



NR 2

MARZEC-KWIECIEŃ
ROK XVII (2008)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

IX Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy

Sprawozdania z działalności organów WIL w 2007 r.

Polski Wydział Lekarski w Edynburgu (cz. III)

Rozważania o czasie



Lekarzu, czy już skorzystałeś z bezpłatnych kursów?

e-kursy:

- ■ ■ **Implanty – przywracanie ciągłości uzębienia**
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz
- ■ ■ **Autotransplantacja metodą leczenia braków zębowych**
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz
- ■ ■ **Epidemiologia i leczenie raka wątrobowokomórkowego**
- ■ ■ **Powikłania chirurgiczne zakażenia WZW B i C**
Prof. dr hab. n. med. Piotr Małkowski
- ■ ■ **Diagnostyka i terapia nadciśnienia wrotnego ze szczególnym uwzględnieniem metod endoskopowych**
Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Simon
- ■ ■ **Wirusowe zapalenie wątroby typu A**
Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, dr n. med. Jerzy Jaroszewicz
- ■ ■ **Ostre i przewlekłe zapalenie wirusowe 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. n. med. Anna Jędryka-Góral, dr n. med. Joanna Bugajska
- ■ ■ **Nowe zasady insulinoterapii cukrzycy**
Prof. zw. dr hab. n. med. Anna Czech, prof. zw. dr hab. n. med. Jan Tatoń
- ■ ■ **Trądzik – patogenеза i leczenie**
Prof. dr hab. Hanna Wolska
- ■ ■ **Antybiotykoterapia zakażeń górnych dróg oddechowych**
Prof. dr hab. Danuta Dzierżanowska
- ■ ■ **Zakrzepica układu wrotnego**
Prof. dr hab. n. med. Piotr Małkowski
- ■ ■ **Wirusowe zapalenie wątroby typu E**
Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, dr n. med. Jerzy Jaroszewicz
- ■ ■ **Białka morfogenetyczne i co dalej?**
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz



domagają się też pozostałe grupy zawodowe pracujące w szpitalach. Lekarze, co prawda, są najważniejszą grupą zawodową, ale nie jedyną.

Te często dziwnie niepojętne żądania lekarzy zaczynają kreować opinie – niestety coraz bardziej nieprzychylnie naszemu stanowi. A to może być groźne. Tracimy naszych najlepszych sojuszników – naszych pacjentów, zamiast tak postępować i kształtować opinię społeczną, by właśnie nasi pacjenci pomagali nam walczyć o nasze interesy.

I to też jest jednym z najważniejszych apeli i przesłań tego zjazdu.

Teraz ruch należy do władz – co i czy coś się znacznie zmieniać na lepsze – zależy głównie od nich. A co my? Myślę że i od nas, naszej determinacji, wrażliwości i rozwagi także wiele zależy.

Konrad MAĆKOWIAK
wiceprzewodniczący RL WIL

Koleżanki i koledzy,

Z Nowym 2008 rokiem wiążemy wszyscy olbrzymie nadzieje. Przeglądając codzienną prasę i periodyki, czytając komentarze obserwatorów i korespondentów krajowych i zagranicznych można by odnieść wrażenie, że w Polsce doszło do cudu na nieopisaną skalę, a to przecież upadła tylko jedna opcja i widzenie kraju. Polacy wybrali być może pomiędzy nadzieją na spokój i łagodny rozwój, a stałymi konfliktami.

Jednakże po krótkim okresie euforii nastała zwykła, wcale nie taka świetlana rzeczywistość. Codzienne problemy i kłopoty, pojawiające się oznaki bessy na światowych giełdach oraz brak wyraźnych i oczekiwanych zmian zaczęły wywoływać nastroje minorowe. Sama zmiana władz, także w służbie zdrowia, jeszcze nie spowodowała poprawy warunków pracy w placówkach ochrony zdrowia ani spodziewanych podwyżek płac.

Wśród pracowników ochrony zdrowia toczą się nieprzerwanie dyskusje na temat fatalnej sytuacji całej sfery ochrony zdrowia, a także mnożących się problemów i konfliktów wynikających z nowego sposobu liczenia czasu pracy zgodnie z unijną dyrektywą. Tematy te zdominowały także obrady IX Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, który miał miejsce na początku stycznia tego roku.

Podczas obrad plenarnych oraz w czasie spotkań z ministrem zdrowia, Ewą Kopacz i jej współpracownikami, dr Markiem Twardowskim i Andrzejem Włodarczykiem delegaci zadali wiele pytań i wylali wiele swoich żalów.

Zgłoszono szereg propozycji i postulatów jak i co zmienić by nam, lekarzom, było lepiej oraz by poprawiło się funkcjonowanie ochrony zdrowia oraz często smutny los naszych pacjentów. Te dyskusje w znacznej części były zdominowane znacznymi roszczeniami finansowymi naszego środowiska.

Poruszano także problemy ograniczonych możliwości kształcenia podyplomowego, co wywołuje frustracje młodych lekarzy i ogromne problemy w dostępie do leczenia specjalistycznego na przyzwoitym poziomie europejskim.

Pojawiły się też głosy, że tak znaczne ograniczenie możliwości specjalizowania się wprowadzone przez byłą minister, F. Cegielską były wynikiem walki z rozwijającą się konkurencją na rynku usług specjalistycznych. Być może jest w tej opinii "coś na rzeczy", na dodatek nikt z rządzących nie przewidział, że wszystkim lat przybywa, więc aktywnych zawodowo specjalistów będzie ubywać. No i tak się stało – osiem lat stracono.

Jeszcze więcej pretensji i żalów zgłaszano wobec często nieprześlanych lub niezrozumiałych decyzji Prezesów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz poprzedniego ministra zdrowia, prof. Z. Religii – nie pozostawiając na nich suchej nitki.

Szczęśliwym trafem nowy rząd rozpoczął długie, chociaż jak na razie mało owocne, rozmowy. No i nikt nie chce na szczęście „wziąć nas w kamasze” czy zaglądać do naszych garaży lub ironizować na temat głodujących i strajkujących lekarzy i pielęgniarek.

To jeden z pozytywów, a co będzie dalej – zobaczymy.

Niepokoje nie ominęły także naszych wojskowych placówek. Współczuję osobom zarządzającym szpitalami – nie tylko wojskowymi. Bo umowy z NFZ są tylko na cztery miesiące, pieniędzy w kasie mało, a być może jeszcze mniej, bo wykonanie kontraktów może być niepełne, pracownicy domagają się wyższych płac i coraz krótszego czasu pracy.

Można by sądzić, że niektórzy nasi przedstawiciele zatracili się w swoich coraz bardziej eskalowanych żądaniach. Nie biorą pod uwagę, że poprawy zarobków

Głęboko zasmuceni tragiczną katastrofą lotniczą pod Mirosławcem oddajemy hołd

Żołnierzom Sił Powietrznych Rzeczypospolitej Polskiej,

ofiaram tego tragicznego zdarzenia

Wojskowa Izba Lekarska

WYDAWCA:

Wojskowa Izba Lekarska
ul. Koszykowa 78
00-909 Warszawa
tel. (0-22) 6211211
(0-22) 6210493
tel. MON: 845675
845653
tel./faks 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 Dzięgielewski, Konrad Maćkowiak
Zdjęcie na I okładce:
Zbigniew Ulanowski

II okładka: źródło PULS - miesięcznik
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza"

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 2/2008

Szpalta Prezesa	1
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z 12 grudnia 2007 r.	3
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z 18 stycznia 2008 r.	4
Sprawozdanie z działalności Rady Lekarskiej WIL za 2007 r.	8
Sprawozdanie Skarbnika Wojskowej Izby Lekarskiej za 2007 r.	10
Rozliczenie budżetu WIL za 2007 r.	11
Budżet WIL na 2008 r.	12
Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej WIL za rok 2007 r.	12
Sprawozdanie Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej WIL za 2007 r.	13
Sprawozdanie z działalności Sądu Lekarskiego WIL za 2007 r.	15
IX Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy	16
Apel IX Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy	19
Nowe uprawnienia kombatanów do świadczeń zdrowotnych	19
Jubileusz 80 urodzin prof. dr hab. n. med. Tadeusza Mosiniaka	20
Rozważania o czasie	23
Normalności ciąg dalszy	26
Polski Szpital im. I. J. Paderewskiego w Edynburgu (1941-1947)	28
Punkty edukacyjne – nowe informacje	30
Uwagi do artykułu „Broń chemiczna od Ypres do metra tokijskiego” oraz odpowiedź autora artykułu	31

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA

Przewodniczący WIL:	prof. dr hab. med. Marian Brocki
Wiceprzewodniczący WIL:	lek. dentysta Bogdan Barut ppłk lek. Piotr Dzięgielewski, lek. Konrad Maćkowiak płk lek. Jerzy Chmielewski dr n. med. Marian Dóczyński dr n. med. Zbigniew Zaręba lek. Jerzy Staszczak
Sekretarz WIL:	
Zastępca Sekretarza WIL:	
Skarbnik WIL:	
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:	prof. dr hab. med. Krzysztof Chomiczewski płk lek. Sławomir Marat
Przewodniczący Sądu Lekarskiego:	
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 Anna Rosowska tel. (0-22) 621 04 93 w. 174
Główna Księgowa:	mgr Bogdan Sieradzki tel. (0-22) 621 04 93 w. 178 mgr Edyta Klimkiewicz tel. (0-22) 621 04 93 w. 186 faks (0-22) 621 04 93 w. 195
Sąd Lekarski:	Patrycja Wonatowska tel. (0-22) 621 04 93 w. 175 faks (0-22) 621 04 93 w. 195
Rejestr lekarzy:	mgr Dominika Sałapa tel. (0-22) 621 04 93 w. 180
Praktyki prywatne:	
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	

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL
12 grudnia 2007 r.

W posiedzeniu uczestniczyło 19 członków RL WIL oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL prof. dr hab. med. Krzysztof Chomiczewski, przewodniczący Komisji Rewizyjnej WIL – kol. Ryszard Zachar, dyrektor Biura WIL – lek. Zbigniew Ulanowski i radca prawny WIL – mec. Andrzej Niewiadomski. Gośćmi posiedzenia byli: Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia gen. bryg. dr n. med. Andrzej Wiśniewski, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego płk dr hab. med. Grzegorz Gielerak oraz ks. kapelan Wiesław Bożejewicz. Gości i członków Rady Lekarskiej powitał przewodniczący posiedzeniu prof. Marian Brocki, a następnie przedstawił porządek posiedzenia, który przyjęto jednogłośnie.

Przewodniczący RL WIL prof. Marian Brocki oddał głos gościowi posiedzenia gen. Andrzejowi Wiśniewskiemu, który poinformował o aktualnych problemach rozwiązywanych przez IWSZ, a następnie udzielał odpowiedzi na zadawane mu pytania. Gen. A. Wiśniewski mówił, że większość spraw z doświadczeniami rodzajów wojsk jest uzgodniona, problemy istnieją natomiast z podpisywaniem umów z NFZ na 2008 r. Mówił też o zapowiadzonym uzawodowieniu armii, która liczyć ma 150 tys. żołnierzy i oficerów. Profesjonalizacja armii oznacza, jak zauważył generał, że lekarz wojskowy musi być „profesjonalem” i że trzeba będzie stworzyć model takiego lekarza. O pomoc w wypracowaniu takiego modelu zapowiedział oficjalne zwrócenie się do WIL. Mówił też o ujednoliceniu systemu dowodzenia, co zdecydowanie ułatwi rozpoczynanie nowych specjalizacji przez lekarzy wojskowych, nie jak obecnie – „na zasadach łaski”. Wspominając o podwyżkach, jakie otrzyma kadra od Nowego Roku (średnio 13%), zaznaczył, że wynikają one również z nowych regulacji czasu pracy.

W odpowiedzi na pytanie: jak pomóc szpitalom wojskowym?, Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia oznajmił, że szpitale wojskowe traktowane są po „macoszemu” i nie są dofinansowywane przez województwa. Dlatego m.in. tak ważną okazuje się być pomoc finansowa z innych źródeł. Proponuje się zmianę systemu finansowania, polegającą na opłacaniu kadry szpitali z funduszy MON. Odnosząc się do aktualnej sytuacji i zabiegów lekarzy o podwyżki płac powiedział, że lekarze wojskowi nie powinni uczestniczyć w negocjacjach gdyż ich wynagrodzenia, w tym i za dyżury, regulują przepisy resortowe. Podsumowanie było mało zaskakujące, gdyż skonstatowano, że jeżeli nie wzrosną odpowiednio płace przyszłość lekarzy wojskowych stanie pod znakiem zapytania.

Kol. S. Antosiewicz przedstawił sprawozdanie z konferencji nt.: „Jaki będzie system pracy lekarza po 1 stycznia 2008 r. – aspekt praktyczny”, która odbyła się 3 grudnia br. w NIL. Wprowadzone zmiany, obowiązujące od 1 stycznia 2008 r., mają na celu dostosowanie czasu pracy polskich lekarzy do wymogów Unii Europejskiej. Podczas konferencji nie wypracowano i nie przyjęto ustaleń rozwiązujących problem – mówił S. Antosiewicz. Zwrócił uwagę, że w sprzeczności z obowiązującymi od 1 stycznia 2008 normami czasu pracy będą m.in. przepisy dotyczące staży podyplomowych i specjalizacji, które wymagają odbycia określonej liczby dyżurów medycznych.

W kolejnym punkcie posiedzenia Rada Lekarska ustosunkowała się do złożonego na piśmie wniosku Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia gen. bryg. dr n. med. Andrzeja Wiśniewskiego w sprawie podjęcia inicjatywy zmierzającej do zmiany rozporządzenia ministra zdrowia dotyczącego doskonalenia zawodowego lekarzy. Rada w pełni podzieliła pogląd Szefa IWSZ

o potrzebie przyznawania lekarzom uczestniczącym w misjach zagranicznych punktów edukacyjnych i wniosek jednogłośnie zaakceptowała. Członkowie Rady Lekarskiej WIL opowiedzieli się za przyznawaniem 8 pkt. edukacyjnych za każdy miesiąc uczestnictwa w misjach poza granicami kraju, przyjęli też projekt pisma do Prezesa NIL.

Przewodniczący Komisji ds. Rejestru, Wydawania Prawa Wykonywania Zawodu i Prywatnych Praktyk kol. Zbigniew Zaręba przedstawił do decyzji Rady ogółem 38 wniosków w sprawie wpisu do rejestru indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich oraz praktyk w miejscu wezwania jak i w sprawie skreślenia z rejestru indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, a Rada Lekarska przyjęła jednogłośnie stosowne uchwały. Kol. Z. Zaręba przedstawił także do akceptacji Rady wnioski niżej wymienionych lekarzy ubiegających się o sprawowanie funkcji lekarza sądowego:

- dr hab. n. med. Mariana Galińskiego;
- lek. Jerzego Kaczmarka
- Rada Lekarska udzieliła rekomendacji obu lekarzom i podjęła stosowne uchwały.
- Sekretarz WIL kol. M. Dóczyński przedstawił wnioski o zaopiniowanie kandydatów na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie zdrowia dotyczące:
 - lek. **Joanny Cieślak-Domagala** – na stanowisko ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w 111 Szpitalu Wojskowym SP ZOZ w Poznaniu;
 - mjr lek. **Mariusza Powidzkiego** – na stanowisko ordynatora Oddziału Intensywnej Terapii Pooperacyjnej w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Rada Lekarska, po zapoznaniu się z opiniami wnioskujących, konsultantów wojskowej służby

zdrowia, środowiskowymi oraz stanowiskiem ROZ i Sądu Lekarskiego – jednogłośnie udzieliła poparcia kandydatom.

Skarbnik WIL kol. J. Staszczuk przedstawił Radzie przygotowane przez Biuro WIL prowizorium budżetowe na 2008 rok i omówił zasadnicze jego punkty.

Wątpliwości, co do wysokości kwot w niektórych pozycjach prowizorium wyjaśniała główna księgową i zostały one przyjęte. W dyskusji zgłoszone zostały też propozycje zwiększenia wydatków na działalność niektórych komisji problemowych (stomatologicznej oraz sportu, turystyki i rekreacji). Padły też propozycje zakupu dla sportowców reprezentujących WIL koszulek z logo Wojskowej Izby Lekarskiej, a także odznak z logo WIL i „Kart Lekarzy WIL”, które wyróżniałyby członków WIL. Te propozycje, po analizie możliwości i ewentualnych nakładów finansowych, zdecydowano omówić na Zjeździe Budżetowym WIL w marcu 2008 r. Ostatecznie, po dyskusji, prowizorium budżetowe bez poprawek przyjęte zostało jednogłośnie.

Rada rozpatrzyła też wnioski lekarzy ubiegających się o zwolnienie z opłacania składek członkowskich, o przyznanie zapomóg statutowych po śmierci lekarzy członków WIL oraz wsparcia finansowego na leczenie ciężko chorego lekarza z Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Dyrektor Biura WIL przedstawił stan wydatków z dotacji budżetowej MON na 2007 r. i wnioskował o zgodę Rady na dokonanie niezbędnych zakupów z pozostałej do wykorzystania kwoty dotacji. Rada Lekarska jednogłośnie upoważniła dyrektora biura WIL do zakupu 2 komputerów, dyktafonu cyfrowego, teczek aktowych dla zespołu ds. Rejestru lekarzy oraz niszczarki dokumentów.

Rada Lekarska zdecydowała, że w 2008 r. posiedzenia Rady i Prezydium Rady Lekarskiej odbywać się będą w każdy trzeci piątek miesiąca, naprzemiennie Rada – Prezydium, przy czym 18 stycznia odbędzie się posiedzenie Rady Lekarskiej WIL.

Rada Lekarska zdecydowała też o terminie zwołania XXIV Zjazdu Lekarzy WIL w 2008 r. Przyjęto datę 28 marca, a w przeddzień, tj.

27.03.2008 zdecydowano odbyć w godzinach wieczornych posiedzenie Rady Lekarskiej. Zjazd odbędzie się w Warszawie.

W celu zapewnienia poprawy funkcjonowania komisji problemowych zobowiązano przewodniczących wszystkich komisji do złożenia na piśmie niezbędnych informacji dotyczących składów osobowych komisji, sposobów kontaktowania się z komisjami, sprawozdań z działalności w 2007 r. i planów pracy komisji na 2008 r.

Na zakończenie kol. S. Antosiewicz zaproponował wystosowania listu do Ministra Obrony Narodowej i zaproszenie go na spotkanie z Radą Lekarską WIL w celu przedstawienia najdonioślejszych problemów nurtujących środowisko. Rada Lekarska jednomyślnie przyjęła ten wniosek.

Grudniowe posiedzenie Rady Lekarskiej połączone było z uroczystością opłatkową, którą celebrował ks. Kapelan Wiesław Bożejewicz. W podniosłej atmosferze zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, łamiąc się opłatkiem, składano sobie życzenia świąteczne i noworoczne.

Z.U.

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL 18 stycznia 2008 r.

W posiedzeniu Rady Lekarskiej uczestniczyło 19 członków Rady oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL prof. Krzysztof Chomiczewski, przewodniczący Komisji Rewizyjnej WIL dr Ryszard Zachar, dyrektor Biura WIL dr Zbigniew Ulanowski i radca prawny WIL mec. Andrzej Niewiadomski. Przedstawiony porządek posiedzenia przyjęty został jednogłośnie i bez poprawek. Posiedzeniu przewodniczył prof. Marian Brocki – Przewodniczący RL WIL, który na wstępie złożył krótką relację z przebiegu i najważniejszych zdarzeń IX Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy, uzupełnioną przez prof. E. Dziuka i dr. K. Maćkowiaka. Dyrektor Biura WIL poinformował o stanie przy-

gotowań do XXIV Zjazdu Lekarzy WIL, a sekretarz Rady dr Marian Dójczyński przedstawił do decyzji Rady projekty 2 uchwał:

- **w sprawie zwołania XXIV Zjazdu Lekarzy WIL oraz**
- **w sprawie wyasygnowania środków finansowych na potrzeby organizacji i przeprowadzenia XXIV Zjazdu Lekarzy WIL.**

Obie uchwały Rada przyjęła jednogłośnie.

