadząc gwiazdy filmu, telewizji i innych mediów.

foto: Marek Stankiewicz

Podano, że przeciętna polska kobieta waży 65 kg i żyje średnio 77 lat. Przeciętny Polak waży 80 kg i żyje 68 lat. Nie od dziś wiemy, że w 50% długie i dobre życie zależy od nas samych (czy wiedzą to nasi pacjenci, to inna sprawa!), a wśród filarów zdrowego stylu życia bardzo ważną rolę odgrywa prawidłowe odżywianie się.

Siła polskiej tradycji

Z jakich tradycji wyrasta nasza dieta? Ponieważ o jedzeniu pisali nie tylko zwykli ludzie, ale i wielcy mistrzowie pióra, kwestie naszej narodowej diety możemy prześledzić nawet na największych kanonach literatury pięknej. Najważniejszym posiłkiem dnia jest śniadanie. Adam Mickiewicz tak opisał śniadanie, jakie czekało na gości Sędziego:

...jakoż po wszystkich izbach panował ruch wielki,

Roznoszono potrawy, sztuce i butelki; (...i) zaś dla mężczyzn wędliny leżą do wyboru:

Półgęski tłuste, kumpie, skrzydliki ozoru,

Wszystko wyborne, wszystkie sposobem domowym

Uwędzone w kominie dymem jałowcowym;

W końcu wniesiono zrazy na ostatnie danie:

Takie bywało w domu Sędziego śniadanie.

Jak pamiętamy, śniadanie owo było poprzedzone polowaniem na zające – może myśliwi długo biegali za szarakami i treściwe śniadanie było uzasadnione? Porównajmy je więc z opisem śniadania, jakie zjadali nasi przodkowie po polowaniu na niedźwiedzia: *Sędzia, kiedy już gości jak trzeba ustawił*

Żegnając po łacinie stół pobłogosławił; Mężczyznom dano wódkę; zaczyn wszyscy siedli I chłodnik zabelany milcząc żwawo jedli, Po chłodniku szły raki, kurczęta, szparagi, W towarzystwie kielichów węgryzna, malagi.

Skoro wiemy z jakiej tradycji wywodzi się nasze śniadanie, spróbujmy przeanalizować następny posiłek, czyli obiad. Niewątpliwie najslawniejsze w naszej historii są obiady czwartkowe króla Stanisława Augusta, który panował w latach 1764-95. Przygotowywał je kucharz Paweł Tremo. Do stołu zasiadano około godziny trzeciej i kończono posiłek około szóstej. Często serwowano barszcz z uszkami i ulubione pieczyście króla, jakim był udziec barani. Podawano także ryby i warzywa. Gościom nalewano wina, ale król pił tylko wodę źródlaną.

Gdy nasi przodkowie biesiadowali przy tłustym udźcu baranim, inne narody już żywiły się inaczej. W roku 1761 francuski pisarz Jean Francois Marmontel został wtrącony do Bastylii i tak opisał obiad, jaki otrzymał w więzieniu: *połędwica wołowa, ćwiartka gotowanej kury, marynowane karczochy, szpinak, gruszka, kiść winogron, butelka starego burgunda i kawa*. Bastylię wymieniam tu nie bez powodu, wszak Francja to jedno z państw, z których wywodzi się słynna i dobroczynna dieta śródziemnomorska.

Rejon Morza Śródziemnego

Jeżeli uświadomimy sobie, że Hipokraty był Grekiem z wyspy Kos, to stanie się oczywiste, że rejon Morza Śródziemnego był, jest i będzie w medycynie na zawsze. Współczesna medycyna

zwróciła uwagę na rejon Morza Śródziemnego po raz drugi, gdy okazało się, że zamieszkujące go osoby żyją o wiele dłużej niż mieszkańcy innych obszarów Europy. Okoliczności upowszechnienia tej wiadomości były dość nietypowe – otóż pewnego listopadowego wieczoru w 1991 r. w amerykańskim programie telewizyjnym „60 minut” opowiedziano o tzw. francuskim paradoksie. Słuchacze dowiedzieli się, że Francuzi żyją dłużej niż inne narody między innymi dlatego, iż mają najniższy wskaźnik zachorowań na zawał serca. Jest to związane z ich dietą bogatą w świeże warzywa i owoce, a także czerwone wino. Amerykanie po usłyszeniu takich wiadomości masowo ruszyli do sklepów, w wyniku czego sprzedaż czerwonego wina w dniach po nadaniu audycji wzrosła o 40%.

Odkrywcą dobroczynnego działania diety śródziemnomorskiej był dr Serge Renaud, który obserwował ponad 600 osób po zawale serca. Po 27 miesiącach w grupie stosującej dietę śródziemnomorską śmiertelność była o 70% niższa w porównaniu z grupą tej diety nie stosującą.

Dieta śródziemnomorska to nie tylko warzywa, owoce, czerwone wino, ale także oliwa, ryby i *frutti di mare*. Z rybami wszyscy jesteśmy obcy, z *frutti di mare* niektórzy też, ale nie jest to jeszcze nasze danie codzienne. Nie powinniśmy się jednak peszyć ewentualnym brakiem doświadczenia w obcowaniu z egzotycznymi stworami, los bowiem może nam zesłać pomocną dłoń zupełnie nieoczekiwanie. Mira Michałowska, żona dyplomaty i znakomita znawczyni kuchni, która podczas wojny płynęła małym statkiem handlowym z Francji do północnej Afryki, tak na kartach książki „Przez kuchnię od frontu” opisuje swoje spotkanie z homarem: *Któryś z moich towarzyszy kupił kilka homarów i położył jednego przede mną.*

Z nieufnością spoglądałam na wielkiego raka. Nie podobał mi się. Ale byłam potężnie głodna, więc otworzywszy szczyr, chwyciłam zwierza za łeb i już chciałam go przekroić, kiedy siedzący opodal Francuz, nieogolony, niedomyty jak my wszyscy, pan w średnim wieku, krzyknął wielkim głosem „stop” i rzucił się w moją stronę. Wyjąwszy mi energicznym ruchem szczyr z ręki, zręcznie przekroił homara. Mademoiselle – powiedział nieogolony Francuz – proszę to sobie zapamiętać: homara nie kroi się nigdy, ale to nigdy wszcz. Zawsze wzdłuż. Zawsze.

Skoro już wiemy jak obejść się z *frutti di mare*, wypada się zastanowić, na ile możliwa jest transplantacja diety śródziemnomorskiej na grunt polski. Największe zasługi ma tu niewątpliwie królowa Bona, żona Zygmunta Starego, która upowszechniła używanie warzyw w kuchni polskiej i dzięki temu mamy włoszczyznę. Ślub księżniczki Bony Sforza z królem Zygmuntem odbył się w roku 1518. W chwili ślubu pan młody miał 51 lat, co nie tylko na owe, ale i na współczesne czasy można uważać za wiek dojrzały. Panna młoda miała 24 lata. Można przypuszczać, że nowinki dietetyczne, które młoda królowa przywiozła z Italii, były korzystne dla zdrowia, król Zygmunt żył bowiem 81 lat. Królowa Bona na różne sposoby krzewiła zdrowe odżywianie się – zakładała ogrody warzywne nie tylko w Polsce, ale i na Litwie, sprostowała nasiona z Włoch i udostępniała je chętnym. Była równie mądra, jak i piękna, a ponadto wielce dla naszego kraju zasłużona, choć niesłusznie zapomniana. Gdyby wywołała kilka wojen, podręczniki historii poświęcałyby jej więcej miejsca, ale zakładanie ogrodów warzywnych nie ma tak spektakularnej wymowy historycznej jak szczęk oręża.

Uczta weselna była bardzo wystawna i może to zainspirowało młodą królową do propagowania diety jarskiej? Na uroczystości weselnej serwowano kolejno następujące dania i napoje: *1) nugat z orzeszkami, serem śmietankowym i wieloowocową marmoladą, 2) galareta mięsna z salatami, 3) sztuka mięsa w białym sosie musztardowym, 4) pieczone gołębie, 5) pieczeń wołowa z sosem octowym, 6) ciasto francuskie z serem, 7) dziczyzna po węgiersku, 8) paszteciki z mięsa, 9) duszone pawie, 10) ciasteczka florenckie, 11) pieczeń z dziczyzny z kluskami, 12) pieprzna zupa, zwana polską, 13) pieczone*

bażanty, 14) placek serowy, 15) kapłony obłożone słoniną, 16) galareta mięsna w garnuszkach, 17) króliki w sosie własnym, 18) weselna potrawa neapolitańska z ciasta francuskiego, 19) kuropatwy z kwaśnymi jabłuszkami i konfitura z pigwy, 20) ciasteczka z ryżu z winem, 21) smażone kasztany, 22) ciasto neapolitańskie, 23) gotowane białe wino z miodem i korzeniami.

Jak widać z przytoczonego jadłospisu, uczta była prawdziwie królewska, a jej przygotowanie musiało spoczywać w rękach prawdziwych mistrzów.

Powszechnie uważa się, że wybitni kucharze to mężczyźni. Dwie znakomite kucharki weszły jednak do historii literatury, może nie tyle przez swoje potrawy, co przez to, dla kogo gotowały. Pierwsza z nich to kucharka Rossiniego, którą kompozytor poślubił, aby jej nie stracić. Wszyscy wiemy, że Rossini był wziętym twórcą operowym, ale mniej znany jest ten fakt z jego życiorysu, że mistrz spędzał wiele godzin na... konstruowaniu maszyny do wyrobu makaronu.

Druga kucharka to Alicja Toklas, która mieszkała z pisarką Gertrudą Stein i przygotowywała bajeczne potrawy dla słynnych gości, wśród których znaleźli się, między innymi, Hemingway i Picasso. Alicja Toklas tak oto opisuje przygotowywanie ryby na kolację, na której gościł Picasso: *Wybrałam na targu pięknego okonia w paski i ugotowałam go zgodnie z teorią mojej babki... (która) twierdziła (...), że ryba spędzając cały swój żywot w wodzie nie powinna po wyłowieniu już mieć najmniejszego kontaktu z elementem, w którym się narodziła i wychowała. Twierdziła więc, że rybę należy albo piec, albo gotować w winie, maśle lub śmietanie.*

Wszystkie wymienione składniki diety śródziemnomorskiej wchodziły w skład powszechnie znanej żywieniowej piramidy zdrowia, która powstała na zamówienie bostońskiej organizacji ds. zdrowia Oldways Preservation and Exchange Trust. Wprowadzeniu do piramidy czerwonego wina towarzyszyły poważne perypetie, ale to już historia na odrębny artykuł.

PS. Dla tych Czytelników, którym nie odpowiadają łamigłówki polegające na rozszyfrowywaniu recept mam zagadkę: Czym są wspomniane w opisie śniadania kumpie? Czekam na prawidłową odpowiedź i już szykuję nagrodę niespodziankę. (kk)

Bilans dwudziestolecia

Konstanty Radziwiłł

30 maja świętowaliśmy w Poznaniu XX-lecie odrodzonego samorządu lekarskiego. Dla jednych była to chwila dumy z dokonań, inni martwili się o przyszłość samorządu, byli także i tacy, którzy zastanawiali się nad sensem jego dalszego istnienia.



foto: Marek Stankiewicz

W rozważaniach rocznicowych warto sięgnąć do podstaw. Zgodnie z polską Konstytucją (art. 2) Rzeczpospolita jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej. Ustawa zasadnicza (art. 15.1) przesądza także, że jej ustroj zapewnia decentralizację władzy publicznej. Następnie ustrojodawca opisuje dwa rodzaje samorządu. W art. 16.1

stwierdza, że ogół mieszkańców jednostek zasadniczego podziału terytorialnego stanowi z mocy prawa wspólnotę samorządową, a na podobnej zasadzie w art. 17.1. podaje, że w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Oznacza to, że samorządność zawodowa osób wykonujących zawody publiczne jest jednym z fundamentów Rzeczypospolitej i wychodzi daleko poza doraźne potrzeby środowisk zawodowych. Konstytucja przesądza, że tak jak grupom obywateli zamieszkałym na jednym terenie, tak osobom wykonującym jeden zawód zaufania publicznego należy się część władztwa publicznego odnosząca się do spraw, które ich dotyczą.

Na tej podstawie dla zawodów lekarza i lekarza dentysty powstała ustawa o izbach lekarskich. Wychodząc z oczywistego założenia, że oba są zawodami

zaufania publicznego stwierdza ona (art. 1.1), że tworzy się samorząd lekarzy i lekarzy dentystów. Oznacza to nie tyle obowiązkową przynależność, na którą wielu narzeka, ile przyznanie całemu środowisku lekarskiemu specjalnego statusu i przywileju samorządności. Ma się ona urzeczywistniać poprzez zadania, które precyzuje ustawa w art. 4.1. Są to w szczególności:

- sprawowanie pieczy i nadzoru nad należytych i sumiennym wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty,
- ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie,
- reprezentowanie i ochrona zawodów lekarza i lekarza dentysty,
- integrowanie środowiska lekarskiego oraz
- zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa i organizacji ochrony zdrowia.

Po dwudziestu latach obowiązywania ustawy i istnienia odrodzonego samorządu lekarskiego (powołanego przecież z inicjatywy samego środowiska włączającego się w wielki ruch odzyskiwania państwa polskiego przez obywateli) warto zastanowić się nad listą sukcesów i porażek tego okresu.

Już samo odrodzenie samorządu w 1989 r. było sukcesem. Był to czas kształtowania nowego oblicza Polski jako obywatelskiego państwa prawa. Nowy demokratyczny podmiot życia publicznego, jakim stały się izby lekarskie, wpisał się na trwałe w nowoczesną i demokratyczną organizację totalitarnego dotychczas państwa. Trwanie samorządu w niezmienionej formie do dziś mimo ciągłych zabiegów różnych grup politycznych o umniejszenie jego roli także należy uznać za sukces. Oczywistym pozytywnym efektem istnienia izb lekarskich jest powstanie



Anna Gręziak (doradca Prezydenta RP) odznacza prof. Tadeusza Chruściela, pierwszego prezesa odrodzonego samorządu lekarskiego.

kilkutysięcznej w skali kraju grupy zaangażowanych w sprawy publiczne obywateli. Niewątpliwym osiągnięciem samorządu lekarskiego jest zorganizowanie od podstaw sprawnie działającej infrastruktury obsługującej ponad 160 tysięcy lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie rejestru (najnowocześniejszy rejestr lekarzy i lekarzy dentystów na świecie), prawa wykonywania zawodu, rejestracji praktyk, organizacji stażu podyplomowego oraz odpowiedzialności zawodowej. Za osobny sukces należy uznać uchwalenie przez samorząd nowoczesnego Kodeksu Etyki Lekarskiej, który obejmuje wszystkie obszary i problemy praktyki lekarskiej. Pośrednio do osiągnięć samorządu (wspieranego przez inne organizacje, a zwłaszcza Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy) zaliczyć trzeba także dokonany

w ostatnich latach ogromny postęp w zakresie poprawy warunków pracy (w tym czasu pracy) i wynagrodzeń lekarskich. Otaczanie opieką i wielomilionowe wsparcie udzielane tysiącom członków samorządu będącym w potrzebie, szeroko zakrojony mecenat nad twórczością lekarską oraz żywiołowy rozwój sportu lekarskiego należą także do widocznych pozytywnych znaków działalności izb. Samorząd lekarski wspiera dziesiątki tysięcy swoich członków w realizacji ich potrzeb finansowych i ubezpieczeniowych. Nie można nie zauważyć ogromnego wkładu izb w organizowanie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów – coraz częściej okręgowe izby lekarskie stają się ośrodkami doskonalenia z prawdziwego zdarzenia. Zarówno w polityce państwa, jak

dokończenie na str. 30



Wśród gości byli m.in.: bp Zdzisław Fortuniak, Michael Wilks (prezydent Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich) i Otmar Kloiber (prezes Światowego Stowarzyszenia Lekarzy).



Wyróżnieni Odznaczeniem „Meritus Pro Medicis”

i w województwach izby wypracowały sobie mocną pozycję autorytetu w dziedzinie ochrony zdrowia i dostrzegalny jest ich wpływ na prawo i organizację ochrony zdrowia. Jest to także widoczne na arenie międzynarodowej.

W ciągu minionego dwudziestolecia nie zabrakło także porażek. W pewnym sensie największą z nich jest, mimo ogromnego entuzjazmu podczas budowania struktur samorządu w latach 1989-90, ciągle duży odsetek środowiska negujący sens istnienia izb lekarskich i towarzyszący temu brak zaangażowania przeważającej części środowiska w jego działanie. Mimo znaczącej poprawy sytuacji większości lekarzy i lekarzy dentystów wciąż duża jest liczba osób bardzo nisko wynagradzanych; w szczególnie trudnej sytuacji są ciagle seniorzy. System doskonalenia zawodowego, mimo wielu zabiegów samorządu, szczególnie w zakresie specjalizowania się, oceniany jest powszechnie jako daleki od doskonałości i nieprzyjazny dla lekarzy i lekarzy dentystów. Wciąż niespełnione pozostaje oczekiwanie samorządu uzyskania większych kompetencji w zakresie organizacji doskonalenia zawodowego. W wielu sprawach, mimo dobrego uzasadnienia, stanowiska samorządu nie są uwzględniane podczas tworzenia prawa. Dotyczy to szczególnie decyzji politycznych związanych z publicznymi nakładami na



Koncertowała Europejska Symfoniczna Orkiestra Lekarzy

ochronę zdrowia wciąż znacznie niższymi niż w wielu sąsiednich państwach.

