

5 2006

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Egzemplarz bezpłatny
Pismo Izby Lekarskich



**Czy w karetce
potrzebny jest
lekarz?**



Wstali z kolan

Nareszcie się zakotłowało. Trzy tygodnie solidarnej akcji protestacyjnej potrzebowali rzeszowscy lekarze, aby dostać 400-600 zł dodatku lub 20% podwyżki. I to w szpitalach, które nie mają długów. Ale już w Tarnobrzegu tylko 200-320 zł i 50% wynagrodzenia

za strajk pod warunkiem uzupełnienia zaległości w dokumentacji lekarskiej. Ciekawe jakby wyglądali ci zacni menedżerowie, gdyby przyszło im zapłacić lekarzom za godzinę tyle, co np. kominiarzom. Przeciętny lekarz pracuje w Polsce 282 godziny w miesiącu i w podstawowym miejscu pracy zarabia 9,24 zł za godzinę. A ile zgiełku było wokół, chociaż włos z głowy nikomu nie spadł. Tej fazy lekarskiego protestu towarzyszył jak zwykle akompaniament władz i różnych nadwyreżowanych autorytetów, którzy wietrzyli rychłe nieszczęście. Władza szykowała już drelichy i kamasze, a uczeni w prawie rozważali czy izba lekarska, reprezentująca osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawująca pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów, nie przekracza granic interesu publicznego i nie narusza jego ochrony. Co więcej, czy nie łamie art. 17 konstytucji. Władzy ostatnio nie podobają się nie tylko lekarze, ale i adwokaci, a nawet jeden z kardynałów. Oczywiście nie należy robić z konstytucji bóstwa, ale nie wypada nią także pomiatać i zmieniać co chwila. Złym wróżbom wtórowali nie tylko przedstawiciele rządu, ale nawet i sami lekarze. „Skąd ta wściekłość i spisek, który za wszelką cenę usiłuje obalić ten rząd?” – pyta w liście do „Gazety Lekarskiej” Piotr A., lekarz z Włocławka. „Do tego spisku udało się Platformie wciągnąć lekarzy źle wynagradzanych od lat, by nie pozwolić na odstawienie postkomunistów na boczny tor” – odpowiada sobie po chwili nasz czytelnik i przysięga przeciwstawiać się różowej demagogii głoszonej na naszych łamach.

Minister zdrowia Z. Religa powiedział, że rząd zrobił już wszystko, co było możliwe przy obecnych warunkach finansowych, w sprawie podwyżek płac dla lekarzy i pielęgniarek. Minister zaznaczył, że to, co zostało zrobione (a przecież i tak jeszcze nikt niczego nie dostał), jest już na granicy ryzyka. Na 30-procentowe podwyżki potrzeba 4 mld zł, które zdaniem prezesa NFZ „są realne w 2007 roku”.

Naczelna Rada Lekarska ogłosiła 10 maja drugim Ogólnopolskim Dniem Protestu i wezwała wszystkich lekarzy i lekarzy dentyków do solidarnego udziału. NRL apeluje o składanie do 15 czerwca br. w swoich okręgowych izbach lekarskich rezygnacji z upoważnienia do wystawiania druków ZUS ZLA z dniem 1 lipca 2006 r. Wzór oświadczenia znajduje Państwo wewnątrz numeru. Niewypełnienie pewnych druków w ramach strajku jest jak najbardziej legalne, a odpowiedzialność za strajk spada na komitet strajkowy powołany przez związek zawodowy – wyjaśnia szef OZZL Krzysztof Bukiel i zachęca do powoływania nowych organizacji zakładowych, tam gdzie związki jeszcze nie działa.

Bukiel poinformował, że od 8 maja wszystkie organizacje terenowe OZZL, które zakończyły procedurę sporu zbiorowego mają przystąpić do strajku. Strajk ma polegać na pracy lekarzy jak podczas ostrego dyżuru. Ostateczną decyzję o strajku podejmuje organizacja terenowa związku, która prowadzi spór zbiorowy. Także Porozumienie Zielonogórskie (PZ), zrzeszające m.in. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), wezwało swoich członków w całym kraju do czynnego udziału w proteście przeciwko niskim płacom w służbie zdrowia.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Strajkowy fotoplastykon	4-5
Okiem Prezesa	5
Czy w karetce zawsze potrzebny jest lekarz?	10
Po pierwsze edukacja	11
Ratunek w ustawie	12-13
Ratownictwu na ratunek	14-15
Zdroworozsądkowa edukacja poddyplomowa	16-17
Liczyć raczej na mniej niż więcej	20
Europejski egzamin	21
Test kontroli astmy	26-27
Kłopoty z ordynacją lekarską	28-29
Etyka i urzędowość	30
Przychodzi lekarz do prawnika	34
Na ratunek!	36, 38
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	37
Lekarski sport	39-41
Książki nadesłane	42
Konkursy, ogłoszenia różne	43-61

Oświadczenie

W związku z ukazaniem się w tygodniku „Wprost” nr 15 (z dnia 16.04.br.) informacji pomawiającej mnie o nielojalność wobec kolegów lekarzy i in. pracowników medycznych ochrony zdrowia, którzy solidarnie wzięli udział w ogólnopolskiej akcji protestacyjnej, kategorycznie oświadczam, że 7 kwietnia br., podobnie jak większość moich kolegów lekarzy nie przyjmowałem pacjentów w żadnym miejscu. Jednocześnie informuję, że natychmiast po zapoznaniu się z tą nieprawdziwą informacją tygodnika, zwróciłem się do redaktora naczelnego „Wprost” o jak najszybsze zamieszczenie sprostowania na ten temat.

Konstanty Radziwiłł

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

Strajkowy fotoplastykon



Czy wiceminister zdrowia Bolesław Piecha (w środku) przekona swoich partyjnych kolegów i koalicjantów, że czas nieubłaganie ucieka?



Wojewoda kujawsko-pomorski Józef Ramlau wita się z Dariuszem Ratajczakiem z OZZL i lekarzami przybyłymi na pikietę.



Dermatolog Barbara Mach referuje negocjacje z dyrektorem na lekarskim zebraniu strajkowym w Rzeszowie.



Szeffowa bydgoskiego samorządu Radosława Kowalska-Staszak przedstawia postulaty lekarzy.



**KRAJOWY
KOMITET
POROZUMIEWAWCZY
NA RZECZ
WZROSTU
WYNAGRODZEŃ
PRACOWNIKÓW
SŁUŻBY
ZDROWIA**



Premier Marcinkiewicz w rozroku, który się pogłębia i jest już niebezpiecznie blisko szpagatu.



W podkarpackich szpitalach pacjenci byli na ogół wyrozumiali.



Lekarze ze Śląska i Podkarpacia pod Sejmem RP



Dwumetrowy przywódca strajku lekarskiego na Podkarpaciu Zdzisław Szramik: szarmancki dla dam, nieustępliwy i twardy wobec władz.

Zdjęcia: Marek Stankiewicz i Ewa Gwiazdowicz

Okiem Prezesa



Siódmy kwietnia był oczekiwany przez wielu jako dzień sprawdzianu rozproszonych środowisk medycznych i ich solidarności. Wbrew obawom jednych i nadziejom innych protest zapowiadany przez Krajowy Komitet Porozumiewawczy na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia i organizowany przez liczne organizacje pracowników medycznych pokazał naprawdę imponującą determinację i solidarność. Jednocześnie niezłe prowadzona kampania informacyjno-propagandowa, przede wszystkim na temat rzeczywistych zarobków pracowników medycznych, zapewniła protestowi życzliwość środków masowego przekazu, a nawet społeczeństwa i samych pacjentów. Niewielu kierowników placówek medycznych zdecydowało się w jakikolwiek sposób przeszkadzać protestującym. Taki przebieg protestu był chyba zaskoczeniem dla władz, których przedstawiciele to tu, to tam zaczynają przebąkiwać nie tylko o nieuchronności podwyżek, ale także o konieczności nowego podejścia do dzielenia publicznych pieniędzy. Coraz częściej słyszy się, że bez znaczącego wzrostu publicznych nakładów na ochronę zdrowia nie da się rozwiązać narastającego wokół zdrowia napięcia społecznego.

Środowiska skupione w Koalicji „Teraz zdrowie” nie ustają w przekonywaniu społeczności lokalnych i polityków często odwiedzających regionalne konferencje Koalicji, że wzrost nakładów na ochronę zdrowia to nie tylko interes jej pracowników, ale przede wszystkim dobrze pojęty interes społeczny; to na pierwszym miejscu, poprzez skrócenie kolejek i zwiększenie dostępu do nowoczesnych procedur medycznych i leków, poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Samorząd lekarski oraz inne organizacje skupiające pracowników medycznych (w tym Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy) widzą jednak także konieczność kontynuowania stałego nacisku na decydentów ciągle jeszcze dalekich od podjęcia decyzji, które mogłyby zagwarantować realizację naszych postulatów. Dlatego następnym krokiem ogólnopolskiego protestu ma być 10 maja wielka manifestacja uliczna w Warszawie. Na ten dzień zapowiada się sejmową debatę o zdrowiu, ale nawet jeśli do niej nie dojdzie, demonstracja odbędzie się. Równolegle rusza akcja wypowiedziania upoważnień ZUS-owskich do wystawiania druków zwolnieniowych ZUS-ZLA.

Zgodnie z apelem Naczelnej Rady Lekarskiej mamy je składać w swoich okręgowych izbach lekarskich, które przekażą je do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, gdy liczba wypowiedzeń przekroczy siedemdziesiąt procent lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód. W tym numerze „Gazety Lekarskiej” są wszystkie niezbędne informacje o tym, jak należy postępować w tej sprawie. W tym samym czasie w różnych miejscach Polski widać narastającą falę przygotowywania się do strajków w placówkach opieki zdrowotnej. Ta najbardziej drastyczna forma protestu powinna być ostatecznością – nawet wtedy, gdy lekarze decydują się na udział w niej, nie można zapomnieć o zagwarantowaniu bezpieczeństwa zdrowia i życia chorych.

W tym samym czasie przedstawiciele izb lekarskich starają się prowadzić lobbing na rzecz naszych spraw. W ostatnich tygodniach coraz częściej to nie tylko spotkania z urzędnikami Ministerstwa Zdrowia, ale także z politykami z otoczenia prezydenta, premiera oraz politykami różnych partii. Chcielibyśmy, aby w zamęcie politycznym, którego świadkami jesteśmy od dłuższego czasu, zdrowie mogło stać się wartością, która zaważy na szali przetargów partyjno-rządowych. Przy ciągłej sprzyjającej postawie mediów wydaje się to możliwe. Szansą dla zdrowia staje się także coraz lepsza sytuacja gospodarcza Polski – gdyby przynajmniej część rekordowego wzrostu gospodarczego przeznaczyć na ochronę zdrowia, to nawet bez drastycznego „odbierania innym” można by liczyć na znaczące środki. Do tego jednak potrzebne są decyzje polityczne na najwyższym szczeblu – minister zdrowia nam tego nie załatwi.

Na koniec przypominam o konieczności zbierania podpisów pod obywatelskim projektem ustawy gwarantującej przyzwoite wynagrodzenia wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom. Jest to kolejna szansa na pokazanie naszej sprawności i solidarności. Tak jak w poprzednim numerze „Gazety”, również teraz można znaleźć stosowną tabelkę do wycięcia i użycia w tym celu.

Konstanty Radziwiłł

**Stanowisko Nr 4/06/V
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 21 kwietnia 2006 r.**

w sprawie kontynuowania ogólnopolskiej akcji protestacyjnej środowisk medycznych

Naczelna Rada Lekarska świadoma swojej odpowiedzialności w sprawach dotyczących ochrony zdrowia ludności i warunków wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry, a także mając na względzie:

- brak przedstawienia przez Rząd RP konkretnych dających nadzieję na istotne zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia,

- postępującą degradację znacznej części polskich placówek opieki zdrowotnej zmagających się z trudnościami finansowymi,
- narastającą biedę niegodnie wynagradzanych pracowników medycznych i brak podania przez Rząd RP harmonogramu podwyżek, zapewniających, w drodze zmian ustawowych, dochodzenie do satysfakcjonującego poziomu wynagrodzeń,
- trudności polskich pacjentów w dostępie do należącego im leczenia,
- narastającą emigrację polskich lekarzy i lekarzy dentystry, co może w znacznym stopniu zagrozić funkcjonowaniu placówek opieki zdrowotnej i bezpieczeństwu chorych,

ogłasza dzień 10 maja 2006 r. drugim Ogólnopolskim Dniem Protestu.

Naczelna Rada Lekarska domaga się od rządzących Polską:

- zapewnienia środków finansowych na natychmiastową podwyżkę wynagrodzeń wszystkich pracowników medycznych bez względu na miejsce

i formę zatrudnienia zgodnie z postulatami Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia,

- niezwłocznego przedstawienia projektu ustawy gwarantującej godne wynagrodzenia wszystkim pracownikom medycznym (w tym lekarzom i lekarzom dentystrów na poziomie nie niższym niż 33 zł za godzinę pracy [i odpowiednio 41 zł dla posiadaczy I st. specjalizacji i 49 zł dla specjalistów]),
- niezwłocznego przedstawienia przez Rząd RP projektu ustawy zapewniającej zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do wysokości co najmniej 6% produktu krajowego brutto,
- natychmiastowego zaprzestania obraźliwych dla pracowników medycznych wypowiedzi i zapowiedzi siłowego rozwiązywania problemów ochrony zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z prośbą do środków masowego przekazu

**Apel Nr 2/06/V
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 21 kwietnia 2006 r.**

w sprawie rezygnacji z uprawnień do wystawiania druków ZUS ZLA

W związku z koniecznością zastrzeżenia akcji protestacyjnej w sprawie zwiększenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia i podniesienia wynagrodzeń pracowników medycznych, Naczelna Rada Lekarska apeluje do lekarzy i lekarzy dentystry o składanie do dnia 15 czerwca 2006 r. w swoich okręgowych izbach lekarskich rezygnacji z upoważnienia do wystawiania druków ZUS ZLA z dniem 1 lipca 2006 r., zgodnie z załączonym wzorem.

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do okręgowych izb lekarskich o zbiorowe przekazanie tych rezygnacji do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, gdy liczba złożonych rezygnacji przekroczy 70% w pełni aktywnych zawodowo członków izb.

Naczelna Rada Lekarska apeluje o składanie ww. rezygnacji zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do apelu.

Konstanty Radziwiłł

prezes

Mariusz Janikowski

sekretarz

Wzór

Załącznik do Apelu Nr 2/06/V z dnia 21 kwietnia 2006 r

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr ZUS

Miejscowość, dnia.....

Do
Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w

OŚWIADCZENIE

Protestując na rzecz wzrostu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia oświadczam, że od dnia zrzekam się korzystania z upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny nadanego decyzją ZUS.

Jednocześnie informuję, że cofam oświadczenie zawarte we wniosku w sprawie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Podpis

zu o wspieranie środowisk medycznych w działaniach na rzecz istotnej poprawy finansowych i organizacyjnych warunków dla systemu ochrony zdrowia bezpiecznego dla pacjentów i stwarzającego godne warunki życia jego pracownikom.

REKLAMA

Naczelna Rada Lekarska prosi obywateli o poparcie postulatów środowisk medycznych, które są jedyną drogą do zapewnienia Polakom realnego bezpieczeństwa zdrowotnego.

Naczelna Rada Lekarska prosi wszystkich pacjentów o zrozumienie, przepraszając za niedogodności związane z protestem i zapewniając, że nie ma on na celu narażenia na niebezpieczeństwo ich zdrowia i życia.

Naczelna Rada Lekarska wzywa wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów do solidarnego udziału w proteście poprzez:

- uczestnictwo w manifestacji na rzecz realizacji wyżej wymienionych żądań w Warszawie w dniu 10 maja o godzinie 12.00,
- demonstrowanie solidarności z protestem, poprzez pracę w trybie ostrodyżurowym, wszystkich tych, którzy ze względu na konieczność zabezpieczenia działań niezbędnych dla ratowania zdrowia i życia chorych, nie mogą wziąć bezpośredniego udziału w manifestacji.

Naczelna Rada Lekarska zobowiązuje szczególnie członków organów samorządu lekarskiego do udziału w manifestacji.

Naczelna Rada Lekarska apeluje do dyrektorów i kierowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ich organów założycielskich o pomoc i wsparcie we wszelkich działaniach podjętych w ramach ogólnopolskiej akcji protestacyjnej środowisk medycznych.

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia, komitetów regionalnych, wszystkich organizacji je tworzących, okręgowych izb lekarskich oraz pozostałych organizacji zrzeszających pracowników medycznych o pomoc w zapewnieniu sprawności przeprowadzenia protestu.

Konstanty Radziwiłł
prezes

Mariusz Janikowski
sekretarz



Jak to jest z tą podwyżką o 30%?

Krzysztof Bukiel

foto. Marek Stankiewicz

13 kwietnia br. w Ministerstwie Zdrowia doszło do spotkania z udziałem ministra i wszystkich wice-ministrów zdrowia, prezesa NFZ, dyrektora oddziału podkarpackiego NFZ, trzech dyrektorów szpitali podkarpackich, Zdzisława Szramika – przewodniczącego Regionu Podkarpackiego OZZL, Andrzeja Włodarczyka – wiceprezesa NRL, Krzysztofa Szubera – przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Rzeszowie, Marty Postuły – dyrektora Departamentu ds. Restrukturyzacji w Ministerstwie Finansów oraz niżej podpisanego.

Przedstawicielka Ministerstwa Finansów uświadamiała nas, co to jest ustawa budżetowa, kto ją uchwała, dlaczego nie można jej zmienić, dlaczego nie można w Polsce zwiększyć nakładów na opiekę zdrowotną ze środków publicznych itp. Prezes NFZ udzielił krótkiego pouczenia na temat zasad funkcjonowania NFZ i systemu opieki zdrowotnej w ogóle. Omówił sytuację finansową i prawną NFZ, z której wynikało, że nic nie można zrobić jeśli chodzi o podwyżki płac dla pracowników opieki zdrowotnej w tym roku. Zaraz potem przedstawiciele rządu

pozwolili nam wypowiedzieć się nie przeszkadzając nawet w okazywaniu naszych emocji.

Prezes NFZ przedstawił następującą propozycję:

Z rezerwy ogólnej NFZ, która wynosi ok. 360 mln zł i jest przeznaczona na czarną godzinę, można wziąć pieniądze i przeznaczyć je na dofinansowanie świadczeń zdrowotnych w tym roku. Z rezerwy NFZ przeznaczonej na leczenie Polaków za granicą w kwocie ok. 800 mln zł, z której jak dotąd wydano ok. 20 mln zł i nie ma faktur na nowe płatności, można wziąć ponad 400 mln zł i przeznaczyć je na dofinansowanie świadczeń zdrowotnych w tym roku.

W sumie: ok. 800 mln zł można jeszcze w tym roku przekazać do oddziałów NFZ, aby przekazały je do szpitali, co miałyby oznaczać większe zarobki dla pracowników tych szpitali.

Kiedy jednak zaproszeni dyrektorzy szpitali podkarpackich zaczęli dążyć temat głębiej, prezes NFZ wyjaśnił, co następuje:

- oddziały NFZ, które dostaną dodatkowe pieniądze, nie będą mogły zwiększyć ceny za punkt, bo nie można zmieniać warunków umowy w trakcie jej trwania, zwłaszcza w odniesieniu do wartości punktu,
- dodatkowe pieniądze oddziały NFZ będą mogły przeznaczyć przede wszystkim na sfinansowanie procedur ratujących życie, procedur nielimitowanych (jak porody), ostatecznie na zwiększenie limitów.

Oto dlaczego OZZL z wielką nieufnością podszedł do obietnicy podwyżki i nie zrezygnował z dalszych działań protestacyjnych.

Wniosek: pracownicy dostaną więcej pieniędzy, jeżeli więcej popracują.

O oczekiwanych przez nas zmianach systemowych w ochronie zdrowia i wzroście wynagrodzeń w przyszłych latach mówiono dość ogólnie i bez konkretów. Czy w takiej sytuacji może dziwić fakt, że OZZL nie zapowiedział zawieszenia akcji protestacyjnej, co więcej – wezwał do jeszcze intensywniejszych działań przygotowawczych do strajku?

14 kwietnia 2006 r.



Wstępujcie do związku zawodowego!

W związku z ogólnopolską akcją protestacyjną pracowników służby zdrowia pojawia się coraz częściej pytanie: co dalej, gdy wyczerpiemy już wszystkie 4 dni urlopu na żądanie. Musimy sobie uświadomić, że działania protestacyjne, które polegałyby na zaprzestaniu wykonywania przez lekarzy pewnych czynności zawodowych, najlepiej prowadzić w ramach strajku ogłoszonego, zgodnie z prawem, przez związek zawodowy. To, co bez ogłoszenia strajku może być uznane za łamanie prawa, np. niewypełnianie pewnych druków (nie mówiąc już o powstrzymywaniu się od udzielania niektórych świadczeń medycznych), w ramach strajku jest jak najbardziej legalne, a odpowiedzialność za strajk spada na komitet strajkowy powołany przez związek zawodowy.

