



NR 3

MAJ-CZERWIEC
ROK XXII (2013)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

nakład 4000 egz.

XXX Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej
Jubileusz prof. Jana Chojnackiego
Otwarcie nowej siedziby CKP WIM
Godność człowieka terminalnie chorego
Jak będziemy głosować?



POTRZEBNA POMOC

Koleżanki i Koledzy,

Nasz Kolega Tomasz Granecki, lekarz, absolwent X kursu WAM walczy z ciężką chorobą. Nie zważając na ryzyko z oddaniem pomaga swoim pacjentom. Pomóżmy Mu i MY solidarnie w zebraniu niezbędnej kwoty na zakup leku dającego szansę na wykonanie przeszczepu szpiku. Lek nie jest refundowany przez NFZ. Nasza pomoc może okazać się bezcenna. Wierzę, że stać nas na to.

Redaktor Naczelny biuletynu „SKALPEL”

Tomasz Granecki lekarz. Były długoletni pracownik WIM Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii, od 10 lat walczy z białaczką. Ośmiokrotnie leczony chemioterapią przy użyciu chemii standardowej i niestandardowej. Za każdym razem po kilkumiesięcznej remisji choroba atakowała ponownie. Obecnie jest zakwalifikowany do przeszczepu szpiku, ale żeby zabieg ten mógł być przeprowadzony i zwieńczony sukcesem trzeba doprowadzić do całkowitej remisji choroby. Potrzebny jest lek o nazwie REVLIMID (lenalidomid), który nie jest refundowany przez NFZ. Koszt leczenia to około 250 000 PLN. Kwota ta przekracza możliwości finansowe jego rodziny, każdy przekazany 1% podatku oraz każda darowizna zwiększa jego szansę na normalne, zdrowe życie.

Pomóż Tomaszowi wygrać tę nierówną walkę!

WPŁAĆ DAROWIZNĘ
na konto Fundacji

FUNDACJA PRZECIWKO LEUKEMII
ul. Morcinka 5 paw 19
01-496 WARSZAWA
www.leukemia.pl

Bank PKO SA VII o/Warszawa
47 1240 1109 1111 0000 0516 5182
Z dopiskiem dla Tomasza Graneckiego



**Tomasz
Granecki**

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

To jedna z ostatnich okazji, abym w tym honorowym miejscu „Skalpela” – wypełnił Szpaltę Prezesa moimi myślami, zaapelował, poprosił. Już za kilka miesięcy w tym miejscu, nowo wybrany Prezes Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej – Prezes WIL będzie kierował do Was swoje słowa.

Ostatnie lata, to ciąg eksperymentów prowadzonych przez władzę ustawodawczą i władzę wykonawczą na chorych i na nas lekarzach. Bez względu na to przez jakie okulary będziemy patrzeć na gospodarkę, w kasie NFZ pieniędzy jest mniej niż w poprzednich latach. Bezrobocie i zamrożenie lub wręcz spadek płac odbijają się (choć z lekkim opóźnieniem) na kondycji lekarzy i wszystkich pracowników systemu opieki zdrowotnej. Do NFZ wpływają mniejsze składki. Politycy przywiązujący większą wagę do analizy „słupków” popularności niż do realnego spojrzenia na kondycję systemu opieki zdrowotnej, nie odważą się zapewne podnieść składki zdrowotnej.

System jeszcze jakoś działa. Szpitale, przychodnie i lekarze zadłużają się, podpisują coraz mniej korzystne kontrakty, uznając, że to jest mniejsze zło. Chcą jakoś przeczekać trudne czasu. Ale to się nie uda! Prędzej czy później NFZ przystąpi do zmasowanych kontroli. To doskonały sposób na podreperowanie pustej kasy NFZ. Udał się pomysł na zastraszenie lekarzy karami za błędy w receptach. Podjęliśmy akcję protestacyjną (pamiętny protest pieczętkowy do którego sam Państwo zachęcałem). Akcja przyniosła ok. 1,7 mld złotych oszczędności. To pieniądze zaoszczędzone na lekach refundowanych, które nasi chorzy, w czasie naszego protestu musieli kupić z 100% odpłatnością. Do dziś (16 kwietnia) NFZ nie ujawnił pełnych danych dotyczących refundacji leków w całym 2012 roku.

Czy to jest wina NFZ? Tak czujemy, tak mówimy, to na tą instytucję zrzucamy winę za trudności w codziennej pracy. Ale czy rzeczywiście można mieć żal do „skarbnika”, gdy nie on decyduje ile pieniędzy każdy ma do wspólnej kasy dołożyć, a wszyscy mają niezwykle oczekiwania. Powstają nowe szpitale, przychodnie, gabinety. (Prawie) wszyscy chcą mieć kontrakt z NFZ. Nie każdy dostaje kontrakt, a jeśli tak, to zwykle z roku na rok coraz mniejszy. Zmienia się też wycena poszczególnych procedur. Każdy uczestnik systemu, zwany świadczeniodawcą próbuje związać koniec z końcem, przetrwać. Szukamy dobrze wycenionych procedur, zastanawiamy się co zrobić aby wpływy z NFZ pokryły nasze koszty. Już nie chodzi o to, aby szpital, przychodnia czy nawet mały NZOZ zarabiał. Cieszymy się, gdy wyjdziemy na zero, oby tylko nie mieć długów, nie zwalniać pracowników, nie zamykać oddziałów. Czy zawsze się to odbywa zgodnie z naszym sumieniem i etyką. Mam nadzieję, że wystarczy nam rozsądku i empatii, aby postępować uczciwie, tak jakbyśmy chcieli, aby inny lekarz postąpił z naszą mamą, żoną czy synem.

W codziennej walce o przetrwanie nie zatraciliśmy to, co w wykonywaniu naszego zawodu było najpiękniejsze, co nas podtrzymywało na duchu w chwilach zwątpienia, stawało na nogi po kolejnym ciężkim dyżurze. Straciliśmy, albo jesteśmy już bardzo blisko utraty kontaktu z chorym, zwykłego ludzkiego kontaktu. Bo jak prowadzić miłą rozmowę z 64 w kolejności chorym, który puka do drzwi lekarza rodzinnego? To chora sytuacja, w chorym systemie opieki zdrowotnej. I nic się nie zmieni do czasu, gdy nie wywalczymy wyższej wyceny naszej pracy, nie świadczenia jako całości, ale naszego (lekarskiego) wkładu w wizytę, wyceny naszego czasu, wiedzy, doświadczenia. Dziś wkład pracy lekarza jest w całej procedurze najniżej wyceniony.



Winni grzechu zaniedbania bez wątplenia są politycy. To politykom brakuje odwagi, aby powiedzieć wyborcom, że w czasie pokoju, w czasie gdy nie mamy klęsk żywiołowych, niezbywalne prawa obywateli do ochrony zdrowia są niemożliwe do zrealizowania. Politycy mają obywateli iluzją bezpieczeństwa zdrowotnego oraz tym, że wszystkim się wszystko należy. Tymczasem żadnego państwa nie stać na nieograniczone wydatki na opiekę zdrowotną. Jeśli się przyznaje takie prawa, trzeba za to zapłacić. To politycy uchwalają budżet, dzielą pieniądze. To od polityków zależy, czy miasto będzie miało podświetlane mosty i piękny iluminowany stadion czy też zostanie dofinansowany SOR lub zorganizowana nocna pomoc dla dzieci. Wybór należy do polityków. Nie jest rolą lekarza informowanie chorych, że już nie ma numerków do specjalisty na cały najbliższy rok. Może czas na drzwiach gabinetu lekarskiego wywiesić adresy biur poselskich i tam odsyłać niezadowolonych chorych.

Prezes
Rady Lekarskiej WIL
płk rez. dr n. med. **Piotr RAPIJKO**

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

Foto na I okładce: Andrzej Kosater

Opracowanie graficzne, łamanie:

Ewa Kapuścińska

Druk: LM Promotion

tel. 663 664 440

e-mail: biuro@lmpromotion.pl

Nakład: 4000 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 3/2013

Szpalta Prezesa	1
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z dnia 22 lutego 2013 r.	3
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z dnia 14 marca 2013 r.	4
Komunikat Okręgowej Komisji Wyborczej WIL	5
Jak będziemy głosować?	6
<i>Non gladio, sed scientia</i> – czyli otwarcie nowej siedziby CKP WIM	7
Od dowódcy drużyny do komendanta-rektora. Od studenta do profesora	10
Rejestr praktyk – aktualizacja danych	12
XXX Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej	16
Uchwały XXX Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej	18
Godność człowieka terminalnie chorego z punktu widzenia lekarza i teologa	20
Pionier neurologii i nerochirurgii – Edward Flatau (1868-1932)	25
Nawigacja w technice zabiegowej	29
Wspomnienie – płk lek. Aleksander Kałużbowski	31
Zachowajmy Ich w naszej pamięci!	31
Spotkanie WAM-owców „Jarosławiaków”	32

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA

Prezes WIL:

dr n. med. Piotr Rapiejko

Wiceprezes WIL:

prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Dziuk

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 Galecki

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 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: *mgr Renata Formicka*

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. 175

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 22 lutego 2013 r.

Z powodu braku kworum, zamiast posiedzenia Rady Lekarskiej odbyło się posiedzenie Prezydium RL, w składzie poszerzonym o przybyłych członków Rady Lekarskiej. Uczestniczyło w nim 7 członków Prezydium i 5 członków Rady Lekarskiej oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL, prof. dr hab. n. med. Krzysztof Chomiczewski i radca prawny WIL. Przewodniczył posiedzeniu Prezes RL WIL, dr n. med. Piotr Rapiejko, który poinformował zebranych o swojej działalności od poprzedniego posiedzenia RL. Następnie informację o stanie realizacji przedsięwzięć związanych z wyborami przekazał przewodniczący Komisji Wyborczej WIL, kol. Andrzej Gałęcki. Poinformował, że komisja rozpoznała nadesłane wnioski o zmianę rejonu wyborczego i zaakceptowała 23 takie zmiany, a także o decyzji komisji dotyczącej wysłania do wszystkich członków WIL „Karty zgłoszenia kandydata na delegata” wraz z instrukcją o sposobie zgłaszania tychże kandydatów. Przedstawił też projekt uchwały RL WIL w sprawie ustalenia liczby mandatów na Zjazd Lekarzy WIL VII kadencji, a Rada podjęła **uchwałę nr 3766/13/VI**, ustalającą liczbę 142 mandatów.

W dalszej części posiedzenia, na wniosek Przewodniczącego komisji ds. rejestru, wydawania PWZ i praktyk lekarskich, kol. Zbigniewa Zaręby zostały podjęte uchwały:

- w sprawie wpisania na listę członków i do rejestru WIL lek. Elżbiety Zgnilec, przenoszącej się z OIL w Lublinie (**uchwała nr 3515/13/VI**),
- w sprawie zmiany uchwały nr 2280/01/III i wydania nowego dokumentu PWZ z po-

wodu błędnego wpisu nr PESEL w dokumencie wydanym w oparciu o zmienianą uchwałę (**uchwała nr 3516/13/VI**);

- w sprawach dotyczących dokonania wpisów do rejestru praktyk lekarskich, skreślenia praktyk oraz zmiany adresów praktyk (**ogółem podjęto 247 uchwał**).

Wnioski w sprawie wytypowania przedstawicieli WIL do komisji konkursowych omówił sekretarz RL WIL, kol. Konrad Maćkowiak. Rada Lekarska wyznaczyła:

1. lek. Andrzeja Gałęckiego – do komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych w 4 WSzK z Przychodnią we Wrocławiu;
2. lek. Ryszarda Zachara – do komisji konkursowej na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Elbląskim Szpitalu Specjalistycznym z Przychodnią w Elblągu;
3. lek. Mariana Dóczyńskiego – do komisji konkursowej na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w SP ZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM w Łodzi.

Prezes RL WIL przedstawił projekt uchwały w sprawie przeprowadzenia audytu finansowego za 2012 r. w Biurze WIL. Podjęto jednogłośnie **uchwałę nr 3766/12/VI**.

Sprawy finansowe omówił skarbnik WIL, kol. A. Gałęcki. Rada podjęła uchwały:

- w sprawie ustalenia lekarzowi wysokości składki (**uchwała 3769/13/VI**);
- w sprawie zwolnienia lekarza z obowiązku opłacania składek (**uchwała 3770/13/VI**);
- w sprawie umorzenia lekarzowi zaległych składek członkowskich (**uchwała 3771/13/VI**).

Przewodniczący komisji kształcenia, kol. Stefan Antosiewicz omówił wnioski lekarzy o częściową refundację kosztów poniesionych na przeprowadzenie przewodu doktorskiego i na jego wniosek podjęte zostały **uchwały nr 3764/13/VI, nr 3765/13/VI i 3768/13/VI** o przyznaniu wsparcia finansowego wnioskującym. Ponadto kol. S. Antosiewicz poinformował o wpłynięciu wniosku o akceptację dla przyznania 5 pkt. edukacyjnych uczestniczącym w IX Konferencji Naukowo-Szkoleniowej nt. „Czerwone oko”, której organizatorem jest WIML w Warszawie. Rada wniosek zaakceptowała.

W części końcowej omówiono sprawę dotyczące:

- wytypowania kandydata WIL do nadania odznaczenia „*Meritus Pro Medicis*”;
- ofert firm ubezpieczeniowych;
- pracy Zespołu SG WP do oceny sytuacji w wojskowej służbie zdrowia i uczestnictwa w tym zespole przedstawiciela WIL.

Po wyczerpaniu porządku obrad wiceprzewodniczący zamknął posiedzenie.

Z. U.

VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

W imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie zapraszamy do uczestnictwa w VIII Zjeździe Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.

Zjazd odbędzie się w dniach **25-28 września 2013 roku** w hotelu Mercure „Kasprowy” w Zakopanem, ul. Szymaszkowa 2.

Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracyjny dostępne są na stronie www.zjazdptbb.pl Kontakt z organizatorami: e-mail bizon@fundacijabolu.pl, tel. 789 088 497.

**Uchwała nr 3766/13/VI
Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 22 lutego 2013 r.**

w sprawie ustalenia liczby mandatów na zjazd lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 219. poz. 1708 z późn. zm.) oraz w związku z § 14 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, będącego załącznikiem do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. uchwała się co następuje:

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ
WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
Konrad MAĆKOWIAK

§ 1

Na wniosek Komisji Wyborczej Wojskowej Izby Lekarskiej, w oparciu o liczbę mandatów określoną w rejonach wyborczych, ustala się liczbę 142 mandatów na Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej VII kadencji .

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PREZES
RADY LEKARSKIEJ
WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
Piotr RAPIEJKO

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL

z dnia 14 marca 2013 r.

W przeddzień XXX Zjazdu Lekarzy WIL odbyło się posiedzenie Rady Lekarskiej WIL, w którym wzięło udział 20 członków Rady oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL prof. dr hab. n. med. Krzysztof Chomiczewski, Przewodniczący Sądu Lekarskiego WIL dr n. med. Jan Wilk, radca prawny i dyrektor biura WIL. Gościem Rady Lekarskiej był płk lek. Piotr Dzięgielewski - Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia. Przewodniczący posiedzeniu prezes Rady Lekarskiej WIL dr n. med. Piotr Rapiejko przywitał przybyłych, a następnie przedstawił „Porządek posiedzenia”, który jednogłośnie przyjęto. Następnie poinformował, że otrzymał od przewodniczącego Komisji wyborczej WIL kol. A. Gałęckiego sprawozdanie z dotychczas zrealizowanych zgodnie z harmonogramem przedsięwzięć dotyczących wyborów i przedstawił terminarz zadań na kolejne etapy.

W dalszej części posiedzenia, na wniosek Przewodniczącego komisji ds. rejestru, wydawania PWZ i praktyk lekarskich kol. Zbigniewa Zaręby Rada Lekarska podjęła uchwały:

- w sprawie wpisania na listę członków i do rejestru WIL lek. Ewy Straż-Żebrowskie, przenoszącej się z OIL w Warszawie (**uchwała nr 3772/13/VI**),
- w sprawie wydania duplikatów prawa wykonywania zawodu lekarzom: Krzysztofi Kowalcukowi (**uchwała nr 3773/13/VI**) i Henrykowi Mitasowi (**uchwała nr 3774/13/VI**),
- w sprawach dotyczących dokonania wpisów do rejestru praktyk lekarskich, skreślenia praktyk oraz zmiany adresów praktyk (**ogółem podjęto 135 uchwał**).

