

10 2007

Gazeta
Lekarska
Pismo Izb Lekarskich
ISSN 0967-2146
Egzemplarz bezpłatny

**Lekarzu,
możesz
wygrać!**

Zakopane 2007
Lekarscy tytani

REKLAMA

REKLAMA



Za kurtyną milczenia

Na oczach milionów ludzi odgrywany jest wyborczy spektakl pozorów, w którym polityczni ekwilibryści zmieniają nieustannie kostiumy i maski, wmawiając publiczności, że na tym polega prawdziwa sztuka. Aktorzy częstują się wyzwickami, a widownia punktuje je w cotygodniowych sondażach. Nawet Giertych sięga po cytaty z Gombrowicza, aby jak najdosadniej opisać politycznych konkurentów. Rzęsistymi brawami nagradzane są na ogół najbardziej farbowane lisy, a publiczność zgaduje w antraktach, co też wydarzy się w następnym akcie. Partie dotychczas rządzące stosują retorykę opozycji, która przecież korzysta z luksusu zgłaszania intencji, a nie rozliczenia się ze sprawowania władzy. Wszystko po to, by zagłuszyć debatę o tożsamości, konkretach, problemach i kłopotach zwykłych ludzi. Tak ma być do wyborów, a później będą... następne wybory. Co z tego dywanowego nalotu inwektyw da się ocalić, a na co lepiej opuścić litościwie kurtynę milczenia? Rejwach i jazgot w partyjnych gołębnikach przerywany jest nieśmiało pytaniami lekarzy do polityków: Ile pieniędzy ze środków publicznych chcą przeznaczyć na ochronę zdrowia, czy dopuszczają dopłaty do leczenia, limitowanie świadczeń, czy chcą monopolu NFZ czy konkurencji na rynku świadczeń medycznych i czy zgadzają się na prywatyzację SPZOZ-ów? Nie wiadomo, czy przed 21 października usłyszymy jakiegokolwiek konkret.

Na razie nagle rozmnożyły się pieniądze, przynajmniej w obietnicach. To, co latem było niemożliwe, stało się możliwe przed wyborami. W związku z nowelizacją tzw. ustawy podwyżkowej w 2008 r. NFZ przekaże też 4 mld zł na wzrost wynagrodzeń dla pracowników służby zdrowia. Do autorstwa pomysłu przynajmniej sama pani wicepremier Zyta Gilowska.

Molestowanie i mobbing to nowa amunicja w arsenale oskarżycieli lekarzy, kiedy zawiodły zarzuty o morderstwo. Medycyna jest wyjątkowo wdzięcznym polem aktywności wszystkich niewybrednych mobberów. Pod fałszywym płaszczykiem troski o pacjenta, o jakość medycyny można gnębić niewygodnych, niepokornych i zdolniejszych od siebie. Niejeden lekarski talent nie osiągnął kariery, bo ordynator-mobber przykleił mu łatkę osoby z trudnym, konfliktowym charakterem i dołożył starań, by zatrzaskać drzwi, za którymi czekała dobra praca i zaszczyty – pisze na naszych łamach Krystyna Knypl i zachęca do rozmowy. Czas przerwać milczenie i zdemaskować cynicznych graczy i mistrzów manipulacji w naszym zawodzie. „Gazeta Lekarska” nie tylko ośmiela, ale także pomoże odważnym.

Figowe listki powinny sfrunąć również z wypłowiałych konwenansów pomiędzy lekarzem a farmaceutą. W Polsce wzrasta sprzedaż leków OTC, co powoduje nasilenie zjawiska samoleczenia. Opieka farmaceutyczna staje się wyzwaniem nowoczesności. Tymczasem praktyka dowodzi, że lekarz i aptekarz działają odrębnie. Brakuje czasu, wiedzy i procedur. Te zaszłości warto zmienić. Oddając co lekarskie lekarzowi, co aptekarskie aptekarzowi – pomyśleć, co łączy obydwie zawody. Artykułem prof. Tadeusza Chruściela otwieramy, we współpracy z „Gazetą Farmaceutyczną”, cykl publikacji, które powinny sprzyjać tym zmianom. Liczymy na Państwa głosy, polemiki i opinie.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Lekarzu, możesz wygrać!	4
Wirtualny pacjent	5
Okiem Prezesa	5
Jakość przede wszystkim	6-8
Korupcja i zdrowie	10-11
Opieka farmaceutyczna – tak, ale...	12-15
Porozmawiajmy o mobbingu	16-17
Transplantologia wstaje po nokaucie	19
Wartość punktowa procedur	20-21
Kodeks Etyki Lekarskiej jako podstawa odpowiedzialności zawodowej	22-23
Europejski kodeks walki z rakiem	24-25
Przychodzi lekarz do prawnika	26-27
Lekarski sport	30-33
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	34
Książki nadesłane	36
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	42-57
Ogłoszenia różne	57-60
Program TVN Med	61
Biuletyn NRL	

Zbieraj **punkty edukacyjne** przez **Internet**

www.kursy.portalmed.pl

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

Lekarzu, możesz wygrać!

Katarzyna Strzałkowska

Jak długo izba lekarska ma godzić się na poniżanie lekarzy w środkach masowego komunikowania? Czy samorząd może wystąpić do sądu w obronie całego środowiska lekarskiego? Czy istnieją szanse, aby samorząd lekarski wygrał taką sprawę?

Trwający prawie trzy lata i zakończony w połowie września br. proces przed Sądem Rejonowym w Katowicach pokazał, że samorząd może walczyć w obronie dobrego imienia wszystkich lekarzy i może wygrać.

Pozew wystosowany z oskarżenia prywatnego przez Macieja Hamankiewicza, przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach, był pierwszą sprawą w Polsce założoną przez izbę lekarską dotyczącą pomówienia całego środowiska lekarskiego. Jej rozpoczęcie wymagało obecności na wszystkich rozprawach, składania kolejnych wniosków dowodowych, powoływania świadków, gromadzenia dokumentacji.

Wyrok zapadł 17 września br. Sąd uznał Kazimierza Piotrowicza za winnego, orzekając karę jednego roku pozbawienia wolności z zawieszeniem na trzy lata. Zasądzono także grzywnę oraz przeprosiny dla całego środowiska lekarskiego, m.in. na łamach ogólnopolskich gazet. Wyrok ma zostać podany do publicznej wiadomości. Nie jest prawnymocny.

Sprawa wytoczona została w 2004 r., kiedy to znany z produkcji wkładek do butów oraz ubiegania się o urząd prezydenta RP Kazimierz Piotrowicz opublikował na łamach wydawanego przez siebie periodyku stwierdzenia godzące – zdaniem izby – w dobre imię lekarzy. Gazetę wydał jako prezes Międzynarodowego Instytutu Zdrowia „Piokal” w Gliwicach oraz Stowarzyszenia „Siła życia”. Głównym celem Instytutu było przyjmowanie ludzi chętnych do leżenia na bioenergo-elektromagneto-fotono-termodynamicznym łóżku, co – jego zdaniem – leczyło wszystkie schorzenia. Na nic zdawały się zgłoszenia samorządu lekarskiego w prokuraturze, że Kazimierz Piotrowicz zajmuje się leczeniem, a nie posiada do tego uprawnień.

Wydawana przez K. Piotrowicza gazeta miała dotrzeć do jak najszerszej grupy ludzi, była więc rozsyłana jako dodatek do pism jak „Rzeczpospolita”, „Gazeta Prawna” czy „Polityka”. Kolportowano ją w szpitalach, klinikach, na dworcach, parkingach, skrzyżowaniach dróg. Do samorządu zgłaszali się oburzeni lekarze, pacjenci, kierownicy klinik ośrodków całej Polski.

Z gazety każdy mógł się dowiedzieć, że „każdy lekarzyk ma swój cmentarzyk”, że „lekarze dokonują na ludziach różnych doświadczeń”, „doprowadzą ich do drastycznych, nieodwracalnych zmian patologicznych i ogromnego bólu”, „proponują eutanazję”, „węższą biznes”, „wysysają pieniądze” i „przeprowadzają chorobę w stan przewlekły lub nieodwracalny”. W gazecie pojawiły się również stwierdzenia pod adresem izb lekarskich. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej to „wielki koronny strażnik biznesu mający władzę niemal równą władzy Nerona”, a samorządowcy na Śląsku to „gwardia pretorianów” i „szczwane lisy o podstępnych łbach”.

Zdaniem sądu Kazimierz Piotrowicz zamieszczając te treści działał świadomie, mając na celu poniżenie środowiska lekarskiego w opinii publicznej i narażenie na utratę zaufania. Nie działał w obronie interesu społecznego, co więcej, naruszył godność zawodu, który ma być źródłem zaufania publicznego.

Redakcja jednego z pism, w którym zamieszczono gazetę Kazimierza Piotrowicza, przeprosiła za błąd i przyznała, że był to „wypadek przy pracy”, który spowodował narażenie na śmieszność i podważenie wiarygodności środowiska medycznego.

Dyrektor jednego ze znanych ośrodków medycznych podziękował przewodniczącemu za odwagę i uczciwość. Takie słowa rzadko udaje się izbie lekarskiej usłyszeć. Byłe coraz częściej.

fol. A. Zadora



Zbieraj punkty edukacyjne

Kursy e-learning

Rozpoczęła działanie platforma edukacyjna zawierająca akredytowane kursy e-learningowe.

Platforma jest wynikiem prac Konsorcjum na rzecz rozwoju doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów zawiązanego między Naczelną Izbą Lekarską i Fundacją Informatyki i Zarządzania. Zamiarem konsorcjum jest stabilny rozwój katalogu kursów. Jest to nowa, wygodna dla wszystkich forma kształcenia i pozyskiwania punktów edukacyjnych.

Dostępne są już dwa kursy: „Rehabilitacja kardiologiczna” oraz „Podział, kryteria rozpoznawania i wyrównania cukrzycy”.

Mam nadzieję, że w niedalekiej przyszłości wszystkie specjalności lekarskie i lekarzy dentystów znajdą dla siebie interesujące materiały szkoleniowe.

Zachęcam wszystkich, w szczególności samodzielnych pracowników nauki, do przesyłania swoich materiałów szkoleniowych do wykorzystania na łamach Platformy.

Wszystkich zainteresowanych korzystaniem z kursów e-learning zapraszamy na stronę www.kursy.portalmed.pl, gdzie można dokonać rejestracji oraz zdobyć kilka przydatnych informacji związanych z platformą edukacyjną.

Mariusz Janikowski
sekretarz NRL

Wirtualny pacjent

Stypendia w wysokości 2,5 tys. zł dla studentów medycyny oraz lekarzy, to główne nagrody w konkursie „Wygraj stypendium” organizowanym przez TVN Med. Pierwsza edycja konkursu „Wirtualny pacjent” rozpoczyna się już 8 października 2007 r. Rozstrzygana będzie w dwóch kategoriach: „Student” oraz „Lekarz”.

Konkurs składa się z 6 etapów, ogłaszanych co 2 tygodnie na stronie www.tvnmed.pl. Każdy z etapów poświęcony jest konkretnym zagadnieniom medycznym. *Chcemy, by konkurs obejmował wiedzę merytoryczną, ale także poruszał zagadnienia etyczne, prawne, dotyczące relacji lekarz – pacjent* – podkreśla Agnieszka Szczepaniak, dyrektor TVN Med. *Wierzmy, że konkurs ten pozwoli na wyłonienie nie tylko najlepszych, ale i niezwykłych lekarzy.* Poza stypendiami dla zwycięzców całego konkursu przewidziane są także nagrody dla najlepszych uczestników poszczególnych etapów.

Uruchomiony w ub. roku TVN Med to kanał tematyczny realizowany przez lekarzy i do lekarzy adresowany, z którego korzysta już blisko 20 tys. użytkowników. *Chcemy, by zarówno dla studentów medycyny, jak i lekarzy był to także ciekawy sposób na systematyczne pogłębianie i sprawdzanie swojej wiedzy* – przyznaje dyrektor Szczepaniak.

Honorowy patronat nad konkursem objął minister zdrowia Zbigniew Religa oraz rektorzy uczelni medycznych w Polsce. Nad poprawnością treści wszystkich etapów czuwa Rada Naukowa złożona z największych autorytetów w dziedzinach poruszanych w pytaniach konkursowych. Aby wziąć udział w konkursie, należy zarejestrować się na portalu www.tvnmed.pl. Pierwsza edycja konkursu „Wygraj stypendium. Wirtualny pacjent” zakończy się 11 stycznia 2008 r.

Informacje o konkursie dostępne są na stronie www.wirtualnypacjent.pl oraz www.tvnmed.pl.

ms

Okiem Prezesa



Szkoda, że kampania przed zbliżającymi się wyborami do Sejmu i Senatu ma charakter przepychanki politycznej, a nie debaty programowej nad sposobami rozwiązywania problemów trapiących naszą ojczyznę. Trzeba się nieźle nagimnastykować, aby znaleźć programy partii politycznych zabiegających o głosy wyborców w części dotyczącej ochrony zdrowia. Czasu na zmianę tego stanu nie zostało już wiele. Należy jednak zauważyć, że okres przedwyborczy to czas składania deklaracji i obietnic. Patrząc realistycznie na wywiązywanie się polityków ze zobowiązań (nikt nie liczy, że wszystko, co mówią, stanie się faktem), warto jednak wykorzystać ten wyjątkowy czas na nagłaśnianie spraw, które są dla nas ważne. Może przynajmniej część z tego przeniknie do opinii publicznej, a z tym przecież politycy liczą się najbardziej.

Środowisko lekarskie jest podzielone, tak jak większość Polaków. Nie zamierzam więc agitować z tego miejsca do głosowania na tę lub inną partię polityczną. Chciałbym jednak przypomnieć, że samorząd lekarski od lat formułuje oczekiwane przez nas rozwiązania w zakresie organizacji ochrony zdrowia i warto je w tym momencie przypomnieć.

Polacy chcą opieki zdrowotnej na najwyższym poziomie, a nie da się tego osiągnąć bez znacznych nakładów finansowych. W związku z tym podstawowym warunkiem spełnienia tych oczekiwań jest znaczące zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Bez spełnienia tego warunku nie ma co myśleć o rozwiązaniu większości problemów systemu. Wzorem innych państw, oprócz zwiększania ilości środków publicznych, należy także wprowadzić częściową finansową odpowiedzialność pacjentów za udzielane im świadczenia zdrowotne.

Władze państwowe powinny określić zakres i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na poziomie uwzględniającym rzeczywiste możliwości państwa i powiedzieć Polakom, na co ich stać.

Należy skończyć z traktowaniem środowiska lekarskiego jak zakładników zobowiązań państwa wobec obywateli. To dzięki ich skandalicznie niski wynagradzanej pracy Polacy mogą korzystać z godnej opieki zdrowotnej. Poprawa warunków pracy i płacy fachowych pracowników medycznych musi dokonać się niezwłocznie.

W związku ze światowym kryzysem w zakresie kadr medycznych państwo musi traktować polskich lekarzy i lekarzy dentystów jako cenne dobro narodowe. Wymaga to tworzenia atrakcyjnych warunków pracy i rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, a także poszanowania dla autonomii lekarskiego samorządu zawodowego.

W zmieniającej się od osiemnastu lat Polsce system ochrony zdrowia jest tym obszarem gospodarki i życia społecznego, który nadal tkwi w sztywnych ramach centralnego rozdzielnictwa ze wszystkimi wadami takiego rozwiązania. Polacy oczekują możliwości wyboru. Aby zrealizować to zadanie, należy odpolitycznić i zdecentralizować Narodowy Fundusz Zdrowia i zastąpić go konkurującymi między sobą instytucjami ubezpieczeniowymi.

Namawiam, aby podczas spotkań z politykami, a także w wypowiedziach publicznych akcentować te podstawowe, wymienione wyżej elementy programu naprawy systemu ochrony zdrowia. W przeciwnym wypadku stanimy się współwinnymi dalszego dryfowania systemu ze wszystkimi tego dramatycznymi skutkami.

Konstanty Radziwiłł

Jakość przede wszystkim

z Romanem Danielewiczem

dyrektorem Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia

rozmawia Agnieszka Katrynicz

• Brak specjalistów to coraz bardziej dramatyczny problem. Czy w tej sytuacji nie należałoby znieść limitów miejsc specjalizacyjnych, tak by dać szansę młodym lekarzom?

– Limity „ministerialne” na specjalizacje to mit. Tak samo jak twierdzenie, że minister zdrowia ogranicza dostępność do specjalizacji. To nie minister narzuca, że liczba miejsc jest taka a nie inna, ale wynika to ze zgłoszeń jednostek, które mają akredytację na prowadzenie kształcenia podyplomowego. To one określają ile osób i w jakiej dziedzinie są w stanie wykształcić. Minister nie może narzucać jednostkom czy wręcz nakazać im przyjmowania większej liczby osób na specjalizacje. Pamiętajmy, że obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia z 1999 r. określające warunki, jakie trzeba spełnić, by uzyskać akredytację – m.in. liczbę specjalistów pracujących w danej jednostce, a każdy z nich może jednocześnie uczyć najwyżej 3 osoby. To sprawia, że liczba miejsc specjalizacyjnych w niektórych specjalizacjach jest niewielka.

Liczba miejsc otwieranych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym jest określana przez ministra zdrowia w oparciu o informacje uzyskane z Wojewódzkich Ośrodków Kształcenia Kadr (które z kolei ustalają te limity z konsultantami wojewódzkimi), gdzie taka informacja jest najbardziej precyzyjna. Nie zdarzyło się, w ostatnich co najmniej pięciu latach, aby minister zdrowia obniżył limity proponowane przez WODK-amy.

• Tyle, że jest to kwadratura koła – coraz mniej specjalistów uczy coraz mniejszą grupę...

– Z pewnością jest to problem danej jednostki, która chociażby z powodu wyjazdów specjalistów za granicę musi zmniejszyć liczbę miejsc specjalizacyjnych. Ministerstwo może tylko zachęcać, i to robimy, by placówek z akredytacją było jak najwięcej. System nakazowy w tej dziedzinie nie ma racji bytu.

• Ale może warto zastanowić się nad obniżeniem norm akredytacyjnych, tak by więcej szpitali mogło szkolić lekarzy?

