



NR 3

MAJ-CZERWIEC
ROK XVI (2007)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

XXIII Zjazd Lekarzy Delegatów WIL
O potrzebie aktualizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej
Jubileusz prof. Kazimierza Trznadla
Czarny Public Relations
Lekarz komturów krzyżackich





22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo – Rehabilitacyjny w Ciechocinku

22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo – Rehabilitacyjny w Ciechocinku położony w otoczeniu pięknego parku zaprasza na leczenie uzdrawiskowe oraz rehabilitację o profilach:

Kardiologicznym i chorób naczyń
Reumatologicznym
Ortopedycznym
Neurologicznym
Chorób układu oddechowego
Cukrzycy i otyłości
Kobiety po mastektomii

Realizujemy leczenie w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym na skierowania z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz PEŁNOPŁATNE.



SZPITAL W OTOCZENIU PIĘKNEGO PARKU



ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY

POSIADAMY:

- ✓ Pokoje 1 – i 2 – osobowe z łazienką, TV satelitarną, telefonem, radiem
- ✓ Nowoczesny Zakład Przyrodoleczniczy – wykonujemy ok. 40 rodzajów zabiegów, w tym także zabiegi leczniczo – rehabilitacyjne z wykorzystaniem surowców naturalnych (solanki, borowiny)
- ✓ KRIOKOMORE
- ✓ Basen z atrakcjami wodnymi: 4 tory pływackie, sztuczna rzeka, masaże karku, jacuzzi, gejzery podwodne oraz sauna fińska i łaźnia parowa
- ✓ Salę konferencyjną z wyposażeniem audiowizualnym
- ✓ Fitness Club
- ✓ Parking strzeżony



POKOJ 2 - OSOBOWY



BASEN Z ATRAKCJAMI WODNYMI

OFERUJEMY:

- ✓ Całodobową opiekę medyczną
- ✓ Konsultacje specjalistyczne
- ✓ Psychoterapię
- ✓ Ozonoterapię
- ✓ Diagnostykę medyczną wykonywaną na nowoczesnej aparaturze i laboratoryjną w zakresie ww. profili leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii
- ✓ Całodzienną wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja) w tym diety (m.in. przeciwmiażdżycowa, niskokaloryczna, lekkostrawna, cukrzycowa)



PROBA WYSEKOWA



FITNESS CLUB



MASAŻ PODWODNY + HYDROIMNASTYKA

22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo - Rehabilitacyjny SP ZOZ
ul. Wojska Polskiego 5, 87-720 Ciechocinek,
www.sanatorium-wojskowe.ciechocinek.pl,
office@sanatorium-wojskowe.ciechocinek.pl

Rezerwacja i informacja: (054) 283 3211 wew. 3584 lub 3684

Koleżanki i koledzy,

Wiosna, którą mamy już w pełnym rozkwicie, nastroja rodzaj ludzki do optymizmu. Przyroda, jeśli zechcemy ją podglądać, jest w tym okresie szczególnie fascynująca, wokół wszystko rozkwita i nabiera barw, a słońce coraz dłużej syci nas swoim ciepłem – mamy też znacznie więcej zapału i chęci do życia, co wyzwała w nas nowe i często niespożyte siły. Mamy więcej pomysłów i planów dotyczących naszej lekarskiej korporacyjnej działalności.

Widoczne były te nastroje (różne) na ostatnich spotkaniach Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej w dniu 29 marca oraz dnia następnego, na zjeździe budżetowym Wojskowej Izby Lekarskiej.

Na posiedzeniu Rady Lekarskiej kolega płk prof. dr hab. med. Waldemar Banasiak, nowy Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie omówił problemy, z którymi boryka się ta szacowna placówka oraz swoje plany rozwoju szpitala przy Szaserów – optymizm i determinacja godna podziwu. Myślę, że powinniśmy wspierać te wszystkie działania, które poprawią wizerunek WIM w oczach nie tylko mieszkańców Warszawy, ale i wszystkich środowisk wojskowych, jako szpitala o najwyższym poziomie referencyjnym, przyjmującego pacjentów ze środowisk wojskowych do dalszego leczenia.

Omawiano także problemy braku lekarzy wojskowych w naszych siłach zbrojnych. Oficjalne wypowiedzi sugerują, że takich nieobsadzonych stanowisk jest ponad 430. To bardzo dużo. Z nieoficjalnych wypowiedzi wiemy, że MON nie ma pomysłu co zrobić, by obsadzić taką liczbę wolnych etatów. Swego czasu, gdy decyzją polityczną likwidowano Wojskową Akademię Medyczną, Wojskowa Izba Lekarska w oficjalnym stanowisku ostrzegła, że w krótkim czasie po tej decyzji w wojsku zabraknie lekarzy wojskowych. Niestety, zostało ono przez najwyższe czynniki w Rzeczypospolitej zignorowane, a nawet próbowano uciszyć nas za te wypowiedzi. Dziś jako jeden z tych, którzy głośno protestowali przeciw likwidacji WAM powinienem mieć satysfakcję – „a nie mówiliśmy” (...)

I co z tego? Satysfakcja w tym przypadku nie cieszy. No więc usłyszeliśmy propozycję powołania no-

wego tworu, czegoś na kształt WAM, ale w Warszawie, który kształciłby oficerów lekarzy. Pomyślowi przyklaskujemy, chociaż pewnie nie tylko my wiemy, że z tej przyszłej uczelni nowi lekarze wojskowi trafią do służby w jednostkach za 7-8 lat – a dziś co? Brak sensownej odpowiedzi. A co Wy szanowni koledzy i czytelnicy o tym sądzicie? Wbrew pozorom nasz „Skalpel” czytany jest w tych gremiach, które mają wpływ na decyzje nie tylko personalne. 30 marca odbył się zjazd budżetowy Wojskowej Izby Lekarskiej, którego zasadniczym celem było rozliczenie i udzielenie absolutorium Prezesowi i Radzie Lekarskiej WIL oraz przyjęcie sprawozdania finansowego, z działalności Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z działalności Sądu Lekarskiego WIL oraz przyjęcie planu finansowego WIL na rok 2007. Z zaproszonych gości zjazd zaszczylił Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, kolega Konstanty Radziwiłł oraz Naczelny Lekarz WP, kolega płk Piotr Rusecki. Prezes NIL omówił najistotniejsze problemy, z którymi boryka się korporacja lekarska. A są to:

- niskie płace lekarzy i pozostałego personelu placówek ochrony zdrowia;
- brak polityki zdrowotnej i brak widocznych działań władz RP, by zmniejszyć braki kadrowe; brak możliwości kształcenia podyplomowego lekarzy i tworząca się wyraźna luka pokoleniowa;
- bagatelizowanie przez władze realnej groźby strajków i niezadowolonia w szpitalach;
- coraz wyraźniejsza polaryzacja środowiska lekarskiego i ucieczka za granicę za chlebem lekarzy, szczególnie tych młodszych;
- Ministerstwo Zdrowia raczej nie współpracuje z NIL.

Z kolei kolega Piotr Rusecki przedstawił krótko plany MON i nowo powstałego Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia dotyczące poprawy mizernej obecnie sytuacji wojskowej służby zdrowia. Usłyszeliśmy tu co sami już dawno wiemy, że – eufemistycznie mówiąc – jest dużo do zrobienia, a organizacja i wyposażenie placówek polowej i stacjonarnej służby zdrowia będzie się realizować w miarę przydzielonych środków finansowych. Bo cóż można więcej powiedzieć?



Braki kadrowe, braki sprzętu i wyposażenia, braki realnych możliwości kształcenia podyplomowego, szczególnie kolegów lekarzy z jednostek wojskowych oraz brak perspektyw rozwojowych i kadrowych są nam wszystkim znane. Ci, którzy mogą decydować, nie chcą przed Zjazdem się wytłumaczyć, a może też znają te problemy lecz nie znają odpowiedzi i już nie odpowiadają na zaproszenie Wojskowej Izby Lekarskiej.

Po wystąpieniach zaproszonych gości oraz zrealizowaniu części merytorycznej zjazdu był jeszcze czas na wypowiedzi delegatów dotyczące aktualnie nurtujących nas wszystkich spraw. Kolejni mówcy, nasi koledzy, przedstawili swoje problemy, z którymi często nie mogą sobie poradzić. Z tych wypowiedzi przebija się niestety nie najlepszy, rzeczywisty obraz wojskowej służby zdrowia. Poruszono sprawy, których pojedynczy lekarz wojskowy nie jest w stanie rozwiązać. Konieczne są tu radykalne i systemowe rozwiązania organizacyjne, finansowe i kadrowe na szczeblu Ministerstwa Obrony Narodowej i to podejmowane jak najszybciej. Każda zwłoka w czasie będzie tylko pogłębiać stan, który można by nazwać - powolnym upadkiem wojskowej służby zdrowia. My działacze korporacji zawodowej mamy nadzieję, że wreszcie Nasi Wielcy Decydenci zaczną traktować nasze postulaty i propozycje poważnie, a nie jak to wiosną bywa – jak coraz głośniejsze brzęczenie nowych rzesz much i komarów.

Konrad MAĆKOWIAK
Wiceprzewodniczący WIL

WYDAWCA:Wojskowa Izba Lekarska
ul. Koszykowa 78
00-909 Warszawa

tel. (0-22) 6211211

(0-22) 6210493

tel. MON: 845675

845653

tel./fax MON: 845580

e-mail: wojsko@hipokrates.org

www.wil.oil.org.pl

Konto WIL:

PKO BP S.A.

IX O/Warszawa

50 1020 1097 0000 7802 0001 6741

Redaktor naczelny:

Zbigniew Ulanowski

e-mail: z.ulanowski@wp.pl

tel. (0-22) 621 04 93 w. 5 lub 184

Sekretarz redakcji:

Ewa Kapuścińska

e-mail: ewka@naszemedia.com.pl

tel. (0-22) 621 04 93 w. 5 lub 184

Rada Redakcyjna:

Marian Brocki

Krzysztof Chomiczewski

Kazimierz Cieślík

Sławomir Marat

Zdjęcie na I okładce:

fot.: Zbigniew Ulanowski

Druk:

Zakład „Poligraf”

tel. (0-22) 665-27-08

Nakład: 4350 egz.

ISSN 1230-493x

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów i zmian redakcyjnych w nadsyłanych tekstach.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść listów do redakcji, ogłoszeń i reklam.

Spis treści

nr 3/2007

Szpaltła Prezesa – <i>Konrad Maćkowiak</i>	1
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z 12 marca 2007 r.	3
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z 19 marca 2007 r.	4
Stanowisko i apel do lekarzy Przewodniczącego ORL w Warszawie	6
XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa SA WAM	7
Jubileusz prof. Kazimierza Trznadla – <i>Lucjan Pawlicki</i>	8
Zasady udostępniania dokumentacji medycznej	11
Uwaga! Praca dla lekarzy na statku rybackim	11
Lekarz komturów krzyżackich – <i>Witold Lisowski</i>	12
Zmiany w składzie Zespołu Konsultantów Wojskowej Służby Zdrowia	14
Krakmedica 2007	14
Oferta pracy dla lekarzy stomatologów	14
Udział 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Lublinie	15
w „Polskim Projekcie 400 Miast” – <i>Władysław Witczak</i>	15
XXIII Zjazd Lekarzy Delegatów WIL – <i>Zbigniew Ulanowski</i>	16
O potrzebie aktualizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej – <i>Adam Skrzypkowski</i> ..	20
Broń chemiczna od Ypres do metra tokijskiego – <i>Jerzy Mierzejewski</i>	26
Czarny Public Relations – <i>Konrad Maćkowiak</i>	31
Nowe akty prawne	32

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA**Przewodniczący WIL:**

prof. dr hab. med. Marian Brocki

Wiceprzewodniczący WIL:

lek. dentysta Bogdan Barut

płk lek. Piotr Dziegielelewski

lek. Konrad Maćkowiak

płk lek. Jerzy Chmielewski

Sekretarz WIL:

dr n. med. Marian Dójczyński

Zastępca Sekretarza WIL:

dr n. med. Zbigniew Zaręba

Skarbnik WIL:

lek. Jerzy Staszczuk

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

prof. dr hab. med. Krzysztof Chomiczewski

Przewodniczący Sądu Lekarskiego:

płk lek. Sławomir Marat

Przewodniczący Komisji ds. Rejestru Lekarzy i Wydawania Prawa**Wykonywania Zawodu oraz Prywatnych Praktyk Lekarskich:**

dr n. med. Zbigniew Zaręba

BIURO WIL**Dyrektor Biura WIL:**

dr n. med. Kazimierz Cieślík

Sekretariat Biura WIL:

Ewa Petaś

tel. (0-22) 621 12 11 w. 179

tel. (0-22) 621 04 93

Główna Księgowa:

Anna Rosowska

tel. (0-22) 621 04 93 w. 174

Sąd Lekarski:

mgr Bogdan Sieradzki

tel. (0-22) 621 04 93 w. 178

Rejestr lekarzy:

mgr Edyta Klimkiewicz

tel. (0-22) 621 04 93 w. 186

fax (0-22) 621 04 93 w. 195

Praktyki prywatne:

Patrycja Wonatowska

tel. (0-22) 621 04 93 w. 175

fax (0-22) 621 04 93 w. 195

Składki członkowskie:

mgr Dominika Sałapa

tel. (0-22) 621 04 93 w. 180

SKOK Izb Lekarskich:

Elżbieta Walczak

tel. (0-22) 684 56 75 w. 180,

pon. 8-13, wt. i czw. 14-18

Godziny pracy biura WIL: poniedziałek-piątek: 8.00-15.00

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL

12 marca 2007 r.

To miało być nadzwyczajne posiedzenie RL WIL z udziałem Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia i dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego. Oczekiwanie członków Rady Lekarskiej na informacje „z pierwszej ręki” o zaistniałych i nagłośnionych w mediach nieprawidłowościach w Wojskowym Instytucie Medycznym spełży jednak na niczym. Nie przybył ani Szef Inspektoratu, gen. Marek Kondracki, który w tym dniu musiał uczestniczyć w odprawie kierowniczej kadry MON, ani jego przedstawiciel. Tym samym zabrakło też zaproszonego na posiedzenie dyrektora WIM, którego udział w osamotnieniu, stał się prawdopodobnie niemożliwy. W pierwszej części posiedzenia uczestniczył za to Przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, dr Andrzej Włodarczyk. Obok 17 członków RL WIL, w posiedzeniu wzięli udział także: Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL – prof. Krzysztof Chomiczewski, przewodniczący Komisji Rewizyjnej WIL – dr Ryszard Zachar, dyrektor Biura WIL – dr Kazimierz Cieślík, dr W. Jakimyszyn ze 108 SzW w Elku, autor tej relacji oraz radca prawny.

Posiedzeniu przewodniczył prof. Marian Brocki. Bez uwag i zmian przyjęto zaproponowany porządek posiedzenia. Prof. M. Brocki poinformował zebranych o sprawach omawianych na posiedzeniach NRL, zwłaszcza w kontekście wydarzeń w resortowej służbie zdrowia i formy ich przedstawiania w mediach. Dotyczyło to zwłaszcza sposobu zatrzymania kardiochirurga dr. G. ze szpitala MSWiA i pokazowej konferencji prasowej szefa CBA i ministra sprawiedliwości. Takie zachowanie przedstawicieli władz spotkało się z ostrym sprzeciwem NRL i środo-

wisk lekarskich. Wyrazem tego jest m.in. stanowisko i apel przewodniczącego OIL w Warszawie, dr. Andrzeja Włodarczyka, z którym zapoznani zostali uczestniczący w posiedzeniu i który publikujemy w bieżącym numerze „Skalpela” (str. 6).

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL, prof. Krzysztof Chomiczewski odniósł się do nagłośnionej przez gazetę „Dziennik” sprawy prof. Wiesława Jędrzejczaka, pracującego poza wojskiem ale będącego nadal członkiem Wojskowej Izby Lekarskiej. Wyjaśnił, że o sprawie i zarzutach jakimi obciążono pana Profesora W. Jędrzejczaka dowiedział się z prasy, bowiem WIL nie była o nich wcześniej informowana. Po skontaktowaniu się z Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej dowiedział się, że sprawa trafiła do OIL w Warszawie. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej tej izby skierowała zawiadomienie do prokuratury. Sprawa, jak się okazało, dotyczyła zdarzenia sprzed 3 lat, a wiele wskazuje na to, że u jej podłoża leżało niezadowolenie konkurencyjnej dla kliniki profesora firmy MEDIGEN. Za zaistniałe błędy proceduralne NIL i warszawskiej OIL, zwłaszcza nie sprawdzenie, do której izby lekarskiej należy prof. W. Jędrzejczak i nie przekazanie zawiadomienia do ROZ WIL – przeprosił dr A. Włodarczyk.

Prof. K. Chomiczewski powiedział też, że w sprawach dotyczących WIM nie otrzymał żadnego oficjalnego zawiadomienia upoważniającego go do wszczęcia jakiegokolwiek postępowania.

Przewodniczący OIL w Warszawie, dr A. Włodarczyk przedstawił swoją opinię w sprawie dotyczącej dr. G, a następnie uzasadnił powody jakimi kierował się przy-

gotowując stanowisko i apel do lekarzy nawiązujące do tego zdarczenia. Rada Lekarska WIL w pełni poparła stanowisko i apel dr. A. Włodarczyka.

W dalszej części posiedzenia Rada Lekarska WIL jednogłośnie udzieliła poparcia kandydatom na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie zdrowia:

1. **ppłk. dr. n. med. Piotrowi GRABOWSKIEMU**, przewidywanemu do objęcia stanowiska ordynatora Oddziału Intensywnej Terapii Pooperacyjnej w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy;
2. **ppłk. dr. n. med. Leszkowi FUDELAJOWI**, przewidywanemu do objęcia stanowiska ordynatora Klinicznego Oddziału Reumatologii w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu.

Ponadto, Rada Lekarska WIL jednogłośnie podjęła uchwały w sprawach: dokonania wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, dodania lub skreślenia adresu wykonywania praktyk, skreślenia z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich oraz dodania kolejnej dziedziny wykonywanej praktyki – zgodnie z przedłożonymi wnioskami. Podjęła też uchwały:

- **nr 425/07/IV** w sprawie przyjęcia w poczet członków WIL lekarzy:
 - Piotra Górnego
 - Justyny Sałaty-Nowak
 - Andrzeja Soszyskiego
 - Daniela Żdżalika;
- **nr 426/07/IV** w sprawie skreślenia z ewidencji zmarłych lekarzy:
 - Leszka Bukowskiego
 - Ryszarda Piotrowskiego;

- nr 427/07/V w sprawie składu osobowego Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.

Rada Lekarska rozpatrzyła ponadto wnioski i przyznała zapomogi pieniężne żonom zmarłych oficerów lekarzy, wysłuchała też przedstawiciela lekarzy oficerów ze 108 Szpitala Wojskowego w Elku, kol. Wojciecha Jakimyszyna, który przedłożył do decyzji Rady pisemne prośby 17 lekarzy o udzielenie zapomóg pieniężnych w związku z niewypłacaniem im w terminie należnego uposażenia. Taki stan zaistniał w szpitalu w związku z zadłużeniem placówki i zajęciem konta szpitala przez komornika. Po dyskusji Rada postanowiła przyznać wnioskującym zwrotne zapomogi finansowe i o powyższym fakcie powiadomić MON.

Jednocześnie Rada jednogłośnie zobligowała radcę prawnego WIL do zbadania zasadności i ewentualnego przygotowania wniosków do:

- Wojskowej Prokuratury Okręgowej w Warszawie o zbadanie zgodności z prawem nie wypłacenia oficerom lekarzom uposażenia;
- Rzecznika Praw Obywatelskich o zbadanie zgodności z prawem zapisów o wynagradzaniu oficerów lekarzy pozostających w czynnej służbie wojskowej i zatrudnionych poza jednostkami organizacyjnymi Ministerstwa Obrony Narodowej.

Na koniec, Przewodniczący Komisji Kształcenia, prof. Jan Błaszczak poinformował Radę, iż nie jest prawdą – jak twierdził Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia MON – że wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nie ma kandydatów do służby wojskowej. Takich kandydatów, studentów 4 i 5 roku studiów, jest na Uniwersytecie Medycznym ponad 50. Kolejne posiedzenie Rady Lekarskiej postanowiono odbyć w przeddzień XXIII Zjazdu lekarzy Delegatów WIL.

Z.U.

Posiedzenie RL WIL

29 marca 2007 r.

W przededniu XXIII Zjazdu Lekarzy Delegatów WIL odbyło się posiedzenie Rady Lekarskiej WIL.

Uczestniczył w nim prof. dr hab. med. Waldemar Banasiak, od kilku miesięcy Dyrektor WIM w Warszawie. Obecni byli także: przewodniczący Komisji Rewizyjnej WIL – dr Ryszard Zachar, radca prawny i redaktor naczelny „Skalpela”. Przewodniczący WIL, prof. M. Brocki złożył krótką relację z posiedzenia Konwentu Przewodniczących OIL, które odbyło się 25 marca br. z udziałem przewodniczącego Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, kol. Krzysztofa Bukieła. Prof. M. Brocki poinformował zebranych, że na spotkaniu tym omawiano:

- przygotowania do wiosennej akcji protestacyjnej lekarzy. Przewodniczący ZK OZZL zabiega, aby w Warszawie odbyły się marsze protestacyjne, a w szpitalach – strajki. Samorząd lekarski w pełni popiera stanowisko OZZL w kwestii ustawowego uregulowania minimalnej płacy dla lekarzy,

jednakże sceptycznie odnosi się do akcji strajkowej, deklarując wsparcie dla wszystkich lekarzy, którzy zdecydują się wziąć udział w strajkach i którzy mogliby znaleźć się w potrzebie w związku z udziałem w tej formie protestu;

- ministerialny projekt nowelizacji ustawy o izbach lekarskich. Konwent krytycznie, jednogłośnie odniósł się do pomysłu zmiany zasięgu terytorialnego okręgowych izb lekarskich (jedna izba – jedno województwo) uznając, że nie ma teraz takiej potrzeby, a gdyby zaistniała dysponuje sam możliwością dostosowania granic OIL;
- sprawy nazewnictwa i procedur medycznych oraz liczenia kosztów wg skali amerykańskiej.

