



NR 5

WRZESIEŃ-PAŹDZIERNIK
ROK XVII (2008)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

50 rocznica utworzenia WAM

Punkty edukacyjne – rozliczanie na finiszu

Od kogo, ile i jak

Zdrowie nasze...





MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA GRUPY MOTORYKI PRZEWODU POKARMOWEGO

Pałac Książęcy w Żaganiu
26-27 września 2008

Szanowni Państwo,

Mamy przyjemność zaprosić do udziału
w **Międzynarodowej Konferencji Grupy Motoryki Przewodu Pokarmowego**
organizowanej przez:

Katedrę i Klinikę Gastroenterologii i Hepatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu,
Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii
oraz Grupę Motoryki Przewodu Pokarmowego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii.
Obrady odbywać się będą w Pałacu Książęcym w Żaganiu, w terminie 26-27 września 2008 roku

Tematyka konferencji obejmuje poniższe zagadnienia:

- Zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego
- Nadwrażliwość trzewna
- Regulacja osi mózgowo-jelitowej
- Wpływ stresu na czynność przewodu pokarmowego
- Nowe metody badań czynnościowych przewodu pokarmowego
- Postępy w leczeniu zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego
- Rola placebo w chorobach układu pokarmowego

Spośród sesji, jedna z udziałem gości zagranicznych jest zaplanowana w języku angielskim. Uczestnicy otrzymują certyfikat i punkty edukacyjne.

Informacje na temat Konferencji można uzyskać na stronie www.abranetis.pl
oraz w **Biurze Organizatora**:

ABRANETIS Management and Promotion
ul. J. Długosza 2-6, 51-162 Wrocław, biuro@abranetis.pl
tel. 071/792 80 76 tel./fax 071/792 80 77 tel. kom. 608 59 49 26



Jubileuszowa Konferencja Przeglądu Pediatrycznego

Termin: 20-21.09.2008 r.

Miejsce: Teatr Wielki w Łodzi

Udział w konferencji jest dla lekarzy bezpłatny.
Zgłoszenia na konferencję można dokonać drogą elektroniczną na stronie www.abranetis.pl. Uczestnicy otrzymują certyfikat i punkty edukacyjne. W celu otrzymania szczegółowych informacji dotyczących powyższego spotkania prosimy o kontakt:



Biuro Obsługi Konferencji
Abranetis Sp. z o.o.
ul. Długosza 2-6, 51-162 Wrocław
tel. 071 792 80 76
tel./fax 071 792 80 77
tel. kom. 606 32 00 65
www.abranetis.pl
marta.szufnarowska@abranetis.pl

Szanowne Koleżanki i Koledzy,
Wakacyjny błogostan już za nami. Jest nadzieja, że nadchodząca jesień przyniesie twórcze ożywienie, które sporo nowego wniesie w życie nasze codzienne - niekoniecznie prywatne. Są już nawet pewne tego zwiastuny. Być może jeszcze w październiku, jak planuje resort, wejdzie w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Jak wynika z projektu tego dokumentu, aktualnie będącego jeszcze w uzgodnieniach i w trakcie opiniowania przez uprawnione podmioty, ma ono wnieść szereg istotnych, wydaje się korzystnych dla lekarzy zmian. Przede wszystkim rysuje się perspektywa skrócenia czasu dochodzenia do tytułu specjalisty, zwłaszcza w specjalnościach dotychczas określonych jako szczegółowe. Projekt rozporządzenia zakłada bowiem rezygnację z podziału na specjalizacje podstawowe i szczegółowe. Teraz ma być tylko

jeden wykaz, a czas na uzyskanie tytułu specjalisty np. z alergologii skróci się o dwa lata (w niektórych specjalnościach nawet o trzy lata). Zmianie ulec mają też terminy rozpoczęcia specjalizacji. Mają one zostać przybliżone do terminu zakończenia stażu podyplomowego. Łatwiej też ma być z uzyskaniem miejsca specjalizacyjnego, które przyznawane będą na podstawie wyniku z LEP, w ostateczności decydować ma rozmowa kwalifikacyjna. Uproszczeniu ulegnie egzamin specjalizacyjny, jako że zlikwidowana będzie jego część praktyczna. Te obiecujące zmiany, jak się wydaje, nie są łaskawością ministerstwa, a dyktuje je potrzeba szybkiego zwiększenia liczby lekarzy specjalistów i wyhamowania wpływu „narybku” do zamożniejszych krajów Unii.

Rozporządzenie o specjalizacjach lekarskich, chociaż tym razem nowe a nie nowelizowane, znowu oddała wejście w życie „Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej

w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystę będącego żołnierzem...”. Oto bowiem uzgodniony już projekt tego rozporządzenia, które nijak od lat nie może nadać za zmianami wprowadzanymi przez resort zdrowia, ponownie trzeba będzie poprawiać. Oby nie trwało to do kolejnej zmiany reguł gry.

Jesienią trafić ma do Sejmu projekt nowej ustawy o izbach lekarskich. Prawdopodobnie będzie to akt prawny przygotowany przez samorząd lekarski. Prace nad tą ustawą trwają już od wielu miesięcy. Ten bardzo ważny dokument, porządkujący i poprawiający funkcjonowanie samorządu zawodowego przyniesie ma sporo nowego, zwłaszcza w części dotyczącej odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Można spodziewać się, że wysyp nowych unormowań będzie obfitszy niż grzybów po letniej posusze.

Zbigniew UŁANOWSKI
redaktor naczelny

WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego

zapraszają na

XII Konferencję Naukowo-Szkoleniową

„Wojskowa Służba Zdrowia a profesjonalizacja armii”

Dobieszków k. Łodzi, 6-7.11.2008 r.

Tematyka wystąpień na Konferencji:

- Aktualne problemy zabezpieczenia medycznego wojsk w kraju i w ramach kontyngentów wojskowych poza krajem;
- Podnoszenie kwalifikacji naukowych, zawodowych i służbowych pracowników wojskowej służby zdrowia;
- Problemy bioetyczne w działalności wojskowej służby zdrowia.

Zgłoszenie udziału w konferencji kierować telefonicznie i faxem na adres Zakładu OOZW i ZP WIM w Łodzi: tel. 444-275, fax 444-565.

Oплата konferencyjna i udział w spotkaniu towarzyskim 150 zł (opłata na miejscu).

Oплата za hotel i wyżywienie we własnym zakresie – rezerwacja miejsc noclegowych pod numerem telefonu 042 710-90-90.

Za Komitet Organizacyjny
Przewodniczący
dr n. med. **Marian DÓJCZYŃSKI**

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 Dziegielelewski, Konrad Maćkowiak
Zdjęcie na I okładce:
Zbigniew Ulanowski

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 5/2008

Od redakcji.....	1
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z 20 czerwca 2008 r.	3
Składki – temat drażliwy	4
Od kogo, ile i jak – składki po 1 października 2008 r.	5
Prywatna Praktyka Lekarska – przypominamy tryb rejestracji	6
Kto pyta nie błądzi.....	8
Punkty edukacyjne – rozliczanie na finiszu.....	10
Nowe akty prawne	12
V kurs WAM 40 lat po dyplomie	13
50 rocznica utworzenia Wojskowej Akademii Medycznej	15
Certyfikat dla szpitala wojskowego	19
Jak zostać noblistą?.....	20
Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy	22
Sprawozdanie z konferencji „Prawa pacjenta w systemie ubezpieczeń zdrowotnych”	24
Zachowajmy Ich w naszej pamięci!.....	26
Zdrowie nasze... ..	27
Poprzeczka w górę.....	30
Dane socjodemograficzne – ankieta	31
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Tests).....	32

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA

Przewodniczący WIL:	prof. dr hab. med. Marian Brocki
Wiceprzewodniczący WIL:	lek. dentysta Bogdan Barut płk lek. Piotr Dziegielelewski, lek. Konrad Maćkowiak płk lek. Jerzy Chmielewski dr n. med. Marian Dóczyński dr n. med. Zbigniew Zaręba lek. Jerzy Staszczuk
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	

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL

z 20 czerwca 2008 r.

Wposiedzeniu, które odbyło się 20 czerwca br. uczestniczyło 15 członków RL WIL oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL prof. dr hab. med. Krzysztof Chomiczewski oraz przewodniczący Sądu Lekarskiego WIL – płk lek. Sławomir Marat i radca prawny WIL.

Na wstępie, w związku z majowym wyborem na Prorektora ds. Klinicznych UM w Łodzi, prof. Marian Brocki odebrał gratulacje wraz z życzeniami sukcesów na nowym stanowisku od członków rady i pracowników Biura WIL. Po słowach podziękowania Przewodniczący WIL zaproponował porządek posiedzenia, który przyjęty został jednogłośnie. Następnie Rada Lekarska wysłuchała informacji Przewodniczącego nt. jego działalności od poprzedniego posiedzenia oraz o problemach jakie były przedmiotem obrad Naczelnej Rady Lekarskiej i Konwentu Przewodniczących OIL. W dalszej części posiedzenia Rada Lekarska podjęła następujące uchwały:

- **nr 1194/08/V** – w sprawie wpisania lek. Marzeny Falkowskiej-Śleszyńskiej na listę członków WIL;
- **nr 1195-1273** – w sprawie wydania zezwoleń na wykonywanie praktyk prywatnych ogólnolekarskich i specjalistycznych oraz w sprawie skreśleń z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich.
Podjęto ogółem 78 uchwał, w tym 52 w sprawie wpisu do rejestru praktyk oraz 26 uchwał w sprawie skreślenia praktyk z rejestru. Wykaz imienny zawiera załącznik do protokołu.
- **nr 1274/08/V** – w sprawie wydania duplikatu PWZ lekarzowi Janowi Lipko;
- **nr 1275/08/V** – w sprawie wydania duplikatu PWZ lekarzowi Januszowi Toczko;
- **nr 1281/08/V** – w sprawie udzielenia rekomendacji lek. Wojciechowi Jałtuszelewskiemu ubiegającemu się o funkcję lekarza sądowego.
Rozpatrzenie wniosków lekarzy ubiegających się o funkcję lekarza sądowego, których zobowiązania wobec WIL wymagają uregulowania, Rada odłożyła do następnego posiedzenia.
- Na wniosek przewodniczącego komisji stomatologicznej WIL kol. Jacka Woszczyka Rada Lekarska WIL przyznała uczestnikom IX Konferencji Stomatologów Wojskowych 13 pkt. edukacyjnych.
- Rada po zapoznaniu się z wnioskami komendantów szpitali, wyrażanymi opiniami i innymi dokumentami, udzieliła poparcia niżej wymienionym kandydatom na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie zdrowia:
- **mjr. lek. Waldemarowi KRY-SIAKOWI** – na stanowisko ordynatora Oddziału Kardiologii w 109 Szpitalu Wojskowym w Szczecinie;
- **lek. Wiktorowi STOPYRZE** – na stanowisko kierownika Oddziału Klinicznego Okulistycznego w 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Krakowie.
- **lek. Elwirze Suchodolskiej-Stangierskiej** – na stanowisko ordynatora Oddziału Gastroenterologicznego w 111 Szpitalu Wojskowym w Poznaniu.

W wykonaniu Uchwały nr 9/08/V XXIV Zjazdu Lekarzy WIL Rada Lekarska WIL podjęła uchwałę

nr 1276/08/V – w sprawie trybu postępowania w egzekwowaniu należności z tytułu zaległych składek członkowskich. Uchwała ta została podjęta jednogłośnie (tekst uchwały w bieżącym numerze „Skalpela” – red.)

Skarbnik WIL kol. Jerzy Staszczuk przedstawił do decyzji Rady wnioski lekarzy o zwolnienie ich z opłacania składek członkowskich, po czym Rada podjęła stosowne uchwały odnoszące się do spełniających wymagane kryteria formalne. Ponadto, Rada Lekarska WIL podjęła decyzje:

- akceptującą wydatki na zakup ryngrafów dla wyróżnionych z okazji Świąt Wojskowej Służby Zdrowia lekarzy i pielęgniarek;
- o dofinansowaniu kosztów uczestnictwa lek. Jacka Śmigielskiego w Mistrzostwach Świata Lekarzy w Garmisch-Partenkirchen;
- o dofinansowaniu organizacji **XII Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Stowarzyszenia Absolwentów WAM.**

Rozpatrzono też i pozytywnie załatwiono wnioski o przyznanie zapomóg w związku ze śmiercią lekarzy – członków WIL.

Rada Lekarska zapoznała się ponadto ze sprawozdaniem z wykonania budżetu za okres od 1 stycznia do 31 maja 2008 r. oraz wysłuchała informacji o kosztach organizacji XXIV Zjazdu Lekarzy WIL. Oba sprawozdania Rada przyjęła jednogłośnie.

Na zakończenie postanowiono, że dla uczczenia 50 rocznicy utworzenia WAM Rada Lekarska WIL odbędzie uroczyste posiedzenie w Łodzi, w miesiącu październiku

Z.U.

Uchwała nr 1276/08/V Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej

z dnia 20 czerwca 2008 r.

w sprawie trybu postępowania w egzekwowaniu należności z tytułu zaległych składek członkowskich

Na podstawie art. 61 ust. 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.) oraz art. 2 § 1 pkt 5, art. 5 § 1 pkt 2, art. 6 § 1, art. 15 § 1, art. 19 § 1 i art. 27 § 3 ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2002 r. nr 110, poz. 968 z późn. zm.) oraz w związku z uchwałą nr 10 XXIV Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej w egzekucji należnych składek członkowskich, uchwała się co następuje:

§ 1

Lekarz (lekarz dentysta), zobowiązany jest do opłacania składek członkowskich na rzecz izby lekarskiej, której jest członkiem, w wysokości i w terminie określonym obowiązującą uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie wysokości składki członkowskiej.

§ 2

Jeżeli lekarz (lekarz dentysta) zalega z opłacaniem składek członkowskich przez okres dłuższy niż 3 miesiące i nie wystąpi do Rady Lekarskiej WIL z umotywowanym wnioskiem o zwolnienie z opłacania lub obniżenie wysokości składek, wysyła się do niego

upomnienie z zagrożeniem wszczęcia egzekucji po upływie siedmiu dni od dnia doręczenia upomnienia.

§ 3

1. Upomnienie sporządza się w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest przeznaczony dla zobowiązanego lekarza (lekarza dentysty), a drugi pozostaje w aktach sprawy.
2. Upomnienie oznacza się kolejnym numerem ewidencji upomnień.
3. Wzory upomnień oraz wzór ewidencji upomnień określa rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie wykonania przepisów ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

§ 4

Po bezskutecznym upływie terminu do zapłaty składek, o którym mowa w § 2, Wojskowa Izba Lekarska występuje do właściwej dla miejsca zamieszkania lekarza izby skarbowej z tytułem wykonawczym o ściągnięcie należnych składek wraz z odsetkami ustawowymi.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2008 r.

Sekretarz
Rady Lekarskiej WIL
dr n. med. **Marian DÓJCZYŃSKI**

Przewodniczący
Rady Lekarskiej WIL
prof. dr hab. med. **Marian BROCKI**

Składki – temat drażliwy

Opłacanie składek na rzecz samorządu od zawsze wywoływało w środowisku lekarskim niemałe emocje. Także teraz nie zanosi się w tej kwestii na istotny przełom, jako że od października br. wysokość składki wzrośnie. Płacenie podatków od dochodów osobistych także nie należy do przyjemności, jednak mało kto próbuje uchylać się od tego obowiązku, wiedząc jakie niesie to konsekwencje. Inaczej rzecz się ma ze składkami członkowskimi. Niemałe grono dłużników zupełnie nie przejmuje się swoją postawą, lekceważy prawo i kolegów lekarzy wywiązujących się z ustawo-

wego obowiązku. Wysyłane do nich wezwania do uregulowania należności wobec Izby, nierzadko wielokrotnie powtarzane ignorują, licząc na umorzenie lub przedawnienie zaległych należności. Dla tych właśnie osób mam niestety złą wiadomość. Czas tolerancji właśnie minął, Rada Lekarska WIL podjęła Uchwałę nr 1276/08/V w sprawie trybu postępowania w egzekwowaniu należności z tytułu zaległych składek członkowskich (p. wyżej). Biuro WIL nie pozostanie w związku z tym bezczynne, o czym opornych na wszelkie wezwania zapewniam. Mam jednakże nadzieję, że sięganie

po tak drastyczne środki dyscypliny nie będzie konieczne.

