

09 · 2011

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY ISSN 0867-2146

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

Zakaz reklamy usług medycznych

TEMAT NUMERU | S. 6-11

Jan Kowalski
lekarz dentyista przyjmuje
w godz. 17.00-19.00

UWAGA

Zakład Opieki Zdrowotnej

**Polski Zakład
Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.**
oprócz usług bezpłatnych udzielanych
w ramach kontraktu z NFZ
świadczy również usługi pełnopłatne.
Dzięki nowoczesnemu sprzętowi
oraz profesjonalizmowi personelu,
świadczy usługi medyczne

**WYSOKI POZIOM
KONKURENCYJNE CENY**

PROFILAKTYKA

**Przesiewowe badania
słuchu u dzieci** | S. 36-37

INDEKS NIEDORZECZNOŚCI

**Robot da Vinci
w szpitalu** | S. 38-39

MEDYCYNĄ PERSONALIZOWANĄ

**Przełomowy
rok 2011** | S. 42-43



Oby sprawiedliwie

Wiemy już, jakimi pieniędzmi będzie dysponował Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2012. Piszemy o tym poniżej i w głębi numeru. Ma być ich więcej, to

oczywiście cieszy, ale ważniejsze jest to, jak zostaną podzielone. Po pierwsze, pomiędzy wojewódzkie oddziały NFZ. Po drugie, pomiędzy poszczególne działy: szpitale, POZ, AOS i placówki zajmujące się osobami chorymi przewlekle. Trudno sobie wyobrazić, aby wszyscy byli zadowoleni, taka sytuacja jeszcze się nie zdarzyła i zdarzy się nieprędko. Istotne jest, aby mieć poczucie, że podziału dokonano sprawiedliwie. Czy tak będzie? Sprawy za oceanem interesują nas mniej, jednak trzeba od-

notować wydarzenie znamienne dla przeprowadzanej przez prezydenta Baracka Obamę i demokratów reformy opieki zdrowotnej w USA. Pamiętamy, że był to jeden z ważniejszych punktów programu wyborczego demokratyczne-

niezgodne z konstytucją! Sprawę będzie musiał rozstrzygnąć sąd najwyższy. Nasza demokracja jest zbyt młoda, aby stawiać tak radykalne pytania. Kiedy wprowadzano w Polsce obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, większość z nas, le-

czas górskich wędrowek. Dlatego na koniec anegdota urlopowa. Wiadomo, że kiedyś studentek funduszy brakowało na godziwe posiłki. Pod koniec wyjazdu jadało się chleb z margaryną i cebulą lub z dżemem. I oto słyszę od młodszych kolegów, stażystów, że w czasie tegorocznej bieszczadzkiej eskapady jedli chleb ze świeżymi pokrzywami. Myli się ten, kto pomyślał, że to znowu, jak przed laty, brak „środków finansowych”. Otóż „środki” były, tylko nie tam, gdzie należały. Młodzi, nowocześni ludzie nie wzięli ze sobą na poloniny banknotów z podobiznami władców, tylko i wyłącznie... karty kredytowe.

Ryszard Golański
naczelnym@gazetalekarska.pl

Pieniądzy w 2012 r. ma być więcej. To cieszy, jednak ważniejsze jest to, jak zostaną podzielone.

go kandydata na prezydenta. Teraz jeden z sądów stanowych uznał, że nałożenie na każdego obywatela obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (a to jest istota zmian) jest

karze i pacjenci, przyjęła tę reformę z radością i nadzieją. Z radości pozostało niewiele, a z nadziei? Nie minął jeszcze czas urlopów, z pewnością nie minął



MIGAWKA



FOT.: FILIP KACALA

61 mld 530 mln 24 tys. zł, czyli o 3 mld 628 mln 383 tys. zł więcej niż w tym roku zamierza wydać na świadczenia medyczne w 2012 r. NFZ. Finansowaniu ochrony zdrowia w przyszłym roku poświęcona była wspólna konferencja prasowa minister zdrowia Ewy Kopacz i prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza, zorganizowana 11 sierpnia w Ministerstwie Zdrowia.

(WIĘCEJ NA STR. 32)



OKIEM PREZESA

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wydał decyzję w sprawie naszego stanowiska z 2008 r. dotyczącego homeopatii.

Na konferencji prasowej jeden z dziennikarzy zapytał: A dlaczego dopiero teraz? I było to pytanie, na które trudno znaleźć logiczną odpowiedź. Podobnie jak na pytanie, z jakiej przyczyny ten urząd postanowił leczyć ludzi. Sam się zastanawiam, jakie są granice tego absurdu. Decyzja UOKiK pokazała ważny element, który coraz częściej wpłata się w rynkową. UOKiK uznał Naczelną Izbę Lekarską za przedsiębiorstwo w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, a nasze stanowisko za naruszające interes społeczny. A ja uważam, że interes mieli w tym wyłącznie producenci preparatów homeopatycznych. Idąc tokiem rozumowania UOKiK, jeśli lekarz niewłaściwie zastosuje jakikolwiek lek czy preparat, a samorząd zwróci mu uwagę, to może w ten sposób zmniejszyć produkcję tego leku czy preparatu. Izba lekarska ma więc wybór: stanąć na straży wykonywania zawodu przez lekarza, osądza-

jąc go w obronie pacjenta lub popierać zwiększenie produkcji leku lub preparatu. Robiąc szum wokół homeopatii i prowadząc postępowanie przeciwko izbie lekarskiej, UOKiK sam rozpętał medialną burzę na ten temat i przyczynił się do uświadamiania społeczeństwa na temat działania preparatów homeopatycznych. Ich sprzedaż spadła – czyż urząd nie powinien teraz wystąpić sam przeciwko sobie?

Jestem zaszokowany nagłą śmiercią naszego Kolegi lekarza anesteziologa, który zmarł w Głęboczycach po kilkudobowym dyżurze. Wszyscy zaczęliśmy się zastanawiać, co było przyczyną Jego śmierci i dlaczego zdecydował się pracować w tak wyczerpującym trybie. Odpowiedź nasuwała się sama: pewnie postanowił – jak wielu z nas – więcej zarobić. Samorząd od lat apeluje, aby proponować lekarzom inne rozwiązania systemowe i określić ustawowo płacę minimalną. Przy podpisywaniu kontraktów nie zawsze ta zmiana formy wykonywania pracy była dla lekarzy korzystna finansowo. Niejeden – aby żyć godnie – podpi-

sywał kontrakty w wielu miejscach lub sporo dyżurował. Wzięcie na siebie zbyt wielu zobowiązań jest niebezpieczne dla naszego życia – nagła śmierć naszego Kolegi jest tego przykładem. Natychmiast pojawia się również pytanie: czy nasze przemęczenie może być niebezpieczne dla naszych pacjentów? Nie wątpię, że tak. Zmęczony lekarz łatwiej może popełnić przewinienie zawodowe. Oczywiście do tego dochodzi kwestia uregulowania czasu pracy, którą zajmuje się Komisja Europejska. My też chcielibyśmy, aby lekarz świadczył usługi w jednym miejscu. Jednak na przeszkodzie zawsze stał jeden warunek: płace na wysokim poziomie uregulowane ustawowo. A tego do tej pory nie udało się uzyskać.

Otrzymaliśmy od Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego odpowiedź na nasze stanowisko w sprawie programów studiów nielekarskich. Minister poinformował nas, że od października br. wejdzie w życie ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym, która spowoduje utratę mocy rozporządzenia. Uczelnie mają otrzymać większą autonomię w zakresie opracowywania programów kształcenia. Tymczasem w wielu dziedzinach obserwujemy niepokojący proces przejmowania kompetencji osób wykwalifikowanych przez absolwentów szkół policealnych. Poprzednio pisałem o ab-

solwentach kosmetologii rozpoznających nowotwory skóry, ale przykładów jest dużo więcej. Oto np. w aptekach zastępuje się magistrów farmacji technikami farmaceutycznymi, omijając warunek, że porada przy wydawaniu leków i preparatów powinna być zarezerwowana dla osób z wykształceniem uniwersyteckim. Strach pomyśleć, że pacjent, który pyta o lek, uzyska poradę absolwenta szkoły policealnej i mu zawierzy, myśląc, że obsłużył go farmaceuta. Wydaje się, że w zakresie tych standardów mamy jeszcze wiele do zrobienia.

Już pod koniec września spotkamy się z przedstawicielami izb lekarskich krajów członkowskich Unii Europejskiej, a także izb państw spoza UE na 18. Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej „ZEVA”. Spotkanie to, będące forum wymiany doświadczeń i poglądów na tematy, które są ważne dla europejskiej społeczności lekarskiej, jest organizowane co roku, za każdym razem w innym państwie. W tym roku wzięliśmy na siebie organizację tego spotkania, które w Polsce odbędzie się po raz drugi. Zachęcam wszystkie Koleżanki i Kolegów do zgłaszania tematów, które Waszym zdaniem moglibyśmy podczas niego poruszyć.

Maciej Hamankiewicz

- 3..... Wstępniak
Migawka
- 4..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 6-11..... Temat miesiąca
Dla jednych rygor, dla innych wolna amerykanka
- 12-13..... Rozmowa o zdrowiu
Krystyna Barbara Kozłowska
- 14..... Z notatnika rzecznika NIL
Katarzyna Strzałkowska
- 15..... Nasi w Europie
Anna Lella
- 16-17..... Rozmowa o samorządzie
Potrzebna nam finansowa stabilność
- 18..... Moim zdaniem
Mistrz i uczeń
- 20-21..... U stomatologów
Nie tylko zęby
- 22-23..... Indeks korzyści
Od historii po wypiekanie chleba
- 24-25..... Badanie opinii
Kształcenie i rozwój zawodowy
- 26-29..... Wydarzenia
**NIL kontra UOKiK
Kulisy dymisji konsultantów krajowych**
- 30-32..... Finanse i medycyna
**Spór o szczepienia zalecane
Ile na leczenie?**
- 34..... Debaty eksperckie
Za mało na zdrowie
- 36-37..... Profilaktyka
Badania przesiewowe słuchu u dzieci w Polsce
- 38-39..... Indeks niedorzeczości
Da Vinci skazany na jałmużnę
- 40-41..... Przychodzi lekarz do prawnika
O receptach raz jeszcze
- 42-43..... Medycyna personalizowana
Przełomowy rok 2011
- 44-45..... Felieton
Bezpieczeństwo preskrypcji
- 46-48..... Raport
Tylko nie do szpitala
- 49-53..... Dodatek – Edukacja w medycynie
- 54-60..... Sport i medycyna
**Zyjąc pod namiotem, czyli piękny sen o młodości
Kajakiem po serce Ani
Regaty na Sasankach
Męska kawaleria w Las Palmas
DoctoRRiders na Dolnym Śląsku**
- 62-63..... Komunikaty
- 64..... Wspomnienie
Prof. Stanisław Sterkowicz
- 65..... Epikryza
Marketing dusz
- 66-73..... Ogłoszenia, reklama
- 74..... Jolka lekarska

Dla jednych rygor, dla innych wolna amerykanka

Zakłady opieki zdrowotnej, zwłaszcza niepubliczne, nie przejmują się zakazem reklamy. Dla nadzorujących je wojewodów kontrolowanie przestrzegania ustawy o ZOZ-ach nie jest priorytetem. Indywidualne praktyki lekarskie są w gorszej sytuacji – muszą się stosować do uchwały samorządu lekarskiego.



ygor, dla innych erykanka

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK

Odkąd 25 kwietnia 1998 r. Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę nr 18/98/III w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej (weszła w życie 1 stycznia 1999 r.), nie milkną dyskusje na temat braku równości między lekarzami prowadzącymi własne gabinety a zakładami opieki zdrowotnej. Część lekarzy i lekarzy dentyków ma żal do władz samorządu, że uchwalając dokument zawierający mnóstwo obustronnych ostrzeżeń, postawili ich już na starcie w gorszej pozycji na rynku usług medycznych, niż zakłady opieki zdrowotnej, co odczuwają na własnej skórze zwłaszcza lekarze dentyści.

Gdzie tu sprawiedliwość?

Lekarzom i lekarzom dentydom wykonującym indywidualną praktykę wolno podawać do publicznej wiadomości tylko informacje zawierające imię i nazwisko, tytuł zawodowy, naukowy, specjalizacje, szczególne uprawnienia, miejsce, dni i godziny przyjęć oraz numer telefonu. Uchwała określa nawet ilość, kształt, wielkość i miejsce rozmieszczenia tablic ogłoszeniowych, a także wskazówkę, w jakich rubrykach lekarze mogą się ogłaszać w prasie, książkach telefonicznych, informatorach o usługach medycznych i internecie. Tymczasem zakłady opieki zdrowotnej są zobowiązane do przestrzegania mało precyzyjnego art. 18b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym „zakład opieki zdrowotnej może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie

rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych”, jednak „ich treść i forma nie mogą mieć cech reklamy”.

O tym, że nie wszystkie zakłady stosują się do tego przepisu, nie trzeba chyba nikogo przekonywać. Wystarczy rozejrzeć się dookoła. Ogromne banery informujące o bezbolesnym usuwaniu zębów czy najnowocześniejszych metodach ich wybielania to czę-

Jak grzyby po deszczu wyrastają różne „kliniki”, które z prawdziwą kliniką poza nazwą nie mają nic wspólnego.

sty widok zarówno na ulicach dużych miast, jak i miasteczek. Jak grzyby po deszczu wyrastają różne „kliniki”, które z prawdziwą kliniką poza nazwą nie mają nic wspólnego.

– Izba lekarska narzucone na siebie obowiązki wykonuje w sposób bardzo rygorystyczny, natomiast podmioty podlegające jurysdykcji wojewodów prawie w ogóle tego nie robią – ocenia prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz, który w październiku ubiegłego roku rozesłał do wojewodów pismo z prośbą o „podjęcie działań w celu likwidacji naruszeń obowiązujących przepisów” przez podległe im zakłady opieki zdrowotnej. Przypomniawszy w nim brzmienie art. 18b ustawy o ZOZ-ach, wyjaśniając, że informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń medycznych nie mogą nosić cech reklamy, a w szczególności zachęcać do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, za-

wierać potocznych określeń, obietnic, informacji o metodach i czasie leczenia, cenach i sposobie płatności, a także jakości sprzętu medycznego. Przytoczył również treść uchwały NRL z 25 kwietnia 1998 r., która obowiązuje lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących indywidualne praktyki.

„Jestem przekonany, że mimo braku szczegółowego przepisu podobne zasady powinny obowiązywać osoby i podmioty prowadzące publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (...)” – napisał prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i zaapelował do wojewodów o podjęcie akcji informa-

cyjnej mającej na celu przypomnienie o obowiązujących przepisach.

Proszę i przypominają

Pisząc to, chyba się nie spodziewał, że otrzyma tak zaskakujące odpowiedzi. Na przykład Mazowiecki Urząd Wojewódzki poinformował,

Nieład czy prawidłowość?

Być może przyszedł czas, by ponownie przyjrzeć się uchwale NRL w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej.

WOJCIECH RATAJCZAK

To, co dzieje się w tej dziedzinie napędza jednych niesmakiem, innych poczuciem niesprawiedliwości. Trzeba przyznać, że coraz rzadziej spotyka się „horroriki” z ociekającymi krwią narządami, o leczeniu których informują panie i panowie doktorzy.

Poczucie estetyki wyraźnie wzrasta. Niestety, wzrasta również chęć dominowania na rynku poprzez ogłoszenia, które namawiają, kuszą, a nieraz wręcz krzyczą: Pacjencie, wybierz mnie!

Dlaczego? Bo jestem dobry, ba – najlepszy (w domyśle – inni są gorsi), jestem najtańszy, dam ci rabat, zrobię za darmo badanie, a potem zdecydujesz, czy chcesz się u mnie leczyć. Pracuje u mnie zespół lekarzy, więc nazywamy się kliniką, co oczywiście zapewnia wyższy standard świadczeń. Zakładam implanty w jeden dzień.

O co chodzi w regulacjach zawartych we wspomnianej uchwale nr 18/98/III NRL z 25 kwietnia

1998 r.? Przytoczę par. 3, 4 i 5, których treść jest tematem mojego artykułu.

§ 3. 1. Lekarz prowadzący praktykę, o której mowa w **§ 1**, może informować o udzielaniu świadczeń zdrowotnych wyłącznie poprzez:

1/ nie więcej niż 2 stałe tablice ogłoszeniowe na zewnątrz budynku, w któ-

rym prowadzona jest praktyka i ew. dodatkowo, nie więcej niż 2 tablice ogłoszeniowe, przy drogach dojazdowych do siedziby praktyki,

2/ ogłoszenia prasowe w rubrykach dotyczących usług lekarskich,

3/ informacje zawarte w książkach telefonicznych i informatorach o usługach medycznych w dziale dotyczącym usług lekarskich,

4/ informację elektroniczną (internet, specjalne telefony informacyjne).

2. Tablice, o których mowa w ust. 1 pkt 1, powinny zawierać w górnej części napis „praktyka lekarska”, „specjalistyczna praktyka lekarska”, „praktyka stomatologiczna” lub „specjalistyczna praktyka stomatologiczna”.

3. Dozwolone jest zamieszczenie napisu, wymienione w ust. 2, tak-

że w informacjach, o których mowa w ust. 1 pkt 2-4.

4. Tablice ogłoszeniowe, o których mowa w **§ 3 ust. 1 pkt 1**, powinny mieć kształt prostokąta o wymiarach nie więcej niż 40 cm na 60 cm.

5. Okręgowa rada lekarska może określić szczegółowy wzór tablicy ogłoszeniowej. **§ 4.** Informacja, o której mowa w **§ 1**, nie może nosić cech reklamy, a w szczególności zawierać: **1/** żadnej formy zachęty do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,

2/ potocznych określeń, obietnic, informacji o metodach i czasie leczenia, **3/** określenia cen i sposobu płatności, **4/** informacji o jakości sprzętu medycznego.

§ 5. 1. Uchwała wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 1999 r. z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Lekarze i lekarze stomatolodzy, którzy prowadzą praktykę lekarską w dniu podjęcia uchwały, obowiązani są dostosować tablice ogłoszeniowe do wymogów określonych w **§ 3 ust. 2 i § 5 ust. 1** w terminie trzech miesięcy od dnia uzyskania wpisu do rejestru indywidualnych (specjalistycznych) praktyk lekarskich.

Wiadomo zatem, gdzie i jak można się ogłaszać – mówi o tym par. 3. Wiadomo także, czego nie wolno – wynika to z par. 4. Gdy zespół NRL pracował nad uchwałą, ścierały się dwie tendencje panujące w ówczesnym świecie: • amerykańska – całkowita dowolność, „reklama dźwignią handlu”, kolorowe zdjęcia uśmiechniętych lekarzy z rodziną i psem, zapewnienia o nadzwyczajnych cenach, wybitnych umiejętnościach, niemalże propozycje umilania wizyt na fotelu występami komików z przyklepionymi nosami,

• niemiecko- austriacka – dyskretna i dystygnowana, ograniczona do małych miedzianych tabliczek z na-



Autor jest lekarzem dentystą, specjalistą chirurgii stomatologicznej, członkiem Zespołu ds. Praktyk Lekarskich NRL

że ze względu na „trudności interpretacyjne związane z brakiem ustawowej definicji reklamy” zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o zajęcie stanowiska w tej sprawie. Jednocześnie do zakładów zarejestrowanych przez wojewodę rozesłał e-mailem komunikat przypo-



zwiskiem i specjalnością lekarza. Za przekroczenie tych zasad groziła wysoka grzywna i ostracyzm społeczności lekarskiej. Polski samorząd skłaniał się raczej ku zwyczajom europejskim, z małą korektą na rzecz zwyczajów krajowych i zrozumiałej wówczas niechęci do poddawania się rygorom. Uchwała ujrzała światło dzienne i wówczas okazało się, że są do niej zastrzeżenia. Część kolegów uważała, że jest zbyt liberalna, część – że restrykcyjna. Obydwie frakcje zgadzały się co do jednego – jest niesprawiedliwa, bo zakładom opieki zdrowotnej wolno więcej.

Minęło 13 lat. W tym roku weszła w życie ustawa o działalności leczniczej, a w ślad za nią rozporządzenia wywracające do góry nogami dotychczasowy porządek i nazewnictwo. Staliśmy się usługodawcami i prowadzimy podmioty lecznicze, mamy kasy fiskalne, wydajemy kwitki i paragony. Może więc przyszła pora, by zastanowić się, czy uchwała powinna być zmieniona? W którą stronę powinny pójść zmiany? Czy należy ją tylko uzupełnić, np. o zasady ogłaszania w witrynach internetowych? Czy wymagać informacji o kwalifikacjach, jakimi legitymuje się lekarz, a jeśli tak, to jaki powinien być ich minimalny zakres? Czy wieloosobowe gabinety powinny mieć możliwość ogłaszania zakresu usług, np. na stronie internetowej?

Takie i inne pytania skłaniają do wniosku, że pora rozpocząć dyskusję, w której wypowiedzą się członkowie samorządu. Trzeba sobie odpowiedzieć na dwa podstawowe pytania: czy uchwałę należy zmienić, a jeżeli tak, to w jakim zakresie oraz jak egzekwować jej przepisy? ◎

minający o konieczności przestrzegania art. 18b ustawy o ZOZ-ach. Lubelski Urząd Wojewódzki również podjął jakieś działania – poprosił pisemnie dyrektorów SPZOZ-ów i NZOZ-ów wpisanych do rejestru wojewody o przestrzeganie tego artykułu. Podlaski Urząd Wojewódzki przypomniał o jego istnieniu organom założycielskim, wojewoda kujawsko-pomorski poinformował o nim podległe mu zakłady, a Lubuski Urząd Wojewódzki umieścił treść

art. 18b na stronie Biuletynu Informacji Publicznej. Dwa inne urzędy – opolski i śląski – przyznały, że wykonują kontrole, ale w żadnym ze skontrolowanych zakładów albo nie stwierdzono naruszenia zakazu reklamy (Opolszczyzna), albo ujawnione nieprawidłowości i uchybienia nie były istotne „z punktu widzenia prawidłowości funkcjonowania zakładów” (Śląsk). Najbardziej zaskakujące były jednak opinie na temat egzekwowania prawa.

ZOZ może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, ale ich treść i forma nie mogą mieć cech reklamy.

KOMENTARZE

Jak to robią w innych krajach?

JACEK RYCHTER, ANESTEZJOLOG, OD 1992 R. ZA GRANICĄ (OD 2005 R. W SZKOCJI):

Zalecenia brytyjskiej General Medical Council dotyczące ogłaszania się lekarzy nie są zestawem twardych przepisów, których złamanie jednoznacznie stanowi naruszenie prawa, ale są powszechnie respektowane. Obecne regulacje obowiązują od roku 1987. Lekarz nie może reklamować swojej praktyki – dotyczy to ulotek oraz ogłoszeń we wszystkich mediach. Informacje na temat oferowanego serwisu mogą być dostępne w gabinetach lekarskich, bibliotekach i innych centrach informacyjnych. Specjaliści mogli przysyłać informacje o swoich praktykach tylko do lekarzy generalnie praktykujących (GP), i to w momencie rozpoczęcia praktyki lub przy okazji zmiany jej adresu. Rozszerzono ten zapis o możliwość bieżącego informowania o działalności specjalisty. Lekarze związani z niezależnymi organizacjami medycznymi (nie z NHS), mają obowią-

zek upewnić się, że organizacje te postępują zgodnie z zaleceniami. Szpitale, kliniki i domy opieki mogą informować lekarzy ogólnie praktykujących tylko o zakresie oferowanych serwisów. Tabliczka z nazwiskiem informująca o praktyce musi mieć określony kształt. Nazwiska lekarzy mogą pojawiać się na dokumentach, raportach i w nagłówkach, ale nie w sposób promujący ich. Lekarze mogą uczestniczyć w dyskusjach w mediach, ale nie wolno im promować własnej praktyki. Specjaliści najczęściej przyjmują pacjenta skierowanego przez lekarza ogólnego. Lekarze posiadający odpowiednie kwalifikacje mogą zamieszczać informacje o swoich praktykach na tzw. żółtych stronach w prasie. Informacja taka musi być wydrukowana małą czcionką. Najwyższą karą dla lekarza, który jest oskarżony o ogłaszanie się, może być skreślenie z rejestru. Takie sytuacje są jednak bardzo rzadkie, zdarzają się raz na kilka lat w całej Wielkiej Brytanii.

KRZYSZTOF KUCHARSKI, KARDIOCHIRURG, OD 1987 R. W PARYŻU:

Źródłem informacji o lekarzu we Francji może być tradycyjna książka telefoniczna, która jest coraz rzadziej używana. Częściej korzysta się z tzw. żółtych stron w wydawnictwach różnego typu, także w prasie codziennej. Coraz bardziej powszechnym źródłem jest oczywiście internet. Specyfiką Francji jest częste podawanie informacji o placówkach, w których lekarz pracował w przeszłości. Jednak tytuły i sformułowania, których można używać, są ściśle określone. Dotyczy to także danych umieszczanych na wizytówkach. Informację o konkretnym lekarzu można również znaleźć w książce adresowej wydawanej przez izbę lekarską. Specjalista może informować innych lekarzy o swojej działalności poprzez wystąpienia naukowe. Przedstawia wówczas wyniki swojej pracy, ale nie może mówić o swojej praktyce. Tabliczki informujące o praktyce lekarza, które umieszczane są na budynku, są nie-

„Realizując uprawnienia wynikające z art. 65 pkt 3 [ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – przyp. red.], wojewoda śląski wydaje decyzje administracyjne w formie wystąpień pokontrolnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości. Jednak ze względu na brak we wspomnianym uregulowaniu przepisów karnych, w trybie których możliwe byłoby nałożenie sankcji, praktyczna egzekucja wydanych zaleceń i nakazów zależy od

wielkich rozmiarów, skromne i nie rzucają się w oczy. Zasada ta obowiązuje także inne zawody, na przykład adwokatów.

ANDRZEJ JANKOWSKI, CHIRURG I CHIRURG URAZOWY, OD 1981 R. PRACUJĄCY W NIEMCZACH:

Zasady ogłaszania się lekarzy, czy też bardziej informowania o własnej praktyce, ustala w Niemczech właściwa terytorialnie izba lekarska. Specyfiką praktyk lekarskich w Niemczech jest to, że ich liczba jest ograniczona. Lekarz otwierający praktykę może dwukrotnie umieścić ogłoszenie w prasie. Obowiązuje zakaz jakiegokolwiek reklamowania lekarza lub praktyki. Informacja o działalności może być umieszczona w książce telefonicznej. Obecnie częściej wykorzystuje się do tego celu internet. Tam informacje o praktyce mogą być bardziej szczegółowe. Rozmiary tabliczki informującej o praktyce nie są regulowane, ale zawarte na niej informacje są bardzo oszczędne – poza danymi personalnymi lekarza jego specjalizacja i godziny przyjęć. Trzeba przy okazji dodać, że w niektórych rejonach Niemiec trzeba czekać na wizytę u specjalisty. Przykładowo, do chirurga około trzech tygodni, do neurologa sześć tygodni.

JERZY PUZIO, NEUROLOG DZIECIĘCY, OD 2005 R. PRACUJĄCY W SZWECJI:

W szwedzkich gazetach i mediach elektronicznych ukazuje się bardzo niewiele ogłoszeń i reklam dotyczących usług medycznych. Sytuacja taka wynika z faktu, że wszystkie prywatne przychodnie otrzymują koncesje od państwowej służby zdrowia, czyli nie muszą specjalnie zabiegać o pacjentów, a co za tym idzie, nie ogłaszają się. Można natomiast przeczytać w prasie i na stronach internetowych ogłoszenia o usługach typu kosmetyologia, operacje korygujące wzrok itp.

indywidualnego podejścia kierowników zakładów opieki zdrowotnej do przestrzegania obowiązujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej przepisów” – napisał dyrektor Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej w Śląskim Urzędzie Wojewódzkim.

Według wojewody wielkopolskiego w gestii ministra zdrowia, a nie wojewody czy NRL leży wydanie odpowiednich przepisów lub wytycznych, w jaki sposób egzekwować przestrzeganie przepisów od zakładów opieki zdrowotnej. A w Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim zasugerowano, żeby samorząd lekarski zawiadamiał o przypadkach łamania zakazu reklamy organy ścigania, bo kodeks wykroczeń przewiduje za ten „nielegalny proceder” karę aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.