Mając na względzie sprawny przebieg XXIII Zjazdu Lekarzy, Rada Lekarska wytypowała i przyjęła skład prezydium Zjazdu, komisji mandatowej i komisji uchwał i wniosków. Zgłoszone kandydatury zostały zaakceptowane jednogłośnie. Na przewodniczącego Zjazdu zdecydowano zgłosić kol. Artura Płachtę.



Od prawej: prof. M. Brocki, prof. W. Banasiak, prof. J. Błaszczak.



Następnie oddano głos gościowi Rady, płk. prof. dr hab. med. W. Banasiakowi, który swoje wystąpienie zaczął od wyjawienia powodu, dla którego zdecydował się wziąć udział w konkursie na dyrektora WIM. Przyjmując, że wojskowa służba zdrowia jest „na wymarcu”, podjął się tego wyzwania, bo uznał, że Wojskowy Instytut Medyczny jest jedynym realnym miejscem do kształtowania nowej rzeczywistości, swobodnego kontraktatu. Prof. W. Banasiak przyznał, że zarówno w WIM jak i w całej wojskowej służbie zdrowia sytuacja jest bardzo trudna i wymaga szeregu reform. Jednym z palących problemów (z czym nie trudno się zgodzić), jest problem z edukacją przed- i podyplomową lekarzy wojskowych. W sytuacji gdy braki sięgają już blisko 500 lekarzy nie da się tego załatwić w prosty sposób, naborem absolwentów cywilnych akademii medycznych – mówił prof. W. Banasiak. Dzisiaj oferta wojska jest dla nich mało zachęcająca, dlatego uważa, że błędną decyzję o likwidacji WAM trzeba pilnie naprawić poszukując nowych rozwiązań systemowych. Koncepcje są różne, mówił, ale na początek warto powołać korpus osobowy ratowników medycznych, którzy wydatnie mogliby odciążyć lekarzy od wielu obecnych obowiązków (zabezpieczenie medyczne szkoleń poligonowych, strzelania, szkolenie sanitarne żołnierzy). Prof. W. Banasiak przedstawił nową, wstępną koncepcję kształcenia przy-

szłych lekarzy wojskowych. Zakłada ona powołanie wydziału wojskowo-medycznego SZ RP w Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie kształcenie trwałoby przez pierwsze 3 lata studiów, natomiast przez kolejne 3 lata – w WIM. Szkolenie wojskowe odbywałoby się w oparciu o Wojskową Akademię Techniczną w Warszawie. Konieczne będzie podpisywanie kontraktów zobowiązujących do 10-12 lat służby w wojsku. Absolwenci otrzymywali by dyplom AM w Warszawie. Szkolenie specjalistyczne realizowane ma być odpowiednio do potrzeb armii, a określić jacy lekarze będą jej potrzebni będzie można wówczas, gdy wiadomo będzie jaka ma być armia.

Profesor mówił, że koncepcja edukacji musi być wpisana w całą koncepcję wojskowej służby zdrowia, obecnie przygotowywaną w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia i gdy zostanie przyjęta będzie przedstawiona ministrowi.

Z przedstawioną koncepcją polemizował przewodniczący WIL prof. M. Brocki oraz prof. J. Błaszczak – dziekan wydziału wojskolekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Obaj panowie uważają, że jest to „wyważanie otwartych drzwi”, gdyż takie kształcenie może z powodzeniem odbywać się w Łodzi gdzie jest wystarczająca do tego baza, a nowy pomysł zrodzi szereg perturbacji organizacyjnych, prawnych i finansowych. W ożywionej dyskusji, w której usłyszeliśmy głosy poparcia dla samej idei podjęcia kształcenia lekarzy od podstaw i przedstawionej przez prof. Banasiaka, wzięli udział m.in. koledzy: B. Barut, J. Małecki, S. Antosiewicz, Z. Zaręba, E. Dziuk. Profe-

sor E. Dziuk zachęcał do wypracowania jednej koncepcji, w przeciwnym razie sprawa może znowu upaść. Dwugłosu środowiska obawia się też prof. Banasiak. Może on bowiem spowodować zawahanie ze strony decydentów. Kol. Jerzy Chmielewski pytał, czy aby nowa strategia kształcenia przeddyplomowego nie jest tematem zastępczym. Uważa, że już dzisiaj trzeba rozwiązać problemy kształcenia podyplomowego lekarzy pełniących służbę – w przeciwnym razie będą nadal z wojska odchodzić. Obaw tych nie podzielił prof. Banasiak, który stwierdził, że kształcenie podyplomowe musi być komplementarne z przeddyplomowym, a kończąc dyskusję stwierdził, iż wszystko wskazuje na to, że kształcenie przyszłych lekarzy odbywać się będzie jednak w Warszawie.

W dalszej części posiedzenia Rada Lekarska WIL, na wniosek przewodniczącego Komisji ds. Rejestru Lekarzy i Praktyk Prywatnych, kol. Z. Zaręby, podjęła uchwały w sprawach: wydania zezwoleń i dokonania wpisów do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, dodania lub skreślenia adresu wykonywania praktyk, skreślenia z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich oraz dodania kolejnej dziedziny wykonywanej praktyki – zgodnie z przedłożonymi wnioskami.

Podjęła też uchwały:

- **nr 516/07/V** w sprawie skreślenia z ewidencji zmarłego lekarza Marka Romańskiego;
- **nr 517/07/V** w sprawie skreślenia z ewidencji lekarza Sebastiana Dominiaka, z powodu ubycia do innej OIL;
- **nr 518/07/V** w sprawie wydania duplikatu PWZ lek. Jerzemu Adamusowi;
- **nr 519/07/V** – w sprawie zobowiązania lekarza do odbycia przeszkolenia w związku ze stwierdzeniem przerwy w wykonywaniu zawodu;

- **nr 520/07/V** – w sprawie przyjęcia w poczet członków WIL w związku z powołaniem do zawodowej służby wojskowej:
 - lek. Joanna Teterycz-Wyrwas
 - lek. Juliusz Wyrwas.

Rada Lekarska udzieliła poparcia kandydatom na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie zdrowia:

- **prof. dr. hab. n. med. Piotrowi PAWŁOWI PONIKOWSKIEMU**, przewidywanemu do objęcia stanowiska Kierownika Ośrodka Chorób Serca w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu;
- **mjr. lek. Dariuszowi KLEKOTKO**, przewidywanemu do objęcia stanowiska ordynatora Oddziału Urazowo-Ortopedycznego w 108 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Elku;
- **lek. Alicji FURMAŃSKIEJ**, przewidywanej do objęcia stanowiska ordynatora Oddziału Psychiatrycznego w 7 Szpitalu Marynarki Wojennej w Gdańsku-Oliwie.

Rada Lekarska powróciła też do omawianej na poprzednim posiedzeniu sprawy zapomóg dla lekarzy ze 108 Szpitala Wojskowego w Elku i podjętych, w związku ze zdarzeniami w tym szpitalu, decyzji. Ponieważ lekarzom uposażenia zostały wypłacone – chociaż z opóźnieniem – Rada cofnęła swoją decyzję z dnia 12 marca br.

Po zapoznaniu się z analizą prawną dotyczącą nieterminowego wypłacania uposażeń oficerom – pracownikom SP ZOZ, Rada Lekarska wycofała także wnioski o skierowanie sprawy do prokuratury wojskowej i Rzecznika Praw Obywatelskich. Z upoważnienia Rady, stosowne pismo o podjęcie działań zmieniających zasady opłacania lekarzy-oficerów pracujących poza wojskiem, Przewodniczący WIL wystosował poprzez dyrektora Departamentu Kadr MON do ministra obrony narodowej.

Z.U.

Stanowisko i apel do lekarzy przewodniczącego ORL w Warszawie z dnia 23 lutego 2007 roku

W związku z ujawnianymi w ostatnich dniach tzw. aferami korupcyjnymi w szpitalach resortowych w Warszawie, jako przewodniczący okręgowej rady lekarskiej – izby, na terenie której wspomniane wydarzenia mają miejsce, przedstawiam stanowisko w tej sprawie.

Samorząd lekarski, którego jednym z podstawowych zadań jest sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz dbanie o przestrzeganie zasad etyki zawodowej, potępia zachowania niezgodne z tymi zasadami. We wszystkich zgłoszonych przypadkach podejmował zawsze przewidziane prawem działania.

Nie tolerując i nie usprawiedliwiając pojedynczych zachowań korupcyjnych, których jednak nie wolno utożsamiać z całym środowiskiem, nie można pomijać oczywistych – istniejących od lat – wad systemu ochrony zdrowia w Polsce, w ogromnym stopniu mających wpływ na ich występowanie.

Wadliwa od lat organizacja państwowego systemu ochrony zdrowia, jego chroniczne niedofinansowanie i błędne decyzje polityczne kolejnych rządów spowodowały sytuację, w której pogarsza się dostęp do świadczeń medycznych i utrwała poczucie zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce. Wieloletnie oczekiwanie chorych na planowe operacje, wielomiesięczne kolejki do lekarzy specjalistów – pogarszają wyniki leczenia, niezależnie od wysiłków lekarzy.

Wielokrotnie, niestety bez powodzenia, proponowaliśmy politykom wprowadzenie zmian systemowych, które zmieniłyby tę sytuację i jedno-

cześnie ograniczyłyby – w sposób istotny – możliwość występowania zachowań korupcyjnych. Nie przypadkiem w zakładach opieki zdrowotnej działających w ramach systemu rynkowego zjawiska te nie mają miejsca. Niewątpliwie wpływ na ich występowanie mają również upokarzająco niskie zarobki w ochronie zdrowia.

„Pochopne i przedwczesne ferowanie wyroków (...), wykorzystywanie wstępnych ustaleń śledztwa w celach propagandowych (...) może prowadzić do naruszenia zasad państwa prawa i łamania praw człowieka” – czytamy w oświadczeniu Komitetu Helsińskiego. Sposób, w jaki przeprowadzono spektakularne zatrzymanie lekarzy, oraz niektóre wypowiedzi członków rządu (cyt.: „Dochodziło do czynów, które mieszczą się w kategorii zbrodni. Już nikt nigdy przez tego pana życia pozbawiony nie będzie”...) mogą wskazywać na to, że jest to działanie mające zdyskredytować środowiska lekarskiego.

Fakt ten jest niezwykle niebezpieczny, zważywszy, że jednym z podstawowych elementów w relacjach: lekarz – pacjent jest zaufanie tego ostatniego do lekarza. Ilu chorych, usłyszawszy z ust ministra sprawiedliwości nieusprawiedliwioną (bo bez wyroku sądowego) informację o lekarzu mordercy, nie zgłosi się na czas do lekarza lub nie podda koniecznemu leczeniu?

Sposób, w jaki służby specjalne działają w ostatnim czasie, np. w środowisku lekarzy związanych z pobieraniem narządów od zmarłych w celu ich późniejszego przeszczepienia chorym i przypisywanie niskich pobudek lekarzom, którzy

zajmują się identyfikacją i opieką nad potencjalnymi dawcami narządów – niewątpliwie spowoduje znaczące ograniczenie liczby zabiegów transplantacyjnych w Polsce. W wyniku tego wielu pacjentów umrze. Już w tym miesiącu obserwujemy wyraźny spadek liczby pobrań narządów od dawców zmarłych. Nie przypadkiem również wydarzenia te są nagłaśniane przed zapowiadaną na wiosnę akcją protestacyjną leka-

rzy, słusznie domagających się podwyższenia wynagrodzeń.

Zwracam się z apelem do wszystkich lekarzy o zgłaszanie do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przypadków wystąpienia powikłań, komplikacji oraz przypadków śmierci pacjentów, które miały bezpośredni związek z wadliwą organizacją i niedofinansowaniem ochrony zdrowia w Polsce. Przedstawmy władzom

RP „Czarną księgę” błędów systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Niech to zmusi decydentów do natychmiastowych zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia (którego istota, tak naprawdę, nie uległa zmianie od czasów PRL) w celu poprawienia sytuacji zdrowotnej Polaków i wyeliminowania mechanizmów sprzyjających patologiom!

dr n. med. **Andrzej WŁODARCZYK**

XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stowarzyszenia Absolwentów WAM

**Dyrekcja 21 Wojskowego Szpitala Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnego w Busku-Zdroju
oraz Stowarzyszenie Absolwentów WAM
organizuje w dniach 21-23.09.2007r. w Busku-Zdroju
XI Konferencję Naukowo-Szkoleniową Absolwentów WAM**

Główny temat Konferencji: *„Choroby narządu ruchu”*

W ramach programu Konferencji przewidujemy:

- sesje naukowe i wystąpienia wybitnych specjalistów w różnych dziedzinach medycyny – absolwentów WAM;
- sesję na temat znaczenia wojskowej służby zdrowia, jej roli w misjach pokojowych;
- spotkanie integracyjne uczestników;
- posiedzenie członków Stowarzyszenia Absolwentów WAM.

Decyzją Komitetu Organizacyjnego Konferencja zostanie przeprowadzona w oparciu o ukierunkowane tematycznie referaty. Zapraszamy do czynnego uczestnictwa w Konferencji.

Organizatorzy przyjmują streszczenia prac do recenzji. Streszczenia należy przesłać w formie dokumentu Word do dnia **30.05.2007 roku** drogą elektroniczną na adres organizatora.

Całe streszczenie (łącznie z tytułem i nazwiskiem autora) nie może przekraczać 300 słów. Powinno zawierać tytuł w języku polskim i angielskim, nazwiska autorów, nazwę ośrodka, z którego pochodzi praca, maksymalnie 5 słów kluczowych, cel pracy, materiały, metody, wyniki oraz wnioski. O zakwalifikowaniu pracy do prezentacji podczas Konferencji powiadomimy autorów pocztą elektroniczną.

Biuro organizacyjne Konferencji:

21 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny
SP ZOZ
ul. Gen. F. Rzewuskiego 8, 28-100 Busko-Zdrój
tel. 041 378 01 86, fax 041 378 03 20, 041 378 09 09
e-mail: barbara.poros@21wszur.pl.

Wstępne zgłoszenia uczestnictwa prosimy przysyłać do dnia **15.06.2007 roku**.

Osobom, które zgłoszą chęć uczestnictwa prześlemy zaproszenie ze szczegółowym programem konferencji.

O udziale w konferencji decyduje kolejność zgłoszeń oraz wniesiona opłata.

Koszt uczestnictwa:

uczestnik 250 zł, osoba towarzysząca 200 zł.

Opłata za bankiet:

uczestnik 150 zł, osoba towarzysząca 150 zł.

Koszt uczestnictwa w Konferencji obejmuje noclegi i wyżywienie, ognisko, oraz inne koszty związane z organizacją Konferencji.

Wpłaty należy dokonywać na konto: BPH S.A. O/Busko, 31 1060 2100 0000 3200 0021 6390, z dopiskiem „Konferencja SA WAM”.

Zapraszamy

Komitet Organizacyjny



Płk prof. dr hab. med. Kazimierz Trznadel.

Dostojny Jubilacie
Magnificencjo Rektorze
Panie Dziekanie
Wysoka Rado Wydziału Wojskowo-
Lekarskiego Uniwersytetu
Medycznego
Szanowni Goście

Przypadł mi w udziale zaszczyt przybliżenia Państwu życiorysu i działalności prof. Kazimierza Trznadla. Pretekstem, jak wszyscy wiemy, jest 80. rocznica urodzin Profesora, postaci wielowymiarowej, również w sensie dosłownym, znakomitego lekarza, oficera Wojska Polskiego, patriotę, wspaniałego Człowieka. Stoję przed niełatwym zadaniem z dwóch powodów: po pierwsze, chciałbym obiektywnie przedstawić Państwu działalność człowieka, który dla mnie przez wiele lat był Nauczycielem i pozostał Mistrzem. Po drugie, 80 lat to spory szmat czasu i opisać je rzetelnie w krótkim wystąpieniu jest chyba zadaniem nieco mnie przerastającym. Dlatego z góry przepraszam Jubilata za wszelkie niedociągnięcia.

Dostojny Jubilat przyszedł na świat w Borkach Nizińskich w Małopolsce 3 października 1926 r. jako najmłodsza, piąta latorośl Magdaleny i Wojciecha Trznadłów. Rodzice przyszłego profesora byli rolnikami, co raczej trudno uznać za czynnik ułatwiający

Uroczyste posiedzenie Rady Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z okazji Jubileuszu 80-cio lecia prof. Kazimierza Trznadla

Jubileusz prof. Kazimierza Trznadla

start życiowy i edukację. A jednak Jubilat zawsze podkreślał swoje pochodzenie i był z niego dumny.

Po ukończeniu w 1948 r. szkoły średniej młody Kazimierz zamierzał studiować na Uniwersytecie Karola w Pradze, gdzie nawet złożył stosowne dokumenty. Jednakże zanim otrzymał informację potwierdzającą zakwalifikowanie na studia, a takowa przyszła, został powołany do odbycia służby wojskowej. Ten fakt zdecydował o kierunku dalszej kariery życiowej Jubilata.

W 1949 r. ukończył Szkołę Oficerów Rezerwy w Szczecinie. O studiach jednak nie zapomniał i w stopniu chorążego rozpoczął naukę na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego, którą kontynuował w Łódzkiej Akademii Medycznej, w ramach Fakultetu Wojskowo-Medycznego. Dyplom lekarza uzyskał w 1954 r. rozpoczynając tym samym trwającą 37 lat karierę lekarza wojskowego.

Pierwszym przydziałem służbowym Profesora było stanowisko lekarza w 39 Pułku Piechoty w Zgorzelcu, następnie w 10 Pułku Łączności we Wrocławiu. Okres wrocławski był niezwykle ważny w życiu lekarskim Jubilata, gdyż umożliwił mu kontakt z Kliniką Nefrologiczną Akademii Medycznej, gdzie początkowo jako wolontariusz, a następnie etatowy asystent pracował pod kierownictwem cenionego internisty i nefrologa profesora Zdzisława Wiktora. Tam zetknął się z poważną medycyną kliniczną, tam poznał tajniki pracy naukowej, tam – można powiedzieć – zdobywał ostrogę.

Po 4 latach pobytu we Wrocławiu w 1959 r. młody kapitan lekarz, Kazimierz Trznadel został asystentem w III Klinice Chorób Wewnętrznych WAM w Łodzi kierowanej przez prof. Andrzeja Himmela. Atmosfera w tej klinice, jak sam z sarkastycznym humorem stwierdził we wspo-

mnieniowym artykule, „była raczej dla psychicznie odpornych”. Na szczęście do takich należał. Jednakże z drugiej strony, co również podkreślał, pozytywnym nowym miejscem pracy była nowoczesna, jak na owe czasy, przykliniczna pracownia biochemiczna, która stwarzała duże możliwości prowadzenia badań naukowych.

W 1961 r. Profesor, wówczas nadal kapitan lekarz, zorganizował w Klinice ośrodek dializacyjny. W tym okresie była to pierwsza w wojskowej służbie zdrowia, a trzecia w Polsce stacja hemodializ, co należy uznać za wybitne osiągnięcie nie tylko organizacyjne, ale i techniczne. Stacja wyposażona była w 4 aparaty dializacyjne produkcji niemieckiej, skonstruowane w oparciu o model tzw. nerki freiburskiej. Należy podkreślić, że wczesne lata 60. były okresem heroiczno-romantycznym tej dziedziny medycyny, a postęp techniczny daleko odbiegał od dzisiejszego. Zatem zgodnie z duchem epoki urządzenia te wyglądały trochę jak wyjęte z powieści Juliusza Verne – posiadały olbrzymie stalowe kotły, w których płyn dializacyjny produkowano *ex tempore* metodą mieszanina odważek elektrolitów z wodą destylowaną, a podczas pracy wydawały dźwięki zbliżone do pracującego silnika samochodu Fiat 126p. Jednakże zespół kierowany przez dr. Trznadla posługiwał się tymi aparatami bardzo sprawnie i w ciągu kilkunastu lat te „sztuczne nerki” uratowały życie wielu chorym. Należy podkreślić, że ośrodek świadczył usługi lecznicze nie tylko dla wojska, ale również dla chorych cywilnych z obszaru około 1/3 Polski. Leczono przypadki ostrej i przewlekłej niewydolności nerek ale również wiele ostrych przypadków toksykologicznych.