Dla porządku pozwolę sobie przypomnieć, a ma to istotne znaczenie w przypadku wnioskowania o zwolnienie, zawieszenie lub zmniejszenie wysokości składki, o obowiązku niezwłocznego informowania Izby o wszelkich zmianach dotyczących statusu członka izby lekarskiej (np.: zmianie adresu, miejsca pracy/praktyki, zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza, nabyciu uprawnień emerytalnych lub rentowych, rodzaju i numerze pobieranego świadczenia itp. informacji). Zmiany wysokości składek

odnosić się bowiem mogą do czasu następującego po dacie powiadomienia biura WIL o zaistniałych lub zamierzonych zmianach i nie dotyczą zdarzeń wstecz od tej daty. Data powzięcia informacji przez biuro WIL ma decydujące znaczenie w rozstrzygnięciu spraw spornych. Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 17.05. 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.)

2. Ustawa z dnia 17.06.1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2002 r. nr 110, poz. 968 z późn. zm.)
3. Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie wykonania przepisów ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2001 r. nr 137, poz. 1541 z późn. zm.)

4. Uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie wysokości składek członkowskiej

5. Uchwała nr 10 XXIV Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej
6. Uchwała Nr 1276/08/V Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej w sprawie trybu postępowania w egzekwowaniu należności z tytułu zaległych składek członkowskich

Dyrektor Biura WIL
Zbigniew UŁANOWSKI

Od kogo, ile i jak – składki po 1 października 2008 r.

Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 8/08/V z 4 kwietnia 2008 r. wniosła, obok zasadniczej - dotyczącej podstawowej wysokości składki - szereg innych, istotnych zmian i uregulowań. Warto zapoznać się z kilkoma poniżej przedstawionymi informacjami.

Składka w wysokości **40 zł miesięcznie** dotyczyć **teraz będzie ogółu lekarzy, także lekarzy będących rencistami i emerytami**. Nie oznacza to, że nie będą oni mogli opłacać składki w niższej wysokości tj. 10 zł/mies. Jej ustalenie wymagać będzie jednak wystąpienia do rady lekarskiej z pisemnym wnioskiem oraz załączenia do wniosku kserokopii dokumentów:

- decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Wojskowego Biura Emerytalnego o przyznaniu emerytury lub renty;
- zeznania o wysokości dochodu z roku poprzedzającego rok złożenia wniosku.

Rada lekarska rozpatrzy każdy wniosek indywidualnie i podejmie stosowną uchwałę o obniżeniu lub odmowie obniżenia składki, o czym zainteresowany lekarz zostanie następnie powiadomiony.

Rencistą jest osoba, która nabyła stosowne uprawnienia w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z FUS (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, **a emerytem jest** osoba spełniająca powyższe kryterium oraz ukończyła 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat – w przypadku mężczyzn i która nie osiąga poza świadczeniem emerytalnym rocznego przychodu przekraczającego wysokość rocznego przychodu osiąganego przez lekarza stażystę.

Lekarz rencista lub lekarz emeryt, który zaprzestał wykonywania zawodu, może być zwolniony na

czas nieokreślony z opłacania składek, jeżeli złoży do rady lekarskiej odpowiedni wniosek wraz z oświadczeniem o zaprzestaniu wykonywania zawodu oraz przedstawi decyzję właściwego organu o przyznaniu emerytury lub renty.

Składkę w wysokości **10 zł/mies.** opłaca lekarz/lekarz dentysta **posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu (stażysta)**.

Lekarz lub lekarz stażysta, **który nie osiąga przychodu**, może na podstawie uchwały rady lekarskiej zostać zwolniony z opłacania składki członkowskiej na okres, w którym nie osiąga przychodu. Należy złożyć pisemny wniosek i załączyć dokumenty wymienione w §3 ust.2 uchwały.

Lekarz, który na podstawie dotychczasowych przepisów opłacał składkę w wysokości 10 zł, opłaca składkę w tej wysokości **do czasu zaprzestania wykonywania zawodu lekarza**.

Obowiązek opłacania składki 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. był zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej,
 3. złożył oświadczenie okręgowej radzie lekarskiej o podjęciu wykonywania zawodu.
- Składki można opłacać:
- za pośrednictwem pracodawcy,
 - osobiście przelewem lub przekazem pocztowym na konto

**PKO BP S.A IX o/Warszawa
50 1020 1097 0000 7802 0001 6741**

- w kasie Wojskowej Izby Lekarskiej.

Prywatna Praktyka Lekarska

– przypominamy tryb rejestracji

Lekarz/lekarz dentysta zamierzający rozpocząć indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub grupową praktykę lekarską musi ją zarejestrować w Wojskowej Izbie Lekarskiej. Obowiązek ten wynika z następujących przepisów prawnych: ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. z późniejszymi zmianami, ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 r. Wykonywanie prywatnej praktyki lekarskiej regulują przepisy:

- ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1998 r. (tekst jednolity Dz.U. z 2002 r. nr 21, poz. 204),
- ustawa z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. nr 173 z 2004 r. poz. 1807),
- ustawa z dnia 2 lipca 2004 roku – Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. nr 173 z 2004 r. poz. 1808),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisów do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich (Dz.U. z 2007 r. nr 60, poz. 409),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia oraz sprzęt medyczny służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej oraz grupowej praktyki lekarskiej (Dz.U. z 2000 r. nr 20, poz. 254),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2002 roku w sprawie opłaty za wydanie zezwolenia oraz dokumentów stwierdzających wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub grupowych praktyk lekarskich (Dz.U. z 2002 r. nr 77, poz. 704)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. z 2001 r. nr 83, poz. 903),
- uchwała nr 18/98/III Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 kwietnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej.

Po wpłynięciu wniosku o wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich Wojskowa Izba Lekarska

wyznacza zespół wizytacyjny w celu dokonania oceny pomieszczeń, urządzeń, sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej i sporządzenia opinii w przedmiocie możliwości udzielania deklarowanych przez lekarza (lekarzy) świadczeń zdrowotnych – w przypadku prywatnej praktyki lekarskiej prowadzonej w gabinecie lub sprawdzenia zawartości torby lekarskiej – w przypadku prowadzenia praktyki wyłącznie w miejscu wezwania.

Wniosek o wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich zostanie przedstawiony do rozpatrzenia Radzie Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej jedynie z kompletem dokumentów, po uiszczeniu stosownej opłaty oraz dokonanej wizytacji pomieszczenia lub sprawdzeniu zawartości torby lekarskiej (w zależności od rodzaju prowadzonej praktyki).

WYKAZ DOKUMENTÓW POTRZEBNYCH DO ZAREJESTROWANIA PRYWATNEJ PRAKTYKI

PRAKTYKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

1. Wypełniony czytelnie wniosek część A i B,
2. Zgoda dowódcy na pracę dodatkową (jeżeli jest się żołnierzem zawodowym),
3. Aktualny odpis zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej z właściwego Urzędu Miasta lub Gminy – kopia potwierdzona „za zgodność” przez Urząd,
4. Dokument z adresem potwierdzającym prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być zarejestrowana praktyka: umowa najmu, podnajmu, użyczenia, dzierżawy, akt własności, przydział, oświadczenie o własności lokalu). W przypadku wspólnoty majątkowej lub istnienia współwłaścicieli – zgoda współwłaściciela na prowadzenie działalności w danym lokalu,
5. Dokumenty potwierdzające prawo do korzystania ze środków łączności (umowa z telekomunikacją, umowa z siecią lub ksero ostatniego rachunku telefonicznego wystawionego na nazwisko lekarza – w przypadku telefonu na inną osobę – zgoda tej osoby lub oświadczenie własne o posiadaniu określonego numeru telefonu),
6. Kopia umowy spółki cywilnej, potwierdzona z oryginałem – w przypadku grupowej praktyki lekarskiej
7. Umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji lub oświadczenie o używaniu narzędzi jednorazowych,

8. Umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie utylizacji odpadów medycznych,
9. Dokument potwierdzający dodatkowe uprawnienia (np. uprawnienia do badań kierowców i kandydatów na kierowców),
10. Kserokopia dowodu wpłaty za wydanie zaświadczenia,
11. Potwierdzenie opłacania składek członkowskich w WIL,
12. Kserokopia specjalizacji (dotyczy rejestracji praktyki specjalistycznej) – jeżeli nie jest ona wpisana do Prawa Wykonywana Zawodu,
13. Umowa o pracę oraz zaświadczenie o pozostawianiu w stosunku pracy.

PRAKTYKA W GABINECIE

1. Wypełniony czytelnie wniosek część A i B,
2. Zgoda dowódcy na pracę dodatkową (jeżeli jest się żołnierzem zawodowym),
3. Aktualny odpis zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej z właściwego Urzędu Miasta lub Gminy,
4. Dokument z adresem potwierdzającym prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być wykonywana praktyka: umowa najmu, podnajmu, użyczenia, dzierżawy, akt własności, przydział, oświadczenie o własności lokalu). W przypadku wspólnoty majątkowej lub istnienia współwłaścicieli – zgoda współwłaściciela na prowadzenie działalności,
5. Opinia SANEPID-u w formie postanowienia o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie świadczeń lekarskich w określonej dziedzinie w przedmiotowym gabinecie. Wymaga tego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym urządzenia i pomieszczenia, w których można wykonywać indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską (Dz. U. nr 20 z 2000 r. poz. 254),
6. Kopia umowy spółki cywilnej, potwierdzona z oryginałem – w przypadku grupowej praktyki lekarskiej,
7. Faktura zakupu autoklawu lub umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji,
8. Umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie utylizacji odpadów medycznych,
9. Dokument potwierdzający dodatkowe uprawnienia (np. uprawnienia do badań kierowców i kandydatów na kierowców),
10. Kserokopia dowodu wpłaty za wydanie zaświadczenia,
11. Potwierdzenie opłacania składek członkowskich w WIL,
12. Kserokopia specjalizacji (dotyczy rejestracji praktyki specjalistycznej) – jeżeli nie jest ona wpisana do Prawa Wykonywana Zawodu,

13. Umowa o pracę oraz zaświadczenie o pozostawianiu w stosunku pracy.

UWAGA!!

W przypadku rejestracji kolejnego adresu praktyki bądź zmiany miejsca jej wykonywania obowiązują takie same dokumenty jak w przypadku pierwszego adresu. Przy rezygnacji z dotychczasowego adresu praktyki należy dodatkowo złożyć oświadczenie o zakończeniu działalności objętej wpisem.

KOLEJNE ETAPY REJESTROWANIA PRAKTYKI LEKARSKIEJ

WŁAŚCIWY DLA MIEJSCA ZAMIESZKANIA
URZĄD MIASTA LUB GMINY
(wpis do ewidencji działalności gospodarczej)

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA
(zaświadczenie o wpisie
do rejestru praktyk prywatnych)

WOJEWÓDZKI URZĄD STATYSTYCZNY
(REGON)

UWAGA!!!

W przypadku osobistego dostarczania dokumentów do WIL należy zabrać ze sobą oryginały dokumentów w celu potwierdzenia. Jeśli dokumenty dostarczane są drogą pocztową lub przez osobę upoważnioną, wówczas każda kserokopia musi być potwierdzona za zgodność z oryginałem.

Informujemy, że istnieje możliwość ogłoszenia swojej praktyki na stronie internetowej WIL – po złożeniu stosownego wniosku.

OPLĄTY REJESTRACYJNE

- wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich – 350 zł.
- wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich – 450 zł.
- wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich – iloczyn 200 zł i liczby lekarzy – współników spółki,
- każde następne miejsce praktyki lub zmiana miejsca jej wykonywania – 200 zł.

KONTO: PKO BP S.A. IX o/ Warszawa
nr 50 1020 1097 0000 7802 0001 6741

Wojskowa Izba Lekarska
ul. Koszykowa 78, 00-909 WARSZAWA
Komisja ds. Rejestru, Wydawania Praw Wykonywania Zawodu i Prywatnych Praktyk WIL
tel. woj. 845 653 (wew. 186 lub 175)
tel. cyw. 0-22 621 04 93 (wew. 186 lub 175)
fax. 0-22 621 04 93 wew. 195

Zespół ds. praktyk prywatnych

Kto pyta nie błądzi

W związku z pytaniami skierowanymi przez oficerów lekarzy do Wojskowej Izby Lekarskiej poniżej przedstawiamy stosowne wyjaśnienia radcy prawnego WIL.

1. Czy dowódca (dyrektor, komendant) ma prawo wydawania zgody na podjęcie przez lekarzy pracy dodatkowej poza granicami kraju (np. wyjazd na dyżury do Irlandii)?

Ustawa z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz.U. nr 179, poz. 1750 z późn. zm.) art. 56 stanowi, że żołnierzowi zawodowemu generalnie nie wolno podejmować pracy zarobkowej. Na zasadzie wyjątku od tej normy przepis ust. 3 art. 56 przewiduje, że dowódca jednostki wojskowej, w której żołnierz zawodowy zajmuje stanowisko służbowe, może zezwolić żołnierzowi na wykonywanie pracy zarobkowej poza jednostką, jeżeli nie koliduje to z wykonywaniem zadań służbowych przez żołnierza oraz wpływa na podwyższenie jego kwalifikacji, a także nie narusza prestiżu zawodu żołnierza zawodowego.

W powołanym przepisie nie określa się gdzie żołnierz może wykonywać pracę dodatkową, na której świadczenie uzyskał zezwolenie dowódcy jednostki wojskowej. Można zatem domniemywać, że taka praca mogłaby się również odbywać za granicą. Należy jednak pamiętać, że zgodnie z art. 59 powołanej ustawy żołnierz zawodowy jest zobowiązany poinformować pisemnie dowódcę jednostki wojskowej, w której zajmuje stanowisko służbowe, o zamiarze wyjazdu i pobytu za granicą w celach niezwiązanych z zawodową służbą wojskową. Wyjazd zarobkowy żołnierza za granicę nie jest związany z zawodową służbą wojskową, zatem żołnierz każdorazowo jest zobowiązany informować dowódcę, że wyjeżdża i w jakim celu.

Generalnie zatem trzeba odpowiedzieć pozytywnie, że możliwe jest takie zarobkowanie przez żołnierza także za granicą. Nie mniej zgodnie z postanowieniami art. 56 jest to możliwe wówczas gdy dowódca jednostki wojskowej, w której żołnierz pełni służbę wyda mu decyzję administracyjną zezwalającą na tego rodzaju pracę dodatkową.

2. Czy dowódca jednostki może nie wyrazić zgody na oddelegowanie lekarza będącego biegłym sądowym na wezwanie sądu jeżeli to koliduje z obowiązkami służbowymi lekarza w jednostce? (w godzinach służbowych).

Wątpliwość prawna dotycząca opłacania lekarzy wojskowych, będących biegłymi sądowymi, za czynności wykonywane w godzinach służbowych lekarza na rzecz sądu i (czas ten jest już opłacany przez MON).

Zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. nr 98, poz. 1070 z późn. zm.) Prezes sądu okręgowego ustanawia biegłych sądowych i prowadzi ich listę (art. 157 § 1). Jednocześnie w § 2 art. 157 przewiduje się, iż Minister Sprawiedliwości określi w drodze rozporządzenia, tryb ustanawiania biegłych sądowych, pełnienia przez nich czynności oraz zwalniania ich z funkcji. W tym samym trybie Minister Sprawiedliwości może również określić szczegółowe zasady powoływania i działania zespołów biegłych sądowych.

W wykonaniu powołanej wyżej delegacji Minister Sprawiedliwości wydał rozporządzenie z dnia 23

stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz.U. z 2005 r. nr 15, poz. 133). W powołanym rozporządzeniu określa się tryb powoływania biegłych sądowych i m.in. w § 12 stwierdza się, iż biegłym może być ustanowiona osoba, która:

- 1) korzysta z pełni praw cywilnych i obywatelskich;
- 2) ukończyła 25 lat życia;
- 3) posiada teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także innej umiejętności, dla której ma być ustanowiona;
- 4) daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków biegłego;
- 5) wyrazi zgodę na ustanowienie jej biegłym.

Zgodnie zatem z postanowieniami pkt. 5 w § 12 biegły jest ustanawiany o ile wyrazi na to zgodę. Oznacza to, że nie ma biegłych przymusowych, tylko są biegli dobrowolnie wykonujący to zajęcie. Oczywiście biegły za swoją pracę otrzymuje wynagrodzenie. Jest to zatem dodatkowy dochód dla biegłego, którym może być również żołnierz zawodowy lekarz.

Rozpatrując problem działania biegłych będących żołnierzami zawodowymi trzeba zauważyć, iż obowiązują ich przepisy ustawy pragmatycznej, która w art. 56 wymaga uzyskania na pracę zarobkową, jaką jest również praca biegłego sądowego zezwolenia dowódcy jednostki wojskowej. Art. 56 w ust. 3 mówiąc o takim zezwoleniu jednoznacznie określa, że żołnierz może je otrzymać jeżeli nie koliduje to z wykonywaniem zadań służbowych przez żołnierza oraz wpływa na podwyższenie jego kwalifikacji a także nie narusza prestiżu żołnierza zawodowego.

