



NR 3

MAJ-CZERWIEC
ROK XX (2011)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

nakład 4250 egz.

XXVIII Zjazd Lekarzy WIL

Zmiany w Wytycznych Resuscytacji 2010

Macedonia nie zapomniała



Redakcja czasopisma Nowa Klinika zaprasza na Sympozjum naukowo-dydaktyczne
SZKOŁA INTERNY dla Lekarza Rodzinnego

13-15 maja 2011

SZKOLENIE SPECJALISTYCZNE

KOBIETA, MĘŻCZYŻNA, DZIECKO – W GABINECIE LEKARZA RODZINNEGO

CHOROBY CYWILIZACYJNE – XXI WIEKU

TEMATY WIODĄCE: Diabetologia – Otyłość – Żywnienie, Nefrologia, Okulistyka,
Ból, Medycyna Rodzinna, Reumatologia, Seksuologia, Medycyna Podróży
– Profilaktyka Szczepień
a także: Dermatologia, Laryngologia, Pulmonologia, Geriatria, Pediatria dla lekarza
rodzinnego

GWARANTOWANA WYSOKA LICZBA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH OIL – min. 30 pkt

**CENA PROMOCYJNA
DLA CZŁONKÓW
WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
TYLKO 250 ZŁ**

W wyjątkowo trudnej sytuacji w jakiej przyszło nam pracować, w obliczu zmian ustawowych oraz planowanych i rozpoczętych procesów przekształceń własnościowych szpitali i przychodni chcieliśmy wspomóc komendantów, dyrektorów oraz wszystkich pracujących w tych placówkach lekarzy – członków WIL. Jednak koledzy piastujący kierownicze funkcje w placówkach wojskowej służby zdrowia wszystko już mają zaplanowane, poukładane, uzgodnione lub też nie wierzą, że cokolwiek może się zmienić na lepsze. Do wszystkich komendantów / dyrektorów szpitali wojskowych wysłałem pismo zapraszające na Zjazd: „*Uprzejmie Pana informuję, że w dniach 25-26 marca 2011 r. odbędzie się XXVIII Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej. Tym samym nadarza się okazja do przedstawienia na tym forum najistotniejszych problemów dotyczących funkcjonowania wojskowych zakładów opieki zdrowotnej, zwłaszcza w zderzeniu z istniejącą sytuacją prawną oraz zapowiadającymi jej zmianami. Jeśli widzi Pan potrzebę podzielenia się swoimi uwagami z najwyższym organem wojskowego samorządu lekarskiego będzie nam miło gościć Pana na Zjeździe w dniu 25 marca br.*”

Jak liczny był odzew? Tylko komendant 7 Szpitala Marynarki Wojennej, kmdr dr n. med. Włodzimierz Żychliński postanowił podzielić się z delegatami WIL problemami z jakimi przyszło mu się zmagać. Tymczasem mieliśmy okazję przedstawić problemy wojskowej służby zdrowia wyjątkowym gościom. Zaszczycili nas swoją obecnością zarówno Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Maciej Hamankiewicz jak i Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, Mieczysław Szatanek. To było cenne spotkanie i okazja do jeszcze pełniejszej integracji WIL ze środowiskiem lekarzy „cywilnych”.

Dziś powodzenie wielu działań i inicjatyw samorządu lekarskiego

zależy od naszej jedności, jedności wszystkich lekarzy.

Wykonujemy wolny zawód. Każdy z nas marzył zapewne, aby jedynym ograniczeniem mógł być dla nas kodeks etyki lekarskiej. Niestety staliśmy się „świadczonodawcami” pracującymi w coraz bardziej skomplikowanym mechanizmie. Dziś przepisy regulujące nasze lekarskie działania zmieniają się jak w kalejdoskopie. Na kondycję ochrony zdrowia nie wpłynie jednak korzystnie mnogość ustaw jakie rząd zaplanował przedstawić posłom przed jesiennymi wyborami. Jednocześnie wprowadzonych zostanie kilkanaście nowych ustaw zdrowotnych oraz liczne, przygotowywane w pośpiechu, przepisy wykonawcze. Jak poradzą sobie z tym placówki lecznicze, jak prowadzący indywidualną praktykę lekarze, czy nie ucierpią na tym chorzy? Coraz więcej czasu poświęcamy dokumentacji nie zawsze medycznej, obsłudze kasy fiskalnej itd. Coraz mniej czasu pozostaje na kontakt z chorym. Posłowie już zaplanowali przerzucenie na nas lekarzy kolejnych zadań. Już raz poprzez brak jedności środowiska udało się nas zmusić do wystawiania obszernych druków L-4 opracowanych przez ZUS. Poprzez brak jedności i zdecydowanego sprzeciwu wszyscy staliśmy się orzecznikami ZUS – i to za darmo.

Wydaje się, że wielu polityków nie ma wizji lepszej Polski, ani nie ma nawet takich marzeń. Głosowane ustawy oceniają przez pryzmat notowań partii. Liczą się słupki popularności. Szczególnie teraz przed zbliżającymi się wyborami posłowie patrzą na swoje parlamentarne decyzje w kategorii partii, a nie kraju, a już na pewno nie z troską o pacjenta. Sami Państwo rozumiecie, że w tej sytuacji nikt z polityków nawet przez chwilę nie pomyśli o interesie lekarzy. Politycy, a często również media manipulują nastrojami społecznymi. Zachwiane zostało społeczne zaufanie do

lekarza stanowiące podstawę naszej pracy. Chorzy zniecierpliwieni trudnościami w uzyskaniu skierowań na konsultacje czy badania specjalistyczne, zniecierpliwieni kolejkami na operacje nie szukają winnych w chybionych decyzjach polityków czy złej organizacji systemu opieki zdrowotnej, ale kierują swoją agresją bezpośrednio do lekarzy.

W dniu 25 marca 2011 r. Sejm RP uchwalił ustawę o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Ustawa zwiększy obciążenie administracyjne lekarzy, ale i przewiduje obarczenie całkowitą odpowiedzialnością za błędy przy przepisywaniu recept także lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Ustawa umożliwi nałożenie na lekarza kary również w razie niezawinionego błędu, na przykład w przypadku okazania przez chorego fałszywego lub błędnego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. Przewidziany w ustawie wymiar kary, odpowiadający kwocie refundacji leku, jest niezależny od stopnia przewinienia lekarza.

Wszyscy mamy nadzieję, że Pan Prezydent uzna argumenty Naczelnej Izby Lekarskiej o niezgodności w/w ustawy z Konstytucją i odmówi jej podpisania. W przeciwnym razie konieczna może okazać się próba jedności społeczności lekarskiej, wyrażona w formie sprzeciwu podpisania nowych indywidualnych umów każdego lekarza z NFZ. W związku z powyższym proszę wszystkich członków Wojskowej Izby Lekarskiej o regularne śledzenie informacji zawartych na stronie internetowej WIL (www.wil.org.pl) oraz stronie Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl).

Prezes Rady Lekarskiej WIL
płk dr med. **Piotr RAPIEJKO**

WYDAWCA:

Wojskowa Izba Lekarska
ul. Koszykowa 78
00-909 Warszawa

tel. (22) 621 12 11
(22) 621 04 93

tel. MON: 845 675
845 653

tel./faks MON: 845 580

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. (22) 621 04 93 w. 181

Sekretarz redakcji:

Ewa Kapuścińska

e-mail: ewka@naszemedi.com.pl

tel. (22) 621 04 93 w. 184

Rada Redakcyjna:

Piotr Rapiejko

Krzysztof Chomiczewski

Jan Wilk

Zbigniew Ulanowski

Kolegium redakcyjne:

Ewa Kapuścińska

Eugeniusz Dziuk

Jacek Woszczyk

Artur Płachta

Konrad Maćkowiak

Stefan Antosiewicz

Opracowanie graficzne, łamanie:

Ewa Kapuścińska

Foto na I – Z. Ulanowski

Druk: „Akcel” Usługi Poligraficzne
tel. 663 664 440, 696 013 268

Nakład: 4250 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 3/2011

Szpalta Prezesa	1
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z dnia 18 lutego 2011 r.	3
Uchwały RL WIL z dnia 18 lutego 2011 r.	4
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z dnia 25 marca 2011 r.	5
Uchwały RL WIL z dnia 25 marca 2011 r.	6
Najważniejsze zmiany w Wytycznych Resuscytacji 2010 w stosunku do Wytycznych 2005 Europejskiej Rady Resuscytacji.....	7
Macedonia nie zapomniała	12
Wyróżniony Lekarz Rodzinny	15
XXVIII Zjazd Lekarzy WIL	16
Uchwały XVIII Zjazdu Lekarzy WIL.....	20
Konferencja Naukowa Międzysojusznicej Konfederacji Oficerów Rezerwy Służby Zdrowia CIOMR (NATO)	24
Trzecie Forum Oparzeniowe Europy Środkowo-Wschodniej	25
Wspomnienie – płk dr n. med. Włodzimierz Smok	28
Wspomnienie o dr. Janie Jańcu	28
Zachowajmy Ich w naszej pamięci!.....	29
„Lekarz w jednostce szuka pracy”	30
Who's in Charge?	31
Living Weapons	32

Z okazji **Święta Wojskowej Służby Zdrowia** wyraży
najwyższego uznania i podziękowań za ofiarną służbę
i pracę wraz z najlepszymi życzeniami wszelkiej pomyślności,
żołnierzom i pracownikom cywilnym wojskowej służby
zdrowia składa

Szef Inspektoratu
Wojskowej Służby Zdrowia
Szef Służby Zdrowia WP
płk lek. **Piotr DZIĘGIELEWSKI**

**WOJSKOWA IZBA LEKARSKA**

Prezes WIL: płk dr n. med. Piotr Rapiejko
Wiceprezes WIL: prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Dziuk
ppłk lek. Artur Płachta
lek. dent. Jacek Woszczyk
Sekretarz WIL: lek. Konrad Maćkowiak
Zastępca Sekretarza WIL: płk dr n. med. Stefan Antosiewicz
Skarbnik WIL: lek. Andrzej Gałecki
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Chomiczewski
Przewodniczący Sądu Lekarskiego: płk dr n. med. Jan Wilk
**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. (22) 621 12 11
tel. (22) 621 04 93 w. 179
Główna Księgowa: Anna Rosowska tel. (22) 621 04 93 w. 174
Sąd Lekarski: mgr Bogdan Sieradzki tel. (22) 621 04 93 w. 178
Rejestr lekarzy: mgr Edyta Klimkiewicz tel. (22) 621 04 93 w. 186
Doskonalenie zawodowe: Marta Adamska tel. (22) 621 04 93 w. 175
Praktyki prywatne: mgr Patrycja Wonatowska tel. (22) 621 04 93 w. 170
Składki członkowskie: mgr Dominika Sałapa tel. (22) 621 04 93 w. 180

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

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL

z dnia 18 lutego 2011 r.

Posiedzeniu przewodniczył wiceprezes WIL, prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Dziuk. Uczestniczyło w posiedzeniu 16 członków RL WIL oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL, prof. Krzysztof Chomiczewski, dyrektor Biura WIL i główna księgowa WIL. Gościem posiedzenia był Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, płk lek. Piotr Dzięgielewski, ciepło powitany przez prof. E. Dziuka. Szef IWSZ odniósł się do najważniejszych, jego zdaniem, aktualnych problemów wojskowej służby zdrowia, wśród nich dotyczących przekazania przez resort obrony narodowej 9 szpitali wojskowych do samorządów terytorialnych oraz innym podmiotom prawnym oraz przekształceń własnościowych szpitali. Szef IWSZ poinformował, że 111 SzW w Poznaniu prawdopodobnie przejmie poznański Uniwersytet Medyczny, natomiast rolę 109 SzW w Szczecinie przejmie 107 SzW w Wałczu, który zabezpieczać będzie okoliczne jednostki i poligon w Drawsku Pomorskim. Zmniejszeniu ma ulec liczba izb chorych i izb chorych z ambulatorium (ze 165 do prawdopodobnie 118). Izby chorych mają pozostać integralną częścią jednostek wojskowych i zapewniać ich potrzeby w zakresie zabezpieczenia medycznego szkolenia i ćwiczeń oraz medycyny pracy. Uczestniczący w posiedzeniu wyrazili swoje zaniepokojenie, że po przekształceniach

SP ZOZ-ów w spółki w przyszłości będą one mogły stać się zakładami niepublicznymi. Płk Dzięgielewski odpowiadając przyznał, że w okresie początkowym na pewno zachowają one status zakładu publicznego, później jednak zapewne będzie trudno go utrzymać. Odniósł się także do problemu braków kadrowych. Obecnie, jak mówił, „ukompletowanie” lekarzami w siłach zbrojnych nieznacznie przekracza 60%. Są jednostki całkowicie pozbawione lekarzy. Nie bez powodu pytano o skalę kształcenia lekarzy dla potrzeb Sił Zbrojnych RP i pozyskiwania ich z cywila. Jak poinformował płk P. Dzięgielewski, w ubiegłym roku przyjętych zostało na studia medyczne 65 kandydatów, w tym roku planuje się przyjąć kolejnych 60, a w 2012 – 70 kandydatów. Zakładając, że pozostanie w mundurze, po I roku studiów deklaruowało dotychczas 80-85% studentów, to w bieżącym roku do wojskowej służby zdrowia trafi 17 absolwentów po studiach medycznych (w ubiegłym roku zasiliło nasze szeregi tylko 10 absolwentów). Na zakończenie tej części swojego wystąpienia dodał, że aktualnie na wszystkich latach studiów mamy 173 studentów, oraz że odtwarzany będzie nabór na stomatologię i farmację. Szef IWSZ poinformował też Radę o przyjętych w uzgodnieniu z DK MON zasadach opiniowania kandydatów na kierownicze stanowiska w wojskowej służ-

bie zdrowia. Ustalono jednoznacznie, że na stanowiska o stopniu etatowym pułkownika o opinie do WIL występować będzie Dyrektor DK MON, natomiast o opinie na stanowiska zaszerogowane do stopnia etatowego ppłk., o opinie wnioskować będzie Szef IWSZ. Płk P. Dzięgielewski poinformował ponadto, że podjął wstępne działania zmierzające do opracowania ustawy o wojskowej służbie zdrowia oraz aktów wykonawczych do tej ustawy. O aktywne uczestnictwo w jej tworzeniu zwrócił się do RL WIL.

W dalszej części posiedzenia:

- prof. E. Dziuk poinformował, że na 24-25.02.2012 r. ustalony został termin Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy;
- Rada Lekarska ustaliła skład osób, które będzie rekomendować Zjazdowi na funkcje w organach XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL (na przewodniczącego Zjazdu i do prezydium Zjazdu oraz do komisji zjazdowych);
- na wniosek przewodniczącego Komisji ds. Rejestru Lekarzy, Wydawania PWZ i Praktyk Lekarskich, kol. Z. Zaręby, Rada podjęła uchwały w sprawach:
 - dokonania wpisu na listę członków WIL lek. dent. Kingi Wyrzykowskiej (**uchwała Nr 562/11/VI**),
 - zobowiązania lekarza do odbycia przeszkolenia w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat (**uchwała Nr 561/11/VI**),
 - w sprawie dokonania wpisów do rejestrów praktyk lekarskich, skreślenia praktyk oraz zmiany adresów praktyk (ogółem 36 uchwał).

Rada rozpatrzyła też wnioski dotyczące kandydatów na stanowiska kierownicze w wojskowej

Podziękowanie

Serdeczne podziękowanie pragnę złożyć Panu **płk rez. prof. dr hab. med. Władysławowi Witczakowi** oraz **całemu personelowi Oddziału Wewnętrzny I Szpitala Wojskowego w Lublinie** za profesjonalną pomoc oraz życzliwą opiekę okazaną mojej mamie – Alinie Chabros, w trakcie jej leczenia i powrotu do zdrowia.

Z wyrazami szacunku
mjr lek. **Krzysztof CHABROS**

służbie zdrowia i pozytywnie zaopiniowała:

- 1) **mjr. dr. n. med. Roberta Gocha** – proponowanego na stanowisko Ordynatora Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii w 10 WSzKzP w Bydgoszczy;
- 2) **mjr. dr. n. med. Sylwestra Drajwę** – proponowanego na stanowisko Ordynatora Oddziału Septycznego Kliniki Chirurgicznej w 10 WSzK w Bydgoszczy;
- 3) **ppłk. dr. n. med. Macieja Pietruszkę** – proponowanego na stanowisko Kierownika Zakładu – Adiunkta w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej;
- 4) **kmdr. ppor. Krzysztofa Ryszarda Szabata** – proponowanego na stanowisko Ordynatora Oddziału Neurologicznego 7 SzMW w Gdańsku-Oliwie;
- 5) **plk. Wojciecha Henryka Hytrosia** – proponowanego na stanowisko Szefa Pionu Operacyjnego – zastępcę Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia;
- 6) **ppłk. lek. Sławomira Pieniutę** – proponowanego na stanowisko

zastępcy Komendanta Szpitala ds. Lecznictwa Otwartego i Obwodu Profilaktyczno – Leczniczego 4 WSzKzP we Wrocławiu;

Sprawy finansowe omówił i przedstawił uczestnikom posiedzenia Skarbnik WIL, kol. A. Gałeczki. Na wstępie przedstawił projekt budżetu WIL na 2011 r., który będzie przedmiotem obrad XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL. Został on jednomyślnie przyjęty i postanowiono rekomendować go w tej formie Zjazdowi.

Na wniosek skarbnika WIL, Rada Lekarska podjęła uchwały w sprawach dotyczących:

- wysokości składek członkowskich lekarzy (**uchwały nr 599-602/11/VI**),
- zapomóg w związku ze śmiercią członka WIL,
- udzielenia wsparcia finansowego na organizację XV Konferencji Naukowej Stowarzyszenia Absolwentów WAM, która odbędzie się w dniach 26-28.05.2011 r. (**uchwała nr 603/11/VI**).