Przewodniczący komisji ds. Rejestru lekarzy, wydawania prawa wykonywania zawodu i praktyk prywatnych – dr Zbigniew Zaręba przedłożył do decyzji Rady ogółem 52 wnioski w sprawach dotyczących dokonania wpisu do rejestru praktyk prywatnych i skreśleń

praktyk z rejestru. W przedstawionych sprawach Rada podjęła jednogłośnie stosowne uchwały. Rada zapoznała się też z wnioskami o lekarzy o akceptację ich kandydatur na funkcję lekarza sądowego i udzieliła rekomendacji niżej wymienionym lekarzom:

1. dr Wiktor Kuchciński (uchwała nr **1024/08/V**)
2. dr Bogdan Sleboda (uchwała nr **1025/08/V**)
3. dr Lucjan Spelak (uchwała nr **1026/08/V**)
4. dr Mieczysław De Ziemba-Bogusz (uchwała nr **1027/08/V**)

Rada podjęła ponadto uchwały: ● w sprawie powołania przewodniczących grup wizytujących praktyki prywatne;

- nr **1028/08/V** – w sprawie trybu postępowania w celu wydania lekarzowi członkowi WIL zaświadczenia o posiadaniu prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ;

- w sprawie stwierdzenia nieważności uchwały w sprawie skreślenia lekarza z listy członków WIL (uchwała **1030/08/V**);

Zaakceptowano też przedstawioną propozycję przyznania lekarzom uczestnikom warsztatów szkoleniowych organizowanych przez Klinikę Okulistyczną WIM – 4 pkt. edukacyjnych.

Sekretarz RL WIL przedstawił do decyzji Rady wnioski w sprawie zaopiniowania kandydatów na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie zdrowia dotyczące:

- mjr. dr n. med. Marka Hęsiaka – na stanowisko ordynatora Oddziału Klinicznego Ginekologicznego w 10 WSKzP SP ZOZ w Bydgoszczy i
- lek. Haliny Mierzwiak-Rogoznińskiej – na stanowisko ordynatora Oddziału Klinicznego Okulistycz-

nego w 4 WSKzP SP ZOZ we Wrocławiu.

Rada Lekarska udzieliła jednomyślnie poparcia obojgu kandydatom.

Na wniosek Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej WIL prof. K. Chomiczewskiego Rada Lekarska podjęła uchwałę nr **1033/08/V** w sprawie powołania komisji w celu wydania orzeczenia w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu przez lekarza.

Sprawozdanie z działalności komisji bioetycznej przy WIL w okresie 3-letniej kadencji oraz **projekt uchwały w sprawie powołania oraz szczegółowego trybu działania i finansowania komisji bioetycznej (nr 1029/08/V)** na kolejną kadencję przedłożył Radzie przewodniczący tej komisji prof. Eugeniusz Dziuk. Sprawozdanie i uchwała zostały przyjęte przez Radę bez głosów sprzeciwu.

Wnioski o zwolnienie z opłacania składek na WIL lub zmianę wysokości składki, w sprawie przyznania zapomóg po zmarłych lekarzach

– członkach WIL i zapomóg losowych, przedstawił skarbnik WIL dr Jerzy Staszczuk. Po dyskusji, Rada podjęła uchwałę o zwolnieniu 1 lekarza z opłacania składek (uchwała nr **1034/08/V**) oraz zdecydowała o przyznaniu 2 zapomóg pośmiertnych i 1 losowej.

Rada Lekarska jednogłośnie przyjęła sprawozdanie Przewodniczącego Rady Lekarskiej z działalności RL WIL w 2007 r. Jednogłośnie też przyjęte zostały przez Radę uwagi do wstępnego projektu nowelizowanej ustawy o izbach lekarskich. Na koniec, dyrektor Biura WIL poinformował o efektywności korzystania przez członków WIL z nieodpłatnych kursów dostępnych przez Internet. Jak wynika ze sprawozdania nadesłanego do WIL przez kierownictwo MPE, z kursów skorzystało w okresie 6 miesięcy 231 członków WIL, co świadczy o stosunkowo niskim zainteresowaniu lekarzy tą formą doskonalenia zawodowego i uzyskiwania punktów edukacyjnych.

Z. U.

Uchwała nr 1028/08/V Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 18 stycznia 2008 roku

w sprawie trybu postępowania w celu wydania lekarzowi członkowi Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie zaświadczenia o posiadaniu prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*

Na podstawie art. 25 pkt 5 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158 ze zm.) i art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 14 września 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 166, poz. 1172) w związku z ust. 1 i 3 powołanego wyżej art. ustawy, uwzględniając stanowisko nr 82/05 Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 listopada 2005 r. w sprawie interpretacji art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty – uchwała się, co następuje:

§1

1. Ustala się tryb postępowania w celu wydania lekarzowi – członkowi Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie, na jego wniosek, zaświadczenia o posiadaniu prawa

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
dr n. med. **Marian DÓJCZYŃSKI**

* Załącznik nr 1 do uchwały znajduje się na str. 6 „Skalpela”, pozostałe załączniki (wniosek i zaświadczenia) dostępne są na stronie internetowej WIL (www.wil.oil.org.pl).

do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, będący załącznikiem nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Ustala się wzór wniosku o wydanie zaświadczenia o posiadaniu prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wzór zaświadczenia o posiadaniu prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiące odpowiednio załączniki nr 2, 3, 4 i 5 do uchwały.

§2

Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie upoważnia Przewodniczącego Wojskowej Izby Lekarskiej do podpisywania i wydawania zaświadczeń, o których mowa w §1.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
RADY LEKARSKIEJ WIL
prof. dr hab. med. **Marian BROCKI**

Załącznik nr 1 do uchwały nr 1028/08/V
RL WIL w Warszawie z dnia 18 stycznia 2008 roku.
Tryb postępowania w celu wydania lekarzowi, członkowi Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zaświadczenia o posiadaniu prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
1. Lekarz:

- 1) który uzyskał specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii – do dnia 28 września 2007 r.;
- 2) nieposiadający specjalizacji określonej w pkt. 1 i udzielający nieprzerwanie od 28 września 1997 r. świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) który nie posiada specjalizacji określonej w pkt. 1 i udziela świadczeń zdrowotnych w okresie krótszym niż wymieniony w pkt. 2, w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia albo jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie ww. świadczeń;
– który nadal zamierza lub zamierza udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej składa wniosek do Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie o wydanie zaświadczenia potwierdzającego prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 2 do uchwały.
3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, obowiązany jest dołączyć do wniosku następujące dokumenty:
 - 1) zaświadczenie wydane przez właściwy podmiot o udzielaniu przez ten podmiot świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przez określony czas na podstawie umowy z regionalną kasą chorych i Narodowym Funduszem Zdrowia oraz potwierdzające udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz tego podmiotu przez lekarza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie:
 - a) stosunku pracy,
 - b) umowy cywilnoprawnej,
 - c) stosunku służbowego,
 - d) umowy cywilnoprawnej zawartej przez wolontariusza z zakładem opieki zdrowotnej – umowę, określającą w szczególności okres, na jaki została zawarta, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez wolontariusza, wymiar czasu, w którym wolontariusz udziela świadczeń zdrowotnych, oraz zaświadczenie wydane przez podmiot, z którym jest zawarta umowa, o realizowaniu (wykonaniu) tej umowy;
 - 2) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach praktyki lekarskiej – oświadczenie lekarza o wykonywaniu praktyki obejmującej udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach umowy z regionalną kasą chorych i Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, potwierdzone przez właściwy oddział NFZ;
 - 3) zaświadczenie wystawione przez właściwy podmiot lub oświadczenie lekarza o udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki lekarskiej w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 1 stycznia 1999 r.;
 - 4) w przypadku zaistnienia przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych podstawowej opieki zdrowotnej w okresie od 28 września 1997 r. do 27 września 2007 r., dłuższej niż 6 miesięcy, przez okres pobierania świadczeń, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, z 2006 r. Nr 221, poz. 1615 oraz z 2007 r. Nr 47, poz. 318 i Nr 115, poz. 792) zaświadczenie wystawione przez zakład pracy o pobieraniu tych świadczeń w okresie podanej przerwy.
4. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, obowiązany jest dołączyć do wniosku następujące dokumenty:
 - zaświadczenie wydane przez właściwy podmiot o udzielaniu przez ten podmiot świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz potwierdzające udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz tego podmiotu przez lekarza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie lub
 - oświadczenie lekarza o udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, potwierdzone przez właściwy oddział NFZ.
5. Komisja ds. rejestracji potwierdza dane zawarte we wniosku oraz dane zawarte w dokumentach, określonych w ust. 3, i występuje z wnioskiem do rady lekarskiej o wydanie „Zaświadczenia o posiadaniu przez lekarza prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej” na podstawie:
 - 1) posiadanej specjalizacji, o której mowa w ust. 1 pkt 1),
 - 2) dokumentacji dotyczącej nieprzerwanego udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przez okres ostatnich 10 lat,
 - 3) udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.
6. Wzór zaświadczenia stanowią załączniki nr 3, 4 i 5 do uchwały.
7. Zaświadczenie wydaje się lekarzowi, który dopełnił obowiązku opłacania składki członkowskiej.

Uchwała nr 1029/08/V
Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 18 stycznia 2008 r.
w sprawie powołania oraz szczegółowego trybu działania i finansowania Komisji bioetycznej przy Wojskowej Izbie Lekarskiej

Na podstawie art. 4, ust. 1, pkt 9 i art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.) i art. 29 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz §2 ust. 1 i §3 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. nr 47, poz. 480) – zwanego dalej „rozporządzeniem” uchwala się, co następuje:

§ 1

1. Powołuje się Komisję Bioetyczną przy Wojskowej Izbie Lekarskiej zwaną dalej „Komisją”,
2. Kadencja Komisji trwa 3 lata,
3. Ustala się skład komisji w liczbie 12 członków.

§ 2

- W skład Komisji wchodzi (w porządku alfabetycznym – z podaniem wykonywanego zawodu):
1. ks. płk dr filozofii Wiesław Bożejewicz – kapelan
 2. płk mgr Waldemar Chomać – prawnik
 3. płk w st. spocz. prof. Eugeniusz Dziuk – medycyna nuklearna
 4. płk dr hab. n. med. Ryszard Gajdosz – anestezjologia
 5. płk rez. dr n. med. Bolesław Kalicki – pediatria
 6. płk w st. spocz. prof. dr hab. n. med. Krzysztof Klukowski – medycyna lotnicza
 7. ppłk dr n. med. Marek Kowański – patomorfologia
 8. płk dr hab. n. med. Krzysztof Leksowski – chirurgia

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
dr n. med. **Marian DÓJCZYŃSKI**

PRZEWODNICZĄCY
RADY LEKARSKIEJ WIL
prof. dr hab. med. **Marian BROCKI**

UCHWAŁA nr 1031/08/V
Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 18 stycznia 2008 r.

w sprawie zwołania XXIV Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 22 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. (Dz. U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.) Rada Lekarska WIL postanawia:

§ 1

Zwołać XXIV Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej w dniu 28 marca 2008 r. w Warszawie przy ul. Chałubińskiego 8 (biurowiec Oxford Tower).

§ 2

- Do realizacji uchwały powołuje się Komitet Organizacyjny w składzie:
- Przewodniczący – kol. **Marian Dójczyński**,
 - Wiceprzewodniczący – kol. **Konrad Maćkowiak**,
 - Członkowie:
 - kol. Zbigniew Zaręba
 - kol. Zbigniew Ułanowski
 - p. Anna Rosowska

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
dr n. med. **Marian DÓJCZYŃSKI**

- Członkowie:
- p. Dominika Sałapa
 - p. Elżbieta Walczak
 - p. Bogdan Sieradzki
 - p. Jarosław Wojciechowski.

§ 3

Komitet Organizacyjny zapewni realizację całokształtu przedsięwzięć związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem Zjazdu.

§ 4

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Skarbnikowi, Sekretarzowi oraz Dyrektorowi i Główniej księgowej Biura WIL.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
RADY LEKARSKIEJ WIL
prof. dr hab. med. **Marian BROCKI**

UCHWAŁA nr 1032/08/V
Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 18 stycznia 2008 r.

w sprawie wyasygnowania środków finansowych na organizację i przeprowadzenie XXIV Zjazdu Lekarzy WIL

Na podstawie art. 22 ust. 1 i art. 59 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. (Dz. U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.) Rada Lekarska WIL postanawia:

§ 1
Wyasygnować na potrzeby zorganizowania i przeprowadzenia XXIV Zjazdu Lekarzy Delegatów Wojskowej Izby Lekarskiej środki finansowe w wysokości 15.000,00 zł.

§ 2
Nadzór nad realizacją uchwały i rozliczeniem kosztów Zjazdu powierza się skarbnikowi, sekretarzowi i głównej księgowej Biura WIL.

§ 3
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
dr n. med. **Marian DÓJCZYŃSKI**

PRZEWODNICZĄCY
RADY LEKARSKIEJ WIL
prof. dr hab. med. **Marian BROCKI**

SPRAWOZDANIE z działalności Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej za 2007 r.

Miniony 2007 rok przyniósł wreszcie oczekiwane zmiany na najwyższym stanowisku kierowniczym w wojskowej służbie zdrowia. Po kilku latach eksperymentowania, ekonomistę, szefa Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia gen. Marka Kondrackiego zastąpił – wprawdzie na bardzo krótko – płk prof. dr hab. Waldemar Banasiak. Powiało optymizmem, bo oto znowu lekarz stanął na czele służby odpowiedzialnej w wojsku za zdrowie. Zaskakująco szybka jego rezygnacja z tej funkcji nie pozbawiła środowiska odżyłej nadziei, że oto „idzie ku normalności”.

I rzeczywiście, bo wkrótce stanowisko to powierzono doświadczonemu lekarzowi i organizatorowi ochrony zdrowia płk. dr. n. med. Andrzejowi Wiśniewskiemu, generałowi brygady od 11 listopada 2007 r. Nominację tę Rada Lekarska WIL i środowisko przyjęły z wielkim zadowoleniem. Otwartość nowego Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia na dialog i współpracę z samorządem szybko została potwierdzona niemal stałym jego uczestnictwem w posiedzeniach Rady i Prezydium Rady Lekarskiej WIL, co owocuje już nieporównywalnie lepszą komunikacją w obu kierunkach i zbieżnymi poglądami, co do potrze-

by i sposobów rozwiązania szeregu problemów.

Jesienne wybory i wyłoniony nowy rząd, a w nim Minister Obrony Narodowej Bogdan Klich, z wykształcenia lekarz – to z pewnością kolejny, dobry prognostyk na najbliższy czas dla wojskowej służby zdrowia. W grudniu Rada Lekarska WIL wystosowała do ministra Bogdana Klicha zaproszenie do udziału w posiedzeniu RL WIL, z nadzieją na możliwość bezpośredniego przedstawienia problemów dotyczących lekarzy wojskowych oraz cywilnych zatrudnionych w wojskowej służbie zdrowia, jak też bolączek organizacyjnych i funkcjonalnych samej służby.

Inną w swoim wymiarze zmianą, ale istotną dla funkcjonowania WIL, była zmiana na stanowisku Dyrektora Biura WIL. Kierującego biurem przez 15 lat dr. Kazimierza Cieślika wykluczyło z dalszej działalności istotne pogorszenie stanu jego zdrowia. Przez pół roku obowiązki Dyrektora Biura pełniła z powodzeniem główna księgowa WIL, pani Anna Rosowska. Pana dr. Kazimierza Cieślika, z należnym mu szacunkiem i wdzięcznością, pożegnaliśmy na posiedzeniu Rady Lekarskiej we wrześniu ub. r. Od 1 października 2007 r., zgodnie z decyzją

Rady Lekarskiej, Biurem WIL kieruje dr Zbigniew Ułanowski, związany zawodową działalnością w samorządzie lekarskim i biurze WIL od 1999 r. Rada Lekarska powierzyła mu ponadto dalsze sprawowanie funkcji redaktora naczelnego biuletynu „Skalpel”.

Na tle ogólnopolskich niepokojów, akcji protestacyjnych i strajków lekarzy oraz pielęgniarek i położnych, których źródłem od lat są te same problemy – placowe i potrzeba zmian systemowych w ochronie zdrowia, wojskowe zakłady opieki zdrowotnej wydawać się mogły w owym czasie oazami spokoju. Nie oznacza to jednak, że godziliśmy się z istniejącą sytuacją. Rada Lekarska WIL w pełni solidaryzowała się z żądaniami protestujących środowisk, wspierając je moralnie, a także finansowo, jak chociażby pielęgniarki protestujące pod Urzędem Rady Ministrów. Bez wątpienia aktywność naszą osłabiały ustawowe wyłączenia niektórych możliwości działania.

Z niepokojem i oburzeniem odnosiliśmy się do spektakularnych poczynąń i skandalicznych wypowiedzi byłego już ministra sprawiedliwości i marszałka sejmu oraz pozostającego nadal na stanowisku szefa CBA. Akcje pod sztandarami walki z korupcją nie

ominęły też wiodącej placówki wojskowej służby zdrowia – WIM i dotknęły kilku znakomitych lekarzy. Bezasadnie atakowany był też członek naszej izby – prof. dr hab. med. Wiesław Jędrzejczak. Uważamy, że o ewentualnej winie czy nadużyciach rozstrzygać powinny sądy, a nie telewizyjne spektakle, jak miało to miejsce za poprzedniego rządu.

W sprawozdawczym okresie, tj. od poprzedniego Zjazdu Lekarzy WIL, Wojskowa Izba Lekarska funkcjonowała bez zakłóceń, w warunkach finansowej stabilności, jaką dało jej tak nowe, podpisane w czerwcu ub. r. porozumienie z Ministrem Obrony Narodowej, gwarantujące WIL m.in. pełną rekompensatę ponoszonych wydatków na realizację zadań przejętych od administracji państwowej, jak również zdecydowana poprawa w zakresie wpływających do kasy składek członkowskich. Z uznaniem należy odnotować fakt regulowania przez wielu członków WIL zaległych, wielomiesięcznych, a czasem nawet i wieloletnich płatności.

W okresie międzyczajdowym Rada Lekarska i Prezydium RL WIL odbyły ogółem 10 posiedzeń (w tym 7 posiedzeń Rady) przy średniej frekwencji 71 %. Podjętych zostało ogółem ponad 600 uchwał (w tym 474 przez Radę Lekarską) w sprawach samorządowych, organizacyjnych, dotyczących rejestru lekarzy i praktyk prywatnych oraz kształcenia. Zaopiniowano 16 kandydatów na samodzielne i kierownicze stanowiska w wojskowej służbie zdrowia, rekomendowano 10 lekarzy na funkcje lekarza sądowego. Zdecydowano o przyznaniu statutowych zapomóg pośmiertnych na kwotę 25.080,00 zł i losowych – 7.000,00 zł oraz o dofinansowaniu sportowców na kwotę łączną 6260,00 zł. Rada Lekarska podejmowała ponadto uchwały w sprawie dofinansowania konferencji naukowo-szkoleniowej lekarzy organizatorów wojskowej służby zdrowia w Kiekrzu, obchodów jubileuszu 70-lecia Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, działalności koła emerytów i rencistów we Wrocławiu i konferencji organizowanych przez komisję stomatologiczną WIL.

Sprawy kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy ogniskowały w 2007 roku uwagę Rady Lekarskiej. Po poprzednim, XXIII Zjeździe, wy-

stosowane zostało do Ministra Obrony Narodowej Aleksandra Szczygły przyjęte na tym Zjeździe w dniu 30 marca 2007 r., „Stanowisko w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy”. Niestety, jak to już nieraz się zdarzało, pozostało ono bez odpowiedzi. Podnoszone od lat przez Radę Lekarską problemy w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy zostały jednak wyraźniej – co cieszy – nie tylko dostrzeżone, ale są już rozwiązywane – choć jeszcze w mikro skali – jako jeden z priorytetów działania obecnego szefa IWSZ. Także w kwestii pomocy finansowej w uzyskiwaniu specjalizacji zajął się wojskowym lekarzom światło w mroku dotychczasowej niemocy, bowiem w budżecie MON, a w dyspozycji szefa IWSZ, znalazły się na 2008 rok środki finansowe na ten cel. Nie zaspokoja one wszystkich potrzeb, ale to krok we właściwym kierunku. Ustawiczne kształcenie i doskonalenie zawodowe i obowiązek uzyskania określonej liczby punktów edukacyjnych nieodłącznie wiąże się z kosztami. Dlatego to w 2007 r. Rada Lekarska podjęła decyzję o zawarciu umowy z TIM Polska na dostęp, poprzez Internet, do kursów edukacyjnych na Medycznej Platformie Edukacyjnej dla członków Wojskowej Izby Lekarskiej. Korzystający z tej formy doskonalenia zawodowego uzyskują punkty edukacyjne nie ponosząc żadnych kosztów, bo płaci za to WIL. Należy jednak żałować, że mimo upowszechnianej o tym informacji, zarówno w biuletynie „Skalpel” jak i na stronie internetowej WIL, w okresie 6 miesięcy z tej formy kształcenia skorzystało tylko 231 członków WIL, a zaledwie 14 spośród nich pozytywnie zaliczyło testy sprawdzające.