W tej sytuacji przed samorządem pozostaje nadal wiele wyzwań. Nieustającym zadaniem jest obrona samorządności lekarskiej stale zagrożonej przez kolejne ekipy polityków otwarcie mówiących jeśli nie o zamiarach likwidacji, to przynajmniej ograniczenia prerogatyw izb lekarskich. Niewątpliwie także działacze samorządowi powinni starać się o przekonanie większej liczby kolegów nie tylko o potrzebie istnienia izb lekarskich, ale także o konieczności większego zaangażowania się w ich działanie. Jedną z racji istnienia samorządu jest jego ciągle zaangażowanie w działania na rzecz poprawy wizerunku środowiska lekarskiego, walka o dalszy wzrost wynagrodzeń oraz utrzymanie korzystnych przepisów dotyczących czasu pracy, a także zabieganie o wpro-

wadzenie rozwiązań korzystnych dla lekarzy i lekarzy dentystów przedsiębiorców. Izby powinny jeszcze skuteczniej wspierać członków samorządu w ich potrzebach ubezpieczeniowych (zwł. zawodowej odpowiedzialności cywilnej). Wydaje się, że wzorem organizacji lekarskich w innych krajach powinno się rozważyć zbudowanie uzupełniającego systemu emerytalno-rentowego dla lekarzy i lekarzy dentystów. Samorząd musi prowadzić działania na rzecz poprawy materialnego zabezpieczenia członków środowiska (minimalne wynagrodzenie, odpis kosztów doskonalenia zawodowego od podatku, wprowadzenie zerowej stawki VAT na usługi zdrowotne, nie-wprowadzanie obowiązku posiadania kas fiskalnych w gabinetach). Samorząd nie może zapominać o podejmowaniu wysiłków na rzecz określania wysokich standardów etycznych i zawodowych.



Najpopularniejsi sportowcy-lekarze Jacek Łabudzki z Sandomierza i Bożenna Kędzińska z Pułtusa oraz Jacek Tętnowski – szef Komisji Sportu NRL.

Wielkim zadaniem izb lekarskich jest wspieranie członków samorządu w ciągłym doskonaleniu zawodowym (poprawienie systemu akredytacji, organizacja wydarzeń edukacyjnych, stymulowanie kształcenia wewnętrznego) – współpraca z lekarskimi towarzystwami naukowymi, a także zabieganie o poszerzenie roli samorządu w całym procesie doskonalenia zawodowego (zwł. specjalizowania się). Izby lekarskie, których pozycja ekspercka w debacie na temat ochrony zdrowia jest wysoka, muszą kontynuować lobbing na rzecz tworzenia właściwych zasad finansowania i udzielania świadczeń finansowanych

ze środków publicznych, a także aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu prozdrowotnych postaw Polaków.

Bilans dwudziestolecia jest bez wątpienia dodatni. Kilka pokoleń działaczy odrodzonych izb lekarskich może mieć poczucie satysfakcji z dobrze wykonanej pracy. Nie trzeba im jednak mówić, że zadania, które postawili przed sobą w 1989 r., są już wykonane w całości. Przytoczone powyżej wyzwania to zapewne tylko część tego, co czeka ich i ich następców w najbliższej przyszłości. Oby nie zabrakło rąk do tej pracy.

Konstanty Radziwiłł

Odnaczenia państwowe

Z okazji Dwudziestolecia Odrodzonego Samorządu Lekarskiego prezydent RP Lech Kaczyński nadał odznaczenia państwowe zasłużonym członkom i działaczom.

Uroczystego wręczenia odznaczeń podczas uroczystych obchodów w Poznaniu dokonała Anna Gręziak, doradca Prezydenta RP.

Za wybitne zasługi dla rozwoju medycyny, za działalność na rzecz samorządu lekarskiego, odznaczeni zostali:

KRZYŻEM WIELKIM ORDERU ODRODZENIA POLSKI
Prof. Tadeusz CHRUSCIEL

KRZYŻEM KOMANDORSKIM z GWIAZDĄ ORDERU ODRODZENIA POLSKI
Józef HORNOWSKI*

KRZYŻEM KOMANDORSKIM ORDERU ODRODZENIA POLSKI
Aleksander KOTLICKI i Romuald KRAJEWSKI

KRZYŻEM OFICERSKIM ORDERU ODRODZENIA POLSKI
Marta BRZOSTOWSKA*, Zbigniew CZERNICKI*, Józef DOBRECKI, Anna GLIŃSKA, Ryszard GRABOWSKI, Ryszard KWIECIŃSKI*, Jacek PIĄTKIEWICZ, Ryszard RZESZUTKO, Maria WALC, Tadeusz ZGORZALEWICZ*

KRZYŻEM KAWALERSKIM ORDERU ODRODZENIA POLSKI
Krystyna BADOWSKA, Zbigniew BRZEZIN, Ryszard GOLĄSKI, Małgorzata KACZMARSKA-BANASIAK, Krystyna KOCHMAN*, Grzegorz KRZYŻANOWSKI, Artur KWAŚNIEWSKI*, Józef LULA*, Stanisław MARKOWSKI*, Maciej MROŻEWSKI*, Józefa PRZEŹDZIAK, Konstanty RADZIWIŁŁ, Krzysztof TUSZYŃSKI, Maria ULISZEWSKA-KADEN, Lech ŻYNDĄ

Za zasługi w działalności na rzecz ochrony zdrowia:

ZŁOTYM KRZYŻEM ZASŁUGI
Tadeusz BOROWSKI-BESZTA*, Barbara BRUZIIEWICZ-MIKŁASZEWSKA, Igor CHĘ-

CIŃSKI, Maciej HAMANKIEWICZ, Stanisław HAPYN, Piotr HUBERT, Zyta KAŻMIERCZAK-ZAGÓRSKA, Ryszard KĘPA, Andrzej KRAWCZYK, Wojciech MAKSYMOWICZ, Jan OLEJNIK, Jolanta ORŁOWSKA-HEITZMAN, Anita PACHOLEC, Aniela PTAK, Dorota RADZISZEWSKA, Krystyna SZYROCKA-KOWALCZYK

SREBRNYM KRZYŻEM ZASŁUGI
Jędrzej BANDURSKI, Katarzyna BOJAROWSKA*, Jacek CHODORSKI, Andrzej CIOŁKO, Wiesława DEC, Tadeusz DRAGAN*, Krystian FREY, Jolanta MAŁMYGA, Andrzej MAZARAKI, Stefan STENCEL, Andrzej WCISŁO, Włodzimierz WICHLIŃSKI

BRAZOWYM KRZYŻEM ZASŁUGI
Wiesław IWANOWSKI, Sławomir JÓZEFOWICZ, Bożena KANIAK, Leszek PAŁKA, Małgorzata ŚWIĄTKOWSKA

* Osobom, które nie mogły przybyć na uroczystość orderu zostaną wręczone w terminie późniejszym.

Rozszyfruj receptę

Sezon wakacyjny jeszcze w pełni więc korzystajmy z urlopów. Nie można tracić zbyt wiele czasu na rozszyfrowanie zawijasów receptowych i tym razem zagadka jest chyba względnie łatwa do rozszyfrowania. Trudniejsze przypadki zostawiam na długie zimowe wieczory oraz na nadciągającą już trzecią rocznicę naszej rubryki. Dotychczasowa popularność „Rozszyfruj receptę” pozwala prognozować kącikowi raczej dłuższy niż krótszy żywot, chyba że przebojem wejdą na nasz rynek e-recepty. Laureatami zostają dr **Jerzy Homa**, który nadesłał bardzo kompleksowe omówienie pokazywanego w poprzednim numerze wyniku badania oraz koledzy dr **Hanna Jaworska-Łuczyńska** i dr **Jacek Kita**, którzy wystąpili w tandemie deszyfrującym.
krystyna.knypl@compi.net.pl

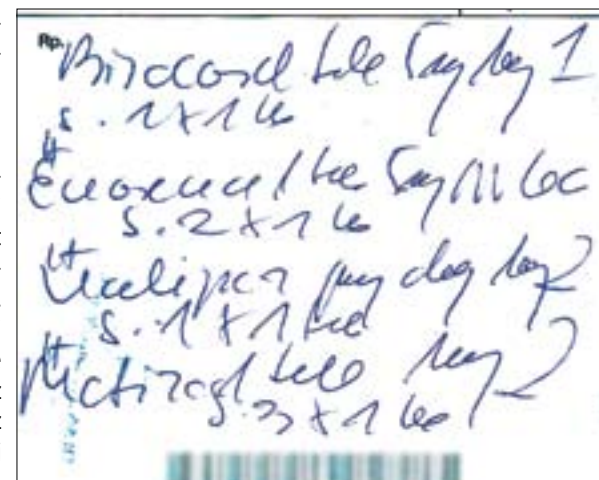




foto: Marek Stankiewicz

informuje

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 28 V 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **sposobu ustalania i uiszczania opłat związanych z dopuszczeniem do obrotu produktu leczniczego**. Prezydium zwróciło uwagę, że zarówno projekt nowelizacji, jak i samo zmieniane rozporządzenie ministra zdrowia z 20.11.2008 r. w sprawie sposobu ustalania i uiszczania opłat związanych z dopuszczeniem do obrotu produktu leczniczego sankcjonuje preparaty homeopatyczne jako produkty lecznicze. Prezydium ponownie podnosi konieczność odpowiedniej zmiany przepisów prawa farmaceutycznego zmierzającej do odebrania preparatom homeopatycznym statusu produktów leczniczych, ponieważ współczesna wiedza medyczna nie dostarcza naukowych i weryfikowalnych dowodów na leczniczy charakter produktów tego rodzaju.

Delegowano:

- **Konstantego Radziwiłła** na warsztaty poświęcone *harmonizacji doskonalenia zawodowego lekarzy w Europie*, 22.09.br. w Berlinie.
- **Romualda Krajewskiego** na posiedzenie *Zarządu Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów* (UEMS) połączone ze spotkaniem *europejskich organizacji lekarskich*, w dn. 11-13.06.br. w Brukseli.

Prezydium NRL – 19 VI 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektów rozporządzeń ministra zdrowia: 1) w sprawie **Rady Akredytacyjnej** oraz 2) w sprawie **procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów jakości oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie**. Prezydium zwróciło uwagę, że zgodnie z § 2 ust. 2 projektu liczbe miejsc w Radzie Akredytacyjnej dla przedstawicieli poszczególnych samorządów medycznych i organizacji społecznych ma określić minister zdrowia w ogłoszeniu o przystąpieniu do wyłaniania kandydatów na członków Rady. Zdaniem Prezydium NRL podział miejsc przyznanych w ustawie z 6.11.2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia dla samorządów zawodowych i organizacji społecznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, powinien być dokonany w rozporządzeniu, a nie w ogłoszeniu ministra zdrowia. Ponadto w rozporządzeniu powinny być zapewnione przynajmniej po jednym miejscu dla każdego z czterech samorządów medycznych (lekarskiego, pielęgniarskiego, aptekarskiego i diagnostów laboratoryjnych).

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2010 r.** Prezydium stwierdziło, że wątpliwości budzi sposób obliczenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2010 r. w oparciu jedynie o wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych z 2008 r. bez uwzględnienia danych oraz prognoz dotyczących inflacji w 2009 r.

Delegowano:

- **Bożenę Pietrzykowską** na *obchody 20-lecia Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie*, 20.06.br. w Wilnie.
- **Konstantego Radziwiłła** do – *Udziału w wizycie studyjnej w Tajpei* (Republika Chińska) w dn. 23-27.06.br. na zaproszenie Przedstawiciela Gospodarczego i Kulturalnego Tajpei w Polsce.
- **Konstantego Radziwiłła** na posiedzenie *Rady programu HEALTH PROMeTHEUS* (Migracja Profesjonalistów Medycznych w Europie), 22.07.br. w Brukseli.

Prezydium NRL – 28 V 2009

Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydaturę prof. dr. hab. **Witolda Tlustochowicza** na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie **reumatologii**.

Prezydium przyjęło uchwałę w sprawie **przyznania dotacji na organizację doskonalenia zawodowego**. Przyznano dotacje na organizację doskonalenia zawodowego 6 okręgowym izmom lekarskim w łącznej wysokości **52 936,75 zł**.

Delegowano: Konstantego Radziwiłła na spotkanie *Grupy Roboczej „Przyszłość” Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich*, w dn. 8-9.07.br. w Brukseli.

Naczelna Rada Lekarska – 19 VI 2009

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury**. NRL z zadowoleniem przyjęła wejście w życie rozporządzenia ministra zdrowia z 23.04.2009 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury wprowadzającego podwyżkę wynagrodzeń lekarzy rezydentów, zwłaszcza w specjalnościach deficytowych. Jednocześnie Rada domaga się, aby lekarz, który posiada specjalizację, otrzymywał wynagrodzenie nie niższe niż dwukrotność uposażenia lekarza rezydenta, którego szkoli. Dlatego Rada popiera dążenia lekarzy do możliwie jak najszybszego zlikwidowania obecnie zaistniałej, rażącej dysproporcji. Jednocześnie Rada przypomina, że nadal nie są zrealizowane postulaty płacowe zawarte w Stanowisku Nr 2 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z 6.01.2006 r. w sprawie ustawowego uregulowania minimalnej płacy dla lekarzy.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu **ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych**. Rada popiera działania samorządu pielęgniarek i położnych mające na celu utrzymanie jego prawa do samostanowienia o zasadach funkcjonowania, strukturze organizacyjnej i zasadach finansowania jego działalności. Ingerencja władz państwowych w strukturę samorządu, zwłaszcza bez konsultacji i uzgodnienia z organami samorządu zawodowego, jest sprzeczna z ideą samorządności i zmierza do ograniczenia jego samodzielności i prawa do samostanowienia. NRL wniosła o zmianę projektowanych przepisów ustawy i przyznanie organom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych kompetencji do określania liczby i zasięgu terytorialnego poszczególnych okręgowych izb pielęgniarek i położnych na zasadach obowiązujących dotychczas.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie niezbędnej nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia **w sprawie recept lekarskich**. NRL wyraziła

stanowczy sprzeciw wobec możliwości obciążania lekarzy i lekarzy dentystów kosztami refundacji na skutek możliwych do korekty błędów formalnych w treści recept. Rada stoi na stanowisku, że niezbędna jest nowelizacja rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, która umożliwiłaby uzupełnienie przez aptekarza danych osobowych pacjenta (zwłaszcza numeru PESEL). Brak możliwości uzupełnienia treści recepty przez aptekarza w zakresie danych osobowych pacjenta uderza w pacjentów, którzy bardzo często odsyłani są z apteki przez zastraszonych kontrolowaniem każdego szczegółu aptekarzy. Sytuacja taka jest niedopuszczalna.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **problemów z kontraktowaniem świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia na 2009**. NRL: – zwróciła się do wszystkich osób, instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce o pilną interwencję w związku z kontraktowaniem świadczeń przez NFZ na rok 2009. NRL posiadając informację o: - zmniejszaniu kontraktów (nawet o 30%) na drugie półrocze 2009 r. w lecznictwie szpitalnym, - skracaniu okresu rozliczeniowego do 6 miesięcy i próby zawierania umów na nowy okres rozliczeniowy niezawierających faktycznych poziomów wykonania pierwszego półrocza, a wręcz je obniżających – zwróciła się do Premiera RP, Minister Zdrowia, Marszałków Sejmu RP i Senatu RP, Parlamentarzystów RP oraz Prezesa NFZ o podjęcie natychmiastowych działań mających na celu: - uruchomienie rezerwy z 2008 r. (ok. 1 100 000 000 zł) na lecznictwo szpitalne ze szczególnym uwzględnieniem tych województw, gdzie do chwili obecnej nie sfinansowano wykonań ponadlimitowych w szczególności ratujących zdrowie i życie, - utrzymanie rocznych okresów rozliczeniowych w lecznictwie szpitalnym w roku 2009 tam, gdzie zostały one zawarte, - utrzymanie poziomu finansowania w II półroczu 2009 r. na poziomie nie mniejszym niż w I półroczu 2009 r. z uwzględnieniem leczenia przypadków nagłych.

Prezydium NRL – 24 VII 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **propozycji zmian we wzorze zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy ZUS ZLA**. Prezydium po zapoznaniu się z propozycjami zmian w druku ZUS ZLA, nadesłanymi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, stwierdza, że są one niewystarczające. Rola lekarza przy wystawianiu zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy powinna ograniczać się do tego, aby określonej osobie (imię, nazwisko, PESEL, adres) udzielić zwolnienia z określonego powodu (nr choroby lub opieka), z określonym zaleceniem (leżenie/chodzenie) na określoną liczbę dni. Prezydium stwierdziło, że jeśli ZUS do celów finansowo-ubezpieczeniowych potrzebuje innych niż związane ze stanem zdrowia pacjenta danych, to na podstawie płatnej umowy mógłby oczekiwać ich od lekarzy wypisujących zwolnienia.

Prezydium NRL – 7 VIII 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **wysokości wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych**. Prezydium stwierdziło, że proponowane wysokości wynagrodzeń dla członków i przewodniczącego Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych ustalone zostały na poziomie zbyt niskim. Kwoty wynagrodzenia nie odpowiadają wadze rozpatrywanych przez

Radę zagadnień, jak również związanemu z tym obciążeniu czasowemu, zwłaszcza w obliczu zwiększenia w ustawie zakresu działania Rady.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o **świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przedstawnego przez Komitet Inicjatywy Ustawodawczej z siedzibą w Lublinie przy ul. Królewskiej 3**. Prezydium dostrzega konieczność publicznej debaty na temat organizacji finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Samorząd lekarski od wielu lat podkreśla, iż dostęp pacjenta do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej nie powinien być w żaden sposób ograniczany z uwagi na miejsce jego zamieszkania. Wszyscy pacjenci objęci ubezpieczeniem zdrowotnym powinni mieć swobodny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na obszarze całego kraju. Prezydium pozytywnie ocenia inicjatywę obywatelską podjętą w celu nowelizacji ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych uznając, iż zawarte w przedłożonym projekcie rozwiązanie jest godne merytorycznej i rzeczowej debaty politycznej w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej.