Rada podjęła także uchwałę **Nr 604/11/VI** w sprawie rozpatrzenia zarzutów lekarza (-) zgłoszonych

w postępowaniu egzekucyjnym zobowiązania pieniężnego na podstawie tytułu wykonawczego **Nr 8/2009** z dnia 20 listopada 2009 r., będącą konsekwencją złożonego do NIL odwołania przez reprezentującą tego lekarza Kancelarię Radców Prawnych.

O stanie przygotowań do Zjazdu i realizacji zaplanowanych zamierzeń z tym związanych poinformował Radę Dyrektor Biura WIL. Rada podjęła uchwałę regulującą zasady zwrotu kosztów podróży delegatów na Zjazd (**uchwała nr 605/11/VI**). Dyrektor Biura WIL przedstawił też wstępny program organizowanego przez OIL w Warszawie II Pikniku Samorządów Zaufania Publicznego, który zaplanowany jest na 4 czerwca br., zachęcając jednocześnie do szerszego niż w roku ubiegłym w nim uczestnictwa.

Po wyczerpaniu porządku obrad prowadzący obrady wiceprezes WIL, prof. dr hab. med. E. Dziuk zamknął posiedzenie Rady Lekarskiej WIL.

Z. U.

Uchwała nr 603/11/VI Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 18 lutego 2011 r.

w sprawie przyznania wsparcia finansowego na organizację XV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, organizowanej przez Stowarzyszenie Absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej

Na podstawie art. 25 pkt 4, w związku z art. 5 pkt 13 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 219 poz. 1708) oraz na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3, lit. a) uchwały nr 10/09/V XXV Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 27 marca 2009 r. w sprawie zasad udzielania pomocy finansowej przez Wojskową Izbę Lekarską uchwała się co następuje:

§ 1

Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie postanawia wyasygnować kwotę 10.000,00 zł

(słownie:dziesięć tysięcy złotych), z przeznaczeniem na dofinansowanie organizacji Konferencji Naukowo-Szkoleniowej SA WAM, która odbędzie się w dniach 26-28 maja 2011 r.

§ 2

Kwota, o której mowa w § 1 niniejszej uchwały, wpłacona zostanie na konto bankowe wskazane przez organizatora konferencji, Prezesa SA WAM, dr. Andrzeja Probućkiego.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
Konrad MAĆKOWIAK

PREZES
RADY LEKARSKIEJ WIL
Piotr RAPIEJKO

**Uchwała nr 605/11/VI
Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 18 lutego 2011 r.**

w sprawie zasad zwrotu kosztów podróży delegatom na XXVIII Zjazd Wojskowej Izby Lekarskiej w Ryni

Na podstawie art. 25 pkt 10 oraz art. 114 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219 poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1

Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej ustanawia następujące zasady zwrotu kosztów podróży delegatom na XXVIII Zjazd WIL:

1. Zwraca się delegatom koszty podróży zgodnie z obowiązującą taryfą PKP i przysługującymi zniżkami.

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
Konrad MAĆKOWIAK

2. Podstawę do zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 1, stanowi bilet PKP.
3. Delegatom, którzy podróż odbędą samochodem własnym i zabiorą dodatkowo co najmniej jednego delegata, zwraca się koszty przejazdu wg rozliczenia przejechanych kilometrów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Delegat, o którym mowa w ust. 3, będący pasażerem, nie otrzymuje zwrotu kosztów przejazdu.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

PREZES
RADY LEKARSKIEJ WIL
Piotr RAPIEJKO

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL

z dnia 25 marca 2011 r.

W posiedzeniu Rady Lekarskiej, które odbyło się w Ryni przed XXVIII Zjazdem Lekarzy WIL, wzięło udział 21 członków Rady oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL, prof. Krzysztof Chomiczewski i radca prawny WIL, mec. Andrzej Niewiadomski. Przewodniczył posiedzeniu Prezes WIL, płk dr med. Piotr Rapiejko, który zrelacjonował swoją działalność w ostatnim czasie. Następnie Rada podjęła decyzje w sprawie uzupełnienia składu rekomendowanych przez nią osób na funkcje zjazdowe. Na wniosek przewodniczącego Komisji ds. Rejestru Lekarzy, Wydawania PWZ i Praktyk Lekarskich, kol. Z. Zaręby, Rada podjęła uchwały:

- w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza, wpisania na listę członków Wojskowej Izby Lekarskiej oraz wpisu do rejestru lek. Kamili Sawko (**uchwała nr 606/11/VI**);
- w sprawie wydania duplikatu dokumentu „Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza” lek. Krzysztofowi Olesiowi (**uchwała nr 607/11/VI**);
- w sprawach dotyczących wpisu do rejestru praktyk lekarskich, skreśleń i zmiany adresów praktyk (**uchwały od nr 608 do 650/11/VI**).

i rozpatrzyła wnioski organizatorów szkoleń o akceptację przedstawionych propozycji przyznania punktów edukacyjnych uczestniczącym w nich lekarzom. Rada rozparzyła też i podjęła akceptującą decyzję dotyczącą wniosku lekarza Piotra Baldygi w sprawie wydania mu zaświadczenia o posiadaniu prawa do udzielania

świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Zaakceptowała też przyznanie punktów edukacyjnych w liczbie określonej we wnioskach organizatorów szkoleń:

- w kursie szkoleniowym nt. „Jak pisać wnioski o finansowanie nauki”, którego organizatorem jest Wojskowy Instytut Medyczny;
- w VII Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Czerwone Oko”, którą organizował Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej;
- w sympozjum nt. „Dialysis Adequacy and Kinetic Modelling” organizowanym przez Instytut Biocybernetyki Inżynierii Biomedycznej PAN.

W dalszej części posiedzenia:

- Rada Lekarska rozpatrzyła wnioski dotyczące kandydatów na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie zdrowia, dotyczące:
 - **dr. n. med. Macieja Koszutskiego** – na stanowisko ordynatora Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w 111 SzWzP w Poznaniu (decyzję odłożono z powodu braku opinii konsultanta wojskowej służby zdrowia);
 - **mjr. lek. Ryszarda Kołtysia** – na stanowisko ordynatora oddziału – Oddziału Klinicznego Okulistycznego 10 WSzKzP w Bydgoszczy (Rada udzieliła poparcia kandydatowi);
 - **prof. dr. hab. med. Andrzeja Szuby** – na stanowisko Kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych w 4

Uchwały RL WIL

WSzKzP we Wrocławiu (Rada udzieliła poparcia kandydatowi);
Na wniosek skarbnika WIL,
Rada Lekarska podjęła uchwały:
– **nr 651/11/VI** – w sprawie przyznania wsparcia finansowego na organizację Sesji Naukowej

CIOMR (Międzysojusznicej Konfederacji Oficerów Rezerwy Służby Zdrowia);
– **nr 652/11/VI** – w sprawie ustalenia dokumentacji opisującej przyjęte przez Wojskową Izbę Lekarską zasady (politykę) rachunkowości.

Po wyczerpaniu porządku obrad prowadzący obrady Prezes WIL zamknął posiedzenie Rady i zaprosił wszystkich w niej uczestniczących na obrady XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL.

Z. U.

Uchwała nr 651/11/VI Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 25 marca 2011 r.

w sprawie przyznania wsparcia finansowego na organizację Sesji Naukowej CIOMR (Międzysojusznicej Konfederacji Oficerów Rezerwy Służby Zdrowia) w dniach 4-5.08.2011 r.

Na podstawie art. 25 pkt 4, w związku z art. 5 pkt 13 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219 poz. 1708) oraz na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3, lit. a) uchwały Nr 10/09/V XXV Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 27 marca 2009 r. w sprawie zasad udzielania pomocy finansowej przez Wojskową Izbę Lekarską uchwała się co następuje:

§ 1.

Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie postanawia wyasygnować kwotę 3 000,00 zł

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
Konrad MAĆKOWIAK

(słownie: trzy tysiące złotych), z przeznaczeniem na dofinansowanie organizacji **Sesji Naukowej CIOMR (Międzysojusznicej Konfederacji Oficerów Rezerwy Służby Zdrowia) w dniach 4-5.08.2011 r.**

§ 2.

Kwota, o której mowa w § 1 niniejszej uchwały, wpłacona zostanie na konto bankowe wskazane przez organizatora Kongresu Letniego CIOMR, kmdr. por. rez. lek. Andrzeja Galubińskiego.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

PREZES
RADY LEKARSKIEJ WIL
Piotr RAPIEJKO

Uchwała nr 652/11/VI Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 25 marca 2011 r.

w sprawie ustalenia dokumentacji opisującej przyjęte przez Wojskową Izbę Lekarską zasady (politykę) rachunkowości

Na podstawie art. 25 pkt. 4 i 10, art. 114 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708), art. 4, 9 i 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r., Nr 152, poz. 1223 z późn. zm.) oraz § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 15 listopada 2001 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości dla niektórych jednostek niebędących spółkami handlowymi, nieprowadzących działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 137, poz. 1539 z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1

1. Wojskowa Izba Lekarska – zwana dalej „WIL” ustala dokumentację opisującą przyjęte zasady

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
Konrad MAĆKOWIAK

(politykę) rachunkowości, rzetelnie i jasno przedstawiając sytuację majątkową i finansową oraz wynik finansowy.

2. Przyjęte zasady (politykę) rachunkowości WIL określa załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Traci moc uchwała nr 1783/09/V Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 11 września 2009 r. w sprawie przyjęcia zasad (polityki) rachunkowości przez Wojskową Izbę Lekarską.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, przy czym zasady (polityka) rachunkowości, o której mowa w § 1, obowiązują od 1 marca 2011 r.

PREZES
RADY LEKARSKIEJ WIL
Piotr RAPIEJKO

Załącznik do informacji prasowej Polskiej Rady Resuscytacji z dnia 18 października 2010 r. „All you need is flow!” („Wszystko czego potrzebujesz to przepływ!”) Kjetil Sunde, Resuscitation 81, 2010 (4) 371-372

Najważniejsze zmiany w Wytycznych Resuscytacji 2010 w stosunku do Wytycznych 2005 Europejskiej Rady Resuscytacji

W dniu 18 października 2010 r. Europejska Rada Resuscytacji (www.erc.edu) opublikowała Wytyczne Resuscytacji 2010, których tłumaczenie na język polski wkrótce będzie dostępne zarówno w formie elektronicznej (www.prc.krakow.pl) jak i książkowej. Poniżej przedstawiony jest dokument opracowany przez Polską Radę Resuscytacji, który podsumowuje najważniejsze zmiany w Wytycznych Resuscytacji 2010 w porównaniu do Wytycznych 2005.

I. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne (BLS)

1. Dyspozytor pogotowia ratunkowego powinien być przeszkolony w zakresie zbierania informacji od osób wzywających pomocy zgodnie z protokołem skierowanym na rozpoznawanie stanu przytomności i jakości oddychania poszkodowanego. Stwierdzenie braku oddechu lub niewłaściwego toru oddechowego w zestawieniu z brakiem przytomności powinny skutkować wdrożeniem właściwego protokołu związanego z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK).
2. Wszystkie osoby udzielające pierwszej pomocy, niezależnie od stopnia wykształcenia powinny wykonywać uciśnięcia klatki piersiowej u poszkodowanych z zatrzymaniem krążenia. Kluczową interwencją, na którą Wytyczne nadal kładą nacisk, jest wysoka jakość wykonywania uciśnięć klatki piersiowej. Osoby przeszkolone powinny wykonywać uciśnięcia klatki piersiowej i wentylację w sekwencji 30:2. Gdy BLS wykonuje osoba nieprzeszkolona, zachęca się do zastosowania telefonicznego instruktażu z wyłącznym uciskaniem klatki piersiowej.
3. Podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) zachęca się do stosowania sprzętu pozwalającego na uzyskanie natychmiastowej informacji

zwrotnej dla ratowników na temat jakości prowadzonej RKO. Dane gromadzone w tych urządzeniach mogą być użyte w celu monitorowania i poprawy jakości wykonywania RKO, jak również dostarczają informacji zwrotnych dla ratowników przydatnych w trakcie sesji debriefingowych.

II. Elektroterapia: automatyczne defibrylatory zewnętrzne (AED), defibrylacja

1. Podkreśla się potrzebę wczesnego, nieprzerwanego wykonywania uciśnięć klatki piersiowej.
2. Znacznie większy nacisk kładzie się na minimalizowanie przerw w uciskaniu klatki piersiowej bezpośrednio przed, jak i po defibrylacji. Zaleca się kontynuowanie uciskania klatki piersiowej w trakcie ładowania defibrylatora.
3. Podkreśla się rolę natychmiastowego ponownego podjęcia uciskania klatki piersiowej po wykonanej defibrylacji. Defibrylacja powinna być wykonana z przerwaniem uciskania klatki piersiowej na okres nie dłuższy niż 5 sekund.
4. Nadal najważniejsze jest bezpieczeństwo ratownika. Wytyczne zwracają uwagę, że zagrożenie dla ratownika podczas defibrylacji jest bardzo małe, szczególnie gdy ma założone rękawiczki. Obecnie kładzie się nacisk na szybkie sprawdzenie bezpie-

czeństwa w celu zminimalizowania przerwy przed defibrylacją.

5. Podczas leczenia zewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia, w czasie gdy defibrylator jest przygotowywany, podłączany i ładowany, zespoły pogotowia ratunkowego powinny zapewnić wysokiej jakości RKO, ale nie jest już zalecane rutynowe prowadzenie zdefiniowanego okresu RKO (np. 2 lub 3 minut) przed oceną rytmu i defibrylacją.
6. Można rozważyć zastosowanie do trzech defibrylacji pod rząd, gdy zatrzymanie krążenia w rytmach do defibrylacji wystąpi podczas cewnikowania serca lub we wczesnym okresie pooperacyjnym po zabiegach kardiochirurgicznych. Strategia trzech wyładowań może być również zastosowana jako wstępne postępowanie w zaawansowanym zatrzymaniu krążenia, gdy pacjent jest już podłączony do defibrylatora manualnego.
7. Zachęca się do dalszego rozwoju programów AED – istnieje potrzeba dalszego rozpowszechniania automatycznych defibrylatorów zewnętrznych zarówno w miejscach publicznych jak i miejscach zamieszkania.

III. Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych (ALS)

1. Zwiększenie nacisku na istotę minimalizowania przerw w wysokiej jakości uciśnięciach klatki

Nowe Wytyczne Resuscytacji ERC

- piersiowej prowadzonych podczas wszystkich interwencji ALS. Uciśnięcia klatki piersiowej zatrzymywane są na krótko, jedynie by umożliwić istotne interwencje.
2. We wszystkich szpitalach powinno się zwiększyć nacisk na zastosowanie systemów „obserwuj i reaguj”, by uchwycić pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta i umożliwić wdrożenie leczenia w celu zapobiegania wystąpienia wewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia.
 3. Zwrócenie uwagi na niepokojące objawy ryzyka wystąpienia nagłej śmierci sercowej poza szpitalem.
 4. Rezygnacja z zalecenia dotyczącego zdefiniowanego okresu wykonywania RKO przed defibrylacją w niezauważonego przez służby ratownicze pozaszpitalnym zatrzymaniu krążenia.
 5. Kontynuacja uciśnień klatki piersiowej podczas ładowania defibrylatora, co pozwoli na zmniejszenie przerw przed defibrylacją.
 6. Zmniejszenie znaczenia uderzenia przedsercowego.
 7. Zastosowanie do trzech pod rząd defibrylacji w przypadku migotania komór, częstoskurczu komorowego bez tętna, występujących w pracowniach kardiologii inwazyjnej lub w bezpośrednim w okresie po operacjach kardiochirurgicznych.
 8. Nie jest już zalecane podawanie leków przez rurkę intubacyjną – jeżeli dostęp dożylny nie jest możliwy do uzyskania, leki powinno się podawać drogą doszpikową.
 9. W leczeniu zatrzymania krążenia w rytmach do defibrylacji należy podać 1 mg adrenaliny po wykonaniu trzeciej defibrylacji i po podjęciu uciskania klatki piersiowej, a następnie co 3-5 minut (co drugą pętlę RKO). Amiodaron w dawce 300 mg jest także podawany po trzeciej defibrylacji.
 10. Atropina nie jest rutynowo zalecana do zastosowania w przypadku wystąpienia asystolii lub czynności elektrycznej bez tętna.
 11. Zmniejszenie nacisku na wczesną intubację, za wyjątkiem sytuacji, gdy może być ona wykonana przez dobrze wyszkolone osoby, z minimalną tylko przerwą w uciśnięciach klatki piersiowej.
 12. Zwiększenie nacisku na zastosowanie kapnografii w celu potwierdzenia i monitorowania położenia rurki dotchawiczej, jakości RKO oraz jako wczesnego wskaźnika powrotu spontanicznego krążenia (ROSC).
 13. Zwrócenie uwagi na potencjalne znaczenie obrazowania ultrasonograficznego podczas ALS.
 14. Rozpoznanie potencjalnej szkody powodowanej przez hiperoksemię po ROSC. Gdy osiągnięty zostanie ROSC i można wiarygodnie monitorować saturację krwi tętniczej (SaO₂) poprzez pulsoksymetrię i/lub gazometrię, wdechowe stężenie tlenu powinno być dostosowywane do potrzeb pacjenta (miareczkowane) tak, by osiągnąć saturację (SaO₂) 94-98%.
 15. Zwiększenie uwagi na konieczność leczenia zespołu objawów występujących po zatrzymaniu krążenia.
 16. Wdrożenie zrozumiałych, przejrzystych protokołów leczenia pacjentów po zatrzymaniu krążenia może poprawić przeżywalność po NZK.
 17. Zwiększenie nacisku na zastosowanie pierwotnej przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI) w określonej grupie pacjentów z utrzymującym się ROSC (włączając w to pacjentów pozostających w stanie śpiączki).
 18. Rewizja zaleceń dotyczących kontroli poziomu glikemii: u osób dorosłych po ROSC powinno się wdrożyć leczenie, gdy poziom glukozy we krwi jest >10 mmol/l (>180 mg/dl). Jednocześnie powinno się unikać hipoglikemii.
 19. Zastosowanie terapeutycznej hipotermii u pacjentów pozostających w stanie śpiączki po zatrzymaniu krążenia zarówno w rytmach do defibrylacji, jak i w rytmach nie do defibrylacji. Dowody naukowe na stosowanie hipotermii w grupie pacjentów z zatrzymaniem krążenia w rytmach nie do defibrylacji są słabsze.
 20. Wiele zaakceptowanych metod/czynników przewidujących niekorzystny wynik leczenia pacjentów pozostających w stanie śpiączki po NZK jest niewiarygodnych, szczególnie, gdy zastosowano terapeutyczną hipotermię.

