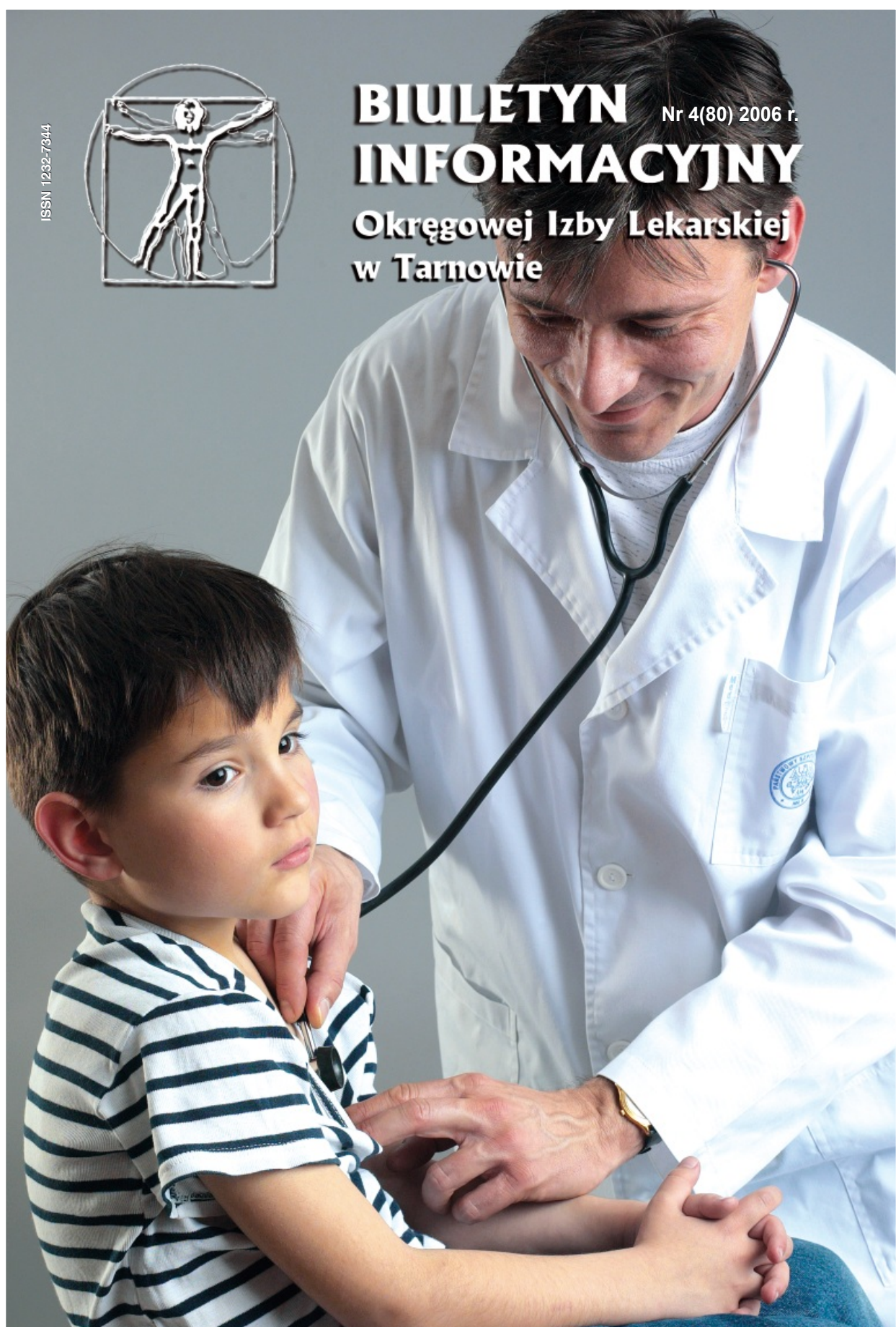


ISSN 1232-7344



BIULETYN Nr 4(80) 2006 r.
INFORMACYJNY
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Tarnowie



III Tarnowska Konferencja Kardiologiczna

„Ostre Zespoły Wieńcowe – co nowego w 2006 roku”

Tarnów, 28 października 2006 godz. 10:00

Sala Konferencyjna Urzędu Wojewódzkiego w Tarnowie, ul. Solidarności

Przewodniczący:

prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski

Konsultant krajowy ds. kardiologii Kierownik I Katedry
i Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie

Plan wykładów:

- 10.00 - 10.20 Otwarcie Konferencji
- 10.20 - 11.00 Ostre zespoły wieńcowe – aktualne zasady terapii fibrynolitycznej, przeciwkrzepliwej i przeciwplatekowej
dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak
- 11.00 - 11.40 Postępy kardiologii inwazyjnej w ostrych zespołach wieńcowych
– przypadki z praktyki ośrodka warszawskiej Akademii Medycznej
dr n. med. Janusz Kochman
- 11.40 - 12.00 Przerwa
- 12.00 - 13.00 Ostre zespoły wieńcowe – epidemiologia i optymalny model opieki
w Polsce prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski
- 13.00 - 14.00 Podsumowanie. Dyskusja.
prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski

Za uczestnictwo przysługują 4 punkty edukacyjne zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

Organizatorzy: Fundacja Wspomóż Serce Okręgowa Izba Lekarska Sanofi Aventis

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

Do wszystkich lekarzy w Polsce

Szanowne Koleżanki,
Szanowni Koledzy,

Zarząd Krajowy OZZL, na swoim posiedzeniu w dniu 08 września 2006 r. przyjął program działań zmierzających do likwidacji dyskryminacji zawodu lekarza w Polsce - w odniesieniu do poziomu wynagrodzeń i czasu pracy - w stosunku do innych zawodów porównywalnych prestiżem społecznym, odpowiedzialnością, rangą, wykształceniem. Zasadniczym elementem tych działań ma być **ogólnopolski strajk lekarzy**, przeprowadzony w roku 2007. Będzie on miał następujące cechy:

- jednakowe postulaty przewidujące wysokość wynagrodzeń lekarskich zgodnie z uchwałą VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z roku 2006 oraz zaliczenie czasu dyżurów medycznych do czasu pracy, który nie powinien przekraczać 48 godzin tygodniowo,
- jednoczesne przeprowadzenie strajku w możliwie największej ilości zakładów (wstępnie ustalonym warunkiem minimalnym jest udział 500 szpitali),
- centralizacja rokowań na szczeblu województw i – ewentualnie – na szczeblu krajowym poprzez powołanie Regionalnych i Krajowego Zespołów Negocjacyjnych.

Niewątpliwie kluczem do powodzenia planowanego strajku będzie **powszechny w nim udział lekarzy**. Dlatego apelujemy do wszystkich lekarzy w Polsce, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę o jak najszybsze tworzenie oddziałów OZZL w każdym szpitalu i o zgłaszanie tego faktu w Zarządzie Krajowym związku.

Jednocześnie z przygotowaniami do strajku będą prowadzone tzw. działania autoprywatyzacyjne, które przygotowują lekarzy do udzielania świadczeń zdrowotnych – odpłatnie, w razie niepowodzenia strajku i konieczności masowej rezygnacji z pracy.

Niezależnie od ww. działań, Zarząd Krajowy OZZL **wzywa wszystkich lekarzy do przesyłania na adres Komisji Europejskiej** indywidualnej skargi, że w RP nie są przestrzegane, w odniesieniu do lekarzy, przepisy odpowiednich dyrektyw Unii Europejskiej o czasie pracy. Treść skargi (którą należy odpowiednio uzupełnić o własne dane) znajduje się na stronie internetowej OZZL - www.ozzl.rg.pl. Wcześniej, podobną skargę wysłał Zarząd Krajowy OZZL.

Zarząd Krajowy OZZL zadeklarował również rezygnację z działań strajkowych w przypadku wprowadzenia przez rządzących zmian w systemie ochrony zdrowia zgodnych z projektem ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym autorstwa OZZL, popieranym przez liczne organizacje ze służby zdrowia i spoza niej.

Szczegóły dotyczące opisanych wyżej działań znajdują się w odpowiednich uchwałach Zarządu Krajowego OZZL z dnia 08 września 2006 i są dostępne na stronie internetowej związku - www.ozzl.rg.pl.

Zarząd Krajowy
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
Krzysztof Bukiel
– przewodniczący Zarządu

W numerze:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Z prac ORL w Tarnowie | 4 |
| Z prac NRL | 5 |
| STANOWISKO Konwentu Prezesów Zawodów Zaufania Publicznego z dnia 28 czerwca 2006 r. | 6 |
| UCHWAŁA Rady Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w sprawie zaopiniowania projektu Planu Finansowego Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2007 | 7 |
| By ludzie czuli się ważni – rozmowa z Józefą Szczurek, dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku | 8 |
| Szpital żydowski | 11 |
| O sytuacji w ochronie zdrowia | 12 |
| Kącik prawny Dokumentacja medyczna | 13 |
| Strajki – poparcie czy dezaprobata? 14 | |
| Specjalizacja | 18 |
| – czy musi być „drogą przez mękę”? 18 | |
| Diagnostyka zwężenia lewego ujścia tętniczego | 19 |
| „Komorowa stymulacja resynchronizująca” – komentarz do artykułu | 21 |
| Medycyna ludowa według Gawetka O mrówkach, czosnku i chomiku | 23 |
| Góry najbliższe nieba | 24 |

BIULETYN
Okręgowej Izby Lekarskiej w Tarnowie

Adres redakcji:
33-100 Tarnów,
ul. Mościckiego 14,
tel. 014-621-51-83, 014-626-25-57

e-mail: tarnow@hipokrates.org
BIP: www.oil.un.pl/bip

Nakład: 1 400 egz.



Ilek. Krzysztof Kasperczyk
Sekretarz ORL w Tarnowie

Członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej na kolejnym posiedzeniu, które odbyło w dniu 24.05.2006 r. zatwierdzili stanowisko w sprawie wyceny punktowej procedur zabiegowych wykonywanych na oddziałach szpitalnych (tekst stanowiska publikujemy obok). Zostało ono przesłane m.in. do prezesa NFZ i Ministra Zdrowia.

Rada krytycznie zaopiniowała projekt ustawy o Rzeczniku Pacjenta, który zakłada powołanie instytucji działającej równoległe do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i prokuratury w sprawach dotyczących błędów lekarskich. Zwrócono uwagę na nieuchronne w tym wypadku wydatki, które uszczupliłyby kwoty przeznaczone na realizację świadczeń zdrowotnych.

Kolejnym punktem posiedzenia było sprawozdanie prezesa z posiedzenia Komisji Zdrowia Miasta Tarnowa z dnia 23.05.2006 r., które miało burzliwy przebieg w związku licznymi zgłaszanymi zastrzeżeniami co do braku właściwej współpracy między dwoma tarnowskimi szpitalami oraz problemów funkcjonowania Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Jak na każdym posiedzeniu, również obecnie, wykonywano działania statutowe: wpisy do rejestru lekarzy, któ-

rym przyznano prawo wykonywania zawodu, wpisy do rejestru i skreślenia praktyk lekarskich, przyznanie pożyczek pieniężnych kolegom znajdującym się w trudniejszej sytuacji finansowej.

Następne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej odbyło się 28.06.06. Członkowie Rady zostali zapoznani z protokołem kontroli jaka odbyła się w SOR Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza w Tarnowie z polecenia Urzędu Marszałkowskiego i w której uczestniczył przedstawiciel ORL.

Rada przyjęła stanowisko w sprawie wyceny procedur stomatologicznych, podkreślając że wg wyceny ekspertów koszty procedur są niedoszacowane na poziomie 100%, podkreślono konieczność rygorystycznego przestrzegania ustaleń, iż z budżetu przeznaczonego na ochronę zdrowia minimum 5% środków obligatoryjnie winno trafić na potrzeby stomatologów.

W lipcu i sierpniu nastąpiła wakacyjna przerwa w pracach Okręgowej Rady Lekarskiej. W tym czasie Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej pracowało normalnie.

Na stronie www.oil_tarnow.un.pl/bip znajduje się Biuletyn Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Tarnowie. Zawiera on wszelkie informacje dotyczące organizacji i działalności Izby.

Można tam znaleźć aktualne przepisy prawne dotyczące środowiska lekarskiego i pobrać druki konieczne przy załatwianiu wielu spraw. Zakres informacji będzie stale aktualizowany i rozszerzany.

Serdecznie zapraszamy na naszą stronę

Stanowisko Nr 4 Okręgowej Rady Lekarskiej w Tarnowie z dnia 24.05.2006 r.

w sprawie: punktowej wyceny procedur wykonywanych w oddziałach szpitalnych

W sytuacji znacznego niedofinansowania systemu ochrony zdrowia, wobec narastającego zadłużenia szpitali, w obliczu realnej groźby masowych protestów pracowników ochrony zdrowia, widząc niedoskonałości aktualnie funkcjonujących zasad rozliczania i finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia Okręgowa Rada Lekarska w Tarnowie domaga się pilnego urealnienia wartości punktowej procedur zabiegowych wykonywanych na oddziałach szpitalnych. Obecnie obowiązujący katalog świadczeń szpitalnych z przypisaną ilością punktów za procedury, jest znacznie niedoszacowany, w żaden sposób nie odzwierciedla rzeczywistości ponoszonych kosztów hospitalizacji pacjentów wymagających procedur zabiegowych. Leczenie tych chorych powoduje narastanie zadłużenia się szpitali, niechęć do przyjmowania tych chorych, a także zmiany organizacyjne w szpitalach zmierzające do ograniczenia m. in. działalności zabiegowej oraz odstępowanie części szpitali od pełnienia ostrych dyżurów chirurgicznych. Działania takie ograniczają dostępność do świadczeń zabiegowych, wydłużają kolejki oczekujących na planowe zabiegi operacyjne oraz powodują narastanie frustracji i niezadowolenia personelu. Spada również jakość udzielanych świadczeń ze względu na konieczność znacznego ograniczenia kosztów tych procedur.

Okręgowa Rada Lekarska w Tarnowie popierając działania Małopolskiego Związku Pracodawców ZOZ z siedzibą w Krakowie wnosi o niezwłoczne dostosowanie istniejących wartości punktowych procedur do realnych kosztów związanych z ich wykonywaniem przez świadczeniodawców. Tylko szybkie podjęcie tych prac zapobiegnie nasilaniu się niekorzystnych zjawisk na rynku świadczeń medycznych.