Zjawiskiem niepokojącym, niebezpiecznym dla pacjentów i dotkliwym w konsekwencjach dla lekarzy jest problem alkoholowy. Skwapliwie temat ten podchwytują wszystkie media, a ujawniane przypadki nietrzeźwości lekarzy w trakcie wykonywania czynności medycznych negatywnie rzutują na całe środowisko. Potrzeba przeciwdziałania skłoniła Naczelną Radę Lekarską do podjęcia uchwały obligującej okręgowe rady lekarskie do powołania przez nie pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. Rada Lekarska WIL powołała więc swojego pełnomocnika, a został nim prof. dr hab. med. Wojciech Gruszczyński.

Dyrektywa unijna dotycząca czasu pracy lekarzy i odnoszące się do tego przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej skomplikowały i tak wystarczająco trudną sytuację polskich szpitali, w tym i wojskowych. Lekarze w mundurach, nie mogąc uczestniczyć w sporach płacowych, niepewni są rozwiązań, jakie dotyczyć ich będą w kwestii wynagrodzeń za dyżury medyczne. Rada Lekarska WIL wystosowała do dyrektora Biura Prawnego MON w listopadzie 2007 r. pismo, w którym zwróciła uwagę na brak konsultacji z samorządem lekarskim projektu rozporządzenia MON w sprawie czasu służby żołnierzy zawodowych, wyrażając swoje zainteresowanie projektowanymi zapisami, zwłaszcza dotyczącymi zasad i trybu odbywania dyżurów lekarskich. WIL uważa, że żołnierze zawodowi – lekarze powinni odbywać dyżury lekarskie w trybie i na zasadach analogicznych jak lekarze cywilni. Rada Lekarska przedstawiła ponadto swoje uwagi do projektu ustawy o izbach lekarskich postulując m. in. usunięcie większości dotychczasowych wyłączeń. Przewodniczący Rady Lekarskiej WIL, członkowie RL WIL i dyrektor biura WIL uczestniczyli także czynnie w procesie opiniowania szeregu aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia.

Wojskowa Izba Lekarska na początku 2007 r. liczyła 4268 członków, w tym 3944 lekarzy i 313 lekarzy dentystów oraz 11 członków posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. Wg stanu na początek stycznia 2008 r. WIL liczyła 4253 członków, tj. mniej o 15 osób, w tym 3928 lekarzy i 315 lekarzy dentystów oraz 11 posiadających podwójne PWZ. W tym gronie są 173 kobiety. W czynnej służbie wojskowej jest 1412 lekarzy i 108 lekarzy dentystów. Emerytów i rencistów jest 2729, co stanowi 64 % ogółu członków WIL. W ciągu roku (od stycznia do stycznia) ubyło z WIL do innych OIL – 14 osób, przybyło – 13, z powodu śmierci skreślonych zostało z listy WIL 13 osób, a 1 z powodu zrzeczenia się PWZ. Specjalizację uzyskało 159 lekarzy (w tym – 108 wojskowych) i 3 wojskowych lekarzy dentystów. Stopień doktora uzyskało 3 członków WIL.

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

SPRAWOZDANIE

Skarbnika Wojskowej Izby Lekarskiej za 2007 r.

Przychody Wojskowej Izby Lekarskiej za okres I-XII. 2007 r. wynoszą – **1.608.475,64 zł**, co stanowi **106%** planowanego budżetu rocznego, natomiast koszty zamknęły się kwotą **1.603.894,20 zł** i stanowią **110%** kwoty planowanej.

W dziale przychodów – wpływy stanowią:

- 1. Dotacje MON 314.000,00
- 2. Składki członkowskie 1.063.003,57
- 3. Odsetki od lokat 85.901,45
- 4. Rejestr prywatnych praktyk 75.850,00
- 5. Przychody Komisji Bioetycznej 66.317,15
- 6. Pozostałe przychody 3.437,72

W dziale wydatków koszty stanowią:

- 1. Koszty zadań przejętych od administracji państwowej – **348.525,48 zł**

w tym:

- koszty prowadzenia rejestru lekarzy i wydawania praw wykonywania zawodu – 157.262,27
- koszty Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – 107.544,63
- koszty Sądu Lekarskiego – 83.718,58

- 2. Koszty działalności samorządowej – **1.116.392,48 zł**

w tym:

- koszty administracyjne – 566.014,35
- obsługa posiedzeń Prezydium i Rady Lekarskiej WIL – 38.681,45
- koszty zjazdów – 14.583,76
- fundusz reprezentacyjny – 1.682,93
- fundusz statutowy – 56.399,00

w tym:

- zapomogi statutowe – 25.080,00
- zapomogi losowe – 7.000,00
- dofinansowania – 24.319,00

w tym:

- Z Z P I P – 2.000,00
- Konwentu Przewodniczących OIL i Redaktorów i biuletynów – 919,00
- jubileuszu 70-lecie USK Łódź – 5.000,00
- fundacji „Dom Seniora” – 2.400,00
- „Bellona”– Lisowski – 10.000,00
- konferencji naukowo-szkoleniowej, Poznań – Kiekrz – 4.000,00

– wydatki Komisji problemowych:

- komisja stomatologiczna – 3.142,80
- komisja emerytów i rencistów – 2.957,40
- komisja sportu i rekreacji – 6.260,00

– Inne planowane wydatki:

- składki członk. do NIL (15%) – 219.124,50
- ubezpieczenie mienia WIL – 4.248,06
- usługi informatyczne – LTC – 10.309,00
- koszty wydawania „Skalpela” – 172.720,85
- koszty zakupu „Lekarza Wojskowego” – 14.744,30

BHP – 5.524,07

- 3. Koszty pozostałych zadań: – **138.976,24**

w tym:

- koszty rejestru prywatnych praktyk lekarskich – 65.164,77
- koszty Komisji Bioetycznej – 73.811,47

Reasumując, saldo na dzień 31 grudnia 2007 r. jest dodatnie i stanowi kwotę **4.581,44 zł**.

Pragnę nadmienić, że majątek Izby na dzień 31.12.2007 r. wynosi – **4.316.542,57 zł**,

w tym:

- środki trwałe – **9.576,38**
- środki pieniężne w banku i kasie – **29.994,80**
- stan lokat – **4.266.000,00**
- należności krótkoterminowe – **10.971,39**

(Bank PKO TFI S.A.– nabycie jednostek uczestnictwa w Funduszu Stabilnego Wzrostu 2.500.000,00 PLN oraz umowa depozytowa ze Spółdzielczą Kasą Oszczędnościowo-Kredytową Izby Lekarskiej „SKOK” 1.600.000,00 PLN + lokata terminowa w Banku PKO BP S.A. 166.000,00 PLN).

SKARBNIK WIL
Jerzy STASZCZYK

Szanowne Koleżanki i Koledzy,
Projekt preliminarza budżetowego Wojskowej Izby Lekarskiej na 2008 r. został opracowany zgodnie z uchwałą Nr 2 Zjazdu Lekarzy WIL z dnia 22 marca 2002 r. Dochody i wydatki w budżecie przedstawione są na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie zasad prowadzenia rachunkowości.

Budżet Wojskowej Izby Lekarskiej obejmuje preliminarz działalności finansowej z dotacji budżetowej, składek członkowskich i innych źródeł wymienionych w art. 59 ust. 2 pkt 2 ustawy o izbach lekarskich.

I. Planowane dochody WIL w 2008 r. w kwocie 1.607.500,00 zł obejmują:

- 1. przychody na zadania przejęte od admin. państwowej (dotacje MON) – 314.000,-
- 2. przychody ze składek członkowskich – 1.000.000,-
- 3. przychody z pozostałej działalności: – 110.000,-
w tym:
 - rejestr prywatnych praktyk lek. – 60.000,-
 - komisji bioetyki – 50.000,-
- 4. przychody z tytułu odsetek od lokat bankowych – 180.000,-
- 5. inne operacje finansowe – 3.500,-

II. Wydatki w 2008 r. w kwocie 1.527.520,00 zł obejmują niżej wymienione rodzaje kosztów:

- 1. Koszty zadań przejętych od administracji państwowej w kwocie 314.000,00 zł,
w tym:

- a) koszty prowadzenia rejestru lekarzy i wydawania praw wykonywania zawodu – 108.847,00
- b) koszty Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – 106.082,00
- c) koszty Sądu Lekarskiego – 99.071,00

- 2. Koszty działalności samorządowej w kwocie 1.081.870,00 zł

w tym:

- a) koszty ogólne samorządowe – 884.900,00
- b) koszty wydawania „Skalpela” – 196.970,00

- 3. Koszty pozostałych zadań 131.650,00,- zł

w tym:

- a) rejestr prywatnych praktyk lekarskich – 45.650,00
- b) koszty działalności Komisji Bioetyki – 86.000,00

W preliminarzu budżetowym na 2008 r. wykazane wydatki mieszczą się w dochodach na 2008 r. i zamykają się saldem dodatnim w kwocie 79.980,00 zł.

Pragnę nadmienić, że wydatki Wojskowej Izby Lekarskiej podlegają systematycznej kontroli przez niezależ-

nego biegłego rewidenta. Ostatni audyt przeprowadzono w styczniu 2005 r., gdzie badano rzetelność, prawidłowość i jasność sprawozdania finansowego; bilans na dzień 31.12.2004 r. oraz prawidłowość ksiąg rachunkowych, stanowiących podstawę jego sporządzenia. Biegły rewident nie zgłaszał zastrzeżeń do prawidłowości i rzetelności zbadanego sprawozdania finansowego.

28 grudnia 2007 r. zostały przeprowadzone czynności kontrolne dot. realizacji umowy w sprawie współdziałania organów resortu Obrony Narodowej z Wojskową Izbą Lekarską (Dz. Urz. MON z dnia 3 sierpnia 2007 r.). Kontrolę przeprowadził przedstawiciel Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia.

SKARBNIK WIL
Jerzy STASZCZYK

Rozliczenie budżetu WIL za 2007 r.

Symbol Konta	Wyszczególnienie	Wykonanie 2007 r.	Plan 2007 r.	Uwagi
70	DOCHODY	1 608 476	1 515 000	
750	Przychody z działalności samorządowej	1 063 004	920 000	
752	Składki członkowskie	1 063 004	920 000	
750	Przychody z zadań przejętych od administracji państwowej	314 000	314 000	
751	Dotacje MON	314 000	314 000	
750	Przychody z pozostałej działalności	214 940	280 000	
753	Odsetki od lokat.	85 901	150 000	
754	Rejestr prywatnych praktyk lek.	75 850	60 000	
755	Komisja Bioetyki	53 189	70 000	
760	Przychody z działalności finansowej	16 532	1 000	
761	Inne operacje finansowe	3 403	1 000	
762	Pozostałe przychody	13 128	0	
40	KOSZTY	1 603 894	1 456 780	
40A	Koszty zadań przejętych od administracji państwowej	348 525	314 000	
40A1	Koszty prowadzenia rejestru lekarzy i wydawania pwz	157 262	105 700	
40A2	Koszty Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej	107 545	104 700	
40A3	Koszty Sądu Lekarskiego	83 719	103 600	
40S	Koszty działalności samorząd.	1 116 392	984 100	
40S1	Koszty ogólno-samorządowe	943 672	785 300	
40S2	Koszty delegatur	0	0	
40S3	Koszty wydawania „Skalpela”	172 721	198 800	
40G	Koszty pozostałych zadań	138 976	158 680	
40G1	Koszty rejestracji prywatnych praktyk	65 165	42 680	
40G2	Koszty Komisji Bioetyki	73 811	116 000	
		0	0	

Inne zamierzenia				
434		0	0	
1000	Zakup środków trwałych	0	130 000	
1002	Środki trwałe, urządzenia techniczne (dot. Komisji Bioetyki)		0	
1004	Środki trwałe pozostałe		50 000	
1005	Wypożyczenie	0	80 000	

Główna Księgowy
Anna ROSOWSKA

Skarbnik WIL
Jerzy STASZCZYK

Budżet WIL na 2008 r.

Symbol Konta	Wyszczególnienie	Wykonanie 2007 r.	Plan 2007 r.	Uwagi
70	DOCHODY	0	1 607 500	
750	Przychody z działalności samorządowej	0	1 000 000	
752	Składki członkowskie		1 000 000	
750	Przychody z zadań przejętych od administracji państwowej	0	314 000	
751	Dotacje MON		314 000	
750	Przychody z pozostałej działalności	0	260 000	
753	Odsetki od lokat.		150 000	
754	Rejestr prywatnych praktyk lek.		60 000	
755	Komisja Bioetyki		50 000	
760	Przychody z działalności finansowej	0	33 500	
761	Inne operacje finansowe		3 500	
762	Pozostałe przychody		30 000	
40	KOSZTY	0	1 527 520	
40A	Koszty zadań przejętych od administracji państwowej	0	314 000	
40A1	Koszty prowadzenia rejestru lekarzy i wydawania pwz		108 847	
40A2	Koszty Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej		106 082	
40A3	Koszty Sądu Lekarskiego		99 071	
40S	Koszty działalności samorząd.	0	1 081 870	
40S1	Koszty ogólno-samorządowe		884 900	
40S2	Koszty delegatur		0	
40S3	Koszty wydawania „Skalpela”		196 970	
40G	Koszty pozostałych zadań	0	131 650	
40G1	Koszty rejestracji prywatnych praktyk		45 650	
40G2	Koszty Komisji Bioetyki		86 000	
		0		
Inne zamierzenia				
434		0	0	
1000	Zakup środków trwałych	0	130 000	
1002	Środki trwałe, urządzenia techniczne (dot. Komisji Bioetyki)		0	
1004	Środki trwałe pozostałe		50 000	
1005	Wypożyczenie	0	80 000	

Główna Księgowy
Anna ROSOWSKA

Skarbnik WIL
Jerzy STASZCZYK

SPRAWOZDANIE
Komisji Rewizyjnej WIL za rok 2007 r.

Komisja Rewizyjna w składzie:

- Przewodniczący – dr Ryszard ZACHAR
Członkowie – dr Walenty SELIGA
– dr Mariusz CIĘCIARA

przeprowadziła kontrolę działalności finansowej WIL ustalając następujący stan faktyczny:

1. Majątek Izby na koniec 2007 r. wynosi zł ;
Na główne pozycje majątku składają się:
– środki trwałe
– wartości niematerialne i prawne
– środki pieniężne w kasie i banku
– należności

2. Dochody budżetu w 2007 r. stanowią 106% planu budżetowego, tj. zł:
Kwotowo przedstawiają się następująco:
– składki
– dotacje MON
– odsetki bankowe
– rejestr prywatnych praktyk
– Komisja Bioetyczna
– inne dochody

3. Wydatki budżetowe (1.603.894,20 zł) zrealizowano w 110% kwoty planowanej.

4. Gospodarka kasowa
Przychody gotówkowe kasy są udokumentowane dowodami kasowymi „kasa przyjmie”, natomiast wydatki rachunkami oraz dowodami „kasa wypłaci”.
Na koniec roku sprawozdawczego przeprowadzono inwentaryzację kasy:
– saldo w kwocie 739,00 zł jest zgodne z zapisem księgowym (raport kasowy nr 27/2007, raport kasowy nr 10/KB/2007)
– saldo na rachunku bankowym bieżącym wynosi 4.194,95 zł i jest zgodne z wyciągiem bankowym nr 239,
– saldo na rachunku bankowym Komisji Bioetycznej stanowi kwotę 25.060,85 zł, zgodne z wyciągiem bankowym nr 55/KB.
– stan lokat negocjowanych wynosi – 4.266.000,00 zł jest zgodny z potwierdzeniem salda (Umowa depozytowa zawartą ze Spółdzielczą Kasą Oszczędnościowo-Kredytową Izby Lekarskich „SKOK” oraz umowa PKO TFI S.A.–zlecenie nabycia jednostek uczestnictwa).

5. Księgowość jest prowadzona prawidłowo. Dowody rachunkowe pod względem merytorycznym podpisywane są przez Skarbnika Rady Lekarskiej WIL, a pod względem formalno-rachunkowym przez Główną Księgową Biura WIL.. Wydatki zatwierdza przewodniczący Rady Lekarskiej WIL lub wiceprzewodniczący RL WIL..

6. Przedstawiając powyższe sprawozdanie Komisja Rewizyjna WIL wnioskuje do Zjazdu o udzielenie absolutorium Radzie Lekarskiej w zakresie gospodarki finansowej Wojskowej Izby Lekarskiej.
- 4.316.542,57

9.576,38

-

4.295.994,80

10.971,39

1.608.475,64

1.063.003,57

314.000,00

85.901,45

75.850,00

66.317,15

3.403,47

Ryszard ZACHAR

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej WIL

SPRAWOZDANIE
Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Wojskowej Izby Lekarskiej za 2007 r.

Przedstawiam sprawozdanie obrazujące pracę Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej WIL i zespołu zastępców powołanych przez Zjazd WIL.
W okresie od 1.01.2007 r. do 31.12.2007 r. wpłynęło do Wojskowej Izby Lekarskiej a następnie do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 61 nowych spraw do rozpatrzenia.
Z poprzedniego okresu sprawozdawczego zostało do rozpatrzenia

41 spraw, co oznacza, iż w sumie podczas całego roku 2007 prowadzono 102 sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.
Ich sposób załatwienia był następujący:
● zakończono ogółem 70 spraw
● w 30 sprawach po przeprowadzeniu czynności wstępnych, sprawdzających wiarygodność informacji odmówiono wszczęcia postępowania wyjaśniającego, głównie z powodu braku

zasadności skargi. Stanowi to 42,9 % w stosunku do ilości zakończonych spraw ogółem.
● umorzono postępowanie wyjaśniające w 21 sprawach po przeprowadzeniu wyczerpującego postępowania dowodowego, podczas którego przesłuchano wiele osób, zgromadzono dokumentację lekarską i uzyskano opinie biegłych specjalistów. Stanowi to 30 % w stosunku do ilości zakończonych spraw ogółem.

- w 8 sprawach przedstawiono zarzuty lekarzom obwinionym o niestaranność i zaniedbania w procesie leczenia chorych, sporządzono wnioski o ich ukaranie i przekazano sprawę do Sądu Lekarskiego celem rozpatrzenia. Decyzja o skierowaniu wniosku
- o ukaranie oparta jest zwykle o merytoryczną ocenę biegłych powołanych do opracowania opinii specjalistycznej. Stanowi to 11,4 % w stosunku do ilości zakończonych spraw ogółem.