IV. Wstępne postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych (OZW)

1. Termin ostry zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI-ACS) został wprowadzony dla określenia zarówno NSTEMI, jak i niestabilnej duszniczy bolesnej.
2. Wywiad, badanie fizykalne, biomarkery, kryteria EKG, jak i skale ryzyka nie są wiarygodnymi kryteriami identyfikacji pacjentów, którzy mogą być wcześniej i bezpiecznie wypisani ze szpitala.
3. Rolą oddziałów przyjmujących pacjentów celem obserwacji dolegliwości bólowych w klatce piersiowej jest identyfikacja tych pacjentów, którzy wymagają przyjęcia do szpitala i leczenia inwazyjnego.
4. Powinno unikać się stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych.
5. Nitratów nie powinno się stosować w celach diagnostycznych.
6. Tlenoterapię powinno się stosować jedynie u pacjentów z hipoksją, dusznością lub zastojem płucnym. Hiperoksemia może być szkodliwa w przebiegu niepowikłanego zawału.
7. Wprowadzono liberalizację wytycznych leczenia z zastosowa-

niem kwasu acetylosalicylowego (ASA). ASA może być obecnie podany przez świadków zdarzenia, także bez zaleceń dyspozytora.

8. Zweryfikowano wytyczne nowej terapii przeciwplatekowej i przeciwzakrzepowej u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI) i NSTEMI-ACS w oparciu o strategię terapeutyczną.
9. Nie jest zalecane stosowanie inhibitorów glikoproteiny IIb/IIIa przed wykonaniem angiografii/przeszkórnej interwencji wieńcowej (PCI).
10. Uaktualniono strategię reperfuzyjną dla zawału mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI):
 - Preferowanym sposobem leczenia jest pierwotna przeszłona interwencja wieńcowa (pPCI) wykonywana we właściwym przedziale czasowym przez doświadczony zespół.
 - Zespół pogotowia ratunkowego może pominąć najbliższy szpital, aby dotrzeć do miejsca, gdzie pPCI może być wykonane bez zbytecznego opóźnienia.
 - Akceptowalne opóźnienie pomiędzy rozpoczęciem fibrynolizy a pierwszym wypełnieniem balonu PCI jest zmienne i wynosi od 45-180 minut, w zależności od lokalizacji zawału, wieku pacjenta i czasu trwania objawów.
 - Ratunkowa PCI powinna być wykonana w przypadku nieskutecznej fibrynolizy.
 - Nie powinna być stosowana strategia rutynowej PCI bezpośrednio po fibrynolizie.
 - Pacjenci, u których wykonano skuteczną fibrynolizę, a znajdujący się w szpitalach nie posiadających możliwości wykonania PCI, powinni być w ciągu 6-24 godzin po

fibrynolizie przesłani do miejsca z możliwością wykonania angiografii i ewentualnej PCI (strategia farmakologiczno-inwazyjna).

- Wykonanie angiografii i w razie potrzeby PCI powinno być rozważone u pacjentów po ROSC i może być częścią standardowego protokołu postępowania po zatrzymaniu krążenia.
 - Dla osiągnięcia tych celów może być wskazane stworzenie sieci obejmujących swoim działaniem pogotowie ratunkowe oraz szpitale posiadające i nie posiadające możliwości wykonania PCI.
11. Zalecenia stosowania beta-blokerów są bardziej restrykcyjne, gdyż brak jest dowodów naukowych pozwalających na zalecenie rutynowego stosowania beta-blokerów drogą dożylną za wyjątkiem szczególnych sytuacji takich jak leczenie tachyarytmii. Jeżeli stosowana, terapia beta-blokerem powinna być rozpoczynana z zastosowaniem niskich dawek i jedynie wtedy, gdy stan pacjenta jest stabilny.
 12. Wytyczne zastosowania profilaktycznego leków antyarytmicznych, inhibitorów konwertazy angiotensyny, blokerów receptora angiotensyny oraz statyn pozostają bez zmian.

V. Zabiegi resuscytacyjne u dzieci

1. Rozpoznanie zatrzymania krążenia – osoby z wykształceniem medycznym nie mogą w sposób wiarygodny ocenić obecności bądź braku tętna u niemowlęcia lub dziecka w czasie poniżej 10 sek. Powinni oni poszukiwać oznak życia, a jeżeli są pewni techniki badania mogą włączyć ocenę tętna do diagnostyki zatrzymania krążenia i zdecydować czy powinni rozpocząć uciśnięcia klatki piersiowej czy nie. Decyzja o rozpoczęciu RKO

musi być podjęta w czasie krótszym niż 10 sek. W zależności do wieku dziecka tętno można badać na tętnicy szyjnej (dzieci), ramiennej (niemowlęta) lub udowej (dzieci i niemowlęta).

2. Stosunek uciśnień klatki piersiowej do wentylacji (compression ventilation ratio – CV) u dzieci zależy, czy pomocy udziela jeden, czy więcej ratowników. Ratowników przedmedycznych, którzy zwykle nauczani są działania w pojedynkę, należy instruować, aby wykonywali 30 uciśnień klatki piersiowej i 2 oddechy ratownicze, czyli tak samo jak w wytycznych dla dorosłych, co umożliwi każdemu, kto został przeszkolony w zakresie BLS, prowadzenie resuscytacji dzieci przy minimum dodatkowych informacji. Ratownicy, mający zawodowy obowiązek udzielania pomocy powinni się uczyć i stosować CV 15:2, jednak mogą użyć sekwencji 30:2 jeśli działają w pojedynkę, szczególnie gdy nie udaje się im osiągnąć wystarczającej liczby uciśnień. Wentylacja pozostaje nadal bardzo istotnym elementem RKO w zatrzymaniu krążenia spowodowanym asfiksją. Ratowników, którzy nie są w stanie lub nie chcą prowadzić wentylacji usta-usta należy zachęcać do wykonywania RKO z wyłącznym uciskaniem klatki piersiowej.
3. Podkreśla się znaczenie jakości uciśnień, które powinny być wykonywane na odpowiednią głębokość, z możliwie najmniejszymi przerwami, aby zminimalizować czas bez przepływu. Należy uciskać klatkę piersiową na co najmniej 1/3 jej wymiaru przednio-tylnego u wszystkich dzieci (tj. około 4 cm u niemowląt i około 5 cm u dzieci). Podkreśla się też znaczenie następującego po uciśnięciu całkowitego zwolnienia nacisku. Zarówno u niemowląt, jak i u dzieci częstość uciśnień powinna wynosić co najmniej

Nowe Wytyczne Resuscytacji ERC

100/min, ale nie więcej niż 120/min. Technika ich wykonywania u niemowląt obejmuje uciskanie dwoma palcami w przypadku jednego ratownika oraz objęcie klatki piersiowej i uciskanie dwoma kciukami, jeśli ratowników jest dwóch lub więcej. U starszych dzieci, w zależności od wyboru ratownika, można zastosować technikę uciskania jedną lub dwoma rękami.

4. Automatyczne defibrylatory zewnętrzne (AED), gdy stosuje się je u dzieci powyżej pierwszego roku życia, są bezpieczne i skuteczne. Specjalne elektrody pediatryczne lub oprogramowanie zmniejszają energię urządzenia do 50-75 J i są rekomendowane dla dzieci w wieku 1-8 lat. Jeżeli nie jest dostępne takie urządzenie ani nie można dostosowywać energii manualnie, u dzieci powyżej 1 roku życia można użyć niezmodyfikowanego AED, jak u dorosłych. Istnieją doniesienia o przypadkach skutecznego zastosowania AED u dzieci poniżej 1 roku życia; w rzadkich przypadkach występowania rytmów do defibrylacji u dzieci poniżej 1 roku życia, użycie AED jest uzasadnione (najlepiej z dostosowaniem energii).
5. Aby skrócić czas bez przepływu, używając manualnego defibrylatora, należy kontynuować uciski klatki piersiowej podczas umieszczania i ładowania łyżek lub elektrod samoprzylepnych (jeżeli wielkość klatki piersiowej dziecka na to pozwoli). Po naładowaniu defibrylatora należy przerwać na krótko uciskanie klatki piersiowej w celu wykonania defibrylacji. Dla uproszczenia i spójności z wytycznymi BLS i ALS u dorosłych, do defibrylacji u dzieci rekomendowana jest strategia pojedynczych wyładowań energią 4 J/kg bez jej zwiększania (najlepiej z użyciem defibrylatora dwufazowego, ale jednofazowy jest dopuszczalny).

6. Można bezpiecznie używać rurek z mankietem u niemowląt i małych dzieci. Średnicę rurki należy dobrać korzystając z właściwej formuły.

7. Bezpieczeństwo i znaczenie stosowania ucisku na chrząstkę pierścieniową podczas intubacji tchawicy nie zostały jasno określone. Dlatego, jeśli ten manewr opóźnia bądź utrudnia intubację, należy go zmodyfikować lub zaprzestać.

8. Monitorowanie końcowo-wydechowego stężenia dwutlenku węgla (CO₂), najlepiej za pomocą kapnografu, jest pomocne w potwierdzaniu prawidłowego położenia rurki intubacyjnej i rekomendowane podczas RKO jako narzędzia oceny i optymalizacji jej jakości.

9. Po ROSC należy tak miareczkować stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej, aby ograniczyć ryzyko hiperoksemii.

10. Wdrożenie systemu szybkiego reagowania w oddziałach pediatrycznych może zredukować częstość zatrzymań krążenia i oddychania oraz śmiertelność szpitalną.

11. Nowe zagadnienia w wytycznych 2010 obejmują postępowanie w patologich kanałów jonowych i niektórych sytuacjach szczególnych: urazach, korekcji serca jednokomorowego – przed i po 1 etapie, po korekcji metodą Fontana, nadciśnieniu płucnym.

VI. Resuscytacja noworodków bezpośrednio po urodzeniu

1. U wydolnych noworodków aktualnie zaleca się opóźnienie klemowania pępowiny o co najmniej jedną minutę od momentu urodzenia się dziecka (zakończenia drugiego okresu porodu). Dotychczas nie zgromadzono wystarczającej ilości dowodów naukowych pozwalających na wskazanie zalecanego czasu zaklemowania pępowiny u no-

worodków urodzonych w ciężkiej zamartwicy.

2. U noworodków urodzonych o czasie, podczas resuscytacji bezpośrednio po urodzeniu, należy używać powietrza. Jeżeli pomimo efektywnej wentylacji, oksygenacja (optymalnie oceniana za pomocą oksymetru) nie jest akceptowalna, należy rozważyć użycie wyższego stężenia tlenu.

3. Wcześnieiki poniżej 32 tygodnia ciąży oddychając powietrzem mogą nie osiągnąć takiej samej przezskórnej saturacji jak dzieci urodzone o czasie. Dlatego należy rozważyć podawanie mieszaninę tlenu z powietrzem pod kontrolą pulsoksymetru. Jeżeli mieszanina tlenu z powietrzem nie jest dostępna, należy zastosować to, co jest dostępne.

4. Wcześnieiki poniżej 28 tygodnia ciąży natychmiast po urodzeniu i bez osuszania należy całkowicie owinąć folią spożywczą lub workiem plastikowym do poziomu szyi. Zabiegi pielęgnacyjne i stabilizacja powinny się odbywać pod promiennikiem ciepła. Powinny one pozostawać owinięte folią dopóki ich temperatura nie zostanie sprawdzona po przyjęciu do oddziału. W ich przypadku temperatura na sali porodowej powinna wynosić przynajmniej 26 °C.

5. Rekomendowany stosunek ucisknięć klatki piersiowej do wentylacji w trakcie resuscytacji noworodków wynosi 3:1.

6. Nie zaleca się odsysania smółki z nosa i ust po urodzeniu główki dziecka (gdy główka jest jeszcze w kroczu). Jeśli urodzone dziecko jest wiotkie, nie oddycha i obecna jest smółka zasadne jest wykonanie szybkiej inspekcji jamy ustno-gardłowej i usunięcie potencjalnej przyczyny niedrożności. Jeżeli na miejscu znajduje się osoba posiadająca specjalistyczne umiejętności, przydatna może być intubacja i odessanie

tchawicy. Jednakże, jeśli próba intubacji przedłuża się lub jest nieskuteczna należy rozpocząć wentylację maską twarzą, szczególnie gdy utrzymuje się bradykardia.

7. Gdy podawana jest adrenalina, rekomenduje się drogę dożylną i stosuje dawkę 10-30 µg/kg. Jeżeli wykorzystywany jest dostęp dotchawczy, aby osiągnąć efekt porównywalny do dawki 10 µg/kg dożylnie, prawdopodobnie będzie dawka co najmniej 50-100 µg/kg.
8. Wykrycie obecności dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu w połączeniu z oceną kliniczną jest najbardziej wiarygodną metodą potwierdzenia położenia rurki intubacyjnej u noworodków z zachowanym spontanicznym krążeniem.
9. U noworodków urodzonych o czasie lub prawie o czasie, rozwijających umiarkowaną lub ciężką encefalopatię hipoksyczo-ischemiczną należy, o ile to możliwe, zastosować terapeutyczną hipotermię. Takie postępowanie nie modyfikuje resuscytacji, ale jest ważne w opiece poresuscytacyjnej.

VII. Zasady edukacji w resuscytacji

1. Aby zapewnić wiarygodną ocenę osiągnięcia założonych celów nauczania należy przeprowadzać ewaluację metod edukacyjnych. Celem jest upewnienie się, że osoby szkolone posiadają i zachowują umiejętności i wiedzę, które umożliwią im prawidłowe działanie podczas zatrzymania krążenia i poprawią wyniki leczenia pacjentów.
2. Krótkie wideo/komputerowe kursy samokształcące, z minimalnym udziałem instruktora lub bez niego, w połączeniu z ćwiczeniami praktycznymi należy uważać za efektywną alternatywę dla kursów podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS-AED) prowadzonych przez instruktorów.

3. Ideałem byłoby gdyby wszyscy obywatele byli przeszkoleni w zakresie standardowej RKO, obejmującej uciskanie klatki piersiowej i wentylację. W niektórych sytuacjach dopuszczalne może okazać się szkolenie polegające na nauczaniu RKO z wyłącznym uciskaniem klatki piersiowej (dostosowane do sytuacji np. szkolenie w bardzo ograniczonym czasie). Osoby w ten sposób przeszkolone należy zachęcać, aby uczyły się standardowej, pełnej RKO, z uciśnięciami klatki piersiowej i wentylacją.
4. Wiedza i umiejętności z zakresu podstawowych i zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych pogarszają się już po upływie 3-6 miesięcy od szkolenia. Częsta ocena pomoże zidentyfikować osoby wymagające szkoleń przypominających w celu utrzymania wiedzy i umiejętności.
5. Podczas szkoleń z zakresu RKO, niezależnie od wyszkolenia medycznego uczestników, należy rozważyć stosowanie urządzeń dających natychmiastową informację zwrotną w celu poprawy nabywania i utrzymania umiejętności praktycznych.
6. Zwiększony nacisk na rozwijanie umiejętności poza-technicznych (non-technical skills - NTS), takich jak kierowanie zespołem, praca zespołowa, podział obowiązków i umiejętność komuni-

kacji pomoże poprawić jakość RKO i opieki nad pacjentem.

7. Odprawy dla zespołów i przygotowywanie się do resuscytacji oraz omawianie jej w oparciu o analizę postępowania podczas symulowanej lub rzeczywistej resuscytacji należy wykorzystywać jako narzędzie pomocne w doskonaleniu działań zespołów resuscytacyjnych i osób indywidualnych.
8. Liczba badań naukowych dotyczących wpływu szkoleń z zakresu resuscytacji na wyniki końcowe leczenia pacjentów jest ograniczona. Chociaż obserwacje z wykorzystaniem manekinów są przydatne, należy zachęcać badaczy aby analizowali i publikowali wyniki dotyczące wpływu metod edukacyjnych na efekty leczenia pacjentów.