– Jest to oczywiście wyjście. Trzeba się dokładnie przyjrzeć tym wymaganiom, czy np. nie „idą” wbrew przekształceniom placówek, zmienianiu przez nie właścicieli. Chciałbym jednak podkreślić, że przyznawanie jednostkom uprawnień do szkolenia specjalistycznego (tzw. akredytacja)

jest – moim zdaniem – jedną z najlepszych cech nowego systemu specjalizacji, bo gwarantuje to jakość kształcenia. A to moim zdaniem jest najważniejsze. Tak jak egzamin państwowy kończący specjalizację, kiedy lekarz otrzymuje dyplom specjalisty – to musi być gwarancja, że jest on właściwie przygotowany do wykonywania zawodu. Nie można tego pozostawić bez kontroli, bo przecież jest to kwestia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Ministerstwo ma obowiązek takie bezpieczeństwo zapewnić.

Oczywiście szukamy rozwiązań, by zwiększyć liczbę miejsc, ale z pewnością nie może się to odbywać kosztem jakości kształcenia. Nie może też być mowy o powrocie do starego systemu, gdzie wystarczyła tylko deklaracja lekarza czy jednostki szkolącej, że ma warunki do specjalizacji.

• Za jakość trzeba płacić, a wiele placówek narzeka, że do kształcenia młodych lekarzy muszą po prostu dopłacać. Także liczba miejsc rezydentur, nie obciążających budżetu szpitali, zależy od pieniędzy, jakimi dysponuje Ministerstwo Zdrowia.

– Oczywiście najlepiej byłoby, żeby wszystkie specjalizacje odbywały się w trybie rezydentur. Rezydentura dla każdego absolwenta akademii medycznej to model najkorzystniejszy, i to zarówno dla lekarza, jak i placówki, ale kosztowny dla budżetu państwa, którego możliwości wszyscy znamy. Ponadto warto też pamiętać, że od pewnego czasu obserwujemy zjawisko nie wykorzystania określonej przez Ministerstwo Zdrowia liczby rezydentur. Na przykład w przedostatnim postępowaniu kwalifikacyjnym mieliśmy ok. 250 niewykorzystanych miejsc i dlatego przy ostatnim postępowaniu podjęliśmy decyzję o takim rozkładzie miejsc, aby możliwa była redystrybucja tych niewy-



korzystanych miejsc do specjalizacji, które cieszą się większym zainteresowaniem.

• Jest pan w stanie powiedzieć, jakie specjalizacje cieszą się największym powodzeniem, a które narzekają na brak chętnych?

– Ze zdziwieniem obserwujemy, że jest coraz mniej osób chcących specjalizować się w anestezjologii, mimo że są to bardzo poszukiwani specjaliści. I to nie tylko w Polsce. Wielu chętnych jest także na internę, co zrozumiałe, bo daje to dobrą podstawę do wybrania potem węższej specjalizacji jak endokrynologia czy gastroenterologia. Z kolei nadmiar chętnych, już tradycyjnie, obserwujemy na wszystkich lub prawie wszystkich specjalizacjach stomatologicznych, a przede wszystkim na ortodoncji.

• Ale to właśnie lekarze dentyści mają dramatycznie mało miejsc specjalizacyjnych. Tu problemem są przede wszystkim pieniądze.

– Rzeczywiście, uczący się lekarz, jak twierdzą kierownictwa placówek, zużywa więcej materiałów, które akurat w tej dziedzinie są bardzo kosztowne, ale nie jestem przekonany, że jest to główna przyczyna małej liczby miejsc specjalizacyjnych. Moim zdaniem dużo większy wpływ na ten stan rzeczy miały przekształcenia jednostek, które mogłyby kształcić lekarzy. Chociażby byłych Wojewódzkich Specjalistycznych Centrów Stomatologicznych, które przekształciły się w jednostki niepubliczne i kształcenie podyplomowe zeszło na nieco dalszy plan, bo ważniejsze jest utrzymanie jednostki, wykonanie kontraktu itp. A placówki niepubliczne, które stanowią w stomatologii większość, nie są aż tak zainteresowane kształceniem specjalizacyjnym, bo poza niewątpliwym splendorem nie przynosi im to dużych wymiernych finansowo korzyści.

• Nie ma co się dziwić – z jednej strony lekarz generujący większe koszty, a z drugiej NFZ, który płaci mniej za procedurę wykonaną przez niespecjalistę. Kolejne błędne koło.

dokończenie na str. 8

Jakość przede wszystkim

dokńczenie ze str. 7

– Tak, to prawda. Nie chciałbym wchodzić w dyskusję na temat finansowania świadczeń, bo to odrębny temat. Jednak kierownictwo placówek też powinno wziąć pod uwagę, że szkolący się lekarz jest w stanie, mam wrażenie dość szybko, nabrać wprawy i pracować jak pełnowartościowy pracownik. I chociaż lekarze podczas specjalizacji nie są wprost uwzględniani w kontrakcie NFZ, to jednak uczestniczą w jego wykonaniu. Nie mówiąc o tym, że w przypadku lekarzy-rezydentów to ministerstwo pokrywa gros jego wypłaty, czyli mamy do czynienia z sytuacją, że placówka dysponuje pracownikiem w przeważającym stopniu finansowanym z budżetu państwa. To rozwiązanie unikalne na skalę europejską i dlatego – moim zdaniem – powinniśmy je wykorzystać. Przypomnę, że chociażby w Wielkiej Brytanii specjalizację lekarze robią będąc etatowymi pracownikami danej placówki. Nie wspominając o tym, że lekarz taki ma obowiązki pracować w kilku placówkach, tak by mieć możliwość poznania różnych technik, np. operacyjnych, pod nadzorem przynajmniej kilku kolejnych specjalistów.

• W Europie toczy się także dyskusja na temat okrojenia programów specjalizacyjnych, m.in. z powodu 48-godzinnego tygodnia pracy czy też względów epidemiologicznych. Czy prowadzone są już prace nad zmniejszeniem programów?

– Niewątpliwie w niektórych specjalizacjach program jest przeładowany. Dotyczy to przede wszystkim dziedzin zabiegowych. Proces nowelizacji pro-

gramów odbywa się w sposób ciągły i nie stoi na przeszkodzie, by toczył się dalej. To jest odwieczny spór czy chcemy mieć specjalistów, np. chirurgów, którzy potrafią wykonać każdy zabieg chirurgii ogólnej, czy też specjalistę wyszkolonego i świetnego w wąskiej dziedzinie – chirurgii naczyniowej czy onkologicznej. I myślę, że nie ma tu prostej odpowiedzi. Prowadzone są też prace nad systemem, który pozwoliłby na szybsze „dojście” do tytułu specjalisty w specjalnościach szczególnie trudnych, roboczo nazywany modułowym. To dobre rozwiązanie i pozwoli chociażby w części uporać się z problemem czasu pracy poprzez skrócenie okresu specjalizacji

• Tyle, że od razu pojawia się groźba pojawienia się kolejnych specjalizacji, chociaż już dziś mamy ich ponad 70 i raczej liczbę tę powinno się zmniejszać.

– Rzeczywiście, mamy bodaj najwięcej w Europie specjalności i dlatego nie ma pomysłów, by ten katalog rozsze-

Nie ma powrotu do systemu, gdzie wystarczyła tylko deklaracja lekarza lub jednostki szkolącej, że ma warunki do prowadzenia specjalizacji.

zać, chociaż oczywiście od czasu do czasu różne środowiska zgłaszają się z taką inicjatywą. Warto podkreślić, że od kilku lat nie powstała żadna nowa specjalizacja (ostatnia była hipertensjologia) i raczej ten stan się nie zmieni. Także trudno mi sobie wyobrazić sytuację

likwidacji niektórych specjalizacji, bo ten katalog ma już swoją tradycję.

W Unii Europejskiej nie ma unifikacji pod tym względem, chociaż tendencja jest raczej taka, by tworzyć zespoły wielospecjalistyczne, gdzie lekarze wzajemnie się uzupełniają. Takie jest zresztą zapotrzebowanie społeczne – pacjenci chcą kompleksowej usługi. Dlatego liczę tu na rozsadek gremiów lekarskich. Tym bardziej, że istnieje już możliwość zdobywania umiejętności w wąskich dziedzinach i lekarze mają możliwość szkolenia się w nowych, wysoko wyspecjalizowanych dziedzinach, bez konieczności powoływania kolejnej specjalizacji.



Profesor Jędrzejczak rozpoczyna swój artykuł „Kłamstwa o korupcji lekarzy” (Wiesław Wiktor Jędrzejczak, „Kłamstwa o korupcji lekarzy”, „GL” nr 6/2007) od pytania, czy w służbie zdrowia mamy w ogóle do czynienia z korupcją. Po 30 latach pracy lekarskiej śmiem twierdzić, że mamy, ale moje wątpliwości budzą dane dotyczące skali i charakteru tego zjawiska.

fol. Marek Stankiewicz

Informacje na ten temat, podawane do wiadomości publicznej, są najczęściej nieprawdziwe i podlegają manipulacjom w zależności od potrzeb. Mamy do czynienia z przekłamaniem, półprawdami i dowolną interpretacją wyników badań opinii publicznej.

Korupcja ma wiele twarzy

Przeciętnemu obywatelowi naszego kraju słowo „korupcja” kojarzy się z żądaniem przez lekarza korzyści majątkowej w zamian za udzielenie pacjentowi pomocy medycznej. Zastanawia mnie, dlaczego mówiąc o tej patologii zawsze mamy na myśli lekarza. Przecież korupcja dotyczy też innych zawodów medycznych. I dlaczego pojedyncze przypadki korupcji tak chętnie są uogólniane i traktowane jako dowód skorumpowania całego środowiska.

Całkowicie zgadzam się z prof. Jędrzejczakiem, że przyjęcie od pacjenta „korzyści” po kuracji lub zabiegu operacyjnym jest dowodem wdzięczności wobec lekarza, a nie zachowaniem patologicznym. Nie znam dobrego lekarza – przede wszystkim zabiegowca – który w swojej karierze nie otrzymałby w ramach wdzięczności butelki koniaku lub innego prezentu od pacjenta czy jego rodziny.

Natomiast zdecydowanie potępiam przyjmowanie korzyści jako warunku hospitalizacji lub leczenia. Zastanawia mnie jednak, dlaczego w innych dziedzinach klient może rozmawiać z wykonawcą usługi o jej cenie i zasadach płatności i nikogo to nie dziwi. Wbrew powszechnej opinii koszty procedury medycznej ustalane przez płatnika (NFZ) nie obejmują kosztów pracy lekarza, co sprawia, że lekarz za swoją pracę dostaje „co łaska”, a nie tyle, ile mu się należy.

Drugim rodzajem tzw. korupcji jest uzyskiwanie korzyści od firm produkujących sprzęt medyczny i firm farmaceutycznych w zamian za przepisywanie recept na konkretne leki i materiały medyczne. Urzędnicy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia często mówią o ogromnych kosztach refundacji recept wypisywanych przez lekarzy „rozrutnie” lub za „korzyści”. Trzeba więc przypomnieć, że to nie lekarze i firmy farmaceutyczne ustalają listy leków refundowanych, limity i procentowe progi refundacji, lecz Ministerstwo Zdrowia w ramach tzw. polityki lekowej. Problem w tym, że państwo, mając w ręku wszystkie narzędzia regulujące tę politykę, od lat właściwie jej nie prowadzi. NFZ zaś od lat obiecuje wprowadzenie rejestru usług medycznych (RUM), który uniemożliwiłby dokonywanie nadużyć m.in. poprzez kontrolę ordynacji recept. Ale rejestru wciąż nie ma, choć lekarze apelują o jego wprowadzenie. Widocznie komuś na tym nie zależy, a winą za całe zło wynikające z braku rejestru obciąża się lekarzy.

Trzeci rodzaj korupcji to „sponsorowanie wyjazdów na kongresy, zjazdy” itp. Jest rzeczą oczywistą, że polskiego lekarza – nawet gdy jest profesorem – przy jego pensji nie stać na opłacenie kosztów kilku wyjazdów w ciągu roku na różne kongresy

i zjazdy naukowe – zagraniczne, a nawet krajowe. Czy ktoś zadał sobie pytanie, w jakim miejscu znajdowałyby się dziś polska nauka i medycyna, gdyby nie sponsoring bogatych mecenasów? Myślę, że na poziomie krajów Czwartego Świata. Nie zmienia to faktu, że nie wszystkie wyjazdy mają cel naukowy, a czasem sponsorowanie kryje w sobie patologie. W krajach cywilizowanych zasady sponsoringu są przejrzyste, bo są określone przepisami prawa. Dlaczego nie można zrobić tego u nas? Czy nie to powinno być zadaniem Ministerstwa Zdrowia – zamiast powoływania zespołu ds. korupcji i zachowań korupcyjnych, skoro z korupcją walczą już kilka innych instytucji państwowych?

Kolejnym rodzajem patologii jest korupcja w relacji przemysł, przemysł farmaceutyczny a tzw. menedżerowie służby zdrowia, którzy dokonują m.in. zakupów na rzecz placówek zdrowia. Tu w grę wchodzi potencjalnie znacznie większe kwoty niż w ww. relacjach. Teoretycznie przed tym chronić powinna ustawa o zamówieniach publicznych, ale jak się okazuje – czasem tylko teoretycznie. Tutaj złapanie na gorącym uczynku jest znacznie trudniejsze niż złapanie ordynatora, któremu w ramach prowokacji podrzuca się 200 zł na biurko. A efekty działalności odpowiednich służb w wysledzeniu takiej patologii są mierne, czyli nie ma się czym pochwalić, i dlatego o tym nie słychać.

Komu zależy na mitach?

Ostatnio podczas debaty w senackiej komisji zdrowia na temat korupcji podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacław Wojtala powiedziała, że w krajach wysoko rozwiniętych, gdzie lekarze zarabiają dużo więcej niż w Polsce, też istnieje korupcja w służbie zdrowia. Powtarzanie tego sloganu ma chyba na celu usprawiedliwienie powszechnej – choć, moim zdaniem, fałszywej – tezy, że podwyższenie zarobków lekarzy nie wyeliminuje korupcji. Pani minister zapominała tylko dodać, że w krajach rozwiniętych mamy do czynienia z korupcją w relacji: menedżer – przemysł, a nie: lekarz – pacjent.

Innym rodzajem patologii w służbie zdrowia, o którym chętnie się mówi i pisze, jest wyłudzenie „nienależnych” pieniędzy od NFZ przez jego kontrahentów. Wykonując procedury medyczne wycenione poniżej realnych kosztów placówki i szpitala muszą dokonywać ekwilibristyki w sprawozdawczości, aby nie dopłacać do kontraktu zawartego z płatnikiem. Za tę formę „korupcji” odpowiedzialni są politycy i państwo, które zorganizowało taki system rozliczeń pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą.

Tak więc żyjąc w kraju, w którym tak chętnie stosuje się uogólnienia, trzeba pamiętać, że korupcja niejedną ma twarz.

Tylko siedem procent

Generalnie rzecz biorąc, nigdzie na świecie nie udało się – mimo stosowania różnych technik badawczych – precyzyjnie ocenić skali korupcji. Podobnie rzecz się ma u nas. W tym

miejsu chciałbym ustosunkować się do tak chętnie ogłaszanych przez media i jednoznacznie komentowanych wyników różnych sondaży.

Zacząć trzeba od przypomnienia, że żyjemy w społeczeństwie, w którym utrwaliły się różne mity dotyczące służby zdrowia, na przykład mit głoszący, że służba zdrowia to „biała dziura”, ale wystarczy zmienić alokację środków, by rozwiązać jej problemy. Albo też mit, że w służbie zdrowia panuje powszechna korupcja, a większość lekarzy bierze łapówki. Oceniając wyniki badań sondażowych trzeba o tych mitach pamiętać.

Po drugie, oceny dotyczące zjawiska korupcji często opierają się na przekłamaniach. Weźmy na przykład badania szacownicę skądinąd Fundacji Batorego. Wiele polityków i dziennikarzy, powołując się na te badania, twierdzi, że 36 proc. respondentów przyznało się do wręczenia łapówki pracownikowi służby zdrowia. Nikt nie zwrócił uwagi, że pytanie zadane respondentom brzmiało: „Czy w ciągu ostatnich dziesięciu lat pan/pani lub ktoś z rodziny wręczył pieniądze lub jakiś prezent pracownikowi służby zdrowia?” I właśnie na tak postawione pytanie 36 proc. respondentów odpowiedziało twierdząco. Pozostawiam to bez komentarza.

Prezentując wyniki badań Fundacji Batorego ministerialny zespół ds. zwalczania korupcji nie przedstawił konkluzji, do jakich doszła Lekarska Grupa Fundacji. Grupa opracowała listę postulatów, które trzeba spełnić w celu skutecznego przeciwdziałania korupcji. Trzy pierwsze postulaty dotyczyły: 1) podwyższenia nakładów na służbę zdrowia; 2) podniesienia zarobków w służbie zdrowia; 3) ustalenia koszyka świadczeń zdrowotnych wraz z czytelnymi przepisami dotyczącymi zasad funkcjonowania kolejek do świadczeń medycznych. Rozumiem, że podanie takich konkluzji było dla decydentów niewygodne.

W raporcie „Diagnoza społeczna 2005 – warunki i jakość życia Polaków” czytamy, że 42 proc. gospodarstw domowych poniosło wydatki korzystając z oficjalnie działającego w naszym kraju rynku usług medycznych (co oznacza, że członkowie tych gospodarstw leczyli się poza publicznym systemem ochrony zdrowia). Natomiast zaledwie 6 proc. gospodarstw przyznało się do wnoszenia opłat nieformalnych. Autorzy raportu komentują wyniki tych badań w sposób następujący: *W świetle takich wyników należy z ogromną ostrożnością interpretować różne medialnie nagłaśniane informacje o rzekomo dużej skali szarej strefy w naszej służbie zdrowia i o rzekomo jakichś ogromnych sumach, które ponoszą liczne grupy społeczne na opłaty nieformalne i na prezenty dla pracowników służby zdrowia. Badania prowadzone w ramach „Diagnozy społecznej” od roku 2000 już po raz trzeci nie potwierdzają tych obiegowych opinii o szarej strefie w rzekomo dużych rozmiarach ani opinii o rzekomo kosztownych prezentach wręczanych pracownikom służby zdrowia.*

Dane Ministerstwa Zdrowia dotyczące korupcji w Europie plasują Polskę na piątym miejscu – za Litwą, Węgrami, Słowacją i Grecją. Do wręczania pieniędzy lekarzom przyznaje się 15 proc. Litwinów i tylko 7 proc. Polaków. Myślę więc, że uprawniona jest teza, iż zjawisko korupcji wśród lekarzy w Polsce – które oczywiście należy zwalczać – nie odbiega w sposób znaczący od patologii wśród innych grup zawodowych i społecznych. W każdym środowisku jest podobna liczba czarnych owiec.