Zwracamy się więc do lekarzy o wstępowanie w ich zakładach pracy do związków zawodowych lub powoływanie nowych zakładowych organizacji związkowych tam, gdzie związek jeszcze nie działa. Naszym zdaniem najlepszym wyborem będzie wstąpienie do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Już chociażby z racji, że skupia tylko lekarzy i dobrze zna problemy naszego środowiska – OZZL będzie najlepszym reprezentantem interesów pracowniczych lekarzy w zakładach pracy. Także dotychczasowe działania podejmowane przez OZZL dobrze – jak sądzę – świadczą o jego pracy na rzecz lekarzy.

Na stronie www.ozzl.org.pl znajdują się wszystkie informacje dotyczące Związku oraz instrukcja jak założyć oddział terenowy (zakładowy lub międzyzakładowy) OZZL w zakładzie, w którym nie działa związek zawodowy skupiający lekarzy – www.ozzl.org.pl/sprawy/ot.htm.

Krzysztof Bukiel
przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL

Czy w karetce zawsze potrzebny jest lekarz?

Przepracowałem prawie 19 lat w OPD. W pogotowiu nie jest potrzebny lekarz, przynajmniej w zwykłej karetce. Nawet zresztą w erce może też, moim zdaniem, być ratownik. Ma podać płyny, zaopatrzyć ranę, zapakować do karetki i na izbę przyjęć do szpitala. I cała robota. Lekarz tylko w karetce z noworodkiem, przewoży ciężko chorych. A cała reszta ratownicy. Obecne pogotowie to przychodnia na kółkach. Pogotowie to piekło, wredni, roszczeniowi pacjenci, którym wszystko się należy. Niech to przejmą ratownicy.

Mirosław Orzeł, pediatra, Żagań

WKanadzie ambulanse, czyli karetki pogotowia, obsługiwane są przez ratowników medycznych (paramedics), którzy w większości są bardzo dobrze wyszkoleni. Nie potrzeba więc lekarza w każdej karetce.

Włodzimierz Sokołowski, anestezjolog, Miramichi, Kanada

Wprowadzenie ratownika medycznego wyłącznie w karetkach spowoduje wyeliminowanie wyjazdów w celu przepisania recepty. Inaczej pacjenci zawsze znajdą pretekst dla wezwania karetki. A zgłaszanie przez lekarzy wezwań nieuzasadnionych zupełnie nie sprawdziło się.

Jarosław Rosłoń

To, że w karetce jeździ lekarz, nie ma istotnego znaczenia dla pacjenta, bo ratownik medyczny jest skuteczniejszy od nieodpowiednio przygotowanego lekarza. Ja na przykład nigdy na studiach nie miałem okazji odebrać porodu, toteż w pogotowiu za każdym razem, kiedy wiozłem ciężarną, czułem się niepewnie. Na szczęście nigdy porodu nie odbierałem... Natomiast to, że jest w karetce lekarz, sprzyja nadużywaniu przez pacjentów tej formy świadczeń medycznych

Jarosław Wysocki, Warszawa

Społeczeństwo na temat medycyny wie bardzo dużo, ale boi się samodzielnie decydować o nawet najbłahszych problemach, żądając tego od lekarza. Przy obecnym stopniu świadomości pacjentów lekarz przez wiele lat będzie potrzebny w karetce tak jak i kierowca. Obecność ratownika bez lekarza spowoduje więcej wyjazdów typu transportowego. Ale zapewne to jest sposób przerzucenia części kosztów wynikających z ustawy o ratownictwie, tzn. zmniejszenia wydatków państwa, a opłacanie chociaż ich części z puli NFZ, w tym przypadku opłacanie lekarzy, którzy i tak będą „na gwizdnięcie” wołani do każdego wypadku.

Maciej Makarewicz, lekarz rodzinny, Grajewo

W karetce może pracować jedynie gruntownie przeszkolony lekarz z równie gruntownie przygotowanym zespołem. Nie mam nic przeciwko ratownikom medycznym, ale trzeba najpierw wyszkolić takich ludzi, czyli studia, kodeks itp. Nasze realia to sanitariusze po szkole zawodowej lub po kursach, często ludzie przypadkowi, bez elementarnej wrażliwości na problemy ludzi chorych. Widziałem to nieraz na własne oczy. Z drugiej strony, niektórzy lekarze w karetkach przedstawiają dramatyczną niekiedy ignorancję.

Wiktor Sułkowski, anestezjolog, Ostrów Mazowiecka

Pracuję w ratownictwie od 12 lat i nie uważam, że potrzebny jest tam lekarz. W zespole wyjazdowym potrzebny jest zespół ludzi nauczonych udzielania pierwszej pomocy i kwalifikowania do odpowiedniego transportu. A stosunek wizyt bezsensownych – który odpowiednio w tej chwili wynosi ok. 70-80% – do wyjazdów uzasadnionych diametralnie zmienia się, gdy społeczeństwo zrozumie, że nie ma darmowej wyjazdowej przychodni w pogotowiu ratunkowym.

Marcin Dubis, internista z Wielkopolski

W karetce potrzebny jest lekarz, ale nie w każdej. Część wyjazdów można załatwić karetką z ratownikiem. Ale w niektórych niezbędny jest lekarz z uwagi na podjęcie właściwej decyzji dotyczącej najlepszego sposobu pomocy pacjentowi. Można więc zmniejszyć liczbę karetek z obsadą lekarską.

Czesław Czechyra, pediatra, Koźienice

REKLAMA

REKLAMA

Po pierwsze edukacja



Z prof. **Januszem Andreśem**,
prezesem Polskiej Rady Resuscytacji
i kierownikiem Katedry
Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Collegium Medicum UJ
rozmawia Marek Stankiewicz

• Czy system ratownictwa medycznego w Polsce działa naprawdę źle?

– Nie sądzę, by można było generalizować. Z pewnością są obszary i miejsca, gdzie system ratownictwa działa dobrze, lecz tych, gdzie działa źle jest, obawiam się, więcej. Problem w tym, że my nie wiemy, jak działa system ratownictwa w Polsce, ponieważ nie prowadzi się monitoringu efektów działania systemu ratowniczego w Polsce. Proponowana nowa ustawa być może wymusi na lokalnych władzach rejestrację zdarzeń i ich rzetelną ocenę. Wtedy za parę lat dowiemy się, jak działa nasz system ratownictwa.

• Jakie są trzy najgorsze punkty obecnego systemu, które trzeba naprawić nową ustawą?

– Po pierwsze, brak koordynacji pomiędzy istniejącymi służbami. Uważam, że poprawa w tym zakresie jest możliwa do uzyskania natychmiast poprzez nową ustawę. Po drugie, brak powszechnego zaangażowania społeczeństwa w ratownictwo.

To głównie od lokalnych społeczności, organizacji pozarządowych i wolontarystycznych zależy skuteczny system niesienia pierwszej pomocy, a nie tylko od systemu ochrony zdrowia. Nowa ustawa proponuje przesunięcie odpowiedzialności na lokalne społeczności, co uważam za bardzo pozytywne i rozwojowe.

Wreszcie po trzecie, nie ma systemowych rozwiązań edukacyjnych motywujących do pogłębiania wiedzy przez osoby pracujące w ratow-

nictwie. Za bezwzględnie konieczne uważam, aby każda osoba zajmująca się ratownictwem posiadała międzynarodowy certyfikat kompetencji w zakresie udzielania pierwszej pomocy. W Polsce tego typu certyfikowane szkolenia prowadzi m. in. Polska Rada Resuscytacji (www.prc.krakow.pl).

Chodzi o to, aby udzielanie pomocy było zgodne z powszechnie akceptowanymi wytycznymi. Ponieważ szkolenia te dostępne są dla całego społeczeństwa, nie wyłączając dzieci, myślę, że już wkrótce, tzn. za parę lat, poziom edukacji w zakresie ratownictwa w naszym społeczeństwie znacznie się podniesie.

Mam nadzieję, że wprowadzenie nowej ustawy nałoży obowiązek ciągłego szkolenia personelu ratowniczego w sprawdzonych systemach edukacyjnych oraz otworzy możliwość powszechnej edukacji w zakresie pierwszej pomocy w społeczeństwie.

• Czy społeczeństwo właściwie odbierze zmianę, że do chorego czy ранego nie przyjedzie karetka z lekarzem?

– Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Z pewnością za dużo jest interwencji karetek z lekarzem w przypadkach, gdy wymagana jest po prostu pomoc podstawowej opieki zdrowotnej. Ciągłe, moim zdaniem, za mało efektywnej i mało docenianej w społeczeństwie. Z kolei w większości sytuacji nagłego zagrożenia życia postępowanie jest rutynowe. Każdy może uratować życie nie będąc lekarzem, musi tylko udowodnić kompetencje, tzn. ukończyć szkolenie, które daje gwarancję prawidłowego postępowania.

Spółeczeństwo nie powinno obawiać się kto przyjedzie w karetce. To system, głównie lokalny, powinien być zainteresowany tym, aby w karetkach jeździły przeszkolone i odpowiedzialne osoby. Nie zawsze musi to być lekarz.

Ratunek w ustawie



Z prof. **Jerzym Karskim** konsultantem krajowym ds. medycyny ratunkowej
rozmawia Anna Augustowska

• Wśród priorytetów ministra zdrowia Zbigniewa Religi na pierwsze miejsce obok ustanowienia listy szpitali, koszyka świadczeń gwarantowanych i rejestru usług medycznych wysuwa się jak najszybsze wprowadzenie ustawy o ratownictwie medycznym. Czy to znaczy, że obecny system działa źle?

– Polski system ratownictwa medycznego funkcjonuje bardzo dobrze. Wieloletnia tradycja pomocy przedszpitalnej świadczonej w oparciu o zespoły wyjazdowe pogotowia ratunkowego – zespoły,

REKLAMA

na czele których zawsze stoi lekarz – dają gwarancję otrzymania przez pacjentów wysoko specjalistycznej usługi medycznej. Dodajmy, usługi dostępnej przez całą dobę i we własnym domu! Bo jak wykazują statystyki ponad 80 proc. wszelkich wezwań kierowanych do karettek pogotowia, to wezwania do najbanalniejszych histo-

rii: od przysłowiowego już kataru, przez bóle menstruacyjne, po zawroty głowy. Dlaczego tak się dzieje, że Polacy traktują karetki jak przychodnię na kółkach? Odpowiedź jest prosta: bo wiedzą, że na ich wezwanie przyjedzie lekarz. Zbada, opuka, zajrzy w gardło, a na koniec wypisze receptę. Czegoż chcieć więcej!

Normalnie jednak z takimi dolegliwościami idzie się do poradni lekarza rodzinnego, prawda?

Tymczasem zespół zajmujący się „karetą” może być w tym samym czasie pilnie potrzebny na drugim końcu miasta, gdzie na ratunek czeka ktoś w stanie zagrożenia życia.

Inną sprawą jest to, że według obecnej ustawy o ratownictwie w zespole karetki ma być lekarz. Nieważne jakiej specjalności, byle miał przed nazwiskiem: lekarz medycyny. Wciąż więc zdarza się, że np. do zawału jedzie okulista, a do wypadku na drodze dermatolog.

• Nowa ustawa to zmieni?

– Musi zmienić. Zaczę od tego, że lekarze będą jeździli tylko w karetkach reanimacyjnych. W karetkach wypad-

kowych natomiast zasiadą zespoły ratowników. To doskonale wyszkolona i wciąż niewykorzystana kadra – w Polsce mamy ich już ok. 4 tysięcy.

Potrafią bardzo dużo. Mają opanowane 30 najbardziej koniecznych procedur w sytuacjach wypadków czy katastrof: intubują, podtrzymują oddech i akcję serca z przyrządami i bez, udrażniają tchawice wykonując konikatomię i tracheotomię, potrafią pacjenta zacewnikować, zrobić wkłucie, ba zgłębnikować żołądek, zaopatrzyć rany i złamania. Nie chcą wkładać kijów w mrowisko, ale laryngolog czy dermatolog, aby mieć te procedury „w rękę”, powinien co 2-4 lata przechodzić takie szkolenie, bo np. postępowanie resuscytacyjne w związku ze zdobyciami wiedzy medycznej zmienia się.

Nowa ustawa w ogóle kładzie ogromny nacisk na szkolenie w udzielaniu pierwszej pomocy. To rewolucja w tej kwestii – edukacja będzie powszechna, obejmie całe społeczeństwo: od przedszkola po uniwersytet III wieku. Każdy z nas musi znać podstawowe zasady udzielania pomocy przedmedycznej po to, aby nie stać nad ofiarą tragedii i być tylko gapiem. Zanim przyjedzie karetka możemy uratować ludzkie życie!

Fantastycznie, że z inicjatywą szkoleń w tym zakresie wyszedł właśnie Jerzy Owsiak. Ja uważam, że nikt nie powinien otrzymać matury, a żaden kierowca prawa jazdy bez egzaminu sprawdzającego jego umiejętności w zakresie pierwszej pomocy. Powinni to w sposób szczególny umieć oczywiście strażacy, policjanci, wojsko, ale też nauczyciele i księża.

• Wróćmy jednak do karettek, w których nie będą jeździć lekarze. Czy polskie społeczeństwo jest na to przygotowane?

– Odpowiem może zaskakująco, ale w Polsce są już takie „bez-lekarskie”, karetki i świetnie sobie radzą! Według ogólnych szacunków spośród wszystkich 1400 ambulansów jeżdżących w Polsce ok. 50, to karetki bez obsady lekarskiej. Najwięcej jest ich w zachodniopomorskim, gdzie do pracy w Europie Zachodniej wyjechało aż 30 proc. tamtejszych lekarzy. Mimo naszych obaw mieszkańcy tamtych rejonów nie

skarżą się, nie alarmują władz częściej niż to było, kiedy we wszystkich typach karettek byli lekarze. Zauważyliśmy natomiast inne zjawisko: świadomość, że w karetce są tylko ratownicy sprawia, iż ambulanse są tam wzywane w zasadzie tylko do najcięższych przypadków.

• *Pięknie to brzmi, ale oponenci tych bądźmy szczerzy bardzo radykalnych rozwiązań nie chcą o nich słyszeć. Czy ratownik ma decydować o tym jak leczyć?!*

– Ratownik ma ratować życie, ale pod kierunkiem i kontrolą lekarza. Przy współczesnej technice to całkowicie możliwe. Telemedycyna pozwala przekazać z miejsca wypadku wszelkie dane o poszkodowanej osobie. Nie jest ważne, kto te dane przekaże, ważne, że dotrą do lekarza, który zdecyduje o dalszym postępowaniu. Chcę z całą mocą podkreślić, że bez pełnego zabezpieczenia w nowoczesne systemy łączności, bez pełnego przygotowania systemów powiadamiania ratunkowego, bez sprawdzenia działalności szpitalnych oddziałów ratunkowych nowa ustawa nie ruszy.

• *Ależ wszystkie te elementy już są. Co prawda działają kulawo – SOR-y to wciąż przecież izby przyjęć, a centra powiadamiania też są jakieś papierowe, po co więc wozić drzewa do lasu?*

– Zaraz, zaraz – trzeba na to spojrzeć inaczej. Cieszymy się, że te elementy już są (choć trzeba jeszcze dużo w tej kwestii zrobić, np. mamy teraz 150 SOR-ów – wiele doskonale wyposażonych! Ale potrzeba 100 więcej), ale to wszystko będzie mogło ruszyć pełną parą dopiero i pod warunkiem, że zacznie obowiązywać nowa ustawa. I jej wprowadzenie musi nastąpić jak najszybciej. W naszym kraju największym zabójcą młodych, w sile wieku ludzi do 44 roku życia są urazy – zwykle poniesione w wypadkach komunikacyjnych i przy pracy. Mamy aż o 2/3 gorsze wyniki ich ratowania i leczenia niż inne kraje Europy Zachodniej. Jeśli każdy z nas będzie umiał udzielić pierwszej pomocy, jeśli karetki nie będą zajęte jeżdżeniem do kataru, a zajmą się ratowaniem ludzi, te wyniki się zmienią. I będziemy to zawdzięczać tej ustawie, która powinna wejść w życie już za kilka miesięcy.

Prof. Jerzy Karski jest związany z lubelską Akademią Medyczną od 1957 r. Obecnie pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej. Na stanowisku konsultanta zastąpił prof. Juliusza Jakubaszkę.

Ratownictwu na ratunek

Ustawa o ratownictwie medycznym, jak mało która, zmierza do celu swoją wyboistą drogą.

Planowany system zintegrowanego ratownictwa medycznego jest nie tylko elementem struktury ochrony zdrowia, ale także składową bezpieczeństwa publicznego – przekonywał ówczesny konsultant krajowy ds. medycyny ratunkowej **prof. Juliusz Jakubaszko**. Uchwalona w lipcu 2001 r. pozostaje martwa. Nie weszła w życie, bo kolejne rządy odkładały to z roku na rok. Przez całą poprzednią kadencję sejm i poprzedniego rządu nigdy nie było pieniędzy w budżecie państwa na jej realizację. Albo inaczej – może nie było determinacji, decyzji rządu, żeby pieniądze w budżecie na tę ustawę się znalazły – wyjaśnia min. **Zbigniew Religa**. Ustawa nawet na chwilę trafiła do paktu stabilizacyjnego, który po dwóch miesiącach roztrząsał się na sejmowych rafach.

Obecny projekt ustawy nie ma ani dobrej prasy, ani zdecydowanego poparcia fachowców. Projekt jest przetrzymywany w rękach urzędników, a nie osób profesjonalnie zajmujących się ratownictwem, bo wśród tych właśnie zamiast zbliżenia dominuje rozbieżność wizji.

W porównaniu do poprzedniej obowiązującej ustawy brak jest jednoznacznego określenia kto odpowiada za system ratownictwa medycznego w Polsce. System ratownictwa medycznego nie jest

jednoznacznie zdefiniowany, określenia zaś dotyczące użytej terminologii są często nieprecyzyjne. Nie chcemy przykładać ręki do czegoś, co jest bardzo niedobre – mówi recenzent projektu prezes NRL **Konstanty Radziwiłł**.

Niezbędne jest doprecyzowanie przepisów określających zasady i zadania organów władzy oraz ich obowiązki względem tworzenia i włączania jednostek organizacyjnych do systemu (art. 3 projektu ustawy). Proponowany przez projekt pomysł rejestru wojewody dla ratowników i lekarzy współpracujących z systemem (art. 16 i 29 projektu ustawy) nie ma merytorycznego ani organizacyjnego uzasadnienia. Pociąga jednocześnie duże koszty takiego przedsięwzięcia.

Należy uporządkować znaczenie pojęć używanych w projekcie ustawy. Przepis art. 4 powinien określać niezbędne definicje zgodnie z międzynarodową terminologią przyjętą w medycynie ratunkowej. Brakuje natomiast definicji ratownictwa medycznego.

Projekt ustawy pomija kluczową pozycję szpitalnych oddziałów ratunkowych, nie tylko jako sieci stacji docelowych dla całego systemu, ale również jako bazy specjalistycznej dla natychmiastowego leczenia chorych w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub

życia, podtrzymania ich funkcji życiowych i przygotowania do dalszych etapów leczenia specjalistycznego w innych działach medycyny interwencyjnej. Nie uwzględnia przy tym istniejącego ogromnego wachlarza oddziałów szpitalnych, powołanych w części swoich zadań do nagłych interwencji specjalistycznych z tytułu ich możliwości i umiejętności szczególnych. Dotyczy to w zasadzie wszystkich dyscyplin klinicznych, poczynając od intensywnej terapii. Ustawa powinna zapewnić współdziałanie z systemem ratownictwa medycznego wszystkich oddziałów medycyny klinicznej przystosowanych w części swoich zadań do interwencji natychmiastowych, m.in. oddziałów intensywnej terapii, ortopedyczno-urazowych, chirurgii ogólnej, neurochirurgii, chirurgii naczyniowej, kardiochirurgii, torakochirurgii. Współdziałanie to powinno oznaczać w szczególności natychmiastowe udzielanie przez te oddziały świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, kierowanych do nich przez system ratownictwa medycznego.

Niedostatkami merytorycznymi projektu ustawy jest brak wskazania oddziałów ratunkowych jako jednostek monitorujących jakość systemu ratownictwa medycznego w swoich rejonach. Przypisywanie tej roli koordynatorom medycznym, o niezdefiniowanych kwalifikacjach i niejasnych umocowaniach w systemie ochrony zdrowia, nie daje gwarancji wysokiej jakości systemu.