– Różnorodność odpowiedzi wojewodów świadczy o niezrozumieniu przez nich problemu – ocenia Maciej Hamankiewicz. – Niestety, nadal potakuje pogląd, że łamanie zakazu reklamy to nieistotna kwestia, podczas gdy z punktu widzenia interesów pacjenta ma ona kapitalne znaczenie, bo poprzez reklamę pacjent może zostać wprowadzony w błąd – dodaje.

Pora na zmiany

Przedstawiciele samorządu przyznają jednak, że od czasu wejścia w życie uchwały nr 18/98/III Naczelnej Rady Lekarskiej wiele się zmieniło. Również w ochronie zdrowia.

– Weszliśmy w świat trochę zbyt drapieżnego według mnie kapitalizmu. Pojawił się rynek usług medycznych, a wraz z nim możliwość przedstawienia swoich ofert. Wiele gabinetów działa na zasadzie podwykonawców usług. Zmieniły się też zapisy dotyczące nośników reklam – wylicza prezes NRL. I dodaje, że po przyjrzeniu się uchwale, która obowiązuje już ponad 12 lat, doszedł do wniosku, że należy ją znowelizować.

– Napisałem pismo do Komisji Legislacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej, prosząc ją, by przygotowała projekt nowelizacji na jedno z najbliższych posiedzeń rady – poinformował „Gazetę Lekarską” Maciej Hamankiewicz. ●

» Pacjent przede wszystkim «

* Z Krystyną Barbarą Kozłowską,
rzecznikiem praw pacjenta,
rozmawiają Ryszard Golański
i Lucyna Krysiak



FOT. ARCHIWUM

Rzecznika Praw Pacjenta powołano po to, by bronił interesów chorych, ale wnioski z rozpatrywanych spraw dotyczą całej ochrony zdrowia i pani ustawową powinnością jest informowanie o nich samorządy zawodów medycznych. Co lekarze powinni wiedzieć o zadaniach i kompetencjach pani urzędu?

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stworzyła instrumenty, dzięki którym możliwa jest reakcja na łamanie tych praw. Kiedy pacjent zgłasza się do biura i występuje podejrzenie, że zostało złamane np. prawo do zachowania tajemnicy lekarskiej, mogę wystąpić o wyjaśnienie tej sprawy do dyrektora szpitala czy przychodni lub interweniować u Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej działającego przy okręgowych izbach lekarskich, izbach pielęgniarek i położnych, izbach diagnostów laboratoryjnych. W celu monitorowania efektów moich interwencji mogę też zwrócić się do tych organów o udostępnienie informacji na temat toczącego się postępowania. Wiele spraw trafia do mojego biura za pośrednictwem bezpłatnej, ogólnopolskiej infolinii oraz korespondencji. Dotyczą nieetycznych zachowań. W przypadku, gdy np. nieetyczne zachowanie personelu medycznego wpływa na naruszenie praw pacjenta, mogę skierować sprawę do rozstrzygnięcia przez właściwy organ samorządu zawodowego lub do nadzoru nad zakładem, w którym doszło do zdarzenia. Mogę również skorzystać z umocowania w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, występując do świadczeniodawcy o wyciągnięcie konsekwencji służbowych w stosunku do pracownika winnego zaniedbania lub do organu założycielskiego o wyciągnięcie konsekwencji w stosunku do osoby zarządzającej placówką. Jako rzecznik praw pacjenta mam także pra-

wo osobiście zbadać każdą sprawę na miejscu, nawet bez uprzedzenia, np. przeprowadzając kontrolę dokumentacji medycznej.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta już na etapie projektu budziła w środowisku lekarskim wiele kontrowersji. Naczelna Rada Lekarska krytycznie wypowiadała się o niektórych zapisach. Co pani sądzi o zgłaszanych wówczas zastrzeżeniach?

Nie widzę w tym niczego szczególnego, że Naczelna Rada Lekarska przedstawiła swoje stanowisko dotyczące poszczególnych regulacji zawartych w projekcie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest organem uprawnionym, wręcz zobowiązanym do opinowania projektów dotyczących ochrony zdrowia, nawet jeśli opinie te są krytyczne. W trakcie prac legislacyjnych na temat projektu tej ustawy wypowiadali się przedstawiciele różnych środowisk, instytucji, organizacji i nie zawsze byli zgodni w wypowiedziach. Dla mnie jako rzecznika praw pacjenta najważniejsze jest, aby obowiązujące przepisy prawa służyły jak najlepiej pacjentowi, czyli nam wszystkim.

Wielu lekarzy wciąż jednak widzi w rzeczniku kogoś, kto jak prokurator czyha na ich błędy, aby wyciągnąć konsekwencje i doprowadzić do ich ukarania. Na ile jest to pogląd uzasadniony?

Nie mam kompetencji, aby kogokolwiek ścigać lub karać. Moją rolą jest reagowanie na zdarzenia, które wskazywałyby na łamanie praw pacjenta. Często zdarza się, że za pośrednictwem naszej infolinii kontaktują się z naszym biurem właśnie lekarze. Chcą uzyskać poradę, jak w konfliktowej sytuacji zachować się, by nie doszło do łamania praw pacjenta lub upewnić się, że ich działania są zgodne z prawem. Urząd jest po to, aby rozstrzygać i łagodzić sporne sprawy, a nie je zaostrzać.

Ostatnio mamy do czynienia z nasileniem agresji pacjentów wobec lekarzy. Na ile rzecznik może rzetelnie rozstrzygać, kiedy łamane są prawa pacjentów, a kiedy mamy do czynienia z pomówieniami, a nawet oszczerstwami?

Jestem rzecznikiem praw pacjenta i moją misją jest pomaganie im w sytuacjach, kiedy nie przestrzega się ich

praw, dlatego też nie zajmuję stanowisk w sprawach dotyczących lekarzy. Myślę, że lekarze mają własnych rzeczników, którzy reprezentują ich interesy i jeśli są one zagrożone, potrafią skutecznie działać. Nie oznacza to, że jako rzecznik praw pacjenta jestem bezkrytyczna. Od osoby sprawującej taki urząd należy oczekiwać wrażliwości na ludzkie sprawy, ale też obiektywnego podejścia. Każda sprawa wymaga rzetelnego rozpoznania i wyjaśnienia.

Ile skarg od pacjentów trafia do pani biura w ciągu roku i jakich spraw dotyczy najczęściej?

Jeszcze dwa lata temu było ich blisko 9 tys., ale w roku 2010 ich liczba wzrosła do 29 tys., a więc trzykrotnie. Najczęściej dotyczą one łamania prawa dostępności do świadczeń zdrowotnych, np. problemów z rejestracją na telefon, z uzyskaniem skierowania na badania. Często jest łamanie prawa dostępności do dokumentacji medycznej – w wielu placówkach utrudnia się chorym wgląd w dokumentację, pobiera niezgodne z ustawą opłaty za jej udostępnienie. Łamane jest prawo do poszanowania prywatności, a także prawo do nieodpłatnych usług medycznych. W wielu placówkach pobiera się zbyt wygórowane opłaty za obecność przy porodzie i sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. W przypadku pacjentów hospitalizowanych w zakładach opieki zdrowotnej sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną, najwięcej skarg dotyczyło hospitalizacji bez zgody pacjenta oraz niewłaściwego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Najwięcej skarg zgłaszanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta dotyczy endokrynologii, neurologii, laryngologii, okulistyki, ortopedii i kardiologii. Jednak każda skarga jest tak samo ważna, a co za tym idzie – każda wymaga jak najszybszego wyjaśnienia i zakończenia. Kierowane do mnie sprawy dotyczą nie tylko łamania praw pacjenta, są to również pytania, jak poruszać się w obowiązującym systemie ochrony zdrowia.

Obecnie, jak nigdy dotąd, pacjenci są roszczeniowi wobec lekarzy, a to pod-

bija emocje. Jaki wpływ ma Rzecznik Praw Pacjenta na uzdrowienie tych relacji?

Uważam, że jeśli pacjenci będą znali prawa, jakie im przysługują, a lekarze będą ich przestrzegać, relacje te znacznie się poprawią. Sytuacja pacjentów może nie jest jeszcze komfortowa, ale wciąż się zmienia na lepsze. W październiku ubiegłego roku, w pierwszą rocznicę urzędowania, przeprowadziliśmy ogólnopolską akcję informacyjno-promocyjną, która miała na celu podniesienie świadomości obywateli na temat praw pacjenta. Materiały informacyjno-promocyjne w postaci ulotek zostały rozesłane do wszystkich gmin w Polsce, tj. blisko 2,5 tys. jednostek administracji samorządu terytorialnego. Wzrosło zainteresowanie tą tematyką, ale też instytucją Rzecznika Praw Pacjenta, co przełożyło się na wzrost liczby spraw kierowanych do biura. Materiały informacyjne trafiły także do bardzo małych miejscowości, w których mieszkańcy nie mieli dotąd pojęcia o funkcjonowaniu tego typu urzędu. Wciąż jednak mało osób wie, jakie prawa im przysługują i gdzie mogą się zgłosić, aby uzyskać rzetelne informacje, dlatego przygotowujemy kampanię medialną – telewizyjną, radiową i internetową. Mam nadzieję, że poszerzy ona wiedzę na temat praw pacjenta oraz urzędu Rzecznika Praw Pacjenta.

W styczniu tego roku, kiedy była pani gościem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, powiedziała pani, że świadczeniodawcy zaczynają się liczyć z Rzecznikiem Praw Pacjenta. Co się z tym kryje?

Zdecydowanie lepsza współpraca z dyrektorami placówek ochrony zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, a także medycznymi samorządami zawodowymi. Do niedawna o prawach pacjenta mówiono tam w kontekście skarg i roszczeń za doznane przykrości. Obecnie coraz bardziej postrzega się ten problem w kategoriach nowej jakości w ochronie zdrowia. Zarówno ustawa o prawach pacjenta, jak i sprawowany przeze mnie urząd ma na celu egzekwowanie przestrzegania określonych standardów w lecznictwie. ☉

Z notatnika rzecznika prasowego



Katarzyna Strzałkowska rzecznik prasowy NIL (22) 559 13 27, 660 763 725

Prace nad praktykami

Prezydium NRL zajęło szczegółowe stanowisko oraz przekazało ministrowi zdrowia wzory wniosków w sprawie projektu rozporządzenia dotyczącego zakresu danych i trybu dokonywania wpisów, zmian i wykreśleń z rejestru praktyk lekarskich. Na ten akt prawny MZ czekają w izbach okręgowych lekarze i lekarze dentyści, którzy mocą ustawy o działalności leczniczej zostali zobowiązani do utworzenia praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, co zostało omówione w poprzednim numerze „GL”. W zakresie pobierania opłaty skarbowej za dokonanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i za wydanie zaświadczenia o wpisie, minister poinformował o zastosowanym w ustawie wskaźniku zależnym m.in. od wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Według obliczeń dokonywanych w sierpniu br. opłata wyniesie 69 zł (2 proc. kwoty 3430,73 zł, tj. 68,61zł).

NIL – UOKiK

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów – po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego – wydał decyzję w sprawie stanowiska NRL z 2008 r., które wskazywało, iż stosowanie homeopatii stoi w sprzeczności z zasadami etyki lekarskiej. UOKiK uznał, że działania samorządu lekarskiego odnoszące się do produktów homeopatycznych naruszyły przepisy ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. NIL zdecydowała o odwołaniu się od tej decyzji. Kwe-

stionuje w nim nie tylko prawidłowość postępowania, jakie odbyło się przed UOKiK, ale również sam fakt poddania ocenie pod kątem zgodności z przepisami o ochronie konkurencji działań samorządu lekarskiego, polegających na zajmowaniu stanowiska w kwestiach prawidłowego leczenia chorych. 28 lipca br. w siedzibie NIL odbyła się konferencja prasowa na ten temat (tekst na str. 26-27 „GL”).

Nie lekarz, ale świadczeniodawca

Trwają przygotowania do wspólnej konferencji Naczelnej Rady Lekarskiej i Rady Języka Polskiego, która odbędzie się 3 listopada br. Zostaną na niej pokazane konsekwencje nadawania nowego nazewnictwa oraz stosowania mechanizmów językowych w dokumentach i pismach związanych z leczeniem. NRL przekaze na konferencji swoje stanowisko w sprawie używania języka polskiego. Uzasadniając decyzję o organizacji konferencji, członkowie NRL zaznaczali, iż administracyjna nowomowa przekłada się na rzeczywistość, a nazewnictwo stosowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia powoduje, że lekarz jest traktowany jak świadczeniodawca, a chory świadczeniobiorca. Podkreślali również, że biorąc pod uwagę limity świadczeń zdrowotnych, lekarze zamieniają się niedługo w „robokopy w limitowanych dawkach”, a patrząc na zapisy obowiązującej już ustawy – nie pójdą do szpitala, ale do przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.

Komisja Stomatologiczna NRL

Przedstawiciele Komisji Stomatologicznej NRL spotkali się z przedsta-

wicielami Ministerstwa Zdrowia, aby wypracować porozumienie regulujące współpracę samorządu lekarskiego i Ministerstwa Zdrowia w zakresie systemu kontraktowania świadczeń opieki stomatologicznej. Komisja wystosowała do prezesa NFZ pismo w sprawie wyceny świadczeń stomatologicznych i prawidłowości procedur konkursowych. Zajmowała się też opiniowaniem projektu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Komisja pozytywnie oceniła propozycję wydzielenia świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii, co jest zgodne z postulatami środowiska lekarskiego. Negatywnie natomiast odniosła się do projektowanego zniesienia możliwości dalszego zatrudniania pomocy dentystrycznych jako personelu pomocniczego oraz wprowadzenia obowiązku posiadania przez świadczeniodawców separatorów amalgamatu.

NROZ

W ramach nadzoru nad pracą okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej Jolanta Orłowska-Heitzman odwiedziła rzeczników izb w Gdańsku, Poznaniu, Krakowie, Katowicach, Wrocławiu i Zielonej Górze.

Pełna treść wszystkich opisywanych dokumentów znajduje się na stronie internetowej www.nil.org.pl

k.stralkowska@hipokrates.org

Więcej informacji w Newsletterze NIL. Uprzejmie informuję, że możliwość otrzymywania Newslettera NIL drogą elektroniczną następuje po zarejestrowaniu się na stronie internetowej www.nil.org.pl

Europejska legitymacja zawodowa

Trwają prace nad okresowym przeglądem funkcjonowania systemu uznawania kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej. Komisja Europejska opublikowała tzw. zieloną księgę dotyczącą unowocześnienia dyrektywy 2005/36/WE.

Przedstawiciele Rady Europejskich Lekarzy Dentyistów (CED) uczestniczyli m.in. w spotkaniu organizacji reprezentujących w UE tzw. zawody sektorowe, aby zsynchronizować dalsze działania. Ponadto odbyły się rozmowy z przedstawicielami Stowarzyszenia na rzecz Kształcenia Stomatologicznego w Europie (ADEE) oraz Emmą Clarkin, posłanką do Parlamentu Europej-



skiego, która przygotowuje raport na temat ww. dyrektywy. Warto podkreślić jest to, że CED oficjalnie popiera zgłoszoną przez polski samorząd lekarski propozycję wprowadzenia zmian ułatwiających objęcie dodatkowych specjalizacji lekarsko-dentystycznych systemem automatycznego uznawania. Uciążliwość

dotychczasowych procedur wzajemnego uznawania kwalifikacji, liczne skargi w systemie SOLVIT skłoniły do poszukiwań innych rozwiązań. Aby realizować uprawnienia w zakresie transgranicznym, Komisja Europejska zaproponowała nowy klucz – europejską legitymację zawodową jako narzędzie do usprawnienia mobilności wykwalifikowanej kadry i skrócenia czasu oczekiwania na decyzję właściwego organu. Legitymacja miałaby się opierać na technologiach szybkiej komunikacji XXI wieku. Pomysł ten budzi wiele emocji i pytań o możliwości organizacyjne oraz finansowe. Należałoby rozwiązać kwestie mobilności tymczasowej, aktualności informacji, np.

o niekaralności, ubezpieczeniu odpowiedzialności zawodowej w przypadku zawodów, w których jest taki wymóg, doświadczenia zawodowego, stanu zdrowia. Wydaje się także, że trudno będzie całkowicie uniknąć kontaktu z organem wydającym legitymację w celu weryfikacji danych. Do 20 września br. można zgłaszać uwagi na temat zagadnień poruszonych w „zielonej księdze”, udzielając odpowiedzi na wszystkie lub niektóre spośród 24 pytań. Po zebraniu odpowiedzi planowana jest konferencja na temat unowocześnienia dyrektywy, a na koniec roku Komisja Europejska planuje zgłosić projekt jej nowelizacji.

Anna Lella

Potrzebna nam finansowa stabilność

Z Wojciechem Marquardtem, przewodniczącym Komisji Finansowo-Budżetowej NRL, rozmawia Lucyna Krysiak

Komisja Finansowo-Budżetowa NRL zajmuje się podziałem pieniędzy, od którego zależy funkcjonowanie samorządu lekarskiego. Czy czuje pan na sobie ciężar tej odpowiedzialności?

Tak naprawdę finansami rządzi Naczelna Rada Lekarska, a my jesteśmy organem opiniującym projekty budżetów i sprawującym pieczę nad ich realizacją. Zadania i uprawnienia Komisji Finansowo-Budżetowej są zapisane w stosownej uchwale. Zapisy te regulują również sprawy finansowe okręgowych izb lekarskich. Izby, które skorzystały z tej możliwości i powołały u siebie takie komisje, przestały mieć problemy finansowe. Jeśli w trakcie realizacji budżetu niezbędne są korekty, wnioskujemy o jego nowelizację. Oczywiście są więc przez cały czas skierowane na nasze działania. Również Naczelna Rada Lekarska uważnie wsłuchuje się, co w sprawie budżetu ma do powiedzenia Komisja Finansowo-Budżetowa. By móc spokojnie pracować i czuć się bezpiecznie, NRL musi mieć oparcie w finansach. Rada obdarzyła nas kredytem zaufania, a to duże obciążenie zarówno dla mnie, jak i członków komisji. Odczuwamy je na każdym kroku.

Jak się tworzy budżet NRL? Jakie kryteria bierze się pod uwagę?

Niestety, w dużej mierze budżety tworzy się historycznie. Za punkt wyjścia do opracowania projektu na rok bieżący bierze się stary budżet z roku minionego lub nawet kilku minionych lat. Przyjmując założenie, że wzrastają wy-

nagrodzenia (o wskaźnik inflacji), koszty utrzymania, powstają nowe zadania izb okręgowych, a inne wypadają z grafiku, budżet należy dostosować do realiów. Jednym słowem, przez cały czas musimy wiedzieć, co dzieje się w naszej samorządowej społeczności, aby jak najracjonalniej planować rozdzielanie

Samorządowi lekarskiemu potrzebna jest finansowa stabilność, a Komisja Finansowo-Budżetowa stara się ją zapewnić.

środków, które mamy do dyspozycji. Ta elastyczność, zdolność dostosowywania budżetu do potrzeb, jest kluczowym kryterium. Proszę pamiętać, że budżet powinien nie tylko zapewnić sprawne funkcjonowanie Naczelnej Rady Lekarskiej, ale i pozostałych organów, np. Naczelnego Sądu Lekarskiego czy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Ich działania są bardzo kosztowne i znacznie przekraczają kwoty, które NRL odzyskuje w formie dotacji z Ministerstwa Zdrowia. Budżet Naczelnej Izby Lekarskiej uchwała i później rozlicza Naczelna Rada Lekarska. Komisja może jedynie wносить o wprowadzenie w nim zmian i zwykle robi to w poro-

zumieniu ze skarbnikiem, który – poza Prezydium NRL – ma najwięcej do powiedzenia, jeśli chodzi o realizację budżetu. Samorządowi lekarskiemu potrzebna jest finansowa stabilność, a Komisja Finansowo-Budżetowa stara się ją zapewnić.

Tam, gdzie w grę wchodzi pieniądze, w tym wypadku pochodzące ze składek lekarzy, rodzą się emocje. Jak postrzega na jest przez środowisko działalność Komisji Finansowo-Budżetowej?

Środowisko lekarskie ma słabe rozeznanie w kwestii struktur samorządowych, nie wie, czym zajmuje się Komisja Finansowo-Budżetowa, nie zna szczegółów podziału pieniędzy pochodzących ze składek. Jednak działacze samorządowi są żywo zainteresowani tym, jak są one dzielone. Przewodniczący różnych komisji i ośrodków składają do nas wnioski o finansowanie ich działalności, a my je rozpatrujemy i uwzględniamy lub nie przy konstrukcji budżetu. Rozmawiamy, dyskutujemy na ten temat, wymieniamy poglądy, którym często towarzyszą emocje, bo apetyty są zawsze większe niż możliwości. Każdy chciałby przeforsować swoje racje, ale ilość pieniędzy do podziału jest określona i trzeba je dzielić racjonalnie.

Zarówno wysokość składki opłacanej przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz pracujących emerytów, jak i podział pieniędzy ze składek pomiędzy izby okręgowe i NIL zawsze budziły kontrowersje...

Ostatni raz składka została podniesiona trzy lata temu i wynosi 40 zł. Trzeba jednak zaznaczyć, że w wysokości podstawowej płaci ją 75 proc. lekarzy. Lekarze znajdujący się w gorszej sytuacji finansowej, a więc lekarze stażyści oraz emeryci i renciści, płacą 10 zł. Osoby, które nie są w stanie płacić składki nawet w tej symbolicznej wysokości,



FOT.: KATARZYNA STĘSZALSKA

Każdy chciałby przeforsować swoje racje, ale ilość pieniędzy do podziału jest ograniczona.

mogą być czasowo zwolnione z tego obowiązku. Takich osób jest w naszej społeczności blisko 16 tys., a więc niemało, a płacących składkę w wysokości 10 zł prawie 19 tys. Mamy opracowane odpowiednie procedury, trzymamy się ich i można powiedzieć, że emocje dotyczące składek opadły. Niebawem zniknie problem składek pobieranych od stażystów, ponieważ będzie zlikwidowany staż podyplomowy.

Działacze samorządu lekarskiego często słyszą pytanie: „Płacę składkę i co z tego mam?” Co pan odpowiada koleżankom i kolegom?

Ta składka w dużej części do nich wraca. Lekarze nieodpłatnie dostają „Gazetę Lekarską”, izby organizują i finansują dla nich szkolenia, wiele imprez

kulturalnych i sportowych. W izbach okręgowych istnieją fundusze pomocy lekarzom, fundusze stypendialne. Ale tak naprawdę odpowiadam, że nic z tego nie muszą mieć. Należą do korporacji, która ma ustawowo określone zadania. Jest korporacją prawa publicznego, realizującą w części zadania przejęte od państwa, a w części zadania, których sama jest pomysłodawcą. Izba lekarska nie jest więc po to, aby lekarz bezpośrednio odnosił z tego korzyści, ale po to, by tworzyć społeczność, z której zdaniem będą się liczyć ustawodawcy, która będzie oddziaływać na to, co dzieje się w państwie, będzie stanowić lobby broniące interesów naszej grupy zawodowej.

Przy podziale budżetu najwięcej pieniędzy dostają Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji oraz Komisja Stomatologiczna. Z czego to wynika?

Blisko 20 proc. lekarzy w naszej korporacji to stomatolodzy i jest dla nas niezaprzeczalną wartością, że mamy wspólny samorząd lekarzy i lekarzy dentystów. Ich potrzeby są specyficzne i uzasadnione, np. mają bardzo liczną Komisję Stomatologiczną, zajmującą się wszystkimi problemami dentystów, dlatego wymaga ona wyższych nakładów. Kultura, sport i rekreacja to sposób na zachowanie równowagi pomiędzy wyczerpującą pracą zawodową lekarza a jego kondycją fizyczną i psychiczną.

Naczelna Izba Lekarska wydaje rocznie na zadania zlecone przez państwo 1 mln 300 tys. zł, a tytułem refundacji dostajemy 370 tys. zł.

Lekarz powinien być zdrowy i promować zdrowy styl życia. Jesteśmy dumni z tego, że wśród nas są miłośnicy sportu, turystyki, ale też muzyki, malarstwa, szeroko pojętej sztuki, i w tę dziedzinę warto inwestować.

Jednym z problemów, który od lat nie znajduje rozwiązania, jest refundacja kosztów ponoszonych

Izba lekarska nie jest po to, aby lekarz odnosił z tego korzyści, ale żeby tworzyć społeczność, z której zdaniem będą się liczyć ustawodawcy.

przez izby okręgowe i NIL w związku z przejęciem zadań administracji państwowej. Czy wierzy pan, że Ministerstwo Zdrowia odda w końcu samorządowi te pieniądze – według realnych kosztów, a nie według uznania – i lekarze przestaną finansować te działania z własnych składek?

Wierzę, ponieważ minister zdrowia ma wolę, aby uregulować te sprawy. Powołał specjalny zespół ds. opracowania kosztów zadań refundowanych przez państwo, jestem jednym z jego członków. Samorząd lekarski już w 2004 r. opracował procedury sposobu liczenia kosztów części, która dotyczyła rejestru ewidencji lekarzy i prac wykonywanych przez sądy lekarskie w izbach okręgowych oraz NIL, a także przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Przekazaliśmy ministrowi te propozycje i czekamy na opinię. NIL wydaje rocznie na zadania zlecone przez państwo 1 mln 300 tys. zł, a tytułem refundacji dostajemy 370 tys. zł.

Sprawia pan wrażenie człowieka niezwykle opanowanego, jakby pozbawionego emocji. Czy to praca z pieniędzmi wymusza tego rodzaju zachowania?

Mam długi staż w działalności samorządowej i z doświadczenia wiem, że nawet najlepsze pomysły rozpadają się jak domek z kart, jeśli nie mają solidnego zaplecza finansowego. Co do emocji, posiadam je jak każdy człowiek, ale nauczyłem się nad nimi panować, ponieważ w sprawie pieniędzy liczą się wyłącznie rachunki. Nie ma sentymentów, koleżeńskich układów czy sympatii, ale twardy rachunek ekonomiczny. Jestem zwolennikiem stabilizacji, spokoju i uważam, że budżet powinien być tego odzwierciedleniem. ◎

Mistrz i uczeń

Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków

** przyrzekam: stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić.*

KEL – przysięga

satysfakcja z wyszkolenia następcy jest tym, co możemy po sobie pozostawić. I jak powiedział Tadeusz Kotarbiński: „Dzielny nauczyciel umie innych uczyć nawet tego, na czym sam się nie zna”. Zabiegamy o zmiany systemu specjalizacji, by odbywała się ona na zasadzie mistrz – uczeń, co podyktowane jest zmianami sposobu zatrudnienia. Pamiętajmy jednak, że:

JOLANTA MAŁMYGA

Tak brzmią słowa przysięgi lekarskiej składanej podczas wręczania dyplomów. Szczęśliwi z powodu ukończenia studiów medycznych, z wiarą i zapałem ruszamy do pracy. Z głową pełną marzeń i planami na wymarzoną specjalizację startujemy ufnie, że wszystko już teraz pójdzie łatwiej i szybciej. Na uczelni różnie bywało, a i nauczyciele byli mniej lub bardziej łaskawi dla naszych niedociągnięć, ale teraz jesteśmy przecież pełnoprawnymi lekarzami z dyplomami. Mamy wiedzę, może bardziej teoretyczną, jednak starsi koledzy pomogą nam przy wdrażaniu teorii do codziennej praktyki.

I wtedy zaczynają się pierwsze rozczarowania, większe dla tych, którzy na uczelni mieli nauczycieli chętnie przekazujących wiedzę i dla których nauczanie było powołaniem.

Ja miałam szczęście zarówno podczas studiów, jak i w czasie specjalizacji spotkać mądrych i dobrych nauczycieli, którzy poza doskonałą nauką zawodu nauczyli mnie umiejętności przekazywania zdobytej wiedzy innym. Wiem, to były inne czasy, epoka kartek i bonów do Peweksu. Ale też trzeba było zarabiać na swoje utrzy-

manie, a wyjazdy na staże pozbawiały dodatkowych pieniędzy za dyżury. Jednak nikt nie żądał ode mnie, abym płaciła moim nauczycielom za naukę – asystowania przy operacjach, a później samodzielnego ich wykonywania, ustalania rodzaju badań i stawiania diagnozy. W ten sposób egzekwowano moją wiedzę i umiejętności oraz korygowano błędy.

