



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Listopad 2013

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 206

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. Jerzy B. LACH

O ZMIERZCHU

Schylek to dnia czy człowieka? Gdzieś na dole tlą się jeszcze światła, czerwienieją łuną, która próbuje się przebić przez czerni. Narastającą. Obraz może być zarówno nocą, jak i alter ego.

Skąd naraz tyle czerni na obrazie? Czyżby w zagwiżdżającej pracowni przewrócił się słój ze smołą i gęsta maź wylała się na płótno? A może ciemność pochodzi z samego środka ziemi, z jakiegoś najdalszego korytarza kopalni „Wujek”, i mamy tu malarską wersję natury myślącej, czującej, mówiącej – natura loquitur? Dostęp do jej tajemnic od dawien dawna mają górnicy, ci „astrologowie ziemi”. To oni rozumieją mowę kamieni, wiedzą, jak odczytać kody zapisane w pionie – od powierzchni aż do dna. Zaopatrzeni w młot, kilof i światło na czole, budzą zaklęte komnaty, rozświetlają jeziora, tamują lub pomagają płynąć żywłom rzek.

Schodzenie w dół w celu wydobycia kruszców, odszyfrowania wzorów – to również niejako zstępowanie do najciemniejszego szybu duszy, Kędy – jak pisał Novalis – złożone są skarby bezcenne. Bo romantycy – a Georg Philipp Friedrich Freiherr von Hardenberg znany jako Novalis, niemiecki poeta i prozaik, uważany jest za jednego z twórców tego nurtu – zrównali kiedyś głąb natury i głąb duszy. Podążanie do środka, próbę odgadnięcia ludzkiego wnętrza zestawiali z odkrywaniem podziemnych labiryntów, pełnych kamieni, węgla, świątyń i jaskiń wypełnionych rzezbami. Tajemniczy, niewidzialny świat, który daje początek naziemnym krajobrazom, był dla nich odzwierciedleniem wnętrza człowieka, wiernym jego odbiciem, „tunelem lustrzanym” – jak go później nazwał Bolesław Leśmian.

Człowiek-duch był dla romantyków istotą telluryczną. Imię twoje ziemia! – wykrzykiwał Maurycy Mochnacki – Z ziemi ciało twoje. Przekonywali, że dusza może błyszczeć jak zroszone deszczem pola, potrafi stwardnieć, upodobnić się do margli. Czasem ciemnieje jak czarnoziem, a zwapniała kruszy się i znika. Staje się też bagienna, bywa wul-

kaniczna. Trzyma się ciała bądź z niego uchodzi. Podziwia się ją jak krajobrazy nad Wisłą, jak stępy akermzańskie czy bory na Litwie. Ale można ją też zniechęcić, krzywić się na jej widok, kiedy jest złowroga, zdziczała, niechętna.

Jolanta Golenia-Mikusz namalowała Zmierzch. Schylek to dnia czy człowieka? Gdzieś na dole tlą się jeszcze światła, czerwienieją łuną, która próbuje się przebić przez czerni. Narastającą. Obraz może być zarówno nocą, jak i alter ego, krańcem dróg: słońca lub życia. Co jest potem? – pytało tak wielu. Pytano wierszem, prozą, malowidłami, gdzie kłębiły się postacie stąd i stamtąd, wyniesione (czasem ponad mia-



rę) i potępione, cnotliwe i grzeszne, bogate i biedne. Artystka spytała natomiast kolorem, wrażeniem, gęstwiną. Jakby mówiła: Spróbuj się przedrzeć przez ciemność. Zajrzyj do środka. Wejdz głębiej. A dostrzeżesz, że podobrazie żyje, narasta, płonie. By dogasać wreszcie.

Obraz można oglądać w świetle dnia i po zachodzie słońca. O każdej porze będzie inny. Raz pozostawia nadzieję, bo prześwitują tam szkarłaty, jakby w tle szkliło się czyjeś życie. Kiedy indziej można dojrzeć jedynie cienie. Sen wieczny, niewzruszony, niemy. Sen, który „astrologowie ziemi” co dzień zabierają pod ziemię, z nadzieją, że jeszcze nie teraz. Kto wie, kiedy? Może jedynie romantycznych natura loquitur?

Agnieszka KANIA

(tekst ukazał się w Gazecie Wyborczej)

W ferworze codziennych spraw minął kolejny miesiąc i tylko patrzeć a nadejdą Święta Bożego Narodzenia. Einstein nie miał chyba jednak racji twierdząc, że czas tylko w pobliżu prędkości światła biegnie inaczej. On biegnie bardzo szybko i to tym szybciej, im jesteśmy starsi. Zauważyliście to??? A ponieważ na dodatek mamy listopad, który rozpoczyna się od Święta Zmarłych może warto zatrzymać się na chwilę i powtórzyć za Wisławą Szymborską

„Nic dwa razy się nie zdarza.
I nie zdarzy. Z tej przyczyny
Zrodziliśmy się bez wprawy
I pomrzemy bez rutyny.”

Macie Państwo przed sobą kolejny numer naszego izbowego Biuletynu. Znajdziecie w nim kolejne materiały dotyczące naszej szarej codzienności – spraw związanych z funkcjonowaniem naszych placówek ochrony zdrowia. Nie wiem, czy to tylko moja nadwrażliwość, ale nie wydaje się Wam, że to wszystko funkcjonuje coraz gorzej? Teksty, które zamieszczam są próbą odpow-

wiedzi na szereg pytań dotyczących sposobów poprawy aktualnej sytuacji. Czy będzie to znowu głos wołającego na puszczy? Nie wiem, choć przypuszczam, że elity polityczne zaczną się znowu nieco łączyć także i do nas, no bo przecież wybory już w drugiej połowie przyszłego roku – trzeba zdobywać głosy wyborców!

Przed Samorządem Lekarskim również ważne sprawy. Na początku grudnia odbędzie się Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy, który powinien wyznaczyć kierunki działania naszej Izby na najbliższe 4 lata nowej kadencji. Wybraliśmy spośród siebie delegatów, teraz trzeba zobowiązać ich do przedstawienia na Zjeździe wszystkich problemów, z jakimi spotykamy się na co dzień. Czy tak się stanie – to już zależy od Was samych i Waszych przedstawicieli. Komplet materiałów zjazdowych zamieszczę w grudniowym numerze Biuletynu, a sprawozdanie z jego obrad znajdziecie dopiero w numerze styczniowym.

Zachęcając do lektury tego numeru, żegnam się z Wami do grudnia.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Zgodnie z obietnicą z poprzedniego Biuletynu tym razem *Słowo Prezesa* będzie mniej frustrujące. Za dwa dni – czyli 19 października – odbędzie się trzeci z koncertów kampanii „Tony Zdrowia”, której autorem i motorem napędowym jest Kolega Marek Kania.

Kampania ta ma na celu zwrócenie uwagi na potrzebę badań profilaktycznych w obszarach zbierających najbardziej obfite śmiertelne żniwo czyli w chorobach serca oraz schorzeniach nowotworowych, jak też uwrażliwić wszystkich na problemy związane z niepełnosprawnością. Są to wspólne akcje środowisk medycznych, ale też organizacji pacjenckich czyli wartość, o której chcielibyśmy jak najczęściej mówić. Nasze (lekarzy i pacjentów) interesy są wspólne i nie powinniśmy dawać się manipulować decydentom, którzy próbują nas zantagonizować. Chwała więc Markowi, że zdecydował się na zorganizowanie takiej akcji, którą patronatem objęła m.in. Naczelna Izba Lekarska, a przychylnością wsparła Pierwsza Dama Rzeczypospolitej (pismo przez Nią skierowane wewnątrz Biuletynu). Na koncert, który odbył się w dniu 29 września w Centrum Handlowym „Karolin-

ka” przyjechał Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz. Po kilku godzinach obserwowania tego co się dzieje na scenie i wokół sceny, stwierdził, że będzie chciał taką akcję zorganizować u siebie (pracuje w Zagłębiu).

W pozytywny obraz, związany z naszym zawodem, wpisuje się też zeszlotygodniowa uroczystość wręczenia Tytułów Hipokratesa Roku 2013, akcji, której głównym organizatorem jest Nowa Trybuna Opolska. Tym razem Kapituła wyróżnienia wybrała dwie osoby, co jest pewnym ewenementem, ponieważ w dotychczasowych czterech edycjach wybierano po jednym laureacie. **Hipokratesami Roku 2013** uznani zostali **dr dr Danuta Henzler i Zdzisław Juszczyk**. Osoby te przewijały się już kilka razy wśród nominacji do Tytułu w latach poprzednich. Są na pewno osobowościami, o których można powiedzieć, że „pierzwiastek Judyma” stanowi ich bardzo istotną składową. W imieniu własnym i całej Okręgowej Rady Lekarskiej składam im serdeczne gratulacje i najlepsze życzenia na przyszłość.

Jerzy JAKUBISZYN

Anna Komorowska

Warszawa, 5 września 2013 r.

Do Uczestników
Ogólnopolskich Spotkań
Muzyki i Medycyny „Tony Zdrowia”

Drozy Państwo,

Cieszę się bardzo, że projekt „Doktor Band” jest z powodzeniem kontynuowany, a Opole - stolica polskiej piosenki - wydaje się być miejscem idealnym dla lekarzy muzyków do zaprezentowania własnych umiejętności artystycznych i podzielenia się z widownią swoją pasją życiową.

Przed Państwem trzy specjalne koncerty, którym będą towarzyszyły inicjatywy integracyjne, edukacyjne i akcje promujące profilaktykę zdrowotną. To harmonijne połączenie muzyki ze zdrowiem posiada dużo cech zbawiennej w skutkach muzykoterapii. Leczenie muzyką i jej wpływ na szybszy powrót do pełni sił są przecież znane i szeroko stosowane w medycynie od początków dziejów ludzkości. Jestem pewna, że prawda ta znajdzie swoje potwierdzenie również podczas obecnych koncertów.

Życzę, by tegoroczne Spotkania Muzyki i Medycyny „Tony Zdrowia” dostarczyły organizatorom oraz wszystkim uczestnikom wiele radości, bo zdolności wokalne i kunszt sceniczny wykonawców na pewno spotkają się z gorącym przyjęciem widowni. Życzę Państwu niezapomnianych wrażeń i dobrej zabawy.

Anna Komorowska

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 25 WRZEŚNIA 2013 R.

Program zebrania:

- 1) Przyznanie praw wykonywania zawodu.
- 2) Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
- 3) Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich.
- 4) Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
- 5) Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
- 6) Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
- 7) Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
- 8) Sprawy różne i wolne wnioski.

Prezes Jakubiszyn powitał wszystkich zebranych i na początku oddał głos Sekretarzowi ORL.

Ad 1.

Kol. Lach przedstawił członkom Rady wnioski o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej:

- Elżbiety Gdowskiej (przeniesienie z DIL),
- Piotra Kopyto (przeniesienie z ŚIL),
- Radosława Wilka (przeniesienie z OIL w Rzeszowie),
- Jolanty Ćwielong, która ukończyła studia w Niemczech, tam pracowała i aktualnie przenosi się do Polski.

Wnioski te zostały przyjęte jednogłośnie.

Ad 2.

Dalszą część posiedzenia Rady poprowadził Prezes, który przedstawił wniosek firmy LOMA Laboratorium Medyczne Sp. z o.o., chcące przeprowadzić w dn. 26.10. w Opolu szkolenie pt. „*Badania laboratoryjne zmieniające praktykę lekarską*”. Rada zaakceptowała ten wniosek, przyznając jednocześnie 3,5 pkt. szkoleniowego.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił wniosek firmy Car-Line Sp. Jawna, zarejestrowanej w DIL, o potwierdzenie spełnienia warunków do przeprowadzenia w Opolu w dn. 27.09. kursu dla lekarzy dentyków „*Odbudowa pojedynczych braków mostami adhezyjnymi na włóknie szklanym z użyciem materiałów nanokompozytowych*”. Rada wniosek zaakceptowała przy 1 głosie wstrzymującym się.

Dalej Prezes przedstawił prośbę organizatorów konferencji pt. „*Leczenie chirurgiczne chorób metabolicznych i otyłości olbrzymiej*”, która odbędzie się w WCM Opolu, o przyznanie punktów edukacyjnych. Konferencji przyznano 3 punkty.

Trzy punkty edukacyjne Rada przyznawała także konferencji, organizowanej pod egidą Urzędu Marszałkowskiego w dniu 16.10, pt. „*Choroby plamki żółtej związane z wiekiem i zaćmą*”.

W tym punkcie programu Rada rozpatrzyła także wniosek Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego o dofinansowanie kwotą 1.500 zł, konferencji naukowo-szkoleniowej, organizowanej przez Oddział. Rada uchwałę podjęła jednogłośnie.

Ad 3.

W kolejnym punkcie posiedzenia Rady kol. Jakubiszyn poinformował, że do Izby wpłynęły wnioski o wyrejestrowanie praktyk lekarskich od czworga lekarzy. Wszystkie wnioski zostały jednogłośnie przyjęte.

Ad 4.

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o przyznanie zapomogi z Funduszu Samopomocy. Jeden zaakceptowany został jednogłośnie. W drugim przypadku ustalono, że Prezes wystosuje pismo do osoby wnioskującej, przedstawiając pewne warunki, które muszą być wcześniej spełnione.

Z wnioskiem o dofinansowanie ich udziału w Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem zwrócili się bracia Pędichowie. Rada zaaprobowwała ten wniosek jednogłośnie.

W tym momencie na posiedzenie Rady przyszedł kol. Marek Kania, który pokrótce przedstawił założenia kampanii „Tony Zdrowia”. Jej celem jest zwrócenie uwagi na problemy osób niepełnosprawnych, a także na potrzebę propagowania idei profilaktyki schorzeń serca oraz chorób nowotworowych. W ramach tej kampanii odbył się już koncert w dniu 5.09. na Placu Wolności w Opolu, którego ideą przewodnią był problem niepełnosprawności. Planowane są jeszcze dwa koncerty – 29.09. w CH „Karolinka” w Opolu (profilaktyka chorób serca) i 19.10. w Opolskim Centrum Onkologii (profilaktyka chorób nowotworowych). Przy okazji tego ostatniego koncertu odbędzie się konferencja, w której weźmie udział m.in. prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. A w samym koncercie udział zapowiedział Kuba Sienkiewicz. W związku z wydatkami, koniecznymi do odpowiedniego przygotowania koncertów, kol. Kania zwrócił się z prośbą o wyasygnowanie przez Izbę kwoty 5.000 zł. Rada wniosek zaakceptowała jednogłośnie.

Ad 5.

Dyrekcja OLO w Woskowicach zwróciła się do Izby z prośbą o wyznaczenie jej przedstawiciela w komisji konkursowej na Pielęgniarkę Oddziałową Oddz. Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych te-

go szpitala. Kol. Jakubiszyn zaproponował kandydaturę Wojciecha Redelbacha, która została jednogłośnie zaaprobowana przez Radę.

Następnie Prezes powrócił po raz kolejny do sprawy konkursu na Ordynatora Oddz. Wewnętrznego Szpitala w Nysie, przedstawiając pismo dyrektora szpitala, w którym ten ostatni informuje o odwołaniu tego konkursu.

Kol. Kowarzyk, który jest przewodniczącym tej Komisji, ponownie przedstawił członkom Rady aktualny stan rzeczy. Okazało się, że obecny ordynator oddziału złożył deklarację, że po osiągnięciu wieku emerytalnego odejdzie na emeryturę – stąd taka decyzja dyrektora szpitala.

Jednocześnie kol. Kowarzyk poinformował Radę, że jako przewodniczący Komisji wstrzymał postępowanie konkursowe w tym samym szpitalu na Ordynatora Oddz. Neurologii, ze względu na niedopełnienie wszystkich obowiązków spoczywających na dyrekcji szpitala.

Ad 6.

W części poświęconej składkom Prezes przedstawił wnioski o zwolnienie z obowiązku płacenia składek na stałe (4 osoby), czasowo (4 osoby) oraz o obniżenie składek do 10 zł (1 osoba).

Wszystkie powyższe wnioski zostały przez Radę zaakceptowane jednogłośnie.

Ad 7.

Część dotyczącą sprawozdań członków Rady rozpoczęła Kol. Hamryszak, która przedstawiła krótką relację z przebiegu ostatniej Rady Społecznej OOW NFZ w Opolu. W jej trakcie przedstawiciele Funduszu stwierdzili, że nadal brak jest ostatecznego rozstrzygnięcia czy będzie postępowanie konkursowe na przyszły rok, czy też nie. Radzie przedstawiono również informację dotyczącą możliwości likwidacji niektórych oddziałów położniczych na terenie województwa ze względu m. in. na znikomą ilość przeprowadzonych w nich porodów. Ponadto poinformowano, że w nadchodzącym roku tylko ok. 1/3 kontroli będzie planowanych, pozostałe zaś będą kontrolami doraźnymi.

Kol. Latała przedstawił z kolei informację dotyczącą posiedzenia naukowo-szkoleniowego zorganizowanego wspólnie przez Opolski Oddział PTS i Komisję Stomatologiczną Izby, które odbyło się w dn. 7.09. w Hotelu Festiwal. W jego trakcie, gość specjalny posiedzenia Kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu prof. Marzena Dominiak wygłosiła referat pt. „*Chirurgia regeneracyjna wyrostka zębodołowego*”.

Następnie kol. Kowarzyk, jako przewodniczący zespołu Rady zajmującego się remontem naszej siedziby, przedstawił stopień zaawansowania przygotowań do jego przeprowadzenia. Wykonana została analiza aktualnego stanu budynku i jego instalacji. Na początku października zostanie przygotowana wstępna koncepcja zakresu całego remontu i ewentualnej przebudowy wnętrza.

Na zakończenie tej części obrad kol. Chowaniec omówił krótko przebieg ostatniego spotkania Komisji Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL. Głównym tematem obrad było zbliżające się wprowadzenie obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym także i wypisywanie recept. Członkowie Komisji wyrazili swoje obawy, co do możliwości swobodnej obsługi komputera przez osoby starsze. W odpowiedzi na te obawy Prezes Jakubiszyn stwierdził, że wysoce prawdopodobne jest odroczenie terminu wprowadzenia tego obowiązku o kilka lat.

Ad 8.

W tej części posiedzenia kol. Jakubiszyn, zgodnie ze swoją wcześniejszą obietnicą, przedstawił zebrany swoją propozycję podziału miejsc w nowej Radzie Okręgowej pomiędzy poszczególne delegatury. Ponieważ w minionym okresie zmienił się w naszej Izbie stosunek liczby lekarzy do lekarzy dentystów (był 4:1, aktualnie jest 3,4:1), należy go uwzględnić również w podziale miejsc w Radzie. Dla zapewnienia tej proporcji w składzie Rady, a jednocześnie dla zapewnienia odpowiedniej jej reprezentatywności, konieczne jest zwiększenie składu Rady do 22 osób (17 lekarzy i 5 lekarzy dentystów).

Ponieważ w ostatnich wyborach wyłonionych zostało 56 delegatów z Opola i 65 delegatów spoza Opola, to w ramach 17-osobowej Rady, Prezes zaproponował, by przeznaczyć 8 miejsc dla lekarzy z Opola i 9 miejsc dla lekarzy z pozostałej części województwa. Jeżeli jednocześnie nowo wybrany Prezes będzie nadal lekarzem z puli opolskiej, to na Zjeździe do Rady należałoby wybrać:

- 5 lekarzy dentystów,
- 7 lekarzy z Opola,
- 9 lekarzy spoza Opola,

Z kolei w przypadku tej ostatniej 9-tki, kol. Jakubiszyn zaproponował następujący podział miejsc:

- Kędzierzyn-Koźle – 2 miejsca,
- Nysa + Głucholazy – 2 miejsca,
- Brzeg + Namysłów – 2 miejsca,
- Strzelce Opolskie + Krapkowice – 2 miejsca,
- Kluczbork + Olesno – 1 miejsce.

Propozycja Prezesa wywołała bardzo żywą dyskusję. Przedstawiciele Delegatury Kędzierzyńsko-Kozielskiej (kol. kol. Mazur, Olejnik i Karoń) uznali, że ze względu na brak delegatów (bo nie zostali w ogóle zgłoszeni do wyborów) w Głubczycach oraz wybór tylko 1 delegata w Prudniku, należałoby uwzględnić lekarzy pracujących w tych ośrodkach i zapewnić im odpowiednią reprezentację w Radzie. Ponieważ wielu lekarzy mieszkających w Kędzierzynie-Koźlu pracuje w tych ośrodkach zaproponowali, aby zwiększyć liczbę miejsc w nowej Radzie dla delegatów Kędzierzyna-Koźla o jedno. Koledzy uzasadniali swoje stanowisko tym, że „nieobecność” przedstawicieli tych dwóch ośrodków spowoduje jeszcze większy brak aktywności tamtejszych lekarzy.

Ich zdaniem zaproponowane przez nich rozwiązanie zaktywizuje to środowisko.

Kol. Jakubiszyn poinformował, że lekarze z Kluczborka i Olesna wyrazili swoje niezadowolenie w powodu przyznania im tylko 1 miejsca w Radzie, wobec tego proponuje, aby kosztem jednego miejsca dla lekarzy z Opola, zwiększyć pulę miejsc „pozaopolskich” do 10. Dodał też, że uwzględnienie propozycji Kolegów z Kędzierzyna-Koźła oznacza zwiększenie składu Rady do 26 osób (ze względu na stosunek liczby lekarzy do lekarzy dentystów). Zdaniem Prezesa (a poparł go w tym kol. Kowarzyk) powiększenie Rady może stworzyć zagrożenie dla sprawności jej działania (przede wszystkim uzyskania quorum na każdym jej posiedzeniu). Ponadto, na co zwracali uwagę także i inni członkowie Rady, zaistniała sytuacja jest spowodowana przede wszystkim przez same środowiska, a konkretnie brak zainteresowania pracą na rzecz samorządu w tych ośrodkach.

Po burzliwej dyskusji kol. Mazur zaproponował, aby przegłosować wniosek o zwiększenie liczby członków nowej Rady do 26 osób. Przy 3 głosach za, 3 wstrzymujących się i 12 głosach przeciwnych, wniosek upadł.

Dyskusja rozgorzała więc od nowa i w jej wyniku Prezes zaproponował, aby Rada nadal składała się z 22

członków, spośród których: 5 – to lekarze dentyści, a 17 to lekarze. Wśród tej 17-tki podział miejsc miałby być następujący:

- Kędzierzyn-Koźle + Głubczyce – 2 miejsca,
- Nysa + Głucholazy + Prudnik – 2 miejsca,
- Brzeg + Namysłów – 2 miejsca,
- Strzelce Opolskie + Krapkowice – 2 miejsca,
- Kluczbork + Olesno – 2 miejsca,
- Opole – 7 miejsc.

Taki podział oddaje zarówno proporcje pomiędzy lekarzami, a lekarzami dentystami w ramach naszej Izby, jak również odpowiada liczebności lekarzy w poszczególnych rejonach wyborczych. Ostateczną decyzję, co do liczby członków Rady i ewentualnego podziału w niej miejsc mandatowych, i tak podejmie dopiero Zjazd.

Wszyscy obecni zgodzili się jednocześnie co do tego, że aby uniknąć na najbliższym Zjeździe paralizu podczas głosowania, należy część wyborczą zjazdu bardzo starannie przygotować.

Na zakończenie Prezes zapoznał członków Rady z bieżącą korespondencją

Jerzy B. LACH

PISMO Z SANEPIDU

Opole, dnia 05.08.2013 r.

OPOLSKI PAŃSTWOWY
WOJEWÓDZKI INSPEKTOR SANITARNY
ul. Mickiewicza 1, 45-367 Opole
FP.9011.247.2013 TŁ

Pan Jerzy Jakubiszyn

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

W odpowiedzi na pismo z dnia 02.07.2013 r. Nr OIL/738/13 wyjaśniam, że do chwili obecnej nie zostały wydane żadne przepisy prawne dot. kontroli procesów sterylizacji, w związku z tym w stosunku do stwierdzanych w tym zakresie nieprawidłowości nie prowadzi się postępowania administracyjnego, lecz wydaje zalecenia.

Nadzór nad prywatnymi gabinetami lekarskimi prowadzi powiatowa inspekcja sanitarna, Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Opolu wykonuje jedynie badania laboratoryjne testów biologicznych na zlecenie użytkowników aparatury sterylizacyjnej.

W 2011 r. opublikowane zostały Ogólne Wytyczne Sterylizacji Wyrobów Medycznych opracowane wspólnie przez ekspertów Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, Polskiego Stowarzyszenia Rozwoju Sterylizacji i Dezynfekcji Medycznej, Zakładu Zwalczenia Skażeń Biologicz-

nych NIZP – Państwowego Zakładu Higieny i Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, a także w 14.08.2012 r. przygotowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia dot. szczegółowych wymagań sanitarno-higienicznych, jakim powinny odpowiadać obiekty usługowe wykorzystywane do świadczenia usług w zakresie sterylizacji wyrobów medycznych i innych produktów (projekt został przekazany do konsultacji społecznych). Aktualne zalecenia dot. sterylizacji parowej to kontrola nie rzadziej niż raz na trzy miesiące oraz po każdym usunięciu awarii, a także w każdym cyklu, gdy nie jest dostępny automatyczny pomiar i zapis parametrów krytycznych procesu.