**Prezes
Polskiej Rady Resuscytacji**

Uwaga: Polska Rada Resuscytacji nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek szkody, mogące wynikać z użycia metod, sprzętu, instrukcji, bądź idei przedstawionych w niniejszej publikacji.

www.erc.edu
www.prc.krakow.pl
Polska Rada Resuscytacji
ul. Radziwiłłowska 4
31-026 Kraków
tel. +48 12 446 69 71
fax: +48 12 446 69 72
www.prc.krakow.pl
biuro@prc.krakow.pl

III Warmińsko-Mazurskie Dni Ultrasonograficzne

Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne i firma DRAMIŃSKI organizują w Olsztynie w dniach 30.09-2.10.2011 III Warmińsko-Mazurskie Dni Ultrasonograficzne. Podmiotem Wspierającym konferencję jest Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska. Kierownictwo naukowe sprawuje prof. dr hab. n.med. Wiesław Jakubowski. Uczestnicy otrzymają 18 pkt. edukacyjnych IL i Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Wszystkie informacje można znaleźć na stronie www.kursusg.pl

Macedonia nie zapomniała

- **Panie Profesorze, niedawno dowiedziałem się, że przebywał Pan jesienią zeszłego roku w Macedonii i była to bardzo interesująca wizyta. Proszę o tym opowiedzieć – jakie były jej okoliczności?**

To bardzo długa i odległa historia. Sześćdziesiąt lat temu w Grecji toczyła się wojna domowa; walki trwały pomiędzy rządową armią grecką a armią partyzancką gen. Markosa. Ta ostatnia w górach Grammos poniosła klęskę. W armii partyzanckiej byli, oprócz Greków, również Macedończycy. Wszystkich rannych i dzieci trzeba było ewakuować. Kraje socjalistyczne, a wśród nich Polska, przysły im z pomocą. Powstała wówczas tajna jednostka wojskowa nr 1904, która w nomenklaturze greckiej nosiła nazwę „Szpital Polowy nr 250”. Byłem wówczas porucznikiem, lekarzem pułku artylerii przeciwlotniczej w Po-

znaniu, odslugującym konieczne 18 miesięcy. Pojechalismy na poligon. Tam dostałem rozkaz stawienia się w Warszawie w Departamencie Personalnym. Sądząc, że kończy się moja służba wojskowa, pojechałem do Warszawy. Ku mojemu zdumieniu, skierowano mnie do szefa II Oddziału Sztabu Generalnego, gen. Wacława Komara, który oświadczył mi, że mam zorganizować od podstaw 1000-lóżkowy szpital typu polowego. Wraz z dowódcą tajnej jednostki nr 1904, ppłk. Ryszardem Kamińskim, podnieśliśmy z gruzów z udziałem ponad tysiąca robotników koszar dawniej niemieckiej bazy hydroplanów, a ja, co wydaje się dziś nieprawdopodobne, sam jeden w ciągu trzech tygodni musiałem rozplanować 1000-lóżkowy szpital, podzielić go na oddziały oraz wyznaczyć sale operacyjne i zabiegowe, nie znając jeszcze rodzaju i profilu rannych. Po trzech tygodniach zaczęli zjeżdżać się lekarze frontowi – pułkownicy i majorowie. Można sobie wyobrazić, jak patrzyli oni na mnie – porucznika, któremu mieli podlegać. I tak rozpoczęła się nasza mozolna praca. Dziś to brzmi jak bajka, ale tak było. Jednak mając za sobą pracę u profesora F. Raszei i doc. W. Degi w Warszawie w czasie okupacji, operowanie w czasie Powstania Warszawskiego, zorganizowanie po Powstaniu i prowadzenie w Pyrach pod Warszawą 30-lóżkowego szpitala, a później po wojnie asystenturę u prof. W. Degi w Poznaniu, jakoś z trudem dałem sobie radę i powoli zdobyłem autorytet. W ciągu półtora roku działania, przez szpital przeszło ponad dwa tysiące rannych i chorych Greków i Macedończyków. Awansowano mnie do stopnia majora. O poziomie naszej pracy niech świadczy fakt, że był to jedyny tak wielki wówczas szpital chirurgii wojennej w Polsce. Z ponad

dwóch tysięcy rannych i chorych, którzy przeszli przez nasz szpital, zmarło jedynie 27 osób. Samych amputowanych rehabilitowaliśmy przeszło dwustu i przygotowaliśmy ich do noszenia protez. Po wojnie na gruzach Warszawy wynikiem naszego szpitala poświęcony był I Zjazd Lekarzy Wojskowych w nowo odbudowanym Teatrze Wielkim przy udziale czołowych lekarzy polskich, a wśród nich profesora W. Degi i prof. A. Grucy.

Wynikiem naszej pracy była też poświęcona moja książka pt. „Szpital grecki na wyspie Wolin”.

- **Kto Pana zaprosił do Macedonii?**

Swego czasu mój syn, Andrzej, który przyjaźnił się z ambasadorem Macedonii, spotkał się w ambasadzie z przewodniczącą Towarzystwa Polsko-Macedońskiego, dr Emilią Avramcewą. Dowiedziała się, kto leczył jej ojca w szpitalu w Dziwnowie. Zostałem zaproszony przez prezydenta Republiki Macedonii, Gjorge Iwanowa, wraz z moją drugą żoną Małgorzatą, do odwiedzenia Macedonii. Szkoła, że nie dożyła tej wizyty moja pierwsza żona, Seweryna, która kierowała działem stomatologii w tymże szpitalu. Pojechalismy tam w październiku ubiegłego roku.

- **Jak przebiegał pobyt i jakie są Pana wrażenia i odczucia?**

Ta sześciodniowa wizyta była pasmem triumfalnych przeżyć. Już poprzedniego dnia w telewizji pojawiła się zapowiedź naszej wizyty. Wszyscy taksówkarze w Skopje, którzy nas wozili, witali nas z radością. Ledwo przyjechalismy z lotniska, a musieliśmy się szybko przebrać, ponieważ w swoim pałacu oczekiwał nas prezydent. Po wstępnej roz-



Gen. bryg. prof. Władysław Barcikowski, Komendant ds. lecznictwa Szpitala Polowego nr 250 (JW 1904) w 1949 r.



Prezydent Macedonii, G. Ivanov wręcza prof. W. Barcikowskiemu Dyplom Republiki Macedonii za wybitne zasługi i opiekę zdrowotną nad Macedończykami w latach 1946-1949 (DZ.Ustaw Macedonii Nr10-1736 z dn.8.10.2010 r., Skopje)

mowie, w której opowiedziałem mu o szpitalu nr 250, wprowadził nas do wielkiej, wypełnionej po brzegi sali audiencyjnej. Pod udekorowaną ścianą stał oficer z otwartą wielką kartą-dokumentem. Prezydent Republiki powitał nas, po czym odczytano mój życiorys. Prezydent wręczył mi dokumenty nadania mi ustawowo tytułu zasłużonego dla Republiki Macedonii. W krótkim przemówieniu podziękowałem wzruszony, przywołując głównych bohaterów ówczesnej akcji, wspominając ich zasługi oraz wyniki lecznicze Szpitala nr 250. Prezydent pocałował mnie serdecznie w obecności ambasadora Polski. Po części oficjalnej zwiedziliśmy oddział kardiologii Szpitala Wojskowego, gdzie podziwialiśmy jego świetne wyposażenie. Następne dni były pasmem dalszych, głębokich przeżyć. Wymienię tylko niektóre z nich. Duże wrażenie zrobiło na nas specjalne przedstawienie w teatrze. Rozpoczęto uroczystość od wręczenia mi złotej plakietki za zasługi dla narodu przez przewodniczącego Rady Narodowej. W przerwie obiegły nas tłumy pacjentów i ich rodzin. Każdy chciał ze mną choć chwilę porozmawiać. Byłem tym głęboko wzruszony. Po

przerwie odtąńczono macedoński taniec. Równie wzruszająca była pewnego dnia kolacja w zapelnionej do ostatniego miejsca restauracji. Kiedy to orkiestra zagrała „tusz”, oznajmiono, że na sali znajduje się „bohater narodowy”. Odezwały się huczne brawa, a w przerwie moi pacjenci i ich rodziny pragnęli

ze mną choć chwilę porozmawiać oraz uścisnąć mi rękę. W niedzielę zwiedziliśmy zabytki Starego Miasta: stare zamczysko, dom sławnej Matki Teresy, która pochodziła z Macedonii, a ponadto wielką wystawę obrazów czołowego macedońskiego malarza, który zjawił się w restauracji Starego Miasta na obiedzie, wręczając mi przewodnik po muzeum z jego twórczością. Należy jeszcze wspomnieć o dwóch wizytach: u ministra spraw wojskowych, Zorana Konjanovskiego, który wręczył mi srebrny medal ze swoim własnoręcznym podpisem, oraz pożegnalną wizytę u premiera Nikola Gruevskiego, po której z trudem zdążyliśmy na samolot. Z żalem żegnaliśmy się z Macedonią. Poprzedniego dnia wizytowaliśmy jeszcze wytwórnię win, położoną jakieś sto kilometrów od Skopje, gdzie posadzono mnie w fotelu, na którym siadywał kiedyś marszałek Tito, co podkreślano z triumfem, co świadczyło o dobrych o nim wspomnieniach. Warto również wspomnieć o naszej wizycie na Uniwersytecie w Skopje. Po spotkaniu ze studentami, na którym opowiedziałem im o szpitalu w Dziwnowie, odpowiadałem na pytania na temat odległej dla



Od lewej: ambasador RP w Macedonii, Karol Bachura; żona prof. Barcikowskiego; prezydent Macedonii, dr Gjorge Ivanov; prof Władysław Barcikowski; dr Emilia Avramczewa, przewodnicząca Towarzystwa Polsko-Macedońskiego; żona ambasadora RP

Rozmowa z prof. W. Barcikowskim

wielu historii. W obiedzie, wydany na naszą cześć przez dziekana wydziału historii, uczestniczyły władze wydziału, oraz moi dawni pacjenci i ich rodziny.

Na zakończenie pragnę specjalnie podkreślić wielką gościnność ambasadora Rzeczypospolitej Polskiej, p. Karola Bachury i jego małżonki. Podejmowano nas w rezydencji na okalających Skopje wzgórzach. Willa, otoczona wspaniałym ogrodem, imponowała pięknym gustownie urządzonego wnętrza. Po wypiciu kawy zajechaliśmy do restauracji u podnóża góry. Razem z państwem ambasadorstwem spędziliśmy miłą wieczór wraz z dr Emilią Avramcewą.

- **Czy ta wizyta pozwoliła na jakieś przemyślenia? Czy w związku z nią chciałby Pan Profesor coś przekazać naszym koleżankom i kolegom z Wojskowej Izby Lekarskiej?**

Pragnę przekazać Koleżankom i Kolegom pewne przemyślenia. Mając już 95 lat, zastanawiam się, spoglądając wstecz, co jest w życiu najważniejsze. Dochodzę do wniosku, że mimo wielu dokonań, które były udziałem mojego długiego żywota, najważniejsze w życiu było to, że po latach, gdziekolwiek poszedłem, do jakiegokolwiek instytucji, którą rządziłem, ludzie na mój widok uśmiechali się, bo dobrze wspominali okres, kiedy im szefowałem. Kiedy zjawiałem się na jakichś uroczystościach, otaczali mnie moi dawni podwładni, pragnąc zamienić ze mną parę słów. To największa nagroda za przepracowane lata. Pragnę podkreślić również to, że wprawdzie po wojnie działo się wiele złego, ale przecież miała też miejsce odbudowa zrujnowanej przez Niemców Warszawy, zagospodarowanie Ziemi Zachodnich, budowa wielkiego przemysłu. Przeżyłem też trzy wielkie akcje humanitarne, w których brałem bezpośredni udział. Umowa PCK z UNRR-ą w sprawie opieki nad repatriantami z zachodu, pociągi sanitarne pod egidą



Prezydent G. Ivanov i prof. W. Barcikowski – po uroczystości w pałacu prezydenta Macedonii

PCK, które zwoziły rannych i dzieci z okupowanych Niemiec, przydział UNRR-owski wyposażenia szpitali z zapasów armii amerykańskiej, w latach 1949-1950, po klęsce greckiej armii partyzanckiej ewakuacja statkami polskimi dzieci greckich i macedońskich oraz ciężko rannych, leczonych w Szpitalu Greckim na wyspie Wolin w Dziwnowie, i wreszcie Szpital Polowy PCK w zrujnowanej wojną Korei, gdzie byłem naczelnym lekarzem, a po rozejmie polski szpital w Hynnamie, gdzie w barakach, przysłanych z Polski, leczono szereg lat po wojnie rannych i chorych oraz kształcono kadry lekarzy i pielęgniarek, czemu osobiście patronowałem. O tych wszystkich sprawach należy

pamiętać, aby ocenić obiektywnie powojenne czasy.

Z największym wzruszeniem czytam dawne listy moich greckich pacjentów z wyrazami wdzięczności. A kiedy dwa lata temu byliśmy wraz z żoną na Dniu Greckim, w miejscu, gdzie dawniej był szpital nr 250, darzony byłem wielką sympatią nie tylko przez moich byłych pacjentów, ale też ich rodziny. I to przyjąłem ze wzruszeniem jako nagrodę za całe moje pracowite życie.

- **Dziękuję za rozmowę.**

Z Panem Profesorem rozmawiał
Konrad MAĆKOWIAK
sekretarz RL WIL

Praca dla lekarzy

- **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie** zatrudni małżeństwo lekarskie, w tym lekarza pediatrę. Możliwość pełnienia dyżurów. Warunki pracy do uzgodnienia (umowa o pracę lub kontrakt). Mieszkanie zapewniamy. Kontakt pod numerem tel. (52) 315-25-15 lub (52) 315-25-33.
Dyrektor SP ZOZ
lek. med. **Jerzy KRIGER**
- **107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Walczu** zatrudni lekarzy o specjalności: neurolog, pediatrę, radiolog, lekarz rodzinny.
Kontakt telefoniczny: 67 250 28 09
e-mail: sekretariat@107sw.mil.pl

Wyróżniony Lekarz Rodzinny

Dnia 11 lutego 2011 roku nastąpiło oficjalne wręczenie certyfikatów zwycięzcom trwającego od 26 listopada 2010 r. „Plebiscytu Medycznego” zorganizowanego przez „Gazetę Pomorską”. Czytelnicy „Gazety Pomorskiej” mogli oddawać swoje głosy w czterech kategoriach: lekarz rodzinny, pielęgniarka/położna, przychodnia przyjazna pacjentom, apteka przyjazna pacjentom.

Z wielką satysfakcją informujemy, iż **Pan mjr rez. lek. Tadeusz Kołnierzak**, specjalista medycyny rodzinnej będący lekarzem Podstawowej Opieki Zdrowotnej w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy, został uhonorowany tytułem Najlepszego Lekarza Rodzinnego w powiecie bydgoskim. Pan doktor ma wieloletnie doświadczenie wynikające zarówno z pracy w lecznictwie zamkniętym, m. in. w Klinice Chorób Wewnętrznych 10 WSzKzP gdzie pełnił przez 4 lata służbę na stanowisku asystenta, jak



Od lewej: płk K. Kasprzak i mjr rez. lek. T. Kołnierzak

i otwartym, a także zdobyte podczas pobytu na misji PKW UNIFIL LIBAN. Medycyną rodzinną zajmuje się od 1999 r, sprawując opiekę nad ponad 2500 osób. Pacjentom i całemu otoczeniu dał się poznać nie tylko jako doskonały specjalista, ale również

artysta, meloman i sportowiec z zamiłowania. Swoje pasje dzieli z 8 letnią córką, co sprawia mu dodatkową przyjemność i satysfakcję.

Pan doktor Tadeusz Kołnierzak to przykład lekarza, który korzysta z wszelkiej dostępnej wiedzy, stale się rozwija, będąc świadom postępów jakie czyni medycyna. Zapewnia swoim pacjentom opiekę i wsparcie, ponieważ przede wszystkim w pacjencie widzi człowieka, a nie chorobę. To ciepło, empatię i profesjonalizm docenili pacjenci, i to właśnie oni nagrodzili jego codzienną pracę, którą wykonuje z oddaniem i radością, gdyż jak sam mówi, cieszy się z każdego dnia pracy i wyboru właśnie tej specjalności, która pozwala mu w pełni realizować się zawodowo.

Dnia 4 lutego 2011 r. Komendant Szpitala, płk Krzysztof Kasprzak podziękował laureatowi za wieloletnią oddaną służbę na rzecz pacjentów i wręczył mu pamiątkowy list gratulacyjny.



Płk K. Kasprzak wręcza list gratulacyjny mjr rez. lek. T. Kołnierzakowi, z prawej strony: gen. bryg. dr med. A. Wiśniewski i zastępca komendanta szpitala dr H. Chołody

Anna MARKOWSKA

Koordynator Sekcji Marketingu
i Promocji Zdrowia
10 WSzKzP SPZOZ

XXVIII Zjazd Lekarzy WIL

Ten Zjazd, w zamyśle dwudniowy i mający być (obok celu zasadniczego – uchwalenie budżetu) platformą dla szerokiej wymiany doświadczeń i opinii na aktualne tematy nurtujące środowisko nie tylko wojskowej służby zdrowia okazał się niestety porażką. I to nie tylko zdaniem go opisującego, ale też nie-małej liczby uczestniczących w nim delegatów. W Zjeździe, na który zaproszono komendantów i dyrektorów szpitali wojskowych udział wzięli jedynie Komendant 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku-Oliwie, kmdr dr Włodzimierz Żychliński. Zabrakło, chociaż jego nieobecność była usprawiedliwiona, Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia. Udział delegatów okazał się również bardzo mizerny, przybyło zaledwie 66 spośród 120 delegatów. Taka frekwencja czyniła co prawda Zjazd ważnym, nie mniej była zawstydzająca i niezrozumiała. Tym samym obrady zamknęły się w jednym dniu, a koszty organizacji zjazdu niepotrzebnie urosły. Tyle na wstępie.

Zjazd odbywał się, nie pierwszy już raz, w Wojskowym Domu Wypoczynkowym w Ryni k. Warszawy.

Zaszczycili go swoją obecnością i uświetnili, obok wspomnianego już Komendanta 7 SzMW, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, dr Maciej Hamankiewicz i Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, dr Mieczysław Szatanek. Wśród zaproszonych gości była też ppor. lek. Barbara Zeman – przewodnicząca Koła Młodych Lekarzy WIL. Przybyłych powitał i Zjazd otworzył Prezes Rady Lekarskiej WIL, płk dr med. Piotr Rapiejko. Po krótkim, wprowadzającym wystąpieniu, odczytał listę 17 nazwisk lekarzy zmarłych w okresie od poprzedniego, XXVII Zjazdu. Ich pamięć uczczono powstaniem i minutą ciszy.

