



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2011

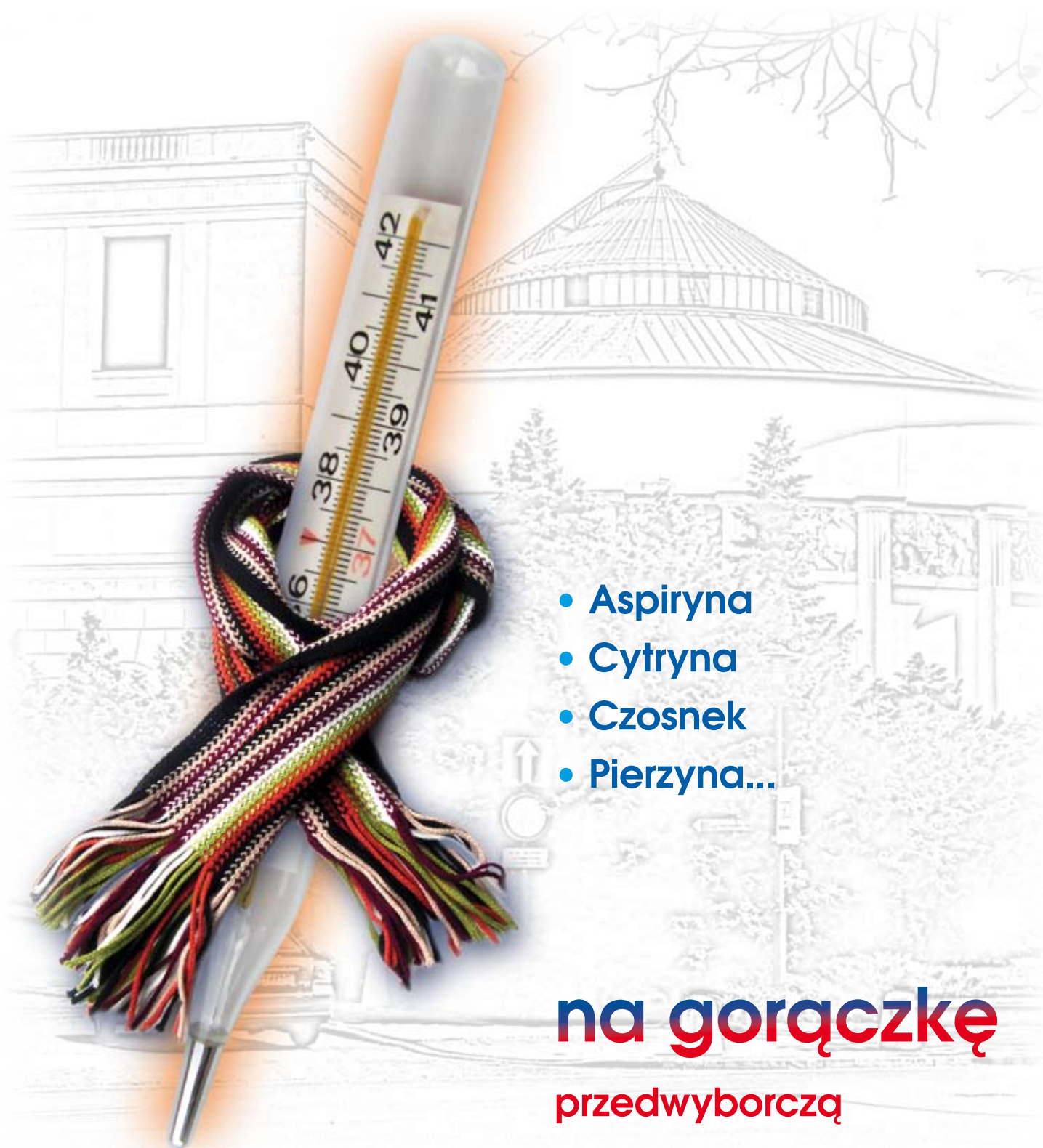
ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 182

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)



- Aspiryna
- Cytryna
- Czosnek
- Pierzyna...

**na gorączkę**  
**przedwyborczą**

Piszę te słowa na kilka godzin przed rozpoczęciem się kalendarzowej jesieni. Matka Natura na całe szczęście – przynajmniej na razie – stara się nam wynagrodzić te różne pogodowe wygibasy sprzed pół roku i jednocześnie przekonać nas, że wszystko jest na swoim miejscu tak, jak powinno – także i Złota Polska Jesień. No cóż, zobaczymy, jak będzie naprawdę.

W polityce gorączka przedwyborcza, choć myślę, że gdy będziecie czytać te słowa będzie już po wszystkim. Będziemy wtedy już wiedzieć, kto będzie decydował za nas o tym, co jest dla nas najważniejsze. Czy spełnią się więc przedwyborcze sondaże? Czy może będą jakieś niespodzianki? Myślę w gruncie rzeczy, że nie i znowu będziemy na szklanym ekranie widzieć te same twarze, a w radiu słyszeć te same pełne za troskania o losy Narodu głosy. Znowu!!!

Wróćmy więc do bardziej przyziemnych rzeczy. Składając w drukarni bieżący numer Biuletynu założyłem (może nie do końca słusznie), że jesteście wypoczęci, pełni werwy i chęci do konfrontacji z trudami tego świata. Tak więc Biuletyn niesie ze sobą raczej poważniejsze materiały.

I tak w części „rodzimej” dwa dość ważne dokumenty z Ministerstwa Zdrowia w sprawie profilaktyki AIDS oraz z naszego Urzędu Wojewódzkiego o cyklu szkoleń dla lekarzy związanym z profilaktyką nowotworów układu moczowo-płciowego u mężczyzn (nareszcie pomyślano o chłopach!!!). Ponadto kolejna opowieść historyczna niezmordowanego dra

Kubickiego i sprawozdanie z ostatniego posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej.

W części poświęconej sprawom prawnym znajdziecie drugą i ostatnią część rozważań o nowej ustawie refundacyjnej, omówienie nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz problem zachowania tajemnicy lekarskiej przez lekarza będącego świadkiem w postępowaniu sądowym.

Z innych czasopism medycznych zaczerpnąłem temat Korektora Zdrowia (ciekawskich co to takiego odsyłam do wnętrza numeru!) i pierwszą część wspomnień lekarki uzależnionej od alkoholu.

W bieżącym Biuletynie dość mocno rozbudowana jest także część poświęcona problemom etycznym. Znajdziecie w niej materiał o problemie śmierci mózgu w kontekście intensywnej terapii i transplantacji, rozważania o celowości leczenia starych ludzi, próbę odpowiedzi na podstawowe pytanie – czy jesteśmy wierni deontologii i wreszcie prezentacja punktu widzenia lekarza i filozofa na etykę i moralność. Biuletyn zamykają – jak zwykle ogłoszenia i nowości wydawnicze.

Mam nadzieję, że moje propozycje nie zniechęcą Was do przekartkowania Biuletynu, a treść zamieszczonych tam materiałów nie znuży Was ostatecznie. Życząc przyjemnej i – mam nadzieję – pożytecznej lektury żegnam się do listopada.

*Jerzy B. LACH*

## Pismo Ministerstwa Zdrowia w sprawie AIDS i HIV

Ministerstwo Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Adam FRONCZAK  
MZ-ZP-P-077-19787-7/MK/11

Warszawa, 14.VI.2011 r.

Szanowni Państwo

Pierwszy przypadek zakażenia HIV został wykryty w Polsce w roku 1985, natomiast pierwsze zachorowanie na AIDS zdiagnozowano rok później. Od początku epidemii HIV/AIDS w Polsce do 30 listopada 2010 roku, łącznie stwierdzono zakażenie HIV u 13.303 obywateli polskich, rozpoznano AIDS u 2419 pacjentów, a zmarło na AIDS 1022 obywateli polskich. Szacuje się, że w Polsce jedynie około 30% osób zakażonych HIV jest świadomych swojego statusu serologicznego. Oznacza to, że 2/3 osób nie wie o swoim zakażeniu i osoby te nie są ujmowane w statystykach. W pierwszych latach epidemii w naszym kraju główną drogę rozprzestrzeniania się zakażeń HIV stanowiło stosowanie dożylnych środków odurzających. Od roku 2001 obserwuje się odwrócenie pewnych trendów epidemii. Zakażeniu ulega coraz więcej osób o orientacji heteroseksualnej, bez narkomanii, dożylniej w wywiadach. Osoby te zakażają się poprzez, ryzykowne kontakty seksualne, często połączone ze stosowaniem środków psychoaktywnych. Niepokojąco wzrasta również liczba zakażeń w populacji mężczyzn mających seks z mężczyznami. Tak jak w większości krajów, w Polsce HIV dotyka przeważnie ludzi młodych.

Wciąż dużym problemem klinicznym i epidemiologicznym w Polsce jest późna wykrywalność zakażeń HIV. Istotnym problemem społecznym jest brak odniesienia ryzyka zakażenia do własnej osoby oraz istnienie w społeczeństwie błędnych stereotypów mówiących o możliwości zakażenia w tzw. „grupach ryzyka”, a nie poprzez ryzykowne zachowania.

Przedstawiając powyższe, Ministerstwo Zdrowia oraz Krajowy Konsultant w Dziedzinie Ginekologii i Położnictwa Pan Prof. Stanisław Radowski we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS informują, że dnia 23 września 2010 r. zostało podpisane nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworod-

kiem. W Rozporządzeniu zostały określone standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem. Tekst rozporządzenia dostępny jest na stronie: <http://dokumenty.rcl.gov.pl/D2010187125901.pdf>

W spisie badań diagnostycznych i konsultacji medycznych objętych ww. Rozporządzeniem zamieszczono również badanie w kierunku HIV (wykonywane do 10 tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33, a 37 tygodniem ciąży). Zgodnie z powyższym Rozporządzeniem lekarz prowadzący ma obowiązek zaproponować każdej pacjentce w ciąży wykonanie badania w kierunku zakażenia HIV.

Przedmiotowe rozporządzenie zostało ogłoszone w Dzienniku Ustaw z dnia 7 października 2010 roku, Nr 187, poz. 1259. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia, tzn. 7 kwietnia 2011 r. Badanie w kierunku HIV będzie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (oczywiście w przypadku, gdy lekarz ginekolog/położnik będzie miał podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na prowadzenie kobiet w ciąży). Dokładny opis postępowania znajduje się w Rekomendacjach grupy ekspertów powołanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w zakresie perinatalnej transmisji HIV, które są dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia: [http://www.mz.gov.pl/www/files/ma\\_struktura/docs/rekomen\\_grup\\_24022010.pdf](http://www.mz.gov.pl/www/files/ma_struktura/docs/rekomen_grup_24022010.pdf)

Należy przy tym pamiętać, że terapia antyretrowirusowa (ARV) podana kobiecie w ciąży, a także w trakcie porodu może uchronić jej dziecko przed zakażeniem HIV. Dlatego tak, ważne jest wczesne wykrycie zakażenia HIV u kobiet w ciąży. Ryzyko transmisji wirusa HIV z matki na dziecko w trakcie ciąży, porodu i karmienia piersią w przypadku, gdy matka nie jest świadoma swojego zakażenia, może wynosić nawet do 30-50%.

**Ryzyko zakażenia dzieci od kobiet z potwierdzonym zakażeniem HIV, przy odpowiedniej profilaktyce z zastosowaniem leków ARV, jest znacznie mniejsze i wynosi tylko ok. 1%.**

W celu umożliwienia szybkiego dostępu do specjalistycznej wiedzy z zakresu HIV/AIDS,

Krajowe Centrum ds. AIDS – Agenda Ministra Zdrowia uruchomiło na swojej stronie internetowej: [www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl) platformę edukacyjną dla lekarzy i studentów medycyny.



W serwisie znajdują się dwa rodzaje szkoleń:

- szkolenie dla lekarzy ginekologów
- szkolenie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

W obu szkoleniach znajdują się materiały edukacyjne w formie artykułów, videocastów oraz wykładów wspieranych prezentacjami multimedialnymi. W każdej wersji kursu znajdują się testy sprawdzające wiedzę. Po pozytywnym rozwiązaniu testu otrzymuje się, w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, do 10 punktów edukacyjnych oraz certyfikat potwierdzający ukończenie szkolenia. Udział w szkoleniu jest bezpłatny. Z platformy e-learningowej mogą korzystać lekarze, którzy po zalogowaniu wpiszą swój numer prawa wykonywania zawodu. Każdy uczestnik programu ma własne konto edukacyjne, na którym znajdzie informacje dotyczące przebiegu szkolenia. Ponadto na stronie znajduje się forum dyskusyjne, gdzie można podzielić się opiniami na temat programu.

W Krajowym Centrum ds. AIDS można również zamówić bezpłatne materiały edukacyjne (płaci się jedynie za przesyłkę) dotyczące HIV/AIDS: książki, broszury i ulotki. Zasady dystrybucji opisane są na stronie internetowej.

Pragnę przypomnieć, że po raz pierwszy mieliśmy szansę porozumieć się w tej sprawie podczas spotkania w sprawie Narodowego Programu Zdrowia w dniu 17 stycznia 2011 r. Przedstawiając powyższe, zwracam się do Państwa z uprzejmą prośbą o wskazanie palców w których możliwe może być wykonywanie testów w kierunku HIV.

*Podsekretarz Stanu*  
**Adam FRONCZAK**

Od Redakcji: w województwie opolskim punkt konsultacyjno-diagnostyczny znajduje się przy Poradni Przedmażeń-  
skiej i Rodzinnej TRR, 45-064 OPOLE, ul. Damrota 6, tel. 77/454-48-45, e-mail: [opole@trr.org.pl](mailto:opole@trr.org.pl), [www.trr.opole.pl](http://www.trr.opole.pl).  
Telefon zaufania AIDS: 22/692-82-26; Poradnia Internetowa AIDS: [www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl)

## Pismo Urzędu Wojewódzkiego w sprawie zwalczania chorób układu moczowo-płciowego u mężczyzn

Opolski Urząd Wojewódzki    Opole, 14 września 2011  
Wydział Polityki Społecznej  
PS.VI.962.5.9.2011.TM

Pan Jerzy Jakubiszyn  
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu

Minister Zdrowia zwrócił się z prośbą o rozpowszechnienie informacji dotyczącej realizacji projektu pn.: „Opracowanie i wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia (45+) ukierunkowanego na przeciwdziałanie ich dezaktywacji zawodowej (w szczególności osób wykonujących zawody, co do których istnieje wyższe prawdopodobieństwo narażenia na choroby nowotworów układu moczowo-płciowego)”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 2.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Uprzejmie informuję, że od września 2011 r. rozpoczyna się **szkolenia dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy medycyny pracy oraz urologów**, w zakresie przyczyn zachorowalności, objawów, związków przyczynowo-skutkowych z czynnikami zawodowymi oraz nowoczesnych metod leczenia, jak również w zakresie procedur postępowania z objawami chorób układu moczowo-płciowego. Szkolenia będą organizowane do końca 2013 r.

Docelowo planowane jest zorganizowanie 120 edycji szkoleniowych, w których przeszkolonych zostanie 6.000

lekarzy. Realizatorem projektu jest Ministerstwo Zdrowia w partnerstwie z Centrum Onkologii – Instytutem im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Celem projektu jest wsparcie idei wzrostu stanu wiedzy lekarzy medycyny rodzinnej, lekarzy medycyny pracy oraz urologów dotyczącej zagadnień chorób układu moczowo-płciowego, w szczególności zagadnień na temat wpływu czynników zawodowych na poziom zachorowalności, a także zwiększenia stanu wiedzy społeczeństwa o chorobach nowotworowych układu moczowo-płciowego oraz idei motywacji do wprowadzenia zmiany zachowań wśród mężczyzn, m.in. do eliminowania czynników ryzyka, a przede wszystkim do prowadzenia zdrowego stylu życia oraz corocznej kontroli lekarskiej. Edycje szkoleniowe organizowane będą we wszystkich miastach wojewódzkich i rozpoczynają się będą w piątkowe popołudnia a zakończą się w soboty.

Osoby zainteresowane udziałem proszone są o odwiedzenie strony projektu ([HTTP://mezczyzna45plus.pl/](http://mezczyzna45plus.pl/)), gdzie sukcesywnie dostępne będą szczegółowe informacje na temat terminów, miejsc i tematów szkoleń lub przysyłanie zgłoszeń uczestnictwa bezpośrednio na adres poczty elektronicznej: [iolanta.meller@coi.pl](mailto:iolanta.meller@coi.pl) lub [iagodaciesla@coi.waw.pl](mailto:iagodaciesla@coi.waw.pl).

W załączeniu przekazuję informacje na temat realizowanego projektu.

*Joanna CHMURA*  
*Zastępca Dyrektora Wydziału*

## Załącznik – informacje na temat projektu

W 2007 r. w Polsce stwierdzono nowotwory układu moczowo-płciowego u 14.180 mężczyzn. W 2007 r. z powodu nowotworów nerki, gruczołu krokowego oraz pęcherza moczowego zmarło 7.830 mężczyzn, większość w wieku produkcyjnym. W celu minimalizacji tego zjawiska w ramach niniejszego przedsięwzięcia opracowany zostanie program profilaktyczny nowotworów układu moczowo-płciowego u M „45+”, który obejmować będzie następujące jednostki chorobowe: rak gruczołu krokowego, pęcherza moczowego oraz nerki. Nowotwory gruczołu krokowego w 2007 r. rozpoznano u 7.638 mężczyzn, a liczba zachorowań 2-krotnie przewyższa liczbę zgonów. Nowotwory złośliwe gruczołu krokowego stanowią 12% zachorowań na nowotwory u mężczyzn i 7,5% zgonów nowotworowych.