Stanowisko Nr 10/06/V NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 września 2006r.

w sprawie: nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, obejmującej zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych

Naczelna Rada Lekarska

- stwierdzając, że nauki medyczne już dawno i bez żadnych wątpliwości potwierdziły negatywny wpływ palenia tytoniu praktycznie na wszystkie obszary zdrowia ludzi,
- uznając, że nie ma także żadnych wątpliwości co do szkodliwości zdrowotnej tzw. biernego palenia przez osoby zmuszone do przebywania w otoczeniu palaczy tytoniu,
- znając statystyki mówiące, że ciągle duża część dorosłych, a także niepełnoletnich Polaków pali tytoń, a choroby związane z paleniem są w Polsce najczęstszą przyczyną śmierci i głównym czynnikiem przedwczesnej umieralności
- dostrzegając potrzebę zintensyfikowania działań na rzecz promowania zdrowego stylu życia wśród Polaków szczególnie w środowiskach młodzieżowych,
- zauważając podejmowane z sukcesem w innych krajach działania zmierzające do zakazywania palenia tytoniu w miejscach publicznych,
- widząc także w Polsce w środowiskach lekarzy, młodzieży, działaczy samorządowych, dziennikarzy i polityków narastającą liczbę inicjatyw na rzecz ograniczenia możliwości palenia tytoniu w miejscach publicznych,

stwierdza, że dobrym sposobem ograniczenia epidemii palenia tytoniu i zahamowania katastrofalnego wpływu pale-

nia na zdrowie dzisiejszych obywateli Polski oraz przyszłych pokoleń Polaków może stać się całkowity zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych.

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów o osobiste poparcie tego stanowiska.

SEKRETARZ

Mariusz Janikowski

PREZES

Konstanty Radziwiłł

STANOWISKO Nr 11/06/V NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 8 września 2006 r.

w sprawie wypowiedzi polityków dotyczących przyszłości samorządu lekarskiego

Naczelna Rada Lekarska wyraża zaniepokojenie atmosferą publicznej dyskusji na temat miejsca samorządności zawodowej w systemie demokracji polskiej, a szczególnie wypowiedziami niektórych polityków zapowiadających ograniczenie roli czy zniesienie obowiązkowej przynależności do samorządu lekarskiego, mogące doprowadzić do jego likwidacji.

Istnienie samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce jest wieloletnią tradycją licznych państw Europy, w tym Polski. Obecnie ponad 80% lekarzy i lekarzy dentyistów praktykujących w państwach członkowskich Unii Europejskiej jest obligatoryjnie zrzeszona w samorządach zawodowych.

Powstanie samorządów tych zawodów na ziemiach polskich (lekarskiego w 1920 r. i lekarzy dentyistów w 1938 r.) nastąpiło w okresie budowy niepodległej Rzeczypospolitej po latach niewoli – uznano wtedy, że taka obowiązkowa organizacja jest niezbędnym elementem nowoczesnego, demokratycznego Państwa. Oba te samorządy podjęły także działalność natychmiast po II wojnie światowej, włączając się w odbudowę struktur Państwa. Taka forma odpowie-

dzialności obywatelskiej była jednak nie do pogodzenia z totalitarnym państwem komunistycznym. W 1950 r. doszło do likwidacji izb lekarskich i lekarsko-dentyistycznych. Jednak już w 1989 r. przemiany demokratyczne zaowocowały przywróceniem samorządu, tym razem wspólnego dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Odbudowa demokratycznej i obywatelskiej Polski oparła ją, obok instytucji Państwa, na rozwijaniu samorządności obywatelskiej stanowiącej najlepszą gwarancję trwałości demokracji. Uznano wówczas powszechnie, że dla dobra całego społeczeństwa samorządność terytorialna i zawodowa są najlepszymi formami uczestnictwa obywateli w sprawach, które bezpośrednio ich dotyczą. Wśród orędowników samorządności było wiele osób sprawujących dziś najwyższe funkcje państwowe. Zasadę oparcia organizacji Państwa na samorządności potwierdziła w 1997 r. Konstytucja RP, czyniąc z niej jedną z podstawowych reguł rządzących Polską. Samorządom w zakresie opisanym odpowiednimi ustawami Państwo powierzyło część swojej władzy i odpowiedzialności za sprawę ogółu. W samorządzie lekarskim zrozumienie tej idei dominowało od początku jego funkcjonowania. W tworzenie jego struktur zaangażowało się wiele osób, dla których odbudowa demokracji i sprawiedliwości oraz dobro wspólne były priorytetami.

Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich samorząd lekarski reprezentuje w różnych sprawach interesy zawodowe lekarzy i lekarzy dentyistów. Wśród zadań samorządu znalazło się także wiele obszarów, w których działa on w interesie Państwa i ogółu obywateli, a w szczególności sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyisty w interesie pacjentów.

Są to:

- prowadzenie centralnego i okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentyistów (jedyne kompletne źródło danych o tym środowisku),
- wykonywanie wszystkich czynności dotyczących prawa wykonywania za-

wodu lekarza lub lekarza dentystry (sprawdzanie warunków niezbędnych do uzyskania prawa, kontrola stanu zdrowia, orzekanie o niezdolności do wykonywania zawodu itp.).

- rejestrowanie praktyk lekarskich i lekarsko-dentystycznych i nadzór nad jakością udzielanych w nich świadczeń,
- uczestniczenie we wszystkich obszarach podyplomowego doskonalenia zawodowego (w organizacji lekarskiego i lekarsko-dentystycznego egzaminów państwowych, stażu podyplomowego, specjalizacji oraz kształcenia ustawicznego) – niestety wpływ samorządu na wiele regulacji prawnych w tym zakresie jest ograniczony,
- akredytacja podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe i sprawdzanie dokumentacji potwierdzającej udział w kształceniu,
- prowadzenie całości spraw związanych z odpowiedzialnością zawodową lekarzy i lekarzy dentystry,
- określanie zasad etycznych obowiązujących wszystkich lekarzy i lekarzy dentystry,
- aktywny udział w dyskusji o kształcie polskiego systemu ochrony zdrowia oraz w tworzeniu prawa w zakresie ochrony zdrowia poprzez współpracę z organami państwa w obszarze legislacji i praktyki działania systemu,
- wykonywanie zadań Państwa wynikających z uczestnictwa Polski w Unii Europejskiej jako tzw. instytucja właściwa do spraw zawodów lekarza i lekarza dentystry,
- opiniowanie kandydatów na ważne stanowiska w ochronie zdrowia, w tym także na ordynatorów.

Mimo formalnego obowiązku pokrywania kosztów tych działań przez budżet państwa, od wielu lat samorząd finansuje je w znacznym stopniu (około 60% poniesionych kosztów) z funduszy własnych (ze składek członkowskich).

Samorząd lekarski był, jest i będzie rzecznikiem nieustannego podnoszenia kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentystry, w szczególności specjalizowania się, z jak najszerzym dostępem do wszelkich form kształcenia podyplomowego.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że izby lekarskie w Polsce postrzegane są dobrze przez większość partnerów na różnych szczeblach. Współpraca z Parlamentem RP, Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz licznymi instytucjami centralnymi i regionalnymi układa się dobrze. Samorząd lekarski w Polsce jest także wysoko oceniany przez instytucje Unii Europejskiej. Samorząd lekarski jest gotowy do współdziałania z odpowiednimi organami państwa (także w zakresie porządkowania przepisów dotyczących izb) w celu podniesienia jakości tej współpracy, jak również jakości wykonywania jego ustawowych zadań.

Naczelna Rada Lekarska stwierdza, że podejmowanie radykalnych zmian w zakresie podstaw prawnych działania sa-

morządu lekarskiego jest bezzasadne. Może to zaburzyć prawidłowe funkcjonowanie samorządowych struktur Państwa. Propozycje zniesienia obowiązkowej przynależności do samorządu uniemożliwią wykonywanie większości zadań ustawowych w stosunku do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystry. Usunięcie samorządności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystry z systemu organizacji Rzeczypospolitej Polskiej oznaczałoby poważny uszczerbek w podstawach demokracji obywatelskiej naszej Ojczyzny i mogłoby stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

SEKRETARZ

Mariusz Janikowski

PREZES

Konstanty Radziwiłł

STANOWISKO Konwentu Prezesów Zawodów Zaufania Publicznego z dnia 28 czerwca 2006 r.

W dniu 28 czerwca 2006 r. w Warszawie odbyło się spotkanie prezesów samorządów zawodów zaufania publicznego zrzeszających ponad 600 tys. członków.

Zebrani zgodnie stwierdzają, że samorządność zawodowa, obok samorządności terytorialnej, jest jedną z podstawowych cech i osiągnięć demokratycznego społeczeństwa obywatelskiego. Zebrani stwierdzają, że reprezentowane przez nich samorządy w szerokim zakresie sprawują pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu przez zrzeszone w nich osoby w oczywistym interesie wszystkich Polaków.

Zebrani stanowczo protestują przeciwko planom ograniczenia samorządności zawodowej, także poprzez zapowiadane zmiany w Konstytucji, RP, jako zagrożeniu dla demokratycznej i obywatelskiej Rzeczypospolitej Polskiej. Plany te mogą okazać się bardzo kosztowne dla podatników, gdyby państwo miało przejąć zadania nadzorcze i regulacyjne, w tym dotyczące udziału Polski w strukturach Unii Europejskiej, wykonywane przez samorządy zawodowe.

Zebrani wyrażają gotowość do kontynuowania działań mających na celu doskonalenie funkcjonowania reprezentowanych przez nich samorządów we współpracy z władzami państwa.

Tadeusz Jakubowski – Krajowa Izba Lekarsko-Weterynaryjna

Konstanty Radziwiłł – Naczelna Izba Lekarska

Małgorzata Toeplitz-Winiewska – Polskie Towarzystwo Psychologiczne

Andrzej Kacperski – Polska Izba Rzeczników Patentowych

Jan Krajewski – Krajowa Izba Komornicza

Tomasz Taczewski – Krajowa Izba Architektów

Zbigniew Grabowski – Polska Izba Inżynierów Budownictwa

Stanisław Rymar – Naczelna Rada Adwokacka

Jacek Wojdyło – Krajowa Rada Notarialna

Warszawa, dnia 28.06.2006 r.

Pan Kazimierz Marcinkiewicz
Prezes Rady Ministrów

Prezesi naczelnych organów samorządów zawodowych, skupiających ponad 600 tys. członków, zebrani w dniu dzisiejszym na konferencji w Warszawie, powołując się na art. 257 Traktatu Ustanawiającego Wspólnotę Europejską (Dz. U. z 2004 r. Nr 90 poz. 864), zwracają się do Pana Premiera o uwzględnienie w składzie reprezentantów Rzeczypospolitej Polskiej w Komitecie Ekonomiczno-Społecznym Unii Europejskiej przedstawicieli samorządów zawodowych. Umożliwi to przedstawicielom ważnego filaru polskiego społeczeństwa obywatelskiego, jakim są samorzady zawodów zaufania publicznego, uczestnictwo w procesie kształtowania polityk i decyzji dotyczących problematyki społecznej i gospodarczej na szczeblu wspólnotowym.

Równocześnie zgłaszamy jako kandydatów do Komitetu, reprezentantów wolnych zawodów:

1) Konstantego Radziwiłła, Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej; jako przedstawiciela zawodów medycznych,

2) Stanisława Rymara, Prezesa Naczelnej Rady Adwokackiej; jako przedstawiciela zawodów prawniczych,

3) Tomasza Taczewskiego, Prezesa Krajowej Rady Izby Architektów; jako przedstawiciela zawodów technicznych.

Tadeusz Jakubowski

Krajowa Izba Lekarsko-Weterynaryjna

Konstanty Radziwiłł

Naczelna Izba Lekarska

Małgorzata Toeplitz-Winiewska

Polskie Towarzystwo Psychologiczne

Andrzej Kacperski

Polska Izba Rzeczników Patentowych

Jan Krajewski

Krajowa Izba Komornicza

Tomasz Taczewski

Krajowa Izba Architektów

Zbigniew Grabowski

Polska Izba Inżynierów Budownictwa

Stanisław Rymar

Naczelna Rada Adwokacka

Jacek Wojdyło

Krajowa Rada Notarialna

UCHWAŁA NR 3/2006/RMOW/23
Rady Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
z dnia 3 lipca 2006 r.

w sprawie zaopiniowania projektu Planu Finansowego Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2007 przez Radę Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Na podstawie art. 106 ust 10 pkt 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135), Rada Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Krakowie uchwala co następuje:

§1

1. Postanawia się zaopiniować negatywnie projekt Planu Finansowego Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2007 - stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Uzasadnienie opinii stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uzasadnienie:

W ocenie Rady MOW NFZ przedłożony do zaopiniowania projekt planu finansowego na rok 2007:

1. nie zabezpiecza praw świadczeniobiorców z obszaru Małopolski, do korzystania z usług medycznych o standardzie nie niższym niż w roku bieżącym i tak dalekim od oczekiwań w tym zakresie;

2. doprowadzi do ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych;

3. oparty jest na niejasnych zasadach wypłaty pracownikom służby zdrowia 30% podwyżki wynagrodzenia (nie określono czy nastąpi to np. w oparciu o zwiększoną wartość punktu czy też o inny mechanizm uwzględniający specyfikę różnych świadczeniodawców);

4. oparty został jedynie na: założeniach projektu ustawy o ratownictwie medycznym (która nie trafiła nawet jeszcze do Parlamentu), projektu zmiany ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (do którego wniesiono kilkadziesiąt poprawek w tym także takich, które mają znaczący wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia), także do tej pory tylko projektu zmiany ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w wyniku której zakłada się dodatkowe przychody Narodowego Funduszu Zdrowia;

5. zawiera nieprawidłowe, zaniżone założenia wzrostu nakładów finansowych na leki i środki ortopedyczne;

6. nie uwzględnia kwoty 38,3 mln zł, wyniku finansowego za rok 2005, która w myśl art. 125 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych winna zostać zwrócona do MOW NFZ z przeznaczeniem na zwiększenie finansowania świadczeń zdrowotnych w roku bieżącym;

7. nie uwzględnia niezbędnych rezerw finansowych na wypłaty znacznych kwot z tytułu tzw. „Ustawy 203”, w oparciu o rozstrzygnięcie zawarte w uchwale 7 sędziów Sądu Najwyższego (może to mieć bezpośredni wpływ na wysokość środków finansowych pozostających na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych).