Na przełomie lat 70. i 80. ośrodek, dzięki staraniom Profesora, wyposażony został w wielofunkcyjne

aparaty dializacyjne firmy Gambro, wówczas jedne z najnowocześniejszych w Europie. Stale śledzący postępy dializoterapii Jubilat doprowadził również do wyposażenia stacji w zestawy do hemofiltracji, umożliwiającej usuwanie z organizmu nadmiaru wody, oraz hemoperfuzji, który to zabieg polegał na przepuszczaniu krwi przez kolumnę ze specjalnie spreparowanym węglem aktywowanym i oczyszczaniu jej z niepożądanych substancji metodą absorpcji. Zestawy te wyposażone w proste pompy rotacyjne były mobilne i mogły być w razie konieczności użytkowane w dowolnym miejscu, co było praktykowane w ramach współpracy konsultacyjnej z innymi oddziałami szpitalnymi na terenie Łodzi. Należy tu podkreślić, że Profesor był pionierem tych nowoczesnych metod leczniczych w Polsce, a publikacje dotyczące ich skuteczności i efektów ubocznych zostały opublikowane w kraju i za granicą, cieszyły się dużym zainteresowaniem i były często cytowane. Ale wybiegiem zanadto w przyszłość...

W 1965 r. Jubilat obronił pracę doktorską. Jej tematem była nie dializoterapia, „konik Profesora, lecz jak na wojsko przystało, organizacja nowego modelu polowego szpitala wewnętrznego. Na szczęście taki szpital nigdy w praktyce nie został wykorzystany, choć znając profesora działałby na pewno sprawnie. Natomiast Jubilatowi udało się uzyskać stypendium naukowe w Klinice Nefrologicznej w Glasgow, kierowanej przez profesora Kennedy'ego. Tam właśnie zrodziło się Jego zainteresowanie skutkami ubocznymi dializoterapii, co zaowocowało badaniami i obronioną w 1972 r. rozprawą habilitacyjną pt. „Kliniczne i doświadczalne badania nad patogenезą dializacyjnego zespołu zaburzeń równowagi biologicznej”.

W latach 1968-1975 Jubilat pracował pod kierunkiem prof. Konstantego Markiewicza, z którym opublikował wiele prac. W tym okresie Klinika pełniła dyżury toksykologiczne dla mieszkańców Łodzi, co było źródłem bogatego materiału klinicznego stanowiącego podstawę dla licznych wspólnych publikacji z zakresu toksykologii.

W 1975 r. wprowadzono w WAM reorganizację instytutową, w ramach której Profesor został kierownikiem nowoutworzonej II Kliniki Chorób Wewnętrznych WAM, przemianowanej następnie na II Klinikę Chorób Wewnętrznych, Interny Polowej i Toksykologii. Zespół Kliniki został skompletowany w części z byłego zespołu III Kliniki Chorób Wewnętrznych i uzupełniony o młodych absolwentów WAM. Jednym z nich był piszący niniejszy tekst. Profesor nawiązał niezwykle owocną współpracę naukową z Zakładami Fizjologii i Patofizjologii WAM, kierowanymi przez prof. prof. Józefa Kędziore i Henryka Tchórzewskiego. Efektem tej współpracy były dalsze badania nad ubocznymi skutkami dializoterapii. Tak powstała praca habilitacyjna ś.p. prof. Marka Luciaka, dotycząca śród-dializacyjnej degranulacji neutrofilów, a także praca habilitacyjna autora tekstu, opisująca zjawisko stresu oksydacyjnego w zabiegach pozaustrojowego oczyszczania krwi.

Dorobek naukowy oraz działalność dydaktyczno-organizacyjną Jubilata zwieńczone zostały tytułem profesora nadzwyczajnego w 1978 r., a siedem lat później tytułem profesora zwyczajnego. Wspomniany dorobek naukowy dotyczący zagadnień z zakresu nefrologii klinicznej, toksykologii i chorób wewnętrznych obejmuje 210 publikacji, których Jubilat był autorem i współautorem. Wiele z nich ukazało się w znaczących czasopiśmie zagranicznych, takich jak: „Clinical Nephrology”, „Nephron”, „Kidney International”, „Free Radical Biology” and „Medicine”. Za osiągnięcia naukowe Jubilat był wyróżniany nagrodami ministra obrony narodowej I i II stopnia i Nagrodą m. Łodzi. Został również odznaczony wieloma odznaczeniami, w tym Krzyżem Kawalerskim i Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz Medalem Komisji Edukacji Narodowej.

Droga życiowa i kariera naukowa Profesora oparta była na solidnych, ale i wymagających silnego charakteru podstawach. Przez wiele lat współpracowałem z Profesorem, więc z całą odpowiedzialnością mogę stwierdzić, że polityką się interesował, ale od udziału w gremiach o charakterze politycznym zdecydowanie stro-

nił. Co więcej – umiał to robić. Jego aktywność na tym polu nie wykraczała poza niezbędne minimum będące obowiązkiem dla każdego zawodowego wojskowego. O jego zdecydowanie nie koniunkturalnej postawie życiowej może świadczyć zdarzenie z 1968 r., kiedy to głosował przeciwko usunięciu ze stanowiska swojego ówczesnego przełożonego. Był to niewątpliwie akt dużej odwagi, ale również godne pochwały świadectwo lojalności wobec nie mającego już żadnych wpływów szefa. Ta postawa zgodności z własnym sumieniem i przekonaniami charakteryzowała Go przez cały okres działalności zawodowej, także w latach późniejszych.

Żywiołem, w którym Profesor czuł się najlepiej była medycyna kliniczna oraz działalność naukowa i organizacyjna. Był aktywnym członkiem wielu gremiów doradczych i towarzystw naukowych.

Najważniejsze z nich to członkostwo w:

- Komisji Mieszanej MON-PAN ds. Współpracy Wojska z Trzema Wydziałami PAN,
- Rady Naukowej MON ds. Medycyny i Farmacji Wojskowej,
- Rady Wyższego Szkolnictwa Wojskowego i Nauki,
- Sekcji Medycznej Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego, Nauki i Techniki.

Jubilat jest również wielce zastuszony na polu organizacyjnego rozwoju nefrologii polskiej. Był:

- członkiem Komisji Nefrologicznej Wydziału Nauk Medycznych PAN
- Przewodniczącym Sekcji Nefrologicznej Towarzystwa Internistów Polskich
- jednym z ojców-założycieli i pierwszym prezesem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, które to Towarzystwo w 1992 r. nadało mu tytuł honorowego członka. Ponadto był członkiem:
- Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich, a od 1992 r. jest honorowym członkiem tego Towarzystwa;
- członkiem Europejskiego Towarzystwa Dializ i Transplantacji.

W macierzystej uczelni, Wojskowej Akademii Medycznej, profesor Kazimierz Trznadel, członek Senatu, doszedł do godności Dziekana

Uroczyste posiedzenie Rady Wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM w Łodzi

Wydziału Lekarskiego, a następnie Prorektora, zastępcy Komendanta WAM ds. Klinicznych. Był również Prezesem Wydziału IV Łódzkiego Towarzystwa Naukowego.

W latach 1982-1991 Jubilat pełnił funkcję Głównego Specjalisty Wojska Polskiego ds. Toksykologii. Ten okres działalności Jubilata wiąże się z wydarzeniem, które nigdy nie było nagłaśniane, a które świadczy o Jego uczciwości naukowej i wspaniałej postawie patriotycznej. Połowa lat 80. XX wieku, jak państwo pamiętają, była w polityce okresem niespokojnym. W Europie po obu stronach instalowano rakiety średniego zasięgu z głowicami nuklearnymi, podgrzewano atmosferę zagrożenia militarnego, brano również pod uwagę możliwość prowadzenia wojny chemicznej z użyciem związków fosforoorganicznych. Zrodził się więc pomysł, aby zabezpieczyć armię i społeczność państw Układu Warszawskiego w nową uniwersalną odtrutkę przeciwko tym gazom bojowym. Byłem wówczas świeżo po kilkumiesięcznym kursie toksykologii w Wojskowej Akademii Medycznej w ówczesnym Leningradzie, miałem na sumieniu współ-autorstwo skryptu pt. „Radiotoksykologia wojskowa” i wraz z dr Włodzimierzem Smokiem, kierownikiem Zakładu Toksykologii i Ochrony Radiologicznej WAM zaliczałem się do grona ekspertów Profesora.

Po zapoznaniu się z materiałami stwierdziliśmy wspólnie, że metoda, w oparciu o którą opracowano odtrutkę, daleko odbiega od standardów obowiązujących w badaniach toksykologicznych – wybrano niewłaściwy gatunek zwierząt, także liczebność grupy była niezadowalająca. Profesor, Główny Specjalista Wojska Polskiego ds. Toksykologii, po wnikliwej analizie podzielił nasze obiekcje i przygotował negatywną opinię, co nie było w ówczesnych warunkach sprawą ani łatwą, ani mile widzianą. Chociaż opinia Profesora nie miała charakteru wiążącego musiała jednak wywrzeć wpływ na decydentów w MON, gdyż ministerstwo odstąpiło od tego niepotrzebnego zakupu.

Jakim człowiekiem Profesor był na co dzień?

Bez wątpienia był niezwykle rzeczowy, nie znoślił pustosłowia.

W życiu codziennym, pracy zawodowej i działalności akademickiej kierował się logiką, zdrowym rozsądkiem i twardymi zasadami, zawsze przedstawiając je nad koniunkturalizm i doraźne korzyści. Nie przysparzało Mu to zwolenników, lecz w tej postawie trwał nieugięty przez lata. Z drugiej strony nie można było nie dostrzegać Jego niewątpliwych talentów dyplomatycznych, które m.in. zademonstrował przy okazji tworzenia Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Spokój, rozważa, posągowa postura, tembr głosu – wszystko to, podbudowane ugruntowaną wiedzą, czyniło Go niekwestionowanym, naturalnym przywódcą, co z powodzeniem wykorzystywał w codziennej działalności. Nie tłumił jednak aktywności swoich współpracowników, lecz przeciwnie, stymulował ją. Co więcej, miał dar odkrywania w nich zdolności, o które ci nawet się nie podejrzewali. Skutkowało to stałym podnoszeniem kwalifikacji, wzrostem dorobku naukowego, zdobywaniem stopni i tytułów naukowych. Dość powiedzieć, że spod ręki Profesora wyszło 12 doktorów medycyny i 4 doktorów habilitowanych, późniejszych profesorów.

Jeżeli chodzi o postęp w medycynie, zwłaszcza w nefrologii, Profesor był na bieżąco, tak w teorii jak i w praktyce. Jednakże do nowości terapeutycznych, które często sam przecież promował, nie miał stosunku bałwochwalczego. Nie traktował ich również jako instrumentu do kreowania taniego rozgłosu, choć w kraju często był jednym z pionierów. Kierując się przede wszystkim się dobrem chorego zawsze wykazywał obiektywny krytycyzm i w nowych technikach dostrzegał nie tylko pozytyw, ale również możliwość potencjalnych zagrożeń. Zanim zaprezentował własny pogląd przez kilka lat prowadził badania, tak więc zawsze był to pogląd udokumentowany. Nie przypadkowo zatem jednym z głównych kierunków badawczych Profesora były uboczne skutki różnych zabiegów pozaustrojowego oczyszczania krwi, skądinąd niezwykle przydatnych w medycynie.

Przyszedł rok 1991. Profesor w pełni sił twórczych, liczył wówczas 65 lat. Jednakże zgodnie z pragmatyką Wojska Polskiego zobowiąza-

ny był do zakończenia zawodowej służby wojskowej, co praktycznie wiązało się z zakończeniem kariery akademickiej. To trochę wcześniej, tym bardziej, że koledzy i przyjaciele z cywilnych akademii medycznych mogli pracować do 70 roku życia. Jubilat nie antyszambrował jednak przed gabinetami władzy, nie wisił u klamek decydentów. Takie zachowanie nie leżało w Jego naturze. Napisał tylko jedną prośbę o przedłużenie możliwości pracy. Gdy mu odmówiono odszedł. Z godnością. Tak jak żył, jak dżentelmen.

Z macierzystą kliniką nie zerwał. Nadal był tam mile widzianym Gościem lecz nigdy nie akcentował swojej obecności w sposób utrudniający pracę swojemu następcy. Z powodzeniem uprawiał i uprawia po dziś dzień medycynę praktyczną w warunkach ambulatoryjnych. Prywatnie stał się zapalonym ogrodnikiem i producentem smakowitych win domowych. Patrząc wstecz, nasz Jubilat niewątpliwie ma prawo do satysfakcji.

Szanowni Państwo!

Mam nadzieję, że chociaż w części udało mi się przybliżyć Państwu sylwetkę Profesora, człowieka wielkiego formatu, dla wielu z nas Mistrza i Nauczyciela. Pozwólcie zatem, że na zakończenie zwrócę się do Jubilata w imieniu wszystkich Jego uczniów i współpracowników:

Drogi Profesorze!

Dziękujemy Ci za trud jaki włożyłeś w zorganizowanie kliniki. Spędziliśmy tam wiele lat życia, pewnie najpiękniejszych, bo związanych z młodością. Dziękujemy Ci za wszystko co zrobiłeś dla naszej edukacji, tak lekarskiej jak i życiowej. Starając się postępować zgodnie z Twoimi zasadami na zawsze pozostaniemy Twoimi dłużnikami. Przyjmij od nas najlepsze życzenia wszelkiej pomyślności. Żyj nam jeszcze wiele, wiele lat w zdrowiu, szczęściu i satysfakcji ze swoich dokonań. Zasłużyłeś na to.

Mistrzowi
uczeń

prof. dr hab. med. **Lucjan Pawlicki**
płk w st. spoczynku
Łódź, 24.10.2006 r.

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej

PREZES
ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Warszawa, 13 lutego 2007 r.

Pan
Konstanty Radziwiłł
Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej
Szanowny Panie Prezesie

W nawiązaniu do pisma z dnia 19 stycznia br. znak: NRL/ZRP/EJ/76-1, dotyczącego zasad udostępniania dokumentacji medycznej – zgadzam się z Panem Prezesem, że lekarze prowadzący praktykę lekarską nie mogą ponosić kosztów opłat pocztowych związanych z udostępnianiem tej dokumentacji dla potrzeb Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Jednocześnie pragnę zwrócić uwagę Pana Prezesa, że przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej określające zasady udostępniania dokumentacji medycznej stanowią, że dokumentacja jest udostępniana:

- do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej,
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii, lub
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu – jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Za udostępnienie dokumentacji poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę. Zapis ten nie narusza jednak uprawnień organów rentowych określonych w przepi-

sach ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych do nieodpłatnego udostępniania tej dokumentacji.

Uprzejmie informuję, że Zakład jest zainteresowany udostępnianiem – do wglądu – oryginałów dokumentacji medycznej. Jeżeli nie jest możliwe udostępnienie oryginałów dokumentacji, to w świetle powołanych wyżej przepisów Zakład nie może być obciążony kosztami sporządzenia kopii lub odpisów tej dokumentacji.

Przekazując powyższe wyjaśnienia jednocześnie uprzejmie informuję, że wystąpienie Pana Prezesa będzie stanowiło podstawę przypomnienia oddziałom Zakładu zasad pozyskiwania dokumentacji medycznej udostępnianej przez zakłady opieki zdrowotnej oraz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych poza tymi zakładami.

Z poważaniem
z up.

CZŁONEK ZARZĄDU
mgr **Wanda PRETKIEL**

Uwaga! Praca dla lekarzy na statku rybackim

Poszukujemy lekarza do pracy na statku rybackim, połowiącym w strefie ekonomicznej Nowej Zelandii. Załoga polska, 60 osób, wszyscy z międzynarodowymi świadectwami zdrowia, wydanymi bądź przez spółkę Evi-Med bądź przez Przychodnię Morską w Gdyni. Statek bandery maltańskiej. Co 40 – 45 dni zawinięcia do portu na rozładunek.

Warunki płacowe do uzgodnienia. Płaca w USD, forma: comiesięczny przelew na konto.

Wyjazd pomiędzy 20 kwietnia br. a 26 maja br. Koniec rejsu – 1 połowa listopada br. Możliwość corocznego 6 miesięcznego kontraktu na tym statku. Wymagany paszport (ważny co najmniej do końca lutego 2008 – w tym rejsie) oraz książeczka żeglarska (w razie jej braku pomożemy w jej uzyskaniu). Wiek kandydatów: do 67 lat. Specjalizacja nie jest konieczna.

Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny lub elektroniczny

z działem kadr tel. 058 6276 725
lub 501537025,
e-mail: pkurkowski@dalmor.pl.

Piotr Kurkowski
DALMOR S.A.
Gdynia, 81-340,
ul. Hryniwickiego 10
tel. +48 58 6276725
mob +48 501537025
fax +48 58 6276794
e-mail: pkurkowski@dalmor.pl

Motto:

*„Przez lat sto Zakon ran swych nie wygoi.
Trafiłem w serce stugłowej poczwary;
Strawione skarby, źródła ich potęgi,
Zgorzały miasta, morze krwi wyciekło;
Jam to uczynił, dopełnił przysięgi,
Straszniejszej zemsty nie wymyśli piekło.”*

Adam Mickiewicz
„Konrad Wallenrod”

Doktor Bartłomiej z Boreszewa (1360–1426) Lekarz komturów krzyżackich

Życie i działalność Bartłomieja z Boreszewa najlepiej porównać można z bohaterem poetyckiej powieści Adama Mickiewicza Konradem Wallenrodem, który żyjąc wśród wrogów życie całe poświęcił sprawie własnego narodu.

Urodzony w roku 1360 we wsi Boreszewo, powiatu starogardzkiego, był przedstawicielem rodu szlacheckiego, który odegrał pozytywną rolę w dziejach Prus Królewskich. Jego protoplastami byli także Andrzej Boreszewski – kasztelan gdański i podkomorzy malborski, Jan i Krzysztof Boreszewscy – starostowie z Lipnika oraz Bernard z Boreszewa – znakomity lekarz.

Zawodowi lekarza poświęcił się również Bartłomiej, który po otrzymaniu starannego wykształcenia w szkołach Tczewa i Gdańska w roku 1381 z wyróżnieniem ukończył słynny wówczas Uniwersytet Karola w Pradze, uzyskując licencjat sztuk wyzwolonych. Kontynuując dalsze studia medyczne w uczelniach Padwy, w roku 1387 jako jeden z pierwszych Polaków otrzymuje stopień doktora nauk medycznych. Młody naukowiec przez szereg lat pozostaje jeszcze we Włoszech, aby w najsłynniejszych ośrodkach naukowych zdobywać praktykę i doświadczenie pod okiem takich mistrzów jak Jan Marsyliusz i Jakub z Padwy.

W roku 1395 po kilkunastu latach studiów wraca do rodzinnej Pomieranii, aby w kilka lat później osiąść na trwałe na Warmii. Ówczesnym „gospodarzem” tych ziem był Zakon Krzyżacki, który w połowie XIII wieku z części zagrabionych ziem polskich oraz ziem podbitych Prus utworzył nad Bałtykiem zaborcze i silne państwo niemieckie.

Wyludnione obszary były w XIV wieku obiektem stałej ich kolonizacji przez Polaków pochodzących z Pomorza Zachodniego i Mazowsza. Przybysze z Polski zakładali tu liczne osady i miasteczka nadając im swojsko brzmiące nazwy. Niedługo jednak trwała krzyżacka gościnność. Początkowe przywileje dla kolonistów zastąpione zostały drakońskimi prawami, a lata krótkotrwałego sojuszu latami długich i krwawych wojen.

Doktor Bartłomiej z Boreszewa przybył na Warmię w latach dwudziestych XIV wieku podejmując praktykę lekarską w Pasłęku, a następnie w Kwidzynie. Tu dzięki ogromnej wiedzy i doświadczeniu w okresie zaledwie kilku lat zdobywa opinię najlepszego lekarza w państwie krzyżackim. Sława doktora Bartłomieja nie uszła uwadze chorowitego wielkiego mistrza Zakonu – Konrada von Jungingena, który w 1398 r. powierzył mu funkcję naczelnego lekarza dworu krzyżackiego. W cztery lata później nadano mu również wysoką godność duchowną – kanonika kapituły warmińskiej.



Ilustracja obrazująca rozwój chirurgii.



Bartłomiej z Boreszewa na obrazie w kościele farny olsztyńskiej.

Przyjmując wysokie stanowiska w hierarchii Zakonu Krzyżackiego nigdy nie zapomniał doktor Bartłomiej o swoim pochodzeniu narodowym i potrzebie służenia sprawie polskiej.

Niosąc ulgę w cierpieniu wielkiego mistrza potrafił zaskarbić sobie jego zaufanie. Dzięki niemu wielokrotnie reprezentował Zakon w czasie rozmów dyplomatycznych toczonych z Polską i Litwą. Wówczas to miał doskonałą okazję do nawiązania bliższych kontaktów z królem i wybitnymi dygnitarzami państwa polskiego oraz wpływu na ustalenie korzystniejszych dla Polski porozumień.

Po śmierci Konrada nowym wielkim mistrzem Zakonu został wojowniczy Ulryk von Jungingen, który czynił maksymalne wysiłki, aby doprowadzić do generalnej rozprawy z Polską. Rzeczpospolita natomiast nie będąc w pełni przygotowaną do prowadzenia wojny rozpoczęła ożywioną działalność dyplomatyczną, mając na uwadze grę na zwłokę. Wielce doniosłą rolę w prowadzeniu tej gry spełnił doktor Bartłomiej z Boreszewa.

Kiedy w roku 1409 przybył do Malborka wysłannik króla polskiego Mikołaj Kurowski – arcybiskup gnieźnieński – w celu prowadzenia pertraktacji pokojowych z Zakonem, Ulryk butnie zażądał zrzeczenia się przez Polskę Bobrownik i Złotoryi. Arcybiskup dobrze rozumiejąc cel swojej misji zgodził się rozważyć to żądanie pod warunkiem, że reprezentantem Zakonu w toczących się rozmowach będzie Bartłomiej z Boreszewa.