Zatem zamiar ubiegania się o funkcję biegłego lekarz żołnierz, który ma chęć dodatkowo zarabiać wykonując zlecenia kierowane do biegłych sądowych powinien zgłosić dowódcy jednostki wojskowej, żeby mu udzielił zezwolenia na wykony-

wanie dodatkowej pracy zarobkowej w charakterze biegłego. Dowódca jednostki wojskowej zobowiązany jest zatem rozważyć czy jest możliwe wykonywanie tej funkcji biegłego w sytuacji, gdy żołnierz ma do wykonania swoje obowiązki służbowe. Udzielenie zezwolenia przez dowódcę jednostki wojskowej jest bowiem możliwe wyłącznie w sytuacji, gdy nie koliduje taka praca dodatkowa z wykonywaniem zadań służbowych przez żołnierza. Jeżeli zatem przy sprawowaniu funkcji biegłego sądowego dowódca stwierdzi, że wykonywanie tych zadań koliduje z obowiązkami służbowymi lekarza w jednostce, dowódca ma prawo skorzystać z postanowienia w ust. 4 art. 56 ustawy pragmatycznej, w którym to przepisie stwierdza się, że dowódca jednostki wojskowej w przypadku naruszenia warunków wykonywania pracy dodatkowej, może cofnąć zezwolenie na jej wykonywanie. Oznacza to, iż jest podstawa prawna aby dowódca jednostki wojskowej w każdej chwili kiedy uzna, że wykonywanie pracy dodatkowej przez żołnierza koliduje z jego obowiązkami służbowymi, mógł wydać decyzję administracyjną uchylającą uprzednią decyzję zezwalającą lekarzowi na wykonywanie pracy dodatkowej.

3. Czy lekarzowi oficerowi przysługuje dodatkowe wynagrodzenie z tytułu powierzenia mu obowiązków przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń zakładowych?

Zgodnie z art. 88 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz.U. nr 170, poz. 1750 z późn. zm.) żołnierzowi zawodowemu wykonującemu powierzone czynności, które wykraczają poza zadania wynikające z zajmowanego przez niego stanowiska służbowego, przysługuje dodatkowe wynagrodzenie.

Wysokość oraz szczegółowe warunki i tryb wypłacania żołnierzom

zawodowym dodatkowego wynagrodzenia za wykonywanie czynności powierzonych, które wykraczają poza zadania wynikające z zajmowanych stanowisk służbowych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Obrony Narodowej z dnia 7 kwietnia 2004 w sprawie wypłacania żołnierzom zawodowym dodatkowego wynagrodzenia (Dz.U. nr 10a, poz. 1141, z późn. zm.).

Katalog czynności, za wykonywanie których przysługuje dodatkowe wynagrodzenie określony jest w § 3 pkt. 1-8 cytowanego rozporządzenia. Natomiast na podstawie § 3 pkt. 9 wymienionego rozporządzenia, dodatkowe wynagrodzenie przysługuje również za wykonywanie czynności o charakterze stałym, związanych z zabezpieczeniem funkcjonowania jednostki wojskowej, jeżeli wykonywanie tych czynności wynika z innych przepisów, w których nie określono prawa do wynagrodzenia albo nie określono jego wysokości. Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że warunkiem niezbędnym do objęcia prawem do dodatkowego wynagrodzenia, za wykonywanie niektórych innych czynności, niż wymienione w § 3 pkt. 1-8 omawianego rozporządzenia, jest łączne spełnienie następujących przesłanek:

- 1) czynności te muszą wynikać z przepisów prawa;
- 2) muszą być wykonywane stale;
- 3) muszą być związane z zabezpieczeniem funkcjonowania jednostki oraz
- 4) nie może przysługiwać za nie wynagrodzenie z innego tytułu

albo nie określono jego wysokości.

Należy także zwrócić uwagę na przepis § 13 ust. 3 przywołanego rozporządzenia, który stanowi, że powierzanie czynności za dodatkowym wynagrodzeniem może być dokonywane w przypadku, gdy wykonywanie czynności, o których mowa w § 3 pkt. 9, nie zostało ujęte w żadnym z opisów stanowisk służbowych występujących w etacie jednostki wojskowej.

Z treści pisma wynika, że oficerowi lekarzowi powierzono obowiązki przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń zakładowych. Obowiązek powołania takiej funkcji w zakładzie opieki zdrowotnej udzielającym całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ustalony został art. 12 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. nr 126, poz. 1384 z późn. zm.).

Mając na uwadze powyższe, w ocenie Oddziału Systemu Uposażeń, oficerowi lekarzowi, któremu powierzono obowiązki przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń zakładowych można przyznać dodatkowe wynagrodzenie na podstawie § 3 pkt. 9 przywołanego rozporządzenia.

W myśl § 13 ust. 1 cytowanego rozporządzenia, żołnierzowi zawodowemu, któremu powierzono czynności, o których mowa w § 3 pkt. 9, za każdy miesiąc ich wykonywania przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości od 25 do 75 zł.

(red.)

Medbroker Sp. z o. o.

Dbamy o Twój spokój

Ubezpieczenia dla lekarzy

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

www.medbroker.pl

Punkty edukacyjne – rozliczanie na finiszu

Niespełna 2 miesiące pozostało na zdobycie ostatnich punktów edukacyjnych w pierwszym okresie rozliczeniowym obowiązkowego doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Termin upływa 5 listopada 2008 r. Część członków WIL złożyła już do Komisji Kształcenia dokumentację w celu rozliczenia punktów edukacyjnych, dla pozostałych przygotowaliśmy krótki instruktaż w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. nr 231, poz. 2326 z późn. zm.) oraz Uchwałę nr 98/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów:

- Okres rozliczeniowy obejmuje 48 miesięcy, rozpoczął się 6 listopada 2004 r. i trwa do 5 listopada 2008 r. Wyjątkowo w poczet pierwszego okresu rozliczeniowego wlicza się wszystkie zdarzenia edukacyjne, które miały miejsce po 14 kwietnia 2000 r.
- Lekarz i lekarz dentysta dopełni obowiązku doskonalenia zawodowego, jeśli w okresie rozliczeniowym uzyska minimum 200 punktów edukacyjnych. Uzyskanych punktów ponad liczbę określoną w rozporządzeniu nie przenosi się na następny okres rozliczeniowy. Jeśli liczba punktów uzyskanych jest mniejsza niż określona również nie jest zaliczana na poczet następnego okresu rozliczeniowego.
- Odbyte zdarzenia edukacyjne należy wpisać do **INDEKSU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO** (w przypadku braku książeczki można wydrukować

- odpowiednią ewidencję ze strony internetowej WIL <http://www.oil.org.pl/xml/oil72/tematy/sprawy/punkty> lub pobrać ją w izbie) w następujący sposób:
- oddzielnie okresy od **14.04.2000 r.** do **05.11.2004 r.** oraz od 6.11.2004r. do 5.11.2008 r., a wszystkie aktywności zawodowe w sposób chronologiczny,
 - wszystkie rubryki w indeksie winny być wypełnione za wyjątkiem kolumny **LICZBA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH**, którą wypełni uprawniony pracownik biura.
 - Wypełnioną książeczkę wraz z oryginałami dokumentów stanowiących potwierdzenie odbycia określonych form doskonalenia zawodowego (również ułożonych w sposób chronologiczny) należy przekazać do Komisji Kształcenia osobiście lub drogą pocztową. Do dokumentów należy dołączyć informację o aktualnym adresie do korespondencji, numerze telefonu kontaktowego oraz adresie e-mailowym.
 - Uprawniony pracownik biura sprawdzi poprawność wykonania zestawienia, dokona ewentualnych korekt, a następnie poświadczy ilość uzyskanych punktów edukacyjnych.
 - Indeks wraz załącznikami zostanie zwrócony lekarzowi.
 - Tuż po zakończeniu okresu rozliczeniowego, tj. **od 6 listopada 2008 roku i do końca I kwartału 2009 roku** dokonywane będą adnotacje w **PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU** w części „**WPISY UZUPEŁNIAJĄCE**” o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego wraz z wpisem o liczbie uzyskanych punktów. Równocześnie informacja ta zostanie odnotowana w prowadzonym przez WIL Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów.
- UWAGA!!! Warunkiem przyjęcia dokumentów przez Komisję Kształcenia jest uregulowanie na bieżąco składek członkowskich oraz aktualizacja danych teleadresowych.**

Liczba punktów edukacyjnych

odpowiadających poszczególnym formom doskonalenia zawodowego

- załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2004 r., nr 231, poz. 2326)

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób weryfikacji
Grupa 1 - aktywności podstawowe			
1.	realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności	50 pkt na 1 rok	zaświadczenie wydane przez kierownika specjalizacji lub umiejętności
2.	udział w kursie medycznym, nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności	1 pkt za 1 h, maks. 40 pkt za 1 kurs	zaświadczenie lub dyplom, wydane przez organizatora

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób weryfikacji
3.	odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe konferencji lub sympozjum naukowym	3 pkt za 1 dzień, maks. 50 pkt	zaświadczenie wydane przez kierownika jednostki
4.	udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym	1 pkt za 1 h, maks. 40 pkt	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
5.	udział w posiedzeniu oddziału towarzystwa naukowego lub kolegium specjalistów	3 pkt za posiedzenie, maks. 60 pkt	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
6.	udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy	2 pkt za posiedzenie, maks. 60 pkt	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
7.	wykład lub doniesienie w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym	10 pkt, maks. 40 pkt	na podstawie programu
8.	udział w programie edukacyjnym, opartym o zadania testowe, akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów	maks. 0,2 pkt za jedno pytanie, maks. 100 pkt	zaświadczenie wydane przez organizatora
9.	uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora - w zakresie nauk medycznych	200 pkt	dyplom
Grupa 2 - łącznie maksymalnie 100 punktów w okresie rozliczeniowym			
10.	napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego	50 pkt, wznowienie - 30 pkt	notka biograficzna
11.	napisanie i opublikowanie książki, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego o charakterze popularnonaukowym	10 pkt	notka biograficzna
12.	przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce lub edukacyjnego programu multimedialnego	15 pkt, wznowienie -10 pkt	notka biograficzna
13.	napisanie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym indeksowanym przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej, Medline lub Index Copernicus	20 pkt	notka biograficzna
14.	napisanie i opublikowanie artykułu w innym recenzowanym, fachowym czasopiśmie medycznym	10 pkt	notka biograficzna
15.	przetłumaczenie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym	5 pkt, maks. 20 pkt	notka biograficzna
16.	kierowanie stażem podyplomowym, specjalizacją lub nabywaniem umiejętności lekarzy lub lekarzy dentystów	5 pkt za rok za 1 lekarza, maks. 40 pkt	potwierdzenie przez kierownika jednostki uprawnionej do prowadzenia specjalizacji lub umiejętności
17.	indywidualna prenumerata fachowego czasopisma medycznego indeksowanego przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej lub Index Copernicus	5 pkt za tytuł, maks. 10 pkt	potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty
18.	przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego	5 pkt	zaświadczenie

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami, co do interpretacji niektórych przepisów regulowanych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. nr 231, poz. 2326 z późn. zm.) wystąpiliśmy do

Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia z prośbą o interpretację niektórych zapisów.
Z uzyskanej w dniu 2 stycznia br. odpowiedzi wynika, iż:
● Ustalone **maksymalne liczby punktów wymienione w 1 grupie, pkt. 3-8 oraz w 2 grupie, pkt.**

15-17 odnoszą się do całego okresu rozliczeniowego. Np. za udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym w całym okresie rozliczeniowym można uzyskać jedynie 40 punktów edukacyjnych, jeśli z dokumentacji złożonej przez lekarza wynikać będzie, iż uczestniczył on w 10 tego typu zdarzeniach, punktowanych po 8 pkt. każde – mimo wszystko otrzyma jedynie 40 punktów.

- **Lekarz i lekarz dentysta uczestniczący biernie i czynnie w kongresie, zjeździe, konferencji czy sympozjum naukowym, otrzymuje punkty za każde zdarzenie edukacyjne osobno.**
- Osoby, które posiadają prawo wykonywania zawodu lekarza i równocześnie prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry obowiązane są zebrać **tylko 1 raz 200 pkt. edukacyjnych w okresie rozliczeniowym.**

- Pod pojęciem „kierowanie nabywaniem umiejętności lekarzy lub lekarzy dentyistów” (grupa 2, pkt. 16) **nie rozumie się** sprawowania opieki naukowej i prowadzenia przewodu doktorskiego.
- **Lekarze i lekarze dentyści, którzy rozpoczęli wykonywanie zawodu w trakcie trwania pierwszego okresu rozliczeniowego, tj. po 6 listopada 2004 r. na zdobycie m.in. 200 pkt. edukacyjnych mają 48 miesięcy, licząc o daty uzyskania prawa wykonywania zawodu.**

Kontakt z Komisją Kształcenia

Wojskowa Izba Lekarska

ul. Koszykowa 78

00-909 Warszawa

tel. 0-22 621 04 93 wew. 186

fax. 0-22 621 04 93 wew. 195

e-mail: e.klimkiewicz@hipokrates.org

mgr **Edyta KLIMKIEWICZ**

Nowe akty prawne

● Dziennik Ustaw RP nr 113 z 30 czerwca 2008 r.

poz. 723 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

poz. 724 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie recept lekarskich.

poz. 725 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie wysokości opłat za przedłużenie pozwolenia obejmującego uzupełnienie i doprowadzenie dokumentacji produktu leczniczego do zgodności z wymaganiami Prawa farmaceutycznego.

● Dziennik Ustaw RP nr 122 z 10 lipca 2008 r.

poz. 786 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 26 czerwca 2008 r. Czas służby żołnierzy zawodowych.

poz. 795 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień.

Dziennik Ustaw RP nr 123 z 11 lipca 2008 r.

poz. 801 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. Zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

● Dziennik Ustaw RP nr 125 z 14 lipca 2008 r.

poz. 806 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2008 r. Wykaz leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokość odpłatności za leki uzupełniające.

poz. 807 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2008 r. Wykaz chorób oraz wykaz leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością.

poz. 808 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2008 r. Limity cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

poz. 809 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2008 r. Wykaz cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

● Dziennik Ustaw RP nr 136 z 29 lipca 2008 r.

poz. 857 Ustawa Sejmu RP z dnia 5 grudnia 1996 r. Zawody lekarza i lekarza dentystry.

● Dziennik Ustaw RP nr 137 z 30 lipca 2008 r.

poz. 858 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. Sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej.

● Dziennik Ustaw RP nr 138 z 31 lipca 2008 r.

poz. 867 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 15 lipca 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie wzorów oraz noszenia umundurowania i oznak wojskowych przez żołnierzy zawodowych i kandydatów na żołnierzy zawodowych.

poz. 871 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2008 r. Zm.: rozporządzenie w sprawie Ośrodka Readaptacyjno-Rehabilitacyjnego w Konstancinie-Jeziornie.

V kurs WAM 40 lat po dyplomie

W dniach 13-15 czerwca bieżącego roku w Łodzi odbył się Zjazd Koleżeński V Kursu Wojskowej Akademii Medycznej. Po trwających tydzień egzaminach, w 1962 roku, zaczynało nas 170. Wydział Lekarski ukończyło 108, a wydział stomatologii i farmacji po kilkunastu podchorążych. Jako pierwszy w historii WAM V Kurs zorganizował zjazd koleżeński po 15 latach od otrzymania dyplomu. Uczestniczyło w nim wówczas ok. 50% absolwentów. Obecnie, 40 lat po dyplomie, przybyło nas 81 spośród rozpoczynających studia.

39 kolegów odeszło już niestety na wieczną wartę. Pożegnaliśmy Ich wspomnieniami i uroczystą Mszą Świętą w kościele Garnizonowym przy ul. św. Jerzego.

Najbardziej wzruszające powitania odbywały się w czasie piątkowej kolacji. Radosnych niespodzianek i serdecznych wzruszeń było co niemiara. Niektórych kolegów trudno było rozpoznać, wszak w pamięci mieliśmy chłopięce twarze a tu zjawili się starsi panowie z poważnymi obliczami, wyrzeźbionymi przez nie zawsze łaskawy los.

Była to podróż do źródeł znaczącej części naszego życia. Okazało się, że pamiętamy bardzo wiele – stąd wspomnieniom i opowiadaniom nie było końca.

Wielu z nas przybyło z małżonkami, które bacznie porównywały twarze Kolegów z twarzą małżonka.