Reasumując, Rada MOW NFZ uważa, iż procedura opracowywania planów finansowych Oddziałów na rok 2007 zaproponowana przez Centralę NFZ oparta jest o nieprawidłowe założenia finansowe i prawne. W tej sytuacji za nieodpowiedzialne uważamy oczekiwanie na opinie rad oddziałów wojewódzkich NFZ, na bazie tak błędnych założeń i braku informacji na temat kwestii strategicznych dla przyszłości finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Trudno nie zauważyć, że błędy te nie obciążają dyrekcji oddziałów wojewódzkich, a wynikają z braku rozwiązań systemowych w skali całego kraju.

By ludzie czuli się ważni...

– rozmowa z Józefą Szczurek, dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku.

– Podwyżki w służbie zdrowia to coś, o czym się wiele mówi, o co wiele osób walczy, ale co z reguły pozostaje perspektywą. Tymczasem w brzeskim szpitalu były niedawno podwyżki dla lekarzy i pozostałego personelu, i to nawet bez strajków ostrzegawczych. Jak to się stało?

– Od kilku lat brzeski ZOZ przechodzi etap gruntownej restrukturyzacji, której efekty zaczynają się pojawiać. Sytuacja ekonomiczna poprawia się, co pozwala myśleć rozwojowo. Okazało się, że jest możliwe wygospodarowanie części środków na podniesienie płac. Zawsze miałam świadomość, że podwyżka taka jest i słuszna, i konieczna, aby utrzymać w szpitalu wykwalifikowaną kadrę medyczną. Wiele się słyszy o wyjazdach za granicę lekarzy, pielęgniarek – nie chciałabym, żeby nasz szpital był kiedyś postawiony w takiej sytuacji, że nie mielibyśmy kim realizować świadczeń, a lekarze i pielęgniarki – wykształceni przecież w naszym regionie – czuli się zmuszeni szukać pracy gdzie indziej. Poza inwestycjami w „materię” naszego zakładu trzeba też zainwestować w kadrę.

Niestety, nie mieliśmy dość środków, by od początku roku można było objąć podwyżką wszystkie grupy zawodowe. Od 1 stycznia wszyscy pracownicy ZOZ otrzymali więc pięcioprocentową premię – była to podwyżka raczej symboliczna, ale dla wszystkich. Później, od 1 lipca br., wszyscy pracownicy ZOZ otrzymali podwyżkę w wysokości 120 zł brutto do uposażenia zasadniczego. Natomiast pod koniec kwietnia, po rozmowach



ze związkiem zawodowym lekarzy, podpisaliśmy porozumienie wprowadzające znaczące zmiany w systemie wynagrodzeń lekarzy. Zmianie uległ m.in. system wynagradzania za dyżury lekarskie – wcześniej zabezpieczenie całodobowe było realizowane w formie dyżurów medycznych, od maja zamiast tej formy wprowadziliśmy dyżury kontraktowe, według stawek 20 zł za godzinę dla lekarza specjalisty i 16 zł dla lekarza bez specjalizacji. W nowym systemie koszty zabezpieczenia dyżurów są niższe, dzięki czemu poczyniliśmy pewne oszczędności. Podpisaliśmy porozumienie ustalające wysokość wynagrodzeń zasadniczych dla lekarzy na poziomie od 1700 zł do 2500 zł. Lekarze specjaliści z piętnastoletnim stażem zarabiali wcześniej u nas 1500-1600 zł.

Więc obecnie wynegocjowane stawki, jak na małopolskie a może i ogólnopolskie warunki, nie są złe. Poprawa jest jeszcze bardziej zauważalna dla lekarzy specjalistów ze stażem średnim, poza tym – system ten motywuje lekarzy do szybszego zdobywania specjalizacji. Mam nadzieję, że dzięki temu lekarze nie będą „uciekali” z naszego szpitala – ostatnio zresztą przyjęliśmy do pracy lekarzy specjalistów. Wierzę, że efektem podwyżek jest także ogólna poprawa nastrojów i wzrost satysfakcji z pracy. Mam też nadzieję, że będziemy kontynuować ten proces – traktujemy to jako „pierwszy krok” na drodze do urealniania płac. Podstawą działalności służby zdrowia są przecież ludzie: lekarze, pielęgniarki, personel medyczny...

– **Którzy nie powinni się czuć mniej ważni niż sprzęt czy wyposażenie, w które z reguły częściej się inwestuje...**

– Trzeba dodać, że w naszym ZOZ w ciągu ostatnich pięciu lat – poza realizacją ustawy 203 – nie było praktycznie podwyżek. W wyniku reformy zakłady opieki zdrowotnej znalazły się w trudnej sytuacji – priorytetem było utrzymanie się na rynku usług zdrowotnych. Mieliśmy problemy z wypłacalnością, ze sprzętem, z infrastrukturą budynku...

Muszę dodać, że załoga jest bardzo skonsolidowana i ma duże poczucie identyfikacji z zakładem. Brzesko to nieduże miasto, szpital jest dużym zakładem pracy – ludzie, którzy tu pracują, czują się naprawdę z nim związani. To wartość, jakiej nie chcemy utracić. W okresie, gdy byt placówki był zagrożony, pracownicy okazywali wiele zrozumienia, że trzeba zrobić wszystko, by szpital utrzymać. Godzili się nawet na redukcje i ograniczenia etatów. U nas nie było jakichś akcji strajkowych, protestów – ludzie wierzyli, że trudny okres trzeba przetrwać. Poza pierwszym okresem restrukturyzacji szpitala – w latach 2001-2002, kiedy zredukowaliśmy około 90 etatów – nie było u nas zwolnień. Ustaliliśmy po prostu, że nie przyjmujemy pracowników ponad określoną liczbę. Gdy jakieś miejsce zwalniało się w sposób naturalny, także rozważaliśmy bardzo starannie, czy obejdziemy się bez tego etatu. W ten sposób skryształizowała się nam kadra, bardzo kompetentna i doświadczona.

– **Sytuacja finansowa szpitala jest na tyle dobra, że nie zachwieją nią podwyżki i inwestycje?**

– W ubiegłym roku mieliśmy nadwyżkę finansową w wysokości 1 mln 380 tys. zł, w tym roku nasz plan finansowy przewiduje nadwyżkę ok. 900 tys. zł. Wpływ na obniżenie pla-

nowej nadwyżki ma m.in. konieczność obsługi zadłużenia – głównie pożyczki zaciągniętej na realizację ustawy 203 (która w perspektywie zostanie umorzona, ale na razie ją spłacamy). Poza tym robiliśmy remont – m.in. kompleksowy remont pediatrii, która teraz będzie nowoczesnym i bardzo ładnym oddziałem, są też nowe pomieszczenia na chirurgii i innych oddziałach. Duża inwestycja to termomodernizacja: ocieplanie ścian, nowe wyposażenie kotłowni, wymiana całej instalacji grzewczej, wymiana okien. Większość środków pochodziła z dotacji, jednak musieliśmy uzupełnić je kredytem inwestycyjnym. Mimo niższej „nadwyżki” nie sądzę, by wprowadzone w tym roku podwyżki uposażeń mogły zagrozić wynikowi finansowemu szpitala. Tegoroczny kontrakt z NFZ jest też zresztą znacznie lepszy, niż w latach poprzednich.

– **Podkreśliła pani, że sytuacja szpitala pozwala na „rozwojowe” myślenie. Czy placówka rozwija się także np. pod względem różnorodności świadczeń?**

– Jeśli chodzi o poszerzanie wachlarza świadczeń medycznych, najważniejsze było chyba uruchomienie w pełni wyposażonego oddziału ratunkowego. Muszę się pochwalić, że w oddziale mamy dwóch lekarzy z tytułem specjalisty z zakresu medycyny ratunkowej, podczas gdy w wielu szpitalach lekarzy z tą specjalizacją w ogóle nie ma lub jest tylko jeden. Mamy też akredytację na szkolenie lekarzy w tej specjalności.

Poszerzyliśmy także ofertę w dziedzinie rehabilitacji leczniczej – dotychczas była u nas prowadzona rehabilitacja ogólnoustrojowa, teraz uruchomiliśmy pododdział rehabilitacji neurologicznej. To także wynika z faktu, że mamy odpowiednich fachowców – nasi pacjenci mają całodobowy praktycznie dostęp do neurologów, co było warunkiem istotnym przy kontraktowaniu tego



Oddział pediatrii w brzeskim szpitalu przeszedł kompleksowy remont

świadczenia. Oddział ma obecnie 56 łóżek i myślę, że będziemy w niego nadal inwestować w przyszłości.

Rozszerzyliśmy znacząco także ofertę specjalistyki ambulatoryjnej. W ostatnich latach uruchomione zostały poradnie: urazowo-ortopedyczna, hematologiczna, nefrologiczna, kardiologiczna. Staramy się tę ofertę sukcesywnie poszerzać, by pacjenci jak najmniej musieli korzystać z usług specjalistów w Tarnowie czy Krakowie.

Oczywiście, warunkiem uruchomienia usług w nowej dziedzinie lecznictwa jest odpowiednia kadra. Brak nam jeszcze kardiologów – jeden przybędzie, gdy lekarz ukończy specjalizację. Potrzebujemy także endokrynologa i diabetologa. Bariery trudną do przebrnięcia są obowiązujące w każdym województwie limity przyjęć na specjalizacje lekarskie, np. w tym roku specjalizację endokrynologiczną może rozpocząć tylko jedna osoba w całej Małopolsce – to o wiele za mało, bo braki takie, jak w Brzesku, są prawie wszędzie.

W przyszłym roku czekają nas decyzje dotyczące oddziału przewlekle chorych – potrzeby społeczne w tej dziedzinie są ogromne, natomiast finansowanie takich oddziałów zaproponowane przez NFZ jest zdecydowanie niekorzystne. Z tego względu w przyszłym roku prawdopodobnie przekształcimy nasz oddział przewlekle chorych w zakład opiekuńczo-leczniczy. To oznacza, że zmieni się zasadniczo sposób finansowania leczenia – w zakładzie pacjent płaci za leczenie, ok. 70 proc. własnych dochodów przekazuje na opłaty za pobyt w zakładzie. Nie jest to rozwiązanie optymalne, mamy jednak nadzieję, że da nam to większe bezpieczeństwo ekonomiczne i zarazem pozwoli poprawić standard opieki nad pacjentami. Obecnie, jeśli chodzi o oddział dla przewlekle chorych, w zasadzie działamy charytatywnie.

– Brzeski ZOZ jest chyba jednym z nielicznych w Małopolsce, mających w swojej strukturze i szpital, i poradnie specjalistyczne, i zwykle przychodnie... W innych regionach

z reguły oddzielono specjalistykę i usługi szpitalne od opieki podstawowej.

– Jesteśmy trochę „dinozaurem”... Brzeski ZOZ to nie tylko szpital, ale także 30 poradni specjalistycznych plus podstawowa opieka zdrowotna dla blisko 40 tys. pacjentów. W naszej strukturze jest też pogotowie ratunkowe, które w innych ośrodkach obecnie jest na ogół wydzieloną jednostką. Dodajmy do tego rehabilitację ambulatoryjną i stomatologię z protetyką, zwykle także działające poza szpitalami. W powiecie brzeskim jesteśmy „monopolistą”, a na pewno wiodącym podmiotem świadczącym usługi medyczne – obsługujemy co najmniej 50 procent wszystkich mieszkańców powiatu w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym 100 proc. w samym Brzesku.

Taka struktura może uchodzić za nieco „niedzisiejszą”, mało zreformowaną organizacyjnie. Nie wynika z naszego lęku przed zmianami. Założyliśmy, że może taka organizacja nie jest całkiem zła – że może wy-

starczy ją przegłądać, naprawić, gdzie działa źle, zrestrukturyzować na poszczególnych odcinkach. Sam nasz budynek – mieszczący zarówno szpital, jak i poradnie specjalistyczne – stworzył uwarunkowania, by nie rozdzielać usług medycznych. Nie upieramy się, że tak właśnie powinno być – to zależy od uwarunkowań lokalnych. Działamy w niewielkim mieście i średnim powiecie – nie jest powiedziane, że podobna organizacja sprawdziłaby się w większych ośrodkach. Sądzę jednak, że w lokalnych warunkach utrzymanie dawnej struktury przynosi obustronne korzyści – np. gdy szpital potrzebuje konsultacji specjalisty, wystarczy jeden telefon do poradni. Inne szpitale często ściągają konsultantów z innych jednostek i muszą płacić za ich porady. Jeśli zabraknie lekarza specjalisty na pogotowiu czy na oddziale ratunkowym, zawsze jest możliwość oddelegowania lekarza określonej specjalności ze szpitala lub poradni... Jednolita struktura daje możliwość bardziej elastycznego gospodarowania kadrami

– Najważniejsze, że ta struktura działa...

– I jest przyjazna pacjentowi. U nas nie ma np. zjawiska „przerzucania kosztów” i odsyłania pacjenta pomiędzy poszczególnymi przychodniami. Opiekę całodobową pełniemy nad całą lokalną populacją, bo wszyscy – także prywatne ZOZ-y oraz gminne ośrodki zdrowia – podpisali umowę z nami. W potrzebie wystarczy jeden telefon do naszego dyspozytora, który decyduje czy ma wysłać karetkę, bo przypadek jest nagły, czy wystarczy skierować tam lekarza z opieki całodobowej, ewentualnie proponuje przywiezienie pacjenta do szpitala. Tak czy inaczej, pacjent zawsze otrzyma pomoc.

(rozmawiała MT)



W ramach poszerzania wachlarza świadczeń medycznych, najważniejsze było uruchomienie w pełni wyposażonego oddziału ratunkowego.

Szpital żydowski

Dzięki staraniom żydowskiego związku dobroczynnego Bikur Cholim otwarto w 1842 r. w pobliżu cmentarza żydowskiego na Pogwizdowie szpital żydowski. Ten budynek stoi dzisiaj bliżej ulicy Matki Bożej Fatimskiej, której jeszcze wówczas nie było, bowiem trakt na Dąbrowę Tarnowską wiodł naonczas ulicą nazwaną później Starodąbrowską.

Dla Izraelitów tarnowskich szpital był długo oczekiwaną inwestycją. Pierwszym dyrektorem został dr Jakub Kreuzer, kolejnym dr Zygmunt Schützer, a po nim w latach 1893-1937 jego syn dr Leon Schützer, warto zatrzymać się przy tej postaci. Wybitny lekarz, społecznik, erudyta, filozof, wspaniały mówca. Postać działająca w Tarnowie przez pół wieku. Jego charyzmatyczna osobowość, magnetyzerskie wręcz oddziaływanie na słuchaczy sprawiały, że na jego odczyty ściągały tłumy tarnowian, szczególnie płci pięknej. Mówił o śmierci, o pogodnym umieraniu. Mówił, że jako lekarz widział setki zgonów i wie, że umierający otwierają szeroko oczy, jakby zobaczyli wielkie światło. Kandydatura Schützera jako patrona nowego szpitala w Tarnowie pojawiła się ostatnio, lecz nie miała większych szans.