Wnioski w sprawie zaopiniowania kandydatów na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie

zdrowia omówił kol. Jan Sapieżko. Rada Lekarska jednogłośnie udzieliła poparcia nw. lekarzom:

1. **Płk. lek. Adamowi Olszewskiemu** – na stanowisko Szefa Pionu Medycznego w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia;
2. **Ppłk. dr. n. med. Krzysztofowi Mazurowi** – na stanowisko kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej w 5 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Krakowie;
3. **Mjr. lek. Zbigniewowi Plak** – na stanowisko zastępcy Komendanta 108 Szpitala Wojskowego w Elku;
4. **Mjr. dr. n. med. Markowi Sulikowi** – na stanowisko ordynatora Oddziału Klinicznego Dermatologicznego w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy.

Rada Lekarska przyjęła propozycje zgłoszenia rekomendowanych przez nią osób do organów XXX Zjazdu Lekarzy WIL:

- na Przewodniczącego Zjazdu – kol. Jacka Woszczyka,
- na wiceprzewodniczących Zjazdu – kol. Konrada Maćkowiaka i ko. Jana Sapieżko,
- na sekretarzy Zjazdu – kol. Sabinę Jakubiec-Norton i kol. Romana Theus,
- do komisji wniosków i uchwał – kol. Jerzego Chmielewskiego i kol. Stefana Antosiewicza,
- do komisji mandatowej – kol. Ryszarda Zachara i kol. Marianna Dójczyńskiego.

Sprawy finansowe omówił dyrektor Biura WIL.

- Rada podjęła dwie uchwały:
- w sprawie umorzenia lekarzowi zaległych składek członkowskich i zwolnienia z dalszego ich opłacania (**uchwały nr 3910/13/VI i 3911/13/VI**);
 - **uchwałę nr 3913/13/VI** – w sprawie przyznania wsparcia finansowego na organizację IV Rodzinnego Pikniku integracyjnego samorządów zaufania publicznego.

Rada podjęła także uchwałę w sprawie częściowej refundacji kosztów odbytych studiów doktorskich (**uchwała nr 3912/13/VI**).

Uczestniczący w posiedzeniu Rady Lekarskiej Szef IWSZ płk lek. Piotr Dziegielewski podziękował członkom RL WIL za współpracę, która zaowocowała m. in. dobrymi dla lekarzy zapisami w rozporządzeniach MON w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego ... i w sprawie programów uzupełniających dla określonych specjalizacji oraz za aktywny udział i współpracę z członkami zespołu SG WP powołanego do oceny sytuacji w wojskowej służbie zdrowia, którym kieruje gen. A Wojtan.

Z. U.

Komunikat Okręgowej Komisji Wyborczej WIL

Koleżanki i Koledzy!

Zgłosiliście swoich delegatów w poszczególnych okręgach wyborczych. Cały proces zgłaszania zdecydowanie przyspieszył w ostatnich dniach upływającego terminu ich przesyłania do komisji wyborczej.

Nie będę ukrywał, że bardzo poważnie rozważaliśmy, wobec braku minimalnej wymagalnej liczby kandydatur, przedłużenie terminu ich składania. Rzutem na taśmę w wielu rejonach sytuacja zmieniła się i w efekcie zgodnie z harmonogramem zamknęliśmy listy i zatwierdziliśmy kandydatów do wyborów w poszczególnych rejonach wyborczych.

Szkoda tylko, że aktywność naszego środowiska ogranicza się do ustalenia faktycznej możliwości wyboru ponad 90 delegatów na ustaloną 142 osobową reprezentatywność delegatów na Zjazd Lekarzy VII kadencji. Są rejonu skąd nie dotarło jakiegokolwiek zgłoszenie, są i takie gdzie liczba kandydatów na delegatów jest większa od ilości miejsc.

Teraz zostaje już tylko wybór, w tych rejonach gdzie zaistniał chociaż 1 kandydat na delegata. Wkrótce dostaniecie karty do głosowania

z wydrukowanymi nazwiskami waszych kandydatów oraz informacje o konieczności przesłania swojego głosu do komisji wyborczej w nieprzekraczalnym terminie 16 maja. Proszę pamiętać, że liczy się głos, który w tym terminie znajdzie się faktycznie w komisji wyborczej. Głosy po tym terminie będzie można oddać bezpośrednio do urny wyborczej w terminie, miejscu i okresie wskazanym w przesyłanej korespondencji wyborczej.

Co mogą zrobić koledzy, którzy nie dostaną do końca kwietnia korespondencji wyborczej?

Oznacza to, że w ich rejonie wyborczym nie ma kandydata i nie będą organizowane wybory.

W przypadku, gdyby w wyniku przeprowadzonych wyborów nie wybrano delegatów na okręgowy zjazd lekarzy w liczbie stanowiącej co najmniej połowę liczby mandatów, komisja wyborcza w celu spełnienia tego wymogu, przeprowadza kolejne wybory na wakuujące mandaty w rejonach wyborczych, w których nie wybrano delegatów lub w których nie wszystkie mandaty zostały obsadzone, do czasu wybrania właściwej liczby delegatów, zwane „kolejną turą wyborów”.

W przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonych wyborów lub w wyniku kolejnej tury wyborów został spełniony wymóg wyboru delegatów na okręgowy zjazd lekarzy w liczbie stanowiącej co najmniej połowę liczby mandatów, w rejonie wyborczym, w którym nie dokonano wyboru okręgowa komisja wyborcza przeprowadza ponowne wybory przed okręgowym zjazdem sprawozdawczo-wyborczym, wyłącznie na pisemny wniosek co najmniej 20% ogólnej liczby członków tego rejonu, złożony w terminie umożliwiającym przeprowadzenie wyborów przed zjazdem, zgodnie z przepisami uchwały wyborczej krajowego zjazdu lekarzy, pod warunkiem równoczesnego zgłoszenia co najmniej jednego kandydata.

Pozostaje mi tylko ponowić prośbę – STARANNIE CZYTAJCIE PRZESYŁANĄ KORESPONDENCJĘ!

W imieniu całej komisji wyborczej Wojskowej Izby Lekarskiej życzę Państwu przemyślanych wyborów.

Przewodniczący Komisji Wyborczej
Wojskowej Izby Lekarskiej
Andrzej GAŁECKI

Jak będziemy głosować?

W związku ze zbliżającymi się wyborami wysłaliśmy członkom Wojskowej Izby Lekarskiej przesyłkę w postaci dużej koperty. W kopercie znajdują się: instrukcja głosowania; karta do głosowania; lista kandydatów; mała, biała, nieoznakowana koperta oraz większa koperta, zaadresowana do Okręgowej Komisji Wyborczej WIL.

Osoby, które jeszcze nie otrzymały przesyłki proszone są o cierpliwość lub też należą do rejonu, w którym wybory nie odbędą się z powodu nie zgłoszenia żadnego kandydata.

Komisja Wyborcza Wojskowej Izby Lekarskiej rekomenduje głosowanie w drodze korespondencyjnej w rejonie wyborczym, które jest równoważne z głosowaniem osobistym.

INSTRUKCJA GŁOSOWANIA W TRYBIE KORESPONDENCYJNYM

1. Po zapoznaniu się z listą kandydatów należy dokonać wyboru przez wstawienie w polu przy nazwisku kandydata znaku „x” lub „v” lub „+”. Można również nie dokonać żadnego wyboru – wstrzymując się od głosu.



lub



lub



Liczba wskazań nie może być większa niż liczba mandatów określona dla danego rejonu wyborczego. Informacja o liczbie mandatów znajduje się na karcie do głosowania.

Przed wskazaniem kandydata można zapoznać się z informacjami o nim, zamieszczonymi na stronie internetowej izby lub porozumieć się z kandydatem telefonicznie lub drogą mailową, jeżeli zamieszczone zostały przez niego dane kontaktowe

2. Kartę do głosowania (również w przypadku wstrzymania się od głosu – bez wskazania kandydata) należy umieścić w najmniejszej z nadesłanych kopert (czysta koperta bez opisu).

3. Kopertę zawierającą kartę do głosowania zaklejamy (NIC NA NIEJ NIE PISZEMY), wkładamy do większej koperty - z nadrukowanymi danymi głosującego i adresem zwrotnym Komisji Wyborczej Wojskowej Izby Lekarskiej.

4. Po zaklejeniu tej koperty należy w zaznaczonym polu na jej odwrocie przystawić imienną pieczętkę lekarską oraz się podpisać. Głos bez pieczętki i podpisu jest nie ważny.

5. Kopertę należy wysłać pocztą (przesyłka jest już opłacona – prosimy nie naklejać znaczka) lub dostarczyć do siedziby WIL w Warszawie, w nieprzekraczalnym terminie do dnia 16 maja 2013 r.

6. **Dzień wpływu koperty będzie potwierdzony datownikiem przez biuro Izby.**

7. Koperta w stanie nienaruszonym zostanie przekazana przez Okręgową Komisję Wyborczą komisji skrutacyjnej w dniu głosowania osobistego. Po otwarciu koperty zewnętrznej i potwierdzeniu na liście członków rejonu wyborczego przez przewodniczącego komisji skrutacyjnej głosowania w trybie korespondencyjnym, koperta wewnętrzna zostanie przez niego wrzucona do urny.

8. Koperty, które wpłyną do Okręgowej Komisji Wyborczej po terminie podanym w zawiadomieniu zostaną zniszczone komisyjnie.

GŁOSOWANIE OSOBISTE

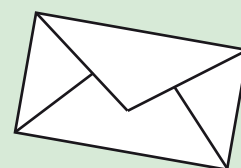
Członek rejonu wyborczego, który nie głosował w trybie korespondencyjnym może oddać głos osobiście w dniu wyborów, podanym w przesłanej korespondencji.

Członek rejonu wyborczego głosujący osobiście oddaje głos poprzez wrzucenie karty do głosowania do urny wyborczej i potwierdza oddanie głosu na liście członków rejonu wyborczego podpisem oraz pieczętką imienną. W przypadku braku pieczętki lekarz powinien okazać dokument tożsamości.

Głosując osobiście oddając głos do urny, pobiera się kartę do głosowania od komisji skrutacyjnej potwierdzając ten fakt swoim podpisem w liście członków WIL danego rejonu wyborczego.

Głosowanie przeprowadza i ustala jego wyniki komisja skrutacyjna powołana przez Komisję Wyborczą WIL.

Szczegółowe informacje znajdują się na przesłanej instrukcji głosowania oraz na stronach Wojskowej Izby Lekarskiej w zakładce „Wybory 2013” (www.wil.oil.org.pl).



Rejon wyborczy nr KX.SYM/xxx Jan Kowalski Nr PWZ 12345	OPLATA PRZERZUCONA NA ADRESATA umowa nr IP 12345/W z Poczta Polska S.A. z dnia 04.01.2013
Wojskowa Izba Lekarska Okręgowa Komisja Wyborcza ul. Koszykowa 78 00-909 Warszawa	

Tu należy przystawić pieczętkę i podpisać się

Non gladio, sed scientia

– czyli otwarcie nowej siedziby Centrum Kształcenia Podyplomowego WIM

Od niemal 50 lat swojego istnienia „Szpital przy Szaserów” jest wiodącą placówką wojskowej służby zdrowia w obszarze kształcenia podyplomowego, czego naturalną konsekwencją było w ciągu minionych lat funkcjonowanie w strukturach Szpitala, a od 2003 r. – Instytutu, odpowiednich komórek merytorycznych. Konieczność sprośnięcia współczesnym wyzwaniom dotyczącym doskonalenia personelu medycznego oraz postrzeganie kształcenia podyplomowego jako narzędzia odbudowy kadr wojskowej służby zdrowia były podstawą do powołania w 2010 r. Centrum Kształcenia Podyplomowego WIM.

CKP organizuje różne formy kształcenia, a jednocześnie wykonuje na rzecz całej wojskowej służby zdrowia zadania administracyjne dotyczące specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków. Działalność Centrum obejmuje między innymi:

1. Koordynowanie studiów specjalizacyjnych lekarzy w WIM
2. Organizowanie kursów specjalizacyjnych oraz doskonalących



dla lekarzy (we współpracy z CMKP), kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doskonalących dla pielęgniarów oraz kursów dla ratowników medycznych

3. Koordynowanie staży kierunkowych realizowanych w ramach kształcenia specjalizacyjnego
4. Organizowanie kursów i szkoleń z dziedziny medycyny pola walki

dla personelu przygotowującego się do udziału w misjach SZ RP

5. Opracowywanie programów kursów
6. Prowadzenie stażu podyplomowego dla lekarzy wojskowych i cywilnych
7. Organizację studenckich praktyk zawodowych w WIM oraz współpraca ze studenckimi kołami naukowymi – w tym w zakresie organizacji obozów naukowych
8. Obsługę administracyjną specjalizacji w MON – we współpracy z Inspektorem Wojskowej Służby Zdrowia, w tym:
 - a. organizowanie postępowań kwalifikacyjnych do specjalizacji dla lekarzy i lekarzy dentyków
 - b. zbieranie i przygotowanie dokumentów specjalizacyjnych niezbędnych do przystąpienia do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) oraz przesyłanie ich do Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi



Centrum Kształcenia Podyplomowego

- c. prowadzenie spraw związanych z przebiegiem specjalizacji.

Ponadto, Centrum aktywnie uczestniczy w działalności legislacyjnej dotyczącej kształcenia kadr medycznych. Warto podkreślić fakt bardzo bliskiej współpracy w tym obszarze z Wojskową Izbą Lekarską

W 2012 r. pod egidą CKP zrealizowano łącznie 115 edycji różnych form kursów.

Zadania Centrum ściśle determinują jego strukturę, na którą składają się następujące komórki wewnętrzne:

- Wydział Kształcenia Podyplomowego (odpowiada za obsługę administracyjną specjalizacji oraz staż podyplomowy)
- Wydział Organizacji Dydaktyki (odpowiada za organizowanie kursów specjalizacyjnych i doskonalących dla lekarzy oraz kursów o charakterze wojsko-medycznym)
- Wydział Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
- Wydział Doskonalenia Ratowników Medycznych.

Zespół CKP WIM tworzy obecnie 9 osób – w tym 3 żołnierzy zawodowych i 6 pracowników cywilnych. Docelowy skład osobowy Centrum to 15 osób.



Rozwój i doskonalenie różnych form kształcenia są niewątpliwie uwarunkowane pozyskiwaniem nowoczesnych narzędzi dydaktycznych – szczególnie możliwości w obszarze symulacji medycznej. Niezwykle ważnym etapem w budowaniu wspomnianych zdolności była realizacja dotowanej przez MON inwestycji, w ramach której oddano do użytku nową siedzibę CKP WIM. W dniu 04.04.2013r., mającym szczególne znaczenie dla Służby Zdrowia WP, nastąpiło uroczyste otwarcie „nowego” Centrum Kształcenia Podyplomowego WIM. W uroczystości wzięli udział m.in.: min. Waldemar Skrzypczak – Podsekretarz Stanu w MON ds. Uzbrojenia i Moderniza-

cji, Główny Inspektor Sanitarny- min. Marek Posobkiewicz, Dowódca Operacyjny SZ – gen. broni Edward Gruszka, Biskup Polowy WP - ks. dr Józef Guzdek, Zastępca Szefa Sztabu Generalnego WP – gen. dyw. dr Anatol Wojtan, Dyrektor Departamentu Strategii i Planowania Obronnego MON – gen. dyw. Mirosław Różański, Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wojskowego MON – dr inż. Stanisław Walicki, poseł Jadwiga Zakrzewska - wiceprzewodnicząca Sejmowej Komisji Obrony Narodowej, Prezes Wojskowej Izby Lekarskiej – dr n. med. Piotr Rapiejko, parlamentarzyści, przedstawiciele świata nauki i medycyny, przedstawiciele samorządów zawodowych lekarzy i pielęgniarek. Poświęcenia obiektu dokonał Biskup Polowy WP.