Piszę tak dlatego, że obecnie coraz

więcej młodych lekarzy skarży się na lekceważenie i brak dobrej woli do przekazywania wiedzy i nauki zawodu ze strony doświadczonych kolegów. Swoją niechęć do doskonalenia młodych usprawiedliwiają oni brakiem rekompensaty finansowej. To prawda, że nikt nie płaci kierownikom specjalizacji za szkolenie, a oni wyłożyli dużo własnych pieniędzy za doskonalenie

swoich umiejętności i potwierdzenie ich odpowiednim dokumentem. Ale czy jedynym, wiarygodnym argumentem może być brak zapłaty za kształcenie młodych? Tylko mądry i pozbawiony kompleksów nauczyciel cieszy się z sukcesów swego ucznia i nie obawia się, że uczeń może go przerosnąć.

Moim zdaniem przekazanie swojego kunsztu i mistrzostwa oraz

(...) mistrz nie jest kimś, kto czegoś uczy; mistrz to ktoś, kto zachęca ucznia do dołożenia wszelkich starań, aby odkrył to, o czym już wie.

Paulo Coelho

Przecież szkoląc i ucząc młodych ludzi, robimy to także dla siebie, gdyż to oni w przyszłości będą nas leczyć – tak jak ich nauczyliśmy. Nie chciałabym być leczona przez bezdusznego lekarza, który nie potrafi ze mną rozmawiać i wyjaśnić moich wątpliwości oraz zastosować w leczeniu najnowszej wiedzy medycznej bez dodatkowych opłat.

Pewnie jestem idealistką. Ale tak mnie nauczono. Mam satysfakcję, że do tych, których uczyłam mogę w każdej chwili zwrócić się z pełnym zaufaniem po pomoc i ją otrzymam zgodnie z zasadami etyki i deontologii lekarskiej.

Zakończę swój felieton słowami Alberta Einsteina:

Upokarzanie i psychiczne gnębienie uczniów przez niedouczone i egoistycznych nauczycieli sieje спустoszenie w młodych umysłach, powodując w późniejszym wieku opłakane skutki, których już nie da się naprawić.



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

Nie tylko zęby

28 września br. w siedzibie NIL odbędzie się kolejna, organizowana przez Komisję Stomatologiczną Naczelnej Rady Lekarskiej, debata na temat stanu zdrowia jamy ustnej Polaków.



ANNA LELLA

W tym roku chcemy ją poświęcić głównie dorosłym, spełniając tym samym oczekiwania tych osób, które poprosiły, „aby nie było tylko o dzieciach”. To, że problemom stomatologicznym osób dorosłych i starszych nie poświęca się zadowalającej uwagi, wynika zapewne z niewystarczającej opieki stomatologicznej i ograniczeń finansowych. Będzie więc okazja do wymiany poglądów, zapoznania się z aktualnymi danymi epidemiologicznymi oraz rolą, jaką ma do spełnienia stomatolog jako lekarz pierwszego kontaktu w związku z korelacją schorzeń jamy ustnej i chorób ogólnoustrojowych. Udział w konferencji zapowiedzieli profesorowie: Maria Wierzbicka, Renata Górska, Edward Franek, Grzegorz Opolski, Tomasz Konopka oraz Franciszek Szatko i Tomasz Zdrojewski.

Kogo to obchodzi?

Wciąż słyszymy: „To tylko zęby!”. Jednak w Europie i na świecie w ostatnich latach o zdrowiu jamy ustnej mówi się coraz więcej – na konferencjach WHO, GCHP, czy podczas debaty w Parlamencie Europejskim. Ustanowiono Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej. Nie bez znaczenia jest także aspekt ekonomiczny. Skoro po

lekturze raportu Sekretariatu Światowego Zgromadzenia Zdrowia wiemy, że leczenie schorzeń jamy ustnej jest czwartym najbardziej kosztownym problemem leczniczym, niepojęty jest brak działań na rzecz skutecznej polityki zdrowia jamy ustnej. Strategia dotycząca zdrowia w UE na lata 2008-2013 jako główne cele wskazuje wsparcie kondycji starzejącej się Europy i ochronę ludzi przed chorobami przewlekłymi. Jednakże, jak wynika z raportu Rady Lekarzy Den-

Nieleczona choroba jamy ustnej zwiększa ryzyko powstania innych chorób przewlekłych.

tystów Europejskich (CED), na szczęblu UE nie ma inicjatyw politycznych skupiających się na zdrowiu jamy ustnej. Ale kogo to obchodzi? Wiadomo, że nie polityków, rząd, NFZ, ani nawet samych pacjentów!

Z raportu CBOS na temat zdrowia i zdrowego stylu dowiadujemy się, że na zachowanie zdrowia jako jedną z najważniejszych wartości codziennego życia wskazuje 59 proc. respondentów, wyżej jest cenione jedynie szczęście rodzinne (76 proc.). Mimo iż 75 proc. społeczeństwa uważa, że należy samemu dbać o własne zdrowie, ta deklaracja nie przekłada się na aktywną

postawę, jak choćby proste ćwiczenia fizyczne czy badania lekarskie i wizyty profilaktyczne u stomatologa, na które 26 proc. Polaków nie zgłasza się w ogóle, a 43 proc. przychodzi maksymalnie raz na rok. Jak wynika z zeszłorocznej konferencji Komisji Stomatologicznej NRL, tylko 40-50 proc. dorosłych szczotkuje zęby dwa, trzy razy dziennie, a przecież to oni mają być wzorem do naśladowania dla dzieci. Szczoteczka do zębów wymienia się w Polsce rzadko, na pewno nie co trzy miesiące, jak powinno. Tylko 20 proc. kobiet w ciąży usłyszało od swojego ginekologa pytanie o wizytę u stomatologa.

Dobry stan zdrowia jamy ustnej jest niezbędny dla skutecznego porozumiewania się, dobrej samooceny oraz pewności siebie. Co może o tym powiedzieć 43,9 proc. bezzębnych Polaków w wieku 65-74 lat? W 1998 r. było ich według „Monitoringu zdrowia jamy ustnej” 34,7 proc., więc jest coraz gorzej.

Promocja zdrowia jamy ustnej

Główne czynniki ryzyka chorób jamy ustnej są takie same jak w przypadku poważnych przewlekłych chorób niezakaźnych – przede wszystkim niezdrowa dieta (szczególnie wysokie spożycie cukru), palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu. Ponadto nieleczona choroba jamy ustnej zwiększa ryzyko powstania innych chorób przewlekłych. Dlatego Światowa Federacja Dentystyczna (FDI), której działania

wspiera The World Health Professions Alliance (WHPA), uznała za priorytet rozszerzenie wykazu chorób niezakaźnych (NCD), obejmującego choroby układu krążenia i układu oddechowego oraz nowotwory i cukrzycę, o choroby jamy ustnej. Dyrektor FDI – dr Mathias Eisele, w przemówieniu wygłoszonym podczas 64. Światowego Zgromadzenia Zdrowia w maju br. apelował: „Najczęstszą chorobą na całym świecie jest próchnica. Ma ona duży wpływ na społeczeństwo, dzieci, na każdego z nas. Należy pamiętać o niej w kontekście listy NCD”.

Na szczęście świadomość społeczeństwa na temat próchnicy stopniowo wzrasta. Wymuszają to zwiększające się wymagania estetyczne wobec osób pragnących robić karierę na różnych polach. Zastraszająco mała jest natomiast wiedza dotycząca chorób przyzębia oraz ich interakcji z innymi schorzeniami ogólnymi. Nadal groźna pozostaje niedostateczna czujność onkologiczna.

Promocja zdrowia jamy ustnej, oparta na pojęciu powszechnego ryzyka, musi być integralną częścią promocji zdrowia w znaczeniu ogólnym i profilaktyki chorób przewlekłych. Edukacja i szkolenie profesjonalistów z dziedziny zdrowia – nie tylko stomatologów, ale również lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, położnych – powinny zawierać elementy dotyczące zdrowia jamy ustnej. Również pacjenci powinni mieć dostęp do prostej i zrozumiałej informacji o zdrowiu ogólnym i zdrowiu jamy ustnej, uzyskiwanej od pracowników ochrony zdrowia i ze źródeł publicznych. Dostęp pacjentów do opartej o dowody edukacji prozdrowotnej i informacji o możliwościach leczenia powinny ulec poprawie.

Przy promocji zdrowia i działań profilaktycznych należy wziąć pod uwagę

zróżnicowanie potrzeb różnych grup społecznych w zależności od ich wieku, stylu życia, kondycji, warunków życia. Nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych dotyka głównie dzieci, lu-

Dobry stan zdrowia jamy ustnej jest niezbędny dla skutecznego porozumiewania się, dobrej samooceny oraz pewności siebie.

dzi starszych, bezdomnych, hospitalizowanych. Tymczasem całe społeczeństwo powinno mieć zagwarantowany dostęp do wysokiej jakości opieki stomatologicznej. Jako markery nierówności powinny być wykorzystywane wskaźniki zdrowia jamy ustnej. Epidemiologia chorób jamy ustnej musi być regularnie monitorowana w całej UE – zarówno na poziomie krajowym, regionalnym, jak i lokalnym.

Świadomość zdrowotna społeczeństwa, będąca przyczyną wczesnej zgłaszalności, wbrew ogólnemu mniemaniu nie rodzi kosztów, ale przynosi ogromne oszczędności finansowe, pozwalając uniknąć kosztochłonnych powikłań. Tyle że ilość pieniędzy przeznaczanych na opiekę stomatologiczną w ramach środków publicznych, którymi zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia, systematycznie maleje. W tym roku na leczenie stomatologiczne jednego ubezpieczonego NFZ przeznacza w skali roku, w zależności od województwa, od 43 do 52 zł. Oznacza to, że potrzeby lecznicze w zakresie stomatologii muszą być pokrywane z kieszeni pacjentów.

Podczas konferencji, która odbędzie się 28 września w siedzibie NIL, po raz kolejny podejmiemy wysiłki, aby rzeczowe argumenty przedstawione przez wykładowców i podkreślone w dyskusji przekonały odpowiedzialnych za politykę zdrowotną, że w dziedzinie zdrowia jamy ustnej każda wydana złotówka może przynieść znaczne oszczędności.

Program konferencji na stronie www.stomatologia.nil.org.pl. Patronem medialnym jest „Gazeta Lekarska”. ☉

26 proc. Polaków nie zgłasza się w ogóle na wizyty profilaktyczne do stomatologa, a 43 proc. przychodzi maksymalnie raz na rok.

Od historii po wypie

Najciekawsze w naszej pracy jest spotkanie z drugim człowiekiem. Pierwszy kontakt, spojrzenie, uśmiech, podanie ręki.

WŁODZIMIERZ BEDNORZ

Urolopy sprzyjają spotkaniom towarzyskim, często w gronie kolegów wspominamy na nich nasze medyczne początki. Obecna rekrutacja na medycynę to coś z zupełnie innej bajki. Wtedy ważne były egzaminy z biologii, chemii i fizyki, która podobno była najbardziej wiarygodnym testem mądrości kandydata. Nie mniejsze znaczenie miały punkty za pochodzenie społeczne. I pochodzenie, i punkty oczywiście były względne, jak wiele rzeczy w ówczesnych czasach. Proces rekrutacji też zresztą można było obejść, jeśli było się na supertajnej liście przyszłych studentów – kandydatów na TW. Ale wówczas większość z nas nie myślała tymi kategoriami.

Pytaniem zasadniczym było: po co iść/idziesz na studia lekarskie? Odpowiedzi były pewnie takie jak obecnie: są ciekawe, gwarantują udział w dynamicznym rozwoju nauki i technologii, można po nich znaleźć ciekawą pracę za granicą, ktoś przecież musi przejąć gabinet po rodzicach. Wstydliwe było przyznanie się, że to powołanie. W miarę upływu lat, pracy w kieracie kilku posad jednocześnie, na własnej skórze odczuliśmy względność czasoprzestrzeni, będąc jednocześnie w kilku miejscach. Stopniowo zmieniały się podręczniki, leki, zalecenia kliniczne, procedury. Pojawiły się punkty i dziwne ludziki tworzące wirtualne grupki jednorodnych „choraków”.

Myliłby się jednak ten, kto myśli, że podczas studiów wzrastała jedynie nasza wiedza naukowa. Mogliśmy się popisać wybitną znajomością funkcjono-

wania państwa, prawa ogólnego i medycznego, układów gminnych, szpitalnych, uczelnianych, specjalizacyjnych itp.

– Dziadku, dziadku, taka okropna dziś pogoda, leje deszcz, nie można wyjść z domu, opowiedz coś ciekawego – poprosił wnuczek. Zasiadłem więc w fotelu i opowiedziałem mu o różnych rodzajach lokomotyw – tych starych węglowych, spalinowych, elektrycznych, ale także o tych specjalnych –

Pasjonujące w medycynie jest rozpoznanie choroby. Oczywiście inaczej wygląda to na szczeblu przychodni rejonowej, a inaczej w wyspecjalizowanej klinice.

górskich, które bez problemów wspinają się na strome góry, zjeżdżają serpentynami. Był oczywiście zachwycy, tym bardziej że jedna z dobrotnocek opowiada obecnie o przygotowaniach lokomotyw. Przed spaniem, po głębokim namyśle spytał: – A właściwie dziadku, skąd ty wiesz tyle o lokomotywach? Przecież jesteś lekarzem! – Leczyłem kiedyś pacjenta, starego maszynistę kolejowego, który godzinami opowiadał mi o swojej pracy – odpowiedziałem.

Pamiętam też pacjentkę, która przyszła z jakimś banalnym schorzeniem. Spojrzałem na jej ręce – coś

dramatycznego. Każdy staw mocno pogrubiał, dłonie wyglądały jak sękate. W myślach przebiegłem całą diagnostykę różnicową. Okazało się, że w czasie II wojny światowej specjalnie wybrała się na kilka lat do Workuty, aby gołymi rękami wydierać ziemi węgiel. Po wojnie, już w Polsce, jako wybitna znawczyni języków wschodnich sąsiadów była opiekunką do dzieci oficera Północnej Grupy Wielkiej Armii.

U innej chorej w trakcie badania zwróciłem uwagę na dużą bliznę na nodze i ubytki mięśni. To także był ślad przeżyć wojennych. Młode lata spędziła podobnie jak koleżanka – w tamtej części świata (dostała bilet „last minute”...). Gołymi rękami wydobywała glinę, pracowała w podziemnej (sic!) cegielni na Kołymie. A na cegielniach znam się doskonale, przez kilka lat byłem lekarzem badającym pracowników kilkudziesięciu cegielni. Tamta cegielnia na Kołymie czerpała glinę z podziemnych chodników. Piec był także pod ziemią, nad powierzchnię wystawał jedynie komin. Skąd blizna? Po uderzeniu kilofem rozwinęło się ciężkie *osteomyelitis* – cudem uratował ją od śmierci rosyjski lekarz.

Wiemy, jak ważny jest wywiad w naszej codziennej pracy. Pytam np. chorego, dlaczego poziomy jego cukrów są „od sasa do lasa”. Mówię, że musi się regularnie odżywiać, a on na to, że je tylko raz dziennie. Jest bezrobotny i bezdomny, mieszka na wsi, gdzie nie ma nawet darmowych obiadów, jak to się zdarza w dużych miastach. Inny z kolei w dni parzyste ma dobre cukry, a w nieparzyste bardzo wysokie. Pytam, o co chodzi? – Bo ja, panie doktorze, mam na jedzenie tylko 8 złotych dziennie i w dni parzyste jem w stołówce, w której są potrawy lekkostrawne i dużo surówek, a w nieparzyste kupuję sobie zupki chińskie – odpowiada. No właśnie, znowu wszystkiemu winni ci Chińczycy...

Najbardziej dramatyczne są wyznania na łożu śmierci. Ostatnio je-

kanie chleba

den starszy, nobliwy pan opowiedział mi o swojej przygodzie z Kościołem. W latach 40. zamiast do wojska wcielono go do zbrojnych formacji UB. Nagle w nocy alarm, zbiórka, oficer kazał całemu plutonowi przez noc nauczyć się na pamięć ministrantury – oczywiście w tamtych czasach po łacinie! – No i wie pan, panie doktorze, nauczyliśmy się śpiewając. Rano rozdano nam komeżki, służyliśmy do mszy świętej i przez cały dzień byliśmy w orszaku irlandzkiego kardynała. Wszyscy w tym orszaku byli podstawieni. Jedynym prawdziwym był ten kardynał! – wspominał pacjent.

Pasjonujące w medycynie jest rozpoznanie choroby. Oczywiście inaczej wygląda to na szczeblu przychodni rejonowej, a inaczej w wyspecjalizowanej klinice. Ale daję

słowo, że w każdym przypadku jest to fascynujące. Lekarz rodzinny jest być może większym bohaterem niż klinicysta, bo dysponuje mniejszym zapleczem diagnostycznym. Tak,

Lekarz rodzinny jest być może większym bohaterem niż klinicysta, bo dysponuje mniejszym zapleczem diagnostycznym.

rozpoznanie jest super. Drugim, nie mniejszym przeżyciem, jest wyleczenie pacjenta z choroby – spektakularne (rzadko) lub mozolne (częściej) po długotrwałej terapii. To są dwie

ogromne przyjemności z bycia lekarzem. Najciekawsze w naszej pracy jest jednak spotkanie z drugim człowiekiem – dowiedzenie się, co go trapi, o czym myśli, co robi w pracy, jaki jest. Wchodzi do gabinetu albo widzimy go pierwszy raz na łóżku – na izbie przyjęć, w szpitalu. Pierwszy kontakt, spojrzenie, uśmiech, podanie ręki. Dzień dobry, dobry wieczór, jak zdrowie, co boli? Rozmowa, badanie, ocena stanu zdrowia, zlecenie diagnostyki. Potem zwykle jest czas na podsumowanie diagnostyki, zlecenie terapii zachowawczej lub proponowanie operacji czy innych form terapii. W tzw. międzyczasie pytam pacjenta, co robi, jak żyje, co myśli o życiu, jakie miał przygody. W ten sposób wychodzę poza nauki medyczne. Poszerzam swoje horyzonty humanistyczne. Poznaje różnych ludzi i ich problemy. Poznaje świat nie tylko medyczny. Uczę się rzeczy, o których do tej pory nie miałem pojęcia – od historii po wypiekanie chleba. ☉

Kształcenie i roz

Jakie są oczekiwania i problemy lekarzy i lekarzy dentystów? Na te i wiele innych pytań odpowiedzą wyniki badania opinii lekarzy, które zostanie przeprowadzone jesienią.

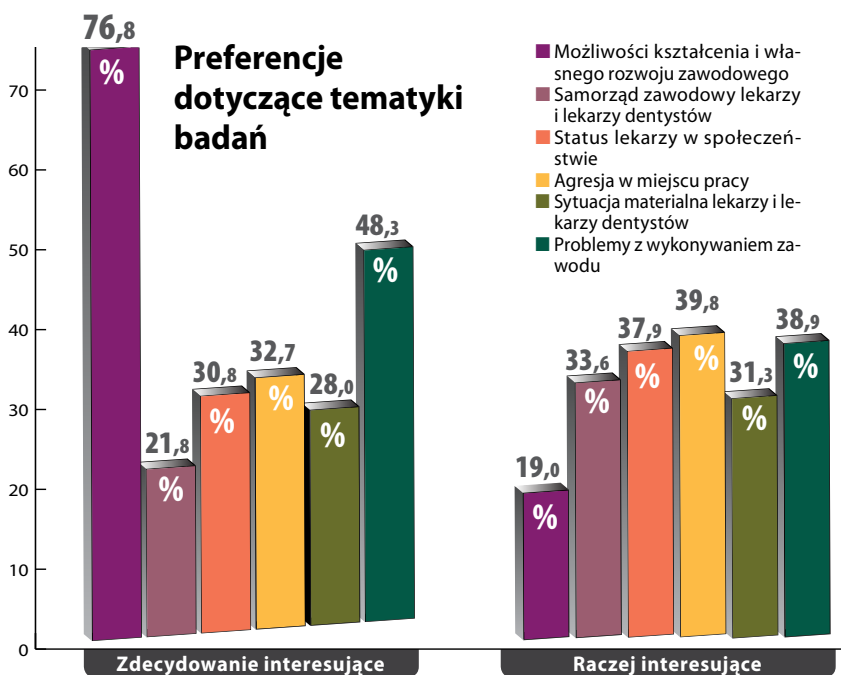
TERESA PERENDYK, KINGA WOJTASZCZYK

Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji (OSAI) nawiązał współpracę z Ośrodkiem Realizacji Badań Socjologicznych Instytutu Filozofii i Socjologii PAN. Zamierza wspólnie z nim prowadzić badania opinii środowiska lekarskiego, których celem jest uzyskanie wiarygodnego obrazu oczekiwań, mocnych stron, sukcesów i problemów lekarzy i lekarzy dentystów. Wyniki badań mają pomóc samorządowi w podejmowaniu skuteczniejszych i lepiej dostosowanych do oczekiwań lekarzy działań.

W związku z planowanymi badaniami OSAI przeprowadził badanie pilotażowe, którego intencją było poznanie opinii na temat najbardziej odpowiedniej formy badań, określenia czasu ich

realizacji, sposobu docierania do respondentów, jak również poznanie najbardziej interesujących tematów i identyfikacja problemów, które mogłyby być głównym przedmiotem badań.

Pilotaż przeprowadzono wśród lekarzy i lekarzy dentystów, którzy uczestniczyli w kursach organizowanych przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL i okręgowe izby lekarskie. Uzyskano odpowiedzi od 211 osób. Z pewnością nie jest to grupa reprezentatywna. Na podstawie wcześniejszych badań wiemy jednak, że uzyskanie znaczącej, a tym bardziej reprezentatywnej liczby odpowiedzi w środowisku lekarskim jest niezwykle trudne. Stworzenie możliwości prowadzenia badań reprezentatywnych dla całego środowiska będzie więc zapewne



wój zawodowy

najtrudniejszym zadaniem Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji.

Większość ankietowanych (92 proc.) odpowiedziała „tak” na pytanie, czy wzięliby udział w badaniach prowadzonych przez NIL. Tylko 8 proc. osób nie byłoby nimi zainteresowanych ze względu na brak czasu lub niechęć do wypełniania ankiet. Na pytanie o najbardziej odpowiednią formę badania 80 proc. lekarzy odpowiedziało, że jest nią ankieta udostępniana i wypełniana przez internet, 60 proc. wskazało na ankietę w formie drukowanej przesyłaną z „Gazetą Lekarską”, a tylko 12 proc. wolałoby ankietę telefoniczną. Około 50 proc. badanych mogłoby poświęcić na udział w badaniach od 6 do 15 minut tygodniowo.

Głównym celem badania pilotażowego było jednak określenie, jakie tematy badań byłyby najbardziej intere-

Badania powinny przyczynić się do poprawy pracy lekarzy i samorządu zawodowego.

suujące. Spodziewaliśmy się, że będą to problemy związane z wykonywaniem zawodu i wynagrodzeniami, tymczasem najwięcej respondentów (96 proc.) wskazało na możliwości kształcenia i własnego rozwoju zawodowego (76,8 proc. określiło ten temat jako „zdecydowanie interesujący”). Na drugim miejscu znalazły się problemy z wykonywaniem zawodu (87 proc.), które są „zdecydowanie interesujące” dla prawie połowy ankietowanych. Na pyta-

nie: „Co zachęciłoby Panią/Pana do wzięcia udziału w badaniach?”, 46,4 proc. ankietowanych odpowiedziało, że cel badania, 30,8 proc. – chęć wyrażenia opinii i wniesienia własnego wkładu w badanie, 26,5 proc. – upominek dla każdego uczestnika (jednocześnie 20,9 proc. uznało, że nie byłby on motywujący), a 23,7 proc. – możliwość wylosowania nagród przeznaczonych dla części uczestników. Jako inne metody zachęcenia do udziału w badaniach wymieniano nadzieję na obiektywną ocenę miejsca lekarzy i lekarzy dentystów w społeczeństwie oraz wykorzystanie wyników do wyeksponowania problemów zawodu. Badania, zdaniem ankietowanych, powinny poprawić pracę lekarzy i samorządu zawodowego, a ich wyniki – zobowiązać zespół badający do ujawnienia zdania środowiska na forum publicznym i rządowym.

Wyniki badania pilotażowego posłużą do przygotowania dużego badania opinii lekarzy, które rozpocznie się jesienią. ●

NIL kontra UOKiK

Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakończył postępowanie antymonopolowe wobec Naczelnej Izby Lekarskiej, nakładając na nią blisko 50 tys. zł kary. Izba nie zamierza składać bronii – odwołała się już od tej decyzji do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK

To decyzja krzywdząca nie tylko dla Naczelnej Izby Lekarskiej, ale przede wszystkim dla pacjentów – podkreśla reprezentujący izbę mecenas Krzysztof Wąsowski z Uniwersytetu Warszawskiego. Według niego, wydając ją, prezes UOKiK popełniła błędy. – Wydała tę decyzję, zanim strona, czyli Naczelna Izba Lekarska, przedstawiła swoje stanowisko, a to rażące naruszenie procedury – mówi Krzysztof Wąsowski. Kolejnym argumentem przemawiającym jego zdaniem za odwołaniem od tej decyzji jest to, że nie dotyczy ona sfery gospodarki, lecz leczenia i kompetencji samorządu lekarskiego. – UOKiK pomylił rynek usług zdrowotnych z rynkiem producentów leków. Nie powinien w ogóle prowadzić tego postępowania – dodaje.

Kto narusza prawo?

Jak już informowaliśmy w „GL”, 2 lutego br., na wniosek Izby Gospodarczej „Farmacja Polska, UOKiK wszczął postępowanie antymonopolowe przeciwko NIL, zarzucając izbie, że zawarła na krajowym rynku świadczeń zdrowotnych porozumienie ograniczające konkurencję na krajowych rynkach sprzedaży produktów leczniczych homeopatycznych wydawanych z przepisu lekarza. Porozumienie to polega – zdaniem urzędu – na ograniczaniu dostępu do tych rynków przedsiębiorcom prowadzącym sprzedaż produktów homeopatycznych wskutek ograniczenia lekarzom i lekarzom denty stom możliwości ich ordynowania w wyniku przyjęcia przez NRL stanowiska, zgodnie z którym sto-

sowanie homeopatii stoi w sprzeczności z zasadami etyki lekarskiej. Zdaniem prezesa UOKiK „powyższa praktyka narusza zakaz określony w art. 6 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów”.

W komunikacie zatytułowanym „Samorząd lekarzy naruszył prawo”, opublikowanym przez Departament

Co to jest interes publiczny? Czy jest nim wzrastająca produkcja jakiegokolwiek preparatu leczniczego czy też zdrowie i życie pacjenta?

Współpracy z Zagranicą i Komunikacji Społecznej UOKiK 25 lipca, w dniu wydania decyzji w sprawie NIL, powtórzono ten zarzut. „Naczelna Izba Lekarska, zabraniając lekarzom przepisywania na receptę niektórych produktów dopuszczonych do legalnego obrotu, naruszyła prawo antymonopolowe” – czytamy w komunikacie. Za karę samorząd ma wpłacić do budżetu państwa 49 113,89 zł i zaniechać stosowania niedozwolonej praktyki ograniczającej konkurencję.

W interesie publicznym

– W uzasadnieniu do swojej decyzji pani prezes powołuje się wielokrotnie na interes publiczny. Rodzi się wobec tego pytanie: co to jest interes publicz-

ny? Czy jest nim wzrastająca produkcja jakiegokolwiek preparatu leczniczego czy też zdrowie i życie pacjenta? – pyta Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. I odpowiada: – W naszym głębokim przekonaniu to zdrowie i życie pacjenta decyduje o tym, w jaki sposób powinniśmy postępować. A zatem interes publiczny to interes pacjenta, a nie producenta.

– Prezes UOKiK uznała, że produkty homeopatyczne są równoznaczne z produktami leczniczymi, ujęła się za nimi. Przy całym szacunku dla wszystkich urzędników Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, nie mają oni merytorycznych kwalifikacji, żeby rozstrzygać, czy homeopatia jest równorzędnym sposobem leczenia – dodaje mecenas Wąsowski.