Jeszcze przed I wojną wybudowano drugi budynek szpitalny tzw. główny, w którym zorganizowano oddziały: chirurgiczny, ginekologiczno-położniczy i wewnętrzny. W starym budynku urządzono żydowski dom starców, w nadbudowanym piętrze był oddział okulistyczny. Szpital izraelicki w Tarnowie stał na bardzo dobrym poziomie. Pracowali tu najzdolniejsi tarnowscy lekarze żydowscy. Po dojściu Hitlera do władzy wielu lekarzy Żydów emigrowało z Niemiec, niektórzy, o bardzo znanych nazwiskach osiedli w Tarnowie. Nie trzeba dodawać, że większość z nich w czasie okupacji poniosła śmierć.



W pawilonie głównym dawnego szpitala żydowskiego obecnie mieści się dziecięcy oddział zakaźny

Utrzymanie szpitala wzięła na siebie gmina żydowska. Aż do 1918 r. leczenie w nim było bezpłatne. Koszty ponosił kahał. Szpital żydowski funkcjonował do 1941 r. później istniało tylko ambulatorium, do którego doprowadzano z getta Żydów. Do końca z heroicznym poświęceniem pracowali w nim lekarze żydowscy, chociaż pod boki na kirkucie rozstrzeliwano masowo Izraelitów.

Ostatnim dyrektorem szpitala był dr Jerzy Schiper, cudem ocalały z zagłady, pracował po II wojnie pod nazwiskiem Iwański. Po wojnie w Tarnowie żyło zaledwie kilkudziesięciu Żydów. Budynki szpitala żydowskiego włączono do stojącego obok szpitala powszechnego. W dawnym żydowskim domu starców zorganizowano oddział skórno-weneryczny i gruźliczy, w pawilonie głównym - dziecięcy oddział zakaźny, zaś w wybudowanym w 1937 r. nowoczesnym budynku dla gruźlików, z krytą werandą, zorganizowano oddział onkologiczny.

Antoni Sypek

O sytuacji w ochronie zdrowia

List Ministra Zdrowia prof. Zbigniewa Religi przesłany do dyrektorów szpitali

Uprzejmie informuję, że w dniu 23 maja br. Rada Ministrów zaakceptowała „Informację dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia”, przedłożoną przez Ministra Zdrowia. Dokument jest kompleksowym opracowaniem dotyczącym systemu opieki zdrowotnej w Polsce i zawierającym propozycje działań zmierzających do naprawy systemu.

Program przedstawiony przez Ministra Zdrowia zakłada, że w latach 2007-2009 nastąpi wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 4,9 proc. PKB. Będzie to niespotykany nigdy w przeszłości, znaczący wzrost poziomu finansowania. W połączeniu z wdrożeniem programu naprawy przyniesie to znaczącą zmianę funkcjonowania służby zdrowia w Polsce, zwiększy dostępność obywateli do świadczeń zdrowotnych i poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego. Zwiększenie puli środków finansowych pozwoli na znaczący wzrost wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej otrzymają dodatkowo środki finansowe w wysokości odpowiadającej 30% funduszu wynagrodzeń wraz z pochodnymi już od 1 X 2006 r.

Zakłada się, że nakłady publiczne na ochronę zdrowia (z budżetu państwa oraz w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) wzrosną w latach 2007-2009 głównie z tytułu:

- objęcia finansowaniem z budżetu państwa od 2007 r. kosztów leczenia przedszpitalnego w ramach realizacji ustawy o ratownictwie medycznym - 1,2 mld zł;
- urealnienia wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych z budżetu państwa za niektóre grupy osób, poprzez zmianę podstawy naliczania składki. Będzie ono

przeprowadzone etapowo w ciągu 3 lat, począwszy od 2007 r. ;

- wzrostu wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne w przyszłym roku o 0,25 proc. do poziomu 9 proc. W latach 2008-2009 wynosić ona będzie 9 proc.;
- przewidywanego wzrostu przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne związanego ze wzrostem gospodarczym i wzrostem dochodów ludności;
- wprowadzenia od 2008 r. obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Szacuje się, że składka w pierwszym roku obowiązywania wyniesie 0,5 proc. podstawy wymiaru, a w następnym roku wzrośnie do poziomu docelowego 1,2 proc. Dzięki temu dodatkowe wpływy osiągną ok. 1,7 mld zł w 2008 r. i 4 mld zł w 2009 r.

Ponadto wprowadzony zostanie od 2007 r. zwrot kosztów za leczenie powypadkowe ofiar wypadków komunikacyjnych. Roczny przyrost środków finansowych na ochronę zdrowia z tego tytułu wyniesie ok. 325 mln zł.

Ubezpieczenia dobrowolne wprowadzone zostaną od 2008 r., po określeniu koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Wpływy do systemu ochrony zdrowia z tego tytułu oszacowano na ok. 2,2 mld zł w 2009 r.

Wartość PKB obliczono biorąc za podstawę plan na 2006 r. oraz jego planowany wzrost w 2007 r. - w wysokości 4,6 proc., a w latach 2008 i 2009 - 5 proc. (wg. programu Konwergencji).

Przy powyższych założeniach, łączne nakłady na ochronę zdrowia wyniosą w:

- 2007 r. - 46,7 mld zł (4,6 proc. PKB),
- 2008 r. - 50,5 mld zł (4,7 proc. PKB),
- 2009 r. - 54,9 mld zł (4,9 proc. PKB).

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zapoznanie pracowników szpitala z zaakceptowanym przez Radę Ministrów programem wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. Za Państwa pośrednictwem pragnę również zwrócić się do wszystkich pracowników z prośbą o współpracę i pomoc w tworzeniu dobrego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Zbigniew Religa

Komunikat po spotkaniu w dniu 23 maja 2006 r. przedstawicieli środowisk medycznych z Ministrem Zdrowia

Dnia 23 maja 2006 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie przedstawicieli środowisk medycznych, w trakcie, którego Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia zaprezentowało odpowiedź na postulaty zgłaszane przez partnerów społecznych, dotyczące w szczególności:

1. Podwyższenia wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia Stanowisko Rządu - zgodnie z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od dnia 1 października 2006 r. nastąpi 30 % wzrost wynagrodzeń

pracowników zakładów w stosunku do stanu na 2005 r.

Komitet Porozumiewawczy - podtrzymuje zgłoszony postulat natychmiastowego wzrostu. Wzrost powinien objąć wszystkich pracowników medycznych bez względu na miejsce i formę zatrudnienia. Nie popiera stanowiska rządu.

OPZZ – akceptuje propozycję Rządu, jeżeli podwyżki będą obowiązywać od 1 października 2006 r.

Forum Związków Zawodowych – akceptuje propozycję Rządu, jeżeli podwyżki będą obowiązywać od 1 października 2006 r.

NSZZ Solidarność - akceptuje propozycję Rządu, jeżeli podwyżki będą obowiązywać najpóźniej od 1 października 2006 r. (niezbędne są gwarancje Prezesa Rady Ministrów i Ministra Finansów). W pracach Międzyresortowego Zespołu należy zająć się opracowaniem rozwiązań wzrostu wynagrodzeń również dla pracowników niepublicznych zakładów.

2. Stworzenia mechanizmów zapewniających wzrost wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia do poziomu gwarantującego ich godny poziom – na wniosek Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 maja 2006 r. powołany został Międzyresortowy Zespół do Spraw Opracowania Zasad Zatrudnienia i Wynagradzania w Ochronie Zdrowia. Zadaniem Zespołu będzie opracowanie propozycji rozwiązań legislacyjnych dotyczących zasad zatrudnienia i wynagradzania w ochronie zdrowia.

Komitet Porozumiewawczy – jest to krok w kierunku realizacji przedstawionego postulatu. Zespół powinien rozpocząć pracę bezzwłocznie zakończyć w jak najkrótszym czasie. Uregulowania opracowane przez Zespół powinny mieć rangę ustawy. Przed-

stawiciele podmiotów reprezentowanych w Komitecie powinni uczestniczyć w pracach Zespołu (zgoda Ministra Zdrowia).

Członkowie Zespołu Trójstronnego - (OPZZ, NSZZ Solidarność, Forum Związków Zawodowych) – popierają powstanie Zespołu. Dokument opracowany przez Zespół powinien mieć rangę ustawy regulującej kwestie zatrudniania, wynagradzania, awansu zawodowego pracowników ochrony zdrowia.

3. Przyjęcia przez Radę Ministrów projektu ustawy gwarantującej wzrost publicznych nakładów na ochronę zdrowia do 6% PKB. Minister Zdrowia przedstawił informację o zaakceptowaniu przez Radę Ministrów propozycji odnoszących się do wzrostu wynagrodzeń oraz doprowadzenia w ciągu kolejnych trzech lat publicznych nakładów na ochronę zdrowia do poziomu 4,7 % PKB. Zdaniem Rządu

propozycje te stanowią najwyższy możliwy poziom wzrostu nakładów.

Komitet Porozumiewawczy – zaprogramowanie do roku 2009 wzrostu publicznych nakładów na zdrowie do poziomu 4,7 % PKB jest dalekie od oczekiwań, ale zmierza we właściwym kierunku.

Minister Zdrowia zwrócił się do przedstawicieli środowisk medycznych uczestniczących w spotkaniu o zaprzestanie akcji protestacyjnej i podjęcie konstruktywnych działań zmierzających do wypracowania rozwiązań systemowych, których założenia zostały zaprezentowane w trakcie spotkania.

Komitet Porozumiewawczy zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań na rzecz natychmiastowego zaspokojenia roszczeń środowisk medycznych.

Rząd nie może zagwarantować podwyżek wynagrodzeń w trybie natychmiastowym.

Kącik prawny

Dokumentacja medyczna

W związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 listopada 2005 r. sygn.akt K 22/05 (Dz. U. z 2005 r. nr 239, poz.2020) uznającym za niezgodne z Konstytucją RP m.in. art.18 ust. 6 i 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.Nr 91 z 1991 r., poz.408 z p.zm.) z dniem 31 maja 2006 utraciły moc obowiązującą przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966 z p.zm.). Do chwili obecnej nie zostały wydane nowe przepisy dotyczące tej sprawy.

Obowiązuje natomiast nadal rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. Nr 83, poz. 903) wydane na podstawie art. 41 ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry a dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza zakładami opieki zdrowotnej.

Ewa Zaporowska
Radca Prawny OIL w Tarnowie

Strajki – poparcie czy dezaprobata?

wyniki sondażu przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej w dniach 1 – 4 lipca 2006 r.

Mimo wysiłków ministra zdrowia i przyjętego przez rząd programu wzrostu nakładów i płac w publicznej opiece zdrowotnej, od paru miesięcy nie ustają strajki w szpitalach. Pracownicy wielu placówek zawarli już porozumienia płacowe i powrócili do normalnej pracy, inni zaś, zachęceni sukcesami kolegów, dopiero zaczynają protestować, nie ufając obietnicom podwyżek w przyszłości. W naszym sondażu pytaliśmy o poparcie dla protestów w opiece zdrowotnej i postulatów płacowych strajkujących lekarzy i pielęgniarek, zadając takie same pytania jak w poprzednim badaniu na ten temat, przeprowadzonym w połowie maja. Pozwala to na uchwycenie zmian w społecznym poparciu dla strajkujących. Pytaliśmy też pacjentów o trudności w uzyskaniu świadczeń medycznych w związku z protestami.

POPARCIE DLA PROTESTÓW

Poparcie dla protestów i strajków organizowanych przez pracowników publicznej opieki zdrowotnej jest nadal wysokie. Obecnie popiera je 54% badanych, a potępia – o połowę mniejsza grupa (27%). Obojętnie odnosi się do nich 15% respondentów. Trzeba zaznaczyć, że umiarkowane poparcie (31%) jest częstsze

niż poparcie zdecydowane (23%); podobnie jest z potępieniem protestów (odpowiednio: 17% i 10%).

W porównaniu z poprzednim sondażem na ten temat, realizowanym w połowie maja, poparcie dla strajków w publicznej opiece zdrowotnej wyraźnie zmalało (o 7 punktów procentowych), wzrósł natomiast odsetek osób, które je potępiają (o 10 punktów). Mimo to jest ono nadal

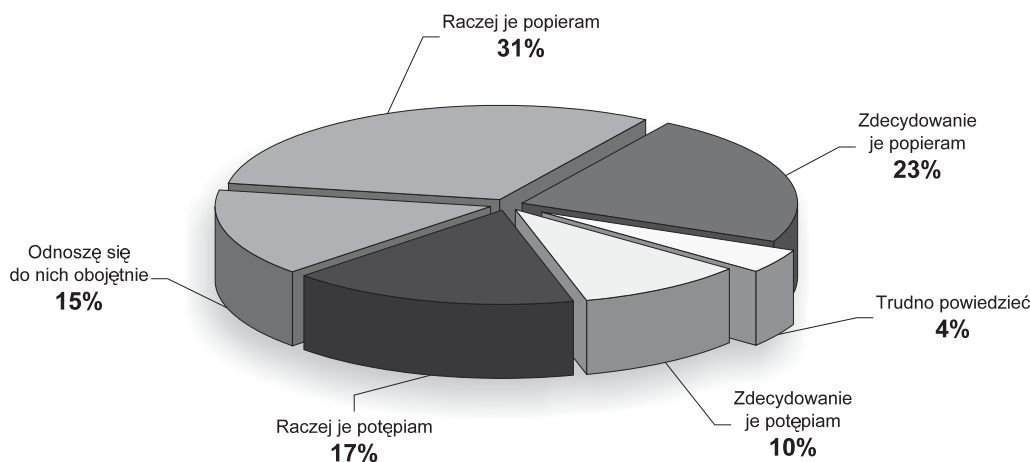
większe niż w latach dziewięćdziesiątych.

Prawie trzy czwarte Polaków (73%) uważa za uzasadnione domaganie się przez strajkujących lekarzy 30-procentowych podwyżek płac. Za w pełni uzasadnione uznaje te żądania 32% ankietowanych, a za uzasadnione tylko częściowo – 41%.

W porównaniu z majem odsetek respondentów popierających postulat płacowy lekarzy zmniejszył się o 5 punktów (do 73%), wzrosła zaś (z 15% do 21%) liczba tych, którzy żądania te uważają za zupełnie nieuzasadnione.