Delegowano:

- **Kładiusza Komora i Marka Szewczyńskiego** na 16 Sympozjum *Izb Lekarskich Krajów Europy Środkowej i Wschodniej*, w dn. 17-19.09.br. w Belgradzie.
- **Romualda Krajewskiego** na posiedzenie *Zarządu Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów* (UEMS), 12.09.br. w Neapolu.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w konferencji „Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim”.
- Udział w spotkaniu pełnomocników oil ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów.
- Udział w posiedzeniu Zespołu ds. Rekomendacji Etycznych w Perinatologii.
- Udział w konferencji szkoleniowej sędziów NSL i OSL.
- Udział w uroczystości XX-lecia OIL w W-wie.
- Spotkanie z lekarzami Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.
- Udział w posiedzeniu Zarządu CPME w Brukseli.
- Spotkanie z pracownikami kanału TVN Med.
- Udział w warsztatach Związku Pracodawców INFARMA dot. kodeksów etycznych.
- Udział w konferencji „Zdrowie i kryzys światowy – perspektywa europejska. Skutki dla Polski”.
- Udział w II interaktywnych warsztatach dla studentów medycyny i pielęgniarstwa z komunikacji z pacjentem oraz leczenia bólu organizowanych przez Fundację dr Macieja Hilgiera w NIL.
- Udział w uroczystościach XX-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego w Poznaniu.
- Udział w IX Kongresie Medycyny Rodzinnej w Białymstoku.
- Udział w XVIII Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy w Olsztynie.
- Udział we wspólnej konferencji zarządów europejskich organizacji lekarskich w Brukseli.
- Udział w warsztatach „Jak zapewnić funkcjonalny system ochrony zdrowia w regionach o zmniejszających się i starze-

- jących się populacjach” w Poczdamie.
- Udział w pracach Podkomisji Stałej ds. Zdrowia Publicznego Komisji Zdrowia Sejmu dot. projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
- Udział w posiedzeniu Rady Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną NIL.
- Udział w posiedzeniu Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich.
- Wizyta studyjna w Tajpei dotycząca organizacji ochrony zdrowia w Chińskiej Republice (Tajwan), spotkania m. in. z wiceministrem zdrowia T.-J. Chenem i wiceprezesem Narodowej Ubezpieczalni Zdrowotnej M.S. Chenem.
- Udział w posiedzeniu Rady Ośrodka Bioetyki NIL.
- Udział w gali z okazji jubileuszu 60-lecia „Służby Zdrowia”.
- List do Ewy Kopacz, ministra zdrowia – prośba o przyznanie okręgowym izmom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów druku dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.
- Udział w pierwszym posiedzeniu Redakcji i Rady Naukowej pisma „Medyczna Wokanda”.
- Udział w warsztatach CSIOZ dot. wprowadzenia e-recepty w polskim systemie ochrony zdrowia.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu nt. rządowego projektu ustawy o izbach lekarskich.
- Udział w naradzie eksperckiej w Kancelarii Prezydenta RP nt. funkcjonowania systemu finansowania opieki zdrowotnej nad dziećmi.
- List do Michała Serzyckiego, głównego inspektora ochrony danych osobowych – dot. prac sejmowych nad projektem ustawy o izbach lekarskich i zapisu o udostępnianiu informacji zawartych w Centralnym Rejestrze Lekarzy.
- Udział w posiedzeniu Rady Doradczej projektu Migracja Profesjonalistów Medycznych w Europie „PROMeTHEUS”.
- List do Donalda Tuska, prezesa Rady Ministrów – w sprawie Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego (2010-2014).
- Udział w debacie na temat etyki lekarskiej z XIV Dalaj Lamą.
- List do Jana Rostowskiego, ministra finansów – prośba o uwzględnienie stanowiska samorządu lekarskiego w kwestii zobowiązania lekarzy i lekarzy dentystów do posiadania kas fiskalnych.
- Udział w warsztatach CSIOZ dot. wprowadzenia e-recepty w polskim systemie ochrony zdrowia.
- Udział w konferencji uzgodnieniowej dot. projektu ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.
- Spotkanie z przedstawicielami komitetu obywatelskiej inicjatywy ustawodawczej nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w części dot. algorytmu podziału środków NFZ na województwa.

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-218-710
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

REKLAMA

REKLAMA

Przychodzi lekarz do prawnika

Czy pacjent musi wyrazić zgodę na wykonanie badań laboratoryjnych w kierunku HIV/AIDS?

Przeprowadzenie badań laboratoryjnych na obecność wirusa HIV lub AIDS z materiału biologicznego pobranego od pacjenta kształtuje się w dwojaki sposób. Kluczowe znaczenia ma fakt, czy diagnostyka laboratoryjna przeprowadzana jest na początku procesu terapeutycznego, kiedy stan zdrowia pacjenta nie został zweryfikowany, czy też u pacjenta zdiagnozowano konkretną jednostkę chorobową, a materiał biologiczny pobrany jest w celu przeprowadzenia kolejnych badań diagnostycznych.

W przypadku, gdy lekarz rozpoczyna proces leczniczy u danego pacjenta, zakres badań diagnostycznych wykonywanych z pobranego materiału biologicznego nie jest niczym ograniczony. W jednym z wyroków Sąd Najwyższy

podkreślił, że jeśli lekarz pobrał określony materiał biologiczny celem zdiagnozowania choroby nierozpoznanej w momencie tego pobrania, może on prowadzić badania diagnostyczne tego materiału pod dowolnym, uznanym przez siebie za właściwy, kątem z punktu widzenia postawienia prawidłowej diagnozy (...), (wyrok SN z 22.09.1967 r., I CR 199/67, PUG 1968 r. nr 6, s. 222).

W przypadku, gdy nie została postawiona diagnoza (np. pacjent jest hospitalizowany pierwszy raz), lekarz może zlecić przeprowadzenie badania na obecność wirusa HIV lub AIDS bez dodatkowej zgody pacjenta. Należy przy tym podkreślić, że pacjent musi wyrazić zgodę na samo pobranie materiału biologicznego do badań. Zgoda taka powinna zostać wyrażona ustnie bądź w inny sposób nie budzący wątpliwości (np. skinieniem głowy bądź poprzez poddanie się zabiegowi pobrania).

W sytuacji, gdy choroba, na którą cierpi pacjent, została zdiagnozowana, a materiał biologiczny został pobrany w innym celu diagnostycznym (np. w celu wykonania morfologii krwi), przeprowadzenie badania na obecność wirusa HIV lub AIDS z pobranego materiału biologicznego wymaga dodatkowej zgody pacjenta. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r. (tj. Dz.U. 2008 r., nr 136, poz. 857, ze zm.) ani żaden inny akt prawa nie przewiduje formy, w jakiej zgoda na pobranie materiału biologicznego w celu wykonania badań w kierunku HIV/AIDS powinna zostać wyrażona przez pacjenta.

Jak już wspomniałam, zgoda na samo pobranie materiału biologicznego może zostać wyrażona w dowolnej formie. Biorąc jednak pod uwagę szczególny rodzaj diagnostyki

jakim jest wykonanie testów w kierunku HIV/AIDS należy przyjąć, że zgoda na wykonanie tego rodzaju badań laboratoryjnych powinna przyjąć formę pisemną, a w przypadku, gdy pacjent nie jest w stanie złożyć podpisu pod treścią zgody – formę zgody ustnej wyrażanej w obecności dwóch świadków. Szczególne znaczenia ma to w sytuacji, gdy pacjent kwestionuje fakt, że wyraził zgodę na przeprowadzenie badań w kierunku HIV lub AIDS. W takim przypadku zgoda wyrażona w formie pisemnej lub zgoda wyrażona ustnie w obecności dwóch świadków chroni lekarza przed poniesieniem odpowiedzialności za podjęcie czynności leczniczych bez zgody pacjenta.

Uwaga! Zgodnie z opinią prezentowaną przez większość specjalistów z dziedziny prawa zgoda pacjenta na przyjęcie do szpitala i wykonanie rutynowych pobrań krwi nie jest jednoznaczna z wyrażeniem zgody na przeprowadzenie testów na obecność wirusa HIV lub AIDS w sytuacji, gdy pacjent został już zdiagnozowany (np. jest hospitalizowany po raz kolejny).

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że jeśli pacjent został zdiagnozowany, a lekarz pobrał materiał biologiczny do badań laboratoryjnych, bez zgody pacjenta nie mogą zostać przeprowadzone z pobranego materiału badania diagnostyczne, które nie miałyby związku ze zdiagnozowanym schorzeniem. W szczególności nie można prowadzić takich badań w celach innych niż lecznicze i leżące w interesie pacjenta (np. w celu zabezpieczenia personelu przed ewentualnym zainfekowaniem).

Warto podkreślić, że lekarz nie może uzależniać kontynuowania leczenia od zgody pacjenta na wykonanie badania na obecność wirusa HIV. Niezgodne z prawem jest również pobieranie przez lekarza materiału do badań na nosicielstwo HIV lub AIDS pod pozorem wykonania innych rutynowych badań. Przeprowadzenie badania na nosicielstwo wirusa HIV/AIDS w przypadku, gdy na wykonanie tego badania potrzebna jest dodatkowa zgoda pacjenta, naraża lekarza na odpowiedzialność zawodową, karną i cywilną, w związku z wykonaniem czynności leczniczych bez zgody pacjenta.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

Propozycja szkoleń

Kompetencje miękkie

Paweł Grabowski, Małgorzata Rosalska

W niektórych uczelniach medycznych, chociaż w ograniczonym zakresie, daje się już wiedzę, a nawet naucza się umiejętności w zakresie kompetencji miękkich. Prawie nie bierze się ich jednak pod uwagę w kształceniu podyplomowym lekarzy. Przedstawiamy propozycję kształcenia podyplomowego dla lekarzy w zakresie kompetencji miękkich.

Proponowane treści kształcenia winny objąć najważniejsze z kompetencji miękkich. Ułożone w sposób modułowy, umożliwią uczestnikom projektowanie własnej ścieżki szkoleniowej. Moduł wprowadzający, obligatoryjny, skierowany powinien być do lekarzy stażystów, kolejne do lekarzy w trakcie specjalizacji. Następne szkolenia odbywać się powinny w trakcie dalszej aktywności zawodowej i celowe byłoby, aby z puli punktów za szkolenia, jakie lekarz ma obowiązek zdobyć, określoną część zdobywał za szkolenia z kompetencji miękkich.

W kształceniu lekarzy w tym zakresie można zaproponować następujące bloki tematyczne:

Moduły tematyczne

Moduł I. Zagadnienia wstępne. Jego cel to uświadomienie potrzeb w zakresie kompetencji miękkich, analiza własnych zasobów kompetencyjnych, rozwijanie wiedzy o czynnikach warunkujących sukces zawodowy i wskazanie na praktyczne konsekwencje braków w zakresie kompetencji miękkich.

Lekarz, poza zdobytą podczas szkolenia wiedzą i umiejętnościami, będzie potrafił nazwać i ocenić swoje potrzeby w zakresie kompetencji miękkich i będzie umiał zaplanować swoją dalszą ścieżkę kształcenia w tym zakresie. Organizator szkolenia zaś uzyska informacje umożliwiające planowanie dalszych modułów kształcenia.

Moduł II. Komunikacja. Obejmuje on zagadnienia skutecznej komunikacji, techniki aktywnego słuchania, a także zagadnienia szczegółowe, jak komunikowanie złych wiadomości,

rozmowy z „trudnym” pacjentem, pacjentem u kresu życia, komunikację z dzieckiem. Kolejny warsztat może dotyczyć komunikowania społecznego i zachowania lekarza w kontakcie z mediami.

Moduł III. Profilaktyka wypalenia zawodowego. Obejmuje on zagadnienia stresu zawodowego, przyczyny, objawy oraz sposoby zapobiegania wypaleniu zawodowemu i planowanie rozwoju zawodowego.

Moduł ten lekarze powinni realizować wielokrotnie, ponieważ na różnych etapach kariery zawodowej będą mieć odmienne potrzeby w zakresie profilaktyki wypalenia zawodowego i radzenia sobie ze stresem zawodowym.

Moduł IV. Praca zespołowa. To blok przeznaczony dla kierujących zespołami, ale i tych, którzy chcą zrozumieć mechanizmy funkcjonowania w grupie, swoją rolę w zespole, mechanizmy powstawania i rozwiązywania konfliktów. W tym bloku powinny znaleźć się także warsztaty z zagadnień patologii pracy zespołowej (konformizm, próżniactwo społeczne, myślenie grupowe, mobbing), motywacji pracowników oraz kompetencji menedżerskich.

Moduł V. Kompetencje wielokulturowe. Ważny moduł dla lekarzy planujących karierę za granicą, lekarzy kierujących zespołami zróżnicowanymi kulturowo, wreszcie dla osób z innych krajów i kultur, rozpoczynających pracę w Polsce. Moduł ten obejmie kompetencje warunkujące sukces zawodowy lekarza za granicą oraz problemy w kontaktach z pacjentem czy lekarzem odmiennym kulturowo.

Metody realizacji i ewaluacja

Obok tradycyjnych form szkoleniowych (wykłady) lekarze mieliby okazję uczenia się poprzez analizę przypadków, udział w grach symulacyjnych, ćwiczeniach grupowych, zajęciach prowadzonych techniką dramy. W procesie edukacji najważniejszą rolę odegrają te metody, które umożliwią praktyczny trening umiejętności wykorzystywanych potem w pracy zawodowej.

Dbłość o jakość szkoleń wymaga ciągłej ich oceny. Szczególnie ważna będzie ewaluacja modułu wstępnego. Będzie ona ukierunkowana na rozpoznanie trafności proponowanych treści szkoleniowych. Ofertę szkoleniową powinny stanowić tematy, w których uczestnicy rozpoznają największe osobiste deficyty.

Zakończenie

Proponowany sposób kształcenia ustawicznego lekarzy w zakresie kompetencji miękkich skonstruowano w oparciu o założenie, że dorośli uczą się inaczej. Dorosły potrzebuje świadomości celu i sensu podejmowanych działań edukacyjnych. Propozycja kształcenia kompetencji miękkich ma pomóc lekarzom w bardziej efektywnym i satysfakcjonującym pełnieniu ról zawodowych. Warto znaleźć w podyplomowym kształceniu lekarzy miejsce dla treningu obejmującego te kompetencje. Są one koniecznym warunkiem efektywnego wykorzystania kompetencji twardych. W rozwoju profesjonalnym lekarza rozwojowi wiedzy i umiejętności specjalistycznych musi towarzyszyć rozwój kompetencji miękkich.

Oczekujemy na listy od Państwa i liczymy, że Czytelnicy zechcą podzielić się z nami opiniami na temat kompetencji miękkich.

Fortel pułkownika Strehla

Zygmunt Wiśniewski

O pułkowniku doktorze Leonie Strehlu wiedzieli wszyscy lekarze w wojennej, okupowanej Warszawie. Był komendantem Szpitala Ujazdowskiego.

W Szpitalu Ujazdowskim znali go wszyscy – od pielęgniarki po płk. prof. dr. Teofila Ku-charskiego, wcześniejszego komendanta i szefa oddziału wewnętrznego.

Lekarze uczestniczący w konspiracji podlegali komendantowi AK-owskiego sanitariatu o pseudonimie „Feliks”, na ogół nie wiedząc, że jest to bliski i znany im płk dr Leon Strehl.

Pamiętają go prawie wszyscy, którzy przeżyli i podzielili się swoimi wspomnieniami. Kłopot w tym, że tych wspomnień jest niezwykle mało, a te, które spisano, są niezwykle lakoniczne. Jawi się w nich daleka, posągowa postać pułkownika, lekarza, żołnierza, bohatera, którego nie próbowali opisać i scharakteryzować.

Tylko najbliżsi lekarze ze Szpitala Ujazdowskiego odnotowują pojedyncze

przypadki osobistych kontaktów z Komendantem, z których jawi się człowiek, osobowość, przyjaciel, Polak.

Do świadomości powszechnej wszedł jako człowiek, który 14 sierpnia 1944 r. wyprowadził chorych i personel Szpitala Maltańskiego z ul. Senatorskiej przez niemiecki kordon do ogarniętego powstaniem Śródmieścia.

*

Tadeusz Polak, autor pamiętnika „63 dni Powstania Warszawskiego” usiłował w 8 dniu powstania przedostać się do swojego domu na Starym Mieście, w którym znajdowała się jego żona z córką. Na drodze jego ryzykownej wyprawy znajdował się Szpital Maltański, w którym znalazł schronienie. Szpital znajdował się w tzw. strefie międzyfrontowej: Stare Miasto było opanowane i bronione przez powstańców, od strony

ul. Senatorskiej atakowali Niemcy. Tam zetknął się z pułkownikiem Strehlem, który 4 sierpnia pojawił w Szpitalu Maltańskim. Stąd mógł utrzymywać kontakt ze sztabem Głównym AK, który przeniósł się na Starówkę. Komendantura samego szpitala pozostawała w rękach Stanisława Milewskiego oraz naczelnego lekarza, dr. Jerzego Dreyzy.

Pułkownik Strehl wydał Tadeuszowi Polakowi zaświadczenie, że jest pracownikiem szpitala. Pisemko to chroniło go przed wpadającymi na teren szpitala, w poszukiwaniu „bandytów”, żołnierzami niemieckimi i ukraińskimi. Odnalazł i sprowadził na teren szpitala żonę i córkę, z którymi następnie uczestniczył w ewakuacji do Śródmieścia.

14 sierpnia odnotował w swoim pamiętniku:

Pada nagle rozkaz: ewakuować szpital, wynosić wszystkich chorych na skwer!