Skąd więc problem korupcji lekarzy jako temat numer jeden? Nie mam na to dowodów, ale jako człowiek kojarzący fakty uważam, że jest to temat zastępczy, dobrze sprzedający się w mediach, a mający odwrócić uwagę od rzeczywistych, ogromnych problemów służby zdrowia. Nie bez znaczenia jest fakt zapowiadanych od dawna protestów placowych lekarzy. Komu może zależeć na zdyskredytowaniu w oczach opinii publicznej środowiska lekarskiego? Oto mamy igrzyska zamiast rzeczywistych reform i podwyższenia zenująco niskich płac lekarzy.

Lekarz i farmaceuta – we wspólnym interesie

Artykułem pana prof. Tadeusza Chruściela, niepodważalnego autorytetu tak medycyny jak i farmacji, rozpoczynamy cykl publikacji istotnych dla obydwu dziedzin ochrony zdrowia. Zamieszczać będziemy je jednocześnie w „Gazecie Farmaceutycznej” i „Gazecie Lekarskiej”, rozpoczynając tym samym stałą współpracę obydwu pism. Uważamy bowiem, że wzorem krajów Unii Europejskiej, współpraca lekarza i farmaceuty jest potrzebą chwili i inwestycją w przyszłość. Dziś w Polsce współpraca ta istnieje głównie w sferze deklaracji, podobnie jak tzw. opieka farmaceutyczna. Codzienna praktyka pokazuje, że aptekarz i lekarz działają odrębnie. Lekarza nie interesuje, czy i co doradza pacjentowi aptekarz, ten zaś nie czuje się powołany, aby faktycznie opiekować się chorym. Brakuje też czasu, wiedzy i procedur, aby opiekę farmaceutyczną prawidłowo prowadzić. Czy farmaceuta zna osobiście choć kilku lekarzy – „autorów” recept, które do niego trafiają (i są często rozszyfrowywane niczym egipskie hieroglify)? Czy lekarz jest na „ty” z pracownikami pobliskich aptek, gdzie jego pacjenci beztrudno zapopatrują się w różne leki, także te mogące prowadzić do szkodliwych interakcji? Niestety – rzadko. Ten status quo trzeba zmienić. Oddając, co lekarskie lekarzowi, a co aptekarskie aptekarzowi – wypunktować, co łączy obydwie zawody. Wskazać także takie obszary, które wymagają przeobrażeń, gdzie potrzeba wspólnego wysiłku. Określenie prawidłowych relacji, podziału zadań i zasięgu świadczonych na rzecz pacjenta usług (jak lekarz ma współpracować z aptekarzem, a aptekarz z lekarzem) i to nie tylko w dziedzinie tzw. opieki farmaceutycznej, jest prawdziwym wyzwaniem. Wyrażamy przekonanie, że podejmą je nie tylko nasze redakcje, ale także przedstawiciele samorządów oraz wybitni reprezentanci towarzystw naukowych obydwu zawodów. Przede wszystkim jednak liczymy na wspólne zaangażowanie lekarzy i farmaceutów, których łączy przecież jeden nadrzędny cel: dobro pacjenta.

Zapraszamy do dyskusji. Z wdzięcznością przyjmujemy wszelkie artykuły polemiczne, listy i wypowiedzi, które będziemy zamieszczać na łamach naszych miesięczników.

Ewa Dux-Prabucka
redaktor naczelna

Marek Stankiewicz
redaktor naczelny

GAZETA
FARMACEUTYCZNA

Gazeta
Lekarska
Prasa dla lekarzy

Opieka

Komentarz do projektu ustawy o zawodzie farmaceuty

W związku z projektem ustawy o zawodzie farmaceuty (wersja przekazana do uzgodnień zewnętrznych w dniu 8 maja 2007 r.) Naczelna Rada Aptekarska wysłała do Ministerstwa Zdrowia komentarz proponując szereg zmian. Spośród licznych – jak nam się wydaje słusznych – uwag i propozycji, fragment dotyczący opieki farmaceutycznej wymaga dalszej, głębszej dyskusji i poprawek.



Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przekazało już (25 maja br.) do resortu stanowisko dotyczące tego projektu. Na temat opieki farmaceutycznej Prezydium wypowiedziało się:

(...) Zdaniem Prezydium projektowane rozwiązania wymagają jednakże dalszego dopracowania zwłaszcza w części odnoszącej się do zakresu pojęcia „opieka farmaceutyczna”.

Definicja ustawowa z natury rzeczy lakoniczna, a przez to niedostatecznie precyzyjna, powinna zostać rozszerzona zarówno poprzez rozbudowanie przepisu ustawy, jak również przewidzenie wydania rozporządzenia, niezbędnego przede wszystkim dla określenia szczegółowego zakresu opieki farmaceutycznej, jak również ustalenia zasad współpracy między lekarzem i farmaceutą.

Należałoby również wyraźnie określić, iż opieka farmaceutyczna, w trakcie czuwania nad prawidłowym procesem farmakoterapii, nie powinna poprzez wskazówki terapeutyczne wkraczać w obszar zastrzeżony dla lekarza, a więc w wykonywanie czynności diagnostycznych i zaleconą terapię.

Obok ustalenia w akcie wykonawczym form i trybu współpracy farmaceuty z lekarzem, konieczne jest wskazanie na odpowiedzialność za podejmowane działania i jej zasady.

Kolejna wersja projektu ustawy, przeznaczona dla Komitetu Europejskiego Rady Ministrów oprócz innych zmian przedstawia niezmienione i niedookreślone objaśnienie znaczenia opieki farmaceutycznej. Jednakże ta nowa wersja przeznaczona dla opieki farmaceutycznej, jak się zdaje właściwe, miej-

Farmaceutyczna – tak, ale...

REKLAMA

sce 7 w liście usług farmaceutycznych. Nie ma jednak nadal wyjaśnienia podniesionych już wątpliwości.

W dalszej części artykułu przedstawiamy komentarz odnośnie pojęcia opieki farmaceutycznej i uwagi mające na celu uściślenie przepisów prawnych wprowadzających formalnie do regulacji prawnych, po raz pierwszy w Polsce, opiekę farmaceutyczną.

Każda inicjatywa zmierzająca do poprawy opieki medycznej jest godna pochwały i wprowadzenia. W Polsce, tak jak na Zachodzie, wzrasta ilość leków stosowanych bez recepty (OTC), co powoduje nasilenie zjawiska samoleczenia, a w związku z tym pojęcie opieki farmaceutycznej nabiera nowego znaczenia. Szczególne uwzględnianie wpływu leczenia na jakość życia pacjenta jest bardzo potrzebne we współczesnym, zabieganym świecie. Jednakże takie przedsięwzięcia powinny być realne, a regulacje prawne, jednoznaczne, nie budzące wątpliwości, przejrzyste i zrozumiałe dla użytkowników. Wydaje się więc, że tekst projektu ustawy o zawodzie farmaceuty niezbędnie wymaga zastanowienia i uwzględnienia naszych uwag i komentarzy. Art. 2 ust.1, pkt 7 wyjaśnia, że opieka farmaceutyczna polega „na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta”. Analizujemy więc po kolei składniki ustawowego objaśnienia.

Dokumentowany proces

Pojęcie to nie zawiera żadnej konkretnej treści – wyjaśnienia czym miałby być „dokumentowany proces”.

Odnosnie szczegółowej aptecznej indywidualnej dokumentacji niezbędne jest ustalenie w trybie delegacji do wydania odpowiedniego rozporządzenia przez ministra zdrowia, z jakich elementów ma się składać ta dokumentacja.

Przede wszystkim nie ma niezbędnej wzmianki do wyrażenia zgody przez pacjenta na objęcie go dodatkową opieką farmaceutyczną oraz tak szczegółową, jak wynika to z następnych elementów tekstu (Art. 2. ust.1 pkt 1).

Trzeba tu dodać, że przedstawiona propozycja Naczelnej Rady Aptekarskiej jest w istocie nieco redakcyjnie poprawionym tekstem projektu Ministerstwa Zdrowia, jednakże proponowane jest przeniesienie opieki farmaceutycznej z punktu 7 do punktu 1 wykazu usług farmaceutycznych (Art. 2 ust. 1). Nie jest to już jedynie zmiana redakcyjna lecz zmiana merytoryczna nadająca szczególne znaczenie opiece farmaceutycznej, jako sprawie wiodącej w pracy aptekarza. Równocześnie trzeba dodać, że nadanie w wykazie usług farmaceutycznych tak wysokiej pozycji opiece farmaceutycznej nie jest potrzebne tym farmaceutom, którzy nie podejmą pracy aptekarza, np. pracując w przemyśle farmaceutycznym, inspekcji sanitarnej, laboratoriach, szpitalach. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji powinno także zawierać wyraźne wskazanie co do trybu zbierania danych i wskazanie miejsca, gdzie zbieranie danych ma się odbywać. Wydaje się, że w tym celu niezbędne jest wydzielenie odrębnego lokalu na terenie apteki, w którym w sposób zabezpieczający godność pacjenta można taki wywiad przeprowadzić. Wymaga to także zmiany odpowiedniego rozporządzenia mówiącego o warunkach lokalowych, jakie musi spełniać apteka.

Brak jest również informacji o formie, w jakiej ma być realizowana opieka farmaceutyczna.

Forma ta wymaga uszczegółowienia w rozporządzeniu ministra zdrowia.

Brak również sposobu i czasu przechowywania tej dokumentacji.

Współpraca z pacjentem

W ustawie powinno być wskazane, na czym polega współpraca z pacjentem. Brak jakiegokolwiek wskazówki na ten temat spowoduje niewątpliwie

dokończenie na str. 14

REKLAMA

Opieka Farmaceutyczna – tak, ale...

dokończenie ze str. 13

wielkie różnice w prowadzeniu rozmowy farmaceuty z pacjentem w zależności od wykształcenia i doświadczenia farmaceuty oraz miejscowych obyczajów i poglądów. Niewątpliwie jest możliwe wydanie centralnego podręcznika uznanego przez samorząd aptekarski we współpracy z lekarskim i zalecenie stosowania go w opiece farmaceutycznej. Warto tu dodać, że nauczanie w czasie studiów lekarskich zbierania wywiadu, jego wartości i znaczenia nie owocuje bynajmniej jednolitym sposobem zbierania wywiadu w całym kraju. Jednakże podstawowe zagadnienia są nauczane we wszystkich uczelniach medycznych i uwzględniane w formularzach (np. historia choroby), które wypełnia lekarz. Te elementarne, podstawowe wiadomości powinny być również uwzględnione w odpowiednim rozporządzeniu.

Do tego zagadnienia odnosi się Art. 30 projektu ustawy, redagowanej przez Ministerstwo Zdrowia, zawierający cztery punkty.

Propozycja Naczelnej Rady Aptekarskiej rozszerza nieco ten artykuł dodając: adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu; numer PESEL; numer telefonu kontaktowego. Wymienione siedem punktów nie zawiera jednak żadnej informacji o przebiegu i treści przeprowadzonego wywiadu oraz rady dla pacjenta. Brak tej informacji pozwala tylko na stwierdzenie, że pacjent X został objęty opieką farmaceutyczną z powodu zakupu produktu leczniczego Y. Brak tej informacji wyklucza jakąkolwiek odpowiedzialność aptekarza za radę udzieloną pacjentowi. Można to oczywiście tłumaczyć stwierdzeniem, że odpowiedzialność za używanie leków OTC została całkowicie przeniesiona na pacjenta. Ale czy w takim razie prowadzenie aptecznej indywidualnej dokumentacji i poświęcenie tyle czasu i wysiłku zaowocuje poprawą rzeczywistej opieki medycznej nad pacjentem? Czy ochrona zdrowia uzyska korzyść równoważącą koszty wprowadzenia opieki farmaceutycznej?

Raz jeszcze podkreślamy, że współpraca z pacjentem wymaga jego zgody i powinna być zgodna z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.

926 ze zm.), szczególnie gdy omawiany projekt ustawy nie zawiera żadnych wskazówek o trybie i formie ww. wywiadu i przechowywania aptecznej indywidualnej dokumentacji.

Opieka farmaceutyczna w pojęciu medycznym wymaga ciągłości.

Projekt nowelizacji ustawy – Prawo farmaceutyczne nakłada na farmaceutę obowiązek składania informacji o niepożądanych i ciężkich niepożądanych działaniach ubocznych produktów leczniczych.

Gdyby notatki dotyczące dalszego leczenia pacjenta znajdowały się w indywidualnej dokumentacji aptecznej, byłby to znakomity materiał do udowodnienia ewentualnych niepożądanych działań ubocznych i interakcji produktów leczniczych. W tym celu w aptecznej indywidualnej dokumentacji powinna się znajdować informacja o wszystkich lekach przyjmowanych przez pacjenta.

Współpraca z lekarzem

I w tym przypadku brak wskazówek na czym ta współpraca ma polegać. Jest to punkt bardzo ważny i jego sprecyzowanie w ustawie powinno stanowić zasadniczy krok naprzód w tej dziedzinie. Nasuwają się tu liczne pytania, do których przynajmniej w części ustawa powinna się ustosunkować.

1. Czy lekarz powinien być informowany, że pacjent kupuje dodatkowo leki OTC?
2. Kiedy aptekarz zobowiązany jest do udzielenia pacjentowi porady do zgłoszenia się do lekarza, niezależnie od tego, że został mu sprzedany lek OTC?
3. W razie drobnych niejasności, formalnych braków występujących w receptce zachodzi pytanie – kiedy aptekarz może porozumieć się z lekarzem, a kiedy może odesłać pacjenta do lekarza? No i kiedy musi?
4. W jaki sposób mają być objęci opieką farmaceutyczną pacjenci korzystający z aptek internetowych?
5. Jakie są uprawnienia oraz kiedy i pod jakimi warunkami można je uzyskać, aby pacjenta można było objąć opieką farmaceutyczną?
6. Czy możliwe jest przypisanie w Polsce pacjenta do wybranej apteki?

7. W całym projekcie ustawy brak uwagi, że współpraca dotyczy lekarza i lekarza dentystry.

Współpraca z przedstawicielami innych zawodów medycznych

Na czym ma polegać współpraca z przedstawicielami innych zawodów medycznych? Chodzi zapewne o felczera, a w przypadku innych zawodów medycznych (pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni) należałoby uściślić zakres i formę współpracy.

Czuwa nad prawidłowym przebiegiem terapii

Nad prawidłowością przebiegu terapii może czuwać jedynie lekarz, lekarz dentysta lub felczer. Brak jakichkolwiek wskazówek co do „czuwania” nad przebiegiem farmakoterapii przez aptekarza. Jak czuwanie ma wyglądać? Ponieważ czuwanie nad przebiegiem farmakoterapii zawiera w sobie elementy oceny stanu zdrowia i wyników leczenia pacjenta, dlatego może być tylko prowadzone przez lekarza.

Efekty poprawiające jakość życia pacjenta

Uważamy, że niezależnie od niezgrabności redakcyjnej należy to sformułowanie skomentować w ustawie. Jest to zadanie bardzo ważne i wprowadzone do obowiązków lekarza jest dowodem postępu medycyny opartej na faktach. Natomiast wprowadzenie takiego obowiązku do opieki farmaceutycznej mija się z celem, gdyż albo w rozporządzeniu uściślającym należałoby wymienić wszystkie dane z dokumentacji lekarskiej, albo też zobowiązać pacjenta do zgłoszenia się do apteki z informacją, że lek zadziałał, a jego samopoczucie, kontakt z otoczeniem, itd. poprawiły się. Wydaje się to bezsensowne lub nierealne. Jeżeli chodzi o coś innego, to trzeba to wyraźnie powiedzieć.

Podsumowując, nie sądzimy, aby farmaceuta chciał pełnić rolę lekarza. Nie wątpimy, że udzielanie szczegółowych objaśnień, co do właściwości i działania poszczególnych produktów medycznych OTC oraz właściwości grupowych jest potrzebne. Do udzielania szczegółowych wyjaśnień co do sposobu używania leków, ich przechowywania i stosowania oraz co do interak-

cji i objawów niepożądanych, aptekarz jest z zasady lepiej przygotowany niż – zwłaszcza młody – lekarz. Ale wybór leku, a zwłaszcza grupy leków z naciskiem na jakiś produkt medyczny nie powinien mieć miejsca. Uważamy, że wprowadzenie w ten sposób opieki farmaceutycznej do polskich aktów prawnych rozczaruje zarówno farmaceutów i lekarzy.

W związku z powyższym proponujemy następujące poprawki do projektu ustawy:

1. Punkt o opiece farmaceutycznej należy umieścić w punkcie 7. tak jak umieścił go resort.
2. Nadać następujące brzmienie tekstowi w punkcie 7:
(...) sprawowaniu opieki farmaceutycznej, która polega na:
 - 1) współpracy z pacjentem dla umożliwienia właściwego wykorzystania działania preparatów medycznych bez recepty;
 - 2) współpracy z lekarzem, lekarzem dentystą (i felczere) dla wyjaśnienia, że wizyta lekarza jest niezbędna lub względnie konieczna i wyjaśnienia niejasności administracyjnych;
 - 3) ustaleniu trybu i form współpracy z pacjentem, lekarzem i przedstawicielami innych zawodów medycznych;
 - 4) prowadzeniu po uzyskaniu zgody pacjenta, indywidualnej dokumentacji aptecznej obejmującej elementy wymienione w art. 30 ust. 2;
 - 5) szczególnej dbałości o jakość życia pacjenta, a zwłaszcza wyjaśnienia ewentualnego wystąpienia objawów ubocznych i interakcji produktów leczniczych.
3. Uzupełnić artykuł 30. kolejnymi punktami o brzmieniu:
 - 8) treść wywiadu;
 - 9) skierowanie lub nie do lekarza;
 - 10) informacje dodatkowe;
 - 11) data wywiadu.
4. Apteczna indywidualna dokumentacja powinna być przechowywana przez co najmniej 2 lata.
5. Minister zdrowia określi w drodze rozporządzenia przepisy dotyczące ww. punktów.

