



NR 4

LIPIEC-SIERPIEŃ
ROK XVI (2007)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

Korupcja w służbie zdrowia
Szpitale powstańczej Warszawy
ESKULAP 2007
Lubelskie Bobolanum





POLSKIE TOWARZYSTWO MEDYCYNY LOTNICZEJ

oraz

WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCYNY LOTNICZEJ

01-755 Warszawa ul. Krasińskiego 54, tel. (48) 22 6-853-576

ZAPRASZAJĄ

do udziału w międzynarodowej konferencji szkoleniowo-naukowej:

„MEDYCINA LOTNICZA W SŁUŻBIE POLSKIEGO LOTNICTWA”

„80-lecie WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCYNY LOTNICZEJ”

Termin 7-9 (poniedziałek – środa) kwietnia 2008 r.

Miejsce obrad: Warszawa. Collegium Aeronauticum Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie ul. Krasińskiego 54 bud. B I piętro.

Organizator: Polskie Towarzystwo Medycyny Lotniczej
Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej

Sekretariat Konferencji: Hanna SAWICKA; tel.: (022) 6-852-601; (022) 633-63-40; fax: 633-63-40;
e-mail: asawicka@wiml.waw.pl
Bożena LIPSKA; tel.: (022) 6-852-606; fax: (022) 6 852-615;
e-mail: blipska@wiml.waw.pl
Anna PIOTROWSKA; tel.: (022) 6-852-602; e-mail: apiotrow@wiml.waw.pl

Opłata konferencyjna: 150 PLN. Opłatę konferencyjną można przelać na konto Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej: BGK 1911301020030000000080918 lub uiścić bezpośrednio u skarbnika Towarzystwa (dr Roman Stablewski; tel. 6852-941) za pokwitowaniem.

Zakwaterowanie i posiłki we własnym zakresie (możliwość zakwaterowania i wyżywienia odpłatnego w bazie logistycznej WIML).

Organizator części historycznej:

„80-lecie WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCYNY LOTNICZEJ”

Dyrektor WIML: płk dr Olaf TRUSZCZYŃSKI

Komitet Organizacyjny:

płk prof. dr hab. n. med. Lech KOPKA
doc. dr hab. n. med. Wiesław KOWALSKI
doc. dr hab. n. med. Adam SKRZYPKOWSKI
dr n. med. Roman STABLEWSKI
płk dr Olaf TRUSZCZYŃSKI

Komitet Naukowy:

płk prof. dr hab. n. med. Lech KOPKA
doc. dr hab. n. med. Wiesław KOWALSKI
doc. dr hab. n. med. Krzysztof MAZUREK
prof. dr hab. n. med. Marek PROST
doc. dr hab. n. med. Adam SKRZYPKOWSKI
prof. dr hab. n. med. Mieczysław WOJTKOWIAK

Wstępny program naukowy:

- Problemy medyczne w jednostce lotniczej
- Wybrane zagadnienia klinicznej medycyny lotniczej
- Przygotowanie fizjologiczne pilota
- Orzecznictwo lotniczo-lekarskie.

Zgłoszenia tematów wystąpień lub wykładów proszę przysyłać do sekretariatu konferencji lub do prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej: e-mail: askrzypkowski@wiml.waw.pl. Propozycje wystąpień lub wykładów proszę przysyłać w formie maszynopisu lub wydruku komputerowego z (koniecznie) dołączonym tekstem zapisanym na dyskietce, płycie CD w programie Microsoft Word lub najlepiej przesać pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail.

Termin zgłoszeń:

1. Uczestnictwa do dnia **17.09.2007 r.**

2. Wystąpień do **30 września 2007 r.** Propozycje, po ocenie kwalifikacyjnej przez komitet naukowy oraz opracowaniu redakcyjnym, zostaną opublikowane w periodyku „*Postępy Medycyny Lotniczej*”, edycja konferencyjna”



Chociaż o zapowiadanych protestach i strajkach lekarzy wiadomo było od dawna, nie wydarzyło się nic co mogło im zapobiec i nic też nie zostało uczynione co mogłoby je przerwać, gdy w efekcie braku porozumienia z rządem doszło już do nich w połowie maja. Nawet zgłaszane przez OZZL warunki kompromisowego rozwiązania kryzysu spotkały się z nieustępliwością rządu i sprzeciwem szefa NFZ. Protest rozszerza się więc, przybiera coraz to nowe formy i staje się z wolna dokuczliwy dla pacjentów, mimo starań i zapewnień protestujących o chęci ograniczenia oddziaływania na nich jego skutków. Rząd zdaje się liczyć na wzrost napięcia w relacjach lekarz – pacjent i na zmianę społecznego nastawienia dla żądań placowych personelu medycznego oraz na odwrócenie sympatii. Ta stara i sprawdzona metoda konfliktowania nie może jednak przynieść przy istniejącej determinacji protestujących niczego dobrego. Na wypadek eskalacji protestów i sytuacji, jak to określano, zagrażającej załamaniem możliwości zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, rząd ogłosił, że ma plan zapobiegawczy. Jednym z elementów tego chytrego i trzymanego w tajemnicy planu prawdopodobnie był nie nowy i cyniczny pomysł zastępowania w sytuacjach krytycznych strajkujących lekarzy lekarzami wojskowymi.

Że tak było w istocie przyznał na ostatnim posiedzeniu Rady Lekarskiej WIL Naczelny Lekarz WP płk Piotr Rusecki. Potwierdził, że Inspektorat Służby Zdrowia WP udzielił odpowiedzi na zapytanie o możliwość przyjęcia takiego wariantu, wykluczając jednak w całej rozciągłości jego zastosowanie. Na absurdalność tego pomysłu rzutuje kilka istotnych czynników, między innymi: brak nadwyżek kadrowych, a przeciwnie – istniejące niedobory lekarzy wojskowych, zobowiązania wojskowych SP ZOZ-ów wynikające z zawartych z NFZ kontraktów, co uniemożliwia oddelegowanie lekarzy je realizujących do innych placówek, także zobowiązania placówek, które ewentualnie miałby oni zasilić, a także złe doświadczenia i wspomnienia sprzed lat gdy protestowali anestezjologowie. Dla lekarzy

wojskowych takie stanowisko to dobra informacja. Chociaż bowiem prawo nie pozwala im brać czynnego udziału w protestach to przecież solidaryzują się oni ze swoimi koleżankami i kolegami, cywilnymi lekarzami, w ich słusznych żądaniach. Rola łamistrajków, chociażby wymuszona prawem, byłaby dla nich wysoce niekomfortowa i trudna etycznie do zaakceptowania. Akcje protestacyjne nie ominęły również wojskowych zakładów opieki zdrowotnej. Strajk ogłoszony został w 111 Szpitalu Wojskowym w Poznaniu, w wielu placówkach sięgnięto po łagodniejsze formy protestu takie jak oflagowanie (5 Wojskowy Szpital Kliniczny, 103 i 110 Szpital Wojskowy), czy też korzystano z prawa do urlopu na żądanie (WIM, szpitale wojskowe w Dęblinie i Opolu). Jaki będzie finał tegorocznej konfrontacji nie wiedzą zapewne ani protestujący lekarze, ani strona rządowa.

Wojskowa służba zdrowia od 1 czerwca ma nowe kierownictwo. Z tym dniem na stanowisko Szefa Inspektoratu Służby Zdrowia WP no-

minację otrzymał płk dr n. med. Andrzej Wiśniewski, dotychczasowy komendant 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Bydgoszczy. Zastąpił on płk. prof. dr. hab. med. Waldemara Banasiaka, którego niespotykane dotąd krótka kadencja wszystkich chyba zaskoczyła, a nagłe jej zakończenie stało się przedmiotem domysłów i dociekań co do powodów tej nagłej dymisji. Widać nie były one banalne skoro skłoniły Pana Profesora do odejścia i spekulacjom lepiej dać spokój.

Płk dr n. med. A. Wiśniewski, o czym wie każdy kto Go zna, jest dośkoniałym, doświadczonym i sprawdzonym organizatorem nie tylko w zakresie ochrony zdrowia wojsk. Na swojej drodze zawodowego rozwoju jako oficer i lekarz nie pominął żadnego z etapów. Można się spodziewać, że tak jak na dotychczas zajmowanych stanowiskach, tak i na tym najwyższym, z pewnością dołoży starań by wiele zmienić na lepsze.

Tego życzymy Mu wszyscy.

Zbigniew UŁANOWSKI

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o nagłej śmierci

ŚP
płk. w st. spocz. lekarza
Jerzego Grejbusa

wieloletniego zastępcy Szefa Służby Zdrowia WP,
byłego Szefa Służby Zdrowia Warszawskiego Okręgu Wojskowego,
współtwórcy Wojskowej Izby Lekarskiej,
niestrudzonego rzecznika idei samorządu lekarzy wojskowych
i aktywnego uczestnika życia naszej korporacji

Jego zasługi dla wojskowej służby zdrowia i Wojskowej Izby Lekarskiej
na zawsze pozostaną w naszej pamięci

Rodzinie Zmarłego składamy wyrazy szczerego współczucia

Przewodniczący
Wojskowej Izby Lekarskiej
płk w st. spocz. prof. dr hab. med.
Marian Brocki
Rada Lekarska i Biuro 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@naszemedi.com.pl
tel. (0-22) 621 04 93 w. 5 lub 184

Rada Redakcyjna:

Marian Brocki
Krzysztof Chomiczewski
Kazimierz Cieślak
Sławomir Marat

Zdjęcie na I okładce:

1 Szpital Wojskowy w Lublinie
fot.: Jerzy Jędrzejek

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 4/2007

Od redakcji – Zbigniew Ulanowski	1
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z dnia 1 czerwca 2007 r.	3
Stanowisko XXIII Zjazdu Lekarzy WIL z dnia 30 marca 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy	4
Uchwały RL WIL z dnia 1 czerwca 2007 r.	5
Korupcja w służbie zdrowia – Zbigniew Ulanowski	5
Oświadczenie i Apel Prezesa NRL w sprawie strajków lekarskich	7
Spotkanie w Olejnicy – Konrad Maćkowiak	8
Stanowisko Prezydów Dolnośląskiej i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	9
Szpital powstańczej Warszawy (cz. I) – Witold Lisowski	10
Recenzja: „Puławianie w misjach pokojowych”	15
ESKULAP 2007 – Jarosław Ziaja, Krzysztof Kowalczyk, Tomasz Ryba	16
VI Międzynarodowa Konferencja Neurootologiczna – Tomasz Gospodarek ..	19
Lubelskie Bobolanum – Jerzy Jędrzejek	20
Broń chemiczna (cz. II) – Jerzy Mierzejewski	22
Wspomnienia: Wojciech Skowroński	29
MEDBROKER SP. z o.o.	30

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA

Przewodniczący WIL:	prof. dr hab. med. Marian Brocki
Wiceprzewodniczący WIL:	lek. dentysta Bogdan Barut ppłk lek. Piotr Dzięgielewski 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 Staszczak
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 Cieślak
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 Izby 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

1 czerwca 2007 r.

Pod przewodnictwem prof. Mariana Brockiego w dniu 1 czerwca br. Rada Lekarska WIL odbyła swoje kolejne posiedzenie. Gościem Rady Lekarskiej tym razem był Naczelny Lekarz WP płk lek. Piotr Rusecki. W posiedzeniu uczestniczyli także: Przewodniczący Sądu Lekarskiego WIL płk lek. Sławomir Marat, Przewodniczący Komisji Rewizyjnej WIL dr Ryszard Zachar, radca prawny i redaktor naczelny „Skalpela”. Na wstępie Przewodniczący RL WIL poinformował zebranych o swojej działalności w okresie od poprzedniego posiedzenia, a następnie głos zabrał gość – płk Piotr Rusecki. Podziękował on za zaproszenie i możliwość uczestniczenia w obradach Rady, po czym przekazał kilka informacji o aktualnych działaniach kierowniczych organów wojskowej służby zdrowia. Z zadowoleniem odnotował fakt przeprowadzenia w dniach 22 i 23 maja w Łodzi ćwiczenia grupowego pk. „Eskulap” z kierowniczą kadrą wojskowej służby zdrowia i efektach szkoleniowych. Poinformował o niedawnej odprawie rozliczeniowej pionu zaopatrzenia medycznego i farmacji, jaka miała miejsce w Wojskowym Ośrodku Farmacji i Techniki Medycznej w Celestynowie oraz o metamorfozie jaką przechodzi ten ośrodek po zmianie kierownictwa, a także o odbywającej się dorocznej odprawie rozliczeniowej pionu Inspekcji Weterynaryjnej z udziałem Inspekcji Sanitarnej i kierownictw Wojskowych Ośrodków Medycyny Prewencyjnej. Powiedział też, że Centrum Reagowania Epidemiologicznego WP bliskie jest uzyskania pełnej zdolności operacyjnej do działania tak w kraju jak i poza jego granicami.

Płk P. Rusecki przekazał też informację o objęciu z dniem 1 czerwca 2007 r. obowiązków szefa Inspektoratu Służby Zdrowia WP przez płk. dr. n. med. Andrzeja Wiśniewskiego oraz o jego wyjeździe

„z marszu” do Kanady celem uczestnictwa w obradach COMEDS. Przedstawił też aktualną sytuację wynikającą z protestów lekarskich w wojskowych zakładach leczniczych (p. szpalta redakcyjna). Zdemontował ponadto prasowe doniesienia o powoływaniu lekarzy „w kamazie” i wyjaśnił, że sporadyczne przypadki dotyczyć mogą jedynie powołań na dużo wcześniej zaplanowane ćwiczenia, a powoływany lekarz nie powinien być zaskoczony, gdyż jest o tym powiadamiany z 2-miesięcznym wyprzedzeniem.

W dalszej części posiedzenia Rada Lekarska na wniosek przewodniczącego Komisji ds. Rejestru Lekarzy i Praktyk Prywatnych podjęła następujące uchwały:

- **nr 544/07/V** – w sprawie wydania stałego prawa wykonywania zawodu lekarza po stażu i egzaminie LEP n.w. lekarzom:
 1. Aleksandrowi Kamińskiemu
 2. Błażejowi Kobakowi
 3. Marcinowi Sobotce
- **nr 545/07/V** - w sprawie skreślenia z rejestru n.w. lekarzy z powodu śmierci:
 1. Jerzego Mierzwińskiego
 2. Wojciecha Skowrońskiego
 3. Stanisława Szczęsniewicza
 4. Jacka Różańskiego
 5. Jerzego Grejbusa
- **nr 546/07/V** - w sprawie skreślenia z ewidencji WIL lekarzy z powodu ubycia do innej OIL:
 1. Jacka Woźniaka – do OIL w Krakowie
 2. Ryszarda Łotockiego – do OIL w Bydgoszczy
- **nr 547/07/V** – w sprawie przyjęcia w poczet członków WIL lek. Joannę Kolemko, w związku z powołaniem do zawodowej służby wojskowej.

Ponadto Rada Lekarska podjęła 28 uchwał o powołaniu zespołów wizytacyjnych do przeprowadzenia kontroli praktyk prywatnych oraz roz-

patrzyła 38 wniosków dotyczących wpisu do rejestru praktyk i podjęła stosowne uchwały.

W wykonaniu uchwały nr 7/07/V NRL z 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu, Rada Lekarska WIL **uchwałą nr 548/07/V** powołała prof. dr. hab. med. Wojciecha Gruszczyńskiego na pełnomocnika do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów, członków WIL.

Rada podjęła również uchwały:

- **nr 636/07/V** – w sprawie Regulaminu wynagradzania osób funkcyjnych oraz pracowników Wojskowej Izby Lekarskiej
- **nr /07/V** – w sprawie diet samorządowych dla członków Rady Lekarskiej za uczestnictwo w posiedzeniach.

Na posiedzeniu rozpatrzone zostały wnioski przewodniczącego komisji stomatologicznej WIL w sprawie przyznania punktów edukacyjnych lekarzom dentystom za udział w VII Konferencji Stomatologów Wojskowych w Juracie (1-3 czerwca 2007 r.) i w IV Wojskowym Sympozjum Stomatologicznym w Sobieszewie (28-30 września 2007 r.), oraz przyjęto wniosek w sprawie rejestracji WIL w Naczelnej Izbie Lekarskiej jako podmiotu uprawnionego do prowadzenia szkoleń.

W końcowej części posiedzenia rozpatrzone wnioski dotyczące zwolnienia z opłacania składek członkowskich, wnioski o zapomogi losowe i pośmiertne oraz w sprawie finansowego wsparcia uczestnictwa lekarzy członków WIL w różnych imprezach i zawodach sportowych. Rada wysłuchiwała też informacji kol. Stefana Antosiewicza nt. aktualnych problemów dotyczących kształcenia podyplomowego lekarzy.

Z.U.

Warszawa, 25.05.2007 r.

MINISTER OBRONY NARODOWEJ
Pan
Aleksander SZCZYGŁO
ul. Klonowa 1
00-909 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

zgodnie z wolą XXIII Zjazdu Lekarzy Delegatów Wojskowej Izby Lekarskiej przekazuję Panu Ministrowi stanowisko Zjazdu w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy, z prośbą o ustosunkowanie się do jego treści i podjęcie stosownych decyzji mogących mieć istotny wpływ na poprawę istniejących warunków kształcenia lekarzy wojskowych i radykalną zmianę w nieodległej przyszłości.

Zał. 1 na 1 ark.

Przewodniczący
Wojskowej Izby Lekarskiej
prof. dr hab. med. Marian Brocki

**STANOWISKO
XXIII ZJAZDU LEKARZY
WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
z dnia 30 marca 2007 r.
w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy**

Na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30 poz.158 z późn. zm.) oraz pkt 2 Uchwały nr 14/05/V Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej „w sprawach dotyczących kształcenia”, rozumiejąc doniosłość roli lekarzy w reprezentowaniu interesu zdrowia żołnierzy Wojska Polskiego i zabezpieczenia medycznego działań przez nich wykonywanych, nie wnikając w przyczyny aktualnego stanu rzeczy oświadczamy co następuje:

1. Będąc w głębokiej trosce o zdrowie i życie żołnierzy Wojska Polskiego, obserwując ciągle zmniejszającą się liczbę lekarzy żołnierzy służby czynnej uważamy, że tylko stworzenie przepisów prawnych uwzględniających w ustawie pragmatycznej „o służbie żołnierzy zawodowych” odmienność przebiegu i zasad służby oficera-lekarza z literalnymi zapisami sposobu i trybu rozwoju zawodowego, zarówno ścieżki oficerskiej jak i medycznej (specjalizacje, ustawiczne kształcenie po ich uzyskaniu np. kursy specjalistyczne i konferencje lekarskie – w ramach oddelegowania służbowego) z wydzielonym ilościowo czasem pracy w zakładzie opieki zdrowotnej wynikającym z zajmowanego stanowiska i obowiązków służbowych, spowoduje dopływ do wojskowej służby zawodowej młodych lekarzy z cywila, a to

zapewni płynność w obsadzaniu i wymienialności kadr na poszczególnych stanowiskach służbowych w korpusie osobowym medycznym.

2. W daleko pojętym słusznym interesie służby wojskowej jest rzetelne przedstawienie młodym absolwentom Akademii Medycznych aktualnych zasad przebiegu służby wojskowej i możliwości kształcenia podyplomowego (specjalizacje). Przedstawienie absolwentom ww. uczelni zasad służby wojskowej jako klarownej ścieżki rozwoju ze stałym bezpieczeństwem finansowym, z możliwością specjalizowania się w dowolnej dziedzinie medycyny i pokrywaniem kosztów tego szkolenia przez wojsko na dzień dzisiejszy jest dużą nieroztropnością nakłaniająca do powstania za kilka lat nowej rzeszy sfrustrowanych młodych lekarzy wojskowych.
3. Przedstawiając powyższe oświadczenie jesteśmy przekonani, że prace nad modelem przebiegu służby zawodowej oficera – lekarza Wojska Polskiego nabrają znacznego przyśpieszenia, a pieniądze przeznaczone na naprawę wojskowej służby zdrowia będą właściwie rozdysponowane.