– UOKiK nie jest stroną dyskusji na temat skuteczności produktów homeopatycznych. Ta kwestia nie była w ogóle przedmiotem naszego zainteresowania. Stwierdziliśmy, że praktyka Naczelnej Izby Lekarskiej stanowi naruszenie konkurencji poprzez ograniczenie dostępu do rynku przedsiębiorcom sprzedającym produkty dopuszczone do legalnego obrotu, a tym samym dostępności tych produktów dla odbiorców – odpowiada prezes UOKiK Małgorzata Kransodębska-Tomkiel.

„Warto podkreślić, że produkty te zostały dopuszczone do legalnej sprzedaży w Polsce, a jedynym organem, który może zakazać ich obrotu, jest Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych” – czytamy w komunikacie opublikowanym przez UOKiK dla mediów.

NRL się nie wycofa

Choć nie wynika to wprost z podjętej przez UOKiK decyzji, nakazując samorządowi lekarskiemu zaniechanie stosowania niedozwolonej praktyki ograniczającej konkurencję, urząd tak naprawdę domaga się od niego zaprzestania stosowania stanowiska nr 7/08/V NRL z 4 kwietnia 2008 r. (w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i leka-

rzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach). NIL nie zamierza się jednak z tego stanowiska wycofywać.

– Stanowisko NRL nie jest podstawą do egzekwowania odpowiedzialności. Jest nią Kodeks Etyki Lekarskiej oraz ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty – przypomina Romuald Krajewski, wiceprezes NRL.

Zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, „lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy

Lekarz musi wykonywać zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz zasadami etyki zawodowej.

medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”.

W żadnym stanowisku, które bazuje na medycynie opartej na dowodach naukowych nie ma zaleceń do stosowania homeopatii. W żadnej dziedzinie medycyny uprawianej przez lekarzy homeopatia nie jest wymieniana jako metoda leczenia – podkreśla Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL. – Nie jesteśmy przeciwko homeopatii. Jeśli chory człowiek ją stosuje, to jego wybór. Nie godzimy się jednak na to, żeby lekarz świadomie, a często cynicznie stosował takie metody wobec chorego.

– W czasach przednaukowych, 200 lat temu, kiedy żył doktor Samuel Hahnemann, twórca homeopatii, wystarczyło czyjeś przekonanie i odpowiednio sugestywne przekonanie innych, żeby spopularyzować jakąś nową metodę. W dzisiejszych czasach lekarz musi się opierać na standardach i wytycznych, które powstały w oparciu o wyniki solidnie przeprowadzonych badań naukowych – podsumowuje wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł. ☉

Kulisy dymisji konsultantów krajowych

Minister zdrowia Ewa Kopacz odwołała 17 konsultantów krajowych. Nazwiska 15 z nich były znane już w marcu, ale ministerstwo długo nie chciało ich ujawnić w obawie, że odmówią pełnienia obowiązków do czasu powołania ich następców.

JOANNA MORGA

Pierwsze informacje o zamiarze odwołania kilkunastu konsultantów przestały się do mediów już pod koniec maja, jednak ich nazwiska zostały ujawnione dopiero 8 lipca. Opublikowała je na swojej stronie internetowej Naczelna Izba Lekarska. Na liście, którą NIL otrzymała na prośbę prezesa NRL Macieja Hamankiewicza, widniały nazwiska 15 profesorów. Dwaj pozostali zostali pozbawieni funkcji w innym terminie.

Dowiedzieli się z gazet

Decyzja szefowej resortu zdrowia wzbudziła kontrowersje zarówno w środowisku medycznym, jak i w mediach. Pojawiły się sugestie, że była podyktowana względami personalnymi lub politycznymi. Ministerstwo zapewnia jednak, że była oparta wyłącznie o przesłanki merytoryczne.

Tyle tylko że wielu konsultantów dowiedziało się o swojej dymisji z mediów, które przedrukowały listę opublikowaną przez NIL. Dopiero później zostali powiadomieni przez resort listownie, mailem i fak-

sem. W wyjaśnieniu ministerstwo powołało się na ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia z 6 listopada 2008 r., zgodnie z którą kadencja konsultanta trwa pięć lat. Ale może zostać odwołany wcześniej, jeżeli w ocenie organu, który go powołał „nie realizuje zadań i uprawnień lub zaistniały okoliczności uniemożliwiające ich dalsze wykonywanie”.

Ministerstwo Zdrowia powołało się na ustawę o konsultantach, zgodnie z którą kadencja konsultanta trwa pięć lat.

– Nikt wcześniej nie zgłaszał zażaleń do mojej pracy, a nagle okazało się, że zostaję odwołany i to bez podania szczegółowych wyjaśnień – mówi „GL” prof. Andrzej Zieliński, konsultant ds. epidemiologii. Według niego prośba Ministerstwa Zdrowia, aby odwołani konsultanci pełnili swoje obowiązki do czasu zakończenia procedury powołania

ich następców pozostaje w logicznej sprzeczności z uzasadnieniem. – No bo jak można dalej pełnić obowiązki, z których się człowiek nie wywiązuje? – zastanawia się prof. Zieliński.

Decyzja minister zdrowia była zaskoczeniem także dla prof. Stanisława Wosia, który przez 12 lat pełnił funkcję konsultanta krajowego ds. kardiologii. – Swoje obowiązki wypełniałem należycie za kadencji wcześniejszych pięciu ministrów i żaden z nich nie dopatrywał się w mojej działalności uchybień. Nie mam pojęcia, jakie były przyczyny mojego odwołania. Może pani minister uznała, że czas najwyższy mnie zmienić, że zbyt długo pełnię te funkcje? – zastanawia się prof. Woś, który do swoich sukcesów zalicza m.in. zlikwidowanie „białych plam” na mapie kardiologicznej kraju. – Obecnie nie ma już w Polsce województwa, w którym nie byłoby dobrze działającego ośrodka kardiologii – dodaje.

Jako jedyny odwołania spodziewał się prof. Jan Lubiński, który 12 lat był krajowym konsultantem ds. genetyki, a w 2005 r. założył firmę Read-Gene zajmującą się komercjalizacją metod wykrywania, zapobiegania i leczenia nowotworów złośliwych. – Nie doszukuję się w swojej sprawie żadnych podtekstów. Nie była to personalna napaść. Chodziło głównie o sygnały ze środowiska, że nie jest w porządku, bym pełnił funkcję konsultanta, będąc prezesem spółki giełdowej. Ludzie widzą w tym konflikt interesów, bo taki jest stan świadomości społecznej w Polsce – powiedział „GL”.

Bez słowa „dziękuję”

Zdymisjonowani konsultanci mają świadomość, że minister zdrowia ma prawo dobierać sobie współpracowników według własnych potrzeb i oczekiwań, mają żal za sposób, w jaki zostali odwołani.

– Bycie konsultantem wymagało dużego nakładu pracy każdego

sultantów

dnia, dlatego mam trochę żalu, że na koniec działalności zostałem odwołany w taki sposób, bez podania konkretnych przyczyn i podziękowania – dodaje prof. Woś.

– Odwoływanie ekspertów, którzy tyle lat służyli ministerstwu swoją wie-

dzą i pracą, powinno wyglądać inaczej – mówi prof. Zieliński. W rozmowie z „GL” przyznaje jednak, że dymisją się specjalnie nie zmartwił, a nawet przyjął ją z pewną ulgą, bo „w kontaktach z urzędnikami ministerstwa przestał się czuć komfortowo”. ☉

KOMENTARZ

Dr n. med. Andrzej Włodarczyk, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

Minister Ewa Kopacz poprosiła mnie o weryfikację działalności konsultantów na koniec kadencji rządu. Dlatego zwróciłem się do wszystkich departamentów i agencji podległych Ministrowi Zdrowia oraz do Narodowego Funduszu Zdrowia o opinię w tej sprawie. Współpracy w tym zakresie odmówił nam jedynie NFZ, tłumacząc, że nie podaliśmy kryteriów oceny konsultantów. Większość pytanych udzieliła nam odpowiedzi i na tej podstawie podjęliśmy decyzję. Była to decyzja administracyjna i nie miała żadnych podtekstów – wbrew sugestiom autorki artykułu „Kuliszy dymisji konsultantów krajowych”. Listy w tej sprawie do odwołanych konsultantów zostały wysłane 23 maja br. Nikt nie musiał niczego „ujawniać”. Na pismo prezesa NRL dr. n. med. Macieja Hamankiewicza odpowiedziliśmy 17 czerwca br. Trudno, by przekazywać informacje, zanim o decyzji dowiedzieli się sami zainteresowani. Powody odwołań były różne. Niektórzy konsultanci nie utożsamiali się z polityką resortu. Można powiedzieć, że zamiast wspierać działania ministra albo przekonywać go do swoich racji, krytykowali decyzje, na które przecież sami mieli duży wpływ.

Niektórzy skrupulatnie pilnowali interesów swojego środowiska bądź własnych. Jest dziedzina, w której zamiast przeszczepów nerek, korzystniejszych dla pacjenta i dla budżetu płatnika, popierana była dializoterapia. Czasem zbyt ulegano organizacjom, które nie reprezentowały interesu pacjenta, ale swój własny. W kilku przypadkach dodatkową przyczyną odwołania było ograniczanie młodym lekarzom dostępu do specjalizacji. Niektórzy zaś przez lata pełniąc funkcję konsultanta, nie podjęli żadnych działań, aby zapobiec zapaści w swojej dziedzinie medycyny. Nie uważam jednak za stosowne szczegółowe omawianie na łamach prasy przyczyn poszczególnych odwołań, myślę, że sami zainteresowani tego by nie chcieli. Konsultant jest przede wszystkim doradcą i rzecznikiem ministra w środowisku medycznym. Ta funkcja nobilituje w środowisku. Konsultanci mają wpływ m.in. na tworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, wycenę procedur i ustalanie kryteriów, wg których możliwe jest kontraktowanie świadczeń przez płatnika z placówkami. To są duże uprawnienia i chodzi o to, aby je wykorzystywać z pożytkiem dla pacjentów. Niestety, w niektórych przypadkach interes pacjenta nie był sprawą pierwszoplanową. Stwierdzili-

śmy to z dużą przykrością.

O obowiązującej procedurze odwoływania trudno mi dyskutować, bo nie ja ją ustalałem. Jestem zwolennikiem nowelizacji ustawy o konsultantach. Również uważam za celowe zmniejszenie dotychczasowej formuły zawiadomienia o odwołaniu – z jednakowej dla wszystkich – na indywidualne zawiadomienia. Może też logiczniej byłoby od razu powołać tymczasowych konsultantów na okres sześciu miesięcy (co jest możliwe na podstawie przepisów ustawy) zamiast prosić odwołanych o kontynuowanie obowiązków. Jednak mamy złożone w ministerstwie pisma tylko od dwóch odwołanych konsultantów, w których piszą, iż nie będą pełnili funkcji do czasu powołania następców.

Na koniec – po zapoznaniu się z artykułem redakcyjnym „Kuliszy dymisji konsultantów krajowych” odmówiłem autoryzacji moich wypowiedzi cytowanych w tendencyjnie zredagowanym tekście. Od autorki otrzymałem odpowiedź, że nie zmieni formuły i sposobu cytowania wypowiedzi. Pozostawiam sprawę bez komentarza. Szanując wszystkich Czytelników „Gazety Lekarskiej”, w porozumieniu z redaktorem naczelnym dr. n. med. Ryszardem Golańskim, przekazuję redakcji moją wypowiedź.

Spór o szczepienia zalecane

Zbliża się sezon szczepień przeciwko grypie.

* Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej przewidują, że poziom wyszczepialności, który i tak był do tej pory bardzo niski, jeszcze bardziej się obniży. *

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK

Od wielu miesięcy lekarze apelują o zmianę obowiązujących przepisów, z powodu których powstał spór między nimi i farmaceutami w sprawie dystrybucji szczepień zalecanych (m.in. przeciwko grypie, pneumokokom, meningokokom i rotawirusom). Wskazują przede wszystkim na art. 68 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 45 z 2008 r., poz. 271 z późn. zm.), zgodnie z którym tylko apteki ogólnodostępne mogą prowadzić obrót detaliczny szczepionkami. Zakłady opieki zdrowotnej mogą się w nie zaopatrywać bezpośrednio w hurtowniach farmaceutycznych, ale muszą je odsprzedać pacjentom w takiej samej cenie, w jakiej je zakupiły.

– Niezależnie od tego, że są stosowane w profilaktyce, szczepionki to leki, a prawo do prowadzenia obrotu produktami leczniczymi posiadają wyłącznie apteki. Nie gabinety lekarskie, ani zakłady opieki zdrowotnej. Jeśli lekarze chcą prowadzić obrót lekiem, powinni zrezygnować z wykonywania swojego zawodu – przekonują farmaceutów, którym na rękę są obowiązujące regulacje prawne.

Nie chcą ponosić strat

Prawo farmaceutyczne to nie jedynie akt prawny, który przyczynił się do konfliktu między lekarzami i farmaceutami. Zaważyły na nim również znowelizowana ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która zlikwidowała podział

szczepień ochronnych na zalecane i obowiązkowe oraz ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (zgodnie z art. 15 pkt 7 tej ustawy osoba poddająca się zalecanemu szczepieniu ochronnemu ponosi wyłącznie koszty zakupu szczepionki).

– Ministerstwo Zdrowia traktuje szczepienia zalecane tak samo jak

***Według farmaceutów
szczepionki powinny
być dostępne wyłącznie
w aptekach, bo tylko
one są w stanie zapewnić
im właściwe warunki
przechowywania.***

szczepienia obowiązkowe. Lekarz nie dostaje ani grosza za badanie kwalifikacyjne i przeprowadzenie szczepień zalecanych, choć to dla niego dodatkowa praca – tłumaczy w rozmowie z „Gazetą Lekarską” Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, skupiającej lekarzy rodzinnych z 14 województw.

Zakładom opieki zdrowotnej nie opłaca się sprowadzać z hurtowni szczepionek zalecanych, bo nie dość, że na nich nie zarabiają, to ponoszą jeszcze koszty ich przechowywania. – Musimy zapewnić szczepion-

kom odpowiednie warunki – trzymać je w lodówce, w odpowiedniej temperaturze, którą trzeba stale monitorować. W przeciwnym razie mogą stracić właściwości immunogenne. Istnieje również ryzyko, że zajdą w nich trudne do przewidzenia reakcje, mogące wywrzeć negatywny wpływ na organizm pacjenta – mówi Jacek Krajewski. – Za zachowanie tzw. zimnego łańcucha nikt nie zwraca zakładom opieki zdrowotnej kosztów – dodaje.

Dla farmaceutów sprawa jest jasna: szczepionki powinny być dostępne wyłącznie w aptekach, bo tylko one są w stanie zapewnić im właściwe warunki przechowywania. I tylko one podlegają nadzorowi farmaceutycznemu. – Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna nie ma uprawnień do kontrolowania zakładów opieki zdrowotnej – stwierdziła Anna Gołdyn, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Kaliszu, podczas debaty „Kontrowersje w medycynie – szczepienia”, która odbyła się w maju br. w Warszawie.

– Lekarzy kontroluje sanepid. Mamy te same lodówki i zapewniamy w nich takie same warunki przechowywania. Trzymamy w nich przecież szczepionki obowiązkowe – odpowiedział jej dr Paweł Grzesiowski, prezes Fundacji „Instytut Profilaktyki Zakażeń”.

O włos od porozumienia

W grudniu 2010 r., tuż przed świętami Bożego Narodzenia, pojawiła się szansa na zażegnanie sporu o dystrybucję szczepień zalecanych. Lekarzom z „Porozumienia Zielonogórskiego” udało się podpisać z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia 10-punktowe porozumienie, w którym minister zdrowia zobowiązała się m.in. do „niezwłocznego podjęcia inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do umożliwienia przeprowadzania szczepień zalecanych w sposób przyjęty w poprzednich latach”. Minęło ponad osiem miesięcy, a punkt dotyczący szczepień nie doczekał się jeszcze realizacji.

– Konsekwencją postulatów zawartych w pkt. 3a [dotyczy szczepień zalecanych – przyp. red.] porozumienia zawartego 22 grudnia 2010 r. pomiędzy Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” a ministrem zdrowia jest obecnie przygotowywane przez resort stanowisko w sprawie uregulowań prawnych, o jakie wnioskuje Federacja – poinformował nas na początku czerwca Piotr Olechno, rzecznik

Pacjenci, chcąc się poddać szczepieniom zalecanym, powinni najpierw pójść do lekarza po receptę na szczepionkę, wykupić ją w aptece, a następnie wrócić z nią do przychodni.

prasowy ministra zdrowia, którego zapytaliśmy o zapowiadane zmiany mające umożliwić zgodne z prawem kupowanie szczepionek i szczepienie się nimi w jednym miejscu.

Dłuższa droga do szczepień zalecanych

Na razie pacjenci, chcąc się poddać szczepieniom zalecanym, powinni najpierw pójść do lekarza po receptę na szczepionkę, wykupić ją w aptece, a następnie w przenośnej lodówce lub torbie termicznej zabrać ją do domu i do czasu wizyty u lekarza przechowywać ją w lodówce. Ale to tylko teoria, bo w praktyce nie w każdej przychodni zostaną taką szczepionką zaszczepieni. Dlaczego?

– Rodzi się pytanie, czy pacjent jest w stanie zapewnić odpowiednie warunki przechowywania szczepionki kupionej w aptece. W żadnej ustawie nie jest przecież napisane, że pacjent jest ogniwiem „zimnego łańcucha”. Nie jest pracownikiem medycznym, osobą, która bierze pełną odpowiedzialność za warunki, ja-

kich jest przechowywana i transportowana – tłumaczy Jacek Krajewski.

Nie mogąc się pozbyć tych wątpliwości, 18 maja br. zarząd Federacji „Porozumienie Zielonogórskie” zalecił zrzeszonym w niej lekarzom, by wykonywali wyłącznie szczepienia obowiązkowe, z użyciem ampułek dostarczanych do przychodni przez stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Potrzebna inicjatywa

Mecenas Paulina Kieszkowska-Knapik z kancelarii Baker & McKenzie proponuje, by szczepienia zalecane nazwać „utrudnianymi, niefinansowanymi szczepieniami zalecanymi”. – Wątpliwości regulacyjne i finansowe, które się wokół nich piętrzą, są dla mnie kompletnie niezrozumiałe. Nie chodzi przecież o to, by szczepienie zalecane było bezpłatne, ale by było dostępne – mówi Paulina Kieszkowska-Knapik. Według niej trzeba opracować taki model, aby koszt szczepionki był jak najniższy dla pacjenta i żeby mogła być ona jak najszybciej i najbezpieczniej podana. – Nie ma podstawy prawnej do wymuszania trybu kupowania szczepionki w aptece – dodaje.

W drugiej połowie lipca doszło do spotkania przedstawicieli Federacji „Porozumienie Zielonogórskie” z ministrem zdrowia Ewą Kopacz. Powrócono na nim do niezrealizowanych zapisów ubiegłorocznego porozumienia, m.in. dotyczących szczepień.

– Nasze zdania na temat regulacji prawnych dotyczących szczepień zalecanych jest odmienne. Pani minister stoi na stanowisku, że nic nie stoi na przeszkodzie, abyśmy mogli je wykonywać na dotychczasowych zasadach. Ale my jesteśmy przeciwnego zdania. Nie chcemy łamać przepisów, dlatego postanowiliśmy wystąpić z inicjatywą ustawodawczą w sprawie zmiany art. 68 ustawy Prawo farmaceutyczne, która sprawi, że w gabinetach lekarskich również będzie mógł się odbywać obrót szczepionkami zalecanymi – poinformował nas Jacek Krajewski.

3 sierpnia do kancelarii marszałka Sejmu trafiła propozycja zmiany ustawy przygotowana przez Komitet Obrony Szczepień powołany przez „Porozumienie Zielonogórskie”. ☉

Ile na leczenie?



W przyszłym roku wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne mają wzrosnąć o ponad 3,6 mld zł (6,27 proc.) w porównaniu z rokiem bieżącym.

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK

Z 51 do 52 zł wzrosnie cena jednego punktu w leczeniu szpitalnym. W stacjonarnej opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień cena za punkt ma zostać podwyższona do mi-

nimalnej wartości 10 zł. Zyska na tym 11 województw, bo w pięciu pozostałych już w tym roku stawki były nieco wyższe (od 10,18 do 11,50 zł za punkt). – W tych województwach, gdzie cena jest wyższa niż 10 zł, nie za-

mierzamy jej obniżyć – wyjaśnił prezes NFZ Jacek Paszkiewicz podczas wspólnej konferencji prasowej z ministrem Ewą Kopacz, zorganizowanej 11 sierpnia w Ministerstwie Zdrowia. Dodał też, że podobna zasada będzie dotyczyła również innych zmian planowanych w przyszłym roku.

Więcej dostaną zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze – 75 zł za osobodzień (w tym roku w zależności od województwa fundusz płaci od 66,50 do 78,10 zł). Do poziomu 4400 zł podwyższona zostanie minimalna stawka bazowa w szpitalnych oddziałach ratunkowych. – Spowoduje to zasadnicze zmiany w finansowaniu, bo np. tzw. stawka wynikowa, czyli stawka bazowa korygowana o wartość współczynników zależnych od infrastruktury i aktywności SOR-u, dla niektórych województw znacząco wzrośnie. Przykładowo dla województwa świętokrzyskiego o 37 proc., a dla lubuskiego o 21 proc. – stwierdził Jacek Paszkiewicz.

Od września br., w związku z podniesieniem do poziomu 2,0 współczynników korygujących stawkę kapita-

cyjną w grupie dzieci do szóstego roku życia oraz osób powyżej 65 lat, do podstawowej opieki zdrowotnej zostanie skierowany dodatkowy strumień pieniędzy. Według wyliczeń NFZ do końca roku będzie to kwota 62 mln zł, natomiast w przyszłym roku – 186 mln zł.

Nie ma się co łudzić, że w trzecim roku obowiązywania nowego algorytmu podziału środków dojdzie do wyrównania dysproporcji regionalnych. Nadal będą one widoczne, choć – jak podkreśliła minister Ewa Kopacz – zostaną „bardziej spłaszczone”. Najmniej na wzroście wydatków na leczenie zyskają dwa największe regiony – Mazowsze (więcej o 2,2 proc.) i Śląsk (+4,6 proc.). Natomiast najbardziej powinni odczuć ten wzrost mieszkańcy województw lubuskiego (+9,2 proc.), kujawsko-pomorskiego (+9 proc.), Małopolski (+8,9 proc.) i Wielkopolski (+8,7 proc.). Średnio na leczenie jednego ubezpieczonego NFZ wyda w przyszłym roku 1635 zł, najwięcej na Mazowszu – 1764 zł, a najmniej w województwie warmińsko-mazurskim – 1534 zł. ●

R E K L A M A

Za mało na zdrowie

Finansowanie ochrony zdrowia było tematem przewodnim drugiej części debaty o systemie opieki zdrowotnej którą zorganizowano w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku.

ROMAN BUDZIŃSKI

Debata odbyła się 8 lipca. Jako pierwszy głos zabrał wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Romuald Krajewski, który w syntetycznym skrócie przedstawił oczekiwania samorządu lekarzy i lekarzy dentystów wobec systemu ochrony zdrowia. Opierając się na treści stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej i krajowych zjazdów lekarzy, podkreślił dążenia naszego samorządu do respektowania praw i podmiotowości pacjenta oraz zapewnienia właściwych prawnych, finansowych i systemowych warunków do pracy lekarzom.

Wprowadzeniem do dyskusji był również wykład dr. Krzysztofa Kuszewskiego z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Podjął on próbę odpowiedzi na pytania, czy w Polsce nakłady na system ochrony zdrowia są wystarczające i jaka powinna być optymalna struktura budżetu na opiekę zdrowotną w państwach obszaru UMIC (Upper Middle-Income Countries).

Dodatkowe ubezpieczenia

Posel Marek Balicki przedstawił argumenty za i przeciw wprowadzeniu ubezpieczeń dodatkowych i współpłaceni za usługi medyczne przez pacjentów. Szczegółowo omówił dotychczasowe prace legislacyjne i różne punkty widzenia na temat ubezpieczeń dodatkowych. Przypomniał, że już teraz w niewielkim zakresie funkcjonują one w Polsce, jednak ich rola w skali wszystkich

środków w systemie zdrowia w Polsce jest niewielka. Problemem jest także brak należytej regulacji prawnej dotyczącej ubezpieczeń dodatkowych. Zarówno w wersji suplementarnej, jak i komplementarnej mogłyby one stanowić zagrożenie dla konstytucyjnie zagwarantowanej równości dostępu do świadczeń zdrowotnych. Ich potencjalna korzyść dla systemu nie jest więc wcale oczywista. Wypowiadając się na temat koncepcji współpłacenia za

Rozwój systemu ochrony zdrowia wymaga wieloletniego, spójnego i opartego na naukowych podstawach planu.

wybrane świadczenia medyczne, poseł Balicki oparł się na różnych przykładach i stwierdził, że może ona pełnić, oczywiście pod kilkoma warunkami, pożyteczną rolę regulacyjną.

Zdrowie i ekonomia

Zawartość nowych dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących finansowania systemów zdrowia na świecie i w Europie oraz wyniki metaanalizy efektywności sektora publicznego i prywatnego przybliżył uczestnikom debaty Tomasz Zdrojewski. Korzystając z wła-

snych doświadczeń uczestnika wielu narodowych i międzynarodowych programów badawczych oraz grup eksperckich, w niebanalny sposób przedstawił, zaskakujące niekiedy zależności, na przykład między ekonomią systemu zdrowia a wskaźnikami zdrowotnymi, a także między dochodami poszczególnych krajów a długością życia. Opierając się na tego typu statystykach, Tomasz Zdrojewski dowiódł, że rozwój systemu ochrony zdrowia wymaga wieloletniego, spójnego i opartego na naukowych podstawach planu.

Po krótkiej przerwie głos zabrała prof. Stanisława Golinowska, ekonomista i wybitny ekspert w dziedzinie ekonomiki zdrowia. Czerpiąc z bogatych doświadczeń, wyniesionych z polskich i międzynarodowych projektów i badań, przedstawiła własne przemyślenia na temat prawidłowości oraz mechanizmów finansowania systemu zdrowotnego. W ujęciu ekonomicznym zdrowie jest, jak podkreśliła, jednym z najważniejszych dóbr społecznych. Zdawanie się w jego ochronie wyłącznie na mechanizmy rynkowe jest błędem, ponieważ bez właściwej regulacji ze strony państwa te mechanizmy zawodzą.

Dyskusję otworzył dr Adam Kozierkiewicz, ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia, który drogą teletransmisji z Warszawy przedstawił ewolucję systemów finansowania zdrowia w Polsce oraz swoją opinię na temat koncepcji finansowania systemu zdrowia zorientowanego na osiągnięte rezultaty, efektywność i rosnącą jakość. W dyskusji głos zabierali wykładowcy oraz pozostali zaproszeni goście: prezes NRL Maciej Hamankiewicz, członek sejmowej Komisji Zdrowia Jan Kulas oraz członkowie władz samorządowych województwa.

Na zakończenie spotkania wyrażono życzenie, by idea organizacji trzech części debaty była kontynuowana. ●

Badania przesiewowe słuchu u dzieci w Polsce

* Nowoczesna audiologia i otolaryngologia, które zaliczane są do medycyny prewencyjnej, dysponują obecnie wieloma możliwościami niesienia pomocy pacjentom z zaburzeniami lub uszkodzeniami słuchu.

HENRYK SKARŻYŃSKI, KRZYSZTOF KOCHANEK



Aby jednak w pełni wykorzystać te możliwości, zaburzenia bądź uszkodzenia słuchu należy wykrywać we wczesnej fazie. Stąd też ogromnego znaczenia nabierają programy przesiewowe pod kątem wczesnego wykrywania wad słuchu. W optymalnym systemie opieki zdrowotnej badania przesiewowe słuchu powinny być prowadzone nie tylko w okresie noworodkowym lub niemowlęcym, ale również w kolejnych latach życia dziecka. W ten sposób mogą być wykrywane zarówno wrodzone, jak i nabyte wady słuchu. Rozporządzenie ministra zdrowia z 22 października 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 208, poz. 1376) nakłada obowiązek oceny słuchu począwszy od okresu noworodkowego i niemowlęcego, aż do ukończenia 13. roku życia.