Tadeusz Chruściel

Andrzej Chciałowski

Urszula Rolczyk

Naczelna Izba Lekarska

Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii

„Gazeta Farmaceutyczna” 10/2007 36

REKLAMA

REKLAMA

Porozmawiajmy o mobbingu



Krystyna Knypl

Medycyna jest wyjątkowo wdzięcznym polem aktywności wszystkich niewybrednych mobberów. Pod fałszywym płaszczkiem troski o pacjenta, o jakość medycyny można gnębić niewygodnych, niepokornych, zdolniejszych, co tu dużo mówić – wszystkich.

foto: Marek Stankiewicz

Uprawianie medycyny od zawsze było związane z akceptowaniem hierarchiczności i wszystkiego, co wymyśliły osoby stojące wyżej na drabinie medycznej. W początkach mojej kariery lekarskiej sposób bycia medycznych hierarchów był poza wszelką dyskusję. Nie słyszałam o jakimkolwiek przypadku, aby znalazł się ktoś na tyle odważny lub zdesperowany, by przeciwstawić się temu, co nazywamy obecnie zachowaniami mobbingowymi.

Pojęcie zostało wprowadzone do obiegu dopiero w latach osiemdziesiątych przez szwedzkiego psychiatrę profesora Heinza Leymanna. Autor w oryginalnym doniesieniu naukowym używał określenia psychoterror w miejscu pracy, ale powszechnie przyjęła się terminologia wywodząca się z języka angielskiego.

W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych nie mieliśmy po prostu świadomości, a dziś ciągle nie mamy dość odwagi, by mówić o mobbingu. Wprawdzie w czasach mojej szpitalnej pracy

mołojeczką sławę zyskała pewna krewka koleżanka, która podczas ordynatorskiego obchodu będącego festiwalem brutalnych mobbingowych zachowań wyszła z sali trzaskając drzwiami, jednak na nic się zdał ten gest. Kariery nie zrobiła, bo ordynator-mobber przykleił dziewczynie łatkę osoby z trudnym, konflikto- wym charakterem i dołożył starań, by zatrzaskać inne drzwi, za którymi czekała dobra praca i zaszczyty.

Trochę faktów

Badania CBOS przeprowadzone w 2002 r. wykazały, że ze zjawiskiem mobbingu zetknęło się osobiście 17% ankietowanych – to dużo! Najczęstszym przejawem było stwarzanie niewłaściwej atmosfery w pracy przez okazywanie niechęci, głupie docinki, złośliwe uwagi, ubliżanie, nieliczenie się ze zdaniem pracownika, upokarzanie w obecności innych zatrudnionych – tego rodzaju przykrości doświadczyło 21% spośród wszystkich dotkniętych mobbingiem. Równie częstą, bo stano-

wiącą 20%, formą mobbingu było stosowanie kar, ograniczeń i represji. Aż 19% zetknęło się z groźbą zwolnienia z pracy, natomiast bezzasadnej krytyki doświadczyło 17%. Formy tej krytyki to obniżanie wartości jako pracowni- ka, czepianie się szczegółów nie mają- cych większego znaczenia, przekazywa- nie fałszywych informacji o wynikach pracy, krytykowanie przy klientach, nie- słuszne zwracanie uwagi czy wystawia- nie złej opinii bez powodu. I nie jest to sprawa wydelikacyonowanych osobników, nie dość skocznie spełniających wyma- gania szefów, lecz rzeczywisty, dotkli- wy problem.

W 2004 r. pojęcie mobbingu zosta- ło wprowadzone do polskiego kodeksu pracy. Artykuł 94 § 2 tego aktu prawne- go mówi, że *mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracowniko- wi, polegające na uporczywym i dłu- go- trwałym nękanii i zastraszaniu pra- cownika, wywołujące u niego zaniżo- ną ocenę przydatności zawodowej, po- wodujące lub mające na celu poniże- nie lub ośmieszenie pracownika, izolo- wanie go lub wyeliminowanie z zespo- łu pracowników.*

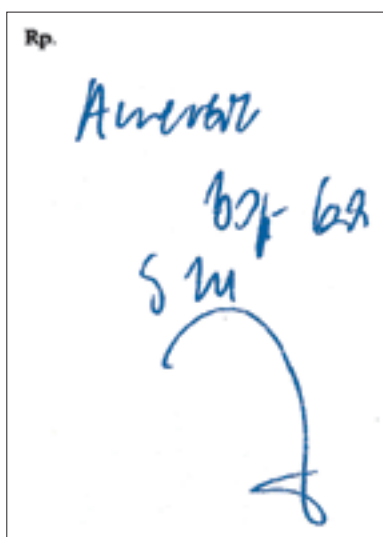
Mimo iż od lat dziewięćdziesiątych relacje między ludźmi w naszym kraju zmieniły się bardzo w wielu płaszczy- znach, to pewne bastiony złego trwa- ją niewzruszone. Z lektury lekarskich wypowiedzi na stronach internetowych wynika, że poniżanie, wykorzystywanie i dręczenie psychiczne podległych asy- stentów zdarza się całkiem często za- równo w małych przychodniach, jak i słynnych ośrodkach naukowych. Wielo- krotne, publiczne deprecjonowanie wie- dzy, kompetencji i doświadczenia leka- rza jest najbardziej stałym elementem mobberskiego zachowania w naszym środowisku. Wizytowanie pacjentów na szpitalnych salach jest znakomitą

Rozszyfruj receptę

Wielu Kolegów nadsyłając rozszyfrowania prezen- towanych recept pisze, że nie są to trudne przy- padki – postanowiłam więc podnieść poprzeczkę. Kolejna recepta wydaje mi się bardzo trudna – łatwa do odgadnięcia jest jedynie pierwsza litera, pozo- stałe będą chyba przedmiotem żmudnych dociekań detektywistycznych. Jestem ciekawa jak sobie Ko- ledzy poradzą z odczytaniem nazwy zaordynowa- nego leku.

Laureatem dziesiątej edycji naszego konkursu zo- staje dr **Hanna Łonak-Jarosz** z miejscowości **Faści- szowa** w województwie małopolskim – serdecznie gratulujemy!

Jak zawsze czekam na maile z rozwiązaniem bieżącej recepty, pod adresem mailowym: krystyna.knypl@compinet.pl



miejszem do prezentowania mobber-
skich talentów – wszak jest pod ręką
łatwowiejna publiczność, która kupi
każdy tekst opatrzoney etykietką „tro-
ska o pacjenta”.

Częstym elementem w wypowiedziach kolegów, którzy zdecydowali się na pracę poza granicami jest poczucie, że są nareszcie doceniani przez przełożonych – to z pewnością pośredni dowód, iż brakowało obiektywnej oceny ich pracy w kraju. To dobrze, że można odmienić swój los nie tylko finansowy, ale i samopoczucie psychiczne, a długie ręce i mściwy charakter mobbera nie są w stanie działać bezkarnie i bez ograniczeń.

Kim jest mobber?

To przede wszystkim człowiek małego ducha i umysłu, budujący swą nieistniejącą wyższość drogą zadawania cierpienia innym ludziom. To człowiek żyjący w chronicznym lęku, że jego prawdziwe nędzne oblicze zostanie odkryte i dlatego z racji posiadanego stanowiska próbujący skierować uwagę otoczenia na rzekome uchybienia innych osób. To także cyniczny gracz i mistrz manipulacji.

Dziś wiemy, że najczęstszą socjotechniką stosowaną przez mobbera jest negatywne etykietowanie gnębionych ludzi i manipulacyjne zestawianie ich ze swym rzekomo idealnym wizerunkiem. Mobber jest w swej ocenie zawsze dobry, kompetentny, zatroskany o pacjentów, ma jedynie pecha pracować z nieodpowiednimi ludźmi.

Gdy szef ma zacięcie do bycia mobberem doskonałym, może rozszerzyć pole działania na teren wszelkiego rodzaju komisji. Pracowite ręce mobbera zyskują wtedy osobliwe wydłużenie. Otrzymałam niedawno korespondencję od Czytelnika, który próbując otworzyć nową specjalizację spotkał się z odmową sygnowaną przez gnębiącego go hierarchę medycznego. W uzasadnieniu znalazły się takie argumenty przeciw kandydatowi jak wiek 40 lat, częste zmiany miejsca pracy, zamiar otwarcia specjalizacji w innym województwie oraz nieprecyzyjne, w odczuciu mobbera zasiadającego w roli przewodniczącego komisji, opisy dotychczasowych miejsc zatrudnienia i zakresu obowiązków. W Stanach Zjednoczonych mobilność jest zaletą, na całym świecie chęć

podnoszenia kwalifikacji jest powszechnie ceniona, powściągliwość w referowaniu szczegółów zatrudnienia ogólnie znana i praktykowana. W ocenie opiniującego możnawładcy wszystko to zostało ocenione jako argumenty przeciw przyznaniu prawa do specjalizacji.

Niestety, nie dysponujemy żadnymi uniwersalnymi metodami ani instytucjami, które pozwalałyby skutecznie bronić się przed mobbingiem w miejscu pracy. Lekarze z natury rzeczy niechętnie mówią o nieprawidłowościach wewnątrz swojego środowiska, a takie tematy jak wypalenie zawodowe czy mobbing spostrzegane są jako coś negatywnie świadczącego o osobie, która znalazła się w którejś z tych niekorzystnych sytuacji.

Mobbing w wyższych sferach medycznych

Mobbing na uczelniach medycznych owiany jest nieprzeniknioną mgłą tajemnicy subśrodowiskowej. Zewnętrzną i namacalną oznaką, że ktoś doznaje aktywnego mobbingu uczelnianego może być niewytłumaczalne ślimaczenie się kariery naukowej. Gdy zdolny i pracowity kolega wykazuje dużą odporność psychiczną, można wobec niego zastosować takie techniki jak opóźnianie uzyskania stopnia naukowego pod byle jakim powodem – dobrym pretekstem jest krytyczna ocena dorobku naukowego, który może być za mały, nie dość odkrywczy albo opublikowany nie tam, gdzie trzeba. Superupartym można skutecznie opóźniać procedurę obrony pracy naukowej – zawsze da się przecież wytypować zapracowanego recenzenta pracy naukowej, który przez trzy lata nie znajdzie wolnej chwili na wywiązanie się z przykrego obowiązku. Wobec zdeterminowanych, gotowych wszystko przetrzymać, pozostaje broń niezawodna: umoczenie uparciucha na ostatnim odcinku przed metą w klimacie tajemniczo łączącym w sobie sąd kapturowy z sądem ostatecznym.

Mobber ma bowiem to do siebie, że nie odpoczywa nigdy, a sztuka poniżania i niszczenia ludzi jest jego prawdziwym powołaniem.

Jak zawsze czekam na listy elektroniczne od wszystkich zainteresowanych tematem mobbingu, pod adresem: **krystyna.knypl@compi.net.pl**



informuje

Rzecznik prasowy NRL

Konwent Przewodniczących ORL – 7-8 IX 2007

Pierwszy dzień Konwentu to spotkanie z red. **Maciejem Howieckim** oraz mec. **Markiem Markiewiczem** nt. „*Wolność słowa i jej granice – etyczne i prawne*”. Prelegenci zaprezentowali konteksty, w jakich funkcjonuje dziennikarz w społeczeństwie demokratycznym. Wskazano na media jako podmiot mający podwójny status: manipulujący ludźmi, a z drugiej strony będący manipulowanym przez właścicieli i ośrodki nacisku. Podkreślono, że polskie prawo medialne jest dobrze skodyfikowane, natomiast brakuje wiarygodnego systemu kwalifikacji ocen etycznych. W drugim dniu obrad przewodniczący ORL dyskutowali propozycję **wprowadzenia ubezpieczenia korporacyjnego dla lekarzy i lekarzy dentystów**. Rozważano różne aspekty tej decyzji; dyskusja zakończyła się decyzją o przedstawieniu NRL wniosku o powołanie zespołu problemowego do spraw OC lekarzy. W trakcie rozmów podkreślano też odpowiedzialność samorządu za swoich członków w kontekście zmian prawnych dotyczących odpowiedzialności cywilnej za błędy popełnione podczas wykonywania zawodu. **Przedstawiono sytuację postrajkową**. Zwrócono uwagę na zagrożenie wynikające ze składanych przez lekarzy wypowiedzi z rejonach kraju dochodzi do innych prób rozwiązania konfliktu. I tak w niektórych miejscach doszło do podpisania porozumień (szczególnie szpitale powiatowe), w innych zaś z racji pracy lekarzy na podstawie umów cywilno-prawnych reperkusje postrajkowe są minimalne. **Omówiono sytuację przed wyborami parlamentarnymi**. Zaproponowano kierowanie do kandydatów na posłów pytań odnośnie ich stosunku do postulowanych przez samorząd zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Prezydium NRL – 14 IX 2007

Prezydium NRL zgłosiło uwagi w sprawie **programu specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej**. Uwagi odnoszą się do programu podstawowego dla lekarzy i mają charakter uszczegóławiający. Postulowano

też drobne zmiany w programie adresowanym do lekarzy nie posiadających żadnych specjalizacji.

Delegowano:

- Romualda Krajewskiego na spotkanie **Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS)**, w dn. 12-13.10.br. w Bratysławie.
- Annę Lellę na kongres „**Prague Dental Days**” oraz na warsztaty przygotowane przez Czeską Izbę Dentystyczną „**Setting up, Running and Closing a Dental Practice**”, w Pradze w dn. 12-13.10.br.
- Konstantego Radziwiłła oraz Klaudiusza Komora na 14 Sympozjum **Izb Lekarskich Krajów Europy Środkowej i Wschodniej**, w dniach 12-13.10.br. w Salzburgu.
- Konstantego Radziwiłła oraz Klaudiusza Komora na posiedzenie **Stalego Komitetu Lekarzy Europejskich**, w dn. 19-20.10.br. w Brukseli.
- Marka Czarkowskiego na konferencję „**Conference on the operation of the Clinical Trials Directive and perspectives in the future**” organizowaną przez Europejską Agencję ds. Leków (European Medicines Agency), w Londynie, 3.10.br.

Naczelna Rada Lekarska – 14 IX 2007

NRL przyjęła **stanowisko w związku ze zbliżającymi się wyborami parlamentarnymi**. Podkreślono w nim, że jedną z najpilniejszych spraw do załatwienia przez przyszły rząd jest **przeprowadzenie mądrych zmian w systemie ochrony zdrowia**, tak aby Polacy uzyskali **bezpieczny system opieki zdrowotnej**, a pracownicy służby zdrowia mogli w nim **godnie pracować i zarabiać**. Rada uważa, że wszystkie siły polityczne kandydujące do nowego parlamentu powinny pozytywnie odpowiedzieć na powyższe postulaty. Treść stanowiska znajduje się na www.nil.org.pl

NRL powołała **Zespół ds. Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Lekarzy i Lekarzy Dentystów**. Do zadań Zespołu należy opracowanie warunków ogólnokrajowego ubezpieczenia OC lekarzy i lekarzy dentystów. W szczególności zadaniem Zespołu będzie określenie niezbędnego zakresu ubezpieczenia ogólnokrajowego. Członkowie Zespołu poddadzą analizie wysokości składki ubezpieczenia i sumy gwarancyjnej na podstawie ofert przedstawionych przez zakłady ubezpieczeniowe. Na podstawie przeprowadzonych analiz zostanie podjęta decyzja o formie ubezpieczenia, sposobie zbierania składek oraz

ewentualnego pośrednictwa firmy brokerskiej. Pierwsze wyniki prac Zespołu mają zostać zaprezentowane na posiedzeniu NRL 24.10.br.

NRL zaktualizowała listę **swoich przedstawicieli do Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich** przy Ministrze Zdrowia: Andrzej Ciołko, Janusz Kleinrok, Romuald Krajewski, Jerzy Kruszewski, Jacek Kubiak, Andrzej Matyja.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu ustawy o ustanowieniu „**Programu modernizacji Służby Więziennej w latach 2008-2010**”. Zgłoszono uwagi dotyczące zmiany systemu zatrudniania personelu medycznego w Służbie Więziennej. Rada opowiedziała się za jednoznacznym wprowadzeniem możliwości zatrudnienia lekarzy na podstawie umów cywilno-prawnych.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie szczególnego trybu i kryteriów **podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie NFZ** z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych. NRL wyraża dezaprobatę wobec trybu prac legislacyjnych nad ww. projektem, a w szczególności pominięcia NRL jako partnera opiniującego projekt oraz bardzo krótkiego terminu zgłaszania uwag. Niezależnie od powyższego NRL stwierdza, że zaproponowany sposób podziału środków jest bezzasadny. Podstawą powinna być zasada, głoszona zresztą w chwili wprowadzenia w życie ubezpieczeń zdrowotnych, iż „pieniądz idzie za pacjentem”. Po 8 latach obowiązywania nowych zasad finansowania świadczeń zdrowotnych zasada ta powinna wreszcie być zrealizowana.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Spotkanie z ubezpieczycielami (PZU, Alianz, Inter-Polska) na temat: jednolitego ubezpieczenia wszystkich członków samorządu lekarskiego.
- List do Zbigniewa Religi, ministra zdrowia, dotyczący decyzji ministra o nie wypłacaniu wynagrodzeń za czas strajku.
- Udział w konferencji uzgodnieniowej na temat projektu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.
- Udział w posiedzeniu Konferencji Prezesów Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.
- Udział w inauguracji 63 Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich.

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

Transplantologia wstaje po nokaucie

REKLAMA

W Polsce w styczniu 2007 nerki przeszczepiono 76 pacjentom, a w kwietniu, w atmosferze wręcz wrogiej transplantologii, zdrowy narząd otrzymały zaledwie 34 osoby. W sierpniu liczba leczonych transplantologicznie była już wyższa – przeszczepu doczekało się 43 chorych.

„Odnotowujemy nieco większą liczbę zgłoszeń i rozpoznań śmierci mózgu, a także przeszczepień – mówi prof. Zbigniew Włodarczyk, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej CM UMK – Ciągłe nie jest to jednak znaczący wzrost.” Jeszcze w marcu w bydgoskiej Klinice przeszczepiono tylko 2 nerki. W sierpniu, już po tym jak transplantologia zeszła z pierwszych stron gazet, odnotowano niewielki wzrost – narząd otrzymało 8 osób.