Nie uwzględniono wagi nadzoru lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej nad zespołami ratownictwa medycznego. Uniemożliwia to kontrolę jakości działania tych zespołów i jednocześnie oddala perspektywę ich funkcjonowania bez lekarza. Należy jednoznacznie określić, najlepiej w drodze rozporządzeń wykonawczych, kształt organizacyjny zespołów ratownictwa medycznego, ich skład osobowy oraz zróżnicowanie zależne od zakresów ich zadań, dla których w zespołach tych musi być lekarz lub bezpośrednia jego obecność nie jest konieczna. Należy również określić warunki techniczne gwarantujące nadzór lekarski w czasie rzeczywistym nad



zespołami wykonującymi swoje zadania bez obecności lekarza. Niewłaściwe jest proponowanie w projekcie ustawy eliminowanie lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej i pielęgniarek ratunkowych z zespołów ratownictwa medycznego. Przeczy to konieczności zagwarantowania wysokiej jakości systemu projektowanego do sprostania potrzebom pacjentów wysokiego ryzyka. Propozycja zawarta w art. 29 projektu dotycząca wojewódzkiej listy lekarzy współpracujących z systemem jest błędna. W obecnej sytuacji w Polsce nie ma istotnego zagrożenia konfliktem zbrojnym lub masowymi katastrofami naturalnymi, co mogłoby uzasadniać możliwości mobilizacji lekarzy do wykonania obowiązku obronnego państwa.

Błędna jest propozycja obwieszczenia przez ministra zdrowia procedur postępowania ratunkowego. Umiejętności postępowania specjalistów funkcjonujących w jednostkach systemu mają wynikać z ich studiów, dobrego przygotowania zawodowego i specjalistycznego oraz umiejętności pracy zespołowej (będącej charakterystyczną cechą medycyny ratunkowej) wynikającymi ze zmieniających się przecież wiedzy i praktyki medycznej, a nie z instrukcji nadawanych przez ministra.

Proponowane powoływanie Centrów Koordynacji Ratownictwa Medycznego województwa (art. 22 ust. 1 projektu) przeczy konieczności zintegrowania ratownictwa medycznego ze służbami ratowniczymi oraz stwarza konieczność powoływania kolejnego bytu administracyjno-organizacyjnego, pozbawionego gwarancji jakościowych i specjalistycznych w zakresie medycyny ratunkowej. Spowoduje również niepotrzebny wzrost kosztów funkcjonowania systemu. Należy zwrócić uwagę na istniejące już na poziomie wojewody Wojewódzkie Stanowiska Kierowania Państwowej Straży Pożarnej, powołane m.in. do koordynacji działań ratowniczych.

Nie jest uzasadnione umieszczanie w projekcie omawianej ustawy przepisów dotyczących osoby ratownika.

Nieuzasadnione jest również tak szerokie opisanie nauczania pierwszej pomocy, w tym m.in. wprowadzanie instytucji kontrolera nauczania pierwszej pomocy na poziomie wojewody. Ustawodawca wydaje się nie dostrzegać właściwego wymiaru takiego kształcenia ani istnienia systemu szkolnictwa podstawowego w Polsce, ani konieczności certyfikowania instruktorów nauczania pierwszej pomocy, ani istnienia konsultanta krajowego

i konsultantów wojewódzkich do spraw medycyny ratunkowej. Propozycje ustawodawcy pociągają przy okazji wysokie koszty proponowanego kształcenia.

W proponowanych zapisach dotyczących planu zabezpieczenia ratownictwa medycznego przez wojewodów nie przewiduje się szpitalnych planów zabezpieczenia katastrofy w ich rejonie. Takie właśnie plany, zgodnie z europejskimi standardami, powinny określać szczegółowe zadania szpitali w sytuacji nadzwyczajnej. W swych zapisach powinny określać szczegółowo: zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych, wszystkich oddziałów znajdujących się w strukturach szpitala oraz zawierać imienne listy lekarzy zatrudnionych w szpitalu – przygotowujących specjalistycznie i logistycznie do funkcjonowania również w warunkach przedszpitalnych – dla zabezpieczenia medycznego w sytuacji kryzysowej. Plany te, zgodnie z międzynarodowymi standardami, winny być weryfikowane co 2 lata i ćwiczone corocznie. Finansowanie tych zadań gwarantowane jest przez budżet wojewody.

Przepisy rozdziału dotyczącego finansowania systemu budzą niepokój z powodu niedostrzegania konieczności specjalnego finansowania stałej gotowości szpitalnych oddziałów ratunkowych. Rozwiązanie polegające na mieszanym finansowaniu tych oddziałów (za gotowość i wykonanie świadczeń) z budżetu państwa przy odpowiednio racjonalnym doszacowaniu ich działalności stanowi gwarancję dobrego funkcjonowania tych oddziałów oraz motywację do stałego podnoszenia ich jakości.

Należy wprowadzić dla wszystkich lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych mających prawo wykonywania zawodu w Polsce obowiązek odbywania szkolenia z zakresu ratownictwa medycznego jako element doskonalenia zawodowego raz na cztery lata. Wszystkie koszty tego szkolenia powinny być finansowane przez budżet państwa.

Patrząc na obecny kształt projektu, który jest przedmiotem konsultacji międzyresortowych (na tym etapie zaopiniował projekt także samorząd lekarski) należy mieć nadzieję, że ulegnie znacznym zmianom. W przeciwnym wypadku ma on małe szanse także w sejmie, a wtedy zagrożone mogą być obietnice ministra Religi o rozpoczęciu finansowania ratownictwa z budżetu państwa (a chodzi przecież o 1,2 mld zł!) wyjaśnia Konstanty Radziwiłł.

ms

Zdroworozsądkowa edukacja podyplomowa



Krystyna Knypl

Ciągłe szkolenie podyplomowe lekarzy jest powszechną koniecznością, na dobre zadamowioną w wielu krajach. Zasady organizacji szkoleń są starannie opracowane i wspierane przepisami prawnymi. Formy edukacji są bardzo zróżnicowane.

Przez Internet

Najprostszą formą poszerzania wiedzy i gromadzenia punktów edukacyjnych jest przeczytanie artykułu w Internecie, wypełnienie testu sprawdzającego nabyte wiadomości i wysłanie zgłoszenia do systemu naliczającego punkty. Taka forma nie wymaga ponoszenia wysokich kosztów dodatkowych i jest bardzo dobra dla moli internetowych. Półtoragodzinny dostęp do artykułów uznawanych przez amerykańskie władze lekarskie za przydatne do edukacji podyplomowej kosztuje 7,50 USD, co jest ceną wielce przystępną dla tamtejszego lekarza. Przykłady takich szkoleń można znaleźć pod adresem internetowym <http://cme.emedicine.com/>. Dostępna tam baza artykułów szkoleniowych jest przygotowywana i uaktualniana przez kilka ośrodków naukowych i akademickich.

Na kongresie

Jeżeli lekarz nie chce lub nie lubi znużającego siedzenia w Internecie, może się wybrać na jeden z dorocznych kongresów towarzystwa naukowego swojej specjalności.

W ubiegłym roku podczas 20 kongresu American Society of Hypertension, który odbywał się w San Francisco najpilniejsi uczestnicy kongresu mogli uzyskać aż 44 punkty edukacyjne. Wymagałoby to jednak nie lada aktywności, a niekiedy może nawet rozdzielenia się, ponieważ obrady toczyły się jednocześnie w kilku salach. Uwagę postronnego obserwatora zwracał fakt, że nie tylko uczestniczący w szkoleniu lekarze, ale i wykładowcy byli objęci nadzorem – dyskretnym, ale wnikliwym, stworzonym przez organizatorów.

Punktacja

Kody kreskowe na wizytówkach zjazdowych pozwalały uczestnikom udokumentować obecność na sesjach i wykładach. W zależności od liczby punktów uzyskanych podczas słuchania wykładów szkolony lekarz otrzymywał na koniec kongresu odpowiednie zaświadczenie. Poszczególne sesje były punktowane w sposób zróżnicowany. Za obecność na sesji plenarnej można było otrzymać 2 punkty. Tak samo były punktowane popołudniowe sesje satelitarne, sponsorowane przez przemysł farmaceutyczny. Pilny uczestnik, który spędziłby dzień od 6.30 rano do 19.30 na wykładach, mógłby otrzymać maksymalną liczbę punktów za jeden dzień kongresowy. Warunkiem otrzymania punktów była nie tylko obecność na sesji, ale również ocena wysłuchanego wykładu.

Ocena wykładu

Dokonywano jej na specjalnie przygotowanych formularzach, które każdy uczestnik kongresu znalazł w materiałach zjazdowych. Wszyscy wykładowcy podlegali ocenie słuchaczy – zarówno prezes American Society of Hypertension, jaki i młody debiutant, po raz pierwszy występujący przed publicznością. Nie było wyjątków, niezależnie od tego, jaką wykładowca cieszył się renomą naukową, jakie zajmował stanowisko i na ile jest zasłużony dla nauki amerykańskiej. Skala ocen była pięciopunktowa. Jeden punkt słuchacz przyznawał, gdy całkowicie nie zgadzał się z zaproponowanym w formularzu aspektem oceny, natomiast pięć punktów, gdy w pełni akceptował zaproponowaną ocenę. Można było wypowiedzieć się w następujących kwestiach:

1. Wykładowca prezentował mistrzostwo w przedstawianym przedmiocie (1-5 pkt).
2. Prezentacja przedstawiała aktualne dane i była dobrze przygotowana (1-5 pkt).
3. Poziom prezentacji był odpowiedni dla słuchaczy (1-5 pkt).
4. Wiadomości były podane w sposób bezstronny i zrównoważony (1-5 pkt).

Ponadto poszczególne sympozja oceniano jako całość w następujących wariantach:

1. Informacje były praktyczne i aktualne.
2. Zostały spełnione oczekiwania edukacyjne.
3. Uzyskana wiedza będzie mogła znaleźć zastosowanie w codziennej praktyce.
4. Wiadomości były podane w sposób bezstronny i zrównoważony.
5. Dodatkowe komentarze na temat sympozjum.

Formularz zawierał również informacje o celach, jakie powinny zostać osiągnięte przez słuchacza po zakończeniu sympozjum. Na przykład po wysłuchaniu sympozjum satelitarnego na temat „Nowe i stare inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę”, prowadzonego przez profesorów D.G. Harrisa, J.L. Izzo, R.D. Toto i D.A. Sica, słuchacz powinien:

- potrafić dyskutować na temat nowych zagadnień z zakresu patofizjologii cukrzycy u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym,
- znać najnowsze badania kliniczne na temat kardioprotekcyjnego i nefroprotekcyjnego wpływu terapii hipotensyjnej,
- znać nowe cele terapeutyczne, wyznaczone dla pacjentów z współistniejącą cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym,
- umieć zastosować zdobytą wiedzę EBM w praktyce codziennej.

Jak widać z przedstawionego sposobu szczegółowej oceny wykładów, to czy wykładowca jest dobry nie zależy od jego samopoczucia, prawionych komplementów, stopnia przypodobania się sponsorowi sympozjum ani historycznych zasług. Notowania i ocena wykładowcy spoczywają wyłącznie w rękach słuchaczy.

Dyskusja

Warto jeszcze wspomnieć o sposobie prowadzenia dyskusji po wygłoszeniu wykładu. Przede wszystkim nie jest przyjęte nazbyt intensywne i kilkakrotnie przez współwykładowców powtarzane przesadne komplementowanie. Formuła „Dziękuję ci, Frank, za świetny wykład”, wypowiedziana przez przewodniczącego sesji, na ogół wyczerpuje kwestię pochwalne. Reszta czasu poświęcona jest na demokratyczną dyskusję z udziałem uczestników konferencji. Rozstawione w kilku punktach sali mikrofony zapewniają uczestnikom dostęp do głosu. Przewodniczący kolejno wskazuje, z którego mikrofonu może być zadane pytanie. Dzięki temu, że każdy może podejść do mikrofonu z pytaniem do wykładowcy, znacząco wzrasta szansa przeciętnego uczestnika na wypowiedź.

Finansowanie

Bardzo ważną częścią każdego wykładu było przedstawienie związków finansowych wykładowcy z przemysłem farmaceutycznym oraz innymi źródłami otrzymywanych grantów. Zbioreczone dane na ten temat były również dostępne w materiałach kongresowych, które otrzymywał każdy uczestnik obrad. Nie do pomyślenia jest, aby wiedza uczestników konferencji o związkach wykładowcy Y z firmą X pochodziła jedynie z ploteczek szeptanych w kularach. Jasność w sprawach finansowych dotyczyła również kosztów ponoszonych przez uczestników szkolenia. Jak poinformował mnie dr Andrzej Wasiłuk, absolwent Białostockiej Akademii Medycznej, pracujący obecnie jako nefrolog na Florydzie, pracodawca przeznaczona pewną kwotę na szkolenie podyplomowe każdego lekarza. Jeżeli koszt szkolenia jest wyższy niż kwota oferowana przez pracodawcę, lekarz może różnicę odliczyć od podatku.

Dobre obyczaje

Koszty pobytu na zjeździe mogą być oczywiście bardzo zróżnicowane. Do-

brym zwyczajem jest zatrzymanie się w przyzwoitym hotelu, stosownie do statusu naszego zawodu, ale też warto wspomnieć, że nie jest praktykowane rezydowanie w luksusowych hotelach. Nikt nie zwróci kosztów wynikłych z podziwiania żyrandoli à la Ludwik kilkunasty zdobiących niektóre hotele. Nikt nie finansuje złego stylu nadmiernej konsumpcji i rozrywki okołojazdowej. Dla porządku trzeba też dodać, że nikt nie sugeruje, aby uczestnicy zatrzymali się w namiocie na skraju miasta i odżywiali bogatymi w witaminy korzonkami leśnymi, dzięki czemu nie byłoby wystawieni na kąśliwe komentarze licznych stróżów naszej lekarskiej cnoty.

Zdrowy rozsądek i umiar towarzyszą edukacji podyplomowej i toczone podczas kongresu prawdziwie demokratyczne dyskusje w wydaniu amerykańskim podobały mi się. Edukacja podyplomowa jest tematem szeroko dyskutowanym w naszym środowisku. Będę wdzięczna, jeżeli zechcą Koledzy skierować do mnie korespondencję na ten temat. Dopóki wymieniamy poglądy, dopóty możemy mieć nadzieję, że wyniknie z tego lepszy dzień jutrzejszy.

krystyna.knypl@compinet.pl

Prezydium

w dn. 31.03., 11 i 21.04.br.

- **przyjęło m.in. stanowiska:**
– w sprawie **akcji protestacyjnej pracowników ochrony zdrowia;**

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej**, w którym odrzuciło w całości projekt. „(...) *Proponowana regulacja plac jest oburzająca i jest kolejnym przejawem skandalicznego poziomu wynagrodzeń w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. (...)*” – czytamy w stanowisku;

– dot. projektu ustawy o **ratownictwie medycznym;**

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie **leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych**, w którym proponuje „(...) *aby ewidencja osób poddanych leczeniu lub rehabilitacji, o której mowa w § 3 projektu, zawierała także numer PESEL. (...)*”;

– w sprawie projektu **Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010**, do którego nie zgłosiło uwag;

– w sprawie **wysokości opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów**, w którym zgłosiło: „(...) *proponuję wysokość opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów: 500 zł + 250 zł od każdej informacji dotyczącej określonej formy szkolenia, przewidzianej w planie kształcenia, podlegającej zgłoszeniu zgodnie z art. 19c ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. (...)*”. W uzasadnieniu czytamy m.in.: „(...) *Koszty te są uzależnione od liczby i rodzajów form szkolenia zgłaszanych przez wnioskodawcę. Zasadne jest zatem, by wysokość opłaty była zróżnicowana od treści zgłoszonego wniosku. (...)*”;

– w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **standardów stosowania psychoterapii przez psychologów**, w którym czytamy m.in.: „(...) *konieczne jest zainicjowanie odpowiednich zmian w ustawie o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, które określiłyby kwalifikacje wymagane do stosowania psychoterapii. Obecnie nie ma w tym zakresie żadnych przepisów, co powoduje, że psychoterapię może stosować nawet psycholog tuż po studiach, bez żadnego doświadczenia zawodowego. (...)*”;

• wydelegowało:

– **Zdzisława Annusewicza**, członka Komisji Stomatologicznej, jako przedstawiciela NRL, na spotkanie **w ramach projektu EGOHID II** 22.04.br. w Rydze,

– **Annę Lellę**, członkinię Prezydium NRL, na spotkanie grupy roboczej „**WG Parity**” oraz spotkanie grupy roboczej „**WG EU Entry**” w dn. 5-6.05.br. w Bratysławie,

• **wybrało** kandydaturę prof. dr. hab. n. med. **Jacka Rolińskiego** jako przedstawiciela NRL do Zespołu Ekspertów opiniującego wnioski o **wpis na listę ministra właściwego ds. zdrowia jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji i staży kierunkowych w dziedzinie immunologii klinicznej**,

• oddelegowało:

– **Jerzego Blasiaka** jako przedstawiciela NRL do **Rady Społecznej przy obwodzie Lecznictwa Kolejowego SPZOZ w Skarżysku-Kamiennym**,

• **potwierdziło** warunki prowadzenia kształcenia podyplomowego:

– lekarzy i lekarzy dentystów przez:
– Świętokrzyską IL w Kielcach ,
– Beskidzką IL w Bielsku-Białej,

– lekarzy przez:
– Towarzystwo Internistów Polskich,
– firmę Medical Communications Sp. z o.o.,
– firmę Medius Sp. z o.o.,
– firmę UCB Pharma Sp. z o.o.,

– lekarzy dentystów przez:
– firmę Grand Prix Team Sp. z o.o.,
– firmę Marrodent Sp. z o.o.,
– firmę Megafon Sławomir Wadas.

UWAGA! Pełne teksty dokumentów przyjętych przez Prezydium NRL znajdują się na:
www.nil.org.pl

Urealnienie składki członkowskiej

XXI Okręgowy Zjazd Lekarzy w **Koszalinie** (31.03.br.) złożył do NRL wniosek o podjęcie działań prowadzących do urealnienia wysokości składki członkowskiej. W uzasadnieniu czytamy m.in.: „(...) *obecna wysokość składki członkowskiej obowiązuje od 2000 r. Inflacja w latach 2000-2005 wyniosła 13,8%, co w tym samym stopniu obniżyło siłę nabywczą funduszy, którymi dysponują izby lekarskie. Mając również na uwadze skandalicznie niską wysokość refundacji przez Ministerstwo Zdrowia kosztów związanych z realizacją zadań zleconych przez administrację rządową stawia to pod znakiem zapytania możliwość dalszego i sprawnego funkcjonowania izb lekarskich. (...)*”.

List prezesa NRL do rządzących

5.04.br., w przededniu ogólnopolskiej akcji protestacyjnej, prezes Konstanty Radziwiłł wystosował list do najważniejszych przedstawicieli władz polskich: prezydenta RP, marszałków sejm i senatu, prezesa Rady Ministrów, ministra finansów, przewodniczących i członków komisji zdrowia sejm i senatu, przewodniczących klubów poselskich oraz posłów i senatorów – lekarzy, do którego załącznikiem jest projekt Ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz o zmia-

nie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, gwarantujący środowisku lekarskiemu wynagrodzenia na godnym poziomie. Prezes NRL prosi o poparcie zarówno projektu, jak i zawartych w nim postulatów.

Apel Beskidzkiej ORL

Beskidzka ORL zaapelowała (**18.04.br.**) do wszystkich członków samorządu lekarskiego o składanie na terenie całego kraju **wypowiedzeń umów o pracę**. Zdaniem ORL w Bielsku-Białej, wypowiedzenia takie powinny być składane do przedstawicieli poszczególnych izb lekarskich, a koordynowane przez okręgowe rady lekarskie. „(...) *Uważamy, że jest to jedynie skuteczna metoda protestu, która nie pozostaje w sprzeczności z Kodeksem Etyki Lekarskiej. (...)*” – czytamy w apelu.

Konwent Przewodniczących ORL

podczas posiedzenia 20.04.br. przyjął stanowisko w sprawie zasad i form akcji protestacyjnej, w którym stwierdza, że wobec niezrealizowania żądań środowisk medycznych w sprawie wynagrodzeń bezwzględnie należy kontynuować akcję protestacyjną, z jednoczesnym zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego, poprzez następujące dopuszczalne formy protestu:

- organizację regionalnych demonstracji środowisk medycznych,
- mailing do władz państwowych w sprawie wynagrodzeń pracowników medycznych,
- organizację ogólnopolskiej manifestacji środowisk medycznych,
- regionalne spotkania z parlamentarzystami,
- spotkanie w NIL z parlamentarzystami lekarzami,
- szeroko zakrojoną akcję informacyjno-propagandową: spotkania z dziennikarzami, konferencje prasowe, ulotki, plakaty, wszelkie formy informacji wizualnej,
- wypowiadanie umów z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w sprawie wystawienia zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy na drukach ZUS, a wystawianie w to miejsce zwykłych zaświadczeń lekarskich,
- rezygnacja z dodatkowego zatrudnienia w placówkach opieki zdrowotnej posiadających kontrakt z NFZ,
- tzw. strajk włoski,
- składanie wypowiedzeń pracy na rzecz NFZ. Wypowiedzenia powinny być składane u przedstawicieli OIL, a przekazywane pracodawcom wówczas, gdy złoży je odpowiednia liczba lekarzy.