Warunek został przyjęty i rozpoczęły się długotrwałe pertraktacje,

pod którymi podpisy mieli złożyć król i wielki mistrz. Król, jak było do przewidzenia, podpisu nie złożył, ale wielomiesięczny czas trwania rozmów był niewątpliwie na miarę przyszłego zwycięstwa.

Jeżeli dziś oceniamy męstwo wojów Jagiełły i Witolda, nie sposób pominąć wielkich rycerzy podziemnego frontu, których odwaga i patriotyzm była co najmniej równa postawie rycerstwa wsławnego w bitwie grunwaldzkiej.

Po klęsce Krzyżaków pod Grunwaldem doktor Bartłomiej jako emisariusz udaje się do Gdańska. Już wkrótce po jego przybyciu mieszczanie gdańscy wypowiadają posłuszeństwo Zakonowi, oddając się pod zwierzchnictwo króla polskiego.

Wówczas to doktor Bartłomiej z Boreszewa odrzucając dotychczasowe zasady konspiracji przybywa do obozu Władysława Jagiełły, oblegającego Malbork, aby służyć mu swą radą dyplomaty i lekarza, znającego doskonale twierdzę i jej obrońców.

Mając szerokie poparcie i zaufanie króla należał on wówczas do najaktywniejszych mężów, utwierdzających władzę polską na wyzwolonych terenach. Zjednoczone, dzięki jego inicjatywie, największe miasta zakonne – Gdańsk, Toruń, Elbląg i Braniewo – ślubowały królowi polskiemu swą wierność, że „nigdy nie zgodzą się na odcięcie, zajęcie lub oderwanie ich od Korony Polskiej, której stanowią ciało niepodzielne”.

Krół Władysław Jagiełło wysoko ocenił zasługi doktora Bartłomieja z Boreszewa, nadając mu wielkie posiadłości ziemskie, m. in. Tolkmicko i Pasy.

Niestety, pomyślna sytuacja Polski na terytorium Prus Królewskich nie trwała długo. Już wkrótce nowy wielki mistrz Henryk von Pleuen, stale umacniający swą niezależność od Polski, jawnie zaatakował doktora Bartłomieja, zarzucając mu zdradę interesów Zakonu.

Pomimo bezpośredniego wstawiennictwa księcia Henryka Bawarskiego oraz króla czeskiego Wacła-



wa IV, dzielny lekarz zmuszony zostaje do opuszczenia Fromborka i udania się na długoletnie wygnanie, początkowo do Brombergu, a następnie na Węgry, gdzie kontynuuje praktykę lekarską na dworze Zygmunta Luksemburczyka.

Dopiero w roku 1420 dzięki wstawiennictwu przychylnych mu wielmożów wraca na Warmię, aby objąć funkcję dziekana kapituły we Fromborku. Pracując jednak w otoczeniu niechętnych sobie zakonników niemieckich i władz administracyjnych, złamany ciężkimi przeżyciami, umiera 24 stycznia 1426 roku.

Śmierć wspaniałego lekarza i dyplomaty, nieustraszonego bojownika o polskość Prus Królewskich, przyniosła ulgę jego wrogom. W kraju natomiast, choć zrobił dla niego tak wiele, imię jego zostało szybko zapomniane. Wspaniała postać doktora Bartłomieja z Boreszewa, jednego z twórców grunwaldzkiego zwycięstwa, emisariusza sprawy narodowej, najsławniejszego lekarza tamtych czasów, powinna jednak znaleźć swe miejsce na liście sławnych Polaków. Bowiem przykładem całego życia wskazał następnym pokoleniom przykład, że tam gdzie w grę wchodzi sprawa narodowa należy podporządkować jej wszystkie swoje siły i cały swój autorytet.

dr doc. hab. **Witold LISOWSKI**

Zmiany w składzie Zespołu Konsultantów Wojskowej Służby Zdrowia

Informujemy, że **gen. bryg. prof. dr hab. med. Jan PODGÓRSKI** został nowym Szefem Zespołu Konsultantów Wojskowej Służby Zdrowia. Zastąpił on na tym stanowisku gen. bryg. prof. dr hab. med. Jerzego Gila, który zakończył ponadto pełnienie funkcji konsultanta krajowego ds. obronności w dziedzinie zdrowia publicznego.

Minister Zdrowia na wniosek Ministra Obrony Narodowej powołał konsultantów krajowych ds. obronności w dziedzinach:

- zdrowia publicznego – płk. dr. n. med. Andrzeja WIŚNIEWSKIEGO (10 WSK Bydgoszcz)
- medycyny transportu – doc. dr. hab. med. Romualda OLSZAŃSKIEGO (WIM)
- farmacji – prof. dr. hab. med. Wiesława PIECHOTĘ (WIM)
- anestezjologii – płk. dr. hab. med. Ryszarda GAJDOSZA (5 WSK Kraków).

Zakończyli pełnienie funkcji konsultantów wojskowej służby zdrowia w dziedzinach:

- kardiologii – doc. dr hab. med. Jerzy ADAMUS
- balneologii – dr n. med. Henryk DOMAGAŁA.

Zgodnie z decyzją Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia powołani zostali następujący konsultanci wojskowej służby zdrowia:

- prof. dr hab. med. Marian CHOLEWA (WIM)
– w dziedzinie kardiologii
- prof. dr hab. med. Wiesław PIECHOTA (WIM)
– w dziedzinie farmacji
- płk dr hab. med. Ryszard GAJDOSZ (5 WSK)
– w dziedzinie anestezjologii
- dr hab. med. Romuald OLSZAŃSKI (WIM)
– w dziedzinie medycyny transportu
- płk dr n. med. Andrzej WIŚNIEWSKI
– w dziedzinie zdrowia publicznego
- dr n. med. Bernard SOLECKI (21 WSzU-R Busko-Zdrój)
– w dziedzinie balneologii.

Wręczenia powołań na nowych konsultantów oraz pożegnania odchodzących dokonał Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia na posiedzeniu Zespołu Konsultantów Wojskowej Służby Zdrowia.

(red.)

Krakmedica 2007

Data: **17.05-19.05.2007 r.**

Miejsce: **Wierchomla**

Celem konferencji Krakmedica jest szerokie zaprezentowanie nowoczesnych narzędzi marketingowych, możliwości ich wykorzystania w sektorze usług medycznych oraz stworzenie pewnego rodzaju „przewodnika po marketingu” dla osób pełniących kierownicze funkcje w placówkach medycznych.

Konferencja nie pomija aspektów prawnych w relacjach placówka medyczna – pacjent oraz kontaktów z mediami czy otoczeniem. Konferencja daje wskazówki menadżerom do realizacji ambitnych przedsięwzięć, które wzmocnią pozycję ich jednostek na rynku usług medycznych.

Wśród zaproszonych gości będą m.in. osoby odnoszące znaczące sukcesy na rynku usług medycznych, którzy opisują marketing w realiach funkcjonowania współczesnej opieki zdrowotnej.

Warsztaty poprowadzą znani eksperci i wykładowcy: dr Iga Rudawska z Uniwersytetu Szczecińskiego, dr Monika Dobska i dr Paweł Dobski z Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. Wybrane tematy zajęć: „Sytuacje kryzysowe w ZOZ-ach” i „Rola marketingu we wdrażaniu systemu jakości ISO”.

Patronat honorowy:

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych

Patronat medialny:

Rynek Zdrowia, Służba Zdrowia, Piar.pl

Dodatkowe informacje dotyczące wydarzenia:

Organizator: **IMAGE LINE Communications**

telefon: 012 292 02 41

e-mail: biuro@imageline.pl, [www: www.krakmedica.pl](http://www.krakmedica.pl)

Oferta pracy dla lekarzy stomatologów

Przychodnia Stomatologiczna AS-DENT w Mławie (woj. mazowieckie) zatrudni **lekarzy stomatologów** do pracy w nowej klinice stomatologicznej.

Zapewniamy pracę na najnowocześniejszym sprzęcie, przy wykorzystaniu nowoczesnych technik. Praca u nas to praca w młodym, dynamicznie rozwijającym się zespole lekarzy. Stawiamy na szkolenia, rozwój zawodowy i zadowolenie nie tylko pacjenta, ale i lekarza. Forma zatrudnienia – do uzgodnienia.

Zapewniamy komfortowe **mieszkania**. Dysponujemy wolnymi miejscami również dla **lekarzy stażystów**.

Kontakt: tel. kom. 0 601 275 202,

e-mail: annagoszczczycka@neostrada.pl

Udział 1 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Lublinie w „Polskim Projekcie 400 Miast”

Od dwóch lat 1 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ udziela świadczeń zdrowotnych mieszkańcom gminy Piaski w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej.

Od września ubiegłego roku objął również opieką pielęgniarską dzieci Szkoły Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Piaskach.

Inicjatywy 1 Szpitala Wojskowego w Lublinie zmotywowały władze lokalne gminy Piaski do zgłoszenia swojego udziału w ogólnopolskim programie profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych pod hasłem: „Projekt Polski 400 miast”. Projekt jest największym programem profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych w Europie w ramach Narodowego Programu Profilaktyki Chorób Sercowo-Naczyniowych POLKARD 2006-2008.

W dniu 6 lutego 2007 r. podczas inauguracji „Projektu”:

- przebadano młodzież V klasy i ich rodziców pod kątem występowania chorób układu krążenia,

zebrano wywiad środowiskowy w celu rozpoznania zachowań prozdrowotnych, dokonano pomiarów masy ciała i ciśnienia tętniczego krwi,

- przeprowadzono edukację zdrowotną wśród dzieci i ich rodziców, u których rozpoznano czynniki zagrożenia sercowo-naczyniowego, przekazano materiały edukacyjne w postaci ulotek, broszurek na temat zdrowego stylu życia, odżywiania, aktywności fizycznej, W celu uatrakcyjnienia realizacji programu profilaktyki i promocji zdrowia wśród dzieci przeprowadzono: konkurs plastyczny i muzyczny, poczęstunek przy stole „Ze zdrową żywnością”. Była śpiewana piosen-



ka o prozdrowotnym trybie życia napisana na tę okazję.

W realizację programu zaangażowane były pielęgniarki ze Szpitala Wojskowego, a także studentki II roku Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu AM w Lublinie w ramach praktyk zawodowych z przedmiotu Promocja Zdrowia. Głównym organizatorem tego święta pod hasłem „Serce jest najważniejsze” była Jadwiga Soćko z POZ Piaski. W uroczystościach związanych z inauguracją na Lubelszczyźnie „Polskiego Projektu 400 Miast” wzięli udział: Komendant 1 Szpitala Wojskowego w Lublinie – płk dr n.med. Zbigniew Kędzierski, zastępca burmistrza Piask – mgr Michał Cholewa, dyrektor Szkoły Podstawowej – mgr Izabela Gładysz, Naczelnia Pielęgniarka Szpitala Wojskowego – dr n. med. Lidia Sierpińska, Grono Nauczycielskie Szkoły Podstawowej oraz uczniowie wraz z rodzicami.



Władysław WITCZAK

XXIII Zjazd Lekarzy Delegatów Wojskowej Izby Lekarskiej

W samym centrum stolicy, w biurowcu Oxford Tower, odbył się 30 marca br. XXIII Zjazd Lekarzy Delegatów WIL. Jak wiadać zjazdy budżetowe, umownie tak określane, bo uchwalenie budżetu jest ich zasadniczym celem, nie cieszą się nadmiernym zainteresowaniem delegatów, stąd i na tym frekwencja niewiele przekroczyła próg wymagany dla jego ważności. Nie wystawia to dobrego świadectwa nieobecny, wszak od tego jak podzielone zostaną środki finansowe w znacznej mierze, przez szereg miesięcy zależeć będzie sprawność działania samorządu, natomiast nieobecność swoich przedstawicieli wyborcy mają prawo odebrać jak lekceważenie ich samych.

Otwierając zjazd przybyłych delegatów oraz gości w osobach płk. lek. Piotra Ruseckiego – Naczelnego



Prezes NIL, K. Radziwiłł (z lewej) i Przewodniczący WIL, M. Brocki za stołem prezydialnym.

go Lekarza WP i dr. Konstantego Radziwiłła – Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej powitał Przewodniczący WIL prof. Marian Brocki. Za szczególny wyraz uznania dla naszego samorządu poczytać sobie możemy zwłaszcza zaszczytowanie nas przez samego Prezesa NIL, który mimo nawału zadań i obowiązków znalazł czas, by osobiście przekazać nam sporą dozę informacji o bieżących pracach NIL. W swoim, z konieczności syntetycznym wystąpieniu, poinformował Zjazd o najistotniejszych projektach ustaw opiniowanych przez NIL, m. in.:

- nowelizowanej ustawie o powszechnym systemie ubezpieczeń zdrowotnych, w której znaleźć się ma popierany przez samorząd zapis o przekazywaniu do NFZ części składki z tytułu ubezpieczenia obowiązkowego OC kierowców;
- ustawie o sieci szpitali, której projekt ze względu na jej konstrukcję, prawdopodobnie po raz kolejny zostanie przez NRL negatywnie oceniony;

- ustawie o koszyku świadczeń gwarantowanych, który ocenił jako „mały krok w dobrym kierunku”;
- nowelizowanej ustawie o izbach lekarskich. Propozycja, aby jedna izba lekarska obejmowała jedno województwo (nie dotyczy to WIL), oceniona została negatywnie, bo jest to sprawa wyłącznie samorządu, a dowodzą tego zmiany granic samorządów w przeszłości. Natomiast wypracowany w NIL nowy model odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyстів został w 90% przyjęty przez ministerstwo zdrowia i zapisany w projekcie ustawy.

Prezes K. Radziwiłł odniósł się też do nagłośnionych wydarzeń w służbie zdrowia i w pewnym sensie rozmyślnie wytwarzanej wokół lekarzy złej atmosfery. Mówił, że nie możemy być obojętni wobec stylu zatrzymań lekarzy podejrzanych o przestępstwa, że NIL będzie interweniować tam, gdzie dochodzi do pomówień, ale też, że środowisko samo musi odcinać się od zjawisk szkodzących ogółowi, jak np. nad-



Rozmowy kularowe. U góry od lewej: Konstanty Radziwiłł, płk Piotr Rusecki i płk Jerzy Cmielewski.



używanie alkoholu, korupcja, nieetyczne zachowania lekarzy. Nie pominął też sprawy przygotowywanego przez OZZL protestu w ochronie zdrowia. Kwestie z nim związane były omawiane w trakcie marcowego Konwentu Przewodniczących OIL i okazało się, że większość przewodniczących odnosi się doń sceptycznie, widząc małe szanse na sukces. Samorząd będzie wspierać uczestniczących w proteście w sposób ekspercko-legislacyjny, nie podejmie jednak działań, które mogłyby samorząd spalić

w ogniu akcji – mówił Prezes. Samorząd jest wartością samą w sobie, dlatego nie możemy dopuścić do jego likwidacji, jak to stało się już w kilku sąsiedzkich krajach. Na zakończenie swojego wystąpienia dr K. Radziwiłł apelował do wszystkich członków WIL o zbieranie i przysyłanie do NIL podpisów pod obywatelskim projektem zmian w ustawach o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (tekst projektu na stronie internetowej NIL: www.nil.org.pl).

Za przybycie i wystąpienie Prezesowi K. Radziwiłłowi podziękował prof. Marian Brocki, który następnie złożył sprawozdanie z działalności RL WIL za 2006 r. i w jego uzupełnieniu odniósł się do sprawy opóźnionych wypłat dla lekarzy w szpitalu wojskowym w Elku i podjętych przez RL WIL działaniach oraz do nagłośnionej w mediach sprawy prof. W. Ję-



Naczelnik Lekarzy WP, płk Piotr Rusecki.

drzejczaka (więcej p. sprawozdania z marcowych posiedzeń RL WIL, str. 3-6 – red.). Następnie zjazd wybrał Prezydium Zjazdu oraz komisje: mandatową i uchwał i wniosków. Dalszą część zjazdu poprowadził kol. Artur Płachta, wybrany na Przewod-



Przewodniczący Zjazdu, ppłk Artur Płachta.



W samym centrum stolicy, w biurowcu Oxford Tower, odbył się XXIII Zjazd Lekarzy Delegatów WIL.

Sprawozdanie zjazdowe

niczącego Zjazdu. Ważność zjazdu ogłosił przewodniczący komisji mandatowej kol. Krzysztof Wołyński, po czym delegaci wysłuchali sprawozdań skarbnika WIL, kol. J. Staszczuka i przewodniczącego Komisji Rewizyjnej WIL, kol. R. Zachara. Złożenie sprawozdań przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Przewodniczącego Sądu Lekarskiego WIL poprzedziło wystąpienie kolejnego gościa Zjazdu – płk. lek. Piotra Ruseckiego – Naczelnego Lekarza WP. Przedstawił on aktualne kierunki zmian w wojskowej służbie zdrowia wynikające z jej oceny dokonanej w trakcie posiedzeń kierownictwa MON. Ważną, dokonaną już zmianą, jest przekształcenie w Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia dotychczas istniejącego Zarządu WSZ. Jego powstanie przełoży się na kolejne szczeble dowodzenia. Wygaszane będą w dzisiejszym kształcie dowództwa RSZ. Płk. P. Rusecki wymienił i omówił szereg obszarów w jakich dokonywać się mają zmiany w wojskowej służbie zdrowia. Będą to:

- obszar modernizacji technicznej;
- tworzenie systemu motywacyjnego do służby wojskowej lekarzy;



Jak widać zjazdy budżetowe nie cieszą się nadmiernym zainteresowaniem delegatów.

- zmiana zasad wypłacania uposażenia dla lekarzy wojskowych w SP ZOZ-ach i JBR;
- działania osłonowe i profilaktyka (w tym szczepienia żołnierzy);
- kształcenie podyplomowe dostosowane do potrzeb sił zbrojnych;
- kształcenie przeddyplomowe do którego Inspektorat zmierzać ma konsekwentnie, niezależnie od zmieniających się koncepcji.

Płk P. Rusecki potwierdził, że nagonka na służbę zdrowia, w tym i wojskową, trwa od szeregu miesięcy. Dotyka jej niewybredna krytyka i ataki z różnych stron. Oceniał, że często sami dajemy powody do ataków i powinniśmy zadbać o to, aby tego nikomu nie ułatwiać.

Zjazd przyjął złożone sprawozdania i udzielił absolutorium Wojskowej Radzie Lekarskiej za rok 2006. Przyjęty został także przedstawiony do akceptacji zjazd budżet WIL na 2007 r.

Przewodniczący komisji uchwał i wniosków poprosił delegatów, którzy składali do komisji swoje propozycje, o przedstawienie ich Zjazdowi, a Zjazd ostatecznie przyjął je w głosowaniu jawnym. Ostatnim wystąpieniem, przed ogłoszeniem zamknięcia zjazdu, było wystąpienie komendanta 108 Szpitala Wojskowego SP ZOZ w Elku, płk. Z. Kuczewskiego, który wyczerpująco i w sposób nie budzący wątpliwości wyjaśnił przyczyny, powody i skutki podjętych decyzji dotyczących pracowników szpitala.



Na pierwszym planie goście Zjazdu (od prawej): płk Piotr Rusecki i płk Jarosław Ziaja z Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia.

Zbigniew UŁANOWSKI

**Uchwała nr 6/07/V
XXIII Zjazdu Lekarzy WIL**

z dnia 30 marca 2007 r.

**w sprawie rozpatrzenia i zatwierdzenia rocznych
sprawozdań organów WIL oraz udzielenia
absolutorium dla Rady Lekarskiej WIL**

Na podstawie art. 23 pkt.3 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (DzU nr 30, poz. 158 z późn. zm.) oraz § 9 ust. 1 pkt. 8 uchwały nr 17/90/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 maja 1990 r. w sprawie ramowych regulaminów organizacji i trybu działania: okręgowych zjazdów lekarzy, okręgowych rad lekarskich i okręgowych komisji rewizyjnych – uchwala się co następuje:

§ 1.

XXIII Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej po rozpatrzeniu zatwierdza sprawozdania organów WIL za 2006 r.:

- Rady Lekarskiej WIL
- Komisji Finansowej z realizacji budżetu WIL
- Komisji Rewizyjnej WIL
- Sądu Lekarskiego WIL
- Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej WIL.

§ 2.

Po rozpatrzeniu sprawozdań, o których mowa w § 1 i dyskusji, na wniosek Komisji Rewizyjnej WIL Zjazd udziela absolutorium Radzie Lekarskiej WIL za realizację budżetu w 2006 r.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z chwilą jej podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
Wojciech JAKIMISZYN
Witold BRONOWSKI

Przewodniczący Zjazdu
Artur PŁACHTA

**Uchwała nr 7/07/V
XXIII Zjazdu Lekarzy WIL**
z dnia 30 marca 2007 r.
**w sprawie zatwierdzenia bilansu
i rachunku zysków i strat za 2006 r.**

Na podstawie art. 23 pkt.2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (DzU nr 30, poz. 158 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

XXIII Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej zatwierdza bilans i rachunek zysków i strat za 2006 r., stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Zjazd zaleca przeksięgować wynik bilansowy za rok 2006 na fundusz statutowy.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
Wojciech JAKIMISZYN
Witold BRONOWSKI

Przewodniczący Zjazdu
Artur PŁACHTA

**Uchwała nr 8/07/V
XXIII Zjazdu Lekarzy WIL**

z dnia 30 marca 2007 r.

**w sprawie uchwalenia budżetu
Wojskowej Izby Lekarskiej na 2007 r.**

Na podstawie art. 23 pkt.2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (DzU nr 30, poz. 158 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

XXIII Zjazd lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej uchwala budżet WIL na 2007 r.