Ciągle mniejsza liczba pobrań narządów, a co za tym idzie mniejsza liczba przeszczepień, to efekt medialnej nagonki, stworzonej na początku roku wokół tej dziedziny medycyny.

„Mam nadzieję, że liczba przeszczepień stopniowo będzie rosła – mówi pełen wiary profesor Włodarczyk. – Atmosfera wokół transplantologii robi się znowu normalna, lepsza.”

Sytuację osób czekających na nowy narząd mogą poprawić obowiązujące od niedawna nowe wytyczne dotyczące rozpoznawania śmierci mózgu. Dotychczasowe nie pozwalały na użycie badania obrazowego, jako zastępczego do badań klinicznych. „Teraz badanie obrazowe daje uprawnienia do stwierdzenia śmierci mózgu i orzeczenia zgonu, gdy nie można wykonać obowiązkowych prób klinicznych – mówi Zbigniew Włodarczyk. – W tej chwili wytyczne dopuszczają np. zastosowanie badania przepływu mózgowego, podczas gdy do tej pory bazowano na rozpoznaniu śmierci pnia mózgu, badając jedynie odruchy pniowe. Zdarzało się, że nawet w przypadku ewidentnej śmierci mózgu – gdy linia EEG była zerowa, badania angiograficzne pokazywały brak przepływu mózgowego, a nie można było zrobić wszystkich badań pniowych, bo np. gałki oczne były zniszczone i nie można było ocenić źrenic – przepisy nie pozwalały na stwierdzenie śmierci mózgu.”

W wielu krajach świata całością procesu koordynacji pobrania i przeszczepienia narządów i tkanek kieruje koordynator przeszczepiania. Tak jest np. w Hiszpanii, jedynym państwie europejskim, gdzie od lat pozycja koordynatora pobierania i przeszczepiania narządów ma swoje umocowanie w przepisach prawnych. Trzeba dodać, że w tym kraju liczba narządów pobieranych na 1 milion ludności jest najwyższa na świecie. W bydgoskiej klinice takie stanowisko już istnieje, ale dopiero od września br. koordynator pracuje w ramach stałego, pełnego etatu. Oprócz sprawowania pieczy nad organizacją pobierania i przeszczepiania narządów od zmarłych do jej zadań należeć będzie m.in. kontakt z mediami, prowadzenie akcji edukacyjnych i szkoleniowych dla personelu medycznego oddziałów szpitalnych kujawsko-pomorskiego, ale także społeczności lokalnej.

Na przeszczepienie nerki w Polsce czeka 1600 osób, w regionie kujawsko-pomorskim jest ich około 100. Jeszcze niedawno dane kliniczne chorego oczekującego na przeszczep były wysyłane do Warszawy, tam je rozpatrywano i ewentualnie rejestrowano na Krajowej Liście Oczekujących na Przeszczep. Taka procedura niepotrzebnie przedłużała czas oczekiwania chorego na nowy narząd. Teraz kwalifikacji chorych dokonują zespoły złożone z nefrologów i chirurgów transplantologów w 11 ośrodkach transplantacyjnych w Polsce. Specjaliści pracujący w tzw. Regionalnych Ośrodkach Kwalifikujących do Przeszczepiania na bieżąco weryfikują i kwalifikują chorych do przeszczepienia, a dzięki nowemu programowi komputerowemu dane chorego zakwalifikowanego do zabiegu od razu pojawiają się na Krajowej Liście Oczekujących.

Agnieszka Banach

REKLAMA

Wartość punktowa procedur

W poprzednim numerze „GL” scharakteryzowaliśmy ogólnie system rozliczania pracy lekarzy złożony z nazewnictwa procedur medycznych (CPT-PL) oraz ich wartości punktowej (RBRVS). CPT-PL to przetłumaczony z angielskiego, obecnie bez żadnych zmian w stosunku do oryginału, zbiór nazw procedur medycznych wraz z regułami ich stosowania. RBRVS (*Resource-Based Relative Value Scale*), to lista względnej wartości punktowej poszczególnych procedur CPT.

Koncepcje wartościowania usług wykonywanych przez lekarzy w USA według ogólnokrajowego schematu opartego na zużyciu zasobów były wypracowywane już od lat siedemdziesiątych. Pierwsze próby podejmował, na zamówienie rządu amerykańskiego, dr William Hsiao, z *Harvard School of Public Health*. Opierał swoje badania na ocenie wysiłku ponoszonego przez lekarzy przy wykonywaniu procedur medycznych. Jednym z wyników tego wstępnego badania było stwierdzenie, że lekarze mają trudności z war-

tościowaniem procedur i kierują się jedynie czasem ich wykonania, sam zaś czas nie jest właściwym miernikiem. W efekcie prac obejmujących wielostronne konsultacje z udziałem organizacji zrzeszających amerykańskich lekarzy stworzono model wartościowania pracy lekarskiej, w którym brane były pod uwagę:

- techniczne umiejętności lekarza wykonującego daną procedurę,
- fizyczny wysiłek związany z jej wykonywaniem,
- wysiłek umysłowy związany z jej wykonywaniem,

- umiejętności konieczne do dokonania oceny klinicznej przypadku,
- stres związany z ryzykiem dla pacjenta.

W 1985 r. Health Care Financing Administration (HCFA) zamówiła wykonanie badania RBRVS w stosunku do czynności i procedur opisanych w CPT-4. Poszczególne specjalności lekarskie nominowały tzw. *Technical Consulting Groups*, które w ramach danej specjalności wartościowały poszczególne procedury pod kątem obciążenia i wymagań w stosunku do lekarza. Przy okazji

Kod CPT-PL	Nazwa świadczenia/procedury	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)
99202	Wizyta w gabinecie lekarskim lub inna wizyta ambulatoryjna w celu oceny i postępowania z pacjentem pierwszorazowym... Problemy, których dotyczy ten kod, są zazwyczaj średnio istotne lub bardzo istotne. Lekarz poświęca około 20 minut na bezpośredni kontakt z pacjentem i/lub jego rodziną.*	0,88	0,33	0,77	0,05	XXX	1,26	1,7
99244	Konsultacja ambulatoryjna pacjenta pierwszorazowego lub zarejestrowanego... Zwykle przedstawiany problem (problemy) jest bardzo istotny lub ciężki. Lekarz poświęca około 60 minut na bezpośredni kontakt z pacjentem i/lub jego rodziną.*	2,58	0,98	1,83	0,13	XXX	3,69	4,54
99331	Wizyta u pacjenta objętego opieką, przebywającego w domu lub w domu opieki... Zazwyczaj w tym przypadku pacjent jest w stanie stabilnym, lub jego stan ulega poprawie.*	0,6	0,47	0,47	0,02	XXX	1,09	1,09
44950	Wycięcie wyrostka robaczkowego	10	5,31	5,31	0,88	90	16,19	16,19
45330	Sigmoidoskopia, giętym endoskopem; diagnostyczna, z pobraniem materiału do badania metodą szczoteczkową lub popłuczyn (oddzielna procedura) lub bez	0,96	0,53	1,92	0,05	0	1,54	2,93
45378	Kolonoskopia, giętki endoskop, proksymalnie od zagięcia śledzionowego okrężnicy; diagnostyczna, z pobraniem materiału do badania metodą szczoteczkową lub popłuczyn (oddzielna procedura) lub bez, z odbarceniem jelita grubego (oddzielna procedura) lub bez	3,7	1,77	8,79	0,2	0	5,67	12,69
47122	Resekcja wątroby; wycięcie trzech segmentów (trisegmentektomia)	55,13	24,11	24,11	3,6	90	82,84	82,84
58140	Wycięcie mięśniaka (mięśniaków), wycięcie włókniaka (włókniaków) macicy, od 1 do 4 mięśniaków śródściennych ważących łącznie do 250 gramów i/lub usunięcie mięśniaków podścielniczkowych; dostęp brzuszny	14,6	7,38	7,38	1,46	90	23,44	23,44
59515	Cięcie cesarskie, obejmujące opiekę poporodową	17,37	8,52	8,52	3,12	MMM	29,01	29,01

Odpowiednie kolumny w tabeli zawierają: 1) RVU dla pracy – wartość punktowa pracy lekarza (prowadzącego) w danej procedurze, 2) RVU dla kosztów praktyki (facility setting) – wartość dla pozostałych kosztów, w przypadku wykonywania danej usługi na terenie szpitala (użytej infrastruktury), 3) RVU dla kosztów praktyki (non-facility setting) – wartość dla pozostałych kosztów, w przypadku wykonywania danej usługi we własnej praktyce lub placówce (wszystkie koszty), 4) RVU dla ubezpieczenia (od odpowiedzialności cywilnej), 5) całkowity czas opieki po zabiegu – czas, w czasie którego wszelkie wizyty i interwencje wliczane są do danej procedury (nie są dodatkowo opłacane), 6) RVU sumaryczne (facility setting), 7) RVU sumaryczne (non-facility setting).

tych czynności konieczne było zdefiniowanie wszystkich elementów pracy lekarzy przed, w czasie oraz po wykonaniu procedury.

W efekcie powstał system CPT/RBRVS i w roku 1992 Medicare zmienił sposób opłacania usług lekarskich. Zastosowano standaryzowany system płatności oparty na skali punktowej RBRVS. Wartość punktowa procedur medycznych jest określona w oparciu o koszty ich wytworzenia, które podzielono na trzy komponenty:

- pracę lekarza,
- zużycie zasobów praktyki związane z daną procedurą oraz
- koszty związane z odpowiedzialnością (koszty ubezpieczenia).

Średnio, dla wszystkich procedur w RBRVS, praca lekarza stanowi ok. 55% wartości. Istnieją oczywiście procedury, w których komponent pracy lekarza jest niższy, ponieważ występuje np. duży koszt materiałów lub urządzeń. Wydatki na prowadzenie praktyki, w odniesieniu do danej procedury medycznej, stanowią ok. 42% i uwzględniają koszty wynajmu, nabywania materiałów i produktów służących działaniu praktyki oraz koszty zatrudnienia personelu pomocniczego medycznego (nie-lekarzy) i niemedyceznego.

Od stycznia 2000 r. Medicare wprowadził trzeci składnik RBRVS: koszty odpowiedzialności cywilnej lekarza wykonującego dany rodzaj procedur, a od 1 stycznia 2002 r. wszystkie trzy komponenty RBRVS zostały zastosowane w systemie rozliczeń praktyk lekarskich w ramach Medicare.

Przykładowa tabela CPT-PL wraz z punktacją RBRVS przedstawiona jest obok. W tabeli zaprezentowano kilka przykładowych usług i procedur z zakresu CPT-PL (* - skrócona definicja) wraz z ich wyceną punktową.

Najważniejsze z niniejszego zestawienia są wagi punktowe dla poszczególnych procedur w odniesieniu do kosztów pracy lekarza (kolumna 1). Ten element może być w pełni i bez konieczności zmian przeniesiony na polski grunt. Określa on relację punktową, odzwierciedlającą wkład pracy lekarza, pomiędzy poszczególnymi procedurami i usługami.

Punkty w tym systemie są przeliczane na pieniądze poprzez pomnożenie przez cenę jednego punktu wynoszącą ok. 35 USD. Stosuje się również przeliczniki „geograficzne”, ze względu na różnice w cenie pracy lekarza, która w Nowym Jorku jest ok. 20% wyższa, w Ohio 20% niższa.

Również prywatni ubezpieczyciele stosują różne przeliczniki, będące elementem negocjacji z lekarzami i placówkami.

Pozostałe elementy wyceny punktowej są dużo bardziej zależne od lokalnych warunków ekonomicznych i ich przeniesienie nie mogłoby odbyć się tak automatycznie, jak w przypadku wartości dla kosztów pracy.

Bardzo ważnym elementem systemu jest także zasada, że pewne procedury stanowią pakiety. Gdy mowa o usunięciu wyrostka robaczkowego, to do pakietu usług rozliczanego z lekarzem należą badania i wizyty u tego lekarza na dwa dni przed wykonaniem procedury oraz przez 90 dni po wykonaniu zabiegu. Oznacza to, że kwalifikacja do zabiegu, interpretacja wyników badań przed zabiegiem i inne tego typu czynności, wykonane przez operatora, wliczone są do podanej wartości 10 punktów (czyli ok. 350 USD). Także zdejmowanie szwów i konsultacje przez 90 dni po wykonaniu zabiegu zaliczane są do pakietu. Istnieje jednak możliwość rozliczenia świadczeń składowych pakietu oddzielnie, gdy poszczególne etapy wykonują różni lekarze. Rozliczanie pakietowe jest w systemie promowane i ma wspierać ciągłość opieki.

Wagi punktowe w USA są stosowane do różnych rozliczeń lekarzy:

- z płatnikiem publicznym (Medicare),
- z ubezpieczycielami prywatnymi (ok. 80% ubezpieczycieli prywatnych),
- ze szpitalami,
- w ramach praktyk grupowych.

W zakresie wartości pracy lekarzy system CPT-PL/RBRVS jest uniwersalny, przynajmniej w odniesieniu do tzw. zachodniej praktyki medycznej, w której stosuje się bardzo podobne procedury i zasady postępowania. CPT-PL opisuje ogromną większość czynności lekarskich, a także umożliwia zgłaszanie czynności nietypowych poprzez zastosowanie modyfikatorów i kategorii „świadczeń niewyszczególnionych”. Wszystkie one mają przypisaną wartość w RBRVS. Przejrzysty sposób ustalania względnych wartości zapewnia zachowanie równowagi pomiędzy poszczególnymi specjalnościami i organizacjami.

W kolejnych numerach „Gazety” będziemy przedstawiać propozycje stosowania CPT/RBRVS w poszczególnych wymienionych zastosowaniach w Polsce.

*Adam Kozierkiewicz
Romuald Krajewski*



W końcu maja br. odbyła się na łamach Internetowego Serwisu Filozoficznego Diametros (<http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/>) kolejna internetowa konferencja organizowana przez Instytut Filozofii UJ, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ i Polskie Towarzystwo Bioetyczne, poświęcona tym razem kodeksom etyki lekarskiej. Patronat objął prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł. W konferencji wzięło udział 16 autorów reprezentujących filozofów, prawników, lekarzy i inne dziedziny, którzy opublikowali referaty. W kolejnych numerach „Gazety Lekarskiej” postaramy się przedstawić przynajmniej część tych publikacji. Na stronach Diametrosa są one często znacznie obszerniejsze i zainteresowani mogą tam zapoznać się z pełną wersją. Jeżeli ktoś z Czytelników zechce porozumieć się z autorem, prosimy o wiadomość pocztą elektroniczną na adres rkrajewski@hipokrates.org

Kodeks Etyki Lekarskiej jako podstawa odpowiedzialności zawodowej

Romuald Krajewski

Zakres przedmiotowy odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest w Polsce określony bardzo szeroko i obejmuje etykę oraz przepisy dotyczące wykonywania zawodu, bez szczegółowego wyliczenia ich.

Brzmiennie art. 41 ustawy o izbach lekarskich (*Członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza.*) sugeruje, że może chodzić zarówno o naruszenie etyki ogólnej, jak i zawodowej. W praktyce przyjęło się, że chodzi o zasady spisane w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL). Przepisy o wykonywaniu zawodu lekarza, to przede wszystkim ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale liczba innych aktów prawnych rangi ustawowej i rozporządzeń dotyczących różnych aspektów praktyki lekarskiej jest ogromna.

Podstawą przedstawianej analizy są 103 odwołania od orzeczeń kary przez okręgowe sądy lekarskie, które napłynęły do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) w latach 2004-2006. Stanowią one 30% ogółu odwołań, które wpłynęły do NSL w tym okresie. Nie uwzględniono spraw, w których sąd pierwszej instancji orzekł uniewinnienie oraz tych, w których NSL postano-

wił zwrócić sprawę do sądu pierwszej instancji w celu uzupełnienia postępowania lub ponownego rozpatrzenia.

W 9 spośród analizowanych 103 spraw NSL zmienił orzeczenie kary w pierwszej instancji na uniewinnienie. W pozostałych utrzymano w mocy orzeczenie sądu pierwszej instancji lub orzeczono łagodniejszą karę.

W orzeczeniach sądu pierwszej instancji naruszenie przepisów KEL wskazano jako podstawę orzeczenia kary w 95. W tym w 22 wskazano na naruszenie więcej niż jednego artykułu Kodeksu. W 8 sprawach sąd wskazał tylko na naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu. W tym w 6 orzeczeniach wskazano na naruszenie przepisów ustawy o zawodzie lekarza, w dwóch zaś rozporządzeń ministra zdrowia. Zdecydowanie najczęściej (w 54 orzeczeniach) stwierdzano naruszenie art. 8. KEL, który mówi o staranności podczas przeprowadzania postępowania lekarskiego i poświęceniu mu niezbędnego czasu. Drugim najczęściej wymienianym (w 13 orzeczeniach) jest art. 1., zwłaszcza jego 3. ustęp, mówiący o naruszeniu godności zawodu lekarza poprzez podważanie zaufania do za-

wodu. W 11 spośród 13 orzeczeń wskazujących na naruszenie art. 1. sąd dodatkowo uznał, że naruszono inne artykuły KEL oraz inne przepisy. Na trzecim miejscu (8 orzeczeń) znalazł się art. 52. KEL, który mówi o stosunkach wzajemnych pomiędzy lekarzami, szacunku dla kolegów i nauczycieli, ostrożności w formułowaniu opinii o pracy innych lekarzy, postępowaniu w przypadku dostrzeżenia błędu.

Przepisy dotyczące odpowiedzialności zawodowej zawarte w ustawie o izbach lekarskich ani razu nie wymieniają Kodeksu Etyki Lekarskiej jako podstawy odpowiedzialności. Prawność stosowania KEL w tym trybie postępowania jest uzasadniana pośrednio, jako logiczny wniosek wynikający z jednej strony ze sformułowania art. 41 ustawy, z drugiej zaś ze sformułowania art. 33, który mówi, że: *Krajowy Zjazd Lekarzy w szczególności: 1) uchwała zasady etyki i deontologii zawodowej...* Uchwała zjazdu jest sformułowana jako KEL. Wkrótce po uchwaleniu w 1991 r. KEL i jego miejsce w systemie prawnym były dwukrotnie przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego, który nie zakwestionował roli

norm etycznych Kodeksu w odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Trybunał wskazał jednak, że normy KEL nie mogą być podstawą odpowiedzialności w przypadku, gdy postępowanie lekarza jest zgodne z normą ustawową.