W imieniu Ministra Obrony Narodowej przecięcia wstęgi dokonał Podsekretarz Stanu MON ds. Uzbrojenia i Modernizacji – min. Waldemar Skrzypczak, któremu towarzyszył Dyrektor WIM gen. bryg. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak. Zwiedzanie obiektu przez licznie przybyłych gości połączone było z pokazem symulacji postępowania w urazie bojowym (w pokazie wykorzystano sztuczną krew i tkanki zwierzęce) oraz resuscytacji krążeniowo – oddechowej. Dyrektor WIM w swoim wystąpieniu podkreślił znaczenie





wniosek płynących z udziału w zabezpieczeniu medycznym misji w Iraku i Afganistanie w procesie szkolenia kadr medycznych, a także potrzebę wykorzystania tych doświadczeń w doskonaleniu umiejętności związanych z niesieniem pomocy ofiarom wypadków i katastrof o charakterze niemilitarnym. Wspominał o bardzo dobrej współpracy pomiędzy WIM, a Dowództwem Operacyjnym SZ w obszarze szkolenia personelu medycznego przygotowującego się do udziału w misji PKW. Pan Minister Waldemar Skrzypczak określił Wojskowy Instytut Medyczny jako swoisty pomnik wystawiony żołnierzom. To tutaj kumuluje się wiedza i doświadczenie, a co szczególnie istotne – prowadzona jest medyczna analiza wniosków z działania wojska na polu walki, pozwalająca wciąż doskonalić proces kształcenia kadr i leczenia pacjentów – mówił wiceminister. Waldemar Skrzypczak, który przez wiele lat był dowódcą liniowym, dowodził jedną ze zmian kontyngentu w Iraku, przygotowywał żołnierzy do misji bojowych w Iraku i Afganistanie, podkreślał jak w ostatnich latach zmieniło się zabezpieczenie medyczne misji wojskowych. Stwierdził także, że nastąpi zmiana niektórych przepisów, ograniczająca obecnie sprawne szkolenie żołnierzy-ratowników medycznych.

Komendant CKP WIM płk dr n. med. Stefan Antosiewicz przedstawił zadania, osiągnięcia i plany rozwojowe Centrum. Nowe inicjatywy edukacyjne CKP rozwijane w ścisłej współpracy z Zakładem Medycyny Pola Walki WIM dotyczą w szczególności „medycyny polowej”. Wypełniając te inicjatywy opracowano projekty programów kursów w ramach tzw. szkolenia uzupełniającego do specjalizacji (konieczność wprowadzenia szkoleń uzupełniających dla lekarzy MON, obejmujących tematykę wojskowo-medyczną, wynika ze znowelizowanej ustawy o zawodzie lekarza). Przygotowano także propozycje szkoleń doskonalących z zakresu medycyny pola walki dla lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek. Najważniejsze z tych projektów to: „Taktyczno-ewakuacyjne ratownictwo medyczne

(TERM)”, „Zaawansowane postępowanie w urazach” (ZPU) oraz „Chirurgia urazowa (TS)”. Główny atut merytoryczny CKP WIM – podkreślił Komendant CKP – wynika z faktu, iż Centrum jest integralną częścią Instytutu – wieloprofilowej jednostki leczniczej i naukowo-badawczej, dysponującej 650 akredytowanymi miejscami specjalizacyjnymi w 43 dziedzinach medycyny.

W imieniu środowiska pielęgniarskiego gratulacje, życzenia pomysłowości i dalszej owocnej współpracy złożyły: Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Pani dr Barbara Kot – Doniec, Wiceprzewodnicząca Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Pani mgr Hanna Kolasa oraz Wicedyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia Pani mgr Jolanta Skolimowska.

Wykład inauguracyjny poświęcony perspektywom kształcenia podyplomowego kadr medycznych wygłosił Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych dr hab. n. med. Mariusz Klencki. Przedstawił on charakterystykę tego złożonego systemu, miejsce i rolę CKP WIM – jako jego części (określając współpracę CKP WIM z CEM jako wzorcową), naświetlił kierunki zmian wynikające z wdrażania nowej, modułowej koncepcji specjalizacji oraz umiejętności w zakresie węższych dziedzin medycyny.

Stefan ANTOSIEWICZ

foto: **Andrzej KOSATER** (WIM)

Praca dla lekarza

Komendant 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Krakowie zatrudni lekarza specjalistę w zakresie neurochirurgii lub lekarza pragnącego specjalizować się w dziedzinie neurochirurgii. Forma zatrudnienia i warunki płacowe do uzgodnienia.

Osoby zainteresowane proszone są o kontakt:

telefoniczny – tel. (12) 630-80-27, (0-12) 630-80-24
lub osobiście – Dział Kadr i Szkolenia 5 WSzK z P SP ZOZ,
ul. Wrocławska 1-3 Kraków

Od dowódcy drużyny do komendanta-rektora Od studenta do profesora



Rok 2013 dla płk. rez. prof. dr. hab. n.med. Jana Chojnackiego, byłego komendanta-rektora Wojskowej Akademii Medycznej, a obecnie nauczyciela akademickiego i kierownika Kliniki Gastroenterologii w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi – jest okresem szczególnym. Zbiegają się w nim ważne dla Profesora rocznice: kończy siedemdziesiąt lat, obchodzi 45-lecie pracy na stanowisku nauczyciela akademickiego oraz 30-lecie pełnienia funkcji kierownika kliniki (oddziału) gastroenterologii.

Od szeregowego podchorążego do podporucznika i lekarza medycyny

Prof. Jan Chojnacki urodził się 8 czerwca 1943 roku w Marianowie na Ziemi Kieleckiej. W 1961 roku ukończył Liceum Ogólnokształcące im. Bolesława Chrobrego w Piotrkowie Trybunalskim. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Tak Profesor opisuje swój pierwszy żołnierski awans: „W trzecim dniu służby wojskowej zarządzono zbiórkę plutonu w celu wyznaczenia dowódców drużyn. Celowo

stałem w drugim szeregu, kryjąc się za bardziej roslymi kolegami. Nie pomogło – kpt. K. Juściński upatrzył sobie właśnie mnie, i tak zostałem dowódcą 1-szej drużyny IV Kursu WAM. Ta – wydawałoby się, nie tak ważna funkcja – obarczała odpowiedzialnością za podwładnych, a zarazem niosła pierwsze doświadczenia w sztuce kształtowania koleżeńskich postaw i więzi.”

Jednakowoż dla podchorążego J. Chojnackiego – tak jak i dla kolegów studentów – najważniejsze było to, by po sześciu latach niezwykle trudnych studiów zostać oficerem-lekarzem. W dekadzie lat 60-tych nawet najlepsi studenci – a do nich należał pchor. J. Chojnacki – nie mogli być pewni zdobycia oficerskich szlifów, jeżeli nie mieścili się w kanonie ówczesnej politycznej prawomyślności. „Już po drugim roku studiów – wspomina prof. J. Chojnacki – próbowano mnie relegować z Uczelni jako »nieprzystosowanego«. Jedyłą moją winą była odmowa podpisania deklaracji wstąpienia do PZPR. Nie z powodów ideologicznych a formalnych, gdyż oczekiwano bym podpisał deklarację przed zapoznaniem się z jej treścią. Od konsekwencji służbowych tego młodzieńczego buntu, ochronił mnie zacny profesor Józef Borsuk – dziekan Wydziału Lekarskiego”.

Podchorąży J. Chojnacki studia ukończył w 1967 roku. Uzyskał najwyższą średnią ocen na roku studiów i został prymusem jako bezpartyjny absolwent; a w tamtych latach było to wydarzenie wyjątkowe w uczelniach wojskowych.

Od asystenta do komendanta-rektora WAM

Pułkownik J. Chojnacki znany był m.in. z tego, że w swojej 36-letniej oficerskiej służbie nie wykazy-

wał szczególnej gorliwości w ubieganiu się o funkcje dowódcze. Obce było mu, nierzadkie wśród ambitnych karierowiczów w mundurach, wspinanie się za wszelką cenę na kolejne szczeble władzy wojskowej. Własnymi słowami Jubilat określa to tak „Droga do każdego sukcesu zawsze jest złożona, trudna i wymaga wielu wyrzeczeń. W moim przypadku wyniki wielu etapów mojego rozwoju, zależały głównie nie ode mnie, ale od »sędziów«, którymi byli moi nauczyciele i przełożeni. To oni dostrzegali jakiś mój potencjał i awansowali, a mnie nie wypadało kwestionować ich werdyktów”.

W 1968 roku, po odbyciu rocznego stażu podyplomowego, ppor. lek. J. Chojnacki rozpoczyna pracę jako nauczyciel akademicki Wojskowej Akademii Medycznej. W macierzystej uczelni obejmuje kolejno stanowiska: od asystenta, poprzez adiunkta i docenta do profesora. Zdobywa specjalizacje I^o i II^o z chorób wewnętrznych oraz II^o z gastroenterologii. Od 1983 roku kieruje oddziałem i następnie kliniką gastroenterologii, a później zostaje naczelnym specjalistą WP w zakresie chorób zakaźnych. W lipcu 1991 roku płk prof. dr hab. n.med. Jan Chojnacki zostaje mianowany komendantem-dziekanem Wydziału Lekarskiego WAM.

W 1997 roku minister obrony narodowej ogłosił, po raz pierwszy w historii Uczelni, konkurs na stanowisko komendanta-rektora WAM. Płk prof. J. Chojnacki, który zgłosił swoją kandydaturę na tę zaszczytną funkcję, tak wspomina ten czas: „Przystąpiłem do konkursu pod silną namową mojego nauczyciela i byłego Rektora WAM gen. bryg. prof. Władysława Tkaczewskiego. Nie mogłem odmówić mojemu mentorowi, a przy tym byłem pewien, że w gronie siedmiu

mocnych konkurentów nie mam szans. Jednak moje kalkulacje na spokojną pracę i służbę w kolejnych latach nie sprawdziły się, gdyż 13-osobowa Komisja MON zaakceptowała mój program rozwoju Uczelni. Decyzję tę przyjąłem z całą powagą i z pełnym poświęceniem przystąpiłem w pierwszych dniach 1998 roku, do realizacji nowych obowiązków”.

Czteroletni okres sprawowania władzy rektorskiej przez płk. prof. J. Chojnackiego zaowocował ważnymi zmianami w ofercie kształcenia i funkcjonowania Uczelni:

- otwarte zostały nowe kierunki studiów komercyjnych dla studentów cywilnych: zdrowie publiczne (zaoczne uzupełniające studia magisterskie) oraz fizjoterapia (jednolite zaoczne studia magisterskie);
- rozpoczęto przyjmowanie kobiet na studia oficerskie na Wydziale Lekarskim;
- utworzono 3-letnie zaoczne studia doktoranckie w zakresie medycyny i biologii medycznej;
- usprawnione zostało zarządzanie Uczelnią poprzez stopniowe scalanie jej jednostek organizacyjnych;
- intensywnie realizowano prace remontowo-budowlane i modernizacyjne, zmierzające do utworzenia Centrum Kliniczno-Dydaktycznego WAM oraz unowocześnienia bazy naukowo-dydaktycznej.

W grudniu 2000 roku otwarta została część diagnostyczna szpitala Centrum K-D; utworzonego od podstaw w przebudowanym i wyremontowanym budynku dydaktycznym. Obecnie jest to w pełni funkcjonujący szpital Uniwersytetu Medycznego.

Ostatnie dwa lata kierowania Uczelnią (2000-2001) nacechowane zostały uporczywą walką płk. prof. J. Chojnackiego i jego współpracowników o zachowanie statusu Wojskowej Akademii Medycznej, jako samodzielnej lub sfederowa-

nej z innymi uczelniami łódzkimi uczelni wojskowej. Były komendant-rektor tak podsumowuje ten najtrudniejszy czas swojej oficerskiej służby: *„Stanowczo sprzeciwiałem się aktom nieposzanowania wysiłków i dorobku kadry poprzez mechaniczne, nie podbudowane racjonalnymi argumentami, rozwiązanie ogromnie zasłużonej dla wojskowej służby zdrowia Uczelni. Za ten opór wobec likwidacyjnych planów MON popadłem w niełaskę u przełożonych. Przez 12 lat służyłem na etatach generalskich a mimo to, kolejne wnioski na mój generalski awans spotykały się z odmową decydentów. Pełniąc odpowiedzialną służbę nie myślałem o zaszczytach, ale o pokonywaniu różnorodnych trudności, dlatego sprawa niedoczekanego awansu nie zalega mi w pamięci. Doświadczenia wojskowej służby zdrowia po rozformowaniu WAM, pokazały jak pochojna była to decyzja. Wielka szkoda, że nie dane mi było zrealizowanie do końca mojego programu przekształcenia WAM w uczelnię wojskowo-cywilną z licznymi kierunkami studiów na wzór nadal funkcjonującej Wojskowej Akademii Technicznej. Wśród realnych zamierzeń było wybudowanie na terenie Uczelni NATO-wskiego Ośrodka Medycyny Ratunkowej, z pełnym zapleczem do szkolenia studentów i lekarzy, zarówno wojskowych jak i cywilnych”.*

Od lekarza medycyny do profesora zwyczajnego

Jak przystało na prymusa WAM, profesor J. Chojnacki ambitnie i zdecydowanie rozwija swój naukowo-dydaktyczny potencjał. Stopień doktora nauk medycznych uzyskuje w 1973 roku a doktora habilitowanego w 1982 roku. Tytuł profesora zwyczajnego zdobywa w 1990 roku – w wieku 47 lat, po 22 latach pracy na uczelni. O wyjątkowej konsekwencji Profesora w realizacji przyjętych celów, świadczy - rzadko

spotykana w środowisku nauczycieli akademickich - odmowa przyjęcia awansu na stanowisko kierownika zakładu. *„W roku 1978 – opisuje to wydarzenie prof. J. Chojnacki – ówczesny komendant WAM płk prof. Józef Barancewicz podjął decyzję o przeniesieniu mnie z Uczelni do jednostki wojskowej w Braniewie. Powodem była moja odmowa objęcia stanowiska kierownika Zakładu Fizjologii Pracy. Kończyłem wówczas pracę habilitacyjną z gastroenterologii i awans » na skróty « oznaczałby przerwanie realizacji naukowych celów. Przypadek sprawił, że w tym samym czasie do WAM-u przyjechała Komisja Kontroli MON i komendanta odwołano, a ja mogłem nadal realizować swoje plany”.*

Imponujący jest dorobek naukowy Profesora: opublikował 296 prac w czasopismach krajowych i zagranicznych. Jest redaktorem dwóch książek z zakresu gastroenterologii oraz trzech polskojęzycznych wydań zagranicznych książek naukowych, a także autorem dziewięciu rozdziałów w kilku wydawnictwach, w tym w ostatnim wydaniu „Wielkiej Inter-ny”. Był promotorem 30 przewodów doktorskich i opiekunem 4 habilitacji. Wypromował również pięciu doktorów honoris causa WAM i UM oraz brał czynny udział w kilkudziesięciu krajowych i międzynarodowych zjazdach i konferencjach naukowych. Ponadto jest członkiem trzech krajowych i jednego międzynarodowego towarzystwa naukowego oraz pełni funkcję członka rad programowych trzech czasopism naukowych. Jest także założycielem Fundacji im. Wojskowej Akademii Medycznej i był wieloletnim prezesem jej Zarządu.

Płk prof. Jan Chojnacki za zasługi dla Wojska Polskiego, nauk medycznych i lecznictwa został wyróżniony najwyższymi odznaczeniami państwowymi i resortowymi. Najważniejsze z nich to: Krzyż Kawalerski OOP, Krzyż Oficerski OOP, Medal Edukacji Narodowej. Był

laureatem nagrody Ministra Obrony Narodowej i Ministra Edukacji Narodowej, a ponadto dwukrotnie nadano mu tytuł „Zasłużony dla Miasta Łodzi”.

Sam bohater niniejszych wspomnień, tak podsumowuje lata kierowania Uczelnią: „Mam wielką satysfakcję z tego, że pełniąc obowiązki komendanta-rektora w bardzo krótkim czasie udało mi się przekształcić WAM w uczelnię wojskowo-cywilną, i z tego że przebudowałem strukturę Uczelni oraz poszerzyłem jej bazę kliniczno-dydaktyczną. Ponadto, bardzo cenię sobie uznanie w środowisku cywilnym, czego wyrazem było dwukrotne wyróżnienie tytułem »Zasłużony dla Miasta Łodzi«. I chociaż nie zdołałem uratować Uczelni przed rozformowaniem, to mam szczególną satysfakcję, którą usłyszałem w słowach ówczesnego ministra obrony narodowej Bronisława Ko-

morowskiego. Słowa te – skierowane do mnie podczas uroczystości z okazji Dnia Wojska Polskiego, na które zostałem zaproszony wraz z żoną, były świadectwem rozumienia przez Ministra naszej obrony WAM-u przed likwidacją oraz wyrazem zwykłej ludzkiej przyzwoitości i serdeczności. Nic więc w tym nadzwyczajnego, że po kilku latach Bronisław Komorowski został Prezydentem RP”.