§ 2.

Budżet, o którym mowa w § 1 stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3.

Upoważnia się Radę Lekarską WIL do dokonywania przesunięć budżetowych z puli rezerwowej w związku z należycie udokumentowanym wzrostem wydatków w poszczególnych organach WIL. Przesunięcie nie może obejmować więcej niż 15% przyznanego budżetu.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z chwilą jej podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
Wojciech JAKIMISZYN
Witold BRONOWSKI

Przewodniczący Zjazdu
Artur PŁACHTA

**Uchwała nr 9/07/V
XXIII Zjazdu Lekarzy WIL**

z dnia 30 marca 2007 r.

**w sprawie zmiany uchwały nr 9/02/IV z dnia 22
marca 2002 r. w sprawie zasad gospodarki
finansowej Wojskowej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 23 pkt.2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (DzU nr 30, poz. 158 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 9/02/IV z dnia 22 marca 2002 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej Wojskowej Izby Lekarskiej wprowadza się następującą zmianę:

w § 7 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zjazd Lekarzy WIL ustala, iż podjęcie zobowiązań majątkowych w przypadkach nie wymienionych w ust. 1 przekraczających kwotę 20 000,00 złotych do kwoty maksymalnej 50 000,00 złotych wymaga uprzedniej decyzji Rady Lekarskiej WIL lub jej Prezydium”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
Wojciech JAKIMISZYN
Witold BRONOWSKI

Przewodniczący Zjazdu
Artur PŁACHTA

Etyka, jak inne dyscypliny nauki, wymaga okresowej analizy dotyczącej odniesień zarówno do jej skuteczności, jak i do aktualnego stanu wiedzy. Relacje występujące pomiędzy popytem na etykę a rzeczywistością moralnego postępowania zmieniają się wraz z upływem czasu oraz warunkami ekonomiczno-społecznymi. Problem ten wyraźnie wydaje się występować w przypadku etyki lekarskiej. Zmiana relacji obserwowana jest szczególnie w zakresie wypełniania oczekiwań spełnień dobra człowieka. Dzisiejszy popyt na etykę medyczną można określić jako lekarską misję czynienia dobra, w stosunku do pacjenta, ustalonego w każdym momencie relacji lekarz – pacjent [1]. Przyjmując, że dominantą jest dobro chorego można snuć rozważania czy jest ono zbieżne z dobrem lekarza? Fala strajków lekarzy, jaka przetoczyła się przez Europę w 2006 roku wskazuje na niską aktywność pracodawców w zakresie wypełnienia oczekiwanego dobrobytu materialnego medyków. Niektóre (np. niemieckie) środowiska medyczne protestowały pod hasłem: „Rząd grabarzem służby zdrowia” [2]. W aspekcie szerokiego niezadowolenia środowiska medycznego konieczne wydaje się ustalenie priorytetu ważności bytu: własnego (lekarza) rozumianego jako dobrostan, czy podopiecznego znajdującego się przejściowo w gorszej sytuacji zdrowotnej?

Współczesna etyka powinna dokonać gradacji wartości, będącej filozoficznym stanowiskiem w sprawie globalizacji społecznego wypełniania oczekiwań określonych korporacji zawodowych. Niezbędnym staje się wartościowanie uniwersalne przypadków innych niż wartość absolutna. Odnosnie służby zdrowia wartością pośrednią jest zdrowie, a absolutną życie człowieka. Podążając tym tokiem myślenia, można oczekiwać odpowiedzi na pytanie, czy w obszarze wartości pośrednich jest etycznie dozwolone okazywanie najwyższego niezadowolenia społecznego, którego wyrazem jest

O potrzebie aktualizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej

strajk? W sytuacji braku odpowiedzi decydentów na niezadowolenia pracownicze, wyrażane strajkami, rodzi się potrzeba aktualizacji zasad etyki; nadając jej ramy lepszej skuteczności w zakresie satysfakcji spełnienia zawodowego. W środowisku lekarskim szczególnego znaczenia społecznego nabiera eskalacja akcji strajkowych. Sytuacje strajkowe powodują powiększanie rozbieżności pomiędzy etykami ludzi wypełniających funkcje: pracownicy (lekarza) i pracodawcy (często też lekarza) a w dalszej perspektywie etyki osób rządzących, jako wybranych przez elektorat dla tworzenia dobrostanu obywatelskiego. Zatem wskazanym jest dokonanie wartościowania zależności współczesnego imperatywu kategorycznego dobrostanów od: częstotliwości lub subiektywnych do szerokokich, różnych środowisk a może nawet społeczeństw. Środowisko lekarskie doznaje dodatkowego, obok lichej zamożności, oddziaływania stresowego związanego z pogłębiającą się ingerencją w człowieczeństwo. Nowe techniki w mikrobiologii i transplantologii, postępy w inżynierii komórkowej i genetycznej oraz w laboratoryjnej hodowli tkanek a także nowoczesne urządzenia reanimacyjne, środki farmakologiczne; uzasadniają potrzebę dostosowania etyki lekarskiej do zmienionych warunków terapii a co za tym idzie głębszej ingerencji w organizm jako jestestwo człowieka. Postęp cywilizacyjny tworzy bogatsze i bardziej kosztowne człowieczeństwo. Nowe warunki technologiczne i społeczne, komputeryzacja; wyzwalają przemiany w indywidualnej i zbiorowej świadomości moralnej, będących bazą do legislacji normatywnych zasad bytu, w tym środowiska lekarskiego.

Praktykującego lekarza, w sytuacji społecznego zbyt niskiego ekonomicznego postrzegania wysiłków i sukcesów medycyny, nurtują dwa węzłowe pytania:

1. Jak silnej aprobaty mogę się spodziewać (siły afirmujące, etyka radości, szczęście), pracując intensywnie i postępując zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnym Kodeksie Etyki Lekarskiej? [3]
2. Co powinienem czynić, przy sukcesach w pracy, nauce i kształceniu się, aby uzyskać sytuację zaspokojonego dobrostanu osobistego i rodzinnego wyrażonego płacą wynikającą z umowy o pracę z instytucją państwową w warunkach narzuconej tzw. siatki płac? Inaczej: jakie organa przedstawicielskie dbają o to, aby wystąpiło i nastąpiło społeczne przyzwolenie etyczne, wyrażające się prawidłowością „za dobrą pracę należy się godziwa zapłata”?

Dotychczasowe doświadczenia protestów i strajków lekarzy w Polsce wykazują, że aktualne zasady postępowania etycznego nie rozwiązują napięcia korporacyjnego w odniesieniu do pracodawcy i wybranej obywatelskiej ekipy rządzącej. Tworzy się coraz trudniejsza sytuacja niemożliwa do dalszej biernego akceptacji, a zagrażająca poważnym konfliktem o trudnych do przewidzenia skutkach, tak dla leczących, jak i leczonych. Skomplikowane sytuacje społeczne wymagają rozumnego postępowania. Wydaje się być, w takich przypadkach, przydatną nauka Kanta preferująca nadrzędność rozumu praktycznego w sferze moralności. Podstawą do dalszych rozważań może być opisanie autonomicznego podmiotu nadającego sobie prawa i przyjmującego odpowiedzialność za swe postępowanie. Autonomiczny podmiot powinien

prezentować stosowny ład filozoficzny zapewniany przez adekwatne: reguły, systemy, relacje.

Współczesny model autonomicznego podmiotu można opierać na następujących cechach:

- samowystarczalność,
 - zdolność do panowania nad swoimi uczuciami,
 - wzór inspiracji zawodowej,
- które to cechy składają się na „Indywidualną radość spełnienia”.

Świat, państwo, środowisko zawodowe lub inne zbiorowości, które nie spełniają warunków autonomicznego podmiotu skłonne są do tłumienia wszelakich innych aktywności niż te, które im właśnie mogą zapewnić radość spełnienia. Koncepcja jednostki ludzkiej, jako podmiotu moralnego, zakłada możliwość wyboru celu i wartości indywidualnych; przy jednoczesnej potrzebie wyboru analogicznych wartości zbiorowych, czyli wspólnotowych. Jednostka tak postrzegana jest pierwotna w sensie logicznym wobec wartości, ról społecznych i wspólnoty, w której żyje. Powyższa społeczna rola człowieka nadaje mu cechę istoty autonomicznej. Komunitarystyczne (Komunitarianizm: nurt we współczesnej filozofii polityki, podkreślający ważność i wartość wspólnot w społecznym życiu człowieka.) pojmowanie człowieka wskazuje na radykalne osadzenie czy usytuowanie jednostki w społeczeństwie. Owo radykalne usytuowanie powoduje powiązanie ze wspólnotą poprzez normy prawne i zakresy obowiązków. W tych poglądach, prawa jednostek umieszczane są jako pierwsze i nieodłączne od wspólnoty, która te prawa definiuje oraz respektuje nie traktując ich jako całkowicie niezależnych od okoliczności społecznych. Prawa te są ściśle powiązane z obowiązkami wobec samych siebie i wspólnoty. Rozumne i konieczne prawa regulujące ludzkie życie mają doniosły sens, szczególnie w odniesieniu do skuteczności. Nie są one wiecznymi zasadami istniejącymi pierwotnie gdzieś w platońskim świecie idei. Świat istot świadomych swojej rozumności, to

świat istot wolnych, tzn. takich, które swoimi prawami nie są związane, lecz zobowiązane. Obdarzony wolną wolą człowiek zawsze posiada możliwość powiedzenia „nie” każdej regule, która określać ma fundamentalną osobowość jego życia. Prawa rządzące i akceptowane przez jednostki tworzą uporządkowaną strukturę, która znajduje swój wyraz w ustroju państwa. Państwo nie stanowi wyłącznie zespołu instytucji politycznych, lecz obejmuje sobą całokształt przejawów ludzkiego życia. Jako najbardziej podstawowa i jedyna w pełni samowystarczalna forma wspólnoty, państwo stanowi podłoże i właściwe środowisko dla nieskończonego bogactwa duchowej aktywności człowieka. Człowiek osiąga zadowalający poziom moralny tylko wtedy, kiedy uświadamia sobie swoją wewnętrzną autonomię wobec tego, co uznaje za słuszne i dobre. Opisane problemy mają charakter filozoficzny, kiedy dotyczą społeczności, jednocześnie jawią się etycznymi w odniesieniu do jednostki. Etyka zdana na własne siły nie jest zdolna wydobyc, z różnych doświadczeń, ostatecznie przekonujących racji do założeń normatywnych. W konstrukcji zrębów założeń normatywnych należy sięgać do antropologicznej struktury człowieka, na której opierają się konstytutywne zasady obiektywnego porządku moralnego. Zręby współczesnej etyki tworzą nauki o:

- szczęściu (eudajmonologia),
- wartościach moralnych (aksjologia),
- prawie moralnym (deontologia).

Tak lub podobnie rozpatrywane zręby mogą być zacznem konstruowania zasad współczesnej myśli etycznej. Prezentowane na ryc. 1 zasady [4] tworzą filozoficzne spoiwo pomiędzy pojęciami etyki czasów przeszłych a współczesnością i przewidywalną przyszłością. Stanowią, zatem obraz dziedzictwa myśli etycznej jako wyraz ewolucji rozwoju intelektualnego ludzkości. Przyjmując, opisane przez Jacqueline Russ konstruowanie myśli etycznej jako bazę, można dokonać analizy Kodeksu

Etyki Lekarskiej (Kodeks) w zakresie odniesień jego artykułów do tych zasad [3, 4]. Analiza taka ułatwia określenie kodeksowych pojemności: oczekiwań, możliwości oraz inspiracji a także osiągnięć lekarza postępującego zgodnie z kodeksowymi postanowieniami. Próba opisywanej analizy i pewne własne spostrzeżenia nie mają na celu oceny (dobry/zły) aktualnego Kodeksu ani porad, co czynić w sytuacjach trudnych. Autor uważa Kodeks za bardzo dobry i potrzebny, jednak aktualizacja wymuszona określoną sytuacją społeczną, wydaje się warta przemyślenia i ewentualnych poczyniń przygotowawczych, wyrażających się licznymi dyskusjami środowiskowymi, publikacjami i różnymi innymi formami wymiany poglądów.

Celem tego opracowania jest próba odpowiedzi:

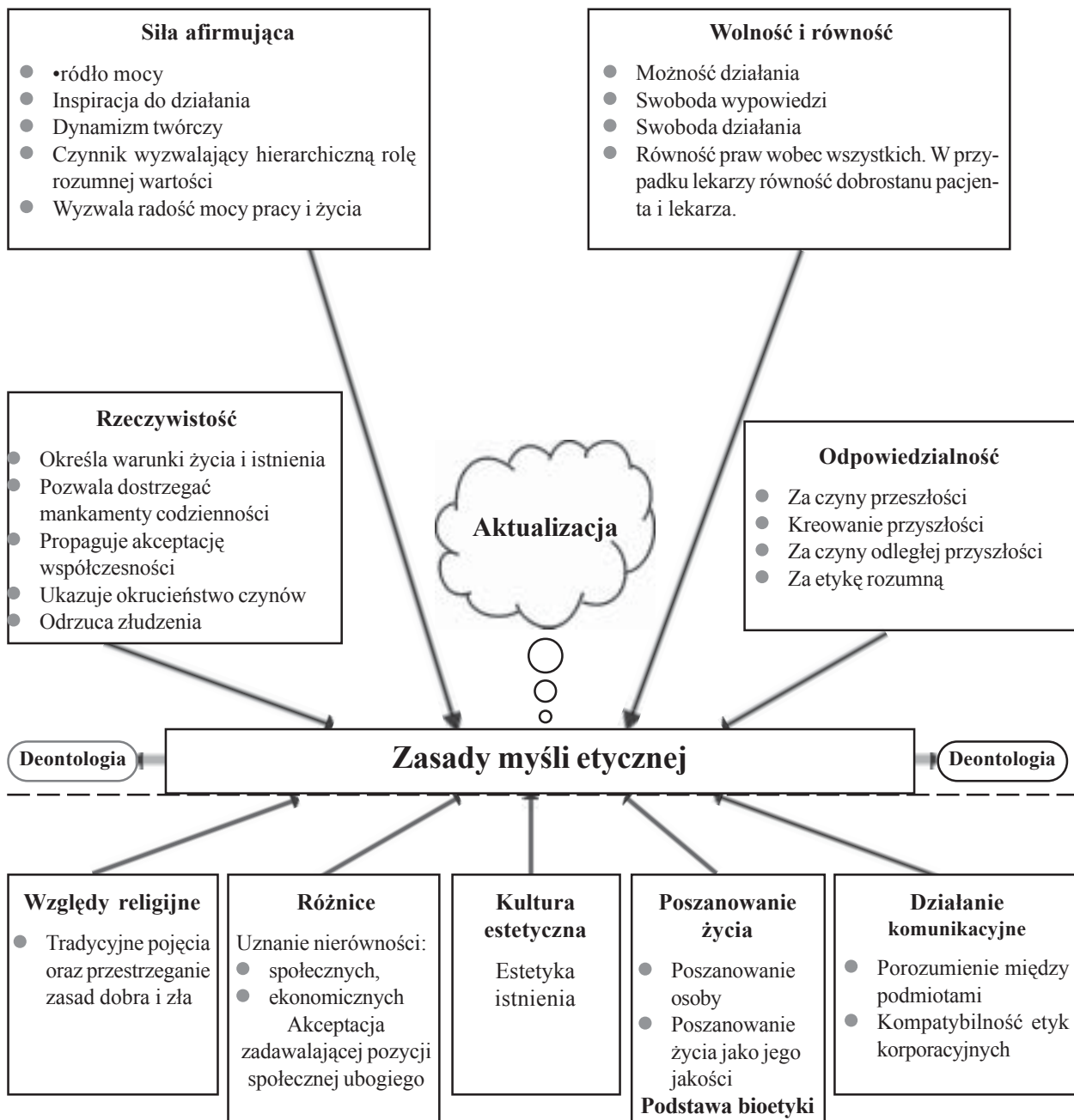
- Jakiej aprobaty, środowiskowej i indywidualnej można się spodziewać postępując zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnym Kodeksie Etyki Lekarskiej?
- Jak powinien postępować lekarz w sytuacji niezaspokojonego dobrostanu osobistego i rodzinnego wyrażonego płacą?
- Czy nastał odpowiedni czas do aktualizacji zapisów Kodeksu?

Ogólna refleksja nasuwająca się z analizy Kodeksu może przemawiać za tym, że jest zbiorem założeń deontologiczno-kodeksowych głównie w aspekcie poszanowania życia (ryc. 2). Autor uważa, że każdy lekarz powinien doszukać się kodeksowego zapisu dotyczącego silnej aprobaty wspierającej zdobywanie coraz wyższych kwalifikacji, oraz wyrażającej się policzalnym ekwiwalentem za narastający, proporcje do postępu nauki, wysiłek terapeutyczny. W przypadkach indywidualnych Kodeks punktem 1 artykułu 66 daje prawo umawiania się o wysokości honorarium. W punkcie 2 tegoż artykułu podano, że w skład honorarium wchodzi: wartość oddanej usługi, poniesione koszty, kwalifikacje leczącego. W przypadku układów zbiorowych obowiązek

kształtowania dobrostanu pojedynczego lekarza przechodzi wg punktu 3 art. 53 Kodeksu na lekarza pełniącego funkcję kierowniczą. Zdaniem autora tej publikacji honorarium powinno być zawsze jednakowe według wykładni Kodeksu; jedyną zmienną stanowi płatnik (pacjent, organ zatrudniający). Należy odróżnić honorarium od płacy. Ho-

norarium lekarza jest wyznacznikiem pozycji sztuki medycznej w społeczeństwie. Honor określonego społeczeństwa wyraża się stawką płacową, będącą dodatkiem do honorarium. Wysokość dotacji określonego budżetu rządowego powinna być wysoka, bowiem wyraża podziękowanie lekarzom za dobrostan istnienia w zdrowiu oraz

troskę o należyty rozwój przyszłych pokoleń. Można posłużyć się następującym ciągiem myślowym. Honorarium jest społeczną ceną trwania i wytrwania! Zdrowia nie da się kupić. Cóż, zatem oznacza płaca? Płaca to cena, czyli skutek ekonomicznego kontraktu sprzedania określonej, mierzalnej (np. w godzinach) siły roboczej. Określenie to



Ryc. 1. Zasady konstruowania myśli etycznej. Górna część ryciny zawiera zasady bazowe, dolna zasady pomocnicze bazy nowoczesnej etyki przełomu tysiącleci

Tabela 1. Zestawienie odniesień Kodeksu do zasad myśli etycznej

Wartości: B bazowe/N niebazowe	Zasady myśli etycznej	Odniesienia artykułów Kodeksu	Łącznie
B	Siła afirmująca	7.	1
B	Wolność i równość	4,6,7,11,69,70.	6
B	Rzeczywistość	32,71.	2
B	Odpowiedzialność		0
N	Względy religijne		0
N	Różnice		0
N	Kultura estetyczna	1,7,33,35,38,49,50	7
N	Poszanowanie życia	2,3,7,12,13,15-21,27,30,31,32,39,42,51,51h	20
N	Działanie komunikacyjne	2,5,51a-g	9
	DEONTOLOGIA	8,9,10,19,20,21,22,24,25,26,28,29,34,36,37,39a, 40,41,41a,42a,43,45,46,47,48,52,53,54,55,56-68,76-78.	49

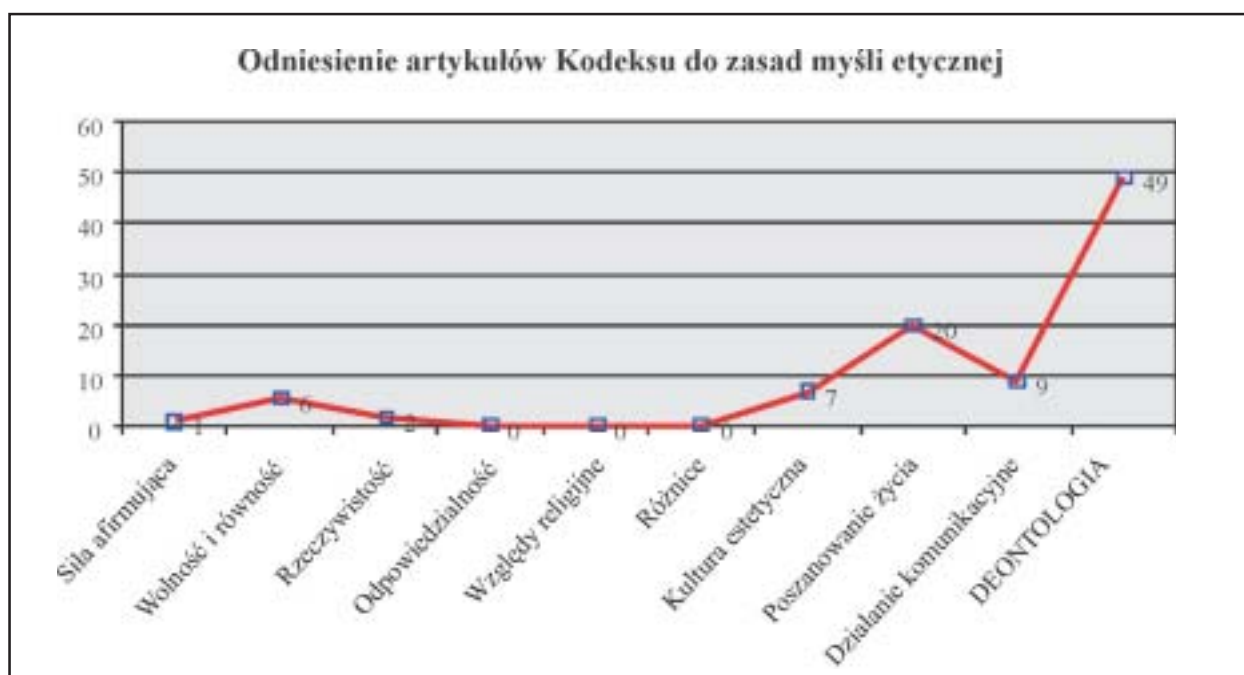
nie dotyczy sztuki medycznej, która jak każda sztuka, jest niemierzalna. Płaca, jako wartość ekonomiczna; z moralnego punktu widzenia, nie powinna być niższa od honorarium, stanowiącego ekwiwalent sztuki medycznej. Łącznie **honorarium i płaca stanowią wynagrodzenie** lekarza i taki zapis powinien znaleźć się w Kodeksie.