 - 11 spraw zakończono w inny sposób, przekazując je organom właściwym do ich rozpatrzenia lub uzyskując kompromisowe rozwiązanie konfliktu. Stanowi to 15,7 % w stosunku do ilości zakończonych spraw ogółem.
- Pozostałe 32 sprawy przechodzą na następny okres sprawozdawczy

Sprawy wdrożone w okresie od 1.01.2007 r. do 31.12.2007 r.

rodzaj skargi	pozostało z okresu poprzedniego	wznowienie	wpływ	zakończono ogółem	odmowa wszczęcia	umorzono	wnioski o ukaranie	wnioski o ukaranie (osoby)	w inny sposób	pozostało na okres następny
choroba internistyczna u dziecka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
choroba internistyczna u dorosłego	10	-	25	29	14	9	2	2	4	6
choroba chirurgiczna u dziecka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
choroba chirurgiczna u dorosłego	14	-	8	11	2	6	3	3	-	11
choroba ginekologiczno-położnicza	3	-	6	7	2	2	1	1	2	2
choroba psychiatryczna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
stomatologia	3	-	5	3	1	1	1	1	-	5
inne	11	-	17	20	11	3	1	1	5	8
Suma ogółem	41	-	61	70	30	21	8	8	11	32

Sprawy wdrożone w okresie od 01.01.2007 r. do 31.12.2007 r.

rodzaj skargi	pozostało z okresu poprzedniego	wznowienie	wpływ	zakończono ogółem	odmowa wszczęcia	umorzono	wnioski o ukaranie	wnioski o ukaranie (osoby)	w inny sposób	pozostało na okres następny
śmierć	9	-	11	14	3	7	2	2	2	6
uszkodzenie ciała, powikłania chorobowe	17	-	19	20	6	7	5	5	2	16
eksperyment nielegalny	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
korzyść materialna	2	-	1	1	-	1	-	-	-	2
poświadczenie nieprawdy	3	-	1	2	1	1	-	-	-	2
nieetyczne zachowanie lekarza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
konflikt między lekarzami	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
naruszenie praw chorych psychicznie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
inne	10	-	29	33	20	5	1	1	7	6
Suma ogółem	41	-	61	70	30	21	8	8	11	32

- czy z uwagi na brak ich rozstrzygnięcia przed upływem roku.
- Analizując treść zawartą w przesłanych skargach można wyciągnąć następujące wnioski:
- Największą grupę spraw stanowią w dalszym ciągu skargi dotyczące niestaranności w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym czyli związane z naruszeniem art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej i art. 4 ustawy o zawodzie lekarza.
 - Pacjenci niezmiennie od kilku lat skarżą się na działalność lekarzy dyżurnych w Pogotowiu Ratunkowym, którzy udzielają pomocy w sprawach nagłych, wymagających natychmiastowej reakcji. Podnoszą zwłaszcza niestaranność w przeprowadzeniu badania i zebraniu wywiadu o dotychczasowym leczeniu i dolegliwościach, a także lekceważący stosunek do chorego i jego rodziny.
- W dalszym ciągu dużą liczbę spraw stanowią skargi związane z powikłaniami chorobowymi powstałymi w wyniku nieprawidłowego leczenia lub uszkodzenia ciała.
 - Wzrasta liczba skarg dotycząca usług stomatologicznych, pacjenci skarżą się głównie na jakość wykonywanych usług.
 - Dużo skarg dotyczy sytuacji tzw. nietypowych i zdarzeń, które nie mieszczą się w zakresie oceny merytorycznej związanej z zawodem lekarza.
- Jak wynika z przedstawionego sprawozdania niewiele spraw skierowano w ubiegłym roku do Sądu Lekarskiego z wnioskiem o ukaranie lekarza (tylko 8). w sprawach umorzonych lub, w których odmówiono wszczęcia postępowania wyjaśniającego, strony pokrzywdzone często składały odwołania i zostały one przekazane do Naczelnego

Rzecznika celem rozstrzygnięcia. w tej sytuacji, gdy Naczelny Rzecznik nie podziela stanowiska Rzecznika Wojskowej Izby Lekarskiej wyrażonego w postanowieniu, ma możliwość uchylenia zaskarżonego postanowienia i sprawa ponownie trafia do rozpatrzenia. Na uwagę zasługuje fakt, iż w roku 2007 żadna decyzja Rzecznika WIL nie została uchylona na drodze odwoławczej w II instancji z rekomendacją do ponownego rozpatrzenia.

Charakter i rodzaj spraw obrazują dwie tabele przedstawiające pracę Rzecznika i Zastępców w roku 2007.

Porównując te dane ze sprawozdaniem za 2006 rok należy stwierdzić, iż utrzymują się na podobnym poziomie, jeśli chodzi o ilość spraw i sposób ich rozpatrzenia

prof. dr hab. med. **Krzysztof Chomiczewski**
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL

SPRAWOZDANIE z działalności Sądu Lekarskiego WIL za okres 1.01.2007 r. – 31.12.2007 r.

- W okresie sprawozdawczym do Sądu Lekarskiego Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie wpłynęło 10 spraw w stosunku do dwunastu lekarzy, wobec których zostały wystawione wnioski o ukaranie.
- Z poprzedniego okresu sprawozdawczego (01.01.2006 r. – 31.12.2006 r.) rozpatrzono jedną sprawę na posiedzeniu niejawnym, którą można było podjąć dopiero po zakończeniu postępowania karnego, jakie toczyło się przed sądem powszechnym.
- Jedną sprawę przekazano do rozpatrzenia innemu, właściwemu sądowi lekarskiemu, zgodnie z kompetencją.
- W okresie sprawozdawczym 01.01.2007 r. – 31.12.2007 r. Sąd Lekarski Wojskowej Izby Lekarskiej:
- dziewięć sprawy zakończył orzeczeniami – orzeczono w nich trzy kary upomnienia, jedną karę nagany oraz jedną karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres trzech lat; w trzech sprawach wydano orzeczenia o uniewinnieniu trzech lekarzy; jedną sprawę umorzono.
 - trzy sprawy odroczył w skutek konieczności uzupełnienia materiału dowodowego, z czego w dwóch sprawach toczą się jednocześnie postępowania karne. Fakt zakończenia takiego postępowania w zdecydowa-

nej większości przypadków jest wręcz konieczny, zanim sprawę rozpatrzy Sąd Lekarski.

W wielu sprawach występują coraz poważniejsze zarzuty prokuratury wobec członków naszej izby. Dlatego właściwa ocena postawy zawodowej lekarza bez oparcia się na wyroku sądu powszechnego jest często wręcz niemożliwa. Tym bardziej, że sądy powszechne i wojskowe wydają wyroki zarówno skazujące jak i uniewinniające.

W omawianym okresie sprawozdawczym Sąd Lekarski Wojskowej Izby Lekarskiej odbył łącznie dwanaście posiedzeń.

Przewodniczący Sądu Lekarskiego Wojskowej Izby Lekarskiej
płk lek. **Sławomir Marat**



IX NADZWYCZAJNY KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Na sali obrad. Na pierwszym planie prof. Tadeusz Chruściel, za nim dr Krzysztof Makuch.

Rzecznik Praw Obywatelskich – dr Janusz Kochanowski, rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – prof. A. Lewiński, prorektor ds. klinicznych i kształcenia podyplomowego AM w Białymstoku – prof. Marek Rogowski, prezesi towarzystw naukowych: prof. Wojciech Witkiewicz – prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich, prof. Alicja Chybicka – prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, przedstawiciele: Porozumienia Zielonogórskiego, Narodowego Funduszu Zdrowia, byli Prezesi NRL: prof. Tadeusz Chruściel i dr Krzysztof Madej i wiele innych znanych osób ze świata polityki i nauki.

Prezes NRL, Konstanty Radziwiłł dokonując oceny minionych dwóch lat stwierdził, że był to okres

zarówno dobry jak i zły. Dobry, bo dokonała się na niespotykaną dotąd skalę konsolidacja środowiska, bo nastąpił ogromny postęp w medycynie, dzięki któremu pacjenci leczeni byli lepiej, bo nastąpił wzrost nakładów na ochronę zdrowia i znaczący, chociaż jeszcze nie do końca zadowalający wzrost wynagrodzeń. Zły, bo był to okres akcji protestacyjnych i strajków, bo dostęp lekarzy do specjalizacji nadal nie zadowala, bo wynagrodzenia najmłodszych lekarzy – stażystów i rezydentów – pozostają urągająco niskie. Krytycznie skomentował działania rządu w sferze próby reformowania ochrony zdrowia oraz wytknął szereg słabości w każdej z czterech zapowiadanych ustaw.

Podsumowując stwierdził, że projekty tych ustaw nie stanowią przełomu, że nie są tym, na co czekają lekarze, że trzeba o tym rozmawiać oraz że politycy „zdrowotni” są za słabi w sensie politycznym, aby przekonać i przebić się do decydentów z rzeczywistymi potrzebami. „Nie ma reformy bez pieniędzy, bez zwiększenia nakładów nic z tego nie będzie i to politycy obecni na Zjeździe powinni sobie uświadomić” – mówił Konstanty Radziwiłł.

Gość Zjazdu, Rzecznik Praw Obywatelskich dr Janusz Kochanowski w swoim wystąpieniu stwierdził, że doraźne postępowanie rządów doprowadziło do dekompozycji systemu i pacjent wymaga dziś szczególnego wsparcia, a reforma nie może się z kolei dokonać bez akcepta-

Przewodniczący OZZL, Krzysztof Bukiel.



Rzecznik Praw Obywatelskich, dr Janusz Kochanowski.

cji jej przez wszystkie siły polityczne. Niezbędna jest umowa społeczna akceptowana przez społeczeństwo. Stwierdził też, że żaden z dotychczasowych rządów nie miał jasnej i przemyślanej koncepcji reform. Podnoszenie składki przy nieefektywnym zarządzaniu środkami zdaniem dr. J. Kochanowskiego jest nieuzasadnione.

Krzysztof Bukiel – przewodniczący OZZL pytał, czy samorząd lekarski upoważni związek do zawarcia z rządzącymi paktu społecznego na 2 lata, gwarantującego spokój i późniejsze rozliczenie efektów.

Uroczystym momentem Zjazdu, który nastąpił po wystąpieniach gości, było uhonorowanie zasłużonych lekarzy odznaczeniem *Medicus pro Medici*. Dokonał tego, w imieniu kapituły odznaczenia, kanclerz odznaczenia dr Włodzimierz Bednorz. Wyróżnieni zostali: prof. Krystyna Rowecka-Trzebiecka, dr Tadeusz Matuszewicz i dr Halina Porębska (nieobecna na Zjeździe z powodu choroby). Miłym akcentem było też wręczenie laurów najlepszym w 2007 roku sportowcom lekarzom. Ich sylwetki przedstawił kol. Krzysztof Makuch – przewodniczący komisji sportu, turystyki i rekreacji NRL. Wyróżnieni zostali: dr Mirosława Przyłuska, dr Jerzy Starzyk

Prezes NRL, dr Konstanty Radziwiłł.



U góry, po lewej – dr Włodzimierz Bednorz, odznaczony medalem Medicus pro Medici; prof. Krystyna Rowecka-Trzebicka i dr Tadeusz Matuszewicz, z tyłu – dr K. Radziwiłł. Na zdjęciu po prawej – dr Andrzej Włodarczyk, wiceminister zdrowia. Na zdjęciu na dole – przedstawiciele WIL podczas głosowania: prof. Jerzy Kruszewski i dr Jerzy Staszczuk.



i dr Sebastian Kawa. Odnosili oni sukcesy, jakich pozazdrościć im mogą uprawiający sport zawodowo.

Dalsza część Zjazdu miała już czysto roboczy charakter. Wybrane zostały organy Zjazdu: przewodniczący, prezydium i komisje zjazdowe. Przewodniczącym Zjazdu został dr Andrzej Sawoni, a jednym z wiceprzewodniczących, prof. Marian Brocki – przewodniczący WIL. W gorących dyskusjach nie brakowało emocji i sporów, zwłaszcza w kwestii finansowania ochrony zdrowia. Minister Zdrowia, Ewa Kopacz stanowczo twierdziła, że „nie ma zgody na dolewanie pieniędzy do źle funkcjonującego systemu”, na co Prezes NRL, K. Radziwiłł odpowiadał, że „bez dodatkowych pieniędzy reforma nie może się udać”. Pani minister zaprosiła prezesa NIL, Konstantego Radziwiłła do udziału w „szczyście zdrowotnym” z udziałem premiera, Donalda Tuska. Zaproszenie zostało przyjęte, ale dano też do zrozumienia, że lekarze domagać się będą od szefa rządu gwarancji stopniowego wzrostu płac do poziomu dwóch średnich krajowych dla lekarza bez specjalizacji i trzech średnich – dla specjalisty. ➔

APEL nr 7

**Nadzwyczajny IX
Krajowy Zjazd Lekarzy
z dnia 12 stycznia 2008 r.
do lekarzy i lekarzy
dentystów**

Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy, po wysłuchaniu głosów lekarzy i lekarzy dentystów – emerytów i rencistów, przypomina o treści art. 67 Kodeksu Etyki Lekarskiej, dotyczącego bezpłatnego leczenia lekarzy, lekarzy dentystów oraz członków ich najbliższej rodziny.

Przewodniczący:
Andrzej Sawoni

Zastępcy Przewodniczącego:

Maciej Borowiecki
Marian Brocki
Ryszard Golański
Ewa Jędrzejczak-Opałka
Janusz Kleinrok
Anna Lella
Wojciech Marquardt

Sekretarze:

Stanisław Ancyparowicz
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska
Antoni Jakubowicz
Marianna Kawa-Keisner
Danuta Kozłowska-Trusewicz
Krystyna Małecka
Jolanta Szczurko

Końcowym efektem prac IX Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy było:

- podjęcie uchwały w sprawie upoważnienia Prezesa NRL do zawarcia z Prezesem Rady Ministrów w sprawie minimalnego wynagrodzenia lekarza i lekarza dentysty;
- przyjęcie 7 stanowisk (m.in. w sprawie czasu pracy lekarzy w szpitalach oraz w sprawach sytuacji w ochronie zdrowia, środowiska lekarskiego, roli samorządu lekarskiego);
- przyjęcie 7 apeli (w tym: do ministra zdrowia, do NRL oraz do lekarzy i lekarzy dentystów).

tekst i foto:
Zbigniew UŁANOWSKI

Nowe uprawnienia kombatantów do świadczeń zdrowotnych

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. nr 166, poz. 1172), na prośbę Dyrektora Departamentu Stowarzyszeń i Spraw Socjalnych w Urzędzie ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych, informujemy lekarzy o zmianach w prawie, dotyczących tej grupy pacjentów:

- rozszerzeniu uległy uprawnienia do bezpłatnego zaopatrzenia w leki oznaczone symbolami „Rp” lub „Rpz”, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej o małżonki pozostające na wyłącznym utrzymaniu męża – osoby represjonowanej oraz wdowy i wdowców pozostałych po osobach represjonowanych uprawnionych do renty rodzinnej;

(przez osobę represjonowaną rozumie się osobę, która została zaliczona do jednej z grup inwalidów wskutek inwalidztwa pozostającego w związku z pobytem w miejscach, o których mowa w art. 3 i 4 ust. 1 ustawy o kombatantach, tj. np. w niewoli lub obozach podległych Głównemu Zarządowi ds. Jeńców Wojennych i Internowanych NKWD, w hitlerowskich więzieniach i poprawczych obozach pracy oraz poprawczych koloniach pracy podległych Głównemu Zarządowi Obozów i Kolonii Poprawczych NKWD, a także w więzieniach lub innych miejscach odosobnienia na terytorium Polski, w gettach, na przymusowych zesłaniach i deportacji do ZSRR, w więzieniach lub innych miejscach odosobnienia na terytorium Polski na mocy skazania w latach 1944-1956)

- przyznaniu kombatantom (obok inwalidów wojennych i wojskowych oraz osób represjonowanych) uprawnień do korzystania bez skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych);
- przyznaniu kombatantom obok inwalidów wojennych i wojskowych uprawnień do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

(red.)

Medbroker Sp. z o. o.

Dbamy o Twój spokój

Ubezpieczenia dla lekarzy

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

www.medbroker.pl

Jubileusz 80 urodzin prof. dr hab. n. med. Tadeusza Mosiniaka

W dniu 23.10.2007 w Sali Rady Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi odbyło się uroczyste posiedzenie poświęcone jubileuszowi 80 urodzin prof. dr hab. n. med. Tadeusza Mosiniaka. W trakcie posiedzenia drogiemu jubilatowi JM Rektor wręczył list gratulacyjny wraz z życzeniami w imieniu własnym oraz Senatu Uczelni. Mając na uwadze ogromne zasługi tego wybitnego nauczyciela akademickiego, uczonego, działacza i organizatora Wojskowej Służby Zdrowia postanowiono przybliżyć jego sylwetkę w niniejszym opracowaniu.

Płk w st. spocz. prof. dr hab. n. med. dr farm. Tadeusz Mosiniak urodził się 8 października 1927 r. w Łodzi. Do wybuchu II wojny światowej uczęszczał do Prywatnej Szkoły Towarzystwa Społecznego Polskiego Gimnazjum Męskiego w Łodzi. Po zamknięciu przez Niemców szkoły w grudniu 1939 r. do pewnego czasu uczęszczał na zorganizowane tajne Komplety nauczania, jednak na skutek coraz silniejszego terroru okupanta, dla bezpieczeństwa profesorów i uczniów nauczanie to zostało przerwane.

W okresie okupacji niemieckiej został zmuszony w latach 1942-45 roku do wyniszczającej pracy w Móbel Fabrik Julius Rejt. Po zakończeniu wojny ukończył szkołę średnią i po uzyskaniu świadectwa dojrzałości w 1948 r. wstąpił na Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Łódzkiego, który ukończył w 1952 r., uzyskując stopień magistra farmacji. W tym samym roku został powołany na Kurs Przeszkolenia Oficerów Służby Zdrowia przy Wojskowym Centrum Wyszkożenia Medycznego w Łodzi, po ukończeniu którego został skierowany do pełnienia służby w Jednostce Wojskowej we Wrocławiu a na-

stępnie w Poznaniu w 1954 r. Po przeszkoleniu w Wyższej Szkole Piechoty w Rembertowie zostaje wytypowany do specjalistycznego Wyższego Kursu Akademickiego w Wojskowej Akademii Medycznej im. Kirowa w ówczesnym Leningradzie z zakresu organizacji zabezpieczenia medycznego i zaopatrzenia materiałowego wojsk, który ukończył z wyróżnieniem.

Po powrocie do kraju w 1956 r. został wyznaczony na stanowisko zastępcy dyrektora nauk w Wojskowym Centrum Wyszkożenia Medycznego w Łodzi. W 1958 r. na własną prośbę rezygnuje z wysokiego stanowiska administracyjnego, przechodzi do pionu pracy dydaktyczno-naukowej na stanowisko starszego asystenta w tworzonej wówczas Wojskowej Akademii Medycznej, której był współorganizatorem.

Profesor T. Mosiniak w czasie studiów na Uniwersytecie Łódzkim oraz w Akademii Medycznej w Łodzi pracował aktywnie w akademickich organizacjach młodzieżowych: Bratniej Pomocy i Zrzeszeniu Studentów Polskich, był czterokrotnie starostą roku oraz vice przewodniczącym Studenckiego Koła Naukowego.

W 1964 r. obronił i uzyskał stopień doktora farmacji na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Łodzi na podstawie pracy nt.: „Ocena osuszaczy krzemionkowych produkcji krajowej w celu zastosowania ich do osuszania wnętrza opakowań leków”. W tymże roku został adiunktem w Wojskowej Akademii Medycznej. W 1969 r. został powołany na stanowisko kierownika Zakładu Farmacji Wojskowej Instytutu Medycyny Wojskowej Wojskowej Akademii Medycznej, Komendant Uczelni powierzył mu jednocześnie funkcję kierownika (dziekana) Studium Farmaceutycznego i Analityki Medycznej Wojskowej Akademii Medycznej.

W 1975 r. uzyskał stopień doktora habilitowanego nauk medycznych na Wydziale Lekarskim Wojskowej Akademii Medycznej na podstawie rozprawy nt.: „Ocena skutków radiacyjnych na wybrane środki lecznicze i materiały opatrunkowe służby zdrowia”.

Od 1972 r. jest specjalistą II stopnia z zakresu organizacji i taktyki służby zdrowia (OTSZ) i organizacji ochrony zdrowia (OOZ), a w 1975 r. uzyskał II stopień specjalizacji z zakresu farmacji stosowanej. W 1978 r. został wyznaczony na stanowisko zastępcy Komendanta Instytutu Medycyny Wojskowej WAM ds. naukowych, a od 1984 r. został Komendantem tegoż instytutu.

Dorobek naukowy płk prof. dr hab. n. med. Tadeusza Mosiniaka liczy 157 prac z zakresu organizacji ochrony



Profesor Tadeusz Mosiniak.

zdrowia i organizacji zaopatrzenia medycznego wojsk oraz chemii leków i farmacji stosowanej. Działalność naukowa Profesora obejmowała dwa kierunki badań. Jeden kierunek dotyczył organizacji zaopatrzenia i wyposażenia medycznego Sił Zbrojnych.