Profesor Jan Chojnacki od 45 lat leczy chorych. Jest wysoko ocenianym specjalistą w dziedzinie gastroenterologii, cieszącym się wielkim uznaniem u swoich pacjentów. Na stronach internetowych można znaleźć m.in. takie wpisy osób, które leczyły się u Profesora: „Troskliwy, serdeczny, prawdziwy lekarz z powołania” oraz „Najwyższa klasa człowieka - lekarza. Wiedza i praktyka to najwyższa półka w kraju”.

Na takie opinie zasłużył sobie nie tylko swoją wiedzą medyczną, lecz także osobistymi walorami, które w szczególności widoczne są w bezpośrednich relacjach z Profesorem: wysoka kultura osobista, umiejętność wysłuchiwanie innych, inteligencja i erudycja, poczucie humoru, szacunek dla innych oraz służenie im pomocą. Stanisław – przyjaciel niżej podpisanego – który w liceum uczył się w tej samej klasie co Profesor – pamięta, że licealista Jan Chojnacki należał do najlepszych, ale był skromny, nie wywyższał się, chętnie pomagał mniej przygotowanemu, dzielił się swoją wiedzą... i taki pozostał do dziś.

W ostatnim zdaniu swoich wypowiedzi Profesor wyznaje: „Moje dotychczasowe życie, prawie w całości było odważną, ale i szczęśliwą przygodą”.

pplk rez. mgr **Mirosław Wdowczyk**

Rejestr praktyk – aktualizacja danych

Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. zobligowała izby lekarskie do prowadzenia rejestru praktyk lekarskich. Podmioty prowadzące działalność leczniczą, a są nimi też praktyki lekarskie, podlegają przepisom ustawy tak jak wszystkie placówki medyczne w kraju np. szpitale i przychodnie. Organem prowadzącym rejestr jest właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza – okręgowa rada lekarska (Wojskowa Rada Lekarska). **Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem (np. zmiana lub wykreślenie adresu, wykreślenie lub dodanie podmiotu z którym podpisano umowę) w terminie 14 dni od dnia ich powstania.**

Niedopełnienie obowiązku zmiany danych objętych rejestrem skutkować może, w drodze decyzji administracyjnej, karą pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę (tj. w br. do 16.000,00 zł). Decyzji nadaje

się rygor natychmiastowej wykonalności. Decyzję w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa Rada Lekarska (art. 107, ust. 2 i 3 ustawy). Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Termin ustawowy na dostosowanie się do wymogów ustawy już minął (31 grudnia 2012 r.). Niedostosowanie się do obowiązujących przepisów może skutkować ponadto skreśleniem praktyki z rejestru bez możliwości ponownego jej zarejestrowania przez okres 3 lat po skreśleniu.

Dla własnego dobra więc, każdy z lekarzy prowadzących praktyki lekarskie powinien w przypadku wątpliwości skontaktować się z działem praktyk w biurze WIL, a także pamiętać o konieczności zgłaszania każdej zmiany objętej wpisem do rejestru w ustawowym terminie 14 dni.

Komisja ds. praktyk lekarskich WIL

 **Święto Niezapominajki** 

SPEKTAKL KABARETOWY

*w wykonaniu: Jacka Borkowskiego
oraz
Adama Marjańskiego*

CHÓR ROZRYWKOWY ALL THAT SOUND

15 maja 2013 roku o godzinie 18⁰⁰
w auli Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie
ul. Wołoska 137

WSTĘP WOLNY

**ZAPRASZAJĄ
ORGANIZATORZY:**

 OKRĘGOWA
IZBA LECZNICZA
W WARSZAWIE
Im. prof. Jana Niechodźnika

**FUNDACJA
PRO SENIORE** 

 **Centralny Szpital Kliniczny MSW
w Warszawie**

Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Szczecinie

zaprasza pracowników podmiotów leczniczych
na **bezpłatne** studia podyplomowe

**„Nowoczesne zarządzanie
w służbie zdrowia”**

Nabór trwa do 31 maja 2013 r.

Więcej informacji na stronie: www.wsap.szczecin.pl lub pod nr tel. 91 486 15 43

 **KAPITAŁ LUDZKI**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

 **WYŻSZA SZKOŁA
ADMINISTRACJI
PUBLICZNEJ
W SZCZECINIE**

 **UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY**

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

www.wsap.szczecin.pl

Dz.U.2013.401

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia 15 marca 2013 r.

w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej
(Dz. U. z dnia 27 marca 2013 r.)

Na podstawie art. 16x ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, zwanego dalej lekarzem MON²;
- 2) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenie.

§2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) ustawie - należy przez to rozumieć ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- 2) podmiocie leczniczym MON - należy przez to rozumieć podmiot leczniczy utworzony przez Ministra Obrony Narodowej, wpisany na listę jednostek organizacyjnych, o której mowa w art. 19f ust. 1 ustawy;
- 3) podmiocie leczniczym MSW - należy przez to rozumieć podmiot leczniczy utworzony przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, wpisany na listę jednostek organizacyjnych, o której mowa w art. 19f ust. 1 ustawy;
- 4) innym podmiocie leczniczym - należy przez to rozumieć inny niż określony w pkt. 2 i 3 podmiot leczniczy wpisany na listę jednostek organizacyjnych, o której mowa w art. 19f ust. 1 ustawy.

§3. Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego lekarz MON składa do organu, o którym mowa w art. 16c ust. 1 pkt 2 ustawy:

- 1) drogą służbową jeżeli jest żołnierzem w czynnej służbie wojskowej;
- 2) za pośrednictwem pracodawcy, po uzyskaniu jego opinii w sprawie przystąpienia do postępowania kwalifikacyjnego - jeżeli jest zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej.

§4.1. Lekarz MON może odbywać szkolenie specjalizacyjne w:

- 1) podmiocie leczniczym MON;
- 2) podmiocie leczniczym MSW;
- 3) innym podmiocie leczniczym.

2. W podmiocie leczniczym MSW albo innym podmiocie leczniczym szkolenie specjalizacyjne może być odbywane w ramach miejsc szkoleniowych udostępnionych odpowiednio przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo wojewodę.

3. W celu umożliwienia odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym MSW albo innym podmiocie leczniczym Minister Obrony Narodowej występuje z wnioskiem o udostępnienie miejsca szkoleniowego odpowiednio do ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub wojewody.

§5.1. Lekarz MON odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie:

- 1) przeznaczonym dla lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej;
- 2) przeznaczonym dla lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej.

2. Lekarz MON będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej może odbywać szkolenie specjalizacyjne:

- 1) w ramach pełnienia służby na stanowisku służbowym w podmiocie leczniczym MON;
- 2) w ramach zwolnienia od zajęć służbowych udzielanego na czas realizacji programu specjalizacji w wymiarze określonym w ust. 3 z jednoczesnym pozostawianiem na dotychczasowym stanowisku służbowym lub w rezerwie kadrowej, na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne zawartej z podmiotem prowadzącym to szkolenie;
- 3) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w zakresie zgodnym z dziedziną medycyny, w której są prowadzone te studia.

3. Lekarz MON będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej odbywa szkolenie specjalizacyjne w wymiarze nie mniejszym niż 24 godziny tygodniowo w podmiotach leczniczych, o których mowa w § 4 ust. 1, w ramach czasu służby, o którym mowa w art. 60 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2003 r.

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707 oraz z 2012 r. poz. 95 i 1456.

o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 593, z późn. zm.²).

4. Lekarz MON zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej może odbywać szkolenie specjalizacyjne:

- 1) na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem leczniczym MON, prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której wskazuje się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego;
- 2) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym MON, podmiocie leczniczym MSW albo innym podmiocie leczniczym na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz MON jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy;
- 4) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania;
- 5) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w zakresie zgodnym z dziedziną medycyny, w której są prowadzone te studia i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego.

§6.1. Minister Obrony Narodowej wskazuje termin rozpoczęcia odbywania szkolenia specjalizacyjnego i kieruje lekarza MON do podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 4 ust. 1.

² Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679, Nr 113, poz. 745, Nr 127, poz. 857, Nr 182, poz. 1228 i Nr 238, poz. 1578 oraz z 2011 r. Nr 22, poz. 114, Nr 112, poz. 654, Nr 122, poz. 696, Nr 171, poz. 1016 i Nr 236, poz. 1396.

2. Organ, o którym mowa w ust. 1, wydaje lekarzowi MON:

- 1) skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym MON, podmiocie leczniczym MSW albo innym podmiocie leczniczym, którego wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
 - 2) kartę szkolenia specjalizacyjnego, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;
 - 3) indeks zabiegów i procedur medycznych, którego wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia;
 - 4) informację o obowiązującym go programie specjalizacji, zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 5) informację o obowiązującym go programie uzupełniającym odpowiednim dla danej specjalizacji, określonym w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 16g ust. 2 ustawy.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 2, wydaje się lekarzowi MON po przedstawieniu przez niego dokumentu, o którym mowa w art. 16c ust. 18 ustawy, w terminie nie dłuższym niż 15 dni od dnia zakończenia postępowania kwalifikacyjnego.
- §7.1. Lekarz MON, który rozpoczął szkolenie specjalizacyjne na podstawie przepisów dotychczasowych, odbywa je zgodnie z trybem określonym w tych przepisach.
2. Do lekarza MON będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, który rozpoczął szkolenie specjalizacyjne po dniu 30 czerwca 2011 r., stosuje się przepis § 5 ust. 3.
 3. Skierowanie do odbywania specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego oraz indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych wydane na podstawie przepisów dotychczasowych stają się, odpowiednio, skierowaniem do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, kartą szkolenia specjalizacyjnego oraz indeksem zabiegów i procedur medycznych w rozumieniu niniejszego rozporządzenia.
- §8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 2 stycznia 2013 r., z wyjątkiem § 5 ust. 3, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.³

Minister Obrony Narodowej: T. SIEMONIAK

³ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 28 sierpnia 2008 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystę będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, lekarza i lekarza dentystę pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego Minister Obrony Narodowej pełni funkcję organu założycielskiego (Dz. U. Nr 167, poz. 1036), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2013 r. na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Nr 113, poz. 658).



Wiceprzewodniczący Zjazdu, Konrad Maćkowiak

XXX Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej odbył się 15 marca br. w Warszawie. Było to zarazem ostatnie spotkanie delegatów VI kadencji. Frekwencja nie poraziła, wyniosła tylko 55%, pozwoliła jednak na prawomocne obradowanie. Zjazd otworzył Prezes Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, płk rez. dr n. med. Piotr Rapiejko. Po oficjalnym powitaniu przybyłych i krótkim, wprowadzającym wystąpieniu Prezesa RL WIL, powstałi z miejsc delegaci oddali hołd pamięci 36. lekarzom

XXX Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej

– członkom WIL, zmarłym w okresie od stycznia 2012 r. do marca 2013 r. Ze smutkiem należy stwierdzić iż była to szczególnie długa lista. Prezes Piotr Rapiejko odczytywał nazwiska wszystkich zmarłych, a jednocześnie Ich zdjęcia ukazywały się na ekranie.

Uczestniczący w Zjeździe płk lek. Piotr Dzięgielewski – Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia wystąpił w podwójnej roli – gościa i delegata. Zabierając głos jako gość, podziękował Radzie Lekarskiej za dobrą i owocną współpracę z Inspektoratem, za angażowanie się samorządu w procesy legislacyjne, zwłaszcza aktów normatywnych oddziałujących wprost na procesy kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy.

Po tym wystąpieniu Zjazd przyjął Regulamin Zjazdu, a następnie delegaci wybrali lek. dent. Jacka Woszczyka na Przewodniczącego Zjazdu oraz dwóch wiceprzewodniczących, którymi zostali: lek. Konrad Maćkowiak i dr n. med. Jan Sapieżko.

Na sekretarzy Zjazd wybrał: lek. dent. Sabinę Jakubiec–Norton i lek. Romana Theusa. Ponad-

to wybrano Komisję mandatową (kol. Ryszard Zachar i kol. Marian Dóczyński) oraz Komisję uchwał i wniosków (kol. Jerzy Chmielewski i kol. Włodzimierz Kuta).

Zasadniczym zadaniem Zjazdu było przyjęcie sprawozdań z działalności organów Wojskowej Izby Lekarskiej w 2012 r., udzielenie Radzie Lekarskiej WIL absolutorium oraz uchwalenie budżetu WIL na 2013 r. Sprawozdania złożyli: Prezes RL WIL dr. n. med. Piotr Rapiejko – z działalności Rady Lekarskiej, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL prof. dr. hab. n. med. Krzysztof Chomiczewski, Przewodniczący Sądu Lekarskiego WIL dr. n. med. Jana Wilka i Przewodniczący Komisji Rewizyjnej WIL – lek. Wojciech Kania. Wszystkie sprawozdania były jeszcze przed zjazdem opublikowane w „Skalpelu” (nr 2/2013), a na Zjeździe składający je rozwinęli je o dodatkowe treści i komentarze. Poważne zaniepokojenie, wynikające z narastającej liczby skarg na niewłaściwe postępowanie lekarzy i błędy lekarskie, skutkujące wdrażaniem postępowań przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej i przed są-



Płk lek. Piotr Dzięgielewski i prof. Marian Brocki



Na sali obrad

jskowej Izby Lekarskiej

dem lekarskim, wyraził zarówno prof. K. Chomiczewski jak i dr J. Wilk. Po odbytej dyskusji nad sprawozdaniami Zjazd jednogłośnie podjął uchwały o przyjęciu sprawozdań organów WIL i udzieleniu Radzie Lekarskiej WIL absolutorium za rok 2012. Projekt budżetu WIL na 2013 rok, zastępując nieobecnego skarbnika WIL, przedstawił delegatom wiceprzewodniczący Zjazdu, sekretarz RL WIL kol. Konrad Maćkowiak. Zaproponowany budżet najwidoczniej spełniał oczekiwania delegatów, nie wywołał bowiem szczególnie ożywionej nad nim dyskusji i został jednogłośnie i bez poprawek przyjęty uchwałą przez Zjazd. Tym samym cel zasadniczy Zjazdu został osiągnięty. Zjazd był ponadto okazją do wymiany poglądów nt. aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia w wojsku i w kraju. Chociaż na co dzień nie brak problemów, nie rozpaliło to jednak oczekiwanej, ożywionej dyskusji. Zjazd z uznaniem odniósł się do zrealizowanych już, bądź będących w końcowej fazie działań legislacyjnych, wypracowanych wspólnie przez Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia i samorząd lekarski rozwiązań prawnych, któ-

re oddziaływać będą korzystnie na możliwość rozwoju zawodowego lekarzy, zwłaszcza najmłodszych kadr. Droga do uzyskania specjalizacji z pewnością będzie łatwiejsza niż dotychczas, a gwarantować to mają odpowiednie zapisy w rozporządzeniu MON w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem będącego w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, a także nowa ustawa pragmatyczna. Na koniec Zjazd przyjął jednogłośnie skierowany do Ministra Obrony Narodowej „Apel o wsparcie działań na rzecz naprawy wojskowej służby zdrowia”. Apel wyraża niepokój o kierunek w jakim zdają się iść przyszłe ustalenia dotyczące usytuowania wojskowej służby zdrowia w strukturach resortu. Po wyczerpaniu porządku obrad Przewodniczący Zjazdu podziękował wszystkim za udział w Zjeździe i zamknął jego obrady.

tekst i foto

Zbigniew UŁANOWSKI



Prezes RL WIL, Piotr Rapiejko



Prof. Krzysztof Chomiczewski, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL



Prezydium Zjazdu: (od lewej) Jan Sapiezko, Jacek Woszczyk, Konrad Maćkowiak, Sabina Jakubiak-Norton i Roman Theus



Janusz Matecki

Uchwały XXX Zjazdu Lekarzy WIL

Uchwała nr 1/13/VI XXX Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 15 marca 2013 r.