Poparcie dla strajków i postulatów płacowych lekarzy jest największe wśród przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji, uczniów i studentów oraz pracowników fizyczno-

Jaki jest pana(i) stosunek do protestów organizowanych przez pracowników publicznej opieki zdrowotnej – przede wszystkim do strajków i protestów lekarzy i pielęgniarek?

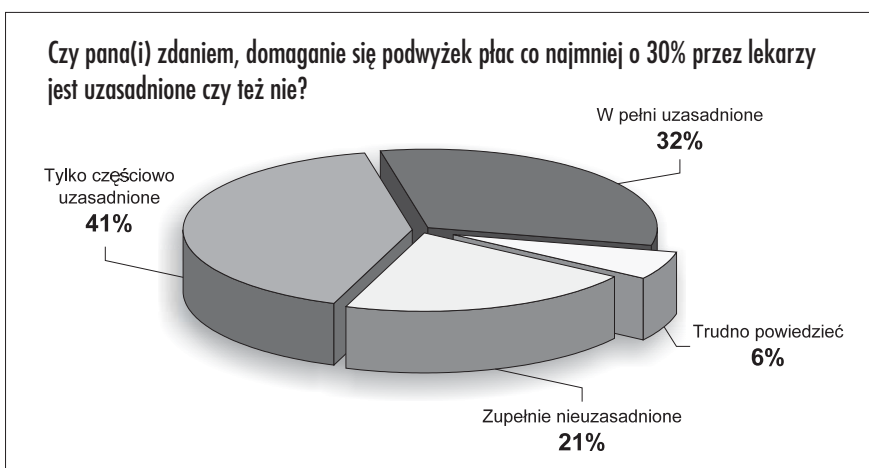


| Jaki jest Pana(i) stosunek do protestów organizowanych przez pracowników służby zdrowia/publicznej opieki zdrowotnej? | Wskazania respondentów według terminów badań | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| | V '93 | VIII '96 | XI '96 | I '97* | XI '97** | II '99 | II/III '99 | V '06*** | VII '06 |
| | w procentach | | | | | | | | |
| Zdecydowanie je popieram | 12 | 13 | 16 | 6 | 9 | 13 | 12 | 25 | 23 |
| Raczej je popieram | 26 | 29 | 33 | 20 | 32 | 28 | 29 | 36 | 31 |
| Ogółem popiera | 38 | 42 | 49 | 26 | 41 | 41 | 41 | 61 | 54 |
| Odnoszę się do nich obojętnie | 19 | 18 | 22 | 21 | 19 | 18 | 19 | 17 | 15 |
| Raczej je potępiam | 26 | 19 | 15 | 26 | 22 | 24 | 22 | 11 | 17 |
| Zdecydowanie je potępiam | 12 | 14 | 7 | 19 | 13 | 11 | 11 | 6 | 10 |
| Ogółem potępia | 38 | 33 | 22 | 45 | 35 | 35 | 33 | 17 | 27 |
| Trudno powiedzieć | 4 | 7 | 7 | 8 | 4 | 6 | 7 | 5 | 4 |

* W styczniu 1997 roku pytanie dotyczyło tylko protestów lekarzy

** W listopadzie 1997 roku pytanie dotyczyło protestów (i strajków głodowych) lekarzy anestezjologów

*** Od maja 2006 roku pytanie ma nieco inne brzmienie – patrz rys. 1



umyślowych. Ogólnie rzecz biorąc, jest ono tym częstsze, im wyższy poziom wykształcenia ankietowanych. Częstsze jest też wśród mieszkańców największych miast.

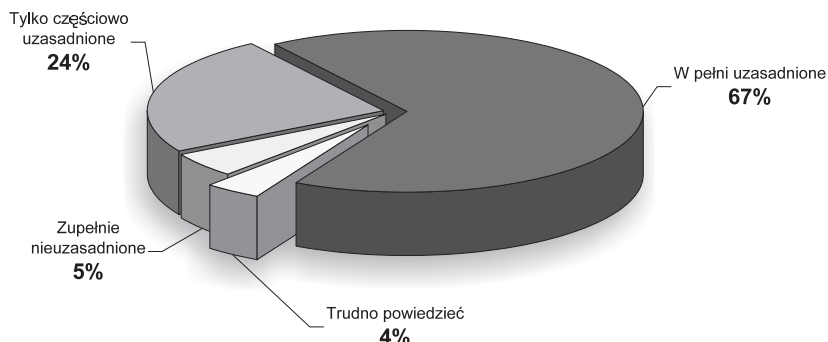
Jak można było przypuszczać, żądania płacowe strajkujących pielęgniarek popierane są znacznie częściej niż analogiczne postulaty lekarzy. W przeszłości poparcie dla pielęgniarek domagających się podwyżek płac również było silne.

Obecnie powszechne jest przekonanie, że postulaty płacowe pielęgniarek są uzasadnione (91%), w tym 67% badanych uważa, że są one w pełni uzasadnione. Zaledwie co dwudziesty ankietowany (5%) uznaje je za zupełnie nieuzasadnione.

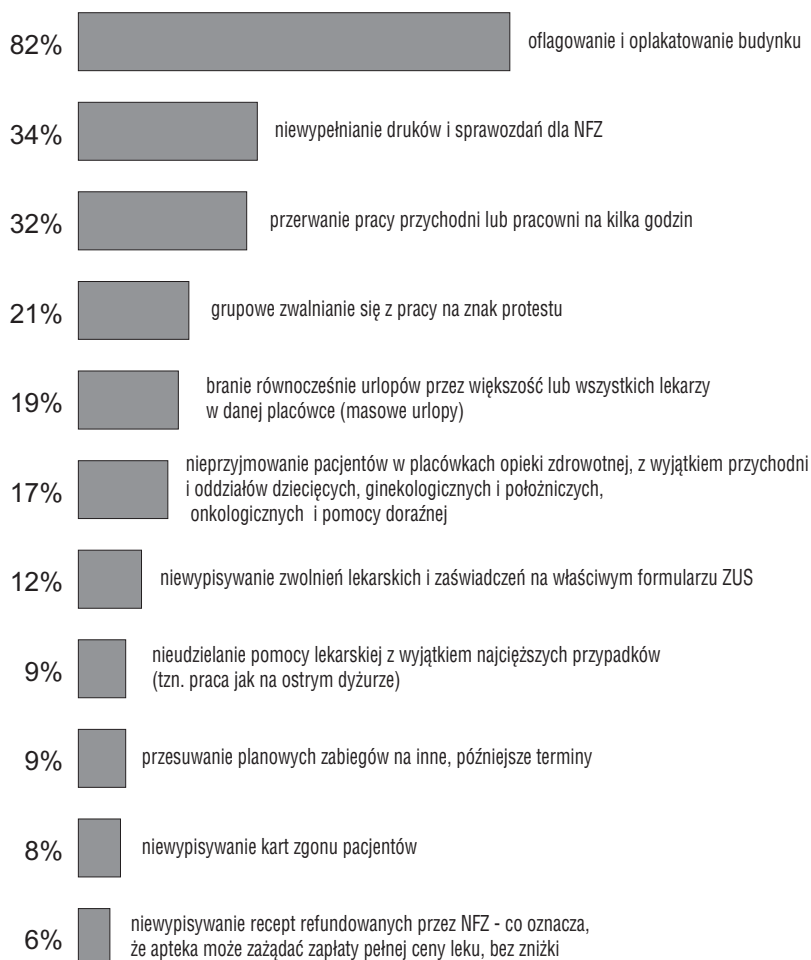
Domaganie się podwyżek płac przez pielęgniarki popierają prawie wszystkie osoby z wyższym wykształceniem, niemal wszyscy mieszkańcy największych miast, respondenci zatrudnieni w instytucjach państwowych i publicznych oraz kadra kierownicza i inteligencja.

| Czy, Pana(i) zdaniem, domaganie się podwyżek płac co najmniej o 30% przez lekarzy jest uzasadnione czy też nie? | Wskazania ankietowanych według terminu badań | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------|
| | V 2006 | VII 2006 |
| | w procentach | |
| W pełni uzasadnione | 33 | 32 |
| Tylko częściowo uzasadnione | 45 | 41 |
| Zupełnie nieuzasadnione | 15 | 21 |
| Trudno powiedzieć | 7 | 6 |

Czy pana(i) zdaniem, domaganie się podwyżek płac co najmniej o 30% przez pielęgniarki jest uzasadnione czy też nie?



Czy pracownicy publicznej opieki zdrowotnej - lekarze, pielęgniarki i inni - powinni (czy też nie powinni) stosować takie formy protestu, jak*:



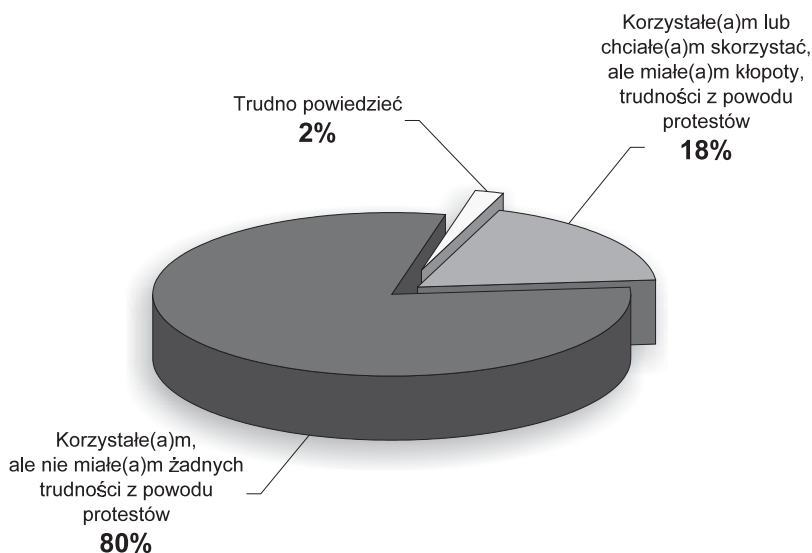
STOSUNEK DO RÓŻNYCH FORM PROTESTÓW

Poparcie dla protestów i strajków w opiece zdrowotnej oraz dla postulatu podwyżek płac nie oznacza jednakże akceptacji wszystkich form protestów. Większość z nich – zdaniem ankietowanych – nie powinna być stosowana.

Na ogół nie ma zastrzeżeń do oflagowania i oplakatowania placówek – tę formę aprobuje zdecydowana większość badanych (82%). Stosowanie innych form protestów, które mogą być odczuwane przez pacjentów, dopuszcza znacznie mnie osób. Tylko około jednej trzeciej ankietowanych akceptuje jako formy protestu niewypełnianie druków i sprawozdań dla NFZ (34%), co bezpośrednio nie zagraża pacjentom, lub przerwanie pracy na kilka godzin (32%). Około jednej piątej respondentów dopuszcza grupowe zwalnianie się z pracy na znak protestu (21%), masowe urlopy (19%), nieprzyjmowanie pacjentów w placówkach służby zdrowia, z wyjątkiem niektórych oddziałów (18%) oraz niewypisywanie zwolnień lekarskich i zaświadczeń na właściwych formularzach ZUS (17%).

Mniej niż co dziesiąty badany dopuszcza takie formy protestu, jak: nieudzielanie pomocy lekarskiej z wyjątkiem najcięższych przypadków - to znaczy pracę jak na ostrym dyżurze (9%), przesuwanie planowych zabiegów na późniejsze terminy (9%), niewypisywanie kart zgonu (8%) oraz niewypisywanie recept refundowanych przez NFZ, co dokładnie odbija się na kieszeni pacjentów (6%).

Czy korzystając albo chcąc skorzystać z porady lekarskiej lub innych świadczeń zdrowotnych w ostatnim okresie miał(a) Pan(i) kłopoty z ich uzyskaniem, spowodowane protestami i strajkami lekarzy lub innego personelu, np. nieobecnością lekarzy, którzy wzięli urlopy, czy też nie?



Porównanie poparcia dla różnych form protestów obecnie i w przeszłości nie wskazuje na jakies znaczne zmiany, jednak akceptacja jest wyższa w przypadku niewypelniania druków i sprawozdań dla NFZ oraz – i to aż dwukrotnie – nieprzyjmowania pacjentów w placówkach opieki zdrowotnej, z wyjątkiem przychodni i oddziałów dziecięcych, ginekologicznych i położniczych, onkologicznych i pomocy doraźnej. Ograniczenia te nie są w pełni przestrzegane w czasie obecnych protestów w niektórych placówkach, być może więc za wyższą obecnie akceptacją kryje się postulat ich utrzymania.

TRUDNOŚCI W UZYSKANIU ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PROTESTAMI

Zdecydowana większość pacjentów (80%) deklaruje, że w ostatnim czasie nie miała żadnych trudności z uzyskaniem świadczeń medycznych z powodu strajków i protestów. Tylko niespełna jedna piąta (18%) napotkała takie trudności.

W porównaniu z majem odsetek pacjentów doświadczających trudności z powodu strajków lekarzy lub innego personelu medycznego nieznacznie się zmniejszył (o 2 punkty).

Strajki i protesty w zakładach publicznej opieki zdrowotnej nie rozszerzają się, są jednak na tyle dotkliwe dla społeczeństwa, że poparcie dla nich słabnie. Zapewne też część ankietowanych uważa, że po przyjęciu przez rząd programu wzrostu plac w publicznej opiece zdrowotnej nie ma już powodów do strajków.

Opracował
Włodzimierz Derczyński

| Czy korzystając albo chcąc skorzystać z porady lekarskiej lub innych świadczeń zdrowotnych w ostatnim okresie miał(a) Pan(i) kłopoty z ich uzyskaniem, spowodowane protestami i strajkami lekarzy lub innego personelu, np. nieobecnością lekarzy, którzy wzięli urlopy, czy też nie? | Wskazania ankietowanych, którzy w ostatnim okresie korzystali lub chcieli skorzystać z porady lekarskiej lub innych świadczeń medycznych | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| | V 2006 (N=333) | VII 2006 (N=405) |
| | w procentach | |
| Korzystałem(a)m, ale nie miałem(a) żadnych trudności z powodu protestów | 77 | 80 |
| Korzystałem(a)m lub chciałem(a)m skorzystać, ale miałem(a) kłopoty, trudności z powodu protestów | 20 | 18 |
| Trudno powiedzieć | 3 | 2 |

Specjalizacja – czy musi być „drogą przez mękę”?