Jako pierwszy głos zabrał Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, dr Maciej Hamankiewicz. W niezwykle ciepłych słowach podziękował za zaproszenie na Zjazd, wielu członkom WIL podziękował za aktywność i pracę w organach Naczelnej Izby Lekarskiej, zwłaszcza byłemu Przewodniczącemu RL WIL, prof. dr. hab. med. Marianowi Brockiemu i obecnemu Prezesowi RL WIL, płk. dr. med. Piotrowi Rapiejko, prof. dr. hab. med. Jerzemu Kruszewskiemu – Przewodniczącemu Komisji



Przybyłych powitał i XVIII Zjazd otworzył Prezes Rady Lekarskiej WIL, płk dr med. Piotr Rapiejko

Kształcenia NRL, prof. dr. hab. med. Bronisławowi Stawarzowi oraz m. in. kolegom: Zdzisławowi Bednarkowi, Bogdanowi Barutowi, Andrzejowi Chciałowskiemu. W dowód uznania dla działalności WIL dr M. Hamankiewicz wręczył Prezesowi RL WIL grafikę krakowskiego artysty. Następnie, posiłkując się przygotowaną prezentacją, dr M. Hamankiewicz opisał co zdominowało pracę NRL w 2010 r. Były to m.in. prace dotyczące tzw. pakietu zdrowotnego – konsultacje i opiniowanie projektów ustaw. Jak powiedział Prezes M. Hamankiewicz, w pierwszym okresie brakowało konsensusu, nie była to kwestia komercjalizacji ale zapewnienia dobrych warunków dla pracy lekarzy. Wypunktował co udało się załatwić, jak np. pozostawienie rejestru praktyk lekarskich w gestii samorządu, niższą niż dotychczas opłatę za wpis do rejestru praktyk lekarskich, wprowadzenie nowej formy praktyki z możliwością zatrudniania w niej innego lekarza. Jako kryterium kwalifikacji do specjalizacji zostanie egzamin państwowy, rezygnacja ze stażu podyplomowego zostaje odsunięta w czasie, do 1 października 2012 r.



Rejestracja delegatów



Jako pierwszy głos zabrał Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, dr Maciej Hamankiewicz

Pewne sprawy wymagać będą jednak rozstrzygnięć Trybunału Konstytucyjnego – kwestia rozciągnięcia obowiązku zawarcia umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki refundowane na lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, także problem uzyskiwania zwrotu kosztów za czynności przejęte od administracji państwowej. Prowadzone są nadal rozmowy:

- z ministrem finansów w sprawie kas fiskalnych, VAT;
- z ministrem ochrony środowiska w sprawie odpadów;
- z ministrem zdrowia nt. czasu pracy rezydentów.

Wdrażany jest System Monitorowania Agresji w ochronie Zdrowia poprzez Rzeczników Praw Lekarzy oraz program Krajowy Indeks Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia „Pozwólcie lekarzom leczyć”. Kończąc swoje wystąpienie Prezes NRL podziękował i pogratulował sportowcom wojskowym odnoszonych sukcesów sportowych.

Za możliwość uczestniczenia w Zjeździe WIL podziękował też Prezes ORL w Warszawie, dr Mieczysław Szatanek. Podkreślił, że przemawianie do tego gremium jest dla niego zaszczytem, a dla

wojskowych i dla ich sprawności organizacyjnej ma dużo szacunku. Z wielkim uznaniem wypowiedział się o Prezesie RL WIL, określając go wielkim przyjacielem OIL w Warszawie. Mówił też o zawiązanej w ubiegłym roku inicjatywie skupiającej na Mazowszu organizacje zawodów zaufania publicznego i rozwijającej się współpracy środowisk samorządowych.

Po tych wystąpieniach przystąpiono do realizacji programu Zjazdu. Jednogłośnie przyjęto Regulamin Zjazdu, po czym na funkcję Przewodniczącego XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL wybrano kol. Konrada Maćkowiaka, który przejął dalsze prowadzenie obrad. Przedstawił on rekomendowane przez Radę Lekarską osoby na funkcje zjazdowe, a Zjazd dokonał wyborów:

- na wiceprzewodniczących: kol. Sabinę Jakubiec Norton i kol. Stanisława Żmudę,
- na sekretarzy Zjazdu: kol. kol. Piotra Jamrozika, Artura Płachtę, Andrzeja Gałęckiego, Jacka Woszczyka,
- do komisji mandatowej: kol. Mariana Dójczyńskiego i kol. Ryszarda Zachara,



Prezes ORL w Warszawie, dr Mieczysław Szatanek

- do komisji uchwał i wniosków: kol. Romana Theus i kol. Wojciecha Kanię.

Po dokonaniu powyższych wyborów wysłuchano wystąpień kolejnych gości. Jako pierwsza głos zabrała ppor. lek. Barbara Zeman – Przewodnicząca Koła Młodych Lekarzy WIL. Podziękowała za zaproszenie na Zjazd, wyraziła



Dr M. Hamankiewicz wręczył Prezesowi RL WIL grafikę krakowskiego artysty



Sprawozdanie z XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL



Na funkcję Przewodniczącego XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL wybrano kol. Konrada Maćkowiaka, na wiceprzewodniczących: kol. Sabinę Jakubiec Norton i kol. Stanisława Żmudę



Goście Zjazdu, od lewej: dr Maciej Hamankiewicz, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej; dr Mieczysław Szatanek, Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie,

swoje i reprezentowanych przez nią młodych lekarzy zadowolenie z okazywanego przez macierzystą izbę lekarską zainteresowania najmłodszymi członkami samorządu, ich problemami i potrzebami, podziękowała za życzliwą i koleżeńską atmosferę w kontaktach z izbą lekarską.



Ppor. lek. Barbara Zeman – Przewodnicząca Koła Młodych Lekarzy WIL

Jedyny przybyły spośród zaproszonych komendantów szpitali wojskowych, kmdr dr med. Włodzimierz Żychliński – Komendant 7 SzMW w Gdańsku-Oliwie, w ciekawej formie przedstawił aktualne problemy funkcjonowania szpitali wojskowych jako SPZOZ-ów. W sposób precyzyjny wykazał zagrożenia funkcjonowania szpitala w najbliższych miesiącach i latach.

Mówił m. in. że:

- brak finansowania z MON działalności leczniczej (ponad 90% dochodów pochodzi z „wypracowanego” kontraktu z NFZ) powoduje konieczność zmiany profilu leczonych, tzn. rezygnację z deficytowych specjalności potrzebnych wojsku na rzecz komercyjnych, które przynoszą zyski, a przecież szpital z założenia powinien służyć głównie żołnierzom;
- innym przedstawionym istotnym problemem jest konkurencyjność usług na lokalnym rynku, związana z brakiem możliwości pozyskiwania dotacji z UE przez szpital, a co za tym idzie ograniczenie wzbogacania posiadanego sprzętu itp., podczas gdy

pozostałe placówki nie mają tu ograniczeń;

- zasygnalizował także, iż po wprowadzeniu planowanych reform w służbie zdrowia, dotyczących przekształceń SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego, przy biernej postawie resortu obrony narodowej, może za-



W dyskusji głos zabrał dr Andrzej Świrski



istnieć ryzyko docelowego rozwiązania placówki, gdyż żołnierze nie mogą pracować w spółkach.

Cytat z „Hamleta” – „*Być albo nie być, oto jest pytanie...*”, przyświecał całości wypowiedzi Komendanta.

Po ogłoszeniu przez Przewodniczącego Komisji Mandatowej komunikatu o ważności Zjazdu kontynuowano realizację jego porządku. Zjazd wysłuchał sprawozdań Prezesa Rady Lekarskiej WIL z działalności Rady Lekarskiej w 2010 r., skarbnika z wykonania bu-

dżetu za 2010 r., przewodniczącego Komisji Rewizyjnej, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Przewodniczącego Sądu Lekarskiego WIL (w zastępstwie Przewodniczącego Sądu Lekarskiego sprawozdanie złożył sędzia Sądu Lekarskiego WIL, Walenty Chudzicki), przewodniczącego Komisji Wyborczej WIL i kilku komisji problemowych, a następnie, po dyskusji nad tymi sprawozdaniami, udzielił absolutorium Radzie Lekarskiej za 2010 r. Proponowany budżet WIL na 2011 r. przedstawił

i szeroko omówił skarbnik WIL, kol. Andrzej Gałęcki, uzasadniając jego składowe, oraz sygnalizując zagrożenia jakie mogą pojawić się na drodze jego realizacji w 2011 r. (*sprawozdania powyższe były opublikowane w biuletynie „Skalpel” nr 2/2011*).

W końcowej części Zjazdu, Przewodniczący Zjazdu przedstawił projekty uchwał złożonych do Komisji Wniosków i Uchwał:

- uchwałę zmieniającą uchwałę Nr 5/09/VI XXVI Sprawozdawczo – Wyborczego Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 20 listopada 2009 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Wojskowej Izby Lekarskiej na okres VI kadencji;
- uchwałę w sprawie zasad dofinansowania szkolenia lekarzy i lekarzy dentyków, członków Wojskowej Izby Lekarskiej.

Po krótkiej dyskusji Zjazd podjął jednogłośnie powyższe uchwały. Ponieważ nie było dalszych głosów w dyskusji a program Zjazdu został wyczerpany, Przewodniczący Zjazdu kol. K. Maćkowiak zamknął obrady i podziękował uczestnikom Zjazdu za przybycie i aktywne uczestnictwo w Zjeździe.

Tekst i foto

Zbigniew UŁANOWSKI



Kmdr dr med. Włodzimierz Żychliński – Komendant 7 SzMW w Gdańsku-Oliwie



Budżet WIL na 2011 r. przedstawił skarbnik WIL, kol. Andrzej Gałęcki

Uchwały XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL

Uchwała nr 1/11/VI XXVIII Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 25 marca 2011 r.

w sprawie uchwalenia Regulaminu XXVIII Zjazdu
Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 24 pkt.1 ustawy z dnia 2 grudnia
2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219 poz. 1708)
– uchwała się, co następuje:

§ 1

XXVIII Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej
przyjmuje Regulamin Zjazdu Lekarzy Wojskowej
Izby Lekarskiej stanowiący załącznik do niniejszej
uchwały.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z chwilą podjęcia.

Prezes Rady Lekarskiej
Wojskowej Izby Lekarskiej
płk dr n. med. **Piotr RAPIEJKO**

Uchwała nr 2/11/VI XXVIII Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 25 marca 2011 r.

w sprawie wyboru Przewodniczącego Zjazdu
Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej

Na podstawie pkt. 14 Regulaminu Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej – uchwała się, co następuje:

§ 1

Zjazd dokonuje wyboru kol. **Konrad MAĆKOWIAK**
na Przewodniczącego XXVIII Zjazdu Lekarzy Wojskowej
Izby Lekarskiej i powierza mu zadania wynikające z pkt. 15
Regulaminu Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z chwilą podjęcia.

Prezes Rady Lekarskiej
Wojskowej Izby Lekarskiej
płk dr n. med. **Piotr RAPIEJKO**

Uchwała nr 3/11/VI XXVIII Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 25 marca 2011 r.

w sprawie wyboru Prezydium XXVIII Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej

Na podstawie pkt. 14 Regulaminu Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej – uchwała się, co następuje:

§ 1

Zjazd dokonuje wyboru Prezydium Zjazdu:

1. Zastępcy Przewodniczącego:
Kol. Sabina JAKUBIEC- NORTON
Kol. Stanisław ŻMUDA
2. Sekretarze Zjazdu:
Kol. Piotr JAMROZIK
Kol. Artur PŁACHTA
Kol. Andrzej GAŁECKI
Kol. Jacek WOSZCZYK

i powierza im zadania wynikające z Regulaminu
Zjazdu.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z chwilą podjęcia.

SEKRETARZ ZJAZDU PRZEWODNICZĄCY ZJAZDU
Piotr JAMROZIK **Konrad MAĆKOWIAK**

Uchwała nr 4/11/VI XXVIII Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 25 marca 2011 r.

w sprawie uchwalenia porządku obrad XXVIII Zjazdu
Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej

Na podstawie pkt. 16 ppkt 2 Regulaminu Zjazdu
Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej – uchwała się, co
następuje:

§ 1.

XXVIII Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej
uchwala porządek obrad stanowiący załącznik do
niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z chwilą podjęcia.

SEKRETARZ ZJAZDU PRZEWODNICZĄCY ZJAZDU
Piotr JAMROZIK **Konrad MAĆKOWIAK**

**Uchwała nr 5/11/VI
XXVIII Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 25 marca 2011 r.**

w sprawie wyboru Komisji XXVIII Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej

Na podstawie pkt. 17 ppkt 1 i 3 Regulaminu Zjazdu
Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej – uchwała się, co
następuje:

§ 1

Powołuje się Komisję Mandatową w składzie:
Kol. Marian DÓJCZYŃSKI
Kol. Ryszard ZACHAR

i powierza jej zadania wynikające z pkt. 17 ppkt 1
Regulaminu Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekar-
skiej.

§ 2

Powołuje się Komisję Wniosków i Uchwał w skła-
dzie:

Kol. Roman THEUS
Kol. Wojciech KANIA

i powierza jej zadania wynikające z pkt. 17 ppkt 3 Re-
gulaminu Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z chwilą podjęcia.

SEKRETARZ ZJAZDU PRZEWODNICZĄCY ZJAZDU
Piotr JAMROZIK Konrad MAĆKOWIAK

**Uchwała nr 6/11/VI
XXVIII Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 25 marca 2011 r.**

*w sprawie rozpatrzenia i zatwierdzenia rocznych
sprawozdań organów WIL oraz udzielenia
absolutorium Radzie Lekarskiej WIL*

Na podstawie art. 24 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 02
grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219,
poz.1708) – uchwała się, co następuje:

§ 1.

XXVIII Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej
– zwanej dalej „WIL”, po rozpatrzeniu zatwierdza spra-
wozdania organów WIL za 2010 r.:

- Rady Lekarskiej WIL,
- Komisji Rewizyjnej WIL,
- Sądu Lekarskiego WIL,
- Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej WIL,
- Komisji Wyborczej WIL.

§ 2.

Po rozpatrzeniu sprawozdań, o których mowa w § 1
i dyskusji, na wniosek Komisji Rewizyjnej WIL, Zjazd
udziela absolutorium Radzie Lekarskiej WIL za rok
2010.

§3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.
SEKRETARZ ZJAZDU PRZEWODNICZĄCY ZJAZDU
Piotr JAMROZIK Konrad MAĆKOWIAK

**Uchwała nr 7/11/VI
XXVIII Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 25 marca 2011 r.**

w sprawie uchwalenia budżetu Wojskowej Izby
Lekarskiej na 2011 r.

Na podstawie art. 24 pkt. 2 ustawy z dnia 02 grudnia
2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz.1708) –
uchwała się, co następuje:

§ 1.

XXVIII Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej
uchwała budżet Wojskowej Izby Lekarskiej na 2011 r.

§ 2.

Budżet, o którym mowa w § 1, stanowi załącznik
do niniejszej uchwały*.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

SEKRETARZ ZJAZDU PRZEWODNICZĄCY ZJAZDU
Piotr JAMROZIK Konrad MAĆKOWIAK

* załącznik – patrz str. 22 (przypisek redakcji)

**Uchwała nr 8/11/VI
XXVIII Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 25 marca 2011 r.**

*zmieniająca uchwałę Nr 5/09/VI XXVI
Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 20 listopada
2009 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów
Wojskowej Izby Lekarskiej na okres VI kadencji*

Na podstawie art. 24 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia
2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708)
XXVIII Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej
uchwała, co następuje:

Uchwały XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL

§ 1

W § 1 pkt 3 uchwały Nr 5/09/VI XXVI Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 20 listopada 2009 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Wojskowej Izby Lekarskiej na okres

VI kadencji – wyrazy: „**21 członków, w tym 19 lekarzy i 2 lekarzy dentyków**” zastępuje się wyrazami: „**20 członków, w tym 18 lekarzy i 2 lekarzy dentyków**”.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ ZJAZDU
Piotr JAMROZIK

PRZEWODNICZĄCY ZJAZDU
Konrad MAĆKOWIAK

Załącznik do uchwały nr 7/11/VI XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL
z dnia 25 marca 2011 r.

BUDŻET WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ NA 2011 r.

Symbol Konta	Wyszczególnienie	Wykonanie 2011 r.	Plan 2011 r.	Uwagi
70	DOCHODY	0	2 309 280	
740	Przychody z zadań przejętych od administracji państwowej	0	349 000	
741	Dotacje MON		349 000	
750	Przychody z działalności samorządowej	0	1 772 280	
752	Składki członkowskie		1 772 280	
750	Przychody z pozostałej działalności	0	165 000	
753	Odsetki od lokat		100 000	
754	Rejestr prywatnych praktyk lekarskich		40 000	
755	Komisja Bioetyki		25 000	
760	Przychody z działalności finansowej	0	23 000	
761	Inne operacje finansowe		8 000	
762	Pozostałe przychody		15 000	
40	KOSZTY	0	2 299 281	
40A	Koszty zadań przejętych od administracji państwowej	0	349 000	
40A1	Koszty prowadzenia rejestru lekarzy i wydawania praw wykonywania zawodu		98 127	
40A2	Koszty Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej		93 700	
40A3	Koszty Sądu Lekarskiego		89 910	
40A4	Koszty rejestracji prywatnych praktyk		67 263	
40S	Koszty działalności samorządowej	0	1 868 281	
40S1	Koszty ogólno-samorządowe		1 719 981	
40S3	Koszty wydawania „Skalpela”		148 300	
40G	Koszty pozostałych zadań	0	82 000	
40G2	Koszty Komisji Bioetyki		82 000	

Inne zamierzenia

434				
1000	Zakup środków trwałych i wyposażenia	0	80 000	
1002	Środki trwałe, urządzenia techniczne		80 000	
1004	Środki trwałe pozostałe		0	
1005	Wyposażenie	0	0	

**Uchwała nr 9/11/VI
XXVIII Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 25 marca 2011 r.**

*w sprawie zasad dofinansowania szkolenia
lekarzy i lekarzy dentyków,
członków Wojskowej Izby Lekarskiej*

Na podstawie art. 5 pkt. 7 i 19 oraz art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) oraz w związku z uchwałą nr 11 XXV Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej w sprawie opracowania koncepcji i zasad dofinansowania szkolenia lekarzy (lekarzy dentyków) – członków WIL, Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej uchwała, co następuje:

§ 1

Wojskowa Izba Lekarska – zwana dalej „WIL” przyjmuje za jeden z priorytetów swojego działania wspieranie organizacyjne i finansowe doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków – zwanych dalej „lekarzami”, zwłaszcza prowadzonego w formie zorganizowanych kursów, konferencji naukowych i szkoleń przygotowujących do egzaminów specjalizacyjnych – w szczególności w dziedzinach przydatnych dla wojskowej służby zdrowia.