„(...) *Warunkiem skuteczności tych poczynań jest wspólne działanie wszystkich organizacji pracowników medycznych i ich koordynacja na szczeblu krajowym przez Krajowy Komitet Porozumiewawczy na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń w Służbie Zdrowia*” – czytamy w stanowisku.

Iwona A. Raszke-Rostkowska

Informujemy Czytelników, że od 26 kwietnia obowiąży rzecznika prasowego NRL pełni **Zofia Ignatowicz** – tel. 0-602-218-710, e-mail: z.ignatowicz@hipokrates.org

Liczyć raczej na mniej niż więcej

Katarzyna Shepherd

Podstawowe trudności, jakie polscy lekarze napotykają podejmując zatrudnienie w Wielkiej Brytanii, są natury zawodowej.

Przybywając, by zaleczyć braki kadrowe, spodziewają się ceremonialnego traktowania i kredytu na aklimatyzację. A Brytyjczycy wymagają od nich pełnego przygotowania klinicznego oraz gotowości wskoczenia do, a nie pod pędzący pociąg służby zdrowia. Z tego wynikają obawy lekarzy i ich zainteresowanie możliwością szkolenia w miejscu pracy i przed jej podjęciem.

Czas szkolenia oraz jego przedmiot jest zróżnicowany, zależy od możliwości placówki medycznej. Bywa, że lekarzowi rodzinnemu proponuje się cykl obserwacji lekarzy w przychodni. Bywa też, że lekarza szpitalnego oddaje się pod opiekę innego, który oprowadza Polaka po oddziałach szpitala. W lepszej sytuacji znajdzie się ten, który zapozna się też z programami komputerowymi. Niekiedy zapewnienie szkolenia zależy od długości i charakteru zatrudnienia. Na etapie przygotowania do pracy lekarz powinien liczyć raczej na mniej niż na więcej.

Z pracą wiąże się orientacja w zakresie stosowanych leków. Brytyjczycy posługują się angielskim odpowiednikiem Pharmindexu. Ale trzeba zapoznać się również z rejonowymi wytycznymi, wskazującymi szczególnie zalecane specyfiki.

Polscy lekarze nierzadko, z przyzwyczajenia lub niewiedzy, przepisują leki zagraniczne, najnowszej generacji, podczas gdy zalecane są leki generyczne i mniej kosztowne. **Zdarza się także, że lekarz wypisuje receptę na lek i tak wydawany bez recepty, jako aide-mémoire dla pacjenta.** Jeśli ryczał za realizację recepty przewyższy koszt bezreceptowego leku, takie postępowanie uderza po kieszeni niezadowolonego pacjenta.

Niełatwym punktem w pracy lekarza za granicą jest posługiwanie się językiem angielskim. Dla polskich lekarzy angielski jest wyuczonym językiem obcym i obcym pozostanie. Opanowawszy komunikację z brytyjskim personelem medycznym trzeba przezwyciężyć trudności rozmów z pacjentami, w tym również z dziećmi, osobami starszymi, mówiącymi z akcentem, niedosłyszającymi. Odpowiedzialność za prawidłowy przekaz informacji spada na lekarza, którego nie usprawiedliwia fakt, że przyleciał z Polski i czegoś nie zrozumiał.

W zależności od regionu na weekendowe dyżury lekarzy rodzinnych mogą składać się konsultacje przez telefon. Z relacji lekarzy weekendowych wiem, że w wyjątkowych sytuacjach proszą o wsparcie językowe brytyjskie pielęgniarki.

Innym aspektem komunikacji jest informowanie rodziny pacjenta o jego ciężkim stanie zdrowia. Trudności lingwistyczne mnożą się, jeśli chory jest umierający. Wielu polskich medyków jest zdanych na wyuczone wcześniej „I am sorry” i poczucie dyskomfortu.

Lekarze przed wyjazdem inwestują w kursy oferujące naukę medycznego angielskiego. Po rozpoczęciu pracy za granicą przyznają, że nie terminologia, wywodząca się z łaciny, nastrocza im kłopotów, lecz codzienne konwersacje. A te zdają się lekarzom zarówno szpitalnym, jak i rodzinnym. Nieumiejętne językowo wyrażenie empatii może zaowocować niezadowolaniem bliskich pacjenta z opieki, jakiej mu udzielono.

Twardym orzechem do zgryzienia może okazać się prowadzenie w obcym kraju samochodu. Zwłaszcza po przeciwnej stronie jezdnii. Niektórzy lekarze pracujący w Wielkiej Brytanii w weekendy wypożyczają samo-

chody, by dojeżdżać do przychodni oraz na wizyty domowe. Choć do tej pory lekarzom, których znam, zdarzyła się tylko jedna stłuczka, to jednak żadnemu emocji związanych z jazdą nie brakuje. Niekiedy trudności wynikają z korzystania z systemu nawigacyjnego, tzw. GPS-u, w jaki wyposażone są samochody. Posługiwanie się GPS-em ułatwia lekarzom lokalizację wiejskich przychodni, w czym nie pomogłaby zwykła mapa.

Zdarzają się osoby, które przez pierwsze miesiące nie mają odwagi zasiąść za kierownicą. Jakby nie było, przyjeżdżają do Zjednoczonego Królestwa, by za błysnąć umiejętnościami klinicznymi, nie zaś drogowymi.

Innym problemem emigracyjnym jest bezskuteczne poszukiwanie przez młodych lekarzy wolontariatów w szpitalach brytyjskich. Polacy liczą na to, że docelowo zrobią tam specjalizację. Z danych 2005 r. wynika, że liczba stanowisk z możliwością specjalizacji jest niewystarczająca nawet dla Brytyjczyków.

Polscy lekarze wskazują na koszt odbycia specjalizacji w Polsce. Może warto, aby wobec powyższego niedoboru podjąć pracę lekarską w Wlk. Brytanii na płatnych stanowiskach, które są dla nich dostępne, by zgromadzić środki na specjalizację w kraju.

Fakt rozpoczęcia pracy za granicą nie oznacza, że nie pociągnie ona za sobą żadnych trudności czy ryzyka. Wydaje się jednak, że oferowana godziwa płaca motywuje lekarzy do samokształcenia we wspomnianych dziedzinach i umacniania ich w postanowieniu kontynuowania pracy, którą podjęli.

Autorka jest dyrektorem brytyjskiej firmy rekrutacyjnej Cherry Tree Medical Ltd. www.cherrytreebase.com

Europejski egzamin

Już niedługo wszystkich lekarzy z Europy chcących specjalizować się w transplantologii będzie obowiązywał jednolity program szkolenia.

Z inicjatywy Europejskiej Rady Chirurgii, pod patronatem Rady Europy, 17 lutego we Frankfurcie spotkali się przedstawiciele prawie wszystkich państw Unii, by określić standardy szkolenia chirurgów-transplantologów.

W skład grupy roboczej weszli m.in. reprezentanci Anglii (przewodniczący), Włoch, Szwajcarii, Norwegii, Finlandii, Szwecji, Belgii, Portugalii. Polskim delegatem, z ramienia Ministerstwa Zdrowia, był doc. Zbigniew Włodarczyk, kierownik Kliniki Transplantologii w Bydgoszczy.

Polska jest jedynym krajem europejskim, w którym jednolity program specjalizacji w chirurgii transplantacyjnej obowiązywał już wcześniej, bo od 2003 r. W ramach polskiego programu, obok chirurgów, w zakresie medycyny transplantacyjnej mogą się kształcić także np. nefrolodzy.

Na pierwszym spotkaniu grupy roboczej określono program specjalizacji oraz czas jej trwania. Nasz rodzimy system kształcenia, jedyny kompletny i spójny, stanowił podstawę programu przyjętego dla Europy. „Zaakceptowano go w przeważającej części – mówi Zbigniew Włodarczyk – Przyjęto m.in., że specjalizacja w chirurgii transplantacyjnej jest szczegółowa i można ją rozpocząć dopiero po uzyskaniu tytułu specjalisty chirurgii ogólnej lub urologii. Szkolenie będzie trwać od 2 do 4 lat, co jest także zbieżne z programem polskim. Założyliśmy pewne minimum liczby zabiegów – przeszczepień nerek, trzustki i wątroby, które chirurg, jako asystent i pierwszy operator musi wykonać, by zakończyć specjalizację – co też obowiązywało w polskim systemie kształcenia.”

Podczas spotkania Polsce powierzono kontakt z organizacjami transplantacyjnymi krajów Europy Wschodniej – Estonii, Łotwy, Litwy i Czech.

Drugie spotkanie europejskiej grupy roboczej zaplanowano na koniec czerwca w Londynie. Przedstawiciele państw unijnych zajmą się opracowaniem kryteriów, jakie muszą spełniać ośrodki chcące prowadzić kształcenie chirurgów-transplantologów. Warunkiem uzyskania akredytacji będzie m.in. odpowiednia ilość wykonywanych zabiegów – ok. 100 rocznie oraz stosunkowo mała liczba powikłań po operacjach. Bydgoski ośrodek, jeżeli wróci do liczby przeszczepień z 2003 r. (114), ma szansę na uzyskanie akredytacji w zakresie transplantacji nerek.

Pierwszy europejski egzamin z chirurgii transplantacyjnej zaplanowano na 2007 r. Odbędzie się w Pradze podczas Kongresu Europejskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Aplikacje będą mogli składać wszyscy lekarze z krajów Unii i z nią stowarzyszonych, posiadający specjalizację z chirurgii ogólnej. Egzaminatorami będą członkowie grupy roboczej, która w przyszłości ma odpowiadać za program specjalizacji i stanowić integralną część Europejskiej Rady Chirurgii.

Agnieszka Banach

Nowy okres programowania

Artur Bartoszewicz

Polska przygotowuje się do absorpcji środków przewidzianych w ramach polityki spójności na lata 2007-2013.

Zobowiązanie Unii Europejskiej może sięgnąć 91 mld euro, czyli ok. 350 mld zł. Obecnie budżet państwa po stronie dochodów zbliża się do 200 mld zł, tak więc oferta Unii Europejskiej powoduje, że w kolejnych siedmiu latach musimy skutecznie rozdyponować dodatkowo równowartość dwóch rocznych budżetów.

To duże wyzwanie, wymagające wysokiej skuteczności i sprawności systemu absorpcji oraz realnej odpowiedzi na nowe możliwości. Nasza propozycja powinna wpisywać się w kierunku interwencji poszczególnych funduszy, jak również strategiczne decyzje rozwojowe Wspólnoty.

Czy nie jesteśmy już spóźnieni, czy nie marnujemy czasu, na co planujemy wydawać zaoferowane w ramach funduszy europejskich środki? O tym i o innych istotnych sprawach z obszaru polityki spójności w następnych numerach „Gazety”. Przedstawię priorytety Ministerstwa Zdrowia, które obecnie pracuje nad decyzjami dotyczącymi kierunków interwencji zarówno w obszarze infrastruktury, jak i kadr systemu ochrony zdrowia. Zaczniemy od początku...

Unia Europejska tworząc **politykę spójności na lata 2007-2013** w postaci **Strategicznych Wytycznych Wspólnotowych (SWW)** określiła swoje priorytety rozwoju. Za podstawowe wyzwanie uznała poprawę **atrakcyjności Państw Członkowskich, regionów i miast**, wsparcie **innowacyjności, przedsiębiorczości** oraz wzrostu **gospodarki opartej na wiedzy**. Silny nacisk położony zostanie również na tworzenie **większej liczby lepszych miejsc pracy**.

Bezpośrednią interwencję środków europejskich mają opisywać Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia (NSRO) obecnie nazwane Narodową Strategią Spójności (NSS). W dokumencie tym określa się priorytety i obszary wykorzystania oraz układ wdro-

żeniowy środków. NSRO są przygotowywane przez państwa członkowskie UE na podstawie SWW oraz w oparciu o odpowiednie dokumenty strategiczne danego państwa członkowskiego. Przygotowany dokument będzie podlegać uzgodnieniu z Komisją Europejską i ma stanowić podstawę dla przygotowania programów operacyjnych, wymagających akceptacji Komisji Europejskiej.

Za **cel strategiczny NSS** uznano *tworzenie warunków dla wzrostu konkurencyjności gospodarki polskiej opartej na wiedzy i przedsiębiorczości zapewniającej wzrost zatrudnienia oraz wzrost poziomu spójności społecznej, gospodarczej i przestrzennej Polski w ramach Unii Europejskiej i wewnątrz kraju*.

Sam dokument ma zostać wdrożony, a jego cele osiągnięte przy pomocy 6 Programów Operacyjnych (PO), zarządzanych przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego oraz 16 Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO), zarządzanych przez zarządy poszczególnych województw.

W ramach **RPO** realizowane będą inwestycje m.in. w badania i rozwój technologiczny, innowacje i przedsiębiorczość; społeczeństwo informacyjne, ale również **inwestycje w zdrowie** i inną infrastrukturę społeczną.

Zaprojektowano odrębny **PO Polska Wschodnia**, w ramach którego będą realizowane takie obszary priorytetowe, jak podniesienie atrakcyjności inwestycyjnej oraz rozwój przedsiębiorczości na tych obszarach.

W ramach **Programów Europejskiej Współpracy Terytorialnej** realizowane będą programy współpracy przygranicznej, transnarodowej oraz międzyregionalnej.

Za podstawowe cele **PO Infrastruktura i Środowisko** uznano rozbudowę i modernizację infrastruktury technicznej, w tym **infrastruktury zdrowia**, mającej podstawowe znaczenie dla

wzrostu konkurencyjności Polski i jej regionów.

Kolejny **PO Nowoczesna Gospodarka** obejmuje szeroko rozumiane wsparcie dla rozwoju przedsiębiorczości, w szczególności dla projektów o wysokim stopniu innowacyjności oraz znaczącym oddziaływaniu na gospodarkę kraju i charakterze ponadregionalnym.

Planowany w ramach wdrażania NSS **PO Kapitał Ludzki** ma umożliwić pełne wykorzystanie potencjału zasobów ludzkich, w tym **kadr ochrony zdrowia**, poprzez wzrost zatrudnienia i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw i ich pracowników, a także podniesienie poziomu wykształcenia społeczeństwa.

Powyższe działania wspomaga **PO Pomoc Techniczna**, który ma zapewnić sprawny i efektywny przebieg realizacji NSS oraz osiągnięcie pełnej absorpcji środków funduszy strukturalnych możliwych do pozyskania w latach 2007-2013.

W NSS założono, że ok. 59,6 mld euro to alokacja środków wspólnotowych, na które składają się środki Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności, zaś ok. 9,8 mld euro ma stanowić publiczny wkład krajowy w projekty współfinansowane ze źródeł budżetu Wspólnoty.

Z pewnością obecny kształt dokumentu nie jest ostateczny, lecz w dużej mierze rozstrzyga kierunki interwencji, jej logikę oraz rozwiązania systemowe niezbędne do prawidłowego przebiegu absorpcji funduszy. Czy stanie się krokiem w dobrym kierunku zobaczymy w najbliższej przyszłości.

Autor jest doradcą ministra zdrowia prof. Zbigniewa Religi, ekspertem PKPP Lewiatan ds. funduszy europejskich, redaktorem naczelnym magazynu „Integracja Europejska”.

Piśmiennictwo dostępne w redakcji.



o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Art. 1.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943) po art. 14 dodaje się art. 14 a w brzmieniu:

„Art. 14a. 1. Wynagrodzenie lekarza i lekarza dentysty zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej stanowi wielokrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski»:

1) co najmniej dwukrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty nie posiadającego specjalizacji,

2) co najmniej dwuipółkrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego pierwszy stopień specjalizacji,

3) co najmniej trzykrotność takiego wynagrodzenia dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego drugi stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty.

2. Wynagrodzenie lekarza lub lekarza dentysty w danym roku kalendarzowym zwiększa się odpowiednio do wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród z zysku, ogłoszonego za ubiegły rok.”

Art. 2.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 798, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 136 dotychczasową treść art. 136 oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. W zasadach rozliczeń pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcami, uwzględnia się osobowe koszty świadczeń przyjmując, że koszt jednej godziny pracy lekarza lub lekarza dentysty wynosi:

1) nie mniej niż 1/75 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski» – dla lekarza lub lekarza dentysty nie posiadającego specjalizacji,

2) nie mniej niż 1/60 wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1, dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego specjalizację pierwszego stopnia,

3) nie mniej niż 1/50 wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1, dla lekarza lub lekarza dentysty posiadającego specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty.”

2) w art. 137:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Funduszu, uwzględniając przepisy niniejszego działu oraz przepisy odrębne, przygotowuje projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń, w tym naliczania ich kosztów osobowych, oraz warunki ich udzielania.”

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając projekt uzgodniony w trybie ust. 6 z podmiotami, o których mowa w ust. 2, kierując się dobrem świadczeniobiorców i świadczeniodawców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.”

c) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. W przypadku niezgodnienia projektu, o którym mowa w ust. 1, w terminie, o którym mowa w ust. 6, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się dobrem świad-

zeniobiorców i świadczeniodawców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.”

Art. 3

Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Uzasadnienie

do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Projektowane zmiany w ustawach mają na celu usunięcie wieloletniej dyskryminacji lekarzy i lekarzy dentystów, których wynagrodzenia są drastycznie niewspółmierne do rodzaju wykonywanej pracy, ponoszonej odpowiedzialności i wysiłku wymaganego dla uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty oraz uzyskania dodatkowych kwalifikacji, w szczególności specjalizacji lekarskich.

Wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych z ustaloną na niedostatecznym poziomie podstawą wymiaru składki oraz zaniżenie wysokości składek wnoszonych na rzecz niektórych grup ubezpieczonych sprawiły, że funkcjonowanie tego systemu stało się możliwe tylko dzięki ukształtowaniu płac lekarzy, lekarzy dentystów i innych pracowników ochrony zdrowia na poziomie, który te grupy zawodowe traktują jako oczywisty wyzysk.

Jednocześnie kolejne ustawy ubezpieczeniowe pomijały w ustalanych zasadach określania kosztów świadczeń zdrowotnych ich koszty osobowe.

Podjęta incydentalna próba dokonania nieznacznej podwyżki wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, znana jako „ustawa 203”, nie zabezpieczała środków finansowych na podwyższenie wynagrodzeń oraz nie zobowiązała płatnika za świadczenia zdrowotne, do uwzględniania wymaganych przez ustawę podwyżek w zawieranych ze świadczeniodawcami umowach.

Skutki finansowe projektowanej ustawy w roku 2006 wyniosą 5.300.000.000 zł (pięć miliardów trzysta milionów złotych).

Sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń powinno nastąpić na skutek zwiększenia zbioru składki ubezpieczeniowej, poprzez doprowadzenie do zrównania wysokości składek ubezpieczeniowych płaconych z budżetu za rolników i bezrobotnych, do przeciętnej wysokości składek płaconych przez ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy, przejęcia przez państwo finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych w wymiarze co najmniej ustalonym w roku 1998, w związku z wejściem w życie ubezpieczeń zdrowotnych. Należy także rozważyć powrót do co najmniej 10% podstawy wymiaru składki, co było przewidziane w pierwszej ustawie ubezpieczeniowej – ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153).

Ponadto samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogłyby również zaoszczędzić środki finansowe i przeznaczyć je na realizację przewidzianych projektowaną ustawą zasad wynagradzania w wyniku zmian w prawie umożliwiających całkowite umarzenie udzielanych im pożyczek na restrukturyzację zakładów, co proponowano w trakcie prac nad prezydenckim projektem ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W projekcie ustawy nie ma upoważnień do wydania aktów wykonawczych. Jednak wejście w życie ustawy spowoduje konieczność wydania nowych lub zmiany istniejących aktów wykonawczych dotyczących wynagradzania lekarzy i lekarzy dentystów.

Sprawy regulowane projektowaną ustawą nie są objęte prawem Unii Europejskiej.

Test kontroli astmy

Jerzy Kozielski, Jerzy Kruszewski, Piotr Kuna

Światowe badania epidemiologiczne prowadzone w grupie dzieci i dorosłych wykazują, że astma jest obecnie jedną z najczęstszych chorób przewlekłych, na którą zapadalność ciągle wzrasta.