Wzrost zachorowań zaczyna się po 45. roku życia. Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe stercza wykazywała tendencję wzrostową, przy czym od połowy lat 90. notuje się przyspieszenie wzrostu. Druga jednostka chorobowa objęta programem – nowotwór pęcherza moczowego – w 2007 r. została rozpoznana u 4.237 mężczyzn i 1.168 kobiet. Liczba zgonów spowodowanych nowotworami pęcherza wyniosła 2.377 mężczyzn i 611 kobiet. We wszystkich grupach wiekowych obserwuje się wyraźną przewagę liczby zachorowań i zgonów u mężczyzn w stosunku do kobiet. Programem profilaktycznym zostanie objęty również nowotwór nerki, który w 2007 r. został rozpoznany u 2.305 mężczyzn i 1.581 kobiet (liczba zgonów – 1.521 mężczyzn i 931 kobiet). Większość nowotworów nerki występuje u osób po 45. roku życia. Wskaźnik zachorowalności pod względem płci we wszystkich grupach wiekowych wskazuje na większe ryzyko zapadalności na nowotwór nerki w przypadku mężczyzn.

Ocena danych epidemiologicznych w Polsce w zakresie chorób nowotworowych wskazuje, że wykrywalność nowotworów, w tym również nowotworów układu moczowo-płciowego, następuje w zaawansowanym stadium chorobowym, co zmniejsza szansę na wyleczenie. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest niska świadomość zdrowotna społeczeństwa, a także zakorzeniony w społeczeństwie niewłaściwy styl życia (narażenie na karcinogeny dymu tytoniowego, otyłość, brak aktywności fizycznej), brak właściwej edukacji w okresie późnoszkolnym oraz miejscu pracy, zachowania społeczne niesprzyjające samokontroli i samoocenie zdrowotnej, brak właściwych relacji lekarz – pacjent, brak prawidłowych wzorców zachowań prozdrowotnych oraz odpowiednich metod i środków dotarcia do wszystkich grup społeczno-ekonomicznych oraz brak wystarczającej wiedzy wśród pracujących mężczyzn w wieku

„45+” nt. rakotwórczych czynników środowiskowych, w tym czynników zawodowych.

Realizacja Projektu przyczyni się do poprawy zachowań prozdrowotnych, co przyczynić się może do wczesnego wykrycia nowotworu, co z kolei pozwoli zwiększyć skuteczność leczenia. Istotnym jest, że zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30.06.2009 r. nowotwór pęcherza moczowego jest chorobą zawodową. Natomiast w stosunku do nowotworów nerki i gruczołu krokowego istnieją dane epidemiologiczne wskazujące na występowanie czynników zawodowych zwiększających ryzyko ich wystąpienia. Wśród uznanych czynników rakotwórczych układu moczowo-płciowego m. in. wymieniane są: palenie tytoniu, aminy aromatyczne, dioksyny i polichlorowane bifenyle, kadm, etc. Wśród grup zawodowych szczególnego ryzyka zachorowania na nowotwory układu moczowo-płciowego wymieniani są: pracownicy przemysłu gumowego, zakładów produkcji aluminium, produkcji auraminy, produkcji i naprawy obuwia, gazyfikacji węgla, produkcji koksu, produkcji fuksyny, rafinerii ropy naftowej, strażacy, odlewnicy, pracownicy elektrowni, operatorzy maszyn ciężkich, pracowników kolei, kominiarze. Należy podkreślić, że ww. zawody charakteryzują się wysokim stopniem maskulinizacji.

Realizacja Projektu przyczyni się do dalszej identyfikacji czynników wpływających na zachorowalność na tego typu nowotwory.

Celem ogólnym Projektu jest zwiększenie stanu wiedzy oraz pozytywna zmiana zachowań mężczyzn w zakresie przyczyn i objawów chorób nowotworowych w obrębie układu moczowo-płciowego u aktywnych zawodowo mężczyzn po 45. roku życia.

Celami szczegółowymi są:

- wzrost świadomości mężczyzn i ich partnerek o chorobach nowotworowych układu moczowo-płciowego,
- wzrost motywacji do zmiany zachowań mężczyzn, czyli m. in. do eliminowania czynników ryzyka, w tym przede wszystkim czynników zawodowych i prowadzenia zdrowego stylu życia, do corocznej kontroli urologicznej (w szczególności gruczołu krokowego),
- wzrost stanu wiedzy lekarzy med. rodzinnej, lekarzy med. pracy oraz urologów dotyczącej zagadnień chorób układu moczowo-płciowego, w szczególności o wpływie czynników zawodowych na poziom zachorowalności.

Projekt ma charakter innowacyjny i jest pierwszym ogólnopolskim programem skierowanym do mężczyzn mającym na celu ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworów układu moczowo-płciowego. Projekt jest komplementarny w stosunku do innych projektów realizowanych w ramach Działania 2.3 Mechanizmu Finansowego Europejskiego Ob-

szażu Gospodarczego oraz Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Realizując projekt Partnerzy, będą korzystali z dotychczasowych doświadczeń krajowych i międzynarodowych. Projekt jest zgodny z politykami horyzontalnymi: polityką równości szans (poprzez wspieranie płci o niekorzystnej sytuacji w zakresie zapadalności na nowotwory układu moczowo-płciowego), polityką społeczno-informacyjną (poprzez m. in. wykorzystanie w Projekcie nowoczesnych narzędzi komunikacyjnych – platforma internetowa), polityką zrównoważonego rozwoju poprzez dotarcie z ofertą projektu, w tym z ofertą edukacyjną do lekarzy ze wszystkich regionów kraju oraz poprzez wykonanie materiałów promocyjnych z tworzyw ekologicznych.

Cele Projektu są zgodne z Programem Operacyjnym Kapitał Ludzki (PO KL), gdyż dotyczą zapewnienia warunków sprzyjających poprawie i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia osób pracujących. Jednocześnie Projekt odpo-

wiada na problemy zidentyfikowane w diagnozie PO KL, zgodnie z którą „*Najbardziej zagrożoną grupą w Polsce są mężczyźni w wieku 45-59 lat, z nadwyżką umieralności powyżej 60% w stosunku do średniego poziomu Unii Europejskiej (...)*”. Zgodnie z diagnozą społeczno-gospodarczą PO KL główną przyczyną zgonów mężczyzn w wieku produkcyjnym są nowotwory złośliwe.

Cele Projektu są zgodne również z krajowymi dokumentami strategicznymi (Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013, Narodowym Planem Zdrowotnym na lata 2004-2013 oraz 2007-2015 oraz z Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych). Projekt odpowiada na założenia rządowego Programu „Solidarność pokoleń – działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”. Projekt jest również zgodny z Planem Działań 2010 oraz Szczegółowym Opisem Priorytetów – typ projektu – „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych (...)”.

## Sprawozdanie z posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w dniu 14 września 2011 r.

### Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Rejestracja 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. Wyznaczenie kandydatów samorządu lekarskiego do Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.
8. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
9. Omówienie problemów jakie niesie ze sobą ustawa o refundacji leków.
10. Sprawy różne i wolne wnioski.

Na wstępie kol. Jakubiszyn powitał zebranych i przekazał głos kol. Lachowi

### Ad 1

Do Rady wpłynęły podania dwóch lekarek Aleksandry Szymańskiej i Aleksandry Kapuśniak o wpisanie na listę członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu (przeniesienie z DIL-u). Jednocześnie pierwsza z nich (posiadająca zarówno dyplom lekarza, jak i lekarza dentystry równocześnie) zwróciła się o wydanie ograniczo-

nego prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry na potrzeby zrealizowania stażu podyplomowego lekarza dentystry. Wszystkie propozycje zostały jednomyślnie zaaprobowane przez Radę.

Kol. Jakubiszyn w dalszej części tego punktu przedstawił problem jednego z lekarzy, co do którego zgłoszone zostało na piśmie zastrzeżenie dotyczące jego zdolności do wykonywania zawodu lekarza w związku z tym, że leczył się on psychiatrycznie. Prezes przedstawił swoją odpowiedź na powyższe pismo, w której zwraca uwagę autorowi, iż sam fakt leczenia nie przesądza jeszcze o zdolności lub jej braku do pracy w zawodzie lekarza. Jednocześnie w tym piśmie zwrócił się do jego autora z prośbą o ewentualne konkretne informacje w tej sprawie.

Sprawa ta wywołała dyskusję pośród członków Rady, lecz ostatecznie postępowanie podjęte przez Prezesa zostało w całości zaakceptowane przez Radę.

W dalszym ciągu tego punktu obrad kol. Jakubiszyn przedstawił sprawę lekarza, który kilkakrotnie zmieniał przynależność izbową (Opole–Lublin–Opole) Otóż kolega ten odbywał – w ramach prezydentury – staż specjalizacyjny z zakresu psychiatrii we Wrocławiu i kierownik jego specjalizacji oraz Dolnośląski Konsultant Wojewódzki z zakresu psychiatrii w trakcie trwania tego stażu stwierdzili, że w związku z zaburzeniami psychicznymi tego lekarza oraz faktem unikania przez niego podjęcia terapii, nie może on kontynuować stażu specjalizacyjnego. Wobec powyższego złożyli taki wniosek do organów Wojewody Dolnośląskiego.



Ten z kolei, przed podjęciem decyzji w tej sprawie, zwrócił się (zgodnie z zapisem ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) o opinię do „macierzystej” izby lekarskiej, którą – w oparciu o niezaktualizowany przez zainteresowanego wpis w prawie wykonywania zawodu – była Izba Lubelska. Po uzyskaniu pozytywnej opinii z tej izby specjalizacja lekarza została zakończona. Następnie jednak okazało się, że lekarz ten jest aktualnie członkiem Izby Opolskiej, wobec czego Izba Lubelska zwróciła się z prośbą o zajęcie przez naszą izbę stanowiska w tej sprawie. Po przedstawieniu przez Prezesa całego problemu rozpoczęła się burzliwa dyskusja, w której głos zabierali prawie wszyscy członkowie Rady. Przedstawiali w niej swoje zastrzeżenia, co do dotychczas podjętych działań oraz możliwych zachowań Opolskiej Izby w tej sprawie.

Ostatecznie Rada przyjęła uchwałę akceptującą stanowisko Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie, podejmując jednocześnie uchwałę w sprawie powołania specjalnej komisji Rady, mającej orzec o ewentualnej niezdolności tego lekarza do dalszego wykonywania zawodu lekarza.

Kolejną sprawą omawianą w tym punkcie, był wniosek kol. Jakubiszyna o przeznaczenie 8 tys. zł na zakup nowej drukarki drukującej prawa wykonywania zawodu. Wniosek ten związany jest z faktem, iż w wyniku zwarcia w instalacji elektrycznej w budynku Izby drukarka ta została nieodwracalnie uszkodzona. Członkowie Rady zwrócili uwagę na bezwzględną konieczność częstszego przeprowadzenia przeglądu i konserwacji tej instalacji. Kol. Jakubiszyn poinformował, że niezbędne działania zostały już przez niego podjęte. Wobec powyższego Rada, przy 1 głosie wstrzymującym się, przyjęła wniosek.

## Ad 2

W części dotyczącej podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy kol. Jakubiszyn przedstawił informację o szkoleniach prowadzonych przez następujące firmy:

- PPH-U ANADER s.c. z Opola przeprowadzi szkolenie dla lekarzy dentystów pt. „Leczenie chorób miazgi u dzieci i postępowanie w urazach zębów mlecznych”, które odbędzie się 30.09. w Opolu. Podjęto uchwałę o wpisie do rejestru podmiotów szkolących oraz przyznano dla szkolących się 5 pkt. edukacyjnych.
- CEGEDIM Group Poland – podmiot zarejestrowany w Izbie Warszawskiej, mający uchwałę Prezydium NRL o spełnianiu wymogów – przeprowadzi szkolenie pt. „Prawo medyczne w praktyce lekarza – dokumentacja medyczna” w dn. 22.09.w Opolu. Szkoleniu przyznano 3,5 pkt.

Opolski Urząd Marszałkowski zwrócił się z prośbą o dofinansowanie konferencji współorganizowanej przez

Urząd, dotyczącej zakażeń wewnątrzszpitalnych, która odbędzie się 7.10.br. Rada przyznała dofinansowanie w wysokości 1.000 zł.

## Ad 3

W części dotyczącej praktyk lekarskich, w związku ze zmianą przepisów dotyczących ich rejestracji, Prezes poinformował członków Rady, że nadal nie zostały opublikowane przepisy wykonawcze dotyczące sposobu rejestracji praktyk kontraktowych. Wobec powyższego Komisja Organizacyjna NRL zaproponowała tekst uchwały, której realizacja pozwoli wypełnić czasową lukę prawną. Rada jednogłośnie podjęła uchwałę w proponowanym brzmieniu.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił wnioski o wyrejestrowanie następujących praktyk prywatnych:

- Ireny Zgodzaj-Legutko,
- Darii Porowskiej-Jasicy,
- Joanny Płonki,
- Ireny Minkiewicz,
- Bernadetty Biocianek,
- Anny Tokarskiej-Jastrzębskiej

oraz wnioski o dokonanie zmiany wpisu w rejestrze związanej ze zmianą miejsca wykonywania praktyki:

- Lidii Barabach,
- Andrzeja Szewciowa.

Wszystkie wnioski zostały jednogłośnie przyjęte.

Jednocześnie kol. Jakubiszyn poinformował o dokonaniu wpisu do rejestru praktyk Michała Bińka, Urszuli Dolińskiej-Żółtaszek i Jana Kałuży.

W dalszej części tego punktu obrad Prezes poinformował o wniosku jednego z lekarzy, który zmienia lokalizację swojej praktyki. Jednocześnie Prezes zwrócił uwagę członkom Rady, że jest to jedna z tych osób, które – pomimo monitów – nie uregulowały do tej pory swoich zaległości w opłacaniu składek na rzecz izby (aktualnie, wraz z odsetkami, dług ten stanowi kwotę 3.634 zł).

Sprawa ta wywołała gorącą dyskusję, w trakcie której kol. Kowarzyk zaproponował wystąpienie na drogę karno-skarbową przeciwko temu koledze. Wniosek ten spotkał się z aprobatą członków Rady. Prezes zobowiązał się do przedstawienia sprawy Zespołowi Radców Prawnych NIL, dla rozstrzygnięcia wątpliwości prawnych związanych z tym problemem.

W trakcie dyskusji kol. Mazur zadał pytanie, czy takie postępowanie nosi znamiona naruszenia zasad etyki zawodowej, bo jeśli tak, to sprawę należy skierować do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Kol. Jakubiszyn potwierdził niezgodność takiego postępowania z Kodeksem Etyki Lekarskiej i stwierdził, że wystosuje do tego lekarza kolejne monitujące pismo w sprawie uregulowania zaległości w ciągu 7 dni. Jednocześnie w piśmie tym znajdzie się również informacja, że brak reakcji ze strony tego lekarza spowoduje skierowanie sprawy przeciwko niemu do Rzecznika.

#### Ad. 4

W części dotyczącej Funduszu Samopomocy, kol. Jakubiszyn przedstawił Radzie 4 podania o zapomogę, które zostały zaaprobowane przez Radę.

Ponadto przedstawił dwa wnioski – Witolda Pędicha oraz Dariusza Morawskiego o dofinansowanie ich uczestnictwa w Olimpiadzie Lekarzy w Zakopanem. Także i te wnioski uzyskały aprobatę Rady.

#### Ad. 5

W związku z planowanym postępowaniem konkursowym na ordynatora Oddziału Dziecięcego Szpitala w Głuchołazach, Rada wyłoniła swoich przedstawicieli w tej komisji. Zostali nimi:

- przewodniczący: Aleksander Wojtyłko,
- członkowie: Barbara Szczepanik, Rafał Piątek i Danuta Gmyrek (ordynator).

W konkursie na dyrektora szpitala w Kędzierzynie-Koźlu przedstawicielem Rady został kol. Karoń.

Prezes po raz kolejny powrócił do sprawy postępowania konkursowego na ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM w Opolu. Kol. Jakubiszyn stwierdził, że co prawda sąd I instancji wydał już prawomocny wyrok w sprawie sporu pomiędzy dyrekcją WCM, a byłym ordynatorem oddziału, to jednak ten ostatni złożył apelację w tej sprawie. Kol. Jakubiszyn stwierdził więc, że dopóki nie zostanie rozstrzygnięta także i apelacja, to proponuje nie wyznaczać członków komisji konkursowej.

Stwierdzenie to wywołało kolejną dyskusję, w której większość uczestników podzieliła zdanie Prezesa. Pojawiły się jednak wątpliwości, czy nie podjęcie tej decyzji przez Radę będzie stanowiło naruszenie prawa. Wobec powyższego oraz w związku z niemożnością wyłonienia kandydatów na członków tej komisji, Rada odłożyła podjęcie tej decyzji na później.

#### Ad. 6

W tym punkcie obrad kol. Jakubiszyn przedstawił 3 wnioski o obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł, w związku z osiągnięciem wieku emerytalnego oraz 4 wnioski o całkowite zwolnienie z opłacania składki członkowskiej. Wszystkie powyższe wnioski zostały zaakceptowane.

#### Ad. 7

Wojewoda Opolski zwrócił się do Izby Lekarskiej o wyznaczenie swoich kandydatów do Wojewódzkiej Komisji d/s Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Kol. Jakubiszyn przypomniał wcześniejsze rozmowy prowadzone w gronie Rady na ten temat i zaproponował, aby przedstawicielami Izby byli:

- Danuta Henzler,
- Małgorzata Łuszczzyńska-Ostrowska,
- Wojciech Osiński i
- Jacek Mazur

Rada przegłosowała powyższe kandydatury.