Rozpoczyna się gwałtowne, nerwowe, pośpieszne wynoszenie chorych i rannych. Jednych na łóżkach, innych na noszach, jeszcze innych prowadzi dwóch pielęgniarzy lub dwie siostry i tak zapelnia się skwer przed szpitalem łózkami i noszami z chorymi i sporą ilością ludzi.

Doktor Dreyza wspominał to wydarzenie:

Dnia 14 sierpnia w godzinach rannych zjawiała się na naszym terenie kompania SS z brygady „Dirlewanger”. O godzinie 12 ich dowódca Obersturmführer Lagna zawezwał mnie i patrząc na zegarek oświadczył: „w ciągu dwóch godzin należy tę „budę” opróżnić. O godzinie 2 buda będzie podpalona. Na takie dictum nie pozostało nam nic innego, jak wynosić chorych na łóżkach na skwer przed szpitalem. Jednego z rannych naszych oficerów kazali wynieść do ogrodu szpitalnego i tam go w łóżku zastrzelili.

Po wyniesieniu wszystkich chorych Lagna znowu mnie zawezwał i oświadczył, że tu jest teren walki, że mu tu zawadzamy i mamy się z chorymi wynosić.

W szpitalu było w tym dniu około 200 rannych i chorych leżących, niezdolnych do marszu. Odbiliśmy krótką naradę z płk. dr. Strehlem, co dalej robić. Wychodząc z założenia, że Szpital Maltański był organizacyjnie filią Szpitala Ujazdowskiego, postanowiliśmy, że wymaszerujemy w kierunku Szpitala Ujazdowskiego.



płk dr Leon Strehl

Dlaczego płk Strehl nie chciał iść na Wolę do tamtejszego szpitala? Ponieważ wiedział, co może spotkać jego podopiecznych. Przed dziesięciu dniami, w pierwszych dniach powstania oddziały najemników, nazywanych w relacjach „kałmukami” dokonały tam rzezi chorych, personelu szpitalnego i mieszkańców Woli.

Doktor Strehl poszedł uzgadniać z dowódcą niemieckim dalszy kierunek marszruty. Między nim a dowódcą tego odcinka powstaniowego frontu rozegrała się kolejna w tej ewakuacji dramatyczna gra wojenna. Komendant powołał się na zgodę Lagny na przemarsz kolumny w kierunku Śródmieścia. I przeprowadził kolumnę przez niemieckie posterunki i umocnienia Ogrodu Saskim w kierunku Marszałkowskiej.

*

Płk dr Leon Strehl po wojnie unikał rozgłosu. Historycy skromnie opisali jego sylwetkę, a był wśród lekarzy wojskowych postacią najważniejszą

w czasach wojny i okupacji. Nie są mi znane, jeśli istnieją, jego wspomnienia lub relacje. W jedynym wywiadzie prasowym, który udało mi się odnaleźć, dopowiada pointę do niezrozumiałej dla wielu komentatorów decyzji dowódcy niemieckiego, który pozwolił Strehlowi wyprowadzić kolumnę ze Szpitala Maltańskiego na teren powstańczej Warszawy. Wywiad ten, udzielony M. Horodyskiej i R. Strzeszewskiej, ukazał się w miesięczniku „Zdrowie”, piśmie Polskiego Czerwonego Krzyża w 1957 r.

Na pytania dziennikarek odpowiadał:

– Nie ma o czym mówić. Zdecydował fortel i przypadek. To było bardzo proste. 15 sierpnia wpadł na teren szpitala oddział SS-manów z brygady Reinefahra. Wydano rozkaz ewakuacji szpitala na Wolę. W kilka minut później dowiedziałem się od dowódcy plutonu, że na Woli wszyscy podejrzani zostaną rozstrzelani. W tym dniu szpital liczył około 800 osób. Byli to ranni w czasie Powstania, chorzy przybyli przed 1 sierpnia oraz spora grupa ludności cywilnej.

Postanowiłem użyć fortelu. Zgłosiłem się do dowódcy oddziału i zakomunikowałem mu, że poprzedniego dnia dowódca odcinka wydał rozkaz ewakuacji do szpitala macierzystego, tj. do Szpitala Ujazdowskiego. Oczywiście żadnego rozkazu nie otrzymałem, ani nikogo na oczy nie widziałem, Szpital Ujazdowski znajdował się od dawna w rękach niemieckich... Hauptman nie chciał uwierzyć. W czasie rozmowy zostałem pobity przez jednego z młodszych oficerów. Nie mogłem jednak zrezygnować z jedynej szansy. Uparcie więc przekonywałem Hauptmana, że raz wydanego rozkazu nie ma prawa zmieniać. Wreszcie zniecierpliwiony krzyknął: „Idźcie więc, i tak was Polacy powyrzynają”. Wówczas wymogłem na nim, aby przydzielił kilku ludzi jako osłonę. Chodziło mi o ewentualną ochronę przed „Ostlegionerami” w Ogrodzie Saskim. Sądzę, że obecność niemieckich podoficerów uchroniła nas przed rzezią ze strony „Ostlegionerów”, którzy ograniczyli się tylko do rabunku.

To wszystko. Zdecydował fortel i przypadek. Przypadek, że właśnie tam się znajdowałem, a jako dyrektor Szpitala Ujazdowskiego miałem pewne szanse wymóc na Niemcach taką właśnie decyzję. Dopomogła mi również dobra znajomość języka niemieckiego.

Piśmiennictwo u autora



Ranni z kolumny płk. Strehla (z: W. Siewierski, „Powstanie Warszawskie 1944 okiem polskiej kamery)

Sportowy jubileusz na Costa Blanca

Ponad 2 tysiące sportowców uczestniczyło w XXX Mistrzostwach Świata Medyków (World Medical and Health Games – WMHG), które odbyły się w dn. 4-11 lipca w hiszpańskim Alicante. Nasi reprezentanci swoją postawą udowodnili, że polscy lekarze-sportowcy należą do światowej elity.

Lekarski sport

Wybór położonego w rejonie Walencji na malowniczej Costa Blanca Alicante na jubileusz XXX WMHG wynikał z wysokiej oceny zawodów organizowanych w tym samym miejscu w 2005 r. Gospodarze udowodnili, że mimo kryzysu idea lekarskiego sportu i hiszpańska gościnność zwyciężyły.

Coraz trudniej jest organizatorom znaleźć chętnych gotowych do przeprowadzenia zawodów w 24 dyscyplinach, z których każda posiada od kilku do kilkunastu konkurencji z udziałem kilku tysięcy uczestników; wśród których od prawie 10 lat jest coraz więcej Polaków.

I tym razem, choć w naszej reprezentacji zabrakło wielu etatowych medalistów, świetna postawa debutantów i ustabilizowana forma weteranów stworzyła wspaniałą atmosferę doping i sportowej rywalizacji.

Tradycyjnie największych emocji dostarczyły zmagania lekkoatletów. Na tartanowej bieżni w pobliżu stadionu pamiętającego sukcesy naszych piłkarzy na mistrzostwach świata w 1982 r. królowały nasze reprezentantki. O ile do sukcesów naszej najlepszej sportsmenki ubiegłego roku Bożenry Kędzierskiej, stomatolog z Pułtuska, już się przyzwyczailiśmy, to wspaniały debiut Oliwii Gawlik, specjalizującej się w psychiatrii w Klinice Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych UM w Łodzi, zawodniczki łódzkiego AZS (9 złotych medali w kategorii A) przejdzie do historii. Bożenka na stadionie zdobyła 10 złotych medali

w tym w pięcioboju w kategorii open oraz dwa srebrne. Obie panie były motorem napędowym naszej sztafety żeńskiej 4 x 100 m wraz z Agnieszką Bolestą i Agnieszką Widziszowską, która zdeklasowała rywalki i przypomniała o sukcesach naszych sprinterek z Olimpiady w Tokio. Obie Agnieszki dołożyły jeszcze po srebrnym medalu w biegach, Widziszowska na 400 m, Bolesta na 800 m. Trzy medale: srebrny – kula, brązowe – oszczep i dysk „dorzuciła” Elżbieta Lorkowska, ginekolog ze Stalowej Woli.

Również na rzutni złoto w kuli, srebro w oszczepie i 4 miejsce w dysku zdobył lekarz medycyny ratunkowej z Warszawy Konrad Bońda. Debiutujący kolejny warszawski lekarz zajmujący się aktualnie analizą rynku medycznego i farmaceutycznego Stanisław Nowak zdobył srebrny medal w biegu na 1500 i brązowy na 5000 m, a odnowiona kontuzja pozbawiła go zapewne kolejnych krązków. Niezwykłą dynamiką wykazał się debiutujący na WMHG internista z Wielunia Andrzej Kacała wygrywając skok w dal oraz srebrny medal w skoku wzwyż. Bliscy medalu byli debiutujący Josef Lubojanski, mieszkający od wielu lat we Frankfurcie n. Menem (100 i 200 m) oraz warszawski kardiolog Krzysztof Makowiecki.

Najwięcej emocji wzbudzili nasi debutanci w najstarszej kategorii: Zenon Krukowski, zastępca ordynatora oddziału ginekologii w Międzyrzeczu



Wielkopolskim – złoto w oszczepie i dysku, srebro w kuli, wszechstronny Wiesław Krakowski, chirurg szpitala wojewódzkiego w Zgierzu – złoto w kuli, pięcioboju, brąz na 100 m oraz język hiszpański integrujący naszych sportowców z gospodarzami, Zbigniew Stefański (mistrz tenisa stołowego) – brąz na 200 m i w oszczepie oraz 4 miejsce w rzucie dyskiem. Naszych weteranów i debutantów wspierała rada niepokonany w biegach oraz drugi w skoku wzwyż i trzeci w pchnięciu kulą nauczyciel wychowania fizycznego i trener lekkiej atletyki AZS Łódź Mariusz Kotelnicki.

Na pływalni 7 złotych medali i 1 brązowy zdobyła niezawodna Ewa Zimna-Walendzik, pracownik naukowy UM w Łodzi, a 4 złote i dwa brązowe wypływał Robert Lorkowski, specjalista chirurgii stomatologicznej za Stalowej Woli. Srebro dołożył na 100 m stylem dowolnym Wiesław Krakowski, a tuż za podium uplasował się Krzysztof Makowiecki, a jego córka Urszula wróciła z brązowym medalem na 100 m stylem dowolnym.

Honoru polskiego kolarstwa broniła samotnie Agnieszka Bolesta, rezydentka z interny warszawskiego szpitala w Międzyzlesiu, zdobywając złoto na szosie w klasyfikacji generalnej oraz 2 złote i 2 srebrne medale (nagrody etapowe) oraz kolejne złoto w kolarstwie górskim.

W morderczym triathlonie pechowe 4 miejsce zdobył rzeszowski ortodonta Jan Plaskacz. Tradycyjnie z medalami wrócili nasi „raketkowicze”. I tak w tenisie stołowym 2 złote medale – singel

kat. C i debel z Andrzejem Kacałą oraz brąz w kategorii open zdobył Grzegorz Winkiel, ginekolog z Obornik Śląskich; złoto w parze z Grześkiem i srebro w singlu oraz grze mieszanej zdobył debutant Andrzej Kacała. W najstarszej kategorii złoto zdobył Zbigniew Stefański, ortopeda z Gliwic, uzupełniając dorobek srebrnym medalem w debelu open z Andrzejem Wnękiem. Andrzej, kardiolog z Zabrze, najbardziej doświadczony pingpongista na WMHG, zdobył drugi srebrny medal w swojej kategorii wiekowej i brąz w kategorii open. Trzy medale: srebrny w debelu i brązowe w singlu i mikście, zdobyła debiutująca na WMHG Anny Sekula, polska pielęgniarka pracująca w Manchester w Wielkiej Brytanii. Anny zdobyła również złoty medal w badmintonie w singlu w swojej koronnej dyscyplinie, którą uprawiała w Krakowie oraz srebro w debelu. Również z medalami wrócili do domu białostoccy radiolodzy Andrzej: Lewszuk – złoto w singlu, srebro w debelu z imiennikiem i brąz w mikście oraz Ustymowicz – oprócz wspomnianego srebra w debelu brąz w singlu. Brązowy medal w debelu zdobył Krzysztof Makuch z Portugalczykiem Jose Rodriguesem dokładając srebro w singlu w kat. C.

W tenisie ziemnym triumfowała niezawodna Agnieszka Widziszowska, laryngolog z Gliwic – złoto singel i brąz w debelu z Bożenną Kędzierską. Bożenka zdobyła również srebro w singlu i był to jej 14 medal tych mistrzostw. Mniej szczęścia mieli panowie: Bronek Ora- wiec, prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago, który musiał się zadowolić zwycięstwem w turnieju pocieszenia i jego syn Mieszko, student medycyny UJ w Krakowie oraz Wiesław Krakowski, którym tym razem nie udało się zdobyć medalu.

W rozgrywanym po raz trzeci na WMHG squashu brązowe medale do-

byli: pediatra Rafał Drygałski, kat. B oraz Josef Lubojanski, kat. C, a srebro w kat. C Krzysztof Makuch.

Na świetnie przygotowanych polach golfowych w okolicach Alicante naszych barw bronili z sukcesami lubelscy profesorowie: nefrologii Wojciech Załuska i ginekologii Artur Czekier-

dowski oraz szczecińscy dentyści Czarek Turostowski i Jerzy Szymczak. Po raz pierwszy za sprawą Czarka Turostowskiego zdobyliśmy złoty medal w golfie w kategorii handicap 17-24.

Wiele radości i dramatyzmu dostarczyła rywalizacja w grach zespołowych. Największy sukces przypadł krakowskiemu piłkarzom, którzy po zeszłorocznym brązowym medalu w Garmisch-Partenkirchen zdobyli w pięknym stylu po wygranym finale w rzutach karnych 5:4 z faworyzowaną drużyną Turcji mistrzowski tytuł w piłkarskich szóstkach. Mistrzami świata zostali krakowianie: Łukasz Strzępek, chirurg z Centrum Onkologii, Maciej Łabęcki, chirurg ze Szpitala im. Rydygiera, kapitan drużyny Piotr Morawski, otolaryngolog ze Szpitala im. Żeromskiego, Damian Dylkowski, chirurg dziecięcy ze szpitala im. Żeromskiego, Piotr Sterkowicz, lekarz rodzinny, Łukasz Ozga, stomatolog ze Scanmedu, Łukasz Drelicharz, internista ze szpitala uniwersyteckiego, Piotr Marszałek, anestezjolog z V Szpitala Wojskowego, Dariusz Para ze szpitala Babińskiego, Jacek Kopeć, ratownik medyczny z KPR.

Pechowo mimo dobrej gry zakończyli rozgrywki piłkarze z Zabrze i mimo że nie przegrali ani jednego pojedynku, odpadli ze strefy medalowej – bilans: 2 remisy i 4 zwycięstwa, wystarczające na IX miejsce. Tradycyjnie z medalami wrócili nasi siatkarze. Pospolite ruszenie, by skompletować skład, pozwoliło na srebrny medal po porażce z Niemcami. Białostockich złotych medalistów z Agadiru: Janusza Korfela, Adama Jarzembowicza, Andrzeja Lewszuka, Mieczysława Ereminowicza i Krzysztofa Makucha, zasilili tenisiści stołowi



Andrzej Kacała, Grzegorz Winkiel, Josef Lubojanski, walnie przyczyniając się do srebrnego medalu.

Bardziej zacięte pojedynki toczyli plażowicze na jednej z najpiękniejszych plaż San Juan. Nie spotykany w Polsce upał nie przeszkodził zdobyć kolejnych medali: srebrnego drużynie Medpharm, w którym weteranów Janusza Korfela, endokrynologa z Białegostoku i Krzysztofa Makucha z Warszawy wspomagał najlepszy zawodnik turnieju Tomasz Szłaga, przedstawiciel medyczny Roche Diagnostics Polska Accu-Chek z Białegostoku po przegranym wyrównanym finale z Niemcami oraz brązowego drużynie Bioton z dentystą Dominikiem Chodyrą, farmaceutą Filipem Olejniczakiem i Sebastianem Gajlewiczem.

Tegoroczne WMHG należy uznać za udane nie tylko ze względu na medale i wyniki. Był to dobry moment integracji lekarzy sportowców, nasza delegacja w narodowych strojach została dostrzeżona przez miejscowe media, które każdego dnia dużo miejsca poświęcały zawodom, jego uczestnikom, a zwłaszcza Polakom. Mimo wzajemnej rywalizacji zwyciężał duch *fair play* i szacunku dla zwycięzcy i co szczególnie cieszy udział w naszej reprezentacji sportowców, którzy mimo wielu lat pobytu w USA, Niemczech, Wielkiej Brytanii z dumą trzymali podczas zawodów i dekoracji naszą narodową flagę. Cieszy również powitanie na lotnisku przez rodziny i przyjaciół, którzy docenili wysiłek włożony do przygotowania się do zawodów. To najlepsza motywacja do dalszych treningów, a przecież okazji do sprawdzenia formy jest naprawdę wiele. Wystarczy spojrzeć do kalendarza na naszej stronie internetowej www.hipokrates.org w zakładce sport, gdzie również można znaleźć wyniki i galerię zdjęć z mistrzostw świata w Alicante.

A już za rok 31 WMHG w chorwackim Poreču.

Krzysztof Makuch



Las wędek w Rajsku



Po zeszłorocznych zawodach na Jeziorze Żywieckim, gdzie bardzo kapryśne ryby i mocny wiatr okazały się bardzo trudnym przeciwnikiem dla lekarzy-wędkarzy, jasne było, że na kolejną edycję Mistrzostw Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym (już siódmą) trzeba znaleźć łowisko nieco łatwiejsze, z równym brzegiem i liczniejszym rybostanem.