Prace z tego zakresu dotyczą usprawnień organizacji zaopatrzenia i wyposażenia medycznego różnych rodzajów wojsk i służb. Między innymi prowadził badania nad unowocześnieniem polowego wyposażenia wojskowej służby zdrowia w aspekcie postępu w dziedzinie techniki współczesnej. Opracował model opatrunku włókninowego trójwarstwowego. Model ten został opatentowany. Opracował także typ specjalnego opatrunku pooparzeniowego, który został wdrożony do produkcji przemysłowej. Współuczestniczył także w opracowaniu zestawu roślin leczniczych mogących mieć zastosowanie w warunkach ekstremalnych. Jest autorem cyklu prac na temat możliwości produkowania płynów infuzyjnych do stosowania w warunkach polowych. Opracował wdrożony prototyp noszy siatkowych służących do dezynfekcji i dezaktywacji chorych i rannych leżących oraz zestaw ćwiczebny imitatorów urazów ciała ludzkiego.

Drugi kierunek badań prowadzonych przez płk prof. dr hab. n. med. Tadeusza Mosiniaka dotyczy ustalenia kryteriów do oceny skutków destrukcyjnego działania naturalnych i bojowych czynników zewnętrznych na środki lecznicze i materiały medyczne. Prace z tego zakresu związane były głównie z ustaleniem stopnia rozkładu hydrolitycznego środków leczniczych przechowywanych przez dłuższy okres czasu oraz z opracowaniem sposobów zapobiegania tym procesom. Brał również czynny udział w pracach dotyczących wykrycia zmian, jakie zachodzą w środkach leczniczych i materiałach medycznych w następstwie działania na nie promieniowania jonizującego. Uzyskane dane stanowią istotny i oryginalny wkład do nauki w dziedzinie oceny skutków działania radiacyjnego, na środki lecznicze i materiały medyczne.



Wręczenie dyplomów absolwentom Wydziału Farmacji AM w Łodzi, 1992 r.

Płk prof. Tadeusz Mosiniak określił warunki, kiedy te środki i materiały napromienione mogą być w pełni lub częściowo wykorzystane, jak też kiedy nie można się nimi posługiwać przy udzielaniu pomocy rannym i chorym. Był opiekunem 5 przewodów habilitacyjnych. Pod jego kierunkiem wykonano 12 prac doktorskich obronionych na Wydziale Lekarskim WAM oraz wiele prac magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Łodzi.

Był recenzentem 32 prac doktorskich, 1 podręcznika i 6 skryptów. Przez wiele lat był Przewodniczącym Krajowej Komisji Egzaminacyjnej MON ds. uzyskiwania specjalizacji I-go i II-go stopnia. Pod Jego wieloletnim kierownictwem 51 oficerów – farmaceutów uzyskało i stopień specjalizacji, a 66 II stopień specjalizacji z zakresu Organizacji i Taktyki Służby Zdrowia i Organizacji Zaopatrzenia Medycznego. Jest samodzielnym autorem jednego podręcznika oraz współredaktorem drugiego, interdyscyplinarnego dla potrzeb ówczesnego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Jest posiadaczem trzech patentów: „Włókninowy opatrunek” (Urząd Patentowy PRL świadectwo autorskie o dokonaniu wynalazku nr 49073, m rejestracyjny 66813 z dnia 21 kwietnia 1973 r.), „Zestaw imitatorów urazów ciała ludzkiego” (Urząd Patentowy PRL MP 2044718 z dnia 17 lutego 1978 r.) oraz Urządzenie „Pojemnik prześcieradeł jednorazowego użytku” (Urząd Patentowy PRL świadectwo autorskie nr 38125 i Prawo ochronne nr 3124 z 1980 r.).

Tytuł profesora uzyskał 11 lipca 1985 r. Prof. dr hab. n. med. T. Mosiniak organizował Zjazdy Naukowe o zasięgu krajowym i zagranicznym, był współorganizatorem 18 Konferencji Naukowo-Szkoleniowych. Czynnie uczestniczył w 31 Zjazdach i Konferencjach naukowych krajowych i zagranicznych. Prof. dr hab. n. med. T. Mosiniak był i jest doświadczonym nauczycielem akademickim. Od 1958 roku nieprzerwanie prowadzi wykłady, ćwiczenia i seminaria z zakresu organizacji zaopatrzenia medycznego i materiałoznawstwa sanitarnego dla słuchaczy Wydziału



Ceremonia wręczenia dyplomów ukończenia studiów w WAM w Łodzi. Sala Rady Miejskiej w Łodzi Rok akademicki 1990/1991.



Pożegnanie z mundurem, Sala Tradycji Wojskowej Akademii Medycznej, Łódź 1994 rok.

Lekarskiego, Studium Stomatologicznego, Studium Farmaceutycznego WAM, jak również dla słuchaczy Ośrodka Szkolenia Rezerw Służby Zdrowia WAM, także przez wiele lat, od 1959 do 1975 r. prowadził wykłady i ćwiczenia dla studentów Wydziałów Lekarskiego, Farmaceutycznego i Oddziału Stomatologicznego Akademii Medycznej w Łodzi.

Kolejno przeszedł przez wszystkie stanowiska nauczyciela akademickiego, od asystenta do kierownika Zakładu i Komendanta Instytutu. Za osiągnięcia w dziedzinie nauki i pracy dydaktyczno-wychowawczej rektor WAM nadał mu w 1977 roku zaszczytny tytuł Przewodniczącego Nauczyciela Akademickiego.

Płk prof. dr hab. n. med. T. Mosiniak był aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Za zgodą Zarządu Głównego tegoż Towarzystwa utworzył jedyną w kraju Sekcję Farmacji Wojskowej przy Oddziale Łódzkim, której został przewodniczącym od chwili jej powstania. Od wielu lat jest członkiem Zarządu Oddziału Łódzkiego PTF. Za wieloletnią i ofiarną pracę na rzecz Towarzystwa Oddział w Łodzi przyznał mu z okazji 30-lecia dyplom uznania. Był także członkiem Zarządu Głównego oraz wiceprezsem Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Badań Radiacyjnych im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Płk prof. dr hab. n. med. Tadeusz Mosiniak pełnił odpowiedzialne funkcje, m.in.: był członkiem Kolegium Radiacyjnego Biuletynu Wojskowej Akademii Medycznej, Zastępcą Przewodniczącego Komisji ds. Wynalazczości i Nowatorstwa Wojskowej Akademii Medycznej (1964-1980), członkiem Rady Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Łodzi (od 1967 r.), członkiem Rady Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej oraz sekretarzem Rady Naukowej Wojskowej Akademii Medycznej (1967-1969), Przewodniczącym Rady Naukowej Instytutu Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk WAM (od 1984 r.), członkiem Komisji Zastosowań Praktycznych Komitetu Podstawowych Nauk Medycznych Wydziału VI Polskiej Akademii Nauk (1972-1980), był także członkiem



Wręczenie Dyplomów Doktorskich. Budynek Wydziału Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 2004 r.

1984 r.), a także wieloletnim członkiem Polskiego Czerwonego Krzyża.

Za całokształt działalności naukowo-badawczej i dydaktyczno-wychowawczej został odznaczony: Krzyżem Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Złotym, Srebrnym i Brązowym Medalem „Za Zasługi dla Obronności Kraju”, Złotym, Srebrnym i Brązowym Medalem „Siły Zbrojne w Służbie Ojczyzny”, Odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, Medalem „XL PRL”, Złotym, Srebrnym i Brązowym Medalem Wojskowej Akademii Medycznej, Odznaką Honorową PCK III i II stopnia, Srebrną Odznaką „Zasłużony Działacz Ligi Obrony Kraju”, Honorową Odznaką Miasta Łodzi, Srebrną Odznaką „Młodzież dla postępu”, Medalem „W uznaniu zasług położonych w podnoszeniu gotowości obronnej służby zdrowia i opieki społecznej”, Dyplomem oraz Odznaką i Tytułem „Racjonalizatora Wojskowego”, Medalem Pamiątkowym Akademii Medycznej w Łodzi „za wieloletnie nauczanie studentów Wydziałów: Lekarskiego, Stomatologicznego i Farmaceutycznego”.

Płk prof. dr hab. n. med. Tadeusz Mosiniak był wielokrotnie nagradzany i wyróżniany wieloma dyplomami uznania, między innymi przez: Ministra Obrony Narodowej, Głównego Inspektora Techniki WP, Głównego Kwatermistrza WP, Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Rektora Akademii Medycznej w Łodzi, Komendanta Wojskowej Akademii Medycznej oraz dowódcę Marynarki Wojennej.

W chwili obecnej prof. dr hab. n. med. Tadeusz Mosiniak nadal czynnie uczestniczy w procesie dydaktycznym i naukowym Zakładu Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prowadząc wykłady, recenzując prace doktorskie oraz magisterskie a również biorąc czynny udział w konferencjach naukowych, szczególnie o tematyce z zakresu obronności kraju.

płk rez. prof. dr hab. n. med. **Andrzej BUCZYŃSKI**

Rozważania o czasie

Wstęp

Dyrektywa prawa unijnego, mówiąca o 48 godzinnym tygodniu pracy lekarzy na terytorium wszystkich państw – członków UE, zobowiązała również Polskę do jej wypełnienia. Jednak od samego początku wywołała spory rozgłos. Liczni politycy i eksperci służby zdrowia z pewną obawą wypowiadali się na jej temat. Wiele z tych opinii i głosów wskazywało na bezpośrednie trudności prawno-organizacyjne, ostrzegając przed nimi szpitale i placówki medyczne. W tych tonach ostrzeżenia, szczególnie podkreślano ewentualne skutki ekonomiczne, jakie by się wiązały z tytułu wprowadzenia w życie tej dyrektywy.

Niemniej jednak, niezależnie od wagi tych wypowiedzi, wszystkie one wynikały z autentycznej troski o kondycję służby zdrowia. I jakkolwiek były to głosy alarmujące, to jednak należy nam zauważyć, że po raz pierwszy pojawił się nowy przedmiot uwagi w dyskusji publicznej. Dotąd w Polsce głównymi tematami były: wolność, solidarność, demokracja itp. Natomiast w związku z tą dyrektywą pojawił się w debacie publicznej, temat o wiele istotniejszy, który w prawdzie dotyczył tylko jednej grupy zawodowej, mianowicie lekarzy, to jednak swoją doniosłością objął całe społeczeństwo. Tym tematem jest pojęcie „czasu”, a ściślej mówiąc stosunek pracodawcy do czasu pracy i odpoczynku pracobiorcy.

Podejmując się refleksji nad tak ujętym tematem, w pierwszej należy dostrzec istotny związek „czasu” z porządkiem cywilizacyjnym, który przekłada się w całej rozpiętości na organizację życia społecznego człowieka¹. O tej organizacji życia ludzi, w sposób nowy mówi powyższa dyrektywa, wnosząc przy tym w krwioobieg polskiej służby zdrowia nowe regulacje prawno-organizacyjne. Dyrektywa ta wezwała również Polaków

do zadania sobie umysłowego trudu nad wieloaspektowym pogłębieniem zrozumienia sensu i pojęcia „czasu”, co wydaje się postulatem słusznym dla obecnego etapu rozwoju Polski, która swoją przyszłość związała z Unią Europejską. Odpowiada on zresztą nastrojom współczesnych Polaków, którzy również autentycznie pragną zrewidować swoje podejście do istniejącego poglądu na temat „czasu” i jego roli w życiu publicznym.

Dzisiaj lekarze stanęli przed tym nadzwyczajnym zadaniem głębszego zrozumienia pojęcia czasu. Tym samym otworzyli publiczną dyskusję dla innych grup zawodowych w tym temacie. Jest, bowiem rzeczą oczywistą, że wszyscy uczestniczymy w procesie rozwoju cywilizacyjnego naszego kraju i nie sposób go utrzymać, nie posiadając wyraźnie zdefiniowanego stosunku do „czasu”.

„Rzędne etyczne” a czas

Rozwój każdego społeczeństwa, narodu, lub państwa zależy bardziej od abstraktów, niż od czynników materialnych. W zasadzie ten pochod pojęć abstrakcyjnych zaczyna się już od samego rozumienia pojęcia „czasu”².

We wszystkich społecznościach pojęcie czasu rozumiane było dwójako. Po pierwsze, od zarania dziejów człowieka wśród społeczeństw istniały różne sposoby jego mierzenia. Dla przykładu czas odliczano: kierując się porami roku, nowiem księżyca, itp. Takie sposoby jego mierzenia, bezpośrednio wpływały na organizację życia społecznego, o czym mówią nam liczne świadectwa historyczne. One także wpływały na ludzkie wzorce zachowań i w dużym stopniu kształtowały postawy moralno-intelektualne ludzi. Mówiąc ogólnie, one wpływały na model wzajemnych stosunków międzyludzkich. Po wtóre, człowiek

również dążył do opanowania czasu, podobnie jak to czynił w stosunku do przestrzeni³. Opanowanie czasu zawsze wiązało się z określoną jego koncepcją, która była stosowana w praktyce życia zbiorowego. Szczególnie obszar życia moralnego ludzi był regulowany przez „czas”. Wyraźnie o tym mówi nam etyka. To ona regulowała moralnością ludzi. Sama precyzyjnie oparta na „rzędnych etycznych”, wznosiła zdrowy gmach życia zbiorowego ludzi. Ten trud wznoszenia opierał się między innymi na zrozumieniu ważnych pojęć, takich jak: obowiązek, bezinteresowność, odpowiedzialność, sprawiedliwość, sumienie i stosunek do czasu pracy i wypoczynku⁴.

Rozważając „rzędne etyczne”, warto pokrótce zwrócić uwagę na kategorię „czasu”. W odniesieniu do tej kategorii, szczególne znaczenie dla praktyki życia społecznego ma pojęcie obowiązku. Przez pojęcie obowiązku uważano podstawowy termin etyczny, który jest moralnym zobowiązaniem do dokonania jakiegoś czynu lub powstrzymaniu się od jakiegoś działania⁵. Trzeba przy tej okazji dopowiedzieć, że po wielokroć zawsze z obowiązkiem łączy się bezinteresowność. Ona postrzega obowiązek wbrew interesowi własnemu. Tak więc bezinteresowny człowiek to ten, który najmniej dba o swoje własne prawa.

Jednak do zagadnienia bezinteresowności należy podejść z dużą etyczną dojrzałością, albowiem wydaje się czymś słusznym, by z jednej strony zachęcając w moralności ludzkiej do bezinteresowności skłaniać ludzi do takiego działania, które byłoby wolne od wszelkich roszczeń. To jednak z drugiej strony musimy pamiętać, żeby moralność skłaniała do takiego wychowania człowieka, by on umiał strzec w sposób godziwy i należyty swoich nabytych praw. Stąd etyka, a z nią etyczne działanie musi nie tylko bronić własnych praw, ale na gruncie sprawiedliwości powinna w ludzkiej świadomości wyraźnie określić obowiązek poszanowania cudzych praw.

1 Por. F. Koneczny, Prawa dziejowe, Komorów 1997, wyd. Antyk. S. 24 –54.

2 Por. F. Koneczny, O wielości cywilizacji, Kraków 1977, s. 282.

3 Por. L. Gawor, O wielości cywilizacji, Filozofia społeczna Feliksa Konecznego, Lublin 2002, s. 84.

4 Por. F. Koneczny, Rozwój moralności, Komorów 1997, s. 34.

5 Słownik filozoficzny, pod red. J. Hatmana, Kraków 2004, s. 158.

Etyka wolnego czasu

Niemniej jednak trzeba stwierdzić, że siła bezinteresowności jest nadzwyczajna. W tej postaci najczęściej występuje ona w rodzinie, która pełna jest przykładów zupełnego poświęcenia. Dlatego od ilości tej cnoty u ludzi zależy nie tylko los rodziny, ale również w znacznej mierze losy narodu i państwa.

Jednak chcąc zrozumieć sedno sprawy tkwiącej w treści stosunku człowieka do czasu, należy również odwołać się do kategorii „*odpowiedzialności*”. Najogólniej, „*odpowiedzialność*” to relacja działającego podmiotu do jego czynów świadomych i wolnych, polegająca na tym, że dobro lub zło zawarte w treści spełnionego przezeń czynu staje się częścią składową moralnej treści jego osobowości, wskutek czego on ponosi związane z tym czynem konsekwencje⁶. Tak rozumiana „*odpowiedzialność*” człowieka, w sposób ścisły odwołuje się do jego aktywnego życia. Albowiem w niej, jak w źródle rodzą się potężne siły duchowe, które wprost przekładają się zapał w do czynu i często wiedą ludzkie życie do heroizmu. Dlatego odpowiedzialnym może być tylko taka osoba, która jest twórcą własnych czynów i celów. Odnosząc je do „*czasu*”, należy pamiętać, że człowiek nie tyle ponosi „*odpowiedzialność*” za ich przyczynę, co przede wszystkim za swoje celowe działanie. Innymi słowy, ona występuje w życiu ludzkim, zawsze w trybie *post actus humanus*, o czym należy pamiętać⁷.

W tej perspektywie ważną sprawą staje się kwestia organizacji życia publicznego, a w niej posiadanie dobrych i godziwych celów. One ze wszech miar podporządkowują życie ludzkie zasadzie prawdy, dobra i piękna, które razem kierują człowiekiem ku twórczej aktywności. Tkwiąc w niej, człowiek sensownie przeżywa swój „*czas*” życia. Właśnie zrozumienie tego sensu przeżywanego „*czasu*” życia jest jednym z najtrudniejszych moralnie spraw, przed którą każdy człowiek musi stanąć i z nią się zmierzyć. Podejście do tej sprawy z odpowiedzialnością za życie, w jakimś sensie chroni nas prze następstwami moralnego upadku.

Konkludując, należy powiedzieć, że luki w poczuciu odpowiedzialności za ludzkie życie wynikają z luźnego traktowania „*czasu*”, a taka sytuacja zawsze stanowi kalektwo moralne, które wcześniej czy później pociągnie za sobą nie tylko niedomagania duchowe, ale również przyczyni się ciężkiego spustoszenia sił fizycznych człowieka. Dlatego, by człowiek w sposób odpowiedzialny kierował się w swoim życiu musi podjąć z wielkim staraniem refleksję nad „*czasem*” swojego życia.

Refleksja o czasie

W perspektywie powyższych rozważań wyrazić można pewne przekonanie, że „*czasu*” nie da się sprowadzić jedynie do faktu o znaczeniu psychospołecznym. On ma znaczenie o wiele głębsze. Bowiem już sama natura ludzka domaga się, by człowiek miał do dyspozycji jakiś odcinek innej „*czasowości*”, w której byłby całkowicie uwolniony od obciążeń pracy, bądź oderwany od koniecznych obowiązków. Innymi słowy chodzi o to, by posiadał taki „*czas*”, w którym miałby chwilę dla siebie samego i w którym mógłby dokonać koniecznej regeneracji fizycznych i psychicznych sił.

W świetle antropologii filozoficznej uważa się, że zarówno praca, jak i wolny czas mają swoją specyficzną funkcję w samourzeczywistnianiu się człowieka, która sprowadza się do wzrostu jego podmiotowości. A tym samym do pełnego rozwoju jego osobowości.

W ludzkim życiu ma miejsce zarówno praca, jak i odpoczynek. Te obie przestrzenie przeżywania „*czasu*”, jeśli są przeżywane w sposób odpowiedzialny, to są zawsze doświadczone przez człowieka w sposób celowy. Zresztą one w ludzkim życiu nigdy nie są osobnymi okresami, lecz stanowią trwałe budulec jego osobowego wnętrza. Aktywność człowieka związana z pracą, jak i odpoczynkiem tworzy zawsze wewnętrzną jedność i specyficzną rytmikę⁸.

To urealnienie wiąże się z przeżywaniem „*czasowości*” ludzkiego

życia. Owo przeżywanie, z jednej strony zawiera materialny element czasu związany z określonymi procesami fizycznymi, które trwają jakieś minuty, godziny, dni, tygodnie i lata. Zaś z drugiej, w przeżywaniu tejże „*czasowości*”, mamy do czynienia z czasem psychologicznym. I wówczas o ile obiektywnie czas ma swą niezmienną miarę, to o tyle subiektywnie, on może być doświadczany na różny sposób i w osobistym życiu człowieka może ulegać skróceniu lub wydłużeniu. Za tym czas ma również swój głębszy, duchowy wymiar. K. Rahner określa go, jako sposób stawania się w skończonej wolności, gdzie każdy człowiek realizuje swój byt, rozumiany jako możliwość spełnienia się we własnych celach⁹.