Z kolei na przedstawicieli Izby w komisjach PFRON przyznających specjalistyczne oprzyrządowania do samochodów lub osprzęt do wózków inwalidzkich oraz sprzęt komputerowy dla osób niewidomych i słabo widzących, przegłosowano kandydatury: Teresy Lontkowskiej, Wojciecha Sergiela, Ireneusza Łoteckiego i Marka Czernera.

#### Ad. 8

Kol. Dryja, będący jednocześnie wiceprzewodniczącym Komisji Etyki, przedstawił krótkie sprawozdanie z ostatniego posiedzenia tej komisji, na którym podjęto ponownie sprawę ankiety dotyczącej zapłodnienia in vitro autorstwa kol. Szaniawskiego i decyzji Rady o nie drukowaniu jej w Biuletynie. Sprawa ta wywołała w Komisji wiele komentarzy. W związku z powyższym złożył propozycję, aby po wyborach Rada zaprosiła jej autora – kol. Szaniawskiego na swoje posiedzenie i w jego obecności powtórnie zajęła się sprawą publikacji ankiety. Propozycja została przyjęta.

Kol. Jakubiszyn przy okazji omawiania spraw Komisji Etyki przedstawił wniosek kol. Kobyleckiego o zwolnienia go z członkostwa tej Komisji. Rada zaakceptowała ten wniosek jednomyślnie.

W dalszej części obrad kol. Dryja przedstawił sprawę konfliktu lekarza neonatologa ze środowiskiem lekarzy pediatrów z Krapkowic, dotyczącego wzajemnego publicznego podważania kompetencji.

#### Ad. 9

W związku z nieobecnością sprawozdawcy tematu tego punktu obrad, Rada nie zajęła się powyższą sprawą.

#### Ad. 10

W sprawach różnych kol. Jakubiszyn przedstawił wniosek jednego z lekarzy o sfinansowanie przez Izbę kosztów postępowania sądowego (600 zł) w związku z planowanym przez niego wytoczeniem procesu cywilnego o naruszenie dóbr osobistych pacjentowi, który przegrał już sprawę karną. Rada przyjęła ten wniosek.

Na zakończenie Prezes zapoznał członków Rady z bieżącą pocztą. Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

*Jerzy LACH*



# Dlaczego dzień 13 każdego miesiąca wypadający w piątek uchodzi za dzień pechowy w całej Europie

Aby to wyjaśnić należy sięgnąć głęboko aż do historii wczesnego średniowiecza. Otóż, kiedy w wyniku zwycięskich wypraw krzyżowych (vide: piękne powieści Zofii Kossak-Szczuckiej pt.: „Krzyżowcy” i „Król trędowaty”) powstało Królestwo Jerozolimy (przetrwało tylko jeden wiek) pojawiły się tam zakony rycerskie – przede wszystkim celem obrony przed atakami muzułmanów.

Jednym z nich był zakon rycerski Joannitów powstały w roku 1130 w Jerozolimie przy szpitalu Św. Jana. Po upadku Królestwa Jerozolimy w roku 1291 Joannici osiedlili się na Cyprze, w roku 1309 utworzyli państwo na wyspie Rodos (Kawalerowie Rodyjscy), zaś w roku 1530 przenieśli się na Malte (Kawalerowie Maltańscy). W Polsce Kawalerowie Maltańscy pojawili się już w wieku XIV i ich działania – głównie charytatywne – do dzisiaj są powszechnie znane. Ich siedzibą od roku 1834 był Rzym, zaś od roku 1953 Watykan.

Równocześnie w tym samym czasie w Jerozolimie w 1118 r. powstał zakon rycerski Templariuszy (Zakon ubogich rycerzy Świątyni). Jego głównym zadaniem była ochrona pielgrzymów do Ziemi Świętej i obrona przed atakami muzułmanów, a zwłaszcza Turków. Po upadku królestwa Jerozolimy Templariusze przenieśli się do Francji, gdzie bulla papieża Innocentego II dała im całkowitą niezależność stwierdzając, że stanowią oni „*prawo sami dla siebie*”. Dzięki temu, wykupując ogromne latyfundia w wielu krajach, wkrótce doszli do niesamowitego bogactwa i stali się w Europie wielką siłą polityczną, m. in. przez pożyczanie pieniędzy podupadającym rodom królewskim i książęcom.

Dlatego też nic dziwnego, że zaniepokojony tymi faktami papież Klemens V w porozumieniu z królem Francji Filipem IV Pięknym (1268-1314) postanowili zniszczyć Templariuszy i przejąć ich skarby. Tutaj należy podkreślić, że Klemens V na papieża został przeforsowany właśnie przez Filipa IV Pięknego i dał początek awiniońskiej niewoli papieży. W tym celu papież Klemens V wydał tajne rozkazy, na których pieczęć miała być złamana jednocześnie w całej Europie w piątek 13 października 1307 r.

Rankiem w wyznaczonym dniu rozpęczętowano we wszystkich krajach Europy Zachodniej i odczytano prze-

rażający list. Otóż wynikało z niego, że papież Klemens V miał w nocy widzenie, nawiedził go sam Pan Bóg i ostrzegł go, że Templariusze to heretycy, homoseksualiści, oddający cześć diabłu. Bóg prosił go we śnie, aby oczyścił ziemię z Templariuszy, uprzednio poddając ich torturom. Ta operacja udała się perfekcyjnie. Jednego dnia 13 października 1307 r. pojmano w Europie rzesze Templariuszy poddając ich torturom, a następnie palono na stosach. Na stosie spłonął również Wielki Mistrz Jakub de Molay, który jednak przed śmiercią zdążył rzucić klątwę na swoich oprawców. Była ona skuteczna, ponieważ papież Klemens V nie doczekał Bożego Narodzenia (zmarł na biegunkę), zaś Filip IV Piękny został wkrótce ciężko ranny po upadku z konia. Majątek Templariuszy formalnie przekazano Joannitom, ale duża część przypadła Filipowi IV.

Echa tego wydarzenia trwają do dzisiaj w naszej kulturze europejskiej, dlatego też piątek 13 dnia każdego miesiąca uznawany jest za dzień przynoszący pecha. Mało kto jednak wie, że ten przesąd sięga aż do czasów średniowiecza.

Na zakończenie ciekawostka historyczna. Otóż Templariusze zostali sprowadzeni m.in. na Śląsk przez księcia Henryka Brodatego, męża Św. Jadwigi Trzebnickiej w XIII wieku. Wybudowali oni zamki m. in. w Obrowcu koło Krapkowic (Tempelberg), Rogowie Opolskim i Otmęcie. Wg legendy istniało podziemne połączenie korytarzami zamków w Rogowie Opolskim i Otmęcie, gdzie mogą być ukryte skarby Templariuszy. Większość Templariuszy była pochodzenia niemieckiego, dlatego być może nazwa berlińskiego lotniska Tempelhof, pochodzi od miejscowości, gdzie znajdowała się siedziba Templariuszy.

P.S. Dobrze nam znany z historii Zakon Krzyżacki, to z kolei Zakon Rycerski Najświętszej Marii Panny założony również w czasach wojen krzyżowych w Jerozolimie w roku 1190. Zakon został sprowadzony do Polski w roku 1225 przez Konrada Mazowieckiego dla obrony przed atakami Prusów na Mazowsze i niechlubnie zapisał się w losach Polski.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI  
Prof. PMWSZ w Opolu*

## Ustawa refundacyjna – podsumowanie cz. 2

W pierwszej części artykułu (poprzedni numer Biuletynu – przyp. Red.) omówiono przepisy ustawy refundacyjnej dotyczące wystawiania recept refundowanych, ich wpływ na praktykę lekarską oraz terminy wejścia w życie. Druga część artykułu przedstawia możliwości przeciwdziałania represyjnym zapisom ustawy.

### Zasady bezpieczeństwa

Podane dalej zasady stanowią niezbędne minimum zabezpieczeń dla lekarzy, którzy podpiszą umowę z NFZ na wystawianie recept refundowanych.

Wpisuj każdą receptę do dokumentacji medycznej (również na leki dla siebie i rodziny). Mimo opinii Ministerstwa Zdrowia z 2010 r. oraz wygranych przez lekarzy procesów sądowych, praktyka pokazuje, że brak wpisu recepty do dokumentacji jest częstym powodem uznania refundacji leku za niezasadną i obciążenia lekarza jej kosztami. Problem szczególnie często dotyczy lekarzy emerytów nieprzyzwyczajonych do prowadzenia szczegółowej dokumentacji medycznej.

Nie używaj zamiennie recept otrzymanych ze szpitala (lub innego zakładu opieki zdrowotnej) z receptami własnej indywidualnej praktyki lekarskiej. W razie kontroli nie będzie można odnaleźć we właściwym miejscu dokumentacji wystawienia recepty.

Stosuj następujący schemat dokumentacji wizyty: wywiad, badanie przedmiotowe, wyniki badań dodatkowych, rozpoznanie, kod ICD10, zalecenia, adnotacja o przepisanych lekach (zawierająca nazwę, dawkę leku, liczbę opakowań lub tabletek, schemat dawkowania). Zasady te wynikają z przepisów dotyczących dokumentacji medycznej oraz rozporządzenia w sprawie recept i są skrzętnie wykorzystywane przez kontrolerów NFZ.

Unikaj przepisywania ilości leku przekraczającej trzymiesięczną terapię. Nie ulegaj pacjentom proszącym o podwójne recepty czy zawyżanie dawkowania. Nie wystawiaj recept dla znajomych na swoje nazwisko. W przypadku ujawnienia nieścisłości grozi ci nie tylko zwrot nienależnej refundacji, ale również karny zarzut fałszowania dokumentacji i działania na szkodę NFZ.

Nie wypisuj recept refundowanych bez wizyty. Mimo wycofania przez Mazowiecki Oddział NFZ ze strony internetowej komunikatu o niedopuszczalności takiego postępowania, sytuacja prawna pozostaje niejednoznaczna. Art. 42 ustawy o zawodzie lekarza

wprowadza bowiem obowiązek orzekania o stanie zdrowia pacjenta po jego osobistym zbadaniu. Brak wizyty uniemożliwia osobiste zbadanie pacjenta i zamieszczenie adnotacji o dokonanym badaniu przedmiotowym. Jeśli musisz wypisać receptę bez wizyty, wypisz ją ze 100% odpłatnością.

Dokładnie sprawdzaj zasady przepisywania leków na „P”. Obecnie są określone w Rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków (...), a w przyszłości zostaną zamieszczone w stosownym obwieszczeniu. Nie każda choroba przewlekła daje możliwość przepisywania leku na „P”. Upewnij się, czy wpisałeś w dokumentacji odpowiednie rozpoznanie przewidziane w rozporządzeniu.

Wystawiając na prośbę pacjenta lek stosowany przez innego specjalistę, żądaj pisemnej informacji od lekarza prowadzącego o stosowanej terapii. Jeśli nie masz możliwości jej uzyskania, przepisz lek ze 100% odpłatnością lub samodzielnie potwierdź rozpoznanie choroby badaniami dodatkowymi.

Żądaj od pacjentów dokumentu potwierdzającego uprawnienia do leków refundowanych. Obecnie wciąż obowiązują przepisy przejściowe, zgodnie z którymi dokumentami tymi są m.in.: raport RMUA, zaświadczenie od pracodawcy, pracownicza książeczka ubezpieczeniowa, dowód opłacenia składki zdrowotnej, legitymacja emeryta/rencisty.

Jeśli po 1.01.2012 r. będziesz uczestniczyć w konferencji naukowej sponsorowanej przez firmę farmaceutyczną, nie wystawiaj więcej recept refundowanych na jej produkty. Grozi ci za to kara do ośmiu lat więzienia. Mimo starań, często nie będziemy w stanie uniknąć nietypowych lub wyimaginowanych błędów przy wystawianiu recept refundowanych. Jako przykład może służyć przypadek obciążenia lekarza kwotą refundacji leku z powodu braku adnotacji o numerze badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie nowotworu czy też wystawienia recepty z kodem IB zamiast IN (sprawa dotyczyła kombatanta, któremu wystawiono receptę na szczepionkę przeciwko WZW B).

### My leczymy, wy refundujecie

Najpewniejszym sposobem uniknięcia kar jest niezawieranie umów z NFZ na wystawianie recept refundowanych. Każdy z nas musi się zastanowić, czy rzeczywiście korzyści z zawarcia umowy kompensują potencjalne ryzyko. Czasu na decyzję jest dosyć dużo, zgodnie z usta-

wą refundacyjną dotychczasowe zasady wystawiania recept obowiązuje do 30.06.2012 r.

Tego niełatwego wyboru rodem z tragedii greckiej (utrudnić życie sobie czy pacjentowi?) moglibyśmy w prosty sposób uniknąć. Możliwe jest bowiem takie zorganizowanie systemu refundacji leków, w którym lekarz zostanie wyłączony z obowiązku podejmowania decyzji o przysługującej pacjentowi refundacji. W większości krajów europejskich lekarz wystawia lek pełnopłatny, pacjent realizuje receptę i następnie zwraca się do swojej instytucji ubezpieczeniowej o zwrot poniesionych kosztów. Z kolei w Wielkiej Brytanii stosowane jest rozwiązanie „bezgotówkowe”: pacjent samodzielnie deklaruje na odwrócie recepty przysługujące mu upraw-

nienia, co umożliwia bezpłatne wydanie leku. Rozwiązania tego typu z powodzeniem można by zastosować również w Polsce. Wymaga to jednak zmiany obowiązującego prawa. Dlatego konieczne jest moim zdaniem powrócenie przez samorząd lekarski do dyskusji na ten temat i wypracowanie formalnego stanowiska, a także podjęcie rozmów z Ministerstwem Zdrowia.

*Maciej JĘDRZEJOWSKI*

*Przewodniczący Zespołu ds. Wynagrodzeń  
ORL w Warszawie, członek ORL w Warszawie*

Poglądy zawarte w artykule są osobistymi poglądami autora na kwestie dotyczące recept refundowanych.

(przedruk z „Pulsu” nr 8-9/11)

## Zmiany w modelu kształcenia lekarzy

Rosnące wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do lekarzy w zakresie specjalizacji oraz coraz bardziej odczuwalne braki kadrowe w wielu dziedzinach medycyny, zmusiły Ministerstwo Zdrowia do zmian w procesie kształcenia lekarzy, które objęły zarówno etap kształcenia akademickiego, jak i kształcenie specjalizacyjne. Nie bez znaczenia dla podjętych działań były zapewne także niekorzystne dane demograficzne dotyczące lekarzy wielu specjalności, wśród których w wielu rejonach kraju średnia wieku przekroczyła, mówiąc najdelikatniej, wiek wczesnej młodości. Jedną z najważniejszych zmian jest likwidacja stażu podyplomowego oraz nowe zasady uzyskiwania tytułu specjalisty, a generalnym celem wszystkich tych modyfikacji jest skrócenie czasu potrzebnego do uzyskania tytułu specjalisty. Jednak niektóre jeszcze dalej idące propozycje Ministerstwa Zdrowia budzą poważne zastrzeżenia formalne i merytoryczne.

### **Przekształcenie LEP-u i LDEP-u w LEK i LDEK**

Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która weszła w życie od 1 lipca 2011 r. przewiduje likwidację stażu podyplomowego, jak również zmianę w programach kształcenia akademickiego. Dotychczasowy Lekarski Egzamin Państwowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy zostanie ostatni raz przeprowadzony na dotychczasowych zasadach w roku 2012, a od roku 2013 zostanie zastąpiony odpowiednio Lekarskim Egzaminem Końcowym i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminem Końcowym. LEK i LDEK będzie się odbywał dwa razy w roku, równocześnie w tych samych terminach i będzie mógł do niego przystąpić zarówno lekarz, jak i lekarz dentysta po przedstawieniu dyplomu albo zaświadczenia potwierdzającego ukończenie studiów. Będzie mógł do niego

przystąpić również student VI roku studiów na kierunku lekarskim albo V roku na kierunku lekarsko-dentystycznym, po przedstawieniu zaświadczenia o stanie studiów oraz dokumentu potwierdzającego tożsamość. Sam LEK i LDEK będzie polegał na rozwiązaniu odpowiedniego testu pisemnego, składającego się z 200 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna będzie prawidłowa.

### **Likwidacja stażu podyplomowego**

Według wchodzącej w życie ustawy ostatni staż podyplomowy rozpocznie się dla lekarzy dentystów w dniu 1 października 2016 r., a dla lekarzy rok później. W przypadku absolwentów studiów, którzy nie rozpoczną stażu podyplomowego w ostatnich wymienionych wyżej terminach, zostaną oni zwolnieni z obowiązku odbycia tego stażu. Odroczenie w czasie likwidacji stażu podyplomowego spowodowane jest koniecznością zmian w programach nauczania na studiach medycznych, polegających m.in. na wprowadzeniu dwusemestralnego praktycznego nauczania w dziedzinach klinicznych na ostatnim roku studiów. Konsekwencją przyjęcia takiego rozwiązania będzie w praktyce skrócenie programu nauczania na studiach, przeznaczonych na zajęcia teoretyczne, co w istotny sposób wpłynie na ich przebieg.

### **Skrócenie procedury przyznawania prawa wykonywania zawodu**

W znaczny sposób skrócono maksymalny czas, w którym okręgowa rada lekarska jest zobowiązana do przyznania albo odmowy przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza, z dotychczasowych trzech miesięcy, do jednego miesiąca, od dnia złożenia wszystkich dokumentów wymaganych przez ustawę. W przypadku stwierdzenia w przedłożonych dokumentach braków formalnych, okręgowa izba lekarska jest zobowią-



zana w terminie czternastu dni do wezwania celem ich uzupełnienia.