Wojciech Jakimiszyn
Sekretarz Zjazdu

Artur Płachta
Przewodniczący Zjazdu

Uchwała nr 548/07/V

Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 1 czerwca 2007 r.

**w sprawie powołania pełnomocnika do spraw
zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków**

Na podstawie uchwały nr 7/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentyków, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu uchwała się co następuje:

§ 1

Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej powołuje prof. dr. hab. med. Wojciecha Gruszczyńskiego na pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków, zwanego dalej „pełnomocnikiem”.

§ 2

Zadania pełnomocnika określa załącznik do powołanej na wstępie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej dr n. med. Marian Dójczyński	Przewodniczący Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej prof. dr hab. med. Marian Brocki
---	--

Uchwała nr 636/07/V

Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 1 czerwca 2007 r.

**w sprawie Regulaminu wynagradzania osób
funkcyjnych oraz pracowników WIL**

Na podstawie art. 77, § 1 i 2, art. 78 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (DzU nr 24, poz. 141 z późn. zm.) oraz art. 4 ust. 1 pkt 8 i 9, art. 25 pkt 5 i art. 59 ust 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (DzU nr 30, poz. 158 z późn. zm.) a także §§ 1-4 uchwały nr 13/IV/01 Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 29 października 2001 r. – uchwała się, co następuje:

§ 1.

Uchwała się „Regulamin wynagradzania osób funkcyjnych oraz pracowników Wojskowej Izby Lekarskiej” stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Traci moc uchwała nr 200/02/IV Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 22 lutego 2002 r. w sprawie regulaminu wynagradzania osób funkcyjnych oraz pracowników Wojskowej Izby Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2007 r. i ma zastosowanie do osób funkcyjnych i pracowników po wydaniu stosownych decyzji personalnych.

Sekretarz Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej dr n. med. Marian Dójczyński	Przewodniczący Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej prof. dr hab. med. Marian Brocki
---	--

Korupcja w służbie zdrowia

Korupcja w służbie zdrowia to już diżurny temat w prasie, telewizji i radiu. Proceder, chociaż nie nowy i bezspornie społecznie szkodliwy, w ostatnich miesiącach zyskał rangę przestępstwa numer jeden, szczególnie groźnego, a tym samym nadzwyczaj gorliwie tropionego, ściganego i tępionego przez stróżów prawa, od policji poczynając, aż po CBA i ABW. W opinii ponad 53% badanych w 2006 r. przez CBOS Polaków służba zdrowia została wskazana jako najbardziej skorumpowana dziedzina życia społecznego. Nikt zdroworozsądkowo myślący nie neguje potrzeby zwalczania korupcyjnych procedurów, jednak nieadekwatność metod i środków stosowanych wobec leka-

rzy podejrzanych o korupcję budzi niesmak i sprzeciw już nie tylko środowiska lekarskiego. Nie sądzę aby zachodziła potrzeba przeprowadzania tak spektakularnych zatrzymań lekarzy jak chociażby doktora G. ze szpitala MSWiA w Warszawie, czy innych, ledwie podejrzanych o przestępstwo przyjęcia korzyści materialnej czy poświadczenie nieprawdy oraz nagłaśnianie (jak na określone zamówienie) w mediach każdego takiego przypadku i każdej akcji. Nie znajduję żadnego uzasadnienia dla wyprawowania na oczach pacjentów i współpracowników skutego kajdankami lekarza z jego gabinetu, oddziału szpitalnego czy też z bloku operacyjnego niczym groźnego bandyty.

Taka pokazówka nie wynika z pewnością z obawy, że zatrzymany rzuci się na funkcjonariuszy ze skalpelem lub stetoskopem. Nie sądzę też by któryś z zatrzymywanych chciał podjąć próbę ucieczki wyskakując z okna n- tego piętra szpitala czy też w przestraszu targnąć się na własne życie. Tak przeprowadzane pokazówki służą jedynie zastraszeniu jednych (lekarzy) i szukaniu taniego poklasku dla drugich (aparatu ścigania) oraz przypodobaniu się części społeczeństwa. Prowadzi to jednak do tego, że wątpliwość zaufania łącząca pacjenta i lekarza strzępi się coraz bardziej i grozi całkowitym zerwaniem.

Korupcja w służbie zdrowia była już przedmiotem niejednej analizy, dyskusji publicznych oraz konferencji organizowanych przez rozmaite gremia. Z opublikowanego przez Centrum Badania Opinii Społecznej

O korupcji w służbie zdrowia

komunikatu z badań (z marca 2007), zatytułowanego „Korupcja w służbie zdrowia – opinie i doświadczenia Polaków” dowiadujemy się m.in., że „w polskim społeczeństwie przeważa opinia (40% wskazań) iż mniej więcej tylko samo jest lekarzy przyjmujących łapówki, co takich, którzy postępują uczciwie. Więcej niż co czwarty badany (27%) uważa, że większość lekarzy przyjmuje łapówki, a ci którzy ich nie biorą, są w tym środowisku odosobnieni. Niespełna co piąty (19%) twierdzi, że tego typu patologia w służbie zdrowia ma bardzo wąski wymiar, tzn. lekarze którzy czerpią nieuzasadnione korzyści materialne, należą do wyjątków. Przekonanie o korupcji w służbie zdrowia wyraźnie wpływa na ogólną ocenę funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce oraz na stopień zaufania do lekarzy. Respondenci przekonani o uczciwości lekarskiego personelu medycznego w przeciwieństwie do wątpiących w tę uczciwość zdecydowanie częściej wyrażają zadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej (45% wobec 32%) oraz większym zaufaniem darzą lekarzy, z których porad korzystają (78% wobec 58%)”.

A oto jak w świetle przytoczonego badania przedstawiają się doświadczenia korupcyjne pacjentów. „Co piąty badany (21%) deklaruje, że on sam lub ktoś z jego najbliższej rodziny przynajmniej raz spotkał się z sugestią lub nakłanianiem ze strony lekarza do wręczenia łapówki w zamian za przyjęcie do szpitala, leczenie, zabieg, konsultację itp. Dwie trzecie respondentów (65%) nigdy nie spotkało się z taką sugestią, chociaż oni lub członkowie ich rodzin korzystali z pomocy lekarskiej, a co dziewiąty (11%) nie znalazł się w takiej sytuacji, ponieważ ani on, ani nikt z jego najbliższej rodziny nie wymagał interwencji lekarskiej. Można powiedzieć, że co czwarta osoba mająca styczność ze służbą zdrowia (24%) spotkała się z sugestią lub żądaniem wręczenia łapówki. Zetknięcie się z tego typu sytuacjami najczęściej deklarują osoby w wieku 25 do 44 lat, respondenci mający wyższe wykształcenie, głównie pracownicy umysłowi oraz prywatni przedsiębiorcy, zwłaszcza mieszkańcy dużych miast”.

(...) „Kontrowersje budzi w Polsce, niespotykane raczej w krajach Europy Zachodniej zjawisko wręczenia tzw. dowodów wdzięczności w zamian za opiekę medyczną. O ile zwolennicy obdarowywania pracowników służby zdrowia kwiatami lub prezentami, będącymi wyrazem podziękowania za leczenie lub opiekę traktują takie postępowanie jako coś naturalnego – zwykły przejaw ludzkiej wdzięczności, a nawet jako element tradycji, o tyle przeciwnicy takich zwyczajów obawiają się ograniczeń w dostępie do leczenia tych, którzy z różnych powodów nie wręczają tzw. dowodów wdzięczności i uznają tego typu zachowania pacjentów za korupcyjne. (...) Łącznie do wręczenia jakichkolwiek „dowodów wdzięczności” po leczeniu przyznało się 30% spośród tych, którzy mieli styczność ze służbą zdrowia, co stanowi 27 % ogółu badanych. Nieco więcej kontrowersji budzą tzw. dowody wdzięczności wręczone lekarzom przed lub w trakcie leczenia. Jak się jednak okazuje, tego typu zwyczaj nie są dużo mniej popularne niż materialna wdzięczność po leczeniu, a w przypadku „darów” pieniężnych – nawet częstsze. Łącznie do dawania jakichkolwiek „dowodów wdzięczności” przed lub w trakcie leczenia przyznało się 21% tych, którzy mieli styczność ze służbą zdrowia, co stanowi 18% ogółu badanych. (...) Korupcyjne zachowania pacjentów, jak się okazuje, najczęściej są odpowiedzią na sugestie lub żądania ze strony lekarzy.”

Czy zatem korupcję można wyeliminować i jak z nią walczyć? Także na to pytanie szukano odpowiedzi w cytowanym badaniu.

(...) Tylko 9% ogółu respondentów sądzi, że w żaden sposób nie da się wyeliminować korupcyjnych zachowań zarówno wśród personelu medycznego, jak i wśród pacjentów. 35% ankietowanych uważa, że tego typu patologię w służbie zdrowia można wyeliminować lub przynajmniej zdecydowanie ograniczyć. Co ósmy (13%) nie ma co do tego żadnych wątpliwości.

Ankietowani, którzy jako realną możliwość eliminacji lub znacznego

ograniczenia korupcji w służbie zdrowia, postulują w tym celu przede wszystkim stworzenie korzystnych warunków pracy personelu medycznego (51%). Chodzi głównie o podwyższenie płac lekarzom i pielęgniarkom, (...) zmianę mentalności społecznej (20%), a więc głównie nie wręczanie łapówek przez pacjentów oraz uświadamianie, edukowanie i wychowywanie zmierzające do wyeliminowania przyzwyczajień korupcyjnych. Skuteczne, według respondentów, może się okazać ponadto bezwzględne i szczególnie dotkliwe karanie za korupcję w służbie zdrowia. Chodzi przede wszystkim o przyjmujących łapówki – znacznie rzadziej dających. (...) Wśród postulatów mających na celu wyeliminowanie problemu korupcji z systemu opieki zdrowotnej pojawiły się również propozycje restrukturyzacji w służbie zdrowia, m.in. przez całkowitą lub częściową jej prywatyzację, wprowadzenie opłat za usługi medyczne, lepszy dostęp do usług, większe dotacje państwa dla opieki zdrowotnej itp.”.

(...) „Polacy upatrują przyczyn korupcji w służbie zdrowia najczęściej w niekorzystnych warunkach pracy personelu medycznego (zwłaszcza w zbyt niskich wynagrodzeniach tych osób), jak również w mentalności społecznej, charakteryzującej się – zdaniem ankietowanych – znacznym przyzwyczajeniem i przyzwoleniem na zachowania korupcyjne w tej sferze życia społecznego. To przede wszystkim zmiany w tych płaszczyznach wskazywane są jako remedium na korupcyjną patologię w systemie opieki zdrowotnej”.

Trudno nie dostrzec, że opinie Polaków na temat przyczyn i sposobów walki z korupcją w znacznej mierze zbieżne są z żądaniami strajkujących lekarzy – godziwe płace, lepsze warunki pracy i reforma systemu ochrony zdrowia. Tego samego chcą świadczeniobiorcy i świadczeniodawcy usług medycznych. Tylko rządzący jak dawniej pozostają głusi na głosy i jednych i drugich, nierzadko usiłując ich sobie przeciwstawić.

Zbigniew UŁANOWSKI

PREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Konstanty Radziwiłł

Oświadczenie Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 10 maja 2007 r.
w sprawie strajków lekarskich

W związku z rozpoczynającą się w wielu placówkach opieki zdrowotnej akcją strajkową lekarzy przypominam, że strajki te są kulminacją sporu zbiorowego prowadzonego w tych jednostkach od kilku miesięcy przez organizacje zakładowe Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy i dla nikogo nie mogą być zaskoczeniem.

Postulat zapewnienia wszystkim lekarzom godnych zarobków na poziomie przynajmniej dwukrotnej średniej krajowej jest żądaniem umiarkowanym. W większości sąsiednich krajów wynagrodzenia te są nie tylko znacznie wyższe niż w Polsce, ale w uznaniu odpowiedzialności ciężącej na lekarzach lokują ich wśród najlepiej zarabiających w tych krajach. Utrzymywanie w Polsce zarobków lekarzy na skandalicznie niskim poziomie tradycyjnym od czasów komunizmu jest nie do utrzymania. Ludzie, których kształcenie jest najdłuższe ze wszystkich zawodów i nigdy się nie kończy, ratujący najważniejsze dla obywateli wartości, jakimi są zdrowie i życie, osobiście odpowiadający za swoją fachowość, nie mogą być wynagradzani na poziomie niewykwalifikowanych robotników. W sytuacji masowych decyzji o odchodzeniu od zawodu lub wyjazdu do pracy w innych krajach należy lekarzy uznać za dobro narodowe wymagające szczególnej troski ze strony państwa.

Od strony formalnej strajki skierowane są wobec kierowników placówek zatrudniających lekarzy, jednak w sytuacji permanentnej biedy w tych zakładach prawdziwym adresatem postulatów środowiska są oczywiście rządzący państwem. Tylko znaczące zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia (do minimalnego poziomu 6% produktu krajowego brutto) jest w stanie umożliwić podniesienie wynagrodzeń lekarzy i innych pracowników medycznych, a także zapewnić polskim pacjentom opiekę, na jaką zasługują.

Samorząd lekarski nie będąc organizatorem strajków, w pełni utożsamia się z postulatami zgłaszanymi przez strajkujących. Jestem przekonany, że zapewnią oni pełne bezpieczeństwo chorym, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają pilnej pomocy lekarskiej. Jednocześnie samorząd lekarski zapewni w razie potrzeby strajkującym lekarzom niezbędną pomoc prawną i materialną.

W imieniu środowiska lekarskiego zwracam się do władz Rzeczypospolitej o poważne potraktowanie lekarskich postulatów, a w szczególności żądania zwiększenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Leży to w interesie wszystkich Polaków. Jednocześnie apeluję do władz i środków masowego przekazu o zaprzestanie szkalowania lekarzy, z których znakomita większość chce pracować fachowo i uczciwie dla dobra chorych. Apeluję o dążenie do porozumienia. Samorząd lekarski jest w tym zakresie, jak zawsze, do dyspozycji wszystkich, którym zależy na dojściu do zbudowania w Polsce nowoczesnego, bezpiecznego systemu ochrony zdrowia, który będzie przyjazny zarówno dla pacjentów, jak i tych którzy dla nich pracują.

Konstanty Radziwiłł

Warszawa, 29.05.2007 r.

Apel

W związku z prowadzoną w wielu zakładach opieki zdrowotnej w Polsce akcją strajkową prowadzoną na rzecz wprowadzenia w życie stanowiska VIII Krajowego Zjazdu lekarzy w sprawie ustawowego uregulowania minimalnej płacy lekarzy na poziomie co najmniej dwukrotności średniego krajowego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w stosunku do wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów pracujących w różnych miejscach i rozmaitych formach zatrudnienia,

- wzywam wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce o wyrażenie w dostępnej formie solidarności ze strajkującymi kolegami szczególnie w dniu 30 maja 2007 r.;
- proszę wszystkich pracowników medycznych, a szczególnie pielęgniarki i położne o życzliwy stosunek do strajkujących lekarzy, którzy upominają się o godność wszystkich pracowników służby zdrowia;
- proszę pacjentów o zrozumienie dla lekarzy protestujących przeciwko niedofinansowaniu sektora ochrony zdrowia skutkującemu także ograniczeniami dostępu pacjentów do wielu świadczeń zdrowotnych;
- wzywam władze Rzeczypospolitej do niezwłocznego zapewnienia warunków umożliwiających spełnienie żądań strajkujących oraz zaplanowania odpowiedniego do potrzeb polskiego społeczeństwa publicznego finansowania ochrony zdrowia na poziomie co najmniej 6% PKB w przeciągu nie więcej niż 2 najbliższych lat.

Konstanty Radziwiłł

Naczelna Izba Lekarska, ul. Jana Sobieskiego 110,00-764 Warszawa
tel. 559-13-30
e-mail: prezes@hipokrates.org

Spotkanie w Olejnicy

W dniach 8-10 czerwca 2007 r. w Olejnicy k. Leszna w ośrodku szkoleniowym AWF z Wrocławia odbyło się wyjazdowe wspólne posiedzenie Prezydiów Dolnośląskiej i Wielkopolskiej Izby Lekarskich, na którą przybyli zaproszeni przedstawiciele izb lekarskich z Częstochowy, Śląska, Górzowa Wlkp, Zielonej Góry, Opola i z Wojskowej Izby Lekarskiej – autor sprawozdania, Konrad Maćkowiak. W spotkaniu udział wzięli również kol. Konstanty Radziwiłł – Przewodniczący NRL, Jarosław Zawiliński – Przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej i kol. Bożena Janicka z Porozumienia Zielonogórskiego.

Zasadniczym tematem wystąpień i wykładów były najważniejsze problemy nurtujące całe nasze środowisko. Poszczególni prelegenci omówili kolejno sprawy kształcenia podyplomowego lekarzy i trudności oraz braki, luki prawne wynikające z aktualnego stanu prawnego.

Następnie omówiono problemy związane z kontraktowaniem usług zdrowotnych przez NFZ na rok 2008 i następne. Z wstępnych, zdobytych przez kol. K. Radziwiłła, danych wynika, że w systemie kontraktowania usług przez NFZ właściwie wszystko zostanie zmienione – lecz chyba nie na korzyść świadczeniodawców. NFZ zapowiada zaostrzenie kontroli świadczeniodawców i ich ofert, a także wypowiedzenie wszystkim świadczeniodawcom dotychczasowych wieloletnich umów z końcem bieżącego roku. Wiadomość tę potwierdziła na zjeździe dr Aleksandra Stamm – wicedyrektor Wielkopolskiego Oddziału NFZ.

Kolejne wystąpienie kol. kol. Krzysztofa Hajdo z Wielkopolski i Macieja Hamankiewicza z DIL dotyczyło struktury demograficznej lekarzy. Z tych opracowań wynika dość brutalna prawda – nasze środowisko starzeje się, a wstępne prognozy sugerują, że w ciągu naj-

bliższych lat znacznie powiększy się luka pokoleniowa, gros lekarzy będzie powyżej 45 roku życia. Na dodatek coraz mniej lekarzy rozpoczyna się specjalizować. Przyczyną są, między innymi: wadliwe przepisy, ograniczenia zależne tylko od ministra zdrowia, „dziwne” rozdzielanie rezydentur na poszczególne województwa oraz niedostosowane do życia programy specjalizacyjne, na dodatek bardzo często zmieniane, co spowodować może – szczególnie w specjalnościach zabiegowych – narastającą lukę pokoleniową.

Prawniczka DIL omówiła ostatnią nowelizację art. 442 kodeksu cywilnego, polegającą na wykreśleniu dotychczasowych okresów przedawnienia roszczeń finansowych, co pozwoli od pracowników medycznych, w tym i lekarzy domagać się zadośćuczynienia nawet i 30-40 lat po zdarzeniu. Może to spowodować zwiększoną liczbę spraw cywilnych przeciw lekarzom, a także znaczący wzrost kosztów ubezpieczenia.

Następne wystąpienia były związane z organizacją i zadaniami biur okręgowych izb oraz ich unifikacją, zasadami współpracy pomiędzy okręgowymi izbami itp.

Kol. K. Radziwiłł omówił aktualne problemy środowiska, w tym najważniejsze to: kształcenie podyplomowe, płace lekarzy i strajki lekarskie oraz możliwe scenariusze na najbliższe dni i miesiące – nadzieje na osiągnięcie celów założonych przez strajkujących lekarzy są jak na dziś mało prawdopodobne, chyba że strona rządowa radykalnie zmieni swoje stanowisko.

W ostatnim dniu obrad uczestnicy uchwalili stanowisko omawiające największe problemy nurtujące naszą korporację, które przedstawiamy na łamach „Skalpela” (str. 9).

Stwierdzono, że tego typu spotkania są bardzo potrzebne i pożyteczne, a problemy pojawiające się będziemy przedstawiać najwyższym władzom domagając się realizacji naszych postulatów.