§ 2

Wspieraniem finansowym ze środków WIL mogą być objęte jednostki szkolące posiadające akredytację, organizatorzy konferencji naukowo-szkoleniowych o tematyce wojskowo-medycznej, zwanych dalej „konferencją” oraz lekarze i lekarze dentyści, którzy wystąpią o takie wsparcie, spełniający warunki określone w regulaminie, stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3

Środki finansowe na wspieranie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków uwzględnia się w planie budżetu WIL na dany rok.

§ 4

Środki finansowe na wspieranie doskonalenia zawodowego lekarzy Rada Lekarska planuje w budżecie WIL uwzględniając stały mechanizm ich gromadzenia z wpływających składek od określonej liczby członków WIL, opłacających składkę w pełnej wysokości, przy czym uwzględnia się wskaźnik procentowy ściągłości składki.

§ 5

Środki finansowe na wspieranie doskonalenia zawodowego lekarzy przeznacza się dla jednostek szkolących i lekarzy wnioskujących indywidualnie, zapewniając racjonalne ich wydatkowanie.

§ 6

Dodatkowe środki na szkolenie lekarzy pochodzić mogą z dotacji, darowizn i innych wpływów na rachunki

Wojskowej Izby Lekarskiej. Środki te, jako pozaplanowe, mogą zwiększać wydatki nie ujęte w planie budżetowym na dany rok.

§ 7

Środki niewykorzystane w danym roku, w razie potrzeby, przeksięgowuje się na rok następny, zwiększając tym samym ich pulę w kolejnym roku.

§ 8

1. Dysponentem środków na dofinansowanie szkoleń członków WIL jest Rada Lekarska WIL.
2. Wnioski opiniuje Komisja ds. kształcenia WIL.
3. Rada Lekarska WIL składa corocznie Zjazdowi Lekarzy WIL odrębne sprawozdanie z wydatkowania środków, o których mowa w § 5 i 6.

SEKRETARZ ZJAZDU
Piotr JAMROZIK

PRZEWODNICZĄCY ZJAZDU
Konrad MAĆKOWIAK

Załącznik do uchwały nr 9/11/VI
XXVIII Zjazdu Lekarzy WIL
z dnia 25 marca 2011 r.

REGULAMIN

**dofinansowania szkolenia lekarzy – członków WIL
w latach 2011-2013.**

1. Środki na dofinansowywanie szkoleń lekarzy – członków WIL, przyznaje Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej lub działające w jej imieniu Prezydium. Prezydium WIL może przyznać dofinansowanie w kwocie nie wyższej niż 5000,-PLN.
2. Decyzja o przyznaniu i wysokości wsparcia finansowego określana jest w każdym przypadku odrębną uchwałą Rady Lekarskiej WIL (Prezydium RL WIL).
3. Za prawidłowe wypłacanie i rozliczenie środków odpowiada skarbnik WIL, dyrektor i główna księgowa Biura WIL.
4. Środkami na dofinansowanie szkoleń lekarzy wspierane mogą być jednostki szkolące, organizatorzy konferencji oraz indywidualnie ubiegający się o taką pomoc lekarze.
5. Dofinansowanie szkoleń organizowanych przez jednostki szkolące lub organizatorów konferencji możliwe jest jedynie w oparciu o ich plany szkoleń na dany rok, przesłane do Biura WIL do końca października roku poprzedniego. Wnioski przesłane po tym terminie mogą być rozpatrzone jedynie w szczególnie uzasadnionych przypadkach – każdorazowo po uzyskaniu zgody Rady Lekarskiej WIL.
6. Wnioski od organizatorów konferencji powinny wpłynąć do Rady Lekarskiej WIL nie później niż na miesiąc przed dniem rozpoczęcia konferencji naukowo-szkoleniowej.
7. Warunkiem przyznania wsparcia finansowego jednostce szkolącej lekarzy jest prowadzenie szkolenia dla lekarzy nieodpłatnie lub za opłatą obniżoną, wynikającą z kwoty dofinansowania.

Uchwały XVIII Zjazdu Lekarzy WIL

8. Podstawę do podjęcia decyzji w sprawie przyznania wsparcia finansowego stanowi pisemny wniosek kierownika jednostki szkolącej lub organizatora konferencji. Wniosek ten musi zawierać następujące informacje:
 - 1) nazwę i adres jednostki szkolącej i organizatora szkolenia,
 - 2) nazwę kursu/szkolenia, tematykę, czas trwania szkolenia,
 - 3) planowaną liczbę uczestników szkolenia,
 - 4) jeśli szkolenie jest odpłatne - wysokość opłaty za szkolenie jednego uczestnika,
 - 5) nr konta bankowego jednostki organizującej szkolenie, z określeniem treści dopisku: „tytułem”
9. Kierownik jednostki szkolącej lub organizator konferencji, w ciągu 30 dni od zakończenia szkolenia, ma obowiązek złożenia do WIL udokumentowanego sprawozdania ze sposobu wydatkowania przyznanych środków finansowych.
10. Środki nie wykorzystane podlegają zwrotowi na konto WIL w ciągu 30 dni.
11. O wsparcie finansowe wiążące się z uczestnictwem w szkoleniach przygotowujących do egzaminów specjalizacyjnych, w kursach doskonalących, studiach doktoranckich i innych formach doskonalenia zawodowego ubiegać się może indywidualnie każdy lekarz i lekarz dentyista – członek WIL, który:
 - 1) ma na bieżąco opłacone składki członkowskie,
 - 2) nie był karany prawomocnie przez Sąd Lekarski WIL,
 - 3) znajduje się w trudnej sytuacji materialnej, zwłaszcza wynikającej ze zdarzeń losowych,
 - 4) wykazuje się - według opinii konsultanta wojskowej służby zdrowia – szczególnymi osiągnięciami zawodowymi lub naukowymi, uzasadniającymi przyznanie wsparcia finansowego na dalszy rozwój.
12. Lekarz ubiegający się o dofinansowanie kosztów związanych z uczestnictwem w szkoleniu składa do Rady Lekarskiej WIL pisemny wniosek podając w nim:
 - 1) swoje dane adresowe,
 - 2) rodzaj, miejsce i termin szkolenia, w którym zamierza uczestniczyć,
 - 3) koszt szkolenia, jeżeli jest odpłatne,
 - 4) numer konta bankowego, na które ma być wykonany przelew,oraz załącza, jeśli zachodzi taka potrzeba:
 - 5) oświadczenie o dochodach uzyskanych w roku podatkowym, poprzedzającym rok szkolenia, albo
 - 6) opinią konsultanta wojskowej służby, o której mowa w pkt. 11 ppkt. 4
13. Jeśli Rada Lekarska podejmie uchwałę o przyznaniu wsparcia finansowego, lekarz zostaje o tym niezwłocznie poinformowany na piśmie.
14. Wsparcie finansowe może być udzielone lekarzowi tylko jeden raz w roku, do maksymalnej kwoty 2.200 zł.
15. Przekazanie środków finansowych na konto bankowe lekarza następuje po przedstawieniu zaświadczenia lub certyfikatu potwierdzającego udział w szkoleniu oraz dowodu wpłaty potwierdzającego wniesienie opłaty za szkolenie.

Konferencja Naukowa Międzysojuszniczej Konfederacji Oficerów Rezerwy Służby Zdrowia CIOMR (NATO)

W dniach 4-5.08.2011 r. w Warszawie odbędzie się Sesja Naukowa poświęcona doświadczeniom wojskowej służby zdrowia państw NATO w ramach wojskowych misji pokojowych, problemom kształcenia podyplomowego lekarzy wojskowych, doświadczeń medycznych zarówno opisywanych w aspekcie naukowym jak i praktyki medycznej. Miejscem obrad będzie Novotel Warszawa Centrum i Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej. Przewodniczącymi Sesji Naukowych i wykładcami będą nasi Koledzy z Polski i państw NATO.

Możliwe jest zgłoszenie posterów związanych z profilem tematycznym ewentualnie wygłoszenie referatów po akceptacji przez Komitet Naukowy.

Sesje Naukowe będą odbywały się w ramach 64 Kongresu Letniego CIOR, CIOMR, NRFC, który odbędzie się w Warszawie w dniach 2-6 sierpnia 2011 r.

Udział możliwy jest tylko po wcześniejszym zgłoszeniu i uzyskaniu akredytacji przez Komitet Organi-

zacyjny. Liczba miejsc jest limitowana. Językiem obrad jest angielski i francuski. Uczestnik Sesji Naukowych otrzymuje certyfikat uczestnictwa.

Możliwa jest publikacja prac pokongresowych w wojskowych periodykach medycznych państw NATO.

Dodatkowe informacje można uzyskać na stronie internetowej www.cior2011.pl i poprzez kontakt mailowy: agal@mp.pl

W imieniu Komitetu Naukowego CIOMR i Komitetu Organizacyjnego Federacji Stowarzyszeń i Weteranów Sił Zbrojnych Wojska Polskiego zapraszamy serdecznie Koleżanki i Kolegów reprezentujących wojskową służbę zdrowia do aktywnego udziału w Kongresie Letnim CIOMR w Warszawie.

Kmdr por. (rez) lek. **ANDRZEJ GALUBIŃSKI**
Wiceprezydent CIOMR

plk rez. dr n. med. Wojciech WITKOWSKI
 Wojskowy Instytut Medyczny Warszawa
 członek Wojskowej Izby Lekarskiej
 Konsultant WSZ w dziedzinie leczenia oparzeń

Trzecie Forum Oparzeniowe Europy Środkowo-Wschodniej

W dniach 17-18.02.2011 roku odbyło się w Warszawie, w Hotelu Mercure Grand, Trzecie Forum Oparzeniowe Europy Środkowo-Wschodniej (3rd CEE Burns Forum). Jest to od 3 lat najpoważniejsze, międzynarodowe wydarzenie naukowe w Polsce w leczeniu oparzeń i eksperckie forum wymiany doświadczeń specjalistów leczenia oparzeń, prezentacji postępów w leczeniu oparzeń i dyskusji o problemach i wyzwaniach leczenia oparzeń w regionie i krajach sąsiadujących, jak Wielka Brytania, Serbia, Czechy, Słowacja, Słowenia, Rosja i innych. Twórcami idei tych spotkań o wysokim poziomie naukowym i merytorycznym byli dr Chris Roberts z Anglii oraz prof. Marek Kawecki z Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich,

wiodącego ośrodka leczenia oparzeń w Polsce oraz jednego z najlepszych ośrodków w Europie. Bardzo ważna rola w kreowaniu spotkań i patronowaniu temu przedsięwzięciu przypadła prof. Aleksandrowi Sieronowi, który swoją osobistą obecnością, pozycją zawodową w szkolnictwie medycznym i światowym autorytetem naukowym, od początku wspiera Forum. Nie bez znaczenia jest również jego charyzma i przychyłność dla aktywności polskiej medycyny na arenie międzynarodowej.

Poprzednie dwa spotkania w ramach Forum były poświęcone metodom leczenia rany oparzeniowej oraz zagadnieniom zakażeń ran oparzeniowych. Forum 2011 roku zostało zorganizowane w stolicy, dla wygody wybitnych gości zagra-



Zaproszenie imienne dla plk. rez. dr. n. med. Wojciecha Witkowskiego do udziału na Forum

nicznych, zaproszonych do udziału i wygłoszenia swoich prezentacji naukowych. Na tym znakomitym tle występowali wybrani specjaliści polscy, wśród których obok prof. Marka Kaweckiego z CLO Siemianowice Śląskie znalazł się również niżej podpisany specjalista wojskowy, plk rez. dr n. med. Wojciech Witkowski, kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Leczenia Oparzeń Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, który został już po raz trzeci zaproszony przez organizatorów jako MIF (Member of the International Faculty) – członek międzynarodowej grupy wykładowców. Na spotkanie takiej rangi można być tylko zaproszonym jako wykładowca; nie ma formuły zgłoszeniowej; dyskusja odbywa się jedynie między ekspertami tej dziedziny.

Należy wymienić również czynny i cenny udział prof. Ewy Andrzejewskiej, chirurga dziecięcego z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz dr. Adama Domanasiewicza ze Szpitala Świętej Jadwigi w Trzebnicy. W obradach uczestniczyli także luminarze polskiej combustiologii: prof. Alicja Renkielska z zespołem gdańskim, dr Jerzy



Otwarcie obrad Forum przez Pana Profesora Aleksandra Sieronia; po lewej – Dyrektor Smith&Nephew na Europę Środkowo-Wschodnią, Artur Ludwiczynski; po prawej – dr Christopher Roberts. Na pierwszym planie Dyrektor CLO w Siemianowicach Śląskich, dr Mariusz Nowak

Forum oparzeniowe

Sikorski z Poznania, dr Kazimierz Cieślak z Krakowa oraz szanowani specjaliści leczący oparzenia z innych ośrodków naszego kraju.

W roku bieżącym wiodącym tematem Forum były koszty leczenia oparzeń i ich efektywność a także wpływ nowoczesnych technik i technologii medycznych na realne koszty i wyniki leczenia oparzonych.

Dr Chris Roberts omawiał zagadnienia stosowania wysoko zawansowanych opatrunków uwalniających nanokrystaliczne srebro w stałej i terapeutycznej dawce, do rany oparzeniowej, nie wpływających hamująco na proces epitelizacji i nie wywołujących oporności drobnoustrojów, natomiast w sposób naukowo udowodniony (w badaniach laboratoryjnych i klinicznych) na procesy sterowania fazą zapalną gojenia ran oraz jakość blizn poparzeniowych. Oszczędzające tkanki wycięcie martwicy oparzeniowej systemem hydrochirurgii (water-jet) przedstawił jako jedną z najważniejszych zdobyczy technologicznych w leczeniu oparzeń ostatniej dekady.

W tym roku Forum zaszczylił swoją obecnością i wykładem prof. Pavel Brychta, Prezes EBA (European Burn Association). Omówił on przede wszystkim zagadnienia opracowywanych przez europejskich ekspertów europejskich wymogów i standardów medycznych dla ośrodków leczenia oparzeń oraz ustalenia wspólnego dla wszystkich poziomu tego leczenia. Na tym tle możliwości ośrodków naszego kraju wypadły dość dobrze pod względem poziomu leczenia, pod względem wydatków na to leczenie nie najlepiej, choć w naszej opinii aktualne finansowanie leczenia oparzeń w Polsce nie jest szczególnie złe w stosunku do kosztów. Poruszył sprawę standardów leczenia miejscowego głębokich oparzeń pokazując ciekawe metody chemicznego debridement martwicy oraz wykorzystanie komórek macierzystych w rekonstrukcji ubytków oparzeniowych w skojarzeniu

z siatkowanymi przeszczepami skóry autogenicznej. Prof. Marek Kawecki i dr Mariusz Nowak, Dyrektor CLO wygłosili dwa referaty, jeden o korzyściach kosztowych stosowania nowoczesnych technologii w leczeniu oparzeń oraz kosztach leczenia oparzeń w CLO w aspekcie systemu JGP. Finansowanie w grupie oparzeń najłżejszych i najcięższych, krytycznych jest wysoce niewystarczające i stale generuje ośrodkom leczenia oparzeń znaczny, ujemny bilans finansowy. To oznacza, że oparzony nie może być lekko chory ani ciężko chory. Sytuacja ta musi być zmieniona; podobnie jest w Anglii. profesor Leo Klein (generał w st. spocz.) przedstawił epidemiologię oparzeń w Republice Czeskiej, organizację leczenia oparzeń w tym kraju i problemy podejścia interdyscyplinarnego do leczenia ciężko oparzonych z równoczesnymi obrażeniami mechanicznymi. Tradycja i organizacja leczenia oparzeń w Czech jest, jak można było zobaczyć i usłyszeć, wzorcowa i na bardzo wysokim poziomie. Współpraca naukowa i kliniczna z Profesorem jaka niebawem zostanie zawiązana przez ośrodek kierowany przez autora zaowocuje z pewnością obopólnymi korzyściami organizacyjnymi i naukowymi.