W sobotę odbyło się uroczyste spotkanie w Auli Szpitala Uniwersyteckiego przy placu Hallera. Z radością powitaliśmy naszych przełożonych i wychowawców – Zenona Kalandyka, Stanisława Świer-



Zdjęcie zbiorowe pod pomnikiem gen. Szareckiego

czyńskiego, Tadeusza Bieleckiego i Władysława Nykiela.

Ryszard Wetoszka i Piotr Łyczak podsumowali osiągnięcia naszych Kolegów, z których 10 to samodzielni pracownicy nauki: Marian Brocki, Janusz Czajkowski, Jan Czernicki, Wojciech Gaszyński, Czesław Karnicki, Zdzisław Kidawa, Zdzisław Maciejek, Marek Paradowski, Jerzy Strużyna, Marek Strzelczyk. Wszyscy nadal są czynni zawodowo pracując na rzecz pacjentów lub prowadząc działalność dydaktyczną. Kolega Marian Brocki został wybrany w tym roku na stanowisko Prorektora ds. Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a ponadto już drugą kadencję pełni funkcję przewodniczącego Wojskowej Izby Lekarskiej. Także Jan Czernicki i Wojciech Gaszyński zostali dziekanami Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Wspominaliśmy naszą znakomitą Uczelnię, w której odrodzenie wielu z nas nadal wierzy. Wzruszającym momentem było wręczenie nam autentycznych starych indeksów zapisanych programem nauczania oraz ocenami z kolokwium i egzaminów.



Piotr Łyczak i Ryszard Wetoszka

Kolega Aleksander Cięciwa wspominał absolwentów Wydziału Stomatologii a Andrzej Wojciechowski kolegów z Wydziału Farmacji WAM.

W czasie studiów wielu z nas zajmowało się sportem, o czym przypominał Marek Paradowski. Kwitło też życie kulturalne wśród podchorążych, m.in. tworzyli teatr studencki „VERBUM”, przypominał Piotr Łyczak.

Niektórzy koledzy odwiedzili akademiki przy ul. Źródłowej – prawdziwe źródło wspomnień.

W sobotni wieczór w kasynie przy ul. Żeligowskiego odbyło się spotkanie towarzyskie przy suto zastawionych stołach i orkiestrze przygrywającej do tańców z naszymi małżonkami. W roli solistów wystąpili Piotr Łyczak i Marek Paradowski.

Doceniliśmy ogromny wysiłek organizacyjny Ryszarda Wetoski, Piotra Łyczaka i Krzysztofa Kaczorowskiego, którzy wzorowo przygotowali Zjazd. Opuszczając w niedzielę hotel „Reymont” przy ul. Legionów mieliśmy wszyscy nadzieję, że za kilka lat zjedziemy się w tym samym lub liczniejszym gronie.

Oglądanie czarno-białych zdjęć z okresu studiów medycznych i wojskowych, spotkania kolegów (wielu spośród nich nie widziało się 40 lat!), wspomnienia i zwierzenia to zaiste niesamowita podróż w czasie do lat, które wykreowały nas do wykonywania szlachetnego zawodu i spełniania określonej misji w społeczeństwie.

Zdzisław BEDNAREK

Zdjęcia wykonała firma J. B. Czechlewscy z Łodzi



Andrzej Paczyński i Krzysztofa Kaczorowski

50 rocznica utworzenia Wojskowej Akademii Medycznej

Gdyby istniała Wojskowa Akademia Medyczna, 19 maja 2008 roku minęłoby 50 lat od rozkazu Ministra Obrony Narodowej powołującego do życia naszą byłą *Alma Mater*. Niestety, decyzje polityczne oraz splót innych niekorzystnych dla Uczelni wydarzeń spowodował, że **wykonując postanowienie ustawy Sejmu RP z 27 lipca 2002 roku** Minister Obrony Narodowej 23 września 2002 roku podjął decyzję o rozformowaniu WAM. Sądzę, że dziś decydenci żałują podjętych pochopnie kroków. Tym bardziej, że wakatów lekarzy wojskowych w tzw. „terenach” jest kilkadziesiąt i liczba ta z roku na rok rośnie. Będzie niezwykle trudno zapłacić istniejącą lukę i „przyciągnąć” do wojska coraz lepiej uposażonych lekarzy cywilnych. Wróćmy jednak do historii.

Po zakończeniu zmagania o granice Rzeczypospolitej w latach 1919-1921 zdecydowana większość lekarzy powołanych do wojska na czas działań nie wyrażała zgody na pozostanie w WP. Nie

zachęcali do takich kroków ciężkie warunki służby i brak określonych motywacji ekonomicznych, które **mogłyby przekonać lekarzy do pozostania w wojsku.**

Uchwały VI Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej w Hadze z 1921 roku brzmiały: „Kształcenie lekarza (wojskowego) powinno obejmować wykształcenie zawodowo-lekarskie, oraz specjalne wyszkolenie wojskowe. Wyszczególnienie to powinno być powierzone specjalnym szkołom wojskowej służby zdrowia...”. Niestety, z trudem dźwigająca się ze 123 letniej, grabieżczej niewoli rozbiorników Rzeczypospolita, nie mogła szybko sprostać takiemu wyzwaniu. Istniały dwie koncepcje kształcenia medyków wojskowych: **system** stypendialny i aplikacyjny. Wybrano wówczas formę jakby pośrednią. Kształcenie odbywało się na wydziałach medycznych Uniwersytetu Warszawskiego, zaś wojskowo-medyczne we wspomnianych szkołach na terenie Zamku Ujazdowskiego.



Tradycje WAM sięgają więc 1 października 1925 roku, kiedy to istniejącą od 1922 roku Wojskową Szkołę Sanitarną połączono z Wojskowym Instytutem Sanitarnym i powołano do życia Oficerską Szkołę Sanitarną (**OSS**). Wyższe Szkoły Wojskowo-Medyczne w latach międzywojennych mieściły się w wyjątkowo atrakcyjnym miejscu – siedzibie książąt mazowieckich w Warszawie. W 1928 roku OSS przemianowano na Szkołę Podchorążych Sanitarnych, a w 1930 roku Centrum Wyszczególnienia Sanitarnego. Szkoły pozyskiwały dla WP 473 absolwentów – lekarzy, stomatologów i farmaceutów. W końcu lat trzydziestych myśłano o utworzeniu samodzielnej uczelni wojskowo-medycznej z siedzibą w Łodzi bądź Lublinie. Plany te nie zostały zrealizowane ze względu na wybuch wojny.

W latach 1941-1949 w Edynburgu w Szkocji działał Polski Wydział Lekarski, który wykształcił 228 lekarzy dla potrzeb Polskich Sił Zbrojnych działających na Zachodzie Europy. Wydział utworzono w oparciu o 10 profesorów i 13 docentów pochodzących ze wszystkich krajowych wydziałów lekarskich, którzy znaleźli się w Szkocji. Dyplomy tego wydziału były zrównane z angielskimi. Absolwenci w większości trafili do jednostek polskich walczących we Włoszech i w Europie Zachodniej.

Po wojnie braki kadrowe fachowego personelu były ogromne. Zaczęto więc pośpiesznie tworzyć podwaliny szkolnictwa medycznego. W Łodzi utworzono Szkołę Młodo-



Warta honorowa przed pomnikiem patrona WAM

szych Oficerów Służby Zdrowia i od 1947 roku Centrum Wyszczolenia Sanitarnego (**CWSan**). Chodziło o częściowe i szybkie uzupełnienie braków kadrowych. Chociaż felczkami z dwuletnim wykształceniem nie dało się obsadzić wielu stanowisk, głównie lekarskich. Równolegle zaczęto tworzyć kompanie, katedry i fakultety wojskowe przy wydziałach lekarskich uniwersytetów: np. im M. Skłodowskiej-Curie w Lublinie (od 1944 roku), a od 1950 w kilku akademiach medycznych. Z połączenia CWSan i Fakultetu Wojskowo-Medycznego przy AM w Łodzi powstało w 1950 roku Wojskowe Centrum Wyszczolenia Medycznego (**WCW-Med**). Placówka działała do 1958 roku i kształciła na bazie AM w Łodzi i WCWMed lekarzy i felczków.

Szybko okazało się, że wybrany system kształcenia jest **niewydolny i nieefektywny**. Wspomniane wyżej pododdziały, system aplikacji po cywilnych studiach, wcielanie lekarzy cywilnych do wojska **nie zapewniały dopływu profesjonalnie przygotowanych medyków wojskowych**. Identyczna konkluzja wypływała z obrad cytowanego wyżej Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej w Hadze z roku 1921.

Rada Ministrów uchwałą z 7 listopada 1957 roku rozpoczęła proces



Zajęcia w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk

tworzenia Uczelni. Na jej podstawie Minister Obrony Narodowej 19 maja 1958 roku wydał rozkaz o utworzeniu WAM na bazie działających w Łodzi i w Warszawie szpitali klinicznych, WCWMed, oraz innych placówek naukowo-badawczych i szkoleniowych o profilu medycznym działających wówczas w WP. Decyzja została poprzedzona szczegółową analizą potrzeb wojskowej służby zdrowia i efektów uzyskanych z dotychczasowego systemu szkolenia.

Utworzenie Uczelni było **zwieńczeniem** wieloletnich starań zarówno kierujących wojskową służbą zdrowia jak i kilku pokoleń woj-

skowych medyków o **powstanie stabilnego systemu kształcenia wojskowo-lekarskiego**. WAM miała więc za zadanie: kształcenie przed i podyplomowe wojskowych medyków na bazie własnej kadry, prowadzenie wieloprofilowych badań naukowych, szkolenia rezerw służby zdrowia i tworzenie koncepcji zabezpieczenia działań bojowych w aspekcie mobilizacyjnym, oraz zadania usługowe: diagnostyczno-lecznicze.

Inauguracja pierwszego roku akademickiego miała miejsce 3 października 1958 roku. W pierwszych latach działalności **niemalże wsparcia pozyskano** ze strony Akademii Medycznej w Łodzi. Z roku na rok pozyskiwano bądź kształcono własnych wojskowych specjalistów. Kształcenie kliniczne oparte było głównie o Szpital Kliniczny przy ul. Żeromskiego i kilka innych placówek, zakłady teoretyczne mieściły się w nowo oddanym do użytku w 1964 roku budynku katedr teoretycznych przy obecnym pl. Hallera. Kierownictwo Uczelni, studenckie akademiki, stadion i hala sportowa znajdowały się przy ul. Źródłowej. W połowie lat dziewięćdziesiątych większość obiektów Uczelni rozlokowano przy pl. Hallera, z basenem i nową halą sportową włącznie. Praktycznie pełną samodzielność WAM uzyskała

w roku 1968. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych starano się doskonaląc strukturę organizacyjną, intensywnie kształcić kadry, rozwijać badania naukowe – co ugruntowało wysoką pozycję Uczelni w kraju i zagranicą. Coroczna liczba absolwentów dochodziła do 200 lekarzy, stomatologów, farmaceutów i psychologów wojskowych. W Wojskowej Akademii Medycznej działał własny Wydział Lekarski, pozostałych specjalistów kształcono w Akademii Medycznej w Łodzi i Uniwersytecie Łódzkim. Wspomniany okres był chyba najpomyślniejszy dla funkcjonowania Uczelni.

W 1975 roku WAM otrzymała patrona w osobie wybitnego lekarza wojskowego, patrioty i dowódcy gen. dyw. prof. Bolesława Szareckiego, naczelnego chirurga II Korpusu Polskiego i Inspektora Szpitalnictwa Korpusu.

Restrukturyzacja sił zbrojnych, mająca miejsce na początku lat dziewięćdziesiątych boleśnie dotknęła również WAM. Można powiedzieć, że **rozpoczęła się wtedy** powolna likwidacja Uczelni. Z roku na rok zmniejszano limity naboru na studia, zmniejszano liczbę jednostek organizacyjnych, redukowano etaty. Pewną formę obrony tożsamości Uczelni było intensywne nawiązywa-



Wręczenie sztandaru nadanego WAM przez Prezydenta RP w 1994 r.

nie kontaktów i współpracy z zagranicznymi, wojskowymi uczelniami medycznymi: Monachium (Niemcy), Bethesda (USA), Lyon (Francja) czy Hradec Kralove (Czechy). Pomimo redukcji i większych obciążeń kadry proces dydaktyczno-naukowy był realizowany prawidłowo. W rankingach, w stosunku do pozostałych akademii medycznych, WAM lokował się wysoko.

W 1992 roku obchodzono uroczystości 70-lecie przejęcia przez WAM tradycji szkolnictwa medycznego w WP, zaś w 1994 roku Uczelnia otrzymała nowy sztan-

dar, który nadał jej Prezydent RP. Koniec lat dziewięćdziesiątych to intensywne przekształcanie Akademii w uczelnię cywilno-wojskową. Także ze względu na kurczący się budżet utworzono dwa zaoczne kierunki studiów: zdrowie publiczne i fizjoterapię. Przysporzyło to **sporych wpływów finansowych** oraz zbliżyło Uczelnię do granicy samofinansowania. W tym okresie przeniesiono katedry teoretyczne do innych budynków a ich miejsce po dokonaniu kapitalnego remontu zajęło Centrum Kliniczno-Dydaktyczne WAM przy pl. Hallera. Skupiło ono kilka klinik do tej pory mieszczących się na tzw. bazie miejskiej.

Na początku 2002 roku rozpoczęto rozmowy kierownictwa WAM z AM w Łodzi w celu utworzenia pierwszego w kraju Uniwersytetu Medycznego. Na 6 wydziałów, które weszły do UM, dwa – Wydział Wojskowo-Lekarski i Wydział Fizjoterapii zostały utworzone w zasadniczym stopniu z samodzielnych pracowników nauki i innych wywodzących się z WAM. Pewna grupa lekarzy oficerów pozostających w wojsku utworzyła Centrum Szkolenia Służb Medycznych w Łodzi.

Bardzo ważnym ogniwem działającym od 1964 roku w ramach WAM było Centrum (Instytut) Kształcenia Podyplomowego mieszczące się w Warszawie przy ul. Szaserów.



Otwarcie konferencji naukowej na poligonie (Szef Służby Zdrowia. płk. Obara i Komendant WAM, płk Jerzy Bończak)



Praca punktu opatrunkowego na poligonie

Placówka stanowiła pełnoprofilowy szpital kliniczny z własną liczną radą naukową i uprawnieniami do nadawania stopni i tytułu naukowego i **prowadziła** kształcenie podyplomowe medyków wojskowych. Obecnie nosi nazwę **Wojskowy Instytut Medyczny i jest** m.in. placówką naukowo-badawczą i usługowo-leczniczą.

45 lat działalności Uczelni zaowocowało ogromnym dorobkiem, **którego** nie sposób przedstawić w krótkiej publikacji. W zakresie działalności naukowej blisko 200 badaczy uzyskało tytuł profesora, 300 – **stopień** doktora habilitowanego, blisko 1800 osobom nadano stopień doktora nauk. Mury Uczelni opuściło ponad 6000 lekarzy, stomatologów, farmaceutów, psychologów, ponad 10 000 medyków uzyskało specjalizację I bądź II stopnia.

Powstaje zasadnicze pytanie, czy słusznie rozwiązano WAM. Nie spotkałam osoby, która by zaakceptowała tę decyzję. Dowód na poparcie tej tezy jest oczywisty. Wojskowej służbie zdrowia potrze-



Symboliczny akt przekazania tradycji. Absolwent SPS mjr w st. spocz. dr A. Domar-Domaradzki przekazuje Rektorowi odznakę pamiątkową SPS

ba od zaraz kilkaset lekarzy, tyle jest wakatów głównie w jednostkach wojskowych. Decyzja o rozwiązaniu WAM **cofnęła** wyższe szkolnictwo medyczne w WP o 50 lat. Nie da się tej Uczelni ożywić, nie pozyska się cywilnych lekarzy do wojska, a potrzeby są naglące.

Sądzę, że należy obok wsparcia finansowego, rychło połączyć Wydział Wojskowo-Lekarski z Wy-

działem Fizjoterapii UM w Łodzi, by zachować ostatnich, pozostających na nich specjalistów, i móc skrzyszalizować profesjonalny system kształcenia medyków w WP.

Czesław JEŚMAN

Zdjęcia pochodzą ze zbiorów Zakładu Historii Nauk i Medycyny Wojskowej UM w Łodzi oraz ze zbiorów prywatnych



Budynek Centrum Kliniczno-Dydaktycznego WAM – pl. Hallera

Certyfikat dla szpitala wojskowego

Lubelski 1 Szpital Wojskowy dołączył do elitarnego grona niewielu szpitali w resorcie obrony narodowej, które posiadają certyfikaty ISO z grupy 9001/2000. Certyfikat Systemów Zarządzania Jakością ISO 9001/2000 komendantowi szpitala dr. n. med. Zbigniewowi Kędziarskiemu wręczył dyrektor Wojskowego Centrum Normalizacji, Jakości i Kodyfikacji Ministerstwa Obrony Narodowej Marian Pławiak.