Wzajemne relacje pomiędzy lekarzami oraz rola Izby Lekarskiej określone są przez artykuły: 5, 52 oraz 76 Kodeksu. Czy z tych artykułów wynika jak powinien postępo-

wać lekarz będący w nędzy pracowniczej, czyli w lichym dobrostanie? Nie, takiej odpowiedzi brak. Standardowa odpowiedź brzmi: etycznie! Ale jak?

Powszechna opinia głosi, że człowiek poczciwy będąc lekarzem postępuje dobrze i etyka pisana jest mu zbędna, bowiem on ją ma w swojej duszy. Niekiedy jednak należy utwierdzić się w przekonaniu, że „moje pojęcie dobra jest pojęciem powszechnym”. Człowiek z istoty swej dąży do dobra. Może mylić się, co do tego, co jest do-

brem i w tych przypadkach potrzebna jest kodyfikacja etyki. Dążenie do czegokolwiek jest motywowane jakimś dobrem, lub wyobrażeniem dobra. Działanie wymaga woli i wizji, a oprócz tego ważnym czynnikiem jest siła afirmowania (ryc. 1). •ródłem mocy lekarza jest powołanie. Czy jest to źródło niewyczerpalne? Powołanie to talent, z którym jedni się rodzą a inni nie. Sam w sobie nie jest wiele wart bez stosownego opracowania a dalej zastosowania. Takie postępowanie wynika z różnorodności talentów



Ryc. 2. Graficzny obraz danych zbiorczych zawartych w tabeli 1.

i ich aktywności. Dalsze sprawowanie powołania mimo oczekiwanego a niespełnionego dobrostanu możliwe jest tylko przez nielicznych, najczęściej bez obciążeń rodzinnych, aspiracji doznań kulturalnych oraz pogłębiania wiedzy. Tacy pasjonaci misji niesienia pomocy, pozbawieni inspiracji do bardziej intensywnego działania; rychło tracą dynamizm twórczy. Jeszcze są pożyteczni, jeszcze snuje się za nimi „echo” zadowolonych pacjentów.

W takich przypadkach moc sprawczą odgrywa charyzma, nieuchwytny dar nawiązywania pozytywnych relacji emocjonalnych z innym człowiekiem. W niektórych przypadkach charyzma może uzupełniać (albo częściowo zastąpić) wiedzę i umiejętność posługiwania się nowoczesnymi technikami postępowania terapeutycznego. W przeszłości, w warunkach niskiej techniki ograniczającej się do badania oglądem i dotykiem, charyzma decydowała o powodzeniu w leczeniu. Wyjaśnieniem samorodnych sukcesów może być nieuchwytny wpływ silnej osobowości na sferę psychiczną chorego, który sam z siebie zaczyna wyzwalać niewyobrażalne moce obronne. Dzisiaj osobowość lekarza stanowi malejący element leczniczy, natomiast wyrafinowane techniki w metodach postępowania diagnostycznego i leczniczego zaczynają odgrywać decydującą rolę. Można przewidywać, że w przyszłym społeczeństwie informatycznym urządzenie diagnostyczne przekaże lekarzowi optymalne standardy postępowania terapeutycznego. Z formalnego punktu widzenia jest to dobry kierunek maszynowej dokładności w relacji: przyczyna – skutek – postępowanie. Czy słuszny? Tak daleki postęp w medycynie niesie ze sobą rutynę, seryjność postępowania i anonimowość ordynacyjną. Zatraca się więź lekarza z leczonym, ta nieuchwytna nić przekazywania powołania, czyli służebnego dysponowania sobą innemu, dla dobra chorego.

Tolerowanie słabych sił afirmujących w odniesieniu do korporacji lekarskiej wydaje się być w sprzeczności z „Rzeczywistością” oraz „Odpowiedzialnością” zawartych w zasadach bazowych myśli etycznej, z akcentowaniem nie bazowej zasady „Różnice” (ryc. 1). Wynika z tego, że w przypadku braku afirmacji występuje działanie sprzeczne z etyką a zatem szczególnie może tu być zasadne zastosowanie art. 8 Kodeksu, pozwalające lekarzowi na nie podjęcie lub odstąpienie od leczenia. Zaprzestanie leczenia to zawodowa śmierć medyków. Społecznie oznacza to dążenie do utraty życia w globalnym wymiarze! Tolerowanie takiej sytuacji, przez władze dowolnego szczebla, określić można jako zbrodnicze w stosunku do ludzkości. Wyraźnie przeczy zasadzie myśli etycznej „Poszanowanie życia” (ryc.1), która choć nie jest zaliczana do bazowych zasad etyki [4], ale jakże zasadnicza dla bioetyki. Jedynym orężem zorganizowanej walki o swe etyczne prawa może być art. 73 Kodeksu („Lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej...”)[3]. Jest to bardzo wąty oręż o niskiej skuteczności. Można, w kontekście cytowanego artykułu, odnieść wrażenie, że etyka skupia uwagę głównie na kwestiach drugorzędnych albo incydentalnych w obszarze całości życia (choroba postrzegana może być jako incydent zdrowego życia). Wydaje się, że Kodeks słabo głosi o problemach pierwszorzędnych, czyli dotyczących lichego bytowania człowieka. Problemy bytowe, w naszych warunkach, nie należą do okazjonalnych, lecz permanentnych i dotyczą wielu spośród korporacji lekarskiej, a nie tylko nielicznych. Wydaje się, że odniesienie powołania lekarza do ochrony życia i zdrowia człowieka (art.2), jest niezwykle ważne, ale może nasuwać przypuszczenie, że ważniejsza jest troska o pewne bar-

dzo nieprzyjemne epizody, niż godne przeżycie w zdrowiu. Lepiej kodyfikować zdrowe życie niż postępowanie ochraniające życie, które i tak zawsze kończy się śmiercią. Należy podjąć szerszy ogląd egzystencji i to nie jako dobro chorego, ale również dobro zdrowego (w tym lekarza). Tylko w szerokim rozumieniu życia powstaje etyka jako filozofia, na gruncie stawiania ponad wszystko problemu człowieka i sposobu jego bytowania. Globalne ustanie życia kończy wszelaką filozofię, etykę i naukę, rozumianych jako wytwór umysłu ludzkiego.

Etyka, jako teoria moralności, określa się przez powinność afirmowania osoby przez inną osobę jako wyraz godności ludzkiej. Absolut istnienia funkcjonuje bezpośrednio w moralności. Powinnością każdego człowieka jest dążenie do dobra, do takiego działania potrzebne jest męstwo. Męstwo jest cnotą przewyżczającą trudności w osiągnięciu dobra pożądanego; potępią działanie moralnie niegodziwe. Roztropność usprawnia wolę i rozum do trafnego rozpoznawania powinności moralnej, jako celu męstwa [5]. Zatem męstwo rozropne wydaje się najlepszym sposobem do pokonywania utrudnień w godnym i godziwym świadczeniu posłania medycznego przez lekarzy, a tym samym wyzwalać w nich radości mocy pracy i życia! Sukcesy medyków najlepiej kształtuje etos lekarza, który jest ukonstytuowany przez szereg wartości charakterystycznych dla wykonywanych przez niego czynności.

Czy nastał odpowiedni czas do aktualizacji zapisów Kodeksu?

Etyka bywa postrzegana jako zamyślenie filozoficzne. W czasie intensywnego rozwoju technicznego – intelektualnego, staje przed potrzebą bezprecedensowych wyzwań. Przeciętny człowiek współczesny zdaje się całkowicie zagubiony w napływie mnogości informacji. Wielość doznań związanych z pozyskiwaniem i przetwarzaniem impulsów informatycznych prowoku-

je do badań nad procesami myślenia naturalnego i sztucznego (komputerów i robotów). Koncepcja poznawcza, motywująca intensywność ludzkich czynności, zakłada znaczny oraz narastający udział procesów przetwarzania informacji w ludzkim umyśle. Prócz wspomnianego wyżej przypisywania człowiekowi hipotetycznych nowych możliwości poszukiwania a dalej pozyskiwania wiedzy, wyłania się pilna potrzeba zwiększenia procesów poznawczych, które warunkują następujące czynniki:

- Rozwój technologii cybernetycznych;
- Ewolucja teorii behawirystycznych zmierzająca do wyjaśniania reakcji nie tylko poprzez mobilizującą funkcję bodźca, ale też przez przypisanie mu funkcji sygnałowej.

Potrzeba głębszego poznawania zjawisk tworzenia, przetwarzania i stosowania współczesnych nośników informacji, była powodem ukształtowania się nowej dziedziny interdyscyplinarnej pod nazwą kognitywistyka. Dalsze dociekania motywowane są silną fascynacją ludzkim mózgiem, którego bardziej doskonałe badanie w skojarzeniu z modelowaniem przetwarzania informacji dających się przedstawić ilościowo oraz możliwościami wyrafinowanych symulacji komputerowych; zmierza do stworzenia sztucznej inteligencji. Czy sztuczna inteligencja może zastąpić myślenie ludzkie? Taki trend rozwoju naukowej myśli fizjologiczno-technologicznej wydaje się być istotnym powodem aktualizacji etyki z odniesieniem do problemu nowego zaistnienia człowieka i sposobu jego bycia. Może futurystyczny obraz człowieka jawić się jako istoty węgętującej według rygorów sztucznej inteligencji. Brak wczesnej aktualizacji etyki prowokuje wzmożoną aktywność ideologów różnych opcji politycznych, nie zawsze sprzyjających człowieczeństwu. Występuje wówczas tzw. ideologiczne łowienie dusz. Milcząc, nie

stawiając radykalnych pytań, mogą etycznie zakwestionować przewidywany porządek świata, etyka współczesna nie tylko aprobuje, ale i sankcjonuje jawną nieetyczność przewidywalnej przyszłości. Milcząc, blokuje niezbędne pytania oraz poszukiwania rozsądnych kompromisów; uczy jedynie przystosowywania się do światowego status quo. Stanowisko takie prowokuje do tolerowania ludzi pozbawionych etycznych skrupułów, jednocześnie nie przysparza należytej satysfakcji tym, dla których postępowanie etyczne jest akceptowanym wymogiem sposobu bycia. Nadmierne dostosowywanie etyki do następujących po sobie odkryć wydaje się błędną nadgorliwością. File [6] uważa, że: „Nieporozumieniem jest znajdowanie w bogactwie i zmienności zjawisk moralności, pojętej jako zbiór dających się obserwować i opisywać faktów kulturowych, racji istnienia wielości etyk. Moralności było, jest i będzie wiele. Etyka jest tylko jedna. Jeżeli miałoby być wiele etyk, to nie byłoby żadnej etyki. Wielość znosi etykę jako etykę. Fałszywe, więc jest sankcjonowanie owej wielości. Wielość taka jest jeszcze jedną formą nieobecności etyki”. Spór uczonych o możliwość propagowania etyki filozoficznej toczy się od dawna i może być uważany za symptomatyczny zarówno dla czasów nowożytnych, jak i współczesnych. Obecnie większego znaczenia wydają się nabierać orientacje światopoglądowe, a niekiedy także ideologiczne. Wśród badaczy, szczególnie nauk technicznych i przyrodniczych, popularna jest idea postulująca oparcie się wszelkiej wiedzy na doświadczeniu, które usiłuje się wkomponować w podstawy wszystkich nowożytnych dyscyplin naukowych, w tym także filozofii, choć ta wydaje się należeć do wiedzy czysto teoretycznej. Według Platona, wszelkie próby wyjęcia etyki z metafizyki i ogólnej filozofii człowieka z góry skazane są na niepowodzenie. Wynika to z fi-

lozoficznej zależności: we wszystkich rozważaniach, gdzie myślenie filozoficzne nie jest fizyką czy logiką, jest właśnie etyką [7].

Wnioski

1. Tolerowanie słabych sił afirmujących (brak silnej aprobaty) w odniesieniu do korporacji lekarskiej wydaje się być w sprzeczności z bazowymi zasadami etyki.
2. Lekarz powinien przejawiać męstwo jako cnotę przezwyciężania trudności w osiąganiu dobra należącego. Męstwo roztropne wydaje się najlepszym sposobem do pokonywania utrudnień w godnym i godziwym świadczeniu posłania medycznego przez lekarzy, a tym samym wyzwala radości mocy pracy i życia!
3. Rozwój naukowej myśli fizjologiczno-technologicznej wydaje się być istotnym powodem aktualizacji etyki oraz zapisów kodeksowych z odniesieniem się do problemu nowego zaistnienia człowieka i sposobu jego bytowania.

Piśmiennictwo

1. Płoski T.: Miejsce etyki we współczesnej medycynie. „Skalpel” 2006, 1, 20-22.
2. Walterska K.: Protesty nieobce lekarzom w innych krajach. „Puls” 2006, 7/8 (135/136), 3;8.
3. Kodeks Etyki Lekarskiej. Naczelna Izba Lekarska. Warszawa 2004.
4. Russ J.: Współczesna myśl etyczna. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2006.
5. Styczeń T., Merecki J.: ABC ETYKI. Wydawnictwo KUL. Lublin 2005.
6. File J.: Filozofia jako etyka. <http://www.tezeusz.pl/cms/tz/index.php?id=420>.
7. Tatarkiewicz T.: Historia filozofii, t. I. PWN Warszawa 1983.

dr hab. n med. **Adam SKRZYPKOWSKI**
członek Komisji Etycznej w WIML

Broń chemiczna

od Ypres do metra tokijskiego

Według encyklopedycznego już określenia „broń chemiczna jest to broń masowego rażenia, którą stanowią bojowe środki trujące oraz środki ich przenoszenia”. Dokładne charakterystyki tej broni zamieszczają wszystkie adekwatne podręczniki i instrukcje wojskowe.

Celem tego opracowania jest syntetyczne przedstawienie:

1. Rysu historycznego nowoczesnego zastosowania broni chemicznej na polu walki i w działaniach terrorystycznych oraz zakazów jej stosowania;
2. Poradzieckiego arsenału chemicznego i starań o jego zniszczenie;
3. Działania toksycznego czynników broni chemicznej oczekującej na zniszczenie;
4. Opisu incydentów terrorystycznych z użyciem broni chemicznej, jakie miały miejsce w Japonii przy końcu ub. wieku.

1. Rys historyczny

1.1. Okres I wojny światowej

W historii wojen i konfliktów zbrojnych broń chemiczna była rzadko stosowana. Bardziej pospolite były nieistotne oskarżenia, niezwyfikowane ze względu na brak rzetelnej informacji. Zdarzenie, które wyraźnie zaznaczyło groźbę tej formy walki, miało miejsce w 8 miesiącu trwania I wojny światowej, konkretnie w dniu 22 kwietnia 1915 roku w miejscowości Ypres w Belgii. Niemcy, jedyni wśród walczących, jeszcze przed wojną opanowali skraplanie chloru na dużą skalę i użyli go tam jako broni chemicznej. Tym manewrem zamierzali wyjść, zarówno z wojny pozycyjnej, która unieruchomiła ich armię na polu walki, jak i z niedoborów materiałów detonacyjnych na skutek blokady ze strony marynarki przeciwników. Tamtego dnia, późnym popołudniem, uwolnili 180 ton płynnego chloru z 5730 kontenerów nadciśnieniowych a wiatr uniósł wytworzoną chmurę duszącego gazu w kierunku linii przeciwnika. Dostępne opisy są skąpe, ale mówiło się, że ofiarami tego ataku stało się wielu z 15 000 żołnierzy francuskich, kanadyjskich i algierskich zgromadzonych na tym odcinku frontu. Z ofiar

tych 1/3 zmarła. Dokładna liczba jest trudna do ustalenia, ale jakkolwiek było, to było pierwsze na skalę światową doświadczenie z użyciem broni masowego rażenia.

Jak już wspomniano, zastosowanie na szeroką skalę broni chemicznej stało się możliwe dzięki rozwojowi przemysłu chemicznego. Z przebadanych setek tysięcy związków chemicznych tylko około 60 zostało, bądź zastosowane w wojnie chemicznej, bądź zmagazynowane z przeznaczeniem do użycia jako broni. Dwie trzecie z nich, o łącznej masie ponad 110 000 ton, było stosowane już w czasie I wojny światowej, kiedy to pole walki służyło jednocześnie do ich testowania.

Początkowo chemikalia były stosowane nie z zamiarem rażenia, w sensie wyłączenia żołnierzy przeciwnika z działań wojennych, ale raczej do nękania, do wypędzania z okopów lub innych ukryć przed ogniem konwencjonalnym lub do obezwładniania artylerii przeciwnika i paraliżowania dostaw. Około 10% ogólnego tonażu broni chemicznej, użytej w czasie I wojny światowej, stanowiły chemikalia obezwładniające: gazy łzawiące, czynniki wywołujące kichanie i wymioty. Jednakże wkrótce po wprowadzeniu środków obezwładniających sięgnięto i po środki letalne. Ogółem zarejestrowano około 1 300 000 ofiar ataków bronią chemiczną, w tym 90 000 śmiertelnych.

1.2. Okres międzywojenny

Między dwiema wojnami światowymi znaczna część wszystkich nowych związków chemicznych, zsyntetyzowanych lub izolowanych z materiałów naturalnych, była badana pod kątem zastosowania jako broń letalna lub obezwładniająca.

W latach dwudziestych i trzydziestych, wśród wielu ocenianych związków chemicznych były: pochodne fosgenu, chloropikryny oraz różne parzące związki arsenowe, iperyt azotowy i wyższe homologii iperytu siarkowego, karbonyliki metali, kadm; selen, związki telluru, fluorooctany i karbaminiany. W niektórych wykryto zalety przewyższające dotychczasowe czynniki broni chemicznej i pod

tym kątem wprowadzano je do produkcji. Ale na początku II wojny światowej żaden z nich nie przewyższał fosgenu i iperytu pod kątem ogólnego zastosowania i te dwa gazy stanowiły podstawowe elementy składowe arsenałów broni chemicznej.

Broń chemiczna była i nadal pozostaje bardziej atrakcyjna do stosowania w krajach, gdzie baza ekonomiczna i techniczna nie jest w stanie zabezpieczyć elementarnej ochrony siłom zbrojnym, nie mówiąc o ludności cywilnej. Z tego względu, gdy po I wojnie światowej użyto ponownie broni chemicznej, miało to miejsce w bardzo słabo rozwiniętych regionach świata, np. w Maroku (1923-26), Trypolitanii (1930), Sinkiang (1934), Abisynii (1935-40), Mandżurii (1937-42).

1.3. Okres II wojny światowej

Najbardziej znaczący postęp w syntezie chemicznych czynników letalnych miał miejsce w czasie II wojny światowej. Niemcy wyprodukowali tabun, pierwszy ze znanej serii gazów o działaniu paralityczno-drgawkowym, nazywanych też nerwogazami. Pilotowa produkcja tabunu została podjęta na początku wojny. Do końca wojny zostało wyprodukowanych około 12 000 ton tabunu, z czego większą część załadowano do amunicji. Drugi z nerwogazów, sarin zsyntetyzowany w Niemczech w 1938 roku, okazał się jeszcze bardziej atrakcyjnym dla celów wojskowych. Jednak Niemcy nauczeni doświadczeniem z I wojny światowej, mimo przewagi w produkcji nowoczesnej broni chemicznej, nie odważyli się użyć do walki.

1.4. Okres zimnowojenny i konfliktów lokalnych

W pierwszej połowie okresu zimnej wojny, po obu stronach supermocarstwowej konfrontacji, gromadzone były arsenały łącznie z nerwogazami i innymi rodzajami broni chemicznej. O ich wielkości świadczy przykład arsenału poradzieckiego omówionego niżej. W tym czasie niektórzy doradcy naukowi do spraw obrony przewidywali nową generację broni chemicznej mającą nieporównywalnie większy zasięg rażenia. W wojnie Iraku z Islamską Republiką Iranu (1982-88) ponad 100 000 żołnierzy irańskich i osób cywilnych było leczonych na skutek ostrych zatruc ataków bronią chemiczną, a 25 000 poniosło śmierć. Ponadto, po upływie kilkunastu lat od zakończenia tej wojny, 34 000 osób, które zostało ciężko

porażonych nadal jest leczonych z długotrwałych skutków działania tej broni. Jest to liczba, które ciągle rośnie w wyniku ujawniania nowych danych. W 1988 roku na terenie Iraku szeroko stosowano broń chemiczną przeciw Kurdom. Próbkę gleby zebrane z sąsiedztwa eksplozji pocisków były później szczegółowo analizowane i wykryto w nich ślady iperytu i sarinu. Wojskowy personel Iranu i cywile kurdyjscy porażeni iperytem byli leczeni w szpitalach w Europie w USA.