Wwielu krajach zmieniło to znaczenie tej choroby w hierarchii społecznych potrzeb zdrowotnych i astma jest postrzegana jako poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Astma rzadko bywa przyczyną zgonu (1 zgon na 1500 chorych), co czyni ją mniej chwytliwą medialnie niż zawały serca czy nowotwory, jednak w dużym stopniu upośledza jakość życia chorych, a jej przewlekły charakter i uciążliwość objawów wpływają na ich życie rodzinne, aktywność społeczną i zawodową. Astma jest też przyczyną spadku wydajności pracy i uczenia się, częstej absencji chorobowej, sporej części świadczeń rentowych oraz kosztownych hospitalizacji w przypadku ciężkiej postaci.

Koszty bezpośrednie i pośrednie związane z leczeniem dużej grupy chorych na astmę, zwielokrotnione przez jej przewlekły charakter, są wysokie i stanowią znaczącą część wydatków na cele zdrowotne w państwach Unii Europejskiej.

Pięć pytań składających się na test kontroli astmy (Asthma Control Test ACT™). Do każdego pytania dołączony jest zestaw pięciu możliwych odpowiedzi stopniujących częstość występowania dolegliwości lub stopień kontroli astmy. Maksymalna ocena wynosi 25 punktów i świadczy o bardzo dobrej kontroli astmy.

1. Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni Pana(i) astma powstrzymywała Pana(nią) od wykonywania zwykłych czynności w pracy, w szkole/uczelni lub domu?
2. Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pan(i) duszność?
3. Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni budził(a) się Pan(i) w nocy lub rano, wcześniej niż zwykle, z powodu objawów związanych z astmą (np. świszczący oddech, kaszel, duszności, ucisk lub ból w klatce piersiowej)?
4. Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni używał(a) Pan(i) doraźnie szybko działającego leku wziewnego?
5. Jak ocenił(a)by Pan(i) swoją kontrolę nad astmą w ciągu ostatnich 4 tygodni?

Niestety, mimo sporego wysiłku edukacyjnego skierowanego do lekarzy POZ i bezpośrednio do chorych w celu upowszechniania najnowszych zaleceń i standardów leczenia, astma jest nadal zbyt rzadko rozpoznawana i często źle leczona. Jedną z przyczyn jest lekceważenie zmiennych, często dyskretnych i niecharakterystycznych wczesnych objawów astmy przez lekarzy, którzy nie kojarzą ich z tą przewlekłą chorobą traktując jako przewlekające się infekcje dróg oddechowych.

Astma ciągle pozostaje chorobą niedodiagnozowaną, również w Polsce. Jak wynika z badań epidemiologicznych tylko u około 25-30% chorych na astmę prawidłowe rozpoznanie zostaje postawione w ciągu pierwszych 3 lat od zachorowania, a wiadomo, że wczesne rozpoznanie ma podstawowe znaczenie dla dalszego skutecznego leczenia tej choroby. Wobec poznania zapalnego podłoża astmy, jej szybkie rozpoznanie pozwala na wczesne wdrożenie odpowiedniego leczenia, które może zapobiegać postępowi i powikłaniom.

Nadal u sporej części chorych jest też astma nieprawidłowo leczona. Wobec panującej ciągle sterydofobii najczęstszym błędem jest unikanie leków przeciwzapalnych – glikokortykosteroidów wziewnych na rzecz leków objawowych – beta-mimetyków. Istotnym utrudnieniem w prawidłowym leczeniu wydaje się być też zalecany przez międzynarodowe grupy ekspertów, mocno już skomplikowany, podział kliniczny astmy na różne typy i stopnie ciężkości, uzależnione od występowania objawów w dzień i w nocy, wyników badań spirometrycznych, odwracalności obturacji dróg oddechowych i zmienności przepływu wydechowego, na podstawie których należy dobrać właściwe leczenie. W codziennej praktyce lekarskiej tylko specjaliści mają możliwość wykonania wszystkich zalecanych badań. Dlatego nie należy się dziwić, iż mniej niż 10%

lekarzy zna te zasady i stosuje je w swojej praktyce.

Zgodnie z zaleceniami GINA istnieje aż osiem celów długoterminowej opieki nad pacjentem z astmą. Należy dążyć do zminimalizowania występowania objawów choroby, liczby zaostrzeń i liczby nieplanowanych wizyt pomocy doraźnej (pogotowia ratunkowego) oraz zużycia leków ratunkowych (beta-mimetyków wziewnych). Astma nie powinna w sposób istotny ograniczać codziennej aktywności chorego, wskaźnik szczytowego przepływu wydechowego (PEF) i jego dobową zmienność powinny być zbliżone do normy, przy jednoczesnym zminimalizowaniu objawów niepożądanych wynikających ze stosowania farmakoterapii. Są one niewątpliwie słuszne, ale trudne do realizacji w praktyce.

Dodatkowo, na podstawie badań naukowych, do oceny skuteczności terapii i stopnia kontroli astmy proponuje się wiele bardzo skomplikowanych metod, np. ocenę: biopsji błony śluzowej ścian oskrzeli z uwzględnieniem stopnia przebudowy oskrzeli, liczby komórek zapalenia (w tym eozynofilów) czy stężeń mediatorów prozapalnych (leukotrienów, eozynofilowego białka kationowego, interleukin) w popłuczynach oskrzelowo-pęcherzykowych (BAL).

Być może w przyszłości powszechnie dostępna stanie się ocena tlenu azotu (NO) w powietrzu wydechowym, gdyż korelacja tego parametru z innymi wskaźnikami stanu zapalnego i kontroli przebiegu choroby jest wysoka. Jednak ze względu na koszty aparatury badanie to nie może być obecnie zalecane do rutynowego postępowania.

Dostępność badań spirometrycznych poprawiła się, ale wiarygodna ocena spirometryczna może być dokonana wyłącznie w ośrodku, w którym jest odpowiedni sprzęt i przeszkolona obsługa. Istnieje duża grupa pacjentów, u których pomimo rozpoznania astmy nigdy nie wykonano takiego badania! Przydatny

w monitorowaniu astmy pomiar szczytowego przepływu wydechowego (PEF) nie zdobył popularności.

W związku z powyższym chcemy rozpocząć dyskusję nad celowością dalszego utrzymywania skomplikowanych zasad podziału astmy i wynikających z tego wskazań do leczenia. Obecnie mamy już dowody kliniczne na użyteczność prostej klinicznej miary klasyfikacji astmy na kontrolowaną, czyli dobrze leczoną, i niekontrolowaną, czyli wymagającą modyfikacji leczenia. Naszym zdaniem, wprowadzenie nowego podziału astmy na kontrolowaną i niekontrolowaną pozwoli lepiej leczyć astmę, a więc ulżyć wielu chorym.

Zwraca uwagę, że do monitorowania astmy w zbyt małym stopniu próbuje się wykorzystać bardzo proste miary oparte na punktacji objawów i zużycia leków. Co prawda proponowano różnego typu kwestionariusze zawierające pytania dotyczące objawów, ograniczenia codziennej aktywności, zużycia leków, nieplanowanych wizyt lekarskich, których użyteczność została potwierdzona w wielu badaniach, ale większość z nich była bardzo rozbudowana, a ich wypełnienie niekiedy wymagało pomocy wykwalifikowanego personelu medycznego, co zdecydowanie wydłużało czas wypełnienia formularza i zmniejszało możliwość jego zastosowania w gabinecie lekarskim dla każdego pacjenta.

Nowością jest propozycja testu kontroli astmy (Asthma Control Test ACT™) składającego się wyłącznie z pięciu pytań. Test ten jest łatwy do wykonania dla pacjenta, a jego wyniki proste do interpretacji. Opracowany przez Nathana i wsp. (Development of the Asthma Control Test: A survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 59-65), przy współpracy odpowiedników naszych lekarzy POZ i specjalistów zajmujących się diagnostyką i terapią astmy, początkowo składał się z 22 pytań. Za pomocą metod analizy statystycznej określono stopień korelacji poszczególnych pytań ze stopniem ciężkości choroby ocenionym przez lekarza na podstawie badania przedmiotowego, wywiadu, zapotrzebowania na leki i badań spirometrycznych, a następnie wybrano pięć pytań najlepiej spełniających założone kryteria kwestionariusza. Pytania te dotyczą występowania objawów choroby, zużycia leków doraźnych (ratunkowych), wpływu choroby na możliwość wykonywania zwykłych czynności w pracy i domu oraz oceny pacjenta stopnia kontroli astmy (patrz ramka). Do

każdego pytania dołączony jest zestaw pięciu możliwych odpowiedzi stopniujących częstość występowania dolegliwości lub stopień kontroli astmy. Maksymalna ocena wynosi 25 punktów i świadczy o bardzo dobrej kontroli astmy. Jako punkt odcięcia określający złą kontrolę astmy badacze zaproponowali wartość 19 i mniej punktów (czułość i swoistość dla tej wartości wynosiła odpowiednio 69,2% i 76,2%). Stosunkowo prosty test kontroli astmy okazał się dobrym badaniem przesiewowym w wykrywaniu chorych ze złą kontrolą choroby. Umożliwiał łatwą identyfikację pacjentów, u których niezbędne było wykonanie dalszych badań (np. spirometrii) i zwiększenie dawki leków kontrolujących chorobę (w praktyce najczęściej glikokortykosteroidów wziewnych). Test ten ułatwiał również podjęcie właściwej decyzji terapeutycznej zachowania lub zmniejszenia dotychczasowej dawki leku kontrolującego, zgodnie z zasadą proponowaną przez GINA stopniowego „step down”. Potwierdzono dobrą korelację testu z oceną kontroli przebiegu choroby przez specjalistę, wynikiem nasilonej objętości wydechowej w pierwszej sekundzie (FEV1) ($p < 0,001$) i wynikiem rozbudowanego kwestionariusza ACQ ($p < 0,001$). Test ten może być rozdawany przed przyjęciem w gabinecie lekarskim wszystkim pacjentom z rozpoznaną astmą oskrzelową, zarówno w poradniach POZ, jak i w przychodniach specjalistycznych. Może być również zastosowany do długoterminowej, w trakcie kolejnych wizyt, oceny stopnia kontroli astmy.

Podsumowując, nowy praktyczny podział astmy oskrzelowej na kontrolowaną i niekontrolowaną, czyli wymagającą lepszego leczenia, mógłby przyczynić się do uproszczenia postępowania z chorym na astmę. Wdrożenie na szeroką skalę testu kontroli astmy w formie prostego kwestionariusza umożliwiającego ocenę stopnia kontroli astmy, w gabinecie lekarza POZ i specjalisty, mogłoby zdecydowanie ułatwić opiekę nad coraz większą rzeszą chorych na astmę i przyczynić się do poprawy stopnia kontroli tej przewlekłej choroby.

prof. dr hab. med. Jerzy Kozielski – przewodniczący Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego

prof. dr hab. med. Jerzy Kruszewski – konsultant krajowy ds. alergologii

prof. dr hab. med. Piotr Kuna – prezydent elekt Polskiego Towarzystwa Alergologicznego

• **Jak zmusić lekarzy do pracy.** Minister zdrowia Zbigniew Religa nie wyklucza wprowadzenia błyskawicznych zmian w przepisach prawnych, które m.in. uniemożliwiają lekarzom strajkowanie. • **Jak nie kijem, to marchewką.** „Lekarz, który zrobi specjalizację w Polsce i chce potem pracować za granicą powinien zwrócić koszty tej specjalizacji” – powiedział podczas debaty w Sejmie wiceminister zdrowia Bolesław Piecha.

• **Papierowe obietnice podwyżek.** Minister zdrowia Zbigniew Religa przekazał do uzgodnień zewnętrznych projekt nowelizacji ustawy nt. 30-proc. podwyżki wynagrodzeń dla lekarzy i pielęgniarek. „Już pierwsze wyliczenia dyrektorów szpitali mówią, że najprawdopodobniej nie uda się z przewidywanych dodatkowych 4 mld zł sfinansować tych podwyżek” – twierdzi tymczasem prezes NRL Konstanty Radziwiłł, a OZZL zwraca uwagę, że „przyznanie podwyżek tylko dla pracowników publicznych szpitali narusza równość podmiotów wobec prawa i wobec NFZ”. • **„Naukowcy zwyczajnie sprzedali się koncernom”** – twierdzi dr Zbigniew Hałat. O płatnym reklamowaniu niektórych produktów spożywczych przez publiczne instytuty badawcze pisze „Przekrój”. Przykłady: w kawie polecanej przez Instytut Żywności i Żywienia niemieccy laboranci znaleźli dwukrotnie więcej trujących ochratoxyn, niż zezwalają na to europejskie normy; polecana przez Instytut Matki i Dziecka woda mineralna ma więcej bakterii niż... kranówka.

• **Ciemna strona szczepionek?** W opublikowanej niedawno książce Iana Sinclaira „Szczepienia - ukrywane fakty” można przeczytać mrojące krew w żylach opowieści o skutkach ubocznych szczepień u dzieci – choroby metaboliczne, autyzm, zatrucie organizmu rtęcią. Dlatego niektórzy polscy rodzice opóźniają szczepienia swoich dzieci (sic!). • **Wieczorowi lekarze.** Na studia wieczorowe na kierunkach lekarskich w niektórych akademiach medycznych przyjmowano osoby, które uzyskały słabe wyniki podczas egzaminu. Minimalne wyniki egzaminu, które kwalifikowały do przyjęcia na studia, były tam dwa razy niższe niż na studiach dziennych – wynika z ustaleń NIK. W innym miejscu raportu NIK czytamy: „W niektórych uczelniach naruszano regulacje prawne zawarte w ustawie o szkolnictwie wyższym oraz stosowano uznaniowe, pozamerytoryczne kryteria oceny kandydatów w toku procedury odwoławczej”. • **„Bo też jesteśmy ludźmi i mamy swoje potrzeby”.** Członkowie katowickiego zespołu ratunkowego „N”, zamiast jechać po noworodka

dokńczenie na str. 30

Recepta na leki refundowane to czek,
którego płatność obciąża budżet państwa

Kłopoty z ordynacją lekarską

Wojciech Idaszak

W ubiegłym roku Narodowy Fundusz Zdrowia przystąpił do szczegółowego kontrolowania poprawności ordynacji leków.

Kontrole przeprowadzono z wyjątkową skrupulatnością. Ich wyniki ujawniły obraz daleki od ideału i dały Funduszowi podstawę do żądania zwrotu nienależnie refundowanych środków.

Okazało się, iż nieprzywiązywanie należytej uwagi do czynności zgoła techniczno-administracyjnych doprowadziły do tego, że w niektórych przypadkach NFZ kwestionował refundację leków na kwoty przekraczające możliwości finansowe obciążonego lekarza bądź ZOZ-u. Truizmem byłoby stwierdzenie, iż niewłaściwe prowadzenie dokumentacji lekarskiej wynika w znacznej mierze również z niewielkiej ilości czasu jaką lekarz może poświęcić pacjentowi. W rezultacie lekarz – zgodnie z sumieniem – poświęca więcej czasu na badanie pacjenta i diagnozowanie jego dolegliwości kosztem czasu koniecznego do należytego wprowadzenia wszystkich niezbędnych danych do dokumentacji lekarskiej. Niestety, przy takim postępowaniu stratnym, w ostatecznym rozrachunku, okazuje się lekarz.

Napływające do Naczelnej Izby Lekarskiej sygnały o niezmiernie dotkliwych finansowo konsekwencjach przeprowadzonych kontroli skłoniły nas do podjęcia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia próby rozwiązania problemu. Zarządzeniem prezesa NFZ z 20 lipca ub.r. w sprawie trybu i sposobu rozpatrywania zażaleń składanych do prezesa NFZ na czynności dyrektora wojewódzkiego Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej powołano zespół, w skład którego weszło po trzech przedstawicieli Fun-

duszu i samorządu lekarskiego. Prace zespołu arbitrażowego (Krzysztof Makuch, Konrad Pszczołowski i Wojciech Idaszak) już przyniosły wymierne efekty.

Rozpoczynając prace postawiliśmy sobie za cel takie kształtowanie przez NFZ pułapu kwot dochodzonych z tytułu nienależnej refundacji oraz kar umownych, aby nie zagrażał on płynności finansowej lekarzy, indywidualnych praktyk czy też ZOZ-ów. Innym celem jest działanie na rzecz poprawy jakości ordynacji lekarskiej oraz prowadzenia dokumentacji medycznej.

Zadaniem zespołu jest przygotowanie prezesowi NFZ opinii w sprawie zażaleń na decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Opracowaliśmy więc kategoryzację nieprawidłowości ustalanych w toku kontroli ordynacji lekarskiej, którą po akceptacji prezesa NFZ przekazano do oddziałów wojewódzkich Funduszu do wykorzystania w toku przyszłych postępowań pokontrolnych. Wypada w tym miejscu pochwalić dobrą współpracę z przedstawicielami Funduszu zasiadającymi w zespole, którzy wykazali sporo zrozumienia i pragmatyzmu w poszukiwaniu rozwiązania problemu.

W ubiegłym roku zespół rozpoznał siedem spraw, które po przekazaniu do oddziałów wojewódzkich Funduszu zakończyły się, znacznym obniżeniem wysokości dochodzonej przez Fundusz kwoty refundacji – niekiedy nawet o ponad 80% kwoty pierwotnie dochodzonej. W dwóch przypadkach zespół wstrzymał się od wydania opinii do czasu rozpoznania sprawy przez organy ścigania z uwagi na fakt, iż stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wskazywać mogły

na prawdopodobieństwo popełnienia przestępstwa. W jednym przypadku zespół wystąpił do konsultanta krajowego z prośbą o opinię co do merytorycznej zasadności preskrypcji lekarskiej w konkretnym, budzącym wątpliwości członków zespołu, przypadku klinicznym.

Kolejnych rozpoznanych w lutym 2006 r. dziewięć spraw zakończono rozstrzygnięciami dyrektorów oddziałów wojewódzkich, którzy przy ocenie naruszeń stwierdzonych w toku kontroli kierowali się opracowaną przez zespół kategoryzacją. Posłużenie się kategoryzacją spowodowało, iż wysokość dochodzonych kwot z tytułu nienależnej refundacji oraz kar umownych była w stosunku do pierwszych kontroli z 2005 r. nieporównywalnie niższa.

Do najczęstszych grzechów w zakresie ordynacji lekarskiej zaliczyć można: brak wpisu wizyty pacjenta w dniu wystawienia recepty; brak wpisu w dokumentacji ordynowanego leku, jego ilości lub dawkowania; wpisanie do dokumentacji jedynie „Rp.” lub „Powtórzenie leku”; nieczytelność dokonywanych w dokumentacji wpisów. Ponadto, w przypadku osób z uprawnieniami IB, IW lub ZHDK niezwykle często zdarza się, że szczególne uprawnienia pacjenta nie są potwierdza-

ne w dokumentacji medycznej danej wizyty, mimo że obowiązek taki spoczywa na lekarzu na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Warto przypomnieć, że w znacznej ilości przypadków dokumentacja medyczna prowadzona była niestarannie, a wpisy w niej dokonywane były nieczytelnie i uniemożliwiały tym samym kontrolę ich prawidłowości.

Optymizmem napawa fakt, iż od początku bieżącego roku do prezesa NFZ nie wpłynęło żadne zażalenie na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu kwestionujące dochodzenie zwrotu kwoty nienależnej refundacji. Opracowany system gradacji przewinień przyczynił się do tego, iż w większości przypadków lekarze są jedynie upominani o konieczności prawidłowego prowadzenia dokumentacji lekarskiej i starannej ordynacji lekarskiej lub karani stosunkowo niewygórowanymi karami umownymi.

Należy jednak pamiętać, że odstąpienie przez Fundusz od dochodzenia kwot refundowanych leków nie oznacza bynajmniej, aby ordynacja lekarska lub dokumentacja medyczna była w takich przypadkach prowadzona prawidłowo. Wystawienie recepty na leki refundowane jest, co do zasady, bardzo podob-

ne do wystawienia czeku, którego płatność obciąża budżet państwa. Jest zatem zrozumiałe, że płatnik musi mieć możliwość sprawdzenia, czy recepta została w danym przypadku wystawiona prawidłowo i zasadnie. Oznacza to, iż od konieczności poprawy jakości ordynacji lekarskiej i rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej nie ma odwrotu. Kontrole ordynacji będą z czasem jeszcze bardziej szczegółowe, a okres ochronny, który staraliśmy się stworzyć opracowując i wdrażając w procedury pokontrolne Funduszu opisaną wyżej kategoryzację, prędzej czy później skończy się.

Apeluję więc o bardziej staranne prowadzenie dokumentacji medycznej i ordynowanie leków. Wystawienie recepty musi się nieodłącznie wiązać z dokonaniem odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie określonym nie tylko przepisami powszechnie obowiązującymi, lecz również w zakresie wynikającym z przyjętych w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych zobowiązań. Zaoszczędzi to nam wszystkim sporo pracy i niepotrzebnych nerwów.