Kluczem tej realizacji jest przede wszystkim jego wolność. Etymologia słowa wolność sugeruje dwa kierunki rozumienia tego pojęcia. Pierwszy kierunek mówi, że wolność jest najpierw wyzwoleniem, uwolnieniem, lub swobodą działania. Zaś drugi kierunek wskazuje na możliwość wyboru lub zgodzenia się na coś.

Od wieków toczy się spór o to czy ważniejszy w ludzkiej wolności jest aspekt negatywny, czy też pozytywny. Oczywiście powszechnie ludzie opowiadają się za pozytywnym wyborem wolności, rozumując ją jako szczególną możliwość wyboru i najwłaściwszy sposób dążenia do obiektywnego dobra. Jednak w popularnym rozumieniu wolności, ludzie częściej uwydatniają jej stronę negatywną, a mianowicie przyjmując ją, jako możliwość swobodnego działania.

Niemniej jednak, sens wolności nie mieści się w sferze możliwości tego czy innego wyboru. Głębia jej istoty leży w samym wnętrzu bytu. W pierwszym rozumieniu wolność ogranicza się tylko do pewnego dokonania wyboru między różnymi przedmiotami. Jednak głębszym obliczem wolności jest możliwość samookreślenia w odkrytym dobru. Zresztą z natury naszego człowieczeństwa, ludzka wolność realizuje się w stopniu najpełniejszym wówczas, gdy człowiek utożsamia się z dobrem, które dobrowolnie

przyjmuje dla siebie. Tak również jest w jego życiu, gdy swoją wolność łączy z przeżywaniem „*czasu*” wolnego od obowiązku pracy.

Odpoczynek

Najogólniej mówiąc, czas wolny jest przede wszystkim dla człowieka chwilą odpoczynku po trudach pracy i obowiązkowych zajęć. Zresztą analiza leksykalna ukazuje bogactwo odcieni terminu wolny czas. W potocznym znaczeniu jest on kojarzony z odpoczynkiem, wytchnieniem, relaksem, wakacjami, feriami, wczasami, urlopem, bezczynnością, a także rozrywką, zabawą, sportem, turystyką itp. Słowa te raz oznaczają samą istotę tego „*czasu*”, innym razem nie wiele o nim mówią. Niemniej jednak jedność tych rozmaitych znaczeń bierze się stąd, że prawie wszystkie są przeciwstawne ludzkiej pracy.

Język grecki na określenie wolnego czasu używa terminu *scholē*. Ma on kilka odcieni znaczeniowych. Pierwszy mówi o bezczynności, spokoju, odpoczynku, wytchnieniu od czegoś bądź uldze. Drugi zwraca uwagę na to, czemu poświęca się czas wolny: rozmowie, słuchaniu, nauce, rozrywce bądź spotkaniom towarzyskim. Trzeci mówi o czynieniu czegoś powoli, bez pośpiechu, opieśzale i leniwie. Niekiedy tłumaczy się go jako nieróbstwo i próżnowanie. Oznacza on również szkołę, jako miejsce, gdzie wykorzystuje się wolny czas. Paradoksalnie, dziś szkoła kojarzy się z trudem i pracą nauki. Natomiast, co jest charakterystyczne, starożytni uważali ją za instytucję, która pozwalała we właściwy sposób wypełniać swoje życie owocami wolnych chwil.

W słowniku języka łacińskiego przy terminie *otium* czytamy: wolność od zajęć zawodowych, swoboda, bezczynność, spokój, ale także czas wolny od spraw publicznych, życie prywatne bądź zajęcia literackie. Ponadto: czas wolny, spoczynek, spokój i próżniactwo. Przeciwnym jest mu termin *negotium* oznaczający czynność, zajęcie, pracę, zobowiązanie, ciężar, trud a także służbę państwową bądź sprawy handlowe.

W podobny sposób wyraża się polska Encyklopedia Powszechna: „*Czas wolny, to część czasu poza czasem pracy, która pozostaje do dyspozycji człowieka i może być przez niego wykorzystana na odpoczynek, rozrywkę, rozwój własnej osobowości, doskonalenie kwalifikacji zawodowych, działalność społeczną*”.

Słowu odpoczynek w języku polskim pokrewne są terminy: *spocząć*, *wypocząć*, *wytchnąć* lub *odetchnąć*. Mówi się także o *zażywaniu odpoczynku*, względnie *spoczynku*, *zatrzymaniu na odpoczynek* (na spoczynek). Źródłosłów słowa odpoczynek wywodzony jest od wyrazu *począć* (*od-począć*, *s-począć*). Słownik A. Brucknera wskazuje na jeszcze inne z możliwych pochodzenie tego terminu. Powstał on ze złożenia przedrostka z frazą –*cząć* (*odpo-czać*, *spo-czać*). W tym wypadku analizowany wyraz wykazuje podobieństwo z terminami *koić* oraz *pokój*.

Jan Paweł II mówiąc o człowieku, stwierdza, że w ludzkim odpoczynku ujawnia się nie tylko zrzucanie jarzma pracy, ale ma miejsce jej dokańczenie i wypełnienie. W odpoczynku człowiek raduje się z owoców swych trudów i zażywa jego dóbr. Stąd prawdziwy odpoczynek nie jest tyle zaprzestaniem, co przede wszystkim dopełnieniem działania. Dopełnieniem działania człowieka jest zdobywanie cnót i czynienie dobra.

Dlatego z wolnym czasem, również kojarzy się nam słowo rekreacja. Popularnie oznacza ono odpoczynek po pracy, odnowę bądź regenerację energii człowieka po okresie wysiłków fizycznych i psychicznych. Pochodzi ono z języka łacińskiego. Łaciński termin *recreo*, to tworzyć na nowo, przywrócić do życia, ożywić, wzmocnić, odświeżyć bądź orzeźwić. Słowo *recreatio* znaczy tyle co: odprężenie, poratowanie zdrowia, wytchnienie. Natomiast określenie *creo* tłumaczy się słowami: stworzyć, sprawić, tworzyć, wywołać, powołać do życia oraz wybrać. Zwróćmy uwagę, że termin *creatio* obok wyrazu tworzenie, można tłumaczyć także słowem – wybór. Wyrażenia te w niemal dosłownym

brzmieniu przejęło wiele języków. Analiza leksykalna słowa rekreacja wykazuje dwa odcienie znaczeniowe. Pierwszy z nich wskazuje na proste odnowienie, względnie przywrócenie tego, co zostało w jakiś sposób utracone. Drugi mówi o tworzeniu na nowo, jakby od początku, albowiem odpoczynek oznacza przede wszystkim, by „*poczynąć na nowo*”. Co dla Jana Pawła II oznaczało opowiedzenie się przede wszystkim za wytchnieniem duchowym. Ow duchowy odpoczynek człowieka musi prowadzić do odnalezienia i wypracowania w sobie owego "nowego" sposobu bytowania.

Rekreacja otwiera przed człowiekiem szansę doznania na nowy sposób faktu swojego istnienia. Daje ona szansę swoistej nadwyżki przeżyć, ich nowości i inności. Pozwala poniekąd na doświadczenie życia w jego bogactwie i pełni. Ten nowy sposób doznania istnienia ma w sobie coś, co wskazuje na przeżycie i doświadczenie transcendentalności ludzkiego bytu.

Zakończenie

Współczesny człowiek, często bardzo dużej klasy profesjonalista w swoim zawodzie, sam wraz z innymi, dotknięty licznymi stanami „kryzysów”, coraz bardziej uświadamia sobie potrzebę posiadania sensownej odpowiedzi na to kluczowe pytanie pytań, dlaczego? Jest tak, a nie inaczej. To pytanie, które na co dzień stawia sobie przy warsztacie pracy, tak naprawdę jest pytaniem o sens życia. Jeśli tylko odda się samej pracy, bardzo szybko utraci swoją podmiotowość, a przez to zredukuje swoje życie do akcydentalnych spraw. Często nie godząc się z tym szuka, korzystając z „*posługi myślenia*” innych ludzi dobrej woli. Rezultatem tego poszukiwania, bardzo często jest znalezienie punktu odniesienia, dzięki któremu jest w stanie podjąć się rewizji poglądu w odniesieniu do tematu „*czasu*”, który jest czymś tak bardzo ważnym dla osobowego życia człowieka.

Ks. Wiesław BOŻEJEWICZ
dr filozofii

6 A. Podsiad, Słownik terminów i pojęć filozoficznych, Warszawa 2001, s. 581.

7 W. Biegański, Etyka ogólna, Lwów 1922, wyd. II, s. 63.

8 Por. A. Kamiński, Czas wolny i jego problematyka społeczno – wychowawcza, Wrocław – Warszawa – Kraków 1965, s. 10 –26.

9 Mały słownik Teologiczny, Warszawa 1987, s. 68.

10 Czas, w: Encyklopedia powszechna PWN, Warszawa 1983, t. 1, s. 528.

11 Por. Słownik wyrazów bliskoznacznych, pod red. S. Skorupki, Warszawa 1988, s. 119.

12 A. Bruckner, Słownik etymologiczny języka polskiego, Warszawa 1974, s. 73 – 74.

13 Por. Kompendium nauki społecznej Kościoła, pod red. J. Kupnego, Kielce 2005, nr 258, 261, 284 – 286.

14. Rzym 1987, s. 574.

Normalności ciąg dalszy

W poprzednim numerze biuletynu SKALPEL przedstawiałem własne poglądy na otaczającą nas normalność, wykazując jednakowoż istotne różnice w pojmowaniu normalności. Obecnie wszyscy jesteśmy świadkami wybuchu dążeń do normalności – wiele zawodów i grup społecznych domaga się normalnych uposażeń, chcąc przy tym normalnie pracować. W tym kraju i dla tego społeczeństwa. Istnieją wyraźne odniesienia do rozwiązań europejskich, wypracowanych w warunkach rynkowych, gdzie praca jest stosownie wynagradzana. Nie może przy tym budzić zdziwienia, że coraz większa liczba obywateli naszego kraju, nie doczekawszy się w swoim kraju normalności, szuka lepszej normalności za granicą. W tej grupie są oczywiście lekarze, również wcześniej służbowo związani z wojskową służbą zdrowia.

Oczekiwania społeczne stanowią ogromne wyzwanie dla władzy państwowej, która to władza nie zauważa, iż obietnice składane w kampanii wyborczej stanowią realne zobowiązanie podparte wekslem. W przedłożeniu na normalność oznacza to zabezpieczenie finansowe do realizacji zobowiązania, którego dotyczy poręczenie. Stroną umowy jest dłużnik i wierzyciel. Wierzyciel, czyli wyborcy spełnili oczekiwania podpisujących weksel polityków tj. dłużnika. Wyłonił dłużnika jako zwycięską siłę polityczną w Państwie. Rychło jednak, po uruchomieniu linii kredytowej powstało podejrzenie, że dłużnik nie realizuje warunków, na podstawie których otrzymał kredyt.

Tutaj należałoby odejść od polityki i wskazać na normalność zawartą w prawie. Prawo wekslowe w zakresie realizacji zobowiązań jest jasne i klarowne – w określonych warunkach wierzyciel przedkłada weksel do realizacji, mając za sobą cały system umożliwiający egzekwowanie należności. Weksel posiada przecież adnotację o realizacji „bez sprzeciwu”. Co następuje dalej? Jedną z możliwych wersji jest taka, że dłużnik w odpowiedzi na okazany weksel podnosi larum, kwestionując a to wiarygodność wierzyciela a to samego dokumentu i na koniec autentyczność złożonego onegdaj podpisu.

Powyższe rozważania mają swe uzasadnienie z racji warunków naszego funkcjonowania. Zawód lekarza otrzymał realne umocowanie prawne regulujące czas pracy, co rychło obnażyło kruchość dotychczasowego systemu. Systemu opartego na funkcjonowaniu lekarza w kilku miejscach, dzięki czemu działa machina tzw. publicznej służby zdrowia. Trybem machiny oprócz lekarza jest pielęgniarka, rehabilitant, ratownik medyczny, itd. Steruje trybami urzędnik z rozlicznym dworem, pod dyktando chwilowych wielkich, czyli polityków. Tryby mają się kręcić i utrzymać tych urzędników, przyjaciół własnych i znajomych przyjaciół, rodziny znajomych i przyjaciół polityków etc. Rośnie więc dwór, mnożą się druki, kontrole, wytyczne, reglamentacje i stanowiska, wszystko zaś po to, by tryby się lepiej kręciły. Specjalista od utrzymania czystości powierzchni płaskich (dawniej sprzątaczką) zarabia w dworze jak młody lekarz w trybach, chociaż temu akurat specjaliście nikt nie wylicza, w ilu zakładach sprząta. Lekarzowi natomiast jak najbardziej, nawet każą otwierać drzwi garażu dziwnie zapominając, że głoszone zarobki odnoszą się do 250-300 godzin pracy w miesiącu. Nikt przy tym nie kryje, że też odpowiedzialnej, podobnie jak innych specjalistów, chociażby tych od konserwacji i czyszczenia powierzchni płaskich. Pomija się przy tym jednak, że faktyczne relacje powstają pomiędzy lekarzem a pacjentem, do których to relacji dwór z całym zapleczem specjalistów wcale nie jest potrzebny. W praktyce powyższe realizuje tzw. prywatna służba zdrowia. Tam po prostu nie ma miejsca na dwór Wnioski z relacji w praktyce prywatnej mogą być również przydatne decydentom w wojskowej służbie zdrowia.

W wojskowej służbie zdrowia wiele się zdarzyło. Z pewną dozą przekory rzec by można, iż powstały wreszcie warunki naturalnego rozwoju. Bardzo wyraźnie widać różnicę w jednostkach wojskowych i zakładach leczniczych Służba zdrowia jednostek wojskowych wkroczyła w etap prawdziwego zabezpieczenia działań bojowych, bo takie realia zakreśla najbardziej nawet pokojowa misja. Do-

tychczasowe teoretyczne rozważania o zabezpieczeniu medycznym wojsk oraz etapach ewakuacji medycznej mają swoją realizację w systemie sojuszniczego współdziałania. Jak jesteśmy do tego przygotowani, mogą tylko powiedzieć koledzy (i koleżanki) realizujący swoje zadania poza granicami kraju. Z drugiej zaś strony wyzwaniem są realia zabezpieczenia medycznego w małych garnizonach, gdzie na miejscu dostępny jest tylko lekarz jednostki, oficjalnie nazwany dowódcą jakimś tam (kompatybilnie z saperem, czołgistą czy kawalerzystą powietrznym)

W obecnej rzeczywistości szpitale wojskowe funkcjonują w systemie publicznej służby zdrowia, udzielając świadczeń osobom spoza tradycyjnego kręgu podopiecznych. W wielu przypadkach wojskowość została w nazwie i organie założycielskim. Ale nade wszystko wskazać należy, że w odbiorze społecznym szpital wojskowy stanowi markę handlową. Niestety, w wielu przypadkach wypieraną z rynku, deprecjonowaną, za wyraźnym zresztą przyzwoleniem przełożonych, tradycyjnie pojmujących szpital wojskowy („mamy przecież leczyć żołnierzy, którzy z założenia winni być zdrowi”). Kilkakrotnie taką filozofię przedkładali nasi decydenci w swych wystąpieniach na corocznych zjazdach delegatów wojskowej izby lekarskiej. Najpełniej wyrażone zostało to na przykładzie ś.p. stomatologii wojskowej, kiedy decydent wykazywał, że żołnierz winien mieć zdrowe uzębienie a od leczenia stomatologicznego są jednostki podległe ministrowi właściwemu do spraw ochrony zdrowia (to do poborowych) tudzież gabinety prywatne (to do żołnierzy w służbie). W tej kwestii stale aktualne pozostają uwagi doktora Bogdana Baruta, który z podziwu godnym uporem przywoływał problem, ale co najwyżej budził irytację swym natręctwem.

We wskazaniu zjawisk pozytywnych należy zauważyć, że włączenie się szpitali wojskowych w system publicznej służby zdrowia stanowi naturalne warunki szkoleniowe, których przykładem jest każdy Szpitalny Oddział Ratunkowy. Przez

ten oddział trafiają pacjenci z takim przekrojem urazów i schorzeń, jakich nierzadko przez lata nie doświadczono w tradycyjnym kręgu podopiecznych. To definitywnie zamyka wcześniejsze dyskusje, jaki oddział jest potrzebny w szpitalu a jaki nie. Z tego wynika zapotrzebowanie na specjalistów, wyłania się również pytanie – czy można leczyć i jednocześnie szkolić? Może również zaistnieć w środowisku naukowym? Szkolenie zależne jest od akredytacji a działalność naukowa od stworzenia warunków i posiadanego potencjału. Tego zaś nie ma w chocholim tańcu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Niektórzy decydenci kierujący szpitalami powoli zaczynają powyższe zauważać, chociaż nawyk ręcznego sterowania powoduje stałe zapytanie – co powie Warszawa?. Warszawa natomiast wysyła sygnały – mają być zabezpieczone potrzeby MON oraz ma być zysk.

W zabezpieczeniu potrzeb MON można również dostrzec zmianę spojrzenia. Polityczne deklaracje o armii zawodowej muszą przełożyć się na system zachęt do służby. W tym systemie pakiet dotyczący ochrony zdrowia może burzyć dotychczasowe stereotypy, co wynika chociażby z faktu równouprawnienia kobiet w dostępie do służby. Byłoby nadużyciem twierdzenie, że wojsko winno w pełni zabezpieczyć potrzeby zdrowotne kadry i ich rodzin w ramach posiadanego (jeszcze) potencjału. Prawdopodobnie powstanie coś w rodzaju pakietu dla firm, dodatkowego ubezpieczenia, zapewniającego ponadstandardowe usługi medyczne. Jest to zupełnie niezależne od możliwości otwierających się przed wojskowymi zakładami leczniczymi. Natomiast do funkcjonowania struktur wojskowej służby zdrowia musi znaleźć swoje rozwiązanie problem pozyskiwania lekarzy, w tym specjalistów. Wiąże się to z odtworzeniem ścieżki szkoleniowej, własnego zaplecza naukowo-dydaktycznego. Czas zakończyć biadolenie nad decyzją o likwidacji Wojskowej Akademii Medycznej. Należy podjąć tworzenie nowej jakości, z wykorzystaniem ocalałego zaplecza, w tym osobowego. Może czas na analizę, dlaczego w jednym szpitalu udaje się zebrać zespół nie tylko do wykonania kontraktu z NFZ a z innego trwa exodus osób z doświadczeniem i dorobkiem.

W zaprezentowanym na łamach ostatniego „Skalpela” planie zamierzeń obecnego kierownictwa wojskowej służby zdrowia (dr Stefan Antosiewicz i współautorzy) zważyć należy, że autor tekstu jest lekarzem specjalistą, bywa w świecie i jest etatowo związany ze szkoleniem. Kończąc konkluzję natomiast, że należy działać, dopóki jest z kim i dla kogo, wskazuje na bardzo realistyczne spojrzenie z obszarów decydenckich.

Szukając nowych obszarów funkcjonowania wojskowych zakładów leczniczych należy rozważać nawet takie, które u wielu natychmiast wywołują agresywny odruch obronny – po co to wojsku? Przykładem niech będzie położnictwo, które rozpatrywane w kategoriach biznesowych budzić może tylko zapytanie – czy jest możliwe i kiedy? Proszę zwrócić uwagę, że najwięcej prywatnych zakładów już zagospodarowało ten obszar. I bazując tylko na kontakcie z publicznym płatnikiem ma się dobrze, wcale nie posiadając specjalnego zaplecza Takiego, jakie posiada najmniejszy nawet szpital wojskowy.

Wiele prywatnych zakładów położniczych oferuje również opiekę przedporodową, co w ramach kontraktu z NFZ również stanowić może dochodową działalność. Nieliczne, ale większe zakłady idą dalej jeszcze, oferując usługi POZ i poradni specjalistycznych, do których to gabinetów w sposób naturalny będą kierować się rodziny, znajomi, etc.

Jak ma się powyższe do wojskowych zakładów leczniczych? Mniemam, że każdy posiada własny pogląd w oparciu o osobiste obserwacje. Pozwalam sobie przekazać własne uwagi z obserwacji dużego szpitala, które z racji spoglądania z zewnątrz mogą być niedoskonałe, chociaż obejmują to, co każdy może dostrzec. Zatem przełożeni również.