### **Nowe zasady przebiegu specjalizacji**

Zmianie ulegną również zasady szkolenia specjalizacyjnego. Szkolenie specjalizacyjne będzie miało charakter modułowy składające się z: modułu podstawowego – odpowiadającego podstawowemu zakresowi teoretycznej i umiejętności praktycznych z danej dziedziny medycyny lub wspólnego dla pokrewnych dziedzin medycyny; modułu specjalistycznego – odpowiadającego profilowi specjalizacji, w którym lekarz może kontynuować szkolenie specjalizacyjne po ukończeniu określonego modułu podstawowego, albo modułu jednolitego – właściwego dla danej specjalizacji.

Kwalifikacja lekarzy do odbycia szkolenia specjalizacyjnego będzie odbywała się w postępowaniu konkursowym, gdzie podstawowym kryterium w przypadku lekarzy występujących o rozpoczęcie specjalizacji w trybie rezydentury będzie wynik LEK albo LDEK. Specjalizację zakończy Państwowy Egzamin Specjalizacyjny przeprowadzany dwa razy w roku przez Centrum Egzaminów Medycznych. Lekarze zakwalifikowani do szkolenia specjalizacyjnego przed dniem wejścia w życie omawianej ustawy, będą odbywać to szkolenie na podstawie dotychczasowych przepisów. Państwowy Egzamin Specjalizacyjny według nowych zasad obejmie lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do odbywania specjalizacji po 28 kwietnia 1999 r.

Podstawową formą odbywania szkolenia specjalizacyjnego pozostanie umowa o pracę zawarta z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach rezydentury. Ponadto lekarz będzie mógł odbywać szkolenie specjalizacyjne w ramach wolnych miejsc w podmiotach prowadzących to szkolenie na podstawie: umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej z podmiotem prowadzącym szkolenie, umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż ten, który prowadzi szkolenie, płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego przez inny podmiot, jak również w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce. W dalszym ciągu rezydentura będzie finansowana ze środków budżetu państwa.

### **Zmiana trybów uzyskiwania tytułu specjalisty**

Rozszerzono ustawowy katalog trybów uzyskania tytułu specjalisty. Oprócz dotychczasowego odbycia szkolenia specjalizacyjnego i złożeniu egzaminu albo uznaniu za równoważny tytułu specjalisty uzyskanego za granicą, będzie w szczególnych przypadkach możliwe uzyskanie tytułu specjalisty bezpośrednio po złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Ustawa dopuszcza taką możliwość jedynie w przypadku lekarza

posiadającego stopień naukowy doktora habilitowanego i mającego odpowiedni dorobek zawodowy i naukowy w zakresie modułu specjalistycznego i posiadającego tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi podstawowemu, zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie postępowania kwalifikacyjnego. W takim przypadku kierownik specjalizacji w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym w danej dziedzinie medycyny może wystąpić do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości programu modułu specjalistycznego. Jeżeli Dyrektor CMKP podejmie decyzję o uznaniu dotychczasowego dorobku za równoważny w całości, może dopuścić takiego lekarza do PES. Podobną regulację zawierało dotychczas rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Obecnie regulacja ta znalazła się w znowelizowanej ustawie.

### **Daleko idące propozycje Ministerstwa Zdrowia**

Po podpisaniu omawianej zmiany ustawy przez Prezydenta RP, Ministerstwo Zdrowia ujawniło projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Projekt ten przewiduje przede wszystkim możliwość wystąpienia – przez lekarzy posiadających wyłącznie specjalizację pierwszego stopnia w danej dziedzinie medycyny i nieposiadających specjalizacji drugiego stopnia lub tytułu specjalisty w żadnej innej dziedzinie – do Ministra Zdrowia o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza w danej dziedzinie medycyny za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w całości aktualnie obowiązującego programu danej specjalizacji. W takim przypadku Minister miałby możliwość podjęcia decyzji o dopuszczeniu takiego lekarza do PES w danej dziedzinie. Pomimo, że projekt nowelizacji rozporządzenia wprowadza dodatkowe procedury w tym zakresie m.in. wymóg uzyskania opinii konsultanta wojewódzkiego oraz powołanie zespołu w celu wyrażenia opinii w zakresie uznania dorobku, budzi on poważne wątpliwości legislacyjne, w szczególności co do zgodności z zakresem delegacji ustawowej i już spowodował ożywioną debatę w środowisku lekarskim. Istnieją również poważne wątpliwości co do zgodności projektu z regulacjami unijnymi, a zwłaszcza z Dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, która nakłada na państwa członkowskie określone w niej wymagania co do przebiegu specjalistycznego kształcenia medycznego. Trzeba również pamiętać, że na podstawie zarządzenia MZiOŚ z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrud-

nionych w służbie zdrowia, była możliwość uzyskania specjalizacji II stopnia w specjalnym trybie przewidzianym dla lekarzy z I stopniem specjalizacji. Wielu lekarzy skorzystało z tej możliwości.

W uzasadnieniu projektu Ministerstwo oszacowało liczbę ewentualnych wniosków do rozpatrzenia na 15874 w przypadku lekarzy i 8047 w przypadku lekarzy dentyków. Łączne wydatki z budżetu państwa na sfinansowanie wskazanej procedury do roku 2013, oszacowano na kwotę 2.870.400 zł, w kwocie tej nie uwzględniono

dotatkowych kosztów ogólnych (administracyjnych). Według bardzo ogólnych szacunków kwota ta wystarczałaby na pokrycie kosztów około 50 etatów rezydentów, dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w podstawowym trybie. Zmiany zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia spotykają się zapewne ze stanowczym sprzeciwem środowiska lekarskiego.

Sławomir KAWA

Radca Prawny

(przedruk z „Częstochowskiej Gazety Lekarskiej” nr 3/11)

## Lekarz jako świadek przed sądem, a obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej

Problematyka tajemnicy lekarskiej jest materia dość skomplikowaną. Podstawową trudność stanowi znalezienie jakiejś definicji tego pojęcia, najlepiej rangi ustawowej.

Oczywiście należy wskazać w omawianym kontekście na ustawę z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 1997 r. nr 28, poz. 152 ze zm.), która w art. 40 ust. 1 mówi: *Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.*

W kolejnych ustępach wspomnianego przepisu wlicza się sytuacje, w których obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej zostaje uchylony, dzieje się tak w następujących przypadkach, gdy:

1. tak stanowią ustawy;
2. badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;
3. zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
4. pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;
5. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
6. zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Już tylko z pobieżnej analizy powyższego tekstu, wysnuć można wniosek, że zarówno samo pojęcie tajemnicy lekarskiej, jak również odstępstwa od obowiązku jej dochowania mają charakter bardzo niesprecyzowany, żeby

nie powiedzieć „giętki”. Zauważyć też należy, że ustawa nie posługuje się w ani jednym miejscu pojęciem „tajemnica lekarska” lub „tajemnica zawodowa”.

Kodeks etyki lekarskiej (niemający rangi ustawowej) w art. 23 stanowi: **tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu** uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej. Artykuł 25. dodaje: *„Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić: gdy pacjent wyrazi na to zgodę, jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa”.*

Z powyższego wynika, że Kodeks Etyki (stanowiony przez samych lekarzy), rozumie pojęcie „tajemnicy lekarskiej” szerzej niż ustawa (przygotowana przy udziale lekarzy) o zawodach lekarza i lekarza dentystry, bowiem do tajemnicy tej zalicza nie tylko informacje dotyczące samego pacjenta, ale rozciąga ją także na „otoczenie” pacjenta.

### Lekarz jako świadek

Lekarz, jak każdy obywatel, może zostać wezwany do złożenia zeznań w charakterze świadka, zarówno przed sądem, jak i w trakcie postępowania przygotowawczego nadzorowanego lub prowadzonego przez prokuraturę.

Wezwany w charakterze świadka lekarz ma obowiązek stawić się w określonym przez organ prowadzący postępowanie czasie i miejscu. Nieusprawiedliwione niestawiennictwo na przesłuchaniu zagrożone jest karą pieniężną w wysokości do 10.000 zł oraz zatrzymaniem i przymusowym doprowadzeniem w celu złożenia zeznań (art. 285 kodeksu postępowania karnego – kpk).

Jak każdy obywatel, lekarz jako świadek ma prawo do odmowy składania zeznań jeśli oskarżony lub podejrzany jest dla niego osobą najbliższą czyli małżonkiem, wstępnym, zstępnym, rodzeństwem, powinowatym w tej

samej linii lub stopniu, osobą pozostającą w stosunku przysposobienia oraz jej małżonkiem, a także osobą pozostającą we wspólnym pożyciu (art. 180 kpk oraz art. 115 §11 kodeksu karnego). Trzeba jednak podkreślić, że prawo do odmowy składania zeznań nie stanowi uzasadnienia do odmówienia stawienia się na wezwanie w charakterze świadka.

Świadek ma prawo do uchylenia się od udzielenia odpowiedzi na pytanie, jeśli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe (art. 183 kpk).

Z prawa do odmowy składania zeznań świadek ma prawo skorzystać nie później niż przed rozpoczęciem pierwszego zeznania w postępowaniu sądowym. W takiej sytuacji poprzednio złożone zeznanie tej osoby nie może służyć za dowód ani być odtworzone (art. 186 kpk).

### **Zeznawanie co do faktów, stanowiących tajemnicę lekarską**

Lekarz może być powołany na świadka i wezwany do złożenia zeznań, które materia swoją obejmują okoliczności stanowiące tajemnicę lekarską. W takiej sytuacji, lekarz może odmówić składania zeznań co do faktów objętych tajemnicą. Jego przesłuchanie w zakresie tych okoliczności, będzie możliwe dopiero po zwolnieniu lekarza z obowiązku dochowania tajemnicy zawodowej (art. 180 kpk).

Przesłuchanie lekarza co do faktów stanowiących tajemnicę lekarską możliwe jest tylko wówczas, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu.

Zwolnienie lekarza od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić wyłącznie decyzją sądu. W postępowaniu przygotowawczym prowadzonym przez policję lub prokuratora, sąd wydaje zezwolenie (lub odmawia jego wydania) na przesłuchanie lekarza co do okoliczności stanowiących tajemnicę zawodową na wniosek złożony przez prokuratora. Sąd podejmuje rozstrzygnięcie w przedmiocie takiego wniosku w terminie 7 dni od jego otrzymania. Jest to jednak termin instrukcyjny, a więc taki, którego przekroczenie nie powoduje żadnych skutków prawnych.

Należy w tym miejscu podkreślić, że odmowa składania zeznań przez lekarza po zwolnieniu go z obowiązku zachowania tajemnicy jest odmową bezpodstawną, z czym wiąże się możliwość zastosowania wobec świadka kar porządkowych, w tym w skrajnych wypadkach nawet kary aresztu (art. 287 kpk).

Wspomnieć należy także o tzw. niepełnych bezwzględnych zakazach dowodowych czyli zakazach korzystania bez możliwości uchylenia, z określonego źródła dowodowego odnośnie do określonych okoliczności (cyt. za T. Grzegorzczak „Kodeks Postępowania Karnego – Komentarz”, Zakamycze 2005). Do takich zakazów zalicza się:

- zakaz przesłuchiwanie w charakterze świadków odnośnie wypowiedzi osoby z zaburzeniami psychicznymi co do popełnienia przez nią czynu zabronionego – osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy stosownie do przepisów zawartych w ustawie z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 ze zm.)
- zakaz przesłuchiwanie lekarza udzielającego pomocy medycznej oskarżonemu na okoliczność oświadczenia oskarżonego, dotyczącego zarzucanego mu czynu, ponieważ takie oświadczenie nie może stanowić dowodu (art. 199 kpk).

Podsumowując rozważania dotyczące tematu tajemnicy lekarskiej i zasad zwolnienia od obowiązku jej dochowania, należy zauważyć, że tajemnica lekarska należy (obok tajemnicy adwokackiej, radcy prawnego, notarialnej, doradcy podatkowego i dziennikarskiej) do najbardziej chronionych przez prawo. Przesłanki zwolnienia od obowiązku zachowania tej tajemnicy są precyzyjnie (biorąc pod uwagę rzeczywistość naszego systemu prawnego) określone. Głównym motywem takiego ujęcia tego zagadnienia jest okoliczność, że fakty objęte tajemnicą lekarską, stanowią bardzo często informacje odnoszące się do ściśle prywatnej, a nawet intymnej sfery życia konkretnego człowieka. Każdy system prawny powinien dbać o to, aby tego rodzaju informacje były chronione w szczególnie „szczelny” sposób.

*Krzysztof IZDEBSKI*

(przedruk z „Meritum” nr 1/11)



Pierwsze wnioski z Korektora Zdrowia fundacji Watch Health Care

## Negatywny koszyk świadczeń

Zdrowy ubezpieczony Polak sądzi, że ma zapewnioną opiekę zdrowotną. Ale gdy zachoruje, zaczyna mieć wątpliwości. Przychodnia, w której złożył deklarację wyboru lekarza, nie podpisała kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Na wizytę u specjalisty może się umówić za pół roku, a na większość badań diagnostycznych poczeka kolejnych kilka miesięcy. Konieczna operacja? Jeśli to zabieg ortopedyczny, pod skalpel trafi za dwa, może nawet za dwa i pół roku. Ten scenariusz to nie nocny koszmar hipochondryka. Prawie 200 zweryfikowanych przypadków braku dostępu do świadczeń gwarantowanych opisano w bazie fundacji Watch Health Care (WHC). Kolejnych 100 wkrótce zostanie opublikowanych.

Mija rok od powstania serwisu fundacji WHC [www.korektorzdrowia.pl](http://www.korektorzdrowia.pl). Celem projektu jest opracowanie raportu diagnozującego najczęstsze problemy w dostępie do „gwarantowanych” metod leczenia i istotne braki w koszyku świadczeń.

– *Przyjmujemy zgłoszenia od pacjentów, lekarzy, zarządców placówek zdrowotnych, a nawet od pracowników oddziałów NFZ. Prawdziwość każdego z nich weryfikujemy. Porównujemy czas oczekiwania na dane świadczenie w dwóch lub trzech innych jednostkach. Deficytowe świadczenie jest oceniane m.in. pod względem opłacalności w porównaniu z inną dostępną metodą, wpływu na zdrowie publiczne, na zdrowie jednostki, stopnia uciążliwości ograniczenia dostępu* – mówi Krzysztof Łanda, niezależny ekspert ds. ochrony ekonomiki zdrowia, wiceprezes HTA Audit oraz fundator i prezes zarządu fundacji Watch Health Care.

### Onkologia pojawia się najczęściej

Pierwsze miejsce w rankingu Korektora Zdrowia zajmuje przypadek 42-latki z podejrzeniem raka piersi na podstawie badania mammograficznego i USG. Kobieta miała skierowanie na biopsję aspiracyjną cienkoigłową. Średni czas oczekiwania na ten zabieg w Polsce wynosi cztery miesiące. Kolejny wpis dotyczy pacjentki starszej o trzy lata, ze stwierdzonymi w badaniu tomografem komputerowym zmianami tarczycy. Na konieczną w tym wypadku biopsję cienkoigłową wykonywaną pod kontrolą USG musi czekać pięć miesięcy.

– *W onkologii czas jest jednym z najistotniejszych czynników decydujących o tym, czy wygramy z choro-*

*bą walkę o życie oraz jakość życia pacjenta. Z tą świadomością każde opóźnienie trzeba ocenić jako niepożądane ryzyko. Gorsze rokowanie i narażanie pacjenta na większe cierpienia zarówno psychiczne, jak i fizyczne – to z humanitarnego punktu widzenia największe zagrożenie* – ocenia dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii.

Według danych Centrum Onkologii w 2008 r. nowotwory rozpoznano u ponad 130 tys. osób. Liczba chorych systematycznie rośnie. Nic dziwnego, że w opisie zgłaszanych problemów z dostępem do świadczeń najczęściej pojawia się hasło „onkologia”. I choć Krzysztof Łanda zastrzega, że próba jest za mała, aby statystyki były wiarygodne, nie sposób nie zauważyć, że średnio co ósmy zgłoszony przypadek dotyczy pacjenta z chorobą nowotworową.

– *Rosnąca liczba diagnozowanych przypadków raka oraz niebywały, ale i kosztowny postęp nauki, dający nam do dyspozycji coraz skuteczniejsze narzędzia walki z chorobą, w dobie kryzysu ekonomicznego powodują sytuację patową. Tu nie będzie szybkich i spektakularnych zmian. W części kosztów będziemy musieli partycypować* – ocenia dr Janusz Meder. Jego zdaniem nawet najbogatsi nie udźwigną kosztów innowacyjnych terapii, skutecznych w zaawansowanej chorobie nowotworowej, z których korzystanie jest również utrudnione.

– *Brakuje pełnego dostępu do leczenia, np. jeśli chodzi o terapie celowane w raku nerki, jelita grubego, nie ma też dostępu do leczenia raka wątroby. To poważne wyzwania dla MZ, NFZ i AOTM. Ze względu na kryzys finansów publicznych sytuację utrudniają też wysokie koszty leczenia zaawansowanej choroby nowotworowej* – podsumowuje dr Janusz Meder.

Tymczasem NFZ niezmiennie podkreśla, że polska onkologia jest z roku na rok lepiej finansowana. Wartość programów terapeutycznych realizowanych w tej dziedzinie, według danych NFZ, wzrosła z 250 mln zł w 2005 do 550 mln zł w roku ubiegłym. W ostatnich czterech latach przybyło 200 specjalistów radioterapii onkologicznej.