Autor jest radcą prawnym w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

dokończenie ze str. 28

z niewydolnością oddechową, postanowili... zjeść obiad w przydrożnym zajeździe – pisze „Dziennik Zachodni”.

• **Powrót WAM-u?** W Wojsku Polskim brakuje lekarzy i dlatego instytucja ta chce od najbliższego roku akademickiego reaktywować (w miniaturze)... Wojskową Akademię Medyczną w Łodzi – informuje „Dziennik Łódzki”. • **„Wojskowe” ZOZ-y najczęściej na plusie.** Ministerstwo Obrony Narodowej jest organem założycielskim dla 54 SP ZOZ-ów (w tym m.in. 15 szpitali wojskowych, 3 szpitali klinicznych i 5 uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych). Z tego 43 zakłady są „na plusie” (dodatni wynik roczny: 14,5 mln zł), a 11 placówek ma długi (6,6 mln zł). • **Równi i równiejsi.** W ubiegłym roku prawie 20% publicznych środków trafiło do sektora prywatnego w ochronie zdrowia – twierdzi prezes NFZ Jerzy Miller. Tymczasem Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych zarzuca NFZ, że szpitale prywatne i publiczne nie są jednakowo traktowane przy zawieraniu kontraktów. • **Cytat na dziś i jutro:** „Żadne ustne przedstawienie przypadku nie powinno zająć dłużej niż 5 minut. Dłuższa prezentacja oznacza, że nie wiesz, o czym mówisz.” („Lekarz doskonały” Clifton K. Meador, wyd. Sanmedica, Warszawa 1995). • **Podsłuchane pod drzwiami gabinetu lekarskiego:** Niedźwiedź: *Jak zaryczę w lesie, to wszystkie zwierzęta drżą ze strachu. Lew: Jak ja zaryczę na stepie, to wszystkie zwierzęta uciekają. Kurczak: A jak ja kichnę, to cały świat robi w gacie!*

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 100 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl. Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindeks, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Dendrite International
www.esculap.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Z lekarskiej wokandy

Etyka i urzędowość

Do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej trafił pisany starannym kaligraficznym pismem list z Republiki Federalnej Niemiec, w którym czytamy:

„Zgłaszam skargę na skandaliczne zachowanie się kierownika przychodni w K., który odmówił udzielenia pomocy lekarskiej mojej córce Justynie. Obie legitymujemy się polskimi paszportami i obie jesteśmy zameldowane w tym mieście. Obecnie zamieszkujemy czasowo w Niemczech, gdzie jesteśmy ubezpieczone. W czasie pobytu na wakacjach u babci w K., Justyna dostała wysokiej gorączki, silnego bólu głowy i bólu gałek ocznych, połączonego z łzawieniem. Babcia zaprowadziła Justynę do przychodni, w której była jej dokumentacja lekarska od urodzenia do ósmego roku życia (czyli do trzech lat wstecz).

Kierownik przychodni odmówił zbadania Justyny, gdyż – jak oświadczył – nie ma pewności, czy NFZ zwróci mu koszty takiego świadczenia, a nie ma ochoty tracić czasu na zasięgnięcie informacji, jak załatwić sprawę takiej wizyty. Natomiast propozycję zapłacenia za wizytę określił jako nieporozumienie. Inny lekarz, przyjmujący w przychodni, przyjął Justynę bez problemów i w związku z ostrym zapaleniem zatok zaordynował jej antybiotyk. Kierownik przychodni zrobił swojemu koledze awanturę. Lekarz mówił mi potem, że «miałem okropne nieprzyjemności, ale wiem, że postąpiłem właściwie, bo dziecko było chore, wymagało pomocy lekarskiej i moim obowiązkiem było jej udzielić»”.

Rzecznik wszczął postępowanie. Kierownik przychodni – lekarz wyjaśnił, że nie odmówił udzielenia porady lekarskiej, tylko skierował opiekunkę dziecka do rejestracji w celu założenia historii choroby i uregulowania stosownego rachunku. Na dowód, że mówi prawdę, zgłosił świadka – pacjentkę przychodni. Pacjentka ta, przesłuchana przez Rzecznika, potwierdziła wersję kierownika.

Wtedy z Niemiec nadszedł drugi list: „Dowiedziałam się, że kierownik przychodni opowiada inny przebieg zdarzeń, niezgodny z prawdą. Wszystko, co zostało napisane w mojej skardze, jest zgodne z faktami, co podkreślałam z całą stanowczością. Nie wiem, jak będzie w tym przypadku, ale mogę przypuszczać, że zawsze większą wiarę daje się lekarzowi niż pacjentowi.

W związku z tym zobowiązuje się przywieźć dziecko na sprawę. Dzieckiem, jak wiadomo, nie można, jak osobami dorosłymi, manipulować.”

Rzecznik zarzucił kierownikowi przychodni naruszenie przepisu zawartego w art. 38 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza, który mówi, że: „Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3.” Przywołany artykuł stanowi, że: „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, a we wspomnianym ustępie 3 zastrzeżono z kolei, że: „Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.”

Mając to na względzie, Rzecznik skierował do Okręgowego Sądu Lekarskiego wniosek o ukaranie. Po przeprowadzeniu rozprawy (na którą jednak skarżąca i jej córka nie dotarły), Sąd dał wiarę zeznaniom babci Justyny, co do przebiegu wizyty i wymierzył obwinionemu lekarzowi karę nagany. Na rozprawie babcia podała też znamienne fakt, że kierownik przychodni złożył jej wizytę w domu i skierował do niej prośbę (?) wyrażoną słowami: „Wszystko w rękach pani córki, jak nie wycofa skargi, to mnie w Izbie u...”

Wymierzona kara nagany była jak najbardziej zasłużona, a może nawet zanedłagodna. Przysięga lekarska zawiera bowiem zobowiązanie służenia życiu i zdrowiu ludzkiemu oraz przeciwdziałaniu cierpieniu i zapobieganiu chorobom, a także powinność niesienia chorym pomocy bez żadnych różnic, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek. Kodeks Etyki Lekarskiej w przepisie art. 2 stanowi natomiast, że najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Zgodnie z KEL, wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. W tej sprawie lekarz nad dobro chorego przedłożył urzędowość...

Jerzy Ciesielski
mecenas

„Panaceum” nr 4/2006



SKOK *in*
I z b L e k a r s k i c h

Najnowsza oferta SKOK IL:

Do 5 000 PLN bez zgody współmałżonka!!!

**Do 20 000 PLN wymagamy tylko
oświadczenia o zarobkach!!!**

Do 50 000 PLN bez poręczycieli!!!

Pożyczki aż do 80 000 PLN!!!

POŻYCZKA MINI
OPROCENTOWANIE 9,9%
DO 5 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	Okres spłaty w miesiącach		
	6	12	24
1 000	171,42	87,84	46,08
2 000	342,84	175,67	92,16
3 000	514,27	263,51	138,24
4 000	685,68	351,35	184,33
5 000	857,11	439,18	230,41

POŻYCZKA PREMIUM
OPROCENTOWANIE 11,5%
5 000–80 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	Okres spłaty w miesiącach		
	12	24	36
10 000	885,76	468,20	329,65
20 000	1771,53	936,40	659,29
30 000	2657,29	1404,60	988,94
40 000	3543,06	1872,80	1318,59
50 000	4428,82	2341,00	1648,23
65 000	5757,47	3043,29	2142,70
80 000	7086,11	3745,59	2637,17

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

Infolinia 0-801 88 88 11 (opłata jak za połączenie lokalne) **www.skokil.pl**

Przedstawiciele przy OIL

REKLAMA

REKLAMA

Komunikat Kapituły Odznaczenia *Meritus Pro Medicis**

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Pragniemy Państwa poinformować, że w dniu 21 kwietnia br. odbyło się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej posiedzenie członków Kapituły Odznaczenia. Celem spotkania było wybranie Kanclerza i Sekretarza Kapituły na czas trwania V kadencji samorządu lekarskiego.

Jednocześnie zwracamy się do wszystkich członków samorządu lekarskiego i zapraszamy do nadsyłania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla naszego samorządu.

Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać członkowie i organy izb lekarskich. Odznaczenie zaś może być przyznawane lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wnioski o nadanie odznaczenia można pobrać ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej:

<http://www.nil.org.pl/xml/nil/odznaczenia/mpm>

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres:

**Naczelna Izba Lekarska,
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa,
z dopiskiem na kopercie *Meritus Pro Medicis*
lub urszula.rolczyk@hipokrates.org
w terminie do dnia 31 października 2006 r.**

Ryszard Golański

sekretarz Kapituły Odznaczenia
Meritus Pro Medicis

Włodzimierz Bednorz

kanclerz Kapituły Odznaczenia
Meritus Pro Medicis

*Uchwała Nr 83/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 czerwca 2004 r. w sprawie ustanowienia odznaczenia „*Meritus Pro Medicis*”

Konkurs Fundacji rozstrzygnięty

REKLAMA

Zawsze wiedziałem, że o postępie w przemyśle farmaceutycznym decyduje rozwój nauk medycznych i farmaceutycznych. Dlatego w krótkim czasie od momentu prywatyzacji, bo już w 2001 r. powołaliśmy Fundację na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny. Pierwszą tego typu fundację założoną przez polską, prywatną firmę farmaceutyczną – powiedział Jerzy Starak, przewodniczący Rady Nadzorczej Polpharmy podczas uroczystości wręczenia grantów laureatom konkursu.

Fundacja corocznie ogłasza konkurs na najlepsze projekty badawcze w dziedzinie nauk farmaceutycznych i medycznych. Odbyły się już cztery edycje konkursu, granty naukowe zostały przyznane 36 zespołom badawczym. Środki finansowe przeznaczone na działalność statutową Fundacji w całości pochodzą z budżetu ZF Polpharma SA. Firma przekazała na ten cel 10 mln zł.

Tym razem tematem konkursu była neurobiologia, neurologia i psychiatria. Zgłoszono 44 projekty badawcze. Zarząd Fundacji zatwierdził do realizacji 5 prac, które uzyskały najwyższe oceny od recenzentów i rekomendację od Rady Naukowej. Wyłonione w tej edycji projekty dotyczą badań podstawowych, które będą wykonywane w wiodących polskich ośrodkach naukowo-badawczych. Prace dotyczą m.in. tak istotnych chorób jak: depresja, stwardnienie rozsiane i choroba Alzheimera.

Fundacja zdobyła już prestiż w środowisku akademickim i instytucjach badawczo-rozwojowych. Jest pierwszym pozarządowym i trzecim, co do wielkości przekazywanych kwot na badania, donatorem polskiej nauki – powiedział Wojciech Kuźmierkiewicz, prezes Zarządu Fundacji, podczas uroczystości wręczenia laureatom grantów. Badania naukowe w Polsce prowadzone są na światowym poziomie i warto w nie inwestować – dodał prof. Zbigniew Gaciong, szef Rady Naukowej Fundacji.

Laureatami IV edycji konkursu zostali: prof. dr hab. Maria Bryszewska z Katedry Biofizyki Ogólnej, Instytut Biofizyki UŁ, dr hab. med. Andrzej Głąbiński z Katedry Neurologii, Zakładu Neurologii Doświadczalnej i Klinicznej UM Łódź, prof. dr hab. Irena Nalepa z Zakładu Biochemii, Pracowni Sygnału Wewnątrzkomórkowego, Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie, prof. dr hab. Andrzej Pilc z Zakładu Neurobiologii, Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie i prof. dr hab. Krzysztof Selma z Katedry i Kliniki Neurologii UM w Łodzi.

(MS)



Laureaci IV edycji konkursu

REKLAMA

Przychodzi lekarz do prawnika



Pytanie lekarza: Jak rozlicza się pracowników zatrudnionych w warunkach promieniowania jonizującego, za dyżury „pod telefonem”, jeżeli norma dobową wynosi 5 godzin i czas pracy był zgodny z art. 32g ustawy o zakładach opieki zdrowotnej? Czy czas dyżurowania powinien być liczony od momentu stawienia się na wezwanie do chwili opuszczenia zakładu pracy, czy też przy rozliczeniu czasu dyżuru należy wziąć pod uwagę przebywanie w bezpośrednim narażeniu na promieniowanie jonizujące?

Odpowiedź prawnika: Pracownikom zakładów opieki zdrowotnej, do których zastosowanie ma ograniczenie czasu pracy określone w art. 32g ust. 3 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.), (dalej jako: u.z.o.z.) należy wliczyć do wskazanej w tym przepisie normy czasu pracy cały czas pracy jaki w wyniku wezwania będą wykonywać w zakładzie.

Przepis art. 32g ust. 3-4 u.z.o.z. nie ustala normy czasu pracy w bezpośrednim promieniowaniu jonizującym, ale w określonej komórce organizacyjnej i na określonym stanowisku. W tym wypadku będzie to zatrudnienie na stanowisku, gdzie do podstawowych obowiązków będzie należało:

- a) stosowanie w celach diagnostycznych lub leczniczych źródeł promieniowania jonizującego, a w szczególności: wykonujących badania lub zabiegi, asystujących lub wykonujących czynności pomocnicze przy badaniach lub zabiegach, obsługujących urządzenia zawierające źródła promieniowania lub wytwarzające promieniowanie jonizujące, lub wykonujących czyn-

ności zawodowe bezpośrednio przy chorych leczonych za pomocą źródeł promieniotwórczych lub

- b) prowadzenie badań naukowych z zastosowaniem źródeł promieniowania jonizującego, lub
c) dokonywanie pomiarów dozymetrycznych promieniowania jonizującego związanych z działalnością, o której mowa w lit. a-b.

Podkreślić przy tym należy, że ustawodawca wskazał, że mają to być podstawowe, a nie jedyne obowiązki pracownika. Nie ma też mowy o przebywaniu przez cały, określony w przepisie art. 32g ust. 3 u.z.o.z., czas w bezpośrednim „zasięgu promieniowania jonizującego”. Dla wskazanych pracowników liczy się zatem cały czas pracy na stanowisku, niezależnie od czasu „bezpośredniego narażenia” na promieniowanie jonizujące, a także jego natężenia.

Z przepisów prawa pracy wynika zresztą, że pracodawca powinien zawsze, a zatem także w stosunku do pracowników, o których mowa w art. 32g ust. 3 u.z.o.z., dążyć do ograniczenia wpływu czynników szkodliwych dla ich życia i zdrowia.

Przyjąć należy, że ustawodawca celowo zrezygnował z ustalania czasu „bezpośredniego narażenia”, co mogłoby zresztą być trudne do zrealizowania. Założył nawet, że we wskazanym w przepisie art. 32g ust. 3 u.z.o.z. czasie pracy pracownik nie będzie cały czas narażony nie tylko bezpośrednio na promieniowanie jonizujące.

Przyjęcie, że w wypadku tzw. dyżuru telefonicznego pracownika limitowany jest czas tylko „bezpośredniego narażenia” stwarzałoby w oczywisty sposób możliwość obejścia norm określonych w art. 32g ust. 3 u. z. o. z.

Przepis art. 32k u.z.o.z. umożliwiający zobowiązanie pracownika do „pozostawania poza zakładem opieki zdrowotnej w gotowości do udzielania świadczeń

zdrowotnych” może mieć zastosowanie tylko do pracowników, do których stosuje się przepis art. 32g, a mianowicie tych, których dotyczy art. 32j, tzn. lekarzy i innych pracowników posiadających wyższe wykształcenie i wykonujących zawód medyczny.

opr. Edyta Wędrychowska

Pytanie lekarza: W listopadzie 2005 r. wystąpiłem do NFZ o kontrakt na wykonywanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Ze względu na brak odpowiednich rejestrów umowa nie została zawarta. Aktualnie posiadam już wymagane dokumenty. Czy w świetle obowiązujących NFZ przepisów możliwe jest zawarcie umowy w trakcie roku? Działalność prowadzę w Warszawie.

Odpowiedź prawnika: Tak, jest możliwe zawieranie umów w zakresie podstawowej opieki w trakcie roku kalendarzowego. W myśl obowiązującej ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135) umowy w ww. zakresie są zawierane w trybie art. 159. Przepis wyłącza ten rodzaj umów z procedury konkursu ofert i rokowań. W praktyce oznacza to postępowanie mniej sformalizowane i przewiduje możliwość złożenia wniosku o zawarcie umowy w dowolnym terminie. Umowa zawierana jest z każdym świadczeniodawcą spełniającym warunki określone przez prezesa NFZ i przepisy prawa.

*Katarzyna Słodka
(odpowiedzi udzielono 9.02.2006 r.)*

Materiały udostępnione dzięki uprzejmości Domu Wydawniczego ABC, wydawcy CD-ROM-u „Serwis Prawo i Zdrowie”:
www.prawoizdrowie.pl



Skutecznie zapobiega niedoborom informacji

- Każdego dnia najnowsze wiadomości z możliwością zamieszczania własnych komentarzy
- „Goniec medyczny” – cotygodniowy biuletyn elektroniczny
- Polski lekarz w Unii Europejskiej
- 30 działów klinicznych, odpowiadających specjalizacjom lekarskim
- Aktualny indeks leków „Pharmindex”
- Standardy towarzystw naukowych
- Pełne teksty artykułów medycznych i podręczników
- Własne adresy e-mailowe i prywatne strony WWW dla lekarzy
- Giełda pracy

@esculap.pl

www.esculap.pl

e-zdrowie.com S.A.

Grupa Dendrite International, 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 11 A, e-mail: info@esculap.pl

potrzebny portal medyczny

DENDRITE



Europejska Konwencja Bioetyczna

REKLAMA

Jerzy Umiastowski

Przedstawiam parę uwag o problemie ratyfikowania przez Polskę Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny, w skrócie nazywanej Europejską Konwencją Bioetyczną.

Jak wiadomo dokument został zaprezentowany przez Komitet Ministrów Rady Europy 4 kwietnia 1997 r. Polska sygnowała dokument, ale do dziś nie został on przez nasz parlament ratyfikowany.

W numerze 4/2006 „Gazety Lekarskiej”, pisząc o Przysiędze Hipokratesa i Deklaracji Genewskiej, wspomniałem o relacji pomiędzy etyką a prawem stanowionym. Europejska Konwencja Bioetyczna jest właśnie aktem prawnym, który wyrasta z ogólnie przyjętych zasad etycznych. Pomija, niestety, szereg ważnych problemów bioetycznych. Sądzę jednak, że tak być musi – zawarte w niej zapisy prawne dotyczą jedynie tych zagadnień, co do których istnieje w Europie „konsensus” – a jak wiadomo jest wiele problemów etycznych wciąż dalekich od uzyskania „konsensusu”. Jedynym rozwiązaniem, moim zdaniem, jest w takich przypadkach pozostawienie sprawy otwartej. Budziłoby to mój (i z pewnością wielu innych) sprzeciw, gdyby nie istniał w Konwencji Artykuł 27:

Szersza ochrona

Żadnego z przepisów niniejszej Konwencji nie można interpretować jako ograniczającego, albo w inny sposób naruszającego uprawnienia Strony do przyznania dalej idącej ochrony, w dziedzinie zastosowań biologii i medycyny, niż ochrona określona w niniejszej Konwencji.

Ponadto Konwencja przewiduje opracowywanie Protokołów Dodatkowych dotyczących zagadnień, co do których udało się w Europie uzyskać „konsensus”.

Komisja Etyki Lekarskiej NRL oraz Naczelna Rada Lekarska wielokrotnie występowała z apelem o ratyfikację Konwencji – jednak apele jak dotąd są bezowocne.

Wciąż nie bardzo widzę szansę na szybkie ratyfikowanie Konwencji przez władze RP. Niepokojące jest utrzymywanie głodowych pensji lekarskich, ze szkodą dla chorych. Tu warto zacytować Artykuł 3 Konwencji:

Zasada sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej

Uwzględniając potrzeby zdrowotne oraz dostępne środki, Strony podejmą w ramach swoich właściwości stosowne działania w celu zapewnienia sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej o właściwej jakości.

Oczywiście obecne płace lekarskie uniemożliwiają realizację tegoż artykułu.

Jestem gorącym zwolennikiem przynależności Polski do Unii Europejskiej. Jednak ta przynależność jest trudnym zadaniem. Wierzę, że w jednoczącej się Europie białe plamy w Europejskiej Konwencji Bioetycznej będą stopniowo zanikać poprzez uchwalanie stosownych artykułów dodatkowych w drodze racjonalnej debaty, a nie emocjonalnych konfliktów.

REKLAMA

Na ratunek!

Zygmunt Wiśniewski



W sierpniu 1897 r. Warszawę odwiedził car Mikołaj II. W przeddzień przybycia Jego Wysokości zażądano od Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej, aby zorganizowało 20 posterunków ratowniczych na drodze przejazdu cara z Dworca Wileńskiego do Łazienek.