Dwa programy, wspólny cel

W Polsce prowadzone są od wielu lat dwa niezależne programy, które wzajemnie się uzupełniają:

- program powszechnych badań przesiewowych słuchu u noworodków, prowadzony z wielkim sukcesem od 2002 r. przez Fundację „Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy”, którego celem jest wykrywanie wrodzonych zaburzeń słuchu. Dzięki temu programowi wykrywane są głębokie ubytki słu-

Wraz z wiekiem zwiększa się odsetek dzieci z różnymi problemami słuchu.

chu u 1-2 noworodków na tysiąc nowo narodzonych dzieci. W realizację tego programu zaangażowane są głównie środowiska neonatologów, pediatrów, audiologów i otolaryngologów. Sygnatariuszem europejskiego konsensusu dotyczącego powszechnych badań przesiewowych słuchu u noworodków, który został podpisany w Mediolanie w 1998 r., był prof. Henryk Skarżyński.

- programy badań przesiewowych słuchu u dzieci w wieku szkolnym (7-12 lat), których celem jest wykrycie nabytych zaburzeń słuchu typu przewodzeniowego, odbiorczego lub centralnego, zaburzeń wrodzonych ujawniających się w okresie późniejszym oraz innych problemów związanych ze słuchem, jak np. szumy uszne. Realizacja tych programów umożliwia wykrywanie różnego rodzaju zaburzeń słuchu u co piątego dziecka. Są one realizowane od 1999 r., głównie przez zespół Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu we współpracy z różnymi organizacjami rządowymi i pozarządowymi oraz licznymi przedstawicielami środowisk otolaryngologów, audiologów, foniatrów, logopedów oraz pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych.

Wczesne wykrycie zwiększa szansę

Porównanie częstości występowania problemów związanych ze słuchem u noworodków i niemowląt oraz u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym wskazuje jednoznacznie, że wraz z wiekiem zwiększa się odsetek dzieci z różnymi problemami związanymi ze słuchem, które mogą mieć istotne znaczenie dla rozwoju dziecka i jego wyników nauczania. Wczesne wykrycie zaburzeń słuchu u tych dzieci daje szansę skutecznego wdrożenia odpowiedniej terapii i stworzenia dziecku odpowiednich warunków słuchowych dla rozwoju procesu komunikacyjnego.

W badaniach przesiewowych słuchu u noworodków stosowane są dwie metody badań obiektywnych: otoemisja akustyczna (OAE) oraz słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu (ABR). Analiza efektywności różnego rodzaju modeli badań przesiewowych wykazuje, że najbardziej optymalnym z ekonomicznego i praktycznego punktu widzenia jest model, w którym stosuje się łącznie obie metody. W Polsce badania przesiewowe słuchu u noworodków, którymi objęto już ponad 3 mln dzieci, oparte są aktualnie na modelu wykorzystującym metodę OAE.

W badaniach przesiewowych u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym stosuje się przede wszystkim metody audiometryczne. W ciągu ostatnich dziewięciu lat badaniami przesiewowymi słuchu objęto w Polsce ponad 600 tys. dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, z czego w ciągu ostatnich trzech lat prawie 300 tys. badań wykonano u dzieci ze środowisk wiejskich. Dla potrzeb badań przesiewowych u dzieci w tym wieku opracowano, przy znaczącym udziale Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, szereg unikalnych programów i urządzeń, które zostały nagrodzone podczas najważniejszych konkursów i targów walizeczności w kraju i za granicą.

Sukces Polski

Niewątpliwie realizacja obu programów badań przesiewowych słuchu stawia Polskę na pozycji jednego z liderów badań przesiewowych słuchu dzieci w różnym wieku nie tylko w Europie, ale również w świecie. Dowodem uznania wysokiej pozycji naszego kraju w zakresie badań przesiewowych słuchu u dzieci w wieku szkolnym jest fakt, że 22 czerwca br., podczas X Kongresu Europejskich

W badaniach przesiewowych u dzieci stosuje się głównie metody audiometryczne.

Towarzystw Audiologicznych – EFAS w Warszawie, z inicjatywy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu podpisano dwa konsensusy:

- w sprawie badań przesiewowych słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym (podpisany przez przedstawicieli 27 krajów stowarzyszonych w EFAS),
- dotyczący potrzeby prowadzenia badań przesiewowych słuchu, wzroku

i mowy w celu wyrównywania szans edukacyjnych u dzieci z zaburzeniami komunikacyjnymi (podpisany przez przedstawicieli europejskich towarzystw audiologicznych, okulistycznych, foniatrycznych oraz terapeutów mowy).

W wyrażonej publicznie opinii przedstawicieli Europy, Australii i USA oraz środowiska polskiego obecnego na kongresie EFAS, podpisanie obu konsensusów oznacza pełne poparcie krajów Europy dla polskiej inicjatywy i działań w zakresie badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy na forum Unii Europejskiej. Akty te stanowiły podstawę zaprezentowania przez nas europejskiego stanowiska w tym zakresie podczas nieformalnego spotkania ministrów zdrowia 5 lipca br. w Sopocie. Wyniki dotychczasowych badań oraz polska inicjatywa w zakresie badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy zostały pozytywnie i jednogłośnie przyjęte przez ministrów zdrowia krajów UE, co należy uznać za wielki sukces Polski. ☉

Henryk Skarżyński jest prof. dr. hab. med., dyrektorem Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, Krzysztof Kochanek jest prof. nadz. dr. hab. med. inż., sekretarzem naukowym Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

KOMENTARZ



Prof. dr hab. n. med. Grażyna Niedzielska, kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii UM w Lublinie:

Rozwój głosu i mowy wymaga prawidłowego funkcjonowania narządów zmysłu, przy czym narząd słuchu odgrywa kluczową rolę. W zależności od stopnia niedosłuchu rozwój mowy może być opóźniony, zaburzony, a przy całkowitej głuchocie niemożliwy do osiągnięcia. Ponieważ proces ten odbywa się w dzieciństwie, a „złoty rozwój mowy” przypada na okres przedszkolny, ocena narządu słuchu wydaje się być niezbędna w jak najwcześniejszym okresie życia dziecka. Program przesiewowych badań słuchu u niemowląt i małych dzieci spełnia te oczekiwania. Badania prze-

siewowe słuchu w okresie niemowlęcym pozwalają rozpoznać wrodzoną głuchotę pochodzenia genetycznego i niegenetycznego. Wiadomo, że we wczesnym dzieciństwie, a nawet w okresie okołoporodowym istnieje wiele przyczyn prowadzących do wystąpienia niedosłuchu w późniejszym okresie życia dziecka, również istotnym dla jego prawidłowego rozwoju. Badania przesiewowe słuchu dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym uzupełniają program badań przesiewowych w okresie noworodkowym. Zatem pozwalają na leczenie i rehabilitację niedosłuchu celem zapewnienia prawidłowego rozwoju dziecka. Niewydolność oddechowa, pobyt niemowlęcia w oddziale intensywnej terapii zwiększają poziom ryzyka wystąpienia głuchoty odbiorczej. Ryzyko to jest określane jako 10-20 razy większe niż w normalnej populacji. Wydaje się logiczne, iż ryzyko powstania niedo-

słuchu postępującego o opóźnionym początku może być przeoczone w rutynowym badaniu skryningowym. Szczególnym obciążeniem dla grupy pacjentów OIT wydaje się być niewydolność oddechowa, mechaniczna wentylacja o wysokiej częstotliwości, nadciśnienie płucne. Są pewne dowody, że u dzieci urodzonych przedwcześnie istnieje większa podatność na działanie leków ototoksycznych. Wiele wirusów od dawna jest uważanych za uszkadzające struktury ucha wewnętrznego, np. wirus świnki, ospy wietrznej, odry, różyczki, CMV, opryszczki, adenowirusy. Infekcje wirusowe i bakteryjne, które są chorobami wieku dziecięcego, uważa się za wiodące w powstawaniu głuchoty. Uważam, że nagromadzenie tak wielu przyczyn powstawania niedosłuchu w okresie wczesnodziecięcym uzasadnia w pełni prowadzenie badań przesiewowych słuchu w wieku przedszkolnym i szkolnym.

Da Vinci skazany na ja

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK



For: Arcanum WSK



Robot został zakupiony w ramach grantu Funduszu Nauki i Technologii Polskiej Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. To najnowocześniejsza wersja da Vinci – z konsolą sterowniczą, za pomocą której chirurg kieruje czterema interaktywnymi ramionami wyposażonymi w kamerę endoskopową i narzędzia chirurgiczne, które mogą kopiować ruchy ludzkiej ręki. Łatwo nimi manipulować i co nie mniej ważne, są w stanie dotrzeć do najbardziej niedostępnych miejsc, takich jak zmiany nowotworowe w miednicy małej czy guzy w okolicy podstawy czaszki. Dzięki trójwymiarowemu, przestrzennemu obrazowi dziesięciokrotnie powiększonego po-

8,5 mln zł kosztował robot da Vinci Si, którym operowani są chorzy na nowotwory w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu. Jednak gdyby nie sponsorzy, urządzenie byłoby bezużyteczne, bo NFZ nie finansuje chirurgii robotowej.

la operacyjnego oraz systemowi redukcji drżeń ręki chirurga, operacje z użyciem robota wykonywane są z niebywałą precyzją. Taką, jakiej nie da się uzyskać w żadnej innej metodzie leczenia chirurgicznego.

Dokumentowanie wyników

Po co Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego sfinansowało szpitalowi tak drogi sprzęt? – Dostaliśmy go

Operacja przy użyciu robota jest korzystniejsza dla pacjenta. Wiąże się z mniejszym bólem pooperacyjnym, lepszym gojeniem się ran, krótszym pobytem w szpitalu i szybszym powrotem do zdrowia.

po to, by przeprowadzać operacje i porównać wyniki leczenia chorych na nowotwory trzema metodami: klasyczną, laparoskopową i laparoskopową przy asyście robota chirurgicznego – tłumaczy „GL” prof. Wojciech Witkiewicz, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu – Ośrodka Badawczo-Rozwojowego, prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Robotowej.

Zanim wrocławscy chirurdzy przystąpili do operacji z użyciem robota, zostali przeszkoleni w zagranicznych ośrodkach specjalizujących się w chirurgii robotowej – we Włoszech, Belgii i Szwecji. Przy pierwszych operacjach, które wykonali w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, w grudniu 2010 r., asystowali im światowej sławy chirurdzy – profesorowie Giuseppe Spinoglio z Włoch, Alex Mottrie z Belgii i Jan Persson ze Szwecji. Do końca lipca br. we wrocławskim ośrodku robot był wykorzystywany 42 razy. Znalazł zastosowanie w ginekologii, urologii, chirurgii ogólnej i naczyniowej. Operowano nim jelito grube, odbytnicę i nadnercza, usuwano pęcherzyk żółciowy, gruczoł krokowy, macicę i śledzionę, a choremu z zespołem Leriche’a wszczepiono protezę aortalno-dwuudową. Lekarze zgromadzili wystarczająco dużo materiału, aby móc ocenić wyniki leczenia z zastosowaniem różnych metod.

– Operacja w asyście robota da Vinci jest znacznie korzystniejsza dla pa-

łmużnę

cjenta. Wiąże się dla niego z mniejszym bólem pooperacyjnym, lepszym gojeniem się ran, krótszym pobytem w szpitalu i szybszym powrotem do zdrowia – podkreśla prof. Witkiewicz. Według niego, na podstawie dotychczasowych doświadczeń śmiało można powiedzieć, że jest to metoda niezastąpiona w przypadku operacji raka prostaty, macicy i niskiego *rectum*. W wielu krajach niemal całkowicie wyparła już inne metody. Ponadto robot poprawia wyniki leczenia raka jelita grubego, nerki, żołądka, trzustki. Znajduje zastosowanie w torakochirurgii, kardiochirurgii i laryngologii.

Koszyk bez robota

Na świecie roboty da Vinci są wykorzystywane już od 10 lat. W samych tylko Stanach Zjednoczonych jest ich 1344, a wszyscy rezydenci z chirurgii obowiązkowo muszą przejść szkolenie z chirurgii robotowej. W Europie łącznie pracuje 330 takich urządzeń, najwięcej we Włoszech (56), Niemczech (50) i Francji (46). Ale roboty mają też kraje byłego bloku wschodniego, m.in. nasz najbliższy południowy sąsiad Czechy oraz Rumunia, gdzie zakupiono po dziewięć takich urządzeń. W Polsce nie mamy się czym pochwalić –

mamy tylko jeden robot, na dodatek nie w pełni wykorzystywany.

– Moglibyśmy wykonywać trzy operacje dziennie, a wykonujemy tylko jedną, dwie w tygodniu – skarżą się chirurdzy z wrocławskiego szpitala. Wszystkie przeprowadzone przez nich do tej pory operacje zostały sfinansowane z grantów naukowych i przez sponsorów. Od pacjentów publicznym szpitalom opłat pobierać nie wolno, bo zakazują im tego obowiązujące przepisy, a NFZ nie refunduje operacji z wykorzystaniem robota.

– W koszyku świadczeń gwarantowanych nie ma takiej procedury, a fundusz płaci tylko za to, co się w nim znajduje – informuje „GL” Joanna Mierzwińska, rzeczniczka prasowa Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Nietrudno się domyślić, dlaczego operacje z użyciem robota nie zostały umieszczone w wykazie świadczeń i procedur zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Są droższe od tych, które przeprowadza się pozostałymi metodami. Przykładowo, usunięcie prostaty metodą klasyczną kosztuje około 5 tys. zł, laparoskopową około 8 tys. zł, a przy użyciu robota około 25 tys. zł.

– Koszt jednostkowy operacji z użyciem robota rzeczywiście jest wyższy – przyznaje prof. Witkiewicz. Ale w ogólnym rozrachunku, gdyby wziąć pod uwagę wszystkie koszty, również ponoszone przez ZUS (hospitalizacja po operacji, leczenie powikłań pooperacyjnych, rehabilitacja, absencja cho-

Wszystkie przeprowadzone do tej pory operacje zostały sfinansowane z grantów naukowych i przez sponsorów. Narodowy Fundusz Zdrowia nie zrefundował ani jednej.

robowa itd.), to paradoksalnie jest ona tańsza. – Podczas operacji robotowej chory nie traci krwi, zużywa mniej leków, szybciej wraca do sprawności i aktywności zawodowej – wylicza prof. Witkiewicz, powołując się również na opinię prof. Motttrie, który dokładnie obliczył koszty operacji z zastosowaniem robota. Operację prostatektomii wyceniono w Belgii na 8400 euro. Jednak po odliczeniu kosztów, jakie ponosi szpital i pacjent po operacji przeprowadzonej metodą tradycyjną, operacja z zastosowaniem robota okazuje się być tańszą i najefektywniejszą opcją.

Na Zachodzie tworzone są centra, w których operuje się tylko z użyciem robotów i wówczas procedura ta jest bardziej opłacalna. Centra są jednocześnie ośrodkami, w których odbywają się szkolenia dla chirurgów chcących operować z zastosowaniem robota. U nas, we Wrocławiu, również istnieje możliwość szkolenia specjalistów w tej dziedzinie, bez potrzeby organizowania kosztownych wyjazdów zagranicznych. Obecnie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Chirurgii Robotowej, powstaje centrum szkoleniowe. Najbliższe warsztaty dla chirurgów z całej Polski zaplanowano na połowę września br. Będzie to już trzeci cykl szkoleń z udziałem specjalistów z USA, organizowanych przez prof. Wojciecha Witkiewicza. Weźmie w nim udział 20 chirurgów.

Niestety, Narodowego Funduszu Zdrowia, co potwierdziła nam również Joanna Mierzwińska, nie obchodzi, jaką metodą jest przeprowadzana operacja. Najważniejsze, by była jak najtańsza, bo w dobie kryzysu, kiedy brakuje pieniędzy na wszystko, trzeba liczyć się z każdą złotówką. ●

KOMENTARZ

Marszałek obiecał pomoc

Lekarze z Wrocławia kompletują dokumentację dla Agencji Oceny Technologii Medycznych. Mają nadzieję, że operacje z użyciem robota otrzymają pozytywną rekomendację i będą refundowane. – Do tego czasu Ministerstwo Zdrowia mogłoby je finansować, tak jak kiedyś przeszczepy, a teraz zastawki aortalne wszczepiane przez tętnicę udową – mówią, nie kryjąc rozczarowania. Na razie pomoc finansową zadeklarował marszałek województwa dolnośląskiego Rafał Jurkowlaniec. We wrześniu do kasy szpitala powinien wpłynąć 1 mln zł. Wystarczy na kilkadziesiąt operacji (koszt jed-

nej wynosi, w zależności od jej rodzaju, od 5 do 25 tys. zł bez amortyzacji). – Uznaliśmy, że skoro mamy takie supernowoczesne i jedyne w Polsce urządzenie, które może pomóc pacjentom i zmniejszyć ich cierpienie, to powinno pracować, a nie stać – powiedział „GL” marszałek Jurkowlaniec, który obiecał również pomoc w rozmowach dyrekcji szpitala z Ministerstwem Zdrowia w sprawie objęcia refundacją operacji robotowych. – Dajemy sobie czas do końca roku na przekonanie ministerstwa i NFZ do korzyści, jakie mogą one przynieść systemowi opieki – dodaje Rafał Jurkowlaniec.

O receptach raz jeszcze

Poprzedni artykuł dotyczył możliwości „powtarzania” recept z pominięciem osobistego kontaktu z pacjentem. W tym wyjaśniamy nowe zasady wystawiania recept na leki refundowane.

JUSTYNA ZAJDEL

Uchwalona 12 maja 2011 r. Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zwana dalej UoRL (Dz.U. 2011 r., nr 122, poz. 696), reguluje podstawowe zagadnienia związane z nowymi zasadami wystawiania recept przez osoby uprawnione, a także zasady, na jakich będą mogły odbywać się kontakty lekarzy i innych osób uprawnionych do wystawiania recept z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego i medycznego oraz kwestie zamiany produktów leczniczych przepisanych na receptę przez apteki. Ustawa zacznie obowiązywać 1 stycznia 2012 r., z wyjątkiem ściśle określonych przepisów, które weszły w życie 14 dni od dnia jej ogłoszenia (przepisy wymienione w art. 86 ust. 1) lub wejdą w życie 1 lipca 2012 r. (dotyczy przepisów wymienionych w art. 86 ust. 2).

Zacznijmy od definicji. Przez osobę uprawnioną należy rozumieć: lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej UoŚSP); lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera, z którymi NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych; lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera posiadającego prawo wykonywania zawodu, który faktycznie nie wyko-

nuje zawodu, ale zawarł z funduszem umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (art. 2 pkt 14 UoRL). Zgodnie z art. 48 ust. 8 UoRL w przypadku wypisania recepty nieuzasadnionej względami medycznymi, niezgodnej z uprawnieniami posiadanymi przez



Autorka jest adiunktem w Zakładzie Prawa Medycznego UM w Łodzi

pacjenta lub wypisania recepty niezgodnie ze wskazaniami określonymi w odpowiednich obwieszczeniach, osoba uprawniona do wystawiania recept będzie miała obowiązek zwrócić równowartość kwoty należnej refundacji wraz z ustawowymi odsetkami.

Kiedy receptę należy uznać za wystawioną mimo braku uzasadnio-

nych względów medycznych?

O wystawieniu recepty mimo braku uzasadnionych względów medycznych będzie można mówić w sytuacji, gdy osoba uprawniona wypisze receptę mimo braku przesłanek przema-

Za nieprawidłowe wypisanie recepty lekarz będzie musiał zwrócić równowartość kwoty należnej refundacji wraz z ustawowymi odsetkami.

wiających za zastosowaniem określonego leku lub innego produktu w świetle aktualnych wskazań wiedzy medycznej. Merytoryczne uzasadnienie przepisania refundowanego leku/productu musi zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta. Lekarz lub felczer mogą zostać zobowiązani do zwrotu kosztów refundacji również wówczas, gdy wystawią receptę na lek refundowany w związku z chorobą, która nie była wcześniej diagnozowana lub specjalistyczny lek refundowany w przypadku, gdy pacjent nie był konsultowany przez właściwego specjalistę.

W celu pełniejszego wyjaśnienia omawianej kwestii poniżej zamieszczono przykłady, które uzasadniają zwrot kwoty refundacji przepisanego leku.

PRZYKŁAD 1. Lekarz wypisał receptę na lek refundowany, mimo że pacjent nie był nigdy wcześniej diagnozowany ani też leczony z powodu choroby, dla której dedykowany jest przepisany lek.

PRZYKŁAD 2. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wypisał receptę na refundowany lek neurologiczny pacjentowi, który nigdy wcześniej nie był konsultowany przez specjalistę neurologa.

PRZYKŁAD 3. Lekarz psychiatra przepisał swojemu małżonkowi lek refundowany na dolegliwości alergiczne, chociaż nie leczył się on wcześniej z tego powodu, ani też nie doszło do postawienia wstępnej diagnozy przez specjalistę alergologa.

Kiedy recepta będzie uważana za wystawioną niezgodnie z uprawnieniami pacjenta?

Powyższa sytuacja dotyczy będzie recept wystawionych osobom nieubezpieczonym, które nie są uprawnione do pobierania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Lekarz lub osoba przez niego upo-

¹⁾ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 27.08.2004 r., tj. Dz.U. 2008 r., nr 164, poz. 1027, ze zm.

ważniona będzie miał obowiązek zweryfikowania aktualności dokumentu ubezpieczenia, a nie faktycznego istnienia lub braku uprawnień w zakresie pobierania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W przypadku, gdy recepta zostanie wystawiona osobie nieposiadającej aktualnych uprawnień do korzystania ze świadczeń finansowanych z środków publicznych, fundusz będzie mógł żądać zwrotu kwoty refundacji na przepisany lek.

UWAGA! Jeżeli dokument ubezpieczenia zostanie podrobiony albo przerobiony przez pacjenta lub inną osobę, co doprowadzi lekarza do błędnego przekonania, że pacjent posiada prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, fundusz nie będzie mógł żądać zwrotu nienależnej refundacji (art. 49 ust.9 UoRL).

Recepta wystawiona osobie nieubezpieczonej bez prawa do pobierania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, zostanie uznana za wystawioną niezgodnie z uprawnieniami pacjenta.

Należy podkreślić, że pacjent ma obowiązek okazać dokument ubezpieczenia na prośbę lekarza lub osoby zatrudnionej w miejscu, gdzie pobiera świadczenia zdrowotne. W przypadku braku dokumentu lub odmowy jego okazania, pacjent ponosi pełną (100-proc.) odpłatność za świadczenie, a w przypadku, gdy posiada szczególne uprawnienia (np. jest inwalidą wojennym, honorowym krwiodawcą), nie może z nich skorzystać. Kiedy recepta będzie wystawiona niezgodnie ze wskazaniami określonymi w obwieszczeniach ministra ds. zdrowia?

Przez obwieszczenie należy rozumieć akt prawny wydawany przez ministra ds. zdrowia, który określa wykazy refundowanych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

Obwieszczenie określa m.in. kategorię dostępności refundacyjnej, poziom odpłatności, urzędową cenę zbytu, cenę detaliczną, wysokość limitu finansowania, wysokość dopłaty świadczeniobiorcy, grupę limitową oraz termin wejścia w życie decyzji o objęciu refundacją.

PRZYKŁAD 1. Recepta została wystawiona z błędnie określonym poziomem odpłatności. Osoba, która wystawiła receptę może zostać zobowiązana do zwrotu części kosztów refundacji.

PRZYKŁAD 2. Po upływie 35 dni od wykonania planowego zabiegu alloplastyki całkowitej stawu biodrowego doszło do żylnego powikłania zakrzepowo-zatorowego. Lekarz wypisał receptę na lek refundowany w ramach prewencji pierwotnej. W takiej sytuacji lekarz może zostać zobowiązany do zwrotu kosztów refundacji, ponieważ leki refundowane w ramach prewencji pierwotnej przysługują pacjentom jedynie w ciągu 30 dni od dnia przeprowadzenia zabiegu (§1 pkt 46 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością z 22.12.2010 r. (Dz.U. 2010 r., nr 253, poz. 1699).

UWAGA! Do zwrotu kosztów refundacji zobowiązana będzie bezpośrednio osoba, która wypisała receptę, a nie świadczeniodawca, który zatrudnia osobę uprawnioną (lekarza, lekarza dentystę, felczera). Oznacza to, że nawet, jeżeli umowa z NFZ zostanie zawarta przez zakład opieki zdrowotnej, NZOZ lub grupową praktykę lekarską, odpowiedzialność za nieprawidłowo wystawioną receptę poniesie bezpośrednio osoba, która ją wystawiła.

Podsumowując, obowiązek zwrotu przez lekarza równowartości kwoty nienależnej refundacji wraz z odsetkami zaistnieje jedynie w przypadkach wymienionych w art. 48 ust. 8 UoRL. Dla „odpowiedzialności” nie będzie miało znaczenia, czy do wystawienia recepty doszło w wyniku świadomego działania osoby uprawnionej do wystawiania recept, czy też działania nieumyślnego (lekkomyślności, niedbalstwa, niezajomości prawa). ☉

Przełomowy rok 2011

* Ograniczenia chemioterapii w leczeniu raka wynikają przede wszystkim z toksyczności.

MAREK GARBACZONEK

Przyczyną ogromnego postępu w leczeniu przeciwnowotworowym są w dużej mierze innowacyjne terapii celowane, dodawane do różnych schematów chemioterapii cytotoksycznej lub stosowane w monoterapii.

Innowacyjne leki i badania kliniczne

Guz złośliwy danego narządu nie jest jednorodną grupą chorób. W zależności od cech jakościowych komórek nowotworowych – obecność specyficznych mutacji w obrębie wybranych genów lub zwiększona liczba receptorów na powierzchni błony komórkowej – poszczególne podtypy raka mogą różnić się rokowaniem i metodami leczenia. Jednym z przykładów może być rak piersi z nadekspresją receptora HER2. Ten podtyp nowotworu, rozpoznawany u co piątej chorej na raka piersi, charakteryzuje się złym rokowaniem, a leczony jest z zastosowaniem m.in. trastuzumabu – przeciwciała monoklonalnego skierowanego przeciwko receptorowi HER2, nieskutecznego gdyby zastosować go w leczeniu chorych na inny podtyp raka piersi. Dzięki badaniom klinicznym i innowacyjnemu lekom w codziennej praktyce onkologicznej wiedza na temat ich skuteczności jest

coraz większa, np. cetuksymabu w leczeniu chorych na raka jelita grubego czy raka głowy i szyi oraz erlotynibu i gefitynibu, stosowanych w leczeniu chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca. Ich dobroczynne działanie nie uwidacznia się w przypadku każdego podtypu nowotworu i w przypadku każdej kombinacji terapeutycznej. Różne, często nieprzewidywalne odpowiedzi na to leczenie zmuszają przemysł farmaceutyczny do poszukiwań czynników związanych z chorobą i pacjentem, które mogą zagwarantować większą efektywność. Prowadzenie badań klinicznych w wybranej populacji chorych na nowotwór z odpowiednim profilem molekularnym, może przyspieszyć proces rejestracji nowych leków i zapobiec przedwczesnemu odrzuceniu tego preparatu, który nigdy nie wykaże zadowalającej skuteczności w badaniu uwzględniającym całą populację chorych.

Postęp w leczeniu

Ten model działania sprawdził się w przypadku czerniaka i mutacji BRAF. W 2002 r. naukowcy wykazali, że w co najmniej 50 proc. przypadków

czerniaka, nowotwór wykazuje mutację V600E dotyczącą kinazy BRAF. Co więcej, jest to mutacja bardzo specyficzna – występuje aż w 95 proc. wszystkich przypadków mutacji tej kinazy. W związku z powyższym postanowiono przyrzeć się możliwościom terapeutycznym ukierunkowanym właśnie na ten cel molekularny. Podczas tegorocznego kongresu ASCO (American Society of Clinical Oncology) przedstawiono wyniki badania III fazy, oceniającego skuteczność i bezpieczeństwo vemurafenibu w populacji chorych na czerniaka ze wskazaną wcześniej mutacją. Blisko połowa chorych odpowiedziała na leczenie, podczas gdy w ramieniu kontrolnym jedynie co osiemnasta osoba.