Dzięki uprzejmości Zarządu Okręgu PZW Bielsko-Biała oraz osobistemu zaangażowaniu dyrektora Zbigniewa Pszczelińskiego udało się znaleźć zbiornik, który wydawał się idealny. Jezioro Długie w Rajsku jest znane wszystkim wędkarzom wyczynowym w Polsce, odbywają się na nim liczne zawody z cyklu Grand-Prix oraz Mistrzostw Polski. Pie-

czołowicie wybrano termin – siódmego czerwca, w sobotę.

Tym razem zainteresowanie przerosło nawet oczekiwania organizatorów. W szranki stanęło prawie czterdziestu zawodników oraz po raz pierwszy kobieta lekarka Jadwiga Koralewska-Sobczyk, do tego trzeba dodać osoby towarzyszące, rodziny oraz organizatorów – frekwencja

godna dużej ogólnopolskiej imprezy. Wśród uczestników znane nazwiska – wielokrotny mistrz Polski dr Alfred Samet, aktywni i byli członkowie kadry Polski, kadr okręgów oraz uczestnicy Grand-Prix Polski Kazimierz Koziół, Stanisław Rybak, Andrzej Kazek i wielu innych.

Muszę tutaj dla laików dodać, że wędkarstwo jest nie tylko biernym siedzeniem godzinami i wpatrywaniem się w spławik. Jest to także aktywny sport, w którym liczy się każda sekunda, wymagany jest refleks i umiejętność reagowania w ułamku sekundy, taktyka zanęcania i łowienia oraz niezła kondycja konieczna do trzymania w ręce bez przerwy wędki o długości nawet do 14 m! A wszystko niezależnie od pogody, w pięknym słońcu, porywistym wietrze czy ulewnym deszczu. Zawody składają się z dwóch trzygodzinnych tur, poprzedzonych godzinnym przygotowaniem stanowiska (trzeba rozłożyć sprzęt, czasami kilka różnych wędek, rozrobić zanętę, czyli to, czym chcemy ryby właśnie do nas zwabić, zmierzyć głębokość łowiska). Stanowiska są rozmieszczone co 10 m na brzegu, a dane stanowisko jest przydzielane wędkarzom drogą losowania – czyli trzeba też mieć szczęście. Wszystkie ryby złowione w czasie tury są przetrzymywa-

ne w dużych siatkach, na koniec ważone i delikatnie wpuszczane z powrotem do wody. Większa waga złowionych ryb decyduje o miejscu w danej turze. Za pierwsze miejsce zawodnik otrzymuje jeden punkt, za drugie dwa itd. Punkty po obu turach sumują się i wygrywa ten, kto ma po obu turach mniej punktów. Ponieważ poszczególne części łowiska są różne (głębokość, rodzaj dna) cały brzeg dzieli się na dwa sektory, w których przyznaje się punkty osobno.

Jak przysłało na mistrzostwa Polski walka od początku była emocjonująca. Ryby tego dnia brały, jak na ten zbiornik, dość słabo, ale i tak kilku zawodników stoczyło pasjonujące pojedynki z dużymi sztukami. Największą rybę w drugiej turze miał na haku Kazimierz Koziół (jak oceniali sąsiadujący zawodnicy około pięciokilogramowego amura), jednak po ponad pół godzinie walki ryba złamała mikroskopijny haczyk i uciekła, pozbawiając tym samym łowcę pewnego medalu. Ostatecznie pierwsze miejsce i tytuł Mistrza Polski Lekarzy wywalczył Andrzej Kazek z Częstochowy, który w obu turach wygrał swój sektor. Drugie miejsce tak jak przed rokiem przypadło Stanisławowi Rybakowi z Rzeszowa, a trzecie wywalczył organizator zawodów

Klaudiusz Komor z Bielska-Białej, który jednocześnie zdobył ufundowany przez lokalny tygodnik „Kronika Beskidzka” okazały puchar dla najlepszego wędkarza-lekarza Podbeskidzia. Kolejne miejsca zajęli Kazimierz Koziół, Alfred Samet i Krzysztof Kuta. Największą rybę zawodów (kilogramowego karpia) złowił Stanisław Rybak.

Powołano również pierwszy w Polsce Klub Lekarzy Wędkarzy „Fish-Med.” Pomysłodawcą tego klubu był dr Samet, który miał możliwość obserwowania działalności takich klubów w zachodniej Europie. Nadrzędnym celem klubu będzie integracja wędkujących lekarzy poprzez organizację zawodów, wyjazdów wędkarskich, naukę wędkarstwa oraz działania proekologiczne. Honorowym prezesem klubu został Alfred Samet, a do zarządu wybrano: Klaudiusza Komora jako przewodniczącego, na jego zastępców Stanisława Rybaka i Andrzeja Kazka, na sekretarza Grzegorza Kołodzieja, a na członków seniora Mieczysława Bagińskiego i Krzysztofa Kutę. Wszystkich chętnych do uczestnictwa w klubie zapraszamy na stronę WWW.bil.bielsko.pl, gdzie można znaleźć bliższe informacje o klubie i formularz członkowski.

Klaudiusz Komor

Siódmy raz w Bychawie

W dn. 5-6 czerwca w podlubelskiej Bychawie rozegrano kolejne Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym.

Wjeździe indywidualnej na czas triumfowali ortopeda z Bytomia Marek Paściak i internistka z Opola Katarzyna Kościół. Konkurencja upamiętniła tragicznie zmarłego, wielokrotnego mistrza tej trasy Roberta Nanowskiego.

Sporo emocji dostarczył wyścig ze startu wspólnego na ponad stukilometrowej trasie w okolicach Bychawy. Już po

300 m nastąpiła kraksa, na szczęście bez poważniejszych kontuzji, choć dwóch zawodników musiało zakończyć wyścig,



topniał. Na dziesięć kilometrów przez końcem tego okrążenia, na krótkim, ostrym podejździe w Starej Wsi, uformowała się grupa pięciu kolarzy: Daniel Mazur, Michał Małysza, Tadeusz Bizewski, Krzysztof Matras i Dariusz Morawski. Najszybciej finiszował Michał Małysza.

W grupie startującej po 5 m rozłam nastąpił zaraz po starcie. Kilku mężczyzn ze starszej kategorii C już po paru kilometrach zainicjowało ucieczkę. A i tam szybko

nastąpiła selekcja. Do mety podążał, w niesamowitym tempie, praktycznie nie zagrożony, Marek Paściak. Przez pierwsze półtora okrążenia zdołał się z nim utrzymać Darek Szkudlarczyk, ortopeda z Poznania, ale po ataku na ostatnim okrążeniu Marek dotarł do mety z ponad 4-minutową przewagą. Kategorię D wygrał uciekający rywalom Alek Pańko z Białegostoku.

Kobiety rozegrały wyścig pomiędzy sobą powoli rozkręcając coraz szybsze tempo.

w tym faworyt Grzegorz Tomasiak. Na drugim okrążeniu, na serii podjazdów pod wiatr Daniel Mazur zainicjował ucieczkę i wraz z Tomkami Kaczmarkiem i Mikulskim odjechali peletonowi. Jednak grupa pościgowa nie próżnowała i w połowie okrążenia dopadła śmiarków. Od tej pory zmienne, mordercze tempo i częste „skoki” zawodników do przodu powodowały, że peleton stopniowo, ale nieubłaganie

W połowie pierwszego okrążenia na czele mieszanej damsko-męskiej stawki pozostały tylko trzy zawodniczki: Kasia Kościół, Agnieszka Bolesta i Ania Jurkiewicz. Po nawrocie, w połowie morderczego podjazdu zaatakował Marcin Zajusz. Kasia utrzymała koło, Agnieszka skoczyła i jeszcze przez moment stanowiła przystanek pomiędzy oddalającą się dwuosobową grupką

a Anią. Dużym wysiłkiem woli, ale zwycięsko dotrzymała tempa koleżance z Opola, pozostawiając trzecią z dziewcząt z tyłu. W takiej też kolejności panie po przejechaniu dwóch okrążeń dotarły na metę. A wśród ciut starszych wygrała, bezapelacyjne, Krysia Socha z Nowego Miasta n. Pilicą

Anna Jurkiewicz-Śpiewak



Med-Cup 2009

Na najlepszym w Polsce obiekcie tenisowym GT Kortowo w Poznaniu w czerwcu br. odbyły się letnie XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w tenisie ziemnym.

130 polskich lekarzy z kraju i zagranicy walczyło ambitnie o zaszczytne tytuły mistrzowskie. Kilku indywidualnych i deblowych mistrzów świata lekarzy musiało się bardzo napracować, by potwierdzić swoją dominację w kraju. Niektórzy znaleźli nawet pogromców. Można powiedzieć, że były to mistrzostwa debiutantów, którzy udowodnili, iż dotychczasowe treningi na lokalnych obiektach przyniosły niespodziewane, choć bardzo miłe rezultaty.

RWK



Omegi w Szczecinie

Na Jeziorze Dąbskim w Szczecinie w dn. 5-7 czerwca br. odbyły się VI Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim Klasie Omega pod patronatem NRL, regaty lekarzy reprezentujących okręgowe izby lekarskie w Polsce. Główną nagrodą był puchar ufundowany przez prezesa NRL Konstantego Radziwiłła.

Wyniki: **1.** (Puchar Prezesa NRL): P. Rawski (sternik), J. Markowicz, R. Turowski (6 pkt. OIL Szczecin); **2.** J. Golembiewski (s), P. Studnicki, S. Kluzek (7 pkt. OIL Szczecin); **3.** M. Lewandowski (s), M. Śledź, T. Kacperski (9 pkt. OIL Szczecin); **4.** Z. Grelecki (s), J. Siwulski, K. Koryzna (10 pkt. OIL Szczecin); **5.** B. Jamot (s), J. Jamot, G. Zaliński (15 pkt. Beskidzka IL B-B); **6.** P. Świniarski (s), M. Jaszczuk, B. Krakowiak (16 pkt. WIL W-wa); **7.** J. Madejski (s), J. Węglorz, R. Michalik (17 pkt. ŚIL Katowice); **8.** S. Pikor (s), A. Adamska, A. Operacz (19 pkt. OIL Opole); **9.** M. Kaczmarski (s), J. Szolomicki, K. Bizunowicz (20 pkt. OIL Koszalin); **10.** W. Krupa (s), Zb. Gugnowski, St. Adamowicz (21 pkt. W-MIL Olsztyn); **11.** A. Biniek (s), M. Wawrzynów, A. Długoszevska-Szablewska (32 pkt. DIL Wrocław).

H. Teodorczyk, fot. M. Mroźewski, K. Cinzer

Strzelająca dziewiątka

30 maja odbyły się zawody w strzelectwie sportowym – VIII Puchar Mazowsza Medyków.

Organizatorami byli: OIL w Warszawie, Klub Strzelectwa Sportowego „Dziwiątka” działający przy OIL w Warszawie i Klub Strzelectwa Sportowego „Feniks” w Węgrowie. W wyniku sportowej rywalizacji wyłoniono zwycięzców w poszczególnych kategoriach.

Wyniki: W konkurencji pistolet sportowy (Psp 20): 1. Lech Dziedzic 187, 2. Krzysztof Supeł 185, 3. Mirosław Szymańczyk 183. W konkurencji karabin sportowy (ksp 20): 1. Lech Dziedzic 187, 2. Krzysztof Supeł 185, 3. Jacek Kryński 183. W konkurencji pistolet centralnego zapłonu (Pcz 20): 1. Lech Dziedzic 191, 2. Krzysztof Supeł 187, 3. Mirosław Szymańczyk 186.

W konkurencjach tych zwyciężyli zawodnicy uprawiający strzelectwo sportowe od wielu lat. Zawody zdominowali zawodnicy KSS „Dziwiątka” i KSS „Feniks”. Lech Dziedzic i Krzysztof Supeł zajęli we wszystkich konkurencjach pierwsze dwa miejsca, trzeba jednak zauważyć, że do współzawodnictwa włączyli się nowi zawodnicy. Maciej Truszkowski debiutujący w zawodach strzelectwa sportowego zajął raz czwarte i dwa razy piąte miejsce. Gratulujemy wyników wszystkim zawodnikom i zapraszamy do dalszej sportowej rywalizacji.

Lech Dziedzic

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym

Warszawa 9-11.10.br. Centrum Konferencyjne Wojska Polskiego, ul Żwirki i Wigury 9/13. Program: pt (9.10.) – turniej par na zapis maksymalny (maxy), godz. 17.00; sb (10.10.) – turniej par na punkty meczowe (impy), godz. 9.30, turniej teamów, godz. 15.00; wręczenie medali i nagród, spotkanie towarzyskie, godz. 20.00; nd (11.10.) – Ogólnopolski Turniej Par w ramach Mistrzostw Mazowsza. Regulamin i szczegółowy program: www.hipokrates.org. zakładka sport. Kontakt z organizatorami: **Krzysztof Makuch**, e-mail: krzysztofmakuch@hipokrates.org, tel. 0608-200-190; Aleksander Skop, e-mail: skalek@poczta.onet.pl, tel. 0604-267-343.

III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Karate

odbędą się w dn. **23-24.10.br. w Rzeszowie**. Zawody organizowane są przez OIL w Rzeszowie i Rzeszowski Klub Sportowy Oyama Karate, rozgrywane w systemie semi knockdown, zawodnicy walczą 2 min w pełnym zabezpieczeniu. Kategorie wagowe zostaną ustalone po uzyskaniu zgłoszeń. Zapraszamy reprezentantów różnych stylów i sportów walki. Możliwość zorganizowania konkurencji kata. Zgłoszenia: **Biuro OIL w Rzeszowie, 35-026 Rzeszów, ul. Reformacka 10.** Formularz zgłoszenia: www.rzeszow.oil.org.pl

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów

na szkolenia

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

Warsztaty: **Wystąpienia publiczne**

Część I: **8.10.br.**, godz. **9.00-15.30**

Część II: **16.10.br.**, godz. **9.00-15.30**

ew. nast. edycja: Część I: **19.11.br.**, Część II: **26.11.br.**

Warsztaty: **Techniki negocjacji**

29.10.br., godz. **9.30-16.15**

Jak pracować z trudnym pacjentem

Wstęp do umiejętności komunikacyjnych

Terminy wkrótce.

– Doborowa kadra wykładowców

– Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne

– Szkolenie bezpłatne dla członków izb lekarskich

Informacje i zgłoszenia:

ODZ NIL 00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

tel. **022-559-02-69, 022-559-02-86**, faks **022-559-02-70**

e-mail: odz@hipokrates.org,

<http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/odz>

Imprezy różne

Spotkanie z dr Wandą Półtawską

pracowników służby zdrowia odbędzie się **11.10.br. o godz. 16.00 w auli przy ul. Floriańskiej 3 w Warszawie**.

Wycieczki zagraniczne

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie przygotowała kilka wycieczek zagranicznych. Zapraszamy do udziału w nich lekarzy z całej Polski. Oto nasze propozycje:

- **Meksykańskie Fascynacje (15 dni):** Mexico City – Teotihuacan – Cuernavaca – Taxco – Acapulco – Merida – Uxmal – Celestun – Chichent Itza – Cancun; **14-28.10.br.**, 6250 zł + 1195 USD
- **Kuba (16):** Hawana – Vinales – Cayo Levisa – Cienfuegos – Trinidad – Valle de los Ingenios – Camaguey – Bayamo – Santiago de Cuba – Santi Spiritus – Cayo las Brujas – Remedios – Santa Clara – Varadero; **6-21.11.br.**, 5950 zł + 950 EUR
- **Birma – Kambodża (16):** Rangun – Mandalaj – Amarapura – U Bein – Ava – Pagan – jezioro Inle – Kak-Ku – Siem Reap – Angkor Wat – Phnom Kulen – Phnom Penh; **6-21.11.br.**, 5990 zł + 1890 USD
- **Peru – Boliwia (16):** Lima – Paracas – Nazca – Arequipa – Colca – Juliaca – Puno – Copacabana – La Paz – Cuzco – Świąta Dolina Inków – Machu Picchu. **6-21.11.br.**, 6890 zł + 1445 USD

Zgłoszenia: **KKSiT OIL w Warszawie, praca@warszawa.oil.org.pl; praca68@oil.org.pl lub kwatour@op.pl**

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski Oddział Stomatologiczny ŚIAM we Wrocławiu, rocznik 1969-74

Zjazd absolwentów Wydz. Lekarskiego Oddz. Stomatologicznego ŚIAM we Wrocławiu, rocznik 1969-74 w dn. **9-11.10.br. Hotel Belweder, Ustroń, ul. Zdrojowa 15, 43-450 Ustroń**. Koszt uczestnictwa 550 zł/osobę. Wpłata, która jest jednocześnie potwierdzeniem uczestnictwa, do 15.09.br na konto zjazdu nr: PKO-BP S.A. O/Tychy 67 1020 2528 0000 0502 0253 8650. Organizator **Barbara Lubaś-Nitecka**, tel. kom. **00 48 601-482-148**

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1970

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu **19.06.2010 r. (sobota) we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo: koszt całkowity 350 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 250 zł, uroczystości 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.br. z dopiskiem „Zjazd 1970”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. **Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl**. Za Komitet Org. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska, Henryk Lisiak

Absolwenci PAM w Szczecinie, rocznik 1979

Na stronie www.zjazd-1979.pl szczegóły spotkania w **Kołobrzegu w dn. 2-4.10.br.** Komitet Org.: Dach, Hoc, Kuc