Niedokładnie określony status prawny w aspekcie odpowiedzialności zawodowej mają zasady etyczne formułowane przez organizacje lekarzy w większości krajów. Najczęściej są one traktowane jako zalecenia. W orzecznictwie organów dyscyplinarnych naruszenie zasad etycznych, niezależnie od ich statusu prawnego, jest powszechnie przyjmowane jako podstawa odpowiedzialności. We Francji i w Belgii kodeks uchwalany przez izbę lekarską jest następnie publikowany jako zarządzenie przez organy państwa i w ten sposób otrzymuje status aktu prawnego.

Zasadność stosowania przepisów KEL jako podstawy odpowiedzialności zawodowej lekarzy była kwestionowana przez obrońców obwinionych lekarzy, ale nie była przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego ani sądu apelacyjnego. W świetle postanowienia i uchwały Trybunału Konstytucyjnego, pomimo nieprecyzyjnie określonego statusu prawnego Kodeksu, który nie jest dokumentem rangi ustawowej i wobec tego samodzielnie nie mógłby być podstawą powszechnie obowiązującej odpowiedzialności, jego stosowanie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w odniesieniu do ograniczonej grupy zawodowej lekarzy nie budzi poważnych kontrowersji. Najnowsze projekty nowelizacji zasad odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie zawierają propozycji zmian w tym aspekcie.

Najczęściej stosowany przez sądy lekarskie art. 8. KEL należy do przepisów o charakterze raczej „proceduralnym” niż etycznym, a zarzut naruszenia zasady staranności w postępowaniu można również postawić na podstawie art. 4. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (*Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością*). Jednak sądy lekarskie oceniają brak staranności przede wszystkim jako przewinienie etyczne i orzekając winę na podstawie naruszenia normy etycznej nie wskazują równocześnie na naruszenie normy ustawowej.

Art. 1. KEL, drugi pod względem częstości stosowania, ma charakter ogólnie sformułowanego przepisu etycznego, którego naruszenie wymaga dokonania przez sąd szczegółowej interpretacji zachowania obwinionego. O ile naruszenie art. 8. można dość łatwo ustalić poprzez porównanie ocenianego postępowania z obowiązującymi zasadami, zaufanie do zawodu i godność zawodu są wartościami umownymi i niewymiernymi. Taka praktyka jest poprawna, ponieważ sądy lekarskie są instytucją właściwą do dokonywania wykładni przepisów etycznych w odniesieniu do konkretnych sytuacji. Orzeczenia można i należy traktować jednocześnie jako wskazówki co do postępowania zgodnego z zasadami etyki. Prawomocne orzeczenia, zwłaszcza NSL, są również wskazówką dla składów orzekających przy rozpatrywaniu kolejnych spraw.

Względnie rzadkie stosowanie artykułu 52. KEL wskazuje, że w Polsce konflikty pomiędzy lekarzami rzadko rozstrzygane są przed sądami lekarskimi. Można to traktować jako przejaw ograniczonego zaufania środowiska do organów odpowiedzialności zawodowej, które są postrzegane przede wszystkim jako uzupełnienie nieprzychylnych lekarzom organów państwa, nie zaś jako lekarska instytucja służąca rozwiązywaniu problemów wewnątrz środowiska.

Takiej roli nie sprzyja również podobny do karnego tryb postępowania w polskich organach odpowiedzialności zawodowej.

We Francji tryb jest podobny do cywilnego i konflikty pomiędzy lekarzami często rozstrzygane są przez organy dyscyplinarne.

Jeżeli przyjmuje się potrzebę istnienia odpowiedzialności zawodowej lekarzy jako trybu uzupełniającego odpowiedzialność powszechną, istnienie zbioru spisanych norm w postaci kodeksu jest niezbędne, albowiem każdy, kogo może dotyczyć jakiegokolwiek tryb postępowania związany z możliwością orzeczenia kary (zwłaszcza tak dotkliwej, jak utrata możliwości wykonywania wyuczonego zawodu), musi mieć możliwość poznania jasno sformułowanych oczekiwań i norm, których naruszenie będzie podstawą odpowiedzialności. Jednocześnie względnie ograniczona liczba norm KEL stosowanych w praktyce przez sądy lekarskie może sugerować, że przynajmniej z punktu widzenia odpowiedzialności zawodowej formułowanie bardzo szczegółowych norm etycznych nie jest konieczne.

Europejski kodeks walki z rakiem

Choroby nowotworowe są obecnie pierwszym problemem zdrowia w Europie.

W roku 2006 u około 3 191 000 mieszkańców Europy rozpoznano nowotwór złośliwy.

Zachorowalność wciąż wzrasta: między 2004 a 2006 r. liczba nowych zachorowań zwiększyła się o 300 000.

Także w Polsce nowotwory złośliwe stają się główną przyczyną zgonów przed 65 rokiem życia.

Próbę zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych podjęli już w 1985 r. przedstawiciele rządów państw ówczesnej Unii Europejskiej. Zdając sobie sprawę z wagi problemu wzrastającej zachorowalności powołali Program Walki z Rakiem (*Europe Against Cancer*). Głównym celem programu było zmniejszenie zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Instrumentem, który miał ukierunkować działania związane z prewencją pierwotną¹ i wtórną² i stworzyć podstawy do ich prowadzenia stał się „Europejski kodeks walki z rakiem”, który został opracowany przez grono wybitnych naukowców z różnych krajów świata. Przesłanki Kodeksu były kierowane do wszystkich obywateli Unii Europejskiej. Efektem Programu był spadek umieralności z powodu nowotworów złośliwych w ówczesnych krajach UE w 2000 r. o 9,5% w stosunku do oczekiwanej umieralności określonej na podstawie trendów z połowy lat osiemdziesiątych, czyli okresu, w którym powołano Program. Stało się jasne, że profilaktyka prowadzona na podstawie zapisów „Europejskiego kodeksu walki z rakiem” przynosi oczekiwane efekty.

Świadomość problemu, jakim jest rosnąca zachorowalność na raka w Polsce, spowodowała, że 1 lipca 2005 r. parlament przyjął Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych – dziesięcioletni program, którego celem jest zmniejszenie zachorowalności z powodu nowotworów złośliwych; i wcześniejsze ich rozpoznawanie, a co z tego wynika – skuteczniejsze leczenie. Program kładzie duży nacisk na prewencję pierwotną oraz na populacyjne badania przesiewowe.

Jako jeden z jego głównych elementów został powołany Program Prewencji Pierwotnej Nowotworów, którego ważnym celem jest upowszechnianie w społeczeństwie zapisów „Europejskiego kodeksu walki z rakiem”.

„Europejski kodeks walki z rakiem” zawiera 11 zaleceń z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej, których przestrzeganie znacznie zmniejsza ryzyko zachorowania na no-



wotwór złośliwy i zgonu z tego powodu. Pierwszych 8 zaleceń dotyczy profilaktyki pierwotnej, jako najprostszej i najbardziej oczywistej formy zapobiegania nowotworom. Szczególny nacisk został położony na wyeliminowanie kontaktu z substancjami rakotwórczymi dymu tytoniowego (czynnego i biernego palenia), odpowiednie odżywianie

się i prowadzenie aktywności fizycznej, a także zmniejszenie ekspozycji na czynniki rakotwórcze tam, gdzie mogą one występować (miejsce pracy, środowisko etc.). Dużo uwagi poświęcono również profilaktyce wtórnej, ponieważ dla niektórych najczęściej występujących nowotworów istnieją programy badań przesiewowych umożliwiające rozpoznanie choroby we wczesnym stopniu zaawansowania, i co się z tym wiąże – stworzenie szans na jej całkowite wyleczenie. Zalecenia sformułowane w Kodeksie poza tym, że mogą znacznie zmniejszyć ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową, wpływają również na poprawę kondycji i ogólnego zdrowia społeczności.

Osiągnięcie efektów w postaci spadku zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe można osiągnąć głównie przez dotarcie z przesłankami Kodeksu do wszystkich; i tutaj najważniejszym środowiskiem są lekarze. Dlatego też chcemy, aby w pierwszej kolejności wszyscy lekarze zapoznali się z jego treścią i mogli wykorzystywać jego zapisy w swojej pracy z pacjentami w celu zmiany ich postaw wobec nowotworów i wprowadzenia stylu życia, który gwarantuje bardzo istotne zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka.

Obecnie oddajemy w Państwa ręce trzecie wydanie Kodeksu, które ukazało się w Unii Europejskiej w 2003 r. Zostało ono przełożone na język polski i poszerzone o badania dotyczące epidemiologii nowotworów w Polsce (Aneks: Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce – bilans otwarcia). Sam „Kodeks walki z rakiem” jest wciąż doskonałony i uzupełniany o kolejne informacje, dlatego stanowi wartościowe źródło aktualnej wiedzy na temat prewencji chorób nowotworowych w Europie.

Mam nadzieję, że podejmą Państwo z nami współpracę, której efektem będzie zmniejszenie zachorowalności i umieralności Polaków na choroby nowotworowe. Jestem pewien, że nasz wspólny wysiłek włożony w wydanie „Europejskiego kodeksu walki z rakiem” i upowszechnianie jego zapisów zaowocuje poprawą jakości zdrowia i długości zdrowego życia polskiej społeczności już w ciągu najbliższych lat.

prof. dr hab. med. Witold Zatoński
koordynator Programu Prewencji Pierwotnej
Narodowego Programu
Zwalczania Chorób Nowotworowych

¹Prewencja pierwotna – zapobieganie chorobie jeszcze przed jej powstaniem poprzez odpowiednie zachowania, pozwalające na ograniczenie narażenia na czynniki ryzyka (np. eliminacja palenia tytoniu); zapobieganie zachorowaniu.

²Prewencja wtórna – wykrycie choroby w jak najwcześniejszym stadium, w celu podjęcia jak najszybciej odpowiedniego leczenia, gwarantującego wysokie prawdopodobieństwo trwałego wyleczenia: zapobieganie zgonom.



Dopuszczalny zakres współpracy lekarzy z firmami farmaceutycznymi

Kontakty lekarzy z firmami farmaceutycznymi mogą dotyczyć przede wszystkim kwestii związanych z udziałem w badaniach prowadzonych przez firmy farmaceutyczne, zawieraniem przez lekarzy umów w zakresie czynności edukacyjnych i szkoleniowych oraz uczestnictwem lekarzy w imprezach dydaktyczno-naukowych organizowanych przez firmy farmaceutyczne.

Działania, które mogą być podjęte w ramach współpracy lekarzy i firm farmaceutycznych, nie są jednak nieograniczone. Prawo przewiduje szereg zakazów dotyczących między innymi przyjmowania przez lekarzy korzyści od firm farmaceutycznych i przepisywania leków danej firmy farmaceutycznej.

Kodeks Etyki Lekarskiej stanowi, że lekarz nie powinien przyjmować korzyści od firm farmaceutycznych bądź jej przedstawicieli, jeśli mogłoby to wpłynąć na czynności związane z wykonywaniem zawodu lekarza (art. 51a KEL). Regulacja ta ma na celu ochronę prawidłowości procesu leczniczego, na który wpływ ma między innymi bezstronność lekarza i swoboda działań zawodowych (art. 4 KEL).

Ustawa prawo farmaceutyczne (PF) zabrania przyjmowania lekarzom od firm farmaceutycznych korzyści, które polegają na wręczaniu, obiecywaniu i oferowaniu korzyści materialnych, prezentów, ułatwień, wycieczek oraz sponsorowaniu spotkań, podczas których dochodzi do przekroczenia zasad zwykłej gościnności (art. 58 ust. 1 i 2 PF).

Zastrzeżenie dotyczące przyjmowania korzyści od firm farmaceutycznych przez lekarza nie wyklucza jednak przyjmowania wszelkich „korzyści”, szczególnie w odniesieniu do korzyści o charakterze niematerialnym, do których należą na przykład zaproszenie na zjazd, szkolenie lub warsztaty. Poszczególne przypadki, w których przyjęcie przez lekarza korzyści od firmy farmaceutycznej jest w pełni dopuszczalne i zgodne z prawem zostały przedstawione poniżej:

Przychodzi lekarz do prawnika

REKLAMA

- Lekarz może przyjąć **korzyść materialną (zapłatę)** od firmy farmaceutycznej za przeprowadzenie szkolenia lub badań. Należy jednak podkreślić, że zapłata ta musi być proporcjonalna do wkładu pracy lekarza w wykonane zadanie.
- Lekarz może przyjąć **korzyść niematerialną (zaproszenie na konferencję naukową, zjazd, warsztaty)**, jeśli działania podjęte przez firmę farmaceutyczną w tym zakresie nie przekraczają przejawów „zwykłej gościnności”. Definicja pojęcia „zwykłej gościnności” została określona w dyrektywie 2001/83/WE z 6.11.2001 r. Zgodnie z art. 94 ust. 2 tej dyrektywy, **gościnność oferowana w związku ze spotkaniami promocyjnymi powinna mieć zawsze uzasadnione rozmia-ry i znaczenie drugorzędne względem głównego celu spotkania oraz nie powinna dotyczyć osób spoza środowiska medycznego**. Za przekroczenie przejawów zwykłej gościnności może zostać uznane na przykład zaproszenie na konferencję naukową lekarza wraz z rodziną. Warto jednak podkreślić, że przekroczeniem przejawów zwykłej gościnności nie będzie natomiast zorganizowanie spotkania promocyjnego z udziałem lekarzy, członków ich rodzin i osób towarzyszących w formie pikniku. Zapraszając lekarza na konferencję, zjazd lub spotkanie promocyjne firma farmaceutyczna musi zachować właściwe proporcje między merytoryczną a rozrywkową częścią spotkania. Przekroczeniem przejawów zwykłej gościnności nie jest także zaproszenie lekarza na konferencję, zjazd lub warsztaty, które odbywają się za granicą. Merytoryczna strona spotkania musi jednak mieć nad-
rzędne znaczenie w stosunku do socjalnej strony pobytu lekarza za granicą. Pokrycie przez firmę farmaceutyczną kosztów transportu i zakwaterowania w trakcie konferencji naukowych i innych tego typu spotkań jest oczywiste i stanowi dopuszczalną reklamę produktów leczniczych. Spotkanie zagraniczne, które sponsorowane jest przez firmę farmaceutyczną, nie może natomiast stanowić zakamufłowanej formy wycieczki. Przypadek taki uzna-

wany jest przez prawo farmaceutyczne za przyjęcie korzyści majątkowej przez lekarza.

- Lekarz może przyjąć od firmy farmaceutycznej **korzyść w postaci materiałów reklamowych o znikomej wartości** (np. kalendarze, artykuły biurowe) lub drobnych przedmiotów związanych z praktyką medyczną.
- Lekarz może przyjąć **korzyść w postaci nagrody rzeczowej**, która pochodzi z konkursu przeprowadzane-
go przez firmę farmaceutyczną np. między sesjami naukowymi podczas konferencji. Konkurs (gra losowa lub loteria) może zostać przeprowadzony przez firmę farmaceutyczną po uzyskaniu odpowiedniego zezwolenia.

Współpraca lekarza z firmą farmaceutyczną może przyjąć postać obserwacji działania leku, który został przebadany klinicznie i dopuszczony do obrotu. Działania takie mogą polegać na wypisywaniu recept na konkretny produkt leczniczy danej firmy i obserwację pacjentów, którym produkt został zalecony. **Nie zgodne z prawem jest natomiast przyjęcie przez lekarza zapłaty lub korzyści w innej formie, za wystawianie recept na produkt danej firmy farmaceutycznej i obserwację działania produktu.** Obowiązkiem lekarza jest bowiem bezstronne prowadzenie procesu leczniczego. Poza tym podstawowym obowiązkiem lekarza jest obserwowanie pacjenta i reagowanie na skutki i następstwa przyjętych środków farmakologicznych, co nie może być uzależnione od przyjęcia korzyści ze strony producenta leku. **Lekarz może przyjąć zapłatę od firmy farmaceutycznej za czynności towarzyszące obserwacji działania leku wypisywane-
go na receptę. Czynnością taką może być np. wykonanie zestawienia statystycznego, które procentowo odzwierciedla skutki działania leku.**

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi

Artykuły ukazują się przy współpracy wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych – www.progress.med.pl

REKLAMA

Kalendarz Lekarza 2008

wydany przez
Polskie Towarzystwo Lekarskie
i Naczelną Izbę Lekarską



Już do nabycia!

w siedzibie biura
Zarządu Głównego PTL
00-478 Warszawa
Al. Ujazdowskie 22, lok. 2
tel. (022) 628 86 99, 627 29 88
e-mail: ptl@interia.pl

Cena kalendarza **25,00 zł**

Istnieje możliwość wysyłki za pobraniem.

Almanach świętokrzyskich eskulapów



Książka ukazała się przy wsparciu finansowym Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej. Złożyły się na nią wspomnienia i opracowania dziejów placówek służby zdrowia Kielecczyny.

Wśród piętnastu autorów znaleźli się, obok dwóch historyków: Stanisława Przybyszewskiego i Jerzego Więckowskiego, lekarze: Leon Ambroży, Roman Figiel, Wadiusz Kiesz, Tadeusz Koniewicz, Stefan Kośmider, Kazimierz i Leszek Mierzwiowie, Tadeusz Olszewski, Marta Szajewska-Kruk, Stanisław Śliwa, Ludomira i Maciej Zarębscy oraz 92-letni Stanisław Zasacki, nestor świętokrzyskich eskulapów, którego wspomnienia poświęcone funkcjonowaniu szpitala w Końskich podczas okupacji stanowią pierwszy rozdział „Almanachu”.

W książce znalazły się m.in. relacje dotyczące warunków pracy w czasach młodości autorów, jakże odmiennych od obecnych. Widać ich determinację przy podejmowaniu niełatwych życiowych decyzji, np. przy częstej wówczas zmianie adresu pracy. Wspomnienia te obrazują czasy powojenne, budowę nowego ładu społecznego, czasy tworzenia od podstaw placówek służby zdrowia, która w ten sposób dostosowywała się do istniejących potrzeb środowiskowych, po to, by jak najlepiej można było ratować życie i zdrowie naszego społeczeństwa. Uderza w tych osobistych zwierzeniach zapał, poświęcenie i zaradność w organizowaniu i świadczeniu pomocy medycznej dla ludności ziemi kieleckiej.