Na uroczystość przybyli lubelscy parlamentarzyści: Magdalena Gąsior-Marek, Izabela Sierakowska, córka nieżyjącego długoletniego komendanta tegoż szpitala dr Kruszyńskiego, Edward Wojtas i Jan Łopata. Szefa Inspektoratu Służby Zdrowia MON reprezentował płk Lesław Krawczyk, a przedstawicielem Wydziału Mundurowego NFZ był Sławomir Płonkowski. Uniwersytet Medyczny reprezentowali: dr hab.

n. med. Anna Ksykiewicz-Dorota, dziekan Wydziału Pielęgniarstwa, jednocześnie Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa, a także dyrektor Szpitala Klinicznego UM nr 1 dr Adam Borowicz (wieloletni dyr. oddz. lubelskiego NFZ). Przybyli licznie szefowie zaprzyjaźnionych szpitali z regionu lubelskiego, a także komendanci: 4 Szpitala Wojskowego we Wrocławiu płk dr Grzegorz Stoiński, 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie płk dr Jan Sosnowski, dyrektor 6 Wojskowego Szpitala w Dęblinie dr Wojciech Zomer, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie reprezentował dyrektor płk lek. med. Adam Olszewski. Obecni także byli komendanci lubelskiego szpitala: płk dr Stanisław Goliszek, płk dr Jerzy Papuć, przedstawiciele wojewódzkich władz samorządowych i wojewody lubelskiego. Ordynariat polowy WP reprezentowali: ks. płk

Stanisław Obszyński oraz kapelan szpitalny ks. mjr Marian Słabek.

Po licznych przemówieniach i gratulacjach wyróżniającym się pracownikom zostały przekazane listy gratulacyjne od komendanta szpitala. Następnie kolejno były uroczystości przecinane wstęgi na otwarcie oddziałów: dermatologii i gastrologii, które także zostały zmodernizowane i wyposażone w najnowocześniejszą aparaturę, której obecni mogli tylko pozazdrościć.

Z inicjatywy komendanta szpitala płk. dr. Zbigniewa Kędziarskiego powstał nowy obiekt, w którym są zlokalizowane Stacja Terenowa Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa z nowoczesnym wyposażeniem, a także Zakład Stomatologii z Implantologią, gabinety POZ i administracja szpitalna. Tym samym w głównym obiekcie (zabytkowym) zostały zagospodarowane nowe oddziały, gabinety, a także znacznie powiększona baza łóżkowa. Wszyscy zgromadzeni na uroczystości nie tylko podziwiali trud i wysiłek kadry lubelskiej, przygotowanie i urządzenie tych nowoczesnych obiektów, ale także ich wyposażenie.

Spotkanie zwieńczyła wspólna fotografia oraz piknik w ogrodach przyszpitalnych Bobolanum, który uatrakcyjnił występ Reprezentacyjnej Orkiestry Dętej 3 Brygady Zmechanizowanej Legionów pod batutą kapelmistrza kpt. Dariusza Tomasiaka oraz występ wokalistki i jednocześnie saksofonistki tejże orkiestry Agnieszki Dobrowskiej.

Tekst i foto:

Jerzy JĘDRZEJEK



Rozmowa z laureatem Nagrody Nobla, profesorem Jamesem Dewey Watsonem – odkrywcą molekularnej struktury DNA

Jak zostać noblistą?

Panie Profesorze, Mistrzu Nauki Światowej, jest Pan zapewne najmłodszym laureatem w historii nagród noblowskich?

– Takim szczegółom nie przypisuję zbytnej uwagi. Prezentuję pogląd, że należy doceniać osiągnięcia naukowe najmłodszych „orłów nauki”, przed nimi jest zawsze zielone światło. Przypomnę tylko, że wraz z nieco starszym kolegą z University of Cambridge, Francisem Harrym Comptonem Crickiem w 1953 r. opracowaliśmy i ujawniliśmy światu model budowy przestrzennej łańcucha DNA.

Nagrodę Nobla otrzymaliśmy w 1962 r. Dokładnie brzmiało to: „za odkrycia dotyczące molekularnej struktury kwasów nukleinowych i ich znaczenia dla przekazywania informacji w żywej materii”.

Mistrzu – tak najbardziej wzniośle będę się zwracał się do Pana, Profesorze – odkrycie struktur molekularnych DNA, stało się kluczowym przełomem nie tylko w naukach medycznych, wprost „rewolucyjnym”?

– Ma pan rację, określana w uproszczeniu „podwójna spirala Watsona-Cricka”, znajduje się nie tylko w bakteriach, plastydach, mitochondriach. DNA występuje we wszystkich organizmach żywych. W DNA zapisany jest nasz kod genetyczny, odbywa się biosynteza białek. Obecnie służy jako podstawowy znacznik tożsamości osobowej, szczególnie przy identyfikacji ofiar katastrof, w kryminalistyce, ma wszechstronne zastosowanie w różnych dyscyplinach naukowych.

Mistrzu, Pana wizyta w Polsce ogranicza się do krótkiego pobytu i trzech spotkań ze studentami nauk medycznych?

– Podziękuję jednej osobie, Polakowi, z urodzenia lubliniakowi, doktorowi Henrykowi Cioczkowi, aktualnie pracującemu w Klinikach Nowego Jorku. To on był głównym motorem i sprawcą mojej obecności w Waszym kraju. Jestem bardzo otwarty na spotkania, szczególnie z młodymi adeptami nauki. Rozmawiałem z nimi w Warszawie, Lublinie i Krakowie. Najbardziej utkwił mi w pamięci lubelski meeting.

Przedstawił Pan, Mistrzu, w pigułce swój elementarz – jak zostać noblistą.

– Dziękuję, za takie uniwersalne określenie mojego wykładu. Młodzi są aż nadto faszzerowani wiedzą teoretyczną, która później różnie się przydaje. Zapytam Pana, czy ktoś napisał praktyczny podręcznik, jak zostać rasowym naukowcem.

Technologia sztuki studiowania wymaga samodzielności, a studenci najczęściej kombinują jak najłatwiej zdać egzamin.

Poproszę o skrócone przypomnienie głównych Pana wskazówek.

– Podam je na podstawie własnych doświadczeń ze szkoły średniej, college'u i uniwersytetu.

Jakie pouczenia z tego wynikają? College jest po to, żeby nauczyć się myślenia, wiedzy, dlaczego coś się dzieje, a nie co się dzieje. Uważam, że najważniejsze jest uczenie się idei zjawisk – dlaczego coś się dzieje, a nie rejestracja faktów, czyli jak się dzieje. Jak coś się dzieje to i tak widzimy, fakty wówczas nie są istotne, bo człowiek inteligentny, nawet jeżeli nie zna faktów, to może sobie wyobrazić, jaki one były, czego dotyczyły, jakie reguły rządziły ich powstawaniem. To wszystko jest zawarte w elementarzu nauk ścisłych.



Profesor James Watson (pierwszy z prawej) w czasie wizyty w Lublinie

Daje Pan Mistrzu, oczywiste wskazówki.

– Niczego nie odkrywam. Precyzuję i systematyzuję porady, ku przypomnieniu i uświadomieniu, jak są istotne. Uczeń powinien kojarzyć i myśleć. Tę fundamentalną zasadę powinien mieć wpojną od początku nauki. Nie musi naśladować Mistrza, nauczyciela, jego sposobu myślenia i dedukcji.

Jakie będą kolejne przykazania?

– Wiem, że tylko w systemie anglosaskim, istnieje dowolność pozostawiona uczniowi wyboru przedmiotów studiowania. Zachęcam do wyboru takich przedmiotów, z których dany uczeń może uzyskać najwyższe oceny. Będą one potrzebne do dyplomu i to jest ważne. Poza tym radzę:

- Wybieraj przyjaciół uzdolnionych, a nie popularnych, wykreowanych. Wybieraj kolegów o dużym ilorazie inteligencji i wiedzy.
- Wybieraj nauczycieli, którzy dostrzegają twoje walory, którym odpowiada Twój sposób

myślenia, czy też intelekt.

- Zawężaj swoje zainteresowania intelektualne, jeszcze w czasie college'u. Pogłębiaj wąskie specjalności.
- Wybieraj doradców przyszłej pracy dyplomowej, tylko z grona młodych.
- Akceptuj ludzi młodych, przebojowych, chociaż mają obiegową opinię osób aroganckich i trudne charaktery. Ci na pewno posiadają sprecyzowany obraz swojej przyszłej kariery.
- Rozwijaj się intelektualnie poprzez samodoskonalenie, kursy, nawet te, które początkowo mogą cię przestraszyć, przerastać. Sam, z autopsji, to potwierdzam. Uczestniczyłem w kursach, które mnie przerażały, uważałem je za zbyt trudne, czy nawet nie do pokonania. Takie wyzwania mobilizują intelekt.
- Trzeba unikać kursów które tylko mitrzą czas. Traci się go bezpowrotnie. Zdobycie wtedy zbędną wiedzę
- Nie określaj swojej pracy masterskiej czy dyplomowej w fazie początkowej. Przestrzegam – dopiero kiedy wyniki pracy doprowadzą Cię do celu, oceniaj ją. Nie sugeruj się, że masz cel osiągnięty połowicznie i wtedy próbujesz dopasowywać wszystko, aby ten cel osiągnąć

finalnie. Faktycznie błędzisz. Tracisz zbędny czas na udowadnianie czegoś abstrakcyjnego, co nie jest do udowodnienia.

- Utrzymuj swoje zainteresowania intelektualne w o wiele szerszym zakresie, niż sama praca dyplomowa.

Mistrzu, czy to wszystko?

– Przykazań i wskazówek jest o wiele więcej. Namawiam, by w grupie badawczej, bez względu na ewentualne różnice wiekowe, przejść na Ty. Zwracaj się tylko po imieniu. Tworzysz tym początek przyjaźni, zaufania. Co jeszcze?

- Pracuj w sobotę, czy nawet niedzielę, kiedy tego wymagają badania, ich tempo, czy inne okoliczności, wskazują, że ich przerwanie może czynić nieodwracalne skutki. Pamiętaj i doceniaj zalety weny twórczej.
 - Zdarzają się okoliczności, kiedy umysły bardzo ściśle miewają czasem myśli banalne. Nie ignoruj ich, bo bywają pożyteczne.
 - Wykonuj częste ćwiczenia intelektualne, nawet nie związane z badaniami, przez co utrzymujesz swój wysoki poziom intelektualny.
- Przekonałem się, że eksperymenty wykonywane późnym latem, okazują się wbrew naturze ludzkiej.

Jakich rad udzieliłby Pan mło-

dym adeptom, opierając się na doświadczeniach własnej młodości?

- Miej wielkie cele, które powodują, że czujesz się wyjątkowy, że jesteś ważny. Tylko nie zadzieraj nosa. Czuj się ważny, bo postawiłeś sobie ważne zadania.
- Na wykładach, które są dla Ciebie szczególnie interesujące czy ważne siadaj w pierwszym rzędzie.

Panie Profesorze, czy pamięta Pan swój studencki styl?

– Dlatego na powyższe zalecenia zwróciłem szczególną uwagę. Sam siadałem czasem w kącie, a czasem bliżej wykładowcy, bywało, że tyłem do niego, nawet z gazetą w rękę, jeśli wykład nie był dla mnie interesujący. Moi Mistrzowie przywykli do tego.

Czy bywały chwile zniechęcenia?

– Nigdy nie należy zniechęcać się niepowodzeniami. Bywają badania, podczas których wyników nie można powtórzyć. Mogą okazać się niejednokrotnie błogosławieństwem, bo mogą naprowadzić na interesujące rozwiązania. Trzeba pamiętać, że eksperyment nie zawsze musi prowadzić do pewnych wyników.

Naukowiec powinien być uparty, ale i cierpliwy, szczególnie w takich sytuacjach. Jeżeli eksperyment nie udał się, to trzeba zbadać, dlaczego nie można powtórzyć i dlaczego nie udało się powtórzyć. Może to być ukryta zagadka do rozwiązania.

Mistrzu w prezentacji medialnej, zauważyłem wokół Pana liczne audytorium.

– Cieszę się, że zwrócił Pan na to uwagę. Wierny jestem zasadzie, że podczas prowadzonych eksperymentów, należy mieć audytorium. Publicznie oceniać i oglądać poszczególne ich fazy. Jest to istotny element, kiedy publiczność wymusza zachowywanie pewnych, fundamentalnych zasad. Przekonałem się, że praca w tzw. cieniu laboratorium, zmniejsza naukowy potencjał mobilizacyjny, nawet za-

Prof. James D. Watson w Lublinie

Niebywałem wyróżnieniem dla lubelskiego środowiska medycznego była krótka wizyta noblisty, prof. Jamesa Deweya Watsona, który zaledwie w wieku 25 lat (w 1953 r.) opracował wraz z F.H.C. Crickiem model budowy przestrzennej kwasu deoksyrybonukleinowego (DNA), a w 1962 r., mając 34 lata, wspólnie z F. H. C. Crickiem i M. H. F. Wilkinsem, doczekał się tego światowego wyróżnienia, za gigantyczny przełom w naukach medycznych – określenie struktury kwasów nukleinowych i ich znaczenia dla przekazywania informacji w żywej materii. W skali wszech nauk można go porównać, z W. Roentgenem, A. Einsteinem, M. Curie-Skłodowską, a nawet M. Kopernikiem. Stąd współcześni określają profesora J. Watsona „papieżem nauki”.

W czasie krótkiego pobytu w Polsce profesor odwiedził: Warszawę, Kraków Lublin i Zamość.

czyna nudzić. Ponadto publicznie nie popełnia się matactw. Prowadzenie eksperymentów przy szerokim audytorium jest jedną z moich „żelaznych” zasad.

Mistrzu, Profesorze, podziwiam Pana ciągłą ruchliwość.

– To jest koronna moja zasada życiowa. Niewątpliwie człowiek powinien mieć bardzo żywotny, impulsywny, ruchliwy, nawet zmienny intelekt. Przestrzegam, przed okazywaniem wyższości, przekonania, że jest się najmądrzejszym w grupie badawczej. Pokora bardziej sprzyja uczonemu. To jest fundament istoty badań naukowych. Mój partner, prof. F. H. C. Crick z Cambridge, miał identyczne usposobienie.

Wybór tematu badawczego, może doprowadzić nawet do nagrody Nobla?

– Właśnie to jest celem mojego spotykania się z młodymi adeptami nauki, do których adresuję swoją prelekcję, aktualne wystąpienie. Daję im rady na podstawie doświadczeń z własnego życia; własnej drogi badawczo-naukowej, która zakończyła się szybkim sukcesem. Mam świadomość, że nasze odkrycie stało się „rewolucyjnym” i ewolucyjnym przeobrażeniem w naukach medyczno-przyrodniczych i biochemicznych.

Skoro osiągnąłem sukces w wieku 34 lat, to niosę jakby przesłanie do młodych, aby szli w moje ślady i wskazaną drogą; jak to Pan redaktorze określił, wg. mojego elementarza.

Uwrażliwiam młodych, aby podejmując temat badawczy, mieli świadomość, wizję osiągnięcia sukcesu i – co ważne – w krótkim czasie.

Wybierając temat badań nie należy kierować się uproszczeniem, nie być kopistą. Temat badawczy powinien wyprzedzać zdecydowanie epokę.

Mistrzu, Panie Profesorze, chylimy czoło przed tak wielkim uczonym, życzymy dużo zdrowia z okazji Jubileuszu 80-tych urodzin.

– Cieszę się, że w takich okolicznościach młodzi składali mi życzenia i dziękują za polską życzliwość. Urzekła mnie tak długa kolejka po autografy, w dodatku w moich książkach wydanych w języku polskim. Liczę, że z tych spotkań pozostaną nie tylko pamiątki, ale i pamięć o mnie.

Dziękuję za rozmowę.

tekst i foto:
Jerzy JĘDRZEJEK
(rozmowa nie autoryzowana)

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy

**Szanowni Państwo,
Członkowie Wojskowej Izby Lekarskiej**

Od 1995 roku mamy przyjemność reprezentować Państwa Izbę przed zakładami ubezpieczeń.

Po rezygnacji Izby z zawierania zbiorowego dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, wielu Członków Państwa Izby korzysta z naszego pośrednictwa przy zawieraniu indywidualnych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, zarówno dobrowolnych jak i obowiązkowych. Aktualnie, na rynku funkcjonują następujące rodzaje ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, zarówno osób wykonujących zawody medyczne, jak i podmiotów zajmujących się udzielaniem świadczeń zdrowotnych:

1. Dobrowolne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu medycznego lub z tytułu prowadzenia działalności w zakresie udzielania świadczeń medycznych – dość znacznie zróżnicowane warunki tych ubezpieczeń określają zakłady ubezpieczeń w swoich ogólnych warunkach ubezpieczeń (OWU).
2. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienia na

świadczenia zdrowotne – zakres tego ubezpieczenia określa Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. (Dz.U. nr 283, poz. 2825 z późn. zm.).

3. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej – zakres tego ubezpieczenia określa Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. Dz.U. nr 3 z 2008 r., poz. 10.

Uwaga: Jest to nowe ubezpieczenie – obowiązujące od 09.01.2008r. – obligujące do jego zawarcia świadczeniodawcę udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy (kontraktu) z NFZ.

W jakich przypadkach zapewniamy sobie ochronę ubezpieczeniową zawierając z zakładami ubezpieczeń odpowiednie ubezpieczenia?

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) dobrowolne

Jeżeli należycie Państwo do osób wykonujących świadczenia zdrowotne w ramach, m.in.:

- umowy o pracę,
- umowy cywilnoprawnej (w tym umowy zlecenia) zawartej z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej

lub niesamodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej,

- indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej (za wyjątkiem sytuacji określonych w Rozporządzeniu MF z dnia 23 grudnia 2004 r. i Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r.),

– pomocy z grzeszności,
to ochronę ubezpieczeniową zapewni Państwu, w zakresie oferowanym przez poszczególne zakłady ubezpieczeń, ubezpieczenie dobrowolne.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) obowiązkowe – przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (umowy m.in. z SPZOZ):

Jeżeli należycie Państwo do jednej z poniższych grup, to macie obowiązek się ubezpieczyć na podstawie Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. (Dz.U. nr 283, poz. 2825 z późn. zm.) w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń.

Ubezpieczenie to ma obowiązek zawrzeć każdy podmiot wymieniony w § 4 ww. rozporządzenia, w Państwa przypadku, m.in:

- 1) osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
- 2) osoby w ramach grupowej praktyki lekarskiej, prowadzących działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
- 3) osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, oraz spełniają warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej, które zawarły umowę o udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 35 ust. 1 w zw. z art. 8 ust 1 pkt 1-3 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.), m.in. z:

- samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej,
 - ministrem lub centralnym organem administracji rządowej,
 - wojewodą bądź jednostką samorządu terytorialnego.
- Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym wykonywanie umowy, o której mowa powyżej.

NOWE obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) – świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (umowa z NFZ)

Z dniem opublikowania, tj. od dnia 9 stycznia 2008 r., obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 3 z 2008 r., poz. 10.) Określony jest w nim zakres i minimalne wymagane sumy ubezpieczenia (gwarancyjne).

Na podstawie art. 136 b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. nr 210 poz. 2135 z późn. zm.) ubezpieczenie to ma obowiązek zawrzeć każdy podmiot (świadczeniodawca), który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 132 ust. 1 tejże ustawy, z **Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), a w praktyce z jego wojewódzkim oddziałem.**

W Państwa przypadku świadczeniodawcą mogą być osoby wymienione w § 4 ww. rozporządzenia, tj.:

- 1) wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej,
- 2) wykonujące zawód medyczny w ramach grupowej praktyki lekarskiej,
- 3) legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, oraz spełniają warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym wykonywanie umowy, o której mowa powyżej.

Służymy Państwu doradztwem i pomocą. Nasze zaplecze techniczne pozwala na obsługę Państwa ubezpieczeń bez konieczności osobistego kontaktu z nami – sprawdza się to w praktyce już od wielu lat. Naszym Klientom przypominamy o terminach wznawiania umów ubezpieczeniowych, przesyłamy drogą pocztową, faksem lub za pomocą poczty elektronicznej niezbędne do tego druki.

Zapraszamy do skorzystania z naszych usług i ubezpieczenia się za pośrednictwem brokera ubezpieczeniowego MENTOR S.A.

MENTOR S.A.
Biuro Ubezpieczeń Klientów Strategicznych
ul. Szosa Chełmińska 177-181, 87-100 Toruń
faks. (56) 669 33 04 lub 05, tel. (56) 669 33 00,
lub bezpośrednio do osób zajmujących się Państwa ubezpieczeniami: tel. (056) 6693240, (056) 6693365.
www.mentor-sa.pl, mail: maria.zurawska@mentor-sa.pl,

Biuro Ubezpieczeń Klientów Strategicznych
MENTOR S.A.

Sprawozdanie z konferencji „Prawa pacjenta w systemie ubezpieczeń zdrowotnych”

Warszawa – 4.06.2008 r.

Konferencja, zorganizowana przez Rzecznika Ubezpieczonych i Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej, odbyła się w siedzibie Naczelnej Organizacji Technicznej w Warszawie.

Konferencję otworzyła Rzecznik Ubezpieczonych – pani Halina Olędzka stwierdzeniem, że nie da się uzdrowić opieki zdrowotnej i dostępu do niej w świetle art. 68 Konstytucji [art. 68 Konstytucji:

1. *Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.*
 2. *Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.*
 3. *Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.*
 4. *Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.*
 5. *Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży – przyp .B.S.] bez dodatkowych środków pieniężnych*
 - ze środków publicznych
 - ze środków prywatnych mogących wspomóc system zdrowotny i stawiając jednocześnie trzy pytania:
1. Do czego ma prawo i na zaspokojenie jakich świadczeń medycznych może liczyć pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia?
 2. Czy istnieje potrzeba wykorzystania dodatkowych instrumentów

finansowych, które w sposób korzystny mogłyby wpłynąć na poprawę systemu opieki zdrowotnej, skoro znaczna część polskiego społeczeństwa uważa, że za składkę zdrowotną należy się wszystko, wszystkim i za darmo?

3. W jaki sposób i jak głęboko zreformować system ochrony zdrowia z wykorzystaniem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, aby zwiększyć poczucie bezpieczeństwa w momencie zagrożenia zdrowia i życia nas wszystkich, którzy jesteśmy lub będziemy pacjentami, klientami tego systemu?

Konferencja była prowadzona przy współudziale mec. Aleksandra Daszewskiego – Prezesa Fundacji Edukacji Ubezpieczeniowej. Wśród zaproszonych gości powitano: Zbigniewa Religę, Bolesława Piechę, Marka Balickiego, posła Stanisława Szweda, senatora Michała Okłę, Ewelinę Najszewską, Iwonę Laskowską, Dorotę Karkowską, Konstantego Radziwiłła,

Romualda Krajewskiego, Romualda Holly, Urszulę Michalską z OPZZ, Pawła Kalbarczyka, ks. Arkadiusza Nowaka.

Obecni byli również: K. Bukiel – OZZL, Andrzej Włodarczyk, Ludwik Dorn.

Zabierając głos prof. Ewelina Najszewska w imieniu Rzecznika Praw Obywatelskich J. Kochanowskiego przeprosiła za jego nieobecność spowodowaną koniecznością pracy w Sejmie i odczytała jego list do uczestników konferencji o niewydolności systemu zdrowia i dostępu do świadczeń zdrowotnych, w tym o zamykaniu oddziałów

szpitalnych, ewakuacji pacjentów i niewykorzystaniu końcowych prac „białego szczytu”. Przedstawiony został w liście postulat „umowy społecznej”. Skrytykowane zostały projekty nienależycie przygotowanych przez obecny rząd ustaw zdrowotnych i brak koncepcji uregulowania współpłacenia i innych działań w tym zakresie, przez co zostały „roztrwonione kolejne miejsca”. W liście ponowiona została deklaracja współpracy ze „wszystkimi” – w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Kontynuując odczytywanie prof. Najszewska ubolewała nad likwidacją zespołu pracującego nad koszykiem świadczeń i poruszyła ogólnie temat demonopolizacji NFZ-u, zmiany własności, systemu informacyjnego i informatycznego i wyrażając żal, że nie ma ministra Michała Boniego przekazała głos prof. Zbigniewowi Relidze.

Prof. Religa rozpoczął wystąpienie również od spostrzeżenia nieobecności ministra M. Boniego, co jego zdaniem jest istotnym uszczerbkiem tej konferencji, podkreślając, że o obecnym systemie zdrowia politycy mówią to co im odpowiada.

Prof. Z. Religa przedstawił na przykładzie kardiologii jak wygląda system, który od połowy lat dziewięćdziesiątych jest stale dofinansowywany w odpowiednie środki, przekonując na podstawie wykresów i tabel statystycznych o prostej zależności zdecydowanej poprawy w ratownictwie chorych z zawałem serca dzięki stałemu dopływowi środków pieniężnych. Prof. Religa podał przykład zabezpieczenia mieszkańców Grodziska Mazowieckiego.

„Skandalem”, nazwał prof. Religa 4% PKB na zdrowie, a „fikcją” –

rozmowę o „dodatkowych ubezpieczeniach” bez ustalonego koszyka świadczeń gwarantowanych.

Podkreślił, że w kardiologii nie ma kolejek, a w kardiologii dziecięcej już od dawna ich nie ma. Bez dodatkowych pieniędzy stan całego systemu zdrowia będzie się pogarszał.

Zabierając głos **prof. Romuald Holly** powiedział, że obecna reforma licząc od 1997 roku (od Hausnera) jest już ósmą z rzędu i trudno już znaleźć jej prawdziwego autora. Powiedział o braku woli politycznej do reform zaznaczając, że „politycy boją się o koszty” a system musi być kompletny (komplementarny), dokonany strategicznie „a nie tylko w systemie ubezpieczeń”. Wskazał, że wyjściem jest system „hybrydowy” – prospołeczny a zarazem wolnorynkowy. Nazwał „koszyk” gwarantem praw pacjenta, bez którego ubezpieczenie nie będzie należycie funkcjonowało. Zaproponował wprowadzenie systemu alternatywnego ale nie takiego, w którym będzie się dwa razy płacić za to samo. Ubezpieczenie musi być realne i odnosić się do konkretnego ryzyka.

Dr. Andrzej Koronkiewicz powiedział o współpłaceniu jako o barierze dostępności ale i racjonalności. Powołał się na premiera Donalda Tuska, że ten stwierdził, iż „jest to niemożliwe i ten temat jest zamknięty”.

Co do koszyka, dr Koronkiewicz stwierdził: funkcjonują systemy bez takiego koszyka i dobrze na tym wychodzą. Faktem jest brak koncepcji reformy ale konsekwencji w jej wdrażaniu.

Panie **prof. Jadwiga Suchecka** i **dr Iwona Laskowska** przedstawiły zagadnienie wzrostu finansowania świadczeń medycznych ze środków prywatnych, ich gwałtownego wzrostu szczególnie uderzającego grupę emerytów i rencistów.

Pani **dr Dorota Karkowska**, zadając pytanie – czy system pozwala na nakładanie kolejnych obciążeń stwierdziła, że „składka” była przedmiotem negatywnej

reakcji pacjenta, bo w Polsce nie wie on co za tę składkę ma. Prelegentka wskazała na konieczność powołania instytucji pozasądowego dochodzenia roszczeń. Mający katalog uprawnień pacjent może tylko sądową, kosztowną drogą dochodzić roszczeń – inaczej niż w Szwecji i Francji.

Pani **Urszula Michalska** z OPZZ skrytykowała stanowisko rządu sprzeczne z tym co było omawiane i deklarowane na „białym szczycie” a co widać w konkretnych projektach rządu, które pozostają bez konsultacji. Rząd „koresponduje tylko za pomocą mediów lub możemy przeglądać strony w Internecie”.

Przedstawiciel **ZZ „Solidarność”** wystąpił ze stanowczym sprzeciwem wobec planów prywatyzacji szpitali – „reforma tak, ale nie rewolucja”.

Za możliwością dochodzenia odszkodowań bez postępowania sądowego – taką jak w Szwecji, Danii, Francji, Nowej Zelandii, Kanadzie – wypowiedział się również **dr Romuald Krajewski** z NRL. Wspomniał również o dostosowaniu rekompensaty do potrzeb pacjenta bo w naszym roszczeniowym systemie odszkodowawczym tylko niewielką część odszkodowania otrzymuje pacjent po odliczeniu kosztów i w dodatku nie jest to łatwe.

Prezes Konstanty Radziwiłł w swoim wystąpieniu zaznaczył ogólne kierunki uzdrowienia systemu, odsyłając – jak sam wskazał – do swojej szczegółowej wypowiedzi zamieszczonej w Monitorze Ubezpieczeniowym (nr 34 z czerwca 2008).

Do dopuszczenia do zarządzania środkami publicznymi z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego *prywatnych funduszy zdrowia* wezwał **przedstawiciel Polskiej Izby Ubezpieczeń** domagając się równocześnie wprowadzenia konkurencji między publicznym a prywatnym systemem oraz wskazując na większą efektywność i racjonalność wydatków. W nowym systemie pacjent miałby wiedzieć za co płaci i ile płaci. Zapewnił, że nie tworzone by

osobnej stawki dla biednych i dla bogatych – wszystko zapisane byłoby w polisie. Należałoby stworzyć nowe fundusze powiązane z systemem emerytalnym.

W dyskusji po wystąpieniach prelegentów głos zabrali **Prezes K. Radziwiłł, prof. Z. Religa, L. Dorn, K. Bukiel** z ogólną krytyką obecnej rządowej wersji reformy służby zdrowia. Skrytykowany został plan podziału NFZ na konkurujące ze sobą fundusze regionalne. Poruszono problem „pieniądza idącego za pacjentem”. Za niezbędną współpracę opowiedzieli się K. Bukiel i K. Radziwiłł.

Dr Andrzej Włodarczyk (były wiceminister) zgodził się z krytyką podziału NFZ cytując dosłownie wcześniejszą wypowiedź prof. Religi „to bicie piany”. Uzależnił od decyzji polityków to co znajdzie się w koszyku gwarantowanych świadczeń. Jego zdaniem ubezpieczenia dodatkowe mają sens wtedy, gdy liczba świadczeń gwarantowanych będzie odpowiednio duża. Musi być określone co gwarantujemy w 100 %, a do czego należą będzie dopłata.

W swoim wystąpieniu dr A. Włodarczyk poruszył zagadnienie różnorodności organów założycielskich szpitali. Podał w wątpliwość celowość istnienia resortowych szpitali, a jako przykład podał, że w Stanach Zjednoczonych jest tylko jeden szpital wojskowy [głos z sali dodał, że jest to szpital marynarki wojennej]. W powiatach – kontynuował – szpitale są „łupem politycznym” i miejscem na ograniczenie bezrobocia w rejonie. Etyaty są dla rodzin i znajomych, a ich liczba zdecydowanie przekracza liczbę łóżek szpitalnych i jest niewspółmiernie duża do liczby przyjmowanych pacjentów.

W dyskusjach brali jeszcze udział: posłowie B. Piecha, M. Balicki, St. Szwed, A. Orzechowski.

Zamykając konferencję organizatorzy podziękowali uczestnikom za to, że pomimo ostrości poruszonych tematów prowadzono wystąpienia i dyskusję w spokojnej atmosferze.

Notował: **Bogdan SIERADZKI**

Zachowajmy Ich w naszej pamięci!

Śp.

lek. dent. Józef Puacz
20.09.1947 r. - 7.11.2005 r.

Śp.

lek. Przemysław Kucharczyk
22.11.1974 r. - 30.11.2007 r.

Śp.

dr n. med. Andrzej Beldziński
15.01.1934 r. - 28.06.2006 r.

Śp.

lek. Piotr Jaborski
7.09.1951 r. - 28.12.2007 r.

Śp.

dr n. med. Tadeusz Baczyński
30.09.1926 r. - 22.04.2007 r.

Śp.

lek. Kamil Studziński
5.08.1974 r. - 21.02.2008 r.

Śp.

lek. Leszek Bartosiński
24.08.1947 r. - 29.04.2007 r.

Śp.

lek. Bogusław Felicki
22.03.1937 r. - 26.04.2008 r.

Śp.

dr n. med. Witold Stelmach
1.06.1958 r. - 19.10.2007 r.

Śp.

lek. Zbigniew Woźniak
23.07.1926 r. - 1.05.2008 r.

Śp.

lek. Marek Werner
9.03.1931 r. - 23.10.2007 r.

Śp.

lek. Wojciech Oleśko
17.02.1947 r. - 7.07.2008 r.

Zdrowie nasze...

Szanowny Czytelniku,
Drogi Kolego!