Wydział Lekarski ŚIAM w Zabrze, rocznik 1983-89

Zjazd odbędzie się w dn. **2-4.10.br. w Szczyrku, hotel „Meta International”**. Przewidywany koszt ok. 450 zł (w tym dwa noclegi), koszt samego bankietu z noclegiem ok. 250 zł. Wpłata zaliczki odpowiednio 250 lub 150 zł na konto: Mieczysław Maciej Pająkowski Getin Bank SA 22 1560 1023 00009140 00025937, napóźniej do 14.09.br. **Informacje: www.absolwentus.pl, gdzie proszę wpisywać się na listę uczestników lub. tel. 0602-177-857.**

Wydział Lekarskiego PAM w Szczecinie, rocznik 1984

Spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia PAM, w dn. **9-11.10.br. w Dworku „Prawdzie” w Niechorzu**. Opłata 450 zł od os. **Informacje: Mariusz Pietrzak - mario241@op.pl; Mariusz Zarzycki - marioz58@wp.pl**. Komitet Org. Mariusz Zarzycki i Mariusz Pietrzak

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1984

Zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego i filii w Bydgoszczy z okazji 25 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza, w dn. **17-18.10.br. w Dolinie Charlotty k. Słupska** (www.dolinacharlotty.pl). Rezerwacja miejsc: Mariola Zawadzka, konferencje@charlotta.pl, tel. 667-709-660. Wpłaty na konto – 300 zł od osoby, z dopiskiem „Bal absolwentów AMG 1984” i podaniem swoich danych teleadresowych (udział w balu bez napojów alkoholowych, nocleg i śniadanie): PKO BP BPKOPLPW PL 10 1020 4649 0000 7102 0077 2624. konto euro: BPKOPLPW PL 39 1020 4649 0000 7802 0077 2632. **Komitet Organizacyjny: Jacek Kozłowski, tel. 601-621-254, e-mail: jacekorl@amg.gda.pl; Maciej Michalik, tel. 602-404-523, e-mail: michs1@wp.pl; Jolanta Mroczynska-Cymerman, tel. 502-505-160, e-mail: jolanta.mroczynska@gmail.com; Mirosława Dubaniewicz-Wybieralska, e-mail: mduba@amg.gda.pl**

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

SPOTKANIE W MODLNICY

23.05.br. absolwenci Wydziału Lekarskiego UJ i AM z lat studiów 1948-53 zebrali się w Modlnicy. W zabytkowym kościele św. Wojciecha i Matki Bolesnej odprawiona została msza dziękczynna, po której ksiądz proboszcz zapoznał zebranych z bardzo ciekawą wieloletnią historią i legendami o zabytkowym kościele. W Ośrodku Konferencyjno-Rekreacyjnym Rektora UJ w dworku w Modlnicy po toaście powitalnym główny organizator spotkania dr W. Buczak-Sliwa przekazała informacje o zmarłych i nieobecnych Koleżankach i Kolegach. Łącznie przybyło 31 osób, pozostałych ok. 30 osób nie pojawiło się głównie z powodów zdrowotnych. Zaprezentowany został film z uroczystości jubileuszu 80. rocznicy urodzin i 53-lecia pracy zawodowej naszego kolegi dr. Wita Radwańskiego, wieloletniego ordynatora Oddz. Chirurgii i działacza społecznego w Nowym Targu. Uroczystość składała się z dwóch części. Zebrania naukowego Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i Koła Terenowego TLK w Nowym Targu. Jubilat został odznaczony przez prezesa TLK prof. I. Gościńskiego dyplomem i medalem pamiątkowym im. prof. J. Bogusza. Referat o postępach w chirurgii wygłosił prof. dr hab. Andrzej Wysocki. Wnuk jubilata Igor Radwański, student V roku przedstawił aktualne niepokoje medyków o swoją przyszłość. W Sali widowiskowej Ośrodka Kultury amatorski zespół złożony z leka-



rzy, pielęgniarek i personelu szpitalnego zaprezentował wielowoktowy pełen humoru program wokalnno-muzyczny. Były także wystąpienia władz, liczne gratulacje, kwiaty, prezenty. Wzruszony Jubilat otrzymał od dyrektora szpitala dyplom honorowego ordynatora. Następnie dr med. Paweł Mikułowski rozpoczął wspomnienia z czasów studiów i późniejszych lat pracy w Szwecji. Wspominali również licznie pozostali uczestnicy, a także postanowiono zebrać nowe materiały do kolejnej publikacji dotyczącej studiów i innych ważnych i ciekawych przeżyć. Później był czas na liczne rozmowy indywidualne, zdjęcia i spacer po pięknym parku (Igor Gościński)

• **11.09.** Klinika Chirurgii **Endoskopowej** w Żorach zaprasza na szkolenie medyczne: **Postępowanie lekarza rodzinnego w urazach i schorzeniach kregostupa oraz stawu kolanowego i ramienne-go.** W trakcie szkoleń odbędą się zabiegi operacyjne *live surgery* z transmisją na salę wykładową z zakresu tematyki szkolenia. Informacje: www.sport-klinika.pl w zakładce szkolenia/terminy szkoleń, Klinika Chirurgii Endoskopowej w Żorach, tel. 032-475-93-78, Beata Banaś, e-mail: szkolenia@sport-klinika.pl

• **11-12.09.** Władysławowo. Pol. Tow. **Psychoonkologiczne** i Zakład Medycyny **Paliatywnej** GUM organizują Jubileuszową 10 Ogólnopolską Konferencję Psychoonkologiczną. Tematyka: *Psychologiczne problemy w hematologii. Przystosowanie do choroby nowotworowej. Psychologiczne aspekty objawów somatycznych. Ból. Anorexia. Zmęczenie. Rola sztuki w psychoonkologii. Aktywność stowarzyszeń pacjentów. Wolontariat w psychoonkologii. Psychoterapia w psychoonkologii.* 10.09. Sesja warsztatowa. Informacje: koordynator Piotr Mróz, tel. 790-019-240, e-mail: 10okpo@ptpo.org.pl, www.ptpo.org.pl

Medyczne Szkolenia Podyplomowe **Pakt** (Katowice)

• **12-13.09.** **Wielospecjalistyczny kurs medycyny manualnej**
• **19-20.09.** **Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego, inne wady wrodzone i nabyte oraz choroby u dzieci i młodzieży - diagnostyka kliniczna, sonograficzna i leczenie.**

Organizator: PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64, medycznesympozja@mzp-pakt.med.pl, www.mzp-pakt.med.pl

EVMACO

• **18-20.09.** Kat. i Klin. Chorób Wewn., Diabetologii i Nefrologii w Zabrzu SUM w Katowicach i PTD zapraszają na **XIII Sympozjum Diabetologiczne** w Zakopanem, Hotel Mercure Kasprowy, 15 pkt. edukac.; www.13sympozjumPTD.evmaco.pl
• **10.10.** Poznań, **7.11.** Lublin, **21.11.** Katowice – KLR w Polsce i PTD zapraszają na konferencje pt. **Nowe zalecenia dotyczące leczenia chorych na cukrzycę dla lekarzy rodzinnych;** www.nowezalecenia.evmaco.pl
• **28.11.** PTD zaprasza na konferencję pt. **Insulinoterapia w stanach zagrożenia życia** - część II. Hotel Sheraton w Warszawie, 8 pkt. edukac.; www.insulinoterapia.evmaco.pl

REKLAMA

REKLAMA

• **9.01.2010.** PTD zaprasza na konferencję pt. **Nowości w cukrzycy.** Hotel Sofitel Victoria w Warszawie, 8 pkt. edukac.; www.nowosciwukrzycy.evmaco.pl
• **9-11.04.2010.** Sekcja Pediatria PTD i PTD zapraszają na **XII konferencję cukrzycy typu 1.** Polska Filharmonia Bałtycka w Gdańsku, 18 pkt. edukac.; www.12konf-polpediab.evmaco.pl/
• **13-16.05.2010.** Kat. i Klin. Chorób Wewn., Diabetologii i Nefrologii w Zabrzu SUM w Katowicach i Kat. i Klin. Chorób Metabolicznych CM UJ i PTD zapraszają na **V Karpacką Konferencję Diabetologiczną.** Hotel Gołębiwski w Karpaczu; www.vkdd.evmaco.pl
Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06

• **21-25.09.** Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. **Kurs na uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej** w pracowni RTG (Dz. U. nr 239/2006, poz. 1737). Testy specjalistyczne urządzeń RTG (Dz. U. nr 194/2005, poz. 1625). Informacje: EkoAtom, tel. 601-77-37-51, 609-722-762, faks 065-520-53-87, www.ekoatom.pl

ABC MED

• **24.09., 29.10., 10.12.** OIM abcMED Sp. z o.o. zaprasza lekarzy i osoby wykonujące badania spirometryczne na szkolenia doskonalące w Krakowie pt. **Spirometria w praktyce**
• **25.09., 12.11., 11.12.** Kraków; **6.10.** Bydgoszcz; **27.11.** Warszawa OIM abcMED Sp. z o.o. i Zakład Aerologii i Bioinżynierii Aerozoli MEDiNET zapraszają lekarzy i osoby wykonujące inhalacje lecznicze i diagnostyczne na warsztaty pt. **Optymalizacja leczenia inhalacyjnego**

Informacje: e-mail: biuro@abcmed.pl, tel/faks 012-637-31-82, www.abcmed.pl

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej „Obraz”**

• **24-27.09.** **USG doppler naczyń obwodowych**
• **1-4.10.** **USG neurologiczny**
• **8-11.10.** **USG gruczołu piersiowego**
• **22-25.10.** **USG jamy brzusznej**
• **19-22.11.** **USG w pediatrii**
• **27-29.11.** **Echokardiografia, doskonalący**
• **28-29.11.** **Echokardiografia dziecięca**
• **3-6.12.** **USG doppler naczyń obwodowych**
• **10-13.12.** **Echokardiografia, podstawowy**
• **7-10.01.2010.** **USG gruczołu piersiowego**
Informacje: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej „Obraz”, www.obraz.pl, obraz@obraz.pl, tel. 061-657-94-63, faks 061-282-36-08, 0603-76-20-41.

• **26-27.09.** Warszawa. Hotel Hilton. Sekcja **Medycyny Estetycznej** i Podyplomowa Szkoła Medycyny Estetycznej PTL organizują **IX Międzynar. Kongres Medycyny Estetycznej i Anti-Aging.** Informacje: www.psme.waw.pl, tel. 022-628-58-21, e-mail: medycyna.estetyczna@wp.pl

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**

• **2.10.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty
• **3-4.10.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii**
• **27.11., 28.11.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty
• **3.12.** **Skriningowe badanie serca płodu i USG „genetyczne”** – warsztaty
• **4-5.12.** **Echokardiografia płodu** – kurs dla zaawansowanych
• **10.12.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty
• **11-12.12.** **Diagnostyka wad wrodzonych i ultrasonografia w ginekologii z ultrasonografią sutka**
Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, mazowiecka@mszu.pl, tel. 602-122-513

ESDENT

• **3.10.** Szczecin. **Estetyka zębów przednich. Licówki kompozytowe – metoda bezpośrednia. Zamykanie diastem i trem w odcinku przednim.** Kurs II stopnia. Szkolenie praktyczne na modelach. Koszt 750 zł
• **4.10.** Szczecin. **Odbudowa estetyczna zębów na wkładzie koronowo-korzeniowym z włókna szklanego. Mosty kompozytowe na włóknie szklanym – odbudowa siekacza bocznego.** Koszt 750 zł

• **10.10.** Gdańsk. **Współczesne koncepcje zapobiegania i leczenia chorób tkanek okolowierzchołkowych. Rozwiązywanie endodontycznych problemów klinicznych w praktyce - umiejętność dokonywania wyboru metody leczenia.** Koszt 400 zł
• **17.10.** Wrocław. **Praktyczne spojrzenie na zagadnienia z zakresu okluzji w codziennej praktyce. Czym są zaburzenia narządu żucia. Przegląd diagnostyki przy użyciu technik manualnych, krótki test przesiewowy, łatwy do zastosowania przez lekarza praktyka. Związek pomiędzy okluzją a zaburzeniami narządu żucia.** Część I. **Badanie zaburzeń narządu żucia i kliniczna manualna analiza diagnostyczna.** Koszt 1000 zł
• **18.10.** Wrocław. **Praktyczne spojrzenie na zagadnienia z zakresu okluzji w codziennej praktyce. Czym są zaburzenia narządu żucia. Przegląd diagnostyki przy użyciu technik manualnych, krótki test przesiewowy, łatwy do zastosowania przez lekarza praktyka. Związek pomiędzy okluzją a zaburzeniami narządu żucia.** Część II. **Badanie zaburzeń narządu żucia i kliniczna manualna analiza diagnostyczna.**
• **17-18.10.** Łódź. **Ergonomia w stomatologii.** Stopień I. Koszt: lekarz 900 zł, asysta 600 zł
• **17.10.** Łódź. **Endodoncja – praktyczne spojrzenie na leczenie kanałowe. Kwalifikacja zęba do leczenia kanałowego, izolacja pola zabiegowego, analiza wykonywania dostępu w poszczególnych grupach zębów. Techniki opracowania kanałów narzędziami ręcznymi, maszynowymi i metody hybrydowe.** Wykład i kurs dla początkujących. Koszt 350 zł
• **18.10.** Łódź. **Opracowanie kanałów narzędziami rotacyjnymi niklowo-tytanowymi** – warsztaty praktyczne. Koszt 600 zł
• **24.10.** Warszawa. **Chirurgiczne pokrywanie recesji dziąsłowych.** Stopień I. Koszt 1350 zł
• **24-25.10.** Warszawa. **Strategia w leczeniu ortodontycznym II. Wektory i momenty sił. Łuk podniebienny. Bihelix – teoria i praktyka. Geometria przesuwania zębów.** Warsztat praktyczny dla początkujących. Część 2. Koszt 900 zł

Szkolenia dla **asystentek i higienistek stomatologicznych**

• **19.09.** Wrocław. **Asystowanie w zabiegach stomatologicznych. Procedury związane z przygotowaniem stanowiska pracy.** Część I. Koszt 250 zł
• **20.09.** Wrocław. **Asystowanie w zabiegach stomatologicznych. Procedury związane z przygotowaniem stanowiska pracy.** Część II (szkolenie praktyczne). Koszt 350 zł
• **14.11.** Wrocław. **Asystowanie w zabiegach chirurgicznych. Procedury związane z przygotowaniem stanowiska pracy.** Część 1. Koszt 300 zł
• **15.11.** Wrocław. **Asystowanie w zabiegach chirurgicznych.** Część 2 – praktyczna. Koszt 350 zł
• **24.11.** Warszawa. **Asystowanie przy zabiegach implantologicznych i chirurgicznych dla asystentek stomatologicznych.** Część I. Koszt 300 zł
• **28.11.** Warszawa. **Asystowanie przy zabiegach implantologicznych i chirurgicznych dla asystentek stomatologicznych.** Część II. Szkolenie praktyczne. Koszt 350 zł
• **11.10.** Gdańsk. **Asystowanie w zabiegach endodontycznych. Organizacja stanowiska pracy lekarza endodonta, procedury, ergonomia.** 250 zł
• **9-10-11.10.** Gdańsk. **Cykl asystowanie w ortodoncji dla asystentek stomatologicznych.** Koszt 3 dni 850 zł
• **6.11.** Gdańsk. **Zakażenia krzyżowe w gabinecie stomatologicznym. Procedury związane ze sterylizacją i dezynfekcją w gabinecie. Zagrożenia biologiczne w gabinecie stomatologicznym. Czynniki ryzyka zakażeń. Sterylizacja i konserwacja specjalistycznych narzędzi. Kontrola sanepidu – jak sobie poradzić.** Koszt 250 zł
• **12.09.** Szczecin. **Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach w gabinecie stomatologicznym. Najnowsze wytyczne resuscytacji BLS.** Kurs z częścią praktyczną. Szkolenie przeznaczone jest dla lekarzy stomatologów, higienistek i asystentek stomatologicznych. Koszt 250 zł
• **2-4.10.** Szczecin. **Cykl perio I, II, III dla higienistek stomatologicznych.** Koszt 850 zł (3 dni)
Informacje: ESDENT, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. 071-353-83-51, www.ede.pl, e-mail: szkolenia@ede.pl

Roztockańska Szkoła **Ultrasonografii**

• **4-9.10.** **Diagnostyka USG sutka, tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi**
• **4-9.10., 22-27.11.** **Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy**
• **18-23.10.** **Diagnostyka USG układu moczowo-płciowego, badania transrektalne**

• **18-23.10.** **Podstawy echokardiografii**
• **23-25.10.** **Echokardiografia doskonaląca**
• **25-30.10.** **Diagnostyka i leczenie chorób proktologicznych**
• **20-22.11.** **Diagnostyczno-kliniczne aspekty chorób tarczycy** – kurs doskonalący
• **27-29.11.** **Współczesna diagnostyka obrazowa w chorobach piersi** – kurs doskonalący
• **29.11-4.12.** **Diagnostyka USG w położnictwie i ginekologii**
• **13-18.12.** **Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych**
Informacje na stronie www.usg.com.pl

Ultrasonograficzna Szkoła Galicyjska. Kursy USG

• **5-9.10.** **Diagnostyka jamy brzusznej**
• **14-18.10.** **Diagnostyka naczyń obwodowych**
Informacje: www.usg.net.pl