Nie ma w nich mowy o targowaniu się w sprawach wynagrodzeń i gratyfikacji...

Lektura wspomnień skłania do wniosku, że naczelną dewizą w tamtym okresie było działanie na rzecz ogółu, szybkie reagowanie na istniejące zapotrzebowanie społeczne. Mimo trudnych wówczas warunków materialnych, lokalowych, braku zaplecza technicznego, trudności aprowizacyjno-zaopatrzeniowych niesiono pomoc medyczną na wysokim poziomie (jak na ówczesne czasy), tworząc coraz to nowe placówki zdrowia.

Te wspomnienia warte są zachowania w naszej pamięci, jak również następnych pokoleń. Są świadectwem czasów, które wprawdzie jeszcze nas dotyczą, ale już nieodwracalnie prze-

mijają. Pozwalają również, chociaż w małym stopniu, zrozumieć młodemu pokoleniu lekarzy motywację działania w tamtych czasach, przybliżyć obecnej młodzieży lekarskiej postawy życiowe często dla niej niezrozumiałe. Pokazują ile odwagi, pracy i zaangażowania wymagała praca w ciężkich warunkach okupacyjnych i powojennych. Odnajdujemy w nich niejednego Judyma, niejednego nieklamany autorytet.

Przypominają i uczą, że w każdych, nawet najtrudniejszych warunkach ekonomiczno-materialnych można i należy godnie wypełniać zadania, do których zostaliśmy zobowiązani wobec społeczeństwa i historii przysięgą Hipokratesa.

Dla bohaterów wspomnień i ich współpracowników książka stanowi niezastąpione świadectwo heroicznych zmagających z przeciwnościami losu, z codzienną, jakże często niesprzyjającą rzeczywistością. Jest również żywym dowodem przemijania życia i ciągłego jego odradzania się w nowych pokoleniach, przy czynnym udziale naszej służby zdrowia.

Szkoda tylko, że inicjatorem tego potrzebnego wydawnictwa nie udało się nakłonić młodsze pokolenie kolegów, aby sięgnęli po pióro i podzielili się wrażeniami z pracy, doświadczeniami zawodowymi czy chociażby opisem ciekawych przypadków, na których brak z pewnością nie narzekają. Tych wspomnień brakuje w prezentowanym „Almanachu”...

Wydawcą „Almanachu” jest Świętokrzyskie Towarzystwo Regionalne. Książka jest bogato ilustrowana archiwalnymi zdjęciami, poszczególnie zaś jej działy są przedzielone rysunkami satyrycznymi autorstwa dr. Macieja Wójcickiego (endokrynologa i śpiewaka operowego), obecnie mieszkańca Gdyni, rodem spod Starachowic.

„Almanach” spotkał się z sympatycznym przyjęciem na promocjach: w izbie lekarskiej i antykwariacie Metzgera w Kielcach oraz w Sierpcu, Pińcowie i Ostrowcu Świętokrzyskim.

Maciej Zarębski

Razem wobec problemów

REKLAMA

Rada Prezesów Naukowych Towarzystw Lekarskich to nowa inicjatywa, która ma pomóc w zjednoczeniu środowiska i pomóc rozwiązać jego problemy.

A tych nie brakuje. Na długiej liście znalazły się programy specjalizacyjne, pomoc lekarzom młodym i lekarzom na emeryturze, dbanie o prestiż zawodu, walka o godne zarobki, jakość procesu leczenia itd. – Zależy nam na znalezieniu tego, co jest wspólne, bo taka jest wewnętrzna potrzeba środowiska – mówi prof. Witold Rużyło, pomysłodawca powołania Rady. – Warto pamiętać, że to my, lekarze, podzieliliśmy medycynę i teraz nadszedł czas, by ją połączyć i przypomnieć sobie, że przecież nie leczymy oka czy serca, ale człowieka.

Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, które zainicjowało powstanie Rady, podkreślał, że najważniejsza jest jej niezależność od instytucji czy samorządu lekarskiego. – Oczywiście cieszymy się, że Naczelna Rada Lekarska poparła ten pomysł, ale to nie oznacza, że będziemy częścią NIL – powtarzał kilkakrotnie. – Po prostu musimy wspólnie zadbać o kondycję zawodu lekarskiego. Z kolei prezes Konstanty Radziwiłł zaproponował, by połączone towarzystwa lekarskie stanowiły merytoryczny głos doradczy dla Izby. – Samorządowi brakuje eksperckiego głosu chociażby przy wydawaniu opinii do ustaw i rozporządzeń, mam nadzieję, że to się zmieni – mówił do zebranych.

Jedno z najciekawszych wystąpień miał prof. Zbigniew Puchalski, prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgów, który poruszył kwestię coraz bardziej szczegółowego podziału specjalizacji medycznych, co np. w Finlandii doprowadziło do sytuacji, że istniało prawie 100 różnych specjalności medycznych. – W takiej sytuacji tamtejsza medycyna nie była w stanie efektywnie pracować i udzielać pomocy pacjentom, dlatego Finowie już zlikwidowali 20 specjalizacji – przypominał. – Nie możemy dopuścić, żeby w Polsce doszło do takiej sytuacji.

Jedna z najważniejszych kwestii dotyczy kształcenia specjalizacyjnego. W Europie toczy się właśnie dyskusja na temat kształcenia stażystów. – Niemożliwe jest, by w ciągu 5 lat specjalizacji przy 48-godzinym tygodniu pracy przeprowadzić wszystkie potrzebne do zdobycia specjalizacji chirurga operacje – przypominał prof. Puchalski. – A wydłużyć się tego czasu nie da, bo dyrektorzy szpitali wprost powiedzieli, że nie mają na to pieniędzy.

Dlatego prof. Grzegorz Opala, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, zaproponował dyskusję nad modelowym systemem kształcenia i certyfikacją umiejętności. – Najpierw sami, jako środowisko, musimy wiedzieć czego chcemy, mówić jednym głosem – podkreślał prof. Opala.

Ten problem będzie z pewnością jednym z tematów następnego posiedzenia Rady.

Agnieszka Katrynicz

REKLAMA

W sercu Borów Tucholskich

Tradycyjnie już w pierwszy weekend września przy „dobrej” myśliwskiej pogodzie na strzelnicy myśliwskiej w samym sercu Borów Tucholskich odbyła się już ósma edycja Mistrzostw

Z różnych stron naszego europejskiego podwórka zjechało do Osia 79 uczestników zawodów wraz z rodzinami.

Zawody rozgrywano w czterech kategoriach: goście, klasa otwarta, powszechna oraz klasyfikacja drużynowa z reprezentacjami okręgowych izb lekarskich.

Mistrzem Polski na rok 2007 i tym samym posiadaczem wspaniałego kolorowego telewizora został Łukasz Lityński (Jawor) z wynikiem 449 pkt., wicemistrzem Marek Jedwabiński (Bydgoszcz), na trzecim miejscu uplasował się Michał Reszelski (Poznań).

W klasie powszechnej (tylko konkurencje śrutowe) pierwsze miejsce zajął Maciej Gmitrzak (Bydgoszcz), drugie Dariusz Wiliński (Toruń) oraz trzecie Robert Burdyński (Poznań).

W klasyfikacji drużynowej reprezentacja Bydgoskiej Izby Lekarskiej w składzie: Marek Jedwabiński, Maciej Gmitrzak i Adam Witkowski, ponownie nie pozostawiła żadnych wątpliwości, która OIL dysponuje największą siłą ognia i zdobyła po raz kolejny Drużynowe Mistrzostwo Kraju. Wśród zaproszonych gości i sympatyków naszego środowiska zdecydowanie najlepszy okazał się Lech Żymierski z wynikiem 464 pkt.

W trakcie sportowej rywalizacji odbywał się Charytatywny Turniej Sponsorów – „Dar Serca”, który po raz pierwszy został rozegrany na specjalnie ustawionej przez organizatorów osi parcurowej, którego do-

chód, jak co roku, został przekazany na cele dobroczynne. Dzień pełen atrakcji zakończono kolacją przy dźwiękach szkockiej muzyki. Autentyczny Szkot z Poznańskiego Teatru Polskiego w stosownej spódnicy przedstawił tradycję i sztukę kosztowności różnych wyrobów przyrządzonych według receptury Johnnie Walkera. Niestety, ku rozpacz większości biesiadników do degustacji zaproponowano istic szkockie dawki tego szlachetnego trunku. W niedzielę każdy, kto pragnął rewanżu, mógł spróbować sił w zawodach wędkarskich w połowie pstrąga na łowiskach w Starej Rzece. Po zaciętym pojedynku wyłoniony zwycięzca nagrodzony imponującym pamiątkowym pucharem był równie szczęśliwy jak aktualny Mistrz Polski w zawodach strzeleckich, a złowione pstrągi podano na wystawny obiad kończący nasze tegoroczne spotkanie.

Każdy, kto przyjeżdża do Osia, wwozi wspaniały dar przyjaźni otrzymany od lekarskiej braci łowieckiej z całej Polski. Serdeczna atmosfera i wspaniali ludzie, lekarze, myśliwi, którzy do nas przyjeżdżają co roku oraz nowi uczestnicy naszych spotkań powiększający grono naszych przyjaciół dają nam nadzieję, że Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w przyszłym roku będą miały jeszcze większą frekwencję i dzięki sponsorom równie wspaniałą oprawę. Serdecznie zapraszamy!

Marek Jedwabiński



Podium klasy mistrzowskiej



Podium klasy popularnej



Wizytacja z łowieckiej centrali



**Spiritus movens lekarskich Igrzysk
Maciej Jachymiak**



Na śliskiej nawierzchni walczoneo do upadłego



**Na trasie biegu
dopisywały
humory**



**Gorące głowy studzono
czerwonymi kartkami**



**Trzynastu śmiaków na starcie tria
(pływanie 800 metrów w 15-stopniowej
20 km rowerem po górach i 5 km bi**



**W błocie po kostki
krakowscy lekarze
potwierdzili swą
supremację**



**Wielkie serce
w filigranowym
ciele**



Piotr Kalinowski znów



**Taką formą błyszczą
na pływalni niektórzy,
nawet
po pięćdziesiątce**

Igrzyska Lekarskie Zakopane 2007



Na trasie triathlonu
zawodników zagrzewały
do walki całe rodziny

Lekarscy tytani

fotoreportaż Marka Stankiewicza

bezkonkurencyjny

Kalendarz

kursy, szkolenia, zjazdy (2007 r.)

Oddział Dolnośląski Pol. Tow. **Medycyny Pracy** zaprasza na posiedzenia naukowo-szkoleniowe w IV kwartale 2007 r.

- **17.10. Zespół bezdechu sennego: powikłania kardiologiczne, diagnostyka i leczenie**
- **21.11. Orzecznictwo w chorobach układu krążenia**
- **19.12. Zawodowa astma oskrzelowa jako problem interdyscyplinarny**

Zostaną podliczone pkt. edukac. za okres rozliczeniowy: X-XII 2004, I-XII 2005, I-XII 2006, I-XII 2007 dla członków PTMP, którzy uregulowali składki. Posiedzenia: Sala Konferencyjna DIL, ul. Matejki 6, godz. 13.00. Obowiązkowa obecność lekarzy specjalizujących się. Składki: 60 zł (członkowie PTMP i emeryci czynni zawodowo), 30 zł (emeryci nie pracujący). Uregulowanie składek: u p. Teresy Szypuły, lub na konto PTMP: IV o/Wrocław 261020 5242 0000 2502 00187252

- **22.11. Warszawa. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o. we współpracy z Komisją Stomatologiczną NRL organizuje Seminarium Naukowo-Szkoleniowe: Praca lekarza, lekarza dentystry – choroby zawodowe i parazawodowe, wypadki oraz renty, odszkodowania i ulgi podatkowe.** Informacje na stronie www.ipoz.pl

- **1-9.12. Busko-Zdrój. Pol. Tow. Lek. Medycyny Manualnej. Medycyna Manualna w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa i narządu ruchu.** Kurs I st. dla lekarzy. 40 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: Wydawnictwo Medyczne „NATURA”, 25-502 Kielce, Paderewskiego 48, tel./faks 041-344-70-69, e-mail: natura@natura.med.pl, www.natura.med.pl

- **14-15.12. Warszawa. Fundacja Edukacji Medycznej, Promocji Zdrowia, Sztuki i Kultury „Ars Medica” organizuje VII Interdyscyplinarny Kongres Naukowy: Upadki osób po 65 roku życia jako istotny problem medyczny i społeczny.** Pkt. edukac. zgodnie z wytycznymi OIL w Warszawie oraz punkty CME-ortopedia dla każdego uczestnika kongresu. Komitet organizacyjny: 04-046 Warszawa, ul. Al. Stanów Zjednoczonych 72/176, tel./faks: 022-834-67-72, 022-405-42-72, 0601-227-899, e-mail: nauka@medsport.pl, www.medsport.pl

- **10-12.04.2008 r. Zakopane. Hotel Mercure Kasprowy. Katedra i Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej oraz Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii SUM w Katowicach zapraszają na XI konferencję cukrzycy typu 1.** Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 30-116 Kraków, tel. 012-429-69-06, faks 012-423-41-92, e-mail: evmaco@evmaco.pl, www.11konf-polpediab.evmaco.pl, www.cukrzyca.info.pl

- **11-12.04.2008 r. Poznań. Ogólnopol. Konf. nt. Choroby reumatyczne w praktyce internistycznej.** Program: I. Choroby reumatyczne w wieku podeszłym – Fizjopatologia wieku podeszłego, Najczęstsze problemy kliniczne, Leczenie farmakologiczne, II. Zespół antyfosfolipidowy – problemy związane z hematologią, położnictwem, transplantologią. Przewidziano prezentację prac oryginalnych. Organizatorzy: Sekcja Reumatologiczna Tow. Internistów Pol., Sekcja Med. Rodz. Pol. Tow. Reumatologicznego, Kat. i Klin. Reumatologiczno-Rehabilitacyjna i Chorób Wewn. UM w Poznaniu. Kom. Org.: Katedra i Klinika Reumatologiczno-Rehabilitacyjna i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, 61-545 Poznań, ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147, tel. 061-83-10-317, 833-28-11, fax 061-83-10-317, e-mail: zimmermannngorska@hotmail.com, puszczewicz@hotmail.com. Przew. Kom. Org. prof. Irena Zimmermann Górska

- **5-6.10. Wrocław. Pod patronatem Komitetu Ergonomii PAN inauguracja Polskiego Towarzystwa Ergonomii Stomatologicznej. IV Ogólnopolskie Forum Ergonomii w Stomatologii: Czynniki ryzyka w pracy lekarza stomatologa i zespołu stomatologicznego. Jak je minimalizować.** Pkt. eduk. Koszt uczestnictwa 450 zł dla lekarza, 300 zł dla asystentki. Informacje i zgłoszenia: tel. 071-353-83-51, faks 071-354-02-17, e-mail: szkoleni@ede.pl

- **16-17.11. Warszawa. Stowarzyszenie na Rzecz Wspierania i Rozwoju Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii IP CZD Warszawa organizuje Drugie Sympozjum Standardy Gastroenterologiczne, Hepatologiczne i Żywnościowe w praktyce lekarza rodzinnego**

i pediatrii. Tematyka: Leczenie immunomodulacyjne chorób przewodu pokarmowego; Symptomatologia i diagnostyka różnicowa chorób przewodu pokarmowego; Leczenie wybranych chorób przewodu pokarmowego; Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia. Pkt. edukac. Oplata za udział 100 zł. Informacje: tel. 022-815-73-84, 815-73-92, e-mail: j.kierkus@med-net.pl

- **7-8.12. Poznań. Zakład Neuroimmunologii Klinicznej Katedry Neurologii UM w Poznaniu oraz Sekcja Stwardnienia Rozsianego Pol. Tow. Neurologicznego, Fundacja AM w Poznaniu organizują VI Konferencję Naukowo-Szkoleniową: Postępy w neuroimmunologii klinicznej – Stwardnienie rozsiane, Miastenia, zespół Guillain-Barre, zespoły paraneopłazmowe, immunologiczne aspekty schorzeń neurologicznych.** Informacje i zgłoszenia: BOKiZ Fundacji AM, ul. Tęczowa 3, 60-275 Poznań, tel. 061-662-11-20 wew. 14, 15, 16, faks 061-662-16-65 wew. 21, www.bokiz.pl/neuroim2007, e-mail: biuro@bokiz.pl

Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”.

Posiedzenia kliniczne w 2007 r.

- **2.10. Klinika Niemowlęca. Występowanie zakażeń nietypowych w populacji dziecięcej**
- **16.10. Klinika Urologii Dziecięcej. Urologia dziecięca w pigułce – czyli co każdy lekarz wiedzieć powinien o wadach układu moczowo-płciowego**
- **6.11. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej. Wrodzone zaburzenia glikozylacji (CDG) – wyzwanie dla wielu specjalistów medycznych**
- **20.11. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Kaniulacja żył centralnych – zalecenia**
- **4.12. Zakład Radioimmunologii. Adelina, wisfatyna i waspina; nowe adipocytokiny w świetle badań podstawowych i klinicznych**
- **18.12. Klinika Okulistyki. Siatkówczak – obraz kliniczny. Diagnostyka i leczenie**

Informacje: IP CZD Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, e-mail: m.litwin@czd.pl, www.czd.pl, tel. 022-815-16-03, 022-815-15-03, faks 022-815-15-13

- **24.11. Warszawa. CSK MSWiA w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 137, organizuje konferencję poświęconą leczeniu błotami: borowinami w Polsce i błotem wydobywanym z dna jeziora w Eforii (Rumunia).** W szczególności zapraszamy lekarzy ortopedów, reumatologów i lekarzy rodzinnych. 5 pkt. edukac. Zgłoszenia do końca października do CSK MSWiA w Warszawie, na adres: e-mail: malgorzata.karpinska@cskmswia.pl

Krakowskie Centrum Szkoleniowe „KANA-Centrum”. Kursy medyczne. Informacje: www.kanacentrum.pl

Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2. Kontakt: tel./faks: 032-251-22-64, medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl. Zgłoszenia na kursy i konferencję przyjmowane są telefonicznie bądź mailowo.