### Nie boli? To poczekamy

Dla Krzysztofa Łandy szczególnie bulwersujący jest czwarty przypadek w rankingu. U czteroletniego chłopca mającego zakażenie dróg moczowych i problemy z od-

dawaniem moczu zdiagnozowano stulejkę wtórną. Chirurg wypisał skierowanie na operację. Rodzice usłyszeli, że dziecko musi poczekać rok w kolejce. Przeciętny koszt usługi prywatnie wynosi 1600-1700 zł. Dla wielu polskich rodzin to jednak zawrotna kwota.

– *Równie niepokojące jest to, że dzieci niepełnosprawne mają problemy z korzystaniem z leczenia stomatologicznego pod narkozą. W naszym rankingu znalazł się siedmioletni chłopiec z porażeniem mózgowym, który na leczenie bolącego zęba musiał czekać miesiąc* – mówi Krzysztof Łanda. W wypadku tego samego pacjenta leczenie próchnicy zębów, które jeszcze nie bolało, wiąże się z sześćcio- lub nawet siedmiomiesięcznym oczekiwaniem w kolejce.

Równie źle jest w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Na operację tętniaka aorty można czekać do pięciu miesięcy, a żylaków utrudniających chodzenie – nawet rok. Zdaniem Kazimierza Swobody, chirurga naczyniowego z Rudy Śląskiej, kolejki oczekujących na zabiegi naczyniowe są skutkiem wygórowanych wymagań NFZ. – *Szpital ma szansę podpisać kontrakt w zakresie chirurgii naczyniowej tylko wówczas, gdy zatrudnia co najmniej trzech lekarzy tej specjalności. W szpitalu, w którym pracuję, ja jestem jedynym i z tego powodu fundusz nie płaci nam m.in. za planowe zabiegi tętniaków aorty* – tłumaczy Swoboda. Paradoksalnie, NFZ płaci za zabiegi naczyniowe w trybie ostrym. Wtedy niewystarczające doświadczenie zespołu nie jest przeszkodą...

Lekarze zwracają uwagę na jeszcze jeden problem, którego nie ujmuje ranking Korektora Zdrowia: nierównomierne możliwości korzystania z opieki, w zależności od miejsca zamieszkania. Jest to szczególnie istotne dla osób z chorobami onkologicznymi.

– *Nierzadko pacjent dojeżdża 5 godzin na chemioterapię lub radioterapię i tego samego dnia musi wrócić do domu. Koszty pozamedyczne takiego leczenia są ogromne* – twierdzi dr Marcin Hetnał, onkolog radio-terapeuta.

Koncentracja świadczeniodawców w dużych miastach ogranicza również dostępność badań przesiewowych.

– *Są fundusze na badania przesiewowe kolonoskopowe, ale wciąż niewiele osób z nich korzysta. Wynika to nie tylko z niskiej świadomości społeczeństwa. Dla mieszkańca wsi wyjazd na badanie to często całodzienna wyprawa* – podkreśla dr Tomasz Romańczyk, gastroenterolog, członek Naczelnej Rady Lekarskiej.

## Rzeczywista skala problemu

Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest zainteresowany informowaniem o ograniczeniach w dostępie do świad-

czeń z koszyka gwarantowanego lub tych, które w Europie są standardem, a u nas nie są refundowane.

– *Szacuję, że informacje, które udało nam się zebrać, dotyczą zaledwie 5-10% przypadków* – mówi Krzysztof Łanda.

W celu poszerzenia wiedzy o brakach w systemie opieki zdrowotnej w Polsce fundacja Watch Health Care rozpoczęła realizację nowego projektu – „100 seminariów”. Do udziału w kolejnych spotkaniach zaproszeni będą lekarze wszystkich specjalności. W ten sposób fundacja chce stworzyć listę świadczeń niedofinansowanych w każdej dziedzinie medycyny. Pierwsze seminarium, które odbyło się 15 i 16 kwietnia w Warszawie, dotyczyło farmakoterapii onkologicznej.

Od niedawna na portalu Korektor Zdrowia można również zgłaszać problemy z korzystaniem ze świadczeń częściowo refundowanych, zakupem sprzętu ortopedycznego, protez, leków.

## Dodatkowe ubezpieczenia

Ministerstwo Zdrowia na początku marca przekazało do konsultacji społecznych projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Jednym z głównych założeń jest wprowadzenie możliwości odliczenia od podstawy podatku dochodowego składki na polisę. W uzasadnieniu określono, że będzie to kosztowało budżet państwa 50 mln zł. Pomysł musi więc zaakceptować resort finansów, nowelizując ustawę o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Projekt zawiera rozwiązania chroniące monopolistyczną pozycję NFZ. Świadczeniodawca mający kontrakt będzie musiał powiadomić fundusz o umowach z prywatnymi firmami. Zaproponowano też obowiązek realizacji przez świadczeniodawcę kontraktu z państwowym płatnikiem na poziomie 90%.

– *Odliczenie od podstawy podatku dochodowego składki na polisę, które proponują autorzy projektu, nie będzie miało istotnego wpływu na zainteresowanie ubezpieczeniami dodatkowymi. Znacznie większe znaczenie miałoby odliczenie od kwoty podatku wprowadzone na kilka lat, aby przekonać Polaków do ubezpieczeń prywatnych* – ocenia dr Krzysztof Łanda. – *Obecny projekt można nazwać „małą ustawą” o ubezpieczeniach, pokazującą, w którym kierunku rząd chce iść. Potrzeba jeszcze „dużej ustawy”, wprowadzającej ubezpieczenia komplementarne, zapewniające świadczenia poza koszykiem świadczeń gwarantowanych i współpłacenie pacjentów* – komentuje specjalista.

Natalia ADAMSKA-GOLIŃSKA

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 2/11)

# Alkoholizm – choroba emocji (cz. 1)

*Błądzenie jest rzeczą ludzką,  
ale dobrowolne trwanie w błędzie  
jest rzeczą diabelską.* [Św. Augustyn]

Choroba alkoholowa rozwija się podstępnie i tak naprawdę trudno określić moment, od którego zaczyna się droga do piekła, w przenośni i dosłownie. Dzieje się tak, ponieważ psychologiczne mechanizmy uzależnienia chronią nie człowieka, lecz jego nałóg. Dopiero życiowa katastrofa, niezależnie od tego, czym ona jest, skłania osobę uzależnioną do zaprzestania picia i szukania pomocy.

Mówi się, że alkoholik musi osiągnąć własne dno, aby ostatecznie się pożegnać z alkoholem. Dla każdego jest ono czym innym – utratą rodziny, pracy, zdrowia... Do tego momentu używałam określenia „osoba uzależniona”, ponieważ pisałam ogólnie. Użyłam określenia „alkoholik”, ponieważ będę pisała o sobie, o tym, co myślałam, a przede wszystkim czułam, albowiem alkoholizm jest chorobą uczuć, chorobą emocji. Od dawna nie jestem anonimowa. Jeżeli nie wszyscy, to na pewno większość z Was, Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy, wie, kim jestem. Jestem lekarzem anesteziologiem. Od alkoholu uzależniłam się wiele lat temu. Nie jestem w stanie określić, kiedy to nastąpiło. Z pewnością wcześniej, niż sama to postrzegam. Kiedy po raz pierwszy powiedziano mi, że zbyt dużo piję, zmieniło się moje zachowanie, sugerowano, że się uzależniłam i powinnam podjąć leczenie – obraziłam się. Ja, alkoholiczką?! – to była największa obelga, największa krzywda. Nie widziałam swojego uzależnienia. Byłam nieszczęśliwa, skrzywdzona przez los, wszyscy byli winni, tylko nie ja. Ale tak właśnie działają mechanizmy uzależnienia. Byłam „mądrzejsza” od specjalistów w dziedzinie uzależnień.

Odezwiała się duma zawodowa: to ja jestem od leczenia, a nie ktoś będzie mnie „leczył”, na dodatek nie-lekarz. W efekcie moje życie rodzinne, zawodowe, społeczne zaczęło się staczać po równi pochyłej. Kilkakrotna zmiana pracy, konflikt z prawem, sprawa medialna — to tylko część mojego pijanego życia.

Odbyłam trzy terapie zamknięte, korzystałam z terapii w trybie dziennym, aby wreszcie dojrzeć do akceptacji siebie i nazwać rzecz po imieniu.

## Jestem alkoholiczką

Jestem alkoholiczką i na zawsze utraciłam kontrolę nad piciem alkoholu. Alkoholizm, mimo że jest chorobą, jest problemem „wstydliwym”, napiętnowanym społecznie. W społeczeństwie pokutuje przeświadczenie, że jeżeli ktoś musi się leczyć, to już gorzej być nie może i to straszny wstyd. Tymczasem wstydem jest nie leczyć się, ale nie chcieć się leczyć. Obecnie kontynuuję terapię, należę do ruchu AA, korzystam z terapii indywidualnej. Dzięki temu utrzymuję abstynencję, żyję i pracuję.

## Jak to się zaczęło

Choroba uczuć, a więc co czułam? Nie radziłam sobie z emocjami. Alkohol przynosił ulgę w cierpieniu, wzmacniał radość, podnosił poczucie własnej wartości, pozwalał patrzeć na rzeczywistość przez przysłowiowe „różowe okulary”. Gdy trzeźwiałam, wyłaniał się prawdziwy obraz mojej rzeczywistości: piętrzące się kłopoty, rosnące dług, smutne, przerażone dzieci, wręcz błagające mnie, abym nie piła, wstręt i obrzydzenie przy spojrzeniu w lustro. Potem wyrzuty sumienia, ogromny wstyd, poczucie winy, poczucie własnej wartości głęboko poniżej zera. Narastały wewnętrzne napięcie, smutek, żal, wręcz rozpacz. Do tego przyłączały się objawy odstawienia: niepokój, wewnętrzne rozbicie, lęk, bóle i skurcze mięśni oraz wiele innych. Czasem pojawiało się poczucie krzywdy i użalanie się nad sobą. Najgorsze były poczucie winy, wstyd i narastający lęk. Bałam się, nie wiem czego – wszystkiego. Wydawało mi się, że za chwilę coś złego się stanie, że chyba umieram, że to kara za moje postępowanie. Chaos, gonitwa myśli, cierpienie nie do zniesienia. Tylko alkohol przynosił ulgę. Niestety, za każdym razem ulga trwała coraz krócej, a alkoholu potrzebowałam coraz więcej. W ten sposób zamykało się błędne koło. Bywało także, że udawało mi się utrzymać dłuższą abstynencję, wszystko wracało do normy, zadowolona z siebie traciłam czujność. Nic bardziej zgubnego niż myślenie, że problemu już nie ma. Wystarczyło wypicie niewielkiej ilości alkoholu, aby zaczął się ciąg alkoholowy z wymienionymi wcześniej jego konsekwencjami. Wszystko zaczynało się od początku, za każdym razem z coraz większą siłą.

## Na skraju przepaści

Chciałam zniknąć, przestać istnieć, ale zabrakło mi odwagi, a może siły, na popełnienie samobójstwa. Może gdzieś zaiskrzyły przekonania religijne. Natomiast wielokrotnie unikałam śmierci.

*Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy, jeżeli ktoś z Was zauważył u siebie podobne objawy albo ktoś zwrócił Wam uwagę, że zbyt dużo pijecie, czuć od Was alkohol, zmieniło się Wasze zachowanie, izolujecie się lub jesteście nerwowi – szukajcie pomocy, nie wstyďte się. Ja się wstydziałam. Jednak prawdziwy wstyd jest wtedy, gdy pojawiają się konsekwencje picia, które mogą się skończyć tragicznie. Szukajcie pomocy, zanim nadejdzie katastrofa.*

Pozdrawiam.

Maria (lekarka)

W kolejnych numerach „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” autorka przedstawi dokładniej kolejne mechanizmy leżące u podstaw rozwoju choroby alkoholowej, po to, by pomóc tym, którzy, tak jak ona kiedyś, staczają się po równi pochyłej. Tytuł i śródtytuły pochodzą od Redakcji pomorskiego biuletynu.

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 5/11)



# Problem śmierci mózgu w kontekście intensywnej terapii i transplantologii

Część I referatu wygłoszonego podczas konferencji „Problemy transplantologii”, która odbyła się 29 stycznia 2011 roku w siedzibie DIL

Rozpoznanie śmierci ma zasadnicze znaczenie nie tylko dla losów indywidualnych, ale też dla życia społecznego. Śmierć osobnicza nie jest wyłącznie zjawiskiem medycznym, ale także prawnym, religijnym i publicznym. Ciało staje się zwłokami i wymaga pochówku, rozpoczynają się obrzędy żałobne, przychodzi czas realizacji testamentu, znikają doczesne stanowiska oraz obowiązki. Diagnoza śmierci nie musiała być w przeszłości stawiana przez lekarzy. Hipokrates radził, aby lekarz spostrzegając objawy nadchodzącej śmierci, pobrał swoją należność i oddalił się. W wielu kulturach śmierć rozpoznawał szaman lub kapłan. Rozpoznanie śmierci przez niemedyków stwarzało jednak problemy wiarygodności takiego postępowania.

Istnieje kilka koncepcji zjawiska śmierci. Najbardziej spójną i powszechną z nich jest nieodwracalna utrata duszy. Koncepcja ta pozostaje jednak poza możliwością doświadczonego poznania, dlatego w praktyce rozpoznanie śmierci opierano na nieodwracalnej utracie podstawowych funkcji życiowych: ustaniu oddychania, zatrzymaniu czynności serca. W celu potwierdzenia nieodwracalności utraty życia wykorzystywano różne sposoby reanimacji, które w zmienionej formie stosowane są do dzisiaj, na ogół z ograniczonym sukcesem. Nieodwracalność to podstawowy warunek rozpoznania śmierci. Głęboko zakorzenioną w naszych osobowościach i w naszej kulturze jest obawa przed nieuważnym, nieprecyzyjnym rozpoznaniem śmierci i „pogrzebaniem żywcem”. Przedwczesna, fałszywa diagnoza śmierci nie była rzadkim zjawiskiem, o czym świadczy organizowanie w XIX wieku „domów pośmiertnych” służących ewentualnemu wychwyceniu niewłaściwego rozpoznania śmierci oraz konstruowanie trumien wyposażonych w urządzenia alarmowe. Postęp medycyny w połowie XX wieku wpłynął na poprawę jakości rozpoznawania śmierci, ale przyniósł jednocześnie nowe wyzwania. Możliwość sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych, przede wszystkim mechanicznej wentylacji płuc, pozwalała na utrzymanie funkcji życiowych u pacjentów z bardzo ciężkimi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, czyli w śpiączce nieodwracalnej. Równocześnie osiągnięto znaczny postęp w transplantologii: przeszczep wątroby i przeszczep serca. Dla rozwoju tej dziedziny zasadnicze znaczenie ma dostępność organów do przeszczepu. Niejasne kryteria pozyskiwania dawców stworzyły konfliktową sytuację, w której transplantolodzy mogli zostać oskarżeni

ni o morderstwo. Jak pisał po przeszczepie serca Newsweek: „*Umarleś, jeśli doktor tak postanowi*”.

W styczniu 1968 r. na Uniwersytecie Harvarda została powołana Komisja Specjalna pod kierownictwem profesora anestezjologii Henry Beechera, która zajęła się problemami pacjentów w nieodwracalnej śpiączce. Licząca 13 członków komisja (10 lekarzy, prawnik, teolog i historyk) zmieniła w trakcie obrad swą nazwę na Komisja do zbadania definicji śmierci mózgu. Raport komitetu ukazał się w czerwcu 1968 r. i nosił tytuł „*Nieodwracalna śpiączka jako nowe kryterium śmierci*”. Autorzy raportu pisali: „*Naszym pierwotnym celem jest określenie nieodwracalnej śpiączki jako nowego kryterium śmierci. Są dwie przyczyny, dla których ta definicja jest potrzebna:*

Usprawnienie resuscytacji przynosi czasem częściowy sukces i w rezultacie serce pracuje, choć mózg jest nieodwracalnie uszkodzony. Powoduje to wielkie obciążenie dla pacjentów, ich rodzin, dla szpitali i dla tych, którzy potrzebują łóżek szpitalnych zajętych przez pacjentów w śpiączce.

Niejasne kryteria definicji śmierci prowadzą do kontrowersji w pozyskiwaniu organów do transplantacji”.

W ten sposób Komitet Harvardzki posługując się argumentami bardziej społecznymi i etycznymi niż naukowymi i medycznymi, ustalił prawne podstawy do ograniczenia leczenia oraz pobierania narządów do przeszczepu. Raport ten zmienił bieg historii medycyny.

## Śmierć mózgu a ograniczenie leczenia

Straty finansowe powodowane przez leczenie źle rokujących pacjentów nie stanowiły istotnego problemu lecznictwa w latach 60. ubiegłego wieku. Problem ten nie odgrywał także istotnej roli w dyskusji Komitetu Harvardzkiego, ale został użyty do uzasadnienia koncepcji śmierci mózgu. Uzasadnieniem etycznym dla ograniczenia leczenia była perspektywa leczenia daremnego – „wentylacji zwłok”, jako wzorca terapii nieuzasadnionej i uporczywej. Rozwój intensywnej terapii w ostatnich 50 latach wykazał jednoznacznie, że terapia na Oddziałach Intensywnej Terapii może być niecelowa dużo wcześniej, zanim zaistnieją warunki rozpoznania śmierci mózgu. Istnieje wiele stanów, w których intensywna terapia nie służy interesom pacjenta mimo zachowania funkcji mózgu. Ograniczenie terapii nieskutecznej lub niecelowej u ciężko chorych jest uzasadnione

etycznie, gdyż terapia taka przeczy podstawowym zasadom etyki medycznej. Podejmowanie decyzji o wycofaniu leczenia lub o jego niewdrażaniu w przypadkach, gdy takie leczenie staje się nieskuteczne i nieuzasadnione, jest dosyć powszechne w OIT. Komisijną decyzję o rozpoznaniu śmierci mózgu podejmuje się z reguły dla pobrania narządów do przeszczepu. Oczywiście, stwierdzenie śmierci mózgu oznacza koniec podtrzymywania czynności narządów. Pacjenci z rozpoznaną śmiercią mózgu stanowią jednak znikomy odsetek populacji chorych OIT, u których podejmuje się decyzję o ograniczeniu leczenia.