Wspominający to wydarzenie dr Józef Zawadzki nadmienia, że zadanie to dla instytucji mającej 6 lekarzy i tyluż sanitariuszy zdawało się ponad siły. A jednak, dzięki solidarnej pomocy lekarzy warszawskich, udało się zorganizować 20 posterunków, każdy złożony z lekarza i dwóch sanitariuszy, posiadających nosze i środki opatrunkowe, i rozstawić je w bramach domów, sklepach i szpitalach tak, że na dwie godziny przed terminem przejazdu gościa były gotowe do niesienia pomocy.

Wyczyn warszawskiego pogotowia ratunkowego musiał zrobić na carskiej świdze i na miejscowej administracji niezwykle wrażenie, skoro w dwa dni później załogę jednej karetki przedstawiono w szpitalu Ujazdowskim carowi i carcy. Ci gratulowali lekarzom sprawności.

Bardziej od tego zaszczytu liczył się uzyskany efekt – odtąd miejscowa administracja udzielała pogotowiu i warszawskiemu Towarzystwu Doraźnej Pomocy Lekarskiej bezwzględnej poparcia.



Dr med. Józef Zawadzki (1865-1937) był pogrobowcem powstania styczniowego. Wyrósł w rodzinnej legendzie, w której wspominano udział lekarzy i sanitariuszy w ratowaniu rannych powstańców. Uformowała go ta tradycja, z której czerpał później jako organizator Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej i pogotowia ratunkowego w Warszawie.

Wydarzenie to zaprezentowało pogotowie ratunkowe oraz jego społeczne, dobroczynne, samarytańskie zaplecze – Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej. Opisał to wszystko dr Józef Zawadzki, lekarz, później prezes pogotowia i współtwórca Towarzystwa.

Pomysłodawca stworzenia w Warszawie pogotowia Józef Zawadzki nakłonił w styczniu 1896 r. do współpracy i finansowania przedsięwzięcia bogatych sponso-

rów: hrabiego Konstantego Przeździeckiego i jego brata Gustawa. Zredagowali oni statut towarzystwa dobroczynnego, bo tylko dobroczynność nie budziła podejrzliwości carskich czynowników. Po roku otrzymali łaskawą zgodę na zawiązanie Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej. Dnia tego nie doczekał hr. Konstanty Przeździecki – według przekazu – inicjator i założyciel Towarzystwa. Jego brat, Gustaw, obdarował Towarzystwo niebagatelną sumą 3 000 rb na zorganizowanie w Warszawie pogotowia. Razem ze sprzętem, który pochodził ze zorganizowanej równolegle wystawy ratowniczej, dar braci Przeździeckich wyniósł 10 000 rb. Pozwoliło to na otwarcie w lipcu 1897 r. pierwszej stacji pogotowia w Warszawie. W ten sposób Warszawa, co prawda po Lwowie i Krakowie, ale jako pierwsza w carskim imperium mogła się szczycić pogotowiem doraźnej pomocy lekarskiej. Do historii przeszli też bracia Konstanty i Gustaw Przeździeccy.

Idea zorganizowanej pomocy lekarskiej nie pojawiła się wtedy w Europie przypadkowo. Powstała po tragicznym w skutkach pożarze Ringteatru w Wiedniu. Gazety pisały o setkach ofiar poparzonych, podeptanych i zaduszonych w płonącym teatrze, którym nikt nie mógł udzielić szybkiej, natychmiastowej, doraźnej pomocy. Wtedy to wiedeński lekarz, baron Mundy powziął myśl zorganizowania instytucji pogotowia ratunkowego, opartego na samarytańskiej idei niesienia pomocy bliźniemu.

Otwarcie stacji pomocy doraźnej Mundyego w Wiedniu stało się wydarzeniem, a jej idea promieniowała na Europę. Placówkę tę w 1890 r. zwiedził Józef Zawadzki i przez siedem lat zabiegał o odwzorowanie jej w Warszawie. Udało mu się to wreszcie w lipcu 1897 r. I dzięki wrażeniu, jakie już w sierpniu pogotowie zrobiło na carskiej świdze – uzyskało ono zielone światło dla swych poczyną.

Na warszawski wzór powstały towarzystwa i zorganizowano pogotowia w

Łodzi, Wilnie, Kijowie, Odessie, Petersburgu, Charkowie, Tomsku i innych miastach Cesarstwa Rosyjskiego. W czasie wojny powstało towarzystwo i pogotowie w Lublinie, a już w wolnej Polsce w Poznaniu i Białymstoku.

Warszawskie Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej zdobywało fundusze ze składek członków, imprez dobroczynnych i wpłat sponsorów, a także z odpłatnych przewozów. Pozwoliły one na przeniesienie stacji z baraku Deckera, gdzie ją przejściowo zlokalizowano, do stałej siedziby przy ul. Leszno 25, blisko dzielnicy fabrycznej, a także z dogodnym połączeniem ze śródmieściem. W ciągu pół roku Towarzystwo pozyskało ponad 16 000 rb, a więc półtora razy więcej od daru braci Przeździeckich. W pomieszczeniu przy ul. Leszno przerobiono parter na salę opatrunkową, mieszkania dla personelu, wozownię oraz stajnię, a pierwsze piętro na pokoje dla lekarzy dyżurnych i biuro.

Liczba wezwań wzrastała tak szybko, że trzeba było po trzech miesiącach zwiększyć personel początkowo do 8, a później 16 lekarzy, wspomaganych przez tyluż sanitariuszy.

Do wezwań wyjeżdżały karety zaprzężone w konie. Z tamtego czasu przetrwała też zdrobniona nazwa „karetek” pogotowia. Na początku, przy jednej karecie-karetkce, wystarczał jeden woźnica. W ciągu roku zaplecze rozrosło się do 12 koni i 5 woźniców. W pogotowiu dyżurowało jednocześnie 2-3 lekarzy, niekiedy wzywano czwartego, a i wtedy zdarzało się, że na miejscu nie było przez pewien czas lekarza.

Historia sprawiła, że w niedalekiej przyszłości lekarze i sanitariusze warszawskiego pogotowia ratunkowego będą mieli pełne ręce roboty. Do normalnych w wielkomiejskim środowisku wypadków ulicznych, ran, stłuczeń, zaślabnień i nagłych zachorowań dochodziły rany kłute na skutek wzrostu na przełomie wieków rozbojów i nożownictwa.

dokńczenie na str. 38

- **13.05.2006 r.** Tarnobrzeg. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny sportowej uprzejmie informuje, że odbędzie się regionalny kurs podstawowy: **ABC Medycyny Sportowej**, organizowany pod patronatem Pol. Tow. Med. Sportowej dla lekarzy woj. lubelskiego i podkarpackiego. Jest on jednym z elementów szkolenia (4 jednodniowe kursy), którego ukończenie (z uzyskaniem certyfikatu PTMS) uprawnia do orzecznictwa sportowo-lekarskiego na poziomie podstawowym. Informacje: www.ptms.org.pl, tel.: 0691-370-180 - lek. Witold Furgał (konsultant woj. – podkarpackie, sekr. PTMS); 0502-642-823 - lek. Zbigniew Nowosadzki (konsultant woj. – lubelskie).
- **29-31.05.2006 r.** Kraków. II Międzynarodowe Sympozjum Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie **Prewencja chorób układu krążenia, postępowanie i badania kliniczne, dla kardiologów, radiologów, internistów, pielęgniarki i techników, menadżerów, dyrektorów szpitali i specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego zainteresowanych współczesnymi możliwościami prewencji chorób układu krążenia**. Informacje: www.szpitaljp2.krakow.pl/prewencja
- **2.06.2006 r.** Warszawa. Odwoławcza Komisja Bioetyczna i Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce organizuje konferencję: **Aspekty etyczne badań naukowych w stanach nagłych i zagrożenia życia** (The Ethics of Research in Emergency Medicine). Językiem konferencji będzie angielski, z tłum. symultanicznym. Informacje: www.iitd.pan.wroc.pl/events/EmergMed.html i www.gcpl.org.pl. Sekr. konferencji: „CONGRESS-OR” Biuro Kongresów i Turystyki, Warszawa, tel./faks 0-22-621-31-16 i 628-45-48, e-mail: d.korpaczewska@congressor.com.pl
- **2-3.06.2006 r.** Białystok, **22-23.06.** Warszawa, **6-7.07.** Gdańsk. Kurs medyczny: **Warsztaty dla lekarzy przygotowujące do prowadzenia badań klinicznych**. Pkty edukac. Informacje i druki zgłoszenia: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia udziału przyjmuje organizator: Skolamed, tel. 0-81-534-43-87, faks 0-81-533-51-48, 0693-067-887, e-mail: medyczne@paiz.com.pl
- **10.06.2006 r.** Warszawa, Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1, godz. 9.30. XIV Sesja Szkoły Pneumologii Pol. Tow. Cho-

rób Płuc poświęcona **zmianom płucnym w przebiegu chorób innych narządów**, dla internistów, pneumonologów, gastrologów, nefrologów, reumatologów i lekarzy rodzinnych. Wstęp wolny, pkty edukac. Informacje: Tadeusz M. Zielonka: e-mail: zielonka@amwaw.edu.pl, tel. 501-143-324 oraz dr Jacek Jagodziński, e-mail: jacjago-d@mediclub.pl; www.ptchp.home.pl

- **18-22.06.2006 r.** Łagów Lubuski. 34 Augustowski kurs **fizjopatologii nerkowania, reanimacji i pierwszej pomocy w wypadkach nerkowych I°**. Dla lekarzy zainteresowanych med. podwodną, specjalizujących się w med. transportu. Oplata: ok. 650 zł od osoby (zakwaterowanie i częściowe wyżywienie, udział w zaj. praktycznych, certyfikat ukończenia). Pkty edukac. Informacje: Pol. Tow. Med. i Tech. Hiperbarycznej, Zakł. Med. Morskiej WIM, 81-103 Gdynia 3, ul. Kmdr. Grudzińskiego 4 lub e-mail: nurdok@tlenpl.zmmit@mw.mil.pl, tel./faks 0-58-626-24-05, tel 0-58-626-65-23, w godz. 8.00-14.00. Kontakt: dr Piotr Siermontowski.
- **22.06.2006 r.** Warszawa. Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz Fundacja na Rzecz Rozwoju Inicjatyw Społecznych zapraszają do udziału w Kongresie: **Telemedycyna 2006**. Informacje: www.telemedycyna.edu.pl. Informacje, zgłoszenia i szczegóły organizacyjne: Hanna Leszko, tel. 0-22-621-95-21 lub e-mail: sekretariat@telemedycyna.edu.pl
- **23-24.06.2006 r.** Warszawa. IV Interdyscyplinarny Kongres: **Współczesne zasady diagnostyki i leczenia zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa**, dla ortopedów, rehabilitantów, fizjoterapeutów, lekarzy pierwszego kontaktu (spec. med. rodzinnej, med. pracy, med. sportowej), a także lekarzy reprezentujących inne specjalności, związane z kompleksowym procesem leczenia tych schorzeń. Pkty edukac. Konto: Bank Zachodni WBK S.A. nr 13 1090 1014 0000 0001 0065 1943. Informacje: Kom. Org. Kongresu przew. dr n. med. Wiesław Tomaszewski, wiceprzew. prof. Andrzej Górecki, dr n. med. Dariusz Białoszewski. 01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 34 (skr. 23), tel./faks 0-22-834-67-72, 834-04-31 wew. 404, tel. 0601-227-899, e-mail: nauka@medsport.pl, www.medsport.pl – szczegółowy program: www.medsport.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Learn medical English

www.med-help.info

Na ratunek!

dokończenie ze str. 36

Poza pojedynczymi jednak faktami zabójstw i ran – napisze w 40 rocznicę powstania pogotowia dr Zawadzki – jego kronika obfituje w fakty pierwszorzędno historycznego znaczenia, odzwierciedlającego ruch rewolucyjny, rozpoczęty w 1904 r.

27 kwietnia 1904 r. wyjechały dwie karetki z trzema lekarzami na ul. Dworską, gdzie policja otoczyła tajną drukarnię. Marcin Kasprzak z konspiratorami bronili się przed pojmaniem strzałami z pistoletów, raniąc 6 policjantów.

13 czerwca miało miejsce masowe wystąpienie ludności Warszawy. Kozacy oddali do tłumu dwie salwy, po których lekarze i sanitariusze pogotowia zebrali z ulicy 17 ofiar.

Najwięcej ofiar było po manifestacji zorganizowanej przez PPS 13 listopada 1904 r. na pl. Grzybowski. Przed kościołem Wszystkich Świętych i na ul. Bagno policja strzałami z rewolwerów rozpędzała tłumy. Pierwsze ofiary pogotowie ratunkowe zabrało w południe. Po południu wojsko wezwane z koszar oddało kilkakrotnie salwę. Było 40 ofiar spośród uczestników demonstracji i przypadkowych przechodniów.

27 stycznia 1905 r. ogłoszono strajk polityczny. W ciągu 3 najbliższych dni demonstrowali robotnicy w dzielnicy fabrycznej Wola, a na Marszałkow-

skiej korzystający z zamieszania rabusie rozbijali wystawy i atakowali sklepy. Policja użyła broni. Pogotowie zbierało rannych w pełnych ciemnościach, ponieważ demonstrujący porozbijali latarnie. Naliczono 105 ofiar z ranami postrzałowymi.

1 maja 1905 r. od salw policji do manifestantów padło 49 osób, którym udzielało pomocy pogotowie. Maj był w tym roku krwawy, w pogotowiu naliczono 137 wypadków w czasie wystąpienia zbiorowych.

27 października, znów po ogłoszeniu strajku, na tłum demonstrujący na pl. Teatralnym natarli Kozacy. Pogotowie opatrzyło 26 rannych.

Kronika pogotowia dzień po dniu odnotowuje wyjazdy do ofiar wypadków, które trafiły później na karty historii. Miesiąc po miesiącu, rok po roku – aż do wybuchu wojny w 1914 r.

Z chwilą rozpoczęcia wojny – wspomina Józef Zawadzki – pogotowie wkroczyło w nową fazę działalności. Już w pierwszych dniach sierpnia zajęło się przewozem rannych żołnierzy do szpitali. Udzielało pomocy ofiarom bomb zrzuconych przez samoloty. Kiedy zabrakło miejsc w szpitalach – utworzyło własny tymczasowy szpital na 50 łóżek. Do połowy grudnia naliczono 104 ofiary.

Tak było przez całą wojnę, aż do odzyskania przez Polskę niepodległości.

Dni listopadowe 1918 r. przeszły bez rozlewu krwi. Rozbrojenie Niemców odbyło się niemal zupełnie bezkrwawo. I pierwsze dni wolności, choć od razu zmęczone strajkami i usiłowaniami wyśłańców Sowietów wywołania rewolucji socjalnej, były spokojne i nie zaznały się niczym w dziejach pogotowia. Kilka ofiar dała manifestacja bolszewicka przy zbiegu ul. Fredry, poza tym były ofiary zwykłych wypadków.

W walkach o Lwów i wschodnią Małopolskę pogotowie mogło już wysłać karetki pogotowia, unieruchomione przez Niemców, którzy w czasie okupacji Warszawy zabrali samochodom ogumienie. Pod Lwów pogotowie wysłało również pociąg ratowniczy z personelem medycznym.

A gdy w r. 1920 nawała bolszewicka podeszła pod mury Warszawy, pogotowie zajęło się organizowaniem pomocy na ulicach stolicy. Na szczęście organizacja ta, która miała wyznaczone postępowanie i przygotowany personel, okazała się zbędna, wspólny bowiem wysiłek wojska i narodu uchronił stolicę.

Krwawo zapisał się maj 1926 r. Dn. 12 maja wieczorem zawezwane zostało pogotowie na pl. Zamkowy, gdzie rozpoczęło się natarcie wojsk pod wodzą Marszałka Piłsudskiego. Od tej pory do wieczora dn. 14 maja nie ustawała walka na ulicach Warszawy i rosła liczba ofiar. Rannych od broni palnej naliczono 1036.

W ten sposób dzieje pogotowia wpisał jego założyciel w polską historię.

W 1937 r., w czterdziestolecie powstania Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej, dr Józef Zawadzki – wieloletni i niezwykle doświadczony



Hr. Konstanty Przeździecki nobilitował swoim nazwiskiem pomysł dr. Józefa Zawadzkiego stworzenia Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej, a jego brat **Gustaw** wyasygnował na założenie warszawskiego pogotowia ratunkowego pierwsze 3000 rb.

organizator pomocy doraźnej – podzielił się refleksją adresowaną do administracji medycznej i lekarzy:

Pomoc doraźna o tyle tylko może być skuteczna, o ile będzie się odbywać według zasad wiedzy lekarskiej. Jeżeli gdzie, to właśnie w pomocy lekarskiej doraźnej na ulicy miasta pomoc ta musi być dokładna. Od pierwszego opatrunku w złamaniach, ranach postrzałowych zależy częstokroć dalszy przebieg choroby, a od dobrego ratunku w zatruciu często i życie chorego. Od początku istnienia pogotowie ratunkowe wzięło sobie za zasadę, aby ratownictwo oddać w ręce lekarzy doświadczonych i tak konsekwentnie przeprowadza tę zasadę, że kandydat na lekarza dyżurnego, nim otrzyma nominację – niezależnie od swego stażu lekarskiego – musi przynajmniej przez miesiąc odbyć praktykę w pogotowiu. Można bowiem być dobrym lekarzem w spokojnej atmosferze szpitala, a nie umieć dać sobie rady działając na ulicy, często wobec podnieconego tłumu. Tu jest potrzebna szybka decyzja, orientowanie się w sytuacji i doskonale wyrobiony takt życiowy, który nabyć można po oswojeniu się z rodzajem pracy oraz z charakterem i nastrojem ulicy.

Zygmunt Wiśniewski



Po karetkach – karetach z zaprzęgiem konnym – w 1909 r. pojawił się w pogotowiu samochód osobowy „Flora”, po nim zaś francuskie wozy Delauney-Belleville, a w latach trzydziestych nowe sanitarki, jak ta – chevrolet ambulance, model 1937.

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rok 1986

W bieżącym roku mija 20 lat od uzyskania przez każdego z nas dyplomu lekarza medycyny. Najwyższa pora na spotkanie koleżeńskie z chwilą refleksji i wspomnień, ale i znakomitej zabawy. Serdecznie zapraszamy w dn. **8-10.09.br.** (weekend) do **Zajazdu Piastowskiego w Kazimierzu Dolnym**. Rezerwacja miejsc hotelowych: Zajazd Piastowski, ul. Słoneczna 3, 24-120 Kazimierz Dolny, tel. 081-889-09-00, 081-889-09-01, faks 081-889-09-16, email: info@zajazdpiastowski.pl. Wpłata 200 zł na uczestnika na konto: Bank PKO SA, nr rachunku 36 1020 3176 0000 5002 0062 2798). *Informacje: Lucynka Wolak-Sobiczewska, tel. 0602-607-817, e-mail: Isobiczewska@wp.pl, Małgosia Trzebuchowska-Pietras, e-mail: gosiap@eskulap.pl, Wojtek Żaluska, tel. 0512-307-328, e-mail: wtzaluska2@poczta.onet.pl*

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rok 1971

Zbliża się 35 rocznica ukończenia studiów i czwarte już spotkanie po latach. Zjazd to okazja do doskonałej zabawy i wspomnień, możliwość kontaktu z koleżankami i kolegami, rozrzuconymi po całym kraju czy poza jego granicami. Ponieważ na co dzień borykamy się z wieloma problemami, warto przywołać w pamięci urodę dawnych lat. Spotkajmy się w jak największym gronie, póki jeszcze „chce nam się chcieć”. Przenieśmy się w lata studenckie, niech nasze serca w tych szczególnych dniach będą jak przed laty młode i pełne radości. Spotkajmy się wszyscy w **CSW Energetyk w Nałęczowie** w dn. **16-18.06.br.** *Informacje w Internecie: www.absolwentus.pl*

Wydział Lekarski AM w Warszawie, rok 1956

Zapraszamy absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, którzy otrzymali absolutorium w 1956 r., na jubileuszowe spotkanie koleżeńskie z okazji 50 rocznicy ukończenia studiów. Spotkanie **30.09.br. o godz. 16.00 w Klubie Lekarza „Pod Gigantami” w Warszawie, Al. Ujazdowskie 24**. Orientacyjny koszt uczestnictwa ok. 130 zł, płatny w dniu spotkania. Organizatorzy: prof. Jerzy Woy-Wojciechowski i dr med. Adam Czamecki. *Zgłoszenia uczestnictwa korespondencyjnie Biuro Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Warszawa 00-478, Al. Ujazdowskie 22, lub tel. 022-628-86-99, e-mail: ptl@interia.pl do 30.08.br.* Prześlemy szczegółowy program spotkania.