Autor jest lekarzem i menedżerem ds. komunikacji medycznej w Roche

Czerniak, to nowotwór o dużej dynamice wzrostu zachorowalności przede wszystkim w populacji kaukaskiej. Jednym z powodów takiego stanu jest coraz większa ekspozycja na czynniki

ryzyka, takie jak promieniowanie UV. W zaawansowanym stadium czerniak jest jednym z najszybciej postępujących nowotworów litych. Mediana czasu przeżycia oscyluje pomiędzy 6. i 10. miesiącami. Od ponad 30 lat nie odnotowano znaczącego postępu w wydłużeniu życia chorych na ten nowotwór. Leczenie systemowe z uwzględnieniem immunoterapii oraz chemioterapii przynosi jakkolwiek korzyść tylko u 10-15 proc.

Prof. dr hab. ANDRZEJ MACKIEWICZ – Uniwersytet Medyczny w Poznaniu i Wielkopolskie Centrum Onkologii



Rok 2011 uznany został za przełomowy i otwierający nową erę terapii czerniaka. Ipilimumab (Yervoy) pierwszy raz w historii rozwoju terapii tej choroby wykazał zysk leczniczy w postaci wydłużenia prze-

życia chorych. Wskazuje to na potencjał nieswoistej aktywniej immunoterapii nowotworów. Następnym etapem rozwoju będzie opracowanie swoistej aktywniej immunoterapii czerniaka, czego już dokonano w przypadku hormonu-opornego raka stercza (w 2010 r. FDA zarejestrowała pierwszą swoistą te-

rapeutyczną szczepionkę rakową). Od 10 lat prowadzi się poszukiwania celów dla terapii drobnymi cząsteczkami. W bardzo zaawansowanych fazach badań klinicznych są dwa różne preparaty skierowane na zmutowany w komórkach czerniaka gen BRAF. Obie inhibitory BRAF indukują niespotykane dotychczas w czerniaku odpowiedzi kliniczne i istotnie wydłużają chorym życie. Na tych obserwacjach kończy się nasza dzisiejsza wiedza, jednak niosą one za sobą nadzieje na postęp. Powyższe strategie leczenia skierowane są do wyselekcjonowanych grup chorych. Inhibitory BRAF powinny być stosowane u chorych, u których występują mutacje (ok. 50 proc.). Obser-

wujemy jednak znaczne zróżnicowanie częstości ich występowania w różnym wieku (częste między 20-30 rokiem, rzadkie między 70-80). Dla Yervoya nie znamy jeszcze biomarkerów. Leczenie Yervoy związane jest u niektórych chorych z zespołem nadwrażliwości i związanych z nim działań niepożądanych. Efekt terapii inhibitorami BRAF jest przejściowy, gdyż szybko obserwuje się oporność na leczenie. Finalnie nie będzie to lek, który wyleczy czerniaka, a odległych działań ubocznych jeszcze nie znamy. Otwarty pozostaje problem tzw. leczenia uzupełniającego (po chirurgicznym). Tutaj dopatruje się miejsca dla terapeutycznych szczepionek czerniakowych.

pacjentów z chorobą rozsianą, a jeszcze mniej doświadcza korzyści mających wpływ na poprawę czasu przeżycia. Jednak śmiertelność z powodu tego nowotworu zmniejsza się, co jest zasługą poprawy diagnostyki oraz leczenia wczesnych postaci choroby. W tej fazie rozwoju nowotworu szerokie wycięcie zmiany pozostaje najlepszą opcją terapeutyczną. Dakarbazyna jest jedynym chemioterapeutycznym zarejestrowanym do leczenia chorych na zaawansowaną postać czerniaka, który podobnie jak immunoterapia interferonem ma swoje ograniczenia, wynikające przede wszystkim z toksyczności ogólnoustrojowej oraz niewielkiej skuteczności.

Terapia personalizowana

Kierunek w rozwoju leków stosowanych w terapii chorych na czerniaka wpisuje się w nową erę w onkologii: leczenia, w którym decyzje terapeutyczne podejmuje się na podstawie indywidualnego profilu genetycznego. Efektem tego jest znacząca poprawa skuteczności dostępnych metod leczenia oraz ograniczenie niepotrzebnego narażania chorych na działanie leków cytotoksycznych. Jest to kolejny krok w kierunku urzeczywistnienia medycyny personalizowanej. ●



W ostatnim roku mamy do czynienia z ogromnym postępem w terapii jednego z najmniej podatnych na leczenie systemowe nowotworów – czerniaka. Lek, pomi-

mo odmiennego mechanizmu działania okazały się być skuteczne w terapii tego nowotworu. Ipilimumab – przeciwciało monoklonalne w wyniku nieswoistej, gwałtownej aktywacji mechanizmów immunologicznych po raz pierwszy wydłużył przeżycie całkowite chorych na uogólnionego czerniaka. Należy również podkreślić, że u około 25 proc. chorych obserwuje się długotrwałe przeżycia (ponad 3 lata) bez aktywnej choroby. Zaobserwowana skuteczność kliniczna ipilimumabu wpłynęła na reaktywację (po ponad dekadzie zwątpienia) koncepcji immunoterapii jako potencjalnie skutecznej strategii systemowego leczenia nowotworów. Pomimo, wysokiej toksyczności (u wielu chorych lek wywołuje nasilone reakcje autoimmunologiczne) ipilimumab na pewno znajdzie swoje miejsce w praktyce klinicznej w II linii leczenia chorych na zaawansowanego czerniaka, o ile jego cena ulegnie znaczącej redukcji. Aktualnie koszt terapii dla jednego chorego został wyceniony na około 320 tys. złotych. W przypadku ipilimumabu istotny problem stanowi również brak zdefiniowanych czynników predykcyjnych. Niestety nie opracowano jak do tej pory żadnych biomarkerów umożliwiających wskazanie chorych, którzy odniosą korzyść z zastosowanego leczenia.

W odróżnieniu od ipilimumabu, dla vemurafenibu nie tylko zdefiniowano czynnik predykcyjny, ale również opracowano i zwalidowano metodę diagnostyczną. Mutacja V600E genu kodującego kinazę BRAF jest zaburzeniem genetycznym obserwowanym w ponad 50 proc. przypadków czerniaka. Mutacja ta powoduje nieustanną aktywację kinazy BRAF, co prowadzi do aktywacji licznych procesów wewnątrzkomórkowych warunkujących złośliwy fenotyp komórki nowotworowej. Zahamowanie aktywności zmutowanej kinazy BRAF umożliwiło uzyskanie obiektywnych odpowiedzi klinicznych u połowy chorych na uogólnionego czerniaka z mutacją V600E, ale praktycznie u wszystkich chorych dochodziło do zmniejszenia rozmiarów ognisk przerzutowych. Wydłużenie czasu przeżycia całkowitego i wolnego od progresji chorych leczonych vemurafenibem wobec placebo zostało stwierdzone na podstawie analizy etapowej (po wystąpieniu 50 proc. zgonów). Na ostateczne ustalenie wpływu inhibitora BRAF na czas przeżycia chorych trzeba będzie jeszcze poczekać. Inhibitor BRAF to kolejny, skuteczny lek w terapii zaawansowanego czerniaka. Vemurafenib jest przykładem prawdziwej terapii personalizowanej, stosowanej wyłącznie u chorych, którzy mają realną szansę na odniesienie korzyści z leczenia. Indywidualizowana terapia jest bezdyskusyjnie przyszłością onkologii, a zdefiniowanie biomarkerów o znaczeniu predykcyjnym pozwala nie tylko zwiększyć skuteczność poszczególnych leków i znacząco ograniczyć ogólny koszt terapii onkologicznych.



Czerniaki skóry ze względu na lokalizację i stosunkową łatwość rozpoznania w unikalny sposób pozwalają na wczesną identyfikację ogniska pierwotnego, a przez to na całkowite wyleczenie.

Właściwe i wczesne leczenie chirurgiczne pierwotnego ogniska nowotworu (oraz postępowanie z regionalnymi węzłami chłonnymi, jak biopsja węzła wartowniczego) stanowią najistotniejsze elementy umożliwiające wyleczenie. Wskaźniki 5-letnich przeżyć wynoszą we wczesnych postaciach czerniaka 60-90 proc. oraz 20-70 proc. i 5-10 proc. w stadium regionalnego zaawansowania i uogólnienia. Niezadowalające wyniki leczenia chorych w IV stopniu zaawansowania i brak nowych terapii prowadziły do swego rodzaju nihilizmu terapeutycznego. Przełomowe wydają się ostatnie lata. Postępy w terapii uogólnionego czerniaka wiążą się z dwoma mechanizmami: immunoterapią nieswoistą, za pomocą przeciwciał monoklonalnych anti-CTLA4 hamujących ogólnoustrojowe mechanizmy immunosupresji w celu indukcji odpowiedzi przeciwnowotworowej

oraz leczeniem ukierunkowanym molekularnie za pomocą inhibitorów szlaków BRAF/MEK. Ipilimumab (Yervoy) zarejestrowany w tym roku w Europie do leczenia chorych na przerzutowe czerniaki wykazał w badaniach wydłużenie przeżyć całkowitych, przy niewielkim odsetku odpowiedzi. Korzyść z leczenia choroby odnosią dopiero po 3-4 miesiącach, ale pozwala on na uzyskanie u około 20 proc. chorych długotrwałej, wieloletniej remisji. Korzystne wyniki terapii ipilimumabem obserwowano we wszystkich grupach chorych – obecnie brakuje czynników predykcyjnych skuteczności tej terapii, jednak bezwzględnie do tej terapii należy kwalifikować chorych w bardzo dobrym stanie sprawności. Problemem przy terapii ipilimumabem są działania niepożądane związane z autoimmunizacją (irAE; immune-related adverse events), gdyż III-IV stopień toksyczności (zapalenie skóry, zapalenie jelita grubego, zapalenia wątroby, endokrynopatie: zapalenie tarczycy i zapalenie przysadki) obserwowano u ponad 20 proc. chorych. Postęp w leczeniu ukierunkowanym zaawansowanego czerniaka wiąże się z odkryciem, że w 50-70 proc. czerniaków skóry, powstających w miejscach nienarażonych na długotrwałe działanie

promieni słonecznych, obserwuje się mutacje somatyczne genu BRAF. W próbach klinicznych jest kilka selektywnych inhibitorów kinazy BRAF i MEK. Opublikowane w 2011 r. wyniki rejestracyjnego badania III fazy z vemurafenibem w I linii u wyselekcjonowanych chorych na przerzutowe czerniaki z mutacją BRAF wykazały odpowiedzi na leczenie wynoszące 48,4 proc. w grupie leczonej tym inhibitorem BRAF, jak również znaczącą poprawę przeżyć wolnych od progresji i przeżyć całkowitych. Problemem w tej terapii jest toksyczność skóra. Inhibitory BRAF w wyselekcjonowanej grupie chorych na zaawansowane czerniaki (z mutacją BRAF potwierdzoną zwalidowanym testem) powodują w krótkim czasie odpowiedzi i kontrolę nowotworu u większości chorych poddanych leczeniu. Jednocześnie długość trwania odpowiedzi jest ograniczona w związku z pojawianiem się mechanizmów oporności (mediana czasu trwania odpowiedzi wynosi 6,7 miesiąca), prawdopodobnie więc będą to leki z wyboru u chorych objawowych o dużej masie nowotworu przed rozpoczęciem leczenia ipilimumabem lub też będą przedmiotem przyszłych badań w terapii skojarzonej (z ipilimumabem lub inhibitorami MEK).

Bezpieczeństwo preskrypcji

Niezależnie od tego, czy nam się to podoba czy nie, dochodzi do klientelizacji medycyny.

KRYSZYNA KNYPL

Nadzór nad ordynacjami lekowymi na kolejnych etapach ich realizacji jest niedoskonały. To sprawa złożona i w wielu krajach poszukuje się skutecznych zabezpieczeń, w które zaangażowane są różnorakie mechanizmy. Tymczasem dla organizatorów polskiego systemu ochrony zdrowia najlepszym rozwiązaniem wszystkich niedociągnięć są kontrole i kary nakładane na lekarzy, którzy nie spełniają wybuchających wymagań urzędniczych. Wymagania te rozwijają się w niezwykłym tempie, a pomysłowość kontrolerów nie ma końca.

Oto dowiaduję się z jednego z newsletterów medycznych, że wymyślono nową możliwość ukarania nas w związku z wystawianiem recepty refundowanych. Jak wiadomo, w razie zatrudnienia w NZOZ niemającym kontraktu na usługi medyczne wystawiamy recepty refundowane na podstawie indywidualnych umów z NFZ. Ekipy kontrolerów ruszyły do analizowania takich ordynacji i podobno spotykają się z odmowami wglądu do dokumentacji

lekańskiej. Orzekają więc, że dokumentacji nie ma i obarczają lekarzy wystawiających recepty „kosztami nienależnej refundacji”. Osobiście skłonna jestem przypuszczać, że NFZ deleguje do kontroli osoby nieuprawnione do wglądu w dokumentację medyczną i dlatego spotykają się one z odmowami udostępnienia historii chorób. Nadawcy newslettera radzą, aby podpisując umowę z NZOZ niemającym kontraktu z NFZ, lekarze zadbali o odpowiednią treść umowy, gwarantującą udostępnianie dokumentacji siłom kontrolnym NFZ. Tymczasem meritum oraz bezpieczeństwo ordynacji są poza kręgiem zainteresowań.

Recepta elektroniczna

Wprowadzenie elektronicznego systemu naszych ordynacji ślimaczy się niebywale, a z lektury doniesień prasowych wynika, że najwięcej sukcesów w tej materii mają różne grupy przeciwników takiego rozwiązania. Na marginesie warto odnotować, że kompleksowa informatyzacja systemu ochrony zdrowia jest realizowana zdumiewająco wolno. Chyba tylko budowa dróg i modernizacja kolei w naszym kraju odbywa się bardziej opieszale.

Choć elektroniczne bazy danych nie są systemem doskonałym, praktycznie nie ma odwrotu od takiego dokumentowania wszystkich praktycznie dziedzin życia. Amerykańskie badania przeprowadzone przez Karen C. Nanji i wsp. z Bostonu na 3850 elek-

tronicznych receptach, opublikowane online 29 czerwca br. w „Journal of the American Medical Informatics Association”, wykazały, że taka metoda preskrypcji też nie jest wolna od błędów. Stwierdzono je w średnio 11,7 proc. przypadków, przy czym częstość występowania wahała się od 5,1 do 37,5 proc., w zależności od systemu komputerowego.

Niewątpliwie komputerowa edycja recepty znacznie ogranicza błędy związane z nieczytelnym wypisywaniem, jednak nie usuwa ryzyka popełnienia pomyłki na etapie wydawania leku z apteki oraz zażywania go przez pacjenta. Pomyłka polegająca na błędnym wydaniu leku bardzo często jest związana z nieprawidłowo odczytaną nazwą. Nie zawsze tekst czytany jest właściwie rozumiany, np. pacjenci w 40 proc.

nie rozumieją tego, co czytają, a w 30 proc. rozumieją to tylko w niewielkim stopniu.

Skróty i mylące nazwy

Oprócz czytelnego pisania zaleca się unikanie skrótów, które mogą być mylnie zinterpretowane. Skróty są plagą współczesnej komunikacji medycznej. Jeżeli dodamy do tego jednoczesne używanie terminów łacińskich, angielskich i polskich, to efektem jest zaszifrowany język medyczny znany tylko jego autorowi. Często przyczyną błędów są mylące nazwy leków – raporty FDA podają, że 10 proc. pomyłek wynika z podobieństwa w nazewnictwie.

Poważny wpływ na bezpieczeństwo kuracji mają leki przyjmowane z innych powodów, w tym także te, które są stosowane przez pacjenta bez wiedzy lekarza. Szeroka dostępność leków bez recepty, nachalna ich reklama pełna podstępnych słówek, potrafią skuć niejednego, a co dopiero cierpiącego i szukającego szybkiej pomocy



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem

Kompleksowa informatyzacja systemu ochrony zdrowia jest realizowana zdumiewająco wolno.

Chyba tylko budowa dróg i modernizacja kolei w naszym kraju odbywa się bardziej opieszale.

człowieka. Jeżeli dodamy do tego powszechne przekonanie, że „naturalne” to synonim czegoś lepszego, zrozumiały staje się zapał pacjentów do popijania ziółek i mikstur z nich sporządzanych. Niezależnie od charakteru i pochodzenia leku, każdy z nich musi zostać metabolizowany i może wpływać na toczące się przemiany innych leków zażytych przez chorego.

Kondycja lekarza

Wśród czynników wpływających na bezpieczeństwo preskrypcji nie można pominąć kondycji ordynującego – zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Podlegamy tym samym prawom natury co nasi pacjenci, choć oni często są przekonani, że jest inaczej. Tak samo możemy być zdenerwowani, zmęczeni, niewyspani, zdekoncentrowani czy przepracowani. Każda z okolicz-

Podlegamy tym samym prawom natury co nasi pacjenci, choć oni często są przekonani, że jest inaczej.

ności osłabiających stan naszego skupienia na wydawanym zleceniu może prowadzić do różnego rodzaju przykrych konsekwencji.

Nikt nie rozculi się nad lekarzem, który powodowany wybujałym poczuciem obowiązku będzie pracował bez końca. Nie należy oczekiwać najmniejszych okoliczności usprawiedliwiających, gdy ze zmęczenia popełnimy błąd. Reakcją otoczenia będzie suche stwierdzenie „przecież jest lekarzem i wiedział, co robi”. Nikt nie dziękuje zmęczonym lekarzom za ich poświęcanie się ponad siły, lecz każdy, gdy tylko zdarzy się możliwość, zauważy, że narażali oni pacjenta na uszczerbek na zdrowiu.

Zbadanie pacjenta

Choć dyskusja nad tym, czy można wypisać receptę bez zbadania pacjenta trwa i mamy co miesiąc nowe interpretacje płatnika, często charakteryzujące się zmiennością regionalną, to

otacza nas rzeczywistość taka, że nie zawsze warto odstępować od zasady. W sytuacjach oczywistych, takich jak dawno niewidziany czy zgola nieznany pacjent, nie należy ulegać czarowi prośb. W wypadku naszych stałych pacjentów z przewlekłymi schorzeniami, które są ustabilizowane, warto pamiętać o sporządzeniu krótkiej notatki o ich samopoczuciu. Gdy pacjenci zwracają się do mnie z prośbą o przedłużenie recepty na leki hipotensyjne, zawsze pytam o aktualne wartości ciśnienia krwi i odnotowuję uzyskane informacje w historii choroby.

Tylko niezbędne leki

Współczesny świat lubi szybkie i spektakularne akcje. Zapotrzebowanie na błyskotliwy sukces nie omija również medycyny. Najeść się do woli, a potem łyknąć cudowną tabletkę – to marzenie nastawionego na konsumpcję współczesnego człowieka. Producenci leków często sugerują w telewizyjnych reklamach, że jest to możliwe. No, ale po drodze jest jeszcze lekarz. Oczywiście tę drobną przeszkodę też da się pokonać, trzeba tylko poinformować owego lekarza, żeby wiedział, co ma robić.

Wysłuchanie pacjenta jest ważną częścią naszej pracy, jednak wybór i ostateczna decyzja co do sposobu terapii zawsze należy do lekarza. Życie nie jest programem telewizyjnym i nie możemy dawać się podświadomie wciskać w jedną z ról, jaką zapisał nam producent leku, który przebrał się za reżysera reklamy.

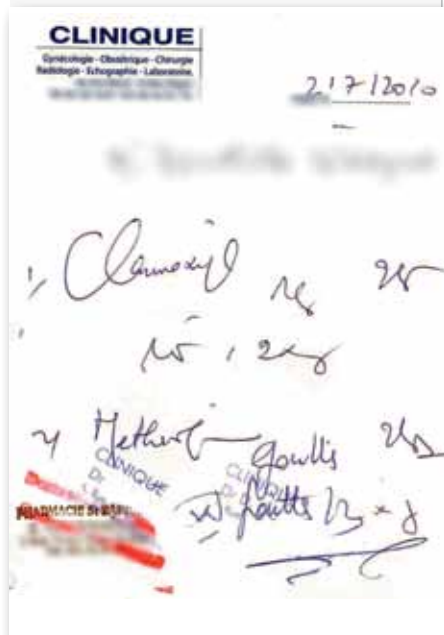
Reklamy potrafią zmylić nawet najbardziej czujnych ludzi. Dwuznaczne słowa, niedopowiedzenia, działanie na emocje – to najbardziej typowe metody wpływania na konsumenta. Niezależnie od tego, czy nam się to podoba czy nie, dochodzi do coraz większej klientelizacji medycyny. Spora część oczekiwań zgłaszanych w naszych gabinetach związana jest z oddziaływaniem reklam na pacjentów o klientelistycznym nastawieniu, co też może wpływać na bezpieczeństwo preskrypcji.

Jak widać bezpieczeństwo preskrypcji to złożone zagadnienie, na które wpływa wiele czynników zależnych od nas samych, ale także od pacjenta, producenta leku, organizatora

ochrony zdrowia, a nawet reżysera reklam lekowych. Z pewnością Koledzy mają własne przemyślenia na temat tego, jak powinniśmy dbać o bezpieczeństwo preskrypcji. Zapraszam oraz zachęcam do podzielenia się swoimi sposobami na coraz trudniejsze czasy. Czekam na Wasze listy i maile. ☉

ROZSZYFRUJ RECEPTĘ

Nie spodziewałam się, że po opublikowaniu zagadki z nr. 7/2011 napłyną takie ciekawe propozycje rozwiązań. Wiele osób sugerowało, że napisane jest słowo „Biała”. Natomiast dr Bogusław Lenard uważa, że słowo, które było do odgadnięcia to „Biruta”, napisane przez zacho-
chanego wielbiciela. Uzasadnił to tak: „Nie ma imienia Biurta, ale jest imię Biruta (imieniny 5 lutego). (...) W emocjach literówka oczywista”. Ten mini-mural, który pokazałam na fotografii, jest więc prawdopodobnie wyznaniem uczuć dla pięknej Biruty, która zawiadła sercem graficjarza. Podobna mi się takie wytłumaczenie. Jest jednocześnie wiarygodne, pogodne i wakacyjne. I dlatego dr Bogusław Lenard zostaje naszym kolejnym laureatem. Czekam na adres pocztowy oraz informacje o specjalizacji. Powracamy do zagadki. Mam wrażenie, że w ich rozszyfrowaniu dużą rolę odgrywa element domysłu na podstawie dobrze znanych medycznych realiów. Gdy więc pokazałam receptę z innego kraju, nadeszło znacznie mniej rozwiązań. Nie zrażam się tym jednak i dziś także zagraniczna recepta.
Czekam na rozwiązania pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl



Tylko nie do szpitala

Na hasło „szpital” i „operacja” większość Polaków reaguje panicznym strachem.

Czy to znaczy, że nie ufamy nowoczesnej medycynie, czy też warunki w szpitalach są tak złe, że lepiej je omijać szerokim łukiem?

LUCYNA KRYSIAK

Problem jest złożony, bo mimo że – jak wynika z badania TNS OBOP przeprowadzonego na zlecenie firmy Philips – 83 proc. pacjentów stara się unikać hospitalizacji jak ognia, to w razie poważnych kłopotów ze zdrowiem ponad połowa i tak szuka pomocy w szpitalu. Nie jest więc tak źle z postrzeganiem szpitali w systemie leczenia.

Ziółka i pigułka

Tyle że aż 45 proc. pacjentów liczy, że wyzdrowieje bez interwencji chirurga lub innych szpitalnych terapii. Wierzą, że wyleczą się, pijąc ziółka bądź zażywając parafarmaceutyki, a także ogólnie dostępne leki przeciwbólowe, przeciw przeziębieniu i poprawiające trawienie. Popularnością cieszą się zwłaszcza leki ziołowe usprawniające stawy, pamięć i koncentrację oraz środki nasenne i uspokajające. Osoby starsze częściej sięgają po zioła, młodsze wolą parafarmaceutyki w postaci pigułek. 48 proc. badanych jest przekonanych o skuteczności akupunktury i innych niekonwencjonalnych metod leczenia.

Dr Jacek Wasilewski, adiunkt kulturoznawstwa Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej i Dziennikarstwa Uniwersytetu Warszawskiego, uważa, że dzieje się tak, ponieważ wśród Polaków wciąż jest głęboko zakorzenione przeświadczenie, że choroba występuje wtedy, gdy daje o sobie znać poprzez objawy, a nie kiedy można ją wykryć badaniami laboratoryjnymi

lub diagnostyką obrazową. To częściowo tłumaczyłoby niechęć do leczenia szpitalnego. Częściowo, bo aż 93 proc. ankietowanych chciałoby, aby w miejscu ich zamieszkania lub w okolicy był szpital, ponieważ dostępność zamkniętego leczenia zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Jak zatem pogodzić niechęć do leczenia szpitalnego z tymi oczekiwaniami?

Powiatowe szpitale bardziej przyjazne

W innym badaniu TNS OBOP, określającym stosunek pacjentów do szpitali powiatowych (przeprowadzono je w maju 2011 r. w województwie dolnośląskim), 76 proc. ankietowanych oceniło działalność tych placówek pozytywnie. Argumentem na „tak” jest dla nich możliwość uzyskania w nich szybkiej i profesjonalnej pomocy. 21 proc. badanych oceniło je wręcz bardzo dobrze. Prawie 50 proc. badanych zna pracujący w nich personel, 67 proc. ma do niego zaufanie, a 64 proc. wysoko ocenia jego zaangażowanie w pracę i skupienie na potrzebach pacjenta. Wyniki tego badania pokazały więc, jak ważne z punktu widzenia mieszkańców i lokalnych społeczności jest istnienie małych szpitali powiatowych.

Szpitala powiatowe to według respondentów miejsca, gdzie przyjmują specjaliści i można liczyć na kompleksową diagnostykę, z której korzystają nie tylko hospitalizowani pacjenci, ale wszyscy mieszkańcy. Najwięcej osób

(87 proc.) uważa, że likwidacja szpitala powiatowego utrudniłaby dostęp do lekarzy specjalistów i badań lekarskich. 92 proc. uznało, że zasadne jest inwestowanie w szpitale tego szczebla. Ankietowani mieszkańcy województwa dolnośląskiego deklarują, że w razie zachorowania w pierwszej kolejności zgłosiliby się do swojego szpitala powiatowego. Inicjator badań – Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych – zastrzega, że zlecając to badanie, chciało poznać niezależną opinię na ten temat.

Poproszony o ocenę wyników ankiet dr Tomasz Sobierajski, socjolog z Uniwersytetu Warszawskiego, uważa, że szpitale powiatowe są blisko ludzi, przez co stają się bardziej przyjazne niż liczące po tysiąc i więcej łóżek molochy. Są więc jednym z elementów budowania więzi w społecznościach lokalnych na poziomie powiatu. Badanie przeprowadzono wśród 300 mieszkańców województwa dolnośląskiego w wieku powyżej 18 lat. Daje ono odpowiedź na pytanie, co trzeba zmienić, aby Polacy przestali się bać szpitali. Sugeruje, że należy budować małe szpitale dla lokalnych społeczności, które będą przedłużonym ramieniem POZ. Dzięki temu łatwiej będzie zapewnić kompleksową opiekę medyczną nad pacjentem.

Czego się obawiają

Badanie Health Barometre, przeprowadzane w 2009 r. w sześciu państwach Unii Europejskiej (Niemcy, Francja, Włochy, Wielka Brytania, Szwecja i Polska), nie pozostawia złudzeń – tylko jeden na 10 polskich pacjentów jest zadowolony z opieki medycznej. Większość boi się, że będzie musiała miesiącami czekać na łóżko szpitalne, że zabraknie lekarzy specjalistów, a w szpitalu zostaną czymś zainfekowani. Okazuje się, że obawy te nie są bezpodstawne. Zakażenia szpitalne dotyczą oficjalnie około 5 proc. hospitalizowanych, jednak Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie

Zdrowia uważa, że w rzeczywistości ulega im 10-12 proc., a w niektórych szpitalach nawet blisko 20 proc. wszystkich leczonych.