### Śmierć mózgu a przeszczepianie narządów

Historia transplantacji i historia śpiączki mózgowej miały swoje oddzielne trajektorie, ale za sprawą Komitetu Harwardzkiego w 1968 r. połączyły się w sposób nierozdzielny. Połączenie to wywołało potencjalny konflikt interesów, który nadal stanowi zasadniczy przedmiot debat społecznych. Wywodzi się on z zasady opisanej przez Immanuela Kanta: „*Działaj zawsze tak, abyś mógł pragnąć, by zasada twego postępowania była prawem powszechnie obowiązującym*”, czyli „*Człowiek powinien być zawsze celem, nigdy środkiem*”. W myśl tej zasady rozpoznanie śmierci nie może zależeć od potrzeb innych ludzi i nie wolno go zmieniać z powodu możliwości pobrania narządów do przeszczepu. Tak działać się może, gdy wprowadzony zostanie podwójny standard etyczny – inny moment śmierci dla dawcy narządów a inny, gdy pacjent nie jest dawcą.

Przebieg obrad Komitetu Harwardzkiego wskazuje jak poważny jest to konflikt. Przewodniczący komitetu Henry Beecher nie krył, że rozpoznanie śmierci mózgu może być decydujące dla rozwoju transplantacji. We wstępnym raporcie przedstawił swoją opinię na ten temat. Dziekan Wydziału Harwardzkiego zwrócił mu uwagę, że przyznanie, iż śmierć mózgu ułatwi pozyskiwanie organów wzbudzi powszechny opór. Zaistnieje bowiem groźba nadużycia tej definicji.

Konflikt interesów wynika ze zderzenia dwóch tendencji: zapewnienia optymalnej opieki nad umierającym oraz uzyskania jak najszybciej, jak największej liczby organów do przeszczepu. Konflikt ten sięga najgłębszych źródeł naszej kultury i personalnych atawistycznych odczuć. Jest to projekcja pierwotnego strachu przed „żywcem pogrzebaniem”, tym razem jako obawa przed „żywcem poświęceniem”.

Jednym z zasadniczych sposobów minimalizacji tych obaw jest uczciwe postępowanie i pełna informacja. Zasady szczegółowe, praktykowane obecnie dla ograniczenia konfliktu, to: „zasada rozdziału” i „zasada martwego dawcy”. Zgodnie z „zasadą rozdziału” (*principle of separation*) lekarz zaangażowany w proces transplantacji nie może być związany z rozpoznaniem śmierci mózgu, a lekarz rozpoznający śmierć mózgową nie może być związany z procedurą pobierania i przeszczepiania narządów. Przestrzeganie tej zasady zabezpiecza prawa ciężko cho-

rego, umierającego pacjenta i eliminuje potencjalny konflikt interesów związany z aktywnością transplantologów. W praktyce „zasada rozdziału” nie jest bezwzględnie przestrzegana, co rodzi sytuacje konfliktowe. Dla uzyskania większej liczby dawców narządów w Polsce oddziały intensywnej terapii otrzymywały dodatkowe korzyści finansowe za zgłoszenie dawcy. Konflikt interesów polegał na tym, że rozpoznanie śmierci mózgu i zgłoszenie potencjalnego dawcy są obowiązkiem każdego oddziału intensywnej terapii. Jeśli dostaje się dodatkową korzyść finansową za wypełnienie tego obowiązku, to znaczy, że jest on szczególnie preferowany. Tym samym decyzja o rozpoznaniu śmierci może być potencjalnie podejmowana pośpiesznie dla uzyskania dodatkowych gratyfikacji. Takie potencjalne źródła konfliktu interesów powinny być całkowicie wyeliminowane.

Diagnoza śmierci i jej akceptacja, na podstawie stwierdzenia cech nieodwracalnej śpiączki, nie zyskała pełnej aprobaty publicznej. Wyrażone publicznie zastrzeżenia do rozpoznania śmierci u osób z bijącym sercem, mogą mieć negatywny wpływ na transplantacje organów o nieprzewidywalnym rozmiarze. W 1980 r. audycja w BBC podająca, że 14 osób obudziło się po stwierdzeniu śmierci mózgu, wywołała narodowe wzburzenie, chociaż po konfrontacji można było jednoznacznie stwierdzić, że żadna z tych osób nie spełniała podstawowych kryteriów rozpoznania śmierci mózgu. W 2007 roku w Polsce publiczne oskarżenie transplantologa o spowodowanie śmierci pacjenta skutkowało dramatycznym obniżeniem transplantacji o 66%. Z tych powodów zasada pełnej informacji i poprawności wszystkich procedur musi być bezwzględnie przestrzegana jako warunek pomyślnego rozwoju transplantologii.

Zasada „martwego dawcy” (*dead donor rule*) jest podstawową zasadą regulującą pobieranie narządów od dawców z bijącym sercem. Wymaga ona jasnego, niezawodnego i powtarzalnego rozpoznania śmierci. Aktualny raport Amerykańskiej Akademii Neurologii stwierdza, że w recenzowanym piśmiennictwie medycznym nie opisano powrotu funkcji neurologicznych w żadnym przypadku rozpoznania śmierci mózgu opartego na ustalonych kryteriach. Istotny problem stanowi nieprzestrzeganie tych kryteriów w praktyce, co może być podstawą zastrzeżeń do koncepcji śmierci mózgu i tematem sensacyjnych doniesień w mediach o „wybudzaniu się po śmierci”.

Zasada „martwego dawcy”, będąca kontynuacją decyzji podjętej w 1968 r. w Harvardzie jest prosta i przejrzysta. W ostatniej dekadzie narastały jednak zastrzeżenia, co do wiarygodności koncepcji śmierci mózgu. Powstał nowy, bardzo istotny problem – czy można pobierać organy od osób z nieodwracalnym procesem chorobowym, u których nie rozpoznano śmierci? Innymi słowy, czy można obejść zasadę „martwego dawcy” dla potrzeb transplantologii.

Andrzej KÜBLER

(przedruk z „Medium” nr 3/11)

# Czy warto leczyć starych ludzi?

Prognozy demograficzne są dość precyzyjne: za 15 lat jedna trzecia ludzi na świecie przekroczy 65 lat, a wśród nich aż połowa będzie mieć więcej niż 75 lat. W Polsce to zjawisko wystąpi nieco później, za jakieś 20 lat. Według prof. Barbary Bień, wiceprzewodniczącej Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, grozi nam „tsunami siwienia”. Dość nagle i gwałtownie zestarzeją się roczniki urodzone w latach 50., czyli Baby Boom, powojenny wyż demograficzny. To pokolenie wchodzi frontem w starość, co czwarta osoba w naszym kraju skończy 65 lat, czeka nas zatem Grey Boom.

Polskie społeczeństwo starzeje się podobnie jak reszta świata, a to stawia przed nim nowe wyzwania, nie tylko zdrowotne, ale i społeczne. Jeszcze nie tak dawno w grupie chorych po 65. roku życia dominowały choroby kardiologiczne, obecnie ich miejsce zajmują nowotworowe. Już teraz dotyczą one 65% osób po 60. roku życia, a najwięcej zachorowań przypada na wiek między sześćdziesiątką a osiemdziesiątką.

W ciągu najbliższych 10-15 lat nastąpi podwojenie liczby nowych chorych i to z jednego powodu: coraz więcej ludzi dożywa sędziwego wieku. Polska Unia Onkologii rozpoczęła właśnie kampanię społeczną „Rozmowy o czasie”, której celem jest, jak powiedział prezes PUO, dr Janusz Meder, rozpoczęcie publicznej dyskusji na temat standardów leczenia starszych ludzi chorych na nowotwory.

Na potrzeby kampanii TNS OBOP przeprowadził w kwietniu 2011 r. badanie dotyczące świadczenia usług medycznych osobom starszym. Badanie kwestionariuszowe objęło próbę 1002 osób w wieku powyżej 15 lat. Kto jest stary? Osoby poniżej 55. roku życia za początek starości uważają magiczną liczbę 62 lat. Wiek jest wprawdzie najważniejszym kryterium starości (tak uważa 29% wszystkich badanych), ale już 28% respondentów sądzi, że starość zależy od tego, jak się wygląda, a 20% za istotne kryterium starości uznaje stan zdrowia. Mimo że 71% badanych jest zdania, iż na leczenie ludzi starszych państwo powinno przeznaczać większe środki, to w odpowiedziach na pytanie szczegółowe: kto powinien mieć dostęp do leczenia, jeśli środki są ograniczone? osoby po sześćdziesiątce spadają na czwarte miejsce w kolejce, po dzieciach do 18. roku życia, głównych żywicielach rodziny i osobach chorujących na minimum dwie ciężkie choroby. Jako społeczeństwo uznajemy zatem konieczność leczenia ludzi starszych, ale... nie w pierwszej kolejności, bo dzieci są najważniejsze! Nic zatem dziwnego, że na pytanie, czy osoby starsze są w Polsce szczęśliwymi ludźmi, 64% badanych odpowiedziało, że nie. 5% ujawniło

także, że komuś w ich środowisku odmówiono leczenia ze względu na wiek.

Prof. Barbara Bień podkreśliła w dyskusji, że chociaż proces starzenia dotyczy nas wszystkich, różnice między poszczególnymi osobami są duże. Znaczna większość, 80% ludzi starszych, cierpi na jakąś chorobę przewlekłą, zaledwie 20% starzeje się fizjologicznie, bez chorób. Po 75. roku życia pojawiają się „choroby ze starzenia”, z powodu uszkodzeń narządów i tkanek, począwszy od neuronów, powięzi, mięśni itd., czyli zużycia materiału. Żyjemy już wtedy na rezerwach, jeśli cokolwiek się wydarzy, ustrój nie jest w stanie się zaadaptować. Mówiąc trywialnie – komórka już nie jest w stanie się podzielić, raczej umrze. A gdy zaczyna się dzielić, „ucieka” w komórkę nowotworową.

## Standardy leczenia osób starszych chorych na nowotwory

Prof. Wiesław Wiktor Jędrzejczak, krajowy konsultant ds. hematologii, mówiąc o leczeniu starszych ludzi chorych na nowotwory układu krwiotwórczego, przypomniał, że najczęściej dotyczą one osób po 60. roku życia. W przypadku leczenia chłoniaków nieziarniczych, które występują głównie po pięćdziesiątce, część metod leczenia jest agresywna, zawiera działania niepożądane i dlatego zastosowanie ich jest związane z granicą wiekową, niemającą nic wspólnego z dyskryminacją. Zgodnie z wyznacznikami światowymi przyjmuje się, że starość zaczyna się po 65. roku życia, ale w XXI w. wiek metrykalny nie zawsze idzie w parze z wiekiem biologicznym. Ten ostatni związany jest zarówno z trybem życia, jak i z chorobami współistniejącymi. To lekarz ocenia, czy pacjent znieśnie niepożądane skutki agresywnej terapii. Jak podkreślił prof. Jędrzejczak, w zależności od wieku biologicznego pacjenta coraz częściej jest on leczony jak osoby młodsze. Problem stanowi jedynie tolerancja objawów niepożądanych i chorób towarzyszących, ze względu np. na kardiotoksyczność terapii. Dostęp do leczenia w Polsce nie różni się wiele od zapewnianego w innych krajach UE – najgorsza jest sytuacja chorych na chłoniaki rzadkie, u których występują choroby współistniejące. Jeden z leków jest kardiotoksyczny, zatem przeciwwskazanie stanowi zawał. „System” jest jednak kosztowny i ma sztywne ograniczenia: jednocześnie nie można podać pacjentowi ciała przeciwmakroklonalnego, które nie jest toksyczne, co profesor określił jako „piramidalną bzdurę”. I dalej: „system” działa odwrotnie – im choroba cięższa, tym bardziej pozbawia on pacjenta możliwości leczenia. Reguły kwalifikacji pacjentów do badań klinicznych są również ściśle określone za pomocą kryteriów włączenia



i wyłączenia, zazwyczaj do kryteriów wyłączenia należy współwystępowanie innych chorób.

### Nie zaleczyć na śmierć

Dr Wojciech Matuszewicz, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych, potwierdził, że dziś w programach zdrowotnych dla pacjentów onkologicznych nie ma progu wiekowego, jest za to problem toksyczności leków. Pozytywny natomiast jest fakt, że w starszym wieku progresja chorób nowotworowych jest mniejsza, a z badań klinicznych wynika jednoznacznie, że pacjenci po 70. roku życia mają dłuższy czas przeżycia niż osoby 40-50-letnie. Leczyć raka trzeba racjonalnie, a największą sztuką jest leczenie każdego pacjenta w sposób indywidualny. W starszym wieku gorsze jest wchłanianie leków doustnych, wydalanie dłuższe, metabolizm trudniejszy, słowem – inny jest „czas życia” leku. Ludzie w starszym wieku wiedzą, że „leki leczą”, dlatego wspomagają się różnymi farmaceutykami. Człowiek w wieku 70 lat, jak wynika z badań, bierze średnio pięć – siedem leków. Nikt nie uświadamia choremu, że niektóre suplementy diety osłabiają działanie chemioterapii. Dr Matuszewicz wymienił kilka punktów „dekalogu geriatrycznego”: czy stosowanie danego leku jest konieczne, czy właściwie został dobrany, czy dawka jest właściwa, jaką drogą ma być podany, jaka jest interakcja leku z innymi lekami i żywnością, kto odpowiada za podanie pacjentowi leku (wiadomo, że starsi ludzie nie zawsze potrafią przyjąć lek o określonej porze), jakie są skutki niepożądane itd.

### To dlaczego nie jest świetnie?

Czy ma miejsce dyskryminacja starszych ludzi chorych na nowotwory w dostępie do leczenia? Przedstawi-

ciele Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych i organizacji pacjenckich twierdzą, że oczywiście istnieje. Hanna Nowakowska z Forum 50+ przytoczyła zdanie wielokrotnie powtarzane przez osoby chore: starszych ludzi nie warto leczyć, bo szkoda na nich pieniędzy. Taka jest powszechna opinia, bo pacjenci są pozbawieni informacji, że czasem nie można ich leczyć. (Inna przedstawicielka stowarzyszeń pacjenckich dodała, że lekarze nie lubią świadomych pacjentów, bo wchodzą w szczegóły i zadają pytania.)

W dyskusji pojawiły się kolejne punkty zażaleń: że dostanie się do poradni hematologicznej w Warszawie graniczy z cudem, że nie ma geriatrów-onkologów, że NFZ wiąże ręce, a zatwierdzone przez tę instytucję programy zdrowotne zawierają wiele błędów i odstępstw od standardów światowych, że znaczna część pacjentów mogłaby być leczona ambulatoryjnie, tak jak na całym świecie, a u nas kładzie się pacjenta na tydzień do szpitala, bo takie są wytyczne NFZ, że nawet jeżeli program terapeutyczny jest rekomendowany przez konsultanta krajowego i przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, to i tak warunki realizacji programu ustala NFZ, słowem – płatnik jest monopolistą, traktuje pacjenta jak worek kartofli i wkrótce lekarz będzie zmuszony do dostosowania pacjenta do kolejnych zarządzeń NFZ.

Anna MAZURKIEWICZ

Było to pierwsze Śniadanie Prasowe w ramach kampanii „Rozmowy o czasie”. Następny panel – po wakacjach, we wrześniu. Ambasadorką kampanii jest Teresa Lipowska. Kampania Polskiej Unii Onkologii „Rozmowy o czasie”. Miesięcznik „Puls” objął kampanię patronatem medialnym.

(przedruk z „Pulsu” nr 8-9/11)

## Czy jesteśmy wierni deontologii?

Pojęcie etyki pochodzi z greki, (*ethicos – moralny, obyczaj*). Stanowi ona utrwalone przez wieki normy życia czy współżycia i realizacji tych norm. Obejmuje to, co w każdej epoce, czy grupie ludzi uważane jest za zgodne z przyjętymi obyczajami. Etyki i moralności nie można rozpatrywać osobno. Nie można bowiem sobie wyobrazić etyki niemoralnej. Idea ta wywodzi się z odległych czasów, gdy w demokracji ateńskiej żyli i tworzyli najgenialniejsi myśliciele naszej przeszłości. Cały dzisiejszy cywilizowany świat korzysta i opiera się na tym, co zostawili nam starożytni Grecy. To oni przekazali nam wspaniałą filozofię prawdy, potrzebę dążenia do prawdy. W starożytności etyka i moralność były surowo przestrzegane, a wykroczenia były piętnowane. Burze dziejowe deformowały etykę, naginając ją siłą do warunków stworzonych przez grupy rzą-

dzące. Miniony wiek dostarczył Europie i światu wielu smutnych przykładów.