Już w czasie II wojny światowej stwierdzono, że środki chemiczne mogą być tak toksyczne dla roślin, jak gazy nerwów dla ludzi. Na początku lat pięćdziesiątych po raz pierwszy poznano czynnik V zsyntetyzowany w laboratorium agrochemicznym. Gazy z tej serii, jak VX i VR są znacznie bardziej toksyczne, gdy są absorbowane przez nieosłoniętą skórę. Te herbicydy, szczególnie pochodne kwasu 2,4-dichloro i 2,4,5 trichlorooctowego (trixone i orange agent) były stosowane w latach 1950-1975 w konfliktach zbrojnych w Afryce, w Południowo Wschodniej Azji, bądź do ataku na zboża, bądź na roślinność leśną, która dawała schronienie stronie przeciwnej (Wietnam 1961-75).

1.5. Historia działań na rzecz zakazów broni chemicznej

Rok 1970 był punktem zwrotnym w międzynarodowych staraniach prawnych zmierzających do uporania się z problemem broni chemicznej. Publiczne wyrzeczenie się broni biologicznej przez USA w 1969 roku, wielostronna konferencja rozbrojeniowa w Genewie i wreszcie zwołanie konferencji Komitetu Rozbrojeniowego ONZ zadecydowały o oddzielnym rozpatrywaniu broni biologicznej i chemicznej. Wcześniej, przed uchwaleniem w 1925 roku Protokołu Genewskiego, zakazującego stosowania tych broni, były one rozpatrywane razem.

W latach osiemdziesiątych ub. wieku zintensyfikowano wysiłki nad wprowadzeniem zakazu stosowania broni chemicznej. W 1992 roku na posiedzeniu Zgromadzenia Ogólnego ONZ przedłożono kompletny zapis Konwencji o Broni Chemicznej (Chemical Weapons Convention – CWC). W przeciwieństwie do Konwencji o Broni Biologicznej, CWC zawiera zabezpieczenie dotyczące weryfikacji przez powołanie międzynarodowej Organizacji ds. Zakazu Broni Chemicznej (Organization for

the Prohibition of Chemical Weapons – OPCW) z siedzibą w Hadze. CWC została przedłożona do podpisu w 1993 roku i 1997 weszła w życie.

Artykuł X, paragraf 8 CWC mówi, co następuje:

„Każde państwo strona ma prawo żądać i podlegać procedurom wymienionym w dalszych paragrafach 9, 10 i 11 w celu uzyskania wsparcia i ochrony przed użyciem lub groźbą użycia broni chemicznej, jeśli uznaje, że:

- a) przeciw niemu została użyta broń chemiczna;
- b) przeciwko niemu zostały użyte czynniki zwalczania zamieszek jako metoda prowadzenia wojny; lub
- c) jest zagrożone przez akcje lub działania jakiegoś państwa, które są zakazane dla państw stron przez artykuł I”.

To staranie o wsparcie nie wymienia źródła ataku, ani państwa ani organizacji terrorystycznych.

Paragrafy 9, 10 i 11 artykułu X nakazują dyrektorowi generalnemu OPCW podejmowanie natychmiastowych działań po otrzymaniu prośby ze strony państwa, które uznało, że jest ofiarą ataku chemicznego. Dyrektor OPCW powinien w ciągu 24 godzin rozpocząć dochodzenie i do 72 godziny przedłożyć pierwsze sprawozdanie dla Rady Wykonawczej. Jeśli zajdzie potrzeba, czas na dochodzenie może być wydłużony na okres dodatkowych 72 godzin. Po każdym przedłożonym okresie musi być opracowane nowe sprawozdanie. Rada Wykonawcza, po otrzymaniu sprawozdania z dochodzenia, jest proszona o zbieranie się w ciągu 24 godzin dla rozważenia podjęcia dalszych działań.

Na pierwszej konferencji państw stron CWC w maju 1997 roku ustanowiono dobrowolny fundusz dla działań wynikających z artykułu X. Wsparcie gwarantowane poprzez OPCW może być dzielone na 2 główne kategorie: sprzęt (głównie wyposażenie ochronne) i różne zespoły wspomagania.

Sprzęt oferowany przez państwa strony stanowi w dużej mierze osobiste wyposażenie ochronne, szczególnie dla ludności cywilnej. Stosowanie osobistego wyposażenia ochronnego wymaga treningu. Rząd szwajcarski, we współpracy z OPCW, zorganizował serię kursów takiego treningu dla szefów instruktorów. Tacy szefowie instruktorów winni zatem być zdolni do szkolenia lokalnych instruktorów,

którzy z kolei mogą szkolić eksponowaną populację w odpowiednim wykorzystywaniu osobistego wyposażenia ochronnego.

Inne pokrewne kursy szkoleniowe będą tak samo organizowane przez Sekretariat Techniczny OPCW w kooperacji z różnymi państwami członkami. Będą to np. kursy dla personelu medycznego, kursy w posługiwaniu się sprzętem analitycznym i kursy udzielania pomocy doraźnej oraz organizowanie operacji ratowniczych.

Zespoły wspomagania, jakie mogą być udostępnione przez państwa strony do pomocy w przypadku zaistnienia potrzeby, będą stanowiły między innymi zespoły medyczne, zespoły detekcji, zespoły dekontaminacji i zespoły wspierania infrastruktury niezbędnej dla operacji wspomagających. Oferowany jest też transport lotniczy, jednakże oczekuje się, że koszt transportowania zespołów będzie do pewnego stopnia musiał pokrywać dobrowolny fundusz wspomagania.

Paragraf 5 artykułu X, wymaga od Sekretariatu Technicznego OPCW ustanowienia i utrzymywania bazy danych do użytku dla każdego potrzebującego kraju. Baza danych zawiera ogólnie dostępną informację o ochronie przed bronią chemiczną jak i inne informacje, jakich mogą żądać kraje strony. Ten bank danych jest obecnie organizowany i indeksowany przy użyciu CDS-ISIS bazy danych software opracowanej przez UNESCO. Dotychczas zamówienia na informację z banku danych musiały być kierowane bezpośrednio do Sekretariatu Technicznego OPCW, ale planowane jest udostępnianie bazy danych dostępnej przez internet.

Paragraf 5 artykułu X wymaga, by Sekretariat Techniczny zabezpieczał doradztwo ekspertyzowe, w jaki sposób państwa strony mogą doskonalić swoją ochronę przed bronią chemiczną. Stwarza to sposobność ubiegania się o pomoc bez posiadania dowodu oskarżenia o stosowanie broni chemicznej wobec jakiegokolwiek kraju. Dla wdrożenia tego zastrzeżenia została ustanowiona sieć ochronna, aktualnie składająca się z około 40 specjalistów od różnych aspektów ochrony chemicznej rekrutujących się z 20 państw członkowskich.

Zgodnie z paragrafem 5 artykułu X Sekretariat OPCW może też na żądanie organizować narodowe lub regionalne kursy o ochronie, workshopy itd.

2. Poradziecki arsenał broni chemicznej

2.1. Dane ogólne

Z państw posiadających broń chemiczną największy arsenał posiada Rosja. Jest to oczywiście poradziecka spuścizna z okresu zimnej wojny. Poniżej zostaną omówione starania międzynarodowe o zniszczenie tego arsenału.

Rosja deklaruje posiadanie 40 000 ton broni chemicznej, z czego dotychczas zniszczono zaledwie 3%. Broń ta jest rozmieszczona w 7 obiektach: Gorny (obwód Saratowo), Kambarka (Republika Udmurtzka), Leonidowka (obwód Penza), Matadikowski (obwód Kirow), Poczeb (obwód Brańsk), Szczaczije (obwód Kurgan). Około 7500 ton deklarowanych zapasów, magazynowanych w Gornym i w Kambarce, stanowią gazy parzące (iperyt siarkowy, mieszanina iperytu siarkowego i luizytu). Pozostałe zapasy zawierają trzy gazy fosforoorganiczne: głównie sarin, a także soman i V-gaz załadowane w przybliżeniu w 4-4.5 milionach sztuk pocisków.

2.2. Technologia niszczenia

Rosja zamierza niszczyć swoje nerwogazy stosując technologię opartą na dwuetapowym procesie neutralizacji opracowanym przez Państwowy Instytut Badawczy Chemii Organicznej i Technologii (GosNIIOKiT). Inne przedsiębiorstwa rosyjskie, m. in. Państwowy Instytut Technologii Syntezy Organicznej (GITOS) i wiele innych instytutów jest włączonych w dalsze opracowywanie i wdrażanie technologii. Niszczenie sarinu i somanu polega w pierwszym etapie głównie na neutralizacji przez monoetanolaminę (MEA) w obecności wody przy temperaturze około 110°C. W czasie drugiego etapu masa reagująca jest mieszana z bituminem i wodorotlenkiem wapnia ogrzanym do temperatury około 135°C. Niszczenie V gazów obejmuje początkową reakcję z czynnikiem zwanym RD-4. Odczynnik ten, którego skład jest właściwie tajny, będzie dodawany do gazu doprowadzając do reakcji autokatalizy, która będzie podtrzymywana aż gaz zostanie w dużej mierze rozłożony. Po ewentualnym dodatkowym niszczeniu uzupełniającym, masa reagująca zostanie ponownie zmieszana z bituminem ogrzanym do około 135°C. Następnie końcowy produkt zbituminowany zostanie umieszczony w specjalnych pojemnikach na długotrwałe przechowywanie.

Rosja zastosuje jednostopniową metodę niszczenia wszystkich niefosforoorganicznych gazów poddając je działaniu wysokiej temperatury. Luizyt będzie niszczony za pomocą wodnego roztworu wodorotlenku sodowego. Odpadowe sole, powstające po procesie odparowania, zostaną magazynowane na długoterminowe przechowywanie. Rosja informuje, że jest zainteresowana pozostałością arsenu (po ekstrakowaniu i oczyszczaniu z produktów hydrolizy luizytu) z przeznaczeniem dla cywilnych celów handlowych. Iperyty siarkowy i mieszanina iperytu siarkowego i luizytu będą neutralizowane za pomocą MEA.

Rosyjskie pociski chemiczne nie posiadają zapalników ani wyrzutni. Same pociski będą odkażane z użyciem różnych chemikaliów opisanych wyżej a następnie przez uzdatnianie termiczne (wysokie temperatury). Rosja planuje sprzedawać lub regenerować odkażone odpady metalu z pocisków.

2.3. Pomoc międzynarodowa w operacji niszczenia

Rosyjski zrewidowany plan określa całkowity koszt niszczenia broni chemicznej na sumę 160.4 miliarda rubli (około 5.6 miliarda dolarów) i ocenia, że całkowita międzynarodowa pomoc finansowa i techniczna będzie sięgać kwoty 34.2 miliarda rubli (około 1.186 miliarda dolarów). Dotychczas pomoc z zewnątrz pokrywa 7% kosztów. Dane te wskazują, że Rosja chciałaby faktycznie 2-3 razy większą pomoc z zewnątrz. Plan zakłada też, że około 0.6 miliarda rubli (około 21 milionów dolarów) może być odzyskane w trakcie niszczenia pocisków w postaci takich półproduktów, jak oczyszczony arsen i odkażony złom metalowy.

Większość pomocy udzielanej w niszczeniu rosyjskiej broni chemicznej pochodzi z amerykańskiego Programu Nunn-Lugarda o Współdziałaniu w Redukowaniu Zagrożeń (Nunn-Lugar Cooperative Threat Reduction -CTR) i poprzez różne procedury od państw członków UE.

Następujące państwa udzielają lub planują udzielić Rosji pomocy: Kanada, Czechy, UE, Finlandia, Francja, Niemcy, Irlandia, Włochy, Holandia, Nowa Zelandia, Norwegia, Polska, Szwecja, Szwajcaria, Anglia i USA.

Koordynacja pomocy dla Rosji w niszczeniu broni chemicznej obejmuje: (a) wysiłki koordynacyjne Globalnego Partnerstwa Przeciw Rozprzestrzenianiu Broni Masowego Ra-

żenia i Sprzętu (Global Partnership Against the Spread of Weapons and Materials of Mass Destruction),

- (b) spotkania w ramach Inicjatywy Współdziałania w Nierozprzestrzenianiu i Rozbrojeniu (Non-proliferation and Disarmament, Cooperation Initiative-NDICI),
- (c) regularne spotkania w Hadze dla udzielania pomocy Rosji w niszczeniu broni chemicznej,
- (d) działania Grupy Współdziałania dla Szczaszczije (Shschuch'ye Coordinating Working Group),
- (e) rosyjsko- amerykańskie robocze zebrania przeglądowe będące częścią programu CTR,
- (f) spotkania Komitetu Doradczego EU – ONZ ds. Ogólnego Rozbrojenia (EU General Affairs Council's Committee on Disarmament in United Nations (CoDUN)),
- (g) *ad hoc* bilateralne i multilateralne kontakty wśród zainteresowanych państw.

Globalne Partnerstwo Przeciw Rozprzestrzenianiu Broni Masowego Rażenia i Sprzętu zostało powołane w 2002 roku na szczycie OPCW, jaki miał miejsce w Kanadzie.

Udział w międzynarodowej współpracy, obejmującej pomoc w niszczeniu rosyjskiej broni chemicznej, został następnie poszerzony na liczne zainteresowane kraje. Zebrania udzielających pomocy odbywają się 4 razy do roku w Hadze i są planowane w tych terminach, w których zbiera się Rada Wykonawcza OPCW.

Grupa Współdziałania dla Szczaszczije składa się z reprezentantów Kanady, Rosji, Anglii i USA, którzy zbierają się 4 razy do roku dla przedyskutowania spraw związanych z pomocą w niszczeniu broni chemicznej tam magazynowanej.

Kraje UE udzielające wsparcia na zebraniach CoDUN też analizują stan pomocy w niszczeniu poradzieckiej broni chemicznej w celu dokonania koordynacji polityki UE w tym zakresie. W zebraniach, które odbywają się w Brukseli, biorą udział urzędnicy kontroli zbrojeń i rozbrojenia.

W przeszłości państwa udzielające pomocy otrzymywały niedostateczną informację o ustalonym przez Rosjan planie zniszczenia broni chemicznej, łącznie z tym, jaka jest wymagana przez Rosję pomoc specyficzna. Jednakże, jak już przedstawione jest wyżej, w 2005 roku pojawiło się znaczne ożywienie w rozwiązaniu kwestii finansowej wymaganej dla informacji o elementach rosyjskiego

programu niszczenia. W zasadzie Rosja deklaruje możliwość pokrycia przynajmniej 70% kosztów zniszczenia arsenału poradzieckiej broni chemicznej.

Na koniec należy podkreślić, że różne aspekty związane z udzielaniem pomocy w niszczeniu broni chemicznej mają być rozpatrywane systematycznie. Ważne jest też upewnienie się, że trudności, w szczególności operacyjne, nie są mieszane z implikacjami politycznymi.

3. Charakterystyka poradzieckich bojowych środków trujących

Społeczność międzynarodowa, nauczona doświadczeniami z ataków terrorystycznych, może obawiać się groźby wykradania broni chemicznej przez międzynarodowe grupy terrorystyczne, szczególnie z arsenałów poradzieckich. Z tego względu wydaje się być ważne przypomnienie właściwości zmagazynowanych poradzieckich bojowych środków trujących, tj. iperytu czyli gazu musztardowego i nerwogazów, w tym głównie sarinu.

3.1. Iperyty (gaz musztardowy)

Iperyty znany jako gaz musztardowy jest siarczkiem bis(2-chloroetylowym). Jest to oleisty płyn bezbarwny lub koloru bursztynowego o odczynie obojętnym. W stanie czystym krzepnie przy 14°C, a wrze i ulega powolnemu rozkładowi przy 228°C. Przy wysokich koncentracjach ma ostry zapach przypominający zapach chrzanu, cebuli lub czosnku. Jest słabo rozpuszczalny w wodzie, ale rozpuszcza się w rozpuszczalnikach organicznych i w tłuszczach. Chemicznie i fizycznie jest względnie stałą substancją. Rozpuszczony w wodzie najpierw ulega hydrolizie a następnie utlenianiu do mniej toksycznych pochodnych sulfotlenku i sulfonu.

3.1.1. Pochodzenie

Iperyty siarkowy został zsyntetyzowany w 1860 roku i po raz pierwszy użyty jako broń chemiczna w czasie I wojny światowej. Praktycznie nie ma innego zastosowania.

3.1.2. Ekspozycja

Ekspozycja, zarówno na postać płynną, jak i gazową iperytu, zachodzi głównie drogą inhalacji i kontaktu ze skórą. Iperyty wywołuje znaczne efekty w szerokim zakresie dawek. Przy 100 mg.min/m³ może powodować nieodwracalne porażenie oczu.

Przy 200 mg.min/m³ rozwija się znaczne zapalenie skóry. Śmiertelna dawka oddechowa wynosi 1500 mg.min/m³. Na skórze obnażonej śmiertelną dawkę naskórną może stanowić 4-5 g iperytu, podczas gdy krople kilkumiligramowe mogą być dawką obzewładniającą.

Pary iperytu mogą przemieszczać się z wiatrem na duże odległości. Może zachodzić lokalne skażenie wody. Płynny iperyt ma tendencję tonięcia jako ciężka warstwa oleista, zalegająca na dnie zbiorników wodnych i wydzielająca na powierzchnię niebezpieczną substancję błonotwórczą. Sporadycznie skażenia iperytem doświadczają rybacy na Bałtyku wyciągający sieciami z dna morskiego zbrylony iperyt, zatopiony przez Niemców u schyłku II wojny światowej.

Na powietrzu iperyt wydziela zapach wykrywalny już przy stężeniach około 1.3 mg/m³. Doświadczenia z I wojny światowej i z wojny iraacko-irańskiej wskazują wyraźnie na powstawanie efektów niewydolności organizmu, wtórnych do zmian skóry i śluzówek. Tylko ograniczona liczba przypadków (2-3% wśród 400 000 eksponowanych w czasie I wojny światowej i podobny odsetek w czasie wojny iraacko-irańskiej) kończyła się zgonami, głównie w ciągu pierwszego miesiąca zatrucia.

3.1.3. Okres utajony zatrucia iperytem

W warunkach polowych, u żołnierzy pozostających bez ochrony, zwiastuny i objawy zatrucia rozwijają się stopniowo po kilkugodzinnym okresie utajonym. Czas utajenia zależy od rodzaju ekspozycji, temperatury środowiska i prawdopodobnie też od podatności eksponowanego osobnika.

Jednakże sporadycznie, już wkrótce po ekspozycji na naddawki śmiertelne iperytu, były opisywane nudności, wymioty i ból oczu, jako ostre systemowe skutki podrażnienia centralnego systemu nerwowego, doprowadzające do konwulsji i nagłej śmierci.

3.1.4. Główne objawy kliniczne

Na ogół pierwsze objawy pojawiają się między 30. minutą a 3 godziną po ekspozycji. Rozpoczynają się od uczucia piasku w oczach, postępującej bolesności i przekrwienia doprowadzającego do obrzęku i zespołu objawów ostrego zapalenia spojówek z bólem, łzawieniem, kurczem powiek i fotofobią. Pojawia się

wyciek z nosa, kichanie, ból gardła, kaszel i chrypka. Na koniec może rozwinąć się duszność. W ciągu 24 godzin po ekspozycji objawy te stają się bardziej nasilone i niepokojące: oczy stają się łzawiące i bardzo bolesne, wyciek z nosa bardziej ropny, a głos ochryply lub wyciszony. U dużej części poszkodowanych występują nudności, mdłości i wymioty, związane z bólami nadbrzusza, mogące nawracać w częstych odstępach przez kilka godzin. W ciężkich przypadkach objawy te stają się intensywnie i utrzymują się dłużej. Może pojawić się biegunka, ale jest to raczej objaw rzadki. W tym czasie skóra może stać się swędząca a osutka skórna wyglądać jak ciemny rumień. W pachach, pachwinach i na genitaliach pojawiają się pęcherze. Przy końcu pierwszej doby wszystkie objawy zaczynają przechodzić w ciężkie, ale w czasie pierwszego dnia zatrucia prawie nigdy nie następuje zejście śmiertelne.

3.1.5. Przebieg zatrucia i zdrowienie

W łagodnych przypadkach zmiany mogą ograniczać się do zaczerwienienia, które po 10-15 dniach zamienia się w zabarwienie czarne połączone ze złuszczeniem naskórka bez pozostawiania istotnych zmian na skórze. Ten objaw, znany już z czasów I wojny światowej, był obserwowany też u ofiar w Iranie. Przy ekspozycji umiarkowanej i ciężkiej wykształcają się duże pęcherze wypełnione jasnożółtym płynem, który zazwyczaj wypływa, doprowadzając do erozji i utraty normalnej grubości skóry oraz do owrzodzeń. Powstałe pęcherze mogą utrzymywać się przez 2 do 3 tygodni, a erozje pełne zgrubień do 6-12 tygodni. Wokół obszaru zajętego zapaleniem i na nim pojawia się hiperpigmentacja. Miejsce gojenia się jest bardzo wrażliwe na uszkodzenia mechaniczne.

W ciężkich przypadkach, na drugi dzień rozwija się zapalenie górnych i dolnych dróg oddechowych. Odsztuszenie staje się obfite, śluzoworopne, niekiedy z dużymi złoгами śluzówki tchawicznej. Stan ten komplikują wtórne infekcje znekroutyzowanej śluzówki dróg oddechowych. Pojawia się gorączka z przyspieszonym tętnem i oddechem. Po pewnym czasie, między drugim dniem a czwartym tygodniem, infekcja może kończyć się bronchopneumonią i zgonem. Powrót do zdrowia jest powolny. Wykrztuszenie i kaszel mogą utrzymywać się przez kilka tygodni.