Do 2011 r. zgodnie z zaleceniami opracowanymi przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny każdy użytkownik aparatury sterylizacyjnej powinien przeprowadzać biologiczną kontrolę procesu sterylizacji co najmniej raz w miesiącu. W przypadku aparatów starego typu, znacznie wyeksponowanych wskazane było zwiększenie częstotliwości ich kontroli.

Zalecenia obowiązujące na terenie naszego województwa są wynikiem respektowania zaleceń wydawanych przez kompetentne w tym zakresie jednostki. W związku z powyższym trudno jest jednoznacznie odpowiedzieć

na pytanie, dlaczego w innych województwach określone są inne zasady kontroli aparatury sterylizacyjnej.

Systematyczne kontrolowanie aparatury sterylizacyjnej jest ważnym elementem w ochronie pacjenta przed możliwością zakażenia źle wysterylizowanymi narzędziami i sprzętem. W interesie każdego lekarza (a nie inspekcji sanitarnej) jest zatem możliwość udokumen-

towania prawidłowości funkcjonowania aparatu w przypadku dochodzenia pacjenta o odszkodowanie. W związku z powyższym odstąpienie od przyjętych zasad można dokonać jedynie na własną odpowiedzialność

Z poważaniem

Opolski Państwowy Inspektor Sanitarny
mgr Anna Matejuk

ZAPROSZENIE NA OPŁATEK NASZYCH SENIORÓW

Komisja ds Lekarzy Seniorów zaprasza na Spotkanie Opłatkowe, które tym razem odbędzie się w lokalu „Willa Młynówka” (dawniej Kasyno Policyjne), w Opolu przy ul. W. Korfatego 4, w środę 11 grudnia o godz. 14. Lokal posiada własny parking (dla kilkunastu aut), ponadto można parkować przy ulicy (parkomaty).

Budynek Izby będzie remontowany i nasze dotychczasowe pomieszczenie zostało zlikwidowane. W związku z tym prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do Biura Izby do dnia 9.12.br (poniedziałek rano), z uwagi na konieczność rozliczeń z organizatorem.

Przewodniczący Komisji – Dr med. Tadeusz CHOWANIEC

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2013 r.

Lp.	Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
1.	04–08.11.2013 r. (poniedziałek–piątek) godz. 9.00–14.00	dr Andrzej Sznajder – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	„Radiologia i diagnostyka obrazowa” (dla lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych)	Zakład Diagnostyki Obrazowej WCM w Opolu, al. W. Witosa 26
2.	09.11.2013 r. (sobota) godz. 10.00	Prof. dr hab. n. med. Krupiński	„Wypełnianie kanałów korzeniowych w zależności od ich opracowania”	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
3.	część I – 14–17.11.2013 r. (czwartek–niedziela) część II – 21–24.11.2013 r. (czwartek–niedziela)	Dr Marek Lenart – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	„Zdrowie publiczne” (dla lekarzy wszystkich specjalności w trakcie specjalizacji)	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
4	06.12.2013 r. (piątek)	mgr Elżbieta Karczyńska	Terapia manualna stawów skroniowo-żuchwowych	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

Kursy nr 1, 3, 4 – zapisy na adres e-mail opole.szkozenia@hipokrates.org

Kurs nr 3 i 4 w ramach obowiązkowego programu do specjalizacji – bez dodatkowych punktów edukacyjnych

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują punkty edukacyjne.

* * *

INFORMACJA DLA MŁODYCH LEKARZY

Bezpłatne szkolenia dla młodych lekarzy realizowanych w ramach projektu „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę” realizowanego przez Naczelną Izbę Lekarską.

Zapraszamy do udziału w najbliższych szkoleniach, które odbędą się w następujących terminach i miejscach:

18–23 listopad – Ustroń, hotel Belweder;

02–07 grudzień – Ustroń hotel Belweder;

02–07 grudzień – Jastrzębia Góra, hotel Faleza.

Więcej informacji: Centrum Edukacyjne FUTURE, ul. Sienkiewicza 39, 42-600 Tarnowskie Góry, tel. 32/285-63-68, www.future.edu.pl, mail: biuro@future.edu.pl.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

OPERACJE ODCHUDZAJĄCE – CHLEB POWSZEDNI CHIRURGÓW ZE SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W OPOLU

Ogóln światowe badania nad otyłością wykazały nieskuteczność długofalowego leczenia zachowawczego, wskazując na krótkoterminowe efekty terapii dietetycznej i farmakologicznej z tendencją występowania efektów „jojo”.

Obecnie chirurgia bariatryczna jest najskuteczniejszą metodą leczenia otyłości i jej powikłań. Aktualnie w Polsce przeprowadza się rocznie ok. 1,5 tys. operacji bariatrycznych, natomiast wskazania do tej metody leczenia ma 1,5 mln. Polaków z otyłością patologiczną.

W Szpitalu Wojewódzkim w Opolu przy ulicy Katowickiej zabiegi chirurgicznego leczenia otyłości stały się jedną z częściej wykonywanych procedur medycznych – jak podaje Ordynator Oddziału, Konsultant Wojewódzki, dr n. med. Janusz Pichurski. Tylko w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonaliśmy ponad 40 różnych zabiegów bariatrycznych i obserwujemy coraz większe zapotrzebowanie na te operacje i coraz większych pacjentów.

Obecnie w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego wykonuje się najwięcej operacji bariatrycznych w regionie opolskim. Większość operacji wykonuje dr n. med. Dariusz Sokołowski, który ma największe doświadczenie w chirurgii bariatrycznej w naszym województwie (przeprowadził ponad 200 operacji). Odbył specjalistyczne szkolenia w renomowanych klinikach we Francji i Hiszpanii. Posiada liczne certyfikaty w tej dziedzinie chirurgii.

Oddział ściśle współpracuje z Katedrą i Kliniką Chirurgii Ogólnej i Bariatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego pod kierownictwem prof. dr. hab. med. Krystyny Sosady.

W przyszłym roku w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu prowadzone będą szkolenia i warsztaty dla lekarzy chirurgów chcących zajmować się chirurgią bariatryczną.

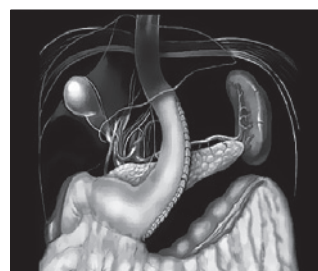
Najczęściej wykonywane zabiegi bariatryczne w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu:

1. Laparoskopowa implantacja regulowanej opaski bariatrycznej



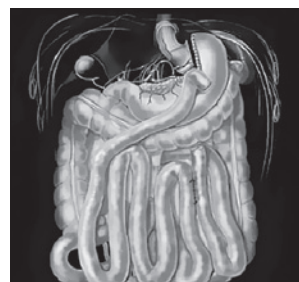
Ta procedura pozwala na szeroką redukcję masy ciała w zakresie od 25 do 60 kilogramów. Tak szeroka rezerwa zależy od motywacji Pacjenta i chęci współpracy z lekarzem w kwestii tzw. „dopelniania opaski”. Zwykle implantowana jest opaska na całe życie i przeciętnie redukcja masy ciała wynosi około 40–50 kg.

2. Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka



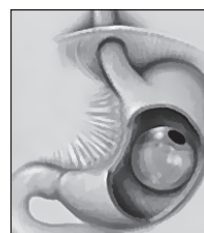
Ta procedura pozwala na redukcję masy ciała w zakresie 40–100 kg (przeciętnie około 60 kg w ciągu roku). Procedura ta stanowi podstawę chirurgicznego leczenia otyłości. Może być pierwszym lub ostatecznym etapem zabiegu odchudzającego.

3. Laparoskopowe wytworzenie małego zbiornika górnego („mały nowy żołądek”) z ominięciem około 1 metra jelita cienkiego



Jest metodą pozwalającą na redukcję około 70–100 kg masy ciała, szczególnie polecaną w otyłości III stopnia i ekstremalnej. Dodatkowo wiele towarzystw chirurgicznych poleca tę metodę w leczeniu zaburzeń metabolicznych – zwłaszcza cukrzycy insulino-zależnej.

4. Dodatkowo w leczeniu otyłości i nadwagi w wybranych przypadkach endoskopowo implantujemy balon żołądkowy (BIB)



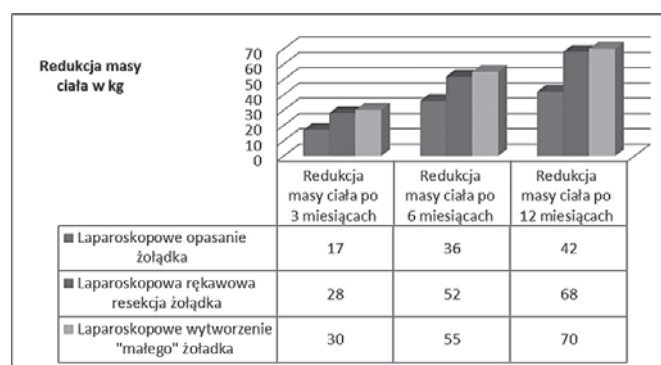
W większości przypadków BIB jest używany w przygotowaniu pacjenta do zabiegu operacyjnego, nierzadko aby zamienić metodę resekcyjną na restrykcyjną – zwłaszcza u pacjentów obawiających się zespołów złego wchłaniania, czy kobiet planujących ciążę.

Na podstawie materiału własnego oceniono rezultaty leczenia po okresie 6-miesięcznej terapii balonem żołądkowym (BIB):

- 1) Utrata wagi wystąpiła u 98% pacjentów.
- 2) Średnio pacjenci tracili około 20% wagi wyjściowej.
- 3) Długofalowe efekty terapii po okresie 6–12 miesięcy od zakończenia leczenia:
 - 51% pacjentów utrzymuje wagę,
 - 13% pacjentów dalej traci wagę,
 - 36% pacjentów nie utrzymuje wagi.

Wszystkie w/w zabiegi wykonywane są metodą laparoskopową – nawet u pacjentów po przebytych operacjach jamy brzusznej. Co ważne, wszystkie w/w zabiegi – w tym porady – są dla pacjenta nieodpłatnie. Koszty zabiegów finansowane są przez NFZ.

O korzyściach walki z nadwagą można mówić w wielu aspektach, najważniejsze jednak wydają się być efekty redukcji chorób współistniejących, które w sposób bezpośredni wpływają na poprawę jakości i długości życia. Na podstawie analiz wyników leczenia, u większości operowanych pacjentów ustąpiło nadciśnienie tętnicze (u 89% operowanych), cukrzyca typu II-go – u 79% leczonych doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi i u 50% leczonych insuliną. Ponadto w 71% chorych z cukrzycą insulinozależną zabieg operacyjny umożliwił znaczną redukcję dawek insuliny lub możliwość przejścia na leczenie doustne. Oczywiście prawie w 80% przypadków zauważyliśmy poprawę funkcjonowania układu kostno-stawowego i możliwość odstawienia leków z grupy niesterydowych przeciwzapalnych i licznych przeciwbólowych.



Wyniki pooperacyjnej redukcji masy ciała w zależności od zastosowanej metody leczenia

Nie sposób nie wspomnieć o finansowej stronie leczenia. Ponieważ zabiegi bariatryczne, choć nie są tanie, zapewne w rozliczeniu długoterminowym dają wymierne korzyści finansowe. Zdecydowanie poprawiają



Przykładowe zdjęcia naszych pacjentów przed i po zabiegach bariatrycznych

jakość życia pacjentów i często przywracają ich zdolność do pracy.

Z analiz wywiadu zebranego od pacjentów prowadzonych i leczonych w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego wynika, że:

- 1) **Roczny koszt leczenia dietetycznego wynosi około 3000 zł, jednak średnio (włączając efekt „jo-jo”) jest to między 2,5 a 3,5 kg redukcji ciała w cyklu rocznym, czyli prawie 2000 zł/kg masy ciała na rok** (w rozrachunku globalnym wliczmy różne diety, porady dietetyczne, porady psychologiczne, ćwiczenia typu fitness, produkty odchudzające lub redukujące masę ciała dostępne w supermarketach).
- 2) **Roczny koszt leczenia farmakologicznego to około 5000 zł, co przeciętnie daje około 5,5 kg redukcji ciała w cyklu rocznym, czyli prawie 1200 zł/kg masy ciała** (w rozrachunku globalnym wliczmy porady dietetyczne, porady psychologiczne, pro-

dukty odchudzające lub redukujące masę ciała dostępne w aptekach)

Koszty ponoszone przez pacjenta:

- Koszty miesięcznej terapii nadciśnienia tętniczego ponoszonej przez pacjenta wynoszą około 100–300 zł – w cyklu rocznym to ponad 1000 do 3500 zł.
- Koszty miesięcznej terapii cukrzycy ponoszonej przez pacjenta wynoszą około 100–150 zł – w cyklu rocznym ponad 1000 zł.
- Koszty miesięcznej terapii chorób zwyrodnieniowych ponoszonej przez pacjenta są trudne do oceny ze względu na różnorodność leków i zabiegów prowadzonych w gabinetach ortopedycznych.

Natomiast:

Cena leczenia operacyjnego z kosztami przygotowania do operacji (niezbędne konsultacje i wizyty);

- Opaska regulująca objętość żołądka – koszt ok. 10.000 zł
- Rękawowa resekcja żołądka – koszt ok. 17.000 zł
- Zabieg omijający (ograniczający wchłanianie) – koszt ok. 16.000 zł

Roczny koszt operacyjnej redukcji masy ciała wynosi około 400 zł/kg masy ciała!

Reasumując – skoro po operacjach bariatrycznych następuje skuteczna redukcja masy ciała i blisko 80% pacjentów można wyleczyć z cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, korzyści ekonomiczne tej terapii są oczywiste. Lepsze refundowanie bariatrii powinno się opłacić NFZ, gdyż pozwoliłoby zaoszczędzić na wydatkach na leki.

Dr n. med. Dariusz SOKOŁOWSKI

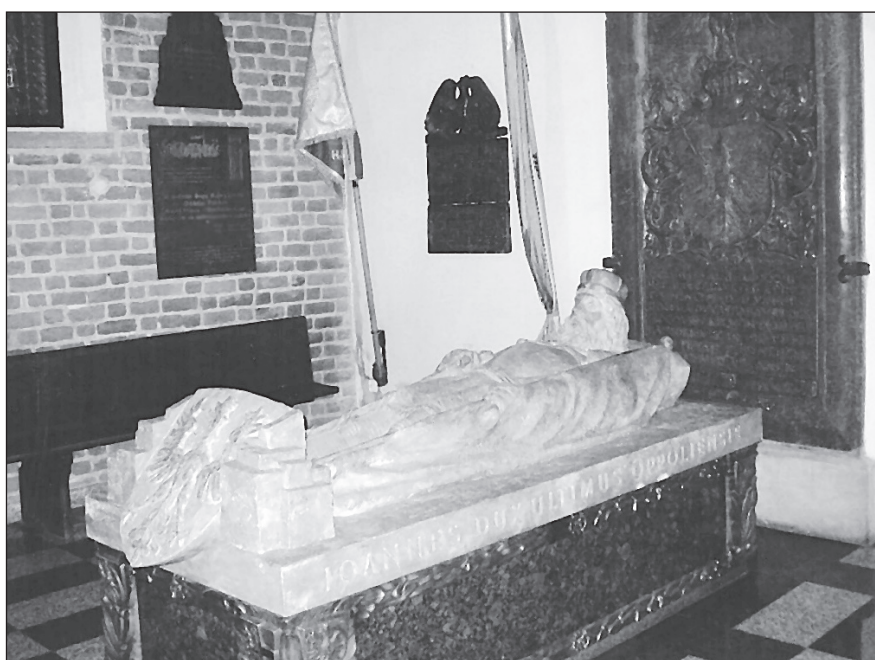
GDZIE SPOCZYWAJĄ NASI PIASTOWIE OPOLSCY?

Często podziwiamy piękny, a zarazem prosty dwukolorowy (niebiesko-złocisty) herb Opola przedstawiający połowę Orła Piastów Opolskich i Krzyża. Herb naszego miasta wyróżnia się urodą w galerii herbów miast polskich w krakowskich Sukiennicach, gdzie znajduje się na jednym z poczesnych miejsc. Kraków to przecież miasto partnerskie Opola – o czym często zapominamy. W reprezentacyjnej Sali Opolskiego Ratusza im. Karola Musioła wiszą herby miast partnerskich właśnie Krakowa, Poczdamu, Szekesfervaru (pierwsza stolica Węgier). Spoglądając na herb naszego miasta z piastowskim orłem (znajduje się on m.in. nad wejściem do Ratusza) czasami zastanawiamy się nad losami naszych Opolskich Piastów oraz miejscem ich wiecznego spoczynku. Niestety nekropolie Książąt Opolskich rozmieszczone są aż w trzech kościołach.

Ostatni Piast Opolski Jan II Dobry (1460–1532) twórca „Konstytucji Opolszczyzny” (w skład której wchodziła Ziemia Raciborska oraz tereny obecnego Górnego Śląska) pt.: „Wielki Przywilej Ziemski” pochowany został w podziemiach Prezbiterium Katedry Opolskiej pod wezwaniem „Podwyższenia Krzyża Świętego”. Po odkryciu miejsca jego pochówku, w latach 90-tych ubiegłego wieku przez Proboszcza Katedry Ks. Prałata Błatego, jego szczątki przeniesiono do Kaplicy Książęcej, gdzie postawiono sarkofag, na którym Jan II Dobry spoczywa w pozycji półleżącej. Nad jego wezgłowiem

znajduje się marmurowa tablica z napisem w języku łacińskim: „*Roku pańskiego 1532 dnia 7 marca odszedł sławny i znany Pan Jan na Śląsku, książę ostatni Opola, a także Pan Raciborza, wobec Boga i ludzi pobożnością i dobrodziejstwami zasłużony. Amen.*” (vide Biuletyn Informacyjny OIL, październik 2001)

Jedyny Książę Opolski, który został biskupem to Jan Kropidło (1360–1421) syn Bolka III, nazwany tak z uwagi na wyjątkowe bujne włosy na głowie. Był on biskupem Poznańskim, Włocławskim, Chełmińskim, Kujawskim, marzył o prymasowskim w Gnieźnie, ale sprzeciwiał się temu król Władysław Jagiełło, z uwagi na sympatię Jana



Sarkofag Jana II Dobrego w Kaplicy Książęcej Katedry Opolskiej

Kropidły do Krzyżaków. Po śmierci Jan Kropidło pochowany został w rodzinnym Opolu w kościele pod wezwaniem „Matki Bolesnej” na tzw. „Górcie”. Przed kilku laty obok rzeźby Wojciecha i studni Św. Wojciecha (powstała z inicjatywy JMR Uniwersytetu Opolskiego Prof. Stanisława Niciei) – który udawał się z Pragi celem chrystianizacji ziem pruskich i który miał zatrzymać się w Opolu – postawiono kamienną tablicę informującą o miejscu pochówku Jana Kropidły (jego szczątków nigdy nie odkryto (vide Biuletyn Informacyjny OIL lipiec 2001).

Przed wejściem do kościoła „Na Górcie” znajduje się grób senatora RP Opolszczyzny Edmunda Osmańczyka – działacza Związku Polaków w Niemczech przed II Wojną Światową i autora słynnej „Encyklopedii ONZ”.

Największą nekropolią Piastów Opolskich jest jednak Kościół OO Franciszkanów. W Kaplicy Św. Anny możemy podziwiać pięknie ostatnio odnowione kamienne sarkofagi: Bolka I, Bolka II, Bolka III oraz jego ukochanej żony Anny. Na ścianie frontowej Kaplicy możemy oglądać zabytkowy tryptyk z najwybitniejszym Piastem Opolskim Władysławem Opolczykiem, który ofiaruje Matce Boskiej makietę z ufundowanym przez siebie



Tablica upamiętniająca Jana Kropidłę na Wzgórzu Uniwersyteckim w Opolu

- Bolko III – zm. 1382,
- Władysław II Opolczyk, ojciec chrzestny króla Władysława Jagiełły, fundator Klasztoru OO Paulinów na Jasnej Górze – zm. 1401,
- Mikołaj I – zm. 1476,
- Mikołaj II – zm. 1497, ścięty przez kata na Rynku w Nysie (historię śmierci Mikołaja II postaram się przedstawić w kolejnej publikacji),

Obok Książąt Opolskich, w kryptach Klasztoru OO Franciszkanów w Opolu spoczywają ich żony:

- Elżbieta Swidnicka, żona Bolka II – zm. 1348,
- Anna Oświęcimska, żona Bolka III – zm. 1378,
- Jadwiga, żona Bernarda Strzeleckiego – zm. 1427,
- Małgorzata, żona Bolka IV – zm. 1437,
- Magdalena, żona Mikołaja I – zm. 1488.

Podczas corocznego odpustu OO Franciszkanów (jesień) przez Noc Muzeów (maj) krypty Książęce są udostępniane do zwiedzania, co bardzo polecam pasjonującym się historią naszego miasta P.T. Czytelnikom naszego Biuletynu.

Pamiętkami po naszych Piastach Opolskich jest pomnik Jana II Dobrego siedzącego na tronie z „Wielkim Przywilejem Ziemskim” przed budynkiem starego Rektoratu Uniwersytetu Opolskiego (noszącego imię Książąt Opolskich) przy ul. Oleskiej oraz ulice Książąt Opolskich, Jana Kropidły na Pasiece i Jana II Dobrego w Nowej Wsi Królewskiej.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



Sarkofagi Bolka I, Bolka II, Bolka III i Anny w kościele OO Franciszkanów

Klasztorem na Jasnej Górze (vide Biuletyn Informacyjny OIL styczeń 2002).

W kryptach Klasztoru OO Franciszkanów w Opolu pochowanych jest 8 Książąt Opolskich oraz ich 5 żon. Oto pochowani tam Książęta Opolscy:

- Bolko I, fundator Kaplicy Św. Anny – zm. 1313,
- Bolko II – zm. 1356,
- Bolko Niemodliński – zm. 1365,

POSTULATY WSKAZUJĄCE POŻĄDANE KIERUNKI ZMIAN W ORGANIZACJI SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Poniższe postulaty – stanowiska wypracowane zostały podczas panelu dyskusyjnego zorganizowanego 8 czerwca w ramach konferencji „Wzmacnianie potencjału Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska motorem do rozwoju dialogu społecznego na Dolnym Śląsku”.

Odpowiedzialność państwa za bezpieczeństwo zdrowotne i właściwe warunki życia obywateli zostały uwzględnione w większości, jeśli nie we wszystkich konstytucjach narodowych. Rządy wielu krajów akceptowały i nadal akceptują swoją odpowiedzialność za stan ochrony zdrowia obywateli. Jednakże w wyniku reform przeprowadzanych w zakresie finansowania opieki zdrowotnej, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach, dochodzi do systematycznego ograniczania odpowiedzialności państwa w tym zakresie. Zapisy obowiązujące w Polsce, wynikające z Konstytucji RP, stanowią, że: „każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia” oraz „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych” (1).

Bez względu na przyjęty w danym państwie model finansowania usług medycznych, wielkość środków finansowych przekazywanych na ten cel jest zwykle niewystarczająca. Dzieje się tak pod wpływem trzech grup czynników: socjalno-kulturowych, obejmujących postawy pacjentów ukierunkowane na pozyskiwanie jak największej liczby nieodpłatnych świadczeń i na jak najwyższym możliwym poziomie jakościowym, demograficznych, które bezpośrednio wpływają na przychody systemów zdrowotnych oraz technologicznych – rozwinięta technologia prowadzi do gwałtownego wzrostu kosztów świadczonych usług medycznych. W zależności od stopnia rozwoju kraju siła oddziaływania poszczególnych czynników bywa różna.

Każdy z nich wpływa jednak w znaczący sposób na kształtowanie się ekonomicznej (finansowej) wydolności systemu, co w konsekwencji prowadzi do podejmowania przez decydentów takich, a nie innych decyzji stanowiących o konstrukcji systemu opieki zdrowotnej. Decyzyje te, w ostatecznym kształcie, nie zawsze są ko-

rzystne zarówno dla beneficjentów systemu, czyli pacjentów, jak i podmiotów leczniczych. Stąd też, w trosce o poprawność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zwracamy uwagę na szczególnie istotne zagadnienia i formułujemy kilka postulatów.

Postulat I

Stworzenie obowiązkowego systemu zrzeszania się podmiotów medycznych w reprezentatywnych organizacjach, które uprawnione będą do podejmowania negocjacji z płatnikiem.

Ograniczone zasoby finansowe skłaniają do refleksji nad istotą zaspokajania potrzeb zdrowotnych oraz zmuszają do poszukiwania rozwiązań i sposobów jak najlepszego wykorzystania zgromadzonych na ten cel środków pieniężnych i pozostałych zasobów. Zasada gospodarności nakazuje bowiem osiągnięcie zakładanego celu przy minimalnym zużyciu środków, w sytuacji wyraźnego ich limitowania. Możliwości zaspokajania potrzeb szuka się na drodze bądź oszczędności zasobów bądź zwiększenia efektu działania. Dlatego wciąż żywe są dyskusje na temat racjonowania usług medycznych, obok dyskusji na temat racjonalizacji kosztów/nakładów finansowych. Im bowiem większe efekty uzyskuje się w dziedzinie poprawy wykorzystania posiadanych zasobów niezbędnych do wytwarzania świadczeń opieki zdrowotnej, tym skala racjonowania może być mniejsza. Powyższe stwierdzenia nie mają w Polsce swojego realnego odniesienia do sposobu zawierania umów na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Nie uwzględnia się warunków ekonomicznych, w jakich muszą działać podmioty lecznicze, a jedynie wskazuje warunki konieczne do spełnienia przy realizacji umowy, bez względu na skutki jakie ona przynosi dla realizującego umowę. Pojedynczy podmiot leczniczy nie jest w stanie negocjować z płatnikiem właściwych warunków umów. Dlatego widzimy potrzebę stworzenia obowiązkowego systemu zrzeszania się podmiotów medycznych w reprezentatywnych organizacjach, które uprawnione będą do podejmowania negocjacji z płatnikiem w imieniu członków oraz reprezentowania interesów podmiotów zrzeszonych (wzorem

rozwiązania zastosowanego w systemie niemieckim tj. kontraktowana świadczeń z udziałem pośrednika, który reprezentuje wszystkich świadczeniodawców wykonujących świadczenia zdrowotne danego rodzaju).