Szpital ten do korzystania z usług poradni specjalistycznych umieszczonych na wysokim piętrze zachęca brakiem wind, trudnościami w telefonicznej rejestracji a pacjentów chętnych do POZ doświadcza zmniejszaniem ilości dostępnych lekarzy tudzież ich permanentną roszadą. Ale nawet, aby się dostać osobiście do rejestracji, należy pokonać kilka schodów półpiętra. Kilkakrotnie byłem świadkiem rozpaczliwych prób podejścia do owych schodów ludzi,

którzy z determinacją ciągle jeszcze chcieli pozostać w kręgu podopiecznych ww. zakładu.

Aby jakoś zakończyć wątek tego zakładu leczniczego – tam też szuka się oszczędności. Nade wszystko przez zwalnianie personelu. Tego medycznego.

A dlaczego tak uporczywie pokazują ten wojskowy zakład leczniczy? Bo kiedyś był tam oddział położniczy, wiodący w mieście. Z własnym, miejskim rejonem, do którego to rejonu, używając różnych forteli, czasowo przemeldowywały się obywatelki miasta, by móc urodzić swoje dziecko w normalnych (ale na owe czasy luksusowych) warunkach. I w tamtych czasach szpital wojskowy miał wspinałą renomę, która przecież nie była związana z zabytkowymi murami. Używając współczesnych porównań, był bardzo mocną marką. Stworzoną przez ludzi.

Czas na konkluzję i połączenie resortowych rozważań z politycznym wstępem. Każdy z nas jest usytuowany w określonych realiach. Jedni należą do kręgu umownych wierzycieli, kredytujących swym zaufaniem dłużnika, czyli zwycięską siłę polityczną. Inni są widzami, o różnym zabarwieniu emocjonalnym do stron umowy, której zabezpieczeniem jest weksel, jeszcze inni są uczestnikami *theatrum* czy to w roli aktora czy to suflera lub animatora od kukielkowych sznurków. Przełożeni coraz bardziej zaczynają dostrzegać konieczność zmian, których alternatywą jest zgłoszenie światła. Nie przez nich, ale dla nich. Wiedzą również, że po zgłoszeniu światła do ciemnego pokoju może wejść inna ekipa, wolna od stereotypów z przeszłości.

Całością budynku zawiaduje bowiem właściciel, który zaczyna wglądać na takiego, który chce zmian i jest w stanie ich dokonać.

W rozważaniach nie sposób pominąć tych, którzy nie dowierając wiarygodności strony podpisującej weksel, podjęli działania na własną rękę. Stąd może w następnych numerach naszego biuletynu przedstawiać swoje relacje koledzy, np. z pracy w praktyce w Niemczech (szczególne ukłony dla doktora J. S.) lub – na co szczególnie liczę – dotyczące wrażeń absolwenta WAM w roli oficera królewskiej marynarki wojennej.

Janusz MAŁECKI

Polski Szpital im. Ignacego Jana Paderewskiego w Edynburgu (1941-1947)

Dnia 24 marca 1941 r. rozpoczął normalną pracę Polski Wydział Lekarski przy Uniwersytecie Edynburskim. Początkowo z powodu braku szpitala polskiego przedmioty kliniczne z konieczności wykładane były w szpitalach szkockich, m.in. Royal Infirmary, Royal Sick Children Hospital, City Hospital oraz Larbert Hospital.

Władze miasta Edynburga zobowiązały się dopomóc w wytypowaniu jednego ze szpitali miejskich dla urzędowania w nim szpitala polskiego. w tym celu dokonano przeglądu obiektów szpitalnych: Southern General Hospital oraz Western General Hospital. Ten drugi nadawał się bardziej do spełnienia swojej funkcji, ze względu na centralne położenie i lepszą funkcjonalność.

Wybrano budynek dobrze utrzymany i rozplanowany, otoczony zielenią, posiadający biura i laboratoria. oraz odpowiednie warunki na urządzenie oddziałów: chorób wewnętrznych, laryngologicznego, ocznego, stomatologicznego oraz przychodni lekarskiej. Oddziały: chirurgiczny i ginekologiczno-położniczy zostały urządzone w innych budynkach w oddziałach szkockich, których część oddano na użytek polski.

Dzięki powszechnej życzliwości 17 października 1941 r. Naczelný Wódz, gen. broni Władysław Sikorski dokonał otwarcia Polskiego Szpitala, któremu nadano imię wielkiego Polaka, Ignacego Paderewskiego. Do przyjęcia takiego imienia w niemalym stopniu przyczynił się fakt, że w Ameryce wielbicielem Paderewskiego, na czele z panią Vernon Kellog zebrali znaczne fundusze dla uczczenia pamięci wybitnego pianisty.

Ogólna liczba łóżek w Szpitalu Polskim wynosiła 120. Koszty utrzymania pokrywały władze szkockie oraz dwa ministerstwa rządu polskiego: Spraw Wojskowych i Opieki Społecznej. Po uzyskaniu przez prof. dr. Antoniego Jurasza kwoty 75000 dolarów z Fundacji Rockefellera oraz znacznych dotacji z Fundacji Paderewskiego Szpital Polski został rozbudowany do 150 łóżek oraz wyposażony w odpowiednie narzędzia i sprzęt naukowo-badawczy.



Gen. Broni Władysław Sikorski dokonuje otwarcia Polskiego Szpitala im. I. Paderewskiego w Edynburgu w dniu 17.10.1941 r.

W celu nadania większego prestiżu szpitalowi polskiemu patronat nad nim roztoczyła księżna Gloucester, żona brata królewskiego. Jako obiekt wzorcowy, szpital był często odwiedzany przez rozmaitych przedstawicieli władz polskich i brytyjskich oraz aliantów.

Obsadę lekarską stanowiła kadra polskiego Wydziału Lekarskiego. Dyrektorem Szpitala Polskiego był główny jego założyciel ppłk prof. dr Antoni Jurasz, który jednocześnie kierował oddziałem chirurgicznym. Jego współpracownikami w oddziale chirurgii byli płk dr med. Tadeusz Sokołowski i kpr. pchor. dr med. *Roman Raithar*. Oddziałem ortopedii kierował por. dr med. *Wilhelm Laxa*, oddziałem ginekologiczno-położniczym kpt. dr med. *Czesław Uhma* przy wsparciu por. dr. med. Tadeusza Zielińskiego oraz dr. med. Heleny Truszkowskiej; oddziałem chorób wewnętrznych – dr med. *Anastazy Landau* przy pomocy ppor. dr. med. *Zbigniewa Godlewskiego*, ppor. dr. med. *Buszy**, ppor. dr. med. *Olgierda Lindana*, ppor. dr. med. *Stefana Strumińskiego* i ppor. – dr. med. *Emila Walisa*; oddziałem laryngologii – kpr. pchor. dr med. *Jarosław Iwaszkiewicz* przy wsparciu kpr. pchor. dr med. *Henryka Kompfa*; oddziałem okulistyki – kpt. prof. dr med. *Jan Ruszkowski* z asystentem, pchor. dr. med. *Józefem Goldbergiem*, oddziałem stomatologicznym kpt. prof. dr med. *Leon Lakner* wraz z asystentami lekarzami stomatologii, dr. med. *Wandą Fedotuk*, dr. med. *Hanną Szczepańską*, dr. med. *Marią Woldberg* oraz dr. med. *Dzik-Jurasz**. Pracownią rentgenowską kierował kpt. doc. dr med. *Adam Elektorowicz*; przychodnią lekarską – mjr dr med. *Czesław Meissner*, a apteką pchor. mgr farm. *Bogdan Dalski*.

Wraz z upływem czasu u boku doświadczonych specjalistów stawali młodzi koledzy, wychowankowie Polskiego Wydziału Lekarskiego. Należeli do nich, m. in. interniści – ppor. dr med. *Bernard Wroński*, ppor. dr med. *Czesław Kołodyński*, dr med. *Tadeusz Kłosowski*; ginekolodzy – pchor. dr med. *Zbigniew Klich*, dr med. *Wanda Wójcik*; stomatolodzy – pchor. dr med. *Bolesław Ziętek* i pchor. dr med. *Antoni Wojciechowski*.

Szpital Polski im. I. Paderewskiego był na terenie Wielkiej Brytanii centralnym ośrodkiem klinicznym Wojska Polskiego. Współdziałały z nim polskie szpitale wojskowe rozmieszczone w Anglii i Szkocji, m.in. Szpital nr 1, zorganizowany w Zamku Taymouth Castle w Aberfeldy, kierowany przez płk. dr med. *Jana Kawińskiego*, chirurga, płk. dr med. *Bolesława Pawłowskiego* i internistę, ppłk. dr med. *Kazimierza Sowińskiego*; Szpital nr 2 w Dupplin Castle k. Perth – kierowany przez płk. dr med. *Henryka Szczodrowskiego* i chirurga, mjr. dr med. *Henryka Mazanka*; Szpital Gruźliczy w Morpeth Northumberland, kierowany przez dr. med. *Ignacego Spitzera*.

Nasilenie napływu chorych do szpitali i przychodni lekarskiej wzrastało systematycznie. w r. 1942, a więc pierwszym roku istnienia szpitala liczba w ambulatoriach wynosiła 12354 osób. w r. 1945 wzrosła ona do 34129. w tym czasie wzrosła również liczba chorych leczonych w oddziałach klinicznych z 1203 do 1539.

Nawet polski Londyn – jak pisał doc. dr med. Wiktor Tomaszewski – korzystał chętnie z nowego szpitala. Cywilni Polacy mogli korzystać z bezpłatnych usług szpitali brytyj-

skich. Ale nieznajomość języka angielskiego i częste naloty nieprzyjacielskie zachęcały wszystkich do Edynburga.

W r. 1942 na zaproszenie Fundacji Paderewskiego ppłk prof. dr med. Antoni Jurasz udał się w trzymiesięczną podróż propagandową do Nowego Jorku po i Kalifornię mobilizując komitety lokalne do zbierania funduszy na potrzeby Szpitala Polskiego. Ogromną pomoc w jego wyprawie udzieliła mu Rada Polonii oraz Związek Narodowy Polski. w czasie licznych spotkań profesor poruszał nie tylko sprawy Szpitala i Wydziału Lekarskiego, ale także ogólne sprawy polskie, a w szczególności kwestię pomocy żywnościowej i wyposażenia szpitalnego po wojnie.

Dzięki akcji płk. prof. dr. Antoniego Jurasza w Ameryce zakupiona została pracownia rentgenowska na kołach, wyposażona we własną elektrownię, przeznaczona do wykonywania masowo zdjęć małoobrazkowych. Na czele „zmotoryzowanego” rentgena stanął w Edynburgu pchor. dr med. Bernard Czemplik. Dalsze transporty wyposażenia szpitalnego przychodziły w ciągu roku 1944 i 1945. Obok rentgena na kołach, przysłano kompletne urządzenie dla 400-łożkowego szpitala ruchomego.

Od początku swego istnienia Szpital im. Ignacego Paderewskiego był ośrodkiem kształcenia studentów Polskiego Wydziału Lekarskiego. Tu nauczano takich przedmiotów, jak okulistyka, stomatologia, rentgenologia, laryngologia. Tu również studenci PWL odbywali praktyki wakacyjne, a lekarze z wojska – staże kliniczne. Panowała tu poważna ciasnota, którą tak opisał we wspomnieniach pchor. dr med. Jan Kafel: „*Nie było czasu bardzo często na badanie pacjenta, a czasem ograniczano się de zmierzania ciśnienia krwi lub posłuchania koniuszka serca na polecenie starszego ordynatora. Kiedy liczyło się ciałka czerwone w pracowni ciasnej jak łazienka, w której przebywało czasem do ośmiu osób, kolega lał ci na głowę olejek imersyjny, a kiedy wyszedłeś z pokoju zniknęły ci ze stolika rozmazy, a melanżery już plukał inny kolega w wodzie: alkoholu i eterze po to, byś musiał drugi raz kłuć pacjenta i całą robotę powtarzać na nowo*”.

Pomimo trudnych warunków w murach Szpitala opracowano i ogłoszono drukiem 121 prac naukowych, opracowano i obroniono 19 rozpraw doktorskich w większości opartych na doświadczeniach klinicznych: wykształcono 227 studentów, którzy otrzymali dyplomy lekarskie. Wśród tematów rozpraw doktorskich warto wymienić prace: dr. med. Bronisława Sędzimir: „Leczenie naczyńniowych oponiaków za pomocą naświetlań promieniami rentgenowskimi”, dr. med. Henryka Masłowskiego: „Mnogie przemieszczanie tarcz międzykręgowych w lędźwiowej części kręgosłupa”, dr. med. Romana Rejthara: „Mięsak maziówki”, dr. med. Henryka Wójcickiego: „Narkoanaliza w leczeniu psychonerwicy”, dr. med. Jana Majeranowskiego: „Histopatologia niektórych schorzeń przełyku”, dr. med. Aleksandra Barańskiego: „Wyniki leczenia przeżączki sulfamidami i penicyliną w klinice chorób wewnętrznych w Dundee”, i in.

Po zakończeniu wojny Szpital im. Ignacego Paderewskiego nadal służył rannym i chorym Polakom oraz polskiemu Wydziałowi Lekarskiemu. Później, wraz ze stopniowym odpływem wojska do kraju, względnie emigracji do innych krajów świata jego aktywność ulegała zmniejszaniu. Wreszcie od wiosny do lata 1947 r. nastąpiła stopniowa jego likwidacja. Na leczenie rekonwalescentów władze szkockie przeznaczyły część Szpitala Ballochmyle w Mauchlin pod Glasgow. Opiekę nad nim objęli lekarze ze Szpitala im. Ignacego Paderewskiego, do których dołączyli:

* Mimo usilnych starań autora nie udało się ustalić imion.



Prof. med. Tadeusz Rogalski oraz studenci w pro-sektorium Zakładu Anatomii.

chirurg, ppor. dr med. Wacław Kraszewski i internista, dr med. Stefan Jankiewicz.

Od dnia 5 lipca 1945 r., zgodnie z zarządzeniem władz brytyjskich, zabroniono przyjmować nowych studentów do Polskiego Wydziału Lekarskiego. Rada Naukowa, a przede wszystkim prof. dr med. Antoni Jurasz, zaniepokojeni takim obrotem sprawy postanawiają zorganizować na bazie Szpitala Polskiego nieoficjalne Studium Lekarskie. Chciano dać szansę wszystkim tym studentom medycyny, którzy przybywali z różnych oddziałów wojskowych, a nawet z powstania warszawskiego, aby w Edynburgu dokończyli studia. Wielu z nich studiowało na podziemnych uniwersytetach w Polsce. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności trafił na prof. dr. Antoniego Jurasza, który pragnął wszystkim studentom tułaczom podać pomocną dłoń. Na Studium Lekarskim postawiono przed studentami bardzo wysokie wymagania. Absolwenci otrzymali dyplomy w formie zaświadczenia stwierdzające, że dana osoba odbyła prawem przypisane studia i zdała egzaminy uprawniające do uzyskania dyplomu lekarskiego. Kilku absolwentów Studium powróciło do Polski, weryfikując bez trudności swoje zaświadczenia na dyplomy lekarskie. z czasem zaświadczenia te uznane zostały również przez władze brytyjskie i służyły za podstawę przy staraniu się o prawo składania egzaminów dla uzyskania dyplomu brytyjskiego.

W międzyczasie prof. dr Antoni Jurasz rozwinął ożywioną działalność w celu przeniesienia całego dobytku Szpitala im. Ignacego Paderewskiego do Polski. w r. 1945 zrezygnował z funkcji dziekana PWL koncentrując się na nowym zamierzeniu. Pragnął on utworzyć w Polsce autonomiczną instytucję leczniczą wspieraną przez amerykańskie fundusze. W tym celu w 1946 r. udał się wraz z prof. dr med. Włodzimierzem Koskowskim i dr. med. Zbigniewem Godlewskim do Polski, aby omówić z władzami realizację tego projektu. Niestety, pomimo wielkiej ofiarności prof. Jurasza, nie doszło do porozumienia. w tamtych czasach zimnej wojny ani strona polska ani zarząd fundacji amerykańskiej nie były skłonne do ustępstw, a może nawet żadnej ze stron na zawarciu takiej umowy nie zależało.

Ostatecznie zarząd „Paderewski Testimonia Fund”, który był pierwszym właścicielem nagromadzonego majątku, sprzedał częściowo zleżały już materiał, przeznaczając pieniądze na inne cele fundacji. Taka decyzja wzbudzała głęboko gorycz nawet u osób wrogo nastawionych do przemian zachodzących w Polsce. Wszystkim bowiem było wiadomo, że był on bardzo potrzebny dla społeczeństwa, które wyszło z wojny okrutnie okaleczone, które toczyło nieubłaganą walkę z hitlerowskim najeźdźcą od pierwszego do ostatniego dnia wojny i które zapłaciło w niej najobfitszą daninę krwi i cierpienia.



Prof. dr med. Jan Ruszkowski ze studentami na Oddziale Okulistycznym Szpitala Polskiego im. Ignacego Jana Paderewskiego.

Najgorszy cios spotkał jednak prof. dr. Antoniego Jurasza. Przeniesienie Szpitala do Polski było celem jego życia. Od chwili zakończenia wojny tej sprawie poświęcił cały swój zapal. w pojedynkę próbował jeszcze walczyć o zmianę decyzji fundacji, ale były to działania nieskuteczne.

Niezależnie od tego smutnego finału, Polski Szpital im. Ignacego Paderewskiego zapisał piękną kartę w dziejach wojskowej służby zdrowia na obczyźnie. W okresie sześciu lat swego istnienia był kuźnią kadr medycznych, kształcąca lekarzy dla potrzeb Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie. Był także ośrodkiem, dokąd ściągali Polacy z wiarą, że znajdą tu ratunek i ukojenie. Był wreszcie oazą polskości, kawałkiem „ojczystego terytorium”, gdzie tętniło polskie życie.

doc. dr hab. **Witold LISOWSKI**

Punkty edukacyjne – nowe informacje

Szanowni Koledzy

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami, co do interpretacji niektórych przepisów regulowanych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. nr 231, poz. 2326), zwróciliśmy się do Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia z prośbą o interpretację najczęściej pojawiających się wątpliwości. A oto odpowiedzi, jakie uzyskaliśmy.

Ustalone maksymalne liczby punktów, wymienione w grupie 1, pkt. 3, 5-8 oraz w grupie 2, pkt. 15-17 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (patrz: Skalpel nr 5 z 2007 r. strona 7, Indeks Doskonalenia Zawodowego Lekarza, strona internetowa WIL) odnoszą się do całego okresu rozliczeniowego.

Przykładowo: za udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym (grupa 1, pkt. 4) można w okresie rozliczeniowym uzyskać maksymalnie 40 pkt., a np. za udział w programie edukacyjnym, opartym o zadania testowe, akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów (grupa 1, pkt. 8) można w okresie rozliczeniowym uzyskać maksymalnie 100 punktów.

Jeżeli lekarz, lekarz dentysta uczestniczył biernie i czynnie w kongresie, zjeździe, konferencji czy sympozjum naukowym (grupa 1, pkt. 4 i 7), otrzymuje punkty za każde zdarzenie edukacyjne osobno.

Lekarz lub lekarz dentysta, który na tym samym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym miał jednocześnie doniesienie w formie ustnej i plakatowej (grupa 1 pkt. 7), otrzymuje punkty za każdą z tych aktywności. Oczywiście 40 punktów maksymalnie, za cały okres rozliczeniowy. Proszę jednak pamiętać o paragrafie 6 punkt 4 tego rozporządzenia, które brzmi: „za wykład o tej samej treści mimo wielokrotnego prezentowania – punkty uzyskuje się tylko raz „

A jak traktować osoby, które posiadają podwójne prawo, tj. prawo wykonywania zawodu lekarza oraz równocześnie prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty? Otóż te osoby zobowiązane są zebrać tylko 1 raz 200 punktów w okresie rozliczeniowym.

Niestety, pod pojęciem „kierowanie nabywaniem umiejętności lekarzy lub lekarzy dentystów” (grupa 2, pkt. 16) nie rozumie się sprawowania opieki naukowej i prowadzenia przewodu doktorskiego.