W artykule pt. „Specjalizacja – czy musi być «drogą przez mękę»?”, zamieszczonym w poprzednim numerze biuletynu, poruszone zostały problemy na jakie napotykają lekarze będący w trakcie specjalizacji. Poniżej zamieszczamy list jaki otrzymaliśmy po publikacji artykułu.

Brzesko, dn. 23.06.2006 r.

**Pan Prezes
Okręgowej Izby Lekarskiej
w Tarnowie
Jacek Stanuła**

Stosownie do art. 31 „Ustawy z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe (Dz.U. Nr 5 poz.24) wnoszę o sprostowanie informacji nieprawdziwych i nieścisłych podanych w miesięczniku „Biuletyn informacyjny Okręgowej Izby Lekarskiej w Tarnowie” nr 3(79) 2006 r. w artykule pt. „Specjalizacja – czy musi być drogą przez mękę?”, którego autorem jest Tadeusz Zych a komentarzem redakcji opatrzył Krzysztof Kasperczyk.

W przedmiotowym artykule autor podał, iż w Szpitalu Powiatowym w Brzesku utrudnia się lekarzom możliwość odbycia staży specjalizacyjnych stosując w stosunku do nich formy szantażu oraz kar polegających na wstrzymaniu specjalizacji. Autor sugeruje, iż zgoda na zrobienie specjalizacji jest aktem łaski wyrażonym przez Pana Dyrektora ds. Lecznictwa również lekarza. Jednocześnie autor poddaje w wątpliwość formy i sposób zarządzania przez Ordynatora Oddziału Chirurgicznego przywołując jako motto art. 53 Kodeksu Etyki Lekarskiej, w którym na pierwszym miejscu zobowiązuje się lekarza (kierownika) do szczególnej dbałości o dobro chorego...

Powyższe dane są nieprawdziwe, a rozpowszechnianie błędnych i nieprawdziwych informacji szkodzi dobremu imieniu SPZOZ w Brzesku i osób nim zarządzających jak nadto wprowadza w błąd społeczeństwo jakoby SPZOZ w Brzesku podejmował bezprawne działania i procedury. Na uzasadnienie powyższego podaję następujące informacje:

W okresie od 2000 r. Do 31. maja 2006 uzyskało specjalizację 38 lekarzy. W tym samym okresie udzielono zgody łącznie na 311 miesięcy staży oraz na 2840 dni na szkolenia jednodwudniowe. W trakcie specjalizacji jest aktualnie 23 lekarzy. Ponadto przez ten czas uzyskano akredytację na prowadzenie specjalizacji w Oddziale Chirurgii dzięki staraniom właśnie Ordynatora Chirurgii i Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa początkowo dla dwóch lekarzy a aktualnie dla pięciu. Również w tym czasie uzyskano akredytację dla Oddziałów: Rehabilitacji, Chorób Wewnętrznych, SOR, oraz częściowo dla Oddziału Dziecięcego. W 1996 roku I st. specjalizacji z chirurgii ogólnej uzyskało dwóch lekarzy, a w 2000 roku jeden. W całym SP ZOZ-ie zatrudnionych jest stu kilkunastu lekarzy a zatem liczba 38 + 23 czyli łącznie 61 osób zdobywających specjalizację stanowi ponad 50 % ogólnej liczby personelu lekarskiego co świadczy o pełnym poparciu Dyrekcji SP ZOZ w Brzesku dla podnoszenia przez lekarzy swoich kwalifikacji zawodowych i gotowości

ponoszenia przez macierzysty Zakład Pracy kosztów z tym związanych.

W chwili obecnej spośród 9-ciu zatrudnionych chirurgów 2-ch jest oddelegowanych do Poradni Chirurgicznej (w ostatnim okresie zmarło dwoje naszych kolegów chirurgów zatrudnionych w Poradni Chirurgicznej i nie udało się pozyskać innych), 4-ch wykonuje endoskopie dla całego rejonu, 3-ch wykonuje badania USG dla szpitala i otwartego lecznictwa tak więc szkolenie 5-ciu chirurgów równocześnie (3-ch na II st. i 2-ch wg nowego programu) jest bardzo dużym obciążeniem dla naszego SP ZOZ-u.

W związku z powyższym działając imieniem Samodzielnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku wnoszę - stosownie do art. 31 i 32 prawa prasowego – o bezpłatne opublikowanie w całości sprostowania informacji zawartych w przedmiotowym artykule poprzez podanie rzeczowych i opartych na wyżej podanych faktach i dokumentach pod rygorem wystąpienia na drogę sądową.

Oczekuję, iż w najbliższym numerze Biuletynu ukaże się rzetelny artykuł prostujący podane błędne informacje oraz oczekuję przeproszenia za podawanie niesprawdzonych informacji, które szkodzą naszej placówce.

Jako osoba odpowiedzialna za redakcję Biuletynu nie powinien Pan dopuścić do druku artykułów zawierających nieprawdziwe i fałszywe informacje o szkodliwym oddziaływaniu społecznym.

Reasumując wyżej przedstawione okoliczności faktyczne domagam się opublikowania w całości niniejszego sprostowania. W przeciwnym razie będę zmuszony dochodzić swoich praw na drodze sądowej.

Z poważaniem

lek. med. Krzysztof Rembiasz
p.o. Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa
SP ZOZ w Brzesku

Diagnostyka zwężenia lewego ujścia tętniczego

Zwężenie zastawki aortalnej (syn. zwężenie zastawki aorty, zwężenie ujścia aorty, zwężenie lewego ujścia tętniczego) to zmniejszenie powierzchni ujścia aortalnego utrudniające wypływ krwi z lewej komory do aorty. W Europie oraz Ameryce Północnej jest to trzecia co do częstości choroba serca – po nadciśnieniu tętniczym i chorobie niedokrwiennej serca. W populacji po 75 r. ż. zwężenie umiarkowane stwierdza się u 5 %, ciaste u 3 % (z tego połowa jest bezobjawowa). Najczęstszą przyczyną jest postępujący proces zwyrodnieniowy z wtórnym wapnieniem, rozpoczynający się u podstawy płatków. Wapnienie obejmuje stopniowo całe płatki aż po ich brzeg. Spoidła mogą pozostać niezrosnięte. Czynniki sprzyjające temu procesowi to wiek, płeć męska, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba Pageta, nadczynność przytarczyc, niewydolność nerek, palenie tytoniu, nadwaga, podwyższone stężenie lipoproteiny (a), podwyższone stężenie trójglicerydów, cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL, kreatyniny, wapnia, obniżone stężenie cholesterolu HDL. Rzadziej nabyte zwężenie zastawki aortalnej jest następstwem przebytej gorączki reumatycznej - wtedy dochodzi do zrośnięcia spoidel, postępującego bliznowacenia i wapnienia płatków.

Najczęstszą przyczyną wrodzonego zwężenia zastawki aortalnej jest dwupłatkowa zastawka aortalna (najczęstsza wrodzona wada serca, która występuje u ok. 1 % populacji ogólnej).

Wada rozwija się przez wiele lat. Narastanie zwężenia powoduje utrudnienie wyrzutu krwi z lewej komory. Jest

to kompensowane przez postępujący przerost mięśnia lewej komory serca, oraz wydłużenie okresu wyrzutu.

Najważniejszym badaniem pozwalającym zarówno potwierdzić obecność schorzenia jak i ocenić stan zaawansowania wady (czyli pomóc w decyzji o leczeniu operacyjnym) jest przekłatkowe badanie echokardiograficzne z badaniem dopplerowskim.

Echokardiograficzna ocena wady obejmuje:

- stan zastawek
- stopień zwężenia – konsekwencje hemodynamiczne
- anomalie towarzyszące (poszerzenie łuku aorty, zwapnienia pierścienia zastawkowego, niedomykalność zastawki).

Najbardziej przydatne w ocenie zastawki jest badanie dwuwymiarowe, (2D) oraz dopplerowskie z zastosowaniem fali ciągłej (CW) oraz pulsacyjnej (PW). Badanie jednowymiarowe (M-mode) ma jedynie znaczenie pomocnicze. A w przypadkach z niediagnostycznym obrazem przekłatkowym wskazane jest wykonanie przezprzelykowego badania echokardiograficznego.

Zastawkę w obrazie 2D najlepiej ocenia się w projekcji przymostkowej w osi długiej oraz w krótkiej naczyniowej. Można wtedy stwierdzić - pogrubienie, zwapnienia oraz ograniczenie ruchomości płatków zastawki. W skurczu rozwarcie płatków nie jest całkowite, dlatego nie przylegają do ściany aorty. Płatki (lub co najmniej jeden płatek) mają w skurczu komory kształt kopulasty (ang. doming), z brzegami skierowanymi centralnie w światło aorty.

Jeśli płatki nie są elastyczne, tylko zwapniałe, widoczne są sztywne, jasne i grube echa płatków.

Zawansowanie zwapnień na zastawce ocenia się ilościowo w skali czterostopniowej:

I stopień – bez zwapnień

II stopień – niewielkie zwapnienia (małe, punktowe ogniska)

III stopień – umiarkowane zwapnienia (liczne, większe ogniska zwapnień)

IV stopień – duże zwapnienia (znacznego stopnia zgrubienia i zwapnienie wszystkich płatków).

Ocena stopnia zwężenia na podstawie pomiaru maksymalnego rozwarcia płatków (zarówno w badaniu Mmode jak i 2D) może być zawodna – szczególnie przy współistnieniu zwapnień na zastawce. Prawdopodobnie stopień rozwarcia płatków powinien wynosić 15 mm, chociaż nie wyklucza to łagodnego zwężenia.

W zależności od etiologii wady rozmieszczenie zmian morfologicznych jest różne w różnych typach etiologicznych.

W zwężeniu starczym (występującym u osób powyżej 70 r.ż.) zmiany degeneracyjne i zwapnienia dotyczą często podstawy płatków i wywierają początkowo istotnego wpływu na ich ruchomość. W miarę postępu zwapnienia obejmują ruchome części płatków.

W zwężeniu na tle reumatycznym dochodzi do zrostu płatków w miejscach spoidel, brzegi płatków ulegają pogrubieniu.

Wrodzone zwężenie rozwija się na zastawce dwu – rzadziej jednopłatkowej. Dość często współistnieje koarktaacja aorty lub przetrwały przewód

tętnicy. Zastawkę dwupłatkową najlepiej rozpoznać w projekcji przymostkowej naczyniowej. Stwierdza się pojedynczą linię zamknięcia, a obraz otwartej zastawki przypomina „rybi pyszczek”. Rozpoznanie może utrudniać obecność fałszywego spoidła.

W badaniu 2D oprócz oceny morfologii zastawki aortalnej należy zmierzyć grubość ścian lewej komory (norma do 11 mm), ocenić wymiar rozkurczowy jamy lewej komory (norma do 56 mm) oraz ocenić funkcję skurczową (pomiar frakcji wyrzutowej -EF – co najmniej 60 %) oraz rozkurczową. Ważna jest również ocena aorty wstępującej- pomiar pierścienia aortalnego, opuszki aorty na wysokości zatok Valsalvy oraz aorty wstępującej nad opuszką.

W ocenie stopnia zwężenia zastawki aortalnej kluczowym jest badanie dopplerowskie z użyciem fali ciągłej (CW). Umożliwia pomiar maksymalnej (V_{max}) oraz średniej ($9 V_{mean}$) prędkości przepływu krwi przez zastawkę. Używając równania Bernoulliego: $P_{max} = 4V_{max}^2$ gdzie P_{max} – maksymalny gradient ciśnień, można oszacować maksymalny oraz (korzystając z analogicznego wzoru) również średni gradient ciśnień przez zastawkę aortalną.

Badanie należy wykonać w kilku projekcjach, tak aby uzyskać zbieżny kierunek wiązki ultradźwięków (celem minimalizacji błęd pomiaru).

Na podstawie oceny wartości prędkości maksymalnej, maksymalnego gradientu ciśnień oraz średniego gradientu ciśnień, u chorych z prawidłową funkcją skurczową lewej komory, można ocenić stopień zwężenia:

– **Zwężenie niewielkie**

prędkość maksymalna poniżej 3 m/sek
Gradient maksymalny 16-36 mm Hg
Gradient średni < 20 mm Hg
Odpowiada to powierzchni ujścia aortalnego 1,1-1,9cm²

Zwężenie umiarkowane

prędkość maksymalna 3-3,5m/sek
Gradient maksymalny 36-50 mm Hg
Gradient średni 20-35 mm Hg
Odpowiada to powierzchni ujścia aortalnego 0,9-1,1cm²

Zwężenie umiarkowanie ciężkie

prędkość maksymalna 3,5-4,5m/sek
Gradient maksymalny 50-80mm Hg
Gradient średni 35-50 mm Hg
Odpowiada to powierzchni ujścia aortalnego 0,7- 0,9cm²

Zwężenie ciężkie

prędkość maks. powyżej 4,5m/sek
Gradient maks. powyżej 80 mm Hg
Gradient średni powyżej 50 mm Hg
Odpowiada to powierzchni ujścia aortalnego poniżej 0,7-cm²

Istnieje dobra korelacja pomiędzy pomiarami uzyskiwanymi w badaniu dopplerowskim a wartościami uzyskiwanymi podczas cewnikowania serca. Dotyczą one jednak różnych pomiarów. W pomiarze inwazyjnym wylicza się gradient metodą „szczyt do szczytu”, czyli z maksymalnego ciśnienia w lewej komorze i maksymalnego ciśnienia w aorcie, które nie występują w tej samej fazie skurczu.

Oceniając zwężenie zastawki należy podać zarówno gradient maksymalny jaki i średni. Należy pamiętać, że na ich wartość wpływa nie tylko stopień zwężenia zastawki, lecz także objętość przepływającej krwi. Ulegnie zwiększeniu w czasie wysiłku, przy współistnieniu istotnej niedomykalności aortalnej, a zmniejszeniu w hypowolemii oraz w przypadku dysfunkcji skurczowej lewej komory.

W przypadkach wątpliwych cena może być ocena pola powierzchni ujścia aortalnego – wykorzystując równanie ciągłości.

$AVA (cm^2) = CSA_{LVOT} \times (VTI_{LVOT} / VTI_{Ao})$

CSA LVOT – pole powierzchni przekroju drogi odpływu lewej komory.

VTI LVOT – pole powierzchni pod krzywą przepływu krwi w LVOT.

VTIAo – pole powierzchni pod krzywą przepływu krwi przez zastawkę.

W odróżnieniu od wartości gradientów ciśnień, pole powierzchni zastawki aorty nie zmienia się zazwyczaj w przypadku zmieniającego się przepływu przez zastawkę.