Instytut Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka

Posiedzenia kliniczne w r. akad. 2009/2010

• **6.10.** **Czy w transplantologii klinicznej można nie stosować kortykosteroidów? – wyniki badań międzynarodowych.** Klinika Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadcisnienia Tętniczego
• **20.10.** **Wstrząs septyczny u dzieci.** Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
• **3.11.** **Nowoczesne metody diagnostyki molekularnej w mikrobiologii klinicznej – interpretacja wyników.** Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej
• **17.11.** **Deficyt LCHAD jako najczęściej rozpoznawane w Polsce zaburzenie beta-oksydacji kwasów tłuszczowych.** Zakład Genetyki Medycznej
• **1.12.** **Diagnostyka chorób mitochondrialnych w Pracowni Medycyny Mitochondrialnej Zakładu Patologii. Zagadnienia praktyczne, rodzaj uzyskiwanych wyników.** Zakład Patologii
• **15.12.** **Hiperaminotransferazemia – diagnostyka różnicowa.** Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii
• **5.01.2010** **Ocena czynników ryzyka miażdżycy u pacjentów po transplantacji wątroby** – wyniki grantu KBN PB 1977/P01/2007/32. Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii
• **19.01.2010.** **Współczesna analiza wyników leczenia w kardiologii chirurgii polskiej.** Klinika Kardiologii
• **2.02.2010.** **Rzadkie choroby – Polska na tle Europy.** Klinika Chorób Metabolicznych, Endokrynologii i Diabetologii
• **16.02.2010.** **Neuroobrazowanie – nowoczesne metody neuroradiologii.** Zakład Diagnostyki Obrazowej
• **2.03.2010.** **Mechanizm latencji i reaktywacji zakażenia wirusem Epstein-Barr u pacjentów z niedoborami odporności.** Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej
• **16.03.2010.** **Jakość życia rodziców dzieci chorych przewlekle. Satisfakcja z życia i ocena wybranych parametrów funkcjonowania psychicznego rodziców chorych na mukopolisacharydozę i choroby pokrewne.** Zakład Psychologii Zdrowia
• **6.04.2010.** **Diagnostyka guzów neuroendokrynnych u dzieci.** Zakład Medycyny Nuklearnej
• **20.04.2010.** **Aktualne uwarunkowania nadwagi i otyłości dzieci i młodzieży polskiej – na podstawie danych z badania OLAF.** Zakład Zdrowia Publicznego
• **4.05.2010.** **Krajowy Konsensus Suplementacji witaminą D.** Zakład Biochemii i Medycyny Doświadczalnej
• **18.05.2010.** **Rehabilitacja chorych po ciężkich urazach ośrodkowego układu nerwowego.** Klinika Rehabilitacji Pediatricznej
• **8.06.2010.** **Zasady identyfikacji pacjentów w stanie zagrożenia życia.** Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
• **22.06.2010.** **Diagnostyka zaburzeń metabolizmu jako model badań podstawowych w klinice pediatricznej.** Zakład Biochemii i Medycyny Doświadczalnej
Posiedzenia odbywają się w pierwszy i trzeci wtorek miesiąca – za wyjątkiem czerwca – o godz. 13.30, w sali wykładowej F-119, I piętro. Dojazd do IPCZD – autobusami linii nr 125, 525, 119, 147. Informacje: Sekcja Szkoleń IPCZD, w bloku F, pokój 106, I piętro, tel. 022-815-11-32 lub 022-815-10-14.

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**

• **6-9.10., 1-4.12., 12-15.01.2010.** **Diagnostyka USG jamy brzusznej**
• **23-27.11.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs podstawowy
• **25-27.01.2010.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs doskonalący
Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66 – lub 0606-350 328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl/

• **8.10.** Solec Kujawski. Stowarzyszenie im. Sue Ryder i NZOZ Cetrum **Opieki Paliatywnej** – Dom Sue Ryder organizują konferencję dla lekarzy psychiatrów, neurologów, rodzinnych, chorób wewnętrznych, terapeutów uzależnień i innych osób zainteresowanych (udział nieodpłatny): **Narkomania opiatowa: biologia-terapia**. Formularz zgłoszeniowy i dodatkowe informacje na stronach: www.btop.org.pl oraz www.domsueryder.org.pl

• **8.10.** Warszawa. ABC Wolters Kluwer Polska – opieka merytoryczna prof. Eleonory Zielińskiej – organizuje Konferencję: **Zawód lekarza i lekarza dentystry**. 6 pkt. edukac. Informacje i formularz zgłoszeniowy na stronie www.abc.com.pl/zawodlekarza. Zgłoszenia: faks 022-535-80-76, 022-535-83-14/22, oraz ze strony internetowej www.ABC.com.pl/szkolenia

Instytut **Dermatologii** w Krakowie

• **17.10.** *Problemy dermatologiczne spotykane w salonie kosmetycznym i fryzjerskim*
• **28.11.** *Wyprysk: Spektrum kliniczne, diagnostyka, postępowanie*
Informacje i zgłoszenia: www.medukacja.biz

• **10.10.** Ciechocinek. Klinika **Endodoncji** UM w Łodzi, Włocławskie SLS, pod patronatem Kuj-Pom OIL, organizują kurs: *Standardy postępowania w leczeniu endodontycznym*. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 694-724-871.

• **16.10.** Warszawa, hotel Kyriad Prestige. Fundacja Akademia Nowoczesnej Diagnostyki i Zakład Analityki i Biochemii Klinicznej, Centrum Onkologii, Oddz. w Krakowie organizują Konferencję Nauk.-Szkol.: *Profilaktyka i diagnostyka chorób nowotworowych*, przede wszystkim dla lekarzy specjalności: **onkologia, med. rodzinna, ginekologia, urologia**. 5 pkt. edukac. Informacje: Biuro organizacyjne, e-mail: monika.pabian@and.org.pl, tel. 012-29-50-119, www.and.org.pl

• **W XI 2009 r.** rozpoczną się dwusemestralne studia podyplomowe dla lekarzy i lekarzy dentyistów **Kosmetologia w medycynie**, organizowane przez WSzZ Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie, we współpracy z Podyplomową Szkołą Med. Estetycznej PTL. Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.kosmetyka.edu.pl; Wyższa Szkoła Zawodowa Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie, ul. Podwale 13, 00-252 Warszawa, Marta Kucharska,

tel. 022-635-50-09, 022-635-14-47, faks 022-635-73-62, e-mail: marta.kucharska@wszkipz.pl, www.kosmetyka.edu.pl

• **12-14.11.** Kraków. Sekcja Epidemiologii i Prewencji PTK, we współpracy z Instytutem Zdrowia Publicznego WOZ UJ CM, Obywatelską Koalicją „Tytoń albo zdrowie”, Centrum Onkologii w Warszawie, Fundacją „Promocja Zdrowia” i Stowarzyszeniem MANKO organizuje Ogólnopolską Konferencję Naukową im. prof. Franciszka Venuleta **Tytoń albo Zdrowie** poświęconą problemowi palenia tytoniu w Polsce, dla lekarzy, pielęgniarów, farmaceutów, studentów. Informacje: tel. 012-424-13-61, e-mail: venulet@manko.pl, rejestracja: www.tytonalbozdrowie.pl

• **20-21.11.** Warszawa, Biblioteka Narodowa, Al. Niepodległości 213. Wstęp bezpłatny. **III Warszawskie Spotkania Diabetologiczne**. Organizator: casusMEDICAL, ul. Stawki 4 b/1, 00-193 Warszawa, tel. 022-487-51-50, 662-02-11-94 (Joanna Pomorska), e-mail: organizator@wsd.waw.pl, www.wsd.waw.pl

• **26-27.11.** Warszawa. Klinika Neurologii i Epileptologii IP CZD w Warszawie pod patronatem ZG PTND XI Kurs Szkoleniowy *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego u dzieci*, zakończony sprawdzianem testowym i uzyskaniem certyfikatu, pkt. edukac. Koszt uczestnictwa 130 zł. Wpłata na konto First Class S.A.: Bank BRE S.A. O/W-wa 96 1140 1010 0000 2629 5300 1001, z dopiskiem „Kurs Neurologii” i nazwiskiem uczestnika, którego dotyczy wpłata. Zgłoszenie uczestnictwa wraz z kserokopią wpłaty należy przesłać do 15.11.br. na adres: First Class S.A., ul. Nowowiejska 5, 00-643 Warszawa, tel. 022-57-87-156, 022-825-29-05, faks 022-57-87-159, e-mail: kongres@firstclass.com.pl. Prosimy o czytelne wpisanie swojego adresu e-mail. Możliwość zakwaterowania w hotelu przy IP CZD i skorzystania ze stołówki w sąsiedztwie sali konferencyjnej.

• **27-29.11.** Warszawa, hotel „Gromada”, ul. 17 Stycznia 32. IX Międzynarodowy Interdyscyplinarny Kongres Naukowy: **Skoliozy – współczesne zasady diagnostyki i kompleksowego leczenia**, dla spec. ortopedii i traumatologii narządu ruchu, fizjoterapii i rehabilitacji, lekarzy tzw. pierwszego kontaktu (spec. med. rodzinnej, med. pracy, med. sportowej). Informacje: Siedziba Organizatora, 04-036 Warszawa, Al. Stanów Zjednoczonych 72/176, wej. E, tel./faks 022-834-67-72, tel. 405-42-72, 0601-22-78-99, www.medsport.pl, www.polskarehabilitacja.pl, e-mail: kongresy@medsport.pl

• **28.11.** Białystok, Centrum Konferencyjne Astoria, ul. Sienkiewicza 4. Wstęp bezpłatny. **I Podlaskie Spotkania Diabetologiczne**. Organizator: casusMEDICAL, ul. Stawki 4 b/1, 00-193 Warszawa, tel. 022-487-51-50 lub 662-02-11-94 (Joanna Pomorska), e-mail: organizator@psd.bialystok.pl, www.psd.bialystok.pl

• **5-9.12.** Zakopane. SONO-MEDICUS organizuje kurs: **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: www.sono-medicus.pl, e-mail: kulej@ozzl.org.pl; Michał Kulej, tel./faks 018-201-24-17, 604-100-130; SONO-MEDICUS 34-500 Zakopane, ul. Mrowce 18c.

• **5-6.02.2010.** Lublin, Collegium Maius UM. Kat. Rozwoju Pielęgniarstwa UM w Lublinie, Kat. i Klin. Rozrodczości i Andrologii UM w Lublinie, Zakł. Etyki i Filozofii Człowieka Kat. Nauk Humanistycznych UM w Lublinie, Helsińska Fundacja Praw Człowieka w Warszawie organizują Międzynar. Konfer. Nauk.: **Bioetyka zdrowia prokreacyjnego w praktyce medycznej**. Sekretariat Konferencji/adres do korespondencji: Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa UM w Lublinie, Al. Raclawickie 1, 20-095 Lublin, faks 081-528-88-86, e-mail: bdob10@wp.pl, martamonist@wp.pl

• **11-14.02.2010.** Szupsk-Ustka. **6. Akademia Dermatologii i Alergologii**. Informacje: www.ekonferencje.pl/ADA, tel. 058-349-25-90

• **8.05.2010.** Zamek Królewski w Warszawie. Pol. Akad. Med. i Świat. Akad. Med. im. Alberta Schweitzera przy współudziale Akad. Polonijnej w Częstochowie organizują sympozjum z udziałem laureatów Nagrody Nobla pt. **Humanizm a medycyna przyszłości**. Koleżanki i Kolegów, którzy mimo przemęczenia pracą w trudnych warunkach zachowali w sobie pasję uszlachetniania, pragnących wziąć udział w sympozjum, prosimy o nadsyłanie zgłoszeń na e-mail: aswam@wp.pl z podaniem własnego. Liczba miejsc ograniczona.

opr. u (u.bakowska@gazetalekarska.pl)

Studia podyplomowe w zakresie medycyny ubezpieczeniowej i orzecznictwa lekarskiego

Organizator: Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (www.wum.edu.pl), przy współudziale Polskiego Towarzystwa Medycyny Ubezpieczeniowej (www.ptmu.org.pl) i Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego (www.ptol.org.pl).

Termin: Rok akademicki 2009/2010.

Czas trwania: 120 godzin dydaktycznych, zajęcia wykładowe i seminaryjno-praktyczne (8 dwudniowych zjazdów weekendowych).

Tematyka studiów:

Ubezpieczenia komercyjne z omówieniem rodzajów ubezpieczeń, typowych produktów ubezpieczeniowych. Zarządzanie ryzykiem w działalności ubezpieczeniowej. Podstawy medycznej oceny ryzyka, opiniowania lekarskiego i medycznego dla potrzeb ubezpieczeń komercyjnych. Orzecznictwo lekarskie w ubezpieczeniach komercyjnych. Zagadnienia odpowiedzialności cywilnej placówek medycznych. Systemy ochrony zdrowia na świecie. Prywatny rynek medyczny.

Ubezpieczenia społeczne z omówieniem systemu ubezpieczeń społecznych i zaopatrzenia społecznego w Polsce (zagadnienia prawne, finansowanie, rodzaje świadczeń [zasiłki, renty, emerytury]). Różnice ubezpieczeń komercyjnych i społecznych. Lekarz praktyk w systemie ubezpieczeń i zabezpieczeń społecznych. Zasady i tryb postępowania orzeczniczego (niezdolność do pracy, zarobkowania, egzystencji; orzekanie o uszczerbku na zdrowiu, w ubezpieczeniach chorobowych, rentowych, niepełnosprawności, wypadkowych, rolniczych).

Kadra dydaktyczna:

Doświadczeni lekarze i specjaliści innych dziedzin z wieloletnim stażem pracy w zakresie medycyny ubezpieczeniowej oraz orzecznictwa, także zatrudnieni w komercyjnych firmach ubezpieczeniowych (reprezentujący Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej) i jednostkach systemu ubezpieczeń społecznych (reprezentujący Polskie Towarzystwo Orzecznictwa Lekarskiego).

Informacje i zapisy: <http://ckp.wum.edu.pl/node/197>,

tel. **022-57-20-510, 022-57-20-519**, faks **022-57-20-511**, e-mail: ckp@wum.edu.pl

I Ogólnopolski Konkurs Poetycki „Puls słowa”

Rozstrzygnięty!

Jury I Ogólnopolskiego Konkursu Poetyckiego „Puls słowa” w składzie: Zdzisława Tadeusz Łączkowski – przewodniczący, członkowie: Jolanta Zaręba-Wronkowska, Alina Chraśl-Sura, Zbigniew Krzyk i Maria Żywicka-Luckner – sekretarz, na posiedzeniu 25 sierpnia br., po zapoznaniu się z 280 utworami, postanowiło przyznać następujące nagrody:

I miejsce – **Agnieszka Tomczyszyn** z Głucholaz, godło *ex libris*

II miejsce – **Agata Kornacka** z Chęciny, godło *Esperanza*

III miejsce *ex aequo*

– **Maria Maślińska** z Warszawy, godło *Tęcza*

– **Janusz Wróblewski** z Bytomia, godło *Poprad*

Ponadto jury przyznało wyróżnienie za wiersze:

„Przybrzeżny mały ciepłej wilgotności” – **Piotr Edward Gołębski** z Warszawy, godło *Julian*; „Agonia” – **Piotr Zemanek** z Bielska-Białej, godło *PANTA RHEI*; „Człowiek – studium przypadku niegramatycznego” – **Arkadiusz Stosur** z Nowego Sącza, godło *PARANDONTOZA*; „Urok łąk” – **Jerzy Kaliński** z Pruszkowa, godło *Szron*.

Jury z radością stwierdza, że na konkurs wpłynęły prace z całej Polski, prezentujące różnorodną tematykę, uwarzliwioną na problemy współczesnego człowieka. Cieszy, że w czasie odchodzenia od kultury wysokiej pojawiają się autorzy utalentowani o dużych możliwościach twórczych. Jury składa podziękowania Naczelnej Izbie Lekarskiej za umożliwienie organizacji I Ogólnopolskiego Konkursu Poetyckiego „Puls słowa”.

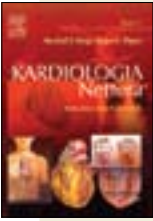
Zdzisław Tadeusz Łączkowski

przewodniczący Jury

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61. Zamówienia:
tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86, elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl



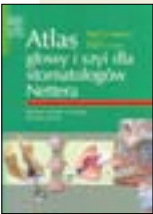
Intensywna terapia
Paul L. Marino, współpraca Kenneth M. Sutin
red. wyd. III pol. **Andrzej Kübler**
Wrocław 2009, str. 1088
Autor prezentuje informacje praktyczne zdobyte podczas pracy na wielu oddziałach intensywnej terapii oraz doświadczenia jego i współpracujących lekarzy. Omawia raczej problemy lecznicze, a nie jednostki chorobowe. W III wydaniu napisano od nowa większość rozdziałów, dodano dwa rozdziały dot. zakażeń oraz dot. zaburzeń termoregulacji. Przedstawiono 198 nowych rycin i 178 tabel oraz podsumowania rozdziałów.



Kardiologia **Nettera**, T. 1 i 2
Marshall S. Runge, **Magnus E. Ohman**
red. wyd. I pol. **Grzegorz Opolski**
ilustracje **Frank H. Netter**
Wrocław 2009, str. t. I 1-308, t. II 309-581
Praktyczne źródło wiedzy dla lek. rezydentów i klinicystów, nt. choroby wieńcowej serca, chorób mięśnia sercowego i kardiomiopatii, zaburzenia rytmu serca, wad zastawkowych serca, chorób osierdza, naczyńowych, wrodzonych wad serca, chorób ogólnoustrojowych oraz samego serca. Omówiono bardzo szeroką tematykę.



Diagnostyka obrazowa kręgosłupa. Przypadki kliniczne
Brian C. Bowen, **Alfonso Rivera**, **Efrat Saraf-Lavi**
red. I wyd. pol. **Jerzy Walecki**
Wrocław 2009, str. 370
Dla rezydentów, lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego i praktykujących radiologów. Opisano przypadki chorób kręgosłupa od najprostszych do najbardziej skomplikowanych pod względem diagnostycznym. W opisie każdego przypadku zawarto krótki komentarz autorów, odsyłacz do odp. tomu „The requisites” i aktualnego piśm.