Deontologia jest jedną z form etyki, nauką o powinnościach lekarskich. Dotyczy stosunków między lekarzami, między lekarzami a chorymi w każdym układzie ich potrzeb. Powinny je cechować uczciwość, a także grzeczność i koleżeńskość, o czym w przysiędze Hipokratesa jest wyraźnie mowa. Niestety w dzisiejszych czasach pogoni za pieniądzem, uchybia się etyce zawodowej i etycznym zasadom współżycia w społeczeństwach. W nawiązaniu do przysięgi Hipokratesa, którą wszyscy składaliśmy, pojawiają się nie raz sytuacje, będące wykroczeniem wobec zasad deontologii lekarskiej opartej w znacznej mierze na naukach Hipokratesa. Izby Lekarskie kilkakrotnie wydawały aktualny kodeks etyki lekarskiej, ale kto z nas go czytał i wie o czym mó-

wi? Stąd liczne – niestety – uchybienia. Oto kilka przykładów wziętych z życia.

Naruszeniem etyki zawodowej, jest publiczne negatywne wypowiadanie się o koleędzie, który, być może popełnił błąd. W codziennej praktyce dowiadujemy się o tym od pacjenta, który u nas szuka porady, bo u poprzedniego lekarza – jak się mu zdaje – jej nie znalazł. Mylić się jest rzeczą ludzką, więc czasami rzeczywistość może dojść do pomyłki. Ale też ludzka jest niechęć do przyznawania się do błędu. Wszelako nie powinno się przechodzić nad tym do porządku dziennego. Przy najbliższej okazji, gdy nadarzy się odpowiednia chwila, powinno się delikatnie koleędzie zwrócić uwagę. Jest to powinność starszego kolegi wobec młodszego, bowiem w pewnym sensie każdy starszy kolega jest nauczycielem młodszego. Delikatność w tym wypadku ma pierwszorzędne znaczenie, kolega bowiem, któremu chcemy zwrócić uwagę musi być przekonany, że jesteśmy jego sojusznikiem, że chcemy mu tylko pomóc dla dobra chorego. Zwracanie uwagi w arbitralnej formie nie powinno mieć nigdy miejsca. Może osiągnąć skutek odmienny od zamierzonego.

Gdy w moim gabinecie pacjent krytykuje lekarza, u którego poprzednio się leczył, czuję się fatalnie. Bywa, że są to szokujące nas wypowiedzi, przyczyniające się do obniżania autorytetu lekarskiego. A przecież o jego wysoką pozycję musimy zawsze i wszędzie dbać. O tym też mówi kodeks etyki lekarskiej. Dlatego w podobnej sytuacji nie powinniśmy milczeć, albo co gorzej podtrzymywać często bezzasadną krytykę, czy nieraz nawet wyzwiska pod adresem lekarza. Jak mamy się zachować? Czy w milczeniu słuchać wzburzonego pacjenta? Nie, bo nasze milczenie może być odebrane jako potwierdzenie. Powinniśmy odczekać aż zdenerwowany pacjent powie wszystko, co mu leży na sercu i cierpliwie go wysłuchać, aż zalegnie cisza i dopiero wtedy włączyć się ze starannie przygotowaną odpowiedzią. Nasz język jest wystarczająco elastyczny, aby w podobnej sytuacji, z wycuciem okoliczności starać się wytłumaczyć pacjentowi, że mógł niewłaściwie zinterpretować zaistniałą sytuację. Czasami nie jest łatwo go o tym przekonać, bo żale bywają głębokie, lecz w żadnym wypadku nie powinno się podtrzymywać krytycznej opinii rozżalonego pacjenta. Z każdą bowiem chwilą będzie nam trudniej osiągnąć złagodzenie sytuacji i doprowadzenie do nadrzędnego celu, jakim jest jego leczenie.

Jeszcze gorzej jest, gdy lekarz nie mając ku temu podstaw, przedstawia w złym świetle swoich kolegów. Znamy takie wypadki robiące kolegom niepowetowaną krzywdę, szczególnie gdy wydarzenie wydostanie się poza gabinet lekarski. Nagłaśniane przez łapczywe sensacje media mogą przyczynić się do rozgłosu i, w skrajnych wypadkach, mogą zniszczyć karierę niewinnego kolegi.

Dla nas lekarzy jest oczywiste, że we wszelkich sprawach dotyczących diagnozy i terapii, a także w rozmaitych sprawach rozjemczych, powinniśmy zawsze decydować wg posiadanej wiedzy, doświadczenia, sumienia i zgodnie z panującym od wieków prawem zastosować metodę rozstrzygania zawsze na korzyść pokrzywdzonego – *In dubiis semper pro reo*.

Może się zdarzyć, że się wahamy i nie jesteśmy pewni podejmowanej decyzji, nie ma bowiem diagnozy łatwej. Za każdą może kryć się dramat człowieka. Znamy dobrze chwile, gdy ogarniają nas wątpliwości. Dlatego zanim ją podejmiemy, powinniśmy w każdym wypadku jakichkolwiek obiekcji, poprosić o radę bardziej doświadczonego kolegi. Można też *antiquo modo* poprosić o zwołanie konsylium, którego korzyści nie da się przecenić. Nie trzeba się krępować. Tak jak w ustawodawstwie karnym i cywilnym, tak samo w kodeksie postępowania lekarskiego powoływanie się na niewystarczającą wiedzę nie jest żadnym argumentem tłumaczącym błędne postępowanie.

Etycznie wysoce naganne jest uleganie namowom lub koteriom, których celem, z lekarskiego punktu widzenia, jest wpływanie na nieobiektywność orzeczenia. Osoba, która nas namawia do takiej decyzji, bez względu na to kim jest, postępuje wysoce nieetycznie, błędnie moralnie i powinniśmy jak najszybciej zakończyć z nią rozmowę, dając jej wyraźnie do zrozumienia dlaczego tak postępujemy.

Niestety, dziś niemal wszędzie na świecie, w coraz większym stopniu widzimy działania zaprzeczające etyce i moralności. Dziennikarze i politycy, służą tym, którzy sprawują rządy. Ogarnia mnie niepokój, gdy słyszę o pseudonaukowcach, którzy zamieszczają w swoich publikacjach cudze cytaty jako własne, bez podania źródeł. Pół biedy, jeśli robi to młody adept, który jeszcze nie wie, że postąpił niewłaściwie. Gorzej, gdy nie nauczy go starszy kolega, u którego się szkoli.

Nasz zawód, jak żaden inny, wymaga ustawicznego szkolenia. Każdy zdaje sobie sprawę, że wiedza, doświadczenie i nowe zdobycze medycyny mają dla diagnozy i terapii kapitalne znaczenie. Nauka nieustannie wzbogaca nas o nowe leki, a nowe badania są nadzieją lekarza i chorego. Musimy je nie tylko znać, ale wprowadzać do naszego lekarskiego postępowania. Dlatego organizujemy zjazdy naukowe, wydajemy lekarskie czasopisma. Również wydawnictwa towarzystw naukowych i Izby Lekarskich w kraju i na świecie piszą o odkryciach, o nowych lekach, nowych metodach operacyjnych.

Filozofie totalitaryzmów XX wieku, a także wcześniejszych wieków tworzyły kłamliwe moralnie etyki dla podbudowania swoich potrzeb, daleko odbiegające od klasycznych pojęć. Jej kanony nie mogły być zgodne z tym co człowiek odczuwa jako postępowanie moralne, lecz z tym, co ustroje totalitarne chciały aby było wyznawane. Szczyt zakłamywania filozofii przypada na XX

wiek. Nieżyjących już, genialnego kompozytora Ryszarda Wagnera i filozofa Fryderyka Nietschego, kłamliwe ale zdolne umysły służących pseudofilozofów, wpręgały na polecenie dyktatorów do tworzenia nowej fałszywej etyki. Nieżyjący już mistrzowie, na których się powoływano, nie mogli się ani bronić, ani zaprzeczać.

W minionych latach XX wieku już w szkole podstawowej zaczynano nauczać dzieci tej pełnej kłamstw komunistycznej i faszystowskiej filozofii. Łatwo zrozumieć, jakie nieodwracalne szkody zostały poczynione w młodych umysłach i charakterach całych pokoleń.

Bo czym skorupka za młodu... tym pozostaje do końca życia.

Przypomnijmy na koniec, że w przysiędze Hipokratesa, jest mowa o szacunku i wdzięczności, którą należy okazywać swoim nauczycielom, za wiedzę którą im zawdzięczamy. Czy wszyscy pamiętamy o przestrzeganiu tych słów składanej przysięgi? Pamiętajmy o tym mając świadomość, że bez ich wiedzy, którą nam przekazali, nie byłoby nas tutaj w tej chwili.

Jan PIETRUSKI

(przedruk z biuletynu OIL w Białymstoku 2/11)

## Etyka i moralność z perspektywy lekarza i filozofa

W świecie, w którym od zawsze kwestionowano zasady moralne różniące się od siebie zależnie od społeczności i religii, a nawet jednostki, moralność już nie rządzi ani nie kieruje obywatelem. To sprawia, że społeczeństwa podejmują próby wprowadzania zmian za pomocą prawa cywilnego, ponieważ nakreślanie kierunków jest wciąż niezbędne. Niestety jednak, pewne prawa moralne nie mogą być zastąpione przez prawa cywilne.

W ten sposób, grupy o różnym charakterze (społecznym, zawodowym, wiekowym, ideologicznym) usiłowały znaleźć pośrednią drogę, umożliwiającą wypełnienie próżni spowodowanej utratą siły leżącej w Moralności, bądź utratą samej Moralności. Dlatego też znaleziono schronienie w postaci Etyki.

Obecnie rzadko słyszymy wypowiedzi na temat Moralności, co tylko podkreśla jak mało jej jest dookoła nas. Z drugiej strony, media codziennie bombardują nas odwołaniami do Etyki. Spróbujmy przeanalizować zatem, co znaczy każde z pojęć.

Słowo Moralność pochodzi od łacińskiego „mores”, podczas gdy słowo Etyka pochodzi od greckiego „etikon”. Oba wyrażenia oznaczają tyle co zwyczaj.

Termin Deontologia (pochodzący od greckiego „deontos” – obowiązek) określa gałąź Etyki i może być zdefiniowana jako Etyka Zawodowa.

Są ludzie, którzy twierdzą, że Etyka jest nauką Moralności. Inni uważają, że Etyka oznacza Moralność Stosowaną.

Moralność opiera się na pojęciach dobra i zła, które są pojęciami natury filozoficznej. Z tego powodu, to właśnie filozofowie zajmowali się tymi zagadnieniami przez lata. Sokrates zwracał uwagę na zawartość moralnego dobra. Była to Etyka Dobra. Platon wybrał Etykę celów. Jeśli te są dobre, to również intencje, wiedza i siła są dobre.

Arystoteles wiązał moralne dobro z nienagannym zachowaniem człowieka, który kierując się inteligencją

lub mądrością nie popadał w żadną ze skrajności i potrafił ulokować się pośrodku nich. Dla Epikurejczyków, Etyka nie byłaby nauką o dobru samym w sobie. Stoicy kładli nacisk na Etykę obowiązku i istnienia. Chrześcijaństwo przyniosło Etykę Chrześcijańską, ontologiczną i teologiczną.

Dobro etyczne zostało utożsamione z osiągnięciem celów i zadań wynikających ze stworzenia, z określonymi cnotami i wartością każdego istnienia.

Po Kancie, Etyka stała się niezależna od religijnych idei i została przetransponowana w Etykę obowiązku i determinacji ustalania prawdy. Rewolucja przemysłowa i społeczna znalazła odbicie w relacjach międzyludzkich, a co za tym idzie i w Etyce. Została wówczas stworzona Etyka ery przemysłowej.

Na polu medycznym, Etyka zawsze dostępnego lekarza, pełnego dobroci, zawsze gotowego poświęcić swój odpoczynek dla dobra chorego, wielokrotnie bez zapłaty, dały początek nowej Etyce: Etyce służby zdrowia. Tam gdzie moralne wartości były doceniane, teraz ocenia się również umiejętności praktyczne.

Tendencje w Etyce i Moralności zawsze rozwijały się równolegle ze szkołami filozoficznymi. Moralność jest nauką dotyczącą spontanicznego zachowania, ponieważ bada zachowanie nabyte w trakcie formowania się jednostki we wczesnym stadium jej życia, wrodzone, prawie uwewnętrznione, spontaniczne, a jako takie, reprezentujące sumienie każdego.

Etyka jest nauką o złożonym zachowaniu, w odniesieniu do nowości, zaawansowanych technologii: wynika z pojęć w znacznym stopniu już przedyskutowanych, ukształtowanych i zamkniętych.

Wraz z przyspieszoną ewolucją naukową, większym rozpowszechnieniem i precyzyjniejszym przyswajaniem wiedzy, wiele etycznych pojęć stało się również pojęciami moralnymi. W Etyce i w Moralności tak samo ważnym jest aby sprecyzować nie tylko to co musi być ale



również to, czego nie może być, to, co jest moralne i niemoralne, etyczne i nieetyczne.

Wiele zasad, które w przeszłości uznawane były za etyczne, dziś już nimi nie są, zmiany te wymusiła ewolucja nauki i techniki. Kodeks Etyczny, umieszczany pomiędzy Moralnością i Etyką, istnieje tylko dlatego, że Człowiek nie postępuje zgodnie lub nie akceptuje zasad moralnych. Pewne elementy natury społecznej i osobistej, pojęcia naukowe i technologiczne, moralne lub paramoralne poglądy, walka pomiędzy uczuciami a wiedzą, znaczenie emocji, mody filozoficzne, w sensie etycznym są czynnikami determinującymi zachowania społeczeństw. Istnieją również inne czynniki bardziej statyczne, związane z cechami ludów, ich sposobami funkcjonowania, odróżniającymi np. Ludy Północy od Ludów basenu Morza Śródziemnego.

Na przestrzeni wieków pojęcie Etyki przechodziło ciągłą ewolucję. To samo nie dotyczyło w tak znaczący sposób pojęcia Moralności, ponieważ określała ona na Dobro i Zło. Moralność jest teorią, myślowym opracowaniem.

Etyka nie zajmuje się tym co powinno i tym czego nie powinno być ponieważ jest oparta na faktach. Angażuje się w sprawy aktualnie się dziejące, w nowości. W ostatnich dekadach, Etyka stała się przedmiotem zainteresowania profesjonalistów z wielu dziedzin w większym stopniu niż filozofów. Prawie wszędzie tworzone są komisje, które łączą ze sobą ludzi, podejmujących próby stworzenia zasad etycznych, które są powiązane z ich zawodem.

Czasami owe zasady są z natury bardziej moralne niż etyczne, ponieważ w większości wskazują jak powinno być lub jak nie powinno, a to są zagadnienia moralne. Zasady moralne są indywidualne, decyduje się o nich wewnątrz każdego człowieka, w jego sumieniu. Etyka jest zbiorowa lub wzajemna, jest kontraktem akceptowanym przez obie strony. Moralność wynika z zasad. Etyka jest rezultatem konfrontacji z ideami. Tak długo, jak lekarze i pacjenci mają takie same zdanie, Etyka nie jest potrzebna.

Moralność proponuje, daje rady ale ostatecznie każdy sam decyduje. Etyka narzuca i jeśli ustanowiona i rozumiana jest jako prawo, nie dopuszcza niewypełnienia. Moralność mówi jak powinno być. Etyka mówi jak musi być. Moralność jest obszerna, Etyka jest ograniczona ponieważ stosuje się ją tylko do określonej dziedziny ludzkiej aktywności.

Moralność opiera się na zasadach, na przykład tych wynikających z dobrowolnego poddania się aborcji. Moralność jest niezależna, Etyka jest uregulowana zasadami prawa danego kraju, obyczajowością, deontologią, uwarunkowaniami zawodowymi i technologicznymi.

Moralność jest abstrakcją, Etyka jest konkretna, ma na celu konkretne zastosowanie. Jest zależna od prakty-

ki a jednocześnie oderwana od niej. Moralność spełnia się w Doktrynie, Etyka w Kodeksie.

Służby medyczne rządziły się, a przynajmniej próbowały, podstawowymi prawdami i zasadami przez ponad dwa tysiące lat. Stanowią one podstawę ich niezależności i zawodowej wolności, będąc jednocześnie pewnym źródłem niezależności i swobody pacjenta, który im zaufa. Niezależność i wolność chorego, jest tym co stanowi fundament niezależności i wolności lekarza. Niezależność i swoboda są dokładnie tym, co pokazują i co odzwierciedlają przysięgi i modlitwy rozbrzmiewające od wieków po nasze czasy jako przysięga Służb medycznych, złożona przed pacjentem, przed społeczeństwem, przed Moralnością i przed Bogiem.

Jeśli poddamy analizie następujące Przysięgi i Deklaracje:

- Kodeks Hammurabiego, 1600 p.n.e;
- Przysięga Hipokratesa, 400 p.n.e.;
- Grecka Przysięga IV-V wiek, autor nieznany;
- Przysięga Medyczna Assapha, żydowski lekarz z VII wieku;
- Modlitwa Mosesa Maimoidesa, XII wiek;
- Przysięga Amata Lusitaniana, znaleziona/złożona w Salonikach;
- Modlitwa Lekarza albo „Thephilat Herofim”, Kacoba Zahalou-Jacob Zahalou-Jakuba Zahalou’a, lekarza, rabina z Włoch (1630-1693);
- Medyczna Przysięga Montpellier napisana przez Lallunant’a;
- Przysięga Deklaracji Genewskiej, Szwajcaria, zaadaptowana przez Zgromadzenie Ogólne Światowego Towarzystwa Medycznego, wrzesień 1984 r.;
- Przysięga hebrajskiego lekarza napisana przez profesora Halperna z Jeruzalem, złożona po raz pierwszy 12 maja 1952 r., kiedy wręczano dyplomy pierwszym lekarzom państwa Izrael;
- Modlitwa lekarza Jego Świątobliwości Papieża Piusa XII;
- I Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej, zaadoptowany podczas trzeciego Generalnego Zgromadzenia Światowego Stowarzyszenia Medycznego, Anglia, październik 1949 r.;
- Deklaracja Helsińska, rekomendacja dla lekarzy kliniki śledczej zaadoptowana przez 18 Światowe Stowarzyszenie Medyczne, Helsinki, Finlandia, 1964 r.; zobaczymy, że pomimo różnic w czasie, nie ma wielkich zmian w deklarowanych zasadach. Jedyne modyfikacje dotyczą sposobu formułowania tych zasad i symboli poszczególnych okresów.

Obecnie, w obliczu przyspieszonego rozwoju Medycyny, pojawiają się w końcu elementy zmian. Postęp naukowy i technologiczny, modyfikacje zasad społecznych, wpływ filozofów i myślicieli, ruchy społeczne, stanowią podstawę fermentacji nowego etycznego zaczy-nu. W ostatnich latach stało się to oczywistością wobec

zagadnień transplantologii, zapłodnienia in vitro, dobrowolnego przerywania ciąży, eutanazji, chorób terminalnych, klonowania itd...

Należy się spodziewać, że pewnego dnia, wraz z ewolucją Medycyny, aforyzm „dbaj o siebie” zostanie włączony do etycznego kodeksu zdrowia, ponieważ dbałość o siebie samego będzie jednocześnie odpowiedzialnością za każdego z nas. W międzyczasie Etyka utorowała drogę Bioetyce, a ta jest gotowa, aby zaanonsować Sanietykę. Pierwsza z nich dotyczy relacji pomiędzy Człowiekiem i Życiem, Druga dotyczy powiązań Człowieka z elementami Biosfery. Sanietyka zaś jest Etyką zdrowia.

I cała sprawa nie skończy się na tym, ani nie ucichnie, ponieważ podejrzewam, że właśnie od tego momen-

tu będziemy świadkami corocznej publikacji Kodeksu Etycznego, i tak jak w prawie cywilnym, stanie się koniecznym, aby badać przestępstwo z punktu widzenia roku, w którym zostało ono popełnione.

O ile Moralność nie dojdzie do siebie po okresie choroby, w czasie którego podupadła, historyczny cykl skończy się jej upadkiem. Tu i tam pojawiają się jednak znaki, że moralne odrodzenie jest w trakcie przygotowań.

Oby tak było.

*Carlos Manuel VIEIRA REIS (Portugalia)*

przekład: Martena Błachowicz, Katarzyna Pankiewicz

(przedruk z wydawnictwa Kongresu Międzynarodowej Unii Pisarzy Lekarzy –  
Płock 22-26 września 2010)

## **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](http://www.izbalekarska.opole.pl)

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

**Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego** uprzejmie informuje, że w dniu 15 października 2011 r. o godz. 10<sup>00</sup> odbędzie się coroczne zebranie Oddziału Opolskiego PTU oraz konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Miejsce ultrasonografii w postępowaniu diagnostycznym”.

**Plan zebrania i konferencji obejmuje:**

Sprawy organizacyjne:

- sprawozdanie z działalności ustępującego Zarządu Oddziału Opolskiego PTU za 4-letnią kadencję 2007-2011
- wybór nowego Zarządu OO PTU na kadencję 2011-2015 oraz nowego Prezesa-elekta
- sprawy bieżące

Konferencja naukowo-szkoleniowa – wykłady:

- „Przypadek zespołu Budd-Chiari typu I - przykład trudności diagnostycznych w ustaleniu rozpoznania” – lek. med. Ireneusz Bogusz,
- „Ciekawe przypadki ultrasonograficzne” – dr hab. n. med. Joanna Ścieszka,
- „Zmiana ogniskowa sutka – algorytm diagnostyczny” – lek. med. Bożena Widz-Tomała.

Miejsce obrad: sala Izby Lekarskiej w Opolu ul. Grunwaldzka 23. Uczestnicy zebrania otrzymają 3 punkty edukacyjne. Serdecznie zapraszamy.

*Dr n. med. Aleksander Szlachta, były prezes  
Lek. med. Ireneusz Bogusz, prezes*

\* \* \*

**Opolska Fundacja Antynowotworowa** zaprasza na kurs „Onkologia dla lekarzy rodzinnych”. Wykłady w dniach 22-23 października 2011 r., w godz. 9<sup>00</sup>- 17<sup>00</sup>, w Opolu. Kurs jest nieodpłatny, a uczestnicy otrzymują skrypt, materiały szkoleniowe, materiały na temat profilaktyki onkologicznej oraz wyżywienie. Uczestnicy kursu otrzymują certyfikat i 16 punktów edukacyjnych. Zapisy trwają do dnia 17 października 2011 r.: telefon/fax 77/455-01-00, tel. kom. 600-081-975, e-mail: japat@tlen.pl.

\* \* \*



**Neuropsychiatry i Neuropsychologia. Update 2011**

Już po raz szósty zapraszamy Państwa do udziału w konferencji Neuropsychiatry i Neuropsychologia Update 2011, która tradycyjnie odbędzie się w Poznaniu. Wśród licznej gromady wykładowców z Polski jest również gość z zagranicy: prof. Wolfgang Fleischhacker z Austrii, przewodniczący *European Group for The Research of Schizophrenia* (EGRIS), który omówi leczenie farmakologiczne schizofrenii – 2011 update. Przewodniczącym Komitetu Naukowego jest prof. dr hab. med. Janusz Rybakowski.

**Termin:** 24–25 listopada 2011 r.

**Miejsce konferencji:** Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego ul. Przybyszewskiego 37 A, Poznań

**Organizatorzy:** Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Sekcja Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wydawnictwo Termedia, wydawca czasopisma *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*

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

\* \* \*



**II Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej**

**State of the arts** – to hasło tegorocznego Kongresu, podczas którego zostanie zaprezentowany aktualny stan wiedzy na temat raka jajnika, szyjki macicy oraz błony śluzowej trzonu macicy. Nie zabraknie tematów trudnych, kontrowersyjnych oraz pytań o przyszłość medycyny w świetle najnowszych badań. Formuła dyskusji „za i przeciw” z pewnością będzie sprzyjać twórczemu podejściu do omawianych problemów. Podczas jednej z sesji poruszone zostaną tematy dotyczące diagnostyki molekularnej w raku jajnika, chemioterapii pierwszego i drugiego rzutu, leczenia chirurgicznego oszczędzającego płodność u młodych kobiet oraz terapii celowanej w raku jajnika. Uczestnicy Kongresu poznają także zaawansowane techniki chirurgiczne w leczeniu nowotworów ginekologicznych, a także efekty zastosowania robota da Vinci w ginekologii onkologicznej. Nie zabraknie takich pytań, jak: chemioterapia pierwszego rzutu – IP czy *dose dense*? Czy ponawiane leczenie chirurgiczne przynosi korzyść chorym na raka jajnika? Paklitaksel czy pegylowana liposomalna doksorubicyna? Czy oznaczać stężenie CA125 po I linii leczenia?

Ponadto pojawią się tematy skriningu raka szyjki macicy w erze „po szczepieniu przeciwko HPV”, radioterapii w leczeniu raka trzonu macicy czy też angiogenezy w raku endometrium.

To jednak tylko część zagadnień, dla których warto wziąć udział w Kongresie. Największą wartością tego spotkania będzie możliwość wymiany doświadczeń z najwybitniejszymi specjalistami w ginekologii onkologicznej.

**Termin:** 24–26 listopada 2011 r.

**Miejsce:** Hotel Novotel Poznań, pl. W. Andersa

**Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, Klinika Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, wydawnictwo Termedia

**Przewodniczący komitetu naukowego:** prof. dr hab. n. med. Janina Markowska, prof. dr hab. n. med. Stefan Sajdak

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





## Ogólnopolska Szkoła Kardiodiabetologii

Zagadnienia związane z leczeniem nadciśnienia tętniczego, ostrymi zespołami wieńcowymi, kardiomiopatią cukrzycową oraz terapią kardiologiczną – to główne tematy konferencji Ogólnopolskiej Szkoły Kardiodiabetologii – Postępy diagnostyczne i terapeutyczne.

Najbliższej jesieni odbędą się trzy spotkania, podczas których znani wykładowcy przedstawiają uczestnikom nowości w zaleceniach Europejskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, prezentowane na zjazdach EASD (European Association for the Study of Diabetes) w Lizbonie we wrześniu 2011 r. oraz ESC (European Society of Cardiology) w Paryżu w sierpniu 2011 r.

Cukrzyca to jeden z najważniejszych stanów chorobowych zwiększających ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych. Świat współczesny musi zmierzyć się z jej epidemią i powikłaniami kardiologicznymi. Każdy z nas spotyka w praktyce klinicznej osobę z cukrzycą, często z objawami choroby niedokrwiennej serca. Konieczne staje się zastosowanie nowoczesnej diagnostyki, zgodnej z rekomendacjami diabetologicznymi i kardiologicznymi – mówi prof. dr hab. med. Danuta Pupek-Musialik, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiodiabetologicznego i przewodnicząca Komitetu Naukowego konferencji.

Odpowiedź na pytanie, jak wdrożyć właściwą profilaktykę pierwotną i wtórną, uczestnicy poznają podczas konferencji Szkoły Kardiodiabetologii, które odbędą się w trzech miastach: Kielcach, Szczecinie i Bydgoszczy.

### OSK Kielce

**Termin:** 19 listopada 2011 r.

**Miejsce:** Hotel *Uroczysko*, Cedzyna 44 D, 25-900 Kielce

### OSK Szczecin

**Termin:** 3 grudnia 2011 r.

**Miejsce:** Wydział Teologiczny Uniwersytetu Szczecińskiego ul. Papieża Pawła VI nr 2, 71-459 Szczecin

### OSK Bydgoszcz

**Termin:** 10 grudnia 2011 r.

**Miejsce:** Hotel *Pod Orłem*, ul. Gdańska 14, 85-006 Bydgoszcz

**Przewodnicząca Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. n. med. Danuta Pupek-Musialik

**Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Kardiodiabetologiczne, 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](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\*\*\*



## XVIII Sympozjum Instytutu Kardiologii

„Dziedziczne podłoże chorób układu sercowo-naczyniowego a nowoczesne metody leczenia” – to temat tegorocznej edycji sympozjum. Najwybitniejsi specjaliści przedstawiają zagadnienia, które ukażą znaczenie podłoża genetycznego w chorobach układu sercowo-naczyniowego.

Jedną z sesji, której przewodniczyć będą: prof. Witold Rużyło, prof. Piotr Hoffman i prof. Jacek Różański, zostanie poświęcona tętniakom i rozwarstwieniu aorty piersiowej (TAAD). Nie zabraknie na niej tak istotnych tematów, jak: kryteria diagnostyczne tętniaków aorty piersiowej, klasyfikacja rozwarstwień aorty piersiowej, leczenie operacyjne i podłoże genetyczne TAAD. Na szczególną uwagę zasługuje planowana podczas tej sesji prezentacja przypadków dotyczących postaci zespołowej i niezespołowej TAAD – komentowanych na bieżąco przez kardiologów, kardiologów oraz radiologów.

Uczestnicy sympozjum otrzymają 5,5 punktu edukacyjnego oraz 5,5 punktu edukacyjnego PTK.

**Termin:** 26 listopada 2011 r.

**Miejsce konferencji:** Warszawa, Hotel Marriott, Al. Jerozolimskie 65/79

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** Witold Rużyło

**Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego:** Zofia T. Biłńska

**Organizatorzy:** Instytut Kardiologii w Warszawie, 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](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\*\*\*

**Niepubliczny Zespół Stomatologiczny „UNIDENTAL” Sp. z o.o.** w Kędzierzynie-Koźlu zatrudni lekarza dentystę w przychodni w Koźlu na cały etat. Kontakt: tel. 77/482-11-87, e-mail: [unidental1@wp.pl](mailto:unidental1@wp.pl).

\*\*\*

**Sprzedam pilnie** kompletnie wyposażony **gabinet stomatologiczny** z dwoma Unitami. Numer kontaktowy - 602-517-164. Cena do uzgodnienia.

# [www.ultrasonografy.pl](http://www.ultrasonografy.pl)

**Wydawnictwo Wolters  
Kluwer Polska Sp. z o.o.**  
01-231 Warszawa,  
ul. Płocka 5a  
Tel. 22/535-80-00  
e-mail: [obsługa.klienta@wolterskluwer.pl](mailto:obsługa.klienta@wolterskluwer.pl)  
Księgarnia internetowa:  
e-mail:  
[profinfo@wolterskluwer.pl](mailto:profinfo@wolterskluwer.pl)



Piotr Horosz

## **Komercejalizacja szpitali i jej skutki w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego**

Format A5, oprawa miękka, str. 264, cena 36,75 zł

Prezentowana publikacja stanowi pierwsze na polskim rynku wydawniczym kompleksowe omówienie niezmiennie aktualnej problematyki przekształcania szpitali w spółki kapitałowe, czyli komercjalizacji szpitali, na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej (ustawa weszła w życie dnia 1 lipca 2011 r.), oraz ewentualnych następstw tej komercjalizacji w świetle przepisów polskiego prawa gospodarczego.

W części pierwszej przedstawione zostały pojęcie komercjalizacji szpitali, krótki zarys historii przemian polskiej służby zdrowia, od początku lat 90. do uchwalenia ustawy o działalności leczniczej, mechanizmy mające skłonić podmioty tworzące do komercjalizacji swoich

szpitali, a także procedura przekształcenia SPZOZ-u w spółkę kapitałową. W drugiej części omówiono regulacje prawa spółek, ze szczególnym uwzględnieniem wybranych przepisów dotyczących spółek kapitałowych. Część trzecia została poświęcona problematyce prawa upadłościowego i naprawczego w kontekście skutków nabycia zdolności upadłościowej przez skomercjalizowane szpitale.

Książka skierowana jest nie tylko do praktyków i teoretyków prawa, związanych z sektorem ochrony zdrowia, lecz także do pracowników służby zdrowia – zwłaszcza kadry zarządzającej szpitalem oraz pracowników jednostek samorządu terytorialnego zaangażowanych w proces komercjalizacji szpitali.



Maria Hass-Symotiuk

## **System pomiaru i oceny dokonań szpitala**

ISBN: 978-83-264-1337-7, format A5, str. 290, oprawa twarda, cena: 52 zł.

„System pomiaru i oceny dokonań szpitala” to publikacja przygotowana przez zespół pracowników naukowych Katedry Rachunku Kosztów Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego pod kierunkiem prof. Marii Hass-Symotiuk. Stanowi kompendium wiedzy

o zintegrowanym systemie pomiaru i oceny dokonań szpitali. Ukazane w niej zostały zasadnicze problemy związane z budową tego systemu, a wynikające ze specyfiki działalności szpitali oraz wielorakości realizowanych przez nie celów (medycznych, społecznych i finansowych). Zaproponowana koncepcja uwzględnia pięć obszarów: pacjenta, procesy wewnętrzne, rozwój, finanse i interesariuszy. Dla każdego z nich dobrano adekwatne wskaźniki, odzwierciedlające dokonania szpitala.

Książka jest przeznaczona dla kierownictwa szpitali zarówno publicznych, jak i niepublicznych, przedstawicieli rad społecznych i nadzorczych, głównych księgowych, pracowników służb finansowo-księgowych i statystyki medycznej oraz kontrolerów i audytorów wewnętrznych szpitali.

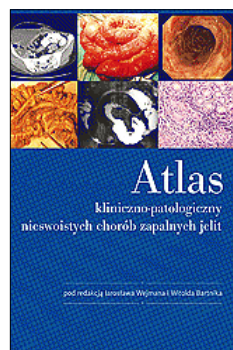
\* \* \*

**Wydawnictwo Termedia  
sp. z o.o.; 61-615 Poznań,**

ul. Kleeberga 2

Tel./faks: +48 61 656 22 00

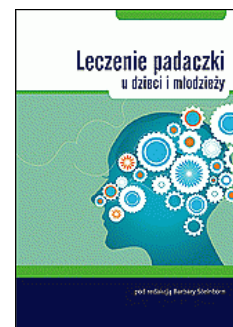
Książka do nabycia na  
[www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)



**Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit**, pod redakcją Jarosława Wejmana i Witolda Bartnika

ISBN: 978-83-62138-62-3, format: 205 × 290 mm, str. 180, oprawa twarda, cena: 89,25 zł

Bogato ilustrowany atlas w przystępny sposób przybliży czytelnikowi zagadnienia dotyczące nieswoistych chorób zapalnych jelit (wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, zapalenia nieokreślonego oraz zapalenia mikroskopowego) łącznie z obrazami zmian morfologicznych występujących w przebiegu tych chorób. Informacje w nim zawarte są owocem doświadczeń autorów zdobytych w czasie kilkudziesięciu lat zajmowania się nieswoistymi zapaleniami jelit.



**Leczenie padaczki u dzieci i młodzieży** pod redakcją Barbary Steinborn

ISBN: 978-83-62138-68-5, format: B5, str. 224, oprawa miękka, cena: 60 zł

Publikacja ta systematyzuje obecny stan wiedzy na temat tej choroby. Czytelnik znajdzie w książce nie tylko klasyfikację padaczki, ale również zasady rozpoczynania terapii przeciwpadaczkowej, mechanizmy działania leków przeciwpadaczkowych oraz sposoby diagnozowania i leczenia padaczki u noworodków, niemowląt, dzieci w wieku szkolnym i przed-szkolnym oraz młodzieży.