



NR 4

LIPIEC-SIERPIEŃ
ROK XVII (2008)

SKALPEL

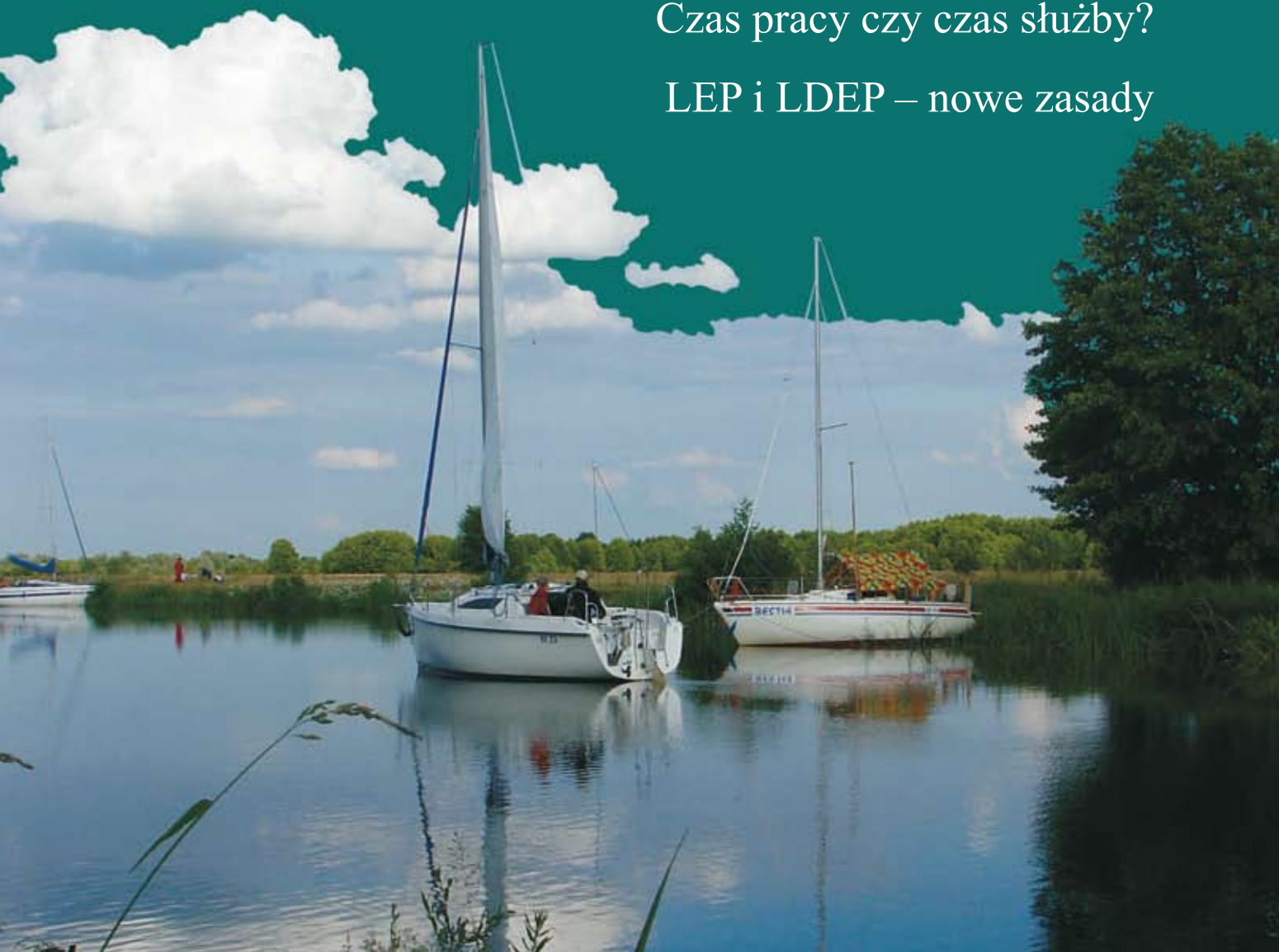
BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

Problemy funkcjonowania wojskowej służby zdrowia

Czas pracy czy czas służby?

LEP i LDEP – nowe zasady



BIBLIOTEKA FUNDACJI HOSPICYJNEJ

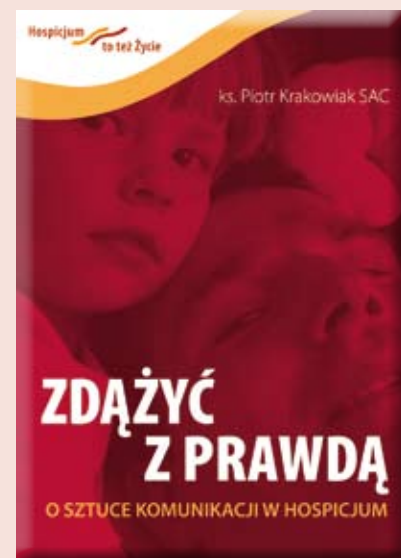
Fundacja Hospicyjna
ul. Chodowieckiego 10
80-208 Gdańsk
www.httz.pl
e-mail: sklep@hospicja.pl
tel. (58) 340 61 15

Zdażyć z prawdą. O sztuce komunikacji w hospicjum

Ks. dr Piotr Krakowiak SAC
Format: 16,5 x 23,8 cm,
wydanie I,
128 stron,
oprawa miękka
ISBN 83-922170-1-2
Cena katalogowa: 15 zł

Książka mówi o sztuce komunikacji w hospicjum. Poprze autentyczne historie ludzi (pacjentów, wolontariuszy, pielęgniarek, lekarzy) uczy, jak rozmawiać z chorymi u kresu ich życia. Jest to szczególny podręcznik napisany dla osób zajmujących się ciężko i nieuleczalnie chorymi.

To fachowe studium wiedzy na temat komunikacji w obliczu nieuchronnej śmierci, poparte przykładami z życia i wiedzą teoretyczną. Opisuje codzienność hospicyjnej posługi, etapy choroby terminalnej i metody radzenia sobie z nią.



Książka Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce

Ks. dr Piotr Krakowiak SAC,
Alicja Stolarczyk (red.)
Format: 16,5 x 23,8 cm,
wydanie I,
164 strony,
oprawa miękka
ISBN 83-922170-2-0
Cena katalogowa: 25 zł



Opowieść o kapłanie, który, sam głęboko przejęty ludzkim cierpieniem i samotnością w obliczu śmierci, obdarzony niezwykłym darem towarzyszenia chorym i umierającym, przekazywał innym dobrą nowinę o miłości i miłosierdziu Boga.

W osobie ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC znajdują inspirację do działania wszyscy pomagający w hospicjach, ośrodkach medycyny paliatywnej, szpitalach i we wszystkich innych miejscach spotkania z ludźmi cierpiącymi. Historia ta pomaga także przygotować się kandydatom do wolontariatu, studentom medycyny, pielęgniarstwa, psychologii, teologii, pedagogiki i innych zawodów zorientowanych na pomoc człowiekowi.

Strata, osierocenie, żaloba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żalobie

Ks. dr Piotr Krakowiak SAC
Format: 16,5 x 23,8 cm,
wydanie II,
232 strony,
oprawa miękka
ISBN 978-83-7555-037-5
Cena katalogowa: 29 zł

Książka omawia w nowy, systematyczny a jednocześnie przystępny sposób zagadnienia straty, osierocenia i żaloby. Pełni funkcję podręcznika dla wszystkich grup zawodowych mających do czynienia ze śmiercią (służba zdrowia, policja, straż, urzędnicy, psychologowie). Jest także doskonałym przewodnikiem dla każdego, kto chce pomóc osobom w żalobie.

Poradnik szczegółowo opisuje wszystkie etapy procesu przeżywania żaloby oraz określa w nim zadania dla żałobnika oraz jego otoczenia. Przybliża metody niesienia pomocy w tym trudnym okresie oraz uczy sztuki komunikacji, m.in. przekazywania informacji o śmierci.



Koleżanki i Koledzy,

Czas płynie nieubłaganie, a odczuwalnych efektów pracy ministerstwa z Miodowej jakoś ciągle nie widać. Przedwyborcze zapowiedzi o gotowych projektach ustaw reformujących chory system pozostają nadal zapowiedziami, bo z kilku przedłożonych Sejmowi nie-spójnych i chyba w pośpiechu oraz pod presją wydarzeń skrojonych projektów prawie nic nie pozostało. Kadrowo też w resorcie zdrowia nie najlepiej się dzieje. Rotacja na stanowiskach wiceministrów zapewne przyprawia panią minister E. Kopacz o zawrót głowy. Oj, nie jest słodkie życie na Miodowej.

Nie fair byłoby jednak twierdzić, że ministerstwo owo nie pracuje. Mamy wszak zapowiedź rewolucyjnych zmian w sferze własnościowej szpitali i innych SP ZOZ-ów, trwają poszukiwania skutecznego i bezpiecznego dla gospodarki sposobu oddłużenia wielu z nich, od 1 lipca ma wejść w życie nowy system rozliczeń NFZ ze szpitalami na podstawie tzw. jednorodnych grup pacjentów, ministerstwo przygotowało projekt ustawy zakładającej podział NFZ na sześć konkurujących ze sobą funduszy, weszło w życie znowelizowane rozporządzenie MZ w sprawie stażu podyplomowego, a wraz z nim faktem stały się podwyżki (niesatysfakcjonujące) dla lekarzy stażystów.

Co z tego dla nas wynika? Gdyby się opierać na enunciacjach prasowych i doniesieniach innych mediów, rzecz by można – nic dobrego. Jak donosiła „Gazeta Prawna” (nr 98 z 20 maja 2008 r.), szpitale resortowe, w tym i wojskowe, miałyby podlegać komercjalizacji, obowiązkowo przekształcać się w spółki i zostać przekazane pod nadzór marszał-

kom. Wojsko bez własnych szpitali? – to wprost niewyobrażalne. Nie sądzę by minister B. Klich miał łatwo skapitulować. Nie zanoszą się także na odrębny fundusz dla służb mundurowych, który gdyby powstał, mógłby wydatnie poprawić opiekę nad żołnierzami, ale też i nad ich rodzinami. Może jednak jeszcze nie wszystko stracone.

Te skądinąd niepokojące sygnały nie są jednak w stanie przysłonić nader dla nas, jako samorządu lekarskiego, ważnego i satysfakcjonującego wydarzenia. 16 maja br. odbyły się bowiem na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi wybory Prorektorów tegoż Uniwersytetu na kadencję 2008-2012 (wcześniej, 13 maja wybrano nowego Rektora, którym został prof. dr hab. med. Paweł Górski). Prorektorem ds. Klinicznych wybrany został Przewodniczący naszej Izby Lekarskiej, **Pan prof. dr hab. med. Marian Brocki**. Składamy Panu serdeczne gratulacje, wierząc zarazem, że wraz z Panem powróci do tej Uczelni, a zwłaszcza na Wydział Wojskowo-Lekarski, duch byłej WAM, której 50. rocznica utworzenia przypada właśnie w tym roku. Życzymy Panu Profesorowi wielu sukcesów naukowych i satysfakcji z pełnienia tej zaszczytnej funkcji.

Wraz z poprzednim numerem „Skalpela” wysłaliśmy w formie insertu do wszystkich Państwa druk „Aktualizacja danych członka WIL”. Wszystkim, a do tej pory było ich już bardzo wielu, którzy ze zrozumieniem intencji jakie przyświecają tej akcji odesłali już do Biura WIL wypełnione druki wraz z załącznikami, pragnę serdecznie podziękować. Zapewniam Koleżanki i Kolegów, że nie jest to wymysł mający jedynie absorbować Wasz cenny czas. To dzięki Wam nasz

rejestr lekarzy będzie doskonalszy, pełniejszy i istotnie ułatwiający załatwianie spraw z jakimi zwracacie się do Izby. To nasz rejestr oddaje dziś najpełniej obraz zasobów lekarskich wojskowej służby zdrowia.

Do tych z Państwa, którzy jeszcze z różnych powodów nie odesłali wspomnianej ankiety zwracam się z prośbą o uczynienie tego najszybciej jak to będzie możliwe. Sposobów jest wiele (poczta, poczta e-mail, fax, osobiście). Druk pobrać można również ze strony WIL w internecie (www.wil.org.pl).

W bieżącym numerze biuletynu zamieściliśmy Uchwałę nr 8/08/V NRL z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz Apel 1/08/V NRL w sprawie sposobu wydatkowania kwoty uzyskanej z tytułu zwiększonej składki członkowskiej. Podwyższenie składki pewnie nikogo nie ucieszy, nie mniej jednak pragnę zauważyć, że już od roku WIL ponosi koszty dostępu swoich lekarzy do kursów doskonalących na Medycznej Platformie Edukacyjnej. Zachęcamy do korzystania z tej drogi uzyskiwania punktów edukacyjnych, całkowicie nieodpłatnej dla lekarzy i dentystów WIL. Przypominam również o konieczności składania do WIL dokumentacji dotyczącej doskonalenia zawodowego w minionych ośmiu latach. Termin zakończenia procesu rozliczania zbliża się nieubłaganie.

Jako że nastał czas urlopów i letniego wypoczynku, życzę wszystkim Koleżankom i Kolegom tego lata samych pogodnych i beztrudnych dni, wielu udanych wojaży i niezapomnianych wrażeń.

Zbigniew UŁANOWSKI
redaktor naczelny „Skalpela”

Sprostowanie

Niewymienienie w relacji z uroczystości Świąta Wojskowej Służby Zdrowia (biuletyn „Skalpel” nr 3/2008 str. 14) Kliniki Psychiatrii i Stresu Bojowego WIM w Warszawie w gronie kilkunastu klinik, które odebrały w tym dniu przyznane przez Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia „Wyróżnienia Honorowe” za wprowadzenie nowych technik i metod

leczenia w 2007 roku sprawiło niewątpliwie przykrość nie tylko jej kierownikowi – Panu prof. Stanisławowi Illickiemu ale i zespołowi pracowników kliniki, którzy swoją pracą zasłużyli sobie na to wyróżnienie.

Za błąd, będący przeoczeniem powstałym w trakcie pisania artykułu bardzo przepraszam.

redaktor naczelny
Zbigniew Ułanowski

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
 Projekt II i IV okładki, opracowanie
 graficzne i łamanie numeru:

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 4/2008

Od redakcji.....	1
Wybrane problemy funkcjonowania Wojskowej Służby Zdrowia.....	3
Zakład Psychiatrii Wojskowej w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.....	6
LEP i LDEP – nowe zasady.....	9
Czas pracy czy czas służby?.....	10
Uchwała 8/08/V NRL w sprawie wysokości składki członkowskiej.....	11
Apel 1/08/V NRL w sprawie sposobu wydatkowania kwoty uzyskanej z tytułu zwiększonej składki członkowskiej.....	13
Jak opłacać składkę członkowską – przypominamy!.....	13
Komu służy Komisja Bioetyczna WIL?.....	14
Reminiscencje lubelskie.....	15
Wojsko musi być zdrowe.....	15
A to Polska właśnie.....	16
Wizyta generała.....	18
Sprawozdanie z IX Konferencji Stomatologów Wojskowych.....	20
Komunikat Doradczego Ośrodka Restrukturyzacji i Prywatyzacji w Służbie Zdrowia przy OIL w Warszawie.....	21
XVI Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy.....	22
Wychowankowie Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu.....	25
„Biologia” – recenzja.....	28
Pomóż Wojtkowi!.....	30
Nowe akty prawne.....	30
Lekarze emeryci i renciści!.....	32

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA

Przewodniczący WIL:	prof. dr hab. med. Marian Brocki
Wiceprzewodniczący WIL:	lek. dentysta Bogdan Barut płk 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 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 Patrycja Wonatowska tel. (0-22) 621 04 93 w. 175 faks (0-22) 621 04 93 w. 195 mgr Dominika Sałapa tel. (0-22) 621 04 93 w. 180 www.skokil.pl tel. (0-22) 331 66 07
Główna Księgowa:	
Sąd Lekarski:	
Rejestr lekarzy:	
Praktyki prywatne:	
Składki członkowskie:	
SKOK Izby Lekarskich:	

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

Wybrane problemy funkcjonowania Wojskowej Służby Zdrowia

Przedstawione poniżej, zapowiedziane w poprzednim numerze „Skalpela” opracowanie, dotyczące wybranych problemów funkcjonowania wojskowej służby zdrowia i kierunków zmian, jest skrótem obszernego materiału zaprezentowanego przez Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia na posiedzeniu kierownictwa MON oraz na XXIV Zjeździe Lekarzy WIL.

Funkcjonujący system opieki medycznej, w ocenie Szefa IWSZ, jest zdecydowanie niezadowolający, zarówno w zakresie opieki medycznej, dostępności i funkcjonalności oraz potrzeb zabezpieczenia ćwiczeń poligonowych i misji poza granicami kraju. Do destrukcji systemu opieki zdrowotnej nad żołnierzami istotnie przyczyniło się włączenie żołnierzy do powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, nie uwzględniającego specyficznych potrzeb wojska i zadań związanych z obronnością państwa, nastawionego na osiągnięcie efektu ekonomicznego. Aby to zmienić należy zmodyfikować mechanizmy działania systemu opieki zdrowotnej i obowiązujące regulacje prawne tak, żeby żołnierze w jednostkach wojskowych i placówkach SP ZOZ traktowani byli w sposób szczególny, odpowiedni do wykonywanych przez nich zadań, jak ma to miejsce w innych państwach NATO. Istotą postulowanej reformy jest:

- udoskonalenie funkcjonującego systemu w oparciu o kilkuletnie doświadczenia w celu podwyższenia poziomu opieki i poprawy zarządzania;
- zwiększenie efektywności działania służby zdrowia w procesie zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych RP, w szczególności misji poza granicami kraju oraz wymogów armii profesjonalnej która powstanie po 1 stycznia 2010 r.;
- wprowadzenie nowych rozwiązań, mających na celu odbu-

dowę korpusu medycznego poprzez stworzenie systemu pozyskiwania, szkolenia i doskonalenia zawodowego;

- modernizacja techniczna wojskowej służby zdrowia poprzez wprowadzenie transporterów opancerzonych do ewakuacji medycznej z pola walki, konteneryzacji polowych jednostek wojskowej służby zdrowia, a także rozwój systemu ewakuacji medycznej drogą powietrzną na szczeblu taktycznym i strategicznym oraz wdrażanie Systemu Zarządzania Informacjami Medycznymi (MIMS).

Proponowane zmiany muszą się zacząć od zmiany pojęcia co to jest **zdrowie**, które ze względu na specyfikę swojego funkcjonowania jako zorganizowanej i zdyscyplinowanej grupy nie może być pojmowane w kategorii pojedynczego żołnierza lecz być wartością społeczną, która jest składową stanu gotowości bojowej wojsk. System zdrowotny zaś to całokształt działań szeroko pojętej ochrony zdrowia, zapewniający wysoki standard opieki i poczucia bezpieczeństwa żołnierzy.

Zważywszy na znany stan obecny, system wymaga:

- odbudowy systemu kierowania, dowodzenia, poszerzenia zakresu odpowiedzialności;
- zmian organizacyjno-etatowych w jednostkach wojskowej służby zdrowia;
- zapewnienia dopływu kadr;
- zmian w systemie finansowania;

- zapewnienia rozwoju fachowego i doskonalenia personelu medycznego;
- modernizacji technicznej;
- opracowania zasad standaryzacji i certyfikacji elementów służby zdrowia;
- stworzenia nowej doktryny medycznej uwzględniającej specyfikę współczesnego pola walki i normy medyczne.