*w sprawie uchwalenia Regulaminu XXX 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

XXX 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
dr n. med. **Piotr RAPIEJKO**

Uchwała nr 2/13/VI XXX Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 15 marca 2013 r.

*w sprawie wyboru Prezydium Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej*

Na podstawie pkt. 14 ppkt 2 Regulaminu Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej – uchwała się, co następuje:

§ 1

Zjazd dokonuje wyboru kol. Jacka Woszczyka na Przewodniczącego XXX Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej i powierza mu zadania wynikające z pkt. 15 Regulaminu Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej.

§ 2

Zjazd dokonuje wyboru:

1. Zastępców Przewodniczącego:
Kol. Konrad Maćkowiak
Kol. Jan Sapieżko
2. Sekretarzy Zjazdu:
Kol. Sabina Jakubiec-Norton
Kol. Roman Theus

i powierza im zadania wynikające z Regulaminu Zjazdu.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z chwilą podjęcia.

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

Uchwała nr 3/13/VI XXX Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 15 marca 2013 r.

*w sprawie uchwalenia porządku obrad XXX
Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej*

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

§ 1

XXX Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej uchwała porządek obrad stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z chwilą podjęcia.

Sekretarz Zjazdu Przewodniczący Zjazdu
Sabina Jakubiec-Norton **Jacek Woszczyk**

Uchwała nr 4/13/VI XXX Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 15 marca 2013 r.

*w sprawie wyboru Komisji XXX 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. **Ryszard Zachar**

Kol. **Marian Dóczyński**

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

§ 2

Powołuje się Komisję Wniosków i Uchwał w składzie:

Kol. **Jerzy Chmielewski**

Kol. **Włodzimierz Kuta**

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

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z chwilą podjęcia.

Sekretarz Zjazdu Przewodniczący Zjazdu
Sabina Jakubiec-Norton **Jacek Woszczyk**

**Uchwała nr 5/13/VI
XXX Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 15 marca 2013 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 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) – uchwała się, co następuje:

§ 1

XXX Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej – zwanej dalej „WIL”, po rozpatrzeniu zatwierdza sprawozdania organów WIL za 2012 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 2012.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

Sekretarz Zjazdu	Przewodniczący Zjazdu
Sabina Jakubiec-Norton	Jacek Woszczyk

**Uchwała nr 6/13/VI
XXX Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 15 marca 2013 r.**

*w sprawie uchwalenia budżetu Wojskowej Izby Lekarskiej
na 2013 r.*

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

§ 1

XXX Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej uchwała budżet Wojskowej Izby Lekarskiej na 2013 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
Sabina Jakubiec-Norton	Jacek Woszczyk

**APEL
XXX Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby
Lekarskiej
z dnia 15 marca 2013 r.**

do

Ministra Obrony Narodowej
*o wsparcie działań na rzecz naprawy wojskowej
służby zdrowia*

Szanowny Panie Ministrze,

Środowisko lekarzy wojskowych z uwagą śledzi toczące się obecnie prace związane z restrukturyzacją Służby Zdrowia WP. Z satysfakcją przyjęliśmy umożliwienie Wojskowej Izbie Lekarskiej udziału w obradach Zespołu do opracowania koncepcji reorganizacji wojskowej służby zdrowia powołanego decyzją Pana Ministra (Decyzja nr 357/MON z dnia 09.11.2012).

Szczególnie duże nadzieje pokładamy w rekomendacjach prezentowanych przez Zespół – dotyczących systemu kształcenia i doskonalenia zawodowego, będącego kluczowym narzędziem odbudowy kadr medycznych. Wojskowa Izba Lekarska będzie włączać się i wspierać wszelkie służbowe działania podejmowane przez organy resortowe w tym zakresie.

Jednocześnie głęboki niepokój budzą niektóre propozycje dotyczące usytuowania wojskowej służby zdrowia w przyszłych strukturach SZ RP, traktujące złożony obszar medyczny jako „podsystem” czy „podzdolność” logistyki i postulujący „mechaniczne” wepchnięcie służby zdrowia armii do instytucji logistycznych. Jako argumenty mające uzasadnić tę wizję powoływana jest doktryna logistyczna NATO oraz rozwiązania stosowane w państwach członkowskich Sojuszu, co jest daleko idącą nadinterpretacją w stosunku do stanu faktycznego, bądź wręcz rozminięciem się z rzeczywistością. Ewentualna realizacja tej wizji, nawiązującej do stanu sprzed 1989 r., nie rozwiązałaby żadnych problemów Służby Zdrowia WP, a przeciwnie stanowiłaby zasadniczą przeszkodę dla jej rozwoju i zagrożenia dla efektywności jej funkcjonowania.

Uwzględniając powyższe przesłanki XXX Zjazd Lekarzy Delegatów Wojskowej Izby Lekarskiej zwraca się z apelem do Pana Ministra o akceptację koncepcji, które zagwarantują wojskowej służbie zdrowia odpowiednie usytuowanie na wszystkich szczeblach organizacyjnych Sił Zbrojnych RP, tak jak ma to miejsce w wiodących państwach Sojuszu Północnoatlantyckiego. Przyjęcie właściwego modelu organizacyjnego zapewni możliwość usprawnienia funkcjonowania systemu zabezpieczenia medycznego, a co za tym idzie skutecznej opieki zdrowotnej nad naszymi podopiecznymi.

Sekretarz Zjazdu	Przewodniczący Zjazdu
Sabina Jakubiec-Norton	Jacek Woszczyk

Godność człowieka terminalnie chorego z punktu widzenia lekarza i teologa

Problematykę etyki zawodu lekarza oraz poszanowania godności pacjenta poruszaliśmy niejednokrotnie na łamach „Skalpela”. Poniżej zamieszczamy fragmenty pracy magisterskiej członka naszej izby, ppłk. lek. mgr. teologii Krzysztofa Chabrosa, absolwenta WAM i Uniwersytetu Opolskiego..

W swej pracy pt. „Godność człowieka terminalnie chorego w świetle nauczania Jana Pawła II” autor poruszył wiele ważnych – niezależnie od światopoglądu – kwestii moralno-etycznych. W bieżącym numerze zamieszczamy rozdziały traktujące o filozoficznych koncepcjach godności człowieka oraz zagrożeniach tej godności, jakie niesie ze sobą komercjalizacja medycyny.

Tradycyjnie już, zachęcamy naszych czytelników do wyrażenia na łamach naszego biuletynu swojej opinii dotyczącej poruszanych zagadnień.

E. K.

Filozoficzne podstawy godności człowieka

Definicja, znaczenie i rozwój pojęcia godności osoby ludzkiej w filozofii

Pojęcie godności osoby ludzkiej wywodzi się od łacińskiego wyrażenia *dignitas* co oznacza: godność, wartość osobistą, zasługę. Pojęcie to w swoim podstawowym znaczeniu odzwierciedla powszechne przekonanie o szczególnym statusie istot ludzkich w stosunku do wszystkich innych bytów stworzonych. Fundamentalna godność osoby ludzkiej jest wrodzona, właściwa wszystkim ludziom i niezbywalna w odróżnieniu od pojęcia „godności” używanej w odniesieniu do sprawowanego urzędu, statusu społecznego lub wysokiej postawy moralnej. Te rodzaje godności jak i związane z nimi prawa są przyznawane i mogą być utracone¹. Pojęcie „*dignitas*” w znaczeniu szczególnego statusu człowieka pierwszy raz zostało użyte przez Cyserona, który określał pewne zachowania jako niemożliwe do pogodzenia z godnością rozumnej ludzkiej natury².

W rozumieniu św. Tomasza z Akwinu godność była szczególnym przymiotem ludzkiej natury, rozumnej

i wolnej, sprawiającej, że człowiek jest celem samym dla siebie i nie może być całkowicie podporządkowany społeczności politycznej.³ Pojęcie godności było szerzej rozwijane w okresie renesansowego zwrotu ku człowiekowi. Według I. Kanta, tylko w stosunku do człowieka, który nigdy nie może być traktowany jako środek do celu ale zawsze jako cel sam w sobie (tzw. imperatyw kategoryczny), można odnieść pojęcie „godność”, podczas gdy inne istoty posiadają swoją, stanowiącą wartość i cenę⁴.

Nowy wymiar godności człowieka został podniesiony po doświadczeniach ostatniej wojny w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, poprzez uznanie niezbywalnej godności każdego człowieka jako fundamentu wszelkich rozstrzygnięć prawnych w cywilizowanym świecie.

Normatywny charakter godności osoby ludzkiej jest szczególnie akcentowany w etyce personalistycznej, którą reprezentował i rozwijał m.in. Karol Wojtyła jeszcze przed swoim pontyfikatem, doskonale znając myśl filozoficzną w tym zakresie.

Obecnie nadal przedmiotem sporu pozostaje zakres znaczeniowy pojęcia „godność” i dookreślenie przysługujących człowiekowi praw oraz sama definicja osoby ludzkiej⁵.

Główne prądy filozoficzne

W etyce filozoficznej ścierają się różne uzasadnienia dla norm moralnych w zależności od filozoficznego ujęcia godności człowieka. Można wyróżnić co najmniej trzy kierunki: utylitarystyczne, deontonomiczne i personalistyczne⁶.

Utylitaryzm uznaje za dobre to, co przynosi korzyść, deontologizm to, co jest nakazane przez odpowiedni autorytet, a personalizm to, co wyraża afirmację dla godności osoby⁷.

Poniżej przeanalizowana została zawartość treściową tzw. koncepcji personalistycznej.

Zasada personalistyczna wyrażana jest najczęściej w sformułowaniach: *homo homini res sacra* (człowiek dla człowieka rzeczą świętą), a także: *persona est affirmanda propter se ipsam* (osobie jako osobie należyna jest afirmacja) czyli miłość dla niej samej (K. Wojtyła, T. Styczeń). Jak wynika z powyższego koncepcja ta stawia u podstaw moralności godność osoby wraz z jej osobową naturą⁸. Inna klasyczna formuła, którą Papież uznawał za podstawową zdobycz cywilizacji brzmi „*Hominum causa omne ius constitutum est*”, wyraża ona przekonanie iż człowiek stanowi centrum każdego systemu prawnego⁹. Wynika z tego, że czyn jest moralnie dobry jeśli afirmuje godność osoby i służy rozwojowi jej osobowej natury. Osoba więc, nigdy nie może być traktowana jako środek do innych celów poza nią samą. Od spełnienia właśnie tych wymagań zależy humanistyczny wymiar nauki, kultury i całej cywilizacji a istotą etyki personalistycznej jest godność osoby.

Znaczących rozróżnień pod tym względem dokonali polscy perso-

1 J. Nagórny, K. Jeżyna (red.), Jan Paweł II, Encyklopedia nauczania moralnego, Radom 2005, s. 217

2 tamże

3 tamże

4 tamże, s. 217-218

5 tamże, s. 218

6 T. Biesaga, Elementy etyki lekarskiej, Kraków 2006, s. 50.

7 tamże

8 tamże, s. 53

9 J. Nagórny, K. Jeżyna, Jan Paweł II, Encyklopedia nauczania moralnego, s. 218-219.

naliści A. Rodziński i A. Szostek, którzy odróżnili godność osoby od godności osobowościowej i godności osobistej¹⁰. Godność osoby ujawnia się w relacjach międzysobowych, w których drugi jest dla nas „kimś” a nie „czymś”. Wartość ta jest ontyczna i egzystencjalna oraz przynależna ludzkiej naturze, a także nieutralna i stanowiąca „wartość wartości”. O godności osobowościowej decydują natomiast cechy biologiczne, psychiczne i moralne. Wiąże się ona z naszym wyglądem, zdolnościami i różnymi cechami charakteru. Nabywamy je wraz z rozwojem osobowości i możemy utracić degradując siebie i swoje pozytywne cechy charakteru. W kontaktach międzysobowych odgrywa ona pierwszorzędną rolę lecz nie stanowi ona wystarczającego kryterium dobra moralnego, ponieważ nie dotyczy tych, którzy z różnych względów zawinionych bądź nie, nie zasługują na szacunek ale pomimo to nie tracą swej godności osobowej.

Karol Wojtyła dokonał rozróżnienia wartości samej osoby od wartości w osobie: wartość osoby jest nieutralna, przynależna przestępcy i sprawiedliwemu, człowiekowi choremu i niepełnosprawnemu jak i zdrowemu¹¹. Właściwe odniesienie do osoby to nie tylko afirmacja jej przymiotów fizycznych i psychicznych ale przede wszystkim afirmacja jej samej. Miłość obejmująca wartości i przymioty w osobie jest względna, jest użyteczna i egoistyczna, zwrócona ku temu co osoba posiada a nie kim jest. Tymczasem to nie wartości w osobie stanowią o niej, lecz odwrotnie, to wartość osoby i jej godność decyduje o znaczeniu np. cech fizycznych, atrakcyjności erotycznej czy estetycznej. Właściwe podejście do godności osoby przejawia się zawsze w traktowaniu drugiego jako „kogoś”, a nie „coś”. Z tego też względu odmawianie komukolwiek prawa do życia, czy to zarodkowi obciążonemu wadami

genetycznymi, niepełnosprawnemu, czy terminalnie choremu człowiekowi jest pogwałceniem jego wartości osobowej¹². Godność człowieka rodzi też zobowiązania i nakłada na niego obowiązki wobec innych.

Równocześnie jest jednak dla niego samego źródłem uprawnień. Godność człowieka nie prowadzi w ten sposób do preferencji i nierówności w stosunkach międzyludzkich ale zmierza do zapewnienia równości opartej na tej samej dla wszystkich zasadzie, tj. godności osoby ludzkiej.

Podsumowując, bioetyka personalistyczna stawia u podstaw moralności ontyczno-aksjologicznie rozumianą godność osoby i podporządkowuje jej inne zasady. Personalizm, którego reprezentantem był Karol Wojtyła, później jako Jan Paweł II, dąży do humanizacji współczesnej kultury i cywilizacji, do rozwoju „cywilizacji miłości”. Dokonuje się to także przez humanizację profesji lekarza i całej służby zdrowia. Można powiedzieć, że **od tego jakimi normami moralnymi będzie się kierować medycyna, zależy moralny kształt naszej kultury**¹³. **Dobro osoby ludzkiej winno być zawsze miarą i kryterium każdego ludzkiego działania, w tym szczególnie w stosunku do człowieka terminalnie chorego i cierpiącego.**

Komercjalizacja medycyny zagrożeniem godności terminalnie chorych

Wolnorynkowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej

Wraz z sukcesami wolnego rynku w społeczeństwach demokratycznych, uznawanego za najlepszy mechanizm regulujący rozwój gospodarczy, rozszerza się tendencja komercjalizacji wszelkich dziedzin ludzkiej działalności i w tym również opieki zdrowotnej. Za najbardziej

skomercjalizowaną w świecie uchodzi medycyna w Stanach Zjednoczonych, a w dalszej kolejności medycyna europejska. W USA dość mocno ograniczona jest rola rządu w systemie opieki zdrowotnej na rzecz instytucji, organizacji ubezpieczeniowych i prywatnych zarządców opieki zdrowotnej, gdy w Europie sytuacja przedstawia się nieco odmiennie i główna odpowiedzialność za opiekę zdrowotną nadal spoczywa na instytucjach państwowych. Aktualnie w USA widoczna jest tendencja krytyczna względem nadmiernej komercjalizacji medycyny, natomiast w Europie wzrasta tendencja aby podporządkować system opieki zdrowotnej mechanizmom wolnego rynku.¹⁴ Związane jest to z trudnościami poradenia sobie z rosnącymi kosztami leczenia i kłopotami finansowymi systemów zdrowotnych. Jak dotąd wykazano, że komercjalizacja medycyny w USA, nie tylko nie zmniejszyła kosztów opieki zdrowotnej, ale przeciwnie spowodowała ich gwałtowny wzrost. Obrazują to wyraźnie statystyki wydatków budżetu narodowego przeznaczonego na opiekę zdrowotną. I tak w latach czterdziestych wynosił on 4%, w sześćdziesiątych 6%, w osiemdziesiątych 9-11%, a w pierwszych latach ostatniej dekady XX wieku wzrastał średnio pół procenta na rok. Obliczono, że jeśli taki trend się utrzyma to w 2062 roku wydatki wyniosą 100% dochodu narodowego brutto przypadnie na służbę zdrowia. Stan taki wymusił krytyczne spojrzenie w wiarę na samoregulację wolnego rynku i przeprowadzenie pewnych reform. Również zwrócił uwagę na skutki etyczne nieograniczonej komercjalizacji medycyny. Za główne czynniki sprzyjające komercjalizacji opieki zdrowotnej uważa się gwałtowny rozwój aparatury medycznej, wzrost specjalizacji i zwiększone koszty leczenia, jak również zwiększenie liczby personelu medycznego oraz kosztów zdobycia wykształcenia medycznego. To wszystko sprzyja

10 T. Biesaga, dz. cyt., s. 54.

11 K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1982, s. 74.

12 por. T. Biesaga, dz. cyt., s. 54.