Postulat II

Zwiększenie roli POZ, przesuwanie kompetencji wg schematu: szpital – AOS – POZ. W ślad za tym przesuwanie środków i zwiększanie efektywności działania systemu opieki zdrowotnej (obniżanie kosztów funkcjonowania poprzez działania tj. oddziały dzienne, pobyty ambulatoryjne). Wprowadzenie obowiązku prowadzenia działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) odgrywa kluczową rolę w każdym systemie ochrony zdrowia. Od jej sprawności i skuteczności zależy w ogromnym stopniu efektywność całego systemu opieki medycznej. W krajach z rozwiniętą i dobrze zorganizowaną POZ, jej struktury są w stanie zaspokoić ponad 90% potrzeb zdrowotnych populacji, ograniczając liczbę konsultacji specjalistycznych i hospitalizacji (2). Istnieją liczne dowody na to, że właśnie rozwój POZ, a nie sektora świadczeń specjalistycznych przyczynia się w większym stopniu do poprawy stanu zdrowia populacji, a nawet istotnego ograniczenia śmiertelności (3).

Sprawną POZ pozwala także w sposób bardziej racjonalny gospodarować środkami przeznaczonymi na ochronę zdrowia (4), ograniczając przede wszystkim nakłady na kosztochłonne procedury specjalistyczne (5).

Analizując koszty finansowania świadczeń medycznych w Polsce, na przestrzeni kilku ostatnich lat, należy stwierdzić, że najwyższe koszty ponoszone są w grupie świadczeń szpitalnych i stanowią one ok. 53–54% całości kosztów przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W pozostałej części znajdują się, zgodnie z art. 15, pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, świadczenia z zakresu: podstawowej opieki zdrowotnej; ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień; rehabilitacji leczniczej; świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej; leczenia stomatologicznego; lecznictwa uzdrowiskowego; zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji; ratownictwa medycznego; opieki paliatywnej i hospicyjnej; świadczeń wysokospecjalistycznych; programów zdrowotnych; leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę; programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji; leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji; leków nieposiada-

jących pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. „Prawo farmaceutyczne” (Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271, z późn. zm.) pod warunkiem, że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji; środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a Ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

Koszty opieki szpitalnej w stosunku do kosztów pozostałych świadczeń gwarantowanych przez system stanowią zatem bardzo dużą część puli środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń. Należy więc poważnie rozważyć konieczność zmiany systemu w tym zakresie oraz przygotować konkretne działania i opisać sposób ich wprowadzenia, w celu zmniejszenia tej niekorzystnej struktury.

Uważamy, że główną rolę w systemie, w sposób rzeczywisty, a nie tylko deklaracyjny, powinna pełnić podstawowa opieka zdrowotna, oparta o zespoły profesjonalistów medycznych o szeroko zdefiniowanych kompetencjach. Nowoczesne rozwiązania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej powinny koncentrować się na potrzebach zdrowotnych jednostek i populacji, czyniąc z nich równocześnie partnerów, współodpowiedzialnych za swoje zdrowie. Należałoby więc oczekiwać działań ukierunkowanych na wsparcie pacjenta w podejmowaniu racjonalnych decyzji, warunkujących jego stan zdrowia (6). Dlatego widzimy konieczność, zwiększenia roli POZ poprzez przesuwanie kompetencji wg schematu: szpital – AOS – POZ, a w ślad za tym przesuwanie środków finansowych i zwiększanie efektywności działania systemu opieki zdrowotnej.

Dzisiejsze obserwacje wyraźnie wskazują na bezzasadne przesuwanie działań w kierunku bardzo kosztochłonnych procedur szpitalnych, lub co najmniej kosztochłonnych, procedur specjalistycznych. Umieszczenie możliwych do wykonania zadań w POZ pozwoli nie tylko na bardziej kompleksową (czyli lepszą) opiekę nad pacjentem, ale także na obniżanie kosztów funkcjonowania systemu. Działanie takie przyniesie więc z pewnością wymierne korzyści wszystkim stronom uczestniczącym w systemie. Równocześnie za niezmiernie ważne uznajemy wdrożenie w życie obowiązku prowadzenia działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej i określenia obowiązku odpowiedzialności pacjenta w tym zakresie. Bez dobrze prowadzonych i kompleksowych działań profilaktycznych nie ma możliwości ograniczania zachorowalności, a tym samym poprawy stanu zdrowia polskiego społeczeństwa.

Postulat III

Uzupełnienie ubezpieczeń o komponent dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych mających za zadanie poprawienie dostępu do limitowanych świadczeń.

Zasadniczo usługi opieki zdrowotnej mogą być finansowane z dwóch rodzajów źródeł: funduszy społecznych (publicznych) oraz funduszy prywatnych. W większości państw OECD finansowanie opieki zdrowotnej odbywa się w oparciu o obydwa te źródła, po uwzględnieniu ich różnych wzajemnych proporcji, z większociowym jednak udziałem środków publicznych. Źródła publiczne to budżet państwa, budżety regionów i budżety lokalne oraz fundusze ubezpieczeń publicznych i fundusze parabudżetowe. W Polsce największe znaczenie ma publiczny płatnik, tj. Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast źródła prywatne odnoszą się zwykle do dochodów indywidualnych konsumentów usług opieki zdrowotnej, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz funduszy korporacji.

Pomimo iż publiczny płatnik – NFZ przekazuje na pokrycie kosztów zrealizowanych świadczeń zdrowotnych całą wartość środków finansowych pozyskanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, to mimo wszystko podmioty lecznicze wciąż wykazują pogłębiającą się nierównowagę finansową. Dlatego też coraz więcej mówi się o potrzebie wprowadzenia do systemu dodatkowych środków finansowych. Wobec zmieniającej się dynamicznie sytuacji, wobec problemów z niezadawalającym pokryciem kosztów udzielanych świadczeń, rośnie dążenie do dywersyfikacji źródeł finansowania, rośnie rola prywatnych środków w usługach zdrowotnych.

W najbogatszych krajach OECD można również zaobserwować, od pewnego czasu, niewielki wzrost udziału środków prywatnych w finansowaniu opieki zdrowotnej (7). Jednak stosunek nakładów publicznych do prywatnych jest bardzo różny i nie wynika ze szczególnej kalkulacji ekonomicznej, lecz raczej jest efektem uwarunkowań historycznych oraz ideologicznych, a także poziomu rozwoju instytucjonalnego.

Korzystanie z doświadczeń innych państw powinno być więc obdarzone pewną nieufnością z uwagi na kompatybilność zasad działania (nie można zapominać o utrzymanej w Polsce solidarności społecznej, równym dostępie do świadczeń) oraz specyfiką sytuacji gospodarczej.

Słabo oceniana dostępność do usług oraz przeciętna jakość usług świadczonych przez publiczne placówki opieki zdrowotnej skłaniają do coraz częstszego korzystania z usług prywatnej opieki zdrowotnej (8). Jeśli bowiem, pomimo zapisów w Konstytucji RP, polski system opieki zdrowotnej nie jest stanie unieść ciężaru obciążeń finansowych pokrywających zrealizowane potrzeby zdrowotne, to poszukuje się takich rozwiązań, które te obciążenia zmniejszą. Wśród po-

tencjalnych możliwości wymienić należy preferowane przez Związek prywatne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, gdzie ubezpieczenie to opłacane jest dobrowolnie przez ubezpieczonych do ubezpieczalni świadczącej usługi w zakresie opieki zdrowotnej.

Możliwość wykorzystania tego rozwiązania systemie zdrowotnym w Polsce jest uzależniona od woli politycznej oraz wprowadzenia odpowiednich aktów prawnych lub zmian w aktach obowiązujących. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na potrzebę wprowadzenia zapisów służących możliwości łączenia prywatnych źródeł finansowych z systemem publicznej opieki zdrowotnej (9). Działania takie wiążą się pewnymi ograniczeniami, stanowią jednak istotną możliwość w zakresie budowania najbardziej efektywnego sposobu finansowania bieżącej działalności podmiotu medycznego. Dzięki dywersyfikacji możliwe stanie się planowanie dalszego rozwoju przy jednoczesnym minimalizowaniu ryzyka (10).

Równocześnie zwracamy uwagę, że należy ponownie powrócić do konstrukcji tzw. „koszyka świadczeń gwarantowanych” jako wykładni podstawowych możliwości pokrycia finansowego polskiego systemu opieki zdrowotnej (11).

Aktualnie rynek prywatnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce powoli się rozwija. Obejmuje on głównie te grupy społeczne, których dochód rozporządzalny jest najwyższy. W 2011 r. najwyższy przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny w gospodarstwie domowym osiągnęły gospodarstwa pracujące na własny rachunek, w wysokości ok. 5.058 zł. Aktualnie szacuje się wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej na 33,8 mld zł (12). W porównaniu do środków przeznaczonych przez NFZ na pokrycie kosztów świadczeń medycznych w 2011 r., czyli kwoty 60,9 mld zł jest to bardzo wysoka wartość. Stanowią ją opłaty za leki i sprzęt medyczny, usługi rehabilitacyjne, badania diagnostyczne i wizyty lekarskie ponoszone bezpośrednio z kieszeni pacjenta, opłaty w szarej strefie, abonamenty oferowane przez firmy medyczne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe oraz inne opłaty ponoszone bezpośrednio z kieszeni pacjenta.

Na podstawie powyższych rozważań należy stwierdzić, że istnieje potrzeba i możliwość wsparcia finansowania polskiego systemu opieki zdrowotnej poprzez dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne.

Wydaje się także, że koniecznym jest właściwe ukierunkowanie tego źródła finansowania, służącego poprawieniu dostępu do limitowanych świadczeń. Działanie takie wpłynie, w sposób skuteczny, zarówno na lepszą dostępność do świadczeń, jak i na „uporządkowanie” sytuacji ekonomicznej podmiotów świadczących usługi opieki zdrowotnej. Kwestą dyskusyjną jest zakres przyszłych ubezpieczeń dobrowolnych/dodatkowych.

Postulat IV

Podjęcie współpracy w celu opracowania mapy zapotrzebowania na usługi medyczne. Opracowanie systemu zapewniającego pozyskiwanie rzeczywistych danych dotyczących sektora zdrowia oraz zapewnienie sprawnego i rzetelnego sposobu przetwarzania pozyskanych informacji.

Racjonalne prowadzenie każdej działalności wymaga starannego przygotowania do działania. Obecnie w Polsce brak jest rzetelnej informacji na temat zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej.

Działające (lub będące w przygotowaniu) systemy informatyczne nie generują takich informacji, a to właśnie one powinny być podstawą podejmowanych ostatecznych decyzji, zarówno w zakresie działań restrukturyzacyjnych, jak i zmian w zakresie finansowania świadczeń ze środków publicznych, dane historyczne, na których dzisiaj opiera się system zawsze obciążone są dużym błędem i wieloma nieścisłościami. Dlatego uważamy, że bezwzględnie należy podjąć współpracę pomiędzy podmiotami leczniczymi, korporacjami zawodowymi lekarzy, jednostkami naukowymi, decydentami itp., w celu opracowania tzw. mapy zapotrzebowania na usługi medyczne. Istnienie takiej mapy pozwoli na bardziej racjonalne kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez płatnika, a tym samym na lepsze przygotowanie się do prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze.

Konieczne jest więc także opracowanie systemu zapewniającego pozyskiwanie rzeczywistych danych (odpowiednio wyselekcjonowanych) dotyczących sektora zdrowia oraz zapewnienie sprawnego i rzetelnego sposobu przetwarzania pozyskanych informacji, co pozwoli na właściwe, lepsze i bardziej racjonalne wykorzystanie ograniczonych zasobów (finansowych, majątkowych, personalnych) systemu opieki zdrowotnej.

Dr Maria WĘGRZYN

Dr Maria WĘGRZYN – adiunkt w Katedrze Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, dydaktyk o wieloletnim doświadczeniu. Otrzymała sześć indywidualnych nagród stopnia I i II nadawanych przez rektora Uniwersytetu Ekonomicznego za działalność dydaktyczno-badawczą. Kierownik studiów podyplomowych „Zarządzanie i finanse w ochronie zdrowia”. Członek Rady NFZ Oddziału Dolnośląskiego, członek kilku Rad Społecznych Sp. ZOZ. Ekspert ds. restrukturyzacji ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego. Specjalizuje się w finansach i ubezpieczeniach ze szczególnym uwzględnieniem ochrony zdrowia, autorka ponad 80 publikacji naukowych z zakresu ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia oraz finansów publicznych i samorządowych. Realizowała wiele krajowych i międzynarodowych projektów związanych z finansowaniem i organizacją służby zdrowia.

PRZYPISY:

- (1) Art. 68 Konstytucji RP mówi o prawie do ochrony zdrowia każdego obywatela, Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U nr 78, poz. 483.
- (2) White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care, *N Engl J Med.* 1961; 265:885–92.
- (3) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3):457–502 oraz Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998, *Health Serv Res.* 2003;38(3):831–865.
- (4) De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, J H. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med.* 2003; 1(3):144–148, oraz, Worrall G, Knight J. Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? *Can Fam Physician.* 2006; 52:754–755, a także Levaggi R, Rochaix L. Exit, Choice or Loyalty: Patient Driven Competition in Primary Care. *Annals of Public and Cooperative Economics.* 2007; 78(4):501–535, I Ansari Z. The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. *Aust J Prim Health.* 2007; 13(3):91–110.
- (5) Podano za: J. Baranowski, A. Windak, Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, *Sprawne Państwo, Program Ernst & Jung, Warszawa 2012 r.*, s. 10–12.
- (6) J. Baranowski, A. Windak, Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, *Sprawne Państwo, Program Ernst & Jung, Warszawa 2012 r.*, s. 10–12.
- (7) www.oecd.org/statistics/
- (8) Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2012, BS/34/2012 oraz Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, BS/47/2012.
- (9) Obecnie publiczne podmioty medyczne nie mogą udzielać świadczeń medycznych odpłatnie osobom ubezpieczonym, w zakresach w których mają podpisane umowy na udzielanie świadczeń z NFZ, pomimo długiego okresu oczekiwania na usługę
- (10) M. Węgrzyn, Zwiększenie źródeł finansowania polskiej opieki zdrowotnej – potrzeby i możliwości, W: I. Rudawska, E. Urbańczyk, *Opieka zdrowotna. Zagadnienia Ekonomiczne*, Difin, Warszawa 2012, 105–126
- (11) J. Sobiech, Problemy konstrukcji koszyka świadczeń gwarantowanych w możliwych do zastosowania mechanizmach podziału usług opieki zdrowotnej, w: red. A. Pomorska, *Finanse publiczne*, Lublin, 2006, s. 329–330.
- (12) Raport Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2012. Prognozy rozwoju na lata 2012–2014, PMR, Kraków 2012.

(przedruk z „Medium” nr 10/13)

NOWY SYSTEM KSZTAŁCENIA SPECJALIZACYJNEGO

Z prof. dr. hab. n. med. Jerzym KRUSZEWSKIM, kierownikiem Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM, przewodniczącym Komisji Kształcenia NRL, rozmawia Małgorzata SKARBEK

Dlaczego w stosunkowo krótkim czasie zmienia się model kształcenia podyplomowego?

Prace nad nowym systemem kształcenia w zakresie specjalizacji rozpoczęły się zaraz po wprowadzeniu w życie obecnie – jeszcze – funkcjonującego modelu. Nowy system od początku budził ogromne emocje. Wprowadzono go po okresie braku możliwości specjalizowania się i niby był prostszy, ale komplikował proces. Dziś można powiedzieć, że wiele tych emocji było nieuzasadnionych. Ale wówczas do samorządu lekarskiego od razu zaczęły napływać różnego rodzaju apele, stanowiska, uwagi i propozycje rozwiązań problemów wynikłych z wprowadzenia nowego systemu. Postanowiliśmy zająć się nimi. W wyniku długich dyskusji powstał nowy projekt.

Ważnym powodem, dla którego zainteresowaliśmy się problemem, był fakt, że wiele z tych wniosków dotyczyło tworzenia nowych specjalizacji. To nas niepokoiło. Propozycji było mnóstwo. Gdyby przychylić się do wszystkich, mielibyśmy w Polsce dzisiaj zapewne około 200 specjalizacji. Różne środowiska, grupy lekarzy zajmujące się wycinkowymi zagadnieniami w poszczególnych dziedzinach medycyny, starały się ten swój obszar zdefiniować – najlepiej jako specjalizację.

W samorządzie przeważał pogląd, że te inicjatywy, trudne do zrealizowania w ramach istniejących przepisów, należy przekształcić w projekty tworzenia węższych umiejętności, natomiast system specjalizacyjny, zgodnie z pojawiającą się krytyką ze strony środowiska, nieco zmienić. Prawdę mówiąc, przywrócić częściowo poprzednio funkcjonujący system, zdecydowanie skracając czas osiągnięcia specjalizacji szczegółowej.

Jaki projekt powstał i kto go tworzył?

Dyskusje toczyły się w NRL, na posiedzeniach Komisji Kształcenia poprzedniej kadencji. Zajmowaliśmy się głównie opracowaniem zasad tzw. systemu modułowego, przy tworzeniu którego wzorowaliśmy się na rozwiązaniach europejskich i amerykańskich. W tych posiedzeniach uczestniczyło wielu specjalistów, m.in. śp. prof. Andrzej Szczeklik, prof. prof. Jacek Imiela, Jan Kulik, Jerzy Polański, a także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia.

Wypracowaliśmy system, w którym zakładano, że w dużych podstawowych specjalnościach: choroby we-

wnętrzne, chirurgia ogólna, otolaryngologia, pediatria i patomorfologia, stworzone zostaną tzw. podstawowe moduły kształcenia (dwu-, trzyletnie). Ich odbycie (zaliczenie) można by uważać za analogiczne do realizacji kształcenia w poprzednim systemie w I stopniu specjalizacji. Po zrealizowaniu modułu podstawowego lekarz mógłby podjąć kształcenie w tzw. module specjalistycznym, analogicznym do obecnej specjalizacji szczegółowej.

Najszybciej koncepcję tę zaakceptowali interniści. Ale i oni nie zawsze byli jednomyślni, choćby co do czasu trwania modułu podstawowego. Kardiologowie np. mieli zastrzeżenia, że trzyletnie szkolenie podstawowe z interny jest dla nich zbyt długie, można by je ograniczyć. Wiele dyskusji dotyczyło czasu trwania i sposobu zaliczania modułu podstawowego, a w konsekwencji – specjalistycznego, tak by w nowym systemie kształcenie trwało krócej.

Ostatecznie przyjęto, że moduł podstawowy będzie trwał trzy lata, a szczegółowy dwa – trzy (w obecnym systemie szkolenia trwają pięć plus trzy lata). Trudno powiedzieć, jakie będą wybory lekarzy, czy będą korzystać z szybkiej ścieżki osiągnięcia specjalizacji szczegółowej, czy też zechcą np. po module podstawowym z interny kontynuować moduł specjalistyczny w tej specjalności. Polityka NFZ oparta na „papierologii”, nie przewiadując istnienia lekarza, lecz tylko specjalisty, wspiera zdecydowanie to pierwsze rozwiązanie. Generalnie wydaje się, że system będzie bardziej odpowiadał oczekiwaniom lekarzy. Na pewno jednak, zgodnie z duchem czasu, będzie w nim dużo formalizmu, biurokracji i komplikacji przysłaniających merytorykę kształcenia.

A jak ten projekt przyjął resort zdrowia?

Około pięciu lat temu zakończyliśmy pracę, zasady tego systemu zostały przygotowane i przekazane do resortu. Minister Ewa Kopacz była przychylna naszemu projektowi. Uważała, że jego wprowadzenie skróci czas dochodzenia lekarzy do specjalności szczegółowej, dając szansę niecierpliwym. Jak wspomniałem, w naszych dyskusjach uczestniczyli też urzędnicy Ministerstwa Zdrowia. Przyglądał się im też dr Andrzej Włodarczyk, potem wiceminister.

9 stycznia 2013 r. weszło w życie rozporządzenie ministra określające nowe zasady kształcenia specja-

lizacyjnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 26, Rozporządzenie ministra zdrowia z 2.01.2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów). Czy system w nim przedstawiony odpowiada pierwotnym założeniom?

Można powiedzieć – wszedł w życie nareszcie. Ale moim zdaniem byłoby lepiej, gdyby w rozporządzeniu ograniczono się tylko do tej ważnej, rewolucyjnej zmiany, jaką było wprowadzenie systemu modułowego. Tymczasem nowy system to tylko fragment rozporządzenia, w dodatku mocno zmodyfikowany. Poza tym wprowadza ono kolejne specjalizacje, zwłaszcza w pediatrii, w której pojawiło kilka nowych, szczególnie nowych. W projekcie rozporządzenia było ich jeszcze więcej, niż jest w oficjalnej wersji. Wydaje się, że chciano trochę mechanicznie utworzyć system specjalizacji symetryczny do interny i może dowartościować pediatrię, zwiększając możliwości, jakie daje wejście na tę ścieżkę specjalizowania się. Na przykład w zakresie alergologii, specjalizacji istniejącej nie we wszystkich krajach UE, pojawił się pomysł utworzenia alergologii dziecięcej, której praktycznie nigdzie nie ma. Środowisko alergologów – Polskie Towarzystwo Alergologiczne oraz jego Sekcja Pediatria – protestowało.

Minister uznał jego racje, specjalizacja nie powstała. Ale w dziedzinach, w których nie było protestów lub były „anemiczne”, specjalizacje te powstały. Wydaje się, że takie propozycje powinny być dyskutowane z lekarzami praktykami zajmującymi się poszczególnymi zagadnieniami chorobowymi u dzieci. Inna nowa specjalizacja – intensywna terapia, też wywołała wiele pytań. Czym ona się różni od anestezjologii i intensywnej terapii? Ostro protestowało środowisko anestezjologów, że zabiera im się część ich dziedziny, choć w tym przypadku chodzi o certyfikowanie wiedzy i umiejętności lekarzy pracujących z chorymi znajdującymi się na SIN oddziałów zachowawczych (np. kardiologii).

Z jednej strony dobrze, ale jak znam życie, na pewno nie we wszystkich przypadkach. Na koniec trzeba też zaznaczyć, że nie dla wszystkich czas uzyskania specjalizacji się skróci, np. pediatra, aby został alergologiem, będzie się szkolił siedem lat, a internista tylko pięć.

Nowe rozporządzenie jest bardzo obszerne i drobiazgowo opisuje zasady oraz wszystkie merytoryczne i formalne czynności związane z wykonywaniem specjalizacji. Uzgodnienia resortowe trwały długo. Zgłoszono około 500 poprawek. Na szczęście część z nich była stricte formalna, zgłoszona przez urzędników wojewódzkich ośrodków kształcenia lekarzy. Tak rozbudowane przepisy są efektem nowego sposobu podejścia do prawa. Wychodzimy z założenia, że co nie jest w nim zapisane, tego robić nie wolno. Sta-

ra zasada: jeśli coś nie jest zabronione, jest dozwolone, coraz bardziej traci rację bytu.

Coraz wyraźniej widać, że proces kształcenia lekarzy, obok merytoryki (wiedzy medycznej), powinien uwzględniać też inne aspekty związane z przekształcaniem działalności leczniczej w sferę usług. Tak mnie wychowano i tak nauczałem lekarzy, że w swej działalności powinni kierować się innymi wartościami niż sfera usług czy biznes. Spór, czy medycyna jest nauką, czy sztuką został (oby na razie) zawieszony i nie wiem, czy okaże się to dobre dla chorych. Czynności papierkowo-komputerowe dawno już zaczęły zabierać około 60–70% czasu pracy lekarzy. Nie ma już go na wysłuchanie chorego, najlepiej, aby – zamiast rozmawiać – on też wypełnił formularz.

Kiedy lekarze zaczną kształcić się według nowego modelu?

Rozporządzenie w sprawie specjalizacji już obowiązuje, ale nowy system jeszcze nie został wdrożony, bo pierwszym etapem jest stworzenie programów specjalizacji. Dyrektor CMKP powołał zespoły mające je przygotować. W mojej dziedzinie już rozesłałem propozycje. Mam informację, że prace nad programami są w różnych fazach realizacji.

Jak nasz system wygląda na tle stosowanych w innych krajach europejskich?

Liczbą specjalizacji plasujemy się pośrodku listy państw, choć z tendencją wzrostową. Na południu Europy (Grecja, Włochy, Hiszpania) mają ich więcej. Problemem może być uznanie w krajach UE niektórych naszych nowo powstałych specjalizacji. Może się okazać, że są unikalne, a uznana może zostać taka, która funkcjonuje w co najmniej dwóch krajach. W kwestii wymogów ogólnych systemu spełniamy wszystkie pozostałe warunki unijne, które mówią, że kształcenie specjalizacyjne musi trwać co najmniej pięć lat. Program szkolenia na razie nie jest rygorystycznie określony. Ale wkrótce czeka nas unifikacja sprawdzania nabytej wiedzy – egzaminów. Pojawiają się kolejne, po dotyczących urologów i anestezjologów, inicjatywy wprowadzenia specjalizacyjnych egzaminów europejskich, organizowanych w różny sposób i przez różne gremia (raczej przez towarzystwa). U nas egzamin ma charakter państwowy, certyfikat jest wydawany przez władzę państwową. Tu nowy system nic nie zmienia.

Najważniejsze jest jednak, aby kształcenie specjalizacyjne, na które nasi młodzi lekarze poświęcają mnóstwo czasu i wysiłku, dawało efekt liczący się i uznawany w całej Europie, aby mogli wszędzie pracować zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami.

(przedruk z „Pulsu” 10/13)

SŁOŃCE NA KOŃCU DROGI

Pewnego razu przyszedł na moją skrzynkę pocztową e-mail. Nieznany mi człowiek pytał, czy mogłabym przyjść do niego na wizytę domową. Pisał, że jeździ na wózku inwalidzkim i czuje się osamotniony w towarzystwie wyrachowanych, obcych osób. Wiadomość charakteryzowała się zwięzłą, wyszukaną formą. Ktoś „po tamtej stronie” sieci musiał być wykształconym, inteligentnym człowiekiem. Zaznaczał też, że „chyba ma depresję” i jest człowiekiem niewierzącym. Nie rozumiałam, co miało oznaczać oświadczenie dotyczące poglądów religijnych, ale widocznie, to była w jego odczuciu ważna informacja. Rzadko decyduję się na wizyty domowe do osób, których nie znam. Ale ten człowiek mnie przekonał, do dziś nie wiem czym. Wymieniliśmy kilka krótkich maili i umówiliśmy się na piątkowe popołudnie.

Mój przyszły pacjent nie pisał w mailach o miejscu zamieszkania, byłam zatem trochę zaskoczona, gdy dotarłam w końcu pod wskazany adres. Mieszkał w prywatnym Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym tuż pod Wrocławiem. ZOL prowadzony był przez siostry zakonne. Przewrotna myśl zrodziła się wówczas w mojej głowie: „idealne miejsce dla zdeklarowanego ateisty”. Mężczyzna czekał na mnie w altance położonej wśród gęstej zieleni dużego ogrodu. Był lipiec, zewsząd unosił się zapach kwitnących lip, które rosły wzdłuż dość długiej alei w centrum tego dość wiekowego ogrodu. Dookoła znajdowały się dokładnie przystrzyżone trawniki.

Mężczyzna był wyposażony w laptop i telefon. Okrągły, kamienny stół zakrywały książki. Siedział na wózku inwalidzkim. Miał ok. sześćdziesięciu lat, mocno wychudzony, o szaro-żółtym, niezdrowym odcieniu cery. Jego koszula i spodnie były dość dobrze odprasowane, mało wygodne do jeżdżenia na wózku, ale myślę, że ten człowiek po prostu ubierał się tak kiedyś na co dzień. Miał głęboki, przyjemny głos, zgaszony wzrok, w którym czasami zapalały się ogniki przekory i nieznanej mi tajemnicy.

– Pewnie dziwi się pani, że u schyłku życia zapragnąłem porozmawiać z psychiatrą?

Patrzył na mnie pytająco.

– Właściwie, nie mam za wielu chętnych do rozmowy... Od pół roku mieszkam tu zupełnie sam. Nie widuje innych mieszkańców, nie mam na to ochoty. Nie interesują mnie. Czasem wpada ksiądz, ale jestem niewierzący i trudno mi przyjmować jego punkt widzenia. Człowiek z niego jest jednak w porządku, inteligentny, nie narzuca się.

Przejechał się wózkiem po altance, zawrócił w moją stronę.

– Ostatnio zupełnie nie mogę spać, nie chce mi się dbać o siebie, nie chce mi się czytać, nawet nie chce mi się myśleć.

Westchnął. Po chwili kontynuował swój monolog.

– Właściwie o czym miałbym myśleć, nie widzę niczego, co miałoby jeszcze dla mnie jakieś znaczenie. Dwa lata temu wszystko się zmieniło. Byłem znanym i bogatym człowiekiem, prowadziłem dobrze prosperującą firmę budowlaną. Moje budynki znajdzie pani w całej Polsce, mieszkają w nich tysiące ludzi... Miałem opinię uczciwego oraz solidnego człowieka. Żona, dwoje dorosłych synów. Moja małżonka jest projektantką, właściwie całe życie projektowała dla przyjemności. Nie musiała zarabiać pieniędzy, ja dbałem o wszystko. Miałem sporo przyjaciół, a może tak mi się tylko wtedy wydawało. Jeździłem po świecie, zwiedzałem miejsca, o których marzyłem w młodości, było mnie na to stać. Nie zastanawiałem się nad wieloma sprawami, mogłem odżegnać się od rzeczy, których nie chciałem widzieć. Uważałem, że cały świat powinien być dostosowany do mojej osoby...

Mężczyzna mówił do mnie, a może rozmawiał sam ze sobą. Przez chwilę miałam wrażenie, że zapomniał o moim istnieniu, że mnie nie zauważa. Nie chciałam wyrwać go z zadumy, siedziałam bez ruchu. Patrzył gdzieś obok mnie, w jakąś niewidzialną dla mnie przestrzeń, patrzył w siebie tylko znaną przeszłość.

– Byłem na polowaniu, czekaliśmy z kolegami na ambonie myśliwskiej aż nadejdą dziki. Nastąpiła noc, a wraz z nią robiło się coraz chłodniej, zza przybladłych chmur wyłonił się prawie cały księżyc. Idealne warunki na oddanie strzału. Ale dzików nie było. Po kilku godzinach zdecydowałem, że zejść do samochodu po cieplejsze ubranie i coś mocniejszego do picia. W stalowej manierce znajdowała się w bagażniku herbata z niewielką ilością rumu. Zszedłem, dostałem się do auta. Odnalazłem jeszcze koce i po cichu wracałem do ambonki. Starłem się nie robić hałasu, delikatnie stawiałem stopy na pokrytej liśćmi ziemi. Usłyszałem dobiegające z oddali niezidentyfikowane dźwięki. Nagle – nie wiadomo skąd, pojawiła się wokół mnie cała wataha dzików. Zostałem uderzony wielokrotnie, podrzucony kilka razy do góry. W jednym momencie rozszarpały mi spodnie i lewe udo. Wszystko działo się w zawrotnym tempie. Później wszystko zniknęło, zgłoś, wyłączyłem się, chyba straciłem przytomność...

Po chwili milczenia.

– Doszedłem do siebie w szpitalu. Miałem złamany kręgosłup w odcinku piersiowym, byłem sparaliżowany prawie od samej szyi w dół, wiele ran szarpanych pozszywanych zanim oprzytomniałem, straciłem dużo krwi. Minęło dwadzieścia siedem godzin, zanim odzyskałem przytomność. Nie mogłem wstać, nie czułem nóg, znaj-

dowałem się w jakimś obcym mi ciele. Najpierw niczego nie rozumiałem, później złościłem się strasznie, a później wylem z bezsilności. Jeszcze później zapadłem się gdzieś w środek bezwładnego ciała i powoli poddałem się. Zamykałem oczy, pogrążałem się w swoich myślach i przeszłości. To był świat, którego nikt nie mógł mi zabrać... to był świat, którego już nie było, zachował się jedynie w moich wspomnieniach... Żałowałem, że dziki nie rozszarpały mnie na śmierć. Niezdarne stworzenia.

– Później już całkiem prosta historia. Żona mnie zostawiła. Okazało się, że przez wiele lat „znosiła moje fanaberie, że właściwie była ze mną tylko ze względu na dzieci”. Nie chciała więcej marnować życia, zwłaszcza, że potrzebowałem opieki. Z wielkiego człowieka interesu stałem się ułomnym mężczyzną, który nie mógł sam poruszać się po pokoju i który sikał do pampersów... Cała moja firma stała się własnością żony, mieliśmy rozdzielność majątkową. I, chyba sama pani rozumie, że wraz z odejściem żony straciłem wszystko. Nie miałem nawet dokąd wrócić po wyjściu z neurochirurgii. Spędziłem w szpitalach kilka miesięcy. Jeden z moich przyjaciół, z tych nielicznych, którzy mnie nie opuścili, załatwił mi rehabilitację w dobrych ośrodkach na własny koszt, zresztą Marcin do dziś odwiedza mnie i płaci wszystkie moje rachunki. Na szczęście potrwa to już nie długo. Na moje szczęście zbliża się śmierć i tym razem jej nie umknę. To, akurat mnie pociesza. Podczas rehabilitacji odkryto, że mam raka skóry – czerniak, ostatnie stadium...

Zauważyłam, że ten monolog go wyczerpał. Był wyraźnie zmęczony, jeszcze bledszy niż poprzednio, na jego czole pojawiły się kropelki potu.

– Nie potrafię zrozumieć, dlaczego synowie nigdy mnie nie odwiedzili. Dbałem o chłopców, mieli możliwość studiowania w najlepszych szkołach, pomogłem im wybudować domy, myślałem, że jesteśmy ze sobą bardzo związani. Może nie byłem najlepszym ojcem, ale przez te wszystkie lata bardzo się starałem ojcem być.. Musiałem jednak zrobić coś nie tak... To, że moje dzieci nie mają dla mnie czasu boli najbardziej... Z upływem miesięcy udało się mnie trochę „odrestaurować”. Mogę siedzieć na wózku, umiem go prowadzić. Wprawdzie jest elektryczny, ale umiejętności motoryczne zawsze przypisuję sobie. Umieć jeść, ale ręce są jeszcze dość niesprawne. Mogę pisać, chociaż napisanie do pani maila zabiera mi sporo czasu... Moje życie było ciekawe, dość intensywne. Udało mi się zrealizować wiele planów, udało mi się zobaczyć różne zakątki świata. Gdy studiowałem na Politechnice Wrocławskiej, nie miałem za co żyć, nie miałem pieniędzy na wynajęcie stancji. Pracowałem nocami jako ochroniarz, sprzątałem, rozładowywałem pociągi, pomagałem przy budowie budynków, raz nawet pracowałem jako niańka dla czteroletniego chłopca. To była moja najkrótsza praca, trwała cztery dni, na piąty dzień zostałem zwolniony, bowiem chłopak strasznie krzyczał na mój widok. Nigdy nie rozumiałem dlaczego. Wszyst-

ko w życiu mi się udało, jeszcze kilka miesięcy wcześniej myślałem, że poślubiłem właściwą kobietę, że dobrze wychowałem synów. Ale myliłem się, nie udało mi się zbudować prawdziwej rodziny.

Mój współrozmówca zamilkł, może znowu pogrążył się w zadumie, a może, odpoczywał. W oddali było słychać śpiew słowików, w koronach ogromnych, wiekowych lip hulał wiatr. Przez moment łudziłam się, że ta historia nie wydarzyła się naprawdę.

– Myślę, że popełniłem jeden błąd, myślę, że skrzywdziłem kogoś, kogo kochałem i kto kochał mnie...

– Jakieś piętnaście lat temu spotkałem kobietę. Była sporo młodsza. Zakochałem się, ale uświadomiłem to sobie dopiero wtedy, gdy ją straciłem. Myślałem, że to przygoda, że to przeminie, że mam rodzinę i ułożone życie, że nie wygodnie jest to wszystko rujnować. Poza tym nie byłbym już „człowiekiem bez skazy”. Chciałem się zabawić i już. Tak robi większość moich znajomych. To nic takiego. Zabawiłem się, wdałem się w romans. Po jakimś czasie tamta kobieta wycofała się, zrozumiała, że jestem zdolny tylko do romansu. Sam jej powiedziałem, że nie byłem, nie jestem i nie będę w niej zakochany, że to taka męska gra. Dało się zauważyć, że ta opowieść kosztuje mężczyznę najwięcej wysiłku.

– Przestała się ze mną spotykać. Myślałem, że z czasem zmieni zdanie. Dałem jej trochę czasu i przestrzeni. Zdania nie zmieniła. Dowiedziałem się później, że po rozstaniu ze mną załamała się, popadła w głęboką depresję, miesiącami nie wychodziła z domu, nie jadła, nie spała, nie dbała o siebie, straciła pracę, nie miała za co żyć, a w końcu zachorowała na nowotwór krwi, nie chciała się leczyć. Ja nigdy nie próbowałem jej pomóc. Myślę, że byłem tchórzem, oszukiwałem samego siebie, nie było mnie stać na odważną decyzję, aby przyznać się przed samym sobą, że ją kocham, że chcę z nią być, że jest kobietą, na którą czekałem całe moje życie. I którą zraniłem najbardziej na świecie.

Mężczyzna stał się prawie przezroczysty, wyostrzyły się rysy jego twarzy. Czułam jego cierpienie.

– Wiem, że Marta żyje, nigdy nie związała się z żadnym mężczyzną, nie miała dzieci, chociaż bardzo ich pragnęła. Chciałbym cofnąć czas, chciałbym to naprawić, ale to nie możliwe. Nawet nie mam okazji, aby jej wszystko wytłumaczyć, przeprosić. Za późno, o wiele lat za późno. Wiem, że mi wybaczyła, przeze mnie nigdy nie była jednak szczęśliwa, chciałbym to wszystko naprawić...

Błękitno-seledynowo-kremowy motyl krążył nad stolikiem, jakby przysłuchując się mojemu rozmówcy. Bałam się poruszyć, aby nie zakłócić tej chwili.

– Byłem młody, przyjaźniłem się moją żoną od piaskownicy, jakoś tak wyszło, że zaszła w ciążę. Nie zostawiłem jej, ożeniłem się, chciałem być odpowiedzialny. Ale ja nigdy jej nie kochałem. Dziś myślę, iż miała rację, twierdząc że zmarnowałem jej życie. Jej i swoje. Może chociaż majątek, który zgromadziłem i który mi zabrała

jakoś wynagrodzi jej te wszystkie lata udawanego szczęścia, chociaż pewnie nie istnieje taka cena, która zwróciłaby czas jej życia. Na pewno zmarnowałem życie Marty, kobiety, którą kochałem i Kocham do dziś.

Z wnętrza budynku dochodził śpiew, wyglądało mi to na wieczorną modlitwę sióstr – nieszpory. Mężczyzna również zwrócił uwagę na modlitwę. Przez chwilę słuchał.

– Siostry śpiewają tak każdego wieczoru i rano, czasem także w południe. Często się modlą. Ja nigdy nie widziałem Boga, nigdy Go nie spotkałem. Trochę ich nie rozumiem... Czasem myślę, że chciałbym móc uwierzyć... chciałbym wiedzieć, że po śmierci nie będę sam, że znowu będę wolny, będę mógł chodzić, chciałbym wierzyć, że po śmierci jest inne życie. Tak jak te siostry. Ale nie wierzę. Poza tym pewnie Bóg nie chciałby ze mną rozmawiać chociażby z tego powodu, że byłem próżny i myślałem najwięcej o sobie samym, że zraniłem, a może zabiłem kobietę, która była na świecie stworzona dla mnie...

Złe samopoczucie mężczyzny przerwało monolog. Uznał, że musi się położyć. Prosił mnie o jakieś leki nasenne. I jeszcze prosił, żebym przyszła na jego pogrzeb, bo chciałby bardzo, by była na nim kobieta. Nawet nie zdążyłam się pożegnać. Na wezwanie dzwonka przybiegła siostra, która była również pielęgniarką, i szybko zabrała mężczyznę do jego pokoju. Więcej nie zobaczyłam tego człowieka. Po tygodniu siostry zakonne powiadomiły mnie o terminie jego pogrzebu. Obiecałam mojemu pacjentowi, że przyjadę, zatem nie zastanawiałam się, kupiłam bordowe róże i pojechałam na cmentarz.

Utknęłam w korkach i trochę się spóźniłam. Dzień od rana był bardzo pochmurny, szary, cały czas padał deszcz, nie ustawał chłodny wiatr. Przy kaplicy cmentarnej zastałam osiem osób, sami mężczyźni. Ksiądz kończył modlitwę, nie pamiętam, co dokładnie powiedział.

Nie zabrałam płaszcza i zdążyłam zmarznąć, próbowałam „wbić się” w moją marynarkę, ale to nie pomagało. W którymś momencie grabarze ubrani w świąteczne ubrania i białe rękawiczki wynieśli trumnę z ciałem i złożyli ją na specjalnym powozie. I stało się coś dziwnego. Nagle, jak na jakiś wyraźny rozkaz, zapadła cisza, zrobiło się zupełnie cicho. Jakby w jednym momencie rozstały się chmury, odsłaniając słońce. Przestało padać. Dziesiątki, setki tysięcy małych kropli po deszczu nagle zabłysły w słońcu, jakby miliony małych słońc zapaliło się na ziemi. Błyszczała trawa, drzewa, kwiaty, wieńce i kropelki wody na trumnie. Nawet moja marynarka i róże błyszczały, świeciły się i odbijały blaskiem. Zrobił się cudowny, lipcowy dzień. Po chwili odezwały się ptaki, jakieś pszczoły, a na skraju cmentarza pojawiła się piękna, mieniąca się wyrazistymi, jaskrawymi barwami tęcza. Już nie było mi zimno...

Wieczorem odebrałam e-maile, nie otwierałam skrzynki przez kilka dni. Miałam kilka wiadomości. Jedna z nich była od mojego pacjenta, którego spotkałam dwa razy w moim życiu – w ogrodzie w pobliżu lipowej alei i na jego pogrzebie. Z jakimś niepokojem otworzyłam wiadomość i zaczęłam czytać. *„Wciąż mam wątpliwości. Może jednak jest jakieś inne życie, może nie wiem wszystkiego. Błagam więc Boga, którego nie znam i nie wiem czy On istnieje o jakieś światło, o jakiś znak. Nie mam za wiele czasu, On musi się pośpieszyć. Błagam Boga o słońce na końcu mojej drogi, żeby mógł uwierzyć...”*

Dzisiaj na wiejskim cmentarzu pod Wrocławiem widziałam słońce, widziałam miliony słońc na samym końcu drogi Aleksandra. Tak miał na imię człowiek, który odszedł.

Iga PASŁAWSKA

(przedruk z „Medium” nr 10/13)

Z PAMIĘTNIKA ETYKA

O zepsuciu

Seneka pisał w liście do Lucyliusza: *„Jeżeli więc zobaczysz, że gdziekolwiek zyskuje poklask mowa zepsuta, nie będzie ulegało wątpliwości, że również i obyczaje odbiegły tam od wymogów prawości”*. Dziś Lucyliusz potwierdzić by musiał, iż psuje nam się język, psują też obyczaje: albo za sprawą podłego języka marnieją obyczaje, albo też upadek obyczajów kaleczy nam język. Czy jednak istnieje aż tak bliska więź między nimi, na mocy której mowa obyczajów i obyczajna mowa o sobie stanowią? Niejeden starożytny myśliciel ująłby krótko – ta więź to pokrewieństwo duszy, bo też ona wypowiada się w słowie, jak i w obyczajach. Czy zatem można wysnuć stąd wniosek, że dusza również podatna jest na psucie?

Są bowiem rzeczy na tym świecie, które – jeśli się psują – nie naprawy potrzebują, ale leczenia, bo choroba, która je toczy, polega na gniciu, rozkładzie, zropieniu, na fermentacji. Znana to myśl przez całą nowożytność prowadząca ku rozumieniu przyczyn chorób; myśl, która u Semmelweisa legła u podstaw aseptyki, zanim Pasteur opublikował słynną pracę „Badania nad gniciem”, dzięki której Lister dokonał swych odkryć. Nowożytność opanowana była koncepcjami chorobowego gnicia humorów, soków, ciała, jego organów. Później, za Cabanisem, upatrując w tym procesie źródeł psucia się tego, co w człowieku duchowe i psychiczne.

Gdy jednak ciało się psuje, sprawa jest prosta: lekarz leczy i wyleczy, jeśli tylko ciało nie aż zanedbano się zepsuło. Gorzej jest z duszą, gdy nam zrobaczywiała, nad-

gniła, zropiała lub – nie daj Boże! – sfermentowała. Czy znajdzie się lekarz, który zdrowie jej przywróci? Taki, który upust da nadgniętym myślom i emocjom, zropiałym namiętnościom i intencjom? – taki duszoterapeuta. Odpowiedź znaleźć można w tradycji lekarskiej: duszę jeno jej właściciel może uleczyć, samemu sobie będąc lekarzem – *Medice cura te ipsum*.

A duszom młodym? – jak można pomóc, aby nie ulegały rozkładowi? Aby nie poddały się – jak pisał Scheller – „*organicznemu kłamstwu*”, złudzie aksjologicznej, w której „*wszystko to marność*”. Tylko dzięki profilaktyce moralnej; dzięki promocji tego, co słuszne i wartościowe. Krzewienie obyczajów prozdrowotnych dla duszy to wymóg czasów i obowiązek tych, którzy dobro za cel swojego działania mają. I tu lekarz, jako ten, który chroni wartości najcenniejsze, promuje zdrową duszę. Bo jest wzorem. Bo jest odpowiedzialny za przykład, jaki daje, chcąc czy nie chcąc; odpowiedzialny jest za konsekwencje swoich czynów, tak przewidywalnych, jak i nieprzewidywalnych. Czuły na każdą własną słabość, zwątpienie i obawy; wrażliwy na wszelką niegodziwość i krzywdę. Nie może być inaczej, bo po cóż komu lekarz z marną duszą? Najpierw musi sam siebie uleczyć, by leczyć innych.

I dlatego, i na mocy tego, przy bramach Niebios św. Piotr pytając o zawód i dowiadując się, że dusza lekarskiego jest pochodzenia, uśmiecha się i mówi: „*Tędy, proszę*”.

Kontrola i zaufanie

Najwyższa Izba Kontroli wyliczyła, że NFZ kontroluje jednostki, z którymi zawarł umowę o wykonywanie świadczeń medycznych, mniej więcej co 12 lat (we Wrocławiu padł ponoć rekord: przychodnie stomatologiczne kontrolowane są raz na 18 lat), skupiając się wyłącznie na kwestiach finansowych i niedbale traktując problem jakości świadczonych usług. Z całym szacunkiem dla NIK-u – też mi odkrycie!

Aby kontrolować, trzeba mieć jednak na to czas. A tego bodaj brakuje NFZ, jeśli sam siebie musi nieustannie kontrolować bądź jest kontrolowany przez inne instytucje. W 2010 roku dało to imponującą liczbę ponad 565 kontroli. Toż to również rekord!

NIK nadto sugeruje, że brakuje NFZ kompetentnych urzędników, którzy mogliby owe kontrole przeprowadzać. To nie czasy prehistoryczne, w których (według NIK-u) 13 z 16 dyrektorów oddziału Kas Chorych nie spełniało wymogów kwalifikacji określonych w Księdze Organizacyjnej i Księdze Wynagrodzeń (3 posiadało wykształcenie wyższe techniczne o kierunku mecha-

nicznym i elektrycznym; 4 wyższe w zakresie socjologii i psychologii; jedna osoba dysponowała średnim technicznym, inna zaś wyższym wykształceniem w zakresie... rybactwa morskiego), a w oddziale, przykładowo, Wielkopolskiej Kasy Chorych, 13 z 14 zastępców dyrektora Kasy oraz dyrektorów departamentów nie spełniało wymogów; 20, czyli wszyscy, na stanowisku kierownika wydziałów i ich zastępców.

Problem to jednak inny, cywilizacyjny, związany z procesem racjonalizacji społecznego życia. Gdy coraz głębsza jest specjalizacja, a racjonalność uzyskiwana jest w wąskich dziedzinach, coraz częściej stajemy się niekompetentni i coraz częściej musimy ufać innym. Im częściej ufamy innym, tym więcej w nas podejrzliwości, tym bardziej więc stajemy się nieufni. Im większa nasza nieufność, tym większe pragnienie kontroli. Im intensywniej kontrolujemy swoje działania, tym mniej mamy czasu na owe działania, tym bardziej efektywność kontroli przewyższa efektywność działań.

Pięknie ów problem wypowiedział, choć jeszcze z innej perspektywy, Odo Marquard: „*zaufanie jest rzeczą dobrą, ale jeszcze lepsza jest kontrola. Współczesny postęp wzmaga racjonalną kontrolę nad naszą rzeczywistością, ale jednocześnie – jako że już nikt nie jest zdolny do sprawowania owej wzmoczonej racjonalnej kontroli we wszechogarniającym zakresie – wprowadza do niej pewien podział funkcji: ponieważ nikt już nie może kontrolować wszystkiego, każdy musi – zwłaszcza w kwestii racjonalnej kontroli – coraz bardziej zdawać się na innych (zawierzyć im), a zatem np.: nie tylko pacjent musi zdawać się na chirurga, lecz także ten ostatni na anestezjologa, obydwa na technika, a ów zaś na matematyka itd. Gdyby każdy chciał sam kontrolować wszystko, nic już nie byłoby kontrolowane tak naprawdę i doszłoby do powszechnego paraliżu*”.

Dlatego coraz mniejszy jest obszar racjonalnego działania, nad którym sprawujemy kontrolę; coraz mniejsza jest, w konsekwencji, nasza odpowiedzialność, także etyczna. Aż będzie ona taka mała, że już za nic – racjonalnie – nie będziemy odpowiedzialni. To błogi stan aksjologicznego próżniactwa, dzięki któremu każda powinność moralna może być unieważniona, a każdej niegodziwości nadana waga. Pozostanie tylko instytucjonalna kontrola nad nami, ponieważ bez kontroli nic nam się nie będzie chciało. A zaufanie? Zastąpi je słowo monitoring.

Dr hab. Jarosław BARAŃSKI
etyk, filozof UM we Wrocławiu

(przedruk z „Medium” nr 10/13)

DYLEMATY BIOETYCZNE RELACJI PACJENT – LEKARZ

Jednym z najważniejszych dylematów współczesnej bioetyki jest rozstrzygnięcie, w jakim stopniu we współczesnej medycynie jest dopuszczalny paternalizm medyczny, a do jakiego stopnia pacjent ma prawo wyboru sposobu leczenia i zakresu interwencji medycznej. U podstaw rozważań o paternalizmie i autonomii jest ustalenie, jaka teoria etyczna funkcjonuje w świadomości społecznej. Współczesne modele bioetyczne oparte są na dwóch głównych teoriach etycznych. Etyka chrześcijańska, która głosi zasadę świętości życia człowieka niewinnego oraz etyka utilitarystyczna, która wyznaje zasadę prymatu jakości życia. Tezy **zasady świętości człowieka niewinnego** są następujące: **teza I** – nie wolno działać lub zaniechać działania z intencją odebrania życia, **teza II** – śmierć człowieka może być wyłącznie przewidywana, ale niechcianym efektem czynu dopuszczalnego, **teza III** – dopuszczalne jest w ściśle określonych warunkach wycofanie się z terapii podtrzymującej życie lub zaprzestanie stosowania środków leczniczych nadzwyczajnych, **teza IV** – życie człowieka jest równe, nienuiszczone i godne podtrzymywania. **Zasada prymatu jakości życia** głosi następujące tezy: **teza I** – wartość życia ludzkiego jest funkcją określonych zmiennych i nie jest to wartość bezwzględna, **teza II** – wartościami tych zmiennych są cechy naturalne człowieka, jakie mu przypisujemy, **teza III** – istnieją empiryczne metody czy życie posiada określoną cechę, **teza IV** – życie ludzkie nie ma wartości bezwzględnej. Idea utilitarystyczna jest bardzo żywa w społeczeństwach europejskich. Autonomia pacjenta i walka z paternalizmem medycznym jest podstawą nowoczesnej bioetyki utilitarystycznej. Należałoby w tym miejscu poruszyć szczegółowo zagadnienia pojęciowe i definiujące paternalizm i autonomię w medycynie.

Paternalizm do medycyny wprowadził Hipokrates dwa i pół tysiąca lat temu. Hipokrates pouczał: „*opiekując się pacjentem rób to wszystko spokojnie i umiejętnie, większość rzeczy przed nim ukrywając. Niezbędne polecenia wydawaj z pogodą i łagodnością, odwracając jego uwagę od wykonywanych u niego zabiegów; czasem zgań go ostro i zdecydowanie, a czasem pociesz okazując troskę i zainteresowanie, niczego nie ujawniając w kwestii jego przyszłego lub obecnego stanu*”. Wiedza medyczna była od zarania dziejów wiedzą mistyczną,

tajemną, równą tajemnicy boskiej. Kapłani zajmowali się zarówno pośrednictwem w kontaktach z bogiem jak i leczeniem ciała. Leczenie równało się z wolą boską. Czy więc należało pytać się pacjenta czy kwestionuje wolę boga? W czasach nowożytnych filozoficzne koncepcje paternalizmu określały takie działanie medyczne już nieco inaczej. Gerald Dworkin pisał: „*Paternalizm to naruszenie czyjejś wolności postępowania, które uzasadnia się racjami odnoszącymi się wyłącznie do dobra, powodzenia, szczęścia, potrzeb, interesów bądź wartości osoby poddawanej przymusowi*”. Tom L. Beauchamp i Laurence B. McCullough definiowali współcześnie paternalizm medyczny, jako działanie zamierzone, które narusza autonomię pacjenta wyłącznie w imię troski o jego dobro. Definiując paternalizm medyczny można wyodrębnić następujące koncepcje. Akt paternalizmu to działanie dla cudzego dobra na podstawie przekonań o dobru, które nie pochodzą od osoby, dla której dobra się działa. O tym, czy działanie jest aktem paternalizmu rozstrzyga źródło przekonań o dobru osoby działającej paternalistycznie. O wartości moralnej aktu paternalizmu decyduje relacja między działaniem a dobrem pacjenta. Akt paternalizmu jest nieuzasadniony, gdy narusza dobro pacjenta, natomiast jest uzasadniony, gdy służy jego dobru. Dopuszczalność paternalizmu medycznemu wyznaczają następujące ograniczenia. Ryzyko związane z brakiem interwencji lekarza lub niewypełnienia jego zaleceń przez pacjenta jest znaczące. Ryzyko towarzyszące interwencji lekarskiej jest niewielkie. Ograniczenie autonomii pacjenta spowodowane interwencją lekarską jest niewielkie. Oszacowanie ryzyka braku interwencji lekarskiej i ryzyka podjęcia interwencji wymaga znajomości dobra pacjenta. Formy działania paternalistycznego dzielimy na paternalizm słaby i mocny. Paternalizm słaby występuje wtedy, gdy decyzja lekarza ma priorytet względem decyzji pacjenta w sytuacji, kiedy pacjent utracił zdolność decydowania o sobie. Paternalizm mocny – decyzja lekarza ma priorytet względem decyzji pacjenta zarówno w sytuacji, gdy ma on zdolność decydowania o sobie jak i wtedy, gdy ją utracił. Typowe przejawy paternalizmu medycznego to: domniemanie zgody pacjenta, okłamywanie i zatajanie prawdy, oszukiwanie i wprowadzanie w błąd, przymus leczenia. Typowymi usprawiedliwieniami dla ak-

tów paternalistycznych są: troska o dobro pacjenta, „*oni nic nie rozumieją*”, „*oni nic nie chcą wiedzieć- tak naprawdę nie chcą wiedzieć*”, „*nie ma czasu na tłumaczenie*”, prawda jest szkodliwa tzw. przywilej terapeutyczny, „*oszczędzam cierpienie*”. Z kolei rzeczywistymi powodami paternalizmu medycznego jest: własna wygoda, fałszywe uogólnienia, utożsamianie wskazań medycznych ze wskazaniami moralnymi, przekonanie, że działanie jest dla dobra pacjenta. Należałoby się zastanowić, jakie argumenty przemawiają za dopuszczalnością aktów paternalistycznych. Można tutaj wymienić następujące argumenty. Argument z niezrozumienia – będąc laikiem pacjent nie jest w stanie zrozumieć specjalistycznych informacji medycznych. Argument utylitarystyczny – znajomość prawdy może źle wpłynąć na gotowość pacjenta do współpracy i na jego stan zdrowia. Argument prawny – w drodze umowy z pacjentem lekarz upoważniony jest przez niego do zatajania prawdy lub okłamywania go, jeśli lekarz uzna, że znajomość prawdy może być dla pacjenta szkodliwa. Drugą stroną medalu są argumenty za nie dopuszczalnością przejawów paternalizmu w medycynie. Argument uogólnienia – działanie paternalistyczne na podstawie uogólnień na temat kompetencji decyzyjnych, preferencji pacjenta prowadzi do aktów paternalistycznych w odniesieniu do wszystkich pacjentów. Argument reguły – akty paternalistyczne stają się regułą postępowania lekarskiego. Podsumowując dotychczasowe rozważania należy podkreślić następujące twierdzenia. Paternalizm wywodzi się z tradycyjnej medycyny i przez stulecia był uważany za jedynie słuszny model relacji lekarz-pacjent. Rozwój myśli filozoficzno-etycznych czasów nowożytnych dostrzegł zagrożenie autonomii pacjenta i potrzebę uzyskania zgody świadomej na działanie medyczne. Należy jednak dostrzec wnioski, że akty paternalistyczne są niezbędne we współczesnej opiece zdrowotnej, szczególnie, jeżeli interwencja medyczna dotyczy pacjenta nieprzytomnego, który nie może wyrazić świadomej zgody, a zwłoka naraża pacjenta na utratę życia bądź zdrowia. Ratownictwo medyczne, nagłe stany zagrożenia zdrowia i życia, katastrofy komunikacyjne, klimatyczne, wypadki są obszarami interwencji medycznych, w których akty paternalistyczne nie budzą sprzeciwu. Natomiast akty paternalistyczne w opiece psychiatrycznej, wobec dzieci niemogących wyrazić swojej woli są we współczesnej bioetyce bardzo kontrowersyjne.

Należałoby przybliżyć zagadnienia pojęciowe autonomii pacjenta. Zwrócić trzeba uwagę na wieloznaczność pojęciową tego zagadnienia. Autonomię pacjenta możemy określić następująco: swoboda działania, suwerenność jednostki, wolność woli, godność, integralność moralna, indywidualność, niezależność, odpowiedzialność, akceptacja samego siebie, znajomość własnych interesów. Możemy wyróżnić dwa pojęcia autonomii. Autonomia, jako zdolność jednostki do decydowania o sobie;

respektowanie autonomii to umożliwianie jednostce decydowania o sobie. Autonomia, jako prawo jednostki do decydowania o sobie; respektowanie autonomii to realizowanie postanowień jednostki. Aspekt prawny autonomii pacjenta to prawo obywatela do decydowania o sobie o ile jego decyzja nie narusza istotnych praw innych obywateli. Aspekt moralny autonomii to zdolność i prawo jednostki do działania zgodnego ze swoimi postanowieniami. Jakie są różnice w autonomii obywatela i autonomii pacjenta. Autonomia obywatela charakteryzuje się dużą niezależnością od innych obywateli, względnie małą wrażliwością na skrzywdzenie, porównywalną siłą przetargową. Natomiast autonomia pacjenta charakteryzuje się dużym uzależnieniem od wiedzy i motywacji lekarza, dużą podatnością na skrzywdzenie, mniejszą siłą przetargową. Zdolność do autonomii działania pacjenta określamy wtedy, gdy pacjent działa w sposób zamierzony, w oparciu o prawdziwe informacje, a decyzja o działaniu jest wolna od nacisków. Zdolność do autonomii osoby pacjenta określamy, gdy jego działanie odzwierciedla pragnienia i przekonania moralne. Pacjent działa autonomicznie, jeżeli jego działanie jest: intencjonalne, czyli zamierzone, oparte na zrozumieniu adekwatnej informacji o rozpatrywanym postępowaniu medycznym, wolnego od nacisków kontrolujących. Działanie intencjonalne pacjenta jest wtedy, gdy działanie oparte jest na planie postępowania, którego elementy są chciane przez pacjenta ze względu na nie same, na to, że prowadzą do wybranych celów terapeutycznych i są nieuniknione w osiągnięciu tych celów. Intencjonalność działania jest aktem niestopniowalnym. Autonomia pacjenta a zrozumienie polega na działaniu opartym na: zrozumieniu adekwatnej informacji, informacji prawdziwej, odpowiedniej do przewidywanych, zarówno pożądaných i niepożądanych następstw, zgodnej z oczekiwaniami pacjenta. Zrozumienie informacji polega na trafnym poznawczo i emocjonalnie wyobrażeniu sobie o naturze proponowanego postępowania medycznego i jego konsekwencjach. Zrozumienie informacji przez pacjenta jest działaniem stopniowalnym. Autonomia pacjenta a wolność działania. Działanie pacjenta jest wolne od wpływów kontrolujących, jeżeli nie jest on poddany działaniom, które zmieniają jego decyzje tak, że są one niezgodne z: jego pragnieniami i przekonaniami moralnymi, z jego trafną wiedzą o proponowanym postępowaniu medycznym. Wpływy kontrolujące to: manipulacja, kłamstwo, przemoc, groźby, pośpiech. Wpływa niekontrolujące na pacjenta to: przekonywanie, uzupełnianie wiedzy, przedstawianie alternatyw realistycznych. Wolność działania jest stopniowalna ze względu na warunki i otoczenie zewnętrzne. Podleganie wpływom jest zależne od indywidualnej wrażliwości pacjenta i jego stanu klinicznego. Autonomia osoby charakteryzuje się następującymi cechami. Osoba to istota mająca rzędy pragnień. Pragnienia pierwszego rzędu to pragnienia doty-

część określonych rzeczy i sytuacji. Pragnienia drugiego i dalszych rzędów to pragnienia dotyczące pragnień. Autonomia osoby, jako pacjenta to zdolność osoby do działania w zgodzie z jej przemyślanymi pragnieniami pierwszego rzędu. Autonomia pacjenta, jako prawo pacjenta opiera się na uprawnieniu do zaakceptowania lub odrzucenia dotyczącego go postępowania diagnostycznego czy terapeutycznego. Powyższe rozważanie o autonomii pacjenta doprowadzają do określenia kompetencji decyzyjnej pacjenta. Pacjent jest kompetentny decyzyjnie, jeżeli jest zdolny dobrowolnie podejmować dotyczące go decyzje o diagnostyce i leczeniu z punktu dostarczonej mu przez lekarza wiedzy o jego stanie zdrowia i rokowaniach. Kryteria kompetencji decyzyjnej pacjenta opierają się na: umiejętności oceniania względnych korzyści i strat związanych z rozważanym postępowaniem medycznym, umiejętności szacowania względnego ryzyka rozważanych kierunków postępowania medycznego, zdolności do rozumienia uzyskiwanej informacji, umiejętności komunikowania swoich oczekiwań, obaw i decyzji, gotowości do brania odpowiedzialności za podjęte decyzje. Cechy rzeczywistej kompetencji decyzyjnej pacjenta to: zmienność w czasie – konieczność sprawdzania na kolejnych etapach leczenia, wybiórczość, asymetryczność, zależność od rodzaju i zakresu przekazanej pacjentowi informacji, zależność od zrozumiałości informacji o ryzyku, zależność od zdolności lekarza do komunikacji z pacjentem, zależność od uświadomienia pacjenta konieczności zaakceptowania niepomyślnego wyniku leczenia. Niekwestionowanym współcześnie obowiązkiem lekarza jest uzyskanie świadomej zgody pacjenta na leczenie. Świadoma zgoda to respektowanie autonomii pacjenta, jako prawa do postępowania zgodnie z jego decyzją odnośnie do postępowania medycznego. Świadoma zgoda pacjenta na postępowanie medyczne służy do: ustalenia optymalnego postępowania, ochrony wartości moralnych pacjenta, spełnienia realistycznych oczekiwań pacjenta, spełnienia prawnego wymogu uzyskania autoryzacji lekarza do podejmowania wybranych czynności diagnostycznych i leczniczych.

W dalszej części niniejszych rozważań o bioetyce poruszone będą zagadnienia prawne wynikające z podstawowej zasady bioetycznej obowiązującej we współczesnym społeczeństwie, jaką jest poszanowanie autonomii pacjenta. Zarówno prawo polskie, jak i międzynarodowe chroni autonomię pacjenta rozumianą, jako wolność od ingerencji ze strony podmiotów medycznych i wolność do decydowania o swoim losie. Konstrukcja praw pacjenta ma charakter administracyjno-prawny, ponieważ prawa pacjenta regulowane są przez akty normatywne zaliczane do kategorii materialnego prawa administracyjnego. Pojęcia „pacjent” i „chory” nie są synonimami. Pod pojęciem „pacjent” należy rozumieć osobę korzystającą ze świadczeń zdrowotnych niezależnie od tego czy jest to osoba chora czy zdrowa. Relacje pomiędzy poję-

ciem „pacjent”, „ubezpieczony”, „klient zakładu opieki zdrowotnej” mogą być niekiedy bardzo skomplikowane i być źródłem wielu konfliktów. Między prawami pacjenta a prawami człowieka istnieje związek. Prawa pacjenta są częścią obszernego katalogu praw człowieka. Tym samym prawa pacjenta podlegają ochronie przewidzianej dla praw człowieka będącej sumą środków prawnych, które państwo stworzyło i stosuje, aby zapewnić realizację praw człowieka proklamowanych i ujętych w normach prawnych. Wspólnota międzynarodowa dostrzega potrzebę ochrony praw pacjenta. Do kanonu sztuki lekarskiej na całym świecie zalicza się takie postępowanie osoby wykonującej zawód lekarza, które charakteryzuje się poszanowaniem praw pacjenta. Prawa pacjenta znajdują swoje umocowanie w rodzimych przepisach konstytucyjnych. W ustawie zasadniczej zawarte są podstawowe prawa obywatelskie takie jak: prawo do godności, prawo do ochrony zdrowia, prawo do prywatności, prawo do ochrony życia. Prawa pacjenta konkretyzowane są w ustawach zwykłych. Należy wymienić tutaj: prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej i udzielanych z należytą starannością, prawo regulujące zasady, zakres i dostępność do świadczeń zdrowotnych, prawo do pomocy medycznej w stanach nagłych, prawo do odstąpienia od leczenia, prawo do informacji w adekwatnym zakresie, sposobie jej udzielania oraz zrozumiałości treści. Należy jednak przywołać, wspomniany już, tzw. przywilej terapeutyczny, zgodnie z którym w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślnie dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. Jednakże na żądanie pacjenta lekarz ma obowiązek udzielić mu pełnej informacji o rokowaniu. W prawodawstwie polskim istnieją szczególne regulacje prawne dotyczące autonomii pacjenta w sytuacjach wyjątkowych. Prawo do ochrony zdrowia psychicznego, prawo do przerwania ciąży, prawo transplantacyjne, udział w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych, prawa pacjenta w przypadkach chorób zakaźnych i zagrożeń epidemiologicznych. W cytowanych przepisach prawnych występują obok siebie normatywy z aktami paternalistycznymi i chroniącymi autonomię pacjenta. Przyjętą argumentacją za takimi rozwiązaniami prawnymi jest szeroko rozumiane dobro publiczne, chociaż są poglądy, że każdy akt paternalizmu narusza podstawowe prawa obywatelskie, a często poglądy polityczne lub religijne utożsamiane są z dobrem publicznym. Fundamentalnym prawem pacjenta, zapewniającym poszanowanie jego autonomii, jest prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody regulują postanowienia Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz podstawowe akty prawne, jakimi są: ustawa o zawodzie lekarza, ustawa o za-

kładach opieki zdrowotnej. Lekarz musi uwzględniać w swojej praktyce lekarskiej poszanowanie tego prawa pod groźbą odpowiedzialności zawodowej i prawnej. Wypada podkreślić, że dobrem chronionym, przez prawo do wyrażenia zgody nie jest zdrowie pacjenta, ale jego autonomia, czyli również swoboda decyzji o niepoddawaniu się interwencji medycznej, nawet wtedy, gdy wydaje się ona w pełni racjonalna, zgodna z zasadami wiedzy medycznej i dobrze rokująca dla zdrowia i życia pacjenta.

Zgoda pacjenta jest podstawowym warunkiem legalności świadczeń zdrowotnych. Prawo pacjenta do wyrażenia lub odmowy zgody ma charakter niezbywalny, tzn. jeżeli pacjent „zrzeknie się” z tego prawa, to lekarz nie zostanie zwolniony z obowiązku uzyskania zgody na leczenie, ponieważ przepisy prawne nie przewidują możliwości formalnego zrzeczenia się tego prawa. W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że zgoda pacjenta powinna zostać wyrażona w sposób świadomy i dobrowolny. Zgoda pacjenta na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego, aby być uznaną za prawnie ważną, spełniać musi takie warunki jak: osoba udzielająca zgody musi być uprawniona do jej udzielenia, tj. wyrażając zgodę na ingerencję w sferę chronionych prawem dóbr, musi być ich prawnym dysponentem; czynność stanowiąca przedmiot zgody nie sprzeciwia się przepisom prawa lub zasadom współżycia społecznego; oświadczenie woli, którego rezultatem jest wyrażenie zgody, musi być wynikiem integralnej i swobodnej decyzji osoby je składającej powstałej na gruncie należytego rozpoznania okoliczności faktycznych, tzw. zgoda poinformowana; zgoda musi być wyrażona w stosownej, przewidzianej prawem formie. W orzeczeniach sądowych często podkreśla się, że aby zgoda pacjenta na zabieg była ważna musi być prawnie niewadliwa, tzn. pacjent musi wiedzieć, co obejmuje przedmiot zgody, jakie jest ryzyko zabiegu i następstw, a świadoma zgoda oznacza podjęcie decyzji, wyboru na podstawie analizy posiadanej wiedzy o swojej chorobie, na podstawie bilansu zysków i strat. Świadoma zgoda pacjenta to proces konsultacji z lekarzem, a zgodę może wyrazić

tylko pacjent, którego stan zdrowia pozwala na przyjęcie ze zrozumieniem informacji udzielanej mu przez lekarza i podjęcie, odpowiednio do uzyskanej informacji, decyzji, co do poddania się określonym działaniom medycznym lub odmowy poddania się im. Do lekarza należy ocena, co do tego czy pacjent znajduje się w odpowiednim stanie zdrowia psychicznego i fizycznego, by móc wyrazić zgodę w sposób świadomy. Moment wyrażenia zgody, forma i treść zgody musi być adekwatna do okoliczności, aby uniknąć zarzutu, że zgoda pacjenta ma charakter aktu paternalistycznego. Szczególne sytuacje prawne mają miejsce przy udzielaniu zgody na świadczenia zdrowotne przez pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych, osobom uzależnionym (narkomani, alkoholicy), osobom osadzonym w areszcie lub więzieniu, poborowym żołnierzom, itp. Mamy wtedy do czynienia ze zgodą substytucyjną i kumulatywną. Zgoda substytucyjna występuje wtedy, gdy zgodę na świadczenia zdrowotne wyraża podmiot upoważniony przez prawo, tj. rodzice, przedstawiciel ustawowy, opiekun faktyczny, sąd opiekuńczy, czy penitencjarny. Zgoda kumulatywna dotyczy sytuacji, w której obok zgody przedstawiciela ustawowego wymagana jest także zgoda pacjenta. Przykładem takiej sytuacji jest obowiązek uzyskania zgody małoletniego powyżej 13 roku życia obok zgody rodziców. Szczegółowe zagadnienia tematu świadomej zgody i prawa pacjenta jest przedmiotem rozważań bardziej prawniczych niż etycznych.

Zasada autonomii woli pacjenta jest jedną z podstawowych zasad prawa medycznego. Jest wyrazem odejścia od paternalistycznego modelu relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem, a także stanowi wyraz poszanowania podmiotowości pacjenta w procesie leczenia. Podstawowym przejawem prawa pacjenta do samostanowienia jest możliwość swobodnego wyrażenia zgody lub odmowy zgody na udzielenia świadczenia zdrowotnego w myśl zasady „*voluntas aegroti suprema lex*”.

Marek NEUBERG

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 5/12)

GODNOŚĆ CZŁOWIEKA TERMINALNIE CHOREGO Z PUNKTU WIDZENIA LEKARZA I TEOLOGA

Filozoficzne podstawy godności człowieka

Definicja, znaczenie i rozwój pojęcia godności osoby ludzkiej w filozofii

Pojęcie godności osoby ludzkiej wywodzi się od łacińskiego wyrażenia *dignitas*, co oznacza: godność, wartość osobistą, zasługę. Pojęcie to w swoim podstawowym znaczeniu odzwierciedla powszechne przekonanie o szczególnym statusie istot ludzkich w stosunku do wszyst-

kich innych bytów stworzonych. Fundamentalna godność osoby ludzkiej jest wrodzona, właściwa wszystkim ludziom i niezbywalna w odróżnieniu od pojęcia „godności” używanej w odniesieniu do sprawowanego urzędu, statusu społecznego lub wysokiej postawy moralnej. Te rodzaje godności, jak i związane z nimi prawa są przyznawane i mogą być utracone (1).

Pojęcie „*dignitas*” w znaczeniu szczególnego statusu człowieka pierwszy raz zostało użyte przez Cyncerona,

który określał pewne zachowania jako niemożliwe do pogodzenia z godnością rozumnej ludzkiej natury (2).

W rozumieniu św. Tomasza z Akwinu godność była szczególnym przymiotem ludzkiej natury, rozumnej i wolnej, sprawiającej, że człowiek jest celem samym dla siebie i nie może być całkowicie podporządkowany społeczności politycznej (3). Pojęcie godności było szerzej rozwijane w okresie renesansowego zwrotu ku człowiekowi. Według I. Kanta, tylko w stosunku do człowieka, który nigdy nie może być traktowany jako środek do celu, ale zawsze jako cel sam w sobie (tzw. imperatyw kategoryczny), można odnieść pojęcie „godność”, podczas gdy inne istoty posiadają swoją, stanowioną wartość i cenę (4).

Nowy wymiar godności człowieka został podniesiony po doświadczeniach ostatniej wojny w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, poprzez uznanie niezbywalnej godności każdego człowieka jako fundamentu wszelkich rozstrzygnięć prawnych w cywilizowanym świecie.

Normatywny charakter godności osoby ludzkiej jest szczególnie akcentowany w etyce personalistycznej, którą reprezentował i rozwijał m.in. Karol Wojtyła jeszcze przed swoim pontyfikatem, doskonale znając myśl filozoficzną w tym zakresie.

Obecnie nadal przedmiotem sporu pozostaje zakres znaczeniowy pojęcia „godność” i dookreślenie przysługujących człowiekowi praw oraz sama definicja osoby ludzkiej (5).

Główne prądy filozoficzne

W etyce filozoficznej ścierają się różne uzasadnienia dla norm moralnych w zależności od filozoficznego ujęcia godności człowieka. Można wyróżnić co najmniej trzy kierunki: utylitarystyczne, deontonomiczne i personalistyczne (6). Utylitaryzm uznaje za dobre to, co przynosi korzyść, deontologizm to, co jest nakazane przez odpowiedni autorytet, a personalizm to, co wyraża afirmację dla godności osoby (7). Poniżej przeanalizowana zostanie zawartość treściową tzw. koncepcji personalistycznej.

Zasada personalistyczna wyrażana jest najczęściej w sformułowaniach: *homo domini res sacra* (człowiek dla człowieka rzeczą świętą), a także: *persona est affirmanda propter se ipsam* (osobie jako osobie należyna jest afirmacja) czyli miłość dla niej samej (K. Wojtyła, T. Styczeń). Jak wynika z powyższego koncepcja ta stawia u podstaw moralności godność osoby wraz z jej osobową naturą (8). Inna klasyczna formuła, którą Papież uznawał za podstawową zdobycz cywilizacji brzmi „*Hominum causa omne ius constitutum est*”, wyraża ona przekonanie iż człowiek stanowi centrum każdego systemu prawnego (9). Wynika z tego, że czyn jest moralnie dobry jeśli afirmuje godność osoby i służy rozwojowi jej osobowej natury. Osoba więc, nigdy nie może być traktowana jako środek do innych celów poza nią samą. Od

spełnienia właśnie tych wymagań zależy humanistyczny wymiar nauki, kultury i całej cywilizacji, a istotą etyki personalistycznej jest godność osoby.

Znaczących rozróżnień pod tym względem dokonali polscy personaliści A. Rodziński i A. Szostek, którzy odróżnili godność osoby od godności osobowościowej i godności osobistej (10). Godność osoby ujawnia się w relacjach międzyosobowych, w których drugi jest dla nas „kimś” a nie „czymś”. Wartość ta jest ontyczna i egzystencjalna oraz przynależna ludzkiej naturze, a także nieutralna i stanowiąca „wartość wartości”. O godności osobowościowej decydują natomiast cechy biologiczne, psychiczne i moralne. Wiąże się ona z naszym wyglądem, zdolnościami i różnymi cechami charakteru. Nabywamy je wraz z rozwojem osobowości i możemy utracić degradując siebie i swoje pozytywne cechy charakteru. W kontaktach międzyosobowych odgrywa ona pierwszorzędą rolę lecz nie stanowi ona wystarczającego kryterium dobra moralnego, ponieważ nie dotyczy tych, którzy – z różnych względów zawinionych bądź nie – nie zasługują na szacunek, ale pomimo to nie tracą swej godności osobowej.

Karol Wojtyła dokonał rozróżnienia wartości samej osoby od wartości w osobie: wartość osoby jest nieutralna, przynależna przestępcy i sprawiedliwemu, człowiekowi choremu i niepełnosprawnemu, jak i zdrowemu (11). Właściwe odniesienie do osoby to nie tylko afirmacja jej przymiotów fizycznych i psychicznych ale przede wszystkim afirmacja jej samej. Miłość obejmująca wartości i przymioty w osobie jest względna, jest utylitarna i egoistyczna, zwrócona ku temu co osoba posiada, a nie kim jest. Tymczasem to nie wartości w osobie stanowią o niej, lecz odwrotnie, to wartość osoby i jej godność decyduje o znaczeniu np. cech fizycznych, atrakcyjności erotycznej czy estetycznej. Właściwe podejście do godności osoby przejawia się zawsze w traktowaniu drugiego jako „kogoś”, a nie „coś”. Z tego też względu odmawianie komukolwiek prawa do życia, czy to zarodkowi obciążonemu wadami genetycznymi, niepełnosprawnemu, czy terminalnie choremu człowiekowi jest pogwałceniem jego wartości osobowej (12). Godność człowieka rodzi też zobowiązania i nakłada na niego obowiązki wobec innych.

Równocześnie jest jednak dla niego samego źródłem uprawnień. Godność człowieka nie prowadzi w ten sposób do preferencji i nierówności w stosunkach międzyludzkich, ale zmierza do zapewnienia równości opartej na tej samej dla wszystkich zasadzie, tj. godności osoby ludzkiej.

Podsumowując, bioetyka personalistyczna stawia u podstaw moralności ontyczno-aksjologicznie

rozumianą godność osoby i podporządkowuje jej inne zasady. Personalizm, którego reprezentantem był Karol Wojtyła, później jako Jan Paweł II, dąży do humanizacji współczesnej kultury i cywilizacji, do rozwoju

„cywilizacji miłości”. Dokonuje się to także przez humanizację profesji lekarza i całej służby zdrowia. Można powiedzieć, że **od tego jakimi normami moralnymi będzie się kierować medycyna, zależy moralny kształt naszej kultury (13). Dobro osoby ludzkiej winno być zawsze miarą i kryterium każdego ludzkiego działania, w tym szczególnie w stosunku do człowieka terminalnie chorego i cierpiącego.**

Komercjalizacja medycyny zagrożeniem godności terminalnie chorych

Wolnorynkowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej

Wraz z sukcesami wolnego rynku w społeczeństwach demokratycznych, uznawanego za najlepszy mechanizm regulujący rozwój gospodarczy, rozszerza się tendencja komercjalizacji wszelkich dziedzin ludzkiej działalności i w tym również opieki zdrowotnej. Za najbardziej skomercjalizowaną w świecie uchodzi medycyna w Stanach Zjednoczonych, a w dalszej kolejności medycyna europejska. W USA dość mocno ograniczona jest rola rządu w systemie opieki zdrowotnej na rzecz instytucji, organizacji ubezpieczeniowych i prywatnych zarządców opieki zdrowotnej, gdy w Europie sytuacja przedstawia się nieco odmiennie i główna odpowiedzialność za opiekę zdrowotną nadal spoczywa na instytucjach państwowych. Aktualnie w USA widoczna jest tendencja krytyczna względem nadmiernej komercjalizacji medycyny, natomiast w Europie wzrasta tendencja, aby podporządkować system opieki zdrowotnej mechanizmom wolnego rynku (14). Związane jest to z trudnościami poradzenia sobie z rosnącymi kosztami leczenia i kłopotami finansowymi systemów zdrowotnych. Jak dotąd wykazano, że komercjalizacja medycyny w USA, nie tylko nie zmniejszyła kosztów opieki zdrowotnej, ale przeciwnie spowodowała ich gwałtowny wzrost. Obrazują to wyraźnie statystyki wydatków budżetu narodowego przeznaczonego na opiekę zdrowotną. I tak w latach czterdziestych wynosił on 4%, w sześćdziesiątych 6%, w osiemdziesiątych 9–11%, a w pierwszych latach ostatniej dekady XX wieku wzrastał średnio pół procenta na rok. Obliczono, że jeśli taki trend się utrzyma to w 2062 roku 100% dochodu narodowego brutto przypadnie na służbę zdrowia. Stan taki wymusił krytyczne spojrzenie na wiarę w samoregulację wolnego rynku i przeprowadzenie pewnych reform. Również zwrócił uwagę na skutki etyczne nieograniczonej komercjalizacji medycyny. Za główne czynniki sprzyjające komercjalizacji opieki zdrowotnej uważa się gwałtowny rozwój aparatury medycznej, wzrost specjalizacji i zwiększone koszty leczenia, jak również zwiększenie liczby personelu medycznego oraz kosztów zdobycia wykształcenia medycznego. To wszystko sprzyja ostrej konkurencji lekarzy i szpita-

li o dobrze sytuowanych i w pełni ubezpieczonych pacjentów. Motorem przemian staje się zysk prywatnych ubezpieczycieli i inwestorów systemu opieki zdrowotnej. Powoduje to powstanie nowego typu biznesu polegającego na przejmowaniu w celach zwiększania zysku nie tylko instytucji ubezpieczeniowych, ale także szpitali i różnych ośrodków medycznych. „Aktualnie około 15% wszystkich prywatnych szpitali ogólnych oraz większość prywatnych domów opieki, szpitali psychiatrycznych, samodzielnych przychodni i laboratoriów diagnostycznych jest własnością dążących do zysku korporacji handlowych” (15). Proces ten stale się nasila i przypuszcza się, że ok. 30% niepublicznych placówek opieki zdrowotnej funkcjonuje w rękach posiadaczy takiego biznesu. Ma to ogromny wpływ na system opieki w Stanach Zjednoczonych. Wszystko to generuje sposób myślenia – jak zmniejszyć wydatki na leczenie określonych chorób i zwiększyć zyski? Zmusza się zarządy szpitali do przeliczenia swych administracyjnych i klinicznych decyzji na pieniądze. Szpitale ukierunkowują się na lukratywne badania i procedury medyczne, które mają być źródłem dochodów. Wszystko to powoduje, że lekarz jest wciągany w rolę przedsiębiorcy i staje po stronie interesów firmy, w której pracuje i tym samym swoich własnych. Taka machina, początkowo nieświadomie, szybko się napędza i powoduje błędne koło. Z badań przeprowadzonych na Florydzie stwierdzono, że około 40% pracujących tam lekarzy ma udziały finansowe w placówkach medycznych, do których kierują swoich pacjentów. Należy też wspomnieć o potężnych firmach farmaceutycznych, które reklamując swoje produkty, dają je jako darowizny lekarzom, aptekom szpitalnym, które to specyfiki lekarz następnie przepisuje pacjentom, dzięki czemu zwiększa się ich obrót na rynku. Firmy takie sponsorują wiele konferencji naukowych, wykładów profesorskich, imprez towarzyszących, inwestują w badania na rzecz swoich produktów medycznych i bardzo chcą przyciągnąć na swoją stronę wielu ekspertów medycznych (16).

Oceniając tę sytuację należy powiedzieć, że pieniądze w medycynie są bardzo potrzebne dla jej rozwoju, ale prawa wolnego rynku w medycynie, które z jednej strony przyczyniają się do wzrostu jakości usług medycznych, a z drugiej strony są nastawione na przynoszenie zysku, powinny wyczulać personel medyczny na przestrzeganie zasad etycznych.

Komercjalizację służby zdrowia dopełnia reklama. Amerykańskie Towarzystwo Medyczne w latach osiemdziesiątych usunęło ze swojego kodeksu etycznego zakaz reklamy usług medycznych i wprowadziło nawet pochwałę dla jej stosowania, poprzez zapis: „*Medyczna praktyka lepiej się rozwija etycznie w warunkach wolnego rynku, kiedy przyszli pacjenci otrzymują dokładne informacje i mają możliwość wolnego wyboru między konkurującymi lekarzami i alternatywnymi systemami opieki medycznej (...).* Obecnie konkurencja lekarzy wi-

dziana jest jako konieczna, a nawet korzystna cecha nowego rynku medycznego” (17). Należałoby też przy tym wspomnieć o coraz częstszych powikłaniach na skutek nadużywania leków, tak szeroko reklamowanych w mediach, dostępnych bez recepty.

Wszystkie te zjawiska budzą coraz większy niepokój. Zagrożenia w tym względzie są jeszcze większe jeśli weźmie się pod uwagę handel narządami ludzkimi w celach transplantacji, biznes prenatalny związany z bankami ludzkich gamet do produkcji embryonów, zyski z różnorodnych patentów biotechnologicznych. W tym kontekście człowiek terminalnie chory pozostaje zupełnie na marginesie zainteresowania, gdyż nie przynosi żadnych zysków, a jest jedynie źródłem kosztów. Szpitale niechętnie przyjmują takich pacjentów na leczenie tłumacząc, że nie są instytucją opiekuńczą, nie mają takich procedur, nie zdobędą odpowiedniej ilości punktów, za które płaci kasa chorych, czy fundusz zdrowia, więc to im się po prostu nie opłaca. Jedyną nadzieją jest rozwój hospicjów, oddziałów opieki paliatywnej, geriatrii, których, jak pokazuje życie, ciągle jest niedobór.

Ochrona zdrowia wolnorynkowy towarem

Na początku należałoby postawić pytanie czy uprawione etycznie jest traktowanie czyjegoś zdrowia, leczenia i całej opieki zdrowotnej jako towaru, którym się handluje na wolnym rynku? Czy wiedza i usługi lekarza, szpitale są produktami na sprzedaż tak samo, jak inne towary? I czy opieka zdrowotna jest czyjąś własnością, którą można według własnej woli handlować?

T. Biesaga udziela takiej odpowiedzi: *„Opieka zdrowotna, jako osobowa relacja między służbą zdrowia a chorymi szukającymi pomocy, nie jest towarem tak, jak przedmioty techniczne podwyższające standard życia, mieszkania czy podróżowania. Traktowanie chorego pacjenta tak, jak klienta i konsumenta, przebiegającego w różnych towarach w supermarkecie jest błędnym uproszczeniem. Zdrowie i życie nie jest takim samym dobrem, jak zdobycie lepszych mebli, telewizora czy samochodu”* (18). Człowiek ciężko chory nie ma takiego wyboru, gdyż staje oko w oko z kruchością swej egzystencji, niejednokrotnie zagrożeniem życia, co zmusza go do szukania autentycznej pomocy lekarza. Pellegrino ujmuje to następująco *„Niezależnie od tego, czy choroba jest poważna, jeśli chcemy być wyleczeni, jesteśmy zmuszeni szukać pomocy, zwrócić się do lekarza i upoważnić obcego nam profesjonalistę, aby odkrył tajemnice naszego ciała, umysłu i nawet duszy”* (19). Wynika z tego, że zdrowie, jak i inne fundamentalne dobra, nie mogą być traktowane tylko jako towary. Ich komercjalizacja prowadzi bowiem do komercjalizacji osoby ludzkiej, potraktowania jak rzecz i przekreślenia jej godności. Relacji lekarz-pacjent nie można skomercjalizować, gdyż wymaga ona zaufania, powierzenia przez pacjenta czasem osobistych sekretów – co dotyczy więc nie tylko

sfery biologicznej, ale i psychologiczno-społecznej i duchowej strony życia. W sytuacji człowieka, zwłaszcza terminalnie chorego, kiedy jest on całkowicie zdany na lekarza, trudno wyobrazić sobie, aby on sam dokonywał dla siebie wyboru najlepszego produktu medycznego. *„Trudno się zgodzić z tym, żeby pacjent w doświadczeniu ciężkiej choroby fizycznej czy psychicznej, w doznawaniu cierpienia i niepewności miał studiować reklamy towarów medycznych w celu ich kupna. Obietnica wolności wyboru jest w tym wypadku iluzją. Chory jest skazany na lekarza i z zaufaniem chce mu się powierzyć. Dla lekarza przedsiębiorcy byłby on łatwym łupem w celach zdobycia zysku. Chory człowiek oddałby mu wszystko co ma, byle się uwolnić od nieznośnego cierpienia i bólu”* (20). Te słowa potwierdzają prawdziwą tezę, że ochrona zdrowia nie może być towarem czy produktem. Wprawdzie chora osoba „konsumuje” leki i inne medyczne produkty, ale nie konsumuje „opieki” zdrowotnej (21). To właśnie taka specyficzna, osobowa natura leczenia zapewnia opiece zdrowotnej szczególne miejsce wśród pozostałych, służących człowiekowi zawodów.

Tę różnicę widać także w odniesieniu do prawa własności. Gdy towary są własnością producenta i właściciela, to wiedza medyczna nie jest wyłączną własnością lekarza, ale jest ona także dobrem społecznym i dobrem ludzkości. Lekarze korzystają z dorobku medycznego wielu stuleci i z obserwacji klinicznych swoich poprzedników. Jest to wielkie i bezcenne dziedzictwo, na które składa się wysiłek wielu pokoleń lekarzy i niejednokrotnie ryzykujących życie pacjentów. Dziedzictwo to jest przekazywane w publicznych instytucjach, za publiczne pieniądze i przy przyzwoleniu społeczności. Stąd studenci medycyny podczas studiów uczą się, np. dokonywać sekcji zwłok oraz zdobywają wiedzę praktyczną dzięki pacjentom, pod okiem doświadczonych lekarzy. Te przywileje społeczeństwa są dawane w tym celu, aby nabyte w praktyce zdolności medyczne służyły wszystkim ludziom. *„Nabytej w ten sposób wiedzy i sprawności lekarskich nie można sobie zawłaszczyć dla własnych potrzeb i korzyści. Są one również własnością pokoleń pacjentów, na których praktykowano, lekarzy, którzy je rozwijali, własnością społeczną i ogólnoludzką”* (22). Studenci medycyny i pielęgniarstwa zaciągają tym samym wobec społeczności zobowiązanie używania swej wiedzy dla dobra chorych. W tym zobowiązaniu są oni bardziej *„stróżami wiedzy medycznej niż jej właścicielami”* (23). Komercjalizacja medycyny, chcąc zawłaszczyć to co nie jest prywatnym dobrem i redukując opiekę medyczną do towaru na wolnym rynku, niszczy osobowe więzi, zobowiązania społeczne i solidarność międzyludzką.

Komercjalizacja zagrożeniem relacji lekarz – pacjent

Podstawowa zasada etyki medycznej brzmi: *„salus aegroti suprema lex”*, co znaczy dobro pacjenta, jego

zdrowie jest najwyższym celem medycyny. Od najstarszych kodeksów etycznych przestrzegano, aby inne cele czy względy nie podważyły tej naczelnej zasady. Dobro pacjenta traktowano jako nadrzędne względem korzyści lekarza, korzyści przemysłu społecznego, czy korzyści społeczeństwa. W tym rozumieniu zdrowie i życie pacjenta, jak i jego godność były warunkiem nieodzownym dobra wspólnego. O związku lekarzy z przemysłem mówi także najnowszy Kodeks Etyki Lekarskiej i poświęca temu zagadnieniu kilka artykułów. I tak w artykule 51b czytamy: „Lekarzowi mającemu związki finansowe z przemysłem medycznym nie wolno w żaden sposób odstąpić od podejmowania w pełni obiektywnych decyzji klinicznych lub działania w najlepszym interesie pacjentów i osób biorących udział w badaniach”. Inny artykuł zakazuje udziału lekarzowi w reklamie produktów medycznych: „Lekarz biorący udział w badaniach sponsorowanych przez producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi się upewnić, że badania te są prowadzone zgodnie z zasadami etyki. Lekarz nie powinien uczestniczyć w badaniach naukowych, których celem jest promocja tych produktów”. Jeszcze inny zapis mówi o nieuprawnionym pobieraniu korzyści finansowych: „Lekarz nie może przyjmować wynagrodzenia za samo skierowanie pacjenta na badania prowadzone lub sponsorowane przez producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego)” (24).

Obok personalistycznego rozumienia dobra wspólnego, dość często współcześnie lansuje się dobro wspólne w rozumieniu utylitarystycznym. W komercyjnej perspektywie kryterium tym staje się korzyść, jaką poprzez to leczenie może osiągnąć lekarz, szpital, społeczeństwo czy przemysł medyczny. Komercjalizacja i logika zysku prowadzi nieuchronnie do konfliktu dobra pacjenta z korzyściami lekarza, instytucji opieki zdrowotnej, społeczeństwa. Rola lekarza jest zredukowana do funkcji sprzedawcy produktów i ofert przemysłu medycznego. Lekarze mogą grać podwójną rolę: (25). Można przewidzieć, która. „Jako uczestnicy rynku muszą realizować własny interes, jako uczestnicy związku partnerskiego z pacjentem, mają realizować jego interes (...). Ponieważ wymagania te często wchodzi z sobą w konflikt, stąd zagrożona jest moralna integralność lekarza” opcja przeważa, jeśli weźmie się pod uwagę olbrzymią siłę nacisku koncernów produktów medycznych. To wszystko dyskredytuje działalność medyczną, budzi trudną do pokonania nieufność.

Tymczasem relacja lekarz-pacjent różni się istotowo od relacji sprzedawca-klient. „Medyczna relacja jest jak najbardziej relacją osobową. O jej trwałości i ciągłości decyduje poufność i zaufanie”, natomiast, „w stosunkach handlowych skupiamy się na produkcie, nie angażujemy się w nawiązaniu więzi ze sprzedawcą” (26). W skomercjalizowanej medycynie relacja lekarz-pacjent staje się

relacją wyłącznie handlową, która ma inne cele niż etyka medyczna. „Lekarz działający według logiki rynku, zmienia swe związki z pacjentem, w których istotne było zawierzenie i zaufanie, na relację kontraktu i biznesu. Etyka nie jest już dla niego kwestią powinności i cnoty, ale legalności. Jest zastąpiona przez biznes i prawo. Wiedza medyczna staje się prywatną własnością lekarza w celach handlowych, do sprzedaży dla chętnych za określoną cenę” (27). Nie trudno przewidzieć w tym układzie manipulację człowiekiem ciężko chorym, który jako pacjent ma generować zyski. W zależności od systemu opłat za usługi medyczne, może on być wykorzystany zarówno przez pozbawienie go należytą terapii, jak i przez zastosowanie zbędnych, ale przynoszących korzyści finansowe „sprzedawcy” badań. Tym można wytłumaczyć zyskowe, ale bezzasadne przedłużanie życia osób, które zdolne są za to zapłacić, jak i propagowanie eutanazji dla tych, którzy są niewypłacalni (28). Komercjalizacja medycyny wyraźnie zubaża etos opieki medycznej, podważa rolę i wolność lekarza oraz podporządkowuje go pozamedycznemu celom, przedkłada koszty i zyski nad zdrowie i troskę o pacjenta.

Potwierdza to nasza codzienna rzeczywistość w służbie zdrowia, coraz trudniejszy dostęp przeciętnego pacjenta do lekarza i usług medycznych oraz coraz większe koszty, jakie musi ponieść za własne leczenie. Dzieje się to pomimo ciągłego powoływania się decydentów służby zdrowia na „dobro pacjenta”. Komercja w medycynie rodzi również problemy w komunikacji lekarz-pacjent. Wyliczono, że lekarz w Polsce średnio poświęca pacjentowi siedem minut podczas wizyty, co może spowodować zniechęcenie pacjenta, poczucie zlekceważenia. R. Szulc jako praktykujący lekarz tak ocenia to zjawisko: „Wydaje się, że podmiotowość, w tym jakość komunikacji lekarz – pacjent, schodzi na dalszy plan wobec rosnących stale kosztów leczenia i generowanych przez to zjawisk wtórnych. Na przykład w dużych ośrodkach zabiegowych problemem staje się uniknięcie pomyłek związanych z identyfikacją pacjentów i organem podlegającym operacji. Właściwie pojęty kontakt lekarza z pacjentem staje się dziś coraz trudniejszy w sytuacjach, w których działania lecznicze są realizowane przez zespoły, a nie przez pojedynczego lekarza” (29). Dostrzegając duży postęp w poziomie technicznym medycyny, można zauważyć, że nie idzie on w parze z rozwojem postaw moralnych wśród lekarzy, tak ważnych w odniesieniu do przewlekłe i nieuleczalnie chorych. „W odniesieniu do przewlekłe i nieuleczalnie chorych możliwości współczesnej medycyny nadal nie są w stanie spełnić ich oczekiwań i bycie dobrym człowiekiem stanowi o jakości relacji lekarz-pacjent” (30).

Jan Paweł II kategorycznie sprzeciwiał się wszelkim formom niesprawiedliwości w nakładach środków na ochronę zdrowia oraz nadużyciom związanym z ekonomizacją służby zdrowia. Niejednokrotnie gorąco apelo-

wał o prawdziwą ludzką solidarność w sferze ochrony służby zdrowia. Mówił o tym między innymi w

Orędziu na Światowy Dzień Chorego w 1999 roku: „Żadne wołanie, wznoszące się z ludzkich serc, nie jest równie głębokie, jak wołanie o zdrowie i ochronę zdrowia. Jest zatem zrozumiałe, że ludzka solidarność na wszystkich płaszczyznach może i powinna rozwijać się nade wszystko w tej sferze. Należy zatem przeprowadzić poważną i głęboką analizę organizacji służby zdrowia, dążąc do tego, aby jej instytucje coraz bardziej stawały się miejscami świadectwa miłości do ludzi” (31).

Przedstawione powyżej refleksje są wynikiem mojej pracy magisterskiej napisanej na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Opolskiego. Wracając do tematu moich rozważań po kilku latach zauważyłem, że poruszone przeze mnie tezy są dzisiaj również bardzo aktualne. Może nawet tym bardziej, kiedy medycyna ciągle ulega regulacjom ekonomicznym, administracyjnym, a w tym wszystkim zostaje zredukowana profesja lekarza, a pacjent staje się ofiarą wielu niekorzystnych czynników systemu. Czy w tym wszystkim potrafimy się odnaleźć, zachować coś z etosu powołania lekarskiego, jego tak istotnego humanistycznego wydźwięku, a w relacji lekarz-pacjent okazać empatię, zauważyć jego godność jako osoby, która chce nam zaufać i oczekuje od nas szczerzej i prawdziwej pomocy.

Lek. Krzysztof CHABROS
specjalista chorób wewnętrznych, diabetolog
st. specjalista w CWKL w Warszawie

PRZYPISY:

- (1) J. Nagórny, K. Jeżyna (red.), Jan Paweł II, Encyklopedia nauczania moralnego, Radom 2005, s. 217
- (2) tamże

- (3) tamże
- (4) tamże, s. 217–218
- (5) tamże, s. 218
- (6) T. Biesaga, Elementy etyki lekarskiej, Kraków 2006, s. 50.
- (7) tamże
- (8) tamże, s. 53
- (9) J. Nagórny, K. Jeżyna, Jan Paweł II, Encyklopedia nauczania moralnego, s. 218–219.
- (10) T. Biesaga, dz. cyt., s. 54.
- (11) K. Wojtyła, Miłość i odpowiedzialność, Lublin 1982, s. 74.
- (12) por. T. Biesaga, dz. cyt., s. 54.
- (13) tamże, s. 56.
- (14) por. T. Biesaga, dz. cyt., s. 90.
- (15) tamże
- (16) por. tamże, ss. 90–92
- (17) tamże, s. 93
- (18) tamże, s. 94
- (19) tamże, s. 95
- (20) tamże
- (21) por. tamże
- (22) tamże, s. 96
- (23) por. tamże
- (24) por. Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 51b, 51d, 51f., Warszawa 2004
- (25) T. Biesaga, dz. cyt., s. 97
- (26) tamże, s. 98
- (27) tamże, s. 98
- (28) tamże, s. 98
- (29) R. Szulc, Zagrożenie relacji lekarz-pacjent we współczesnej praktyce medycznej, „Medycyna Praktyczna”, 207 (2008), nr 5, s. 146
- (30) tamże, s. 148
- (31) Jan Paweł II, Orędzie na Światowy Dzień Chorego (1999), „Gazeta Lekarska”, wyd. spec. (2005), s. 16

(przedruk ze „Skalpela” nr 3/13)




MEDYCyna PO DYPLOMIE

JAK PRAWIDŁOWO WYPISAĆ RECEPTĘ REFUNDOWANĄ NA LEKI O KATEGORII DOSTĘPNOŚCI RPW?

W związku z dużym zainteresowaniem artykułem zamieszczonym w czerwcowym numerze Pomorskiego Magazynu Lekarskiego „*Jak prawidłowo wypisać receptę refundowaną pro auctore i pro familia*” (*Biuletyn Opolski z października br. – przyp. Red.*) w aktualnym wydaniu magazynu przypomnimy Państwu podstawowe zasady wypisywania recept na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe. W związku z tym, iż obrót takimi preparatami jest ści-

śle reglamentowany, zasady wypisywania takich recept są nieco odmienne w stosunku do recept „zwykłych”. Zacznijmy jednak od podobieństw:

- 1) pole „**Świadczeniodawca**” – należy tutaj umieścić dane praktyki lekarskiej lub podmiotu leczniczego, w ramach działalności którego zostaje wystawiona recepta. Istotne jest, aby dane te obejmowały imię i nazwisko lekarza lub nazwę podmiotu, adres oraz numer telefonu. **W przypadku osób lub podmio-**

Recepta 021100000000050432090 Indywidualna Praktyka Lekarska lek. Janina Kowalska ul. Długa 12/1 80 - 100 Gdańsk, tel. 58 - 341 83 65 REGON 221923753 nr NFZ 981135689		dane praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego: — imię i nazwisko lub nazwa — adres — numer telefonu w tym polu musi znaleźć się również: — nr umowy zawartej z NFZ (w przypadku recept refundowanych) — nr REGON (w przypadku recept innych niż <i>pro familia</i> i <i>pro auctore</i>)
Świadczeniodawca  221923753		nr REGON w formie kodu kreskowego
Pacjent Katarzyna Nowak ul. Warszawska 23/15 81 - 304 Gdynia	Oddział NFZ 11	numer oddziału NFZ (w przypadku recept refundowanych)
PESEL 85041301856	Uprawnienia dodatkowe []	dane pacjenta oraz jego numer PESEL
Rpw []	Odpłatność []	kod uprawnień dodatkowych w przypadku braku uprawnień – puste pole
 021100000000050432090		data wystawienia recepty w przypadku recept rpw recepta jest ważna tylko przez 14 dni
Data wystawienia: 5.07.2013r.	Data i podpis lekarza Janina Kowalska nr PWZ 12345678  12345678	data realizacji recepty, a jeżeli nie dotyczy — znak „X”
Data realizacji „od dnia”: X	Dane podmiotu drukującego []	imię i nazwisko lekarza oraz numer prawa wykonywania zawodu

tów, które prowadzą działalność gospodarczą, konieczne jest również umieszczenie w tym polu numeru REGON – i to zarówno w formie cyfrowej, jak i kodu kreskowego. Jeżeli recepta jest wystawiana poza działalnością gospodarczą, wyłącznie dla siebie i rodziny, w tym miejscu powinien znaleźć się numer umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, na podstawie której wystawiona zostaje recepta refundowana (zamiast numeru REGON, którego lekarz w takiej sytuacji nie posiada);

- 2) pole „Pacjent” – w tym polu powinna znaleźć się informacja obejmująca imię i nazwisko pacjenta, jego adres oraz numer PESEL. Dane to również mogą – ale nie muszą – być naniesione na receptę w formie kodu kreskowego;
- 3) pole „Oddział NFZ” – konieczność wypełnienia tego pola zachodzi w sytuacji, gdy wystawiana jest recepta refundowana – w takim przypadku w po-

lu tym należy wpisać właściwy, dwucyfrowy identyfikator właściwego oddziału Funduszu. Gdy recepta ma mieć charakter pełnopłatny w polu należy wstawić znak „X”;

- 4) pole „Uprawnienia dodatkowe” – wypełniamy jedynie w sytuacji, gdy pacjent posiada uprawnienia dodatkowe, wynikające z ustaw szczególnych. W przypadku braku takich uprawnień pole należy pozostawić puste;
- 5) pole „Data wystawienia” oraz „Data realizacji od dnia” – w tych polach należy wskazać datę wystawienia recepty oraz ewentualnie datę, od której recepta ta może być realizowana. W przypadku, gdy nie zakreślamy daty realizacji, w tym polu należy umieścić znak „X”. Pamiętać należy, iż recepty na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe są **ważne jedynie przez 14 dni od daty ich wystawienia**;

- 6) pole „Dane i podpis lekarza” – obowiązkowo w tym polu, poza imieniem i nazwiskiem lekarza, musi się znaleźć również jego numer prawa wykonywania zawodu – zarówno w formie cyfrowej, jak i kodu kreskowego;

Nieco odmienne natomiast są zasady samej ordynacji leków o kategorii dostępności Rpw – regulacji prawnych w tym zakresie należy szukać w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje. Zgodnie z tymi przepisami, **na jednej receptce można przepisać tylko jeden preparat zawierający środki odurzające lub substancje psychotropowe**. Na takiej receptce nie można jednocześnie przepisywać jakichkolwiek innych produktów leczniczych. Poza podstawowymi informacjami, które musi zawierać zwykła recepta, recepta na leki o kategorii dostępności Rpw musi wskazywać również łączną ilość środka odurzającego (lub substancji psychotropowej) wyrażoną **dodatkowo słownie** (np. dwieście miligramów).

Recepta na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P może, co do zasady, obejmować swoim zakresem tylko **zapotrzebowanie na jednomiesięczną kurację**. Zarówno w przypadku zapotrzebowania jednomiesięcznego, jak i w przypadku przekroczenia limitu maksymalnego, **sposób dawkowania powinien być szczegółowo podany** na wypisanej pacjentowi receptce (np. d.s. 1 tabl. co 12 godzin). W przypadku, gdy przepisana dawka jednorazowa

lub dobową leku zawierającego w swoim składzie środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P **przekracza dawkę maksymalną** określoną w Farmakopei Europejskiej, Polskiej lub odpowiedniej farmakopei uznawanej w państwach członkowskich UE albo CHPL, lekarz wypisujący taką receptę zobowiązany jest obok przepisanej dawki postawić **wykrzyknik i zapisać ją dodatkowo słownie oraz w tym miejscu umieścić swój podpis i pieczętkę** (np. d.s. 1 tabl. co 8 godz. dwadzieścia miligramów, pieczętka i podpis). Tak samo należy postąpić w przypadku, gdy dawka maksymalna nie została określona przez Farmakopeę lub CHPL.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż w aktualnym stanie prawnym recepty na leki o kategorii dostępności Rpw nie są już wystawiane z kopią. Wobec powyższego, ustawodawca przewiduje **bezwzględny obowiązek odnotowania wystawienia takiej recepty w dokumentacji medycznej pacjenta**.

Co istotne, w przypadku recept nierefundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na leki o kategorii dostępności Rpw, recepta musi być wypisana na blankiecie zgodnym z wzorem ustalonym przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (wzór na załączonym rysunku). **Nie wystarczy tu zwykła i dowolnego formatu kartka papieru, jak to jest w przypadku innych leków**. Numery na takie recepty można pobrać, po uprzednim złożeniu wniosku o ich przydzielenie, we właściwym wojewódzkim inspektoracie farmaceutycznym. Właściwa numeracja dla recept nierefundowanych Rpw powinna zaczynać się od cyfr 07.

pr. pr. Aleksandra KOSIOREK, Biuro Prawne OIL

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego nr 8-9/13)

PRAWO NA CO DZIEŃ

LEKARZ: MIĘDZY PRAWEM A SUMIENIEM

*O, nieskończona jeszcze dziejów praca,
nieprzepalony jeszcze glob sumieniem.*

CYPRIAN KAMIL NORWID

Każdy z nas jako istota moralna doświadcza przeżyć wynikających z głębi naszego człowieczeństwa. Nie podlegają one redukcji rozumu, woli i emocji. Doznajemy wówczas osądu wewnętrznego, wywodzącego się z naszego „Ja”, a dotyczącego jego sprawcy, czyli mnie samego. Oskarżenia i zakazy nie uwzględniają żadnego „za” lub „przeciw”. Pozostają wyrzuty sumienia i ból duszy.

Na szczęście, w naszych zachowaniach najczęściej dominuje postawa neutralna; nie szkodzi ona innym w realizowaniu ich potencjalności. Ale nawet wtedy,

nie czyniąc zła, możemy go doznać ze strony innych. Przy nadmiernym nacisku jedynym naszym obrońcą może się okazać świadectwo sumienia. Sokrates mówił o wewnętrznym „głosie”, który ilekroć się zjawiał, zawsze mu coś odradzał, nigdy niczego nie doradzając. Nękał go tak od lat dziecięcych, skazując na trud rozważań w podejmowaniu decyzji.

Inną koncepcję sumienia przedstawił na satelitarnej sesji naukowej, zatytułowanej „Klauzula sumienia w praktyce lekarskiej”, a towarzyszącej VIII Światowemu Kongresowi Polonii Medycznej, prof. Jan Hartman – kierownik Zakładu Filozofii i Bioetyki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Określił on sumienie jako władzę psychiczną rozpoznawania po-

winności w przypadku błędu i doznawania dyskomfortu w momencie przekroczenia nakazanej normy. Klauzula sumienia jest – jego zdaniem – formą ucieczki lekarza przed powinnościami wynikającymi z norm prawnych i standardów medycznych. Sięgając po nią, musi mieć jednak świadomość konsekwencji karnych, gdyż nie zwalnia ona lekarza z obowiązku zabezpieczenia potrzeb pacjenta i spełnienia oczekiwań innego lekarza. Zainteresowany może scedować wykonanie nieakceptowanego przez niego postępowania terapeutycznego na współpracowników, nigdy jednak nie wolno mu odstąpić od nakazu jego realizacji.

Stanowisko to znalazło oddźwięk w liście ministra zdrowia – Bartosza Arłukowicza „Do przyjaciół lekarzy”, którego prof. J. Hartman – jak wynika z informacji dr. n. med. Konstantego Radziwiłła, wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – był współautorem. Podczas dyskusji w czasie wspomnianej wyżej sesji satelitarnej, Profesor doprecyzował swoje stanowisko, mówiąc o konieczności przyswojenia przez środowisko medyczne zaproponowanych norm bioetycznych. Uznał istniejące zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej jako skandaliczne i wymagające natychmiastowej nowelizacji, a wykorzystanie przez ministra „Gazety Wyborczej”, jako forum do dyskusji ze środowiskiem lekarskim, potraktował jako brak zaufania do tego ostatniego. Dowodził przy tym, że nie ma pełnej autonomii samorządu lekarskiego; minister zdrowia, stojący na straży praw pacjenta, odpowiada bowiem za cały system ochrony zdrowia, w tym za izby lekarskie i ich kodeks etyczny.

Odmienny charakter miało wystąpienie ks. prof. Tadeusza Biesagi, salezjanina – kierownika Katedry Bioetyki na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Papieskiego im. Jana Pawła II w Krakowie. Definiując sumienie, mówił on o dostępnej każdemu, jako istocie moralnej, sferze przeżyć dotyczących głębi naszego człowieczeństwa. Jest to osąd wewnętrzny, kategoriyczny i ostateczny, wywodzący się z naszego „Ja”, który

wbrew naszym intencjom ocenia naszą winę i boleśnie nas dotyka poprzez „ból duszy”. W sytuacji przemocy moralnej pozostaje nieraz tylko świadectwo sumienia; płacimy za nie często najwyższą cenę. Profesor zwracał uwagę na zagrożenia płynące ze strony utylitarystycznych komitetów bioetycznych, które realizują polityczne zamówienie, aby w ramach deontologizmu społecznego pomniejszyć indywidualną reakcję w ramach klauzuli sumienia. Jego zdaniem, wszelkie próby ograniczenia możliwości stosowania tej klauzuli są karygodne, a spychanie sumienia do sfery prywatnej niesie poważne zagrożenie dla godności człowieka. Dla bezbronnej jednostki, bezcenne jest w tej sytuacji istnienie organizacji wspólnotowych, w tym korporacji zawodowych.

Z kolei prof. Zbigniew Szawarski – przewodniczący Komitetu Bioetycznego PAN, twórca pojęcia tzw. „zdrowej reprodukcji”, obarcza lekarza obowiązkiem szerokiej

diagnostyki prenatalnej, której skutkiem byłoby niedopuszczenie do tzw. „złych urodzeń”. Według niego, złe życie nowonarodzonego jest krzywdą istnienia nie tylko dla dziecka, ale również dla społeczeństwa. Proponuje on, aby traktować chorego noworodka jak podniszczony banknot bankowy, który należy podmienić na banknot o kolejnym numerze. Eliminacja życia „niewartego życia” to współczesna forma neoeugeniki.

Prof. Tadeusz Tołłoczko – chirurg i endokrynolog, były rektor Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, w swoim referacie określił natomiast, że wartością nadrzędną jest zawsze świętość życia. Zadeklarował się jako legalista. Nie zgadza się z poglądami, aby prawo stanowione było regulatorem jego sumienia i dawało mu koncesję na jego użycie. Pomieszenie dobra i zła stwarza sytuację, w której jedynie władza ma patent na poprawną interpretację obowiązków obywatelskich. Dostosowanie prawa moralnego do prawa stanowionego to załączek totalitaryzmu. Profesor przywołał orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r., dotyczące rozdzielenia prawa stanowionego i prawa moralnego. Ograniczenie klauzuli sumienia przez decydentów, którzy nie mają „czucia lekarskiego”, narusza równorzędność praw moralnych lekarzy i legislatorów. W świetle Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela każda jednostka jest niezależna, ma własną autonomię i prawo do manifestacji własnego sumienia.

W dyskusji, która odbyła się po prezentacji referatów, pojawiły się głosy, że korzystanie z klauzuli sumienia w praktyce lekarskiej (o czym zawsze należy poinformować pacjenta) nie powinno mieć wymiaru heroizmu, ale codziennej potrzeby. Ogólnie przyjęte standardy postępowania medycznego nie dają wskazań do uciekania się do klauzuli sumienia. W obecnej chwili największe dylematy moralne wzbudzają procesy terapeutyczne dotyczące początku i końca życia. Z dużą ostrożnością należy się też odnieść do profilaktycznych zabiegów chirurgicznych (mastektomia, resekcja jelita grubego), wątpliwości budzą ponadto chirurgiczne zabiegi związane ze zmianą płci. Odrębnym zagadnieniem są eksperymenty na zarodkach ludzkich. Generalnie za godziwe należy uznać metody terapeutyczne sprawdzone i uzasadnione klinicznie.

Na zakończenie przytoczę definicję sumienia, przedstawioną przez gdańskiego psychiatrę Tadeusza Bilikiewicza: „*Pojęcie sumienia dotyczy pewnej zdolności intuicyjnej, według której możemy osądzać moralną wartość czynów*”.

Klauzula (*clausula* łac.) – zamknięcie, wyłączenie.

Sumienie (*conscientia* łac.) – współistnienie wiedzy.

Józef Bronisław SZYMCZYK
Komisja Etyki Lekarskiej ORL w Łodzi
(przedruk z „Panaceum” nr 9-10/13)

PO WYROKU TK

Czy istnieją obecnie możliwości prawnego zmuszenia np. kierowcy do poddania się badaniu stanu nietrzeźwości?

Chciałbym zwrócić uwagę na zamieszanie, które powstało po wydaniu przez Trybunał Konstytucyjny w dniu 5 marca 2013 r. wyroku, dotyczącego rozporządzenia ministra sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie poddawania badaniom lub wykonywania czynności z udziałem oskarżonego lub osoby podejrzanej. Orzeczenie to (jak wszystkie orzeczenia TK) weszło w życie z dniem ogłoszenia, co nastąpiło 20 marca 2013 r. Po tej dacie w mediach zaczęły pojawiać się informacje, że policja zgłasza problem, iż obecnie brak jest możliwości stosowania – zgodnego z przepisami prawa – środków przymusu bezpośredniego wobec m.in. sprawców wypadków, a zatem również prawnego zmuszenia np. kierowcy do poddania się badaniu stanu nietrzeźwości. Kwestie te reguluje kodeks postępowania karnego, a w szczególności art. 74 kpk oraz wspomniane wyżej rozporządzenie ministra sprawiedliwości.

Należy w tym miejscu przypomnieć, że jedną z podstawowych zasad obowiązujących w postępowaniu karnym jest zasada domniemania niewinności osoby odejrzanej/oskarżonego. Z zasady tej wynika bezpośredni brak obowiązku dostarczania dowodów na swoją niewinność, jak również na swoją winę czy niekorzyść. Dlatego też oskarżony może zachowywać w toku postępowania karnego całkowity brak aktywności. Jednak kodeks postępowania karnego przewiduje wyjątki od tej zasady, które zostały opisane właśnie we wspomnianym art. 74 kpk. Zgodnie z tym artykułem, oskarżony jest jednak obowiązany poddać się m.in. oględzinom zewnętrznym ciała oraz innym badaniom, niepołączonym z naruszeniem integralności ciała, poddać się pobraniu krwi, włosów lub wydzielin organizmu. Z przepisu tego nie wynika możliwość zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec osoby podejrzanej/oskarżonego.

Aktem wykonawczym do art. 74 kpk jest przywołane powyżej rozporządzenie ministra sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2005 r., które reguluje szczególne warunki i sposób poddawania oskarżonego lub osoby podejrzanej oględzinom zewnętrznym ciała oraz innym badaniom niepołączonym z naruszeniem integralności ciała, w tym pobrania krwi, włosów lub wydzieliny organizmu. Przepisy te przewidywały również możliwość udziału osoby trzeciej – „asysty”, jeżeli było to niezbędne do przeprowadzenia badania lub wykonania innych opisanych czynności, a zachodziła potrzeba zastosowania wobec oskarżonego/osoby podejrzanej przymusu bezpośredniego.

W wyroku z dnia 5 marca 2013 r. TK uznał, że dotychczas obowiązujące rozporządzenie ministra sprawiedliwości z dnia 23 lutego 2005 r., w części dotyczącej możliwości zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec oskarżonego/osoby podejrzanej np. przy pobraniu krwi, w szczególności udziału w badaniu asysty, jest niezgodne z przepisami kodeksu postępowania karnego oraz konstytucją. Trybunał uzasadnił swoje orzeczenie powołując się przede wszystkim na konstytucyjne gwarancje nietykliwości i wolności osobistej. W ocenie sędziów TK, pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Jednocześnie stwierdził, że żaden z przepisów kodeksu postępowania karnego nie reguluje zagadnienia stosowania wobec osoby podejrzanej/oskarżonego środków przymusu bezpośredniego w sytuacji, gdy oskarżony ma obowiązek poddania się czynnościom, badaniom z udziałem organów ścigania, czyli np. po spowodowaniu wypadku samochodowego, gdy zachodzi podejrzenie, że sprawca jest nietrzeźwy.

Po informacjach, które pojawiły się w mediach, Ministerstwo Sprawiedliwości w komunikacie opublikowanym na stronie internetowej w dniu 9 sierpnia 2013 r. stwierdziło, że w obecnym stanie prawnym istnieje już podstawa do zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Możliwość taką daje ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej, która weszła w życie 5 czerwca 2013 r. Zgodnie z jej art. 11, środków przymusu bezpośredniego można użyć lub wykorzystać je w przypadku konieczności podjęcia wyegzekwowania wymaganego prawem zachowania zgodnie z wydanym przez uprawnionego poleceniem. Zatem na podstawie tego artykułu – zdaniem resortu sprawiedliwości – policja może, po wydaniu polecenia, przytrzymać np. rękę podejrzanej.

Jednocześnie projekt nowelizacji art. 74 kodeksu postępowania karnego, będący przedmiotem prac Sejmu RP, zakłada możliwość wezwania oskarżonego lub osoby podejrzanej do poddania się obowiązkowi oględzin, pobrania krwi itp. W razie odmowy poddania się tym obowiązkowi, oskarżonego lub osobę podejrzaną można zatrzymać i przymusowo doprowadzić, a także stosować wobec nich siłę fizyczną lub środki techniczne służące obezwładnieniu, w zakresie niezbędnym do wykonania danej czynności. Zakłada się, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Januariusz KACZMAREK

Przewodniczący

Okręgowego Sądu Lekarskiego w Łodzi

(przedruk z „Panaceum” nr 9-10/13)

OBOWIĄZEK STWIERDZANIA ZGONU CORAZ BARDZIEJ PALĄCYM PROBLEMEM

Na kanwie ostatnio nagłośnionych przez media problemów ze stwierdzeniem zgonu i dalszymi losami zwłok pacjenta poszkodowanego w wypadku w okolicach Siewierza, przedstawiam dwa inne przypadki zgłoszone przez jednego ze śląskich komendantów powiatowych policji, który sygnalizuje coraz częstsze na jego terenie, istotne problemy w kwestiach stwierdzania zgonu.

Przypadek 1:

Luty 2013. Policjanci wraz ze strażakami poszukiwali kobiety, która wyszła z domu z zamiarem popełnienia samobójstwa. Zwłoki kobiety zostały wyłowione z rzeki. Po wyłowieniu zwłok zawiadomiono pogotowie ratunkowe, dyspozytor na miejsce znalezienia zwłok skierował karetkę pogotowia, która jednak ze względu na trudne warunki terenowe ugrzęzła w błocie. Ponieważ do przejeżdżania zostało kilkaset metrów, lekarz odmówił wykonania czynności związanych ze stwierdzeniem zgonu. Po wyciągnięciu pojazdu z błota personel odjechał, a stwierdzenie zgonu przeprowadził lekarz nocnej i świątecznej opieki lekarskiej.

Przypadek 2:

Marzec 2013. Służby straży pożarnej i policji poszukiwały kobiety, która wyszła z domu i zaginęła. Zwłoki jej odnaleziono w godzinach wieczornych, na terenie niezamieszkanym (pola w wiejskiej okolicy). W tym przypadku również powiadomiono dyspozytora pogotowia ratunkowego, który zadał pytanie, czy można dojechać do miejsca, czy też trzeba będzie przejść pieszo. Po uzyskaniu informacji, że zwłoki znajdują się w pewnym oddaleniu od drogi, dyspozytor kategorycznie odmówił wysłania lekarza celem stwierdzenia zgonu twierdząc, że pogotowie nie jest instytucją do tego celu. Podjęto próby wezwania lekarza nocnej i świątecznej opieki z przychodni, która udzieliła pomocy w pierwszym przypadku, ale lekarka dyżurna również odmówiła wyjazdu, argumentując, że jej przychodnia nie posiada podpisanej umowy z policją w sprawie stwierdzania zgonu.

Biorąc pod uwagę częstość podobnych zdarzeń oraz możliwość pojawiania się skarg na lekarzy odmawiających stwierdzenia zgonu w takich jak cytowane sytuacjach, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zwrócił się z prośbą o wypracowanie stanowiska do Komisji ds. Etyki Lekarskiej Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach, a otrzymane stanowisko za zgodą jej przewodniczącego dr n. med. Jana Kłopotowskiego, pragnę przedstawić Państwu w całości.

dr n. med. Tadeusz URBAN
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

* * *

Stwierdzenie zgonu jest czynnością szczególną, bardzo istotną w życiu społecznym ze względu na szacunek należny osobie zmarłej oraz prawo jej bliskich do zorganizowania pochówku.

Stwierdzenie zgonu stanowi jeden z obowiązków lekarskich, jednak nie jest to obowiązek bezwzględny – jak ma to miejsce w przypadku konieczności ratowania życia, w którym przepisy prawa wskazują na kim konkretnie ten obowiązek ciąży. Wynika z tego, że w konkretnym przypadku nie można obowiązkiem tym obciążyć każdego lekarza, ale tylko zobligowanego przepisami prawa.

Niestety, analiza aktualnie obowiązujących uregulowań w tej kwestii, w szczególności Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31.01.1959 r. oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3.08.1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny – prowadzi do wniosku, że dokumenty te, powstałe w odmiennych realiach organizacji opieki zdrowotnej, w aktualnych warunkach – z jednej strony nie uwzględniają wszystkich możliwych sytuacji, a z drugiej opisane w nich rozwiązania nie przystają do obecnych realiów. Zasadność tych wniosków potwierdza analiza odpowiedzi na interpelacje poselskie w omawianej kwestii, udzielone przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 7.01.2013 r. (Podsekretarz Stanu Igor Radziejewicz-Winnicki w odpowiedzi na interpelację nr 11564) oraz w dniu 28.12.2012 r. (Podsekretarz Stanu Krzysztof Chlebus w odpowiedzi na interpelację nr 10908).

Zauważyć przy tym należy, że zarówno Kodeks Postępowania Karnego, jak i Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3.06.1961 r., nakazują odmienne postępowanie w wypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo. Nie wskazują jednak na to, komu przysługuje ocena tego, czy podejrzenie owo jest zasadne. Dlatego wydaje się, że lekarz inny niż medyk sądowy wezwany celem stwierdzenia zgonu – gdy powźmie podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo – ma prawo odstąpić od czynności stwierdzenia zgonu, z powyższym uzasadnieniem.

Tak więc problem nie ma wymiaru etycznego, ale prawny i organizacyjny. Wymaga nowelizacji obowiązującego prawa w tym zakresie tak, aby stało się adekwatne do aktualnych realiów organizacji opieki zdrowotnej oraz wprowadzenia odpowiednich rozwiązań organizacyjnych, umożliwiających organom śledczym uzyskanie dokumentu stwierdzającego zgon bez zbędnej zwłoki. Niewątpliwie istotna jest tu wskazana w Ustawie o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31.01.1959 r. rola lokalnego samorządu terytorialnego.

Należy przy tym żywić nadzieję, że prace nad nowelizacją Ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31.01.1959 r. i odpowiednich aktów wykonawczych, w tym możliwości powoływania koronerów, doprowadzą do usunięcia aktualnie istniejących trudności interpretacyjnych w realizowaniu wspomnianych aktów prawnych.

(przedruk z „Pro Medico” nr 9/13)

WSPOMNIENIE O PANI DOKTOR JADWIDZE ADASZYŃSKIEJ

Z wielkim smutkiem żegnamy Naszą niezastąpioną Panią Doktor Jadwigę Adaszyńską, wieloletnią Ordynator Oddziału Wewnętrznego w Ozimku, która zmarła w dniu 21.06.2013 r. po długotrwałej chorobie.

Pozostanie na zawsze w naszej pamięci i naszych sercach, jako wspierająca lekarz i nauczyciel, a jednocześnie osoba skromna, pełna życzliwości i zrozumienia dla innych.

W naszej działalności zawodowej jest jakaś Jej część – owoc Jej wysiłków i starań.

A to jest rzecz bezcenna, której nie sposób pominąć.

W takiej bliskości i zrozumieniu pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

Lekarze i Współpracownicy Szpitala w Ozimku

OGŁOSZENIA



**Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy
Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu
u Noworodków w Polsce
Konferencja Szkoleniowo-Naukowa
SŁUCH NOWORODKA**

Serdecznie zapraszamy na Konferencję Naukowo-Szkoleniową **Słuch Noworodka** organizowaną wspólnie z Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy, która odbędzie się 28 listopada 2013 r. w Poznaniu. To wyjątkowe spotkanie skierowane jest głównie do lekarzy neonatologów, otolaryngologów, audiologów, logopedów i wszystkich innych uczestników Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków.

– Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków działa w Polsce już od dziesięciu lat. Przez ten czas w naszej codziennej pracy zdobyto wiele doświadczeń, ale pojawiły się też różne problemy. W Programie uczestniczy coraz więcej ośrodków, a naszym wspólnym celem jest przebadanie jak największej populacji małych dzieci oraz jak najszybsze postawienie rozpoznania i wdrożenie odpowiedniego leczenia. – mówi prof. Witold Szyfter, przewodniczący Komitetu Naukowego konferencji. W trakcie konferencji zaplanowano także spotkanie z Jurkiem Owsikiem, szefem WOŚP.

Termin: 28 listopada 2013 r.

Miejsce: Poznań, Hotel NOVOTEL Poznań Centrum, pl. Andersa 1

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Witold Szyfter kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Organizatorzy: Koordynator Medyczny Programu Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Polskie Towarzystwo Otolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi, Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



TRENDY W ALERGOLOGII

Postęp w alergologii jest w ostatnich latach znaczący, pojawiło się wiele nowych leków oraz szereg ciekawych publikacji. O tym co najważniejsze, najnowsze i najciekawsze będą mówić uznani eksperci podczas konferencji **Trendy w alergologii**. Po każdym z krótkich wykładów znajdzie się wiele miejsca na dyskusję, wsparcia smsowym systemem zadawania pytań.

Konferencja odbędzie się 22–23 listopada br. w Warszawie. Komitet Naukowy tworzą: prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna oraz prof. dr hab. n. med. Rafał Pawliczak, prof. dr hab. n. med. Marek Kulus.

Termin: 22–23 listopada 2013 r.

Miejsce: Warszawa, InterContinental Warszawa, ul. Emilii Plater 49

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. n. med. Piotr Kuna, prof. dr hab. n. med. Rafał Pawliczak

Wiceprzewodniczący Komitetu Naukowego:

prof. dr hab. n. med. Marek Kulus

Organizatorzy: Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Pneumologii i Alergologii Wieku Dziecięcego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Katedra Alergologii, Immunologii i Dermatologii Wydział Nauk Biomedycznych i Kształcenia Podyplomowego Uniwersytet Medyczny w Łodzi oraz wydawnictwo *Termedia*

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



VII WIELKOPOLSKIE DNI HIPERTENSJOLOGII

Nadciśnienie tętnicze stanowi najistotniejszą epidemiologicznie pośrednią przyczynę zgonów na świecie, ponieważ istotnie zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych. Temu problemowi zostanie poświęcony program konferencji **VII Wielkopolskie Dni Hipertensjologii**, która odbędzie się 30 listopada 2013 r. w Poznaniu. Przewodniczącym Komitetu Naukowego konferencji jest prof. dr hab. Andrzej Tykarski.

Termin: 30 listopada 2013 r.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego

Organizatorzy: Katedra i Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz wydawnictwo *Termedia*

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Andrzej Tykarski

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



V KONGRES TOP PULMONOLOGICAL TRENDS

Keep your respiratory knowledge up-to-date – to główne hasło już piątej edycji Ogólnopolskiego Kongresu Pulmonologicznego **Top Pulmonological Trends**, organizowanego przez Katedrę i Klinikę Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

go w Poznaniu, Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej oraz wydawnictwo *Termedia*. Podczas tego wydarzenia zostaną przekazane nowości w diagnostyce i leczeniu chorób płuc w kontekście holistycznym i interdyscyplinarnym. Uczestnicy poznają także nowe, istotne wyniki badań naukowych i ciekawe publikacje kreujące światowe trendy w pulmonologii, które pojawiły się w ostatnim czasie. Przewodniczącą Komitetu Naukowego jest prof. Halina Batura-Gabryel.

Termin: 28–30 listopada 2013 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, Plac Władysława Andersa 3,

Organizatorzy: Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej oraz wydawnictwo *Termedia*

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Halina Batura-Gabryel

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *

Wynajmę lekarzowi dentyście lub lekarzowi medycyny estetycznej gabinet stomatologiczny na ul. Krzemienieckiej (osiedle za „Castoramą”). Możliwość zarejestrowania własnej praktyki. Kontakt – tel. 504-233-408.

* * *

Zakład Opieki Zdrowotnej „Przy Alei” w Głucholazach zatrudni z dniem 01.01.2014 r. lekarza dermatologa. Posiadamy kontrakt z NFZ. Informacja telefoniczna 77/439-66-63, 77/439-14-40.

* * *

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej (także w trakcie specjalizacji) do pracy w Poradni Dziecięcej. Kontakt tel. 77/457-33-38, 77/474-46-92.

* * *

Specjalistyczny ZOZ „GIN-MED” Opole ul. Jagiellonów 86i ul. Sieradzka 3, pilnie przyjmie lekarza specjalistę ginekologa-położnika na stanowisko Kierownika Zakładu. Posiadamy kontrakt z NFZ. Kontakt tel. kom. 606-702-553 lub 604-415-199.

* * *

Zatrudnię lekarza dentystę. Tel.: 695-350-239.

NAROL – DENTAL Sp z o.o. – polski producent instrumentów stomatologicznych, zaprasza PT. Lekarzy do odwiedzania naszej klinicznej strony informacyjnej:

***www.narol-dental.pl –
Lucyna Zuchowska lek. dent.***

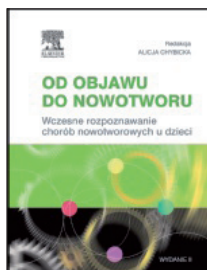
BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: www.elsevier.pl
tel. 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86
e-mail: zamowienia@elsevier.com



Od objawu do nowotworu.
Wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych u dzieci; wydanie II, red. A. Chybicka; ISBN: 978-83-7609-867-8, format: 240x170, opr. broszurowa, 354 strony, cena: 55.80 zł (124 ELS pkt)

Drugie polskie wydanie podręcznika, w całości poświęconego wczesnemu rozpoznawaniu chorób nowotworowych i układu krwiotwórczego u dzieci. Publikacja opracowana przez zespół znakomych polskich specjalistów, stanowi zbiór najważniejszych i najnowszych wiadomości z zakresu diagnostyki, patogenety i leczenia.

Nowe wydanie zostało poszerzone o dodatkowe rozdziały dotyczące zmian skórnych i objawów ocznych w przebiegu chorób nowotworowych, nowotworów naczyniopochodnych, a także utraty masy ciała i guza jako objawów choroby nowotworowej.

Książka jest bezcennym źródłem informacji dla pediatrów, lekarzy pierwszego kontaktu, których czujność onkologiczna wielokrotnie decyduje o losie ich małych pacjentów.

W publikacji:

- Szczegółowa i przystępna charakterystyka poszczególnych objawów i stanów patologicznych.
- Nowoczesna diagnostyka chorób nowotworowych obejmująca metody badań obrazowych: rezonans magnetyczny, tomografię komputerową, PET oraz badania scyntygraficzne dokładnie oceniające lokalizację i stopień rozprzestrzenienia nowotworu, badania cytogenetyczne, immunologiczne i biomolekularne.
- Metody identyfikacji komórek układu krwiotwórczego i nowotworowych przy użyciu metod immunobiologicznych, badania markerów nowotworowych, techniki badania stanu układu odpornościowego u dzieci chorych na nowotwór.
- Metody leczenia chorób układu krwiotwórczego i nowotworów u dzieci.

Omówienie wysokodawkowanej chemioterapii wspomaganej przeszczepieniem autologicznego szpiku

kostnego oraz komórkami macierzystymi z krwi obwodowej.

Opieka paliatywna, w której podstawowe znaczenie ma kontrola bólu i innych objawów oraz problemów psychologicznych, socjalnych i duchowych.



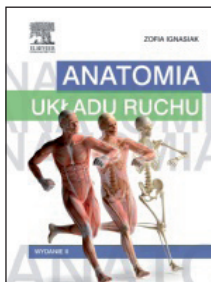
Dietetyka i żywienie kliniczne; A. Payne, H. Barker; wyd. I polskie, red. J. Chojnacki; ISBN: 978-83-7609-899-9, format: 200x290, okładka broszurowa, 324 strony, cena: 126.00 zł (280 ELS pkt)

Prawidłowe żywienie chorych stanowi integralną część procesu leczenia. Nauka o optymalnym żywieniu jest dziedziną bardzo dynamicznie się rozwijającą, wraz ze zmieniającymi się tradycjami żywieniowymi, upodobaniami kulinarnymi, technologicznymi procesami przetwórstwa i jakościowymi zmianami produktów żywieniowych.

Prowadzenie racjonalnej terapii wymaga więc kompleksowej i aktualnej wiedzy na temat fizjologii i patofizjologii procesu odżywiania, leczenia dietetycznego i żywienia w różnych zespołach chorobowych i zaburzeniach zdrowotnych. Tematyka poszczególnych rozdziałów *Dietetyki i żywienia klinicznego* obejmuje niemal wszystkie powyższe zagadnienia.

Publikacja jest opracowaniem wybitnych specjalistów z dziedziny żywienia klinicznego i jest dedykowana studentom dietetyki i nauk pokrewnych, a także praktykującym dietetykom klinicznym i lekarzom wszystkich specjalności.

- Zalecenia żywieniowe i zasady dietoterapii w 18 różnych stanach chorobowych.
- Każdy rozdział zawiera podsumowanie najważniejszych informacji, opisy przypadków klinicznych i zestaw pytań i odpowiedzi, ułatwiające powtórzenie wiadomości i samosprawdzenie.



Anatomia układu ruchu

Z. Ignasiak; wydanie II; ISBN: 978-83-7609-912-5, format: 215 x 290, opr. broszurowa, 194 strony, cena: 63.00 zł (140 ELS pkt)

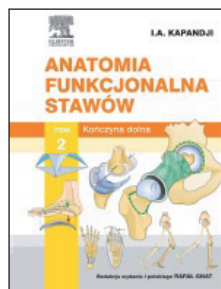
W ciągu 6 lat od pierwszego wydania publikacja Zofii Ignasiak *Anatomia układu ruchu* stała się bez wątpienia klasycznym podręcznikiem, ułatwiającym studentom zrozumienie i zapamiętanie struktur anatomicznych i mechanizmów, które umożliwiają człowiekowi poruszanie się. Cel kolejnej edycji pozostaje taki sam - obrazowe zaprezentowanie wiedzy anatomicznej, ukierunkowanej na układ ruchu.

Bezcennym uzupełnieniem treści są liczne kolorowe ilustracje z najnowszego wydania *Atlasu anatomii człowieka* Sobotty.

Anatomia układu ruchu. Przewodnik do ćwiczeń

red. Z. Ignasiak, J. Domaradzki; wydanie II; ISBN: 978-83-7609-945-3, format: 215 x 290, opr. broszurowa, 142 strony, cena: 36.00 zł (80 ELS pkt)

Zeszyt pierwszy do zajęć praktycznych.



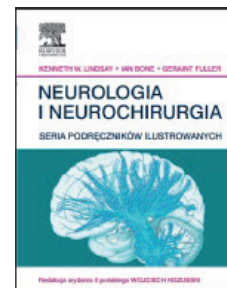
Anatomia funkcjonalna stawów. Tom 2. Kończyna dolna

I.A. Kapandji; wyd. I polskie, red. R. Gnat; rok wydania: 2013; ISBN: 978-83-7609-895-1, format: 215 x 275, opr. broszurowa, 306 stron, cena: 93.60 zł (208 ELS pkt)

Jest to pierwsze polskie wydanie znakomitego podręcznika opisującego anatomie funkcjonalną stawów kończyny dolnej człowieka. Autorem książki jest wybitny specjalista z zakresu ortopedii i chirurgii ręki dr Adalbert Kapandji. Największą wartością tej pozycji są z pewnością doskonale ilustracje przygotowane przez samego autora, ułatwiające zrozumienie poszczególnych zagadnień z zakresu biomechaniki. Książka jest znakomitą źródłem wiedzy na temat budowy i funkcjonowania narządu ruchu człowieka. Ta ponadczasowa pozycja od 35 lat nieprzerwanie służy specjalistom w różnych dziedzinach medycyny, a także fizjoterapeutom, trenerom oraz studentom.

- Doskonałe ilustracje ułatwiające zrozumienie poszczególnych zagadnień z zakresu biomechaniki.

- Rozdział na temat fizjologii chodzenia.
- Diagram przedstawiający czynniki wpływające na stabilność stawu kolanowego.
- Szczegółowo przedstawiony system nerwowy kończyny dolnej.



Neurologia i neurochirurgia. Seria podręczników ilustrowanych

K.W. Lindsay, I. Bone, G. Fuller; wydanie II, red. W. Kozubski; ISBN: 978-83-7609-863-0, format: 200x290, opr. broszurowa, 578 stron, cena: 93.60 zł (208 ELS pkt)

Neurologia i neurochirurgia z Serii podręczników ilustrowanych to publikacja ułatwiająca studentom medycyny i młodym lekarzom rozpoczynającym specjalizację z zakresu neurologii i neurochirurgii wizualizację informacji z zakresu zarówno anatomii i fizjologii układu nerwowego, jak i chorób i zmian patologicznych tego układu. Stanowi alternatywę częstokroć suchych, operujących jedynie opisem „tradycyjnych” podręczników akademickich.

Najważniejszym atutem dydaktycznym podręcznika jest jego ikonografia – staranna, spektakularna, przejrzysta, operująca głównie rysunkiem, a gdy jest to konieczne – zdjęciem radiologicznym.

Wszystkie rozdziały nowego, drugiego wydania tego podręcznika zostały uaktualnione, przede wszystkim o nowe wytyczne i standardy postępowania.

- drugie unowocześnione polskie wydanie podręcznika,
- znakomite źródło wiedzy dla studentów medycyny i lekarzy specjalizujących się w neurologii z zakresu anatomii i fizjologii układu nerwowego, chorób tego układu, jak również postępowania zachowawczego i zabiegowego z pacjentem chorym neurologicznie,
- bezcenny przewodnik po szczegółach badania neurologicznego, objawach podmiotowych i przedmiotowych oraz rodzajach zmian chorobowych,
- przejrzysta i starannie dobrana ikonografia,
- doskonała pozycja dla wszystkich miłośników neurologii.



Genetyka medyczna

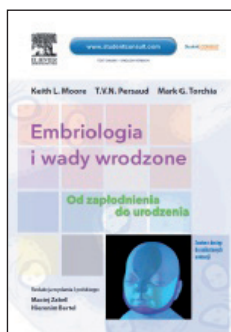
M.J. Bamshad, J.C. Carey, L.B. Jorde; wyd. I polskie, red. B. Kałuzewski; ISBN: 978-83-7609-851-7, format: 170 x 240, opr. broszurowa, 936 stron, cena: 118.80 zł (264 ELS pkt)

Nowoczesny, bogato ilustrowany podręcznik prezentujący najważniejsze zagadnienia z zakresu genetyki medycznej i ich zastosowanie w praktyce klinicznej.

W poszczególnych rozdziałach książki omówiono m.in. podstawowe zasady biologii molekularnej, dziedziczenie autosomalne dominujące i recesywne, dziedziczenie sprzężone z płcią, cytogenetykę, genetykę nowotworów, badania genetyczne jak również genetykę kliniczną i poradnictwo genetyczne. Obszernie omówiono również mapowanie i identyfikację genów, stanowiące główny obszar zainteresowania współczesnej genetyki medycznej. Dużo miejsca poświęcono genetyce powszechnie występujących chorób u osób dorosłych takich jak choroby serca, cukrzyca, udar mózgu czy nadciśnienie tętnicze.

Książka zawiera liczne pomoce dydaktyczne takie jak:

- szczegółowy słownik pojęć stosowanych w podręczniku
- streszczenia ułatwiające Czytelnikowi podsumowanie ważnych zagadnień
- ramki z szczegółowym omówieniem najistotniejszych chorób genetycznych wraz z nowoczesnym postępowaniem klinicznym
- pytania zamieszczone na końcu każdego rozdziału ułatwiające samosprawdzenie zdobytej wiedzy



Embriologia i wady wrodzone.

Od zapłodnienia do urodzenia; K.L. Moore, T.V.N. Persaud, M.G. Torchia; wyd. I polskie, red. M. Zabel, H. Bartel; ISBN: 978-83-7609-887-6, format: 205 x 295, opr. broszurowa, 322 strony, cena: 92.69 zł (206 ELS pkt)

Embriologia i wady wrodzone. Od zapłodnienia do urodzenia to

zwięzły, przejrzysty, bogato ilustrowany podręcznik, w którym omówiono wszystkie najważniejsze zagadnienia z zakresu embriologii i rozwoju prenatalnego człowieka.

W książce:

- Najnowsze osiągnięcia z zakresu embriologii, jak np. prawidłowa, nieprawidłowa embriogeneza, przyczyny wad wrodzonych oraz rola genów w rozwoju człowieka.
- Związek biologii molekularnej z praktyką kliniczną, w tym nowe techniki diagnostyczno-terapeutyczne, takie jak technologia rekombinacji DNA czy manipulacja na komórkach macierzystych.
- Prezentacje przypadków klinicznych- wyróżnione w specjalnych ramach, demonstrujących odniesienia pojęć embriologicznych do praktyki klinicznej.
- Dostęp do 16 animacji, ilustrujących prawidłowy i nieprawidłowy rozwój embrionalny.
- Pytania i odpowiedzi na końcu każdego rozdziału, ułatwiające sprawdzenie wiedzy.
- Zjęcia makro- i mikroskopowe uzyskane za pomocą nowoczesnych technik obrazowych stosowanych w klinice.

Zakup książki upoważnia do bezpłatnego dostępu do www.student-consult.com



Kliniczna farmakologia okulistyczna; wydanie I, red. M. E. Prost, R. Jachowicz, J. Z. Nowak; rok wydania: 2013; ISBN: 978-83-7609-847-0, format: 165 x 235, opr. broszurowa, 556 stron, cena: 113.40 zł (252 ELS pkt)

Podręcznik jest całościowym opracowaniem zawierającym wszystkie aspekty leczenia chorób oczu. Obejmuje zarówno zasady stosowania leków do oczu, ich penetracji do tkanek oka, farmakokinetyki i farmakodynamiki.

Omówiono w nim wady i zalety różnych postaci leków do oczu, dzia-

łania niepożądane, interakcje i toksykologię leków, metody sporządzania leków recepturowych, podstawy prawne wystawiania leków, wpływ środków konserwujących na tkanki oczu. W publikacji można znaleźć informacje na temat wszystkich grup terapeutycznych leków stosowanych w okulistyce, wpływu stosowanych ogólnie leków na narząd wzroku, stosowania leków do oczu wśród wybranych grup pacjentów oraz możliwości leczenia poszczególnych schorzeń narządu wzroku. W publikacji zebrano także dane dotyczące dawkowania leków podawanych rzadziej stosowanymi drogami (iniekcje podspojówkowe, do komory przedniej oka, do ciała szklistego) lub w specjalnych dawkach (krople wzmacnione, stężenia kropli i maści, które nie są produkowane jako preparaty do oczu).

W publikacji:

- wszystkie aspekty leczenia chorób oczu
- zasady stosowania leków do oczu, penetracja leków do tkanek oka, farmakokinetyka i farmakodynamika
- wady i zalety poszczególnych postaci leków do oczu
- działania niepożądane i interakcje leków
- metody sporządzania leków recepturowych
- dawkowanie leków podawanych rzadko stosowanymi drogami

Wydawnictwo MedPharm Polska
Sp. z o.o.; 53-333 Wrocław,
ul. Powstańców Śląskich 28-30
Zamówienia e-mail: info@medpharm.pl,
tel.: 71/33 50 360, fax: 71/33 50 361
www.medpharm.pl



Diagnostyka obrazowa. Mały atlas badań klinicznych i diagnostyki różnicowej

Frank W. Tischendorf ; wyd. I polskie, red. Franciszek Kokot; rok wydania: 2009 r.; ISBN: 978-83-60466-36-0, format: 115x210, oprawa: miękka, 306 stron, sugerowana

cena detaliczna: 72,00 zł, nasza cena: 35,00 zł

Intencją tej zwięzle napisanej książki jest pokazanie praktykującym lekarzom – za pomocą systematycznie stworzonego przeglądu objawowości wizualnej i nozologii dużych możliwości diagnostycznych na tzw. pierwszy rzut oka, które wynikają z intuicji popartej fachowymi obserwacjami. Wiele widocznych zewnętrznie zmian klinicznych jest objawami układowych procesów chorobowych, które przy prawidłowej ocenie, potrafią szybciej i w bardziej celowy sposób skierować diagnostykę na właściwe tory albo przypisać je dopiero co wprowadzonej farmakoterapii.



Antybiotyki i leki przeciwwirusowe; Grit Ackermann; wyd. I polskie, red. Małgorzata Bulanda; rok wydania: 2010 r.; ISBN: 978-83-60466-90-2, format: 150x220, oprawa: miękka, 594 strony, sugerowana cena detaliczna: 126,00 zł, nasza cena: 113,00 zł

Właściwe leczenie antybiotykami wymaga fachowej wiedzy i odpowiedniego doświadczenia, tak aby zastosowana terapia była skuteczna, niedroga i dobrze tolerowana przez pacjenta. Niniejsza książka obejmuje wiedzę z zakresu antybiotyków, leków przeciwwirusowych, jak i przeciwcukrzycowych.

Znajdziemy tutaj dane na temat:

- farmakokinetyki i dawkowania leków, również u pacjentów z chorobami nerek
- schematy terapii zastępczej w różnych chorobach infekcyjnych
- zakres działania leków i profile oporności bakterii na antybiotyki

Książka jest doskonałą pomocą i uzupełnieniem aktualnej wiedzy zarówno dla praktykujących lekarzy, jak również studentów medycyny i farmaceutów.