Konrad MAĆKOWIAK

I my jako lekarze tworzymy historię

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie będzie wydawcą pierwszego w historii *Almanachu Lekarzy Częstochowskich*. Autorem pracy jest Mieczysław Wyględowski.

Zwracamy się z prośbą do wszystkich lekarzy urodzonych w Częstochowie, pracujących w Częstochowie, zamieszkałych w kraju i za granicą o przekazywanie swoich biogramów lub biografii w celu zamieszczenia ich w niniejszej pracy.

Siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie:
ul. Waszyngtona 42,
42-200 Częstochowa.
Osobisty adres mailowy autora: almanach@interia.eu

Dodatkowe informacje można uzyskać u autora
– Mieczysława Wyględowskiego:
ul. Kościuszki 7 m. 4,
tel. dom.: 034 324 34 75;
tel. kom.: 604 49 79 23.

Stanowisko

Prezydiów Dolnośląskiej i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Olejnica, 8-10 czerwca 2007 r.

W dniach 8-10 czerwca 2007 r. w Olejnicy odbyło się III wspólne spotkanie Prezydiów Dolnośląskiej i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. W obradach udział wzięli również Prezesi lub przedstawiciele izb lekarskich z: Częstochowy, Gorzowa Wielkopolskiego, Katowic, Opola, Zielonej Góry i Wojskowej Izby Lekarskiej. Gośćmi spotkania byli Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, kol. Konstanty Radziwiłł i Przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej, kol. Jarosław Zawiliński.

W czasie spotkania podjęto stanowisko w następujących sprawach:

1. zmiany systemu kształcenia lekarzy:
 - niezrealizowane uchwały VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie kształcenia, powinny stać się przedmiotem kontroli Naczelnej Komisji Rewizyjnej;
 - system musi umożliwić szeroki dostęp lekarzy i lekarzy dentyistów do specjalizacji;
 - sposób uzyskiwania certyfikatu umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz modułowy system specjalizowania lekarzy i lekarzy dentyistów wymaga dalszych krytycznych dyskusji w gronie ekspertów;
 - zadania wraz ze środkami, przeznaczonymi na szkolenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentyistów realizowane aktualnie przez wojewódzkie ośrodki doskonalenia kadr medycznych powinny zostać przekazane samorządowi zawodowemu;
2. sytuacji demograficznej środowiska lekarskiego
 - problem „luki pokoleniowej” i jego skali wymaga dalszych badań z zastosowaniem metodologii naukowej biorącej pod uwagę złożone aspekty wpływające na takie prognozowanie;
3. kontraktowania świadczeń zdrowotnych z koniecznością rzeczywistej wyceny pracy lekarzy oraz opiniowania ogólnych i szczegółowych warunków umów;
4. niekorzystnych zmian w Kodeksie Cywilnym w zakresie odpowiedzialności cywilnej lekarzy;
5. organizacji biur okręgowych izb lekarskich.

Przedmiotem dyskusji była także aktualna sytuacja w ochronie zdrowia, związana z protestem lekarzy. Zebrani w pełni poparli słuszne postulaty protestujących lekarzy z OZZL. Stwierdzono, że:

- bez wzrostu nakładów do poziomu 6% PKB nie można mówić o skutecznej naprawie systemu ochrony zdrowia;

- bez dokonania wyceny świadczeń zdrowotnych nie będzie możliwe właściwe wynagradzanie; szczególnie należy określić wartość nakładu pracy lekarzy i innych pracowników;
- należy urealnić wysokość składek zdrowotnych wszystkich ubezpieczonych;
- należy bezwzględnie umożliwić wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych;
- niezwłoczne wstrzymanie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10.11.2006 r. w sprawie warunków sanitarnych jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej oraz opracowanie nowych i realnych wymogów;
- nadwyżki NIŻ powinny być doraźnie kierowane na wzrost płac.

Przedstawiciele obu izb lekarskich deklarują chęć uczestniczenia w pracach nad stworzeniem nowoczesnego i przyjaznego systemu ochrony zdrowia.

Przewodniczący
Dolnośląskiej
Rady Lekarskiej

Andrzej WOJNAR

Przewodniczący
Okręgowej
Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
Stefan SOBCZYŃSKI

Do wiadomości:

- Ministerstwo Zdrowia
- NFZ Centrala w Warszawie
- NFZ Oddział Wielkopolski
- NFZ Oddział Dolnośląski
- OZZL Zarząd Główny
- OZZL Zarząd Okręgu Dolnośląskiego
- OZZL Zarząd Okręgu Wielkopolskiego
- Komisja Zdrowia Sejmu i Senatu RP
- Naczelna Izba Lekarska
- Okręgowe Izby Lekarskie

Medbroker Sp. z o. o.

Dbamy o Twój spokój

Ubezpieczenia dla lekarzy

02-094 Warszawa
ul. Grójecka 65 A
tel./fax 0 22 824 02 48, 0 22 824 29 43
tel. kom. 0 508 398 96
www.medbroker.pl



Szpital powstańczej Warszawy w literaturze historycznej zostały starannie opracowane przez wielu uczestników powstania a także przez późniejszych badaczy tego problemu. Należą do nich *Cyprian Sadowski, Stanisław Bayer, Zbigniew Woźniowski, Władysław Bartoszewski* a także *Maria Wiśniewska, Małgorzata Sikorska, Bożena Urbanek* i wiele innych.

Raz jeszcze pragnę podkreślić spontaniczność powstawania szpitali i placówek sanitarno-ratowniczych oraz ich dramatyczną walkę o życie chorych i rannych wobec bestialstwa niemieckich oddziałów SS oraz faszystowskich oddziałów rosyjskojęzycznych – RONA.

W tym opracowaniu czytelnik nie znajdzie historii 25 warszawskich szpitali, 122 szpitali polowych i 200 punktów ratowniczo-sanitarnych bo te opisane zostały w innych szczegółowych opracowaniach. Pragnę jedynie przybliżyć raz jeszcze bohaterską walkę personelu sanitarnego Warszawy, która dotąd w historii wojen ani powstań narodowych na świecie nie miała tak powszechnego zaangażowania społecznego. Dla pełności obrazu ukazano krótką charakterystykę niektórych szpitali, choć los każdego z nich miał swoją dramatyczną historię.

Pod hasłem szpitale warszawskie mieści się cały obszar ludzkiego wysiłku i bohaterstwa wyższego

i średniego personelu medycznego. To nie był jeden nadzwyczajny zryw jednego ofiarnego kolektywu. To było masowe bohaterstwo wielotyśięczonej rzeszy w imię miłości Ojczyzny i humanitaryzmu.

Takie postawy wyzwoliła potrzeba serca i całego jestestwa, która narastała stopniowo przez wszystkie lata niewoli aż do powstańczego finału. I o dziwo – Ci, którzy brali udział w tej walce i przeżyli, nie żałują tych dni. Nazywają je najpiękniejszymi w ich życiu.

Szpital Ujazdowski

Szpital ten już od dwóch stuleci służył wiernie żołnierzowi polskiemu. Założony w 1764 r. niósł pomoc chorym i rannym żołnierzom w okresie insurekcji kościuszkowskiej i w po-

*„Oto posągu rozbity kamień,
Oto umarłe ulice.
Święta Maryjo, módl się za nami
O amunicję.
Oto bezduszny serca egzamin,
Oto po dwakroć ruiny.
Święta Maryjo, módl się za nami
O karabiny.”*

Artur Międzyrzecki

Szpital powstańczej Warszawy (cz. I)

wstaniu listopadowym. We wrześniu 1939 r. w dniach bohaterskiej obrony Warszawy Szpital Ujazdowski udzielał wszechstronnej pomocy lekarskiej wojskowym i cywilnym obrońcom miasta. W czasie okupacji hitlerowskiej zachował swój polski i wojskowy charakter.

W tamte trudne dni społeczeństwo Warszawy otoczyło rannych żołnierzy niezrównaną opieką i serdecznością. Kobiety i dziewczęta zrzeszone w Kołach Opiekunek Społecznych PCK dawały najpiękniejsze dowody patriotyzmu i humanitaryzmu.

W 1941 r., z inicjatywy płk. prof. *Edwarda Lotha*, zorganizowany tu został duży ośrodek reedukacji psychicznej i zawodowej ofiar wojny, który pod nazwą Zakład Przeszkolenia Inwalidów działał jawnie siedmioma kierunkami kursów.



Szpital Ujazdowski.



Przedstawiciele ZG PCK w gościnie u chorych Szpitala Ujazdowskiego.

W Szpitalu Ujazdowskim znaleźli schronienie ludzie ukrywający się przed gestapo, w tej liczbie również lekarze żydowskiego pochodzenia. W podziemiach szpitala przechowywano relikwie narodowe, dzieła sztuki, żywność, lekarstwa. Tu dla ratowania ludzi wyrabiano fikcyjne dokumenty, karty chorobowe oraz „produkowano” sztuczne inwalidztwa.

Pierwszym wojennym komendantem Szpitala Ujazdowskiego był płk prof. *Teofil Kucharski*, szef sanitarny Armii „Poznań”, a od marca 1940 r. płk dr *Leon Strehl* – szef sanitarny Armii „Warszawa”. W czasie powstania warszawskiego funkcję komendanta objął ponownie płk *Kucharski*.

W szpitalu pracowało wielu wybitnych lekarzy klinicyistów. Na szczególne podkreślenie zasługują: *Stanisław Ankudowicz*, *Tadeusz Bętkowski*, *Natalia Bereza*, *Franciszek Borusiewicz*, *Stefania Chodkowska*, *Michał Dubolewicz*, *Wacław Falencik*, *Cyryl Gubarewski*, *Felicjan Guda-Wołkowiński*, *Witold Horodyński*, *Wacław Kafliński*, *Czesław Kawecki*, *Kazimierz Kessel*, *Bronisław Kosiewicz*, *Stanisław Kozłowski*, *Jan Krotoski*, *Zygmunt Krupiński*, *Józef Laskowski*, *Wacław Lewiński*, *Michał Lityński*, *Edward Loth*, *Bogumił Łada*, *Janina Morawiecka*, *Adolf Malinowski*, *Marian Mroczkowski*, *Mieczysław Naramowski*, *Stefan Rudzki*, *Cyprian*

Sadowski, *Zygmunt Siedlecki*, *Piotr Słonimski*, *Kazimierz Szalla*, *Jan Szmurło*, *Marian Śmietaniński*, *Witold Toruń*, *Witold Tyczka*, *Szczepana Wacek*, *Witold Waligórski*, *Lesław Węgrzynowski*, *Witold Zawadowski*.

Kadra ta, pod przewodnictwem płk prof. *Kucharskiego*, uczyniła ze Szpitala Ujazdowskiego ważną placówkę naukowo-dydaktyczną, ośrodek tajnego nauczania. Uczestniczyli w nim samodzielni pracownicy nauki, ordynatorzy, kierownicy zakładów, asystenci. Szkolono tu także lekarzy i personel sanitarny dla potrzeb powstania.

Spółeczeństwo Warszawy otoczyło rannych żołnierzy niezrównaną opieką. Panie zrzeszone w Kołach Opiekunek Społecznych PCK dały najpiękniejsze dowody patriotyzmu i humanitaryzmu. To one zajmowały się dożywianiem chorych, dostarczaniem ciepłej odzieży, lekarstw oraz organizowaniem różnych form działalności kulturalno-oświatowej. W bezwzględnej konspiracji organizowane były wieczory poezji, koncerty muzyczne, święta religijne i narodowe. Działalności tej przewodziła reprezentantka ZG PCK pani *Małgorzata de Rossett-Tańska*.

6 sierpnia 1944 r. oddziały żandarmerii wkroczyły na teren szpitala. Podpalono jeden z pawilonów i rozkazano, aby personel wraz z rannymi i chorymi natychmiast opuścił pomieszczenia szpitalne. Kolumna wypędzonych liczyła tysiąc osób. Na czele jej kroczył płk *Kucharski* i grupa pielęgniarek niosąca flagę Czerwonego Krzyża. Następnie niesiono na noszach 300 rannych, później szli ranni i chorzy. Kolumnę zamykało 5 wozów taborowych z lekami i sprzętem medycznym ciągniętych przez ludzi. W takim szyku kolumna dotarła do Parku Szkolnego im. Sobieskiego, gdzie spędziła noc. Po rozpoznaniu szans przez harcerki kolumna skierowała się do Zgromadzenia Sióstr Rodziny Maria na ul. Chełmską, gdzie wypędzony szpital znalazł schronienie. Wśród rannych było również wielu żołnierzy niemieckich. 18 sierpnia Niemcy zabrali ich do in-

nych szpitali i rozpoczęli ostrzał szpitala, a następnie jego bombardowanie. Ataki niemieckie przynosiły ogromne straty. Płonęły budynki, ginęli ranni, pielęgniarki, lekarze. Wiele osób personelu zginęło przy stołach operacyjnych i przenoszenia rannych w obliczu bombardowań. W tej sytuacji komendant szpitala zarządził ewakuację poszczególnych oddziałów. Ciężko rannych podwodami konnymi przewożono na ulicę Morszyńską 5/7 na Sadybie. Lżej ranni na czele z płk. dr. *Mieczysławem Naramowskim* przeszli na Mokotów na ul. Dolną 42 i Puławską 91. Po kapitulacji Sadyby 2 września rannych przewieziono do Milanówka.

Tak kończy się dwustuletnia historia szpitala – bohatera zapisana złotymi zgłoskami w dziejach medycyny polskiej. Przez kolejne dziesięciolecia zapisały ją różne pokolenia lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek i opiekunek społecznych.

W 1947 r. płk prof. *Teofil Kucharski* wnioskował bezskutecznie do władz PRL o nadanie Szpitalowi Ujazdowskiemu Orderu *Virtuti Militari* „za odwagę, poświęcenie, ofiarność i dbałość o rannego żołnierza polskiego w czasie oblężenia Warszawy w 1939 r., w czasie okupacji w dniach powstania w 1944 roku i w okresie popowstańskim”.

Sprawa ta nadal jest aktualna i może obecne władze Rzeczypospolitej naprawią i ten błąd chociażby ze względu na fakt, że żyje jeszcze garstka bohaterskiego personelu oraz tak liczni spadkobiercy.

Szpital Maltański

Szpitałem wojennym a jednocześnie filią Szpitala Ujazdowskiego był Szpital Maltański. Utworzony we wrześniu 1939 roku przez Zakon Kawalerów Maltańskich przy ulicy Senatorskiej trwał do końca powstania. Leczone tu rannych żołnierzy września, uczestników ruchu oporu i akcji sabotażowych, szkolono personel różnych ugrupowań wojskowych, gromadzono lekarstwa i środki opatrunkowe.



Szpital Maltański.

W czasie powstania Szpital Maltański stał się głównym ośrodkiem pomocy medycznej w tym rejonie miasta. Postawa personelu wzbudzała podziw. Bezinteresowność, ofiarność, a przede wszystkim nieprawdopodobna wprost odwaga działających tu patroli sanitarnych. Siostry PCK długimi godzinami czuwały na swoich posterunkach wyciągając rannych z barykad i ruin zburzonych domów. Te drobne istoty, pod ostrzałem wroga, transportowały swych podopiecznych do szpitala. Pielęgniarkom przewodziła siostra przełożona *Barbara Glińska*.

7 sierpnia – jak wspomina kpt. dr *Drejza*¹ – czołg niemiecki zaczął ostrzeliwanie budynku szpitala. Z budynków przy Senatorskiej 36 i 38 wypędzono ludność cywilną oraz filię szpitala wraz z rannymi i personelem. Zastrzelono wówczas powstańca z ręką na wyciągu. Gdy SS-mani wkroczyli na teren szpitala zapytali czy znajdują się tam ranni Niemcy. Kpt. *Drejza* odpowiedział twierdząco. Podczas rozmowy z rannymi żołnierzami niemieckimi doszło do awantury. Niemieccy żołnierze

zwymyślali oficera SS za wydanie rozkazu strzelania do ludzi cierpiących i niezdolnych do walki. Zdecydowana postawa rannych Niemców uratowała zapewne Szpital Maltański przed podzieleniem losu Szpitala Wolskiego, Szpitala Karola i Marii czy Szpitala św. Łazarza.

14 sierpnia na teren Szpitala Maltańskiego wkroczyła kompania SS z brygady gen. *Oskara Dirlewangera*. Jej dowódca rozkazał kpt. *Drejzie*, aby: „natychmiast opróżnił tę budę”. Jego prośby, że ma w szpitalu tylko ciężko chorych i rannych nie odniosły żadnego skutku. Hitlerowcy znęcali się nad rannymi i personelem: pobity został rentgenolog dr *Lewandowski*, zastrzelono leżącego w łóżku, rannego oficera. Niemcy rozkazali pozostawienie w szpitalu 3 lekarzy i 5 pielęgniarek oraz obsady kuchni i apteki.

Pułkownik *Leon Strehl* i kpt. *Drejza*, po krótkiej naradzie, postanowili uzyskać u Niemców zgodę na podzielenie chorych i rannych na dwie kolumny. Uzyskali zgodę. Na czele pierwszej kolumny stanął płk dr *Strehl* i 14 sierpnia 1944 roku szpitalny pochód ruszył w kierunku Śródmieścia. Drugą kolumnę, z zamiarem dotarcia do Szpitala Wolskiego, 15 sierpnia poprowadził kpt. dr *Drejza*. Oba pochody niosły flagi Czerwonego Krzyża, szły wolno wokół płonących domów i walczących barykad. Wobec rannych Polaków niemieccy żołnierze i faszyci RONA miotali obelgi. Na pewnym odcinku niemiecki podoficer wziął, od ślaniającej się na nogach pielęgniarki, łóżko z rannym powstańcem i niósł je przez dobry kawałek. Tak samo zrobił inny podoficer niemiecki. Żołnierz niemiecki uczestniczący w eskortowaniu szpitala na Wolę uchronił chorych i personel od wielu ekscesów ze strony pijanych żołnierzy niemieckich i kozaków Ostlegionu.

Jedna z pielęgniarek Szpitala Maltańskiego tak odnotowała tamte dramatyczne chwile:

„8.VIII – nieprzyjacieli coraz bliżej, my zostajemy na posterunku.

9.VIII – dziś wtargnęli do nas Niemcy. Krzyczą „banditen”.

12.VIII – szpital nasz to mała wysepka w powodzi pożarów. Trwamy w ogłuszającym huku wystrzałów. Jęki chorych są dopełnieniem tego piekła. Dusi nas ta atmosfera, to pomiatanie, szyderstwa, drwiny żołdaków niemieckich i ukraińskich. „Wasze powstanie kaput” mówią z szyderczym uśmiechem. Spychają nas w nędzę niebywałego poniżenia i pohańbienia. Nieznośny ciężar gniecie nas do ziemi, z oczu wyciska łzy bezradności. Kto raz odczłuchnął wolnością powstańczej Warszawy ten nie jest w stanie być znowu niewolnikiem.

14. VIII – Niemcy każą nam się natychmiast wynosić. Rannych mamy zabrać ze sobą. „Alles raus!” wrzeszczą ze wszystkich stron. Na czele pochodu dr *Mirska* z rozwiązanymi siwymi włosami. Szliśmy wśród spalonych domów, przez rozwalone barykady. Drwili z nas Niemcy i Ukraińcy, rewidowali wszystkich i rabowali cenne rzeczy.

Jeszcze parę kroków przejdziemy przez barykady. Jakies ręce odbierają nam ciężary, ktoś nas wita, podaje wodę, ktoś śpiewa „Hej chłopcy bagnety na broń”.²

Szpital Wolski

Szpital doskonale zaopatrzony na wypadek wojny zapisał piękną kartę pomocy dla rannych żołnierzy we wrześniu 1939 roku. W okresie okupacji doskonała kadra tego szpitala niosła pomoc żołnierzom ruchu oporu, szkoliła lekarzy i personel sanitarny dla potrzeb powstania, działano w ramach Kedywu.

5 sierpnia do szpitala wdarli się SS-mani i faszyci spod znaku RONA. Najpierw zamordowali dr. *Piaseckiego*, prof. *Zeylanda* i kapelana *Ciecierskiego*, a następnie 60 pracowników i około 300 chorych i rannych.

¹ Maszynopis kpt. *Drejzy* złożony w marcu 1967 roku w Instytucie Historii PAN

² Ludność cywilna w Powstaniu Warszawskim, tom I s.240-383, *Drejza* J. relacja złożona w marcu 1967 roku w Instytucie Historii PAN maszynopis



Szpital Wolski.

Od 6 sierpnia do opustoszałego szpitala zaczęły napływać nowe fale rannych: najpierw wypędzeni ze Szpitala Karola i Marii, a następnie personel i chorzy ze Szpitala Maltańskiego i szpitali polowych Starego Miasta.

Szpital obliczony na 500 łóżek miał niekiedy 2000 chorych. Pomimo braku żywności i lekarstw trwał do końca walk. Dzięki bohaterstwu lekarzy i pielęgniarek zapisał jedną z najpiękniejszych kart polskiego szpitalnictwa wojennego. Pomimo tylu ofiar lekarze i personel sanitarny pozostał wierny swym chorym również po upadku powstania. Rannych leczono na Jelonkach w mieszkaniach prywatnych, w Szpitalu Polowym w Milanówku, w Olszance koło Radziwiłowa, w Pszczelninie i Krakowie.

Szpital św. Łazarza przy ulicy Karolkowej

Odgłosy z ginącego Szpitala św. Łazarza dochodziły do położonego po sąsiedzku Szpitala Karola i Marii. Tamte dramatyczne chwile tak opisał we wspomnieniach dr med. *Władysław Barcikowski*:

„Położony naprzeciw Szpital św. Łazarza zaczął się palić... Języki ognia sięgały coraz wyżej. Usłyszeliśmy przeraźliwe krzyki palących się ludzi. Odgłosy strzałów. Zrozumieliśmy. Szpital został zdobyty przez Niemców. Mogliśmy się tylko domyślać, co tam się działo... Wszyscy w skupieniu wsłuchiwali się w potworne odgłosy z sąsiedztwa. Wielu z nas myślało to samo: *czeka nas nieuchronnie podobny los*. Zebraliśmy się na naradę. Postanowiliśmy wytrwać na posterunku z dwunastu rannymi i chorymi dziećmi”.³

Bronili go powstańcy. 5 sierpnia o godzinie 16-tej zdobyli go Niemcy obrzucając granatami. Jedną z pierwszych ofiar była dr *Lucyna Szczepańska*. Chorych i personel ustawiono pod murem i rozstrzelano. Zginęło ogółem 335 osób – wśród nich lekarze, siostry zakonne oraz 15 harcerek sanitariuszek. Według relacji *Wandy Łokietek-Białoleckiej* były to harcerki z drużyny im. Emilii Plater. Zbrodnia ta miała następujący przebieg:

„5 sierpnia Niemcy wtargnęły na teren szpitala i nakazali wszystkim opuścić jego teren. Było nas 15 razem ze starszą sanitariuszką. Dziewczęta w wieku 15-18 lat. Muszę przyznać, że dziewczęta przyjęły postawę bardzo dzielną, taką jaką powinna przyjąć harcerka. Niemcy zaczęli rozstrzeliwać najpierw lekarzy, strzelając najczęściej w tył głowy. I tak po kolei doszli do nas. Kazali wystąpić kilka kroków naprzód. Wystąpiłam razem ze wszystkimi śpiewając „Jeszcze Polska nie zginęła”. Na odgłos strzałów upadłam, a obok mnie, z rozstrzelanymi głowami, dziewczęta. Na samym końcu, z ostatniego pawilonu wyprowadzili siostry zakonne, było ich dziesięć. Wyszły odmawiając „Pod twoją obronę”. Niemcy strzelali do nich pojedynczo. Do ostatka słycać było modlitwę. Następnie Niemcy spalili szpital dobijając cho-

rych na łóżkach. Pragnę bardzo, aby harcerki i harcerze znali bohaterską śmierć swoich koleżanek i pamiętali o ich mogiłach, które są na Cmentarzu Powązkowskim obok pomnika powstańców”⁴. Relację tę złożyła jedna z harcerek, którą ominęły kule. Nocą wyczołgała się ze stosu rozstrzelanych i dotarła do swoich.

Szpital św. Stanisława przy ulicy Wolskiej

W czasie okupacji był to szpital zakaźny. Podczas powstania, tak jak inne placówki, zapelniał się rannymi powstańcami i ludnością cywilną. Leczono tu także rannych Niemców. Po zdobyciu szpitala hitlerowcy zamierzali dokonać masakry. Wówczas dr *Paweł Kubica*, znający doskonale język niemiecki, zdołał przekonać oficera niemieckiego, że jest to szpital cywilny, który nie posiada sali operacyjnej ani chirurgów. Niemcy zaniechali egzekucji. Urządzili w części szpitala własny punkt sanitarny. Do operacji żołnierzy niemieckich wzywali chirurgów ze Szpitala Wolskiego, m. in. dr. *Manteuffla* i dr. *Wesołowskiego*.

Szpital Karola i Marii przy ulicy Leszno

Szpital dziecięcy w czasie powstania szybko został zapelniony rannymi. Było ich 150 oraz 60 chorych i rannych dzieci. W czasie walk szpital wyznaczono na Centralny Punkt Opatrunkowy Batalionu „Parasol” oraz bazę sanitarną na Woli. W czasie najkrwawszych walk na Woli pracowały tu bez przerwy trzy zespoły chirurgów pod kierunkiem dr. *Hrobni*, *Barcikowskiego* i dr. *Kmicikiewicza*. 6 sierpnia do szpitala wkroczyli Niemcy. Po wypędzeniu chorych i personelu na ulicę, dokonano mordu na około 100 rannych i członkach personelu. Zastrzelono wów-

³ Władysław Barcikowski, *Archiwum Historii Filozofii i Medycyny*, 1995, z. 3, s. 8

⁴ Wśród pomordowanych harcerek były m.in.: Danuta Bobik, Emilia Czechowska, Krystyna Gadomska, Alina Gralewska, Janina Jamiołkowska, Zdzisława Kępska, Irena Matysiak, Zofia Riedel, Janina Sławińska, Adrianna Wodnicka, Leokadia Wysocka. Ich prochy spoczywają na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach w Kwaterze B-26.

czas jednego z najofiarniejszych chirurgów powstania, mjr. dr. *Władysława Kmicikiewicza*. Pozostali ranni i chorzy znaleźli schronienie w Szpitalu Wolskim.⁵

Świadek tamtych wydarzeń dr *Władysław Barcikowski* tak opisał wkroczenie hitlerowców do Szpitala Karola i Marii i bohaterską śmierć dr. med. *Władysława Kmicikiewicza*.

„... O godzinie czwartej po południu zobaczyliśmy pierwszych władowców – „Kałmuków SS”. W mundurach niemieckich szli do ataku na polskie placówki. Ich widok nie zapowiadał niczego dobrego. Mali, krępi, skońococy, z wystającymi kośćmi policzkowymi, podobni w ruchach do małp, pijani, o dzikim wejrzaniu, okręceni parokrotnie taśmami amunicji.

Wśród nich, z obojętnymi minami bandytów z zimną krwią mordujących ludzi, kroczyli Niemcy.

Polecono nam wychodzić z pawilonu. Kiedy chcieliśmy zabrać leżące na wyciągu dziecko, Niemcy z wrzaskiem wypchnęli nas siłą. Jeszcze dotąd słyszę tę okropny zrozpaczonego, bezbronnego, paroletniego chłopca. Ranni zostali sami. Zostali potem rozstrzelani w łóżkach.

Początkowo ustawiono nas pod murem szpitala naprzeciw Niemców z automatami gotowymi do strzału... Niektóre niewiast zaczęły się modlić. Jeden z najdzielniejszych lekarzy AK, dr Kmicikiewicz przemówił uspokajająco: *Ludzie! Zginiemy i tak wszyscy. Umierajmy dzielnie i spokojnie jak na Polaków przystało*. Wyprowadzono nas z terenu szpitala. Zaczęła się nasza droga cierniowa.

Zatrzymano nas powtórnie na rogu Młynarskiej, koło kapliczki. Samoloty pikowały jak szalone. Zdawało się, że wszystko wali się na nas. Dym gryzł w oczy... Władowiec podszedł ku naszym szeregom i z dzikim wejrzaniem począł kogoś szukać. Wzrok jego spoczął na najdzielniejszym z nas lekarzu, dr. Kmicikiewiczu. Kiwnął



Gmach Szkoły Pielęgniarek, przy ul. Koszykowej. W budynku tym obecnie mieści się Przychodnia CePeLek i ma swą siedzibę biuro WIL.

nań palcem. Ten wyszedł z szeregu powoli... Oprawca przyskoczył doń małym skokiem, pchnął przed sobą kilkakrotne, odwrócił twarzą do nas i strzelił. Kolega nasz padł martwy. Sprawilo to widać wielką przyjemność katu. Począł tańczyć dziki taniec wojenny. Niemcy, jak na jakimś wspaniałym widowisku, okazywali duże zadowolenie. Myśleliśmy, że teraz kolej na następnych. Ale nie. Poprowadzono nas naprzód.”⁶

Szkoła Pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie

Założona w 1929 roku przez ZG PCK mieściła się przy ulicy Smolnej 6. We wrześniu 1939 roku przeniesiono ją do budynku prywatnego gimnazjum na ulicę Piękną 24. Uczennice tej szkoły stanęły do pracy w Szpitalu Ujazdowskim i w Szpitalu PCK przy ulicy Małachowskiego. Reprezentowały wysoki poziom umiejętności, wzorową postawę wobec chorych i rannych żołnierzy. Dyrektorką Szkoły i motorem wszystkich poczynań była *Małgorzata Żmudzka*. Tu kształcono wysoko wykwalifikowane kadry pielęgniarskie oraz przepelnio-

ne patriotyzmem dziewczęta, które w sierpniu 1944 roku pokazały kim są naprawdę.

Od 1943 roku rozpoczęto szkolenie „sanitariuszek” dla potrzeb wojska. Szkolenie było tajne i odbywało się na terenie Szpitala Ujazdowskiego. Wybuch powstania nie był dla nich zaskoczeniem. Absolwentki szkoły wcielone zostały w sieć sanitarną oddziałów bojowych Armii Krajowej. Niektóre z nich kierowano do oddziałów partyzanckich działających na terenie Lubelszczyzny i Kielecczyzny.

Po wybuchu powstania Niemcy nakazali opuścić budynki szkolne przy ul. Smolnej, a następnie podpalił je. W tym samym czasie spalony został sąsiadujący ze szkołą Szpital Oftalmiczny.

Przy pomocy władz powstańczych kadra i uczennice Szkoły Pielęgniarskiej urządziły szpital w gmachu przy ul. Foksał. Otoczono opieką ludność cywilną i dzieci zgromadzone w piwnicach Muzeum Narodowego. Znoszono rannych i chorych do Szpitali PCK na ulicę Małachowskiego i Pierackiego. Tam, gdzie szpitale powstańcze i punkty opatrunkowe zostały spalone, na ich miejsce powstawały nowe. Absolwentki Szkoły walczyły w różnych częściach miasta. Po upadku powstania szpitale PCK ewakuowano do

⁵ Wiśniewska M. i Sikorska M. Szpitale powstańczej Warszawy. Warszawa 1991.

⁶ Władysław Barcikowski, Archiwum Historii Filozofii i Medycyny, 1995, z. 3, s. 8

Milanówka a ciężko rannych do Szpitala Wolskiego. Podczas powstania bohaterską śmierć poniosło wiele wychowanek tej szkoły. Poległa też ich bohaterska dyrektorka, *Małgorzata Żmudzka*.

Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej- -Curie

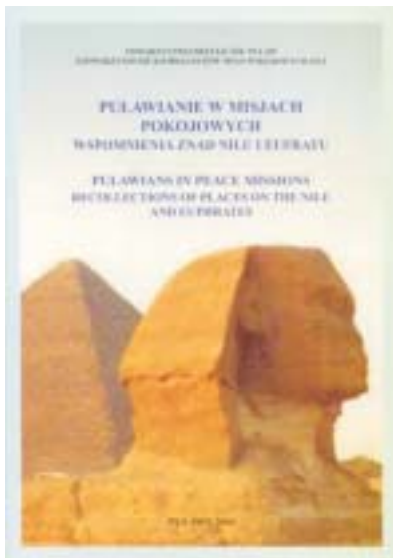
W momencie wybuchu powstania w Instytucie leczono 80 pacjentów. Większość lekarzy tej placówki, związana z AK, udała się na wyznaczone punkty sanitarne. 1 sierpnia 1944 roku do Instytutu przysłała grupa powstańców (lekarz i kilka pielęgniarek), którzy rozpoczęli znosić ran-

nych umieszczając ich w salach na parterze. 5 sierpnia do Instytutu wdarli się własowcy z RONA i nakazali opuszczenie szpitala. Pielęgniarka Instytutu *Janina Glomska* oraz pozostałe pielęgniarki: *Bronisława Mazurkiewicz*, *Wanda Kwiatkowska* i sanitariuszka „Danka” odmówiły opuszczenia chorych. Własowcy chcieli wszystkich rozstrzelać. W ostatniej chwili egzekucję wstrzymał oficer niemiecki rozkazując przeniesienie wszystkich na ul. Grójecką. W Instytucie pozostało 59 rannych oraz 9 osób personelu. W nocy własowcy zgwałcili kobiety, a rano zabili rannych i chorych. Oblewali ich benzyną i palili. Zginęły wówczas *Janina Glomska* i sanitariuszka „Danka”. Spłonął parter i sutereny. Ponadto, spośród za-

łogi poległa, na terenie Szpitala Dzieciątka Jezus, dr med. *Wanda Wasilewska* a dr med. *Włodzimierz Sylwestrowicz* został rozstrzelany w obozie koncentracyjnym, dr med. *Dyonizy Zuberbier* zginął także w obozie, dr med. *Helena Wolff* z Wydziału Sanitarnego Gwardii Ludowej zginęła w bitwie w lasach w lasach starachowickich. 16 osób przeszło przez więzienia i obozy koncentracyjne. Budynek Instytutu został ograbiony, zniszczony a wreszcie spalony.

doc. dr hab. **Witold LISOWSKI**

fot. z książki W. Lisowskiego
„Polska służba zdrowia
w powstaniach narodowych”



Towarzystwo Przyjaciół Puław i Stowarzyszenie Kombatantów Misji Pokojowych ONZ wydały w zeszłym roku książkę pod redakcją Romualda Gryko i Jerzego Mierzejewskiego pt. „*Puławianie w misjach pokojowych. Wspomnienia z nad Nilu i Eufratu*”. W zespole redakcyjnym wymienieni są również: Zbigniew Mizak, Michał Bartoszcze i Edward Ślusarczyk, a konsultantem historycznym był Waldemar Bednarski. Książka wydana jest w wersji dwujęzycznej, polsko-angielskiej.

„Puławianie w misjach pokojowych”

Od 60 lat żołnierze w błękitnych hełmach budują pokój i przywracają porządek w niemal wszystkich zakątkach świata. Wykonują również zadania wojskowe (np. niszczenie broni) oraz humanitarne (takie jak: dostawa sprzętu, żywności, wody czy nadzorowanie przestrzegania praw człowieka). W 55 misjach pokojowych, od 1953 r. (Korea) po dzień dzisiejszy (Irak, Afganistan, Syria, Liban, Sudan, Wybrzeże Kości Słoniowej, Liberia, Etiopia i Erytrea, Gruzja, Kosowo i in.), służyło ponad 50 tysięcy Polaków. Uczestnikami misji ONZ z Puław i z okolicznych miejscowości, na przestrzeni ponad 30 lat (od 1974 r., UNEF II w Egipcie), byli głównie wojskowi lekarze weterynarii, ale też żołnierze innych korpusów, pracownicy cywilni wojska i funkcjonariusze policji.

Książka, oprócz wprowadzenia w cele i zadania wojskowych misji

pokojowych, zawiera 29 krótkich biogramów ich uczestników, oraz dość obszerne wspomnienia 11 autorów ukazujące złożone warunki służby w różnych, czasem dość trudnych warunkach klimatycznych, demograficznych i militarnych. Autorzy dzielą się własnymi przeżyciami zawodowymi, ale także wrażeniami z życia pozazawodowego. Można mieć czasem wrażenie, że czyta się książkę przygodową, przybliżającą nam życie obozu wojskowego jak i ciekawy świat islamu, historię tych ziem, ich wspaniałe pomniki starożytnej kultury oraz obyczaje miejscowej ludności.

Książka jest do nabycia w siedzibie Towarzystwa Przyjaciół Puław: Willa Samotnia
ul. Zielona 36
24-100 Puławy
lub za zamówieniem pocztowym wysłanym na powyższy adres.

(red.)



Zastępca Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, Naczelny Lekarz Wojska Polskiego, płk lek. med. Piotr Rusecki podczas inauguracyjnego wystąpienia.

Zgodnie z „Planem zasadniczych przedsięwzięć” Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia na 2007 roku”, w dniach 22-23 maja, odbyło się szkolenie kierowniczej kadry wojskowej służby zdrowia, połączone z ćwiczeniem grupowym pk. „ESKULAP – 07” nt. „Planowanie i organizacja wsparcia medycznego działań bojowych w ramach połączonej operacji obronnej na terenie kraju”.

Gospodarzami szkolenia były Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych (CSWSM) oraz Szkoła Podoficerska Służb Medycznych w Łodzi. Kierownictwo szkolenia objął Zastępca Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, Naczelny Lekarz Wojska Polskiego, płk lek. med. Piotr RUSECKI. Zespoły uczestniczące w przedsięwzięciu reprezentowały szefostwa służby zdrowia poszczególnych rodzajów sił zbrojnych, komendy szpitali wiodących obwodów profilaktyczno-leczniczych (OP-L), a także oficerowie Zespołu Oficerów Służby Zdrowia Wielonarodowego Teatru Działań (ZOSZ WTD), Centrum Reagowania Epidemiologicznego SZ RP i Wojskowego Instytutu Farmacji i Techniki Medycznej.

Przyjęcie przez kierownika ćwiczenia meldunku komendanta CSWSM, płk dr n med. Piotra JAMROZIKA o gotowości uczestników,

„ESKULAP 2007” – ćwiczenie kierowniczej kadry wojskowej służby zdrowia

rozpoczęło część szkoleniową przedsięwzięcia. Płk lek. med. Piotr RUSECKI w inauguracyjnym wystąpieniu krótko, niemniej jednak precyzyjnie i syntetycznie, scharakteryzował wpisujący się w ogólną kondycję polskiej służby zdrowia, stan wojskowej służby zdrowia. Wskazując jej główne mankamenty i problemy, przedstawił jednocześnie, stojące przed IWSZ trudności we wprowadzaniu reform i nowych rozwiązań w istniejący resortowy system ochrony zdrowia. Głównym problemem omówionym przez płk P. Ruseckiego, były obecne braki kadrowe w korpusie osobowym medycznym zarówno lekarzy, jak i pozostałego personelu medycznego, w tym ratowników.

W wystąpieniu wskazał, iż problematyka ta wydaje się być priorytetową w naprawczych działaniach IWSZ. Po tym wystąpieniu, zgodnie z harmonogramem, rozpoczęto część szkoleniową, w której reprezentanci IWSZ, ZOSZ WTD, CSWSM, oraz WIM

przedstawili prezentacje multimedialne z wybranych tematów, dotyczących wojskowej służby zdrowia:

- „System zabezpieczenia medycznego Polskich Kontyngentów Wojskowych realizujących zadania poza granicami kraju.” zaprezentował płk Marian BUSZKO – szef ZOSZ WTD,
- „Modelową strukturę jednostki wsparcia medycznego szczebla strategicznego” prezentował kierownik ZOOZWiZP WIM,
- „Nowe struktury i zadania SG WP oraz organizację wojskowej służby zdrowia” omówił płk JURKIEWICZ – szef Oddziału Planowania i Organizacji Wojskowej Służby Zdrowia IWSZ,
- „System wojskowego ratownictwa medycznego w świetle obowiązujących przepisów” scharakteryzował kpt. lek. med. Tomasz WIŚNIEWSKI – oficer CSWSM,
- „System zaopatrzenia i logistyki medycznej SZ RP z uwzględnie-



Szef Oddziału Szkolenia i Doskonalenia Zawodowego IWSZ płk lek. med. Jarosław Ziąja.



niem zaopatrywania PKW” opisała kmdr Bożena SZUBIŃSKA – szef Oddziału Farmacji i Logistyki Medycznej IWSZ,

- „System alarmowania i powiadamiania jednostek organizacyjnych podporządkowanych Szefowi IWSZ w procesie OWSGB” przedstawił mjr Kazimierz HOLICZKO – specjalista ds. gotowości bojowej i mobilizacyjnej w IWSZ,
- „Perspektywy i kierunki rozwoju pielęgniarstwa w systemie ochrony zdrowia resortu ON” przedstawiła ppor. Barbara SONTA – Naczelną Pielęgniarką WP.

Krótki czas przeznaczony na część szkoleniową, niestety uniemożliwił słuchaczom aktywne uczestniczenie w dyskusji nad przedstawianymi tematami. Mimo to, dało się zauważyć ożywione dyskusje w czasie kularowych spotkań uczestników szkolenia, dowodząc w ten sposób trafności wyboru tematów, ich aktualności, a także skomplikowanej materii podjętych problemów.

Po części szkoleniowej, elewi Szkoły Podoficerskiej Służb Medycznych zaprezentowali swoje wykształcenie, teoretyczne i praktyczne, podczas modelowej akcji ratowniczej w miejscu wypadku drogowego. Pokaz, którego organizatorem był komendant SPSM st. chor. szt. Remigiusz STOPCZYK, przeprowadzono w sposób wysoce profesjonalny. Do

pokazu wykorzystano, między innymi, pojazdy samochodowe symulujące wypadek drogowy. Biorąca udział w akcji Straż Pożarna zademonstrowała możliwości specjalistycznego sprzętu ratowniczego, w tym pneumatycznego urządzenia do cięcia metalu, niezbędnego podczas ewakuacji poszkodowanych uwięzionych we wnętrzu rozbitych pojazdów. Zaprezentowano też możliwości leczniczo-ewakuacyjne ambulansu wyposażonego w nowoczesne urządzenia ratunkowo-medyczne. Realizm sytuacji był tak duży, że niektórzy obserwatorzy mieli wrażenie bezpośredniego uczestnictwa w zdarzeniu. Poziom wyszkolenia, sprawność organizacyjna oraz zaangażowanie słuchaczy SPSM w ocenie przedstawicieli nie

tylko Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, ale i innych obserwatorów, oscylował na poziomie oceny celującej, czego wyrazem były osobiste gratulacje jakie złożył komendantowi SPSM i biorącym udział w pokazie elewom Szef Oddziału Szkolenia i Doskonalenia Zawodowego IWSZ, płk lek. med. Jarosław ZIAJA.

Część pokazową uzupełniła prezentacja sprzętu ratowniczego oraz oferta zestawów szkoleniowych przedstawiona przez firmę MEDLINE z Zielonej Góry. Prezentacja firmy, oferującej między innymi urządzenia medyczne wykorzystywane w akcjach ratowniczych, pomocy doraźnej oraz różnego rodzaju symulatory zakończyła część szkoleniową ćwiczenia.

W godzinach popołudniowych, pierwszego dnia szkolenia, kierownik ćwiczenia, płk Piotr RUSECKI rozpoczął ćwiczenie grupowe „ESKULAP 2007”, upoważniając Szefa Zespołu Planowania Ćwiczenia, ppłk Krzysztofa KOWALCZYKA do scharakteryzowania podstawowych założeń ćwiczenia i wręczenia zespołom ćwiczącym sytuacji wyjściowej na pierwszy dzień ćwiczenia. Następnie postawiono zadania zespołom ćwiczącym stosownie do kompetencji poszczególnych instytucji i jednostek. Głównym celem było wypracowanie koncepcji zabezpieczenia medycznego KZ w operacji obronnej na terenie kraju i przygotowanie załącznika LL



(zabezpieczenie medyczne) do Rozkazu Operacyjnego dowódcy korpusu. Po wstępnej analizie otrzymanych dokumentów, zespoły ćwiczące przystąpiły do realizacji zadań. Ich ocenę zaplanowano na dzień następnny.

Wyniki zadań, w postaci prezentacji multimedialnych, prezentowali w drugim dniu szkolenia szefowie i przedstawiciele ćwiczących zespołów w następującej kolejności: ZOSZ WTD, SSZ WŁąd, SSZ SP, SSZ MW, WIM, 1 SzW, 4 WSzK, 5 WSzK, 10 WSzK, 7 SzMW, 108 SzW, 109 SzW.

Uzupełnieniem prezentacji komendantów szpitali, jednocześnie pełniących obowiązki komendantów OP-L, było opracowanie i przedstawienie propozycji modelowego składu i wyposażenia zespołu medycznego wydzielanego przez szpital do zabezpieczenia transportu rannych z lotniska do placówki szpitalnej.

Z uwagi na pilne wezwanie w sprawach służbowych do Warszawy płk lek. med. Piotra RUSECKIEGO, w tej części ćwiczenia, kierownictwo objął płk lek. med. Jarosław ZIAJA.

Po zakończeniu prezentacji przez zespoły ćwiczące, płk Jarosław ZIAJA wraz z Szefem Zespołu Analizy, ppłk Markiem SKALSKIM z ZOOZWZP WIM, dokonał wstępnej oceny ćwiczenia i omówił jego przebieg. Oceniający stwierdzili, że osiągnięto zamierzone cele szkoleniowe przedsięwzięcia, którymi było:



- doskonalenie systemów zabezpieczenia medycznego wojsk na poszczególnych poziomach opieki medycznej;
- wypracowanie zasad współpracy służby zdrowia SZ RP ze służbą zdrowia armii sojuszniczych;
- organizowanie współpracy w zakresie zabezpieczenia w ramach HNS;
- sprawdzenie indywidualnych umiejętności kierowniczej kadry wojskowej służby zdrowia w procesie planowania zabezpieczenia medycznego sił własnych i sojuszniczych w działaniach bojowych;
- wypracowanie wniosków w celu doskonalenia procedur i struktur wojskowej służby zdrowia;

- opracowanie modelowego wzoru meldunku komendantów obwodów profilaktyczno-leczniczych (OP-L);
 - opracowanie modelowej struktury Zespołu Ewakuacji Medycznej.
- Płk lek. med. Jarosław ZIAJA w swoim omówieniu wskazał jednak na zróżnicowanie poziomów prac poszczególnych zespołów. Najwyższą ocenę otrzymał zespół SSZ SP, który w sposób wyczerpujący i syntetyczny zrealizował postawione zadania. Przedstawiona prezentacja była niezmiernie ważna ze względu na aktualność stanu wiedzy i nowoczesne podejście do problematyki wojskowej służby zdrowia. Do wyróżniających się zespołów zaliczono także prezentację 7 SzMW. Płk lek. med. J. ZIAJA ocenił, że przygotowanie merytoryczne zespołów ćwiczących, a w rezultacie ogólny poziom szkolenia, był wyższy niż w poprzednim ćwiczeniu, realizowanym w 2005 r. W podsumowaniu, podziękował zespołowi autorskiemu, uczestnikom szkolenia oraz gospodarzom, w szczególności Komendantom CSWSM i SPSM, za zaangażowanie w profesjonalne przygotowanie przedsięwzięcia.



Zespół autorski ćwiczenia:
 płk lek. med. **Jarosław ZIAJA**
 ppłk mgr inż. **Krzysztof KOWALCZYK**
 mjr lek. med. **Tomasz RYBA**
 Zdjęcia: mjr **Roman WZGARDA**

VI Międzynarodowa Konferencja Neurootologiczna Bydgoszcz 18-19 maja 2007 r.

Pod honorowym patronatem prof. dr. hab. Andrzeja Tretyna, Prorektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą odbyła się w dniach 18-19 maja 2007 r. w Bydgoszczy VI z kolei Międzynarodowa Konferencja Neurootologiczna.

Organizatorami konferencji byli:

- Oddział Kujawsko-Pomorski Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi;
- Katedra i Klinika Otolaryngologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika;
- Oddział Kliniczny Otolaryngologii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy.

Gośćmi honorowymi konferencji byli między innymi:

- gen. dyw. Zbigniew Głowienka – Szef Inspektoratu Wsparcia Sił Zbrojnych;



Płk dr med. Andrzej Wiśniewski – Szef Inspektoratu Służby Zdrowia WP.

- gen. bryg. Zygmunt Duleba – Dowódca Pomorskiego Okręgu Wojskowego;
- płk dr med. Andrzej Wiśniewski – Komendant 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy (obecnie –

Szef Inspektoratu Służby Zdrowia Wojska Polskiego – przyp. red.).

W konferencji uczestniczyło 15 lekarzy z Indii, Niemiec, Francji, USA, Szwecji, Węgier, Meksyku, Czech, Grecji oraz 120 lekarzy z Polski.

Tematem konferencji były:

- Diagnostyka i terapia chorób narządu przedsionkowego;
- Otochirurgia;
- Otoneurologia eksperymentalna.

Wygłoszono łącznie 35 referatów w tym 17 prezentowali goście z zagranicy.

Wszyscy uczestnicy bardzo aktywnie brali udział zarówno w obradach, jak i części towarzyskiej spotkania i wyrażali nadzieję, że VI już z kolei Międzynarodowa Konferencja Neurootologiczna, na stałe wejdzie do kalendarza spotkań naukowych, jakie odbywają się w Bydgoszczy.



W konferencji uczestniczyło 15 lekarzy z Indii, Niemiec, Francji, USA, Szwecji, Węgier, Meksyku, Czech, Grecji oraz 120 lekarzy z Polski. Na zdjęciu (od lewej): prof. E. Nagy (Węgry), prof. H. Kazimierzczak, prof. G. Bencze (Węgry).

płk w st. spocz. dr med.
Tomasz GOSPODAREK
Kierownika Oddziału Klinicznego
Otolaryngologii w 10 WSK z P.
w Bydgoszczy

Lubelskie Bobolanum

Siedziba 1 Szpitala Wojskowego w Lublinie to wyróżniająca się w krajobrazie lubelskim monumentalna budowla, zresztą wpisana do Rejestru Zabytków Miasta Lublina. Zlokalizowana przy głównym szlaku drogowym – międzynarodowym, wspólnym dla dróg E12 i E17, które zmierzają do przejść granicznych z Ukrainą: w Dorohusku i Hrebennem.

Pobudowany został na początku dziejów II RP w ówczesnej dzielnicy wojskowej, gdzie zlokalizowany był VIII Pułk Ułanów Lubelskich, oraz osiedle mieszkaniowe kadry wojskowej. Usytuowanie tych obiektów było na tzw. rogatce warszawskiej. Nikt wówczas nie wyobrażał sobie że gmach ten po 13 latach swojego pierwotnego przeznaczenia zostanie wykorzystany na Szpital Wojenny. Opodal wyrazistą była wieża spadochronowa która istniała do końca lat 60-tych minionego stulecia jako obiekt szkoleniowy wojska.

Bobolanum, bo taką nazwę zwyczajową przyjął jako obiekt publiczny dla potrzeb edukacyjnych powstał dzięki ogólnospołecznej zbiórce nie tylko mieszkańców Lublina. Projektantem wyróżniającego się monumentu był ówczesny architekt Lublina inż. Ignacy Kędziński, syn Ziemi Krasnostawskiej. W latach 1922-26 była realizowana ta budowla w której znalazło siedzibę Collegium Bobolanum, niezwykle znacząca wyższa uczelnia, gromadząca najwybitniejszych naukowców w dziedzinie nauk teologicznych jako uczelnia państwowa – publiczna sprawę nadawania stopnia doktora, czego wówczas nie miał jeszcze, w pobliżu usytuowany KUL. Nauki tutaj pobierały również osoby cywilne które stanowiły później korpus urzędników administracji państwowej i publicznej.

Na początku agresji hitlerowskiej na Polskę Lublin poniósł dotkliwe straty w ludności, w wyniku lawinowych bombardowań miasta 2 i 9 września 1939 roku. Ponadto krwawą była

obrona miasta Lublina w dniach 15-17 września 1939 r., szczególnie na Rogatce Warszawskiej i opodal Bobolanum. Tragiczna sytuacja, w której znaleźli się mieszkańcy Lublina – tysiące rannych, ofiar, zmusiła do szybkiego przystosowywania obiektów publicznych na szpitale wojenne, w tym było Bobolanum. Decyzję taką podjął ówczesny dyrektor szpitala dr Kazimierz Jaworski. Potrzeba chwili, wówczas ratowania życia poszkodowanych działaniami wojennymi nie tylko żołnierzy ale i cywilów, określana lata funkcję Bobolanum jako obiektu szpitalnego. I takim jest do dnia dzisiejszego.

Okupant hitlerowski do 22 lipca 1944 r. wykorzystywał ten obiekt jako niemiecki lazaret. Pracujące wówczas w tym szpitalu polskie sanitariuszki i pielęgniarki przynależały do Armii Krajowej w ramach tajnej wojskowej służby kobiet. Ich rola była wtedy bardzo znacząca, bowiem tutaj, pod fałszywymi nazwiskami byli leczeni partyzanci. Dla zmylenia wroga przedstawiano ich jako mieszkańców cywilnych Lublina.

Później – w 1944 r. – Bobolanum było przeznaczone dla potrzeb ratowania życia żołnierzy II Frontu, jako jeden ze szpitali jego zaplecza. Wówczas był to 2 Polowy Szpital Chirurgiczny. Tutaj przywożono rannych żołnierzy w lutym – marcu 1945r. szczególnie ofiary tragicznych, dramatycznych walk pod Dreznem.

Niezmiennie Bobolanum pozostało szpitalem wojennym i wojskowym. Od 22 lipca 1944 r. tylko często zmieniano jego sztyd. Kalendarium tych zmian stanowi obszerna lista.

W nomenklaturze wojskowej Wojska Polskiego jako 1 Szpital Wojskowy w Lublinie datowany jest od 1 maja 1980r. W świadomości nie tylko mieszkańców Lublina nieprzerwanie utrwaliło się określenie identyfikujące ten monumentalny, historyczny już obiekt jako Bobolanum, chociaż już niewielu potrafi kojarzyć go z pierwotną funkcją Collegium Teologicznego Księża Jezuitów którego patronem był Św. Andrzej Bobola i dla tego przyjęte zostało zwyczajowe określenie Bobolanum. I tak trwa już ponad 80 lat.

Zgodnie z przeprowadzoną reformą ochrony zdrowia w III RP od 1 stycznia 1999 r. 1 Szpital Wojskowy w Lublinie miał przydzielono



ne zadanie leczenia również osób cywilnych.

We wrześniu 2004 roku na swoje 60-lecie istnienia otrzymał od szefa Wojskowej Służby Zdrowia, pełnomocnika Ministra Obrony Narodowej ds. Resortowej Służby Zdrowia gen. bryg. dr Marka Kondrackiego certyfikat NATO Commercial and Government Entity Code NCA-GE 0533H. Szpital ten uzyskał więc uprawnienia do leczenia żołnierzy państw z układu NATO jako jeden z 9 w Polsce. Komendantem szpitala został wówczas płk dr n. med. Zbigniew Kędzierski.

W bieżącym roku miały miejsce ważne wydarzenia religijne którego miejscem był też 1 Szpital Wojskowy w Lublinie. Marcowy etap peregrynacji cudownego obrazu, kopii z Sanktuarium w Łagiewnikach, Jezusa Miłosiernego i relikwii św. Siostry Faustyny Kowalskiej. Nastąpiło to na półmetku świętych misji prowadzonych w ordynariacie WP. 1 Szpital Wojskowy w Lublinie stał się wówczas miejscem szczególnego kultu, chyba jako jedyny w dotychczasowej tej peregrynacji. W orszaku procesyjnym prowadzonym przez Sufragana Lubelskiego bp. Artura Miezińskiego w asyście kapelanów wojskowych Lublina, Alejami Raclawickimi przeniesiono cudowny obraz i relikwię do kaplicy szpitalnej pw. M.B. Bolesnej. Relikwiarz św. Faustyny Kowalskiej niosły na zmianę 10-letnie siostry bliźniaczki: Kasia i Julia, córki – sieroty st. chorążego śp. Marka Krajewskiego, który zginął tragicznie na posterunku w Iraku 8 maja 2004 roku. Towarzyszyła im ich mama – wdowa, pani Wioletta Krajewska, a także harcerki z 17 LDH Strumień ze swoimi totemami. W godzinę Miłosierdzia Bożego została odprawiona msza święta pożegnalna pod przewodnictwem kapelana tegoż szpitala ks. mjr Feliksa Mariana Słabka – notabene aktualnego nestora kapelanów wszystkich szpitali lubelskich. Homilię wygłosił ks. por. Sylwester Piekarski wikariusz miejscowej parafii garnizonowej. Ujmujące słowo pożegnalne w imieniu zgromadzonych pacjentów a także kombatantów

i weteranów WP wygłosiła mjr rezerwy Karolina Krzyszoń-Bożek – Prezes Stowarzyszenia Żołnierzy Oddziałów Partyzanckich Wolność i Niezawisłość. W uroczystościach tych uczestniczyli także: ks. prałat Stanisław Obszyński – nestor kapelanów Ordynariatu Polowego WP i 1-szy Proboszcz Kościoła Garnizonowego przy Al. Raclawickich w Lublinie, a także ks. płk Sławomir Niewęglowski aktualny proboszcz parafii garnizonowej.

Te święte znaki po pożegnaniu przez społeczność 1 Szpitala Wojskowego w Lublinie zostały przekazane przedstawicielom garnizonu Dęblin.

„W przeddzień urodzin Karola Wojtyły (17 maja), a późniejszego Ojca Świętego Jana Pawła II po raz drugi spotykamy się wokół symbolicznego Dębu Papieskiego u bram 1 Szpitala Wojskowego Bobolanum w Lublinie honorując 87 Jego urodziny” – tymi słowami powitał zgromadzoną kadrę wojskową i pracowników, uczestników spotkania, jako wspólnoty pacjentów, lekarzy i personelu medycznego – ks. prof. Tadeusz Styczeń, bliski Przyjaciel ks. Karola Kardynała Wojtyły, następca na Katedrze Etyki KUL, założyciel i długoletni dyrektor Collegium Jana Pawła II. Następnie gospodarz obiektu, Komendant Szpitala – płk. dr n. med. Zbigniew Kędzierski dopowiedział, że „Szpital ten daje szczególny wyraz czci i kultu Wielkiemu Synowi Narodu Polskiego Janowi Pawłowi II, na Jego wieczną chwałę i ku rychłej kanonizacji”.

Obecni przyjaciele tego Szpitala: ks. prof. Andrzej Szostek, również następca na Katedrze Etyki i długoletni Rektor KUL życzył, żeby „ten dąb był wiecznym symbolem trwałości, nie tylko szpitala. Dąb żyje dłużej niż człowiek, został wybrany przez niego jako



symbol mocy, która potrafi przezwyciężyć różne słabości ludzkie i przeskroty, mocy, której jest tak nam teraz potrzeba, na co dzień, szczególnie, kiedy Ochrona Zdrowia przeżywa głęboki impas. Skoro to było kiedyś Bobolanum, to niech i ten patron, św. Andrzej Bobola wspiera trudy pracy wszystkich ofiarnych pracowników tego znaczącego Szpitala”. Podobnie aktualny dyrektor Collegium Jana Pawła II KUL, ks. prof. Alfred Wierzbicki wyraził słowa wdzięczności, że „taki dąb rośnie w tym miejscu, tak historycznym, symbolicznym, miejscu wielkiej troski o człowieka”.

Dąb papieski został posadzony w ubiegłym roku 18 maja 2006 r., później obelisk pamiątkowy poświęcił 4 września ub. roku, Wikariusz Generalny Ordynariatu Polowego ks. infułat Żarski. Autorem monumentalnego obelisku był artysta rzeźbiarz z Bełżyc – Witold Marcewicz, wykonawca i projektant wielu znaczących pomników w RP.

Dąb Papieski stał się dla chorych i pracowników – społeczności szpitalnej – symbolem trwałości i mocy, a nadto kultu ku czci Jana Pawła II i jego rychłej kanonizacji.

Tekst i foto:
Jerzy JĘDRZEJEK

Broń chemiczna (cz. II) od Ypres do metra tokijskiego

3.2. Gazy nerwów

Określenie gaz nerwów, neurogaz lub czynnik nerwów odnosi się do związków fosforoorganicznych, które już w małych dawkach blokują cholinesterazę. Dla celów wojskowych obecnie ważne są dwie rodziny gazów nerwów: czynniki G, które są estrami alkilowymi kwasu metylofosfonofluorowego lub kwasu dialkyloamidoetylo fosfonoamidocyanowego i czynniki V, które są głównie estrami alkilowymi kwasu S-dialkilamidoetylo fosfoniolowego. Chemicznie i toksykologicznie gazy nerwów są podobne do wielu handlowo dostępnych pestycydów fosforoorganicznych i podczas gdy wiedza o ciężkim zatruciu gazami nerwów ludzi jest raczej ograniczona, istnieją obszerne dane o ekspozycji ludzi na niektóre z tych pestycydów.

Insektycydy, takie jak pirofosforan tetraetylu (*tetraethyl pyrophosphate* – TEPP) i paration, były przyczyną licznych zgonów jako rezultat mylnego użycia lub przypadkowego zatrucia.

W tabeli I zestawiono kilka czynników G i V, które wśród wielu innych były w przeszłości, dla celów wojny chemicznej, produkowane w tysiącach ton.

Istnieje kilka innych chemicznych klas fosforoorganicznych czynników antycholinesterazowych, które były badane dla celów militarnych. Jedną taką klasą, opisaną do wprowadzenia na uzbrojenie w latach

osiemdziesiątych, jest znana jako novichok. Jednakże informacje publikacyjne o czynnikach novichok są sporadyczne. Jedną z charakterystyk powiada, że są bardziej toksyczne niż czynniki V. Do produkowanych w dużych ilościach należały sarin i VX.

3.2.1. Sarin i VX

Gazy tego typu są w większości płynami rozpuszczalnymi w wodzie, bezwonny, bezbarwny, albo barwy żółto brązowej. Bardzo szybko hydrolizują w silnych roztworach alkalicznych, natomiast między pH 4 a pH 7 hydroliza zachodzi bardzo powoli. Rozpuszczalność VX w wodzie przy temperaturze pokojowej waha się od 1 do 5%. Jest on bardziej oporny na hydrolizę niż sarin, szczególnie w środowisku alkalicznym.

3.2.1.1. Ekspozycja

Gazy te mogą być absorbowane przez całą powierzchnię ciała. Przy rozpyleniu jako para lub aerozol lub zaabsorbowane na kurzu z łatwością są wchłaniane przez układ oddechowy lub spojówki. Absorpcja jest szybsza i kompletna w drogach oddechowych.

Pierwszym objawem po ekspozycji na niskie stężenia w powietrzu jest zwężenie źrenic. W przypadku sarinu objaw ten pojawia się u 50% eksponowanych osób przy dawce około 3 mg/min/m³. Przy około 10

mg/min/m³ pojawiają się inne muskarynowe objawy doprowadzające do zmian nieodwracalnych. Objawy przy większych ekspozycjach stają się coraz bardziej nieodwracalne i ostatecznie śmiertelne. Przybliżone dawki stężenia w czasie, które mogą być śmiertelne dla 50% eksponowanych osób, wynoszą dla sarinu, 40-60 mg/min/m³ i dla VX 50 mg/min/m³ (porównawczo dawki te wynoszą w przypadku tabunu 150 mg/min/m³, a somanu 70-100 mg/min/m³).

3.2.1.2. Okres utajenia

Ekspozycja na dawki par gazów które są już letalne, wywołuje zgon prawdopodobnie w ciągu 1 do kilku godzin. Ekspozycja na kilka razy większą dawkę śmiertelną prawdopodobnie skutkowałaby śmiercią w ciągu kilku minut do pół godziny. Dane fotograficzne z Halabja w Kurdystanie, z marca 1988 roku, sugerują szybką śmierć po ekspozycji na coś, co prawdopodobnie było sarinem.

Według dostępnych informacji VX został dwukrotnie użyty w planowanych zabójstwach. Pewien człowiek umarł w 4 dniu po przyjęciu do szpitala w następstwie dożylniej iniekcji VX. W pewnej próbie mordu VX został rozpylony na plecy ofiary, co wymagało 15 dniowego pobytu w szpitalu, a w tym czasie pacjent cierpiał na amnezję i neuropatię atakującą nerwy mięśni pasa barkowego i górnych kończyn. Po upływie 6 miesięcy neuropatia cofnęła się, a amnezja pozostała. W reagowaniu fizjologicznym na VX i na sarin występują znaczne różnice.

3.2.1.3. Podstawowe objawy kliniczne

Jak już wcześniej wspomniano, skutki działania mają powiązanie z inhibicją tkankowej cholinesterazy. Dzieje się to z akumulacją dużych ilości acetylocholino w miejscach synaps oraz przy receptorach nikotynowych i muskarynowych narządów zaatakowanych. Te zjawiska

Tabela I

metylofluorofosfonian izopropylu	Sarin
metylofluorofosfonian 3,3-dimetylobutan-2-ylu (N,N - dimetyloamido)cyjanofosforan O-etylu	Soman
O-etylo S-2-(diisopropylamino) etyl metylofosfoniolanu	Tabun
metylotiofosfonian O-etylo-S-(2-diizopropylamino)etylu	VX:
	VR:

poprzedzają inne zaburzenia systemu nerwowego. Liczne badania wykazują, że ważną rolę w utrzymaniu napadu fosforoorganicznego i w następującej neuropatologii odgrywa też sól kwasu glutaminowego, głównie przez nadmierną aktywację podtypu receptora N-metylo-d-asparagianu (NMDA).

Objawy muskarynowe, nikotynowe i ze strony centralnego systemu nerwowego, powstałe na skutek zatrucia, są przedstawione w tabeli I. Czas pojawienia się objawów zależy od stopnia i drogi absorpcji. Po inhalacji pojawia się zwężenie oskrzeli i ciężki oddech przed powstaniem wyraźnych objawów ze strony przewodu pokarmowego. Zgony mogą być przypisywane osłabieniu oddychania i krążenia.

3.2.1.4. Przebieg i zdrowienie

Po pojedynczej słabej lub umiarkowanej ekspozycji może nastąpić pełne wyzdrowienie. Umiarkowane i ciężkie zatrucia wymagają leczenia podtrzymującego chorego przy życiu. Inhibicja cholinesterazy jest nieodwracalna, ale występuje adaptacja transmisji synaptycznej. Prawie nigdy nie występuje spontaniczna reaktywacja w ciężkich zatruciach. Jeśli chory przeżywa okres kilku godzin i dni, może nastąpić spontaniczna reaktywacja spowodowana nietrwałością sarinu i VX (nie odnotowano jej w przypadku somanu). Powtarzalne codzienne ekspozycje kumulują się i mogą doprowadzić do ciężkiego zatrucia.

3.2.1.5. Skutki długotrwałe

Jest prawdopodobne, że u ofiar, które przeżyły wiele dawek śmiertelnych sarinu, może rozwijać się trwałe paraliż, opóźniona neuropatia (organophosphate-induced delayed neuropaty –OPIDN) i śmierć aksonów w następstwie demielinizacji. Jednakże takich opóźnionych skutków nie obserwowano wśród ofiar, które przeżyły ataki chemiczne w Islamskiej Republice Iranu.

Tabela II. Zwiastuny i objawy zatrucia neurogazami (sarin, VX)

Miejsce działania	Zwiastuny i objawy
=====	
<u>W następstwie lokalnej ekspozycji</u>	
<u>Muskarynowe</u>	
•renice	Zwężenie zaznaczone, zazwyczaj maksymalne (punkt szczytowy), czasami nierówne
Ciałko rzęskowe	Czołowy ból głowy; ból oczu przy nastawianiu na ogniskowanie; umiarkowane przyćmienie obrazu; sporadycznie nudności i wymioty
Spojówki	Przekrwienie
Błona śluzowa nosa	Wyciek z nosa; przekrwienie
Drzewo oskrzelowe	Uczucie ucisku klatki piersiowej; niekiedy z przedłużającym się charczeniem, wydech sugeruje na zwężenie oskrzeli lub wzrost wydzieliny; kaszel.
Gruczoły potowe	Pocenie w miejscach ekspozycji na płyn
<u>Nikotynowe</u>	
Mięśnie prążkowane	Skurcze pewnej liczby różnych włókien mięśniowych pod wpływem bodźca z tego samego neuronu ruchowego (fasciculation)
<u>W następstwie systemowej absorpcji</u>	
<u>Muskarynowe</u>	
Drzewo oskrzelowe	Ucisk w klatce piersiowej z przedłużającym się charczeniem, wydech sugeruje zwężenie oskrzeli lub wzrost wydzielania; duszność, umiarkowany ból w klatce piersiowej; wzrost sekrecji oskrzelowej; kaszel; obrzęk płuc, sinica
Układ pokarmowy	Anoreksja, wymioty; skurcze brzucha; ucisk nadżołądkowy i podmostkowy, zgaga i odbijanie się, biegunka, bolesne parcie; mimowolna defekacja.
Gruczoły potowe	Nadmierne pocenie
Gruczoły ślinowe	Nadmierne ślinienie
Gruczoły łzowe	Nadmierne łzawienie
Serce	Umiarkowana bradykardia
•renice	Umiarkowane zwężenie, czasami nieregularne, później bardziej zaznaczone zwężenie.
Ciałko rzęskowe	Zaciemnienie obrazu
Pęcherz moczowy	Częste mimowolne oddawanie moczu

Tabela II cd. Zwiastuny i objawy zatrucia neurogazami (sarin, VX)

	Nikotynowe
Mięśnie prążkowane	Łatwe zmęczenie, miarkowane osłabienie, nagłe skurcze mięśniowe; skurcze pewnej liczby różnych włókien mięśniowych pod wpływem bodźca z tego samego neuronu ruchowego (fasciculation); kurcze; ogólne osłabienie, obejmujące mięśnie oddechowe z dusznością i sinicą.
Zwoje nerwowe współczulne	Bładość; sporadyczne podniesienie ciśnienia krwi.
Centralny system nerwowy	Zawroty głowy; napięcie; nadmierne majaczenia; bezsenność; nocne koszmary; bóle głowy; drżenia; apatia; przygnębienie i depresja; ożywienie powolnych fal wzrastającego woltażu w EEG, szczególnie na hiperwentylacji; trudności z koncentracją; senność; trudności w przypomnieniu dezorientacja; zlewianie się mowy, ataksja; ogólne osłabienie; śpiączka z brakiem refleksu; oddychanie Cheyne-Stokesa; konwulsje; depresja ośrodków oddychania i krążenia z dusznością; sinica i spadek ciśnienia krwi

3.2.1.6. Wykrywanie

Istnieje obecnie wiele handlowo dostępnych urządzeń wojskowych, które są zdolne do wykrywania różnych środków chemicznych. Są to urządzenia ręcznie manipulowane, zestawy detekcji automatyczne do wykrywania specyficznych czynników broni chemicznej. Wyposażenie wojskowe jest zazwyczaj solidne, o ograniczonej wadze i gabarytach i coraz lepiej nastawione na szybkie i łatwe nim operowanie.

3.2.1.7. Rozpoznanie ekspozycji

Oprócz objawów, jedyną metodą obecnie dostępną dla szybkiego rozpoznania ekspozycji na czynniki nerwów są pomiary zmniejszającej się aktywności cholinoliny w krwi. Jednakże ta próba ma pewne niedoskonałości, ponieważ jest niespecyficzna dla czynników nerwów lub nawet dla ekspozycji na zatrucia związkami organofosforo-

organicznymi. Ponadto jest ona użyteczna tylko wtedy, gdy inhibicja przewyższa 20% aktywności fizjologicznej.

Nowsze testy, które w obecnym stanie opracowania mogą być wykonywane tylko w laboratorium, obejmują: (1) analizę nienaruszonego lub hydrolizowanego neuroczynnika we krwi i / lub moczu; (2) regenerację wiązania neuroczynnika do białek z jonami fluoru i następnie analizę fosforofluoranu; i (3) hydrolizę fosforyzowanego białka i następnie analizę zhydrolizowanego czynnika białka i enzymatycznie pochodnych jego metabolitów.

3.2.1.8. Zasady postępowania lekarskiego

W ciężkich przypadkach zatrucia leczenie odtrutkami może być niewystarczające do utrzymania pacjenta przy życiu. Niekiedy przez kilka dni będzie potrzebne wspomagające oddychanie i ogólne środki wspomagające.

3.2.1.9. Profilaktyka/leczenie

Profilaktyka polega na podawaniu odwracalnego czynnika antycholinoliny. Piridostigmina, używana w ciężkiej miastonii, jest proponowana w dawce 30 mg, 3 razy dziennie i w około 30% wspomaga w wytwarzaniu cholinoliny krwi.

W przypadku ciężkiego zatrucia te 30% ochronionej esterazy będzie spontanicznie reaktywowane i przypadek będzie wyleczony, przyjmując, że to samo zjawisko ma miejsce w synapsach cholinergicznym (reinhicja enzymu może mieć miejsce, gdy pirostigmina jest usunięta a trucizna utrzymuje się w organizmie i jest zdolna wiązać cholinoliny). Dla doskonalenia ochrony acetylocholinoliny w centralnym systemie nerwowym, dalsze postępowania lecznicze obejmuje skojarzone podawanie centralnie działającego karbaminianu fizostygminy i antycholinoliny skopolaminy. Leczenie obejmuje też podawanie katalitycznych środków oczyszczających krew z czynnika zanim rozprzestrzeni się on w organizmie.

Terapię symptomatyczną stanowią czynniki antycholinergiczne i antykonwulsyjne. Siarczan atropiny blokuje efekty muskarynowe, częściowo przeciwdziała efektom konwulsyjnym i depresji oddechowej. Proponowane dawki mieszczą się między 1 a 5 mg dożylnie co 30 minut aż do pełnej atropinizacji, a podtrzymujące między 0,5 do 2 mg co godzinę. Dla pomyślnego wyniku leczenia, tj. obniżenia zwężenia oskrzeli i sekrecji (wg badania przy osłuchiowaniu i na podstawie analizy gazów krwi) u każdego pacjenta musi być prowadzone dawkowanie atropiny w oparciu o analizę wielkości zaistniałych objawów. Zmiany w pracy serca są mniej ważne, ale łatwe do śledzenia i może być utrzymany łagodny częstoskurcz (80 uderzeń lub więcej na minutę). Oprócz atropiny winny być podawane centralnie działające środki przeciwkonwulsyjne. Lekiem z wyboru pozostaje diazepam. Stosowany

jest, zarówno do zapobiegania, jak i do leczenia konwulsji. W uzupełnieniu diazepam do leczenia padaczek omanowych są stosowane lorazepam, midazolam. Leczenie obniża znacznie napady, jeśli nie ma opóźnień w leczeniu; nie dłużej niż 40 minut po ekspozycji. Większość klinicznie skutecznych leków antyepileptycznych może być niezdolna do przerwania napadów wywołanych przez omawiane czynniki nerwów.

Oksymy, które są reaktywatorami cholinoesterazy, stanowią leki przyczynowe. Większość klinicznych badań dotyczyła chlorku pralidoksymu, metanosiarczanu pralidoksymu i lub metylsarczanu i chlorku obidoksymu. W niektórych krajach od niedawna został wprowadzony oksym H16. Te czynniki poprawiają ważny objaw blokady szkieletowo-neurymięśniowej, ale penetrują bardzo słabo do centralnego systemu nerwowego. Mogą być podawane w wielokrotnych iniekcjach jako dawka odciążająca a następnie jako dawki podtrzymujące.

3.2.1.10. Stabilność/neutralizacja

Sarin, podobnie jak tabun i soman, jest całkowicie lotny, podczas gdy zagęszczony soman i VX mogą utrzymywać się w środowisku, w zależności od temperatury. VX reprezentuje stałe groźne niebezpieczeństwo, szczególnie w temperaturach poniżej 0°C. Procedura dekontaminacji skóry, wyposażenia i materiałów, opracowana przez większość armii, sprowadza się do wykorzystania chemikaliów neutralizujących, jak np. roztworów chloraminy lub neutralizujących proszków adsorbujących, np. gliny folarskiej.

3.2.1.11. Ochrona

Powinno się stosować ubiór ochronny typu wojskowego i maskę przeciwgazową okrywającą całą twarz z odpowiednim filtrem zawierającym aktywny węgiel.

4. Incydenty z sarinem w Japonii

Dotychczasowe rozważania w tym opracowaniu koncentrowały się wokół przeglądu historycznego stosowania broni chemicznej, jej właściwości ze szczególnym zwróceniem uwagi na aspekty toksykologiczne. W rozważaniach tych celowo rozwinięte zostało omówienie poradzieckiego potencjału chemicznego, największego z dotychczas zadeklarowanych a będącego dopiero na wstępnym etapie niszczenia. Uzasadnioną troską społeczności międzynarodowej pozostaje szczelność tych arsenałów, chroniąca przed możliwością dotarcia do nich terrorystów.

Narastające napięcia międzynarodowe i konflikty zbrojne, szczególnie w rejonach, gdzie mają duży wpływ siły ekstremalne, nakazują pilne śledzenie zagrożenia możliwością wykorzystania broni chemicznej jako doskonałego narzędzia terrorku. Prób zastosowania takiego terrorku, na szczęście prymitywnych, doświadczyło społeczeństwo japońskie w dwóch incydentach, w których terrorki zastosowali sarin.

Poniżej został przedstawiony w skrócie opis sekty zbrodniczej i zorganizowanych przez nią dwóch napadów terrorystycznych z użyciem sarinu. Opis ten pozwala uzmysłowić, czym może grozić zdobycie przez terrorystów broni chemicznej zmagazynowanej w arsenałach z okresu zimnej wojny.

4.1. Sekta Aum Shirin'kyo (Najwyższa Prawda)

Sekta Aum Shinri'kyo była pomysłem Japończyka Chizuo Matsumoto, którego aspiracją, prawdopodobnie jeszcze z dzieciństwa, było zdobycie przywództwa nad Japonią. W 1984 roku wystartował on jako właściciel małego domu wydawniczego i szkoły joga, co stopniowo rozrosło się w kult. On nazwał się Shoko Asahara (Jasne Światło)

i począł szerzyć kult, z coraz bardziej dziwnym nauczaniem i rytuałami dla poświęceń i z wyjątkową działalnością wywrotową, mającą na celu osiągnięcie supremacji w Japonii. Ten kult stał się zadziwiająco atrakcyjny dla dużej liczby osób, liczącej w skali międzynarodowej dziesiątki tysięcy wyznawców, rekrutujących wybitnych naukowców i techników do opracowania programów zbrojeniowych. Dla realizacji swoich planów sekta podjęła wyprodukowanie i użycie broni biologicznej i chemicznej.

Bron chemiczna Auma Shinri'kyo zyskała światowy rozgłos po ataku na metro w Tokio w 1995 roku, ale wcześniejsze przed programem chemicznym było poszukiwanie broni biologicznej. Pomimo wydatkowania dużych sum pieniężnych i dużych wysiłków dla zdobycia środków dla wyprodukowania i rozsiewania czynników biologicznych, próby ataków w Tokio toksyną botulinową (w 1990 roku) i zarazkami węgla (w 1993 roku) okazały się nieskuteczne.

Sekta odniosła większy sukces ze swoim programem wyprodukowania i użycia broni chemicznej. Realizacja tego programu rozpoczęła się w 1993 r. i podobno kosztowała około 30 milionów dolarów. Po doświadczeniach z VX, tabunem, somanem, iperytem, cyjanowodorem i fosgenem ostateczny wybór kultu padł na sarin. Został opracowany plan produkcji około 70 ton sarinu w zakładzie Aum Shinri'kyo znajdującym się w Kamikuisiki u stóp góry Fuji.

4.2. Incydent w Matsumoto

W 1994 roku Aum Shinri'kyo wdała się w proces sądowy na tle zakupu ziemi. Prawdopodobnie dla udaremnienia niekorzystnego dla siebie wyroku zorganizowała nocny atak sarinem na rezydencję 3 sędziów. W ataku tym zostało zastosowane improwizowane urządzenie do uwalniania sarinu, składające się z grzejnika, wentylatora i kroplówki. Z urządzenia tego, działającego w furgonetce, pary sarinu były wy-

Broń chemiczna

wiewane przez okno na rezydencję sędziów. Po 20 minutach uwalniania sarin objął przestrzeń eliptyczną mierzącą około 800 na 570 metrów (bardziej skuteczne działanie gazu mogło mieć miejsce na mniejszej przestrzeni 400 na 300 metrów). Podczas gdy sędziowie przeżyli atak, 7 pechowych rezydentów siedziby zmarło w wyniku ataku, 54 innych było przyjętych do szpitala a 253 osoby leczono pozaszpitalnie. Wobec braku formalnej identyfikacji substancji toksycznej, przy prowadzeniu pacjentów lekarze mogli tylko polegać na tym co obserwowali, zwłaszcza symptomatologia kliniczna była spójna z obrazem zatrucia związkami fosforoorganicznym. W dniu 4 lipca ogłoszono oficjalne sprawozdanie stwierdzające, że przyczyną zatrucia był czynnik broni chemicznej – sarin, który został zidentyfikowany za pomocą chromatografii gazowej-sprężonej ze spektrometrią masową (GC-MS) w próbkach wody pobranych ze stawu na terenie zaatakowanym. W tym czasie nie wykryto dowodów oskarżających Aum Shinri'kyo.

4.3. Incydent w Tokio

W dniu 20 marca 1995 roku grupa terrorystyczna Aum Shinri'kyo dokonała skoordynowanego ataku sarinem na metro w Tokio, w czasie dużego zagęszczenia pasażerów. Atak zabił 12 osób i ponad 500 poraził nieśmiertelnie. Incydent mógł być znacznie bardziej groźny w skutkach, gdyby nie zarządzona przez władze zmasowana i właściwa reakcja pogotowia i pewien szczęśliwie popełniony błąd przez grupę terrorystyczną. Władze japońskie zbierały dane o zainteresowaniach Aum Shinri'kyo bronią chemiczną. Jak na ironię, władze nie były zdolne zapobiec podejrzanym zakupom i produkcji broni chemicznej, ponieważ w tym czasie taka działalność nie była nielegalna. Pretekstem do nalotu na podejrzaną zakład produkcyjny było dostarczenie dowodu po-

wiązania członka sekty z podejrzanym porwaniem, ale członkowie sekty zatrudnieni we władzach ostrzegli Asahara o nieuchronnym nalocie, do którego policja się przygotowywała. W pozorowanej próbie odwiedzenia policji od dokonania nalotu na zakład produkcyjny, Asahara pośpiesznie zaplanował atak na metro tokijskie. Rankiem 22 marca 1995 roku 5 dwuosobowych zespołów terrorystów przeprowadziło atak. Każdy zespół składał się z jednego maszynisty metra i jednego podróżującego metrem. Czterech terrorystów podróżujących niosło po 2 torby plastikowe o podwójnej warstwie, w których było po pół litra sarinu. Terrorysta z piątego zespołu był zaopatrzony nawet w 3 takie torby. Sarin miał zaledwie 30% czystości, ponieważ był pośpiesznie produkowany przed atakiem.

Pięć linii metra zbiega się na stacji Kasumigaseki, gdzie w jej rejonie znajduje się wiele japońskich budynków urzędowych i Zarząd Stołeczny Policji. Około godziny 8.00, w czasie szczytu komunikacyjnego, 5 napastników umieściło torby wypełnione sarinem na peronie przedziurawiając je ostrymi końcami parasolek, po czym odjechali pociągami do kilku innych stacji poza Kasumigaseki. Pierwsze wezwanie pogotowia otrzymała straż przeciwpożarowa o 8.09 i służby ratownicze były wkrótce zasypywane wezwaniami o pomoc z licznych stacji metra, gdzie zatruci pasażerowie byli wyładowywani dla uzyskania pomocy medycznej. W akcji udzielania pomocy było ogółem zaangażowanych 131 ambulansów i 1364 techników medycznych. Łącznie karetki pogotowia medycznego i straż pożarna przetransportowały do szpitali 688 osób. Ponad 4000 osób dotarło do szpitali lub do placówek leczniczych o własnych siłach, bądź byli dowożeni taksówkami, w prywatnych autach, bądź przybywali pieszo. Brak urządzeń natychmiastowego odkażania i wyposażenia ochronnego spowodował wtórną ekspozycję zespołów medycznych (135 zespołów pogotowia i 110 zespołów szpitalnych).

Mając początkową mylną informację, że eksplozja gazu spowodowała pożar i zatrucie tlenkiem węgla, leczenie w kierunku zatrucia związkami fosforoorganicznym podjęto dopiero w oparciu o symptomatologię przypadków, wzmocnioną przez wyniki testów wskazujących na zmniejszenie aktywności cholinesterazy. Po upływie 3 godzin od uwolnienia gazu dotarło do szpitali drogą telewizyjną oficjalne zawiadomienie policji, że został zidentyfikowany sarin.

Ogółem, 12 eksponowanych osób zmarło, około 980 było umiarkowanie lub średnio zatrutych, z czego 500 wymagało przyjęcia do szpitali. Ponad 5000 osób poszukiwało pomocy medycznej.

4.4. Doświadczenia płynące z incydentów japońskich

Z analizy tych ataków płyną ważne nauki, zarówno o charakterze ogólnym (tj. w rozumieniu zagrożenia międzynarodowego) jak i specyficznym (tj. w rozumieniu natychmiastowych skutków i konieczności szybkiego reagowania).

4.4.1. Waga zdarzenia

Konsekwencje w stratach ludzkich ataku w metrze tokijskim nie powinny być niedoceniane, ale nie powinny one też być wyolbrzymiane. Atak był groźny: 12 osób zmarło, 54 było ciężko uszkodzonych i około 980 łagodnie lub umiarkowanie porażonych. Większość z 5000 poszukujących pomocy lekarskiej (wielu z nich z objawami psychicznymi) było zrozumiale zaniepokojonych, że mogli być eksponowani na truciznę. To podkreśla znaczenie szybkiej informacji rozprawianej via media. Wskazuje też na doniosłość skutecznej segregacji w ośrodkach przyjmujących uszkodzonych, która zapewniła, że zasoby medyczne zostały zarezerwowane dla tych, którzy rzeczywiście byli uszkodzeni.

Atak ten stanowi potwierdzenie skuteczności chemikaliów toksycznych w rękach terrorystów. Oczywiście liczba 12 zgonów jest nie wspólnie mała z liczbami ofiar śmiertelnych w czasie ataków terrorystycznych z użyciem konwencjonalnych środków wybuchowych, takich jak zbombardowanie ambasady USA w Nairobi i Dar es Salaam (257 ofiar), Federalnego Biura w Oklahoma City (168 ofiar) koszar US marines w Libanie (241 ofiar). Z kolei skutki tych ataków konwencjonalnych są względnie umiarkowane w porównaniu ze zdarzeniem z 11 września 2001 roku, kiedy to porwane samoloty pasażerskie wbiły się w Pentagon i w 2 bliźniacze wieże WTC w Nowym Jorku zabijając prawdopodobnie ponad 3100 osób. Mimo to, można sobie tylko wyobrazić, że liczba ofiar dobrze zorganizowanego ataku sarinem na dużą skalę mogłaby być wielokrotnie większa od dotychczasowych ataków konwencjonalnych. Opinię tę potwierdził sam sprawca omawianych ataków sarinem, Asakara zeznając przed sądem, że w tym czasie w metrze tokijskim „mogły się dziać straszne rzeczy”, gdyby atak był przeprowadzony bez pośpiechu, praktycznie w czasie ucieczki przed policją.

4.4.2. Użyteczność broni chemicznej w osiągnięciu celów przez terrorystów

Podczas gdy liczne opisy (szczególnie w mediach) oceniają incydenty z sarinem jako dowód na pełną trudnych problemów nową erę w metodach stosowanych przez terrorystów, trzeźwa ocena wyników tych incydentów wykazuje coś innego. Prawdą jest, że przed 11 września 2001 roku był to najbardziej nagłośniony publicystycznie atak terrorystyczny. Jednakże dla sekty sukces okazał się być niewiele znaczący. Bezpośrednim celem ataku było zaniechanie planowanego najazdu policyjnego na siedzibę sekty a na szerszej płaszczyźnie podburzanie społecznego niepokoju. W rzeczywistości najazd policji na siedzibę kultu został odłożony tyl-

ko o 48 godzin. Rząd japoński pozostał stanowczy w działaniu i większość starszyny sekty przebywa obecnie w więzieniach.

4.4.3. Łatwość dostępu i użycia broni biologicznej i chemicznej

Aum Shinrik'yo próbował, ale bezskutecznie, użyć czynników biologicznych. Mimo okazałych zasobów finansowych, wyposażenia, doświadczenia i lat, w czasie których opracowywał swoją broń, osiągnął jedynie względnie ograniczony sukces w programie chemicznym. Dla terrorystów aspirujących do użycia broni biologicznej lub chemicznej wyniki te można uznać jako niezachęcające.

4.4.4. Znaczenie państwowego prawodawstwa o broni chemicznej

Wbrew niepodważalnym faktom, świadczącym o wzrastaniu zainteresowania sekty czynnikami broni chemicznej, które policja gromadziła przed atakiem na metro w Tokio, żadne prawo japońskie w tym czasie nie zakazywało działalności sekty. Z tego względu nie podjęto żadnych działań zapobiegawczych. Od kiedy jednak, w 1997 roku weszła w życie CWC wszystkie państwa członkowskie (łącznie z Japonią) stały się zobowiązane do dzielenia się swoim doświadczeniem i koncepcjami planowania swoich zobowiązań w uchwalaniu i wprowadzaniu w życie przepisów zabraniających obywatelom podejmowania jakiegokolwiek działalności, która jest zakazana dla państwa strony CWC. Od kiedy takie prawo zostało wprowadzone, mogą być podjęte wypracowane działania zapobiegawcze przeciw grupom terrorystycznym lub przeciw użyciu broni chemicznej.

4.4.5. Znaczenie umiejętności wykrywania i identyfikacji

W obu incydentach w Matsumoto i w Tokio zespoły medyczne, przy

podejmowaniu początkowego leczenia ofiar, opierały się na obserwacji klinicznej. Gdyby przenośny aparat detekcyjny był dostępny dla personelu reagowania doraźnego, ułatwiłoby to wcześniejsze wykrycie charakteru incydentu. Przeprowadzony następnie proces sądowy był znacznie podbudowany identyfikacją laboratoryjną sarinu za pomocą sofistycznej technologii GC-MS. W omawianych przypadkach naukowcy w Holandii, przy pomocy nowych biomedycznych metod testowania, byli zdolni w okresie późniejszym do odzyskania sarinu z przechowywanych próbek krwi 10 z spośród 11 ofiar incydentu w Tokio i z 2 spośród 7 próbek z incydentu w Matsumoto – dając dowód jednoznacznej ekspozycji ofiar na sarin.

4.4.6. Znaczenie umiejętności dekontaminacji i ochrony osobistej

U około 10% członków zespołów pogotowia, które udzielały pomocy w incydencie w Tokio, pojawiły się objawy zatrucia umiarkowanego. Przyczyną tego był brak urządzeń dekontaminacyjnych na miejscu incydentu jak i wyposażenia ochronnego dla udzielających pomocy na miejscu jak i w szpitalach. Nasuwa się logiczny wniosek, że w przyszłości personel ratowniczy powinien mieć większą dostępność do odpowiedniej jakości wyposażenia ochronnego.

Niezbędny jest też ekwipunek dekontaminacyjny szybko dostępny, zarówno na miejscu incydentu, jak i w zakładach leczniczych przyjmujących pacjentów. Jednakże doświadczenie z incydentu w metrze tokijskim uczy, że dużo osób potrzebujących pomocy medycznej będzie docierać do zakładów leczniczych własnym transportem. Na podstawie tego doświadczenia winno się krytycznie oceniać użyteczność urządzeń dekontaminacyjnych na miejscu zaistniałego incydentu. W jaki bowiem sposób mogłyby być wykorzystywane te urządzenia przez ofiary ataku w czasie

Broń chemiczna

ewakuacji organizowanej na własną rękę lub przez pogotowie, nawet jeśli te urządzenia byłyby dostępne w trybie natychmiastowym.

4.4.7. Znaczenie zarządzania, kontrolowania i informowania

Kanały dowodzenia w Tokio, dostępne dla personelu pogotowia, nie były zdolne poradzić sobie z napływem wezwań, jakie wywołał atak. W szczególności przeładowane było komunikowanie się między technikami medycznymi z pogotowia, a nadzorującymi ich lekarzami w bazach szpitalnych, w zakresie instrukcji medycznych lub informacji, które szpitale będą przyjmowały pacjentów. W wyniku tego pewna liczba pacjentów, aż do momentu dotarcia do szpitala, nie skorzystała z interwencji, takich jak wspomaganie w oddychaniu, intubacja lub terapia dożylna. Doraźne zaopatrzenie w aktualną informację jest istotne dla pracowników pogotowia i dla ich własnego bezpieczeństwa, jak i ich zdolności udzielenia właściwej pomocy. Wcześniej zaplanowane systemy uruchamiania informacji eksperckiej ze strony doświadczonych toksykologów, specjalistów z ośrodków informacji zatruc i broni chemicznej, byłyby znaczącą pomocą dla zakładów leczniczych przyjmujących ofiary wypadku. Byłoby wielce korzystne, gdyby istniała jedna okalna władza, odpowiedzialna za reagowanie na zagrożenia. Skomplikowane formalności i potrzeba aprobaty z wysokiego szczebla uniemożliwiły w Tokio szybką mobilizację specjalistów z obrony przeciwochemicznej japońskich sił zbrojnych.

4.4.8. Gotowość personelu medycznego do udzielania pomocy ofiarom ataków chemicznych

Większość zespołów szpitalnych w Tokio, podobnie jak personel medyczny w większej części świata, nie

była szkolona w leczeniu ofiar ataków bronią chemiczną i nie miała bezpośredniego dostępu do procedur postępowania w leczeniu ofiar takich ataków. To nie dotyczyło specjalistów wojskowych, ale lokalnych szpitali, które są i będą pierwszymi przyjmującymi ofiary ataku. Głównym składnikiem medycznego przygotowania do reagowania na incydenty chemiczne winno być włączenie leczenia ofiar rażenia bronią chemiczną, zarówno w standardowe programy medyczne, jak i do szkolenia personelu pogotowia i zespołów oddziałów wypadkowych miejscowych szpitali.

4.4.9. Wnioski płynące z incydentów japońskich

1. Uwolnienie sarinu przez grupę terrorystyczną w metrze tokijskim skutkowało nagłośnieniem incydentu w mediach światowych. Jak już zostało podkreślone, liczba ofiar w tym incydencie nie da się oczywiście porównać z liczbą ofiar i strat środowiskowych, które były spowodowane bombowymi atakami terrorystycznymi, a szczególnie atakiem porwanymi samolotami w USA w dniu 11 września 2001 roku. Jednak we wszystkich tych przypadkach są porównywalne bezpośrednie efekty psychologiczne, napięcie i psychoza graniczące z paniką.
2. Mimo wielu trudności jednostki pogotowia i miejscowe szpitale były zdolne bardzo szybko osiągnąć zdolność udzielania pomocy, bez której ofiary ataku mogłyby być znacznie bardziej uszkodzone.
3. Analiza incydentu daje ważne lekcje dla władz, kiedy i jak przygotowywać się na takie incydenty. Ujawnia też wiele technicznych trudności związanych z chemikaliami toksycznymi jako bronią, którą pragną posługiwać się terroryści. Ta ostatnia uwaga tym bardziej nakazuje zwracać pilną uwagę na arsenały chemiczne, jako cele zdobycze dla terrorystów.

5. Podsumowanie

Broń chemiczna ma swoją prawie wiekową historię, od ataku niemieckiego chlorem na okopane pozycje wojsk alianckich w 1915 roku w Ypres w Belgii, do ataku terrorystycznego w 1995 roku w metrze tokijskim. I jeśli prognoza sytuacji międzynarodowej jest w chwili obecnej na tyle korzystna, że możemy wykluczać stosowanie broni chemicznej na polu walki, to narastającym zagrożeniem będzie możliwość zdobywania przez terrorystów tej broni z zapasów zimnowojennych, których rozmiary ilustruje omówiony bliżej arsenał poradziecki. Do arsenałów tych mogą próbować docierać nie tylko terroryści z japońskiej sekty Aum Shini'kyo, ale i z muzułmańskiej Al-Kaidy oraz innych ugrupowań terrorystycznych, których liczba narasta, a których działalność obserwujemy codziennie w informacjach telewizyjnych, chociażby z Iraku.

Z tego względu powyższa publikacja, oparta na opracowaniach wybitnych ekspertów WHO i sztokholmskiego SIPRI, wydaje się być na czasie, by przypominać lekarzom wojskowym (i nie tylko) o zagrożeniach, jakich możemy doświadczać nie tylko w misjach rozjemczych i stabilizacyjnych na świecie, ale też i w naszym dotychczas spokojnym rejonie Europy.

6. Piśmiennictwo

1. Hart J.: Russias's Chemical Weapon Destruction Program: an Update. The ASA Newsletter. Dec. 09, 2005, str.1,10-12.
2. Mierzejewski J., Hart J.: Broń chemiczna i aktualne starania o zniszczenie rosyjskiego arsenału chemicznego. Myśl Wojskowa LXXXVIII (LXII) 5(646), 2006, ss 160-167.
3. Public health response to biological and chemical weapons. WHO guidance. WHO. Genewa, 2004., str. 340.

prof. Jerzy MIERZEJEWSKI

WOJCIECH SKOWROŃSKI

(06.11.1946 – 05.03.2007 r.)

podpułkownik w stanie spoczynku
doktor nauk medycznych
specjalista chorób oczu



Odszedł nasz Kolega, Przyjaciel, członek Wojskowej Izby Lekarskiej, wieloletni Ordynator Kliniki Okulistycznej Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej, człowiek skromny i wyjątkowy. Dla wielu z nas po prostu „Wojtek”.

Wojtek, warszawiak od wielu pokoleń, urodził się w 6 listopada 1946 r. w Łodzi podczas powrotu rodziców, Anny i Feliksa, do rodzinnego miasta. Wychowywał się w zburzonej Warszawie na Śródmieściu, gdzie ukończył szkołę podstawową i liceum. Miał tu wielu kolegów z podwórka i szkolnej ławy, z którymi zawsze utrzymywał bliskie kontakty. Wojtek, za przykładem siostry Joanny, postanowił zostać lekarzem. Po rocznym szkoleniu unitarnym w Skierniewicach studiował w latach 1967-1973 w Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Wszystkie trudy wojskowe i studenckie od początku dzielił ze swoim przyjacielem Wojtkiem Dębińskim. Wspólna sala żołnierska a potem wspólny pokój w akademiku, nauka, występy w Studenckim Teatrze „Verbum” i cotygodniowe wyjazdy do Warszawy scementowały tę przyjaźń na zawsze. Po studiach i stażu podyplomowym pracował jako lekarz wojskowy w Warszawie. W swoim rodzinnym mieście poznał przyszłą żonę Krysię, lekarkę. Ślub Państwa Skowrońskich odbył się w jednym z warszawskich kościołów w 1974 r., co nie przeszło bez echa w aparacie politycznym ówczesnego Ludowego Wojska Polskiego. Porucznik Skowroński wystąpił bowiem przed ołtarzem w mundurze, co uwiecznił jeden z dziennikarzy i zdjęcie opublikowane zostało w gazecie. Zdarzenie to oddaliło dr Skowrońskiego od możliwości podjęcia pracy w kli-

nice, ale nie zakłóciło szczęścia życia rodzinnego. W 1975 r. urodził się syn Bartek, a w 1977 r. Jacek.

Od początku swojej pracy zawodowej dr Wojciech Skowroński zajął się okulistyką. Specjalizację rozpoczął pod kierunkiem Pani dr n. med. Barbary Domżałowej w Klinice Okulistycznej Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie, kierowanej przez Pana prof. Stanisława Mrzygłoda. Egzamin specjalizacyjny I stopnia zdał w 1980 r. Następnie kontynuował specjalizację w Klinice Okulistycznej Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej, kierowanej przez Panią prof. Izabelę Kożuchowską-Zachajkiewicz. W WIML jego kierownikiem specjalizacji był Pan dr n. med. Józef Krawczyk. Egzamin specjalizacyjny II stopnia zdał w 1985 r. Dr Wojciech Skowroński od 1982 do 2006 r. nieprzerwanie pracował w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej, przechodząc poszczególne szczeble od asystenta do adiunkta i awansując od stopnia kapitana do podpułkownika. W instytucie poznał kolegów, z którymi łączy go nie tylko przyjaźń, ale także praca zawodowa poza instytutem.

Podczas pracy w Klinice Okulistycznej WIML ujawniły się jego olbrzymie zdolności chirurgiczne zwłaszcza w zakresie chirurgii zaćmy i jaskry. Łatwość nawiązywania kontaktów i swoboda wypowiedzi czyniły z niego także świetnego dydaktyka. W instytucie oprócz pracy leczniczej zajmował się również działalnością naukową, której efektem jest wiele publikacji i wystąpień w kraju i za granicą. Ukoronowaniem działalności naukowej było uzyskanie w 1995 r. tytułu doktora nauk medycznych za pracę pt.: „Ocena możliwości zastosowania

miękkich soczewek kontaktowych do korekcji wad wzroku personelu latającego”.

Ppłk dr Wojciech Skowroński na każdym z zajmowanych stanowisk wzorowo wywiązywał się z powierzanych mu obowiązków służbowych. Prezentował zawsze nienaganne postawy i zachowania. Przejawiał wiele troski o stan zdrowia chorych poleconych jego opiece, był wrażliwy na ich cierpienia, gotowy zawsze służyć pomocą i radą. W działalności służbowej wykazywał wiele inicjatywy i pomysłowości w rozwiązywaniu problemów, jakie napotykał z racji pełnionych funkcji. Sprawnie kierował i organizował pracę własną i podwładnych. Nie unikał odpowiedzialności i konsekwencji podejmowanych decyzji, potrafił rzeczowo je uzasadnić i konsekwentnie realizować w praktycznym działaniu. Do każdego zadania podchodził z ogromną odpowiedzialnością, a w ich realizacji dążył zawsze do pełnego perfekcjonizmu, bez względu na to czy było to wejście na Mont Blanc, czy trudny zabieg operacyjny. W pacjencie widział nie tylko jego chorobę, ale wnikał także w problemy całego organizmu. Dlatego nazywaliśmy go „przedwojennym doktorem”.

Wojtek kochał ludzi i przyrodę. Z przyrodą związane były jego pasje, które realizował ze swoją żoną: góry, narty, żeglarstwo, nurkowanie i podróże. Przekazał te pasje swoim synom, których wychował w poczuciu więzi rodzinnych i poszanowania dla innych.

Ubezpieczenia oc lekarzy

Jego kwalifikacje zawodowe oraz predyspozycje osobowe spotykały się wielokrotnie z uznaniem przełożonych czego efektem było powierzenie mu pełnienia obowiązków Kierownika Kliniki Okulistycznej. Dowodem uznania środowiska medycznego było kilkakrotne wybranie dr Skowrońskiego do Rady Naukowej WIML.

Wieloletnia, ofiarna praca i służba znalazła też wyraz w licznych wyróżnieniach resortowych i państwowych. Za znaczący osobisty wkład w pracę na rzecz rozwoju i umacniania obronności kraju oraz zdrowia i opieki społecznej odznaczony został Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi oraz medalami resortowymi. W 2002 r. dr Skowroński zrezygnował z zawodowej służ-

by wojskowej, ale nadal pozostawał pracownikiem Kliniki Okulistycznej, kierowanej od tego momentu przez Pana prof. Marka Prosta.

Dr W. Skowroński zmarł 5 marca 2007 r. w Warszawie po kilkuletniej chorobie. Mimo własnego cierpienia do końca pozostawał cieszącym się życiem, pogodnym człowiekiem. Świadom ciężkiej choroby wierzył w wyzdrowienie i snuł optymistyczne plany. Dlatego niektórzy jego znajomi i pacjenci nie wiedzieli o jego chorobie. Radością życia potrafił bowiem zainspirować nie tylko swoich kolegów, lecz także swoich pacjentów. Jego serdeczność i dżentelmeński sposób bycia powodowały, że zawsze otoczony był przyjaciółmi i znajomymi.

Wojtek odszedł od nas jako aktor teatru sztuki okulistycznej, w którym każde przedstawienie miało własną dramaturgię, a operacja była wystąpieniem jednego aktora, dialogiem chirurga z naturą. Odszedł wzorowy lekarz i oficer, cechujący się nienaganną postawą, poczuciem odpowiedzialności, troską o zdrowie pacjentów i gotowością do niesienia im pomocy. Odszedł człowiek, który tworzył historię WIML.

Wojtku! Kochałeś ludzi, a ludzie kochają Ciebie. Dałeś nam wiele z Siebie. Wiele nas nauczyłeś. Teraz w Niebie żeglujesz i aniołom oglądasz oczy. Zawsze będziesz z nami.

Przyjaciele

MEDBROKER SP. z o.o.



MEDBROKER SP. z o.o. jest firmą brokerską powołaną przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Od sierpnia 2006 większościowym właścicielem firmy jest Naczelna Izba Lekarska.

Medbroker to niezależny pośrednik ubezpieczeniowy, niezwiązany z żadnym zakładem ubezpieczeń. Podstawą funkcjonowania naszej firmy jest działanie w imieniu i na rzecz klienta.

Po ustaleniu Państwa potrzeb ubezpieczeniowych negocjujemy z ubezpieczycielami atrakcyjne formuły ubezpieczeń oraz niskie stawki. Szacujemy szkody, koordynujemy ich likwidację i dbamy o terminową wypłatę odszkodowania. Przypominamy także o kończącym się okresie ubezpieczenia. Nasi wyspecjalizowani brokerzy udzielają Państwu bezpłatnych konsultacji. Jako firma brokerska zapewniamy dogodną formę zawierania ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, gabinetów, mieszkań, komunikacyjnych a także ubezpieczeń na życie.

Medbroker daje stuprocentową gwarancję korzystnego ubezpieczenia o czym przekonano się już tysiące naszych zadowolonych klientów. Wśród nich są członkowie Wojskowej Izby Lekarskiej, okręgowych izb lekarskich w całym kraju, izb lekarsko-weterynaryjnych, Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Wykonywanie zawodu lekarza związane jest nieodłącznie z odpowiedzialnością prawną i obecnie stanowi duże ryzyko poniesienia poważnych konsekwencji finansowych w przypadku niedociągnięć czy błędów jakie pojawić się mogą podczas codziennej praktyki. Coraz większa świadomość prawna pacjentów i ich wygórowane oczekiwania wobec lekarzy sprawiają, że Państwa grupa zawodowa szczególnie narażona jest roszczenia. Pacjenci domagają się coraz wyższych odszkodowań. Dodatkowo zmiana ustawodawstwa dąży do coraz większego, szerszego obarczenia lekarza odpowiedzialnością z tytułu wykonywania za-

wodu. Dlatego też pragniemy poruszyć kilka kwestii dotyczących podstaw odpowiedzialności cywilnej lekarza i przedstawić Państwu naszą ofertę ubezpieczeniową.

•ródłem odpowiedzialności cywilnej lekarza według kodeksu cywilnego mogą być:

- Niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania istniejącego między stronami – odpowiedzialność cywilna kontraktowa wynika z umowy art. 471 k.c.
- Czyny niedozwolone, naruszające ogólnie obowiązujący porządek prawny (nie tylko przepisy prawne, ale także zasady współżycia społecznego i funkcjonujące w państwie).
- Odpowiedzialność cywilna deliktowa art. 415 k.c. Przykładowe sytuacje, w których odpowiedzialność lekarza ma wyłącznie deliktowy charakter:
- między lekarzem a poszkodowanym nie istniał stosunek prawny,
- lekarz narusza dobra osobiste pacjenta,
- lekarz wydaje fałszywe lub błędne w treści świadectwo,
- lekarz zaniedba obowiązki nadzoru nad osobą, której nie można przypisać winy.

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy pozostaje na pograniczu odpowiedzialności deliktowej i kontraktowej. Dla klientów najkorzystniejsze jest więc ubezpieczenie obydwu rodzajów odpowiedzialności.

Ubezpieczenie obowiązkowe OC lekarzy

dwie propozycje (wybrane firmy ubezpieczeniowe)

Zakres ubezpieczenia zgodny z rozporządzeniem ministra finansów z dnia 23.12.2004 r. (dla lekarzy zawierających kontrakty z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej – SP ZOZ). Polisy wystawiane są na każdy kontrakt oddzielnie według stawek podanych w tabeli.

Propozycja I

Ubezpieczający /ubezpieczony	Suma gwarancyjna w euro*	Liczba zamówień na świadczenia zdrowotne	Składka roczna w PLN
Lekarz	46500	Jedno zamówienie	200,00
		Każde kolejne zamówienie	50,00

* przeliczana wg średniego kursu NBP pierwszego dnia roku kalendarzowego, kalendarzowego którym jest zawierana umowa

Propozycja II

Grupa ryzyka I – chirurg, ginekolog-położnik.

Grupa ryzyka II – anestezjolog, stomatolog, lekarz wykonujący czynności złożone i operacje każdej specjalizacji poza specjalizacjami wymienionymi w grupie I, lekarz pogotowia.

Grupa ryzyka III – obejmuje pozostałe specjalizacje na objęte w grupach I i II.

Tabela składek obowiązkowego ubezpieczenia OC

	Suma Gwarancyjna	Nowe ubezpieczenie		Kontynuacja ubezpieczenia	
		Składka jednorazowa w PLN	Składka raty w PLN	Składka jednorazowa w PLN	Składka raty w PLN
Grupa ryzyka I	46.500 EURO	665	2 x 385	632	2 x 366
Grupa ryzyka II	46.500 EURO	532	2 x 308	505	2 x 292,50
Grupa ryzyka III	46.500 EURO	432	2 x 250.50	411	2 x 238

Drugi kontrakt bez względu na grupę: 150 zł

Trzeci i kolejne kontrakty: 100 zł

**Ubezpieczenie dobrowolne dla lekarzy
trzy propozycje (wybrane firmy ubezpieczeniowe)**

Propozycja I

Grupa ryzyka I - Chirurg, ginekolog, stomatolog, anestezjolog, lekarz pogotowia

Grupa ryzyka II - Pozostali lekarze

Grupa ryzyka III - Inne osoby świadczące usługi medyczne

Tabela składek dobrowolnego ubezpieczenia OC (ubezpieczenie nowe i kontynuacja)

Grupa ryzyka	Suma Gwarancyjna i składka			
	200.000 PLN	300.000 PLN	400.000 PLN	500.000 PLN
Grupa ryzyka I	280 PLN	450 PLN	850 PLN	1200 PLN
Grupa ryzyka II	250 PLN	390 PLN	585 PLN	780 PLN
Grupa ryzyka III	90 PLN	130 PLN	195 PLN	260 PLN

Propozycja II

Ubezpieczający/ubezpieczony	Suma gwarancyjna w euro (przeliczana wg średniego kursu NBP pierwszego dnia roku kalendarzowego, w którym jest zawierana umowa)		Składka roczna w PLN
	Na każde zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia	
Lekarz	46 500 euro	93 000 euro	200 PLN
Dla ubezpieczających, zawierających umowę ubezpieczenia z zastosowaniem klauzuli K-1 stosuje się zniżkę składki w wysokości 50,00 PLN. Nie dotyczy lekarzy - stażystów			
Lekarz	93000 euro	186 000 euro	450 PLN
Dla ubezpieczających, zawierających umowę ubezpieczenia z zastosowaniem klauzuli K-1 stosuje się zniżkę składki w wysokości 100,00 PLN. Nie dotyczy lekarzy - stażystów			
Lekarz - stażysta zatrudniony na umowę o pracę w jednej placówce medycznej	2 325 PLN	4 650 PLN	50 PLN

Ubezpieczenia oc lekarzy

Propozycja III

Grupa ryzyka I - chirurg, ginekolog-położnik.

Grupa ryzyka II - anestezjolog, stomatolog, lekarz wykonujący czynności złożone i operacje każdej specjalizacji poza specjalizacjami wymienionymi w grupie I, lekarz pogotowia.

Grupa ryzyka III - obejmuje pozostałe specjalizacje na objęte w grupach I i II.

Tabela składek dobrowolnego ubezpieczenia OC

Grupy ryzyka - jak przy ubezpieczeniu obowiązkowym OC lekarzy	Suma Gwarancyjna w PLN	Nowe ubezpieczenie		Kontynuacja ubezpieczenia	
		Składka jednorazowa w PLN	Składka raty w PLN	Składka jednorazowa w PLN	Składka raty w PLN
Grupa ryzyka I	100 000	351	2 x 203	333	2 x 193
	200 000	641	2 x 371,50	610	2 x 352,50
	300 000	1283	2 x 742,50	1218	2 x 705,50
	400 000	1539	2 x 891	1462	2 x 846,50
	500 000	1710	2 x 990	1625	2 x 940,50
Grupa ryzyka II	100 000	240	2 x 138,50	228	2 x 131,50
	200 000	385	2 x 223	366	2 x 211,50
	300 000	513	2 x 297	487	2 x 282
	400 000	727	2 x 420,50	690	2 x 564,50
	500 000	1026	2 x 594	975	2 x 564,50
Grupa ryzyka III	100 000	214	2 x 124	203	2 x 117,50
	200 000	300	2 x 173,50	284	2 x 164,50
	300 000	385	2 x 223	366	2 x 211,50
	400 000	513	2 x 297	487	2 x 282
	500 000	684	2 x 396	650	2 x 376

Ubezpieczenie gabinetu lekarskiego

W celu zabezpieczenia Państwa interesów związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą oraz zabezpieczeniem przed ewentualnymi stratami spowodowanymi zdarzeniami losowymi takimi jak pożar, powódź, zalanie kradzież, proponujemy Państwu skorzystanie z nieodpłatnych usług brokerskich, gdyż działając w Państwa imieniu ocenimy ryzyka oraz przygotujemy dla Państwa propozycje optymalnego ubezpieczenia. Ważnym bowiem jest nie samo wykupienie ubezpieczenia ale 100% gwarancja pokrycia strat.

Co możemy ubezpieczyć?

- Lokal jako własność,
- Nakłady inwestycyjne,
- Wyposażenie gabinetu,
- Mienie osób trzecich (pacjentów, obsługi gabinetu),
- Szyby.

Od jakich ryzyk ubezpieczamy?

- Od ognia i innych zdarzeń losowych,
- Od kradzieży z włamaniem i rabunku,
- Mienie od dewastacji,
- Szyby od stłuczenia,
- All risk – sprzęt elektroniczny.

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Nasza firma przy współpracy z wiodącym towarzystwem ubezpieczeń ma przyjemność zaproponować Państwu, na wyjątkowo atrakcyjnych warunkach, grupowe ubezpieczenie na życie. Założeniem podczas konstruowania tego ubezpieczenia było to aby za niewygórowaną składkę zapewnić kompleksową ochronę, aby produkt był nieskomplikowany, a jednocześnie spełniał wymagania ubezpieczonych, dając poczucie bezpieczeństwa, a w przypadku nieszczęścia zapewnił satysfakcjonujące świadczenie. W oparciu o informacje zebrane przez MEDBROKER stworzyliśmy produkt ubezpieczeniowy dający Państwu do wyboru, w zależności od preferencji, dwa warianty ubezpieczenia, w których sumy ubezpieczenia to odpowiednio **15 000 zł** i **25 000 zł**. Oferta ta skierowana jest do osób, które ukończyły 18 rok życia i nie przekroczyły 65 roku życia.

Zapraszamy Państwa na naszą stronę internetową www.medbroker.pl. Znajdziecie tam Państwo aktualne informacje oraz gotowe formularze ułatwiające zawarcie ubezpieczenia.

Wszelkich informacji oraz pomocy przy zawieraniu ubezpieczeń udzielają Państwu nasi pracownicy:

Medbroker sp. z o. o.
ul. Grójecka 65A, 02-094 Warszawa,
tel 22 824 02 48, 824 29 43
e-mail: biuro@medbroker.pl



"MAZAL" Firma Handlowa

JEDYNY DYSTRYBUTOR PRZENOŚNYCH BIDETÓW W POLSCE

SPOWODUJ UŚMIECH STARSZYCH I CHORYCH

bowiem wszystko co ofiarujesz- wróci do Ciebie

Bidan Turbo, Bidan Elektronik, Bidanit i Bidush to przenośne, funkcjonalne lekkie bidety, wytwarzane od ponad 20 lat przez izraelską firmę Plastom Ltd. dla klientów w 75 krajach na wszystkich kontynentach.

Wyposażony przez producenta w podgrzewacz wody i suszarkę stanowi nieocenioną pomoc w utrzymaniu higieny osobistej każdej osoby.

Tak ważna i intymna czynność, o której świat głośno nie mówi, dzięki niewielkiej nakładce na już istniejący sedes, ułatwia życie i stanowi nieocenioną pomoc dla:

- *kobiet w czasie menstruacji i okresie poporodowym*
- *osób starszych, chorych i niepełnosprawnych w każdym wieku.*

Szczególnie osoby, które opiekują się nimi wiedzą, że jest to ciężka fizyczna praca. Tym bardziej że większość naszych mieszkań nie jest dostosowana do świadczenia tego typu opieki.

Małe łazienki, zbyt wysokie wanny, brak funduszy na przebudowę sprawiają, że utrzymanie właściwej higieny naszego podopiecznego staje się prawie niemożliwe. Każdorazowe rozbieranie niedołącznej czy niepełnosprawnej ruchowo osoby, która skorzystała z toalety, jest wyzwaniem. I tu właśnie pomocą w rozwiązaniu problemu może być przenośny bidet.

Bidet, który nie wymaga remontu łazienki czy dodatkowego miejsca.

"MAZAL" Firma Handlowa
03-214 Warszawa ul. Krasnobrodzka 2/15
tel./fax +48 22 674 23 17
www.mazal.biz.pl, biuro@mazal.biz.pl



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 PEŁNOPLATNE.



SZPITAL W OTOCZENIU PIĘKNEGO PARKU



ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY



POKÓJ 2 - OSOBOWY

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)
- ✓ KRIOKOMORĘ
- ✓ 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



BASEN Z ATRAKCJAMI WODNYM

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)



PRÓBA WYSIŁKOWA



FITNESS CLUB



MASAŻ PODWODNY + HYDROGIMNASTYKA

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