13 tamże, s. 56.

14 por. T. Biesaga, dz. cyt., s. 90.

Godność człowieka terminalnie chorego

ostrej konkurencji lekarzy i szpitali o dobrze sytuowanych i w pełni ubezpieczonych pacjentów. Motorem przemian staje się zysk prywatnych ubezpieczycieli i inwestorów systemu opieki zdrowotnej. Powoduje to powstanie nowego typu biznesu polegającego na przejmowaniu w celach zwiększania zysku nie tylko instytucji ubezpieczeniowych, ale także szpitali i różnych ośrodków medycznych. „Aktualnie około 15% wszystkich prywatnych szpitali ogólnych oraz większość prywatnych domów opieki, szpitali psychiatrycznych, samodzielnych przychodni i laboratoriów diagnostycznych jest własnością dążących do zysku korporacji handlowych”¹⁵. Proces ten stale się nasila i przypuszcza się, że ok. 30% niepublicznych placówek opieki zdrowotnej funkcjonuje w rękach posiadaczy takiego biznesu. Ma to ogromny wpływ na system opieki w Stanach Zjednoczonych. Wszystko to generuje sposób myślenia jak zmniejszyć wydatki na leczenie określonych chorób i zwiększyć zyski. Zmusza się zarządy szpitali do przeliczenia swych administracyjnych i klinicznych decyzji na pieniądze. Szpitale ukierunkowują się na lukratywne badania i procedury medyczne, które mają być źródłem dochodów. Wszystko to powoduje, że lekarz jest wciągany w rolę przedsiębiorcy i staje po stronie interesów firmy w której pracuje i tym samym swoich własnych. Taka machina, początkowo nieświadomie, szybko się napędza i powoduje błędne koło. Z badań przeprowadzonych na Florydzie stwierdzono, że około 40% pracujących tam lekarzy ma udziały finansowe w placówkach medycznych, do których kierują swoich pacjentów. Należy też wspomnieć o potężnych firmach farmaceutycznych, które reklamując swoje produkty, dają je jako darowizny lekarzom, aptekom szpitalnym, które to specyfiki lekarz następnie przypisuje pacjentom, dzięki czemu zwiększa się ich obrót na rynku. Firmy takie

sponsorują wiele konferencji naukowych, wykładów profesorskich, imprez towarzyszących, inwestują w badania na rzecz swoich produktów medycznych i bardzo chcą przyciągnąć na swoją stronę wielu ekspertów medycznych¹⁶.

Oceniając tę sytuację należy powiedzieć, że pieniądze w medycynie są bardzo potrzebne dla jej rozwoju, ale prawa wolnego rynku w medycynie, które z jednej strony przyczyniają się do wzrostu jakości usług medycznych a z drugiej strony są nastawione na przynoszenie zysku, powinny wyczulać personel medyczny na przestrzeganie zasad etycznych.

Komercjalizację służby zdrowia dopełnia reklama. Amerykańskie Towarzystwo Medyczne w latach osiemdziesiątych usunęło ze swojego kodeksu etycznego zakaz reklamy usług medycznych i wprowadziło nawet pochwałę dla jej stosowania, poprzez zapis: „Medyczna praktyka lepiej się rozwija etycznie w warunkach wolnego rynku, kiedy przyszli pacjenci otrzymują dokładne informacje i mają możliwość wolnego wyboru między konkurującymi lekarzami i alternatywnymi systemami opieki medycznej (...). Obecnie konkurencja lekarzy widziana jest jako konieczna, a nawet korzystna cecha nowego rynku medycznego”¹⁷. Należałoby też przy tym wspomnieć o coraz częstszych powikłaniach na skutek nadużywania leków, tak szeroko reklamowanych w mediach, dostępnych bez recepty.

Wszystkie te zjawiska budzą coraz większy niepokój. Zagrożenia w tym względzie są jeszcze większe jeśli weźmie się pod uwagę handel narządami ludzkimi w celach transplantacji, biznes prenatalny związany z bankami ludzkich gamet do produkcji embrionów, zyski z różnorodnych patentów biotechnologicznych.

W tym kontekście człowiek terminalnie chory pozostaje zupełnie na

marginesie zainteresowania, gdyż nie przynosi żadnych zysków, a jest jedynie źródłem kosztów. Szpitale niechętnie przyjmują takich pacjentów na leczenie tłumacząc, że nie są instytucją opiekuńczą, nie mają takich procedur, nie zdobędą odpowiedniej ilości punktów, za które płaci kasa chorych, czy fundusz zdrowia, więc to im się po prostu nie opłaca. Jediną nadzieją jest rozwój hospicjów, oddziałów opieki paliatywnej, geriatry, których, jak pokazuje życie, ciągle jest niedobór.

Ochrona zdrowia wolnorynkowym towarem

Na początku należałoby postawić pytanie czy uprawnione etycznie jest traktowanie czyjegoś zdrowia, leczenia i całej opieki zdrowotnej jako towaru, którym się handluje na wolnym rynku? Czy wiedza i usługi lekarza, szpitala są produktami na sprzedaż tak samo jak inne towary? I czy opieka zdrowotna jest czyjąś własnością, którą można według własnej woli handlować?

T. Biesaga udziela takiej odpowiedzi: „Opieka zdrowotna, jako osobowa relacja między służbą zdrowia a chorymi szukającymi pomocy, nie jest towarem tak jak przedmioty techniczne podwyższające standard życia, mieszkania czy podróżowania. Traktowanie chorego pacjenta tak jak klienta i konsumenta, przebiegające w różnych towarach w supermarkecie jest błędnym uproszczeniem. Zdrowie i życie nie jest takim samym dobrem jak, zdobycie lepszych mebli, telewizora czy samochodu”¹⁸. Człowiek ciężko chory nie ma takiego wyboru, gdyż staje oko w oko z kruchością swej egzystencji, niejednokrotnie zagrożeniem życia, co zmusza go do szukania autentycznej pomocy lekarza. Pellegrino ujmuje to następująco „Niezależnie od tego, czy choroba jest poważna, jeśli chcemy być wyleczeni, jesteśmy zmuszeni szukać pomocy, zwrócić się do lekarza i upoważnić obcego nam profesjonalistę, aby odkrył tajemnice naszego ciała, umysłu

15 tamże

16 por. tamże, ss. 90-92

17 tamże, s. 93

18 tamże, s. 94

i nawet duszy”¹⁹. Wynika z tego, że zdrowie jak i inne fundamentalne dobra, nie mogą być traktowane tylko jako towary. Ich komercjalizacja prowadzi bowiem do komercjalizacji osoby ludzkiej, potraktowania jak rzecz i przekreślenia jej godności. Relacji lekarz-pacjent nie można skomercjalizować, gdyż wymaga ona zaufania, powierzenia przez pacjenta czasem osobistych sekretów, co dotyczy więc nie tylko sfery biologicznej ale i psychologiczno-społecznej i duchowej strony życia. W sytuacji człowieka zwłaszcza terminalnie chorego, kiedy jest on całkowicie zdany na lekarza, trudno wyobrazić sobie aby on sam dokonywał dla siebie wyboru najlepszego produktu medycznego. „Trudno się zgodzić z tym, żeby pacjent w doświadczeniu ciężkiej choroby fizycznej czy psychicznej, w doznawaniu cierpienia i niepewności miał studiować reklamy towarów medycznych w celu ich kupna. Obietnica wolności wyboru jest w tym wypadku iluzją. Chory jest skazany na lekarza i z zaufaniem chce mu się powierzyć. Dla lekarza przedsiębiorcy byłby on łatwym łupem w celach zdobycia zysku. Chory człowiek oddałby mu wszystko co ma, byle się uwolnić od nieznosnego cierpienia i bólu”²⁰. Te słowa potwierdzają prawdziwą tezę, że ochrona zdrowia nie może być towarem czy produktem. Wprawdzie chora osoba „konsumuje” leki i inne medyczne produkty, ale nie konsumuje „opieki” zdrowotnej.²¹ To właśnie taka specyficzna, osobowa natura leczenia zapewnia opiece zdrowotnej szczególnie miejsce wśród pozostałych, służących człowiekowi zawodów.

Tę różnicę widać także w odniesieniu do prawa własności. Gdy towary są własnością producenta i właściciela, to wiedza medyczna nie jest wyłączną własnością lekarza, ale także jest ona dobrem społecznym i dobrem ludzkości. Lekarze korzystają z dorobku medycznego wielu stuleci i z obserwacji klinicznych

swoich poprzedników. Jest to wielkie i bezcenne dziedzictwo na które składa się wysiłek wielu pokoleń lekarzy i niejednokrotnie ryzykujących życie pacjentów. Dziedzictwo to jest przekazywane w publicznych instytucjach, za publiczne pieniądze i przy przyzwoleniu społeczności. Stąd studenci medycyny podczas studiów uczą się, np. dokonywać sekcji zwłok oraz zdobywają wiedzę praktyczną dzięki pacjentom, pod okiem doświadczonych lekarzy. Te przywileje społeczeństwa są dawane w tym celu, aby nabyte w praktyce zdolności medyczne służyły wszystkim ludziom. „Nabyte w ten sposób wiedzy i sprawności lekarskich nie można sobie zawłaszczyć dla własnych potrzeb i korzyści. Są one również własnością pokoleń pacjentów, na których praktykowano, lekarzy, którzy je rozwijali, własnością społeczną i ogólnoludzką”.²² Studenci medycyny, pielęgniarstwa tym samym zaciągają wobec społeczności zobowiązanie używania swej wiedzy dla dobra chorych. W tym zobowiązaniu są oni bardziej „stróżami wiedzy medycznej niż jej właścicielami”.²³ Komercjalizacja medycyny chcąc zawłaszczyć to co nie jest prywatnym dobrem i redukując opiekę medyczną do towaru na wolnym rynku, niszczy osobowe więzi, zobowiązania społeczne i solidarność międzyludzką.

Komercjalizacja zagrożeniem relacji lekarz – pacjent

Podstawowa zasada etyki medycznej brzmi: „*salus aegroti suprema lex*”, co znaczy dobro pacjenta, jego zdrowie jest najwyższym celem medycyny. Od najstarszych kodeksów etycznych przestrzegano aby inne cele czy względy nie podważyły tej naczelnej zasady. Dobro pacjenta traktowano jako nadrzędne względem korzyści lekarza, korzyści przemysłu społecznego, czy korzyści społeczeństwa. W tym rozumieniu zdrowie i życie pacjenta jak i jego godność było warunkiem nieodzow-

nym dobra wspólnego. O związku lekarzy z przemysłem mówi także najnowszy Kodeks Etyki Lekarskiej i poświęca temu zagadnieniu kilka artykułów. I tak w artykule 51 b czytamy: „Lekarzowi mającemu związki finansowe z przemysłem medycznym nie wolno w żaden sposób odstąpić od podejmowania w pełni obiektywnych decyzji klinicznych lub działania w najlepszym interesie pacjentów i osób biorących udział w badaniach”. Inny artykuł zakazuje udziału lekarzowi w reklamie produktów medycznych:

„Lekarz biorący udział w badaniach sponsorowanych przez producentów leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego) musi się upewnić, że badania te są prowadzone zgodnie z zasadami etyki. Lekarz nie powinien uczestniczyć w badaniach naukowych, których celem jest promocja tych produktów”. Jeszcze inny zapis mówi o nieuprawnionym pobieraniu korzyści finansowych: „Lekarz nie może przyjmować wynagrodzenia za samo skierowanie pacjenta na badania prowadzone lub sponsorowane przez producenta leków lub wyrobów medycznych (sprzętu i wyposażenia medycznego)”.²⁴

Obok personalistycznego rozumienia dobra wspólnego, dość często współcześnie lansuje się dobro wspólne w rozumieniu utylitarystycznym. W komercyjnej perspektywie kryterium tym staje się korzyść, jaką poprzez to leczenie może osiągnąć lekarz, szpital, społeczeństwo czy przemysł medyczny. Komercjalizacja i logika zysku prowadzi nieuchronnie do konfliktu dobra pacjenta z korzyściami lekarza, instytucji opieki zdrowotnej, społeczeństwa. Rola lekarza jest redukowana do funkcji sprzedawcy produktów i ofert przemysłu medycznego. Lekarze mogą grać podwójną rolę: „jako uczestnicy rynku muszą realizować własny interes, jako uczestnicy związku partnerskiego z pacjentem, mają realizować jego

19 tamże, s. 95

20 tamże

21 por. tamże

22 tamże, s. 96

23 por. tamże

24 por. Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 51b, 51d, 51f., Warszawa 2004

Godność człowieka terminalnie chorego

interes (...). Ponieważ wymagania te często wchodzą ze sobą w konflikt, stąd zagrożona jest moralna integralność lekarza”.²⁵ Można przewidzieć, która opcja przeważy, jeśli weźmie się pod uwagę olbrzymią siłę nacisku koncernów produktów medycznych. To wszystko dyskredytuje działalność medyczną, budzi trudną do pokonania nieufność.

Tymczasem relacja lekarz-pacjent różni się istotowo od relacji sprzedawca-klient. „Medyczna relacja jest jak najbardziej relacją osobową. O jej trwałości i ciągłości decyduje poufność i zaufanie”, natomiast, „w stosunkach handlowych skupiamy się na produkcie, nie angażujemy się w nawiązaniu więzi ze sprzedawcą”.²⁶ W skomercjalizowanej medycynie relacja lekarz-pacjent staje się relacją wyłącznie handlową, która ma inne cele niż etyka medyczna. „Lekarz działający według logiki rynku, zmienia swe związki z pacjentem, w których istotne było zawierzenie i zaufanie, na relację kontraktu i biznesu. Etyka nie jest już dla niego kwestią powinności i cnoty ale legalności. Jest zastąpiona przez biznes i prawo. Wiedza medyczna staje się prywatną własnością lekarza w celach handlowych, do sprzedaży dla chętnych za określoną cenę”.²⁷ Nie trudno przewidzieć w tym układzie manipulację człowiekiem ciężko chorym, który jako pacjent ma generować zyski. W zależności od systemu opłat za usługi medyczne, może on być wykorzystany zarówno przez pozbawienie go należytej terapii, jak i przez zastosowanie zbędnych ale przynoszących korzyści finansowe „sprzedawcy” badań. Tym można wytłumaczyć zyskowe ale bezzasadne przedłużanie życia osób, które zdolne są za to zapłacić, jak i propagowanie eutanazji dla tych, którzy są niewypłacalni.²⁸ Komercjalizacja medycyny wyraźnie zubaża etos opieki medycznej, podważa

rolę i wolność lekarza oraz podporządkowuje go pozamedycznym celom, przedkłada koszty i zyski nad zdrowie i troskę o pacjenta.