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolwentus.pl

Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów. Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiające szybkie wyszukanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

V Mistrzostwa Lekarzy

w Wielobojach Lekkoatletycznych

20.05.br. (sobota) w Zielonej Górze na stadionie MOSiR przy ul. Sułechowskiej, w godz. 11.00-13.00, odbędą się V Mistrzostwa Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych. Konkurencje: bieg 60 m i 600 m, skok w dal, pchnięcie kulą. Przewidziane puchary i nagrody. Po zakończeniu części sportowej spotkanie przy grillu. Wpisowe 30 zł od rodziny. *Informacje: tel. 068-320-58-61, 0601-790-707.*

VI Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy

organizowany przez OIL w Częstochowie, odbędzie się w **Podlesicach k. Częstochowy w dn. 24-25.06.br.** Przygotowano trzy trasy: 10, 20 i 50 km. Każda będzie pilotowana przez profesjonalnego przewodnika PTTK. Koszt uczestnictwa 25 zł. Wpłaty na konto OIL Częstochowa, ul. Waszyngtona 42 lub osobiście w siedzibie OIL. Potwierdzenie wpłaty należy przesłać faksem. Noclegi w Zajeździe Jurajskim. Możliwość rezerwacji pokoi 2- i 4-osobowych, w cenach od osoby: 4-os. z łazienką 30 zł, 4-os. bez łazienki 20 zł, 2-os. z łazienką 40 zł. *Informacje: Rita Idziak, tel./faks 0-34-368-18-88, w. 300, e-mail: poczta@cil.finn.pl, częstochowa@hipokrates.org; Tomasz Klimza, tel. 691-488-383.*

Sprostowanie

W opublikowanym w „GL” nr 2/2006, str. 12, składzie Naczelnej Rady Lekarskiej winno być: **Lekarze dentyści: 3. Kazimierz Bryndal – Toruń**. Przepraszamy. *Redakcja*

Zimowe Igrzyska Lekarskie

W dn. 9-12 marca w Zakopanem, z udziałem 150 osób, rozegrano I Zimowe Igrzyska Lekarskie. Zawodom patronowała Naczelna Izba Lekarska oraz OIL w Krakowie.



Halny spowodował, że zaplanowane na Kasprowym Wierchu zawody alpejskie trzeba było przenieść do Białki Tatrzańskiej. Rywalizowano tam w slalomie gigancie oraz specjalnym. Drugiego dnia, w nieco luźniejszej atmosferze, na nowotarskim Zadziale odbył się zjazd, slalom równoległy, carving oraz snowboard. Po południu na trasach między Nowym Targiem a Szafłarami rozegrano bieg stylem klasycznym na 12 km. Ostatniego dnia odbyły się wyścigi w łyżwiarstwie szybkim. Najwszechstronniejsi zaliczyli też trójbój zimowy, na który składały się wy-

niki z giganta, biegu oraz wyścigu łyżwiarskiego na 1000 m.

Wieczorami rozgrywała swoje mecze kadra Polski lekarzy w hokeju na lodzie, ponownie z kadrą prawników. W pierwszym spotkaniu lekarze przegrali 3:5 (2:4), ale następnego dnia zrewanżowali się z nawiązką 6:3 (4:2), wygrywając w sumie dwumecz jedną bramką. O sukcesie zadecydował przede wszystkim powrót do gry liderów Szymona Fornagieła (Kraków) oraz Piotra Śwista (Nowy Targ), jak też wyśmienita dyspozycja bramkarza Sebastiana Zalewskiego (Kraków). Wysoką formę zaprezentował jak zwykle Dariusz Możdżeń (Bydgoszcz), Paweł Wolejsza (Krosno) oraz nowy nabytek kadry Grzegorz Masternak (Oleśnica). Ponadto w kadrze wystąpili: Hubert Wolski, Witold Kalata, Lucjan Habieda i Maciej Jachymiak (Nowy Targ), Krzysztof Miśkowiec, Jan Ścigalski (Kraków), Adam Dyrda (Tychy), Marian Słowik (Białystok).

Na stokach narciarskich toczyła się zacięta rywalizacja głównie między gospodarzami z OIL w Krakowie a przedstawicielami Izby z Katowic, Wrocławia i Warszawy. Honoru gospodarzy bronił znany zakopiański alpejczyk dr Roman Dereziński, w innych drużynach najlepsi byli: Tomasz Szopiński, Witold Bojar, Radek Król (Warszawa), Marek Skrzypczyński, Anna Zapolska, Ewa Dobryczycka, Iwona Gabriel, Adam Grzech (Wrocław), Janusz Lewadnowski (Konin), Agnieszka Kania (Opole). Najbardziej usportowioną okazała się rodzina Smolików z Tych, która w 4-osobowym składzie zdobyła ponad 30 medali (każdy z członków rodziny brał udział we wszystkich konkurencjach poza hokejem!). Podobne sukcesy odnosiła rodzina

Kleczków z Tarnowskich Gór, z tym że w mniejszym, bo 3-osobowym składzie.

W biegu narciarskim zdecydowanie najlepiej wypadli górale. Najlepsze czasy uzyskali: Agnieszka Wesołowska z Zakopanego i Paweł Bubula z Wiśniowej (brązowy medalista ostatnich mistrzostw świata lekarzy), w innych kategoriach zwyciężali: Wacław Ujwary (Nowy Targ), Kazimierz Klecz (Tarnowskie Góry), Dorota i Jerzy Sobelowie (Wodzisław), Bożena Wydro (Kraków).

Wśród łyżwiarzy bezkonkurencyjny był Mirosław Dolecki z Krakowa, uzyskując najlepsze czasy na 500 i 1000 m. W innych kategoriach zwyciężali: Jerzy Sobel, Andrzej Rędzia (Kraków), Dominik Chodyra (Bolesławiec). Wśród pań najlepsza była Misia Przyłuska ze Szczecina, poza tym zwyciężały: Anna Zapolska, Agnieszka Kania, Marta Ruszczak.

Wśród nielicznych (kilkunastu) osób, które zaliczyły trójbój zimowy wśród pań zwyciężyły: Katarzyna Smolik i Misia Przyłuska. Wśród mężczyzn zwyciężali: Janusz Lewandowski, Lucjan Habieda i Dominik Chodyra.

W klasyfikacji punktowej zwyciężyła OIL w Krakowie, w klasyfikacji medalowej OIL we Wrocławiu (18 złotych medali)

Atmosfera igrzysk mimo nie najlepszej pogody była wspaniała, a organizatorzy, którzy nie ukrywali, że chcieli się przekonać, czy warto organizować wersję zimową igrzysk lekarskich, zostali zobowiązani do organizowania zawodów co roku.

Dokładne dane na temat igrzysk lekarskich na www.igrzyskalekarskie.org

Maciej Jachymiak

Ś. P. SZYMON KRZYSZTOF MAKUCH



**zginął śmiercią tragiczną 4 kwietnia 2006 r.
pochowany na cmentarzu w Starych Babicach
10 kwietnia 2006 r.**

Prosi o modlitwę...

*Boże, Ojciec wszechmogący, wierzymy,
że Twój syn umarł i zmartwychwstał,
spraw łaskawie, aby mocą tej tajemnicy
Twój sługa, który zasnął w Chrystusie,
przez Niego dostąpił radości zmartwychwstania.
Przez Chrystusa, Pana Naszego, Amen.*

Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy,

tragiczna śmierć naszego Syna Szymona przewróciła „mój świat” i zweryfikowała wiele moich poglądów i życiowych planów. W chwili rozpaczy i poszukiwania sensu życia nieoceniona stała się pomoc najbliższych. Słowa otuchy, modlitwa, udział w uroczystości pogrzebowej Przyjaciół, Koleżanek i Kolegów z naszego samorządu, pracowników Naczelnej i Okręgowej Izby Lekarskiej dodaje siły i wiary. Za to wszystko pragnę Wam z całego serca podziękować.

Krzysztof Makuch

Stare Babice, 19.04.2006 r.

Bystre 2006

Już po raz dziewiąty, a w Bystrem po raz ósmy spotkali się najlepsi lekarze narciarze. Bystre to magiczne miejsce i choć wszystkim jest daleko, znów przyciągnęło wielu miłośników „boazerii”.

W Mistrzostwach uczestniczyło prawie dwieście osób z całego kraju.

Sztucznie naśnieżany stok Dzidowa (w Bieszczadach nie było w tym roku tak obfitych opadów śniegu jak w innych górskich rejonach Polski) stworzył porównywalne warunki dla ponad 140 zawodników, choć pojedyncze osoby nie miały odwagi zmierzyć się z „betonową” i lodową górą i zrezygnowały na starcie. Większość zawodników, w tym dzieci, pokonało górę, choć wydawało się, że nawet doświadczonych uczestniczek Mistrzostw Świata Medyków nie wystartują w zawodach. Ale taki jest sport i takie są zawody w slalomie gigancie, że czasem trzeba pokonać przede wszystkim swoje chwilowe słabości i wygrać ze sobą, górą i konkurentkami. Gratulujemy, zwłaszcza Paniom, bo warunki były naprawdę trudne, prawie jak na olimpiadzie w Turynie.

Wspaniale zaprezentowali się najmłodsi, z podziwem patrzyliśmy na technikę i styl, w jakim pokonywali slalom. Choćby tylko dla nich warto organizować takie zawody. Wygrali oczywiście faworyci. Niedoścignionym okazał się Leszek Klimczak ze Śląskiej Izby Lekarskiej i on został Mistrzem Polski 2006 roku, tak jak 2 lata temu. Mistrzynią Polski została Agnieszka Łodziana z Beskidzkiej Izby Lekarskiej, reprezentantka licznej grupy młodych, utalentowanych narciarek.

Słowa podziwu i uznania należą się koledze Leszkowi Błaszkę, który startował w zawodach po ciężkiej chorobie i operacji i w swojej grupie zajął drugie

miejsce! Sukces medycyny czy charakteru kolegi?

Ostra rywalizacja toczyła się w najstarszej grupie mężczyzn, gdzie startowali doświadczeni, wytrwali narciarze. Zwyciężył Jerzy Stodolny ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej, którego podziwiali i chwalili konkurenci. Najstarszy zawodnik Mistrzostw (a właściwie zawodnicy, bo z tego samego roku było ich dwóch) to rocznik 1937, najmłodszy -rocznik 1999; pierwszemu gratulujemy kondycji, drugiemu odwagi. W rywalizacji grupowej najlepszymi zostali koledzy ze Śląskiej Izby Lekarskiej, drugie miejsce zajęła Beskidzka IL, trzecie miejsce OIL w Warszawie.

Co roku mistrzostwom towarzyszy sesja naukowa „Medyczne aspekty uprawiania sportów zimowych”. Przedstawiono dwa referaty: W. Domka „Urazy głowy, twarzoczaszki u narciarzy” i D. Bąka „Grzybice stóp jako problem ludzi uprawiających sport”.

Wyniki choć są ważne, to nie najważniejsze. Różnice czasowe mówią same za siebie, ale i tak najważniejszy był udział i dobra zabawa. Mam nadzieję, że jej nie brakowało. Chwała zwycięzcom, chwała pokonanym. Dziękuję uczestnikom, dziękuję sponsorom i do zobaczenia za rok.

Maria Szuber

Lista zawodników i wyniki na stronie OIL w Rzeszowie: www.rzeszow.oil.org.pl

**Składamy serdeczne wyrazy głębokiego żalu i smutku
naszemu Koledze i Przyjacielowi
Krzysztofowi Makuchowi
członkowi NRL**

po tragicznym i przedwczesnym odejściu

Syna Szymka

**prezes i członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej
oraz zespół „Gazety Lekarskiej”**

Wydawnictwo Czelej Sp. z o. o., 20-807 Lublin, ul. Czeremchowa 21,
tel. 081-743-77-66, faks 081-534-77-88, www.czelej.com.pl



Biologia molekularna człowieka. Molekularne podłoże zjawisk w stanie zdrowia i w przebiegu chorób

Richard J. Epstein

red. naukowa wyd. pol. **Andrzej Lewiński, Paweł P. Liberski**
wyd. I pol., Lublin 2006, str. XXVII, 648

Podręcznik dotowany przez Ministerstwo Edukacji i Nauki. Zaprezentowano w nim najnowsze odkrycia w badaniach nad genami, genomem, komórkami, wirusami i bakteriami. Zawiera wiedzę nie tylko z zakresu biologii molekularnej, ale również genetyki, biotechnologii i cytologii. Podręcznik nie jest kompletnym katalogiem medycyny lub biologii molekularnej, jest raczej przewodnikiem po języku biologii molekularnej. Przygotowany dla czytelników reprezentujących różny poziom wiedzy biomedycznej. Zawiera wiele tabel i rycin uzupełniających teksty. Na końcu każdego rozdziału znajdują się pytania kontrolne.



Atlas of clinical and radiological anatomy

red. **Ryszard Maciejewski, Andrzej Drop**

Autors of chapters: **Elżbieta Czekajka-Chehab, Grzegorz Staśkiewicz, Anna Torres, Kamil Torres**
Lublin 2006, str. 278

Atlas zawiera ponad 200 kolorowych ilustracji i schematów oraz zdjęcia radiologiczne i sonograficzne opatrzone objaśnieniami struktur anatomicznych w trzech językach: łacińskim, polskim i angielskim. Rozdziały: „Głowa i szyja”, „Klatka piersiowa”, „Brzuch”, „Kończyna górna”, „Kończyna dolna”, „Anatomia radiologiczna”, „Neuroanatomia”. Opatrzony indeksem.



Bóle głowy. Diagnostyka i leczenie

Adam Stępień

Biblioteka Neurologii Praktycznej

wyd. I, Lublin 2004, str. 183

Wiedza na temat pochodzenia bólów głowy u pacjentów jest ciągle wśród lekarzy niewystarczająca. Aktualnie w Polsce prof. Antoni Prusiński powołał sekcję Badań nad Migreną przy Oddziale Łódzkim Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. W 1997 r. powołano także Polskie Towarzystwo Bólu Głowy. celem publikacji jest przedstawienie wglądów wiadomości dotyczących najczęstszych bólów głowy (m.in. napięciowych, trójdzielniautonomicznych, poronujących, pourazowych, objawowych i in.) oraz zasad postępowania z chorymi.



Wybrane zagadnienia z ginekologii i położnictwa w praktyce lekarza rodzinnego

pod red. **Tomasza Paszkowskiego**

wyd. I, Lublin 2005, str. 192

W książce opracowano najbardziej przydatne dla lekarzy rodzinnych zagadnienia jak: metody kontroli płodności, problemy z ginekologii wieku rozwojowego, menopauza, nietrzymanie moczu u kobiet, mięśniaki, endometrioza, zaburzenia cyklu miesiączkowego, infekcje narządów płciowych, choroby nowotworowe, rehabilitacja po ginekologicznych zabiegach operacyjnych, zastosowanie ultrasonografii. Zamieszczono algorytmy postępowania klinicznego, tabelaryczne zestawienia norm najważniejszych badań diagnostycznych, indeksy terapeutyczne obejmujące wszystkie zarejestrowane w kraju leki, m.in. do hormonalnej terapii zastępczej i antykoncepcji.

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



Interakcje leków w praktyce klinicznej

Elżbieta Kostka-Trąbka, Jarosław Woroń

wyd. I, Warszawa 2006, str. 248, cena katal. 49.00 zł

Autorzy przedstawiają najczęściej występujące interakcje leków stosowanych w leczeniu chorób układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, przewodu pokarmowego, układu moczowo-płciowego, hiperlipidemii, cukrzycy, leków przeciwpłytkowych i przeciwkrzepiających, przeciwhistaminowych, neurologicznych, przeciwnowotworowych, przeciwbólowych i przeciwpalnych, przeciwbakteryjnych i najczęściej stosowanych leków ziołowych.

Przypominają także, że lekarze zawsze powinni pytać chorych, czy zażywają leki, które są dostępne bez recepty i szeroko reklamowane. Preparaty te mogą często powodować niekorzystne interakcje. Publikacja przeznaczona dla lekarzy podstawowej opieki medycznej.

Rehabilitacja w chirurgii

pod red. **Marka Woźnińskiego, Jerzego Kołodzieja**
wyd. I, Warszawa 2006

W książce przedstawiono aktualną wiedzę dotyczącą sposobów przygotowania i przeprowadzenia chorego przez najbardziej inwazyjną, a nierzadko okaleczającą metodę leczenia, jaką jest operacja chirurgiczna. Zaletą podręcznika jest układ treści: od wiadomości ogólnych do szczegółowych związanych ze specyfiką danego działu medycyny lub wręcz rodzajem operacji, a także przedstawienie szczegółowych planów i zaleceń dotyczących rehabilitacji, bogato ilustrowanych schematami i dokumentacją fotograficzną. Publikacja przeznaczona dla lekarzy, studentów medycyny i fizjoterapii.



Ponadto nadesłano:

Vademecum 2006. Leki współczesnej terapii

wyd. XV, Warszawa 2006, s. 796. **Split Trading Sp. z o. o.**
01-164 Warszawa, ul. Obózowa 20, tel. 022-631-07-72,

faks 022-632-03-80, e-mail: split@split.com.pl, www.split.com.pl

Kolejne cykliczne wydanie podręcznego informatora o lekach na receptę dostępnych na rynku dla lekarzy i farmaceutów, pracowników aptek i hurtowni farmaceutycznych. Zawiera łącznie blisko 10 000 preparatów zarejestrowanych w Polsce oraz innych krajach. Blisko 2000 opisanych substancji czynnych. W stosunku do poprzednich edycji wprowadzono 500 nowych preparatów i substancji czynnych, uaktualniono informacje o lekach. Także m.in. wzbogacono rozdziały poświęcone lekom pochodzenia naturalnego, szczególnie, płynom do wlewów, środkom diagnostycznym i radiofarmaceutycznym.



Wybrane zagadnienia z pediatrii

pod red. **Jacka J. Pietrzyka**

tom I, wyd. I, Kraków 2004, **Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego**,

31-126 Kraków, ul. Michałowskiego 9/2,

tel. 012-631-18-80, faks 012-631-18-83, dział promocji

tel. 012-631-18-97, 0502-075-650, e-mail: press@uj.edu.pl, str. 266

Jest to pierwszy tom podręcznika pediatrii, którego autorami są specjaliści z Instytutu Pediatrii Collegium Medicum UJ. Cała seria liczy pięć tomów, każdy z nich stanowi odrębną całość poświęconą różnym zagadnieniom pediatrii. Książka adresowana głównie do studentów medycyny. Przedstawia zasady badania fizykalnego dziecka, zasady żywienia zdrowego i chorego dziecka oraz zasady profilaktyki w pediatrii. W kolejnych rozdziałach omówiono semiotykę i stany nagłe w pediatrii.



Medycyna sportowa

pod red. **Anny Jegier, Krystyny Nazar, Artura Dziaka**

wyd. I, Warszawa 2005, wyd.: **Polskie Towarzystwo**

Medycyny Sportowej, Zarząd Główny, 90-647 Łódź,

pl. Hallera 1, tel. 042-639-32-15, faks 042-639-32-18,

e-mail: ptms@ptms.org.pl; www.ptms.org.pl, str. 760.

Zamówienia: www.sporty.pl; Internetowa księgarnia sportu

ul. Jutrzenki 6a, 52-322 Wrocław, tel./fax 071-333-79-03,

071-790-26-58 e-mail: ksiegarnia@sporty.pl; cena: 100.00 zł

Medycyna sportowa zwana również medycyną aktywności ruchowej, jest interdyscyplinarną dziedziną wiedzy lekarskiej wykorzystującą osiągnięcia antropologii, biologii, biochemii, fizjologii i teorii treningu sportowego oraz takich dyscyplin klinicznych jak: ortopedia, traumatologia, pediatria, choroby wewnętrzne i kardiologia. Podstawowym celem medycyny sportowej jest ochrona zdrowia osób biorących udział w aktywności fizycznej począwszy od zajęć wychowania fizycznego do sportu wyczynowego, od rekreacji do treningu zdrowotnego i od profilaktyki chorób do ich leczenia i rehabilitacji.



Kształtowanie się krzywizn fizjologicznych i zakresów ruchomości odcinkowej kręgosłupa człowieka w wieku 3-35 lat w obrazie elektrogoniometrycznym

Jacek Lewandowski

Poznań 2006, wyd.: **Akademia Wychowania Fizycznego**

im. Eugeniusza Piaseckiego, 61-871 Poznań,

ul. Królowej Jadwigi 27/39, tel. 061-835-52-29, 061-835-52-20

Publikacja omawia metody pomiarowe krzywizn fizjologicznych kręgosłupa i zakresów ruchomości odcinkowej. Materiały i metody badawcze

odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego. Wyniki badań – ich ocenę, ontogenezę i analizę. Cytowana jest również dyskusja nad zagadnieniem i wnioski. W aneksie znajdują się bogate materiały ilustracyjne, siatki percentylowe, wartości normatywne krzywizn fizjologicznych kręgosłupa, wartości normatywne zakresów ruchomości odcinkowej. Publikacja zawiera również obszernie piśmiennictwo.



opr. md