Atlas głowy i szyi dla stomatologów
Neil S. Norton
ilustracje **Frank H. Netter**
red. wyd. I pol. **Wiesław Kurlej**
Wrocław 2009, str. 600
Kompendium wiedzy z zakresu głowy i szyi, dla klinicystów różnych dyscyplin. Wiele anatomicznych tematów dotyczących głowy i szyi zostało rozszerzonych. W rozdz. dot. jamy ustnej umieszczono więcej informacji nt. uzębienia. Rozdziały dot. rozwoju głowy, szyi i układu nerwowego połączono. Podst. informacje przedstawiono w tab. i krótkich tekstach.



Manualna terapia nerwowo-mięśniowa. Przypadki kliniczne
Leon Chaitow, **Judith DeLany**
red. wyd. I pol. **Jerzy Stodolny**
Wrocław 2009, str. 316
Autorzy uzasadniają, że terapia nerwowo-mięśniowa daje różnym specjalistom wyjątkowe możliwości właściwego pokierowania procesem leczenia chorego organizmu człowieka w sposób całościowy, nie ograniczając postępowania wyłącznie do podręcznikowej jednostki chorobowej. Omawiane zagadnienia są na świecie podstawą pracy fizjoterapeutów.



Ortopedia pediatria
seria: **Core Knowledge in Orthopaedics**
John P. Dormans
red. I wyd. pol. **Wojciech Marczyński**
Wrocław 2009, str. 550 + skrowidz.
Opracowanie skierowane do spec. zajmujących się schorzeniami ortopedycznymi, przedstawia m.in.: schorzenia górnych i dolnych kończyn, urazy, zniekształcenia, zakażenia układu mięśniowo-szkieletowego, dystrofie mięśniowe, porażenia mózgowie (diagnostyka różnicowa, metody poprawnego badania klinicznego, wytyczne dot. leczenia).

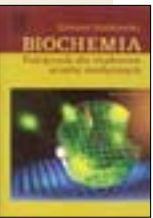


Pediatria
Tom Lissauer, **Graham Clayden**
red. wyd. I pol. **Andrzej Milanowski**
Wrocław 2009, str. 584
Kompendium wiedzy nt. wieku rozwojowego. Oprócz zasadniczych informacji praktycznych dotyczących diagnostyki i terapii chorób omówienie problemów socjalnych, rozwojowych, szkolnych, behawioralnych i emocjonalnych występujących u dzieci. Liczne ryciny, fotografie, tabele, schematy i podsumowania rozwijające i uzupełniające tematykę.

Choroby wewnętrzne Davidsona
Nicholas A. Boon, **Nicki R. Colledge**, **Brian R. Walker**, **John A.A. Hunter**
ilustracje **Robert Britton**
red. wyd. I pol. **Franciszek Kokot**, **Lidia Hyla-Klekot**
tom 1. Wrocław 2009, str. 536 + skrowidz.
Opieka w stanach krytycznych i medycyna doraźna; Zatrucia; Psychiatria; Opieka paliatywna i leczenie bólu; Niedobór odporności; Biochemia kliniczna i metabolizm; Choroby: nowotworowe, zakaźne, przenoszone drogą płciową, nerek i dróg moczowych, układu sercowo-naczyniowego.



Biochemia. Podręcznik dla studentów uczelni medycznych
Edward Bańkowski
wyd. II. Wrocław 2009, str. 552
W wyd. II uwzględniono uwagi czytelników, wymieniono ryciny i wzory. Poszerzono i unowocześniono fragmenty tekstu poświęcone regulacji metabolizmu. Rozbudowano elementy patobiochemii i opisy specyfiki metabolicznej gł. narządów. Wyeksponowano cukrzycę i otyłość jako przykłady chorób będących następstwem deregulacji i dezintegracji metabolizmu. Nowe rozdz.: ketogeneza, mikroelementy i metaboliz ksenobiotyków.



Kinezyterapia w stabilizacji kompleksu lędźwiowo-miednicznego
Carolyn Richardson, **Paul W. Hodges**, **Julie Hides**
red. wyd. I pol. **Edward Saulicz**
Wrocław 2009, str. 270
Źródło wiedzy nt. mechanizmu kontroli motorycznej kompleksu lędźwiowo-miednicznego. Przedstawia nowatorski sposób badania i terapii zaburzonej stabilizacji dolnego odcinka kręgosłupa. Dla fizjoterapeutów, lekarzy ortopedów, neurologów i rehabilitantów.



MediPage Sp. z o.o.
02-549 Warszawa, ul. Bruna 12/20, tel./faks 022-646-41-50,
www.mediapage.op, redakcja@mediapage.pl

Ultrasonografia układu mięśniowo-szkieletowego
Stefano Bianchi, **Carlo Martinoli**
red. nauk. wyd. pol.: **dr Michał Elwertowski**, **dr Małgorzata Serafin-Król**, **dr Małgorzata Wieczorek**
Warszawa 2009, str. 548
Przewodnik dot. technologii i zastosowania ultrasonografii w diagnostyce układu mięśniowo-szkieletowego przedst. zagad. ogólne i klin. przypadki. M.in. rozdz. dot. instrumentarium, procedur interwencyjnych, wykorzystania ultrasonografii w diagn. pediatricznej. Do zdjęć ultrasonograficznych dodano schematy i obrazy z innych technik i obrazy materiałów biopsyjnych.



Atlas ultrasonografii 3D/4D w położnictwie i ginekologii
Asim Kurjak, **David Jackson**
red. naukowa wyd. pol. **Tomasz Urbaniak**
Warszawa 2006, str. 214
Atlas ma za zadanie zapoznać praktykujących położników i ginekologów z nową technologią. Zawiera wysokiej jakości obrazy i wskazówki techniczne. Trójwymiarowa interpretacja dwuwymiarowego obrazu jest b. istotna przy stwierdzeniu nieprawidłowości. Pomocny w nabyciu umiejętności technicznych potrzebnych do oceny płodu.



Atlas ultrasonografii w położnictwie i ginekologii z dodatkiem multimedialnym
Peter M. Doubilet, **Carol B. Benson**
red. naukowy wyd. pol. dr n. med. **Tomasz Urbaniak**
Warszawa 2005, str. 352
Zdjęcia z jednego z największych zbiorów na świecie, wraz z rzeczowymi komentarzami dotyczącymi wszystkich aspektów ultrasonografii położniczej i ginekologicznej. Przydatne do celów klinicznych i edukacyjnych.



Atlas chirurgii piersi
Tari A. King, **Patrick I. Borgen**
Warszawa 2006, str. 230
Książka dla studentów med. i wykwalifikowanych chirurgów. Omówiono główne procedury wykonywane w trakcie diagnostyki i leczenia chorych na raka piersi - podst. zasady i procedury wyk. zabiegów, technologię lokalizacji igłowej pod kontrolą tomografii rezonansu magnetycznego, zabieg wycięcia przewodów wyprowadzających, informacje dot. strategii i technik popr. kontroli miejscowej w przebiegu zabiegów oszczędzających, różne warianty amputacji piersi i in. technik oraz metody rekonstrukcji piersi.



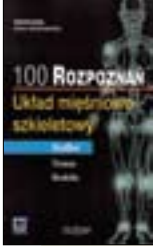
Tomografia komputerowa głowy i kręgosłupa
Norbert Hosten, **Thomas Liebig**
red. nauk. wyd. pol. dr hab. n. med. **Monika Beksinska-Figatowa**
konsultacja merytoryczna lek. med. **Tomasz Kuniej**
Warszawa 2009, str. 460
Przegląd zagadnień z zakresu diagnostyki głowy i kręgosłupa przydatny w pracy radiologów, neurologów, neurochirurgów, jak i w sytuacjach nagłych, w trakcie dyżurów. Aktualne piśmiennictwo i linki do str. internetowych.



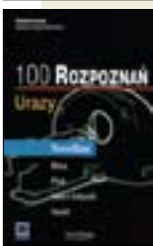
Rozpoznanie różnicowe w medycynie wewnętrznej. Od objawu do rozpoznania
Walter Sientghaler
red. nauk. wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Piotr Zaborowski**
tom 1. Warszawa 2009, str. 538, ponad 780 rycin
Książka skierowana do studentów, rezydentów i lekarzy ogólnych. Praktyczne podejście do rozwiązywania problemów diagnostycznych napotykanych w chorobach wewn. Poszczególne rozdz. dot. klas powszechnych objawów (gorączki, bólu, objawów hematologicznych, oddechowych, kardiologicznych, żołądkowo-jelitowych, nefrologicznych i neurologicznych).



Kieszonkowy atlas anatomii radiologicznej w przekrojach tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego
Torsten B. Moeller, **Emil Reif**
t. 1 **Głowa i szyja**, str. 262;
t. 2 **Klatka piersiowa, serce, jama brzuszna i miednica**, str. 246;
t. 3 **Kregosłup, kończyny i stawy**, str. 334
red. nauk. wyd. pol. **Bogdan Ciszek**, Warszawa 2007.
Wysokiej jakości ilustracje i przejrzysty układ graficzny. Uwzględnią najnowsze osiągnięcia technologiczne badań obrazowych. Dla każdego radiologa niezależnie od doświadczenia zawodowego.



100 rozpoznań. Układ mięśniowo-szkieletowy
David W. Stoller, **Phillip FJ Tirman**, **Miriam A. Bredella**
red. nauk. wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Andrzej Ziemiański**
str. 270.
100 rozpoznań. Układ naczyniowy
William G. Bradley, **William J. Zwiebel**, **Anne G. Osborn**, **H Ric Harnsberger**, **Lawrence N. Tanenbaum**
red. nauk. wyd. pol. dr hab. n. med. **Jan Baron**, dr n. med. **Katarzyna Gruszyńska**, str. 342
100 rozpoznań. Urazy
Robert A. Novelline, **James T. Rhea**, **Thomas Ptak**, **Faranak Sadri-Tafazoli**, **Andrew B. Small**
red. nauk. wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Andrzej Drop**
str. 336.
seria: **Radiologia**. Seria Kieszonkowa. Warszawa 2004.
Podręczniki dostarczające aktualnej wiedzy. Każda część napisana przez znanych autorów, którzy wytypowali „złotą setkę” diagnoz radiol. odnoszących się do każdej większej części ciała. W rozpoznaniach wypunktowano najważniejsze fakty, ilustrując je zdjęciami o wysokiej rozdzielczości. Do każdego działu dołączono piśm. Kolorowe schematy wielu schorzeń.



Badanie ultrasonograficzne żył kończyn dolnych
Piotr Kawecki
Warszawa 2005, str.68
Autor, praktyk, skupia się na przedstawieniu problemów klinicznych i sposobów ich oceny. Szczegółowo opisuje anatomię i patofizjologię naczyń żylnych kończyn dolnych, co pozwala na zrozumienie etiologii zmian patologicznych. Omawiając badanie dopplerowskie przedstawia podstawowe jednostki chorobowe i błędy występujące przy badaniu. Schematy opisów prawidłowych naczyń i często spotykanych patologii.



Atlas echokardiografii. Wydanie kieszonkowe
Thomas Boehmeke. Ralf Doliva
red. nauk. wyd. pol. dr hab. n. med. **Andrzej Szyszka**
Warszwa 2006, str. 226
Atlas ma na celu ułatwienie nauki tego badania osobom początkującym. Zawiera informacje niezbędne do łatwego posługiwania się echokardiografią; m.in. obrazy wszystkich ważniejszych chorób w trybie B-mode, M-mode, dopplera i dopplera kolorowego.

Spółeczny Instytut Wydawniczy Znak
30-105 Kraków, ul. Kościuszki 37. Dział Sprzedaży tel. 012-619-95-69,
e-mail: czytelnicy@znak.com.pl



Komplikacje. Zapiski chirurga o niedoskonałej nauce
Atul Gawande
Kraków 2009, str. 288
Autor fascynująco opisuje przypadki z którymi zetknął się podczas swojej pracy chirurga, kulisy zawodu lekarza, dramatyczne decyzje mogące ocalić komuś życie. Pomyłki, komplikacje, przypadkowe rozwiązania. Każdy poruszony problem analizuje i stawia diagnozę. Książka angażuje Czytelnika emocjonalnie w przedstawioną rzeczywistość.



Stulecie chirurgów
Jürgen Thorwald
przekład **Karol Bunsch**
Kraków 2008, str. 532
Książka o początkach współ. chirurgii. Pokazuje jak brutalnymi narzędziami posługiwała się chirurgia ratująca życie człowieka. Przełomowym momentem było zastosowanie narkozy w szpitalu w Bostonie w 1846 r. Autor

uzyskał notatki do historii chirurgii w postaci zapisów swojego dziadka, które konfrontował z oficjalnymi przekazami. Pokazuje w tej historii momenty przełomowe i lekarzy, którzy byli ich twórcami. Opowieść o początkach nowoczesnej chirurgii kończy się spotkaniem z Louisem Rehmem, chirurgiem z Frankfurtu. W 1896 r. zaszywa on serce zranionego chłopca.



Podręcznik hipochondryka. Dolegliwość na każdą okazję. Objawy chorób wszelakich
John Naish
Kraków 2009, str. 218
Autor będąc dziennikarzem zajmującym się przez 10 lat problematyką zdrowotną zgromadził wiele wycinków prasowych dotyczących badań związanych ze zdrowiem. Przynajmniej, że jego uwagę przyciągały te najbardziej absurdalne. W ten sposób powstała publikacja, w której prezentuje opisy wielu „jednostek chorobowych” nekających współczesne społeczeństwa rozwinięte demaskując przy okazji motywy kierujące przemysłem farmaceutycznym, lekarzami i dziennikarzami rozprzestrzeniającymi te badania.

Ponadto nadesłano

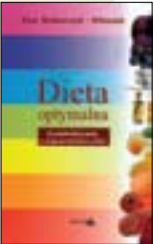
Choroby zawodowe lekarzy stomatologów
red. **Krzysztof Tuszyński** i **Anna Lella**
„Via Medica” Sp. z o.o., 80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 058-320-94-94, faks 058-320-94-60, www.viamedica.pl, e-mail: viamedica@viamedica.pl. Gdańsk 2009, str. 210
Publikacja przedst. problem chorób zaw. lek. stom. w różnych aspektach zachęcając tym samym do wnikliwego potraktowania przez tą grupę własnego zdrowia. Autorzy publikacji zajmują się nie tylko etiopatologią, profilaktyką i terapią najczęściej spotykanych wśród stomatologów jednostek chorobowych, ale także uświadomieniem lek. dentystom ich uprawnień w zakr. ochrony własnego zdrowia. Książka zawiera działy poświęcone przepisom umożliwiającym lekarzowi egzekwowanie swoich praw w przypadku choroby.



Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia
Aldona Frączkiewicz-Wronka
Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Księgarnia firmowa: 01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a, tel. 022-535-80-72, 022-535-81-72, www.wolterskluwer.pl; internetowa: proinfo@wolterskluwer.pl, www.proinfo.pl, 022-535-80-78, str. 180, cena 49,00 zł
Autorka, kier. Katedry Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych w Ak. Ekonom. w Katowicach, kompleksowo omawia problematykę zarządzania, łącząc dociekania teoretyczne z wynikami własnych badań. Publikacja służy pomocą w usprawnianiu polskiej gospodarki.



Dieta optymalna
Co powinniśmy jadać, a czego powinniśmy unikać
Ewa Bednarczyk-Witoszek
Katowice 2009. **Wydawnictwo Ewa Bednarczyk-Witoszek**, 40-551 Katowice, ul. Przyklinga 18, 032-203-17-67, 0606-131-243, ewa12@dietaoptymalna.com. www.dietaoptymalna.com
sprzedaż wys.: www.dietaoptymalna.com, 032-258-41-91, c. 36,00.
Książka jest opisem ponad 20-letnich poszukiwań jak powinna wyglądać dieta od strony alergologicznej i biochemicznej. Przedstawia potrzebę normalizacji cholesterolu LDL jako czynnika ważnego dla zdrowia. Podaje wady i zalety wielu modnych diet. Przedstawia również jak powinna wyglądać dieta dla dzieci. Adresowana do każdej grupy osób, którą interesuje stosowanie diety.



U malucha na talerzu
Zdrowa dieta dla niemowląt. Zasady, przepisy, wskazówki
Marta Jas-Baran
Publicat S.A., 61-003 Poznań, ul. Chlebowa 24, tel. 061-652-92-52, faks 061-652-92-00, e-mail: publicat@publicat.pl, www.publicat.pl, str. 230
Autorka zebrała najważniejsze informacje nt. żywienia niemowląt w poszczególnych miesiącach życia – porady i odp. na pytania nurtujące niedoświadczone matki oraz przejrzyste zestawienie tabelaryczne nowego modelu żywienia niemowląt karmionych piersią zgodnie z aktualnymi wytycznymi lek. pediatrów. Przepisy na wiele atrakcyjnych dań dla dzieci uwzgl. normy Komitetu Żywienia Europ. Tow. Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci.



Cosmetology. Kwartalnik Naukowy Wyższej Szkoły Zawodowej Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia. Scientific Quarterly published by Academy of Cosmetics and Health Care Warsaw. Nr 1/2009. Projekt współfinans. ze środków UE w ramach Europ. Funduszu Społecznego. Kontakt: Wydawnictwa Wyższej Szkoły Zawodowej Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia, ul. Podwale 13, 00-252 Warszawa, tel. 022-392-89-74, faks 022-397-78-26, e-mail: redakcja@wszkizp.pl



Dwujęzyczny kwartalnik naukowy poświęcony zagadnieniom kosmetologii. Artykuły wybitnych naukowców z dziedziny kosmetologii, bieżące publikacje z ośrodków akademickich i badawczo-wdrożeniowych, informacje o najnowszych osiągnięciach naukowych w branży, zapowiedzi ważnych wydarzeń – targi, kongresy i seminaria, recenzje publikacji naukowych i informacje o nowościach na rynku.

opr. md