Złożoność problemu wynika ze współistnienia ograniczeń natury prawno-organizacyjnej, w których działa system. Należą do nich: obowiązujące przepisy prawa, sytuacja kadrowa, system finansowy, dezintegracja systemu kierowania.

Obecnie potencjał wojskowej służby zdrowia stanowi 95 jednostek organizacyjnych, z których 58, ze względu na system finansowania poprzez kontrakty z NFZ, w niewielkim stopniu uwzględnia potrzeby wojska i zadania stawiane wojskowej służbie zdrowia. Rozmieszczenie placówek wojskowej służby zdrowia na terenie kraju jest równomierne, jednak sieć szpitali wojskowych musi być przygotowana, a szpitale dostosowane na wypadek działań wojennych tak, aby mogły zmienić się w ośrodki leczenia urazów wielonarządowych.

Pod względem zakresu świadczonej pomocy powinny być one podzielone na tzw.:

- ostre pierwszej pomocy;
- kwalifikowanej pomocy;
- pomocy specjalistycznej i długoterminowej (np.: leczenie po operacjach, po rehabilitacji, leczenie sanatoryjne).

Obecny system finansowania oparty jest o kontrakty z NFZ, przy



niewielkim tylko wsparciu ze strony MON. W świetle obecnej, trudnej sytuacji finansowej SP ZOZ, wysokość uzyskiwanych przychodów z NFZ nie pozwala na spełnienie wszystkich wysuwanych postulatów płacowych. Problem stanowią też nieopłacone przez NFZ „nadlimity” wykonanych świadczeń. Na kondycję finansową SP ZOZ i JBR posiadających w swej strukturze SP ZOZ oraz możliwość realizacji zadań statutowych zasadniczy wpływ ma wysokość zawartych przez placówki kontraktów z NFZ na świadczenia zdrowotne, jak również oferowana cena za te świadczenia. Poprawę może przynieść, zapowiadane przez NFZ, wprowadzenie w drugim półroczu 2008 r. nowych zasad rozliczeń świadczeń szpitalnych wg jednorodnych grup pacjentów. Starania „resortowych” placówek, podjęte w celu uzyskania możliwie maksymalnych stawek za punkt mają swoje uzasadnienie w tym, że oprócz zadań z medycznej działalności statutowej realizują również zadania z zakresu zabezpieczenia stanów kryzysowych oraz mobilizacyjnego rozwinięcia zabezpieczenia Sił Zbrojnych RP w obwodach profilaktyczno-leczniczych. Ciągłe też żołnierze zawodowi pełniący służbę w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej i jednostkach badawczo-rozwojowych opłacani są z posiadanych przez SP ZOZ/JBR środków, głównie z kontraktu z NFZ. Resortowe placówki mają ponadto ograniczony dostęp do środków finansowych wydzielanych w ramach funduszy strukturalnych z budżetu UE. Projekty zgłaszane przez „wojskowe” placówki ochrony zdrowia są odrzucane lub przesuwane na ostatnie miejsce w rankingu już we wstępnej fazie oceny formalnej wniosków.

Wojskowa służba zdrowia to nie tylko szpitale, istotą jej jest służba zdrowia jednostek wojskowych. Główne problemy przed nią stojące to:

1. braki kadrowe;
2. zabezpieczenie misji;

3. stan polowej techniki medycznej;
4. system szkolenia i podnoszenia kwalifikacji;
5. utrzymanie bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Trudności kadrowe wojskowej służby zdrowia, będące odbiciem sytuacji w narodowym systemie ochrony zdrowia, wpływają negatywnie zarówno na poziom zabezpieczenia medycznego wojsk na terenie kraju oraz w misjach poza jego granicami, jak również na poziom opieki medycznej świadczonej przez wojskowe zakłady opieki zdrowotnej. Aby rozwiązać te problemy proponuje się, oprócz nowego systemu naboru i szkolenia kadr medycznych, działania doraźne. Obejmować one mają stworzenie rezerwy dyspozycyjnej Szefa IWSZ, z której personel medyczny mógłby być kierowany do obsadzenia wakuujących stanowisk w medycznych strukturach organizacyjnych. Personel ten pozostawałby na etacie zbiorczym Szefa IWSZ. Stanowiska dla rezerwy dyspozycyjnej pochodziłyby z obecnych wykazów stanowisk żołnierzy zawodowych służących w sp zoz i jbr, dlatego też ww. wykazy stanowisk uległyby likwidacji.

Aby zachęcić lekarzy do pozostawania w służbie wojskowej postulowane jest odtworzenie drogi awansu zawodowego poprzez likwidację stanowisk etatowych dla poruczników w szpitalach wojskowych i jednostkach badawczo-rozwojowych. Innym argumentem do pozostawiania w służbie byłyby ułatwienia w dostępie do specjalizacji medycznych. Wojsko dysponowałoby własnym limitem miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach pożądanym w wojsku, a specjalizacja byłaby nieodłącznym fragmentem służby lekarza wojskowego, nie jak dotychczas, przywilejem. Zamierza się ponadto zwiększyć liczbę etatów ratowników medycznych w jednostkach, zastępując w ten sposób część wakatów lekarzy. Pozytywnym jest przywrócenie dodatków służ-

bowych dla wojskowych lekarzy, jednakże ich wysokość i zasady wypłacania (uznaniowość dowódcy) nie gwarantują pozostawiania lekarzy w służbie. W kolejnych latach należy dążyć do zwiększenia dodatku funkcyjnego za służbę do poziomu 1,0 kwoty bazowej (a być może wyżej, adekwatnie do wzrostu wynagrodzeń w cywilnej służbie zdrowia). Dodatkim, który zlikwidowano w ubiegłych latach, jest dodatek finansowy za posiadaną specjalizację medyczną. W kontekście prac nad profesjonalizacją SZ, jak również w kontekście ucieczki specjalistów do innych krajów Unii, dodatek taki będzie niezbędny do zatrzymania wyspecjalizowanej kadry medycznej w SZ. Dodatek ten powinien objąć całą kadrę medyczną.

W celu poprawy systemu specjalizowania wojskowych kadr medycznych musi nastąpić przywrócenie procesu decyzyjnego w tym zakresie do resortu ON. Wyśiłki IWSZ idą w kierunku stworzenia właściwej struktury organizacyjnej szczebla pośredniego, która skoordynuje proces specjalizacyjny w MON na wzór cywilnych ośrodków kształcenia podyplomowego. Ma temu służyć powołanie Wojskowego CMKP oraz wydziałów nauki i szkolenia w szpitalach wojskowych. Wprowadzony znówelizowaną ustawą pragmatyczną zapis dotyczący specjalizacji umożliwiłby częściową lub całkowitą refundację kosztów kształcenia podyplomowego lekarzy wojskowych. W celu usprawnienia procesu specjalizacyjnego lekarz oficer będzie mógł realizować staże kierunkowe wynikające z programu specjalizacji w wybranych szpitalach wojskowych, najbliższych miejsca pełnienia służby.

Zasadniczą przyczyną zwolnień z zawodowej służby wojskowej było wypowiedzenie stosunku służbowego, które stanowiły w korpusie osobowym medycznym 77,02% ogółu zwolnień.

Przyczyny to: nieatrakcyjna służba, duże obciążenia obowiąz-

kami przy niskim ukończeniu jednostek wojskowych w personel medyczny, niemożność ukończenia specjalizacji, słabe finansowanie. Podobne są też przyczyny braku kandydatów do pełnienia zawodowej służby wojskowej w grupie osobowej lekarzy. Są to: ogólna sytuacja na rynku pracy, mała atrakcyjność służby spowodowana niskim uposażeniem, utrudnionymi warunkami podnoszenia kwalifikacji oraz dyspozycyjnością. W roku 2008 planuje się powołać 30 oficerów spośród absolwentów Wojskowego Studium Oficerskiego. Szkolenie rozpocznie się we wrześniu i będzie trwać trzy miesiące. Po analizie możliwości finansowych, uregulowań prawnych oraz bazy lokalowej wojskowa służba zdrowia może w chwili obecnej w trybie pilnym uruchomić system szkolenia podchorążych w UM w Łodzi i Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych. Istnieją obecnie możliwości szkolenia podchorążych po III roku studiów, zgodnie z zapisami ustawy pragmatycznej, jednak docelowo rozpoczęte zostanie szkolenie od 1 roku studiów, z pozostawieniem drogi naboru poprzez system stypendialny oraz naboru absolwentów Akademii Medycznych po zdaniu Lekarskim Egzaminie Państwowym (LEP).

W ramach systemu nadzoru sanitarno-higienicznego oraz osłony przeciwepidemicznej przewiduje się zmiany funkcjonalne w istniejących Wojskowych Ośrodkach Medycyny Prewencyjnej, Centrum Reagowania Epidemiologicznego Sił Zbrojnych RP oraz Wojskowym Instytucie Higieny i Epidemiologii. Ich celem jest zapewnienie pełnej ochrony medycznej żołnierzom i pracownikom wojska w całym spektrum możliwości, od wywiadu medycznego poprzez pełny nadzór epidemiologiczny, diagnostykę laboratoryjną czynników broni masowego rażenia.

Zmian wymaga system orzecznictwa wojskowo-lekarskiego. Zo-

stanie on dostosowany do potrzeb wynikających z planowanego uzgodnienia SZ RP. Zmniejszona zostanie liczba wojskowych komisji lekarskich, a ich rozmieszczenie dostosowane zostanie do wymogów związanych z podziałem administracyjnym kraju.

Szerokie spektrum realizowanych zadań wymaga zmian i usprawnienia formuły organizacyjno-etatowej Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, który stanie się rzeczywistym organizatorem systemu zabezpieczenia medycznego SZ RP odpowiedzialnym za:

- kierowanie wojskową służbą zdrowia,
- programowanie rozwoju systemu zabezpieczenia medycznego,
- współpracę cywilno-wojskową w obszarze medycznym oraz
- działalność legislacyjną związaną z ochroną zdrowia w wojsku.

System funkcjonowania wojskowej służby zdrowia powinien być oparty na odpowiedzialności terytorialnej w ramach obwodów profilaktyczno-leczniczych (obszar od 1-4 województw). Wiodącymi placówkami mają być szpitale, których komendanci będą odpowiedzialni za poziom usług medycznych, szkolenie personelu medycznego i zapewnienie ciągłości opieki medycznej wszystkim żołnierzom służącym na terenie obwodu. Uzyska się to poprzez stworzenie wojskowego zespołu zakładów opieki zdrowotnej, w którego składzie znajdą się wszystkie elementy służby zdrowia, tj. wojskowe szpitale (również tzw. ucywilnione), „ucywilnione” przychodnie specjalistyczne (WSPLek) oraz ambulatoria i ambulatoria z izbą chorych, które będą tworzyć służbę zdrowia garnizonów. Służba zdrowia garnizonu będzie tworzona z sił i środków wszystkich jednostek garnizonu. Na jej czele będzie stał starszy lekarz garnizonu, wykorzystywana będzie tylko jedna, główna Izba Chorych jako wysunięte ramię oddziałów ratunkowych

szpitala wiodącego, przeznaczona do leczenia przypadków, które wymagają izolacji i obserwacji, ale nie kwalifikują się jeszcze do leczenia szpitalnego. Nadzór fachowy będzie oparty o lekarzy specjalistów szpitala wiodącego lub innych struktur tworzących zespół opieki zdrowotnej. W pozostałych jednostkach wojskowych, w zależności od potrzeb, pozostawione będą tylko punkty ambulatoryjne przyjęć lekarskich doposażone dodatkowo w medyczny sprzęt reanimacyjny, a organicznie będzie w nich występował ratownik medyczny, wspierany przez lekarza konsultanta z zespołu garnizonu. Pozwoli to na obniżenie kosztów funkcjonowania systemu, lepsze wykorzystanie personelu, poprawi poziom bezpieczeństwa pacjentów. Organizatorem systemu będzie starszy lekarz garnizonu, mający oparcie merytoryczne w szpitalu wiodącym, który w razie potrzeby (szkolenia, zabezpieczenie ćwiczeń, nieobecność lekarzy JW) zabezpieczy działania poprzez delegowanie personelu medycznego ze szpitala wiodącego. Zapasy leków w garnizonowej Izbie Chorych utrzymywane będą tak jak w oddziale szpitalnym, pobierane według receptariusza i rozliczane zgodnie z obowiązującymi przepisami, bez konieczności posiadania zgodnego z prawem farmaceutycznym personelu (magistra farmacji).

Finansowo system utrzymywany będzie jako system mieszany, przez NFZ (najkorzystniej przez oddział dla służb mundurowych) i przez MON, w ramach zadań zleconych.

W celu poprawy opieki zdrowotnej nad żołnierzami służby czynnej wprowadzone zostaną świadczenia zdrowotne finansowane przez MON. Wprowadzona, a raczej przywrócona będzie dyspanseryzacja, która jest metodą prowadzenia czynnego poradnictwa, wyrażającą się sprawowaniem planowej opieki profilaktyczno-

lecniczej w ramach służby medycyny pracy. Dyspanseryzacją objęci będą żołnierze zawodowi wymagający szczególnej opieki w związku z chorobami, takimi jak: nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa, stan po zawale serca, itp. Finansowanie zadań dyspanseryzacyjnych w ramach służby medycyny pracy odbywać się będzie zgodnie z zapisami art. 22 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. nr 125, poz. 1317 z 2004 r.).

W ramach profilaktyki zdrowotnej w 2007 r. wprowadzono w SZ RP program profilaktyki chorób układu krążenia, program identyfikacji genetycznej oraz profilaktyki cytogenetycznej. W 2008 r. planowane jest wprowadzenie programu profilaktyki raka gruczołu krokowego oraz Telemedycyna – program integracji informatycznej profilaktycznych programów zdrowotnych.

Planowane jest utworzenie Wojskowego Ośrodka Zabezpieczenia Medycznego i Opieki Profilaktycz-

nej dla żołnierzy powracających z misji poza granicami państwa, na bazie obiektów w garnizonie Hel. Przewiduje się, że zostanie usankcjonowany decyzją Ministra Obrony Narodowej program szczepień ochronnych w Siłach Zbrojnych RP. Planowane są też zmiany struktur organizacyjnych pionu psychologii wojskowej oraz Wojskowej Służby Medycyny Pracy.

opracowanie redakcyjne
Zbigniew UŁANOWSKI



Autor artykułu, płk. rez. prof. dr hab. med. Wojciech Gruszczyński.

Zakład Psychiatrii Wojskowej w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

Wstęp

Wbrew powszechnej opinii psychiatria wojskowa, a zwłaszcza jej „nowa podspecjalność” psychiatria katastrof i stresu bojowego (pola walki) przestała być domeną wyłącznie psychiatrów i psychologów wojskowych. Punktem przełomowym wyznaczającym nowy punkt widzenia były zamachy terrorystyczne z dnia 11 września 2001 roku w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, uważane za największą w ostatnich latach katastrofę spowodowaną przez człowieka. Terroryzm globalny, wojny i konflikty zbrojne w różnych częściach świata, masowe akty przemocy, łamanie praw człowieka, klęski żywiołowe związane z tzw. globalnym ociepleniem, spowodowały wzrost zachorowalności psychiatrycznej nie tylko wśród walczących żołnierzy, ale również ludności cywilnej.

Dlatego od końca XX wieku zarówno w psychiatrii „cywilnej” jak i wojskowej szczególnego znaczenia nabiera kierunek nazwany: „psychiatria i psychologia katastrof

i stanów nagłych”, będący dziedziną medycyny ratunkowej.

Historię psychiatrii wojskowej w Polsce od 1918 roku, aż do czasów współczesnych można, moim zdaniem, podzielić na cztery różne okresy.

Pierwszy z nich to lata międzywojenne (1918-1939), w których udało się zorganizować, w trudnej sytuacji geopolitycznej państwa, sprawnie działający pion psychiatryczno-psychologiczny wojskowej służby zdrowia i opracowano doktrynę psychiatryczną, w której głównym założeniem była bliskość psychiatrów wojskowych jednostek liniowych.

W drugim okresie (1960-1989) odnotowujemy dynamiczny rozwój instytucjonalny, kadrowy, naukowo-badawczy, publicystyczny i dydaktyczny psychiatrii wojskowej. W tym czasie liczyła ona 140 psychiatrów i psychologów wojskowych, w tym siedmiu samodzielnych pracowników nauki.

W latach 1990-2002 (III okres) zmiany społeczno-ustrojowe w Polsce i związana z tym konieczność

restrukturyzacji i redukcji sił zbrojnych spowodowała stopniowo likwidację wojskowej służby zdrowia, w tym jej pionu psychiatryczno-psychologicznego, zakończoną rozwiązaniem Wojskowej Akademii Medycznej w 2002 roku. Działo się tak mimo dalszego rozwoju naukowo-badawczego, publicystycznego i usługowo-leczniczego psychiatrii wojskowej.

Od 2003 roku (IV okres) decyzje podjęte w latach 90-tych okazały się fatalne w skutkach nie tylko dla psychiatrii wojskowej, ale również dla całej wojskowej służby zdrowia. Przystąpienie polskich sił zbrojnych do NATO (1999) a następnie do wojny w Iraku i Afganistanie odsłoniły w pełni nieprzygotowanie kadrowo-organizacyjne i merytoryczne psychiatrii wojskowej. Przejawiało się to niewłaściwą i błędną oceną diagnostyczno-orzeczniczą zaburzeń psychicznych (zwłaszcza PTSD) u polskich żołnierzy misji pokojowej w Iraku. Dopiero w latach 2004-2005 Ministerstwo Obrony Narodowej podjęło działania mające służyć odbudowaniu psychiatrii wojskowej. W tym celu zlecono Klinice Psychiatrycznej Dorosłych (dawniej Wojskowej Akademii Medycznej) Uniwersytetu Medycznego realizację tematu naukowo-badawczego, pt. „Psychologiczno-psychiatryczne problemy stresu bojowego”. Temat został zrealizowany a jego wynikiem są liczne publikacje naukowe, czynny udział w zjazdach i konferencjach oraz opracowanie instrukcji dotyczących kryteriów rozpoznawania i strategii postępowania psychiatryczno-psychologicznego w aspekcie stresu bojowego. Klinika Psychiatrii Dorosłych UM od kilku lat w ramach podstawowej działalności statutowej realizuje temat badawczy: „Ocena stanu psychicznego (w tym psychosomatycznego) i sprawności funkcjonowania społecznego (zawodowego) żołnierzy po zakończonej misji pokojowej w Iraku”. Problem ten nie był dotychczas badany w polskiej psychiatrii woj-

skowej. Piśmiennictwo zagraniczne, zwłaszcza amerykańskie, wskazuje jego bardzo ważne znaczenie społeczne, gospodarcze i polityczne (znany powszechnie problem weteranów wojny wietnamskiej, a ostatnio irackiej). Realizowane zadania badawcze są szczególnie ważne dla programu ratownictwa medycznego w jego części psychiatryczno-psychologicznej (Ustawa o Ratownictwie Medycznym).

Decyzją Rektora i Senatu Uniwersytetu Medycznego od roku akademickiego 2007/2008 na Wydziale Wojskowo-Lekarskim jest realizowany program dydaktyczny z przedmiotu „Psychiatria i psychologia katastrof i stresu bojowego” dla studentów VI roku studiów. Psychiatria wojskowa jest istotną częścią programu dydaktycznego dla lekarzy wojskowych, specjalizujących się w dziedzinie psychiatrii w Klinice Psychiatrii Dorosłych, jak również stanowi tematy badawcze rozpraw doktorskich realizowanych w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Obsada

Kompletowanie Zespołu, który docelowo będzie składał się z dwóch lekarzy psychiatrów, dwóch psychologów, w tym jednego ze specjalizacją psychologii klinicznej oraz jednego asystenta społecznego – absolwenta Ratownictwa Medycznego UM.

Aktualnie w skład zespołu wchodzi dwóch lekarzy (w tym jeden samodzielny pracownik nauki) oraz psycholog kliniczny.

Działalność naukowo-badawcza

Prowadzona będzie w oparciu o system grantów celowych i statutowych w następujących, głównych problemach badawczych:

A. Badania porównawcze zaburzeń psychicznych związanych ze stresem bojowym u żołnierzy działających w misjach wojskowych w Iraku, Afganistanie i Czadzie.

B. Problemy zaburzeń nerwicznych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u żołnierzy i ich rodzin, weteranów, rencistów i emerytów wojskowych.

C. Przejawy i uwarunkowania zaburzeń adaptacyjnych u żołnierzy ze szczególnym zwróceniem uwagi na zachowania samobójcze (stany nagłe w psychiatrii).

D. Zasady postępowania i interwencji kryzysowych w stanach nagłych.

E. Psychoprofilaktyka i promocja zdrowia psychicznego w zakresie radzenia sobie ze stresem.

Działalność naukowo-badawcza będzie realizowana nie tylko przez pracowników Zakładu, ale również przez doktorantów oraz w ramach prac magisterskich Uniwersytetu Medycznego.

Działalność dydaktyczna

Zasadniczy program edukacyjny będzie prowadzony na VI roku studiów Wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM z przedmiotu „Psychiatria i psychologia katastrof i stresu bojowego”, obejmującego 8 wykładów oraz 3 ćwiczenia praktyczne dla każdej grupy studenckiej na terenie Kliniki Psychiatrii Dorosłych.

Ponadto problematyka psychiatrii wojskowej, a zwłaszcza związana ze stresem i stanami nagłymi będzie tematem wykładów i ćwiczeń na Wydziale Nauk o Zdrowiu – kierunku Medycyny Ratunkowej oraz na Wydziale Fizjoterapii, w ramach wykładów z psychiatrii.

Zakład Psychiatrii Wojskowej będzie czynnie uczestniczył w programie szkolenia specjalistycznego w zakresie psychiatrii i psychologii klinicznej lekarzy i psychologów, w tym wojskowych.

Działalność dydaktyczna będzie również zintegrowana z programem szkolenia Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi.

Działalność usługowo-lecznicza

Początkowo będzie ona polegała na leczeniu stacjonarnym i konsultacjach specjalistycznych chorych z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48) na bazie Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego. Populacja pacjentów to żołnierze służby czynnej i zawodowej, a także ich rodziny, które z przyczyn stresu wojennego cierpią na zaburzenia psychiczne (np. po śmierci żołnierza lub jego zranieniu), weterani, renciści i emeryci wojskowi oraz osoby prześladowane politycznie, z tzw. syndromem ocalonego, np. Sybiracy. W perspektywie planuje się utworzenie 15-lóżkowego pododdziału psychiatrii wojskowej na bazie Centralnego Szpitala Weteranów, Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej. W ramach działalności usługowo-leczniczej będzie również prowadzona działalność orzecznicza zdolności do służby wojskowej po przebytych zespołach stresu bojowego lub stanów nagłych.

Działalność edukacyjno-popularyzatorska

Będzie ona dotyczyć zarówno środowiska wojskowego jak i szeroko rozumianej opinii społecznej poprzez kontakt z mediami. Nasze doświadczenia z misji pokojowej w Iraku wskazują jednoznacznie, że prezentowane w licznych artykułach prasowych („Newsweek”, „Gazeta Wyborcza”, „Polityka”, „Dziennik”), a także w niektórych publikacjach naukowych („Lekarz Wojskowy”) informacje o wzroście zachorowalności wśród polskich żołnierzy nie odzwierciedlały stanu faktycznego. Wynikały one z braku doświadczenia w diagnozowaniu zaburzeń psychicznych charakterystycznych dla „pola walki” oraz koniecznością analizy porównawczej rozpoznawania wg Klasyfikacji Międzynarodowej

ICD-10 i Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV. Dlatego istnieje pilna potrzeba dotarcia do kadry dowódczej i ogółu żołnierzy pełniących służbę w warunkach ekstremalnych. Zadaniem Zakładu Psychiatrii Wojskowej będzie również przygotowanie programów „Treningu antystresowego” dla żołnierzy powracających z misji wojskowych z różnych krajów.

W ciągu 1-2 lat od powołania Zakładu Psychiatrii Wojskowej powinien zostać opracowany pierwszy w polskich siłach zbrojnych podręcznik pt.: „Psychiatria i psychologia katastrof i stresu bojowego”. Podręcznik zostanie przygotowany w dwóch wersjach:

- a. dla lekarzy wojskowych;
- b. dla żołnierzy zawodowych.

Współpraca Zakładu Psychiatrii Wojskowej z placówkami wojskowymi i naukowo-badawczymi

- A. Współdziałanie z Inspektoratem Wojskowej Służby Zdrowia nad wprowadzeniem części psychiatryczno-psychologicznej doktryny wojskowej zgodnie ze standardami NATO, zwłaszcza w aspekcie nazewnictwa psychiatryczno-psychologicznego.
- B. Odnowienie współpracy z Centrum Medycznym Marynarki Wojskowej USA w San Diego, która trwała kilka lat za czasów funkcjonowania Wojskowej Akademii Medycznej i zaowocowała zorganizowaniem trzech konferencji naukowych psychiatrów wojskowych Polski i Stanów Zjednoczonych.
- C. Realizacja wspólnych tematów badawczych z Wojskowym Instytutem Medycznym.
- D. Nawiązanie kontaktów z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym w celu utworzenia Sekcji Psychiatrii Wojskowej PTP oraz przygotowania zasad i wymogów nadawania Certyfikatu Psychiatrii Wojskowej.

Podsumowanie

Działalność utworzonego Zakładu Psychiatrii Wojskowej nie będzie prostą kontynuacją funkcjonowania Kliniki Psychiatrycznej byłej Wojskowej Akademii Medycznej. Zmieniły się warunki praktyczne poprzez wejście polskich sił zbrojnych w strukturę NATO co spowodowało zmiany lub modyfikację nazewnictwa wojskopsychiatrycznego w Klasyfikacji ICD-10 na amerykańską DSM-IV. Również zmieniają się uwarunkowania społeczne, które doprowadzą już w 2010-2011 do utworzenia w Polsce armii zawodowej, która jak wskazują doświadczenia USA i armii krajów zachodniej Europy nie jest również wolna od problemów psychiatrycznych.

W końcu diametralnej zmianie uległa sytuacja militarna polegająca na udziale naszych żołnierzy w misjach pokojowych i wojennych w przyszłości, tzw. punktach zapalnych na świecie. Te przesłanki powodują, że nowoutworzona placówka wojskowo-medyczna będzie miała szeroki zakres zadań i obowiązków do wykonania. Należy przy tym pamiętać, że w niedalekiej przyszłości decyzją Ministerstwa Obrony Narodowej i Uniwersytetu Medycznego zostanie zorganizowane szkolenie przeddyplomowe studentów medycyny, przyszłych lekarzy wojskowych. Z tej perspektywy Zakład Psychiatrii Wojskowej jest załącznikiem utworzenia w przyszłości Katedry Psychiatrii Wojskowej. Jako były psychiatra wojskowy wierzę, że będę świadkiem takich zmian. Świadczą o tym dynamicznie rozwijające się służby psychiatryczno-psychologiczne nie tylko państw NATO ale również innych armii świata, np. Federacji Rosyjskiej czy Izraela.

plk. rez. prof. dr hab. med.
Wojciech GRUSZCZYŃSKI

LEP i LDEP – nowe zasady

15 maja 2008 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty. Wprowadziło ono istotne zmiany dotyczące trybu i terminów przeprowadzania egzaminów LEP i LDEP. Odbywać się będą one jednocześnie w całym kraju – LEP w okresie od 15 do 30 września i od 15 do 28 lutego, natomiast LDEP w okresie od dnia 1 do 15 września i od dnia 1 do 15 lutego. Najbliższe terminy egzaminów w sesji jesiennej ustalono następująco: LEP – 27.09.2008 r., godz. 11:00 oraz LDEP – 13.09.2008 r., godz. 11:00.

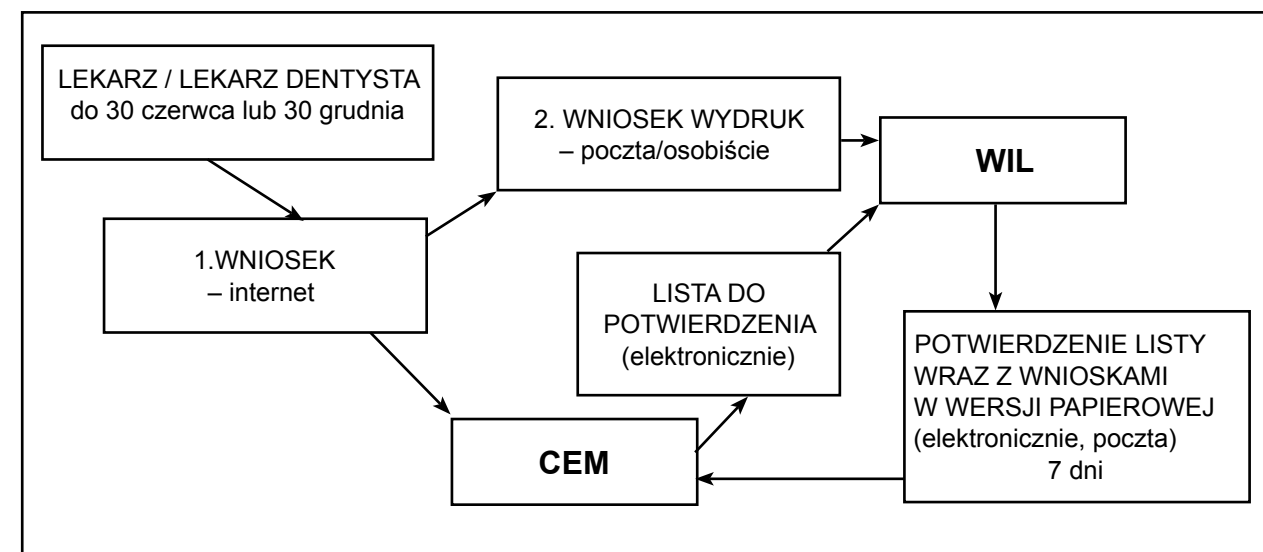
Istotną zmianą wprowadzoną rozporządzeniem jest fakt, że lekarze stażyści nie są już zgłaszani do egzaminu, jak to miało miejsce dotychczas, poprzez okręgowe izby lekarskie. Wszystkie osoby

zainteresowane przystąpieniem do egzaminu muszą złożyć samodzielnie wniosek w tej sprawie do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych (CEM). Wnioski należy składać w terminach do 30 czerwca (egzamin w sesji jesiennej) lub 30 grudnia (egzamin w sesji wiosennej). Formularz wniosku jest generowany elektronicznie i pobierany na stronie internetowej CEM. Wniosek w wersji papierowej należy przesłać do właściwej izby lekarskiej. Po upływie terminów składania wniosków CEM przekazuje elektronicznie dane osób zamierzających przystąpić do egzaminów właściwym okręgowym izbom lekarskim, w celu ich potwierdzenia. Izby w ciągu 7 dni potwierdzają dane oraz przekazują do CEM, wcześniej otrzymane od lekarzy i potwierdzone wersje papierowe wniosków. Osoby zamierzające rozpocząć specjalizację, a którym

do tego celu niezbędny jest wynik LEP, wniosek o dopuszczenie do egzaminu wypełniają również na stronie internetowej CEM, a następnie przesyłają do odpowiedniej izby lekarskiej (ta sama procedura).

Lekarze, którzy nie posiadają prawa wykonywania zawodu otrzymują po zdaniu LEP odpowiednie świadectwo, na podstawie którego mogą wystąpić o wydanie prawa wykonywania zawodu do właściwej izby lekarskiej. W przypadku tych lekarzy do zdania LEP wymagane jest uzyskanie co najmniej 56% możliwych do uzyskania punktów. Absolwenci polskich uczelni medycznych, którzy odbyli studia w języku angielskim mogą przystąpić do LEP w języku angielskim. W tym przypadku termin składania wniosków mija 31 maja (w sesji jesiennej) oraz 31 października (w sesji wiosennej).

mgr **Edyta KLIMKIEWICZ**



Schemat postępowania przed przystąpieniem do egzaminu LEP lub LDEP

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

Czas pracy czy czas służby?

Odpowiedź na to pytanie tkwi w doktrynie prawa pracy oraz prawa administracyjnego. Przyjmuje się powszechnie, że stosunki służbowe służb zmilitaryzowanych czy mundurowych nie są stosunkami pracy w rozumieniu prawa pracy, są natomiast stosunkami prawnymi o charakterze administracyjno-prawnym. Stosunek służbowy żołnierza zawodowego, a takim jest też **lekarz w czynnej służbie wojskowej**, ma charakter administracyjno-prawny, charakteryzujący się dyspozycyjnością polegającą na podporządkowaniu władzy służbowej. Dlatego też, sytuacja żołnierzy zawodowych nie może być porównywana z sytuacją „każdego obywatela” (pracownika), a tylko z kategoriami podmiotów, których funkcje w państwie oraz sposób dochodzenia do zajmowanego stanowiska wykazują cechy zbliżone do żołnierzy zawodowych. Żołnierz zawodowy od momentu powołania do służby poddać się musi regułom pełnienia służby nacechowanej istnieniem specjalnych uprawnień, ale też szczególnych obowiązków. Specyfikę służby żołnierzy zawodowych ustawodawca uznał za przesłankę uzasadniającą dopuszczalność wprowadzenia zadaniowej regulacji czasu służby, z uwzględnieniem prawa do wypoczynku i czasu wolnego. Regulacja taka zawarta została w **art. 60 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych oraz o zmianie niektórych innych ustaw** (Dz.U. nr 176 poz. 1242 z 2007 r.). Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2008 r. Artykuł 60 ww. ustawy otrzymał brzmienie:

„Art.60.

1. Wymiar czasu służby żołnierzy zawodowych jest określony ich zadaniami służbowymi.
2. Zadania służbowe żołnierzy zawodowych powinny być ustalane

przez przełożonych w sposób pozwalający na ich wykonywanie w ramach czterdziestu godzin służby w tygodniu. Wykonywanie zadań służbowych nie może przekraczać przeciętnie czterdziestu ośmiu godzin w tygodniu, w czteromiesięcznym okresie rozliczeniowym.

3. Żołnierzowi zawodowemu przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej jedenastu godzin nieprzerwanego odpoczynku.
4. Przepisy ust. 2 i 3 nie mają zastosowania do żołnierzy zawodowych realizujących zadania o charakterze nadzwyczajnym niezbędne do ochrony interesów państwa, w szczególności: biorących udział w zapobieganiu skutkom katastrof naturalnych lub awarii technicznych noszących znamiona klęski żywiołowej oraz w celu ich usunięcia, pełniących służby i dyżury, odbywających ćwiczenia i szkolenia poligonowe (morskie) oraz pełniących służbę wojskową poza granicami państwa.
5. Minister Obrony Narodowej określi w drodze rozporządzenia, dodatkowe dni wolne od służby, rozkład czasu służby w tygodniu, sposób udzielania czasu wolnego oraz sposób prowadzenia ewidencji czasu służby,

a także okoliczności powodujące przekroczenie tygodniowego czasu służby. Rozporządzenie powinno w szczególności tak określić rozkład czasu służby w tygodniu, aby ustalać zadania służbowe w ramach czterdziestu godzin w pięciodniowym tygodniu służby.”

Przepisy dotyczące czasu służby w warunkach zwyczajnych podlegają regulacjom dyrektywy 89/391/EWG dotyczącym bezpieczeństwa i higieny pracy, jak również regulacjom dyrektywy 2003/88/WE dotyczącym czasu pracy. Określono zatem, że zadania służbowe żołnierzy zawodowych powinny być ustalane przez przełożonych w sposób pozwalający na ich wykonywanie w ramach czterdziestu godzin służby w tygodniu oraz że wykonywanie zadań służbowych nie może przekraczać przeciętnie czterdziestu ośmiu godzin w tygodniu, w czteromiesięcznym okresie rozliczeniowym.

Z powyższego wynika wprost, że czas pracy, a *de facto* czas służby lekarza wojskowego, odbiega od regulacji wynikających z dyrektywy 2003/88/WE tylko w ściśle określonych ustawą sytuacjach i tym się różni od czasu pracy lekarza cywilnego.

(red.)

Oferta pracy

NZOZ Średzkie Centrum Medyczne w Środzie Śląskiej zatrudni w Oddziale Chorób Wewnętrznych p.o. Ordynatora Oddziału z możliwością dobrania zespołu lekarzy oraz 2 lekarzy z II st. specjalizacji z chorób wewnętrznych lub 1 lekarza z II st. specjalizacji i 1 lekarza w trakcie specjalizacji z ww. dziedziny. Zainteresowane osoby prosimy o składanie CV i listu motywacyjnego w sekretariacie NZOZ Średzkie Centrum Medyczne 55-300 Środa Śląska, ul. Konstytucji 3 Maja 71 tel. 071 31-72-056 lub 071 31-76-975.

Uchwała nr 8/08/V

Naczelnej Rady Lekarskiej

z dnia 4 kwietnia 2008 r.

w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 35 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. O izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158, z 1990 r. nr 20, poz. 120, z 1996 r. nr 106, poz. 496, z 1997 r. nr 28, poz. 152, z 1998 r. nr 106, poz. 668, z 2001 r. nr 126, poz. 1383, z 2002 r. nr 153, poz. 1271 i nr 240, poz. 2052, z 2004 r. nr 92, poz. 885 oraz z 2007 r. nr 176, poz. 1238) uchwała się co następuje:

§ 1.

1. Ustala się miesięczną wysokość składki członkowskiej obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej izby lekarskiej, w wysokości 40 zł.
2. Ustala się miesięczną wysokość składki członkowskiej obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej izby lekarskiej, posiadającego ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwanego dalej „lekarzem stażystą”, w kwocie 10 zł.

§ 2.

1. Lekarz i lekarz dentysta, o którym mowa w § 1 ust. 1, zwany dalej „lekarzem”, na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, może mieć ustaloną miesięczną wysokość składki członkowskiej w kwocie 10 zł, jeżeli:
 - 1) jest rencistą w rozumieniu ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 oraz z 2007 r. Nr 191, poz. 1368) lub ustaw odnoszących się do zaopatrzenia emerytalnego służb mundurowych;
 - 2) jest emerytem w rozumieniu przepisów, o których mowa w pkt 1 i ukończył:
 - 60 lat – w przypadku kobiety lub
 - 65 lat – w przypadku mężczyzny
 oraz poza świadczeniem emerytalnym nie osiąga rocznego przychodu przekraczającego wysokość rocznego przychodu osiąganego przez lekarza stażystę, ustalonego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. nr 57, poz. 553 i nr 207, poz. 2118, z 2005 r. nr 133, poz. 1126 oraz z 2007 r. nr 127, poz. 882 nr 160, poz. 1137).

2. Okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę, o której mowa w ust. 1, jeżeli lekarz złoży odpowiedni pisemny wniosek oraz przedstawi decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu emerytury lub renty i kserokopię zeznania o wysokości dochodu uzyskanego w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku.

§ 3.

1. Lekarz lub lekarz stażysta, który nie osiąga przychodu, może na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, zostać zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej na okres, w którym nie osiąga przychodu.
2. Okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę, o której mowa w ust. 1, jeżeli lekarz lub lekarz stażysta złoży odpowiedni pisemny wniosek oraz przedstawi:
 - 1) zaświadczenie o okresie zarejestrowania w rejestrze bezrobotnych powiatowego urzędu pracy lub
 - 2) kserokopię zeznania o wysokości dochodu uzyskanego w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku oraz oświadczenie o przewidywanym braku przychodu w okresie zwolnienia z opłacania składki członkowskiej.

§ 4.

1. Lekarz, o którym mowa w § 2 ust. 1 może, na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, zostać zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas nieokreślony, jeżeli zaprzestał wykonywania zawodu.
2. Okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę, o której mowa w ust. 1, jeżeli lekarz złoży odpowiedni pisemny wniosek wraz z oświadczeniem o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony oraz przedstawi decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub właściwego organu emerytalnego służb mundurowych o przyznaniu emerytury lub renty.

§ 5

1. Obowiązek opłacania składki członkowskiej przez lekarza i lekarza stażystę powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz lub lekarz stażysta:

- 1) został wpisany na listę członków okręgowej izby lekarskiej;
 - 2) o którym mowa w § 3 ust. 1, był zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej;
 - 3) o którym mowa w § 4 ust. 1, złożył oświadczenie okręgowej radzie lekarskiej o podjęciu wykonywania zawodu.
2. Obowiązek opłacania składki członkowskiej w wysokości 10 zł przez lekarza, o którym mowa w § 2 ust.1, powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym okręgowa rada lekarska podjęła uchwałę, o której mowa w § 2 ust.1.
3. Obowiązek opłacania składki członkowskiej w wysokości 40 zł przez lekarza, który ukończył staż podyplomowy i złożył Lekarski Egzamin Państwowy lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy oraz uzyskał prawo wykonywania zawodu, powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz ten został ponownie wpisany na listę członków okręgowej izby lekarskiej.
4. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem.

§ 6

1. Obowiązek opłacania składki członkowskiej ustaje:
- 1) od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu:
 - a) w którym nastąpiło skreślenie lekarza lub lekarza stażysty z listy członków okręgowej izby lekarskiej z powodu:
 - przeniesienia się lekarza lub lekarza stażysty na obszar działania innej izby lekarskiej,
 - złożenia przez lekarza lub lekarza stażystę oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu,
 - b) w którym okręgowa rada lekarska podjęła uchwałę, o której mowa w § 3 ust. 1 lub w § 4 ust. 1 – w razie nieokreślenia w tej uchwale początku okresu zwolnienia;
 - 2) od pierwszego dnia miesiąca, w którym lekarz lub lekarz stażysta:
 - a) utracił prawo wykonywania zawodu lub ograniczone prawo wykonywania zawodu na skutek zaistnienia okoliczności, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. nr 226, poz. 1943, z 2006 r. nr 117, poz. 790, nr 191, poz. 1410 i nr 220, poz. 1600 oraz z 2007 r. nr 166, poz. 1172 i nr 176, poz. 1238),

- b) został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu,
 - c) zmarł.
2. Obowiązek opłacania składki członkowskiej ustaje od pierwszego dnia miesiąca określonego w uchwale, o której mowa w § 3 ust. 1 lub § 4 ust. 1, jako początek okresu zwolnienia.

§ 7

1. Lekarz i lekarz stażysta opłaca składkę członkowską:
- 1) bezpośrednio lub za pośrednictwem pracodawcy, przez wpłaty:
 - a) na konto bankowe okręgowej izby lekarskiej,
 - b) na indywidualny, określony dla niego, numer subkonta rachunku bankowego okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem;
 - 2) w kasie okręgowej izby lekarskiej.
2. Okręgowa izba lekarska, która przyjęła sposób opłacania składki członkowskiej określony w ust. 1 pkt 1 lit. b, obowiązana jest przekazać lekarzowi i lekarzowi stażystcie, będącemu członkiem, informację dotyczącą indywidualnego numeru subkonta.

§ 8

Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe.

§ 9

1. Lekarz, który na podstawie dotychczasowych przepisów, opłacał składkę członkowską w wysokości 10 zł, opłaca składkę w tej wysokości do czasu zwolnienia go z obowiązku opłacania składki członkowskiej na podstawie § 4.
2. Lekarz, lekarz stażysta, który na podstawie dotychczasowych przepisów, był zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej, pozostaje zwolniony z tego obowiązku do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki członkowskiej zgodnie z § 5.

§ 10

Traci moc uchwała Nr 69/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz uchwała Nr 21/06/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 czerwca 2006 r. zmieniająca uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

§ 11

Uchwałę wchodzi w życie z dniem 1 października 2008 r.

sekretarz **Mariusz JANIKOWSKI** prezes **Konstanty RADZIWIŁŁ**

Apel 1/08/V
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 4 kwietnia 2008 r.
w sprawie sposobu wydatkowania kwoty
uzyskanej z tytułu zwiększonej składki członkowskiej

Uznając, iż realizowanie przez lekarzy i lekarzy dentystów ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego, wymaga ponoszenia znaczących kosztów oraz popierając dążenie lekarzy do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, Naczelna Rada Lekarska apeluje do okręgowych rad lekarskich o przeznaczanie uzyskanych dodatko-

wych środków z tytułu podwyższenia składki członkowskiej o 10 zł od dnia 1 października 2008 r. w szczególności na organizację szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów.

sekretarz **Mariusz JANIKOWSKI** prezes **Konstanty RADZIWIŁŁ**

Jak opłacać składkę członkowską – przypominamy!

Składkę członkowską WIL opłacać można bezpośrednio w kasie WIL lub przysyłając pieniądze na nasze konto (nr konta WIL: 50 1020 1097 0000 7802 0001 6741). Wpłata na konto wiąże się z koniecznością wypełnienia blankietu polecenia przelewu. Po wpłynięciu pieniędzy na konto WIL bank odsyła nam tylko dolną część blankietu (bez nazwy zlecaniodawcy),

mamy więc kłopoty z identyfikacją nadawcy. Dlatego prosimy w polach „tytułem” podawać informację za jaki okres opłacana jest składka oraz numer PWZ opłacającego.

Znacznie to ułatwi i przyspieszy proces księgowania opłacanych składek.

(Dział Finansowy WIL)

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	WOJSKOWA IZBA LEKARSKA		
nazwa odbiorcy cd.	WARSZAWA, ul. KOSZYKOWA 78 R / NR*		
nr rachunku odbiorcy	50 1020 1097 0000 7802 0001 6741		
W P	PLN	kwota	9 000,00
nr rachunku zlecaniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	9 012 345 678 000 (0) 9 900 000 1111		
nazwa zlecaniodawcy	JAN NOWAK, WARSZAWA		
nazwa zlecaniodawcy cd.	ul. POLNA 12 / 34		
tytułem	SK. X - XII 2007, PWZ 1234567		
tytułem cd.			

06

Jan Nowak

2007-10-29
pieczęć, data i podpis(y) zlecaniodawcy

Opłata

06

odcinek dla banku zlecaniodawcy

Komu służy Komisja Bioetyczna WIL?

Zamieszczone poniżej wyjaśnienie jest odpowiedzią na list jaki otrzymałem od dr hab. med. Wojciecha Perdzińskiego, em. prof. nadzw. CSK WAM w Warszawie. O wyjaśnienie sprawy i zaistniałych wątpliwości zwróciłem się poprzez prof. E. Dziuka do Komisji Bioetycznej WIL, której stanowisko w sprawie zasadniczej prezentuję poniżej do wiadomości autora listu i ogółu zainteresowanych lekarzy.

Zbigniew Ułanowski

Redaktor Naczelny „Skalpela”
dr Zbigniew Ułanowski

Szanowny Panie Redaktorze,

W odpowiedzi na pytanie „czy w statucie powołującym Komisję Bioetyczną przy WIL i określającym jej zadania jest informacja, że ww. Komisja ma służyć pomocą wszystkim członkom WIL czy tylko niektórym” pragnę przedstawić poniższe wyjaśnienie.

Komisja Bioetyczna przy okręgowej izbie lekarskiej powoływana jest w drodze uchwały okręgowej rady lekarskiej na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Rozp. Min. Zdr. i Op. Społ. z dn. 11 maja 199r. Dz. U. nr 47 z 27.05.1999r poz.480 § 2.1.) W rozporządzeniu precyzuje się zasady powoływania komisji bioetycznych i tryb składania do nich wniosków

Uchwałą Rady Lekarskiej WIL Nr 1029/08 została powołana Komisja Bioetyczna przy WIL na kadencję 2008-2010. Załącznik Nr 1 tej uchwały to Regulamin Działania Komisji Bioetycznej przy Wojskowej Izbie Lekarskiej. W Rozdziale I Zadania Komisji Bioetycznej p. 2. stanowi: „Komisja wyraża opinię o projekcie eksperymentu medycznego (lecnicznego i badawczego) realizowanego na obszarze działania Wojskowej Izby Lekarskiej – w drodze uchwały przy uwzględnieniu kryteriów etycznych, uwarunkowań prawnych polegających na zgodności eksperymentu z przepisami prawa polskiego i międzynarodowego, a także celowości i wykonalności projektu eksperymentu. P. 3. Eksperyment medyczny może być wykonywany na obszarze działania WIL wyłącznie po wyrażeniu przez Komisję (lub inną Komisję Bioetyczną powołaną na podstawie obowiązujących przepisów) pozytywnej opinii o projekcie. Kom-

isja może również opiniować projekty zgłoszone przez badaczy pod względem ich merytorycznej zgodności z zasadami eksperymentów medycznych”. Regulamin o identycznej treści obowiązywał także w poprzedniej kadencji. W Regulaminie nie mówi się, że komisja ma służyć pomocą członkom WIL.

Okręgowe Izby Lekarskie działają na ściśle określonych obszarach ustalonych przez Naczelną Radę Lekarską. Obszarem działania WIL są placówki służby zdrowia, których organem założycielskim jest Minister Obrony Narodowej.

Do Komisji Bioetycznej przy WIL składane są wnioski o wyrażenie zgody na przeprowadzenie eksperymentu medycznego przez lekarzy zatrudnionych w tych placówkach bez względu na to czy są członkami WIL, czy też innych okręgowych izb lekarskich.

I tak w badaniach wielośrodkowych opinię wydaje jedna komisja, której terytorialnie podlega koordynator badania. Jeśli w tych badaniach bierze udział lekarz zatrudniony w szpitalu lub przychodni wojskowej, to komisja koordynatora zwraca się do Komisji Bioetycznej przy WIL o opinię. Decyduje miejsce zatrudnienia, a nie przynależność do określonej Izby Lekarskiej.

Komisja Bioetyczna przy WIL może służyć pomocą członkom Wojskowej Izby Lekarskiej wnioskując w uzasadnionych przypadkach o zwolnienie z opłat w badaniach, które nie są finansowane przez firmy farmaceutyczne.

Kończąc należy stwierdzić, że rolą Komisji Bioetycznej jest przede wszystkim dbałość o dobro chorego poddanego eksperymentowi medycznemu i ocena czy nowe postępowanie diagnostyczne lub lecznicze jest rzeczywiście niezbędne i czy jego przeprowadzenie nie jest zbyt ryzykowne i nie spowoduje uszczerbku na zdrowiu osoby poddanej eksperymentowi medycznemu. Komisja musi zważyć, czy oczekiwane korzyści z przeprowadzonego eksperymentu znacznie przewyższają ryzyko i uciążliwość dla osoby poddanej badaniu.

Problem powyższy był dyskutowany na posiedzeniu Komisji Bioetycznej przy WIL w dniu 30.05.2008 r., a wyjaśnienie wyraża pogląd całej Komisji.

Przewodniczący Komisji Bioetycznej przy WIL
prof.. dr hab. n. med. **Eugeniusz DZIUK**

Sekretarz Komisji Bioetycznej przy WIL
mgr **Aleksandra WOJTKA**

Reminiscencje lubelskie

Chociaż program wizyty w Lublinie Ministra Obrony Narodowej Bogdana Klicha nie przewidywał tego spotkania, to jednak Prezydent Miasta Lublina wyszedł na przeciw Panu Ministrowi. Na starówce lubelskiej, tak potocznie nazywa się Stare Miasto, organizatorzy wizyty ministra B. Klicha zorganizowali briefing z miejscowymi dziennikarzami, w miejscu nie istniejącej już (poza odtworzonymi murami) najstarszej lubelskiej świątyni pw. św. Michała, zwanej wówczas kościołem farnym. Główne wątki tej niecodziennej konferencji prasowej opublikowane zostały w depeszy PAP.

Dla ciekawości Pan Minister stał naprzeciw zabytkowej dawnej plebanii kościoła Farnego, zapytany czy orientuje się w jakim miejscu przebywa, okazał zdziwienie? To od dziennikarza dowiedział się, że aktualnie mieszka tutaj Pan Poseł Janusz Palikot z rodziną.

Briefing trwał nadal, po czym zebrani przeszli, uliczkami Lubelskiego Starego Miasta, pod dawny Trybunał Koronny, gdzie czekał na Ministra Bogdana Klicha, Prezydent Miasta Lublina, Adam Wasilewski. Wówczas to, podczas około 10 minutowej rozmowy, w trakcie przemieszczania się, obaj Panowie, w tak niecodziennej, pełnej życzliwości rozmowie (jak powiedziała mi Pani Rzecznik Prezydenta, Iwona Blajerska) omawiali nurtujące obie strony problemy dalszego zagospodarowania rozległego terenu prawie nie użytkowanego przez 3 Brygadę Zmechanizowaną Legionów na Majdanku i ewentualnego przekazania tychże za symboliczną złotówkę miastu, jako mienia komunalnego, gdzie Rada Miasta Lublina i Zarząd Lublina, myśli zlokalizować miejską Izbę Wytrzeźwień. Problemem poruszonym

przez Prezydenta Lublina była propozycja przekazania dawnych obiektów Agencji Mienia Wojskowego przy skrzyżowaniu al. Kraśnickiej z ul. Głęboką, gdzie planowały się zlokalizować Straż Miejską Lublina. Pan Minister Bogdan Klich złożył publiczną deklarację Prezydentowi Lublina pozytywnego jej rozstrzygnięcia.

Piszący te słowa skoncentrował się na upamiętnieniu tego niecodziennego spotkania na tle najcenniejszego zabytku Lublina, czyli Bramy Krakowskiej z 1342 r.

tekst i foto
Jerzy JĘDRZEJEK



Rozmowa błyskawiczna z Ministrem Obrony Narodowej, Bogdanem Klichem

Wojsko musi być zdrowe

Rozgorzała dysputa nad nowelizacją Ochrony Zdrowia Polaków. Czy Wojskowa Służba Zdrowia pozostanie nadal w MON?

– Ależ oczywiście, musi być nadal podległa MON. Nic się nie może w tym zakresie zmienić.

Czy wszystkie Szpitale Wojskowe będą nadal istniały, jak dotychczas, czy mogą być sprywatyzowane?

– Szpitale będą nadal podlegać MON, ponieważ są one przeznaczone do funkcjonowania zarówno w czasie pokoju, jak i podczas kryzysów lub wojny. W tej chwili o prywatyzacji ich nie ma mowy.

Rzeczpospolita jest jedynym krajem w NATO, gdzie wojskowi leczą się w cywilnych placówkach Ochrony Zdrowia?

– Ten stan rzeczy powinien i musi ulec zmianie. Nad tym pracuje Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia MON, pod

kierownictwem gen. bryg. Andrzeja Wiśniewskiego i konsultantów wojskowych.

Wojskowa Służba Zdrowia czuje teraz braki kadrowe?

– Błędem była likwidacja Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Dlatego jesteśmy w trakcie organizowania Wydziału Wojskowo-Lekarskiego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Tworzymy też Oficerski Korpus Pielęgniarski.

Jaki będzie ich status?

– Oczywiście zostaną oficerami zawodowymi po przeszkoleniu, z wszystkimi przynależnymi im uprawnieniami. Przewidujemy dla nich ciekawe propozycje apanaży, z możliwością uzyskania specjalizacji.

Dziękuję za rozmowę.

Jerzy JĘDRZEJEK
rozmowa autoryzowana

A to Polska właśnie



fot. Zbigniew UŁANOWSKI

SŁONECZNYCH WAKACJI
życzy Redakcja

Z gen. bryg. dr n. med. Andrzejem Wiśniewskim - Szefem Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia rozmawia Jerzy Jędrzejek

Wizyta generała

Losy cywilnej ochrony zdrowia nadal bulwersują społeczeństwo i są jeszcze mało czytelne. Jaki los czeka Wojskową Służbę Zdrowia?

– W tym zakresie nic nie może się zmienić. Stanowisko ministra Bogdana Klichy jest jednoznaczne.

Prawdą jest, że żyjemy w niepewności. Oczekujemy na nową w tym zakresie legislację wypracowaną przez ministra zdrowia. Mamy świadomość, że zabezpieczamy potrzeby ogółu społeczeństwa polskiego. Struktura wojskowej służby zdrowia pozostanie bez zmian. Nowelizacja będzie dotyczyć jedynie zakresu świadczenia usług medycznych dla społeczeństwa lokalnego, które będzie się leczyć w naszych jednostkach w ramach procedur wyznaczonych przez NFZ. Społeczeństwo oczekuje radykalnych, czytelnych zmian w tym zakresie.

Lubelski Szpital Wojskowy zabezpiecza potrzeby ochrony zdrowia nie tylko dla całego regionu?

– Szpital nie jest tylko z nazwy wojskowy i wyłącznie tylko dla ludzi z tego pionu. Stanowi duży potencjał ogólnokrajowy. Oczywiście wojskowi mają zrozumiałe priorytety i będą go mieć. Takie zadania stawia MON. Szpitale nasze nie będą podlegać prywatyzacji. Lubelski 1 Szpital Wojskowy słynie z prawie 40-letniej tradycji tzw. białych niedziel, jest w tym prekursorem. Tym samym otwiera swoje oddziały i poradnie dla społeczeństwa cywilnego. Tutaj także nie przewiduje się zmian. Nasza specyfika obliguje nas do zabezpieczania świadczeń zdrowotnych w różnych nadzwyczajnych sytuacjach, w których pracujący ludzie w mundurach funkcjonują na innych zasadach. Wszystkich obowiązuje „Kodeks Pracy”, ale my ponadto służymy w wojsku. Stąd jesteśmy najbardziej operatywni. Mundurowi nie mogą strajkować, toteż jesteśmy zawsze gotowi reagować na różne stany zagrożeń w państwie, mamy przypisany obowiązek zapew-

nienia bezpieczeństwa RP. Przez to, że świadczymy usługi dla ogółu pacjentów cywilnych, dysponujemy uniwersalną szkołą fachowości. Im więcej leczymy ludzi „z cywila”, tym zdobywamy większe doświadczenie, profesjonalizm. Dodatkowo doświadczenie zdobywamy też uczestnicząc w misjach pokojowych, stąd dysponujemy wiedzą z zakresu medycyny ogólnoświatowej.

Panie generale, wschodnia granica strefy Schoengen, może być narażona na różne zagrożenia? Dlatego potrzebny jest mobilny szpital?

– Na ścianie wschodniej są rozlokowane 3 szpitale podlegające wojsku, przy czym lubelski jest wiodącym, obok Elku i Przemyśla. Lubelski jest największym podlegającym pod naszą jurysdykcję. Liczymy się z tym, że muszą one funkcjonować w systemie szybkiego reagowania i być przygotowane, jako ośrodki leczenia urazów wielonarządowych. Na aktualne potrzeby armii nie potrzeba większej liczby szpitali w tym rejonie. Wprowadzony i wypracowany model ma szansę zdania egzaminu. Chociaż szpital w Przemyślu jest ucywilniony, ale należy do wojska. Te trzy szpitale, w pełni zabezpieczają nasze potrzeby.

Chodzi mi o czujność przed ewentualnym zagrożeniem terroryzmem w tym biozagrożeniem?

– Mamy opracowany pewien system, stąd jesteśmy czujni i nie boimy się takich zagrożeń. Istnieje Centrum Reagowania Epidemiologicznego Sił Zbrojnych, specjalistyczna jednostka przygotowana na takie zdarzenia. Aktualnie przygotowujemy wspólne szkolenie z udziałem Amerykanów, którzy nie ukrywamy, przyjadą uczyć się od nas metod dekontaminacji. Mamy zespoły rozpoznania biologicznego, łącznie ze wsparciem WOMP-ów (Wojskowych Ośrodków



Gen. bryg. dr n. med. Andrzej Wiśniewski.

Medycyny Prewencyjnej). Są to grupy i zespoły w pełni profesjonalne, których model nadal rozbudowujemy. Jesteśmy w fazie organizacyjnej laboratoriów ruchomych 3-go poziomu. Dla pełnego bezpieczeństwa państwa, potrzebne będzie laboratorium 4-go poziomu, jakiego dotąd nie ma w RP. To jeszcze wyższy poziom od istniejącego w Puławach.

Panie Generale, w tym kontekście przewidywana jest rozbudowa nowych obiektów w Lublinie? W tym wielokondygnacyjnego nowego skrzydła szpitalnego, wraz z lądowiskiem dla powietrznych karettek? Czy realizacja tych inwestycji nie jest zagrożona?

– W istniejących opracowanych wieloletnich planach inwestycyjnych resortu są one nadal ujęte i nie ma zmian. Pieniądze są przewidziane. Koncepcja komendanta Kędzierskiego jest niezwykle progностyczna, przewidująca potrzeby wszechstronne, zarówno dla cywilnej, jak wojskowej służby zdrowia. Zawiera w sobie współczesny, progностyczny kierunek ekonomiczny z realistyczną wizją funkcjonowania zarówno szpitala, jak i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, z dominantą rehabilitacji, wraz ze świadczeniem procedur medycznych dla powracających z misji wojskowych, weteranów wojska, środowiska kombatanckiego. Będzie to modernizacja obiektu przy Skłodowskiej 9.

Należy podziwiać, że zostały wybrane tak odpowiednie kierunki rozwojowe w Lublinie. Musimy tylko zadbać o inne, lepsze niż dotychczas finansowanie z NFZ.

Czego to dotyczy?

– Funkcjonujący w szpitalach wojskowych system zarządzania nimi, mobilna i ofiarna kadra nie tylko wojskowa ale i cywilna potwierdza, że jesteśmy nie tylko szczególnie konkurencyjni na rynku medycznym, nawet przy identycznym systemie finansowania. Szpitale wojskowe mają saldo dodatnie, podczas gdy zdecydowana większość szpitali cywilnych ma ogromne długi i zobowiązania finansowe. Funkcjonujący system wojskowy sprawdził się, chociaż nie mamy tylu typowych menagerów od zarządzania zdrowiem, jakimi szczerzyć się cywilna ochrona zdrowia. U nas są głównie lekarze w stopniach oficerów wojska, którzy pochwalili się mogą niebywałym doświadczeniem organizacyjnym, dowódczym, i stąd są nasze wyniki, postrzegane niemal jako sukces. Być może dlatego NFZ nasze placówki traktuje po macoszemu w wielu województwach, dotyczy to też lubelskiego. Na ogół refinansowanie wynosić powinno ok.10% budżetu regionalnego, a w Lublinie tylko 3%, czyli od lat Szpital Wojskowy w Lublinie jest zaniedbywany, nie dofinansowany, pomimo, że dysponuje niezwykłym potencjałem, możliwościami „przerobowymi”, konkurencyjną technologią, poziomem posiadanego sprzętu, czyli najnowocześniejszymi urządzeniami i aparaturą medyczną, niezwykle sprawną, mobilną kadrą i wzorcowym zarządzaniem. Należy podziwiać, że tym samym daje sobie nieźle radę. Najwyższy czas i pora, aby to uległo zmianie. Oceniam, że jest to nieuczciwe, albo nazwę to nieelegancko, że to jest bezprawie ubrane w ramy prawa.

Nieskromnie przypomnę, że redakcja „Naszego Miasta Lublin” dostrzegła zalety Komendanta Zbigniewa Kędzierskiego i uhonorowała go, przyznając mu tytuł Orła Naszego Miasta za rok 2006, jako jednemu z Ochrony Zdrowia?

– Niezmiernie cieszę się z takiego wyróżnienia dla Kolegi, który potrafi nie tylko budować prestiż Wojsko-

wej Służby Zdrowia, ale go kultywować. Kolega Kędzierski, z racji posiadanych umiejętności został nominowany i powołany na krajowego konsultanta ds. obronności w dziedzinie zdrowia publicznego i tę funkcję wzorcowo spełnia.

Przy tej okazji wspomnę, że opracowane plany rozbudowy, jakie przygotował dają szansę i zwiastują, że lubelska placówka nabierze wyjątkowej rangi i rychło stanie się perełką wojskowej medycyny, czego im serdecznie życzę, a ja zapewne będę z tego dumny.

Panie Generale, który raz jest Pan w Lublinie? Jakie zmiany Pan dostrzegł?

– Po raz drugi. Poprzednio byłem, jako Komendant Szpitala w Bydgoszczy. Przede wszystkim, zauważyłem tutaj chęć pracy załogi. Po drugie, kierunek przyjęty na unowocześnienie sprzętu, nowoczesną technologię. Przyznam, że niektóre aparaty, urządzeń diagnostycznych, nie ma nawet w dużych klinikach. Zaimponowała mi diagnostyka na Oddziale Gastrologicznym u dr. Zająca. Najnowocześniejszej generacji ultra gastroskop, chyba jedyny w tej części Polski, potrafiący diagnozować w sposób rewelacyjny najwcześniejsze stadium choroby nowotworowej. Wiadomym jest, że szybka, wcześniejsza diagnoza jest najlepszym progностykiem pozytywnego wyleczenia. Ponadto modernizacja oddziałów: dermatologicznego, gastrologicznego, stworzony system organizacji, stan sanitarny, higieniczny udowadnia, że szpital ten jest przygotowywany do funkcjonowania na najwyższym poziomie.

A zabiegi z zakresu fizjoterapii?

– Spostrzegłem niebywałe zainteresowanie pacjentów zabiegami z zakresu fizjoterapii. Chociaż baza zakładu wymagałaby modernizacji, to fachowością, jakością aparatury, ofiarnością pracowników ściąga ten zakład pacjentów. To nie tylko dobry progностyk, ale i wzorzec do naśladowania. Przygotowywana organizacja Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego na Skłodowskiej, będzie dobrym nie tylko progностykiem, ale i uzupełnieniem bazy tego Szpitala. Na takowe bardzo oczekuje rynek usług medycznych.

Panie Generale, z czym związane są wątki Pana bytności w Lublinie?

– Pragnę naprawić problem naboru przyszłej kadry lekarskiej dla potrzeb WP. Kształcenie przyszłych lekarzy wojskowych to wyzwanie dla nas. Lekarz po cywilnej uczelni, zatrudniony, jako wojskowy, nie jest w zasadzie jeszcze żołnierzem, ale najętym urzędnikiem. Stąd niezbędna jest szybka odbudowa systemu szkolenia lekarzy wojskowych, tak w zakresie szkolenia przeddyplomowego, jak i dalszego szkolenia w specjalizacjach medycznych potrzebnych armii. Dlatego uruchamiamy program szkolenia w ramach podchorążówki na bazie Uniwersytetu Medycznego, na Wydziale Wojskowo-Lekarskim i w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi, oraz szkolenia podyplomowego w Wojskowym Instytucie Medycznym.

W Lublinie spotkałem się z reprezentacją środowiska studenckiego Uniwersytetu Medycznego, w celu zainteresowania go naszą propozycją szkolenia przyszłych lekarzy. Spotkanie odbyło się za niezwykłą przychylnością Władz Uczelni, w imieniu, której przyjął nas Prorektor UM prof. Andrzej Drop, wraz z Kanclerzem Uczelni. Chociaż był to czas sesji egzaminacyjnej, to na spotkanie przybyła liczna grupa studentów ze wszystkich roczników. Przekazaliśmy im przygotowane materiały informacyjne i odpowiadaliśmy na liczne pytania. Widoczne było niezwykle zainteresowanie. Zauważyłem, że „zachłysłni” się tą ofertą, jakby „za dużo szczęścia” dostali na raz. Przybliżyliśmy im przyszłe możliwości ich dalszego rozwoju, samodzielnego studiów bez obciążeń finansowych, jakie aktualnie ponoszą, własnej niezależności finansowej, oferowanej przez wojsko. Wraz z komendantem szpitala, dr Zbigniewem Kędzierskim przedstawiłem braci studenckiej bardzo solidną, rzetelną i uczciwą ofertę.

Dziękuję za rozmowę

tekst i foto
Jerzy JĘDRZEJEK
(tekst nieautoryzowany)

Sprawozdanie z IX Konferencji Stomatologów Wojskowych

W dniach 16-18.05.2008 r., w Juracie, w hotelu „Lido”, odbyła się IX Konferencja Stomatologów Wojskowych. Organizatorami spotkania były firma Ivoclar-Vivadent i Komisja Stomatologiczna WIL. Patronat naukowy objęli: prof. dr hab. n. med. Jan Trykowski i prof. dr hab. n. med. Grzegorz Krzymański.

Konferencja, zgodnie z tradycją, rozpoczęła się uroczystą kolacją. W dniu następnym obrady otworzył prof. J. Trykowski. Pierwsze dwa wykłady poprowadzili dr n. med. Piotr Okoński i tech. dent. Piotr Górski. Przedstawiono zagadnienia związane z wykonywaniem klinicznym i laboratoryjnym całoceramicznych uzupełnień stałych. Po przerwie obiadowej lek. dent. Jacek Górecki przedstawił wykład na temat leczenia implantologicznego w różnych przypadkach klinicznych.

Pierwszy dzień konferencji zakończył się dyskoteką w hotelu „Lido”.

Drugi dzień konferencji rozpoczął prof. J. Trykowski wykładem na temat etiologii, diagnostyki i leczenia halitozy. Następnie dwa wykłady na temat: stanu narządu żucia żołnierzy służby zasadniczej i diagnostyki oraz postępowania



w przypadkach torbieli zięzko-
wych, przestawiła lek. dent. Liwia
Minch. Rak języka, jego diagno-
styka i leczenie były tematem
wykładu lek. dent. Tomasza Piętki.
Dwa kolejne wykłady przedstawili:
lek. med. Jarosław Przybysz, na
temat chirurgicznego leczenia
wad szczękowo-twarzowych i dr
n. med. Stanisław Żmuda, na
temat różnic w laserach CO2
i YAG-Erb.

Po przerwie obiadowej zapre-
zentowano trzy wykłady: lek. dent.
Anetta Howorus-Bartoszcze omó-
wiła ortodontyczne przygotowanie
pacjenta do leczenia protetyczne-
go, lek. dent. Remigiusz Budziło
przedstawił zagadnienie związane
z estetyką przy odbudowie zębów
przednich, a następnie o specyfice
znieczulenia ogólnego w zabiegach
stomatologicznych i chirurgii twa-
rzowo-szczękowej mówił lek. med.
Piotr Ulatowski.

Na zakończenie konferencji głos
zabrali: lek. dent. Bogdan Barut, lek.
dent. Jacek Woszczyk i dr n.med.
Stanisław Chodakowski. Omówiono
aktualne problemy stomatologów
wojskowych oraz zamierzenia In-
spektoratu Wojskowej Służby Zdro-
wia wobec tej grupy zawodowej.
Podano wstępny termin wyborów
delegatów na zjazd wyborczy WIL.

Konferencję zamknął prof. Jan
Trykowski.

Przewodniczący
Komisji Stomatologicznej WIL
lek. dent. **Jacek WOSZCZYK**

Informacja

dla lekarzy dentystów

W dniach 4-6.09.2008 r. w Sobieszewie, w ośrodku „Orle”, odbędzie się V Sympozjum Stomatologów Wojskowych. Sympozjum organizowane jest przez firmę Den-Medica i Komisję Stomatologiczną Wojskowej Izby Lekarskiej. O szczegółach organizacyjnych sympozjum członkowie WIL zostaną powiadomieni listownie, w późniejszym terminie.

Przewodniczący Komisji Stomatologicznej WIL
lek. dent. **Jacek WOSZCZYK**

KOMUNIKAT

Doradczego Ośrodka Restrukturyzacji i Prywatyzacji w Służbie Zdrowia przy OIL w Warszawie

Koleżanki i Koledzy,
Lekarze i Lekarze Dentyści,

W związku z zapowiedzią rządu o przekształceniu wszystkich publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe zaistniała pilna potrzeba zwiększenia liczby przedstawicieli „białego personelu” posiadających państwowe uprawnienia do zasiadania w radach nadzorczych.

Wychodząc naprzeciw tym potrzebom Doradczy Ośrodek Restrukturyzacji i Prywatyzacji w Służbie Zdrowia przy OIL w Warszawie przyjmuje zgłoszenia chętnych do odbycia kursu dla kandydatów na członków rad nadzorczych w Jednoosobowych Spółkach Skarbu Państwa.

Pierwszą edycję kursu planujemy zorganizować w październiku 2008 roku. Aby maksymalnie zredukować koszty uczestnictwa kurs będzie realizowany w systemie blended-learningu z wykorzystaniem Medycznej Platformy Edukacyjnej, co pozwoli jej uczestnikom dodatkowo uzyskiwać obowiązkowe punkty edukacyjne.

Wszystkich chętnych prosimy o przesłanie wstępnego zgłoszenia, zawierającego imię i nazwisko, nazwę i adres miejsca pracy, stanowisko i adres mailowy, najpóźniej do dnia

15 sierpnia 2008 roku na adres mailowy:
osrodek@warszawa.oil.org.pl
lub info@medycyna.org.pl

O szczegółach programowych, terminach sesji, a także wysokości odpłatności* za udział w kursie powiadomimy w korespondencji indywidualnej. Będziemy czynili starania o dofinansowanie kursów ze środków Unii Europejskiej.

Koordinator Programu
Mariola ROMAŃSKA
Dyrektor Ośrodka

* Na obecnym etapie przygotowania kursów nie jest możliwe podanie dokładnego kosztu jednostkowego. Doradczy Ośrodek analizuje możliwości dofinansowania ze środków Unii Europejskiej. Im większa będzie liczba osób, które wyrażą zainteresowanie wzięciem udziału w kursie, tym większe będą możliwości uzyskania wyższego dofinansowania, co w efekcie wpłynie na obniżenie kosztu kursu dla poszczególnych osób.

GREAT JOBS FOR DENTISTS IN THE UK

OFFER:

- contracts with one of the fastest growing and dynamic dental companies in the UK with over 110 practices serving 800,000 patients across the country
- FREE relocation package: up to 1 month accommodation, initial flights to the UK, induction programme (training)
- most vacancies range from 7500 to 8000 UDAs pa
- average dentists eam 70000 – 80000 £ pa
- specialization opportunities

Requirements for dentists:

- GDC registration (fully registered or having applied)
- very good spoken and written English (language certificate will be required)
- willing to start asap

INTERVIEWS WITH THE EMPLOYER AND FREE LANGUAGE TESTS IN WARSAW JUNE 13TH.

NEXT INTERVIEWS: JULY AND AUGUST

Send your CV to: Sylwia Kubasiewicz

s.kubasiewicz@imsr.pl, Mob: 0048 500 007 950, www.imsrecruitment.com

XVI Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy

W dniach 18-20.01.2008 r. w Poznaniu obradowali młodzi lekarze. Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na wypracowany podczas tej konferencji: „Program STOP emigracji 2008” oraz „Plan zwiększenia miesięcznego uposażenia lekarza rezydenta” publikujemy poniżej.

Ministerstwo Zdrowia Warszawa, 2008.03.14
Departament
Nauki i Szkolnictwa Wyższego
MZ-N5K-842-2442-670/MT/08

**Pan
Marcin Karolewski
Przewodniczący
XVI Ogólnopolskiej Konferencji
Młodych Lekarzy**

Szanowny Panie Przewodniczący,

W nawiązaniu do XVI Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego pragnie się odnieść do postulatów zgłaszanych przez Środowiska Młodych Lekarzy.

Zwiększenie wynagrodzenia lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów

Realizując jedno z założeń programowych Rządu, którego celem jest podniesienie poziomu wynagrodzeń lekarzy, a szczególnie młodej kadry, w projekcie ustawy budżetowej na rok 2008 zaplanowana jest 30% podwyżka od 1 stycznia 2008 dla lekarzy odbywających staż podyplomowy oraz lekarzy odbywających specjalizację w trybie rezydentury.

W związku z powyższym:

- wynagrodzenie zasadnicze brutto dla lekarzy stażystów wzrasta z 1403 zł do 1824 zł (o 421 zł wynagrodzenia zasadniczego brutto więcej niż w 2007 roku)
- wynagrodzenie zasadnicze rezydentów wzrasta z 1757 zł do 2473 zł (o 716 zł wynagrodzenia zasadniczego brutto więcej niż w roku 2007).

Ponadto należy tu podkreślić, że znacząco zwiększa się liczba rezydentur, która w roku 2008 będzie się zbliżała do ok. 2500, podczas kiedy na rok 2007 zostało przyznanych 1529 rezydentur.

W przypadku niewykorzystania środków zabezpieczonych na rezydentury (lub pojawienia się innych środków w budżecie MZ, które można będzie przesunąć do działu, z którego finansowane są rezydentury), będzie możliwe rozważenie zwiększenia stawki uposażenia rezydentów, jednakże należy pamiętać o tym, że takie rozwiązanie będzie wymagało zabezpieczenia środków na finansowanie takich podwyżek w latach kolejnych, kiedy rezydentury będą kontynuowane w cyklach 5-6 letnich (program specjalizacji). Zwiększa to obciążenia budżetu państwa i wymaga dokładnego zaplanowani w kolejnych budżetach.

I. Staż podyplomowy

1. Deklarowanie przez lekarzy stażystów chęci otwarcia danej specjalizacji oraz trybu odbywania specjalizacji na początku stażu podyplomowego, aby konsultanci wojewódzcy znali wcześniej zapotrzebowanie na dana specjalizację.

Nie ma przeszkód, aby lekarze stażyści mogli deklarować chęć otwarcia danej specjalizacji oraz tryb odbywania specjalizacji na początku stażu podyplomowego i informować o tym konsultantów wojewódzkich.

2. Coroczny wzrost wynagrodzenia lekarzy stażystów, docelowo w 2009 roku 100 % średniej krajowej.
Sprawa wynagrodzeń lekarzy stażystów będzie uzależniona od sytuacji finansowej możliwości podwyższania tych wynagrodzeń.

3. 48 godzinny tydzień pracy dla stażystów, 100 % stawki za godziny tzw. dyżuru lekarskiego, który od 1 stycznia 2008 r. jest wliczany do czasu pracy.
48 godzinny tydzień pracy dla lekarzy stażystów wynika z obowiązujących obecnie przepisów w zakresie czasu pracy, natomiast projekt nowelizacji rozporządzenia w prawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty przewiduje wynagrodzenie zasadnicze brutto w wysokości 1824 zł oraz 125% stawki za godzinę dyżuru medycznego.

4. Rozszerzenie ograniczonego prawa wykonywania zawodu poza miejsce odbywania stażu podyplomowego – ograniczony czas, nie miejsce wykonywania zawodu.
Sprawa ta będzie omówiona z Naczelną Radą Lekarską.

II. Lekarski i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy

5. Umożliwienie zdawania Lekarskiego Egzaminu Państwowego w trakcie stażu.

We wrześniu 2007 roku nastąpiła zmiana przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie Lekarskiego Egzaminu Państwowego (LEP) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LDEP) (weszła w życie 10 października 2007 roku – Dz. U. z 2007 r. Nr 176, poz. 1238). W związku z tym przygotowywana jest nowelizacja rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty. Wprowadzane zmiany spowodują uniezależnienie możliwości zdawania LEP i LDEP od ukończenia stażu podyplomowego (nie będzie już egzaminu państwowego kończącego staż podyplomowy). Młodzi lekarze będą mogli przystępować do LEP i LDEP w dwóch terminach w trakcie stażu podyplomowego.

6. Tryb odwoławczy – umożliwienie zgłoszenia w ciągu 3 dni zastrzeżeń do pytań oraz rozpatrywanie odwołań przez niezależną komisję.

Nowelizacja rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego wprowadza procedurę zgłaszania zastrzeżeń do pytań w LEP/LDEP, m.in. poprzez upublicznienie pytań po egzaminie i stworzenie procedury zgłaszania zastrzeżeń do zespołu egzaminacyjnego przy Centrum Egzaminów Medycznych, która takie zastrzeżenia będzie rozpatrywała w sposób transparentny i kolegialny.

7. Wgląd do własnej karty odpowiedzi.

Zdający ma prawo wglądu do swojej karty odpowiedzi w Centrum Egzaminów Medycznych.

8. Opublikowanie w Internecie po każdym Lekarskim Egzaminie Państwowym wszystkich pytań *raz z odpowiedziami.

Nowelizacja rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego wprowadza zapisy dotyczące upublicznienia pytań po egzaminie.

9. Aktualizacja obowiązującego piśmiennictwa polegająca m.in. na ograniczeniu liczby pozycji.

Lista podręczników do LEP/LDEP jest opublikowana na stronie internetowej Centrum Egzaminów Medycznych i będzie podlegała weryfikacji.

III. Specjalizacje

10. Aktualizacja programów specjalizacji. Zmniejszenie obowiązkowej liczby dyżurów zapisanej w programach specjalizacji. Uwagi można zgłaszać do dr Węgrzyna w CMKP.

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego prowadzi prace w zakresie weryfikacji i urealnienia programów specjalizacji, które w niektórych przypadkach są nadmiernie rozbudowane, przez co tworzą barierę dla osób specjalizujących się w mniejszych ośrodkach.

11. Zwiększenie liczby ośrodków akredytowanych do prowadzenia specjalizacji.

Planuje się zmianę warunków akredytacji – weryfikacja wymogów stawianych jednostkom (np. w odniesieniu do wymagań odnoszących się do bazy sprzętowej lub dydaktycznej tam gdzie nie jest to niezbędne) tak aby znacząco zwiększyć liczbę miejsc akredytowanych, co obecnie stanowi istotną barierę w możliwości otwierania specjalizacji.

12. Możliwość zmiany trybu odbywania specjalizacji w przypadku zdania egzaminu na rozpoczęcie specjalizacji i nie zakwalifikowania się na miejsce rezydenckie podczas tej samej sesji egzaminacyjnej. Proponujemy w powyższej sytuacji możliwość rozpoczęcia specjalizacji na innych zasadach, np. w ramach umowy o pracę z jednostką akredytowaną do prowadzenia specjalizacji.

Obecnie istnieje możliwość zmiany trybu odbywania specjalizacji w przypadku niewykorzystania

przyznanych miejsc w innym trybie. Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego zgłaszają takie potrzeby i są one uwzględniane.

13. Różnicowanie wynagrodzenia w zależności od czasu trwania specjalizacji. Inna jest wiedza, zakres udzielanych świadczeń i samodzielność lekarza rozpoczynającego szkolenie specjalizacyjne, a lekarza w 5 lub 6 roku specjalizacji.

Planuje się różnicowanie uposażenia rezydenta w zależności od etapu stażu specjalizacyjnego (wyższe uposażenie w drugim etapie specjalizacji). Zmiana taka wymaga jednakże zmian na poziomie ustawy.

14. Zwiększenie zarobków lekarzy rezydentów do wysokości zarobków lekarzy specjalizujących się w ramach umowy o pracę (młodszych asystentów) w danym szpitalu. Dodatki od szpitali do wynagrodzenia lekarzy rezydentów – jest to możliwe, interpretacja prawna jest na stronach Ministerstwa Zdrowia.

Nie ma przeszkód, aby jednostka szkoląca zwiększyła wynagrodzenie rezydenta, ale powinien to uwzględniać regulamin wynagradzania obowiązujący w danej jednostce lub układ zbiorowy pracy.

15. Zwiększenie minimalnego uposażenia lekarza rezydenta do co najmniej 200 % średniej krajowej brutto. Proponujemy od 1 kwietnia 2008 r. co najmniej 100 %, a w 2009 r. co najmniej 200 % . Jest to minimalne, godne uposażenie uwzględniające obowiązki i odpowiedzialność spoczywające na lekarzach od początku ich kariery zawodowej. Obecnie wynagrodzenie wynosi 70 % przeciętnego wynagrodzenia sprzed 2 lat.

Obecnie wynagrodzenie rezydenta zostało podwyższone do 93,76 % stawki przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za rok 2006 – na podstawie obowiązujących przepisów (rozporządzenie mówi, o wysokości nie mniejszej niż 70% tego wynagrodzenia) i wynosi 2473 zł wynagrodzenia zasadniczego brutto.

W przypadku niewykorzystania środków zabezpieczonych na rezydentury (lub pojawienia się innych środków w but/lecie MZ, które można będzie przesunąć do działu, z którego finansowane są rezydentury), będzie możliwe rozważenie zwiększenia stawki uposażenia rezydentów, jednakże należy pamiętać o tym, że takie rozwiązanie będzie wymagało zabezpieczenia środków na finansowanie takich podwyżek w latach kolejnych, kiedy rezydentury będą kontynuowane w cyklach 5-6 letnich (program specjalizacji). Zwiększa to obciążenia budżetu państwa i wymaga dokładnego zaplanowani w kolejnych budżetach.

16. Przenoszenie środków z niewykorzystanych staży podyplomowych i rezydentur w danym roku na wzrost wynagrodzeń lekarzy stażystów i rezydentów.

Sprawa ta będzie rozważana przez Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji, jednakże należy wziąć pod uwagę uwarunkowania opisane w pkt. 15.

17. Przedstawienie z co najmniej rocznym wyprzedzeniem liczby wszystkich miejsc specjalizacyjnych (w tym rezydentur) we wszystkich specjalizacjach. Uważamy za niedopuszczalne ogłaszanie listy przyznanych miejsc rezydentur na kilka dni przed postępowaniem kwalifikacyjnym. Stan obecny powoduje konieczność podjęcia decyzji dotyczącej swojej dalszej przyszłości oraz dalszej kariery zawodowej w ciągu zaledwie kilku dni. Znajomość planów Ministerstwa Zdrowia dotyczących rozdziałów liczby przyznanych specjalizacji z wyprzedzeniem dwóch sesji, pozwoli realnie ocenić swoje szanse na otwarcie danej specjalizacji w najbliższej przyszłości i racjonalnie zaplanować swoją karierę.

Ogłaszanie z co najmniej rocznym wyprzedzeniem liczby wszystkich wolnych miejsc specjalizacyjnych (w tym rezydentur) we wszystkich specjalizacjach byłoby niekorzystne dla lekarzy, bowiem są dwa terminy składania dokumentów do egzaminu specjalizacyjnego, kiedy to są uwalniane miejsca szkoleniowe i miejsca te są uruchamiane na dane postępowanie kwalifikacyjne, co znacznie zwiększa możliwości szkolenia lekarzy. Ponadto, liczbę miejsc szkoleniowych w ciągu roku może zwiększyć procedura akredytacyjna, na podstawie której zwiększa się liczba nowych miejsc szkoleniowych.

18. Zmiany w postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizację:

- Zrezygnowanie z ustnej części egzaminu. Jedynym kryterium decydującym o przyznaniu miejsc specjalizacyjnych powinien być wynik uzyskany z LEP-u.

Planuje się rezygnację z rozmowy kwalifikacyjnej w postępowaniu kwalifikacyjnym do specjalizacji (pozwoli to na skrócenie i zobiektywizowanie postępowania kwalifikacyjnego opierając go przede wszystkim o wynik LEP i inne obiektywne kryteria takie jak nit oceny z przedmiotów cząstkowych wymaganych na LEP).

- Docelowo wybór specjalizacji, trybu specjalizacji i miejsca odbywania specjalizacji powinien być dokonany przez lekarzy i lekarzy dentystów na podstawie wyników – odpowiednio – Lekarskiego Egzaminu Państwowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego z jednolitej ogólnopolskiej bazy miejsc specjalizacyjnych w kolejności ustalonej na podstawie ilości zdobytych punktów na w/w egzaminach.

Sprawa ta będzie przedmiotem rozważań, szczególnie w aspekcie organizacyjnym ekonomicznym.

- Zniesienie przymusowej przerwy pomiędzy końcem stażu, a terminem rozpoczęcia specjalizacji lub przedłużenie na wniosek lekarza stażysty, stażu podyplomowego o płatny urlop szkoleniowy do czasu rozpoczęcia specjalizacji. Okresy pomiędzy stażem podyplomowym, a rozpoczęciem specjalizacji trwające kilka miesięcy znacznie zmniejszają szanse „młodych lekarzy” na rynku pracy. Uniemożliwia to podej-

mowanie długofalowych kroków (m.in. kredyty mieszkaniowe), które zdecydowanie sprzyjałyby pozostawianiu lekarzy w kraju.

Planuje się zmianę terminu rozpoczęcia specjalizacji tak aby maksymalnie przybliżyć go do terminu zakończenia stażu podyplomowego (i wyeliminować zbyt długi okres oczekiwania na rozpoczęcie specjalizacji).

19. Zakończenie szkolenia specjalizacyjnego egzaminem – okres pomiędzy końcem specjalizacji, a egzaminem specjalizacyjnym nie powinien być dłuższy niż 3 miesiące. Przed egzaminem specjalizacyjnym powinien przysługiwać lekarzowi 3 miesięczny urlop szkoleniowy. W przypadku rezydentury, byłaby ona przedłużona o ten okres płatnego urlopu szkoleniowego. Lekarze po rezydenturze a przed egzaminem specjalizacyjnym praktycznie nie są w stanie podjąć pracy i muszą korzystać z pomocy Powiatowych Urzędów Pracy. Przedłużenie rezydentury o 3 miesięczny płatny urlop szkoleniowy nie narazi państwa na znaczące wydatki. **Sprawa ta będzie przedmiotem rozważań i opiniowania.**

20. Powołanie Zespołu Doradczego lub Rzecznika ds. Młodych Lekarzy przy Ministerstwie Zdrowia.

Projekty aktów prawnych są publikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, a Młodzi Lekarze mają możliwość wyrażania opinii w ramach konsultacji społecznych. Projekty aktów prawnych otrzymuje Parlament Studentów RP, jak również Naczelna Rada Lekarska, przy której działa Komisja Młodych Lekarzy i Klub Młodych Lekarzy.

21. Przyznanie dla lekarzy ulgi podatkowej przeznaczonej na doksztalcanie. Lekarze na początku swojej kariery muszą przeznaczyć znaczne sumy pieniędzy na spełnienie ustawowego obowiązku doksztalcania. Pomimo stosunkowo łatwej dostępności wielu kursów i podręczników, ceny tych źródeł wiedzy w stosunku do zarobków „młodych lekarzy” praktycznie wykluczają ich wykorzystanie.

Odnosząc się do zmian w systemie podatkowym, ułatwiających doksztalcanie się lekarzy należy zaznaczyć, że zastosowane regulacje nie wymagają istotnych zmian, ponieważ w pełni umożliwiają lekarzom realizację obowiązku doskonalenia zawodowego w wielu możliwych, dostępnych dla lekarza formach.

Minister Zdrowia przedstawił w Ministerstwie Finansów projekt uwzględniający możliwość skorzystania przez szkolących się lekarzy z odpisów podatkowych. Z uwagi na brak akceptacji w/w projektu, m. in. ze względu na zarzut nierównego traktowania zawodu lekarza w stosunku do innych grup zawodowych, Ministerstwo Zdrowia będzie w dalszym ciągu poszukiwać nowych rozwiązań w tym zakresie.

Z poważaniem

DYREKTOR

Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego
Roman DANIELEWICZ

„Prawdziwe powołanie naukowe jest czymś niezwykle cennym i kruchym; głupotą jest pozwolić się marnować tak rzadkim skarbom.”

Maria Skłodowska-Curie

Wychowankowie Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu (1940-1948) – cz. V

Różne drogi przywiodły studentów do Polskiego Wydziału Lekarskiego (PWL). Zanim zasiedli w ławach akademickich przebyli następujące trasy do Edynburga: 178 – Rumunia, Węgry, Francja, 70 – ZSRR, Persja, Irak, Palestyna i Południowa Afryka, 12 – Rumunia, Węgry, Syria, Palestyna, Egipt i Libia, 8 – Niemcy i Francja, 9 – Litwa, Łotwa, Szwecja i Francja, 2 – Algier, 3 – Włochy, 4 – Belgia, 6 zrzuciło zniechęcony mundur hitlerowski, 7 znalazło się w Anglii zanim wybuchła wojna.

Zdecydowana większość rekrutowała się spośród żołnierzy Wojska Polskiego i miała za sobą gorzkie doświadczenia wojenne. Większość przybyła z Armii Polskiej na Środkowym Wschodzie, Polskiej Marynarki Wojennej, Polskich Sił Powietrznych, Samodzielnej Brygady Strzelców Karpackich, z 1 Korpusu Polskiego w Szkocji, z Polskiej Wojskowej Służby Kobiet oraz innych związków taktyczno-operacyjnych Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie. Niewielka grupa studentów przybyła z cywila.

W Polskim Wydziale Lekarskim panowała karność wojskowa i świądowa dyscyplina. Cały system wychowania opierał się na odwoływaniu do świadomości, godności i sumienia narodowego. *Wasz pobyt w Edynburgu – podkreślał wielokrotnie dziekan PWL, prof. Jurasz – to nie czas przywilejów, ale okres kiedy danym wam jest wnieść swą część pracy i wysiłków, jaką trzeba wykonać dla odzyskania*

niepodległości i przyszłej odbudowy kraju.

Centrum ogniskującym życie studentów polskich był internat zwany bursą. Tu wkuwali materiał przed egzaminami, tu była ich stołówka, sypialnia i świetlica. Tu organizowali zebrania towarzyskie, wieczory literackie, występy artystyczne, koncerty muzyczne, dyskusje polityczne i. wieczorki rozrywkowe. Owocem spotkań młodzieży różnych płci było także kilka małżeństw polskich i polsko-szkockich.

Jeden z absolwentów tak po latach opisał bursę polską w Edynburgu:

„O Burso Grosvenorska! Raju utracony! Opiewam dzisiaj ciebie w smutku i żałobie, niczem bard, co przemierza obce światła strony,

Opiewam dzisiaj ciebie – bo tęsknię po tobie”.

Studenti polscy byli immatrykulowani na Uniwersytecie Edynburskim jako pełnoprawni jego członkowie. Oplatę wynoszącą 2,5 funta uiszczały za nich władze polskie. Posiadali oni także wszystkie prawa studentów edynburskich, łącznie z prawem przynależności do rozmaitych organizacji studenckich.

Polacy wyróżniali się w sporcie i życiu kulturalno-oświatowym. Ze studentami szkockimi łączyła ich serdeczna przyjaźń i współdziałanie. W styczniu 1943 r. powstało w Londynie ogólnobrytyjskie „Zrzeszenie Studentów Polskich w Wielkiej Brytanii”. Władze wojskowe zezwoliły na czynny w nim udział żołnierzy studentów.

W Zrzeszeniu tym istniały dwie orientacje polityczne: endecka, której przewodził pchor. stud. med. Mie-



Prof. med. Antoni Jurasz w sali wykładowej Kliniki Chirurgicznej w Szpitalu Royal Infirmary.

czysław Szamocki i socjalistyczna z pchor. stud. med. Stefanem Grzybowskiem. Zróżnicowane w zapatrzywaniach na odbudowę powojennej Polski ugrupowania studenckie nie zwalczały się, ale współpracowały w harmonii. W ramach Zrzeszenia często organizowano odczyty, występy chóru, filmy, wycieczki i wieczorki towarzyskie. Bardzo popularną formą współdziałania z młodzieżą, szkocką były tzw. czwartki studenckie, na których organizowano wspólne dyskusje nad ważnymi problemami społecznymi, politycznymi, kulturalnymi i naukowymi. Zrzeszenie studenckie dbało o rozwój biblioteki, czytelní, kasy pożyczkowej a przede wszystkim o rozwój ducha narodowego. W ramach Zrzeszenia urządzano liczne imprezy o charakterze uczelnianym i narodowym. Dbano o uspołecznienie studentów polskich w zakresie samoopieki i samowychowania. Dążono do przekazywania Szkotom wiedzy o Polsce, jej kulturze i tradycjach narodowych. Do tego celu wykorzystywano również łamy dwutygodnika „The Student”, wydawanego w Edynburgu.

W jednym z numerów tego pisma pchor. dr Grzybowski pisał: „Dla mnie i moich kolegów z Polski

Wydział Lekarski jest częścią nas samych, naszego życia, jest czymś, co pozwoliło nam, garście przez ślepy los wybranej, rozprostować powyginane i nadłamane skrzydła i lecieć ku wizji lepszego jutra”.

Wielce pozytywną rolę w Edynburgu spełniała delegatura Polskiego Czerwonego Krzyża, kierowana przez kpt. dr. med. Czesława Meissnera, a później dr. med. Stefana Adamczewskiego. Obok Bursy Studenckiej polskie życie kulturalne i towarzyskie koncentrowało się w Domu Polsko-Szkockim, kierowanym przez Helenę Miller, w Domu Żołnierza, Domu Wypoczynkowym dla oficerów Marynarki Wojennej oraz innych instytucjach społeczno-kulturalnych. Organizatorem życia społecznego i kulturalnego Polaków na terenie Edynburga był Polski Wydział Opieki nad Żołnierzem, kierowany przez mjr. Kornela Krzeczunowicza. Dzięki Wydziałowi można było oglądać występy chóru reprezentacyjnego Wojska Polskiego, koncerty chopinowskie w wykonaniu Witolda Małcużyńskiego i ppor. lek. Błaszczyńskiego, wystawy malarstwa, rzeźby, grafiki, rysunku i architektury polskiej.

Po otrzymaniu dyplomów absolwenci PWL kierowani byli do od-

ziałów bojowych Wojska Polskiego, m.in. do Samodzielnej Brygady Strzelców Karpackich, działającej w Libii i Egipcie, do Polskich Sił Powietrznych działających nad Francją, Belgią, Holandią, Niemcami i Atlantykem, do Polskiej Marynarki Wojennej bijącej się o Atlantyk, do 2 Korpusu działającego na froncie włoskim, do 1 Dywizji Pancerniej, działającej w Normandii i walczącej pod Falaise, Chambois w Belgii i w Holandii, do 1 Samodzielnej Brygady Spadochronowej, działającej w ramach operacji „Market-Garden”.

Wracali prosto do jednostek bez odbywania niezbędnej 6-miesięcznej praktyki szpitalnej, a nawet przed wręczeniem dyplomów. Takie stanowisko władz wojskowych podyktowane było życiową koniecznością, bowiem, idące do walki oddziały cierpiały poważnie na niedobór kadr medycznych. Decyzje te spotkały się z dezaprobatą dziekana i Rady Naukowej PWL, a także władz Uniwersytetu Edynburskiego. Prof. dr med. Stanley Davidson tak w tej sprawie pisał do dziekana PWL prof. Antoniego Jurasza: „*Chciałbym zwrócić Pańską uwagę na to, że wszyscy promowani brytyjscy studenci medycyny, zanim otrzymają zezwolenie wstąpienia do wojska, muszą odbyć 6-miesięczną praktykę szpitalną. Moim zdaniem ten okres odpowiedzialnej pracy pod fachową opieką ma bardzo ważne znaczenie. Polscy studenci, zdobywszy przed powrotem do wojska doświadczenie tego 6-miesięcznego okresu praktyki, przyniosą o wiele więcej pożytku polskiemu narodowi w czasie wojny, a po wojnie, skoro powrócą do Polski, będą o wiele lepszymi lekarzami, gdy przyjdzie im pełnić ważną pracę konieczną dla odbudowy ich ojczyzny*”.

Niestety mądre postulaty prof. Davidsona i prof. Jurasza nie mogły zostać zrealizowane. Istniejącą sytuację najlepiej zobrazuje raport absolwenta ppor. dr. med. Józefa Łabno, pisany do dziekana PWL: „*Proszę o przyznanie mi stażu jednoroczne-*

go na jednej z klinik uniwersyteckich. Dyplom uzyskałem 3 sierpnia 1943 r. i bezpośrednio powołany zostałem do 1 Dywizji Pancerniej. Z Dywizją tą wyjechałem do Francji 18 sierpnia 1944 r. jako lekarz 1 p.p.panc. Zostałem ranny pod Falaise podczas opatrywania ранego na Wysuniętych Punkcie Opatrunkowym pułku. W wyniku odniesionych ran spędziłem 9 tygodni w szpitalu, przy czym Szpital Wojenny nr 4 zawniósł zwolnienie mnie z wojska (kategoria E) na skutek utraty wzroku lewego oka i dużej rany prawego ramienia. Wobec tego, że po uzyskaniu dyplomu nie odbyłem żadnego stażu, zwracam się do pana Dziekana z prośbą o przydzielenie mnie na staż internistyczny do którejkolwiek z klinik uniwersyteckich”.

Po zakończeniu działań wojennych przed profesorami i wychowanekami PWL stało palące pytanie: co dalej. Coraz boleśniejsza rozterka rozdzierała sumienia pozostających na obczyźnie lekarzy. W kraju bowiem oczekiwały na pomoc lekarską tysiące okaleczonych rodaków. A oto co pisał jeden ze studentów PWL, pchr. Zdzisław Teleszyński, który po uzyskaniu dyplomu pod koniec 1946 r. powrócił do Polski: „*wielu ludzi staje przed alternatywą, wracać czy nie. Powiada się, emigracja musi trwać i walczyć o prawa nasze. Kto będzie walczyć? Polacy, którzy zostaną wsiąkną w obce środowisko. Jeżeli nie oni, to ich dzieci. Nawet teraz, gdy żyjemy jeszcze ciągle w gromadzie, koledzy moi mają dzieci, które nie umieją ani słowa po polsku. A co będzie, gdy gromada przestanie istnieć. Ja sam się zdecydowałem. Wracam!*”.

Większość z Polaków żywiła do Brytyjczyków głęboką niechęć za brak szacunku dla polskiego wysiłku zbrojnego po zakończeniu wojny. „*Nastawienie szło od góry* – pisał doc. dr med. Wiktor Tomaszewski – *starano się zmienić żagle na wiatr od wschodu, gdzie polski aliant był już, niepotrzebny, a nawet uciążliwy*”.

Wielu absolwentów, zachęconych przykładem swoich nauczycieli akademickich, postanowiło wrócić do Polski. Obok pchor. dr. med. Zdzisława Teleszyńskiego do kraju powrócili: ppor. dr med. Sylwester Ziętek, kpr. pchor. dr med. Henryk Kompf, ppor. dr med. Olech Szczepski. Ten ostatni objął kierownictwo Katedry Chorób Dziecięcych Akademii Medycznej w Poznaniu. Mianowany profesorem został rektorem tejże uczelni. Powrócił przysły wybitny psychiatra polski, pchor., dr med. Antoni Kępiński (1919-1972), obejmując kierownictwo Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Krakowie. Przeszedł on do historii medycyny polskiej jako twórca teorii metabolizmu informacyjnego, którego zaburzenia leżą u źródeł chorób psychicznych. Stworzył liczne dzieła z dziedziny psychiatrii; ukazały się m.in. „Psychologia nerwów”, „Schizofrenia”, „Rytm życia”, „Melancholia” oraz „Lęk”.

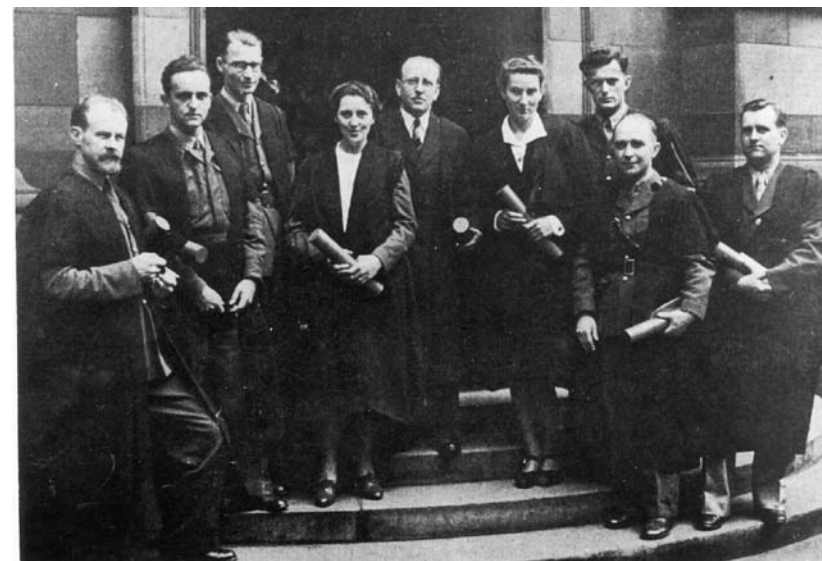
Ogólnie do Polski wróciło 22 absolwentów PWL. Wszyscy zajęli poważne stanowiska lekarskie, pracując z pożytkiem dla kraju. Swoją działalnością udowodnili, że PWL to dobra szkoła, która wychowała wielu wybitnych profesorów i specjalistów

różnych dziedzin medycyny. Największa grupa absolwentów, bo około 100, osiedliła się w Wielkiej Brytanii. Po dzień dzisiejszy spotkać ich można w każdym większym mieście, najczęściej w Londynie, w środkowej Anglii oraz „rodzinnym” Edynburgu. Wysoką pozycję osiągnęli szczególnie: pchor. prof. dr med. Henryk Ulrich – kierownik Katedry Neuropatologii w London Hospital Medical School, pchor. dr med. Henryk Masłowski – konsultant neurochirurgii VI Manchester, pchor. dr med. Bronisław Sędzimir – konsultant w Liverpool.

W Edynburgu na stałe osiedli i podjęli praktykę lekarską: por. dr med. Józef Goldberg, dr med. Kazimierz Durkacz, dr med. Stefan Adamczewski, kpt. dr med. Dawid Becher, dr med. Władysław Kluger, dr med. Maria Dobroszycka, dr med. Janina Ciekałowska, mjr dr med. Władysław Koźmiński, dr med. Kazimierz Kuczyński, dr med. Krystyna Munk, ppor. dr med. Tadeusz Krawszewski oraz stomatolodzy: Wanda Fedoruk i Wanda Gołabek. Na terenie Szkocji praktykowali: Paweł Weitzen w Dunfermline, dr med. Stanisław Gebert w Perth, pchor. dr med. Franciszek Prus Kowalewski w Falkirk, pchor. dr med. Jerzy Cyrankiewicz (brat Józefa) w Harthill,



Studenci Polskiego Wydziału Lekarskiego przed Szpitalem Zakaźnym City Hospital w roku 1945. W środku doc. dr Wiktor Tomaszewski.



Nowopromowani absolwenci PWL w 1944 r. Od lewej: Kafel, Bartosiewicz, Kotowski, Czekałowska, st. asystent dr Menschile, Maria Nakielna, Kolibabka, Kulczycki, Dwankowski.

dr med. Jan Falczyński, w Cowdenbeath, ppor. dr med. Wacław Kraszewski i dr med. Stefan Janikiewicz w szpitalach w Ballochmyle, dr med. Iwo Łomiński – profesor bakteriologii w Glasgow.

W tym mieście pracowali ponadto dr med. Irena Łomińska, dr med. Aniela Kurkiewiczowa, dr med. Jan Paczkowski, płk dr med. Tadeusz Pasieczny, dr med. Alojzy Piechaczek, kpt. dr med. Franciszek Paramończyk, dr med. Leon Studziński i dr med. Stefan Muchna.

Bardziej przedsiębiorczy absolwenci wędrowali w daleki świat: na Daleki Wschód, do Stanów Zjednoczonych, Kanady, Indii i Afryki. Na Malaje dotarli: ppor. dr med. Władysław Kulesza, pchor. dr med. Józef Dąbrowski, dr med. Maria Dąbrowska i ppor. dr med. Stanisław Sychta; do Singapuru – pchor. dr med. Henryk Seid – kawaler Krzyża Virtuti Militari; na Borneo – ppor. dr med. Tadeusz Kraszewski. Na kontynencie afrykańskim zamieszkali: w Ghanie – pchor. dr med. Stefan Woźniak i dr med. Hanna Woźniak; w Nigerii – ppor. dr med. Antoni Chrzęszcz, dr med. Maria Chrzęszcz, kpr. pchor. doc. dr Wiktor Tomaszewski; w Zambii – dr. med. Krystyna Gottlieb; w Kenii – ppor. dr med. Jerzy Cyrkowicz, w Zanzibarze – dr med. Tadeusz Kłosowski i dr med. Alina Kłosowska; w Zachodnich Indiach – ppor. dr med. Andrzej Ettmayer, pchor. dr med. Henryk Padlewski, por. dr med. Jan Słomiński, ppor. dr med. Zdzisław Walczak.

Dość liczna grupa absolwentów osiadła na stałe w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Wielu z nich poświęciło się pracy naukowej i otrzymało tytuły profesorów, m.in. pchor. dr med. Stefan Grzybowski w Vancouver, pchor. dr med. Mitus w Bostonie, pchor. dr med. Tadeusz Łabędzki, który brał udział w pierwszej transplantacji serca człowieka wykonanej w Jackson, pchor. dr med. Tadeusz Węckowicz i ppor. dr med. Henryk Wójcicki w Edmonton, dr med. Anna Sokołowska w Ottawie.

Inni podejmowali praktykę lekarską w szpitalach amerykańskich i kanadyjskich. Należeli do nich: dr med. Jan Majerowski w Murrison, ppor. dr med. Stefan Harasymowicz i ppor. dr med. Bolesław Ziętek w Cleveland, dr med. Zbigniew Soból w South Bend, dr med. Bętkowski* w Jasper, pchor. dr med. Władysław Wielhorski w Toronto, pchor. dr med. Oskar Słowik w Calgary, ppor. dr med. Konstanty Maziec w Ottawie, pchor. dr med. Jerzy Klimczyński w Vancouver, dr med. Henryk Hamerski w Timmins, dr med. Kuderowicz* w Manchester NH, pchor. dr med. Jan Łacny w Saskatchewan, pchor. dr med. Tadeusz Kryski w Nowej Szkocji.

Wielu podejmowało dobrze prosperujące praktyki prywatne, m.in.: ppor. dr med. Mieczysław Kawa, dr med. Krystyna Kawa, pchor. dr med. Jerzy Kucharski w Scarborough, pchor. dr med. Stefan Daykowski w Vancouver, pchor. dr med. Aleksander Skowron w Los Angeles, dr med. Józef Witek, pchor. dr med. Jan Danek, pchor. dr med. Herbert Stanisławski, pchor. dr med. Władysław Zarski w Nowym Jorku, dr med. Petronela Buckiewicz-Knoll w St. Laurent oraz dr med. Lucyna Dylówna-Matzinger w Pembroke.

Dość liczna grupa absolwentów PWL osiedliła się we Francji, m.in. pchor. dr med. Jerzy Honigsberg, pchor. dr med. Tadeusz Szops, pchor. dr med. Janusz Szrednicki, ppor. dr med. Karol Sztabert. Kilku jest w Australii i Nowej Zelandii, m.in. pchor. dr med. Emanuel Wilder, który uzyskał wysokie stanowisko w Melbourne w administracji stanu Wiktoria, pchor. dr med. Cezary Cywiński, wędrujący po całym świecie zanim osiadł w Genewie i objął stanowisko eksperta Światowej Organizacji Zdrowia oraz ppor. dr med. Jan Biskupski, praktykujący w Nowej Funlandii.

Wszędzie, gdzie żyją dobrze reprezentują Polski Wydział Lekarski i Polskę, do której ciągle całym sercem należą.

płk doc. dr hab. **Witold LISOWSKI**

*Nie udało się ustalić imion.

„Biologia”

Eldra P. Salomon, Linda R. Berg, Diana W. Martin

BIOLOGIA

Przekład polski: zespół pracowników naukowych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wydanie polskie:

MULTICO Oficyna Wydawnicza Warszawa 2007

str. 1103, ISBN 987-83-7073-412-1.

Obecne siódme już wydanie tej książki jest poświęcone pamięci Claude'a Villeego, pierwszego współautora poprzednich sześciu wydań przetłumaczonych na wiele języków.

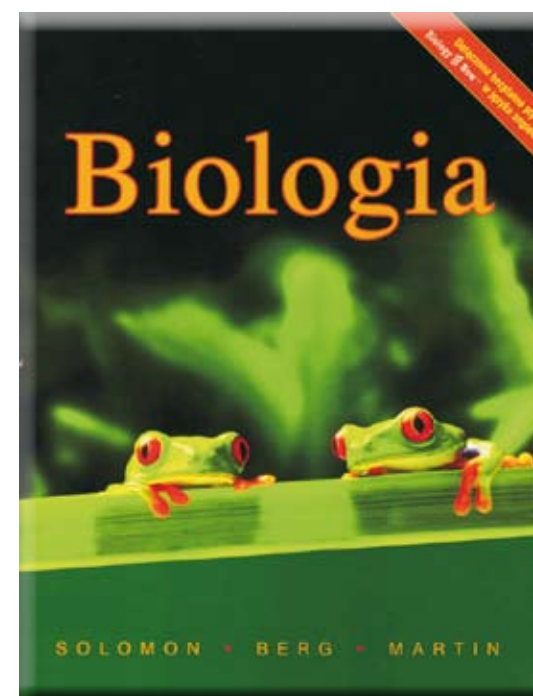
Książka przedstawia aktualną wiedzę biologiczną wzbogaconą wspaniałą szatą graficzną. W ośmiu częściach podzielonych na 55 rozdziałów omówione są wszystkie współczesne dziedziny biologii:

1. Organizacja życia;
2. Przepływ energii w świecie żywych organizmów;
3. Ciągłość życia – genetyka;
4. Ciągłość życia – ewolucja;
5. Różnorodność życia;
6. Budowa i procesy życiowe roślin;
7. Budowa i procesy życiowe zwierząt;
8. Interakcje w procesach życiowych – ekologia.

Treść książki uzupełniają następujące dodatki:

- A. Tablica układu okresowego pierwiastków;
- B. Klasyfikacja organizmów;
- C. Rozumienie terminów biologicznych;
- D. Zestawienie skrótów oraz Słownik pojęć biologicznych i Skoro-widz.

Dla Czytelników „Skalpela” szczególnie interesujące mogą być podrozdziały, dotyczące genetyki, m.in.: Badania nad genomem człowieka; Choroby genetyczne; Terapia genowa; Genetyka człowieka, spo-



łeczeństwo i etyka. Podrozdziały te zawierają najnowsze informacje na temat możliwości praktycznych zastosowań osiągnięć współczesnej biologii. Jednak wraz z tymi osiągnięciami rodzą się pytania bioetyczne, czy i na ile mamy prawo ingerować i zmieniać naturę.

W omawianym wydaniu szczególną wartością jest obszerny zestaw pomocy do nauki i nauczania, w tym oddzielnie pomoce dla uczniów i dodatkowe pomoce dla nauczycieli. Każde zagadnienie kończy się zestawem pytań kontrolnych. Wartością dydaktyczną jest też dołączona do podręcznika płyta CD-ROM Biology-Now, która zawiera informacje rozszerzające treść książki, filmy, ryciny oraz interaktywne ćwiczenia.

Obecne wydanie jest adresowane nie tylko do studentów biologii oraz kierunków pokrewnych, w tym i medycyny. Bioetyczne, prawne i filozoficzne skutki zastosowań współczesnej biologii powinni znać także studenci etyki, prawa, socjologii, psychologii, pedagogiki, dziennikarstwa, filozofii a nawet teologii.

Jerzy MIERZEJEWSKI

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej organizuje w dniach 26 -28 września 2008 r. w Jastrzębiej Górze XII Konferencję Naukowo-Szkoleniową SA WAM „Postępy medycyny klinicznej i doświadczalnej”

W trakcie konferencji poruszone zostaną problemy z zakresu: urologii, neurologii, neurochirurgii, epidemiologii, endokrynologii, hematologii, organizacji i historii Wojskowej Służby Zdrowia, a także przedstawione w dwóch sesjach plakatowych problemy i osiągnięcia wojskowej służby zdrowia w zabezpieczaniu polskich misji wojskowych w krajach tropikalnych oraz rozwój i działalność prywatnych klinik i ośrodków prowadzonych przez Kolegów – absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej. Konferencji towarzyszyć będą wystawy kolekcji: feli erystycznych i filatelistycznych zgromadzonych przez naszych Kolegów – absolwentów WAM.

Przewidziano bogaty wachlarz imprez integracyjnych i specjalny program dla osób towarzyszących.

Wstępne zgłoszenia uczestnictwa prosimy przysyłać listownie na drukach zamieszczonych na stronie internetowej Stowarzyszenia www.sawam.org.pl na adres: 7 Szpital Marynarki Wojennej SP ZOZ, ul. Polanki 117, 80-350 Gdańsk, z dopiskiem „Konferencja SA WAM” lub pocztą elektroniczną na adres: sawam13@gmail.com do dnia 30.05.2008 r.

Biuro organizacyjne konferencji (adres jw.), tel. 602-854-600; fax: (058)309.82.06; e-mail: sawam13@gmail.com Szczegółowy program Konferencji zostanie zamieszczony na stronie internetowej Stowarzyszenia. W formie drukowanej każdy z uczestników otrzyma go w pakiecie materiałów zjazdowych. O udziale w konferencji decyduje kolejność zgłoszeń oraz wniesiona opłata.

Koszt uczestnictwa – 350 zł od osoby obejmuje: materiały zjazdowe, noclegi (2), całodienne wyżywienie, uroczystą kolację (bankiet), ognisko, program dla osób towarzyszących.

Wpłaty należy dokonywać na konto: SA WAM MI-LENNIUM BANK GDAŃSKI S.A. 35 1160 2202 0000 0000 5426 4108 z dopiskiem „Konferencja SA WAM”

Zapraszamy
Zarząd
Stowarzyszenia Absolwentów WAM

Sprostowanie

Redakcja przeprasza **płk. w st. spocz. prof. dr. hab. n. med. Tadeusza Mosiniaka**, autora wspomnień o płk. dr. n. farm. Wiesławie Zdzisławie Świtku, zamieszczonych w „Skalpelu” 3/2008, str. 25 za błędne podanie nazwiska Pana Profesora.

(red.)

Pomóż Wojtkowi!

Wojtek od dwóch lat w Wojskowej Akademii Technicznej realizuje badania, których wyniki będą stanowiły materiał Jego pracy doktorskiej. Zajmuje się otrzymywaniem nanokompozytów zbudowanych z polimerów organicznych nasyconych solami nieorganicznymi będących nośnikami tlenu. Ze względu na swe właściwości, kompozyty otrzymywane przez Wojtkę zastąpią w przyszłości, w większości zastosowań konwencjonalne materiały wysokoenergetyczne.

14 lutego 2008 roku około godziny 9:00 rano, podczas badań laboratoryjnych, realizacja pasji życiowej Wojtki została gwałtownie przerwana. Substancja którą operował eksplodowała, pozbawiając Go obu dłoni i jednego oka a odłamki powstałe w następstwie wybuchu spowodowały liczne obrażenia. Siła wybuchu była tak duża, że żelbetonowa podstawa stołu laboratoryjnego na, którym pracował została całkowicie zniszczona. Nie ma wątpliwości, że Wojtek był o krok od śmierci, cudownym zbiegiem okoliczności przeżył.

Tego lutowego poranka, w ułamku sekundy życie młodego naukowca, Jego Rodziny i przyjaciół całkowicie się zmieniło. Wojtek jest bardzo silnym człowiekiem, dlatego realizacji Jego pasji życiowej jaką jest nauka nie zmienił nawet ten

bardzo poważny wypadek. Od tego tragicznego wydarzenia minęły już prawie cztery miesiące, okres leczenia szpitalnego Wojtek ma już za sobą i bardzo chce wrócić na Uczelnię aby kontynuować badania do swego doktoratu.

Dzięki rozwojowi nauki i medycyny, szansą na szybki powrót do normalnego życia są dla Wojtki nowoczesne protezy, które są w stanie zastąpić utracone w wypadku dłonie. Tzw. protezy bioniczne do złudzenia przypominają prawdziwą kończynę, odbierając sygnały przesyłane za pomocą nerwów z mózgu pozwalają otwierać i zamykać dłoń, umożliwiają obrót nadgarstka. Protezy tego typu są bardzo zaawansowanym układem elektronicznym i mechanicznym sterowanym za pomocą procesora w związku z czym ich cena jest bardzo wysoka. Zakup protez to tylko część kosztów powrotu do normalnego życia jakie w najbliższym czasie musi ponieść Wojtek. To również serwis i wymiana protez co około 10 lat, przystosowanie Jego domu, komputera, samochodu do ograniczeń, które mimo postępu techniki biomedycznej są obecnie nie do usunięcia.

Praktycznie od dnia wypadku, rodzina oraz przyjaciele Wojtki prowadzą akcję mającą na celu zebranie odpowiedniej ilości pieniędzy, aby w pełni pokryć koszty zakupu



oraz użytkowania protez bionicznych oraz rehabilitacji. W akcję tę włączyła się Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą”, powstała strona internetowa mająca pomagać w informowaniu ludzi dobrej woli o tym co się przydarzyło Wojtkowi (www.pomocdlawojtki.waw.pl), zorganizowano koncert charytatywny, trwają kwesty po mszach w kościołach na warszawskim Bemowie.

Jeżeli również Ty czytelniku możesz i chciałbyś włączyć się w pomoc Wojtkowi w powrocie do normalnego życia, proszę odwiedź stronę internetową, przekaż ją swoim znajomym lub skontaktuj się z nami pod adresem e-mailowym: pomocdlawojtki@wp.pl Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą” ul. Łomiańska 5 01-685 Warszawa Bank Pekao S.A. **4112401037111001013219362** z dopiskiem: na leczenie i rehabilitację Wojciecha Kicińskiego.

Nowe akty prawne

● Dziennik Ustaw RP nr 94 z 3 czerwca 2008 r.

poz. 600 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 20 maja 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków i trybu korzystania przez żołnierzy zawodowych, małżonków i dzieci pozostających na ich utrzymaniu z bezpłatnych przejazdów oraz innych świadczeń socjalno-bytowych.

● Dziennik Ustaw RP nr 81 z 13 maja 2008 r.

poz. 484 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

poz. 485 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza

poz. 486

dentysty i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza denty.

● Dziennik Ustaw RP nr 79 z 8 maja 2008 r.

poz. 472 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 kwietnia 2008 r. Karty i tabliczki tożsamości.

poz. 473 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 16 kwietnia 2008 r. Karty i tabliczki tożsamości żołnierzy zawodowych i kandydatów na żołnierzy zawodowych.

● Dziennik Ustaw RP nr 77 z 5 maja 2008 r.

poz. 464 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2008 r. Zm.: rozporządzenie w spra-

wie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

● Dziennik Ustaw RP nr 62 z 15 kwietnia 2008 r.

poz. 390 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 9 kwietnia 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie bezpłatnego wyżywienia żołnierzy zawodowych i kandydatów na żołnierzy zawodowych.

poz. 391 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 9 kwietnia 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie równoważników pieniężnych przysługujących w zamian za umundurowanie i wyekwipowanie.

● Dziennik Ustaw RP nr 61 z 14 kwietnia 2008 r.

poz. 381 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 kwietnia 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie trybu postępowania i właściwości organów w sprawach zaopatrzenia emerytalnego żołnierzy zawodowych oraz uprawnionych członków ich rodzin.

Dziennik Ustaw RP nr 60 z 11 kwietnia 2008 r.

poz. 372 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 26 marca 2008 r. Należności pieniężne przysługujące żołnierzom zawodowym skierowanym na naukę za granicą.

poz. 374 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2008 r. Warunki wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza.

Dziennik Ustaw RP nr 59 z 9 kwietnia 2008 r.

poz. 362 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 3 marca 2008 r. Udzielanie pomocy żołnierzom zawodowym w związku z pobieraniem przez nich nauki oraz kierowanie żołnierzy zawodowych na studia albo naukę w kraju lub za granicą.

poz. 365 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. Minimalne wymagania dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych.

Dziennik Ustaw RP nr 58 z 8 kwietnia 2008 r.

poz. 351 Ustawa Sejmu RP z dnia 12 marca 2008 r. Zm.: ustawa o zawodach lekarza i lekarza denty.

poz. 355 Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 19 marca 2008 r. Zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

poz. 356 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2008 r. Rejestr Korzyści.

Dziennik Ustaw RP nr 56 z 1 kwietnia 2008 r.

poz. 341 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2008 r. Wykaz leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokość opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilość leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposób obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego.

Dziennik Ustaw RP nr 54 z 31 marca 2008 r.

poz. 325 Ustawa Sejmu RP z dnia 7 lutego 2008 r. Zm.: ustawa o ustanowieniu programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych".

Dziennik Ustaw RP nr 53 z 28 marca 2008 r.

poz. 312 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 marca 2008 r. Służba wojskowa żołnierzy zawodowych wyznaczonych na stanowiska służbowe w instytucjach cywilnych.

poz. 313 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 marca 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie pełnienia zawodowej służby wojskowej poza granicami państwa.

poz. 324 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne.

Dziennik Ustaw RP nr 52 z 27 marca 2008 r.

poz. 305 Ustawa Sejmu RP z dnia 29 lutego 2008 r. Zm.: ustawa o Karcie Polaka oraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

poz. 308 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 11 marca 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie urlopów żołnierzy zawodowych.

Dziennik Ustaw RP nr 51 z 26 marca 2008 r.

poz. 293 Ustawa Sejmu RP z dnia 29 lutego 2008 r. Zm.: ustawa o lekarzu sądowym.

Dziennik Ustaw RP nr 48 z 21 marca 2008 r.

poz. 288 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lutego 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki.

Dziennik Ustaw RP nr 45 z 17 marca 2008 r.

poz. 271 Ustawa Sejmu RP z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.

Dziennik Ustaw RP nr 41 z 11 marca 2008 r.

poz. 247 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 lutego 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie wyjazdów za granicę żołnierzy zawodowych w celach niezwiązanych ze służbą wojskową.

poz. 248 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 28 lutego 2008 r. Wykonywanie pracy zarobkowej lub prowadzenie działalności gospodarczej przez żołnierzy zawodowych.

Dziennik Ustaw RP nr 39 z 7 marca 2008 r.

poz. 224 Ustawa Sejmu RP z dnia 23 stycznia 2008 r. Nadanie Akademii Medycznej w Białymstoku nazwy "Uniwersytet Medyczny w Białymstoku".

poz. 225 Ustawa Sejmu RP z dnia 23 stycznia 2008 r. Nadanie Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie nazwy "Uniwersytet Medyczny w Lublinie".

poz. 226 Ustawa Sejmu RP z dnia 23 stycznia 2008 r. Nadanie Akademii Medycznej w Warszawie nazwy "Warszawski Uniwersytet Medyczny".

Dziennik Ustaw RP nr 37 z 5 marca 2008 r.

poz. 204 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 21 lutego 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie utworzenia ambulatoriów – publicznych zakładów opieki zdrowotnej i ambulatoriów

riów z izbą chorych – publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Dziennik Ustaw RP nr 34 z 29 lutego 2008 r.
poz. 198 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2008 r. Sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej.

Dziennik Ustaw RP nr 30 z 25 lutego 2008 r.
poz. 187 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Dziennik Ustaw RP nr 29 z 22 lutego 2008 r.
poz. 168 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 4 lutego 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie wzorów, noszenia umundurowania, odznak i oznak wojskowych oraz uzbrojenia przez żołnierzy.

poz. 171 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 7 lutego 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie dodatków do uposażenia zasadniczego żołnierzy zawodowych.

Dziennik Ustaw RP nr 23 z 13 lutego 2008 r.
poz. 139 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 29 stycznia 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie przypadków, w których żołnierze zawodowi są zwolnieni od obowiązku noszenia umundurowania i oznak wojskowych.

poz. 145 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 2008 r. Wprowadzenie jednolitych procedur postępowania w związku z wystąpieniem zakażeń meningokokowych.

Dziennik Ustaw RP nr 3 z 9 stycznia 2008 r.
poz. 10 Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Monitor Polski RP nr 40 z 27 maja 2008 r.
poz. 357 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2008 r. Wykaz jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia.

Lekarze emeryci i renciści!

Szanowna Koleżanko,
Szanowny Kolego!

Komisja ds. Emerytów i Rencistów NRL zwraca się z uprzejmą prośbą o wypełnienie załączonej ankiety i przesłanie jej na adres swojej Okręgowej Izby Lekarskiej.

Ankieta może być anonimowa lub z ujawnionym nazwiskiem.

Powyższa ankieta pozwoli nam na pełne rozeznanie statusu materialnego lekarzy emerytów i rencistów, a dane zawarte w niej będą stanowić konkretną podstawę do ubiegania się o zmianę przepisów mających wpływ na poprawę sytuacji materialnej i zdrowotnej lekarzy seniorów.

Przewodniczący
Komisji ds. Emerytów i Rencistów NRL
dr **Zdzisław BEDNAREK**

Ankieta

1. Inicjały (względnie imię i nazwisko)
2. Data urodzenia
3. Specjalizacja
4. Stanowisko w chwili przejścia na emeryturę* i/lub rentę*
5. Rok kalendarzowy przejścia na emeryturę* i/lub rentę*
6. Liczba lat pracy
7. Wysokość emerytury* i/lub renty* (netto)
8. Miejsce zamieszkania: miasto* lub wieś*
9. Czy zamieszkuje samotnie*, czy z rodziną*?
10. Koszt utrzymania (czynsz + media + telefon) miesięcznie
11. Czy stan zdrowia wymaga stałego leczenia?
12. Koszt wydatków na leczenie i leki (miesięcznie)

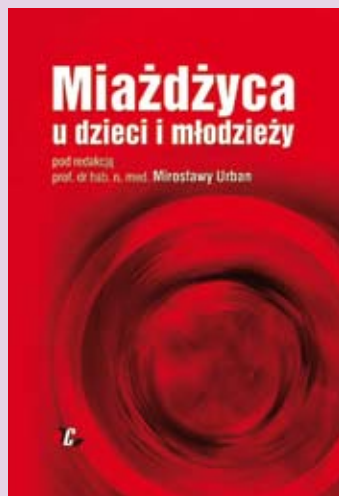
* niepotrzebne skreślić



Lekarzu, czy już skorzystałeś z bezpłatnych kursów?

e-kursy:

- ■ ■ ■ **Implanty – przywracanie ciągłości uzębienia**
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 – patogeneza 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



Miażdżyca u dzieci i młodzieży

pod redakcją
Mirosławy Urban
rok 2007, stron 448
format B5, oprawa twarda
ISBN 83-919540-3-X
cena: 55 zł

„Monografia *Miażdżyca u dzieci i młodzieży* oddana do rąk Czytelników dotyczy problematyki miażdżycy, choroby podstępnej, przewlekłej i ciągle tajemniczej, ujawniającej się już w początkowym okresie rozwoju dziecka pod postacią nacieczeń tłuszczowych – fatty streaks.

W monografii przedstawiono najnowsze poglądy na temat wieloczynnikowej patogenezы miażdżycy oraz szczegółowo omówiono czynniki ryzyka jej wystąpienia.

... podkreślono znaczenie prewencji pierwotnej i wtórnej, bowiem otyłość, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, dotyczące coraz częściej dzieci, to jedne z wiodących czynników ryzyka obok hiperlipidemii i palenia tytoniu.

Wiele miejsca poświęcono także roli insulinooporności w rozwoju miażdżycy oraz udziału tkanki tłuszczowej – aktywnego organu para- i endokrynnego, zdolnego do syntetyzowania i uwalniania do krążenia różnych cytokin wpływających na wytworzenie niekorzystnego aterogennego profilu. Nie pominięto również wpływu przewlekłych chorób, takich jak schorzenia nerek, układowe choroby tkanki łącznej, zespół policystycznych jajników, jako potencjalnego ryzyka rozwoju miażdżycy. Szczegółowo przedstawiono metody nieinwazyjnej oceny zmian miażdżycowych w naczyniach tętniczych u dzieci. Zwrócono przy tym uwagę,

że zasadniczym celem postępowania diagnostyczno-prewencyjno-terapeutycznego w spowalnianiu/zatrzymaniu procesu aterosklerozy u dzieci i młodzieży powinno być monitorowanie zarówno markerów biochemicznych, jak i biofizycznych, odzwierciedlających stan śródbłonnki, szczególnie u tych z obciążeniem rodzinnym chorobami układu sercowo-naczyniowego oraz kumulacją kilku czynników ryzyka. Z uwagi na to, że miażdżyca rozwija się już od wczesnego dzieciństwa, populacja wieku rozwojowego powinna być objęta priorytetowym programem profilaktycznym, realizującym założenia prozdrowotnego stylu życia...”

/Przedmowa
Mirosława Urban/

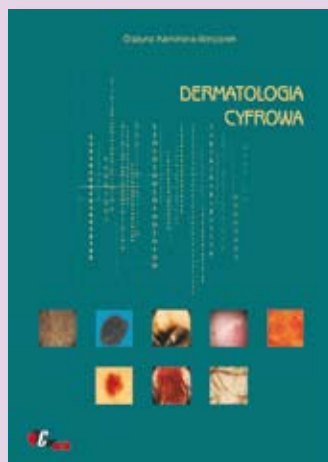
Dermatologia Cyfrowa

dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek
rok 2008, stron 120, format A4
ISBN 83-919540-4-8
cena: 70 zł

„Atlas i podręcznik *Dermatologia cyfrowa* dr med. Grażyny Kamińskiej-Winciorek to zwięzły, obrazowy przewodnik po występujących najczęściej obrazach dermatoskopowych, kapilaroskopowych, trichoskopii cyfrowej. W prosty sposób przedstawia zasady diagnostyki wideodermatoskopowej, wideokapilaroskopowej, wideotrichoskopii i wprowadza nas w świat teledermatologii.

Podręcznik ten będzie przydatny nie tylko dla lekarzy specjalizujących się, ale stanowi doskonały atlas dla dermatologów, lekarzy zajmujących się medycyną estetyczną, reumatologów i chirurgów, szczególnie chirurgów onkologicznych.”

/prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek/



„Książka jest wyspospecjalistycznym podręcznikiem przygotowanym przez Autorkę, która od szeregu lat zajmuje się omawianymi zagadnieniami w śląskim ośrodku dermatologicznym. Na łamach tej pozycji dr n. med. Grażyna Kamińska-Winciorek przedstawia nie tylko wiedzę płynącą ze zgłębiania piśmiennictwa, ale i dzieli się własnym doświadczeniem klinicznym i przemyśleniami, co z pewnością należy uznać za walor książki. Godnym podkreślenia jest fakt, że maszynopis napisany jest ładną polszczyzną, co wpływa na przyjemność lektury. Rzetelne podejście Autorki do zamierzonego celu – stworzenia przydatnego, praktycznego podręcznika obrazuje się też w formule pozycji.”

/prof. zw. dr hab. n. med. Jacek Szepletowski/



Pediatria – co nowego?

pod redakcją
Ewy Otto-Buczkowskiej
rok 2007, stron 492,
format B5, oprawa twarda
ISBN 83-919540-7-2
cena: 69 zł

„*Pediatria – co nowego?*” to pozycja pomyślana jako uzupełnienie znajdujących się na rynku wydawniczym podręczników pediatrii. Jest to zbiór autorskich opracowań grupy pediatrów, wynikający z ich zainteresowań i doświadczeń, oparty na najnowszym piśmiennictwie. Mamy nadzieję, że książka ta będzie przydatna w przygotowywaniu się młodych lekarzy do egzaminów ogólnolekarskich, a także pomoże w pracy lekarzom pierwszego kontaktu, pediatrom oraz specjalistom z innych dziedzin.

/Ewa Otto-Buczkowska/