Duże wrażenie wywarł na uczestnikach Forum doskonały wykład dr. Adama Domanasiewicza z Trzebnicy, który przedstawił powikłania atypowe oraz opiekę pooperacyjną po operacjach przeszczepów ręki na poziomie przedramienia z użyciem błony Biobrane. Problemy leczenia rany oparzeniowej dzieci i odrębność postępowania w stosunku do dorosłych przedstawiła zgromadzonym prof. Ewa Andrzejewska z Łodzi, a referat o postępowaniu w masowych oparzeniach pokazał prof. Boban Djordjević z Belgradu. Program Forum w drugim dniu dotyczył głównie właściwej organizacji i finansowania procedur leczenia oparzeń, a więc cen i kosztów. Niezwykle ważnym był więc udział i wykład prof. Kena Dunn'a na temat problemów tzw. prawdziwych kosztów i finansowania leczenia oparzeń w Anglii. Profesor jest członkiem specjalnego zespołu rządowego powołanego w celu oceny realnych kosztów leczenia oparzeń w UK. Kluczową wydaje się odpowiedź na pytanie, czy stawiamy na ilość, czy na jakość opieki medycznej w oparzeniach; jakość bowiem wymaga kompleksowości i nakładów finansowych. Istnieją nawet poważne obawy, czy przy pasywnej polityce rządu



Wykład Pana gen. w st. spocz. Profesora Leo Kleina, który jest znaną osobistością naukową i życzliwym przyjacielem, polskich lekarzy wojskowych

i NFZ w tej sprawie, nie dojdzie do sytuacji, że zabraknie specjalistów i ośrodków, które mogłyby i chciałyby leczyć oparzenia, które są zawsze obciążeniem dla budżetów szpitali oraz NFZ, nawet krajów najbogatszych. Ośrodek WIM przedstawił na podstawie własnego, jednego z największych materiałów klinicznych w Europie referat obejmujący postęp we współczesnym leczeniu rany oparzeniowej technologiami najnowszymi water-jet i opatrunkami nowych generacji (w tym własnej konstrukcji) oraz taktykę leczenia chirurgicznego rany oparzeniowej metodami nowoczesnymi w kombinacjach z tradycyjnymi. Ośrodek leczenia oparzeń WIM w Warszawie jest powszechnie znany z pionierskiego w naszym regionie stosowania metod oczyszczania rany oparzeniowej technologią water-jet oraz z kreowania i zastosowania nowoczesnych opatrunków srebro-



Od lewej zespół prof. Aleksiejewa (3 osoby), w środku zespół prof. Djordjevicia (3 osoby) i po prawej (2 osoby) nasi znakomici koledzy z zespołu gdańskiego prof. Alicji Renkielskiej

wych i nie srebrnych w czasowym i definitywnym opatrywaniu ran oparzeniowych, co pozwoliło na prawie całkowite wyeliminowanie alogenicznej skóry bankowanej, z pro-

cesu leczenia oparzeń. Silną grupę uczestników stanowili lekarze z Rosji, gdzie powoli zaczyna się wdrażanie z sukcesami nowoczesnych metod leczenia ran oparzeniowych, w tym hydrochirurgii (water-jet). Koledzy rosyjscy przedstawili również organizację leczenia oparzeń w Rosji i swoje doświadczenia i poglądów na leczenie odmrożeń.

Po każdym referacie były pytania i toczyła się dyskusja, która trwała w kuluarach i podczas spotkań nieformalnych. Było to spotkanie na wysokim poziomie merytorycznym, utwierdzające nas w przekonaniu, że jedynie współpraca i faktyczne istnienie naukowo-kliniczne na arenie międzynarodowej w sensie twórczym i obiektywną miarą reprezentowanego poziomu. Wydaje się, że polska wojskowa służba zdrowia, jak dowodzi opisywane Forum ma w leczeniu oparzeń swoje niekwestionowane miejsce wśród innych liczących się ośrodków krajowych i zagranicznych. To poważny atut, którego nie wolno zmarnotrawić.

To bardzo dobry i kolejny znak wyjścia polskiej kombustologii poza własne podwórko.

Wojciech WITKOWSKI



Na wspólnej fotografii uwieczniono zespół uczestników Forum: trzeci od lewej z tyłu Profesor Andriej Aleksiejew Rosja, czwarty od przodu Profesor Pavel Brychta - Prezes Europejskiego Towarzystwa Oparzeniowego, siódmy od przodu-Profesor Leo Klein-Hradec Kralowe, za nim prawej Profesor Boban Djordjević z Wojskowej Akademii Medycznej w Belgradzie, dziewiąty od przodu Dr Chris Roberts UK (z wąsikiem), przy nim z prawej Profesor Ken Dunn UK (z brodą), pomiędzy nimi z tyłu autor, zaraz obok Profesor Marek Kawecki Szef CLO w Siemianowice Śląskie, po jego lewej od przodu Pan Dyrektor Artur Ludwiczynski, jeden z organizatorów Forum i wielu innych znakomitych specjalistów, których afiliacja przekroczyłaby przydzielone dla autora na sprawozdanie dlatego nie sposób ich wszystkich wymienić.

Płk dr n. med. Włodzimierz Smok



Płk dr n. med. Włodzimierz Smok urodził się 21 lipca 1937 r. w Nowej Wsi k. Sieradza. Ukończył

Liceum Ogólnokształcące w Sieradzu. Studiował na Fakultecie Lekarskim Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi w latach 1954-1961. Dyplom lekarza otrzymał 10 lutego 1961 r. W latach 1961-1971 był starszym lekarzem pułku, następnie zastępcą dowódcy Batalionu Medycznego w Kołobrzegu. Od 1971 r. był pracownikiem naukowo-dydaktycznym Zakładu Ochrony Radiologicznej i Toksykologicznej Wojskowej Akademii Medycznej, a w latach 1980-1996 kierownikiem tego Zakładu. W 1978 r. doktoryzował się. Posiadał specjalizację z toksykologii, medycyny nuklearnej, chorób wewnętrznych i organizacji ochrony zdrowia, Był

członkiem Zarządu Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Badań Radiacyjnych oraz Polskiego Towarzystwa Toksykologicznego. Był autorem i współautorem 73 prac naukowych, kierownikiem specjalizacji z toksykologii 6 kolegów. 18 września 2010 r. obchodziliśmy uroczyste 50-lecie Odnowienie Dyplomów Lekarskich. Był przyjacielski i „skryty w sobie”.

Posiadał złoty i srebrny Krzyż Zasługi oraz odznaczenia resortowe MON.

Zmarł 10 lutego 2011 r., żegnała Go rodzina, grono przyjaciół i kolegów ze studiów. Pozostanie w naszej pamięci.

Antoni NIKIEL

Wspomnienie o dr. Janie Jańcu (1923 – 2010)

Jan Zbigniew Janiec urodził się 11 czerwca 1923 r. w Czchowie. Matka była nauczycielką, a ojciec urzędnikiem państwowym. Niestety, ojciec zmarł wcześnie i matka musiała często zmieniać miejsce zamieszkania w poszukiwaniu pracy, która umożliwiłaby utrzymanie trójki dzieci.

Wybuch drugiej wojny światowej zastał ich w Tyliczu, wiosce leżącej w pobliżu Krynicy Górskiej.

W tym czasie zaczęła się działalność konspiracyjna Jasia Jańca. Od września 1939 r. do czerwca 1940 r. zajmował się przerzucaniem przez zieloną granicę ochotników do armii polskiej we Francji. Od listopada 1942 r. był członkiem Związku Walki Zbrojnej, a w latach 1942-1945 – żołnierzem Armii Krajowej i Pułku Strzelców Podhalańskich

pod pseudonimem Mir. Brał udział w akcjach zbrojnych na terenie ziemi krynickiej, gdzie w 1944 r., w trakcie akcji łącznikowej został ranny w głowę.

Szczególną rolę odgrywał w tym czasie dom rodzinny Jańców zwany „Konfederatką”, gdzie ukrywali się ludzie przerzucani przez granicę oraz osoby tzw. spalone, czyli poszukiwane przez okupanta. W tym domu mieścił się też magazyn broni AK.

Po zakończeniu wojny, wbrew rodzinie sugerującej mu wybór zawodu leśnika, zdecydował się na studia lekarskie. Latem 1945 r. przyjechał do Wrocławia i zgłosił się do Akademickiej Straży Uniwersyteckiej, wchodzącej w skład Grupy Kulturalno-Oświatowej Miasta Wrocławia, której zadaniem było zabezpieczanie mienia wyższych

uczelni przed grabieżą i pomoc przy ich odbudowie.

Studia medyczne na Wydziale Lekarskim we Wrocławiu rozpoczęte w listopadzie 1945 roku. Ukończył je w czerwcu 1950 roku, uzyskując dyplom lekarza. Pracę rozpoczął w Klinice Ocznej Akademii Medycznej we Wrocławiu jako asystent. Wkrótce został powołany do wojska. Po przeszkoleniu w Wojskowym Centrum Wyszkołeni został oficerem zawodowym i w grudniu 1951 r., jako starszy asystent rozpoczął pracę na Oddziale Ocznym 4 Wojskowego Szpitala Okręgowego we Wrocławiu. W 1974 r. został ordynatorem tego oddziału. Obowiązki te pełnił do 1983 r., do czasu przejścia na emeryturę.

Początkowo niełatwo było utrzymać wysoki poziom oddziału, który pozostawił po sobie dr Stanisław

Mrzyglód, przechodzący na stanowisko kierownika Kliniki CSK WAM w Warszawie. Jednak dzięki ogromnej wiedzy i zaangażowaniu dr. J. Jańca ten oddział i pracujący pod jego kierownictwem personel medyczny pozostał nadal w czołówce dolnośląskiej okulistyki.

Dr J. Janiec pełnił również wiele funkcji społecznych. Od 1955 r. był członkiem Polskiego Towarzystwa Okulistycznego i piastował wiele stanowisk w Zarządzie

Oddziału Dolnośląskiego tego towarzystwa. Od 1965 r. był członkiem Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej. Był członkiem Zarządu Wojskowego Okręgowego Oddziału PTTK i wiceprzewodniczącym Koła przy 4 WSO. Po przejściu na emeryturę został członkiem Komisji Zdrowia przy Okręgowym Zarządzie ZBOWiD we Wrocławiu, a następnie przewodniczącym Komisji Zdrowia przy Oddziale Dzielnicowym.

Cieszył się powszechnym szacunkiem i przyjaźnią wielu ludzi.

Za swoją pracę zawodową i społeczną otrzymał liczne odznaczenia i podziękowania.

Zmarł 20 listopada 2010 roku.

Na cmentarzu przy ul. Grabiszyńskiej pożegnał Go w obecności rodziny, kolegów i przyjaciół oraz Wojskowej Asysty Honorowej

Cześć Jego Pamięci!

plk lek. Czesław ŁĘSZCZAK

Zachowajmy Ich w naszej pamięci!

Śp,

lek. Leon Gerulewicz
11.04.1920 r. – 10.05.2007 r.

Śp,

dr n. med. Bolesław Jonik
23.12.1937 r. – 15.09.2010 r.

Śp,

lek. Janusz Wojtuń
19.07.1957 r. – 23.02.2010 r.

Śp,

lek. Józef Leško
14.02.1947 r. – 5.01.2011 r.

Śp,

lek. Krzysztof Podgórski
22.05.1953 r. – 19.08.2010 r.

Śp,

dr n. med. Lech Świącicki
2.08.1951 r. – 24.02.2010 r.

Śp,

lek. Zbigniew Górecki
26.02.1948 r. – 20.08.2010 r.

Przeprosiny

Rodzinę, przyjaciół, wszystkie osoby, którym bliski był **śp. dr n. med. Lech Świącicki** oraz czytelników bardzo przepraszam za błędnie podaną w „Skalpelu” 2/2011 datę śmierci Pana Doktora.

Dr Lech Świącicki zmarł **24 lutego 2010 r.**

Cześć Jego Pamięci!

Ewa Kapuścińska
sekretarz redakcji

„Lekarz w jednostce szuka pracy”

Pod takim frapującym tytułem opiniotwórcza „Gazeta Wyborcza” w dniu 14 marca 2010 roku dokonała bardzo rzeczowego przeglądu aktualnego stanu wojskowej służby zdrowia. Warto zacytować niektóre stwierdzenia albowiem – moim zdaniem (emerytowanego lekarza wojskowego) – jest to efekt wieloletniej nieudolności przełożonych, nie potrafiących znaleźć się w realiach przemian tudzież braku jasnej koncepcji jeszcze wyższych przełożonych, jaką ma być ta służba. Nastęstwo tzw. reform i restrukturyzacji (Wielki Eksperyment), które wcale nie prowadziły do pozytywnych przemian. Cytując zatem z tytułu: „*Od stycznia (lekarze – przyp. własny) nie mogą wypisywać recept, z braku pacjentów rozwiązują krzyżówki. Po co więc armii kilkuset lekarzy w jednostkach? MON twierdzi, że się przydadzą*”. W dalszej części autor artykułu rozwija: „*Co robią teraz lekarze w jednostkach? Nie wypisują recept (bo nie mają kontraktu z NFZ), nie zajmują się codzienną opieką lekarską nad żołnierzami (przejęli ją lekarze w cywilu), do stomatologów nikt nie przychodzi leczyć zębów. Zajmują się tylko doraźną pomocą ambulatoryjną, medycznym zabezpieczeniem jednostek oraz medycyną pracy*”.

W dalszej części: „*Wyprowadzenie podstawowej opieki zdrowotnej z jednostek to etap prowadzonej przez MON „ucywiania” służby zdrowia. Szpitale wojskowe są już nimi tylko z nazwy – prowadzą normalne leczenie, tak jak każda inna placówka. MON negocjuje z samorządami przekazanie im niektórych szpitali i sanatoriów z całym inwentarzem (także z długami). Więc po co wojsko utrzymuje lekarskie etaty w jednostkach? MON upiera się, że są potrzebne. – Laikowi mogłaby przyjść do głowy myśl, żeby ich zwolnić, w końcu medycynę pracy też można zrobić poza jednostkami – mówi gen. Bogusław Pacek, radca szefa MON*”.

Według przełożonych sytuacja jest prosta. Cytując dalej: „*Zmiany*

wymusiła nowelizacja ustawy o finansach publicznych – wyjaśnia „Gazecie” szef IWSZ dr ptk Piotr Dzięgielewski. – Nowe przepisy Ministerstwa Finansów nie pozwalają nam tworzyć specjalnych kont rachunków, na które do grudnia spływały pieniądze za kontrakty lekarzy z NFZ”.

Tyle cytatów. Tytułem wyjaśnienia należy przypomnieć, że Wielki Eksperyment czyli wchodzenie wojskowej służby zdrowia w powszechne systemy ubezpieczeń przebiegało różnymi torami, z coraz to większym zubożeniem posiadanego potencjału i rozmienianiem dobrej marki tworzonej latami. Wielki Eksperyment doprowadził do sytuacji, gdy oficerowie pełniący służbę w szpitalach wojskowych, przeniesieni zostali jednym podpisem poza szeregi regularnej armii. Płatnikiem ich uposażenia została Kasa Chorych, potem Narodowy Fundusz Zdrowia. W jednostkach wojskowych Wielki Eksperyment utrzymał demokratyczną zasadę, że etat lekarza musi być adekwatny do dowódcy jakiegoś tam szczebla czyli szczytem awansu służbowego były cztery kapitańskie gwiazdki. W tym wszystkim zlikwidowano Wojskową Akademię Medyczną bo przecież lekarze i tak będą się garnać do służby. Gorzka rzeczywistość co pewien czas odzywała się informacją o ilości wolnych etatów w wojskowej służbie zdrowia i fiasku oczekiwanego tłumy lekarzy z dyplomami polskich uczelni medycznych, pragnących podjąć zaszczytną funkcję oficera służby czynnej. Pomimo stanowiska Wojskowej Izby Lekarskiej środowisko nie doczekało się przedstawienia modelu przebiegu służby lekarza wojskowego, zatem oferta kariery zawodowej w wojsku sprowadzała się generalnie do utrudnień (czy uniemożliwianiu wręcz) specjalizacji, z docelowym atrakcyjnym stopniem wojskowym jak powyżej i apanaży na poziomie rezydenta w deficytowej specjalności. Do tego możliwość uczestniczenia w zaszczytnych pokojowych misjach na różnych wojennych teatrach, za równowartość

przeciętnych dochodów lekarza praktyka w Polsce. W chwili obecnej na rynku usług medycznych funkcjonują jeszcze szpitale, w części z zastrzeżonym znakiem towarowym w nazwie („Szpital Wojskowy”) i coraz mniej liczną obsadą kadrową lekarzy w służbie czynnej. Rzec zatem by można, że ostatnią dużą grupą lekarzy wojskowych w służbie czynnej, opłacanych z budżetu MON i z mocy ustawy zobowiązanych do członkostwa w Wojskowej Izbie Lekarskiej, są lekarze w jednostkach wojskowych. Tych kilkuset lekarzy obecnie w tzw. opinii społecznej (wielonakładowy dziennik ogólnopolski) może sobie rozwiązywać krzyżówki, ponieważ utracił możliwość wypisywania recept, nie mają pacjentów. Skoro resort „ucywiania” służbę zdrowia, to po co etaty lekarzy w jednostkach? Jak to się ma do informacji o licznych vacatach właśnie w jednostkach i rozpaczliwych apeli o wyjazdy na misję?

Artykuł jest z połowy marca, problem powyższy od stycznia, ale czy Wojskowa Rada Lekarska zajęła w tej sprawie stanowisko? Pełniąc z wyboru Krajowego Zjazdu po raz kolejny funkcję Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej nie uczestnicząc w posiedzeniach tej Rady, mogę więc tylko czerpać wiedzę z oficjalnego biuletynu Izby czyli „Skalpela”. Jak jest w tej kwestii, czytelnicy wiedzą. Gwoli natomiast rzetelnej informacji – nie wiem, ilu z tych kilkuset lekarzy w jednostkach ma uprawnienia lekarza medycyny pracy. Według „GW” wszyscy. Odpowiedź może być stosunkowo prosta, jeżeli administrator rejestru lekarzy WIL dysponuje funkcją wyszukiwania według specjalizacji. Obawiam się jednak, że i tutaj są skutki Wielkiego Eksperymentu. Myślenie życzeniowe. Że lekarze jednostek wojskowych są specjalistami w zakresie medycyny pracy.