Iperyty siarkowy jest absorbowany i rozprowadzany w całym organizmie. W ciężkich przypadkach we krwi obwodowej, po krótkim okresie wzrostu liczby białych krwinek, następuje szybki ich spadek. U ofiar wojny między Iracką Republiką Islamską a Irakiem, leukopenia była obserwowana między 5 a 20 dniem po ekspozycji. Ciężkiej leukopenii towarzyszyła sepsa, szok sercowo-naczyniowy i uszkodzenia wielonarządowe.

Doświadczenie z leczenia ofiar irańskich wykazało, że u osób z ciężkimi komplikacjami płucnymi wymagającymi sztucznej wentylacji i gdzie ekspozycja prowadziła do ciężkiej leukopenii, prognoza była mało optymistyczna, nawet przy dostępnym leczeniu specjalistycznym.

3.1.6. Długotrwałe powikłania

Doświadczenia z wojny między Irakiem a Iracką Republiką Iranu potwierdziły, że zmiany skórne (głównie zbliźniowacenie skóry, hiper- i hipopigmentacja oraz uczucie swędzenia) utrzymują się długo, a ponadto u chorych mogą wystąpić takie powikłania, jak zapalenie oskrzeli i rozedma.

Bardzo niepokojącym objawem, znanym już w okresie I wojny światowej, a obserwowanym też po wojnie między Irakiem a Iracką Republiką Iranu, jest opóźnione zapalenie spojówek, pojawiające się nawet po 6-10 latach od ekspozycji, z następowym rozwinięciem się ślepoty. Zmiany nawracają nawet po transplantacji rogówki. Iperyty siarkowy i azotowy, zarówno w warunkach doświadczalnych *in vitro*, jak i *in vivo*, okazały się mutagenne, kancerogenne i teratogenne. Badania przeprowadzone w Japonii i w Anglii, na pracownikach zakładów produkujących iperyt, wykazały jego właściwości kancerogenne. W zakładzie wytwórczym ekspozycja na iperyt może być zarówno znaczna jak i długotrwała. Dotychczas nie zaobserwowano jednak wzrostu występowania nowotworów u żołnierzy eksponowanych na iperyt w wojnie między Irakiem a Iracką Republiką Iranu, ale jest to nadal zbyt krótki okres czasu na ostateczne wnioski.

3.1.7. Wykrywanie i rozpoznanie ekspozycji

Dostępne są liczne metody wykrywania płynnego iperytu siarkowego. Pary iperytu w powietrzu mogą być wykrywane przy użyciu polowych zestawów lub za pomocą detektorów automatycznego wykrywania – bądź

spektrometrii masowej, bądź fotometrii płomieniowej.

U ludzi w rozpoznaniu ekspozycji na iperyt siarkowy wydaje się być przydatne wykrywanie produktów alkilacji iperytu z hemoglobina, albuminą lub DNA, jak i metabolitów iperytu w moczu. W oparciu o monoklonalne przeciwciała zostało opracowane wykrywanie testami ELISA i immunoblotingu. W zasadzie próby immunoenzymatyczne zostały opracowane dla stosowania w warunkach polowych, podczas gdy metody spektrometrii masowej mogą być stosowane do potwierdzania wyników w warunkach bardziej sofistycznych. Metody spektrometrii masowej są wysoce użyteczne dla wykrywania retrospektywnego ekspozycji. W czasie wojny między Irakiem a Iracką Republiką Iranu, zarówno spektrometria masowa, jak i metody immunoenzymatyczne były skutecznie stosowane do badania próbek krwi pobranych od żołnierzy irańskich nawet po upływie ponad 3 tygodni po umiarkowanej ekspozycji na iperyt siarkowy.

Metabolizm iperytu siarkowego doprowadza do powstawania skomplikowanej mieszaniny produktów wydzielanych z moczem. W przeciwieństwie do powszechnie panującego poglądu, mało znaczącym metabolitem w moczu jest produkt hydrolizy iperytu siarkowego, zwany tioglikolem. Natomiast w obfitej ilości występuje w moczu jako pochodna sulfotlenek tioglikolu. Niestety, zarówno tioglikol jak i jego sulfotlenek są często obecne w moczu osób nieeksponowanych na iperyt.

3.1.8. Zasady postępowania medycznego, profilaktyka i leczenie

Bardzo ważne są adekwatne środki pierwszej pomocy. Udzielający pomocy, gdy kontaktują się ze skażonymi ofiarami, winni nakładać ubranie ochronne i respiratory. Chorzy powinni być usunięci ze źródła skażenia a teren odkażony. Skażone oczy winny być natychmiast wypłukane obfitą ilością płynu fizjologicznego lub wody pobranej z pewnego źródła.

Profilaktyka sprowadza się całkowicie do ochrony dróg oddechowych i skóry poprzez stosowanie odpowiedniej odzieży ochronnej. Leczenie jest objawowe.

W leczeniu zmian na skórze stosuje się różne procedury postępowania - od leczenia w ośrodkach leczenia oparzeń do leczenia przez kąpiele i stosowanie wilgotnych okładów. Na rumień i mniejsze pęcherze stosuje się

mieszaninę tlenku cynku z wodą wapniową, 0,2% chloraminę lub 0,3% roztwór sulfadiazyny srebra (flamazyny), 1% maść dla zapobiegania wtórnym infekcjom skóry i dla zmniejszenia świądu i podrażnienia miejscowo preparaty kortykosterydowe. Stosowane są też środki przeciwbólowe, od paracetamolu do morfiny i preparaty antyhistaminowe lub kortykosterydy.

Skażone oczy powinny być wypłukane roztworem soli fizjologicznej, miejscowo stosuje się krople znieczulające dla zwalczania bólu (choć one mogą być niebezpieczne dla rogówki) lub lepiej ogólnie środki uspokajające i przeciwbólowo narkotyki. W celu zapobieżenia wtórnym infekcjom oczu powinny być stosowane krople z chloramfenikolem lub z innym miejscowo działającym antybiotykiem. W przypadku poważnego uszkodzenia oczu niezbędna jest konsultacja i pomoc okulisty.

Podczas wojny między Irakiem a Iracką Republiką Iranu u skażonych Irańczyków z powikłaniami ze strony dróg oddechowych były stosowane inhalacje z wilgotnego powietrza oraz podawana acetylcysteina jako środek mukolityczny. Stosowane też były preparaty rozszerzające oskrzela. Ze względu na ryzyko wtórnej infekcji zalecana była osłona antybiotykowa.

Obniżenie wydolności szpiku po zatruciu iperytem prowadzi do ostrej leukopenii. Aplastyczna anemia winna być leczona transfuzją granulocytów, płytek i erocytów. W ciężkiej leukopenii winien być uwzględniany czynnik stymulujący kolonie granulocytów lub inne pokrewne czynniki, ale ich użyteczność nie jest pewna.

U ofiar ataków iperytowych w Iranie, w celu całkowitego wyeliminowania iperytu siarkowego z krwioobiegu i z tkanek stosowano podawanie tiocianuranu i innych związków siarki oraz wykonywano hemodializę i hemoperfuzję. Jednakże zabiegi te nie zostały zaakceptowane. Ponadto u pacjentów o obniżonej odporności, przy zastosowaniu obu procedur, może zachodzić ryzyko krwawień i wtórnych infekcji. U ciężko chorych pacjentów niezbędna jest intensywna terapia.

3.1.9. Neutralizacja iperytu

Iperyty siarkowy może pozostawać bardzo trwały w środowisku, niezależnie od temperatury. Stanowi on stałe zagrożenie, szczególnie w temperaturze poniżej 0°C. Takie substancje, jak metal, szkło i szklana glazu-

ra, są ogólnie odporne na iperyt, chociaż malowane powierzchnie mogą na pewien czas wchłaniać a następnie uwalniać. W większości armii zostały opracowane procedury odkażania skóry, wyposażenia i sprzętu z wykorzystaniem aktywnych chemikaliów, takich jak roztwory chlooraminy lub neutralizujące proszki ad-

sorpcyjne np. glina adsorbująca tłuszcz. Użycie zwykłej wody do dekontaminacji, np. przez polewanie, ma wątpliwą wartość, ponieważ może rozpryskiwać truciznę po ciele.

3.1.10. Ochrona

Powinno być stosowane ubranie ochronne typu wojskowego i maska

osłaniająca całą twarz z odpowiednim filtrem zawierającym węgiel aktywny.

Jerzy MIERZEJEWSKI

Część druga artykułu ukaże się w następnym numerze „Skalpela”.

Czarny public relations

O tym, że w ochronie zdrowia z roku na rok jest coraz gorzej wiedzą już pewnie wszyscy. Coraz bardziej minorowe nastroje pracowników ochrony zdrowia, a jest ich ponad 600 tysięcy, wynikają z niezadowolających warunków płacy i pracy, z postępującej dekapitalizacji sprzętu i budynków szpitali oraz bezustannie rosnących wymagań stawianych przez NFZ i często chyba nie do końca przemyślanych rozporządzeń Ministra Zdrowia, które dodatkowo zastrzegają ich i tak już negatywne opinie o całym systemie opieki zdrowotnej.

Po ostatnich, zeszłorocznych strajkach lekarzy i pielęgniarek organizowanych przez związki zawodowe pracowników ochrony zdrowia i wspieranym przez Izby Lekarskie wreszcie do naszych pacjentów zaczęło docierać, że winą za złą sytuację w tej sferze należy

obarczyć także polityków i ministerstwo zdrowia. Oczywiście my, nasze środowisko, także w pewnym stopniu jesteśmy odpowiedzialni za ten stan rzeczy. Wykorzystują to władze, które chyba postanowiły winą za całe zło obarczyć lekarzy – no i już wiemy dlaczego w ostatnim czasie prokuratury i różne służby specjalne wyłapują ich i zamykają w świetle kamer, obwieszczają o wykryciu przerażających praktyk handlowania narządami, wymuszaniu od pacjentów łapówek za leczenie itp. To właśnie jest ten tzw. „czarny Public Relations”. Czy o to chodzi by zohydzać lekarzy i pielęgniarki, obrzucając ich błotem – pozbawić ich publicznego zaufania? Czy dobra władza, pokazując jak robi porządki, poprawia w ten sposób swój wizerunek? Może i tak, ale z pewnością tylko doraźnie. Nie godzimy się z tym oczywiście, ale

nie potrafimy też za bardzo przedstawiać się w pozytywnym świetle. Nie umiemy się bronić? Sądzę, że duże pole do popisu ma tu Naczelna Rada Lekarska. Możemy też uświadamiać pacjentom czego władze nie zrobiły lub co złego zrobiły, a co ma niebagatelny wpływ na funkcjonowanie ochrony zdrowia. To długa, uciążliwa i czasem nudna działalność – wielu z nas z różnych względów nie podejmie takich rozmów z pacjentami. Uważam jednak, że to niezbędne jeżeli chcemy poprawiać swój wizerunek. Konieczne jest jednak przy tym pełne stosowanie się do zasad etyki lekarskiej. Być może, po kilku latach takiej intensywnej pracy organicznej z pacjentami – wyborcami uda się nam uzyskać godziwe płace, dobre i nowoczesne wyposażenie szpitali i przychodni, możliwość taniego lub bezpłatnego kształcenia podyplomowego i dobrą opinię wśród naszych pacjentów. Ktoś zapyta – a jeśli nie? Sami musimy sobie odpowiedzieć.

Konrad Maćkowiak

Nowe akty prawne

● Dziennik Ustaw nr 213 z dnia 24 listopada 2006 r.

poz. 1568 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r.: Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

● Dziennik Ustaw nr 227 z dnia 11 grudnia 2006 r.

poz. 1664 Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 27 listopada 2006 r.: Sporządzanie i doręczanie pism w formie dokumentów elektronicznych.

● Dziennik Ustaw nr 231 z dnia 15 grudnia 2006 r.

poz. 1687 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2006 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

● Dziennik Ustaw nr 239 z dnia 22 grudnia 2006 r.

poz. 1737 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r.: Nadawanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

poz. 1738 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r.: Szczegółowe warunki i tryb postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych.

poz. 1739 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r.: Rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów.

● Dziennik Ustaw nr 242 z dnia 27 grudnia 2006 r.

poz. 1756 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2006 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczących, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Zmiany w prawie

- poz. 1757 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2006 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw.
- **Dziennik Ustaw nr 247 z dnia 28 grudnia 2006 r.**
- poz. 1808 Minister Obrony Narodowej, rozporządzenie z dnia 20 grudnia 2006 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie wypłacania żołnierzom zawodowym dodatkowego wynagrodzenia.
- poz. 1818 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2006 r.: Nadanie statutu Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu.
- poz. 1819 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r.: Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposób jej przetwarzania.
- **Dziennik Ustaw nr 1 z dnia 5 stycznia 2007 r.**
- poz. 9 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania.
- poz. 10 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.
- poz. 11 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2006 r.: Nadzór i kontrola w zakresie przestrzegania warunków ochrony radiologicznej w jednostkach organizacyjnych stosujących aparaty rentgenowskie do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych.
- **Dziennik Ustaw nr 3 z dnia 10 stycznia 2007 r.**
- poz. 25 Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 3 stycznia 2007 r.: Określenie wielokrotności kwoty bazowej stanowiącej przeciętne uposażenie żołnierzy zawodowych.
- **Dziennik Ustaw nr 4 z dnia 11 stycznia 2007 r.**
- poz. 33 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r.: Szczegółowy zakres medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego
- **Dziennik Ustaw nr 6 z dnia 16 stycznia 2007 r.**
- poz. 46 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2007 r.: Wzór wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego produktu leczniczego oraz o wydanie przez komisję bioetyczną opinii o badaniu klinicznym produktu leczniczego.
- **Dziennik Ustaw nr 13 z dnia 29 stycznia 2007 r.**
- poz. 85 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.
- **Dziennik Ustaw nr 14 z dnia 31 stycznia 2007 r.**
- poz. 89 Ustawa Sejmu RP z dnia 30 sierpnia 1991 r.: Zakłady opieki zdrowotnej.
- **Dziennik Ustaw nr 18 z dnia 7 lutego 2007 r.**
- poz. 113 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających.
- **Dziennik Ustaw nr 24 z dnia 14 lutego 2007 r.**
- poz. 147 Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia.
- **Dziennik Ustaw nr 24 z dnia 14 lutego 2007 r.:**
- poz. 152 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 8 lutego 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie należności pieniężnych żołnierzy zawodowych pełniących służbę poza granicami państwa.
- poz. 161 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2007 r.: Szczegółowe wymagania dotyczące formy i treści wzorcowych i roboczych medycznych procedur radiologicznych.
- **Dziennik Ustaw nr 31 z dnia 23 lutego 2007 r.**
- poz. 202 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r.: Wykaz leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokość odpłatności za leki uzupełniające.
- poz. 203 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r.: Wykaz chorób oraz wykaz leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością.
- **Dziennik Ustaw nr 32 z dnia 23 lutego 2007 r.**
- poz. 204 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r.: Ustalenie limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.
- **Dziennik Ustaw nr 33 z dnia 23 lutego 2007 r.**
- poz. 205 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2007 r.: Ustalenie cen urzędowych hurtowych i detalicznych na produkty lecznicze i wyroby medyczne.
- **Dziennik Ustaw nr 37 z dnia 1 marca 2007 r.**
- poz. 240 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 23 lutego 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie stawek uposażenia zasadniczego żołnierzy zawodowych.
- **Dziennik Ustaw nr 41 z dnia 7 marca 2007 r.**
- poz. 259 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 marca 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie należności pieniężnych i świadczeń otrzymywanych przez żołnierzy wyznaczonych do pełnienia służby poza granicami państwa i pracowników wojska zatrudnionych w jednostkach wojskowych wykonujących zadania poza granicami państwa.
- poz. 260 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 marca 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie pełnienia zawodowej służby wojskowej poza granicami państwa.
- **Dziennik Ustaw nr 44 z dnia 13 marca 2007 r.**
- poz. 285 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2007 r.: Zasady kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.
- **Dziennik Ustaw nr 48 z dnia 19 marca 2007 r.**
- poz. 323 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 marca 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie trybu postępowania i właściwości organów w sprawach zaopatrzenia emerytalnego żołnierzy zawodowych oraz uprawnionych członków ich rodzin.
- **Dziennik Ustaw nr 55 z dnia 30 marca 2007 r.**
- poz. 365 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r.: Szpitalny oddział ratunkowy.
- **Dziennik Ustaw nr 56 z dnia 30 marca 2007 r.**
- poz. 379 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
- poz. 380 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2007 r.: Wprowadzenie jednolitych procedur postępowania w związku z wystąpieniem zakażeń meningokokowych na obszarze miasta Brzeg i powiatu brzeskiego w województwie opolskim.

Szanowni Państwo,

Jesteśmy jedną z największych instytucji finansowych na ŚWIECIE. W Polsce od ponad 12 lat oferujemy klientom produkty najwyższej jakości. Miło nam poinformować, że mamy dla Państwa

specjalną ofertę kredytu dla LEKARZY bez konieczności przedstawiania dokumentu dochodowego do kwoty 64 000 zł

Kredyt Citibank umożliwia szybką i łatwą realizację większości od dawna planowanych pomysłów. Czy ostatnio myśleli Państwo o czymś wyjątkowym – o odnowieniu mieszkania, zakupie mebli, kupnie dawno obiecanego komputera dla dziecka, a może dawno wyczekiwany urlopie? Zastanawiacie się Państwo, skąd wziąć na to pieniądze?

Weź Kredyt Citibank w wysokości od **1 000 zł nawet do 120 000 zł** na **6, 12, 18, 24, 36, 48 lub 60** miesięcy i **skorzystaj z preferencyjnego oprocentowania dla LEKARZY!!!**

Przykładowe raty miesięczne:

Kwota kredytu netto	Okres spłaty							
	4 lata		3 lata		2 lata		1 rok	
	rata	nominalne	rata	nominalne	rata	nominalne	rata	nominalne
10 000	315	15,95%	386	15,95%	530	15,95%	967	15,95%
20 000	608	13,95%	750	13,95%	1038	13,95%	1914	13,95%
50 000	1452	11,95%	1806	11,95%	2522	11,95%	4690	11,95%
80 001	2176	8,95%	2740	8,95%	3879	8,95%	7316	8,95%

Kredyt Citibank

- **SZYBKO**
- **BEZ PORĘCZycIELI**
- **MINIMUM FORMALNOŚCI**

Na co przeznacza Państwo pieniądze???

To zależy tylko od Państwa. Dzięki kredytowi Citibank szybko i bez zbędnych formalności uzyskają Państwo środki na spełnienie swoich potrzeb. Państwo wiedzą najlepiej, na co je przeznaczyć...

W celu uzyskania bliższych informacji na temat Kredytu Citibank proszę o wysłanie sms-a o treści „**kredyt**” na nr 600 832 711, a skontaktujemy się z Państwem, aby przedstawić szczegóły oraz przyjedziemy, aby załatwić formalności.

Kontakt z doradcą kredytowym: Damian Malec, tel. 0 600 832 711

Promocyjne oprocentowanie kredytu jest niższe o kilka pkt. procentowych od oprocentowania standardowo oferowanego przez Bank i wynosi w skali roku: 8,95% dla kwoty kredytu netto od 80 001 do 120 000 zł, 11,95% dla kwoty kredytu netto od 50 000 do 80 000 zł, 13,95% dla kwoty kredytu netto od 20 000 do 49 999 zł, 15,95% dla kwoty kredytu netto od 1 000 do 19 999 zł. Kredyt jest liczony metodą malejącego kapitału. Kwota i rata kredytu są skalkulowane na maksymalny okres spłaty 4 lat. Okres kredytowania 5 lat jest dostępny przy kwocie kredytu netto powyżej 10 000 zł. Niniejszy list nie jest ofertą w rozumieniu artykułu 66 par 1 Kodeksu cywilnego.



108 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Elku

Z kart historii

- 20.03.1945 r. – rozpoczęcie formowania szpitala w Białymstoku
- 4.05.1949 r. – przeniesienie szpitala do Elku,
rozpoczęcie formowania 117 Wojskowego
Szpitala Garnizonowego Elk
- 1.08.1962 r. – sformowanie 108 Wojskowego Szpitala
Garnizonowego z Przychodnią.
- 1987r. – rozpoczęcie budowy nowego pawilonu szpitalnego.
- marzec 2005 r. – zakończenie budowy pawilonu,
budowa lądowiska dla śmigłowców.



Dzień dzisiejszy



Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 Blok Operacyjny;
 Oddział Chorób Wewnętrznych
 z pododdziałem kardiologicznym;
 Oddział Neurologiczny;
 Oddział Okulistyczny;
 Oddział Otolaryngologiczny;
 Oddział Dermatologiczny;
 Oddział Urazowo-Ortopedyczny;
 Oddział Chirurgiczny
 z pododdziałem urologicznym;
 Zakład Rehabilitacyjny;
 Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR);
 Zakład Radiologii Lekarskiej;
 Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej;
 Poliklinika Stomatologiczna.

Zapraszamy do współpracy lekarzy, zwłaszcza byłych wojskowych oraz zainteresowane osoby do korzystania z naszej oferty.

Kontakt telefoniczny: 087 6219 800 – Komendant Szpitala, 087 6219 803 – sekretariat
e-mail: szpital@108spzoz.elk.pl