Zwracam się do wszystkich Kolegów z Wojskowej Izby Lekarskiej z gorącą prośbą o przeczytanie tego artykułu lub przynajmniej pobieżne zapoznanie się z jego częścią wstępną i końcową. Problem, który pragnę poruszyć w cyklu publikacji na łamach „Skalpela”, dotyczy naszego stanu zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem jego sfery psychicznej. Moim szczerym zamiarem jest nawiązanie współpracy i porozumienia z Kolegami, a jeśli trzeba z instytucjami w zakresie zasygnalizowanym w tytule.

Inspiracją do podjęcia długofalowej działalności prozdrowotnej w naszym środowisku lekarskim była Uchwała nr 548/07/V Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 1 czerwca 2007 r. powołująca mnie na Pełnomocnika do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. Podstawy i zakres działalności Pełnomocnika zostały określone w Uchwale nr 7/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu. Pod powyższymi ogólnie sformułowanymi pojęciami kryje się bardzo istotne zagadnienie zdrowotne związane głównie z problemem alkoholu i innymi środkami uzależniającymi (psychoaktywnymi). Świadczą o tym kryteria, które musi spełniać Pełnomocnik, a mianowicie: posiadać certyfikat specjalisty ds. uzależnień lub specjalizację z psychiatrii i doświadczenie w leczeniu uzależnień.

Zadania Pełnomocnika to bardzo szeroki wachlarz działalności profilaktyczno-prewencyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej, tera-

peutycznej, edukacyjnej itp. w zakresie nadużywania i uzależnień od środków psychoaktywnych, w tym głównie od alkoholu. Z narad w których uczestniczyłem czynnie w Naczelnej Izbie Lekarskiej w Warszawie wynika, że problem alkoholowy i substancji psychoaktywnych w środowisku lekarzy prawdopodobnie dotyczy około 20% populacji czyli ok. 28 tysięcy lekarzy (takie odsetki uzależnionych lekarzy podają statystyki krajów tzw. Europy Zachodniej, USA i Kanady). Cechami charakterystycznymi i specyficznymi problematyki uzależnień w środowisku lekarzy są przede wszystkim: znaczne trudności diagnostyczno-terapeutyczne, prawne, organizacyjne oraz brak doświadczenia w terapii i profilaktyce tej grupy zawodowej. Stwierdzono, że lekarz uzależniony jest „pacjentem atypowym”. Dlatego postępowanie w stosunku do kolegów – lekarzy mających problemy alkoholowe i innych uzależnień jest przedsięwzięciem niezwykle trudnym i niewdzięcznym, a terapia odwykowa przynosi gorsze efekty.

O naszych niepowodzeniach, a często porażkach diagnostyczno-terapeutycznych, a zwłaszcza profilaktyczno-prewencyjnych coraz częściej alarmują opinię społeczną media.

Z badań prowadzonych przez Klinikę Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (dawniej Wojskowej Akademii Medycznej) wynika, że problemu uzależnień u lekarzy nie można rozpatrywać bez całościowej oceny stanu zdrowia psychicznego. Z naszych badań wynika jednoznacznie, że wśród dysfunkcji psychicznych lekarzy dominuje tzw. zespół wypalenia zawodowego, przejawiający się objawami psychopatologicznymi, somatycznymi i funkcjonowania zawodowego.

Problematyka uzależnień, w tym najczęściej od alkoholu, jest skutkiem opisywanego syndromu. Dotyczy to zwłaszcza lekarzy tzw. służb mundurowych. A zatem terapia odwykowa powinna być poprzedzona rzetelną i profesjonalną diagnostyką stanu psychicznego i somatycznego.

W ostatnich latach obserwuje się zwiększone zainteresowanie problemem zdrowia psychicznego. Badania epidemiologiczne pokazują, że 20-25% populacji ogólnej zdradza różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, a około 50 % znalazło się przynajmniej raz w życiu w sytuacji psychologicznie trudnej, która zagrażała zdrowiu psychicznemu (7).

Badania Kiejny i wsp. (5) pozwoliły na w miarę precyzyjne określenie badanych problemów zdrowia psychicznego występujących na określonych obszarach Polski. Wykazano, że częstość występowania złego samopoczucia emocjonalnego i zaburzeń nerwicowych była największa na obszarach południowo – wschodnich naszego kraju. Obserwowano tam liczne przypadki zaburzeń nerwicowych, a także stany złego samopoczucia emocjonalnego, które były istotnie statystycznie wyższe od oczekiwanej i to zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Piśmiennictwo poświęcone problematyce zdrowia psychicznego lekarzy jest bardzo ubogie i marginalne.

Z badań prowadzonych przez Frith-Cozens (1) wynika, że zaburzenia depresyjne wśród lekarzy z uwagi na przewlekły przebieg i związaną z tym długotrwałą absencją zawodową powodują wysokie koszty ekonomiczne wśród wszystkich zaburzeń behawioralnych. Pod względem występowania przyjmuje się, że zachorowalność na depresję wśród lekarzy jest porównywalna z chorobą wieńcową.

Z badań Szefera (9) wynika, że lekarze leczeni w szpitalach psychiatrycznych byli częściej niż inni

pacjenci z wyższym wykształceniem czynni zawodowo oraz częściej byli poddawani rehospitalizacji i częściej rozpoznawano u nich psychozy reaktywne i uzależnienia lękowe. Badania wykazały również częstsze występowanie w grupie lekarzy zaburzeń depresyjnych (39%) niż wśród pozostałych pacjentów z wyższym wykształceniem.

Jones (4) w przeprowadzonych badaniach w grupie 100 lekarzy amerykańskich hospitalizowanych psychiatrycznie wykazał, że zaburzenia afektywne i depresje oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych były rozpoznawane o wiele częściej niż schizofrenia. Wśród chorych dominowali lekarze w wieku ok. 50 lat, posiadający specjalizację z psychiatrii, a także lekarze ogólni.

W badaniach Matysiakiewicza (6) dotyczących występowania zaburzeń psychicznych u lekarzy zaobserwowano, że w hospitalizowanej grupie 115 osób lekarze częściej niż przedstawiciele populacji ogólnej byli leczeni z powodu schizofrenii i uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń adaptacyjnych. W grupie lekarzy hospitalizowanych z powodu schizofrenii przeważały kobiety, a w grupie osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych mężczyźni. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w częstości hospitalizacji dotyczących poszczególnych specjalności lekarskich z wyjątkiem neurologów, którzy byli hospitalizowani i leczeni częściej niż przedstawiciele innych specjalności.

Rydzyski, Gruszczyński, Bielawski (8) w badaniach obejmujących losowo dobraną grupę 200 lekarzy stwierdzili aż u 43,5% tzw. zaburzenia psychosomatyczne z przewagą choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz nadciśnienie tętnicze. Drugim co do liczby przypadków schorzeniem psychiatrycznym były zaburzenia nerwicowe z towarzyszącą soma-

tyzacją. Statystyczny badany lekarz podawał cztery objawy psychopatologiczne, które w jego ocenie w sposób znaczący utrudniały mu funkcjonowanie zawodowe i społeczne, a do najczęściej zgłaszanych należały: obniżony nastrój, złe samopoczucie psychiczne, napięcie emocjonalne oraz niepokój.

Klinika Psychiatryczna WAM w latach 1975 i 1990 prowadziła badania na temat używania środków uzależniających przez studentów w Łodzi (3). Badaniami objęto wówczas blisko 7 tysięcy studentów, w tym Akademii Medycznej i Wojskowej Akademii Medycznej. Wyniki badań porównawczych wykazały, że nadużywanie środków psychoaktywnych, w tym głównie alkoholu dotyczyło 5% kobiet i 17% mężczyzn studiujących medycynę i wzrasta z upływem lat (1975 – 1990). Podjęte w 2005 roku przez Florkowską-Michałek badania na populacji 240 lekarzy reprezentujących cztery specjalizacje (choroby wewnętrzne, chirurgię, ginekologię i neurologię) zaowocowały rozprawą doktorską w 2008 roku (2). Zastosowany w badaniu m.in. kwestionariusz Objawowy S II J. Aleksandrowicza pozwolił uzyskać informacje dotyczące stopnia nasilenia oraz obrazu klinicznego występujących w populacji zaburzeń nerwicowych. Uzyskane wyniki wskazują, że w 10 skalach, które informują o rodzajach dominujących objawów największe nasilenie wśród neurologów miały dysfunkcje seksualne, zaburzenia somatyczne oraz zaburzenia snu. W pozostałych grupach lekarzy nasilenie dysfunkcji seksualnych miało podobne nasilenie, jednak mniejsze niż u neurologów. Z innych zaburzeń nerwicowych, takich jak: zaburzenia snu, ich stopień nasilenia był zbliżony w pozostałych grupach lekarzy. Występowanie zaburzeń hipochondrycznych miało jednakowy stopień nasilenia wśród wszystkich 4 badanych grup lekarzy. Stopień nasilenia takich badanych zmiennych, jak: zespół zmęczenia, chwiejność emocjonalna i zakłócenia w relacjach

społecznych wykazywały zbliżony poziom u neurologów i ginekologów. Z kolei zaburzenia myślenia kształtowały się na takim samym poziomie we wszystkich badanych grupach lekarzy. Zaburzenia lękowe miały największe natężenie wśród neurologów, a najniższe w grupie chirurgów. Nasilenie zaburzeń somatycznych (psychosomatycznych) osiągnęło najwyższe poziomy u neurologów, a najniższe u chirurgów. Zaburzenia dystymiczne (forma depresji) największy stopień nasilenia stwierdzono w grupie neurologów i chirurgów, a najmniejszy u internistów i ginekologów. Występowanie wśród badanych lekarzy takich objawów, jak: dysfunkcje seksualne, zaburzenia snu, zmęczenie, wyczerpanie, zaburzenia lękowe i dystymiczne, chwiejność emocjonalna, mogą świadczyć, że u znacznego odsetka badanych występował tzw. zespół wypalenia zawodowego.

Reasumując, przedstawione powyżej przykłady piśmiennictwa światowego i polskiego poświęcone problematyce zdrowia psychicznego lekarzy, można stwierdzić, że w tej grupie zawodowej dominują dwa zasadnicze zaburzenia, a mianowicie:

1. Syndrom wypalenia zawodowego
2. Problematyka związana z używaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu).

„*Deklaracja w sprawie zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy*” została ogłoszona w 2003 roku w Berlinie na posiedzeniu Europejskiego Forum Stowarzyszeń Medycznych. Uczestnicy tej konferencji wyrazili zaniepokojenie wzrastającą liczbą przypadków wypalenia zawodowego wśród medyków, zwrócili uwagę na zagrożenie dla jakości świadczonych usług lekarskich oraz wskazali na potrzebę podjęcia badań nad tym problemem.

Definicja wypalenia zawodowego – jest to psychologiczny zespół wyczerpania, depersonalizacji oraz

obniżonego poczucia własnych dokonań, który występuje u osób pracujących z innymi ludźmi w zawodach wymagających zaangażowania emocjonalnego o dużym natężeniu. Szczególnie zagrożoną zespołem wypalenia zawodowego populacją zawodową są służby mundurowe, w tym siły zbrojne (w tym lekarze wojskowi). Problem ten został dostrzeżony w „Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego” z dnia 19 stycznia 1994 r., w której zaliczono służbę wojskową do „sytuacji stwarzających zagrożenie dla zdrowia psychicznego”.

Prawdopodobnie zwolnienia ze służby wojskowej na własną prośbę lekarzy wojskowych wynikają w dużym stopniu z przesłanek przedstawionych powyżej. To rodzi z kolei coraz większe braki kadrowe (600-700 etatów) powodujące zespoły wypalenia zawodowego u tych, którzy pozostają nadal w służbie.

Problematyka alkoholu i innych środków psychoaktywnych ma ścisły związek z zespołem wypalenia zawodowego. Początkowo picie ma charakter kompensacyjny, z czasem przybiera formy nadużywania, aż w końcu uzależnienia psychicznego, fizycznego i społecznego. Można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że każdy z nas lekarzy spotkał się w swoim środowisku zawodowym lub towarzyskim z przykładami Kolegów z problemem alkoholowym lub innych uzależnień. Z naszych doświadczeń potwierdzonych w piśmiennictwie wynika, że w takich sytuacjach nasze zachowanie cechuje pseudosolidarność, co jest typowym przykładem współuzależnienia ze strony środowiska. Najczęściej stosujemy metody „ukrywania problemu i osoby”, tzw. zamiatanie śmieci pod dywan, pranie brudów we własnym gronie itp.

Skierowanie lekarza uzależnionego na leczenie najczęściej odbywa się z powodu tzw. motywacji zewnętrznej, do których zalicza się: skandaliczny przypadek w czasie pracy zawodowej w stanie

nietrzeźwości, ratowanie związku małżeńskiego przed rozwodem, postępowanie sądowe, bardzo rzadko na wyraźne naciski przełożonych. Można stwierdzić, że przez długie lata jesteśmy tolerancyjnymi świadkami, a niekiedy pseudoobrońcami autodestruktywnych zachowań naszych kolegów. Nałogi i uzależnienia są przejawem tzw. autodestruktywności pośredniej (chronicznej). Jest ona definiowana jako tendencja do podejmowania zachowań zwiększających prawdopodobieństwo negatywnych, a zmniejszające się prawdopodobieństwo pozytywnych konsekwencji dla podmiotu. Wielu badaczy uważa, że uzależnienia są formą przedłużonego samobójstwa. O skutkach zdrowotnych, zawodowych i społecznych oraz zagrożeniach zdrowia i życia naszych pacjentów nie muszą nikogo z Kolegów przekonywać.

Dlatego nasze środowisko musi dzisiaj postawić sobie odważne pytanie: Czy jesteśmy w stanie zacząć przełamywać pewne zakorzenione (również w nas) stereotypy psychologiczne dotyczące problematyki alkoholu i innych uzależnień. Z punktu widzenia lekarskiego sprawa dotyczy profilaktyki, diagnostyki i terapii tzw. Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19, wg ICD-10).

Chciałbym z całą mocą podkreślić, że swoją funkcję Pełnomocnika traktuję jako działanie koordynujące, przy pełnym zaangażowaniu ze strony Kolegów, na co liczę z dużym optymizmem i nadzieją. W tej kwestii uzyskałem aprobatę i pełne poparcie ze strony Krajowego Konsultanta ds. Obronności w dziedzinie psychiatrii, Kierownika Kliniki Psychiatrii Dorosłych UM płk rez. prof. dr hab. med. Antoniego Florkowskiego oraz Przewodniczącego Wojskowej Izby Lekarskiej, Prorektora Uniwersytetu Medycznego płk rez. prof. dr hab. med. Mariana Brockiego. Z momentem opublikowania tego artykułu wszystko jest

„w rękach, umysłach i uczuciach” Szanownych Kolegów – Czytelników. Jeżeli mój pomysł i koncepcja działania zyskają Waszą aprobatę i uznanie spodziewam się lawiny listów zwrotnych zawierających zamieszczone w „Skalpelu” (str. 31 i 32) kwestionariusze (Dane Socjodemograficzne oraz „AUDIT”). Będzie dla mnie miłym zaskoczeniem jeżeli otrzymam dodatkowo Wasze uwagi i propozycje, a zwłaszcza krytyczne. Oczekuję na odpowiedzi do dnia 30 listopada 2008 r. W następnym artykule poinformuję Kolegów o Waszym stanowisku i podjętych decyzjach współpracy, a także przedstawię wstępne wyniki uzyskanych anonimowo informacji.

Dziękując za uwagę serdecznie pozdrawiam Wszystkich, a szczególnie „moją klasę” tj. VII kurs Wojskowej Akademii Medycznej. Korespondencję proszę kierować na adres:

Wojciech GRUSZCZYŃSKI

Zakład Psychiatrii Wojskowej UM
ul. Aleksandrowska 159
91-229 Łódź; Pawilon 11B
z dopiskiem „Pełnomocnik”

Piśmiennictwo:

1. Frith-Cozens J.: *Depression In doctor*. w: MM Roberttson, CL Katona (red.) *Depression and Physical Illness*. J. Wiley and Sons Chichester, 1997, 95-111.
2. Florkowska-Michałek K.: *Wybrane problemy zdrowia psychicznego lekarzy nie będących psychiatrami*. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny, Łódź, 2008.
3. Gruszczyński W., Rydzyski Z., Śmigiełski J.: *Porównawcze badania problematyki alkoholu i innych środków uzależniających w środowisku studenckim w Łodzi w latach 1975 – 76 i 1990*. Wojskowa Akademia Medyczna. Łódź, 1991.
4. Jones R E.: *A study of 100 physician psychiatric in patients*.

Am J Psychiatr, 1997, 134, 10, 1119-1123.

5. Kiejna i wsp.: *Ocena rozpoznania złego samopoczucia emocjonalnego i nerwicy w Polsce w roku 1996*. Psychiatria Polska 2000, 6, 903 – 918.

6. Matysiakiewicz i wsp.: *Zaburzenia psychiczne u lekarzy hospitalizowanych w II Klinice Śl. akademii Medycznej*. Psychiatr Ekol, Katowice, 1997, 150-158.

7. Murray Ch JL., Lopez AD.: *The global burden of disease* WHO. Harvard University Press, Boston, 1996.

8. Rydzynski Z., Gruszczyński W., Bielawski E.: *Stan zdrowia psychofizycznego lekarzy a warunki pracy zawodowej*. Psychiatr Ekol, Katowice, 1997, 164-166.

9. Szeffel A.: *Hospitalizacja psychiatryczna lekarzy i innych osób z wyższym wykształceniem*. Psychiatria Polska, 1982, 5 (6), 383-388.

Poprzeczka w górę

INSPEKTORAT
WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA
00-908 Warszawa Al. Niepodległości 218

Warszawa, dnia 6.06.2008 r.

Dotyczy: *przeprowadzenia rozmów kwalifikacyjnych lub kolokwii przed egzaminem specjalizacyjnym*

Zgodnie z informacjami dotyczącymi przeprowadzonych egzaminów specjalizacyjnych w Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, lekarze wojskowi. w niektórych dziedzinach medycyny. uzyskują wyniki poniżej średniej krajowej.

W związku z powyższym polecam kierownikom specjalizacji uzgadniać z konsultantami wojskowej służby zdrowia. w poszczególnych dziedzinach medycyny, dopuszczenie do egzaminów polegające na przeprowadzeniu przez konsultantów wojskowej służby zdrowia rozmów kwalifikacyjnych lub kolokwii dopuszczających do egzaminów specjalizacyjnych, z danej dziedziny medycyny, dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się w trybie wojskowym.

Przewodniczącego Wojskowej Izby Lekarskiej uprzejmie proszę o opublikowanie powyższej informacji w kolejnym numerze „Skalpela”.

Z poważaniem

Szeffel
Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia
gen. bryg. dr n. med. Andrzej WIŚNIEWSKI

- Otrzymują:
1. Konsultanci wojskowej służby zdrowia
 2. Wojskowa Izba Lekarska
 3. jednostki organizacyjne wojskowej służby zdrowia

Komisja Sportu i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zaprasza na **XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie 20 września w Gnieźnie w ramach XXXI Biegu Lechitów** oraz na **VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie 12 października w Poznaniu w ramach 9 Poznań Maratonu**. Szczegółowe informacje na stronach: www.marathon.poznan.pl i www.gosir.gniezno.pl

Przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
lek. **Wojciech ŁĄCKI**



DANE SOCJODEMOGRAFICZNE

1. PŁEĆ: kobieta – 1; mężczyzna – 2 ☐
2. WIEK: do 30 lat – 1; 31-40 lat – 2; 41-50 lat – 3; 51-60 lat – 4; powyżej 60 lat – 5 ☐
3. STAN CYWILNY: żonaty/mężatka – 1; rozwiedziony – 2; wdowiec – 3; separacja – 4; konkubent – 5; kawaler/panna – 6 ☐
4. STAŻ ZAWODOWY: do 5 lat – 1; 6-10 lat – 2; 11-20 lat – 3; 21-30 lat – 4; powyżej 30 lat – 5 ☐
5. PODSTAWOWE MIEJSCE ZATRUDNIENIA: klinika – 1; oddział szpitalny – 2; przychodnia – 3; jednostka wojskowa – 4; gabinet prywatny – 5; inne – 6 ☐
6. STOPIEŃ NAUKOWY: profesor – 1; doktor habilitowany – 2; doktor medycyny – 3; lekarz – 4 ☐
7. SPECJALIZACJA: w trakcie specjalizacji – 1; specjalizacja II°; bez specjalizacji – 3 ☐
8. ZAJMOWANE STANOWISKO: ordynator (kierownik kliniki/zakładu) – 1; adiunkt – 2; asystent – 3; kierownik przychodni (jednostki organizacyjnej) – 4 ☐
9. MIEJSCE ZAMIESZKANIA: wieś – 1; miasto do 10 tys. – 2; miasto do 50 tys. – 3; miasto do 100 tys. – 4; miasto pow. 100 tys. – 5 ☐
10. STOSUNEK DO SŁUŻBY WOJSKOWEJ: czynny – 1; rencista (emeryt) – 2 ☐
11. JESTEM ZAINTERESOWANY PROBLEMAMI:
 - a. ALKOHOLU: tak – 1; nie – 2 ☐
 - b. ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH: tak – 1; nie – 2 ☐
12. Aktualne lub przebyte choroby somatyczne (wymień do 5 najważniejszych dla siebie):
 - przemiany materii – 1; krwi – 2; układu krążenia – 3; układu trawiennego – 4; układu oddechowego – 5; skóry i tkanki podskórnej – 6; układu kostno-stawowego-mięśniowego – 7; układu nerwowego i narządów zmysłów – 8; układu moczowo-płciowego – 9; pasożytnicze – 10; onkologiczne – 11; inne – 12 ☐
13. Korzystam lub korzystałem z porad psychologa lub psychiatry: nigdy – 1; sporadycznie – 2; okresowo – 3; systematycznie – 4 ☐

Dziękuję za wypełnienie

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Tests)

CZĘŚĆ A: WYWIAD ALKOHOŁOWY

1. Jak często pije Pan/Pani napoje zawierające alkohol?
(0) nigdy
(1) raz w miesiącu lub rzadziej
(2) dwa do czterech razy w miesiącu
(3) dwa lub trzy razy w tygodniu
(4) cztery lub więcej razy w tygodniu
2. Ile standardowych porcji zawierających alkohol wypija Pan/Pani w dniu, w którym Pan/Pani pije? (standardowy drink to napój zawierający 10 g czystego alkoholu, a więc w przybliżeniu: 25 ml kieliszek wódki, koniaku, whisky, 100 ml lampka wina, „małe” 250 ml piwo)
(0) 1-2 porcje (25 ml kieliszków wódki, 100 ml lampki wina, „małych” piw)
(1) 3-4 porcje
(2) 5-6 porcji
(3) 7-9 porcji
(4) 10 lub więcej porcji
3. Jak często wypija Pan/Pani sześć lub więcej porcji alkoholu podczas jednego dnia?
(0) nigdy
(1) rzadziej niż jeden raz w miesiącu
(2) około raz w miesiącu
(3) około raz w tygodniu
(4) codziennie lub prawie codziennie
4. Jak często w ostatnim roku nie mógł Pan/Pani zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?
(0) nigdy
(1) rzadziej niż jeden raz w miesiącu
(2) około jeden raz w miesiącu
(3) około 1 raz w tygodniu
(4) codziennie lub prawie codziennie
5. Jak często w ciągu ostatniego roku z powodu picia alkoholu zrobił Pan/Pani coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana/Pani środowisku normy postępowania?
(0) nigdy
(1) rzadziej niż jeden raz w miesiącu
(2) około raz w miesiącu
(3) około raz w tygodniu
(4) codziennie lub prawie codziennie
6. Jak często w ostatnim roku potrzebował Pan/Pani napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym piciu”, aby móc dojść do siebie?
(0) nigdy
(1) rzadziej niż jeden raz w miesiącu
(2) około raz w miesiącu
(3) około raz w tygodniu
(4) codziennie lub prawie codziennie
7. Jak często w ostatnim roku miał Pan/Pani poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?
(0) nigdy
(1) rzadziej niż jeden raz w miesiącu
(2) około raz w miesiącu
(3) około raz w tygodniu
(4) codziennie lub prawie codziennie
8. Jak często w ostatnim roku nie mógł Pan/Pani przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy, z powodu picia?

- (0) nigdy
(1) rzadziej niż jeden raz w miesiącu
(2) około raz w miesiącu
(3) około raz w tygodniu
(4) codziennie lub prawie codziennie
9. Czy kiedykolwiek Pan/Pani lub ktoś inny doznał jakiegoś urazu fizycznego w wyniku Pana/Pani picia?
(0) nie
(2) tak, ale nie w ostatnim roku
(3) tak, w ostatnim roku
10. Czy ktoś z rodziny, lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia interesował się Pana/Pani piciem albo sugerował jego ograniczenie?
(0) nie
(2) tak, ale nie w ostatnim roku
(3) tak, w ostatnim roku

CZĘŚĆ B: BADANIE KLINICZNE

Doznane urazy fizyczne:

1. Czy doznał Pan/Pani urazów głowy po 18 r. ż ?
(3) TAK
(0) NIE
2. Czy miał Pan/Pani jakieś złamania kości po 18 r.ż.?
(3) TAK
(0) NIE

Badanie kliniczne

3. Zaczernienie spojówek
(0) nie stwierdza się
(1) słabo nasilone
(2) średnio nasilone
(3) znacznie nasilone
4. Odbiegające od normy unaczynienie skóry
(0) nie stwierdza się
(1) słabo nasilone
(2) średnio nasilone
(3) znacznie nasilone
5. Drżenie rąk
(0) nie stwierdza się
(1) słabo nasilone
(2) średnio nasilone
(3) znacznie nasilone
6. Drżenie języka
(0) nie stwierdza się
(1) słabo nasilone
(2) średnio nasilone
(3) znacznie nasilone
7. Powiększenie wątroby
(0) nie stwierdza się
(1) nieznaczne
(2) wyraźne
(3) znacznego stopnia
8. Wartość GGTP (gamma-glutamylotranspeptydazy)
(0) poniżej średniej wartości normy (w zależności od norm laboratorium, najczęściej poniżej 30 JU/l)
(1) powyżej średniej wartości normy (najczęściej 30-50 JU/l)
(3) powyżej normy (najczęściej >50 JU/l)

Suma punktów:

Zapowiedzi Wydawnictwa Cornetis



51-162 Wrocław, ul. Długosza 2-6, tel./fax 071 325 28 03
sekretariat@cornetis.com.pl, www.cornetis.com.pl



Endokrynologia wieku rozwojowego – co nowego?

pod redakcją:
prof. dr hab. Ewy Otto-Buczkowskiej

format B5, stron 308
termin ukazania się:
III kwartał 2008
cena: 64 zł

„Prezentowana **Endokrynologia wieku rozwojowego – co nowego?** pomyślana jest jako uzupełnienie znajdujących się na rynku wydawniczym podręczników endokrynologii. Bardzo szybki rozwój nauk, w tym nauk medycznych sprawia, że zachodzi nieustająca potrzeba uzupełniania naszej wiedzy.

Przygotowanie podręcznika obejmującego całość wiedzy w danej dziedzinie zajmuje wiele czasu, dlatego nie zawsze może on spełniać formułę „co nowego?”. Racjonalne wydaje się więc okresowe wydawanie pozycji uzupełniających te podstawowe.

Niektóre fragmenty w niniejszym opracowaniu mogą budzić pewien niedosyt, a wiele zagadnień zostało jedynie zasygnalizowanych. Niektóre poruszone problemy są jeszcze przedmiotem dyskusji, nie zawsze więc można było podać ostateczne wnioski. Dotyczy to między innymi

witamin D, której zastosowanie – jako leku modulującego procesy autoimmunizacji i być może korzystnego, np. w prewencji cukrzycy typu 1- musi uwzględniać to, że jej metabolity są bardzo aktywne biologicznie i ich nadmiar, zwłaszcza u osób z nadwrażliwością na ich działanie, może powodować wiele niekorzystnych efektów. To wszystko wymaga dalszych badań i wyciągnięcie ostatecznych wniosków możliwe będzie dopiero za pewien czas.

Mamy nadzieję, że prezentowane przez nas opracowanie będzie przydatnym uzupełnieniem podręczników już znajdujących się na rynku.”

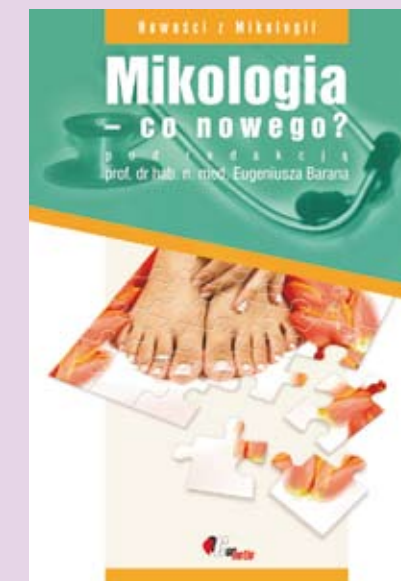
/Prof. dr hab. Ewa Otto-Buczkowska/

Mikologia – co nowego?

pod redakcją:
prof. dr hab. Eugeniusza Barana

format B5, stron 264
termin ukazania się:
III kwartał 2008
cena: 75 zł

„W ostatnich latach nastąpił wyraźny postęp w mikologii lekarskiej. Poznano nowe metody identyfikacji



patogennych grzybów oraz mechanizmy odpowiedzialne za ich chorobotwórczość. Udało się również wprowadzić do leczenia nowe leki. Stymulacją do nowych badań była wzrastająca liczba zachorowań na grzybicę skórne i narządowe, które często doprowadzają do śmierci.

Mikologia lekarska jest dziedziną obejmującą wszystkie specjalności medycyny ludzkiej oraz weterynaryjnej. W Polsce aktywnych jest obecnie wiele ośrodków naukowych, dotyczy to zarówno Wydziałów Lekarskich, jak i Weterynaryjnych. Zacieśnia się też współpraca między nimi.

Do rozwoju tej specjalności medycznej w dużym stopniu przyczyniają się też czasopisma naukowe publikujące wyniki najnowszych badań z dziedziny mikologii lekarskiej oraz liczne, polskie i zagraniczne, konferencje naukowe.

Prezentowana książka zawiera doniesienia z ostatnich lat przygotowane przez najlepszych polskich specjalistów. Czytelnika może zastanowić, na pozór dość przypadkowy, układ rozdziałów tej publikacji. Logiczne byłoby jej rozpoczęcie od rozdziału IX zatytułowanego „Współczesne poglądy na taksonomię, pochodzenie i naturę grzybów”. Celem przyjętej kolejności zebranego przez autorów materiału było jednak potraktowanie całości nie tylko jako podręcznika akademickiego, ale zestawienia wyników najnowszych obserwacji klinicznych i laboratoryjnych z zakresu mikologii. Układ nie świadczy też o wadze przedstawionych osiągnięć. Ma on zachęcić do studiowania publikacji od dowolnego miejsca i powracania do rozdziałów jeszcze niepoznanych.

„Mikologię – co nowego?” można traktować jako kontynuację podręcznika „Zarys mikologii lekarskiej” wydanego przez Volumed przed 10 laty”.

/Prof. dr hab. Eugeniusz Baran/



w pracy



poza pracą

Szybka pożyczka gotówkowa

- Decyzja kredytowa już w 2 godziny
- Wniosek przez telefon, bez wizyty w banku
- Brak zaświadczenia o dochodach

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

	15 000 PLN	20 000 PLN	30 000 PLN	50 000 PLN
60 miesięcy	338,08	450,77	676,16	1126,93
48 miesięcy	401,41	535,22	802,83	1338,05
36 miesięcy	507,86	677,15	1015,72	1692,88
24 miesiące	722,10	962,80	1444,20	2407,00

Rzeczywista stopa procentowa wyliczona dla całkowitego kosztu pożyczki w kwocie 30 000 PLN na 60 miesięcy wynosi 13,35%. Nominalne oprocentowanie wynosi 11,28% p. a. Efektywny koszt pożyczki w skali roku zawarty jest w racie.

► **Zadzwoń i złóż wniosek!**
0 801 88 99 77 lub 022 314 01 50*

- Dostępna opcja ubezpieczenia spłaty pożyczki
- Wymagane dokumenty: kserokopia dowodu osobistego, dyplomu ukończenia studiów, dokumentu potwierdzającego prawo do wykonywania zawodu lekarza – minimalny wymagany staż pracy 3 lata, w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej dodatkowo kopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub odpisu z KRS

HSBC  **Credit**
The world's local bank

KOD PROMOCJI: 340024

* Dzwoniąc pod numer Infolinii proszę przygotować dowód osobisty i numer konta, na który zostaną przebrane środki oraz znać kod promocji podany w ofercie. Infolinia czynna od poniedziałku do soboty w godzinach 9 – 21 w niedzielę, w godzinach 10 – 21. Koszt połączenia na numer zaczynający się od 0 801 jest równy cenie jednego impulsu za połączenie lokalne. Koszt połączenia na numer stacjonarny – według stawek operatora.