U chorych z małym lub umiarkowanym gradientem i upośledzeniem czynności skurczowej lewej komory może być pomocna echokardiograficzna próba obciążeniowa z dobutaminą.

Zasady postępowania diagnostycznego

Przy prędkości przepływu poniżej 3m/sek zwężenie nie jest istotne, jeśli funkcja lewej komory jest prawidłowa. W przypadku obniżonej frakcji wyrzutowej wskazane jest obliczenie powierzchni ujścia.

Przy prędkościach 3-4,5m/sek mamy do czynienia zarówno z chorymi z łagodnym lub umiarkowanym zwężeniem i dużą niedomykalnością aortalną, jak i ciasnym zwężeniem, małym gradientem i małym przepływem przez zastawkę.

Szacunkowo prędkość przepływu krwi zwiększa się średnio o 0,3m/s, średni gradient o 7 mm Hg, a pole powierzchni zastawki maleje o 0,1 cm² rocznie.

Badanie echokardiograficzne ze względu na swoją łatwość wykonania, bezpieczeństwo dla pacjenta jest niezastąpione w rozpoznaniu i ocenie stopnia zaawansowania zwężenia aortalnego oraz pomocne w wyborze czasu leczenia operacyjnego.

Katarzyna Zach

„Komorowa stymulacja resynchronizująca”

– komentarz do artykułu opublikowanego w nr 3(79)2006

Nawiązując do artykułu mojego kolegi z oddziału dr Jacka Krasińskiego na temat komorowej stymulacji resynchronizującej (CRT- cardiac resynchronization therapy) pragnę podzielić się uwagami na temat praktycznych aspektów kwalifikacji chorych do tego typu zabiegów.

1. Wskazania do implantacji stymulatora CRT nie są związane z klasycznymi wskazaniami do implantacji stymulatora serca z powodu występowania objawowej bradykardii. W grupie spełniającej kryteria wg ESC wskazania te mają moc klasy I poziom dowodów A, czyli nie stosowanie się do wytycznych (brak kwalifikacji do CRT) stanowi błąd w sztuce lekarskiej.

2. Innymi grupami, u których również można rozważyć stosowanie tej metody leczenia są pacjenci z obniżoną frakcją wyrzutową kierowani do implantacji stymulatora serca z powodu objawowej bradykardii oraz pacjenci z już implantowanym stymulatorem serca spełniający typowe kryteria do implantacji stymulatora CRT związane z niewydolnością serca (zmiana trybu stymulacji z DDD na BiV).

3. CRT jest stosowane jako kolejny etap leczenia po zastosowaniu maksymalnych tolerowanych dawek leków (betabloker, ACE-I, leki odwadniające, ew. naporstnica) i utrzymywaniu się obniżonej tolerancji wysiłku.

4. Metoda ta jest stosowana w grupie chorych z utrzymanym rytmem zatokowym, lub napadowymi arytmiami nadkomorowymi (głównie towarzyszące niewydolności serca migotanie przedsionków). Dla pacjentów z utrwalonym migotaniem przedsionków nie dysponujemy wynikami dużego randomizowanego badania określającego korzyści ze stosowania CRT. Dostępne są jedynie wyniki badań na niewielkich grupach chorych sugerujące korzyści hemodynamiczne i poprawę tolerancji wysiłku, brak jest danych dotyczących poprawy rokowania. Wynika to z tego, że efekt stymulacji CRT zależy od utrzymywania ciągłej stymulacji dwukomorowej, a w przypadku dużej zmienności rytmu komór, jak to ma miejsce w migotaniu przedsionków, efekt ten podlega osłabieniu lub pacjenci ci wymagają do kontroli rytmu komór, wykonania dodatkowej ablacji łącza

przedsionkowo-komorowego. Badanie PAVE wykazało korzystny efekt stymulacji lewokomorowej u pacjentów poddawanych ablacji łącza przedsionkowo-komorowego z powodu utrwalonego migotania przedsionków z nie poddającym się kontroli rytmem komór wymagających po ablacji implantacji stymulatora komorowego w porównaniu z typowo stosowaną stymulacją prawokomorową.

Chciałbym poinformować Kolegów o dostępności tej metody leczenia w Oddziale Kardiologii Szpitala Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie (ordynator dr n. med. Marek Skura), gdzie wykonaliśmy pierwsze zabiegi implantacji stymulatorów CRT (zespół: lek. Jarosław Blicharz, lek. Jacek Karasiński).

Proponujemy Państwu zgłaszanie pacjentów kwalifikujących się wg kryteriów klinicznych do stymulacji CRT do naszego Oddziału (tel. 014 63 15449), gdzie ustalimy termin wykonania badania echokardiograficznego celem oceny asynchronii i ostatecznej kwalifikacji do zabiegu.

Jarosław Blicharz

Praca

NZOZ „CENTRUM ZDROWIA” w Zakliczynie 32-840 Zakliczyn, ul. Tarnowska 2 przyjmie do pracy: lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej, lekarza pediatrę. Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. (014) 66-53-999, e-mail: 6653999@neostrada.pl

NZOZ „CENTRUM STOMATOLOGII” w Zakliczynie nad Dunajcem, 32-840 Zakliczyn, ul. Tarnowska 2, zatrudni na umowę zlecenie: lekarza stomatologa Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel.: 0505130969, e-mail: roman.batko@wp.pl

Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach poszukuje kandydata na stanowisko ordynatora oddziału okulistycznego. Zainteresowanych prosimy o kontakt pod numerem tel. 505-010-203

Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczucinie poszukuje do pracy lekarza o specjalizacji: lekarz rodzinny lub lekarz pediatra. W kręgu zainteresowanych, mogą być również lekarza emeryci lub renciści. Z zapytaniami o warunki pracy i płacy zainteresowani winni się zgłaszać do Dyrektora Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szczucinie ul. J. Piłsudskiego 15, w każdy dzień roboczy w godz. 7.30 do 15.30 pod adres e-mail:

gzoyszczucin@poczta.onet.pl. Zainteresowanych lekarzy zapraszamy do współpracy

Wojnickie Centrum Medyczne przyjmie do pracy lekarza stomatologa. Kontakt WCM Wojnicz ul. Rolnicza 3, tel. (014) 67-90-308

DENMED, Tarnów, ul. Skargi 42/1, tel. 014 621-72-46 zatrudni stomatologa. Wymagane podstawy nowoczesnej endodoncji.

Sprzedam unit dentystyczny , lampę do naświetlania plomb oraz lampę bakteriobójczą.
Tel. (014) 61-224-01

Wspomnienie pośmiertne

Lek. stom. Maria Oleksy

Kol. Maria Oleksy urodziła się dnia 03.09.1919 r. we Lwowie w rodzinie urzędniczej; zmarła 17.03.2006 r.

Szkolę średnią ukończyła we Lwowie w 1938 roku. W tym samym roku została przyjęta na Wydział Chemii Przemysłowej w Grenoble we Francji. W sierpniu 1939 roku po zaliczeniu pierwszego roku studiów powróciła do kraju, do ukochanego Lwowa. Tu zastała ją druga wojna światowa. Z Lwowa, podczas okupacji sowieckiej, uciekła wraz z rodzicami, przebywając czasowo w Jaworowie i Jarosławiu. Na stałe zamieszkała w Tarnowie.

W Jarosławiu, pracując w PKP, uczestniczyła w Ruchu Oporu. Po wojnie w lipcu 1945 r. jeszcze raz zdała maturę w III Liceum i Gimnazjum im. Adama Mickiewicza w Tarnowie. W tym samym roku rozpoczęła studia stomatologiczne na Wydziale Stomatologii Uniwersytetu Łódzkiego w Łodzi, gdzie w 1948 roku uzyskała dyplom lekarza dentysty.

Prace lekarza dentysty podjęła dnia 01.01.1949 roku w Przychodni Rejonowej Lecznictwa Zespolonego w Tarnowie, pracując tam do końca 1963 roku.

Od dnia 01.01.1964 r. przeszła do pracy w higienie szkolnej w Szkole Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Tarnowie pełniąc obowiązki lekarza stomatologa, aż do przejścia na emeryturę w czerwcu 1984 roku.

W pracy zawodowej z dorosłymi i dziećmi cieszyła się zasłużonym uznaniem z powodu sumiennej pracy, miłego i ujmującego stosunku do pacjentów. Cechowała ją umiejętność współzycia i koleżeńskość w codziennej pracy z personelem pomocniczym. Chętnie uczestniczyła w pracach społecznych.

Po przejściu na emeryturę włączyła się w życie naszego Klubu „Pod Esculapem”. Mimo dolegliwości zawsze była pogodna, uśmiechnięta, przyjaźnie nastawiona do otoczenia, życzliwa i koleżeńska i taką pozostanie w naszych sercach.

Cześć Jej pamięci

M. Dobroś

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 3 czerwca 2006 r. odszedł od nas na zawsze w wieku 78 lat

Ś.P.

TADEUSZ BLADY

Lekarz stomatolog, długoletni pracownik Miejskiej Przychodni Rejonowej w Dąbrowie Tarnowskiej.

Żonie, Córkom z rodzinami i pozostałej rodzinie składamy wyrazy szczerego współczucia.

*Zarząd Koła PTL
ZOZ Dąbrowa Tarnowska*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 14.06.2006 r. Zmarł nagle w wieku 68 lat

Ś.P.

LESZEK OŻÓG

Lekarz medycyny, długoletni pracownik Gminnego Ośrodka Zdrowia w Szczucinie.

Z Dziećmi i całą Rodziną łączymy się w szczerym smutku

*Zarząd Koła PTL
ZOZ Dąbrowa Tarnowska*

Doktorowi Dariuszowi Rajchowi i Jego Rodzinie

wyrazy najgłębszego
współzycia z powodu
śmierci **OJCA**

składają

*Ordynator i lekarze
Oddziału Kardiologii
Specjalistycznego Szpitala
im. E. Szczeklika w Tarnowie*

O mrówkach, czosnku i chomiku

Jak leczono choroby na polskiej wsi w okolicach Tarnowa na początku XX wieku? Rozmaicie: „Febra, inaczej zimnem zwana, da się usunąć kwaśnym mlekiem(!). Radzą też jeść żyto...” – mówił jeden z odnotowanych przez znakomitego, choć niemal zapomnianego etnografa – Franciszka Gawelka – przepisów.

Niektóre z podtarnowskich ludowych recept mogą się okazać aktualne i dziś: „Na chrypkę najskuteczniejszym lekarstwem jest picie jaj surowych albo piwa warzonego z białkiem, cukrem, figami i rodzynkami...” Albo: „Jad pszczoły, pochodzący z ukłucia żądłem, ma pomagać cierpiącym na reumatyzm...” Złamania i stłuczenia radzono smarować żywokostem (zielem), zranienia – sokiem z babki, na kaszel zalecano wywar z kwiatu lipy lub herbatkę ślázową, na katar – jedzenie czosnku. Okłady z rumianku miały działać skutecznie na „postrzyknięcie w krzyżach”. Inne przepisy na różne, odzywające się szczególnie jesienią przypadłości, można dziś potraktować jedynie w charakterze ciekawostki:

„Kogo gardło boli, każą mu połykać dym z lubczyku święconego na Matkę Bożą Zielną...”, „Dla zabezpieczenia przed febrą przez cały rok zjeść musi każdy w rodzinie po kotku z palmy święconej w Kwietną Niedzielę...” Gdy głowa boli, przykładają się na czoło ręcznik zmoczony w święconej wodzie, albo naciera się chrzanem, albo wreszcie przykładają się lopusie (liście lopucha)“.

Ciekawy niewątpliwie był sposób leczenia zgrubienia migdałków, czyli tak zwanych w społeczności wiejskiej „ściezek”. Na tę dolegliwość doradzano... chomika. – Kto w swych rękach miał kiedykolwiek „zimnego psa” (chomika), ten może skutecznie rozcierać „ścieżki” – zdradził Gawelkowi jakiś wiekowy mieszkaniec Radłowa. Innym zalecanym „dla zdrowia” zwierzęciem była świnka morska.

„Świnkę morską chowają czasem w domach w tem przekonaniu, że ona zabiera na siebie wszystkie choroby, jakiby miały spotkać domowników.” Najwy-

rażniej świnki morskie i chomiki nie miały w domach włościan sprzed stu lat łatwego ani długiego życia...

Ludowe lekarstwa na katar bywały i małowiniczne, i ryzykowne. Zalecano: okadzać chorego przed snem cukrem lub... kawałkiem starej skóry, natrzeć piersi octem, a „pulsą” - borsuczym sadłem. Najbardziej radykalnym sposobem miało być „posmarowanie służem z nosa żydowskiej klamki” (dlaczego – autor opracowania nie zdradza!). Łagodniejszy sposób pojenia chorego gorącym mlekiem z gęsim sadłem przetrwał tu i ówdzie do dziś.

Lekarstwo na reumatyzm sporządzało następująco: „Wstawia się do mrowiska flaszeczkę z miodu i czeka, dopóki cała nie napełni się mrówkami; następnie wlewa się do flaszki spirytusu, zatyka korkiem i moczy przez 9 dni. Dzie-

wiątego dnia należy wódkę precedzić – i gotowe. W chwili darcia w krzyżach wystarczy zrobić okład, a ból ustąpi”. Na „ból krzyżów” zalecano też przykładanie na bolące miejsce gorącej pokrywki albo okładu z gorącego popiołu.

Wiejscy „wiedzący” z przełomu wieków nie obawiali się leczyć nawet śmiertelnych chorób. „Suchoty mogą być śmiertelne lub nieśmiertelne – zanotował podtarnowski etnograf – można się ich nabawić, gdy połknie się włos kobiety albo kość z przedniej części ryby lub gdy śpi się na poduszce z „suchotników”, czyli pierza pochodzącego z przedniej części skrzydła (należało powyższego unikać – tak wyglądała w owych czasach profilaktyka). Leczono natomiast suchoty „domowym sposobem”, każąc „piersiowo choremu” wdychać parę ze słomy owsianej, wygotowanej z welną. „Jeżeli choroba jest śmiertelna, chory się nie spoci i w krótkim czasie umrze” – zapewniały znachorki.

M.