Potwierdza to nasza codzienna rzeczywistość w służbie zdrowia, coraz trudniejszy dostęp przeciętnego pacjenta do lekarza i usług medycznych, i coraz większe koszty jakie musi ponieść za własne leczenie. Dzieje się to pomimo ciągłego powoływania się decydentów służby zdrowia na „dobro pacjenta”. Komercja w medycynie rodzi również problemy w komunikacji lekarz – pacjent. Wyliczono, że lekarz w Polsce średnio poświęca pacjentowi siedem minut podczas wizyty, co może spowodować zniechęcenie pacjenta, poczucie zlekceważenia. R. Szulc jako praktykujący lekarz tak ocenia to zjawisko: „Wydaje się, że podmiotowość, w tym jakość komunikacji lekarz – pacjent, schodzi na dalszy plan wobec rosnących stale kosztów leczenia i generowanych przez to zjawisk wtórnych. Na przykład w dużych ośrodkach zabiegowych problemem staje się uniknięcie pomyłek związanych z identyfikacją pacjentów i organem podlegającym operacji. Właściwie pojęty kontakt lekarza z pacjentem staje się dziś coraz trudniejszy w sytuacjach, w których działania lecznicze są realizowane przez zespoły, a nie przez pojedynczego lekarza”.²⁹ Dostrzegając duży postęp w poziomie technicznym medycyny, można zauważyć, że nie idzie on w parze z rozwojem postaw moralnych wśród lekarzy, tak ważnych w odniesieniu do przewlekłe i nieuleczalnie chorych. „W odniesieniu do przewlekłe i nieuleczalnie chorych możliwości współczesnej medycyny nadal nie są w stanie spełnić ich oczekiwań i bycie dobrym człowiekiem stanowi o jakości relacji lekarz-pacjent”.³⁰

Jan Paweł II kategorycznie sprzeciwiał się wszelkim formom niesprawiedliwości w nakładach środków na

ochronę zdrowia oraz nadużyciom związanym z ekonomizacją służby zdrowia. Niejednokrotnie gorąco apelował o prawdziwą ludzką solidarność w sferze ochrony służby zdrowia. Mówił o tym między innymi w Orędziu na Światowy Dzień Chorego w 1999 roku: „Żadne wołanie, wznoszące się z ludzkich serc, nie jest równie głębokie, jak wołanie o zdrowie i ochronę zdrowia. Jest zatem zrozumiałe, że ludzka solidarność na wszystkich płaszczyznach może i powinna rozwijać się nade wszystko w tej sferze. Należy zatem przeprowadzić poważną i głęboką analizę organizacji służby zdrowia, dążąc do tego, aby jej instytucje coraz bardziej stawiały się miejscami świadectwa miłości do ludzi”.³¹

Przedstawione powyżej refleksje są wynikiem mojej pracy magisterskiej napisanej na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Opolskiego. Wracając do tematu moich rozważań po kilku latach zauważyłem, że poruszane przeze mnie tezy są dzisiaj również bardzo aktualne. Może nawet tym bardziej, kiedy medycyna ciągle ulega regulacjom ekonomicznym, administracyjnym, a w tym wszystkim zostaje zredukowana profesja lekarza, a pacjent staje się ofiarą wielu niekorzystnych czynników systemu. Czy w tym wszystkim potrafimy się odnaleźć, zachować coś z etosu powołania lekarskiego, jego tak istotnego humanistycznego wydźwięku, a w relacji lekarz-pacjent okazać empatię, zauważyć jego godność jako osoby, która chce nam zaufać i oczekuje od nas szczerzej i prawdziwej pomocy.

Tak jak wspomniano we wstępie, zachęcam również czytelników, szczególnie kolegów lekarzy to podzielenia się opiniami na ten ważny temat.

lek. Krzysztof CHABROS

specjalistą chorób wewnętrznych, diabetolog
st. specjalista w CWKL w Warszawie

25 T. Biesaga, dz. cyt., s. 97

26 tamże, s. 98

27 tamże, s. 98

28 tamże, s. 98

29 R. Szulc, Zagrożenie relacji lekarz-pacjent we współczesnej praktyce medycznej, „Medycyna Praktyczna”, 207(2008), nr 5, s. 146

30 tamże, s. 148

31 Jan Paweł II, Orędzie na Światowy Dzień Chorego (1999), „Gazeta Lekarska”, wyd. spec. (2005), s. 16.

„Praca laboratoryjna jest w stanie pogłębić istotę choroby, dać wskazówki w kierunku jej genezy oraz leczenia i dzięki temu dać rezultaty posiadające większe znaczenie naukowe”.

Edward Flatau

Pionier neurologii i nerochirurgii

Edward Flatau (1868-1932)

Jego osobiste walory i niezwykła wiedza predysponowały go do roli przewodniej.

Łączył w sobie wnikliwość badacza i talent anatoma z inwencją twórczą eksperymentatora i zmysłem obserwacyjnym wielkiego klinicysty. Umiłowanie dydaktyki i urok osobisty przyciągały do niego młodych, garnących się do nauki i starych, zgłębiających tajniki wiedzy. Wartości te znamionujące całe jego życie naukowe zadecydowały, że nastąpił prawdziwy rozkwit neurologii polskiej.

Edward Flatau urodził się 27 grudnia 1868 r. w Płocku. Tu ukończył gimnazjum i stąd w 1886 r. wyruszył na studia lekarskie w Uniwersytecie Moskiewskim. W czasie studiów dawał liczne dowody swego talentu. Największy wpływ wywarło na nim dwóch znakomitych uczonych rosyjskich: neuropatolog prof. Aleksiej J. Kożewnikow (1836-1902), autor licznych prac z zakresu neurologii, w szczególności afazji¹ epilepsji² oraz prof. Siergiej S. Korsakow (1854-1900), psychiatra, który wprowadził nowoczesne metody leczenia i pielęgnowania psychicznie chorych, opisał zespół objawów z niepamięcią i omamami powstającymi na tle organicznego schorzenia mózgu lub alkoholicznego zapalenia nerwów.

1 Afazja - zespół zaburzeń ruchowych lub czynnościowych mowy, polegający na upośledzeniu bądź zniesieniu zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli.

2 Padaczka (epilepsja) - nagłe występowanie zespołu objawów ruchowych lub czuciowych spowodowanych różnymi zmianami morfologicznymi albo metabolicznymi mózgu.

W roku 1892 Edward Flatau uzyskał dyplom lekarza, a w rok po ukończeniu studiów udał się do Berlina, aby tam pogłębić wiedzę z anatomii, histologii i anatomii patologicznej układu nerwowego. W Berlinie szczęśliwy los zetknął go z gronem wybitnych uczonych, którzy otoczyli go prawdziwą opieką i przyjaźnią.

W 1894 r. Flatau zwrócił na siebie uwagę publikując swój "Atlas mózgu ludzkiego i przebiegu włókna". Stworzył go przy pomocy specjalnie skonstruowanej kamery i po precyzyjnym odpreparowaniu świeżego mózgu. Odtworzył na fotografiach, na których po raz pierwszy dał dokładne pojęcia o istotniejszych stosunkach wzajemnych do siebie poszczególnych bruzd i zwojów na powierzchni mózgu. Dzieło to zdobyło sobie takie uznanie, że wkrótce zostało przetłumaczone na język polski, angielski, francuski i rosyjski.

Przed młodym naukowcem z Polski uczeni berlińscy roztoczyli szerokie perspektywy naukowe. Byli wśród nich neurolog prof. Goldscheider, anatom i histolog prof. Weldeyer, fizjolog prof. Gad, neuropatolog L. Jacobsohn i Minor. Uczeni ci widząc w Polaku utalentowanego 26-letniego naukowca, chętnie angażowali się do współpracy z nim.

I tak z prof. Goldscheiderem podjął badania nad patologią komórki nerwowej. Przy pomocy rozmaitych czynników szkodliwych (mechanicznych, termicznych i toksycznych), badał zarówno zmiany anatomiczne zachodzące w komórce na skutek urazów, jak i funkcje tych komórek. Z prof. Gadem dokonał licznych eksperymentów na psach. Przecinał

mianowicie poprzecznie rdzenie psów, opisywał potem symptomatologię kliniczną i poddał krytyce prawo Bestiana-Brunsa o zanikaniu odruchów kolanowych po cięciu poprzecznym rdzenia. Z Gadem też wykonał również liczne prace eksperymentalne, polegające na drażnieniu prądem elektrycznym powierzchni poprzecznego przeciętego rdzenia psów. Z tych badań wynikało, że szlaki piramidowe dla przedniej i tylnej kończyny biegną nieco oddzielone od siebie w obrębie piramidowym. Dzięki tym licznym operacjom na rdzeniu doszedł do twierdzenia, że istnieją pewne stałe prawa, według których przebiegają szlaki w rdzeniu, a zwłaszcza ustalił prawo dotyczące długich szlaków w rdzeniu, które przebiegają zawsze obwodowo. Ustalone przez niego prawidłowości w przebiegu włókien rdzeniowych znane są jako "prawo Flataua".

Wyniki swoich badań przedstawił Flatau na posiedzeniu Pruskiej Akademii Nauk w Berlinie, a następnie praca ta już jako rozprawa doktorska została obroniona na Uniwersytecie Moskiewskim. Prof. Jacobsohn tak pisał o niej: "Wśród wielu prac, jakie w owym czasie ogłosił Flatau, jedna zwłaszcza wywarła na mnie wrażenie, ponieważ dzięki niej zostało w sposób prosty i szczęśliwy rozwiązane zagadnienie budowy części układu nerwowego".

W roku 1896 Flatau wraz z prof. Goldscheiderem prowadził badania doświadczalne nad rozpręszaniem się wstrzykniętych roztworów Barnima do istoty szarej rdzenia, co miało na celu poznanie zagadnienia hematomii.

W 1899 r. wraz ze swoim przyjacielem prof. Jacobsohnem napisał podręcznik anatomii i anatomii po-

równawczej ssaków oraz opracował część anatomiczną rozdziału o zapaleniu nerwów obwodowych w wielkim klasycznym podręczniku patologii Nothnagla. Wreszcie wspólnie z Jacobsohnem i Minorem wydał podręcznik anatomii patologicznej układu nerwowego.

Po 6-letnim pobycie E. Flatau w Berlinie udowodnił, że ukochał naukę i dążenie do prawdy naukowej. Swoim zachowaniem promieniował na otoczenie i pociągał je ku sobie. Na pozór zimny, surowy, zamknięty, nosił w sobie nieprzebrane pokłady przyjaźni, koleżeństwa i troski o chorych.

Nic dziwnego, że w roku 1899 młodemu 31-letniemu Polakowi, ale już znanemu na świecie badaczowi naukowemu, Uniwersytet w Buenos Aires ofiarował Katedrę Neurologii. Flatau odmówił, bo jako prawy Polak postanowił wrócić do kraju, by spłacić zaciągnięty dług wdzięczności.

Zaopatrzone w preferencje uczonych niemieckich oraz polskiego neurologa Józefa Babińskiego, w 1899 r. wrócił do Warszawy. Niestety nie otrzymał tu własnego warsztatu, a jedynie stanowisko konsultanta neurologicznego na oddziałach wewnętrznych u Teodora Dunina i Władysława Janowskiego oraz na oddziałach chirurgicznych Bronisława Sawickiego i Władysława Krajewskiego w warszawskim Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Zaraz po przybyciu do Warszawy zorganizował własnym sumptem w swoim prywatnym mieszkaniu pracownię mikroskopową. „Część swego mieszkania prywatnego odstępował na pracownię mikroskopową, gdzie my, młodszy, zaprawiani byliśmy przez Flatau do pracy laboratoryjnej, nad którą rozciągał najczulszą opiekę: sprawdzał, doradzał, poprawiał w przerwach między jednym chorym a drugim, lub jeszcze po skończonych przyjęciach, późnym wieczorem”. 3

W roku 1913 dr Flatau urządził nową pracownię przy Towarzy-

stwie Psychologicznym w Alejach Jerozolimskich 85. Wreszcie, kiedy Warszawskie Towarzystwo Naukowe uzyskało nowy budynek przy ul. Sniadeckich 8, stworzył tam Pracownię Neurobiologiczną Instytutu im. Marcellego Nenckiego, którą kierował do końca życia.

W pracowni dr. Flatau podjęto liczne badania doświadczalne z dziedziny plastyki nerwów obwodowych, o stwardnieniu rozsianym, badania nad przypadkami miastenii dostarczającymi przez doktora Goldfama. W latach następnych wyszły stąd wartościowe prace naukowe stworzone wspólnie z Janem Koelichenem, Władysławem Sterlingiem i Natalią Zyberlastówną. W niej prowadzone były pokazy anatomo-patologiczne i histologiczne z zakresu neurologii.

I choć szczupła była to pracownia i mało zasobna w środki, to jednak potrafiła wykształcić młode i liczne pokolenie lekarzy z dziedziny neurologii według wzorów zachodnio-europejskich. Z tej pracowni powiał ożywczy duch nauki przede wszystkim dlatego, że kierował nią człowiek niezwykle, pełen entuzjazmu i oddania nauce.

„My wszyscy młodzi, pisał Herman, jego współpracownicy i uczniowie, patrzyliśmy na Niego z nieklamana wdzięcznością i szczerym podziwem. Z rozrzewieniem wspominamy te chwile spędzone z nim razem. Do tej pracowni przychodziły liczne pielgrzymki chorych, którzy ze wszystkich stron dawnej Kongresówki przybywali do opromienionego sławą znakomitego lekarza”.

W roku 1904 Flatau po zdaniu egzaminu konkursowego objął stanowisko ordynatora Oddziału Neurologicznego Szpitala Starozakonnych na Czystem po najstarszym z neurologów Władysławie Gajkiewicz, który przeniósł się do Szpitala Dzieciątka Jezus.

Teraz Flatau mógł powiązać pracę badawczą Pracowni z pracą kliniczną Szpitala.

„Badania kliniczne, pisał Flatau, prowadzone w ostatnich dziesięciokach lat dały poniekąd skończone, częstokroć wyczelowane do najdrobniejszych szczegółów obrazy kliniczne, zarówno wielu dawnych, jak i nowych typów chorobowych. Natomiast zrozumienie istoty tych chorób pozostało znacznie w tyle. Leczenie zaś poważnej liczby chorób układu nerwowego pozostało dotąd najczęściej bezsilne i rozbijało się o głuchą kamienną ścianę niepoznaną dotąd patogenyzy.”

„W ciągu ostatnich 10 lat życia Flatau, pisał jego asystent prof. E. Herman, będąc jednym z wielu jego asystentów w pracowni i w szpitalu, miałem okazję co dzień podziwiać jego nadwyzczajną systematyczność w pracy oraz jego wybitny talent organizacyjny. Nic nie mogło zakłócić porządku jego dnia, zaplanowanych godzin pracy. I dlatego Flatau, pomimo dużej praktyki prywatnej, którą uprawiał codziennie, zdążył tyle zdziałać”. 4

Dzień w dzień o godzinie 9 zjawiał się w Pracowni Neurobiologicznej przy ul. Sniadeckich 8, gdzie dokonywał doświadczeń na zwierzętach, przeglądał preparaty histopatologiczne, zbierał piśmiennictwo, dyskutował ze swoimi współpracownikami. O godz. 11 udawał się na kawę do pobliskiej kawiarni i już po 15 minutach jechał do Szpitala na Czystem przy ul. Dworskiej 15.

Pod koniec życia zabiegał o urządzenie niezależnej placówki badawczej, a mianowicie Instytutu Neurobiologicznego, ale te dążenia urzeczywistnili dopiero jego uczniowie.

Profesor Edward Flatau był wybitnym badaczem naukowym, utalentowanym klinicystą, pierwszorzędnym pedagogiem. Odznaczał się rzadko spotykaną wytrwałością w pracy, niezmordowaną energią i wyjątkową umiejętnością organizowania pracy zespołowej. Ciągłe pełen twórczego niepokoju podnosił coraz to nowe problemy badawcze.

I tak w klasycznej pracy nad guzami złośliwymi układu ośrodkowego wywołał doświadczalnie za pomocą przeszczepień guzy mózgu, mózdzku i rdzenia. Śledził rozwój tych nowotworów, badał wpływ na nie rozmaitych czynników chemicznych, biologicznych, zwłaszcza promieni radu i Roentgena. Opierając się na pracy doświadczalnej zastosował radioterapię do guzów rdzenia i mózgu zarówno bez uprzedniego zabiegu chirurgicznego, jak i po dokonanym zabiegu, wykazując korzystny wpływ obu metod.

Jako pierwszy wspólnie z dr. Krajewskim i dr. Sawickim 3 grudnia 1899 r. dokonał operacji guza rdzenia. On też był pierwszym krzewicielem szeroko stosowanej radioterapii w schorzeniach układu nerwowego (guzy rdzenia i mózgu, zapalenie surowicze opon, stwardnienie rozsiane, sprawy zapalne i migrena). W sumie pozostawił po sobie około osiemdziesięciu publikacji przedstawiających wielki materiał odkrywczej nauki, niezmierny obszar dokonań badawczych i obserwacji, które przyniosły mu powszechną sławę.

Utworzył najpierw sekcję neurologiczno-psychiatryczną przy Towarzystwie Lekarskim Warszawskim, przekształconą później w Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne. Przy Towarzystwie Medycyny Społecznej utworzył sekcję kliniczną. Był współzałożycielem Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego i Kwartalnika Klinicznego Szpitala Starozakonnych.