Centrum Edukacji Ultrasonograficznej CEDUS – kursy: ul. J. Bruna 32, 02-535 Warszawa, tel. 022-646-41-56, kursy@cedus.edu.pl, www.cedus.edu.pl

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii, r. zał. 1993, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66, 0606-350-328, www.usg.webd.pl, r.baran@neostrada.pl. Nr w rej. podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów DIL: 69-000032-001-0000

Mazurska Szkoła USG i Ginekologii – kursy. Zapisy: 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii – kursy podst. i doskonalące praktycznej ultrasonografii w 2007 i 2008 r. Info: www.usg.com.pl

Kursy Medyczne Skolamed. Info: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia: e-mail: medyczne@paiz.com.pl, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50. Pkty edukac.

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej zaprasza na praktyczne kursy ultrasonograficzne: podstawowe i doskonalące. Prawo do pkt. edukac. izby lek. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: tel./faks 061-819-25-00, tel. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

W dn. **16-17 listopada 2007 r.** organizujemy w **Lublinie** Ogólnopolskie Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe nt. „**Farmakoterapia w schorzeniach układu ruchu**”.

Zagadnienia praktycznego zastosowania leków w dysfunkcjach narządu ruchu są bliskie każdemu ortopedzie i rehabilitantowi, a zwłaszcza lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej. Oczywiście ograniczenia sprawiają, że dokonaliśmy wyboru i zamierzamy przedstawić trzy ważne i szerokie zagadnienia – zmian zniekształcających stawy, osteoporozę oraz problematykę niewydolności obwodowego krążenia żylnego.

Celem zintegrowanych wysiłków trzech Polskich Towarzystw: Ortopedycznego i Traumatologicznego, Rehabilitacyjnego oraz Medycyny Rodzinnej, jest wymiana poglądów na temat stosowanych leków, ich działań ubocznych oraz w miarę możliwości uzgodnienia stanowisk pod kątem zaleceń profilaktycznych i terapeutycznych.

Zgłoszenia pod adresem internetowym: www.ort-reh.paiz.com.pl

Opłaty: uczestnik do 15 X – 250 zł, po – 300 zł, osoba towarzysząca – 100 zł, – 120 zł (opłata rejestracyjna osoby towarzyszącej obejmuje: wstęp na teren wystawy firm, uczestnictwo w spotkaniu towarzyskim).

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: dr hab. med. prof. nadzw. Mirosław Jabłoński, prof. dr hab. med. Janusz Schabowski, Klinika Ortopedii i Rehabilitacji AM im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie

PROGRAM

Piątek, 16 XI br.

10.00-11.00 Uroczyste otwarcie Sympozjum, Występ Zespołu Pieśni i Tańca AM w Lublinie

11.00-14.30 Sesja I – Zmiany zniekształcające stawów, przewodniczący: M. Majdan, J. Kiwerski, T. Gaździk, W. Marczyński

1. *Chondroza i artroza – nowe poglądy na etiopatogenezę* – W. Tłustochowicz, M. Sułek (15 min), 2. *Choroba zwyrodnieniowa stawów – naturalny przebieg* – E. Czerwiński (15 min), 3. *Chondroprotekcja* – T. Gaździk, M. Kaleta (15 min), 4. *Wiskosuplementacja* – W. Marczyński (15 min), 5. *Ruch jako lek w chorobie zwyrodnieniowej stawów* – J. Kiwerski (15 min), 6. *Zmiany w układzie kostnym w przebiegu cukrzycy* – E. Szyprowska (15 min), 7. *Niesteroidowe leki przeciwzapalne w leczeniu choroby zwyrodnieniowej* – M. Majdan (15 min), 8. *Niesteroidowe leki przeciwzapalne a wątroba* – M. Słomka (15 min), 9. *Nie-*

steroidowe leki przeciwzapalne a choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy – J. Schabowski (15 min), 10. *Niesteroidowe leki przeciwzapalne – wpływ na nerki* – A. Steciwko (15 min), 11. *Silnie działające opioidy w leczeniu przewlekłego bólu narządu ruchu – zalecenia* – K. Przesmycki (15 min), 12. *Farmakoterapia osób po protezoplastykach dużych stawów* – M. Gorzelak (15 min), 13. *Lekarz rodzinny a osteoartroza* – L. Szczepański (15 min), 14. *Dyskusja* (15 min).

16.00-19.15 Sesja II – Osteoporoza, przewodniczący: W. Horst-Sikorska, R. Lorenc, P. Głuszko, E. Czerwiński

1. *Osteoporoza – co nowego?* – R. Lorenc (15 min), 2. *Ekonomiczne skutki osteoporozy* – P. Książek (15 min), 3. *Osteoporoza w chorobach reumatycznych* – P. Głuszko (15 min), 4. *Witamina D, wapń a osteoporoza* – W. Załuska (15 min), 5. *Rehabilitacja w osteoporozie* – K. Księżopolska (15 min), 6. *Hormonalna terapia zastępcza – stan aktualny* – K. Wardyn (15 min), 7. *Bisfosfoniany. Przegląd możliwości terapeutycznych* – M. Jabłoński (15 min), 8. *Leczenie anaboliczne osteoporozy* – J. Gawlikowski (15 min), 9. *Osteodystrofia Sudecka* – A. Sawicki (15 min), 10. *Bezpieczeństwo farmakoterapii osteoporozy u chorych „na serce”* – A. Wysokiński (15 min), 11. *Układ RANK/RANKL/OSTEOPROTEGERYNA* – M. Jabłoński (15 min), 12. *Lekarz rodzinny wobec osteoporozy* – W. Horst-Sikorska – 15 min), 13. *Dyskusja* – 15 min), 20.00 *Wieczór towarzyski*.

Sobota, 17 listopada br.

9.00-12.15 Sesja III – Choroby żył i choroba zakrzepowo-zatorowa, przewodniczący: A. Górecki, J. Michalak, K. Wardyn, J. Wroński

Sesja specjalna – Zasady zapobiegania chorobie zakrzepowo-zatorowej – D. Chmielewski – 35 min

1. *Wywód choroby naczyń żylnych, czynniki ryzyka, zapobieganie* – J. Wroński (20 min), 2. *Leczenie flebotropowe* – A. Wolski (20 min), 3. *Cukrzyca a choroba zakrzepowo-zatorowa* – B. Żmurowska (20 min), 4. *Ruch w chorobie zakrzepowo-zatorowej* – M. Krasuski (20 min), 5. *Choroba zakrzepowo-zatorowa u pacjentów o ograniczonej mobilności (choroba zwyrodnieniowa, niedowład)* – M. Pencuła (20 min), 6. *Pacjent z niewydolnością żylną w praktyce lekarza rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia owrzodzeń podudzi* – W. Lukas, W. Drzastwa (20 min), 7. *Leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej* – J. Wroński (20 min), 8. *Dyskusja* – 20 min

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10. Zamówienia (tel. 022 695-44-80, faks 695-44-87, infolinia 0801-142-080, www.pzwl.pl). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379) realizowane są za zaliczeniem pocztowym (7 zł, zamówienia powyżej 150 zł – bezpłatnie). Realizacja: 3 dni robocze. Pełna oferta: www.pzwl.pl oraz Katalog Wydawnictwa.



Wywiad lekarski oparty na zasadach EBM

Lawrence M. Tierney Jr., Mark C. Hederson

red. naukowy tłumaczenia Leszek Pączek

wyd. I. Warszawa 2007, str. 686

Publikacja opracowana przez zespół doświadczonych klinicystów amerykańskich podaje zasady poprawnego przeprowadzania wywiadu lekarskiego. Prezentuje zagadnienia związane z badaniem podmiotowym z perspektywy dolegliwości występujących u pacjentów. Autorzy omawiają 60 objawów, z którymi najczęściej spotykają się lekarze w codziennej praktyce. W każdym z tych przypadków przedstawiają schemat wy-

wiadu i proponują jakie pytania stawiać pacjentowi. Podręcznik przeznaczony dla lekarzy poz, studentów i absolwentów przygotowujących się do LEP.



Medycyna w pigułce

red. n. Lawrence M. Tierney Jr., Sanjay Saint, Mary A. Whooley

red. n. tłum. pol. prof. dr hab. n. med. Jan Duława

wyd. I. Warszawa 2007, str. 582

Wygodny w użyciu przewodnik do korzystania w pracy na oddziale szpitalnym, w izbie przyjęć i w przychodni. Zawiera najważniejsze wiadomości o rozpoznawaniu i leczeniu ponad 500 chorób. Opisy chorób z dziedziny interny i podstawowych specjalności medycznych. Podręcznik przeznaczony dla lekarzy, stażystów, studentów medycyny, ratowników medycyny.



Leczenie bólu

Jerzy Wordliczek, Jan Dobrogowski i współautorzy

wyd. I. Warszawa 2007, str. 428

Publikacja szczegółowo omawia problematykę leczenia zespołów bólowych ostrych i przewlekłych, u dorosłych i u dzieci. Zawiera podstawowe informacje dotyczące mechanizmów powstawania poszczególnych zespołów bólowych, które pozwalają zrozumieć zasady stosowania określonych metod terapii. Adresowane do lekarzy klinicystów, lekarzy poz oraz studentów medycyny.



Rehabilitacja medyczna

pod red. Jerzego Kiwerskiego

wyd. I (dodruk). Warszawa 2006, str. 700

Publikacja opracowana przez zespół pracowników Kliniki i Centrum Rehabilitacji w Konstancinie z udziałem wybitnych specjalistów spoza placówki. Nowoczesny podręcznik, zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej. W części ogólnej omówiono historię oraz współczesne poglądy na rehabilitację. W części szczegółowej omówiono rehabilitację w poszczególnych chorobach, także u dzieci i osób starszych.

Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszkę 29, tel. 071 330-61-61. Zamówienia: e-mail: elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl, tel. 042 680-44-86



Ultrasonografia naczyń obwodowych

Abigail Thrust, Tim Hartshorne

red. wyd. I pol. Wiesław Jakubowski

Wrocław 2007, str. 236

Publikacja pozwala lepiej przyswoić teoretyczne i praktyczne zasady diagnostyki ultrasonograficznej naczyń krwionośnych. Prezentuje teorie naukowe i technologiczne dotyczące zasad ultrasonografii. Opisuje swoiste zaburzenia występujące w układzie tętniczym i żylnym, a także techniki służące do ich różnicowania. Omawia również przykłady prawidłowych i nieprawidłowych obrazów dopplerowskich oraz sposoby ich interpretacji.



Kompedium chorób wewnętrznych

Fred F. Ferri

red. I wyd. pol. Andrzej Steciwko

Wrocław 2007, str. 505

Publikacja wydana w formie kolonotatnika. Prezentuje 287 najczęstszych jednostek i zespołów chorobowych, z którymi każdy lekarz spotyka się w codziennej praktyce. Oprócz chorób wewnętrznych zaprezentowano zagadnienia dot. chorób skóry i chorób zakaźnych. Opis zawiera: definicję, objawy kliniczne, zasady diagnostyki oraz interpretację badań la-

boratoryjnych i obrazowych, obowiązujące schematy terapeutyczne, a niekiedy podstawy profilaktyki. Publikacja jako źródło praktycznych informacji przeznaczona jest dla każdego lekarza praktyka.

RTG klatki piersiowej

Jonathan Corne, Mary Carrol, Ivan Brown, David Delany

Wrocław 2007, str. 126

Celem książki jest przekazanie wiedzy lekarzom różnych specjalności na temat interpretacji zdjęć klatki piersiowej. Pozycja bogato ilustrowana rycinami.

Tony i szmery serca

EM Brown, W. Collins, T. Leung, AP Salomon

red. wyd. I pol. Piotr Salomon

seria: *To Proste*, Wrocław 2007, str. 120

W książce opisano wszystkie najważniejsze tony i szmery serca oraz przedstawiono schematyczną interpretację badań dodatkowych. Załączony na płycie CD interaktywny program komputerowy, pozwala w czasie czytania „na żywo” analizować opisane fenomeny osłuchowe. Bardzo ważna jest możliwość modyfikacji poszczególnych fragmentów cyklu serca i obserwowania zmian, jakie po tej modyfikacji wystąpiły.



Ponadto nadesłano:

South beach. Program dla serca. Czterostopniowy program, który może uratować twoje życie

Artur Agatston

tłum. Bożena Jóźwiak

wyd. I. str. 288, Poznań 2007. Dom Wydawniczy „Rebis”

60-171 Poznań, ul. Żmigrodzka 41/49, tel. 061-867-47-08, faks

061-867-37-74, e-mail: rebis@rebis.com.pl, www.rebis.com.pl,

Autor – światowej sławy kardiolog z trzydziestoletnim doświadczeniem publikuje książki z zakresu profilaktyki chorób serca. Światowym bestsellerem jest jego publikacja „Dieta South Beach”. W prezentowanym tytule przedstawia czterostopniowy program ochrony serca: - dieta zdrowa dla serca; utrzymywanie sprawności fizycznej (ćwiczenia); najnowsze metody badania krwi i serca; środki osłaniające serce.



Grasica, odporność, zdrowie

Podstawy immunokorekcji hormonami grasicy

Marek P. Dąbrowski

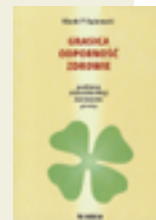
Wrocław 2006, nakł.: Finepharm Sp. z o.o.,

58-500 Jelenia Góra, ul. Wincentego Pola 19A, tel. 075-646-98-54

wyd.: *Triangulum M.B.P.*, 51-607 Wrocław, ul. Smoleńskiego 3a,

tel./faks 071-348- 42-80, info@triangulum.pl, www.triangulum.pl

Publikacja prezentuje układ odpornościowy – jego organizację i złożone zadania, mechanizmy oddziaływania na dojrzewanie limfocytów, związki z układem nerwowym i hormonalnym. Wiadomości w niej zawarte odnoszą się bezpośrednio do sytuacji, z którymi spotyka się lekarz w swojej praktyce. Prezentuje metody immunoterapii, leczenia uzupełniającego, szczegółowo omawia wartość terapeutyczną stosowanych leków pochodzenia grasicznego zweryfikowaną przez doświadczenia kliniczne.



Skazani na długowieczność

W poszukiwaniu czynników pomysłnego starzenia

red. Małgorzata Mossakowska, Katarzyna Broczek, Michał Witt

Warszawa 2007, str. 116, *Ośrodek Wydawnictw*

Naukowych Instytutu Chemii Bioorganicznej PAN

61-713 Poznań, Wieniawskiego 17/19, tel. 061-85285-03

faks 061-852-06-71, e-mail: wojtow@man.poznan.pl

Monografia zawiera opracowania kilkunastu zespołów badawczych programu „Genetyczne i środowiskowe uwarunkowania długowieczności polskich stulatków”. Zaprezentowano dane naukowe i materiał biologiczny do dalszych badań. Celem programu jest podnoszenie jakości życia w okresie późnej starości.



International Publishing Service, sp. z o.o., 00-677 Warszawa, ul. Piękną 31/37, tel. 022-628-60-89, faks 022-621-72-55 prezentuje:

Differential Diagnosis in Internal Medicine

Siegenthaler W. Thieme, 2007, s. 1440, cena EUR 109,95

Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 31st edition.

By Dorland, Saunders 2007, s. 2208, cena £ 34,99

Essential Echocardiography a Practical Handbook with DVD.

Solomon, Scott D. (Ed.). Humana Press, 2007, s. 472, cena EUR 128,35

opr. md

Profesor Ryszard Jacek Żochowski

17 września br. minęła 10 już rocznica śmierci przedwcześnie, bo zaledwie w wieku 56 lat, zmarłego ministra zdrowia i opieki społecznej w latach 1993-97, posła na Sejm RP I i II kadencji profesora Ryszarda Jacka Żochowskiego.

Funkcję tę przyszło Mu pełnić w bardzo trudnym okresie transformacji ustrojowej i przełomowych reform dla ochrony zdrowia w Polsce, związanych m. in. z ubezpieczeniem zdrowotnym, ustaleniem zakresu świadczeń gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych, wprowadzeniem instytucji lekarza rodzinnego, Rejestrem Usług Medycznych, usamodzielnieniem zakładów opieki zdrowotnej, a także przekazywaniem jednostek służby zdrowia samorządom terytorialnym i zawieraniem kontraktów z wojewodami na ich finansowanie.

Obecnie trudno wyobrazić sobie, że w okresie tych niespełna 4 lat resort zdrowia pod Jego kierownictwem był zdolny do wypracowania tylu istotnych aktów prawnych i merytorycznych rozwiązań, które nawet dziś nie straciły swej aktualności, wspominając choćby koszyk świadczeń zdrowotnych czy RUM.

Nie sposób także pominąć Jego walki o zwiększenie środków finansowych na ochronę zdrowia i podwyżki wynagrodzeń pracowniczych, w liście skierowanym 26 lipca 1996 r. do ówczesnego premiera Włodzimierza Cimoszewicza pisał: *podstawową kwestią jest problem niedostatecznych nakładów na ochronę zdrowia (...) Sektor ochrony zdrowia nie korzysta z odnotowywanego kolejny rok wzrostu gospodarczego (...).* Odnosił się w nim także do niskich płac personelu medycznego: *ci, którzy pracują wyłącznie na jednym etacie zarabiają bardzo mało. Dla utrzymania właściwego poziomu życia zmuszeni są oni do pracy na kilku etatach, co może powodować pogorszenie jakości ich pracy. Pracownik medyczny czy to lekarz, czy to pielęgniarka musi zarabiać stosownie do swojego wykształcenia i odpowiedzialności podobnie jak ma to miejsce w krajach OECD.* W końcu przestrzegał: *Lekarze są nośnikami pokoju społecznego i mogą być wykorzystywani w walce politycznej, zwłaszcza w obecnej sytuacji wywołanej zarówno niezadowoleniem wynikającym z niedofinansowania jednostek ochrony zdrowia, jak i niskich płac. Stąd nie można dopuścić do strajku w szpitalach (...) Strajk kolejarzy można przeczekać, węgiel importować. Skutki strajków w ochronie zdrowia jest trudno zrekompensować.*

No cóż, nic dodać, nic ująć.

Dziś wspominając Jego postać i dokonania, także poprzez życzliwą i żywą pamięć przyjaciół, kolegów i współpracowników, warto poświęcić Mu chwilę zadumy.



Andrzej Koronkiewicz