Urodzony pod koniec XIX wieku w Radłowie Franciszek Gawełek był jedynym bodaj badaczem medycyny ludowej w regionie tarnowskim na początku XX w. Opisał swe badania w dziele „Przesady, zabobony, środki lecznicze i wiara ludu w Radłowie” – unikatowej, jeśli nie liczyć znacznie bardziej ogólnego opracowania Oskara Kolberga, pracy etnograficznej z okolic Tarnowa. Prawie zapomniany dziś Gawełek był postacią niezwykłą, nawet romantyczną – syn rolnika z Radłowa i absolwent I Gimnazjum w Tarnowie, potem profesor kilku uniwersytetów, organizator Muzeum Etnograficznego w Krakowie, autor znakomych prac

naukowych, zakończył życie i szybko się rozwijającą karierę naukową wcześniej – w wieku 35 lat. Zmarł w 1919 roku, podobno wskutek choroby zakaźnej, choć znana była także inna wersja o jego śmierci – miał zostać otruty wskutek romansu z bardzo wysoko urodzoną panną. Na krótko przed śmiercią zatrudniono go w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, gdzie jednak nie zdążył zostać wykładowcą. Prace prawie zapomnianego etnografa gromadzi Gminna Biblioteka Publiczna w Radłowie. Ostatnio otwarto tam czytelnię im. F. Gawełka.

Góry najbliższe nieba



Himalaje zawsze pobudzały ludzką wyobraźnię. Najstawniejsze góry świata, zawieszane nad urwiskami wioski, buddyjskie klasztory, wieczne śniegi, szlaki Szerpów i himalaistów, legendarna kraina yeti... Nie trzeba jednak wiele, by własnymi nogami przedeptać choć część himalajskich szlaków, zobaczyć na własne oczy najwyższe szczyty Ziemi, Szerpów i malownicze, półtropikalne doliny.

Próg Himalajów

Wyprawy w Himalaje organizuje dziś większość biur podróży, czasem jednak taniej i ciekawiej jest wyruszyć samemu. W Pokharze, nepalskim mieście będącym „progiem” najwyższych gór świata i bazą wypadową himalaistów wszystkich krajów, bez większego problemu można dogadać się po angielsku (a nawet wymienić kilka słów po polsku), wynająć Szerpów i przewodników i kupić wszystko, co w górskiej wędrówce może być potrzebne. To największy na świecie bazar nowych i używanych

plecaków, górskich butów, kurtek z goretexu, polarowych bluz, map, lin, czekanów, namiotów, śpiworów itd. Turyści kończący trekking sprzedają tu – lub po prostu zostawiają – swój górski ekwipunek, nie chcąc się nim obciążać w dalszej podróży; właściciele sklepów i biura wycieczkowe chętnie go odkupują. W pokharskich sklepach i sklepikach nie brak też welnianych czapek i rękawic, tkanych toreb, wzorzystych kamizelek i spodni z płótna, zdobionych kolorowymi nepalskimi krajkami, szytych specjalnie dla turystów. Spodnie mają dużą kieszeń na paszport i inne dokumenty na

brzuchu (podczas wędrówki trzeba mieć ze sobą m.in. pozwolenie trekkingowe, sprawdzane na posterunkach przy trasie; pozwolenie to, zaopatrzone w zdjęcie i dziesiątki malowniczych pieczęci, wyrabia się w Pokharze; samo w sobie jest zabawną pamiątką z podróży!).

W mieście u stóp Himalajów nie ma też problemu, gdy chce się zjeść angielskie śniadanie, chiński obiad, poczytać amerykańską gazetę, napić się indyjskiej herbaty z imbirem lub... wódki. Miejscowe restauracje i sklepy wyglądają może niezbyt wystawnie z zewnątrz, ale ich właściciele z reguły wiedzą, czego turystom potrzeba.

– *Co chcecie kupić? Yeti w butelce? Nie mam. Ale proszę – ręcznie malowane pocztówki z yeti, yeti malowane na płótnie, yeti z wełny...*

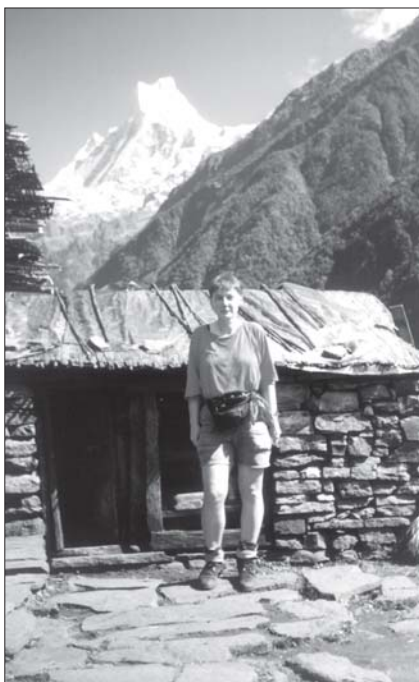
Do Birenathi, skąd wyrusza nasza grupa na szlak Annapurny, jeżdżą licznie turystyczne i tubylcze autobusy i taksówki. Dalej idzie się pieszo.

ABC z „Ry bim Ogonem”

W gruncie rzeczy szlaki na trasie ku Annapurnie czy Mount Everest nie są trudniejsze, niż ścieżki w Tatrach. Największą próbą – szczególnie dla tych, którzy ambitnie nie wynajmują tragarzy i chcą nieść własny bagaż – mogą być pierwsze dni trekkingu – zasiedlone doliny. Ścieżka wiedzie w górę i w dół, temperatura w dolinach przekracza 30 stopni. Im wyżej, tym – w gruncie rzeczy – łatwiej. Tempo marszu wolniejsze, odpoczynki dłuższe, temperatura bardziej europejska.

Początkujący „himalaiści” nie muszą myć się w strumieniach i sypiać w namiotach (co np. w Andach nawet na krótkich szlakach jest normą). Nepalczyki nauczyli się żyć z turystyki – na popularnych trasach mniej więcej co godzinę – półtorej marszu znajdują się tzw. lodge – hotele i restauracje w jednym. W niskich, kamiennie – drewnianych domkach można przenocować, zjeść obiad lub napić się nepalsko-indyjskiego „czaju” (słodka herbata z mlekiem). Ceny są oczywiście wyższe niż na dole – czasem kilkakrotnie – ale też trzeba pamiętać, że całe zaopatrzenie wysokogórskiej lodge – od baniek z naftą i materacy, po ryż, kartofle i alkohol w wygodnych „piersiówkach” (a jakże!) – dostarcza się z dołu, w koszach noszonych przez tragarzy.

Dla miłośników malowniczych widoków wędrówka przez himalajskie doliny jest pełnym wrażeń przeżyciem. Bambusowe lasy, wiszące mosty przerzucone nad burzliwymi, spadający



Na szlaku Annapurny turystom najczęściej towarzyszy widok charakterystycznej sylwetki Machhpuchhre – „Rybiego Ogona”, świętej góry Nepalczyków



Nepalczyki nauczyli się żyć z turystyki – na popularnych trasach mniej więcej co godzinę – półtorej marszu znajdują się tzw. lodge – hotele i restauracje w jednym.

mi z wysoka i często mieniającymi się tęczą strumieniami, wioski z domów o białych kamiennych ścianach i rzeźbionych dachach z ciemnego drewna, terasowe pola porośnięte prosem, zniecka otwierające się obszerne panoramy na majestatyczne, pokryte wiecznym śniegiem szczyty (na szlaku Annapurny turystom najczęściej towarzyszy widok charakterystycznej sylwetki Machhpuchhre – „Rybiego Ogona”, świętej góry Nepalczyków).

Kilkudniowa wędrówki przez Himalaje jest też wędrówką przez pory roku: od upalnego lata w dolinach, z drzewami dojrzewających mango i papai, przez zielone stoki z kwitającymi wiosennie drzewami i rudozłote, jesienne kolory trawiastych wysokogórskich dolin, gdzie między rozrzuconymi głazami przemykają chomiki i mangusty, a na stokach przy odrobinie szczęścia zobaczyć można himalajskie dzikie owce. Najwyższe „piętro” to zagrzebane w śniegu i otoczone obłędnie pięknymi górami kamienne chatki Annapurna Basecamp – ostatniej ogólnodostępnej osady pod Annapurną, zwaną na szlaku „ABC”. Wschód słońca oglądany ze stoku pod

„ABC” jest obowiązkowym punktem programu trekkingów.

Chomrong – wioska na wysokości ok. dwóch tysięcy metrów – to miejsce, którego mieszkańcy pobili prawdziwy rekord świata w budowie schodów. Kamienne stopnie prowadzą tu wszędzie i w każdą stronę. Gdy się idzie pod górę, nie zawsze budzi to zachwyt. Schodzenie ma lepsze perspektywy – tym bardziej, że o niecały dzień drogi od Chomrong jest dolina z gorącymi źródłami, gdzie można się odświeżyć po ośmiodniowym trekkingu.

Dwie rzeczy na gorąco

Dwa nepalskie wynalazki, z którymi najczęściej mieliśmy do czynienia po drodze do stóp Annapurny to „gorący stół” i „gorący prysznic”. Oba można dostać niedrogo – w granicach dolara.

„Gorący stół” jest dokładnie tym, na co z nazwy wygląda – masywnym i drewnianym stołem w kuchni-jadalni każdej lodge, z blatem podbitym od spodu blachą; z boków przyczepia się zwisające do ziemi koce. Potem wystarczy zawiesić nad stołem

lampę, a pod stołem ustawić powszechnie używaną w Himalajach maszynkę naftową. Dookoła kilka ław – i oto mamy idealną świetlicę turystyczną, jadalnię i suszarnię mokrych ubrań w jednym. Nocą na ławach spiąją gospodarze lub tragarze. Po południu, gdy słońce schowa się za grzbiety gór, temperatura szybko spada od 20-30 stopni do poziomu nawet poniżej zera. „Gorący stół” (za który ekstra pobiera się w schroniskach niewielką opłatę) jest wtedy idealnym miejscem spotkań, czytania, oglądania map, pisania listów, rozmów.

A na himalajskich szlaku spotkać można ludzi z całego świata. W lodge pod „Rybim Ogonem” – powyżej 3000 m - świętowaliśmy np. siedemdziesiąte urodziny pewnego Japończyka, wędrującego samotnie po Himalajach. „Samotnie” znaczyło w tym przypadku: z dwoma tragarzami i dwoma młodszymi Japończykami, którzy nosili za jubilatem aparat fotograficzny z zestawem różnych obiektywów... Jak widać, samotność ma w różnych kulturach różne znaczenie.

„Gorący prysznic” to druga atrakcja Himalajów. Nieco – dodajmy – mistyczna. W każdej szanującej się lodge na końcu szeregu drzwi kryjących bardzo proste sypialnie dla gości jest pomieszczenie zwane „hot shower”. Za drzwiami jest mała komórka o kamiennych ścianach i takiej samej podłodze. Nic więcej – brak nawet końcówki gumowego węża, którym doprowadza się do himalajskich „pensjonatów” wodę z górskich strumieni. Na pytanie, jak to działa, właściciel lodge chętnie wyjaśnia, że za drobną opłatą dostarczy wiadro ciepłej wody i mały czerpak. Potem – turysto, radź sobie sam!

Wędrując z Szerpami

Słynni tragarze i przewodnicy wypraw na ośmiotysięczniki wyglądem mogą rozczarować – wzrostem rzad-



ko przekraczają metr sześćdziesiąt. Drobni Szerpowie mogą jednak wiele. Pamiętam widok „wyprawy” trzech Australijczyków – dużych, zdrowych chłopaków, wędrujących po Himalajach tylko z ręcznymi kamerkami i butelkami wody. Za nimi Nepalczyk o wroście dwunastoletniego chłopca niósł trzy związane razem, wypchane plecaki – ładunek większy, niż on sam.

Osobistego tragarza wynajęłam sobie w Chomrong, za stawkę nie przekraczającą 4\$, bez wyżywienia. Tragarz bez wiktury podczas wędrowki stara się nie wydawać pieniędzy na jedzenie; rano wyrusza więc na czczo, koło południa pozwala sobie na „czaj”, dopiero wieczorem zjada porcję ryżu z warzywami. Mimo to mój tragarz zwykle docierał do „stacji docelowej” przede mną.

Tragarze przemierzają górskie ścieżki w klapkach typu „japonki”, a na krótkich trasach nawet boso (również po śniegu!). Znają „skrót”, na szlaku między sobą porozumiewają się przeciągłymi gwizdami. Ciężary noszą najczęściej na pasach na czole („młodsze pokolenie” stopniowo przekonuje się do plecaków). W ramach normal-

nej stawki himalajski tragarz niesie w górę do 30 kg bagażu, przy odpowiednio wyższej stawce – nawet do 50kg..

Podczas naszej wyprawy przekonaliśmy się, że Szerpowie potrafią nosić cięższy od siebie i nietypowy „ładunek”. Jedną z uczestniczek trekkingu, Bogusia, przy schodzeniu z ABC upadła i nadwyrężyła kolano. Nie czuła się na siłach zejść nawet do najbliższej, odległej o ok. półtora godziny lodge; tymczasem zbliżał się wieczór.

Kiedy siedzieliśmy strapieni, a para naszych „pilotów” rozważała, ile tysięcy dolarów kosztowałby śmigłowiec z Pokhary(!), w górze ścieżki usłyszeliśmy gwizdy. Wkrótce pojawiło się czterech niedużych tragarzy w „japonkach”, z pustymi koszami na plecach. Dostarczyli zaopatrzenie do jednej z lodge w górze i właśnie wracali. Wymienili kilka zdań z naszym nepalskim przewodnikiem Dżagatem. *Nie może iść? Gdzie idziecie? Do Dovanu. Dobrze, znieśliemy. Za ile? 400 rupii (przed kilku laty: mniej niż 10 dolarów). Na czterech? OK!*

Bogusia patrzyła na „ekipę ratunkową” nie bez obaw – ważyła najmniej tyle, co każdy z Szerpów. „Ratownicy” nosili ciężary tradycyjnym sposobem, na czole. Pierwszy ruszył szybkim krokiem, z Bogusią na plecach – biegł truchtem tak długo, aż stracił oddech. Wówczas posadził swój „bagaż” na kamieniu, a w pętlę tkanego pasa, z którego zrobiono siodełko dla Bogusi, wszedł następny Szerpa. Ten również biegł do zmęczenia, potem zmienił go inny. Tak zmieniali się przez półtorej godziny – gdy ostatecznie Bogusia z obandażowanym kolaniem „wjechała” na Szerpie na dziedziniec lodge – gdzie odbywała gimnastykę grupa Chińczyków, otrzymała gromadne oklaski. Szwajcarka pijąca „czaj” zagadnęła, za ile taka jazda. – *Dziewięć dolarów? Mon Dieu! Za takie pieniądze sama bym się przejechała!*

MI