Jak wynika z badania Health Barometre, rocznie w Polsce odnotowuje się od 2,5 do 3 tys. skarg na błędy w sztuce lekarskiej. To dowód na to, że w czasie hospitalizacji można poważnie zachorować. Szpitale bronią się przed ponoszeniem odpowiedzialności za tego rodzaju zdarzenia. Ich dyrektorzy twierdzą, że pracują w trudnych warunkach, często w mocno okrojonych zespołach, bo wielu lekarzy wyjeżdża za granicę, a kontrakty, które podpisuje z nimi NFZ, to „kontrakty biedy”.

Z danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wynika, że jest w tym wiele racji. Na tysiąc mieszkańców przypada u nas niespełna pięć pielęgniarek, podczas gdy w Europie wskaźnik ten wynosi osiem na tysiąc osób. W wielu szpitalach dramatycznie brakuje anestezjologów, lekarze i pielęgniarki muszą pracować

w warunkach ciągłych niedoborów finansowych. Na Zachodzie roczny budżet szpitala to 300-400 mln euro, u nas 200-250 mln zł. Aby więc pacjenci przestali bać się szpitala, potrzebne są również pieniądze. Tymczasem w Polsce nakłady na ochronę zdrowia oscylują wokół 6 proc. PKB, co plasuje nas nawet za Bułgarią (7,7 proc. PKB) czy Węgrami (7,8 proc. PKB).

Jak na szpital przystało

Jest takie powiedzenie: „Nie ma ludzi zdrowych, są tylko niezdiagnozowani”. Choć to żart, w mentalności Polaków funkcjonuje przeświadczenie, że to prawda. Najlepszym dowodem na to, jaki stosunek mają pacjenci do szpitala i badań diagnostycznych jest fakt, że słabo reagują na zaproszenia na badania profilaktyczne. Wciąż pokutuje w nich przekonanie, że jeśli badanie coś wykryje i potrzebna będzie operacja, np. onkologiczna, to stan ich zdrowia może się pogorszyć.

Aby zmienić stosunek społeczeństwa do hospitalizacji i leczenia operacyjnego, trzeba równolegle z inwestowaniem w sprzęt, aparaturę i budynki zająć się edukacją. Jak na dobry szpital przystało, obok lekarzy i pielęgniarek w szpitalu powinni pacjentem zajmować się także psycholodzy, bo wszelkie lęki są trudne do wykorzenia zwykłą perswazją. Powinno się także uczyć lekarzy i pielęgniarek, jak rozmawiać z pacjentami i ich rodzinami, jak informować ich o stanie zdrowia, przebiegu leczenia, rokowaniach, ewentualnych powikłaniach i zagrożeniach.

Badanie TNS OBOP wskazuje, że dla co najmniej 25 proc. hospitalizowanych nawet wklucie wenflonu czy wykonanie badania USG to ogromny stres. Może więc także lekarz pierwszego kontaktu lub specjalista wystawiający skierowanie do szpitala powinien pacjenta przygotować na tego rodzaju leczenie. ☉



Foto: B. Dwojtek

Żyjąc pod namiotem, czyli piękny sen o młodości

Parafrazując słowa znanej piosenki: jak co roku w Mucznem znów zaczął się hucznie nasz kolejny rajd (Rajd Górski Służby Zdrowia Bieszczady 2011).

ANNA SIEMIANOWSKA, MARIA SZUBER

Spiewem, tańcem i grzańcem w tym cudownym miejscu zaklinamy czas. To już po raz jedenasty nasza lekarska brać (i nie tylko) spotkała się w Mucznem, ażeby tam właśnie rozbić namiot. Miłośnicy Bieszczadów ciągnęli tłumnie z najodleglejszych krańców Polski. Zjechało się ich 140, reprezentując 12 izb lekarskich. W sporej części uczestnicy spotykają się co roku, ale przybywają też nowe twarze.

Tradycyjna bieszczadzka pogoda powitała nas trzema deszczowymi dniami (potem było już tylko słońce), ale kojący szum deszczu padającego na namiot to najwspanialsza melodia dla lubiących pospać. Rajdowicze w czasie deszczu nigdy się nie nudzą, więc zwiędzali cerkiewki, testowali najnowsze modele BMW, śpiewali rajdowe piosenki i zbierali grzyby, które w tym

roku dopisały wyjątkowo. Codzienne piesze wędrowki po bieszczadzkich szlakach wieczorami uzupełniały spotkania z „bieszczadnikami”, warsztaty „koralikowe”, filmy o bieszczadzkich niedźwiedziach, konkurs „Jaka to melodia?”, występ „Wołosatek”, gawędy Adriana Wiśniowskiego, leśnika z Cisnej nominowanego do tytułu Mistrza Mowy Polskiej, konkursy fotograficzny i rysunkowy, turnieje sportowe. Rajdowicze nigdy się nie nudzi, zwłaszcza w tak pięknym miejscu i w tak znakomitym towarzystwie.

Osiem dni minęło jak piękny sen, a rajdowicze z pewnością wrócą pod namiot, żeby dotknąć natury, wrócić wspomnieniami do pięknych czasów młodości, gdzie nie samochód i łóżko, ale plecak i namiot były podstawowymi atrybutami turysty w Bieszczadach. Miejsmy nadzieję, że sen znów się spełni. ☉

Kajakiem po serce Ani

ARTUR BIEL

Warto było stoczyć walkę z pogodą, żeby pomóc Fundacji Radia Zet w zbiórce pieniędzy na skomplikowaną operację serca małej dziewczynki.

W dniu wypłynięcia nie zdawaliśmy sobie jeszcze sprawy, że kiepska pogoda – przeciwny wiatr, zimno i fale – to zaledwie rozgrzewka przed tym, co będzie nas czekać dalej. Po kilku godzinach nasza średnia prędkość zamiast spodziewanej 10 km/h nie chciała przekroczyć 6 km/h. Mimo że wiosłowaliśmy z prądem, to natychmiast po odłożeniu wiosła wiatr cofał nas pod prąd z prędkością – jak wskazywał nasz GPS – 2 km/h. Już wtedy zdaliśmy sobie sprawę, że Wisła nie odda nam się po dobroci.

O północy motorówka asekuracyjna WOPR ugrzęzła na mieliźnie i od tej pory zostaliśmy sami na zupełnie czarnej w nocy rzece. Padający deszcz bardzo utrudniał nawigację, a wiry spowodowały, że w pewnym momencie nie byliśmy już nawet pewni, czy wiosłujemy we właściwą stronę.

Po 15 godzinach wiosłowania na zimnie i w mokrej odzieży Renata zobaczyła w wodzie kobietę-topielca w identycznym jak nasz kapoku...

Nad ranem, z sześciogodzinnym opóźnieniem, dopłynęliśmy do Płocka. Zaraz po „wypełnieniu” z kajaka dopadł mnie nagły atak skurczów mięśni spowodowany hipotermią – był tak silny, że nie mogłem się samodzielnie rozebrać ani napić gorącej herbaty. Z pomocą przyszedł nam szef ekipy technicznej Sylwester Jaworski, który przez cały czas wyprawy niczym cień podążał za nami, dbając o nasze bezpieczeństwo.



Po czterech godzinach snu i ciepłym śniadaniu obolali wsiedliśmy z Renatą do kajaka tylko po to, żeby przekonać się, że pogoda nie odpusci nam nawet na chwilę. Kolejnym etapem wyprawy było przepłynięcie zalewu przy zaporze we Włocławku. Ponad metrowej wysokości fale sprawiły, że ten 15-kilometrowy odcinek zamienił się w walkę o utrzymanie stabilności naszego sportowego kajaka. Szybki posiłek na zaporze i dzięki uprzejmości jej dyrekcji zostaliśmy prześluzowani. W nocy dotarliśmy do Torunia, gdzie czekał nas kolejny nocleg.

W trzeciej dobie natrafiliśmy na wiatr, który według wskazań meteo osiągnął 25 m/s i sprawił, że ledwo posuwaliśmy się do przodu. Towarzyszył nam cały dzień i noc, kiedy to ledwie żywi dobiliśmy z wielogodzinnym opóźnieniem do Grudziądza. U Renaty zaczęło się nasilać przeciążenie łokcia, uniemożliwiając jej przez kilka godzin wiosłowanie bez bólu.

WARTO WIEDZIEĆ

Naprzeciw wiatrom i falom

2 lipca br. dwoje kajakarzy – Renata Klekotko, studentka warszawskiej AWF i dr n. med. Artur Biel z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu WUM – wypłynęło z Warszawy, by w cztery doby pokonać 480-kilometrowy odcinek Wisły do Gdańska specjalnie skonstruowanym kajakiem sportowym. Za każdy przepłynięty kilometr sponsorzy zobowiązali się przekazać pieniądze Fundacji Radia Zet na operację półtorarocznej Ani z Wieliczki, która urodziła się z wadą serca.

Startując następnego dnia rano, zdaliśmy sobie sprawę, że nasze opóźnienie jest tak duże, iż ostatni etap musimy pokonać bez większych postojów. Jedzenie i picie ograniczaliśmy do niezbędnego minimum, potrzeby fizjologiczne załatwialiśmy z kajaka. O północy we wtorek byliśmy jeszcze 50 km przed celem. Wiosłując w nocy, walczyliśmy ze snem – w chwili wielkiej senności zażywaliśmy guaranę.

Dopływając do służy i wpływając na martwą Wisłę około 6 rano w środę, cieszyliśmy się, żartując, że „maraton” już za nami, a teraz czeka nas „runda honorowa po stadionie”. Srogo się jednak zawiedliśmy – wiatr, który nas tu przywitał nie miał sobie równych w ciągu całej wyprawy. Spowolnił tempo naszego płynięcia do 3 km/h!

Renatę złapał gwałtowny ból prawego barku, zamieniając każdy ruch w dramat. Na spokojną wodę kanału w Gdańsku wpłynęliśmy 40 minut przed upływem wyznaczonego czasu, a pod Żuraw przybyliśmy z zapasem 14 minut przed upływem zaplanowanej czwartej doby.

Mamy nadzieję, że walka, którą stoczyliśmy z pogodą, nie pójdzie całkiem w zapomnienie, a nagrodą będzie dla nas nowe, lepsze życie dla pewnej małej, chorej dziewczynki. ●

XVII MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W BRYDŻU SPORTOWYM

ODBEDĄ SIĘ W DNIACH 21-23 PAŹDZIERNIKA BR.

W WARSZAWIE, W CENTRUM KONFERENCYJNYM WP PRZY UL. ŻWIRKI I WIGURY 9/13. RÓWNOLEGLE BĘDĄ ROZGRYWANE XI MISTRZOSTWA MAZOWSZA W BRYDŻU SPORTOWYM. ORGANIZATORZY: KRZYSZTOF MAKUCH, TEL.: 608 200 190, KRZYSZTOFMAKUCH@HIPOKRATES.ORG; ALEKSANDER SKOP, TEL.: 604 267 343, SKALEK@POCZTA.ONET.PL

Regaty na Sasankach

* Mimo zmiennej pogody, tegoroczne mistrzostwa Polski radiologów-żeglarzy należy zaliczyć do bardzo udanych.



ANDRZEJ URBANIK

W Nowym Warpnie nad Zalewem Szczecińskim (Marina Skagen) odbyły się II Radiologiczne Mistrzostwa Polski w Żeglarskim. Tym razem w regatach wystartowało pięć załóg reprezentujących pięć oddziałów Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego: łódzki, małopolski, podkarpacki, pomorski i wielkopolski. Impreza odbyła się pod honorowym patronatem burmistrza Nowego Warpna. Regaty przeprowadzono 18 czerwca na wodach Zatok Nowowarpnieńskiej, przy zmiennej pogodzie. Słońce przeplatało się z zachmurzeniem i deszczem, wiatr miał si-

łę 2-3 stopni w skali Beauforta. Uczestnicy ścigali się na jachtach klasy Sasanka 660. Zorganizowano dla nich trzy biegi po klasycznym trójkacie i jeden długi, podwójnie punktowany. Regaty były połączone z uroczystością otwarcia w Nowym Warpnie Alei Żeglarzy, łączącej rynek miasta z portem. W bruk wmurowano pierwsze tablice na cześć słynnych polskich żeglarzy – kapitanów Krzysztofa Baranowskiego i Andrzeja Mendiagrała. Gościem honorowym uroczystości była kpt. Marta Szilajtis-Obiegło, najmłodsza Polka, która samotnie opłynęła kulę ziemską. To ona wręczyła dyplomy oraz puchar ufundowany przez

burmistrza Nowego Warpna dla najlepszej załogi. Po rozdaniu nagród rozpoczęła się impreza, w której udział wzięli mieszkańcy miasta i zaproszeni goście. Przy dźwiękach muzyki trwała szampańska zabawa. Ekipa Mariny Skagen pod wodzą szefa Jacka Łowińskiego zorganizowała dla uczestników regat i kibiców prawdziwą ucztę. Wspólne spotkanie przeciągnęło się do późnych godzin. Jednogłośnie ustalono, że następne regaty odbędą się w tym samym miejscu za rok (1-3 czerwca 2012 r.).

Wyniki: **I miejsce** (23 pkt) – Oddział Łódzki PLTR: Piotr Otulski (sternik), Ewa Rachlewska, Jakub Rychlewski, Jerzy Kowski, **II miejsce** (21 pkt.) – Oddział Małopolski PLTR: Ryszard Żeludziwicz (sternik), Bartosz Białczyk, Justyna Kozub, Wiesław Dąbrowski, **III miejsce** (13 pkt.) – Oddział Podkarpacki PLTR: Adrian Lenczyk (sternik), Janusz Dorocha, Daniel Dudek, Ziemowit Dudek, **IV miejsce** (9 pkt.) – Oddział Wielkopolski PLTR: Łukasz Matuszewski (sternik), Arleta Witkowska-Luczak, Magdalena Jakubowska, Paweł Borucki, **V miejsce** (8 pkt.) – Oddział Pomorski PLTR: Maciej Markuszewski (sternik), Joanna Niemunis-Sawicka, Zadam Zapaśnik, Bartosz Baścik

R E K L A M A



Reprezentacja polskich lekarzy, choć mniej liczna niż w latach poprzednich, odniosła wiele sukcesów.



Męska kawaleria w Las Palmas

Gospodarzem XXXII Mistrzostw Świata Medyków (World Medical and Health Games – WMHG) była stolica Gran Canarii – Las Palmas, która jest kandydatem do miana stolicy kultury europejskiej w roku 2016.

KRZYSZTOF MAKUCH

Jak co roku na początku lipca około 2 tys. medyków z niemal 40 krajów świata rywalizowało o medale w ponad 20 dyscyplinach. Reprezentacja polskich lekarzy, mniej liczna niż w latach poprzednich i po raz pierwszy bez pań, odniosła wiele sukcesów. Już w czasie uroczystości otwarcia mistrzostw, poprzedzonej paradą reprezentacji w historycznej części Las Palmas pamiętającej pierwszą wyprawę Krzysztofa Kolumba do Ameryki, nasi sportowcy wraz z rodzinami, ubrani w stroje w barwach narodowych, zostali zauważeni przez miejscowe media. Najważniejsze jednak, że byliśmy widocznymi na sportowych arenach.

Doskonałą formę zaprezentowali nasi lekkoatleci, poprawiając zeszłoroczny wynik z WMHG w Chorwacji. Siedem medali, w tym sześć złotych (skok w dal, wzwyż, 200 m, kula, oszczep, pięciobój) i srebro (100 m) zdobył Julian Pełka z Torunia, a jego wynik 5,32 m w skoku w dal był jednym z najlepszych we wszystkich grupach wiekowych (na rozgrywanych w tym czasie Mistrzostwach Świata Weteranów w Sacramento dałby mu złoty medal). Julek ma już w swoim dorobku 11 medali Mistrzostw Świata i Europy Weteranów i od 1998 r. pełni odpowiedzialne funkcje w Polskim Związku Weteranów Lekkiej Atletyki.

Dobłą formę utrzymali zeszłorocznymi medaliści: Zenon Krukowski z Międzyrzecza – dwa złote (oszczep i skok w dal) i dwa srebrne medale (dysk i kula), Stefan Madej z Sosnowca – trzy srebrne (kula, oszczep, dysk), Andrzej Kacała z Wielunia – srebro (skok wzwyż) i brąz (skok w dal), Konrad Bońda z Warszawy – srebro (kula), czwarte miejsce w oszczepie i piąte w dysku. Z pięcioma medalami: złotym (400 m), dwoma srebrnymi (200 m i pięciobój) oraz dwoma brązowymi (100 m i skok w dal) wrócił do Lublina Ryszard Siwek, a debiutujący w WMHG Włodzimierz Dłuziński z Pabianic ze złotem w dysku, srebrem w kuli i czwartym miejscem w oszczepie.

Fantastycznie zadebiutował Jarosław Grzelec z Gdańska, zdobywając trzy złote medale w biegu na 5 km, półmaratonie i morderczym triathlonie i pokonując o metr zeszłorocznego mistrza Jana Plaskacza z Rzeszowa.

10 medali wywalczyli nasi pływacy. Krzysztof Kawecki z Bydgoszczy zdobył ich sześć, w tym dwa złote (400 m dowolny i 100 m klasyczny), trzy srebrne (1500 m dowolny, 50 m motylkowy, 200 m zmienny) i brąz (50 m grzbietowy), a Jan Wilczek z Bytomia cztery: złoty (50 m motylkowym), dwa srebrne (100 m dowolnym i 50 m grzbietowym) oraz brązowy (200 m zmiennym).

W sportach rakietkowych nasi tenisiści stołowi zdobyli pięć medali: Andrzej Kapłon z Góry k. Leszna złoto w singlu i brąz w deblu z Francuzem, a Grzegorz Winkiel z Obornik Śląskich brąz w singlu oraz w deblu +45

Foto: Krzysztof Makuch



z Andrzejem Kacałą, który uzupełnił swoją kolekcję kolejnym brązem w mikście z Ukrainką Tatianą Voronową. W squashu złoto zdobył Rafał Drygański, a Krzysztof Makuch był czwarty, w badmintonie srebro w singlu oraz srebro z Anną Sekulą z Manchesteru zdobył Andrzej Lewszuk z Białegostoku. Anna, pracująca w komisjach bioetycznych w NHS, uzupełniła polski dorobek o złoto w singlu i deblu, poprawiając swój zeszłoroczny wynik.

Przez trzy dni, na położonym na zboczu wygasłego krateru wulkanicznego najstarszym polu golfowym (z 1891 r.) Bandama Golf, o medale rywalizowali nasi reprezentanci ze Szczecina, Lublina i Wrocławia. Swoją świetną formę z zeszłego roku potwierdzili szczecińscy stomatolodzy, zdobywając trzy medale najszlachetniejszego koloru. Czarek Turostowski (hcp 20,1) był niepokonany w grupie handicapowej 14,1-21, wygrywając w kategoriach brutto i netto, a Jurek Szymczak (hcp 24,0) w grupie 21,1-36 zdobył złoto w kategorii netto. Czarek i Jurek są graczami

Klubu Golfowego Binowo Park. Tradycyjnie z medalami wracają nasi judocy. Takim samym dorobkiem – złotem w swojej kategorii i brązowym medalem w kategorii open – zapisali się Maciej Niedźwiecki z Gdańska i Krzysztof Lejmanowicz ze Szczytna.

Za rok gospodarzem mistrzostw będzie turecki Stambuł. Warto już rozplanować treningi.

W sportach zespołowych tradycyjnie z medalami wracają siatkarze – ze srebrnym drużyna Polish Medical Chamber, w której weteranów: Aleksandra Pańko, Janusza Korfela, Mieczysława Eremiłowicza, Adama Jarzębowicza, Krzysztofa Makucha wspomagali dzielnie tenisiści stołowi Andrzej Kacała i Grzegorz Winkiel oraz lekkoatle-

ci: Włodek Dłużniński, Konrad Bońda i Zenek Krukowski. Brąz przypadł białostockim piłkarzom i był to świetny trening w drodze po złoto w piłkarskich szóstkach. Znacznie trudniej o medale było w turnieju piłkarskim, w którym rywalizowało 14 drużyn, w tym dwie z Polski – z Zabrza i Białegostoku. Obie drużyny trafiły na siebie w ćwierćfinale, gdzie po dramatycznym meczu godnym finału „Jagiellonia” pokonała „Górnik” 2:1, by po kolejnych zwycięstwach zdobyć złote medale i mistrzowski puchar. W siatkówce plażowej rozgrywanej na WMHG w trójkach medal brązowy wywalczyli: Janusz Korfel, Adam Jarzębowicz i Krzysztof Makuch.

Obok medalowych sukcesów cieszy doskonała atmosfera, satysfakcja ze sportowej rywalizacji i ciepły, rodzinny doping. Szkoda, że wysokie koszty wyjazdu na Wyspy Kanaryjskie odbiły się na frekwencji, nie tylko polskich, lekarzy. Za rok gospodarzem będzie turecki Stambuł. Pora zarezerwować czas w lipcu i rozplanować treningi. Wszakże sport to zdrowie. ☉

R E K L A M A

Po raz kolejny odbył się rajd z cyklu „Poznaj swój kraj”. Tym razem były to „Zamki Dolnego Śląska”.

DoctoRRiders na Dolnym Śląsku

GRZEGORZ KRZYŻANOWSKI

Z całej Polski do Kotliny Jeleniogórskiej zjechało trzydzieści kilka motocykli i ponad 60 osób. Perfekcyjna organizacja, trafny dobór miejsc i wspaniała atmosfera, a wszystko dzięki Bartkowi i Leszkowi Espenschied, ich żonom – Beacie i Eli oraz Markowi Gogoli, którym składam wielkie gratulacje, podziękowanie i uznanie. Na Dolnym Śląsku jest największe na świecie skupisko pałaców, rezydencji, zamków i warowni. Do drugiej wojny światowej było ich ponad 7 tysięcy, a ponieważ wojny na tych terenach tak naprawdę nie było, około 3 tysięcy przetrwało do dnia dzisiejszego. Zachwycają, zwłaszcza te odrestaurowane, swym pięknem, cudownym położeniem i otaczającymi je parkami oraz bukowymi lasami.

Najstarsze z nich pamiętają krótkie panowanie Piastów, długie Czechów i Austriaków oraz najdłuższe Prus i Niemiec. XIII-wieczny zamek Chojnik jest tego przykładem. Nasza wędrowka to jazda motocyklami, po krętych, górzystych terenach, pomiędzy uroczymi stawami, jeziorami i po przepięknych kotlinach. Od Lwówka Śląskiego przez Świeradów Zdrój, Szklarską Porębę, Cieplice, Jelenią Górę, Kowary, Karpacz, Lubawkę, Krzeszów po Wałbrzych i Zamek Książ. Wszystko to przy dobrej pogodzie.

Pierwszy wyjazd to Kowary – spotkanie w XVIII-wiecznym Ratuszu z burmistrzem, park miniatur, czyli kraina fantazji w skali 1:25, ukazująca bogactwo architektury Dolnego Śląska, gdy dolina pałaców tętniła

życiem najznakomitszych rodów arystokratycznych naszego kontynentu. Na dokładkę sztolnie, z pierwszym w historii wjazdem motocykla na kilkaset metrów w głąb, a uczynił to oczywiście „Srebrzanka”. Sztolnie to pozostałość po kopalniach uranu. Nie wiedziałem, że takowe były w Polsce. Nic dziwnego, bowiem otoczone były wielką tajemnicą, kordonami NKWD, zamkniętymi dla „obcych” miasteczkami. Cały urobiek siedł do Związku Radzieckiego. Wszyscy pracujący tam

*Na Dolnym Śląsku
jest największe skupisko
pałaców, rezydencji,
zamków i warowni.*

górnicy młodo zmarli, choć w kartach zgonów brak jakiejkolwiek wzmianki o uranie. Legenda głosi, że Stalin, gdy dowiedział się o uranie przesunął granicę Polski z Nysy Kłodzkiej na Nysę Łużycką, zakładając, iż będziemy kolejną Republiką Sowiecką. Kopalnie zamknięto w roku 1972.

Kolejny dzień to przełęcz Kowarska, Opactwo i monumentalna Bazylika w Krzeszowie oraz domy tkaczy, którzy w XIX w. „ubierali” amerykańskich kowbojów.

Środa – zwiedzanie (oczywiście z wjazdem motocyklami na starówkę) Jeleniej Góry, Ratusz i spotkanie z prezydentem. Dalej pojechaliśmy do zamku Czocha, potężnego zamczyska po-

łożonego nad Jeziorem Leśniańskim, owianego legendami, znanego m.in. z filmu „Gdzie jest generał” i serialu „Tajemnica twierdzy szyfrów”, opartego na autentycznych wydarzeniach.

Książ to kolejny dzień naszej eskapady. Wjeżdżaliśmy i zaglądaliśmy tam, gdzie mało kto zagląda. Ten pochodzący z XIII w., największy z zamków Dolnego Śląska miał wielu właścicieli, owiany jest legendami i tajemnicami oraz cudowną historią związaną z ostatnimi (przed zaanektowaniem przez Hitlera) właścicielami, ze szlachetną Angielką – księżną Daisy.

Zamki na szczytach gór, warownie strzegące dróg i miast, pałace i rezydencje ukryte w romantycznych parkach, to nieodłączne elementy krajobrazu tej jedynej w swoim rodzaju krainy na świecie, gdzie pierwsze ślady człowieka stwierdzono już 500 tysięcy lat temu. My w tę historię wpisaliśmy się małym epizodem – pierwszym w historii wjazdem motocyklami na dziedziniec XII-wiecznego kościoła Wang, u podnóża Śnieżki. Piękne kazanie wygłosił ksiądz Jan, mottem były słowa: „Motocykliści tacy jak wy, lekarze zrzeszeni w klubie DoctoRRiders, to ludzie, którzy ponad wszystko cenią sobie wolność, honor i solidarność”. Niech te słowa pozostaną naszym przesłaniem.

Raid zakończyliśmy zabawą w miasteczku „Country” k. Karpacza, wziętego żywcem z Dzikiego Zachodu. Ukoronowaniem każdego dnia były wielogodzinne biesiady. Muzyka, strawa, wspólne śpiewanie, granie, tańce, swawole i niekończące się rozmowy, których przewodnim tematem były motocykle i wszystko, co z nimi związane, w tym ostatnie podróże.

A na Dolny Śląsk musimy koniecznie wrócić. ☉



Fot.: Archiwum DoctoRRiders

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

Wydział Lekarski ŚAM w Zabrze-Rokitnicy, rocznik 1955

Z okazji 56. rocznicy ukończenia studiów zapraszamy na zjazd koleżeński 24-25 września br., w hotelu „Jaskółka” w Ustroniu (43-450 Ustron, ul. Zdrojowa 10, tel. +48 (33) 854 48 40, 854 15 59, tel./faks +48 (33) 854 29 29, www.jaskolka.com.pl). Koszt bankietu i obiadu 150 zł. Koszt pokoju 1-osobowego 125 zł, 2-osobowego 90 zł. Koszty organizacyjne związane z zaproszeniem gości, mszaj itp. (do zapłaty w recepcji hotelu) 20 zł. Zgłoszenia uczestnictwa – najpóźniej do 15 września br., dzwoniąc do hotelu i podając hasło „Zjazd integracyjny 24 i 25 września”. Konto bankowe hotelu: **87 1050 1096 1000 0001 0102 4859**, z dopiskiem: „Zjazd integracyjny 24 i 25 września”. Dojazd autobusem do Ustronia Centrum lub pociągiem do Ustronia Zdroju, następnie taksówką. Szczegółowy program zjazdu na stronie: ziutaniemc-wicz.blog.onet.pl. Kontakt do mnie: tel. (32) 227 24 25 lub kom. 601 780 797, Kryśia Leuchter, tel. (32) 251 03 93 lub kom. 606 973 483.

Wydział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1971

Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40. rocznicy ukończenia Wydziału Stomatologii AM we Wrocławiu, 14-16 października br., pensjonat BEATA w Polanicy-Zdroju, ul. Rybna 9. Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 400 zł, sobota-niedziela z noclegiem 300 zł, piątek-niedziela bez noclegów 250 zł, piątek-sobota z noclegiem 200 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: **17 1540 1030 2001 7753 6075 0001**, do 30 września, z dopiskiem „Zjazd 1971 S” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (przyziemie). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. (71) 79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Do zobaczenia wkrótce! Za Komitet Organizacyjny: Barbara Łuckoś, Alicja Marczyk-Felba, Wiesława Matkowska.

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1982

Droga Koleżanko! Drogi Kolego! Powoli szykujemy się do kolejnego spotkania, tym razem z okazji 30. rocznicy ukończenia studiów. Planowany termin: wiosna 2012 r. we Wrocławiu. W związku z zamiarem wydania pamiątkowego albumu, proszę o nadsyłanie zdjęć, tych starych z okresu studenckiego – najlepiej w formie elektronicznej. Zdjęcia proszę przysyłać pod adresami: Jolanta Zaleska, e-mail: jolza@poczta.onet.pl,

605-642-101; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, (71) 79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Do zobaczenia wkrótce! Za Komitet Organizacyjny Jolanta Zaleska.

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1967

Droga Koleżanko! Drogi Kolego! Serdecznie zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45. rocznicy ukończenia studiów, 1-2 czerwca 2012 r. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/ osoby towarzyszącej: całkowity koszt (bankiet + rejs + część oficjalna) 350 zł, rejs statkiem + część oficjalna 250 zł (RO), bankiet + część oficjalna (bez rejsu) 250 zł (BO), osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł (B), tylko rejs statkiem (bez bankietu i części oficjalnej) 150 zł (R), tylko część oficjalna (bez bankietu i rejsu) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: **17 1540 1030 2001 7753 6075 0001**, do 31.12.br., z dopiskiem „Zjazd 1967” oraz zaznaczeniem opcji podanych w nawiasie przy cenach (RO, BO, B lub R). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Wpłaty gotówkowych można dokonywać bezpośrednio w DIL (poziom -1). Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. (71) 79-88-068, faks (71) 79-88-081, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Do zobaczenia wkrótce! Za Komitet Organizacyjny Irma Grenik-Sieklicka, Dorota Ryszkowska, January Sieklucki, Krystyna Stępniewska, Ziemisław Stępniewski, Danuta Żytewicz-Jaruga.

Absolwenci AM w Łodzi, rocznik 1947-1952 60 lat po dyplomie

Serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów (rocznik 1947-1952) na uroczyste spotkanie z okazji 60. rocznicy ukończenia AM w Łodzi 19 maja 2012 r. o godz. 14.00 tradycyjny obiad w restauracji Ośrodek Szkoleniowo-Konferencyjny Uniwersytetu Łódzkiego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 16/18. Koszty uczestnictwa: od absolwenta (obiad + pamiątkowy dyplom) 110,00 zł, osoby towarzyszącej 90,00 zł, składka na Stowarzyszenie Absolwentów 24,00 zł. Ostateczny termin zgłoszeń: do 1 marca 2012 r. Kontakt: Stowarzyszenie Absolwentów AM, tel. (42) 639 39 39 – Janina Paszotta-Ostrowska. Koleżanki i Kolegowie, ponieważ korzystamy z bazy adresowej z poprzednich lat, prosimy o osobiste zaangażowanie i informowanie absolwentów naszego rocznika, z którymi jesteście w kontakcie osobistym, telefonicznym czy mailowym o naszym spotkaniu. W imieniu Komitetu Organizacyjnego: Irmina Miałkowska-Filiak, Wala Januszewska i Janina Paszotta-Ostrowska.



XV MIĘDZYNARODOWY KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

**WROCLAW
6-8 PAŹDZIERNIKA 2011 R.**

KARDIOLOGIA W PRAKTYCE
LEKARZA RODZINNEGO,
PIĄTEK, 7 PAŹDZIERNIKA 2011 R.

**9:00-10:30 ZABURZENIA
RYTMU SERCA – CZY
ZAWSZE LEKARZ RODZINNY
MUSI SIĘ ICH OBAWIAĆ?
KWALIFIKACJA DO
ELEKTROTHERAPII
PRZEWODNICZĄCY: ARTUR
FUGLEWICZ (WROCLAW),
KATARZYNA ŻYCIŃSKA
(WARSZAWA)**

**11:00-12:30 PREWENCJA
CHOROBY UKŁADU SERCOWO-
NACZYNIOWEGO –
WSPÓŁPRACA LEKARZA
RODZINNEGO I KARDIOLOGA
PRZEWODNICZĄCY: GRZEGORZ
OPOLSKI (WROCLAW), JANUSZ
SIEBERT (GDAŃSK)**

**14:30-16:00 PRZEWLEKŁA
CHOROBA WIĘCOWA**

I NIEWYDOLNOŚĆ SERCA –
DYLEMATY DIAGNOSTYCZNE
I TERAPEUTYCZNE

PRZEWODNICZĄCY: ANDRZEJ
CIEŚLIŃSKI (POZNAŃ), ANDRZEJ
STECIWKO (WROCLAW)

**16:30-18:00 NADCIŚNIENIE
TĘTNICZE I NABYTE WADY
ZASTAWKOWE SERCA
W PRAKTYCE LEKARZA
RODZINNEGO
PRZEWODNICZĄCY: ANDRZEJ
JANUSZEWICZ (WARSZAWA),
PIOTR HOFFMAN
(WARSZAWA), ANDRZEJ
STECIWKO (WROCLAW)**

**SERDECZNIE
ZAPRASZAMY!**
POLSKIE TOWARZYSTWO
KARDIOLOGICZNE ORAZ
ORGANIZATOR KONGRESU
CASUSMEDICAL
WWW.PTKARDIO2011.PL

KONKURS JEDNEGO WIERSZA POD HASŁEM „NA PROGU”

OGLASZA, NA WNIOSEK LITERACKIEJ GRUPY NIEFORMALNEJ DZIAŁAJĄCEJ PRZY ŁÓDZKIM KLUBIE LEKARZA, OIL W ŁODZI. PROPONOWANE MOTTO: „POGODA DOMU NIECHAJ BĘDZIE Z TOBĄ”. ORGANIZATORZY SERDECZNIE ZACHĘCAJĄ DO UDZIAŁU W KONKURSIE WSZYSTKICH LEKARZY ORAZ STUDENTÓW MEDYCYNY, KTÓRZY AMATORSKO ZAJMUJĄ SIĘ TWÓRCZOŚCIĄ POETYCKĄ. WIERSZE KONKURSOWE (W TRZECH EGZEMPLARZACH), PODPISANE GODLEM, BĘDĄ PRZYMOWANE DO 10 GRUDNIA BR., POD ADRESEM: OIL, 93-005 ŁÓDŹ, UL. CZERWONA 3 (Z DOPISKIEM NA KOPERCIE KONKURS LGN). UWAGA! NA KOPERCIE NIE NALEŻY UMIESZCZAĆ ADRESU ZWROTNEGO, A DO WIERSZY KONKURSOWYCH (KONIECZNIE PODPISANYCH GODLEM/PSEUDONIMEM) PROSIMY DOŁĄCZYĆ MNIEJSZĄ, ZAKLEJONĄ KOPERTĘ, OPATRZONĄ TYM SAMYM GODLEM, CO TEKST WIERSZA; W KOPERCIE TEJ POWINNO SIĘ ZNALEŻĆ: IMIĘ I NAZWISKO AUTORA, JEGO ADRES POCZTOWY I EW. INTERNETOWY ORAZ NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO. PRZEWIDZIANE SĄ TRZY NAGRODY RZECZOWE ORAZ JEDNO WYRÓŻNIENIE. LAUREACI ZOSTANĄ POWIADOMIENI INDYWIDUALNIE. UROCZyste zakończenie konkursu i wręczenie laureatom nagród odbędzie się w niedzielę 22 stycznia 2012 r. o godz. 17.00 w salach Klubu Lekarzy OIL w Łodzi, przy ul. Czerwonej 3. INFORMACJE (RÓWNIEŻ DOT. NOCLEGÓW): IWONA SZELEWA, SEKRETARIAT OIL LUB POD NR. TEL. (42) 683 17 01.

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LECARSKIEJ ZAPRASZA NA WARSZTATY:

„JAK PRACOWAĆ Z TRUDNYM PACJENTEM – WSTĘP DO UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH”: 16.09.2011, 13.10.2011, 28.10.2011. PROWADZĄCY: DR SONIA GELLER, DR PAWEŁ GRABOWSKI, DR HANNA HAMER.

„WYSTĄPIENIA PUBLICZNE – WARSZTATY”: CZĘŚĆ I 20.09.2011, CZĘŚĆ II 21.09.2011. PROWADZĄCY: MGR MARZENNA KOSTKA, MGR IWONA LEŚNIEWSKA-BĄKOWSKA.

„TECHNIKI NEGOCJACJI – WARSZTATY”: 22.09.2011, 19.10.2011. PROWADZĄCY: MGR MARZENNA KOSTKA, MGR IWONA LEŚNIEWSKA-BĄKOWSKA.

„ASERTYWNÓŚĆ I ROZWIĄZYWANIE KONFLIKTÓW W RELACJI LEKARZ-PACJENT” – POZIOM PODSTAWOWY: 29.09.2011. PROWADZĄCY: DR SONIA GELLER.

„RADZENIE SOBIE ZE STRESEM I PRZECIWDZIAŁANIE WYPALENIU ZAWODOWEMU”: 7.09.2011, 6.10.2011, 27.10.2011. PROWADZĄCY: DR SONIA GELLER.

„WARSZTATY SKUTECZNYCH NEGOCJACJI”: 4.10.2011. PROWADZĄCY: MGR MARZENNA KOSTKA, MGR IWONA LEŚNIEWSKA-BĄKOWSKA.

„MOBBING – PRZEMOC PSYCHICZNA W MIEJSCU PRACY – JAK ROZPOZNAWAĆ, ZAPOBIEGAĆ, POSTĘPOWAĆ”: 14.09.2011, 26.10.2011. PROWADZĄCY: DR PAWEŁ GRABOWSKI.

„BUDOWANIE I PRACA W ZESPOLE”: 15.09.2011, 18.10.2011. PROWADZĄCY: MGR NOEMI GELLER.

„ANALIZA TRANSAKCYJNA JAKO METODA REAGOWANIA NA ZACHOWANIA AGRESYWNE”: 10.10.2011. PROWADZĄCY: MGR BEATA KRUDKOPAD-SZATURSKA.

„PSYCHOMANIPULACJE”: 24.10.2011. PROWADZĄCY: MGR BEATA KRUDKOPAD-SZATURSKA.

WARSZTATY ODBYWAJĄ SIĘ W SIEDZIBIE NACZELNEJ IZBY LECARSKIEJ W WARSZAWIE PRZY UL. SOBIESKIEGO 110. UDZIAŁ JEST BEZPŁATNY DLA CZŁONKÓW IZB LECARSKICH OPŁACAJĄCYCH REGULARNIE SKŁADKI CZŁONKOWSKIE.

UCZESTNICY WARSZTATÓW OTRZYMUJĄ PUNKTY EDUKACYJNE. W CELU ZAPISANIA SIĘ NA WYBRANE WARSZTATY NALEŻY POBRAĆ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY, KTÓRY ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE INTERNETOWEJ WWW.ODZ.NIL.ORG.PL I PO WYPEŁNIENIU PRZESŁAĆ GO DO ODZ E-MAILEM: ODZ@HIPOKRATES.ORG BĄDŹ FAKSEM: (22) 559 02 70. TEL.: (22) 559 02 69, (22) 559 02 86.

V WARSZAWSKIE SPOTKANIA DIABETOLOGICZNE

22 PAŹDZIERNIKA BR. (WARSZAWA, BIBLIOTEKA NARODOWA, AL. NIEPODLEGŁOŚCI 213) KONSULTANT DS. DIABETOLOGII NA MAZOWSZU ZAPRASZA NA V WARSZAWSKIE SPOTKANIA DIABETOLOGICZNE Z TEMATEM PRZEWODNIM „POSTĘPY W LECZENIU CUKRZYCY TYPU 2”. W PROGRAMIE M.IN.: DIABETOLOGIA NA MAZOWSZU 2010, INNOWACYJNE KONCEPCJE I PRAKTYKA LECZENIA CUKRZYCY TYPU 2, PÓŁWIECZE STOSOWANIA METFORMINY, PRAKTYCZNE LECZENIE CUKRZYCY W POLSCE, PRZEWÓD POKARMOWY U CHORYCH NA CUKRZycę, POSTĘPY W LECZENIU POWIKŁAŃ MIKRONACZYNIOWYCH. WSTĘP BEZPŁATNY. WWW.WSD.DNCD.PL. ORGANIZATOR: CASUSMEDICAL, UL. REGŁOWA 4, 60-113 POZNAŃ, TEL. (61) 830 40 67, E-MAIL: ORGANIZATOR@DNCD.PL

OGÓLNOPOLSKA WYSTAWA FOTOGRAFII POD HASŁEM „MOJE SPOJRZENIE NA...”

W KLUBIE LEKARZA W ŁODZI PRZY UL.

CZERWONEJ 3 ODBĘDZIE SIĘ W PAŹDZIERNIKU POWAKACYJNA OGÓLNOPOLSKA WYSTAWA FOTOGRAFII LEKARZY, TYM RAZEM POD HASŁEM „MOJE SPOJRZENIE NA...”. UROK I SPECYFIKA MIEJSC ZNANYCH I NIEZNANYCH, WYDARZENIA, CIEKAWY SITUACJE, INTERESUJĄCE POSTACI... REALIZACJĘ TEGO TEMATU POZOSTAWIAMY INWENCJI I WYOBRAŹNI LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW CHCĄCYCH WZIĄĆ UDZIAŁ W TEGOROCZNEJ WYSTAWIE.

WERNISAŻ PLANUJEMY NA 23 PAŹDZIERNIKA (NIEDZIELA) O GODZ. 17.00. WYSTAWA POTRWA DO 28 PAŹDZIERNIKA BR.

ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU KOLEŻANKI I KOLEGÓW ZE WSZYSTKICH OKRĘGOWYCH IZB W POLSCE. PRACE PROSIMY NADSYŁAĆ NA NASZ ADRES NIE PÓŹNIEJ NIŻ DO 10 PAŹDZIERNIKA BR.

FOTOGRAMY WINNY BYĆ NIE MNIEJSZE NIŻ W FORMACIE A5, WYKONANE W TECHNIKACH DOWOLNYCH, OPATRZONE NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI: IMIĘ I NAZWISKO, SPECJALIZACJA I MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA AUTORA,

A TAKŻE EWENTUALNIE TYTUŁEM.

KONTAKT: IWONA SZELEWA, SEKRETARIAT OIL, 93-005 ŁÓDŹ, UL. CZERWONA 3, TEL. (42) 683 17 01.

R E K L A M A

Dokumentalista hitlerowskich zbrodni medycznych

22 maja 2011 r. zmarł we Włocławku

prof. dr hab. n. med. Stanisław Sterkowicz – wybitny lekarz, historyk i filozof medycyny, publicysta.

MAREK PAWLIKOWSKI

Stanisław Sterkowicz urodził się w Pińsku w roku 1923. Maturę zdał w 1942 r. w Krakowie, przed tajną Komisją Podziemnego Kuratorium Krakowskiego. Został zaprzysiężony jako żołnierz Armii Krajowej. Schwyty w łapance ulicznej, zesłany do pracy przymusowej w Niemczech. Z powodu działalności konspiracyjnej aresztowany w Berlinie i uwięziony w obozie koncentracyjnym Neuengamme koło Hamburga. Po wyzwoleniu obozu w 1945 r., po kilku miesiącach powrócił do kraju, gdzie rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Już jako student podjął pracę w Zakładzie Historii i Filozofii Medycyny (1947-1950). Studia lekarskie ukończył w 1951 r., w tym samym roku obronił pracę doktorską i uzyskał stopień naukowy doktora medycyny. W latach 1952-1975 pracował jako ordynator oddziału wewnętrznego w szpitalu powiatowym w Łęborku. W 1975 r. podjął pracę w Szpitalu Wojewódzkim we Włocławku, z którym pozostał związany aż do chwili przejścia na emeryturę w roku 1986. Habilitował się w Akademii Medycznej w Łodzi w roku 1978. W latach 1980-1986 pracował jako docent w Zespole Nauczania Klinicznego we Włocławku, będącym filią Akademii Medycznej w Łodzi. Nominację profesorską otrzymał z rąk Prezydenta RP już będąc na emeryturze, w roku 1993. Dorobek naukowy Stanisława Sterkowicza z zakresu medycyny to około 250 prac naukowych, publikowanych w krajowych czasopiśmie medycznych. W okresie pracy we Włocławku zajmowała go głównie kardiologia, był organizatorem Oddziału Kardiologicznego w Szpitalu Wojewódzkim i niestrudżonym organizatorem ponad 20 włocławskich konferencji kardiologicznych. Inny nurt jego działalności to publicystyka – był autorem 480 artykułów publicystycznych. Był również, nade wszystko, autorem licznych książek nie tylko o dużej wartości historycznej, ale i o wysokich walorach literackich. Jego szczególną za-

sługą było opisanie zbrodniczych eksperymentów medycznych w niemieckich obozach koncentracyjnych („Nieludzka medycyna – lekarze w służbie nazizmu”, „Lekarze mordercy spod znaku swastyki”). Niemieckim obozom koncentracyjnym i innym formom terroru hitlerowskiego poświęcił także liczne dalsze publikacje („Jeśli echo ich głosów umilknie – rzecz o terrorze hitlerowskim”, „Obóz koncentracyjny Neuengamme”, „Auschwitz-Birkenau”, „Holokaust”). Ważnymi pozycjami w dorobku piśmienniczym prof. Sterkowicza są Jego wspomnienia („Zagubiony na polskich drogach – półwiecze pracy lekarza”, „Medicus sum, czyli codzienność lekarza – trochę życia, trochę filozofii”, „Porzućcie wszelką nadzieję, którzy tu wchodzić – wspomnienia ofiar nazizmu”, ostatnia z tych książek napisana wspólnie z żoną, zmarłą również w bieżącym roku dr Janiną Sterkowicz). Był także biografem pochodzącego z Włocławka laureata nagrody Nobla w dziedzinie medycyny, Tadeusza Reichsteina („Tadeusz Reichstein – Życie i działalność naukowa”) oraz Tadeusza Boya-Żeleńskiego („Po prostu Boy”, „Człowiek-instytucja”).

Stanisław Sterkowicz za swoją działalność uzyskał wiele odznaczeń i wyróżnień, m.in. Krzyż Oficerski i Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Krzyż Armii Krajowej, Krzyż Oświęcimski, Medal Gloria Medicinæ. Był członkiem Polskiej Akademii Medycyny, honorowym prezesem Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej, członkiem honorowym Towarzystwa Internistów Polskich, Włocławskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz członkiem honorowym Unii Polskich Pisarzy Lekarzy.

Profesor Stanisław Sterkowicz był – nie tak częstym we współczesnych czasach – przykładem lekarza łączącego głęboki profesjonalizm zawodowy z szerokim horyzontem intelektualnym. Trudno wskazać kogoś, kto w większym od Niego stopniu przyczyniał się do zachowania humanistycznego wymiaru medycyny.



Skończyły się wakacje. Przyzwyczajamy się na nowo do zajęć w przychodniach, karetkach, szpitalach i praktykach, a także do prac społecznych, pozazawodowych zainteresowań oraz polityczno-medialnego zgiełku kampanii wyborczej.

Marketing dusz

» Inni także intensywnie pracują. Nie ma tygodnia, bym nie odebrał kilku telefonów z propozycjami zakupu najdoskonalszych i najczęściej nieprzydatnych produktów, korzystania z niepowtarzalnych promocji i okazji, zastanowienia się nad zmianą przepisów, które same się wdrożą, jeśli kupię odpowiednio wyposażony skoroszyt uzupełniany co chwila za odpowiednią dopłatą. Innym razem dzwonią ankietery, którzy próbują wyświadczyć mi z preferencji dóbr materialnych, liczby pacjentów, tabletek i recept. Czasem ktoś zmartwiony o moje wykształcenie zada pytanie, co czytam i czy teksty przekazywane przez dane czasopismo są na odpowiednim poziomie merytorycznym.

» Po drugiej stronie słuchawki, tak to sobie wyobrażam, zasiada zmęczona i zestresowana pani, która recytuje swoją formułkę, bardzo często bez zrozumienia, wyrabiając normę połączeń skutecznych, to znaczy dla bezpieczeństwa rozmówcy nagranych na twardym dysku.

» Przez kilka lat zdarzyło mi się podejmować telefoniczny temat. Jednak nachalność, z jaką przyciskano mnie do podjęcia natychmiastowej decyzji, zaczęła mnie coraz bardziej męczyć, a co za tym idzie – dziwnie poczułem, że to ja staję się produktem,



który podlega handlowemu obrotowi, wraz z danymi teleadresowymi i informacjami o szlaku sklepów, galerii, księgarni, konferencji, hoteli, które odwiedziłem w ciągu ostatnich miesięcy.

» Dodatkowo w naszym zawodzie spotykamy przedstawicieli farmaceutycznych, zatroskanych niezwykle o umiejętności lekarckie, prezentujących różnice i niezbite dowody z użyciem metod podwójnych i ślepych, że aż trudno uwierzyć, że nasi chorzy zdrowieją, skoro ich organizmy nie pochłonęły jeszcze najdoskonalszej, czterdziestej na rynku modyfikacji oryginalału. Za rozsądną cenę!

» Filmy przerywane reklamami, seanse kinowe z nieskończoną liczbą zwiastunów, skrzynki pocztowe wypełnione po brzegi. Piszą do mnie największe koncerty i najważniejsi politycy.

» Napuchnięte koperty lądują w koszu i aż żal, że znów nie skorzystałem z taniej wycieczki, ciuchów za zaliczeniem pocztowym, książek, które mogę oddać, jeśli tylko mi się nie spodobały, doskonałych kosmetyków odmładzających, regenerujących, odświeżających i ratujących życie intelektualne, społeczne, zawodowe i seksualne, szybkich i niezawodnych samochodów...

» Kultura masowej komercji. A po drugiej stronie miażdzące wyniki matur i za-

trwający poziom studiów, niedouczeni i beczelni dziennikarze, którzy nie pozwalają dojść do słowa swoim gościom, skompromitowani politycy błyszczący na saloonach i w telewizyjnych słownych gierkach.

» Marketingowa maszyna napędza się sama. Liczy się kontekst, bez którego nie można nic powiedzieć. Nie ma areopagów dyskusji, są wyżyny słupków sprzedaży i cyrografy współczesności. Stajemy się zakładnikami zachłanności wirtualnego świata, nie widząc, jak ważnym jesteśmy trybem rozprzestrzeniających się wzorców, stworzonych na pokuszenie przez zespoły od pijaru. ◎



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład 160 000 egz.

Redaktor naczelny:

Ryszard Golański

tel. 600 909 382

e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:

Jarosław Wanecki (przewodniczący)

Ryszard Golański

Mariusz Janikowski

Jolanta Małmyga

Wojciech Marquardt

Katarzyna Strzałkowska

Zastępca redaktora naczelnego:

Mariola Markłowska-Dzierżak

Tel.: (22) 559 02 63, 606 294 251

e-mail: m.markłowska@gazetalekarska.pl

Dziennikarz:

Lucyna Krysiak

e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

Tel.: 661 092 853

Redakcja:

Urszula Bakowska

Tel.: (22) 559 02 67

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

redakcja@gazetalekarska.pl

Faks: (22) 559 02 61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:

Mariusz Janikowski

Tel.: 600 909 381

Redaktor witryny internetowej

„Gazeta Lekarskiej”:

Marta Jakubiak

Stale współpracują:

Jerzy Badowski (Olsztyn)

Stanisław Ciechowicz (Łódź)

Krystyna Knypl (Warszawa)

Anna Lella (Olsztyn)

Justyna Zajdel (Łódź)

Adres redakcji:

00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

www.gazetalekarska.pl

e-mail: lekarska@hipokrates.org

Projekt graficzny, skład,

druk, kolportaż, reklama:

ringier

axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Koordynacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

Tel.: (22) 232 00 17

e-mail: alicia.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

Reklama i ogłoszenia:

Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**

Tel.: (22) 232 19 74, 795 146 312

faks +48 (22) 232 55 54

e-mail: aldonaciosek@axelspringer.pl

Mateusz Gajda

Tel.: (22) 232 05 68, 600 064 140

e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

Małgorzata Gałazka

Tel.: (22) 232 18 01, 668 276 630

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

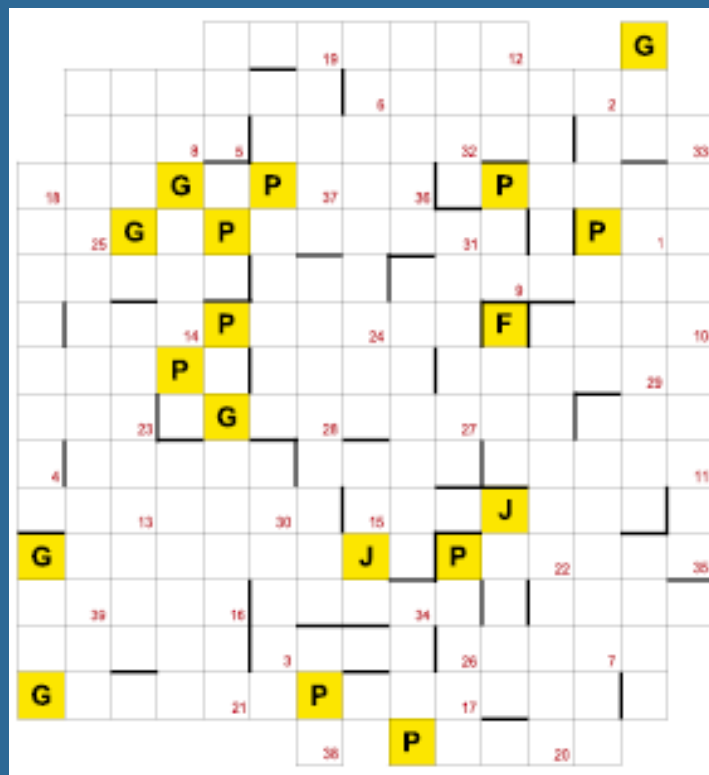
Magdalena Maj-Nowisz

Tel.: (22) 232 17 91, 668 304 346

e-mail: magda.maj@axelspringer.pl

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótoń, adustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam - ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2001 r. - Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

Jolka lekarska 170



Objaśnienia 73 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, G, J i P. Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej na adres redakcji do 10 października br. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

• patron osteitis deformans • zawody ku czci • dynastia ze snopem w herbie • oznaczona Newtona • astenia • między siodłem a grzbietem konia • kraj Hamleta • wikłaczę towarzyszące bawołom • sól kwasu jodowego • na głowie krasnoludka • wódz Hitlerjugend i gauleiter Wiednia • Ali dla Mahometa • ciepłownia geotermiczna • suturae • Nikita Minow, reformator • Kraj Rad • uzdrowisko pod Liege • fenyloamina • Olsen i koledzy • imię Brandta • kpina • witka • ciepły wiatr znad Afryki • James, idol lat 50. • Tomasz, filomata i filareta • gips na złożu soli • trwale oznaczanie zwierząt • niemieckie dziękuję • stan z Cleveland • większy niż oktet • pericardium • żona radży • cesarz Francuzów • część długu • ropa (łac.) • krótki, dowcipny utwór sceniczny • uosobienie tęczy • na nie wynoszą świętych • rządy, kierownictwo • zbiornik • trójdźwięk • stan z Pandżim • ślad • pokolenie • dokument przesłany telefonicznie • zwrot środków • partia Brandta • błazen Jagiellonów • atrofia • więcej niż era • płynie w Węgorzewie • SMS z grafiką • chrząszcze • wuja Toma • apostoł z Tarsu • gra z gumowym kółkiem • orzeł przedni • niemiecka śpiewogra • ojciec Erosa • Thanksgiving • druga część rzymskiej duszy • jemu się kłaniamy • Kongo za Mobutu • już tutaj nie mieszka • pozytonowa tomografia emisyjna • carska karetka więzienna • poprzednik Sadata • przyczyny • lizergid • największy kontynent • miasto św. Antoniego • tubylcy • periosteum

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 168 („GL” nr 7/2011)

Droga usłana kwiatami nigdy nie prowadzi do chwały. La Fontaine

Nagrody otrzymują: Elżbieta Dąbek (Zielona Góra), Monika Kurowska (Pszczyna), Bogusława Kutwin-Wysocka (Białystok), Joanna Lewandowska (Poznań), Jan Lisowski (Wrocław), Grażyna Winiarska-Przybyła (Wodzisław Śląski).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw:

Instytut Żywności i Żywienia i medipage. Nagrody prześlemy pocztą.