Onegdaj, gdy tworzyły się zasady współpracy przełożonych z ustawowo zaistniałym samorządem lekarskim, w warunkach wielkich przemian

publicznej służby zdrowia pojawiały się bardzo atrakcyjne możliwości wchodzenia lekarzy wojskowych w jednostkach wojskowych w otwierające się wówczas możliwości specjalizacji. Z jednej strony w *novum* jakim była podówczas medycyna rodzinna czy też przeniesienie z już mniej wrogiej armii (Bundeswehra) – medycyna katastrof. Pisałem o tym przed laty, albowiem byłem jednym z zapaleńców usiłujących przekonać przełożonych do powstającej szansy specjalizowania się lekarzy wojskowych, w szczególności w jednostkach wojskowych. Do dzisiaj pamiętam odpowiedź: „Po co lekarzom w jednostkach wojskowych, w szczególności w odległych garnizonach, takie specjalizacje. Oni przecież

swoją pracą i służbą udowadniają, że są tymi specjalistami”. Chwilę potem wojsko oddało możliwość szkolenia w zakresie medycyny katastrof, zielone garnizony przeszły w stan likwidacji, ale prawdopodobnie przed lekarzami jednostek wojskowych otworzyły się nowe możliwości (medycyna pracy?). Ostatnią z tych wielkich było utworzenie w ambulatoriach POZ-ów czyli gabinetów podstawowej opieki zdrowotnej. Temat sam w sobie ciekawy chociażby z powodu możliwości specjalizowania się ale już – czytając rzeczony artykuł – w czasie przeszłym. Znów inni urzędnicy z innego resortu zburzili tak pracowicie stworzony system...

Na koniec cytat z artykułu, ponieważ nie wszyscy czytają „Gazetę

Wyborczą” i przez to nie mają możliwości poznać zdania obecnego szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia: „*Próbujemy rozwiązać problem. Np. lekarze z jednostek mogą rozpocząć współpracę ze szpitalami czy przychodniami wojskowymi – zastrzeżę jednak płk Piotr Dzięgielewski. To jednak – jak mówią lekarze – nie takie proste. Bo szpitale nie mają nowych etatów, nie mogą przyjmować więcej pacjentów, gdyż nie pozwalają na to kontrakty z NFZ*”

Koło Wielkiego Eksperymentu się dalej obraca. Teraz losy kolejnej grupy lekarzy wojskowych zależą od rozdzielającego kontrakty w publicznej służbie zdrowia czyli NFZ.

Janusz MAŁECKI

Who's in Charge?

Leadership during Epidemics, Bioterror Attacks, and Other Public Health Crises

Who's in Charge?

Leadership during Epidemics, Bioterror Attacks, and Other Public Health Crises

Laura H. Khan

Praeger Security International
Santa Barbara, CA, USA, 2009
stron 236.

ISBN 978-0275994853

Dr Laura Khan, pracownik amerykańskiego Centrum Zwalczenia Chorób (CDC) w Atlancie, napisała książkę, przedstawiającą tło historyczne zdrowia publicznego i bioterroryzmu, uzupełnioną interesującymi przykładami zarządzania w czasie likwidacji skutków ataków bioterrorystycznych. Kilku doświadczonych klinicystów, profesjonalistów i liderów zdrowia publicznego oraz urzędników administracji państwowej opisało swoją pracę w tych zdarzeniach. Ich spostrzeżenia są cenne w doskonaleniu przeciwdziałania bioterroryzmowi. Potwierdzają szczególną rolę przywództwa w sytuacjach kryzysowych zdrowia publicznego, obojętnie czy powstają one z przyczyn naturalnych, czy są skutkiem działań terrorystycznych. Zresztą

problem ten nie jest czymś nowym. Od wieków, zarówno w cywilizacji zachodniej, jak i wschodniej, ludzkość intrygowała rola przywódców w sytuacjach nadzwyczajnych, Przywódcom i jakości przywództwa dużo uwagi poświęcali Platon, Konfucjusz i Machiavelli. Z rozważań tych filozofów i opisanych w książce doświadczeń amerykańskich z ostatnich lat, wynika jednoznacznie, że przywódcy muszą posiadać wykształcone umiejętności organizacyjne dla podejmowaniu przeciwdziałania i dobre rozpoznanie zaistniałych zdarzeń. Przy braku rozpoznania muszą kierować się zdrowym rozsądkiem, a decyzje o sposobach reagowania podejmować intuicyjnie. Ale mimo to, raz ustalone postępowanie musi być skutecznie wdrażane. Nie mniej ważnym warunkiem skutecznego działania jest niedopuszczanie do powstawania chaosu w zarządzaniu, czemu ma zapobiegać kierowanie przeciwdziałaniami aktom terrorystycznym przez jeden ośrodek decyzyjny.

W USA, w zdarzeniach na dużą skalę (obejmujących więcej niż

jeden stan), taką rolę wiodącą odgrywa wspomniane Centrum Zwalczenia Chorób, ale spełnianie tej roli często utrudniają przeszkody prawne i organizacyjne.

Dla przewyciężenia tych przeszkód autorka sugeruje federalizację i centralizację narodowego systemu reagowania. W ten sposób pośrednio sama sobie odpowiada na pytanie postawione w tytule książki: kto jest odpowiedzialny (Who/s in Charge) za zwalczanie epidemii, ataków bioterrorystycznych i innych zdarzeń kryzysowych zdrowia publicznego.

Te wszystkie problemy są analizowane w treści książki podzielonej na wiele rozdziałów i podrozdziałów. Autorka odwołuje się wielokrotnie do zdarzeń terrorystycznych, jakie miały miejsce w USA. Treść książki można ująć w kilka grup tematycznych. Po zagadnieniach ogólnych i historii zdrowia publicznego, najwięcej uwagi poświęcone jest bioterroryzmowi i dylematom, jakie stwarzają grypy odzwierzęce i inne nowo pojawiające się choroby zakaźne oraz powiązaniom zdrowia człowieka ze zdrowiem zwierząt. Wiele uwag dotyczy doświadczeń z apercpcji społecznej dotychczasowych zdarzeń terrorystycznych.

W podsumowaniu jeszcze raz została podkreślona krytyczna potrzeba wyszkolenia wybranych

urzędników administracji państwowej dla organizowania i kierowania działaniami przeciwterrorystycznymi, ustalenia między nimi właściwych relacji i wzajemnego komunikowania się. Autorka podkreśla też dużą

rolę komunikacji tych urzędników ze społeczeństwem, potrzebę doskonalenia przepisów prawnych i przeciwdziałań przewidzianych na działania kryzysowe. Działalność całej tej infrastruktury nie może

ograniczać się do sporządzania planów, ale musi być doskonalona w różnych formach ćwiczeń przeprowadzanych w wyznaczonych pionach administracji państwowej.

Jerzy MIERZEJEWSKI

Living Weapons

Living Weapons

Koblentz G. D.

Cornell University Press

(Iłaka i Londyn)

stron 255.

ISBN: 978-8014-4768-6

Od 2001 roku ukazało się tysiące publikacji na temat terroryzmu biologicznego i broni biologicznej. Wydawać by się mogło, że tematyka ta nie powinna budzić już większego zainteresowania a mimo to nadal ukazują się liczne publikacje. Jedną z nich jest książka zatytułowana Living Weapons, której autorem jest Gregory D. Koblentz, zastępca dyrektora studiów z zakresu obrony biologicznej na Uniwersytecie George Mason (USA).

Treść książki jest podzielona na 5 rozdziałów.

W rozdziale 1 jest przedstawiona krótka historia i charakterystyka broni biologicznej. Autor podkreśla, że strona stosująca tę broń zawsze będzie miała znaczącą przewagę nad stroną zaatakowaną ze względu na różnorodność czynników, i ich moc rażenia oraz na trudności w organizowaniu obrony. Przewaga ta wzrastałaby szczególnie po ataku niespodziewanym. Wprawdzie doświadczenia armii japońskiej z okresu II wojny światowej sprawiły, że broń biologiczna b została uznana jako nieprzydatna na szczeblu operacyjnym, ale nadal ocenia się, że w wymiarze strategicznym może mieć siłę rażenia równą a nawet większą niż broń jądrowa.

W rozdziale 2 są analizowane trudności w przeciwdziałaniu wykorzystywania osiągnięć biotechnologii w produkcji broni biologicznej. Sprzyja temu brak precyzyjnych sposobów różnicowania programów badań ofensywnych od defensywnych,

trudności w sprawowaniu kontroli nad przestrzeganiem zakazu produkcji, czemu sprzyja prawo zachowania tajemnic przemysłowych. Rozdział ten opisuje też przyczyny i okoliczności uchwalenia Konwencji o Broni Biologicznej ((CWC) z 1972 roku. Konwencja ta zawiera procedury weryfikacyjne, na podstawie których działała Komisja Specjalna ONZ (UNSCOM) do wyjaśnienia zarzutów jakoby Irak, za czasów dyktatury Hussaina, produkował broni biologiczną.

W rozdziale 3 autor analizuje, do jakiego stopnia tajemnica, jaką jest otoczona produkcja, utrudnia kontrolę sprawowaną przez władze cywilne. Przestrzeganie ścisłej tajemnicy daje producentom dużą niezależność i komfort unikania odpowiedzialności, stwarza klimat do szerzenia się korupcji i niedozwolonych sprzedaży technologii lub materiałów dla państw nastawionych agresywnie i ugrupowań terrorystycznych. Autor podaje tu przykłady b. ZSSR, Rosji i Afryki Płn., gdzie przed laty głęboko utajniono produkcję broni biologicznej.

Rozdział 4 wyjaśnia, dlaczego rządy państw mają skłonność do lekceważenia broni biologicznej i zamiarów stosowania jej przez swoich adwersarzy.

Skojarzenie głębokiej tajemnicy z trudnościami w rozróżnianiu programów defensywnych i ofensywnych oraz nieprzezroczystość zamiarów ich wykonawców, czyni te programy trudnymi do oceny przez

służby wywiadowcze. Pomyłki wywiadowcze mogą prowokować rządy państw do podejmowania różnorodnych działań łącznie z militarnymi.

Autor szczególnie ostro stawia tu sprawę błędów popełnionych przez wywiad amerykański przed inwazją na Irak podjętą przez prezydenta G. W. Busha jr. pod pretekstem konieczności zniszczenia irackiej broni masowego rażenia. Po latach Amerykanie ostatecznie sami przyznali, że była to wielka pomyłka wywiadu albo, jak niektórzy utrzymują, mistyfikacja zagrożenia irackiego mająca na celu usprawiedliwienie interwencji..

Rozdział 5 przedstawia zagrożenia biologiczne, jakie współcześnie mogą nadal stwarzać ugrupowania terrorystyczne i państwa sponsorujące terroryzm. Wielkim wyzwaniem pozostaje zatem wzmocnienie prawa międzynarodowego i doskonalenie skuteczności służb wywiadowczych.

W rozważaniach końcowych autor podkreśla, że nie istnieje jeden złoty środek lub metoda, za pomocą której można by wyeliminować zagrożenie stwarzane przez broń biologiczną. Przeciwdziałanie się temu zagrożeniu prowadzi przez doskonalenie profilaktyki chorób zakaźnych, zwiększanie transparentności różnorodnych badań i wdrożeń biotechnologicznych, doskonalenie wywiadu i wypracowanie skutecznych zarządzeń wykonawczych do konwencji o zakazie prowadzenia badań, wytwarzania i stosowania broni biologicznej.

Jerzy MIERZEJEWSKI

IX Sympozjum Dentystów

W dniach 9-11.09.2011 r, w Centrum Hotelowo-Konferencyjnym Alma 2 w Sobieszewie, odbędzie się IX Sympozjum Dentystów pod patronatem prof. dr. hab. n. med. Jana Trykowskiego i prof. dr. hab. n. med. Grzegorza Krzymańskiego. Organizatorem Sympozjum jest Wojskowa Izba Lekarska oraz firma Den-Medica. Zapisy u Jolanty Średnickiej, tel 601 66 89 41, e-mail: den-medica@den-medica.com.pl

Wiceprezes Wojskowej Rady Lekarskiej
lek. dent. **Jacek WOSZCZYK**



XV Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego

Po raz pierwszy od 15 lat coroczna Konferencja Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego odbywa się we Wrocławiu. W pierwszym dniu będziemy się zajmować żywieniem w chorobach wątroby, tematem wciąż aktualnym i trudnym, zwłaszcza u pacjentów z zaawansowanymi chorobami wątroby. Następne sesje będą poświęcone marskości wątroby, zarówno w jej bezobjawowej fazie, jak i wiktanej nadciśnieniem wrotnym, pierwotnemu stwardniającemu zapaleniu dróg żółciowych oraz postępom endoskopii zabiegowej w leczeniu chorób wątroby i dróg żółciowych. Ważnym, dotychczas nieomawianym na naszych konferencjach tematem będą badania genetyczne w cholestazach wątrobowych. Dotyczy to chorób rzadkich, inaczej zwanych sierocymi, które są poważnym problemem zdrowotnym dla społeczeństwa i mają priorytetowe znaczenie w programach UE dotyczących zdrowia i badań naukowych. Jak zawsze nie zabraknie nowości na temat przewlekłych wirusowych zapaleń wątroby HBV, HCV i koinfekcji HCV i HIV. Zaprezentowane zostaną również postępy w badaniach nad chorobami wątroby.

Termin:

16-18 czerwca 2011 r.

Miejsce:

Wrocław, hotel Scandic, ul. Piłsudskiego 49/57

Organizatorzy:

**Polskie Towarzystwo Hepatologiczne
oraz
wydawnictwo Termedia**

Przewodnicząca Komitetu Naukowego:

prof. dr hab. Joanna PAWŁOWSKA

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:

prof. dr hab. med. Krzysztof SIMON

Biuro organizacyjne:

**Termedia sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań**



Hospital Management

Międzynarodowa Konferencja Hospital Management będzie obchodzić piąty jubileusz. W tym roku tematem przewodnim będą inwestycje szpitalne. Konferencja będzie forum wymiany doświadczeń na temat nowoczesnego planowania i prowadzenia procesu inwestycyjnego w szpitalu. Swoją wiedzę podzielą się m.in. przedstawiciele firm deweloperskich, ostatnio bardzo aktywnych na rynku ochrony zdrowia. Będzie też okazją, aby posłuchać ekspertów z dziedziny technologii medycznych oraz finansowania inwestycji i podyskutować z nimi. Swoje doświadczenia przedstawią dyrektorzy szpitali, które realizują projekty inwestycyjne, opierając się na siłach własnych, kapitale zewnętrznym, a także w formule PPP. Ważna będzie sesja poświęcona gospodarce lekowej i bezpieczeństwu lekowemu szpitala. Planujemy także poruszyć tematykę ubezpieczeń szpitali oraz ubezpieczeń zdrowotnych, szczególnie w obliczu nowych regulacji ustawowych. Dzięki nawiązaniu współpracy z Europejską Federacją Szpitali i Ochrony Zdrowia z siedzibą w Brukseli przedstawimy wybrane doświadczenia europejskie w zakresie inwestycji szpitalnych. Zaplanowano wystąpienia członków Prezydium i Rady Gubernatorów tej wpływowej organizacji, na co dzień ściśle współpracującej z agendami Unii Europejskiej.

Konferencja skierowana jest do kadry zarządzającej szpitali, właścicieli szpitali oraz do instytucji

i firm zajmujących się szeroko rozumianą tematyką inwestycji szpitalnych, a także do koncernów farmaceutycznych i dystrybutorów leków współpracujących ze szpitalami.

Termin:

7-8 czerwca 2011 r.

Miejsce:

**Akademia Leona Koźmińskiego
Warszawa
ul. Jagiellońska 59**

Organizatorzy:

**Akademia „Menedżera Zdrowia”
Czasopismo „Menedżer Zdrowia”
Akademia Leona Koźmińskiego**

Patronat:

**Europejskie Stowarzyszenie Dyrektorów
Medycznych**

Biuro organizacyjne:

**Termedia sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl
www.termedia.pl**

4 czerwca 2011

w Starej Miłosnej, w miejscu stacjonowania
Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej
Wojska Polskiego, odbędzie się w godz: 10.00 - 21.00

RODZINNY PIKNIK integracyjny

samorządów zawodów zaufania publicznego

Wjazd od ulicy 1 Praskiego Pułku w Wesolej
za Hotelom Villa Park Wesola

ATRAKCJE:

- „kawiarenka wiedeńska”- występ „Orkiestry Straussowskiej”,
- pokaz wyszkolenia Wojska Polskiego,
- ekspozycja sprzętu bojowego:
 - czołg PT-91,
 - bojowy wóz piechoty,
 - opancerzony transporter rozpoznawczy BRDM-2,
- przejażdżki samochodami terenowymi,
- turniej piłki siatkowej,
- turniej piłki nożnej na gigantycznych piłkarzykach,
- zawody na ergonometrach wiosłarskich,
- miasteczko „Dmuchańców” dla dzieci,
- 12 metrowa ścianka wspinaczkowa,
- miasteczko survivalowe,
- paintball,
- laserowa strzelnica,
- symulator surfingu,
- jazda konna,
- kucyki,
- i wiele innych.

Program Festynu:

- 10⁰⁰-12⁰⁰ występ zespołu Kliper -
Piknik Żeglarski
- 12⁰⁰-12¹⁵ uroczyste otwarcie Pikniku
- 12³⁰-13³⁰ orkiestra węgierska „Rajkő”
- 13³⁰-14⁰⁰ pokaz wyszkolenia Wojska
Polskiego
- 14⁰⁰-16⁰⁰ Koncerty dla dzieci, występ
iluzjonisty „Arex Show”
- 16⁰⁰-16⁴⁵ zespół Kliper
- 17⁰⁰-17⁴⁵ Marlena Drozdowska
- 18⁰⁰-20⁰⁰ Golec "Orkiestra

Wstęp tylko z zaproszeniem.

Odbiór we właściwych Izbach:

- Krajowa Rada Kuratorów,
- Mazowiecka Okręgowa Izba Architektów RP,
- Mazowiecka Okręgowa Izba Inżynierów Budownictwa,
- Mazowiecki Oddział Krajowej Izby Doradców Podatkowych,
- Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie,
- Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie,
- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu,
- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Płockiego,
- Okręgowa Izba Radców Prawnych w Warszawie,
- Okręgowa Izba Urbanistów,
- Okręgowa Rada Adwokacka w Warszawie,
- Regionalny Oddział w Warszawie Krajowej Izby Biegłych Rewidentów,
- Warszawska Izba Lekarsko-Weterynaryjna,
- Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych,
- Wojskowa Izba Lekarska.

ORGANIZATORZY:

