



NR 1

STYCZEŃ-LUTY
ROK XVII (2008)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

Aktualne problemy zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych

Harmonogram szkoleń w 2008 r.

Polski Wydział Lekarski w Edynburgu (cz. II)

Lekarzu, odbierz PWZ!



II Kongres

Liderzy opinii
partnerami
lekarza praktyka

Szpalka Prezesa

TOP
MEDICAL
TRENDS



2008

Poznań, 7–9 marca 2008 r.

Patronat honorowy Ministra Zdrowia

Wśród zagadnień:

- Najciekawsze trendy kliniczne w Europie i na świecie w wybranych dziedzinach medycyny
- Gorące tematy dyskutowane na najważniejszych kongresach
- Jak najnowsze zdobycze nauki przekładać na codzienną praktykę lekarską i kliniczną
- Nowe technologie w medycynie

Priorytetowe dla każdego lekarza problemy będą omawiać
wybitni wykładowcy uznani za autorytety w swoich specjalnościach.

zapraszamy

lekarzy poz, lekarzy medycyny rodzinnej,
internistów wszystkich specjalności, pediatrów,
lekarzy pozostałych specjalności oraz menedżerów

Janusz Michalak
przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
prezes Zarządu Wydawnictwa Termedia

ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl



Organizatorzy:
Polskie Towarzystwo
Medycyny Rodzinnej,
Katedra i Zakład Medycyny
Rodzinnej AM we Wrocławiu,
Wydawnictwo Termedia,
wydawca czasopisma *Przewodnik Lekarza*

prof. dr hab. Andrzej Steciwko
przewodniczący Komitetu Naukowego
prezes Zarządu Głównego PTMR

ul. W. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław
tel. +48 71 325 51 26
faks +48 71 325 43 41
zmr@zmr.am.wroc.pl
www.ptmr.pl

www.topmedicaltrends.pl

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Dobiegł końca 2007 r., w którym miało miejsce wiele zdarzeń istotnych dla wojskowej służby zdrowia.

Po pierwsze, na stanowisko Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia powrócił lekarz. To bardzo istotna zmiana dla naszej służby. Został nim płk dr n. med. Andrzej Wiśniewski, od 11 listopada 2007 r. już generał brygady, doświadczony lekarz, którego droga służbowa wiodła od lekarza jednostki poprzez wszystkie szczeble wojskowej służby zdrowia, aż do najwyższego stanowiska. Ta zmiana bardzo dobrze rokuje dla nas i dla wojskowej służby zdrowia. Panu Generałowi życzymy wielu sukcesów w służbie i pomyślności w życiu osobistym.

W 2007 roku pożegnaliśmy ze względu na wiek i stan zdrowia naszego długoletniego dyrektora Biura WIL, kol. Kazimierza Cieślaka. Jest nam niezmiernie żal, że nie pracuje już z nami człowiek powszechnie

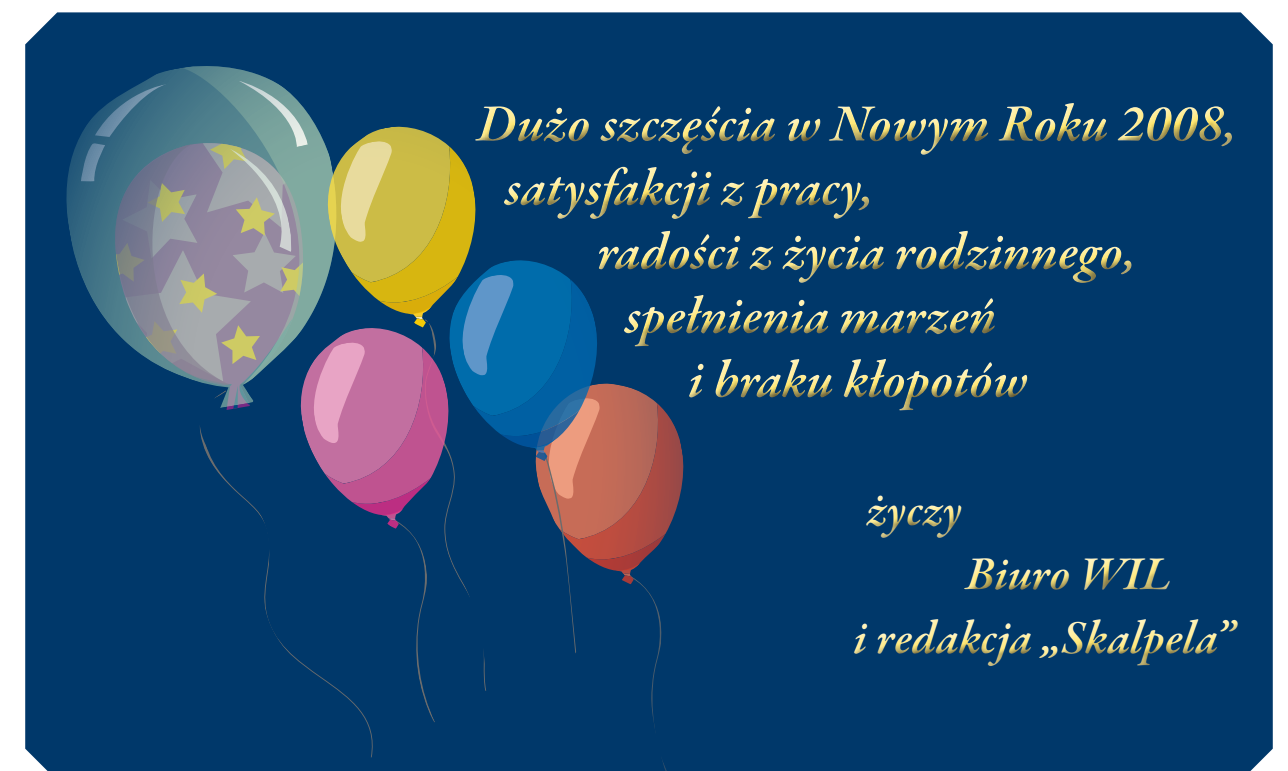
szanowany, życzliwy wszystkim i pomagający każdemu kto pomocy od niego potrzebował. Jego obowiązki przejął dr Zbigniew Ulanowski, związany od 1999 r. pracą z biurem WIL i z biuletynem „Skalpel”. Myślę, że nowy Dyrektor Biura podoła nowym wyzwaniom i obowiązkowi oraz zyska sobie sympatię członków WIL.

Weszliśmy w okres dużych zmian w ochronie zdrowia, po części wymuszonych panującą od lat ciężką sytuacją, częściowo zaś nowymi uregulowaniami zasad pracy wynikającymi z przyjętych przepisów prawa Unii Europejskiej. Prace na rozwiązaniem nabrzmiałego problemu prowadzone są w korporacji bardzo intensywnie. Korporacja nie zgadza się na przesunięcie wejścia w życie przepisu o czasie pracy. Powinien on obowiązywać od 1 stycznia 2008 r. Korporacja skłania się też raczej ku opcji kontraktu, a nie przyjmowania klauzuli „opt-out”. Myślę, że zmiany, które nastąpią będą korzystne dla środowiska.



Z okazji Nowego Roku wszystkim członkom Wojskowej Izby Lekarskiej życzę dużo zdrowia, szczęścia, wszystkiego najlepszego. Życzę wszystkiego najlepszego w służbie. Życzę dużo zdrowia i szczęścia rodzinom lekarzy. Oby Nowy Rok 2008 był dla nas wszystkich lepszy.

Przewodniczący
Rady Lekarskiej
Wojskowej Izby Lekarskiej
prof. dr hab. med. **Marian BROCKI**



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. 181

Sekretarz redakcji:
Ewa Kapuścińska
e-mail: ewka@naszemedi.com.pl
tel. (0-22) 621 04 93 w. 5

Rada Redakcyjna:
Marian Brocki
Krzysztof Chomiczewski
Sławomir Marat
Zbigniew Ulanowski

Kolegium redakcyjne:
Bogdan Barut
Jerzy Chmielewski
Piotr Dziegielewski
Konrad Maćkowiak

Zdjęcie na I okładce:
Zbigniew Ulanowski

Opracowanie graficzne i łamanie:
Ewa Kapuścińska

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 1/2008

Szpalka Prezesa	1
Od redakcji	3
Nowe recepty od Nowego Roku.....	3
Posiedzenie Prezydium RL WIL z dnia 14 listopada 2007 r.	4
Czas pracy lekarzy	6
Kwadratura koła, czyli jak będziemy pracować po 1 stycznia 2008 r.	7
Czekając na normalność	8
Harmonogram szkolenia wojskowego i wojskowo-medycznego realizowany przez ośrodki szkoleniowe WSZ w 2008 r.	10
Nowe władze PTL	13
Wojskowe pielgrzymowanie z Bydgoszczy do Włoch	14
Konferencja pt. „Aktualne problemy zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych”	16
Wybrane problemy kształcenia i doskonalenia zawodowego kadr WSZ	18
Powstanie i rozwój Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu	20
Lekarzu, odbierz PWZ!.....	23
Nowa jakość, nowe wyzwania.....	24
Przełom w leczeniu stwardnienia rozsianego.....	27
Miejsce psychologii i psychiatrii wojskowej w warunkach zmieniającej się armii	28
Jak opłacać składkę członkowską?	30
Listy od użytkowników MPE	31
Oferta ubezpieczeniowa firmy MEDBROKER.....	31

WOJSKOWA IZBA LECARSKA	
Przewodniczący WIL:	prof. dr hab. med. Marian Brocki
Wiceprzewodniczący WIL:	lek. dentysta Bogdan Barut
	ppłk lek. Piotr Dziegielewski,
	lek. Konrad Maćkowiak
	plk lek. Jerzy Chmielewski
Sekretarz WIL:	dr n. med. Marian Dóczyński
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:	plk lek. Sławomir Marat
Przewodniczący Komisji ds. Rejestru Lekarzy,	
Wydawania Prawa Wykonywania Zawodu	
i Prywatnych Praktyk Lekarskich:	dr n. med. Zbigniew Zaręba
BIURO WIL	
Dyrektor Biura WIL:	lek. Zbigniew Ulanowski
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:	www.skokil.pl
	tel. (0-22) 331 66 07
Godziny pracy biura WIL: poniedziałek-piątek: 8.00-15.00	

Nowy Rok – nowe nadzieje, nowe oczekiwania, nowe wyzwania. i życzenia spełnienia tego, co ważne w życiu: osobistym, rodzinnym i zawodowym. Jednak z reguły jako pierwsze wymieniamy życzenia zdrowia, bo właśnie stan zdrowia w znacznej mierze warunkuje spełnienie się pozostałych. Dlatego też i ja u progu Nowego Roku życzę Koleżankom i Kolegom nade wszystko dobrego zdrowia.

Dobrego zdrowia życzyć też należy naszym podopiecznym, a to chociażby dlatego, że nie zanosi się na rychłą poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych. Choć rego systemu ochrony zdrowia nie uda się przecieć z dnia na dzień naprawić, nie uczyni tego żaden minister zdrowia i żaden rząd wyłoniony z najłusniejszej nawet opcji politycznej. Potrzeba na to czasu i pieniędzy, a brakuje jednego i drugiego. No, może chęci jakby przybyło. Tylko czy to wystarczająca pociecha?

Na istniejące już problemy w ochronie zdrowia nakładają się nowe, jeszcze bardziej je komplikujące, wynikające z konieczności implementacji dyrektywy unijnej z 2003 r. W sprawie niektórych aspektów czasu pracy (2003/88/WE). Obliguje ona kraje członkowskie Unii do wprowadzenia 48 godzinnego tygodnia pracy. Poprzedni rząd nowelizując ustawę o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 176, poz.1240) wprowadził do niej przepisy o krótszym czasie pracy lekarzy. Mają wejść one w życie z dniem 1 stycznia 2008 roku. Praca ponad określony limit możliwa będzie jedynie za zgodą pracownika (lekarza), tzw. klauzula opt-out. Ponadto dyżur pełniony przez lekarza w szpitalu musi być odtąd w całości uznawany za czas pracy. Dyrektorzy szpitali mają nie lada orzech do zgryzienia. Jak rozwiązać problem zapewnienia funkcjonowania placówek, skąd wziąć większe pieniądze na opła-

cenie lekarzy, a do tego dochodzi jeszcze lawinowo rosnąca liczba pozwów sądowych o wypłatę odszkodowań za pracę ponad unijny wymiar. Dalsze odsuwanie w czasie wejścia przepisu w życie grozi Polsce wielomilionowymi karami. Istna kwadratura koła.

Problem czasu pracy mocno niepokoi lekarzy w mundurach. Czas służby żołnierzy zawodowych unormować ma nowe rozporządzenie ministra obrony narodowej, które również powinno wejść w życie z dniem 1 stycznia 2008 r. Dziwnym trafem projekt tego rozporządzenia nie trafił do Wojskowej Izby Lekarskiej, by ta mogła wyrazić swoją opinię. Udało się jednak do niego dotrzeć i w efekcie przesłane zostały do Departamentu Prawnego MON zasadnicze uwagi. Najważniejsza z nich to takie uregulowanie, które zagwarantuje lekarzom żołnierzom zawodowym odbywanie dyżurów w trybie i na zasadach analogicznych jakie odnosić się będą do lekarzy cywilnych. Tylko takie rozwiązanie nie będzie sytuowało lekarza wojskowego na gorszej pozycji niż lekarza cywilnego, a ponadto może powstrzymać kolejną falę

odejść ze służby, zwłaszcza lekarzy specjalistów.

Od pewnego czasu biuro WIL wysyła do swoich członków pisma, w których prosimy o uaktualnienie danych niezbędnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów. Nie robimy tego, by uprzykrzać komukolwiek życie, lecz z potrzeby uporządkowania akt lekarzy. Nie byłoby problemu, gdyby koleżanki i koledzy pamiętali o swoich powinnościach i o wszelkich zmianach ich dotyczących informowali swoją izbę lekarską. Zdarza się, że niekiedy (jako dyrektor biura) wysłuchać muszę cierpkich uwag wypowiedzianych zwłaszcza przez seniorów i osoby z naukowymi tytułami, odnoszących się do formy i treści załączanego oświadczenia. Z całym szacunkiem dla tych osób wyjaśniam, że nie jesteśmy jako WIL autorami tekstu oświadczenia, nikogo nie śmiemy obrażać ani też komukolwiek grozić. Uprzedzając ewentualne dalsze uwagi wszystkich Państwa, którzy mogą poczuć się w jakikolwiek sposób dotknięci treścią wspomnianego oświadczenia, z góry przepraszam.

Zbigniew UŁANOWSKI

Nowe recepty od Nowego Roku

Z Nowym Rokiem wchodzi w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 w sprawie recept lekarskich. Rozporządzenie określa sposób i tryb wystawiania recept, wzór recepty uprawniający do nabycia leku lub wyrobu medycznego bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością oraz wystawianej dla osób, o których mowa w art. 43-46 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz sposób zaopatrywania w druki recept, ich przechowywania, sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania. Od 2008 r. Wszyscy lekarze wypisywać muszą recepty na drukach nowego wzoru. NFZ umożliwi świadczeniodawcom pobranie kolejnych numerów recept ze specjalnej platformy internetowej. Na nowego wzoru drukach recept znajdzie się miejsce na wpisanie numeru PESEL pacjenta. W miejscu daty wystawienia trzeba będzie wpisać także datę wizyty pacjenta. W miejscu na wpisanie daty realizacji recepty należy postawić znak X, gdy recepta wystawiona jest na ilość leku niezbędną na trzymiesięczną kurację. W przypadku wystawiania kilku recept na ten sam lek do długoterminowego stosowania, na każdej z recept trzeba wpisać datę ich wykupienia. To tylko kilka uwag które wymieniamy. Polecamy lekturę całego rozporządzenia, gdyż nieprawidłowe wystawienie recepty przysporzy kłopotów pacjentowi z jej zrealizowaniem, lekarzowi i aptekarzowi.

(red.)

Posiedzenie Prezydium RL WIL

14 listopada 2007 r.

Listopadowe posiedzenie Prezydium Rady Lekarskiej WIL, odbywające się ledwie kilka dni po Święcie Niepodległości, miało w swojej pierwszej części odświeżony charakter. Wiązało się to z generalską nominacją jaką 11 listopada otrzymał z nadania Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, dr n. med. Andrzej Wiśniewski i który to był szczególnym gościem tegoż posiedzenia. W gronie gości obecni byli ponadto: dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego – płk dr hab. med. Grzegorz Gielerak, prorektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – prof. dr. hab. med. Krzysztof Zeman, dziekan wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM – prof. dr. hab. med. Jan Błaszczak oraz płk dr. hab. n. med. Andrzej Chciałowski – zastępca dyrektora ds. nauki WIM. Nowo mianowanego generała bryg. dr. n. med. Andrzeja Wiśniewskiego serdecznie powitał przewodniczący WIL, prof. dr. hab. med. Marian Brocki, który w imieniu własnym i naszego samorządu złożył mu gratulacje i okazjonalne życzenia oraz wręczył mu szablę z dedykacją od Wojskowej Izby Lekarskiej. Życzenia i gratulacje złożyli też generałowi wszyscy przybyli na posiedzenie.

Generał A. Wiśniewski do słów podziękowań za gratulacje, życzenia i upominek dołączył podziękowanie za wsparcie udzielane mu przez samorząd w działaniach służbowych. Odnosząc się do nowej sytuacji powstałej po wyborach do Sejmu wyraził pewne obawy co do uwarunkowań w jakich będzie teraz działać (zmiana na stanowisku ministra obrony narodowej, zapowiadany podział NFZ na 6 oddziałów, ale jednak bez „mun-

durowego”, zapowiedzi odnośnie nieodległej profesjonalizacji armii). Zwłaszcza to ostatnie może komplikować wypracowywaną koncepcję zabezpieczenia sił zbrojnych, jako że w przyszłości nie będzie już żołnierzy z poboru. Wspomniał też o możliwych perturbacjach wynikających z zapowiadanej zmiany siedziby Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia. Po raz kolejny w swojej wypowiedzi nawiązał do podjętych działań w sferze kształcenia kadr lekarskich na potrzeby sił zbrojnych. Podziękował też obecnemu na posiedzeniu dyrektorowi WIM, płk. Grzegorzowi Gielerakowi za dobre przygotowanie wojskowych lekarzy stażystów do LEP.

Prorektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prof. Krzysztof Zeman powiedział, że cieszy się, iż koncepcja kształcenia w oparciu o UM ma coraz większe szanse się urzeczywistnić. Stwierdził też, że gen. A. Wiśniewski tworzy nową jakość dla wojskowej służby zdrowia i życzył mu spełnienia wszystkich ambitnych zamierzeń. Powiedział, że koncepcja kształcenia prezentowana przez Szefa Inspektoratu WSZ jest spójna, dobra i powinna zadowolić zarówno „stronę łódzką jak i warszawską”, bo im więcej uda się wykształcić studentów w Łodzi tym więcej będzie lekarzy do kształcenia w systemie podyplomowym w Warszawie.

Płk dr hab. med. G. Gielerak mówił, że jego misją jako dyrektora WIM jest kształcenie lekarzy. WIM – powiedział – obok świadczenia usług medycznych, jest jednostką badawczo-rozwojową, a zmiany organizacyjne jakie podjął zmierzają w kierunku aktywnego kształcenia kadr medycznych. Podkreślił, że każdy lekarz wyjeżdżający na misje

musi być perfekcyjnie przygotowany i musi wiedzieć z czym w tamtych warunkach może się spotkać. Zamierza organizować szkolenia dla lekarzy w szpitalach w USA i w bazie w Ramstein w Niemczech. Nawiązując do koncepcji kształcenia przeddyplomowego stwierdził, że – jego zdaniem – należy nadal rozważać także koncepcję szkolenia kontraktowego przyszłych lekarzy we współpracy z Akademią Medyczną w Warszawie.

Wystąpienia gości zakończyły oficjalną część posiedzenia, a po krótkiej przerwie na poczęstunek przystąpiono do roboczej części obrad prezydium. W tej części posiedzenia obok członków Prezydium RL WIL uczestniczyli: dyrektor Biura WIL – Zbigniew Ulanowski, przewodniczący Komisji Rewizyj-



Generał bryg. dr. n. med. Andrzej Wiśniewski z szablą otrzymaną od samorządu.

nej WIL – Ryszard Zachar i radca prawny WIL.

Przewodniczący RL WIL prof. M. Brocki poinformował prezydium o swoim uczestnictwie w posiedzeniach organów NRL i najważniejszych omawianych przez nie sprawach (składki członkowskie, obowiązkowe ubezpieczenia lekarskie od odpowiedzialności cywilnej, nowe warunki pracy po 1 stycznia 2008 r. – w związku z ograniczeniem czasu pracy lekarza do 48 godz. tygodniowo).

Na wniosek przewodniczącego Komisji ds. Rejestru, Prawa Wykonywania Zawodu i Praktyk Prywatnych, kol. Zbigniewa Zaręby, przedstawiony przez p. Edytę Klimkiewicz, Prezydium RL WIL podjęło następujące uchwały w sprawie:

- wydania duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarzowi Wojciechowi Skawinie (uchwała nr 887/07/V);
- wydania duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarzowi Andrzejowi Kani (uchwała nr 888/07/V);
- wpisania lekarza/lekarza dentysty na listę członków WIL i wpisu do rejestru WIL w związku z powołaniem do zawodowej służby wojskowej i przeniesieniem z innej OIL (uchwała nr 889/07/V)
 - Moniki Jerominiak-Kobrzyńskiej
 - Anny Koszyckiej
 - Małgorzaty Rzepki
 - Anny Turowskiej
- przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisania na listę członków WIL oraz wpisu do rejestru WIL po odbyciu stażu podyplomowego i zdaniu LEP i LDEP (uchwała nr 890/07/V) lekarzom:
 - Marcinowi Jaruszewskiemu
 - Piotrowi Puścioniowi
 - Michałowi Oliszewskiemu
 - Marcinowi Witkowskiemu



- Maciejowi Zgutce
 - lek. dent. Marcinowi Sobotce;
 - zaopiniowania dr n. med. Jerzego Dworeckiego – kandydata na biegłego sądowego (uchwała nr 892/07/V);
 - udzielenia rekomendacji mjr. lek. Piotrowi Tomczykowi – kandydatowi na lekarza sądowego (uchwała nr 893/07/V).
- Powyższe uchwały podjęte zostały jednogłośnie.

Ponadto Prezydium RL WIL podjęło 24 uchwały o powołaniu zespołów wizytacyjnych do przeprowadzenia kontroli praktyk prywatnych (uchwały nr 863/07/V do 886/07/V). Rozpatrzyło też 32 wnioski dotyczące wpisu do rejestru praktyk oraz 23 wnioski dotyczące skreślenia praktyk z rejestru i podjęło jednogłośnie stosowne uchwały.

Sekretarz RL WIL, kol. Marian Dóczyński przedstawił wnioski w sprawie zaopiniowania kandydatów na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie zdrowia wraz z pozytywnymi opiniami dotyczącymi kandydatów:

- mjr. lek. Roberta RAFAŁO – na stanowisko ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w 108 SzWz P w Elku;
- lek. Andrzeja HEJDUKA – na stanowisko ordynatora Oddziału Laryngologicznego w 106 SzWz P w Gliwicach;

- ppłk. lek. Ireneusza CHAJEWSKIEGO – na stanowisko ordynatora Oddziału Neurologicznego w 108 SzWz P w Elku.
- Prezydium jednogłośnie udzieliło im poparcia.

Prezydium przyjęło też do wiadomości przedłożone przez dyrektora biura WIL sprawozdanie finansowe za trzy kwartały br. oraz wstępny projekt przewidywanego budżetu na 2008 rok.

Rozpatrzenie wniosków lekarzy dotyczących zwolnienia z opłacania składek członkowskich odłożono do grudniowego posiedzenia Rady Lekarskiej WIL, natomiast decyzję o możliwości zakupu wydawnictwa „Lekarz Wojskowy” dla jednostek wojskowych podejmie Zjazd Lekarzy WIL w 2008 r. – ze względu na koszty tego przedsięwzięcia.

Prezydium Rady Lekarskiej WIL odniosło się też do projektu rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej w sprawie czasu służby żołnierzy zawodowych, zwłaszcza w części dotyczącej zasad i trybu odbywania dyżurów lekarskich. Pismo, w którym zostało wyrażone stanowisko WIL w tej sprawie zostało przesłane do Dyrektora Departamentu Prawnego MON (str. 6 „Skalpela”).

Na zakończenie dyrektor biura WIL przedstawił wstępną ocenę pracy komisji problemowych WIL.

Z. U.

Czas służby

Nadgodziny

Dyżury

Warszawa, dnia 15-11-2007 r.

DYREKTOR
DEPARTAMENTU PRAWNEGO
MINISTERSTWA OBRONY NARODOWEJ

Pan Płk Piotr PABISIAK-KARWOWSKI

W związku z wejściem w życie od dnia 1 stycznia 2008 r. szerokich zmian do ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych istnieje potrzeba wydania szeregu aktów wykonawczych do tej ustawy.

Jednym z tych aktów ma być rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej w sprawie czasu służby żołnierzy zawodowych. Wojskowa Izba Lekarska wyraża swoje zainteresowanie projektowanymi zapisami w tym rozporządzeniu, dotyczącymi w szczególności zasad i trybu odbywania dyżurów lekarskich. W trakcie uzgadniania wspomnianego projektu rozporządzenia nie przedstawiono do konsultacji treści tegoż projektu Wojskowej Izbie Lekarskiej.

Pozyskany projekt tego rozporządzenia w ocenie Wojskowej Izby Lekarskiej zawiera sprzeczne postanowienia. W § 3 ust. 3 stwierdza się, że normalny czas służby obejmuje również pełnienie służby dyżurnej lub dyżur. Jednocześnie w § 11 przewiduje się zasady i tryb zwalniania żołnierzy oraz udzielania czasu wolnego po odbyciu służby dyżurnej lub dyżuru.

Zgodnie z przepisami Unii Europejskiej przyjętymi również w odniesieniu do lekarzy cywilnych czas dyżurów lekarskich ma być wliczany do czasu pracy lekarzy. Jest to problem rozstrzygnięty i poza wszelką dyskusją.

Wojskowa Izba Lekarska jest zainteresowana, aby jednoznacznie tego rodzaju ustalenie zostało również zamieszczone we wspomnianym rozporządzeniu w sprawie czasu służby żołnierzy zawodowych w odniesieniu do żołnierzy zawodowych – lekarzy. Żołnierze zawodowi – lekarze powinni odbywać dyżury lekarskie w trybie i na zasadach analogicznych rozwiązań obowiązujących lekarzy cywilnych. Jest to element wykonywania zawodu lekarza i Wojskowa Izba Lekarska jest żywotnie zainteresowana prawidłowym unormowaniem trybu odbywania tych dyżurów we wspomnianym rozporządzeniu.

PRZEWODNICZĄCY RADY LEKARSKIEJ
WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
prof. dr hab. med. **Marian BROCKI**

AKTUALNOŚCI

ppłk dr n. med. Stefan ANTOSIEWICZ,
ppłk doc. dr hab. n. med. Tomasz TARGOWSKI,
mgr Artur KŁYK

Kwadratura koła czyli jak będziemy pracować po 1 stycznia 2008 r.

W dniu 3.12.2007 r. W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyła się konferencja poświęcona systemowi pracy lekarzy po 1 stycznia 2007. Obradom przewodniczył inicjator spotkania – Prezes NIL – dr Konstanty Radziwiłł, który zaprosił do przedstawienia opinii i podzielenia się doświadczeniami grono ekspertów, na czele z prof. Krzysztofem Rączką – Prodziekanem Wydziału Prawa UW. Ponadto, w spotkaniu wzięli udział przedstawiciele Izb Lekarskich z poszczególnych regionów kraju, w tym niżej podpisani jako reprezentanci Wojskowej Służby Zdrowia. Profesor Rączka, będący ekspertem w dziedzinie prawa pracy, przybliżył zgromadzonym meandry prawne *Ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 24 sierpnia 2007*. Okraszając swoje wywody nieco sarkastycznym humorem (stwierdził m.in., że dzięki tej ostatniej, ale również i wielu innym regulacjom prawnym dotyczącym służby zdrowia, prawnicy w Polsce będą mieli z czego żyć przez wiele lat) wyjaśnił konsekwencje nowej ustawy, w tym absurdy w niej zawarte. Jest to akt prawny idący w swych postanowieniach znacznie dalej niż wymagania unijnej *Dyrektywy 2003/88/WE*, które przez szereg mediów zostały zmitologizowane. Wiele zapisów *Dyrektywy* ma bowiem charakter fakultatywny i upoważnia jedynie, a nie zobowiązuje państwa członkowskie do ich uwzględnienia. Polska jednak, poza małym wyjątkiem, nie wprowadziła takich dopuszczalnych przez UE odstępstw, co w szczególności dotyczy kwestii dyżurów medycznych. Jakże ma to praktyczne konsekwencje? Otóż tygodniowy czas pracy lekarza to przeciętnie 37 godz. i 55 min. (w szpitalu) lub 40 godz. (w jbr), a maksymalnie (w ramach wydłużonego czasu pracy) 48 godzin w okresie

rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące. Czas dyżuru wlicza się do czasu pracy, a w każdej dobie przysługuje (obowiązkowo) 11 godzin odpoczynku oraz 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w tygodniu. Oznacza to, że dobowy wymiar czasu pracy (wraz z czasem dyżuru) nie może przekroczyć 13 godzin, po czym musi nastąpić 11 godzin odpoczynku. Co więcej, raz w tygodniu obowiązkowo musi być udzielone co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku (wyjątkowo można ten okres skrócić do 24 godzin) i obowiązuje przeciętnie pięciodniowy tydzień pracy. Lekarze oraz inni pracownicy posiadający wyższe wykształcenie i wykonujący zawód medyczny mogą wprowadzić, po wyrażeniu zgody na piśmie, zostać zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin tygodniowo (tzw. opt-out) ale czas ten, wraz z dyżurami nie może przekraczać przeciętnie 65 godzin na tydzień w okresie rozliczeniowym (wraz z zastrzeżeniem maksymalnie 13 godzin na dobę oraz obowiązkowych 11 godzin odpoczynku). Profesor Rączka podkreślił również, że próby obejścia przepisów polegające na pełnieniu dyżurów medycznych w ramach praktyki prywatnej przez lekarza zatrudnionego jednocześnie na etacie w danym zoz-ie należy traktować jako absolutnie niezgodne z prawem.

Czy z tego stanu rzeczy należy cieszyć się czy smucić? Prezes Radziwiłł określił go jako „kwadraturę koła”. Z jednej strony bowiem środowisko medyczne ma pełną świadomość, że ustawodawca „strzelił gola” nie tylko sobie samemu, ale wprowadzenie nowych przepisów stwarza realne niebezpieczeństwo dla zachowania ciągłości i odpowiedzialnego poziomu świadczeń zdrowotnych w tych zakładach, któ-

re udzielają świadczeń całodobowo. Z drugiej jednak strony, burza wokół ustawy oznacza niepowtarzalną okazję dla lekarzy do wynegocjowania rzeczywistej poprawy warunków pracy. Biorąc powyższe pod uwagę, NIL (podobnie jak OZZL) nie popiera pomysłu wydłużonego *vacatio legis*, skłania się raczej ku przeprowadzeniu szybkiej „nowelizacji nowelizacji”, której wstępny projekt opracował już prof. Rączka. Miałyby w niej znaleźć się m.in. zapisy umożliwiające przebywanie w pracy maksymalnie do 24 godzin, pełnienie dyżurów w dni wolne od pracy (również maksymalnie do 24 godzin) oraz mówiące o równoważnym okresie odpoczynku nie krótszym niż 11 godzin, a także o możliwości skrócenia tygodniowego odpoczynku do 24 godzin. Taka zmiana przepisów ułatwi funkcjonowanie zakładom opieki zdrowotnej, ale nie zmieni konieczności dodatkowego zatrudnienia lekarzy, lub właściwego „docenienia” lekarzy etatowych. Alternatywnym rozwiązaniem jest wprowadzenie kontraktów dla lekarzy w danym szpitalu, co jednak jest możliwe jedynie w niektórych placówkach.

Odrębny problem, który został zasygnalizowany w dyskusji (choć z uwagi na ograniczony czas spotkania – w mocno pobieżnej formie) stanowią przepisy dotyczące kształcenia podyplomowego – w tym szczególnie rozporządzenie MZ odnośnie stażu lekarza i lekarza dentysty oraz rozporządzenie MZ regulujące uzyskiwanie specjalizacji wraz ze szczegółowymi programami poszczególnych specjalizacji. Wspólnym mianownikiem tych wszystkich uregulowań, nakładających obowiązek odbycia określonej liczby dyżurów, jest założenie, że czas dyżuru nie wlicza się do czasu pracy. Stoją więc one

w sprzeczności z nową ustawą o zoz. Najbardziej jaskrawym tego przykładem jest najnowszy program specjalizacji w kardiologii jako podstawowej (od bieżącego roku) dziedzinie medycyny, który mówi o konieczności pełnienia co najmniej 70 dyżurów w oddziale kardiologicznym oraz 15 dyżurów w oddziale intensywnej terapii w okresie 4 lat, precyzując dodatkowo, iż czas każdego dyżuru to 17,5 godziny. Oznacza to, że cytowany program specjalizacji i ustawa wzajemnie się wykluczają wprowadzając tym samym młodych adeptów sztuki medycznej w „zaczarowany świat Franza Kafki”. Konieczne jest zatem dokonanie pilnej nowelizacji uregulowań prawnych dotyczących kształcenia podyplomowego, sprzężone ze wspomnianą nowelizacją ustawy o zoz. W przeciwnym razie uzyskanie specjalizacji przez naszych młodszych kolegów, już dziś trudne i obarczone biurokratyczną mitręgą, może okazać się jeszcze trudniejsze.

I wreszcie kolejna kwestia, szczególnie interesująca dla me-

dyków wojskowych, która nie była wprawdzie poruszana podczas konferencji, ale zdecydowanie wymaga komentarza. Jak po 1 stycznia będą wykonywać swoje obowiązki oraz dyżurować lekarze wojskowi? Zagadnienie wymiaru czasu służby żołnierzy zawodowych (w tym rzecz jasna lekarzy) reguluje znowelizowana *Ustawa o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych*, czyli tzw. ustawa pragmatyczna wchodząca w życie również 1 stycznia 2008. Mówi ona o 40 godzinach służby w tygodniu, które mogą być wydłużone do przeciętnie 48 godzin na tydzień w 4-miesięcznym okresie rozliczeniowym. Przyznaje także prawo do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku w każdej dobie. Dopuszcza jednak wyjątki od tej reguły, do których należy m.in. pełnienie służb i dyżurów. Szczegóły, które można by odnieść bezpośrednio do dyżurów medycznych powinny być zawarte w znowelizowanym *Rozporządzeniu MON w sprawie wypłacania żołnierzom zawodowym dodatkowego wynagrodzenia* i/lub w rozporządzeniu

MON dotyczącym czasu służby. Niestety, legislatorzy z MON, hołdując chyba osławionej zasadzie rosyjskich dowódców przyznającej służbie zdrowia mało szacunkowe „miejsce w szyku”, „zapomnieli”, że zostało w wojsku jeszcze trochę lekarzy i powinni oni pełnić dyżury medyczne, gdyż w pierwotnej wersji projektu nowego rozporządzenia kwestia ta została pominięta. Mijemy nadzieję, że mające obecnie miejsce interwencje WIL, WIM i innych instytucji zmieniają odpowiednie zapisy tak, aby można było wprowadzić „wojskowy opt-out”.

Niniejszy artykuł ukaże się w styczniowym wydaniu „Skalpela” i oby opisane w nim problemy zostały do tego czasu przynajmniej częściowo rozwiązane. Tak czy inaczej – póki co mamy rzeczywistość do czynienia z, jak to określił Prezes Radziwiłł, „kwadraturą koła”. Apologeci Otto von Bismarcka mogliby uznać to określenie za zbyt eufemistyczne i ocenić obecny stan jako typowy przykład „Polnische Wirtschaft”



Czekając na normalność

Normalność. To słowo było powtarzane bardzo często w ostatniej kampanii wyborczej, rozbudzało nadzieje, popychało niezdecydowanych do urn. Każdy przecież chciałby, aby było normalnie, abyśmy żyli w normalnym kraju. Rzecz w tym, że to, co normalne dla jednych, dla innych już takie nie jest. Stąd normalność nie musi oznaczać tego samego.

Przez kilka lat byłem zmuszony do wykazywania, że normalność głoszona przez wybranych decydentów w pewnych kwestiach naszej służby musi być postrzegana inaczej. Bo normalność uległa zmianie, stosownie do przemian zaistniałych w państwie. Wyniki tych wykazywań prezentowałem PT Czytelnikom biuletynu SKALPEL w kilku artykułach, stąd tylko krótkie przypomnienie.

W pierwszej sprawie, dotyczącej etatów wojskowych w komisjach lekarskich Naczelny Sąd Administracyjny w 2003 roku obalił normalność przełożonych w mniemaniu, że decydent może aktem niższego rzędu zmienić zapisy ustawy lub aktu wykonawczego, wydanego z delegacji tejże ustawy. To sądowe wskazanie nowej normalności przywróciło mnie do służby, nie spowodowało jednak żadnych innych zmian. Istniała bowiem inna normalność, zgodna z duchem służby – restrukturyzacyjny poligon doświadczalny, gdzie w praktyce testowano redukcję i obniżenie etatów wojskowej służby zdrowia na przykładzie pionu orzeczniczego.

Drugie zderzenie z odmiennie pojmowaną normalnością dotyczyło wagi oficerskiego słowa w aspekcie

realizacji zobowiązań wynikających z zapisów ustawowych. W kwestii znaczenia słowa oficerskiego jako istotnego argumentu w ujęciu honorowo-etycznym sądy administracyjne nie pozostawiły żadnych złudzeń. Słowo nie spisane i podpisane nie istnieje. Normalność, że przełożeni mówiąc tworzą określoną jakość, została sprowadzona do faktu, że nawet kiedy mówią, że będą czynić, to tylko mówią, a słowa nie są dowodem. I na tym koniec, bo problem dotyczył czterech osób, w którym to gronie byłem najniższy stopniem.

Dalsza część tej kwestii obejmowała należności dla żołnierza zwalnianego i przywracanego do służby. Tutaj zdarzyły się dwie normalności i trzeba było trzech lat, aby normalność zawarta w ustawach, poprzez decyzje sądów administracyjnych, zaistniała. Ale nie do końca, albowiem urzędnik, będący sprawcą całej trzyletniej procedury sądowej, pomimo jednoznacznych i prawomocnych wyroków

sądowych obalających jego urzędniczy – chociaż oparty na prywatnych emocjach – pogląd, nadal ma się dobrze na swym stołku. Umocniony duchem przeszłości, znowu zaczyna pleść o swojej normalności i dopóki na tym stołku będzie – stanowi dowód, że ta niby miniona normalność jest nadal górą.

Po tym krótkim przypomnieniu wątków osobistych w dążeniu do normalności czas na inne przykłady.

W moim ostatnim artykule (rok 2006) niezbyt przychylnie wskazałem czytelnikom „Skalpela” istniejącą normalność w strukturach naszej izby. Normalność, z którą nie mogłem się zgodzić. W szczególności wskazywałem na komisje powoływane przez Wojskową Radę Lekarską, których jedynym celem – co wynikało z ówczesnej oceny rzeczywistości – było istnienie. Poprzez wejście na stronę internetową naszej Izby można sprawdzić, jakie zmiany zaszły w tej kwestii... Tym samym można uzyskać odpowiedź co do normalności.

Rozwijając temat naszej Izby – pamiętam zapal wyborczy, kiedy to wielu kolegów bardzo chciało zaistnieć, koniecznie w Radzie Lekarskiej. Czas szybko zweryfikował ów zapal, została normalność. W tej normalności rola Rady Lekarskiej została zmarginalizowana, albowiem przełożeni – wdrażając logikę rachunku ekonomicznego – nie widzieli specjalnej potrzeby konsultowania swych planów ze środowiskiem lekarskim. Tworzono więc normalność, w której o najbardziej istotnych dla środowiskach kwestiach decydowali nie-lekarze. W tymże duchu był kształtowany skład osobowy kierownictwa, marginalizujący lekarzy. Szła więc w Polskę normalność w kwestiach szkolenia podyplomowego, specjalizacji lekarskich, warunków służby. Owe tendencje nie zmienił fakt, że sam Szefer, chociaż nie lekarz, został doktorem nauk medycznych. Nie miał bowiem naśladowców.

Normalność dni minionych jest weryfikowana przez czasy obecne. Pojawili się nowi przełożeni, zaistniały nowe uwarunkowania. Złośliwi podszeptują, że być może czekają nas cuda, przywołując pu-

bliczne wypowiedzi zwycięskiej siły politycznej pozostającej w koalicji z partią nadziei na normalność. W tych nowych realiach chciałbym zwrócić uwagę na dwa drobne zdarzenia z ostatnich miesięcy, obydwa z „Gazety Lekarskiej”. Pierwsze dotyczyło werbunku lekarzy do armii duńskiej, drugie – zachęcało do zawodowej służby wojskowej w armii Najjaśniejszej Rzeczypospolitej. W pierwszym przypadku oferowano standardy europejskie za pracę w strukturach wojskowych, bardzo specyficznych, bo w czasie pokoju nie odbiegających od tzw. cywilnych. W drugim – przygodę za 1,5 średniej krajowej, z wliczoną możliwością chodzenia w kamizelce kuloodpornej i mglistą nadzieją na specjalizację w niszowych (dla wojska) kierunkach. Nie czas omawiać wyniki werbunku – ale w tym miejscu należy odnieść się do normalności. Brak modelu przebiegu służby oficera lekarza współgra z etatową strukturą służby zdrowia, powielając etaty lekarskie według stanowisk liniowych. Wspólnych dla sapera, czołgisty, logistyka czy kawalerzysty powietrznego. Zerwanie z tą zależnością i stworzenie odrębnych regulacji etatowych jest rzeczywistym wyzwaniem. Tak prostym, że niemożliwym do realizacji w istniejącej normalności. Ale jeżeli zdarzy się cud...

W ramach tworzenia bliżej nieokreślonej normalności zlikwidowano onegdaj Wojskową Akademię Medyczną, co spowodowało rozszerzający się stan normalności pod postacią rosnącej ilości wakatów w wojskowej służbie zdrowia. Miał być tłum młodych lekarzy z wszystkich uczelni medycznych w Polsce, zasypujących organy kadrowe reformującego się wojska podaniami o przyjęcie do służby. Wyszło normalnie, czyli kilkaset wolnych etatów w wojskowej służbie zdrowia do obsadzenia.

Dalsza rozbudowa owego stanu normalności postawiła znak zapytania przy wielu wojskowych zakładach leczniczych, a służących w nich oficerów lekarzy oddelegowała do służby w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ta normalność

doprowadziła do kuriozalnego faktu, że uposażenie oficerów lekarzy zostało sprzężone z budżetem Narodowego Funduszu Zdrowia, instytucji zupełnie nie związanej z ministrem właściwym do spraw obronności kraju, wedle ustawy przełożonego żołnierzy i płatnika ich uposażeń. Normalnym więc się stało, że żołnierz zawodowy swoje uposażenie zaczął dostawać od przełożonego, którego wyżsi przełożeni postawili w sytuacji bojowej – zdobycia środków na owe uposażenie w NFZ.

W 2003 roku wraz z moim ówczesnym przełożonym, Komendantem 5 WSzK w Krakowie, zwróciliśmy się do ministra obrony narodowej o wyjaśnienie tej niezwykłej sytuacji, wnosząc jednocześnie o refundację środków na etaty wojskowe. Pismo do ministra nie dotarło, zatrzymane w szufladzie przez ówczesne kierownictwo, a efekt był łatwy do przewidzenia – obydwa straciliśmy posady. Problem jednak pozostał i spowszedniał, tworząc przez kolejne lata swoistą normalność.

W tej normalności jawi się rysa. Jeżeli nie zaistnieją żadne specjalne uregulowania, od 1 stycznia 2008 roku powinno nastąpić przegrupowanie w zakresie czasu pracy lekarzy. Zgodnie z unijnymi standardami oraz polskim stanem prawnym czyli ustawową normalnością. W tych uwarunkowaniach w wojskowych zakładach leczniczych pojawi się szansa na rozwiązanie problemu dyżurów lekarzy oficerów. Ta wielce specyficzna kwestia (dyżur czy służba) budzi obecnie odmienne wykładnie prawne, w tym radcy prawnego WIL. Są nawet sugestie, by istniejącą normalność rozwikłać poprzez poddanie ocenie sądowej. Mam jednak nadzieję, że nowe kierownictwo sprostą wyzwaniu i budując właściwą normalność, rozstrzygnie problem.

Przykładów normalności, tej zwyczajowej, jest dużo więcej. Wszyscy chcemy normalności na miarę swych wyobrażeń i czekamy na nią. Rzecz w tym, która normalność zwycięży.

Janusz MAŁECKI

Harmonogram szkolenia wojskowego i wojskowo-medycznego realizowany przez ośrodki szkoleniowe wojskowej służby zdrowia w 2008 r.

1. Kursy i szkolenia realizowane w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych

1.1. Szkoła Młodszych Specjalistów – przeszkolenie sanitariuszy żołnierzy służby zasadniczej

Lp.	Nazwa kursu	Limity proponowane	Terminy proponowane	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.
1.	Szkoła Młodszych Specjalistów (szkolenie sanitariuszy RSZ, ŻW i DGW)	130	03.12.2007 r.-01.02.2008 r.	limity zgodnie ze zgłoszonymi potrzebami z RSZ (szkolenie na specjalność sanitariusz)
		130	11.02-04.04.2008 r	
		130	14.04-06.06.2008 r.	
		130	29.09- 1.11.2008 r.	
		100	01.12.2008 r.- -23.01.2009 r.	

1.2. Kursy doskonalące dla oficerów, podoficerów i szeregowych zawodowych służby zdrowia

1.	2.	3.	4.	5.
1.	Kurs z zakresu zaawansowanych zabiegów ratujących życie w obrażeniach ciała w opiece przedszpitalnej	30	07.01-11.01.2008 r.	Dla personelu medycznego w SZ RP 5 dni szkoleniowych (liczba kursów może być zwiększona zgodnie z potrzebami SZ)
		30	28.01-01.02.2008 r.	
		30	03.03-07.03.2008 r.	
		30	07.04-11.04.2008 r.	
		30	13.10-17.10.2008 r.	
		30	17.11-21.11.2008 r.	

1.3. Kursy doskonalące dla żołnierzy zawodowych RSZ, ŻW, DGW oraz PKW (limity mogą ulegać zmianie wg potrzeb dowódców RSZ, ŻW i DGW)

Lp.	Nazwa kursu	Limity proponowane	Terminy proponowane	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.
1.	Kursy z kwalifikowanej pierwszej pomocy	30	14.01-25.01.2008 r.	Kurs dla żołnierzy zawodowych z wykształceniem średnim bez wykształcenia medycznego (zastępuje kurs paramedyczny)
		30	11.02-22.02.2008 r.	
		30	3.03-14.03.2008 r.	
		30	14.04-25.04.2008 r.	
		30	5.05-16.05.2008 r.	
		30	16.06-27.06.2008 r	
		30	13.10-24.10.2008 r.	
		30	24.11-5.12.2008 r.	

1.4. Przeszkolenie rezerw osobowych służby zdrowia

1.	2.	3.	4.	5.
1.	Kurs podoficerski na stopień kaprała w specjalności wojskowej:			WG POTRZEB ZGŁOSZONYCH PRZEZ ZOiU – P1 SG WP razem 220 na stopień kaprała rezerwy razem 300 studentów ogółem 520 osoby
	a) 11741	33	14.01-25.01.2008 r.	
		32	04.02-15.02.2008 r.	
	b) 11742	10	18.02-29.02.2008 r.	
	c) 11757	30	03.03-15.03.2008 r.	
	d) 11761	30	31.03-11.04.2008 r.	
	e) 11763	10	12.05-24.05.2008 r.	
	f) 11768	30	20.10-31.10.2008 r.	
	g) 11769	23	17.11-28.11.2008 r.	
2.	Kurs przeszkolenia studentów wyższych szkół medycznych SW 11769	150	30.06-08.08.2008 r.	
		150	18.08-26.09.2008 r.	

1.5. Specjalistyczne kursy oficerskie na wyższe stopnie wojskowe

1.	2.	3.	4.	5.
1.	Kurs specjalistyczny – 2030028 „Organizacja i zabezpieczenie medyczne batalionu” – na stopień porucznika	25	05.05 - 23.05.2008 r.	
		25	24.11 - 12.12.2008 r.	
2.	Kurs specjalistyczny – 2025008 „Organizacja i zabezpieczenie medyczne brygady”- na stopień kapitana	20	31.03 - 18.04.2008 r.	
		20	26.05 - 13.06.2008 r.	
		20	06.10 - 24.10.2008 r.	
3.	Kurs specjalistyczny – 1020003 „Organizacja i zabezpieczenie medyczne dywizji” – na stopień majora	20	02.06 - 27.06.2008 r.	
		20	13.10 - 07.11.2008 r.	
		20	17.11 - 12.12.2008 r.	

1.6. Kursy dla korpusu medycznego doraźnie organizowane na potrzeby PKW

Lp.	Nazwa kursu	Limity proponowane	Terminy proponowane	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.
1.	Kurs przeszkolenia wyższego personelu medycznego (lekarze)	Terminy, limity szkolonych i liczba kursów w zależności od potrzeb PKW		
2.	Kurs przeszkolenia średniego personelu medycznego (pielęgniarki, ratownicy medyczni)			
3.	Kurs w zakresie pierwszej pomocy medycznej dla pomocniczego personelu medycznego (sanitariusze, kierowcy-sanitariusze)			

2. Studium oficerskie w CSWSMed

2.1. Szkolenie absolwentów cywilnych uczelni medycznych kandydatów na oficerów służby zdrowia (limit ustalany corocznie zgodnie z potrzebami SZ RP)

Lp.	Nazwa kursu	Limity proponowane	Terminy proponowane	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.
1.	Kurs na pierwszy stopień oficerski dla kandydatów do zawodowej służby wojskowej w korpusie osobowym medycznym	30	04.02-02.05.2008 r.	
		30	15.09-13.12.2008 r.	

3. Kursy i szkolenia realizowane w Szkole Podoficerskiej Służb Medycznych

(proces dydaktyczny zabezpieczany przez wykładowców CSWSMed)

3.1. Szkoła Podoficerska Służb Medycznych

1.	2.	3.	4.	5.
1.	Szkola Podoficerska Służb Medycznych – kształcenie elewów, kandydatów do zawodowej służby wojskowej	35	22.11.2007 r.-21.06.2008 r.	Planowane jest zwiększenie limitu do 50 miejsc
		35	24.11.2008 r.-20.06.2009 r.	

3.2. Kursy specjalistyczne dla podoficerów na kolejne wyższe stopnie wojskowe

1.	2.	3.	4.	5.
1.	„Kurs specjalistyczny z ochrony przed bronią masowego rażenia” – 6040019 na stopień starszego chorążego sztabowego	10	03.03-14.03.2008 r.	
2.	„Kurs specjalistyczny z zakresu polowego pielęgniarstwa operacyjnego” – 6040013 na stopień starszego chorążego	10	31.03-11.04.2008 r.	
3.	„Kurs specjalistyczny z zakresu polowego pielęgniarstwa internistycznego” – 6042020 na stopień chorążego	10	05.05-16.05.2008 r.	
4.	„Kurs specjalistyczny w zakresie polowego pielęgniarstwa zabiegowego” – 6044023 na stopień młodszego chorążego	10	26.05-06.06.2008 r.	
5.	„Kurs specjalistyczny z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym i odzwierzęcym” – 7056031 na stopień sierżanta	10	24.11-12.12.2008 r.	
6.	„Kurs specjalistyczny z zakresu polowego ratownictwa i stanów zagrażających życiu” – 7058029 na stopień plutonowego	20	15.09-03.10.2008 r.	
7.	„Kurs specjalistyczny z zakresu polowego ratownictwa medycznego” – 7059002 na stopień starszego kaprała	20	03.11-07.11.2008 r.	

UWAGA:

Zgodnie z decyzją 276/ MON i Systemem Doskonalenia Zawodowego Kadry, kurs specjalistyczny 8050014, dla podoficerów służby zdrowia – szefów pododdziałów, wymagany do objęcia stanowiska o stopniu etatowym starszego sierżanta (kurs dla sierżantów) w korpusie osobowym medycznym, organizowany jest przez Szkołę Podoficerską Wojsk Lądowych w Poznaniu. Ustalony z DNiSzW MON limit szkolonych to 40 podoficerów służby zdrowia. Termin szkolenia wg planu szkolenia SPWLąd w Poznaniu.

4. Kursy specjalistyczne realizowane przez Zakład OOOZWiP Wojskowego Instytutu Medycznego w Łodzi

4.1. Specjalistyczne kursy oficerskie na wyższe stopnie wojskowe w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego WIM

Lp.	Nazwa kursu	Limity proponowane	Terminy proponowane	
1.	2.	3.	4.	
1.	Kurs specjalistyczny – 8033015 „Organizacja i zabezpieczenie medyczne flotyli, korpusu” – na stopień podpułkownika	10	03.03-02.04.2008 r.	
		10	05.05-04.06.2008 r.	
		10	01.10-30.10.2008 r.	
2.	Kurs specjalistyczny – 1010002 „Ochrona zdrowia wojsk szczebla strategicznego” – na stopień pułkownika	10	28.01-26.02.2008 r.	
		10	09.06 - 08.07.2008 r.	
		10	03.11 - 03.12.2008 r.	

SZEF
INSPEKTORATU WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA
/–/ gen. bryg. dr n. med. Andrzej WIŚNIEWSKI

Zgłoszenia uczestnictwa w kursach i szkoleniach wyszczególnionych w powyższych zestawieniach należy kierować na piśmie, drogą służbową, na adres Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia w Warszawie.

Nowe władze Polskiego Towarzystwa Lekarskiego na lata 2007-2011

W dniu 22 września 2007 roku, podczas Krajowego Zjazdu Delegatów PTL w Katowicach, odbyły się wybory do władz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Aktualna liczba członków Zarządu wynosi 70 osób, spośród których wyłoniło się Prezydium, w skład którego wchodzi:

- 1. prof. dr hab. med. Jerzy Woy-Wojciechowski – prezes
- 2. dr med. Adam Czarnecki – wiceprezes
- 3. dr med. Jerzy Dosiak – wiceprezes
- 4. prof. dr hab. med. Jerzy Polański – wiceprezes

- 5. dr Feliksa Łapkiewicz – sekretarz
- 6. dr Zbigniew Miller – sekretarz
- 7. doc. dr hab. med. Marek Gawdziński – skarbnik
- 8. dr Krystyna Podgórska – zastępca skarbnika
- 9. dr Jacek Burski – członek Prezydium
- 10. dr med. Dariusz Ratajczak – członek Prezydium
- 11. dr med. Maciej Hamankiewicz – członek Prezydium
- 12. dr Barbara Siwińska – członek Prezydium
- 13. prof. dr hab. med. Hanna Stypułkowska-Misiurewicz – członek Prezydium
- 14. dr med. Marek Świtalski – członek Prezydium
- 15. dr med. Janusz Wasilewski – członek Prezydium
- 16. dr Beata Zawadowicz – członek Prezydium.

Zachęcamy Państwa do zaglądania na naszą stronę internetową, w której znajdziecie bieżące informacje na temat działalności Polskiego Towarzystwa Lekarskiego: www.ptl.org.pl.

Wojskowe pielgrzymowanie z Bydgoszczy do Włoch

Z pasterskim błogosławieństwem Biskupa Polowego, gen. dyw. Tadeusza Płoskiego oraz wsparciem Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, płk. Andrzeja Wiśniewskiego (obecnie generała) i szefa Departamentu Wychowania i Promocji Obronności, płk. Marka Paterka 13 października 2007 r. Wyruszyła z Bydgoszczy autokarowa pielgrzymka do grobu Sługi Bożego Jana Pawła II w Rzymie. Zorganizowana została i poprowadzona przez księdza por. Krzysztofa Karę z Kościoła Garnizonowego w Bydgoszczy. Wśród uczestników pielgrzymki liczne grono stanowili żołnierze z Bydgoszczy – m.in. płk Wojciech Wójcicki (komendant 1SzOP), płk Witold Klinger (dowódca CGDP), ppłk Tomasz Kluczyk (szef logistyki 1 SzOP), mjr Piotr Karolak (zastępca szefa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w 10 WSZK), mjr Irena Żukowska-Osińska (kierownik gabinetu stomatologicznego 1 SzOP) oraz wielu innych.

Pierwszym miejscem na trasie naszego zwiedzania i pielgrzymo-



Uczestnicy pielgrzymki przed bazyliką św. Piotra.

wania była Florencja, gdzie podziwialiśmy zabytkowe obiekty sakralne – Santa Croce, Baptysterium, Piazza della Singora. Z Florencji udaliśmy się do Rzymu, gdzie modliliśmy się w Bazylice św. Jana na Lateranie, Bazylice św. Pawła

za Murami, Bazylice Santa Maria Maggiore. Wielu z nas pokonało na kolanach słynne święte schody, po których dwukrotnie Jezus Chrystus wchodził do Poncjusza Piłata. Było to dla nas ogromnie ważne i trudne doświadczenie cierpienia.



Pielgrzymi z Bydgoszczy na Polskim Cmentarzu Wojennym pod Monte Cassino.



Spotkanie z włoskimi karabinierami.

Modliliśmy się także wraz z grupą polskich pielgrzymów w Bazylice św. Piotra w Watykanie podczas mszy świętej, celebrowanej przez biskupów polskich w 29 rocznicę wyboru Polaka – Karola Wojtyły na papieża. Oddaliśmy hołd Janowi Pawłowi II, modląc się przy jego grobie. Podczas generalnej audycji papieża Benedykta XVI, przyjęliśmy papieskie błogosławieństwo.

Podczas pielgrzymki nie zabrakło także zwiedzania najpiękniejszych zakątków Rzymu – Panteonu, Koloseum, Forum Romanum, Kapitolu oraz znanej na cały świat Fontanny di Trevi czy hiszpańskich schodów. W krótkich przerwach smakowaliśmy lokalne przysmaki – pizzę, cappuccino, pieczone kasztany, lody i oczywiście makarony.

Złożyliśmy też kwiaty i modliliśmy się za tysiące polskich żołnierzy poległych na wzgórzach Monte Cassino oraz za żołnierzy, którzy polegli na wszystkich frontach II wojny światowej i po jej zakończeniu biorąc udział w misjach wojskowych. Odwiedziliśmy pobliski klasztor Benedyktynów i w zadumie spoglądaliśmy na widoczne z okien świątyni polskie groby oraz wielki symboliczny krzyż, upamiętniający tamte wydarzenia.



Oddawanie honorów poległym na wzgórzach Monte Cassino.

Kolejnym miejscem naszego pielgrzymowania był stary, położony na wzgórzu Asyż, gdzie pograżyliśmy się w zadumie przy grobie świętego Franciszka. W dniu tym przypadało liturgiczne wspomnienie św. Łukasza – patrona lekarzy i służby zdrowia. Na mszy św. modliliśmy się za całą wojskową służbę zdrowia – lekarzy, pielęgniarki i pracowników cywilnych. Zwiedzaliśmy także kościół św. Klary, podziwiając przepiękne freski

i rzeźby. Wielu z nas opuszczało Asyż z wielkim smutkiem i już rodzącą się tęsknotą za powrotem do tego magicznego miejsca.

W Padwie – następnym mieście na trasie naszej pielgrzymki – zwiedzaliśmy Bazylikę św. Antoniego. Każdy z nas modlił się za naszego cierpiącego przyjaciela, który w trakcie pielgrzymki zachorował.

Na koniec – wszyscy razem, już uśmiechnięci – podziwialiśmy uroki Wenecji, wczuwając się w lokalne klimaty i robiąc ostatnie przed powrotem do domu zakupy. W trakcie zwiedzania miasta doszło do miłego i niespodziewanego spotkania z Panią Hanna Suchocką – ambasadorem RP w Watykanie.

Pielgrzymka, w której uczestniczyliśmy, była dla każdego z nas źródłem wielkich przeżyć i emocjonalnych doświadczeń. Pozwoliła lepiej zrozumieć istotę chrześcijaństwa i znaleźć własną drogę do Boga. Stała się także dla wielu z nas wielką lekcją pokory i miłości bliźniego.

kpt. Iwona MANOS

psycholog 1SzOP

por. Agnieszka CHOŁODY

psycholog 10 WSZK z Polikliniką

foto: kpt. Iwona MANOS



W trakcie zwiedzania Wenecji doszło do miłego i niespodziewanego spotkania z Panią Hanna Suchocką, ambasadorem RP w Watykanie.

„Aktualne problemy zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych”

W Kiekrzu nieopodal Poznania, na dwudniowej konferencji naukowo-szkoleniowej zorganizowanej przez Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego Wojskowego Instytutu Medycznego i przez Szefostwo Służby Zdrowia Sił Powietrznych, spotkali się lekarze wojskowi z całej Polski. Przyjechali do Kiekrza, aby podzielić się swoim doświadczeniem i wymienić poglądy na nurtujące środowisko problemy szeroko zakreślonego obszaru zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych. W konferencji uczestniczyli nie tylko specjaliści w zakresie organizacji ochrony zdrowia wojsk, zajmujący się profesjonalnie tą problematyką z racji kierowania wojskową służbą zdrowia na różnych jej poziomach, ale też ci, którym nieobojętne jest jak i w jakich warunkach służba ta ma funkcjonować.

Od początku aż do zakończenia konferencji, aktywnie uczestniczył w niej Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, płk dr n. med. Andrzej Wiśniewski. I nie byłoby w tym nic niezwykłego, wszak to właśnie od niego dzisiaj tak wiele zależy, by po latach zapaści wojskowa służba zdrowia wreszcie mogła się podźwignąć, gdyby nie to, że w nieodległej przeszłości zajmujący to stanowisko przybywał tylko po to, aby konferencję otworzyć i zrobić sobie zdjęcie w otoczeniu osób zajmujących prominentne w wojsku stanowiska. Nie mniej znaczącym był też udział w konferencji płk. dr. hab. n. med. Grzegorza Gieleraka – dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego, tej wiodącej w Siłach Zbrojnych RP placówki leczniczej i naukowej, będącej zarazem ośrodkiem kształcenia specjalistycznego i doskonalenia zawodowego kadr medycznych. Gromkimi brawami witano płk. W st. spocz. prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Słowińskiego, byłego Szefa Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk w Wojskowej Akademii Medycznej, wychowawcę i nauczyciela kilku pokoleń lekarzy, spośród których wielu obecnych było na sali, a także kmdr. rez. doc. dr. hab. n. med. Romualda Olszańskiego – Szefa Zakładu Medycyny Morskiej i Tropikalnej WIM w Gdyni. Otwierając konferencję i witając przybyłych na nią uczestników płk. rez. dr n. med. Marian Dóczyński zwrócił uwagę na udział w konferencji szerokiej reprezentacji kierowniczego gremium Wojskowej Izby Lekarskiej w osobach wiceprzewodniczących WIL: płk dr. med. Jerzego Chmielewskiego, płk. rez. lek. Konrada Maćkowiaka i płk. lek. Piotra Dzięgielewskiego (*M. Dóczyński jest sekretarzem RL WIL – przyp. red.*). Ich obec-

ność, świadcząca o żywym zainteresowaniu samorządu lekarskiego omawianą tematyką potwierdzała też pośrednio nie tylko deklarowane, ale faktyczne wspieranie przez WIL wszelkich działań sanacyjnych w wojskowej służbie zdrowia.

210. rocznica urodzin gen. Karola Kaczkowskiego, wielkiego patrioty, lekarza i żołnierza, naczelnego lekarza armii polskiej w Powstaniu Listopadowym, stała się okazją do przypomnienia tej wspaniałej postaci, mogącej być dla dzisiejszych lekarzy wojskowych niczym drogowskaz i kanwą dla wykładów wprowadzających wygłoszonych przez ppłk. dr. med. Stefana Antosiewicza (*„Karol Kaczkowski 1797-1867”*) i dr. n. med. Mariana Dóczyńskiego (*„Droga życiowa Karola Kaczkowskiego do stanowiska lekarza naczelnego armii polskiej w Powstaniu Listopadowym”*).

W dwudziestu wykładach i prezentacjach odnoszących się wprost do przedmiotu konferencji przedstawiono m. in. problematykę dotyczącą funkcjonowania wojskowej służby zdrowia w czasie pokoju oraz na czas wojny, kierunków zmian organizacyjnych, kształcenia studentów i doskonalenia kadr medycznych, szkolenia stanów osobowych dla potrzeb misji poza granicami kraju i oceny przygotowania merytorycznego lekarzy do zabezpieczenia poziomu drugiego ewakuacji medycznej na przykładzie PKW w Republice Iraku, prawa medycznego, izolacji i ewakuacji chorych zakaźnie oraz związanych z tym pro-



Konferencję otworzył płk. rez. dr n. med. Marian Dóczyński.



Na trybunie – płk dr n. med. Andrzej Wiśniewski; za stołem prezydyjnym – kmdr rez. doc. dr hab. n. med. Romuald Olszański.

blemów medycznych i transportowych. Różnorodna tematyka wystąpień dotyczyła służby zdrowia wszystkich rodzajów wojsk, a każdą z sesji kończyła żywa i twórcza dyskusja.

W godzinach popołudniowych pierwszego dnia obrad, niejako poza oficjalnym programem, z uczestnikami konferencji spotkał się Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia. W trakcie tego spotkania, w atmosferze dalekiej od znanej z odpraw służbowych, płk A. Wiśniewski przedstawił główne obszary i priorytety zadaniowe Inspektoratu i wojskowej służby zdrowia, organizację i główne zadania IWSZ i jego poszczególnych pionów, najważniejsze problemy z jakimi musi się mierzyć i plany, z których część, jak powiedział, „jest powrotem do tego co już było, zwłaszcza w sferze



Na pierwszym planie – płk Piotr Dzięgielewski, obok – płk w st. spocz. prof. dr hab. n. med. Andrzej Słowiński.

profilaktyki”. Jako priorytety zadaniowe wymienił m.in.:

- całkowitą odpowiedzialność za zabezpieczenie medyczne z jednoczesnym pełnym wpływem na jego kształt;
- uporządkowanie struktur wojskowej służby zdrowia.

W strukturze IWSZ widzi następujące pionów:

- kierownictwo;
- pion koordynacyjno-planistyczny;
- lecznictwa i medycyny prewencyjnej;
- farmacji i logistyki medycznej;
- szkolenia i doskonalenia zawodowego;
- finansów;
- personalny z oddziałem kadr.

Inspektorat składać się ma z pięciu działów, w tym z 4 zarządów i szefostwa finansów. Zasadnicze problemy o których wspominał płk A. Wiśniewski to:

- brak przełożenia na służbę zdrowia RSZ;
- brak kompleksowej odpowiedzialności za koordynację problematyki bieżącego zabezpieczenia medycznego misji zagranicznych;
- brak rozpoznania medycznego.

Wiele miejsca w jego wystąpieniu zajęły sprawy dotyczące kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy, kierunków działań mających poprawić dostęp do specjalizacji, zwłaszcza tych potrzebnych dla wojska, odciążenia lekarzy w jednostkach poprzez przejęcie niektórych dotychczasowych ich zadań przez ratowników medycznych (np. zabezpieczanie strzelanych, szkolenie sanitarnie żołnierzy) lub nie lekarzy (sprawy mobilizacyjne, ZN). Wyraźnie podkreślił likwidację etatów porucznikowskich w szpitalach, zaznaczając, że żaden lekarz nie trafi do szpitala nim nie doświadczy czym jest służba w jednostce wojskowej. W końcowej części swojego wystąpienia płk A. Wiśniewski przedstawił planowane zmiany w systemie zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych RP na lata 2009-2018. Wystąpienie Szefa IWSZ spotkało się z żywą i pozytywną reakcją zebranych.

Jak każda konferencja także i ta była okazją do koleżeńskich spotkań, niekiedy po wielu latach, do nawiązania nowych kontaktów, do refleksji. Sprzyjały temu zarówno warunki stworzone przez organizatorów i gospodarzy konferencji jak i otaczająca Ośrodek Szkoleniowy Sił Powietrznych WP przyroda przybrana w piękne, jesienne barwy.

tekst i foto:

Zbigniew UŁANOWSKI

Kiekrz, 18-19 października 2007

ppłk dr n. med. **Stefan ANTOSIEWICZ**
płk dr hab. n. med. **Grzegorz GIELERAK**
płk dr hab. n. med. **Andrzej CHCIAŁOWSKI**

Wybrane problemy kształcenia i doskonalenia zawodowego kadr wojskowej służby zdrowia

Wśród licznych trudności, z jakimi boryka się Służba Zdrowia WP, problemy personalne wysuwają się obecnie na pierwsze miejsce. Są one jednym z głównych „wąskich gardeł” systemu zabezpieczenia medycznego stanowiąc o jego niedostatecznej sprawności i tworząc poważne zagrożenie dla integralności systemu do tego stopnia, iż wielu spośród medyków wojskowych zastanawia się, czy to w ogóle jest jeszcze jakiś system. Ta trudna sytuacja wynika z różnych przyczyn – do najważniejszych z nich należą:

- nieprzemyślane i krótkowzroczne działania, jakim było rozwiązanie Wojskowej Akademii Medycznej, dziś oceniane jako poważny błąd (nie jedyny popełniony w odniesieniu do wojskowej służby zdrowia);
- nieefektywny system naboru i kształcenia kadr wojskowo-medycznych tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym, co w powiązaniu z trudnościami w uzyskiwaniu specjalizacji przez lekarzy wojskowych nie stanowi dobrego rokowania na przyszłość.

Przyczyn obecnego stanu rzeczy jest

oczywiście więcej i są one na tyle powszechne, że można by zastanawiać się, czy w ogóle warto je wymieniać. Wydaje się jednak, że warto, nawet jeśli zostało to uznane za powtarzanie truizmów, bo w końcu ktoś tę mizериę spowodował, ktoś zapewniał, że to będą się ustawały „kolejki chętnych lekarzy” do służby w wojsku i ten ktoś (a właściwie „ktosie”) nie poniósł żadnej odpowiedzialności za wyrządzone szkody. Zastanawiając się nad możliwościami wyjścia z tej niewesołej sytuacji należałoby również zdefiniować podstawowe problemy dotyczące kształcenia kadr służby zdrowia spróbować odpowiedzieć na pytanie czy i w jaki sposób można je rozwiązać.

Problem I: Kształcenie przed- czy podyplomowe?

W rozważaniach nad naprawą wojskowej służby zdrowia pojawia się pytanie: czy odtwarzać system kształcenia przeddyplomowego, czy też należy raczej skupić się i ograniczyć do reorganizacji kształcenia podyplomowego? W rozstrzygnięciu tego dylematu pomocne będzie określenie jakich lekarzy potrzebują Siły Zbrojne – lekarzy w wojsku czy lekarzy

wojskowych? Problem ten najlepiej chyba scharakteryzował wiele lat temu gen. bryg. dr Stefan Hubicki – Komendant CWSan w Warszawie, stwierdzając, iż: „Zadaniem lekarza cywilnego jest leczyć chorego, zadaniem lekarza wojskowego – nie pozwalać zdrowemu zachorować. Lekarz wojskowy musi być nie tylko dobrym specjalistą, musi nadto posiadać wszelkie cechy żołnierza, musi dobrze sobie uświadomić życie żołnierza i wczuć się w warunki tego życia. Musi spełniać rozkazy i umieć je wydawać, musi umieć panować nad zbiorowiskiem ludzkim i nad okolicznościami”. Ten właśnie pogląd przeważał w toczonych wówczas publicznej debacie dotyczącej roli i miejsca medyków w wojsku, choć należy też zauważyć, że w jej przebiegu podkreślano także, iż wojskowa służba zdrowia nie powinna popadać w swoisty „izolacjonizm” i że poziom edukacji lekarzy wojskowych musi odpowiadać standardom cywilnym. Biorąc powyższe pod uwagę należy stwierdzić, iż kształcenie przed- i podyplomowe oraz doskonalenie zawodowe w wojskowej służbie zdrowia powinno być traktowane jak „system naczyń połączonych”, który powinien być jednocześnie otwarty na współpracę ze środowiskami i instytucjami cywilnymi.

Problem II: Jaki model naboru i kształcenia?

Analizując różne możliwości w zakresie naboru i kształcenia lekarzy wojskowych można wyróżnić następujące modele:

- „minimalistyczny” (stosowany dotychczas – najdelikatniej mówiąc – bez większych sukcesów) polegający na przeszkoleniu absolwentów uczelni medycznych (po zdaniu LEP-ie) w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi;
- „racjonalny” – wprowadzany obecnie, polegający, najprościej rzecz ujmując, na przywróceniu statusu podchorążych studentom Wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM w Łodzi, którzy będą odbywać staż podyplomowy

w WIM oraz w wojskowych szpitalach klinicznych (póki co liczba „umundurowanych studentów” nie jest szczególnie imponująca – zobaczmy jak będzie dalej);

- „optymalny” – zakładający objęcie systemem stypendialnym studentów po trzecim roku i równoległe ze studiami kształcenie wojskowo-medyczne, a następnie staż podyplomowy w wiodących szpitalach wojskowych (ta propozycja umożliwia zerwanie z „izolacjonizmem wojskowo-medycznym” i większe otwarcie na współpracę ze środowiskami cywilnymi);
- „komfortowy” – zakładający restytucję uczelni lub wydziału medycznego w ramach struktur szkolnictwa SZ (idea „WAM-bis” była rozpatrywana w różnych wariantach, ale nie zyskała akceptacji decydentów).

Krótką charakterystykę systemu „optymalnego” proponowanego przez WIM przedstawia się następująco:

- w strukturze WIM miałyby powstać Centrum Kształcenia, odpowiedzialne za nadzór nad kształceniem studentów (w sposób zbliżony do Akademii Medyczno-Sanitarnej Bundeswehry) oraz organizację kształcenia podyplomowego (propozycja struktury CK WIM na ryc.1);
- rekrutacja odbywałaby się w miastach akademickich, w których istnieją wiodące szpitale wojskowe (Warszawa, Bydgoszcz, Wrocław) – praktyki studenckie kandydatów na żołnierzy zawodowych byłyby realizowane w ww. szpitalach (promocja wojskowej służby zdrowia i tworzenie więzi z korpusem medycznym MON);
- w każdym z ww. szpitali wojskowych funkcjonowałaby komórka Centrum Kształcenia WIM, współpracująca z właściwymi dziekanatami uczelni medycznych i nadzorująca postępy w nauce kandydatów na żołnierzy zawodowych;
- podstawowe szkolenie wojskowe byłoby realizowane razem ze szkoleniem kandydatów na podchorążych WAT, pozostałe szkolenie wojskowe również w porozumieniu z WAT (na podstawie umowy pomiędzy WIM i WAT);
- szkolenie wojskowo-medyczne odbywałoby się w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi (na podstawie umowy z CK WIM);
- w kształceniu wojskowo-medycznym możliwy współudział WIML i WIHiE (na podstawie umów tych podmiotów z WIM, pod nadzorem merytorycznym CK WIM);
- staż podyplomowy wszystkich lekarzy-oficerów miałby miejsce w WIM w Warszawie, 10 WSZK w Bydgoszczy i 4 WSZK we Wrocławiu;

- CK WIM byłoby także głównym organizatorem i koordynatorem studiów specjalizacyjnych – na zlecenie i zgodnie z potrzebami określonymi przez Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia.

Problem III: Specjalizacje – za mało miejsc czy trudności w realizacji programu?

Śledząc dyskusję dotyczącą trudności w uzyskiwaniu specjalizacji przez lekarzy wojskowych można spotkać się z poglądem, iż główną tego przyczyną jest brak akredytowanych miejsc specjalizacyjnych. Owszem, istnieje potrzeba zwiększenia możliwości szkolenia w niektórych dziedzinach, jak np. chirurgia czy medycyna ratunkowa. Nie tu jednak tkwi zasadniczy problem. W samym tylko WIM-ie jest bowiem ponad 500 akredytowanych miejsc w 39 dziedzinach medycyny. Również możliwość otwierania specjalizacji poprawia się (dość wspomnieć, że podczas ostatniej wiosennej sesji kwalifikacyjnej kartę specjalizacyjną uzyskało 89 osób, w tym 50 lekarzy oficerów (z czego 17 ze szpitali wojskowych, zaś 33 z j.w.). Główna trudność dotycząca specjalizacji wiąże się natomiast z ogromnymi problemami odnośnie realizacji programu przez lekarzy z jednostek wojskowych. Dlatego konieczne jest dostosowanie trybu odbywania specjalizacji do specyfiki służby, w tym wprowadzenie „rezydentur wojskowych”.

Problem IV: Ilu i jakich specjalistów potrzebuje Służba Zdrowia WP?

Odpowiedź na to pytanie ma fundamentalne znaczenie dla naprawy systemu zabezpieczenia medycznego, racjonalnego zarządzania zasobami osobowymi, dla wspomnianego wcześniej dostosowania trybu realizacji specjalizacji do specyfiki służby, nie mówiąc o określeniu kosztów kształcenia podyplomowego. W tabeli I zestawiono wykaz specjalizacji podstawowych i szczegółowych, które w opinii WIM powinny być traktowane jako szczególnie przydatne dla SZ. Jednakże określenie specjalności, które powinny być wymagane lub przydatne na poszczególnych stanowiskach wymaga pilnie dokonania stosownej analizy i weryfikacji.

Problem V: Specjalności czy umiejętności wojskowo-medyczne?

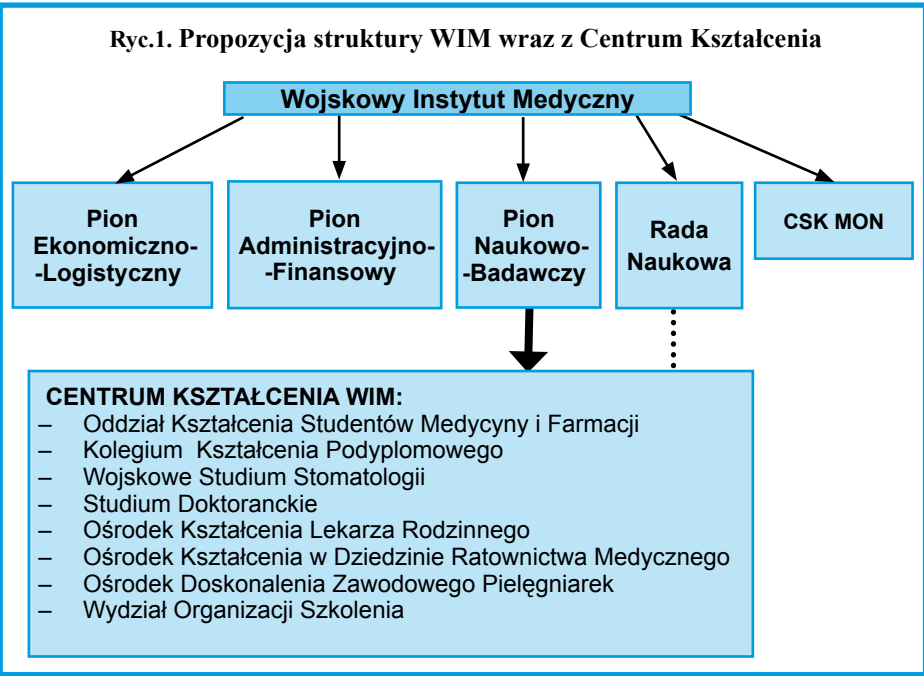
Naprawa systemu kształcenia i doskonalenia kadr wojskowej służby zdrowia powinna objąć także tzw. specjalności wojskowo-medyczne. Należy rozważyć przywrócenie specjalizacji w dziedzinie medycyny lotniczej oraz medycyny morskiej i tropikalnej, w miejsce sztucznego tworu jakim jest medycyna transportu, a także umożliwić lekarzom organizatorom specjalizowanie się w dziedzinie

Tab. I. Wykaz specjalności szczególnie przydatnych dla wojska (propozycja WIM)	
1.	Anestezjologia i intensywna terapia
2.	Chirurgia ogólna
3.	Choroby wewnętrzne
4.	Dermatologia i wenerologia
5.	Epidemiologia
6.	Medycyna ratunkowa i medycyna rodzinna
7.	Neurologia
8.	Neurochirurgia
9.	Okulistyka
10.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
11.	Psychiatria
12.	Urologia
13.	Stomatologia zachowawcza z endodoncją
14.	Chirurgia szczękowo-twarzowa
15.	Otolaryngologia
16.	Farmacja
17.	Toksykologia
18.	Diagnostyka radiologiczna i laboratoryjna
19.	Higiena i epidemiologia
20.	Mikrobiologia
21.	Zdrowie publiczne
22.	Medycyna transportu
23.	Rehabilitacja medyczna

zdrowia publicznego z jednoczesnym przywróceniem OOOZ – np. jako specjalizacji szczegółowej (tzw. podspecjalizacji). Równolegle należy zastanowić się nad wprowadzeniem umiejętności wojskowo-medycznych w dziedzinach medycyny lotniczej (dla lekarzy SP), morskiej (dla lekarzy MW) oraz OOOZ (dla lekarzy WLad oraz lekarzy „sztabowców”). W pracach tych konieczne będzie aktywne zaangażowanie konsultantów ds. obronności i konsultantów wojskowej służby zdrowia

Podsumowanie

1. Poprawa sytuacji kadrowej w Służbie Zdrowia WP wymaga reorganizacji systemu naboru i kształcenia oraz doskonalenia zawodowego korpusu osobowego medycznego z jednoczesnym uporządkowaniem modelu przebiegu służby i racjonalizacją zaszerzegowania do stopni wojskowych.
2. W obecnej sytuacji możliwe i uzasadnione jest równoległe funkcjonowanie różnych modeli naboru i kształcenia kadr medycznych.
3. Doprecyzowania wymaga określenie potrzeb SZ RP w odniesieniu do liczby poszczególnych specjalistów, co z kolei determinuje kontynuację działań dostosowujących tryb realizacji specjalizacji do specyfiki służby wojskowej.
4. Postulowane działania powinny być wprowadzone w życie tak szybko jak to możliwe – ich odkładanie w czasie może spowodować, że nie będzie z kim ani dla kogo reformować Wojskowej Służby Zdrowia.



Powstanie i rozwój Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu (1941-1949)

„Najcnotliwszy z ludzi jest ten, kto całego kraju los polepsza”
Stanisław Staszic



Godło Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu używana do 1945 r.

Po klęsce wrześniowej, a następnie klęsce Francji, Wielka Brytania stała się miejscem dokąd ciągnęli Polacy z całej Europy, pragnąc dalszej walki o wyzwolenie ojczyzny. Od powstania Polskich Sił Zbrojnych podnoszona była idea kształcenia dla potrzeb Wojska Polskiego odpowiedniej liczby lekarzy i farmaceutów. Problem ten przedkładał wielokrotnie przed władzami wojskowymi Szef Sanitarny Korpusu Polskiego, ppłk dr med. **Adam Kurtz**.

Propozycja rozwiązania tego problemu wyszła od wielkiego przyjaciela Polaków, płk. prof. dr. med. **Francisa Alberta Crew** – komendanta Szpitala Wojskowego w Edynburgu. Po przeprowadzeniu licznych rozmów z Polakami, a przede wszystkim z ppłk. prof. dr. med. **Antonim Juraszem** oraz płk. dr. **Tadeuszem Sokołowskim** zaproponował utworzenie Polskiego Wydziału Lekarskiego przy Uniwersytecie w Edynburgu. Projekt ten szybko zyskał poparcie władz uniwersyteckich, których wybitnymi przedstawicielami byli: dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. **Sydney Smith** oraz wicekanclerz Uniwersytetu, sir **Thomas Holland**.

Zgoda władz Uniwersytetu w Edynburgu upoważniła Szefa Sanitarnego Korpusu w Szkocji, ppłk. dr. med. **Adama Kurtza** do złożenia w dniu 10 października 1940 r. następującego meldunku dowódcy Okręgu Wojskowego w Szkocji, gen. bryg. dr. **Marianowi Kukielowi**: „Uważam propozycję Wydziału

Lekarskiego za tak wielkoduszną i dającą nam możliwość stworzenia własnej placówki uniwersyteckiej, że nie można przejść nad nią do porządku i należałoby dążyć wszelkimi siłami do jej zrealizowania”.

Generał **M. Kukiel** poinformował o tym niezwłocznie Naczelnego Wodza, podkreślając że utworzenie Polskiego Wydziału Lekarskiego leży „w interesie zarówno armii, jak i nauki polskiej...”. Wniosek, pozytywnie zaopiniowany przez Szefa Służby Zdrowia Naczelnego Wodza, ppłk. dr. med. **Władysława Gergovicha**, został w dniu 22 października 1940 r. przedłożony na posiedzeniu Rady Ministrów. Tu zyskał pełną akceptację, a do prowadzenia dalszych rozmów z władzami Uniwersytetu Edynburskiego rząd polski upoważnił wybitnego chirurga polskiego, ppłk. prof. dr. med. **Antoniego Jurasza**.

Równocześnie powołano Komitet Organizacyjny do formowania Polskiego Wydziału Lekarskiego. W jego skład weszli, obok ministra spraw wewnętrznych, prof. **Stanisława Kota**, wspomniany już ppłk prof. dr. med. **Antoni Jurasz** oraz prof. dr. med. **Jerzy Fergler**, prof. dr. med. **Włodzimierz Koskowski**, prof. dr. med. **Tadeusz Rogalski** oraz ppłk dr. med. **Władysław Gregovich**.

Na mocy wzajemnych ustaleń pomiędzy Senatem Uniwersytetu, Radą Wydziału Lekarskiego i Polskim Organizacyjnym Komite-tem przyjęto jednomyślnie projekt utworzenia Polskiego Wydziału Lekarskiego (PWL) na następują-

cych zasadach prawnych i organizacyjnych:

- Polski Wydział Lekarski posiadać będzie wszelkie prawa akademickie zakładów naukowych w Polsce,
- pozostawiona mu zostanie swoboda wewnętrznej organizacji na wzór polskich uniwersytetów,
- przysługiwać mu będzie prawo prowadzenia egzaminów przejściowych i ostatecznych oraz nadawania dyplomów lekarskich,
- nauczycielami akademickimi będą profesorowie i docenci uniwersytetów polskich oraz specjaliści do wykładania przedmiotów, w których brak będzie habilitowanych sił polskich. Skład polskich profesorów, docentów i wykładowców zatwierdzać będą władze uniwersyteckie,
- wykłady z przedmiotów, które nie mogą być obsadzone przez siły polskie będą prowadzone przez profesorów Uniwersytetu w Edynburgu.

Oficjalne podpisanie umowy między rządem polskim a władzami Uniwersytetu Edynburskiego nastąpiło 24 lutego 1941 r.

W tym samym dniu ukazał się również Dekret Prezydenta RP ogłaszający utworzenie Polskiego Wydziału Lekarskiego.

Z początkiem stycznia 1941 r. do jednostek Wojska Polskiego wyszedł rozkaz Szefa Sztabu Naczelnego Wodza nakazujący odkomenderowanie studentów medycyny do organizującego się w Edynburgu Polskiego Wydziału Lekarskiego. W prasie polskiej zamieszczono komunikat skierowany do cywilnych studentów i studentek medycyny, zawiadamiający o możliwości kontynuowania studiów medycznych oraz o przyjmowaniu na pierwszy rok studiów osób cywilnych posiadających maturę.

22 marca 1941 r. nastąpiło uroczyste otwarcie Polskiego Wydziału Lekarskiego przez Prezydenta RP, **Władysława Raczkiewicza**. W obliczu licznie zgromadzonych Polaków, Szkotów i Anglików prezydent mówił: „Jestem głęboko wzruszony wspaniałomyślnym darem dla narodu polskiego i przyjmuję z wdzięcznością zaproszenie Uniwersytetu w Edynburgu. W pełni doceniam jego historyczne znaczenie. Na podstawie układów między moim Rządem a Uniwersytetem w Edynburgu, podpisanym dnia 24 lutego, kreuję Wydział Lekarski w Edynburgu”.

Licznie zgromadzeni tu Polacy zdawali sobie doskonale sprawę, że zgoda rządu brytyjskiego na utworzenie Polskiego Wydziału Lekarskiego jest wyrazem uznania dla męstwa i waleczności żołnierza polskiego, który bije się również o wolność Wielkiej Brytanii.

Tę rolę polskiego żołnierza podniósł w swoim wystąpieniu przedstawiciel rządu brytyjskiego sir **John Andreson** mówiąc: „W toku mojej codziennej pracy stale odbieram coraz to nowe dowody znakomitych wyczynów Polskich Sił Zbrojnych na morzu, w powietrzu i lądzie, na rozlicznych terenach działań wojennych. Jako gospodarze jesteśmy dumni z osiągnięć naszych polskich przyjaciół. Wiem, jak gorąco została przyjęta Armia Polska w Szkocji. Wiem też, jak ocenione zostały wartości i waleczność tej

armii przez wszystkich, którzy się z nią zetknęli”.

Nie pominął tej kwestii także dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. **Sydney Smith**, który powitał Polski Wydział Lekarski „nie tylko jako godnego przedstawiciela walczącego narodu, lecz również jako członków wspólnego wielkiego zawodu, ożywionego wspólnymi ideałami w służbie ludzkości i złączonego wspólnym poszukiwaniem prawdy. Ofiarujemy jedynie możliwość współpracy z nami w imię dobra ogólnego, możność utrzymania przy życiu ducha akademickiego, wolność myśli i słowa, a więc tego, co uniwersytety uważają za swe najświętsze dziedzictwo. Prawo do pracy i miejsce do pracy, oto wszystko co możemy ofiarować, lecz ofiarujemy to z całego serca, z pełnym zrozumieniem, życzliwością i gotowością do współpracy”.

Na początku marca 1941 r. skompletowano ciało pedagogiczne PWL, składające się z 22 osób. 11 marca skompletowana została Rada Wydziału, w skład której weszli: dziekan, ppłk prof. dr. med. **Antoni Jurasz** – chirurg, prof. dr. med. **Jerzy Fergler** – anatom, prof. dr. med. **Włodzimierz Koskowski** – farmakolog, prof. dr. med. **Leon Lakner**

– stomatolog, prof. dr. med. **Tadeusz Rogalski** – anatom, prof. dr. med. **Jakub Rostowski** – neurolog oraz delegat docentów, doc. dr. med. **Adam Elektorowicz** – rentgenolog.

Inauguracja roku akademickiego nowo powołanego Polskiego Wydziału Lekarskiego odbyła się w dniu 24 marca. Dziekan tego wydziału, ppłk prof. dr. med. **Antoni Jurasz** w inauguracyjnym wystąpieniu podkreślił fakt powstania jedynej wówczas na świecie legalnej wyższej uczelni polskiej. Mówił również o wyjątkowo szczęśliwej sytuacji w jakiej znalazła się młodzież lekarska. Ta niepowtarzalna atmosfera nakładać miała na studentów polskich obowiązek poświęcania wszystkich sił rzetelnej pracy i godnemu reprezentowaniu polskiego imienia na obczyźnie.

Pierwszy rok akademicki w Polskim Wydziale Lekarskim rozpoczęło 70 studentów medycyny przybyłych z różnych formacji Wojska Polskiego oraz ponad 20 studentów i studentek z cywila. Wykłady i ćwiczenia odbywały się w bloku Wydziału Lekarskiego na Bristol Street, a nauczanie przedmiotów klinicznych w szpitalach Edynburga: Royal Infirmary, Royal Sick Children Hospital oraz City



Nowo promowani lekarze, absolwenci PWL (lipiec, 1942 r.)

Hospital, a od października 1941 r. w Polskim Szpitalu im. Ignacego Paderewskiego.

W codziennej pracy akademickiej Polacy spotkali się z daleko idącą pomocą gospodarzy, ich niezwykłą życzliwością, kurtuazją i dobrą wolą. Dzięki niej 17 lipca 1941 r., a więc w cztery miesiące od otwarcia Polskiego Wydziału Lekarskiego odbyło się wręczenie pierwszego dyplomu lekarskiego absolwentowi Uniwersytetu Krakowskiego, ppor. pil. **Konradowi Bazarnikowi**.

Pierwszy dyplomant ukończył Uniwersytet Jagielloński oraz podchorążówkę rezerwy w Dęblinie i miał do zdania tylko medycynę sądową. Dr med. **Konrad Bazarnik** w czasie swej lekarskiej służby doszedł w lotnictwie brytyjskim do stopnia pułkownika.

Uroczystości wręczenia dyplomów lekarskich odbywały się podobnie jak w uczelniach brytyjskich dwa razy do roku, w lipcu i w grudniu. Dnia 12 grudnia 1941 r. dyplomy otrzymali kolejni Polacy: ppor. pil. **Władysław Gałuszka**, **Jadwiga Mickiewicz**, sierż. podchor. **Ferdynand Solich** i ppor. **Stanisław Sychta**.

W czasie tej promocji wicekanclerz Uniwersytetu Edynburskiego, sir **Thomas Holland** zwrócił się do zebranych słowami: „Jestem pewien, że wszyscy, a zwłaszcza nasi świeżo promowani, przyłączą się



Pieczęć PWL w Edynburgu używana w latach 1945-49.



Dyplom lekarza uzyskany na PWL w Edynburgu.

do moich życzeń jakie kieruję pod adresem czterech nowych lekarzy polskich, przybyłych tu, by ukończyć swe studia i którzy jako nasi sojusznicy walczą wspólnie z nami w obroni wolności świata”.

W istocie kolejni absolwenci Polskiego Wydziału Lekarskiego byli kierowani do jednostek bojowych Wojska Polskiego, do Polskiej Marynarki Wojennej i 1 Korpusu Polskiego w Szkocji, do Polskich Sił Powietrznych, do Samodzielnej Brygady Strzelców Karpackich, do Armii Polskiej na Środkowym Wschodzie i wszędzie, gdzie walczył z najeźdźcą żołnierz polski na lądzie, morzu i w powietrzu.

Po zakończeniu wojny przed organizatorami Polskiego Wydziału Lekarskiego stanął problem dalszego jego istnienia. Bowiem 5 lipca 1945 r. rząd brytyjski cofnął uznanie rządowi londyńskiemu, akceptując Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego. Zgodnie z tymi ustaleniami władze Uniwersytetu w Edynburgu wspólnie z władzami Polskiego Wydziału Lekarskiego postanowiły, że od 5 lipca 1945 r. nie będzie nowych przyjęć na studia lekarskie. Natomiast studenci już immatrykulowani będą mogli kontynuować studia do uzyskania dyplomu. Dekretem rzą-

du brytyjskiego szkolnictwo polskie z dniem 5 lipca 1945 r. przechodziło pod opiekę specjalnie utworzonej instytucji brytyjskiej Interim Treasury Commitee for Polish Questions (Tymczasowy Komitet Skarbowy dla Spraw Polskich). Dnia 1 kwietnia 1947 r. utworzono nową organizację, Komitet ds. Oświaty Polaków w Wielkiej Brytanii, który zajmował się polskimi instytucjami oświatowymi. Komitet ten przyznał, m.in. stypendia studentom wojskowym i cywilnym pragnącym kontynuować studia w Wielkiej Brytanii.

Rak akademicki 1944/45 rozpoczęło 246 studentów. W roku 1945/46 było jeszcze w Edynburgu 209 studentów i absolwentów (73 kobiety i 136 mężczyzn).

W roku 1945 na I rok studiów zgłosiło się do Edynburga ponad 200 maturzystów, ale zgodnie z decyzją rządu brytyjskiego nie mogli oni być przyjęci na Uniwersytet. W obliczu powodzi zgłoszeń młodzieży polskiej na studia lekarskie oczekiwano na zmianę decyzji władz brytyjskich. Aby młodzież nie traciła czasu zorganizowano dla niej kurs przygotowawczy na studia medyczne. Kurs ten trwał od kwietnia 1946 r. do stycznia 1947 r. Uczestniczyło w nim 44 słuchaczy.

Niestety, kandydaci na studentów nie doczekali się zmiany decyzji i kurs został rozwiązany.

Polski Wydział Lekarski pomimo zmian, które nastąpiły po zakończeniu wojny nie przestał być instytucją na wskroś polską. Nadal wydawał polskie dyplomy lekarskie ważne zasadniczo tylko w Polsce. Z dyplomów usunięte zostały jednak wszystkie oficjalne znaki państwa polskiego i zastąpione godłem PWL. Dotychczasowy łaciński dyplom doktorski miał u góry orła polskiego i zaczynał się słowami „*Summe Auspictis Serenissimae Reipublicae Polonorum*”. Nowy był ozdobiony godłem PWL, a wstępna inwokacja ograniczała się do wymienienia nazwiska dziekana „*Nos Jacobus Rostowski*”.

Od roku 1946 rozpoczął się etap stopniowej likwidacji PWL i trwał przez 3 lata. W roku akademickim 1946/47 zlikwidowany został III rok studiów, który obejmował 33 studentów. Chętnych do studiowania na tym roku poroższyłano do uniwersytetów brytyjskich.

W PWL pozostali jedynie studenci IV i V roku w liczbie 67 osób oraz 78 absolwentów.

Zamknięcie PWL nastąpiło 30 marca 1949 r. Jego 8-letnia działalność odnotowana została następującymi dokonaniem: liczba studentów immatrykulowanych – 341, ukończyło 5 lat studiów lekarskich – 236, dyplom lekarski uzyskało – 227, dyplom doktora medycyny – 19, zrezygnowało ze studiów z różnych przyczyn – 49, zrezygnowano z 23 studentów z powodu braku postępów w nauce, na uniwersytety brytyjskie przyjęto 33 słuchaczy.

Lekarze PWL ogłosili drukiem 121 prac naukowych.

Odchodzący z Edynburga uczeni i studenci polscy pozostawili w murach Uniwersytetu, który dał im gościnę i opiekę tablicę pamiątkową, na której wyryto następujący napis, w dwóch językach: „Jako wyraz wdzięczności dla Uniwer-

sytetu Edynburskiego za utworzenie polskiej placówki naukowej w Edynburgu płytę tę ofiarowali studenci, wykładowcy i profesorowie Polskiego Wydziału lekarskiego 1941-1949”.

W roku 1948 parlament brytyjski podjął ustawę o uznaniu dyplomów PWL, co ułatwiło absolwentom tego Wydziału pozostającym na obczyźnie ustabilizować się w zawodzie oraz podjąć nowe życie na obczyźnie.

W roku 1966 do Edynburga przyjechali z całego świata wychowankowie PWL na srebrny jubileusz 25-lecia swojej uczelni. Przyjechali, aby zaprezentować swoje osiągnięcia naukowe oraz oddać hołd macierzystemu wydziałowi. Polskę na tym zjeździe reprezentowali dawni profesorowie i wychowankowie tej uczelni: prof. dr med. **Józef Japa** – dziekan Wydziału Lekarskiego

Śląskiej Akademii Medycznej, prof. dr chemii **Lech Działoszyński** – kierownik Katedry Biochemii Uniwersytetu Poznańskiego oraz doktorzy medycyny **Zdzisław Teleszyński** i **Henryk Kompf**.

Na zjeździe profesorowie i wychowankowie oraz liczni zaproszeni goście zgodnie potwierdzili wielkie zasługi PWL dla walczącej armii oraz rozwoju nauki polskiej.

W podobnym duchu odbył się również zjazd lekarzy polskich w roku 1976 na 35-lecie Polskiego Wydziału Lekarskiego.

Obok hołdu złożonego wychowawcom z prof. dr med. **Antonim Juraszem** i prof. dr med. **Jakubem Rostowskim** na czele raz jeszcze wyrażono wdzięczność narodowi szkodliwemu za jego wielkoduszność.

doc. dr hab. **Witold LISOWSKI**

Lekarzu, odbierz PWZ!

Mimo wielokrotnych apeli na łamach „Skalpela” wielu lekarzy i lekarzy dentystów nie odebrało prawa wykonywania zawodu, które jest jedynym dokumentem uprawniającym do jego wykonywania. Niżej publikujemy listę osób, których prawo znajduje się w izbie, z prośbą o odbiór. Przed odbiorem proszę upewnić się telefonicznie (tel. 0-22 621 04 93 wew. 186), czy wszystkie wymagane dokumenty zostały złożone.

1. Tadeusz Baczyński
2. Jerzy Czamara
3. Krzysztof Faryński
4. Jacek Giermaziak
5. Janusz Górecki
6. Ireneusz Kasperczyk
7. Dariusz Komorowski
8. Krzysztof Kruszewski
9. Tomasz Kryszan
10. Witold Kuźla
11. Wojciech Kudyba

12. Ryszard Kurczalski
13. Edward Lasota
14. Tomasz Listowski
15. Bogdan Małkowski
16. Eugeniusz Masłowski
17. Zygmunt Nowak
18. Aleksander Ochociński
19. Zbigniew Piecha
20. Krzysztof Podgórski
21. Antoni Rachel
22. Zbigniew Sokołowski
23. Przemysław Sopel
24. Tadeusz Stankiewicz
25. Grzegorz Staszewski
26. Józef Szubert
27. Paweł Szymczak
28. Adam Ściuk
29. Robert Świercz
30. Andrzej Wolak
31. Krzysztof Wysokiński
32. Kazimierz Zieliński
33. Lucjan Ziółkowski

Komisja ds. Rejestru Lekarzy i PWZ



Doc. dr hab. n. med. Joanna ŁASZCZYŃSKA, kierownik Zakładu Fizjologii Lotniczej w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie

Szkolenie specjalistyczne w zakresie medycyny lotniczej personelu latającego SZ RP

Nowa jakość, nowe wyzwania

wojskowemu jakościowo zupełnie nowe zadania. Współczesne pole walki wymusza wykorzystywanie samolotu w pełnym zakresie jego możliwości taktyczno-technicznych. Fakt ten niewątpliwie zobowiązuje do ciągłej modyfikacji procesu szkolenia pilotów wojskowych w celu osiągnięcia ich wysokiego poziomu przygotowania zarówno teoretycznego, jak i praktycznego.

Uwarunkowania wynikające ze specyfiki pracy w powietrzu powodują, że niezbędnym elementem szkolenia personelu latającego staje się przekazywanie wiedzy w zakresie medycyny lotniczej.

Zapoznanie z czynnikami pojawiającymi się podczas realnego lotu zwiększa możliwości operacyjne załogi. Podwyższa także poziom bezpieczeństwa latania przy jednoczesnym obniżeniu kosztów zarówno przygotowania załóg lotniczych, jak i eksploatacji statków powietrznych.

Porównywalny poziom wyposażenia i wyszkolenia wszystkich żołnierzy wojsk współdziałających decyduje o skuteczności bojowej NATO. Realizacja zobowiązań sojuszników przez Lotnictwo Sił Zbrojnych RP wiąże się między innymi z dostosowaniem procesu szkolenia do wymaganego poziomu wyszkolenia bojowego. Z tych względów pojawiła się konieczność praktycznego wdrożenia specjalistycznego szkolenia personelu latającego w zakresie medycyny lotniczej, w oparciu o istniejące uzgodnienia i porozumienia standaryzacyjne NATO.

Porozumienia standaryzacyjne NATO

W celu zapewnienia kompatybilności współdziałających stron, NATO wprowadziło system porozumień standaryzacyjnych zwanych STANAG-ami (STANdardization AGreement). Określają one minimalne wymagania dla (między innymi) szkolenia załóg, jakie muszą spełniać siły zbrojne wszystkich krajów sojuszniczych. Stąd też analiza i wdrażanie porozumień standaryzacyjnych jest jednym z elementów procesu integracji Sił Zbrojnych RP ze strukturami NATO.

Prace normalizacyjne prowadzone w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej (w ramach programu prac normalizacyjnych MON, w zakresie tematycznym Wojskowej Komisji Normalizacyjnej) ze zrozumiałych względów dotyczyły implementacji przede wszystkim dokumentów bezpośrednio związanych ze szkoleniem, organizacją i wykonywaniem zadań przez personel latający SP RP.

Instrukcja Szkolenia Specjalistycznego w Zakresie Medycyny Lotniczej Personelu Latającego SZ RP jako dokument normatywny została wprowadzona do użytku rozkazem Szefa Sztabu Generalnego WP w dniu 13 stycznia 2006 r. Dokument ten został opracowany w oparciu o:

- STANAG 3114 Aeromedical Traing of Flight Personel,
- STANAG 3827 Minimum Requirements for Traininh of Aircrew In High Sustained „G” Environment,

- STANAG 7056 Functional Requirements for Physiological Protection During High Altitude Parachuting Oprtations.

Dokument ten dostosowuje istniejący w Polsce system szkolenia lotniczo-lekarskiego dla personelu latającego do systemów funkcjonujących w innych państwach sojuszniczych. Obejmuje ona szeroki zakres różnych problemów bezpośrednio związanych z medycyną lotniczą. W swoim podejściu do problemu pozwala realizować analogiczny program szkolenia w zakresie teoretycznym i praktycznym, jak w innych państwach NATO.

Nowa jakość badań

Głównym przesłaniem wprowadzonego szkolenia jest poprawa bezpieczeństwa lotów przez teoretyczne i praktyczne zapoznanie się personelu latającego ze zjawiskami, z którymi może się on spotkać podczas lotu, z wpływem różnych czynników fizycznych lotu na organizm człowieka. Każdy uczestnik szkolenia ma możliwość uświadomienia sobie jak reaguje jego organizm, jakie są granice jego przetrwania w odpowiedzi na różne, często skrajone bodźce środowiska, które podczas działań w powietrzu charakteryzują się dużą zmiennością i dynamiką zmian. To indywidualne podejście, zwrócenie uwagi na osobnicze cechy, predyspozycje każdego organizmu a także możliwość zapoznania się z bezpośrednim wpływem różnych czynników składowych sytuacji awaryjnej oraz możliwość przećwiczenia zalecanych w tych warunkach procedur, stanowi nową jakość w procesie szkolenia lotniczego. Dotychczasowa procedura nie przewidywała podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu latającego przez okresowo powtarzane szkolenia, w tym treningi na różnego typu symulatorach lotniczych.

W polskim lotnictwie szkolenie w zakresie medycyny lotniczej

było prowadzone przez cały okres jego rozwoju. Jednak dotychczas pilotów poddawano badaniom tylko w zakresie orzecznictwa.

Istniejące procedury zobowiązywały do okresowo powtarzanych badań pod kątem spełnienia określonych standardów zdrowotnych i przydatności do służby w powietrzu. Ekspozycje „symulatorowe” w komorze niskich ciśnień i wirówce przeciążeniowej wykonywano przede wszystkim w celu określenia stopnia oporności ustroju na wpływ niedoboru tlenu (30 min na symulowanej wysokości – 5000 m n.p.m., bez korzystania z dodatkowego źródła tlenu) oraz przeciążeń (tolerancja przyspieszeń na poziomie 5,5 G).

Pilot także zapoznawał się z istniejącym zabezpieczeniem wysokościowym (wysokościowy ubiór kompensacyjny) oraz zasadami oddychania w nadciśnieniu.

Postanowienia STANAG-u 3114 zobowiązują do, innego niż dotychczas, zakresu merytorycznego (w obowiązkowych zajęciach teoretycznych i praktycznych) a także i odmiennej organizacji samego szkolenia. To specjalistyczne szkolenie jest integralną częścią szkolenia personelu latającego lotnictwa wojskowego i nie należy w zakresie kompetencji do Wojskowej Komisji Lotniczo-Lekarskiej.

STANAG 3114 określa tylko minimalne wymagania, które powinny być spełnione przez wszystkie kraje sojusznicze, zobowiązujące się do prowadzenia szkolenia w zakresie medycyny lotniczej. Wypełniając te zobowiązania WIML rozbudował istniejącą infrastrukturę techniczną (przystosowano do badań istniejącą wirówkę przeciążeniową, komorę niskich ciśnień z nagłą dekompresją, komorę hiperbaryczną). Powstała nowa pracownia orientacji przestrzennej i pracownia widzenia nocnego, zaprojektowana specjalnie dla potrzeb treningu naziemnego. Opracowano także, na podstawie własnych badań naukowych i doświadczenia innych ośrodków, odpo-

wiednie procedury wykonawcze.

Należy podkreślić, że zgodnie z wymaganiami STANAG-u, prowadzone w ramach szkolenia zajęcia praktyczne powinny maksymalnie odwzorowywać warunki realnego lotu. Wymienione porozumienia standaryzacyjne jednak nie określają dokładnie profili ekspozycji wykorzystywanych w celach treningowych na poszczególnych symulatorach. W większości państw NATO ekspozycje symulatorowe (np. ocena wpływu niedotlenienia wysokościowego, nagłej dekompresji, przyspieszeń na organizm człowieka) są wykonywane według schematów ustalonych na podstawie własnych prac eksperymentalnych a także doświadczenia innych ośrodków prowadzących takie szkolenia. W tym kontekście opracowanie nowych profili ekspozycji (w komorze niskich ciśnień, komorze dekompresyjnej i w wirówce przeciążeniowej), dostosowanych do aktualnych wymagań NATO było ważnym zadaniem dla WIML. Spełnienie tych wymagań zobowiązywało ponadto do opracowania zupełnie nowej procedury szkolenia (treningu) w zakresie dezorientacji przestrzennej, widzenia nocnego i awaryjnego opuszczania samolotu.

Szkolenie w zakresie medycyny lotniczej

Obowiązkowi szkolenia polegają: personel latający samolotów bojowych, szkolno-treningowych i śmigłowców wysokomanewrowych, a także personel latający samolotów transportowych, śmigłowców oraz skoczowie spadochronowi. Jest ono realizowane w trybie podstawowym i przypominającym. Szkolenie podstawowe jest przeznaczone dla członków personelu latającego przed osiągnięciem przez nich statusu personelu latającego. W kolejnych latach (w SP RP przyjęto okres 3 lat) prowadzone jest szkolenie

przypominające. Obejmuje ono także tych członków personelu lotnictwa wojskowego, którzy przed przystąpieniem do lotów zmienili typ statku powietrznego lub też ich przerwa w lotach była dłuższa niż 2 lata. Przy niewielkiej liczbie rocznego nalotu, przerwie w lotach z przyczyn medycznych (1 miesiąc) lub innych niż medyczne (6 miesięcy), personel latający samolotów bojowych, szkolno-treningowych i śmigłowców wysoko-manewrowych może uczestniczyć w szkoleniu uzupełniającym na wirówce przeciążeniowej.

Szkolenie jest prowadzone w formie stacjonarnego kursu na terenie WIML, w liczbowo niewielkich grupach. Jego czas trwania zależy zarówno od rodzaju służby w powietrzu (personel latający samolotów bojowych, transportowych, śmigłowców oraz skoczkowie spadochronowi), jak i trybu szkolenia (podstawowe, przypominające, uzupełniające). Harmonogram szkolenia obejmuje zajęcia teoretyczne (wykłady prowadzone przez specjalistów) i praktyczne, które zapoznają uczestnika z wpływem różnych fizycznych czynników lotu na organizm człowieka. Należy podkreślić, że niezależnie od przyjętego trybu szkolenia, program kursu (dla personelu latającego na samolotach i śmigłowcach) musi zawierać minimum 20 godzin zajęć teoretycznych oraz ćwiczenia praktyczne.

Zajęcia teoretyczne (wykłady) swoją tematyką obejmują: fizjologię wysokości, fizjologię przeciążeń, fizjologiczne podstawy orientacji przestrzennej i widzenia nocnego oraz reakcje fizjologiczne ustroju wynikające z awaryjnego opuszczania statku powietrznego (kapułtowanie). Program szkolenia teoretycznego przewiduje także szczegółowe omówienie planowanych zajęć praktycznych.

W ramach realizowanego szkolenia praktycznego wszyscy uczestnicy (pod nadzorem uprawnionego instruktora) doświadczają wpływu: niedotlenienia wysokościowego (ko-

mora niskich ciśnień – KNC), nagłej dekompresji (komora nagłej dekompresji – KND), przeciążeń (wirówka przeciążeniowa), dezorientacji przestrzennej (GYRO-IPT). Uczą się prawidłowego wykorzystania gogli noktowizyjnych (pracownia widzenia nocnego), zapoznają się z procedurą awaryjnego opuszczania samolotu (symulator fotela wyrzucanego Katapulta Mk 11). Uczestniczą także w demonstracji nadciśnienia oddechowego.

Nowe wyzwania

Z uwagi na fakt, że omawiane porozumienia standaryzacyjne określają minimalne wymagania, analogiczne instrukcje szkolenia innych krajów członkowskich NATO zostały implementowane z różnymi modyfikacjami, uzgodnionymi w trakcie ratyfikacji. Różnice te dotyczą zarówno odrębnego sposobu realizacji objętych porozumieniem zadań jak i ich rozszerzenia i najczęściej wynikają z braku właściwej bazy treningowej, odrębnych procedur szkolenia lub też odmiennych uwarunkowań prawnych. Na przykład Hiszpania będzie implementować postanowienia STANAG-u dopiero wtedy, gdy pozyska całe wyposażenie konieczne do przeprowadzania zajęć praktycznych. Siły Powietrzne Hiszpanii zobowiązały się do prowadzenia

zajęć teoretycznych w połączeniu z wybranymi elementami szkolenia praktycznego. Lotnictwo Sił Zbrojnych Portugalii szkolenie praktyczne w zakresie podnoszenia tolerancji przyspieszeń wykonuje we współpracy z Holenderskimi Siłami Powietrznymi (ośrodek szkolenia lotniczego – Soesteberg). Również w Polsce przyjęto, że szkolenie z zakresu umiejętności przeżycia w ekstremalnych warunkach będzie wprowadzane w miarę rozwoju bazy treningowej.

Dotychczas w WIML, w specjalistycznym szkoleniu w zakresie medycyny lotniczej dla personelu latającego przeprowadzono 19 kursów. Uczestniczyło w nich 111 pilotów. Wydano 105 certyfikatów.

Joanna ŁASZCZYŃSKA

Piśmiennictwo

1. NATO STANAG 3114 AMD – Aeromedical Training of Flight Personnel.
2. Kowalski W., Skibniewski F., Ilarski S.: Personel latający lotnictwa SZ RP. Szkolenie i trening lotniczo-lekarski, ABZ nr 97004 BWSN, Warszawa 2002
3. Łaszczyńska J. Szkolenie pilotów na samolotach F-16 w zakresie medycyny lotniczej – nowa jakość badań. Postępy Medycyny Lotniczej, 2005, 2, 11, 141-151.

Pomoc w realizacji filmu

Poszukujemy studentów uczelni medycznych, stażystów oraz młodych lekarzy stawiających pierwsze kroki w zawodzie. Jesteśmy grupą dokumentalistów i pracujemy nad projektem opowiadającym o życiu młodych lekarzy, początkach ich zawodowej drogi, związanymi z tym wyborami i rozterkami. Chcielibyśmy dowiedzieć się, jak wygląda sytuacja osób, które kończą studia, staż, zaczynają specjalizację.

Jakie są Wasze wybory? Kto decyduje się na pracę w polskim szpitalu, kto pakuje walizki i ląduje za granicą, a kto w małej wiejskiej przychodni? Osoby, które zechcą podzielić się z nami swoimi doświadczeniami bardzo prosimy o kontakt:

Arkana Studio

ul. Chełmska 21, Warszawa, tel. 022 840 27 45,
arkana@arkanastudio.pl,
 Izabela Michalska – tel. kom. 0 501 093 457

Przełom w leczeniu stwardnienia rozsianego

Z prof. dr hab. n. med. Zbigniewem Stelmasiakiem, kierownikiem Katedry i Kliniki Neurologii Akademii Medycznej w Lublinie rozmawia Jerzy Jędrzejek



Jakie nowinki przywiózł pan profesor ostatnio z Pragi Czeskiej?

– Na Kongresie leczenia SMECTRIMS przedstawione zostały wstępne wyniki badań leczenia Stwardnienia Rozsianego CLADRYBINĄ, czyli 2CDA, oraz interferonem Beta 1 a, które będą zakończone w 2009 roku. Dalsze wyniki tych badań zostaną przekazane na Kongresie AAN w Chicago w kwietniu 2008 roku.

Dotychczasowe wieloośrodkowe badania wskazują na korzystniejszy efekt terapeutyczny 2CDA wobec Interferonu. Lek 2CDA jest teraz dostępny tylko w leczeniu klinicznym, ale wydaje się lepszy niż inne immunosupresyjne. Spodziewam się, że po przedstawieniu dalszych badań na Kongresie w Chicago, może być niespodzianka. Niektórzy przepowiadają że bliska być może nawet nagrody Nobla.

Oczekiwanie na skuteczny lek dla chorych na stwardnienie rozsiane to problem światowej medycyny od lat?

– Mój mistrz, nieżyjący prof. Wiktor Stein pozostawił mi w testamencie zobowiązanie i drogowskaz, nieustającego dążenia, poszukiwania leku dla chorych na stwardnienie rozsiane (SM). Problem ten nurtuje światową medycynę od wielu lat, nie rozpoznana została do końca etiologia tej skomplikowanej choroby. Amerykanie myśleli, że skutecznym lekiem immunomodulacyjnym będzie Beta Interferon. Lek ten nie likwiduje SM, tylko hamuje, ale nie jest to „złoty środek”. Przy czym barierą jest jego cena w cyklu dwuletniego stosowania. Dopiero od 2 lat, otrzymaliśmy ograniczoną refundację z Ministerstwa Zdrowia na jego kliniczne stosowanie.

Polscy uczeni są bliscy Nobla w tej zawilej materii?

– Polski uczonec, prof. Kaźmierczuk z Warszawy prowadził badania w Amerykańskim Uniwersytecie San Diego w latach 1993-94 i wtedy opracował super nowoczesną metodę syntezy 2CDA, czyli Cladribinę (2-chlorodeoxyadenosinę), zapowiadający, obiecujący lek immunomodulacyjny, obecnie stosowany w Polsce. Wstępne wyniki badań nad 2 CDA zostały opublikowane w najbardziej prestiżowym światowym czasopiśmie medycznym „Lancet”. Następnie w kontynuacji intensywne badania rozpoczęły się w Polsce od 1994r. prowadzone z udziałem warszawskiego uczonego, profesora Pawła Grieba z Polskiej Akademii

Nauk (PAN). Ale brak funduszy wstrzymał badania nad tym lekiem, oczywiście z nieukrywaną szkodą dla chorych na SM.

W Lublinie Pan Profesor pilotażowo zaczął stosować 2CDA?

– Nie ukrywam, że już w 1994 roku otrzymałem, jako jedyny w Polsce, ten lek od prof. GRIEBA, do eksperymentalnego zastosowania u 80 chorych, podając zamiennie placebo. Fiolki były tylko ponumerowane, nawet ja nie wiedziałem, która jest właściwym lekiem. Kod znał jedynie prof. Grieb. Wyniki już wtedy były niemal rewelacyjne. Postępowałem zgodnie ze standardem obowiązującym w badaniach naukowych

Dalsza droga była zgoła ciemna?

– Wiadomym jest, jak agresywnymi bywają układy konkurencyjności w lobby przemysłu farmaceutycznego, głównie światowego. Stosowane były różne środki zastraszenia mnie, łącznie z przestrogą eliminacji mojej przyszłej profesury belwederskiej. Postępowałem zgodnie z sumieniem i złożoną przysięgą Hipokratesa, pomagać a nie szkodzić, bez względu na zaistniałe jakiegokolwiek okoliczności. Robiłem swoje. Już wówczas wiedziałem, że 2CDA jest bardziej bezpiecznym lekiem niż inne z tej samej grupy stosowane potocznie na świecie w leczeniu SM.

Dziękuję za rozmowę.

tekst i foto
 Jerzy JĘDRZEJEK

Miejsce psychologii i psychiatrii wojskowej w warunkach zmieniającej się armii

Pod takim hasłem odbyła się w dniach 25-27.10.2007 roku w Sopocie Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Psychologów i Psychiatrów Wojska Polskiego zorganizowana przez Pododdział Psychosomatyczny 7 Szpitala MW SPZOZ z Przychodnią w Gdańsku pod patronatem naukowym Kliniki Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi.

Pierwszy dzień to przyjazd i zakwaterowanie uczestników, powitania, uściski, ale także odprawa kadry kierowniczej z konsultantem Wojskowej Służby Zdrowia w dziedzinie psychiatrii, prof. dr hab. n. med. Antonim Florkowskim. W spotkaniu uczestniczyli członkowie Komitetu Naukowego konferencji, ordynatorzy, kierownicy poradni i pracowni psychologicznych. Omawiano na nim aktualne problemy poszczególnych jednostek organizacyjnych. Wieczorem odbyło się spotkanie towarzyskie poprzedzone koncertem znanej grupy artystów „Flotylla”.



Konradmirał Jerzy Patz w trakcie inauguracyjnego przemówienia.

Drugi dzień rozpoczął się oficjalnym otwarciem poprzez uderzenie w dzwon okrętowy. Po powitaniu wszystkich gości i uczestników przez Komitet Organizacyjny, głos zabrał konradmirał

Jerzy Patz reprezentujący Patrona Honorowego konferencji, Dowódcę Marynarki Wojennej, admirała floty Romana Krzyżelewskiego. Gość powitał uczestników konferencji oraz przekazał na ręce przewodniczącego Komitetu Naukowego, prof. A. Florkowskiego pismo od admirała R. Krzyżelewskiego z zawartymi w nim słowami uznania dla pracy psychologów i psychiatrów wojskowych oraz życzeniami owocnych obrad. Następnie zastępca Komendanta 7 Szpitala MW kmdr por. dr n. med., Włodzisław Żychliński z upoważnienia Komendanta, kmdr Piotra Drabarka wygłosił krótkie przemówienie wyrażając szacunek dla służby psychologiczno-psychiatrycznej i zadowolenie, iż 7 Szpital MW ma zaszczyt współgospodarzyć w tak ważnej imprezie. Odczytał także list skierowany na ręce przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego, kmdr ppor. Małgorzaty Żychlińskiej od rektora Akademii Morskiej w Gdyni, prof. Józefa



Kmdr por. dr med. Włodzisław Żychliński – zastępca Komendanta Szpitala.



Na zdjęciach obok (od góry): Konsultant Wojskowej Służby Zdrowia w dziedzinie psychiatrii, prof. dr hab. n. med. A. Florkowski, przewodniczący Komitetu Naukowego konferencji.

Na pierwszym planie prof. Henryk Skłodowski, z tyłu prof. Antoni Florkowski i prof. Jan Miszczak – moderatorzy sesji plenarnej. Prof. Wojciech Gruszczyński (z lewej) i prof. Bogusław Borys.



Lisowskiego z życzeniami interesujących i emocjonujących wrażeń dla wszystkich uczestników. Ta część konferencji zakończyła się prezentacją M. Żychlińskiej na temat historii psychologii i psychiatrii w 7 Szpitalu MW w świetle jego 75-lecia. W trakcie sesji plenarnej pod przewodnictwem prof. Antoniego Florkowskiego i prof. Jana Miszczaka odbyły się wykłady członków Komitetu Naukowego, spośród których szczególnie interesujące były te związane z historią psychologii i psychiatrii wojskowej (prof. H. Skłodowski, prof. W. Gruszczyński), a także współpracą między psychiatrą i psychologiem (prof. A. Florkowski). W trakcie sesji po każdym wykładzie odbywała się ożywiona, pełna emocji dyskusja związana z aktualną sytuacją psychologii i psychiatrii wojskowej. Po południu uczestnicy konferencji zwiedzili Oceanarium Gdyńskie oraz okręt muzeum MW ORP „Błyskawica”, gdzie oprócz wysłuchania ciekawego wykładu zostali podjęci marynarską kawą i herbatą. Wieczorny bankiet był miłym zakończeniem dnia.

Trzeci dzień konferencji od rana wypełniony był prezentacjami uczestników w ramach trzech równoległych sesji naukowych: dwóch referatowych i plakatowej. Dominowały tematy kliniczne, prezentacje własnych badań, a także prace poglądowe. W sumie 26 referatów i osiem posterów dało możliwość zaprezentowania siły

i zaangażowania zawodowego środowiska psychologów i psychiatrów wojskowych, w tych niełatwych przecież czasach.

Na zakończenie konferencji przewodniczący Komitetu Naukowego, prof. A. Florkowski skierował wiele ciepłych słów do

organizatorów, Komendy Szpitala, Dowództwa Marynarki Wojennej a także dyrekcji WDW Sopot, dziękując za tak dobrze zorganizowaną imprezę. Podsumowując stwierdził, że cele naukowo-szkoleniowe, a także integracyjne zostały osiągnięte.

Głos dzwonu okrętowego ostatecznie zakończył to ważne spotkanie.

kmdr ppor. **Małgorzata Żychlińska**
kierownik
Pododdziału Psychosomatycznego
7 Szpitala MW Gdańsku

Jak opłacać składkę członkowską?

Składkę członkowską WIL opłacać można bezpośrednio w kasie WIL lub przysyłając pieniądze na nasze konto (nr konta WIL: 50 1020 1097 0000 7802 0001 6741). Wpłata na konto wiąże się z koniecznością wypełnienia blankietu

polecenia przelewu. Po wpłynięciu pieniędzy na konto WIL bank odsyła nam tylko dolną część blankietu (bez nazwy zleceniodawcy), mamy więc kłopoty z identyfikacją nadawcy. Dlatego prosimy w polach „tytułem” podawać informację za jaki

okres opłacana jest składka oraz numer PWZ opłacającego.

Znacznie to ułatwi i przyspieszy proces księgowania opłacanych składek.

(Dział Finansowy WIL)

Blankiet polecenia przelewu / wpłaty gotówką. Zawiera pola do wpisania danych odbiorcy (nazwa, adres, nr rachunku), zleceniodawcy (nazwa, adres, nr rachunku), kwoty, waluty, tytułu, oraz miejsce na podpis i pieczęć zleceniodawcy.

Medyczna Platforma Edukacyjna (MPE) - kursy dla lekarzy. Promocja dotycząca kursu z zakresu leczenia braków zębowych. Prezentacja Prof. dr hab. Andrzeja Wojtowicza i jego kursu. Adres: www.medycyna.org.pl

Listy od użytkowników MPE



Pomysł e-nauki bardzo mi się podoba i z pewnością będę korzystał z takiej formy szkolenia wielokrotnie. Test w kursie prof. Wojtowicza uważam za dość trudny, ale to zmusiło mnie do myślenia, więc nie jest to wadą. Losowy dobór pytań w danym teście to bardzo dobry pomysł. Podsumowując: kurs na wysokim poziomie merytorycznym, przydatny w mojej codziennej praktyce. Dziękuję i chciałbym móc jak najwięcej kursów zaliczać w ten sposób.

atmosferze. Bardzo zależy mi na tym, aby było dostępnych jak najwięcej kursów dla lekarzy, to naprawdę świetna i przyjemna forma doskonalenia zawodowego i nie należy nic zmieniać, dziękuję i pozdrawiam serdecznie.

(Nazwiska znane administratorowi MPE)

Zapraszamy użytkowników do wypowiedzi na forum MPE! Prosimy o przesyłanie propozycji tematów kursów. Pomoże to stworzyć program edukacyjny odpowiadający potrzebom i oczekiwaniom praktykujących lekarzy. Pomoże także wspólnie uczynić MPE bardziej użyteczną i przyjazną dla naszego środowiska.

dr Mariola ROMAŃSKA
Redaktor Programowy MPE

Jestem bardzo zadowolona z udostępnienia mi tej formy kształcenia, tzn. e-learnig on-line, kurs na temat antybiotykoterapii dróg oddechowych okazał się bardzo przydatnym w mojej codziennej praktyce, pozwolił na przypomnienie i utrwalenie mojej wiedzy na ten temat w spokojnej domowej

Oferta ubezpieczeniowa firmy MEDBROKER

Firma Medbroker przygotowała dla Państwa specjalną ofertę ubezpieczeniową na rok 2008. Jedną z najważniejszych działalności Medbroker jest zabezpieczenie interesów ubezpieczonych lekarzy. W tym celu stworzyli-

śmy specjalnie dla Państwa szereg produktów związanych z wykonywanym zawodem, jak również posiadanym majątkiem i życiem prywatnym. Jako firma specjalizująca się w ubezpieczeniach sektora medycznego zapewnia-

my Państwu bezpłatną kompleksową obsługę ubezpieczeniową oraz wybór najbardziej korzystnych warunków ubezpieczenia o czym przekonało się tysiące zadowolonych klientów.

Ubezpieczenie obowiązkowe OC lekarzy

Zakres ubezpieczenia zgodny z rozporządzeniem ministra finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Propozycja I

Ubezpieczający/ubezpieczony	Suma gwarancyjna w euro (przeliczana wg średniego kursu NBP pierwszego dnia roku kalendarzowego, w którym jest zawierana umowa)	Liczba zamówień na świadczenia zdrowotne	Składka roczna w zł
Lekarz medycyny	46 500 na jedno zdarzenie	Jedno zamówienie	200 zł
Ginekologia z położnictwem (przyjmowanie porodów), medycyna ratunkowa (chirurgia powypadkowa), plastyczna chirurgia rekonstrukcyjna (związana z niezbędną korektą wad wrodzonych lub następstw choroby lub nieszczęśliwego wypadku), w trakcie specjalizacji		Każde kolejne zamówienie	50 zł
		Jedno zamówienie	250 zł
		Każde kolejne zamówienie	50 zł

Medyczna Platforma Edukacyjna (MPE) - kursy dla lekarzy. Promocja dotycząca kursu z zakresu leczenia braków zębowych. Prezentacja Prof. dr hab. Andrzeja Wojtowicza i jego kursu. Adres: www.medycyna.org.pl

Ubezpieczenie dobrowolne dla lekarzy

Przedmiotem ubezpieczenia jest ustawowa odpowiedzialność cywilna Ubezpieczającego za szkody wyrządzone w związku z zawodowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez Ubezpieczającego lub przez osoby, za które Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność.

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)

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

Propozycja II

Ubezpieczający/ubezpieczony	Suma gwarancyjna w euro (przeliczana wg średniego kursu NBP pierwszego dnia roku kalendarzowego, kalendarzowego którym jest zawierana umowa)		Składka roczna w zł
	Na każde zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia	
Lekarz medycyny	46 500 euro	93 000 euro	200 zł
Ginekologia z położnictwem (przyjmowanie porodów), medycyna ratunkowa (chirurgia powypadkowa), plastyczna chirurgia rekonstrukcyjna (związana z niezbędną korektą wad wrodzonych lub następstw choroby lub nieszczęśliwego wypadku), w trakcie specjalizacji			250 zł
Lekarz - stażysta zatrudniony na umowę o pracę w jednej placówce medycznej	2 325 zł	4 650 zł	50 zł

Druki wniosków, deklaracji i zleceń wraz z instrukcją wypełniania oraz przesyłania znajdują się na stronie internetowej <http://www.medbroker.pl>

W celu zawarcia umowy ubezpieczenia lub udzielenia informacji prosimy o kontakt z pracownikami Medbroker w godz.: 8.30 – 16.30; tel. 022/ 824-02-48, 824-29-43, 824-71-22, 501 033 650, tel./fax (0-22) 824 29 43, e-mail: biuro@medbroker.pl, 02-094 Warszawa, ul. Grójecka 65 a

Kursy także dostępne dla członków naszej Izby L E K A R Z U

Ostre i przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
Prof. dr hab. n. med. Jacek Juszczyk

Ocena funkcji lewej komory serca
Prof. zw. dr n. med. Andrzej Wysokiński

Choroby reumatyczne w praktyce lekarza medycyny pracy
Dr hab. med. Anna Jędryka-Góral, Dr med. Joanna Bugajska

Nowe zasady insulinoterapii cukrzycy
Prof. zw. dr hab. n. med. Anna Czech, Prof. zw. dr hab. n. med. Jan Tator

Trądzik - patogenezą i leczenie
Prof. dr hab. Hanna Wolska

Antybiotykoterapia zakażeń górnych dróg oddechowych
Prof. dr hab. Danuta Dzierżanowska

www.medycyna.org.pl

LA KAŻDYM KURS

e - kursy

PUNKTY



22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo – Rehabilitacyjny w Ciechocinku

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

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

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

**POSIADAMY:**

- ✓ Pokoje 1 – i 2 – osobowe z łazienką, TV satelitarną, telefonem, radiem
- ✓ Nowoczesny Zakład Przyrodolecniczy – 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

**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
- ✓ Całodzienne wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja) w tym diety (m.in. przeciwmiażdżycowa, niskokaloryczna, lekkostrawna, cukrzycowa)

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

2008

Styczeń

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Marzec

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Maj

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Luty

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29		

Kwiecień

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Czerwiec

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
					1	
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						



Lipiec

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Sierpień

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Wrzesień

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Październik

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Listopad

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Grudzień

Pn	Wt	Śr	Cz	Pt	So	Nd
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						