Na pytanie, jak rozliczać lekarzy, którzy wykonywanie zawodu lekarza rozpoczęli w trakcie trwania okresu rozliczeniowego? Czy dla tej grupy okres rozliczeniowy rozpoczyna się z chwilą rozpoczęcia stażu podyplomowego i trwa 48 miesięcy, czy też kończy się tak jak innym, 5 listopada 2008 roku? A jeśli tak, to jaki stosować przelicznik, co do minimalnej liczby punktów zaliczających okres rozliczeniowy, nie otrzymaliśmy odpowiedzi. Zostanie udzielona w terminie późniejszym po otrzymaniu opinii od Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia i Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jeżeli macie Koledzy pytania dotyczące ustawicznego kształcenia, czy też pojawiają się wątpliwości interpretacyjne, prosimy o ich zadawanie dowolną drogą (osobiście, telefonicznie, pisemnie, elektronicznie), obiecujemy udzielić odpowiedzi. Jest jeszcze trochę czasu do 05.11.2008 r. Tego dnia nastąpi całkowite zamknięcie okresu rozliczeniowego. Przypomnę, że obecnie rozliczamy okres od 14.04.2000 r. do 05.11.2008 r. i to jest wyjątek, bo standardowy okres rozliczeniowy wynosi 48 miesięcy. W tym wyjątkowo wydłużonym okresie musimy uzyskać 200 punktów edukacyjnych. Oczywiście wszystkie zdarzenia edukacyjne muszą być właściwie udokumentowane, tzn. muszą być do komisji dostarczone wraz z programami (szczególnie dotyczy to okresu I, ale także II). W przypadku braku szczegółowego programu, stosuje się standardowy przelicznik liczby godzin przypadających na 1 dzień szkolenia. Do indeksu wpisujemy w kolejności chronologicznej zdarzenia edukacyjne (oddzielnie za I i II okres rozliczeniowy) i w tej samej kolejności składamy certyfikaty, dyplomy, zaświadczenia, itp., umieszczając je np. w teczce, kopercie. Nie zostawiajcie tego sympatycznego obowiązku zdobywania punktów edukacyjnych na ostatnią chwilę, bo to wywołuje niepotrzebny stres. Nikt z nas nie lubi kolejek, czy konieczności uregulowania na bieżąco składów wraz zaległościami. Komisja Kształcenia Medycznego i Doskonalenia Zawodowego WIL serdecznie zaprasza Kolegów do składania stosownych dokumentów już teraz. Rzetelnie rozliczymy dorobek edukacyjny, służąc radą i pomocą.

dr n. med. **Zbigniew ZARĘBA**
kontakt z Komisją: 0-22 6210493 w.186
e.klimkiewicz@hipokrates.org

Uwagi do artykułu „Broń chemiczna od Ypres do metra tokijskiego”

Do redakcji „Skalpela” wpłynął list z uwagami dotyczącymi artykułu prof. J. Mierzejewskiego „Broń chemiczna od Ypres do metra tokijskiego” („Skalpel” 3 i 4/2007). Poniżej zamieszczamy ten list oraz odpowiedź autora artykułu.

Szanowna Redakcjo!

Z dużym zainteresowaniem i uwagą przeczytałem artykuł prof. Jerzego Mierzejewskiego, zamieszczony w 3 i 4 numerze „Skalpela” pt.: „Broń chemiczna”. Ponieważ na co dzień zajmuję się naukowo poruszonymi w nim zagadnieniami, chciałbym podzielić się kilkoma uwagami na ten temat, tym bardziej, że omawiana publikacja ma charakter dydaktyczny.

Autor syntetycznie przedstawił historię stosowania bojowych środków trujących oraz charakterystykę chemiczną i toksykologiczną wybranych związków. Temat został szeroko omówiony, co zdarza się niezmiennie rzadko w polskich specjalistycznych czasopismach dla służb medycznych.

Pomimo wielu zalet omawianego opracowania Autor nie ustrzegł się wielu błędów merytorycznych i nieścisłości, które mogą wynikać z niewłaściwej interpretacji lub tłumaczenia

tekstów źródłowych, do których się odwołuje.

Przytoczone w artykule terminy: gaz nerwów, nerwogaz, czynnik nerwów nie są stosowane w polskiej terminologii wojskowo-medycznej. Pojęcia te niezwykle rzadko pojawiają się w języku potocznym jako wynik bezpośredniego niefortunnego tłumaczenia z języka angielskiego wyrażenia nerve agents. Właściwym terminem jest wyrażenie: środek paralityczno-drgawkowy. Błędy terminologiczne dotyczą również wielu innych pojęć, jak np. gaz musztardowy, nadawka, gazy bojowe, gazy parzące, centralny system nerwowy.

Autor, opisując przebieg zatrucia związkami fosforoorganicznymi, stwierdził, iż powtarzalne codziennie ekspozycje kumulują się i mogą doprowadzić do ciężkiego zatrucia. Jest to twierdzenie prawdziwe, ale nieprecyzyjne. Należy tutaj podkre-

Odpowiedź autora artykułu „Broń chemiczna od Ypres do metra tokijskiego”

Szanowna Redakcjo,

Cieszę się, że są Czytelnicy Skalpela, którzy „z dużym zainteresowaniem i uwagą” czytają moje publikacje. Cieszę się też, że są łaskawi dzielić się swoim uwagami na ich temat.

Pan dr Brytan przedstawia się w swoim liście, że „na co dzień zajmuje się naukowo poruszonymi zagadnieniami”.

Niestety, ja, obok mikrobiologii, zajmowałem się m. in. zagadnieniami toksykologicznymi, kiedy pełniłem zawodową służbę wojskową, a było to ponad 25 lat temu. Pozostał po tych zainteresowaniach toksykologicznych pewien dorobek naukowy. Pozostały też, co podkreślam, wspomnienia serdecznych, koleżeńskich stosunków z toksykologami wojskowymi mojej generacji.

Wracając do mojego artykułu o bronii chemicznej zwracam uwagę, że jest napisany w oparciu na 2 źródłach kompleksowych: „Przewodniku WHO o reagowaniu zdrowia publicznego na broń biologiczną i chemiczną” oraz na artykule, zamieszczonym w „Myśli Wojskowej” o likwidacji poradzieckiej bronii chemicznej, opracowanym na podstawie danych zaczerpniętych ze studium szwedzkiego eksperta z SIPRI i przy jego współautorstwie.

Artykuł mój w „Skalpelu” był poddany dobrej obróbce redakcyjnej przez Pana dr Z. Ulanowskiego, za co mu jeszcze raz dziękuję.

Dr M. Brytan wytknął mi kilka nieścisłości, do których jako do uwag ustosunkowuję się kolejno.

ślić, iż występuje w tym przypadku kumulacja efektu toksycznego, a nie kumulacja związku w organizmie.

Autor, omawiając profilaktyczne stosowanie odwracalnych inhibitorów AChE w zatruciach związkami fosforoorganicznymi, stwierdził, iż „...dalsze postępowanie lecznicze obejmuje skojarzone podawanie centralnie działającego karbamianu fizostygminy i antycholinergicznego skopolaminy. Leczenie obejmuje też podawanie katalitycznych środków oczyszczających krew z czynnika zanim rozprzestrzeni się on w organizmie”. Wspomniane metody odnoszą się w rzeczywistości do profilaktyki a nie leczenia, tak jak to jest prawidłowo sformułowane w tekście źródłowym WHO. Poza tym są to nadal metody eksperymentalne.

Przytoczyłem tylko kilka wybranych przykładów nieścisłości. Obniżają one istotnie wartość dydaktyczną publikacji. Sugerowałbym Autorowi bardziej wnikliwą analizę materiałów źródłowych przed przystąpieniem do własnych opracowań tych zagadnień, a Szanownej Redakcji, korzystanie z życzliwej pomocy ekspertów przed opublikowaniem tego typu prac.

Pozdrawiam

mjr dr n. biol. inż. **Marek BRYTAN**
chemik, toksykolog

Uwaga 1: „...terminy: gaz nerwów, nerwogaz, czynnik nerwów nie są stosowane w polskiej terminologii wojskowo-medycznej”.

Uwaga 2: „Błędy terminologiczne dotyczą również wielu innych pojęć, jak np. gaz musztardowy”.

Uwaga 3: „...gazy bojowe, gazy parzące...”

Uwaga 4: „Pojęcia te niezwykle rzadko pojawiają się w języku potocznym jako wynik bezpośredniego niefortunnego tłumaczenia z języka angielskiego”.

Odpowiedź: Jak Panu Doktorowi wiadomo, istnieje kilka klasyfikacji bojowych środków chemicznych i wszystkie nie są doskonałe. Wymienionymi w uwagach nazwami, opartymi na podziale bsch w zależności od zaatakowanych tkanek bądź układów (nerve gases, blood gases), posługują się autorzy wspomnianego Przewodnika WHO umieszczając je w tytułach rozdziałów, natomiast

w treści używają naprzemiennie i innych nazw łącznie z pełnymi nazwami chemicznymi. Chcąc zachować w tłumaczeniu wierność nazewnictwa stosowanego w materiałach źródłowych, przyjąłem takie same nazewnictwo w moim artykule.

Nie sądzę, żebym w artykule poglądowym musiał zmieniać nazwy z cytowanych źródeł tylko dlatego, że akurat nie są przyjęte w „terminologii wojskowo-medycznej”.

Dydaktyka, Panie Doktorze, polega na przedstawianiu wiedzy całościowej, w tym terminów i określeń. Odpowiedzi na Pana uwagi mogą uzupełnić cytatami haseł z Wielkiej Encyklopedii PWN:

„[...] sarin działa na układ nerwowy (stąd nazwa gaz nerwów)” – Wielka Encyklopedia PWN t. 24 str. 369

„lperył ma zapach przypominający musztardę (stąd często spotykana nazwa gaz musztardowy)” – tamże t. 12 str. 222.

„i dzisiaj określenie gazy bojowej jest używane powszechnie” – tamże t. 9 str. 574.

Cytowane hasła napisali do Wielkiej Encyklopedii PWN prawdopodobnie Pana nauczyciele, być może nawet przełożeni. Czyżby i oni dokonywali, jak Pan to określa, „niefortunnego tłumaczenia z języka angielskiego”?

Terminologia wojskowo-medyczna nie może być inna od terminologii powszechnie przyjętej. Może być najwyżej zawężana do potrzeb pisanie instrukcji a ten artykuł nie jest instrukcją. Stąd zarzut o tych nieścisłościach odpieram jako co najmniej bezzasadny.

Uwaga 5: Naddawka.

Odpowiedź: Określenia naddawka, podobnie jak nadmiar, nadwaga, nadciśnienie, nadwrażliwość są znakomitymi jednowyrazowymi określeniami stanu czegoś, co jest powyżej normy ustalonej lub fizjologicznej.

Uwaga 6. Centralny system nerwowy.

Odpowiedź: „System jest układem powiązanych ze sobą elementów...” „Uniwersalny słownik języka polskiego. T. 3 str. 1479 Wyd. Naukowe PWN 2003.

„Ośrodkowy układ nerwowy człowieka jest najbardziej złożonym systemem” – S. Berg, M. Wille: Biologia, MULTICO Oficyna Wyd. 2003 r. str. 840.

Uwaga 7: [...] „Jest to twierdzenie prawdziwe, ale nieprecyzyjne.....”

występuje w tym przypadku kumulacja efektu toksycznego, a nie kumulacja związku w organizmie”.

Odpowiedź: W źródłowym opracowaniu brzmi to tak: „[...] Powtarzalne codzienne ekspozycje są kumulowane i mogą doprowadzić do ciężkiego zatrucia (Repeated daily exposures are cumulate and may result in severe pisoning). Przewodnik WHO str. 176. Tak dosłownie zapisałem tę myśl w moim artykule. Proszę nie imputować mi, że pisałem o kumulacji związku w organizmie.

Uwaga 8: „Leczenie obejmuje też podawanie katalitycznych środków oczyszczających krew.”

Odpowiedź: Ja pisałem o profilaktyce, a o leczeniu wspominałem tylko marginalnie, tak jak podane jest w publikacji źródłowej. Można było rozwijać opis tego sposobu leczenia, ale po co, skoro Pan sam podkreśla, że są to metody eksperymentalne. Odnoszę wrażenie, że chciał Pan pochwalić się większą wiedzą na ten temat. Trochę to Panu wypadło niezręcznie.

Uwaga 9: „Autor nie ustrzegł się wielu błędów merytorycznych i nieścisłości, które mogą wynikać z niewłaściwej interpretacji lub tłumaczenia tekstów źródłowych, do których się odwołuje”.

i dalej

[...] „tych kilka wybranych przykładów nieścisłości. Obniżają one istotnie wartość dydaktyczną publikacji. Sugerowałbym Autorowi bardziej wnikliwą analizę materiałów źródłowych przed przystąpieniem do własnych opracowań tych zagadnień.”

Odpowiedź: To już nie są uwagi, ale ocena i jednocześnie zalecenia dla mnie, jak mam w przyszłości pisać publikacje. Zważywszy moje lata, odbieram tę uwagę jako pozbawioną manier drwinę ze starego człowieka, który nieudolnie próbuje coś jeszcze opracowywać. A ja Panie Doktorze i bez pańskich porad, mimo mojego wieku, staram się, w miarę swoich sił „studiować materiały źródłowe dokładnie.” To Pan popełnia błędy, czego przykładem jest nieudolne wmawianie mi rzekomo mylnego tłumaczenia.

Natomiast ja ze swojej strony przestrzegam Pana Doktora przed stawianiem zarzutów bez pokrycia: „...autor nie ustrzegł się wielu błędów merytorycznych”.

Wiele błędów merytorycznych praktycznie dyskwalifikuje jaką-

kolwiek publikację, ale stawianie takich zarzutów bez wymienienia ani jednego przykładu jest zwykłym pomówieniem, które pozostawiam bez komentarza Panu i pańskim przełożonym.

Na końcu listu dr M. Brytan nie omieszkiał udzielić porad i Redakcji Skalpela, „by korzystała z życzliwej pomocy ekspertów przed opublikowaniem tego typu prac.”

Nie trudno odgadnąć, że wśród tych życzliwych ekspertów dr M. Brytan umieszcza przede wszystkim skromnie swoją osobę.

Radzę Szanownej Redakcji zachęcać młodych pracowników naukowych, w tym i dr M. Brytana do pisania artykułów. Przestrzegam jednak przed korzystaniem z oferty „życzliwej pomocy przed opublikowaniem tego typu prac”. Udzielanie pomocy połączonej z ferowaniem ocen wymaga starannego przygotowania a tego dr M. Brytan jeszcze się nie nauczył.

Na marginesie uwagi o niestosowaniu przeze mnie terminologii wojskowej, przypomina mi się stary dowcip wojskowy, jak to kapral sprawdzał wiedzę żołnierzy z budowy broni.

Oto ta scenka.

Kapral: *Powiedzcie mi szeregowy, z jakich elementów jest zbudowany Kbk wz 36?*

Szeregowy: *Kbk wz 36 jest zbudowany z elementów metalowych i drewnianych.*

Kapral: *A z jakich elementów jest zbudowany Kbk wz 44.*

Szeregowy: *Kbk wz 44 jest zbudowany też z elementów metalowych i drewnianych.*

Kapral: *Odpowiedź zła, bo w instrukcji jest napisane, że Kbk wz 44 jest zbudowany z analogicznych elementów.*

Koniec scenki.

Prawdopodobnie tamten pechowy szeregowy za „złą” odpowiedź oberwał kilka dni zakazu opuszczania koszar.

Ja otrzymałem gorszą karę, bo upomnienie na piśmie za obniżenie wartości dydaktycznej artykułu.

A więc cóż, odpowiadam regulaminowo. Tak jest, kara.

Z poważaniem

Jerzy MIERZEJEWSKI

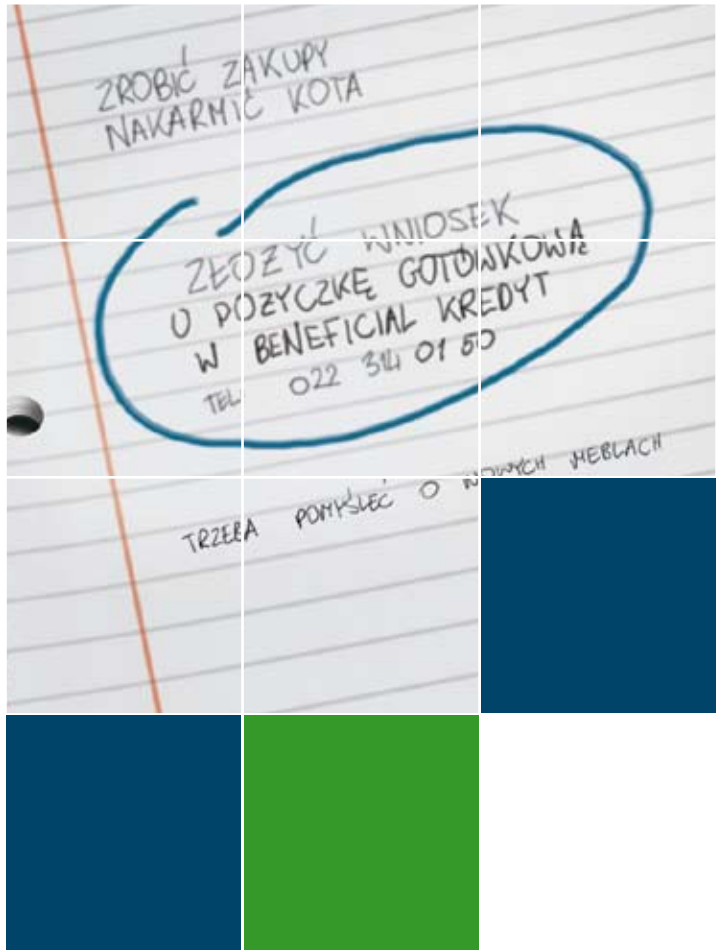
PS. Informuję uprzejmie Szanowną Redakcję, że na tych wyjaśnieniach kończę dyskusję z dr Brytanem na temat mojego artykułu.

Beneficial Kredyt

Specjalna oferta pożyczki gotówkowej dla Lekarzy

Oferta obowiązuje do 30.06.2008

Beneficial Kredyt, pion bankowości detalicznej HSBC Bank Polska SA, pragnie przedstawić ofertę pożyczki gotówkowej przygotowanej specjalnie dla Państwa



- Pożyczka gotówkowa na dowolny cel, bez konieczności podpisu współmałżonka
- Minimum formalności, bez poręczycieli i zabezpieczeń
- Decyzja kredytowa już w 2 godziny
- Złożenie wniosku bez konieczności wizyt w banku - drogą telefoniczną
- Wcześniejsza spłata pożyczki możliwa bez żadnych dodatkowych opłat
- Dostępna opcja ubezpieczenia spłaty pożyczki

Podane raty zawierają całkowite miesięczne koszty pożyczki (Kapitał, Prowizje i Odsetki)

kwota pożyczki	15 000 PLN	20 000 PLN	30 000 PLN	50 000 PLN
5 lat	327,96	437,28	655,92	1093,20
4 lata	391,55	522,07	783,11	1305,18
3 lata	498,23	664,31	996,47	1660,79
2 lata	712,65	950,20	1425,30	2375,51

Roczna rzeczywista stopa procentowa wyliczona dla całkowitego kosztu pożyczki w kwocie 10 000 PLN na 60 miesięcy wynosi 11,88%. Nominalne oprocentowanie wynosi 9,96% p.a. Efektywny koszt pożyczki w skali roku zawarty jest w racie.

- Do kwoty 50 000PLN nie wymagamy zaświadczenia o dochodach
- Wymagane dokumenty: kserokopia dyplomu oraz dowodu osobistego
- Minimalny wymagany staż pracy 3 lata - potwierdzony kserokopią prawa do wykonywania zawodu lub wpisem do ewidencji działalności gospodarczej

kod promocji: 340024

HSBC Bank Polska SA, z siedzibą przy Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030437 o kapitale zakładowym (wpłaconym w całości) wynoszącym 248 207 000,00 PLN, NIP 526-02-11-469



22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo – Rehabilitacyjny w Ciechocinku

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

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

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



SZPITAL W OTOCZENIU WŁASNEGO PARKU



ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY



POKÓJ 2 - OSOBOWY



BASEN Z ATRAKCJAMI WODNYMI

POSIADAMY:

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

OFERUJEMY:

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



PROBA WYSILKOWA



FITNESS CLUB



MASAŻ PODWODNY + HYDROGIMNASTYKA

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

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