Rację miał prof. Paul Schuster z Berlina, który w Księdze Jubileuszowej z okazji 35-lecia działalności naukowej Edwarda Flatau'a pisał: „Gdy powracam pamięcią do pięknych lat młodzieńczych spędzonych z Panem w Berlinie, staje mi zawsze przed oczyma, jak Pan, pomimo swoich zawsze najbardziej poważnych naukowych dążeń, nigdy nie trzymał się z dala od życia. Pan miał zawsze otwarte oczy i serce na wszystkie ludzkie sprawy

i Pańskie naukowe cele były tylko zjawiskiem częściowym w dążeniu do poznania wszystkich ludzkich i biologicznych powiązań”.

Harmonizując swe prace doświadczalne i anatomo-patologiczne z pracami klinicznymi starał się rozwiązać głównie 3 zagadnienia:

- 1) sprawy oponowe,
- 2) sprawy zapalne w układzie nerwowym,
- 3) sprawy nowotworowe.

Celem jego działalności było leczenie, ulżenie chorym i cierpiącym. Był to okres, kiedy nauka nie znała zbawionego działania antybiotyków. Flatau wraz z Józefem Handelsmanem rozpoczął serię doświadczeń nad zapaleniem ropnym opon mózgowych. Wraz z Natalią Zyberlast-Zandową badał doświadczalnie i klinicznie reakcje opon na prątek gruźlicy, opisując trzy postacie tej reakcji:

- zapalenie opon surowicze,
- zapalenie opon gruźlicze ograniczone,
- zapalenie opon gruźlicze przewlekłe.

Wykazuje dobry wpływ naświetlań promieniami X w zapaleniu surowiczym opon.

Był pierwszym w Polsce, który zwrócił uwagę na krwotoki podpajęczynówkowe.

Wiele lat badań poświęcił zagadnieniu stwardnienia rozsianego i zapalenia rozsianego mózgu i rdzenia. Opisał też pierwsze przypadki epidemii rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia, a uczeni nazwali to dokonanie chorobą Redlicha-Flatau'a.

Wszystkie jego prace kliniczne zajęły poważne miejsce w piśmiennictwie światowym.

Oryginalne schematy czucia Flatau'a do dnia dzisiejszego zdobią podstawowe podręczniki neurologiczne w wielu krajach.

Głównym przedmiotem zainteresowań i badań w ciągu kilkunastu ostatnich lat życia uczono go były nowotwory mózgu i rdzenia oraz ich leczenie. Obok obser-

wacji klinicznych starał się zgłębić doświadczalnie pochodzenie nowotworów oraz poznać wpływ leczniczy rozmaitych środków. On pierwszy propaguje korzystny wpływ skojarzonego leczenia operacyjnego z naświetlaniami promieniami Roentgena lub radu w nowotworach mózgu lub rdzenia.

Flatau był również prekursorem neurochirurgii polskiej. On pierwszy pobudzał prof. Bronisława Sawickiego oraz doktorów Zdzisława Sławińskiego i Pawła Goldsteina do operacji mózgowo-rdzeniowych.

Jako nauczyciel przywiązywał dużą wagę do wszystkich, którzy z nim współpracowali. Był dla nich cierpliwy i wyrozumiały, traktował swoich uczniów jak członków rodziny. W jej skład wchodził przede wszystkim profesorowie: Maurycy Bomsztajn, Eufemiusz Herman, Władysław Sterling, Jak Koelichen, L. E. Bregman, Natalia Zyberlast-Zandowa, Józef Handelsman i wielu innych.

W każdy poniedziałek na Oddziale Flatau'a odbywały się tradycyjne spotkania lekarzy specjalistów. Przychodzili na nie obok asystentów także wybitni neurologi jak Samuel Goldflam, Henryk Higier, Zygmunt Byczewski, Maksymilian Biro, a także lekarze innych specjalności jak: Stanisław Kopczyński, T. Kopeć. Na tych spotkaniach prof. Flatau dawał na początku informacje o najważniejszych wiadomościach bieżącego piśmiennictwa światowego, a następnie przy łóżku chorego omawiał wyczerpująco każdy przypadek. Uważnie słuchał każdego głosu, wyjaśniał wszystkie wątpliwości.

W 1929 r. na jubileusz 35-lecia pracy naukowej prof. Flatau'a uczniowie współpracownicy wręczyli mu wspomnianą już Księgę Jubileuszową. Zawarto w niej 68 prac najwybitniejszych neurologów świata, w tym wielu uczniów Flatau'a. Wśród nich trzeba wymienić nazwiska: S. A. Kinniera Wilsona i Frydery-

ka Motta z Anglii, Paula Schustera, Bernharda Pollacka, S. Kalischera, O. Potzla, Emila Redlicha z Niemiec, Georgesa Gullaina, Th. Alajauanine, Henri Claudea z Francji, Oskara Fischera z Czech, Otto Marburga z Austrii, E. A. Homena, G. Wangela z Finlandii, Karla Schaffera z Węgier, W. M. Bechterewa, G. E. Szumkowa, M. Astvat Satouroffa z Rosji, M. Minkowskiego ze Szwajcarii, Casmira Franko-Mavinesco i Sayera z Rumunii.

„Gdyśmy się zebrali w prywatnym gabinecie Flataua rano przed udaniem się jego jak zwykle do codziennej pracy, Flatau wysłuchał przemówienia prof. Zygmunta Szymanowskiego, wzruszony uściśnął serdecznie każdemu dłoń i rzekł: Chodźmy do pracy, Koledzy”. W tej prostocie wyrażała się cała duchowa postać uczonego.

Pracował z pełnym oddaniem choremu aż do ostatnich dni życia. Zmarł 7 czerwca 1932 r. przeżywszy 64 lata. Pozostawił po sobie pamięć człowieka o dużej wiedzy, niespotykanej erudycji i doświadczonego badacza. Każdy, kto znał Flataua pozostawał pod jego urokiem.

Doktor Z. Wertenstein, uczeń Marii Curie-Skłodowskiej z Instytutu Biologii Doświadczalnej im. Marcielego Nenckiego, przemawiając nad trumną Flataua powiedział: „Przez lat blisko 20 byłem najbliższym sąsiadem Twego Warsztatu, widywałem Cię niemal codziennie, podziwiałem równe, potężne tempo Twej pracy i jej wielką wydajność pomimo tylu różnorodnych zajęć, które dzięki doskonałej równowadze Twego ducha składały się na harmonijną całość”.

Gdy odszedł wielka gromada jego uczniów pogrążyła się w wielkim żalu. „Odszedł od nas człowiek, mówił prof. Bornsztajn, jakby z jednej wykuty bryły, człowiek mocny i niezłomny, który szedł przez życie swoje całe krokiem pewnym. Ukochał naukę i dążenie do prawdy naukowej. Tym ukochał promieniował na otoczenie i pociągał je ku sobie”.

Był dobry – nie tą dobrocią pospolitą, małą, czułościową. Na pozór zimny, surowy, zamknięty w sobie, nosił w sobie nieprzebrane skarby uczucia. Okazywał je przyjaciółom, uczniom, chorym należącym do najrozmaitszych warstw społecznych, do różnych narodowości, najrozmaitszej kultury.

Był to człowiek nie tylko dobry, ale i mądry. Rozumiał ludzi, znał ich słabości, traktował je najczęściej z uśmiechem i pobłażliwością. Jednego nie cierpiał – fałszu, karierowiczostwa, nierzetelnego stosunku do nauki, traktowania jej jako środka do zdobycia stanowiska. Dla takich ludzi miał tylko pogardę.

Stwarzał wokół siebie nie tylko atmosferę nauki, ale i atmosferę czystości moralnej.

Mimo rozległości wiedzy i tak wielu dokonań był człowiekiem skromnym. Znał swoją wartość, ale nie był nigdy zarozumiały. Ambitny był zwłaszcza na punkcie uczniów swoich, tych głównie, w których zdolności i przyszłość naukową wierzył. Cieszył się z każdego ich sukcesu. Pamiętał ważne prace uczniów swoich lepiej niż oni sami. Był urodzonym nauczycielem i kierownikiem. Uczył jak nikt inny, najściślej precyzyjnego badania.

Dawał z siebie wszystko, niczego nie chowając zazdrośnie. Pisma naukowe, które studiował zwykle w niedzielne przedpołudnie, podsuwał współpracownikom z odpowiednią dedykacją. Dzięki tej pracy stał się twórcą pierwszej prawdziwej szkoły neurologicznej, z której wyszedł liczny poczet zdolnych i znanych na świecie lekarzy.

Do żadnej partii politycznej nie należał. Nie eksponował na zewnątrz swoich przekonań, ale był szczerym demokratą nie w słowach, ale w czynie. Kochał szczerze tych, którzy mu w pracy pomagali.

Jak wspomina swego Mistrza profesor Natalia Zandowa, Flatau szanował każdą myśl twórczą. Najmłodszy wśród pracowni-

ków jego mógł wybrać sobie dowolny temat pracy. Flatau jako wybitny pedagog, dyskutował, taktownie ukazywał słabsze strony projektu i pozwalał rozwinąć skrzydła do lotu indywidualnego. Wtedy śledził jego bieg z wielkim zainteresowaniem.

Dla uczniów i dla przyjaciół pozostał wzorem człowieka. Dlatego w chwili jego odejścia poculi się rozbitkami porzuconego na falach okrętu. Trzeba więc było trochę czasu, aby skupić się razem, ślubować pracę solidarną. W miejsce jednego wielkiego płomienia zapłonęło sto małych światełek godnych pamięci swego Mistrza Edwarda Flataua.

Dziś patrząc z perspektywy minionych lat mamy prawo zapytać, czy znamy dokonania tak wybitnego lekarza, jakim był Edward Flatau, czy nieubłagane biegający czas zatarł ślady jego zasługi. Czy czyny wielkich naszych przodków, które przez wieki ubogacały historię nauki i były cenną wartością naszego życia narodowego mają nadal nieprzemijające znaczenie? Czy pozostawione przez nich wzorce moralne ubogacać mogą współczesnych?

Pamiętać przy tym winniśmy, że Edward Flatau choć istotnie całe swoje życie poświęcił nauce, był też człowiekiem o wrażliwym sercu, rozwijającym działalność społeczną na rzecz ludzi cierpiących, opuszczonych i biednych.

Był on aktywnym działaczem Towarzystwa Medycyny Społecznej skupiającego najbardziej postępowych lekarzy polskich. Wrażliwy na biedę i krzywdę społeczną brał udział w licznych akcjach mających na celu ulżenie doli potrzebującym. Był on również typowym humanistą, rozmiłowanym w polskich dziełach literackich, poezji i muzyce klasycznej. Człowiekiem wielkiej skromności i taktu, od którego moglibyśmy wszyscy uczyć się zasad dobrego wychowania.

doc. dr hab. Witold LISOWSKI

Literatura:

1. Bau Prus sakowa S., E. Flatau, *Neurologia Polska*, 1937, 473.
2. Bomsztajn M., *Człowiek i dzieło*, Księga Pamiątkowa Edwarda Flatau, Warszawa 1929.
3. Bomsztajn M., E. Flatau, *Warszaw. Czasop. Lek.* 1932 Nr 47.
4. Bergman L., *Twórczość naukowa E. Flatau*, *Warszaw. Czasop. Lek.* 1932 Nr 47.
5. Herman E., E. Flatau jako semiolog, *Warsz. Czasop. Lek.* 1937 Nr 21.
6. Higier H., E. Flatau jako klinicysta, naukowiec, *Pol. Gaz. Lek.* 1932 Nr 47.
7. Koelichen J., E. Flatau jako klinicysta, *Warsz. Czas. Lek.* 1937 Nr 21.
8. Mackiewicz J., *Badania E. Flatau nad nowotworami układu nerwowego*, *Warsz. Czasop. Lek.* 1937 Nr 21.
9. Przemówienie nad trumną Edwarda Flatau (Sosnowski J., Orzechowski K., Goldman A., Natanson A., Orlński M., Goldflam S., Dydyński L., Bychowski Z. i inni), *Warszawskie Czasop. Lek.* 1932 Nr 24.
10. Zandowa N., E. Flatau jako nauczyciel, *Warsz. Czas. Lek.* 1932 Nr 47.
11. Konopka S., E. Flatau, *PSB T. VII*, Kraków 1948.

Nawigacja w technice zabiegowej

Na początku marca br. dr Arkadiusz Kasztelan przeprowadził w 1 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Lublinie, na oddziale otolaryngologii pierwsze trzy zabiegi z użyciem najnowocześniejszego zestawu nawigacji śródoperacyjnej, wspomagającego zabiegi, w tym przypadku laryngologiczne. Zaledwie kilka ośrodków klinicznych w Polsce, ma możliwość korzystania z takiego sprzętu.

Na sali operacyjnej, poza personelem medycznym, obecnych było ponad trzydziestu dziennikarzy, głównie fotoreporterów i operatorów telewizyjnych. Podzieleni na grupy 5-6 osobowe, przebrani w odzież operacyjną, mogli rejestrować przebieg zabiegów.



Prezentowane urządzenie tworzy na monitorze mapę translacyjną

między wszystkimi punktami na obrazach tomografii (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR) i odpowiadającymi im punktami na ciele pacjenta. Gdy po utworzeniu tej mapy operator dotknie punktu na ciele pacjenta za pomocą specjalnego narzędzia śledzącego lub urządzenia chirurgicznego, komputer odnajdzie i wskaże odpowiadający punkt i wyświetli go na monitorze, co pozwala lekarzowi upewnić się, że jego narzędzia znajdują się we właściwym miejscu. Taki rodzaj obrazowania określany jest jako nawigacja lub lokalizacja śródoperacyjna.

Innowacyjność polega na możliwości łączenia wyników tych dwóch badań (CT i MR) z zastosowaniem





nawigacji śródoperacyjnej. Dzięki jego zastosowaniu: poprawia się bezpieczeństwo pacjenta podczas zabiegu, zredukowane zostaje ryzyko wystąpienia powikłań, większa jest precyzja operacji oraz komfort pracy lekarza operatora, a czas trwania operacji znacznie się skraca, prowadząc do oszczędności kosztów związanych z zabiegiem.

Piszący te słowa przygotował briefing, w którym wzięli udział Komendant 1WSzK, płk dr n. med. Zbigniew Kędzierski oraz dr Arkadiusz Kasztelan. Dotychczas tego typu zabiegi prowadzone były w technice laparoskopowej. Na załączonych zdjęciach dokonałem rejestracji tego wydarzenia.

Tekst i foto:
Jerzy Jura JĘDRZEJEK

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W GDAŃSKU ZAPRASZA NA IV OGÓLNOPOLSKIE REGATY ŻEGLARSKIE LEKARZY

Termin i miejsce regat: 22-23.06.2013 (sobota, niedziela) – Zatoka Pucka

Organizator: Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku

Współorganizatorzy: Harcerski Ośrodek Morski

Biuro regat: Harcerski Ośrodek Morski 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1

tel. (058) 673 21 50, regaty@klasapuck.org www.klasapuck.org

Informacji udziela Przemysław Rzepecki e-mail: przepecki@gmail.com

Sławomir Dębicki 0 501 674 698 (058) 673 21 50 sprawy techniczne

Zgłoszenia do regat: do dnia 31-05-2013 Okręgowa Izba Lekarska Gdańsk

oil@gdansk.oil.org.pl, przepecki@gmail.com

Ilość miejsc jest ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Wymagania od uczestników:

- liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby.
- prowadzący jednostkę minimum w stopniu żeglarsza jachtowego.
- znajomość przepisów PZZ, przepisów Regatowych, przestrzeganie instrukcji żeglugi, umiejętność pływania, badanie lekarskie.

Sposób prowadzenie regat: 5 biegów pierwszego dnia regat i 3 wyścigi drugiego dnia

Przewiduje się rozegranie 8 wyścigów.

Szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żeglugi i komunikacie sędziowskim.

Regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.

Informacje organizacyjne:

Wpisowe do regat 300zł/załoga, płatne na konto HOM 96 8348 0003 0000 0000 3896 0001

Opłata protestowa 150 zł

Istnieje możliwość noclegu w HOM w cenie 40-60zł/osoba

Wyżywienie – 10zł śniadanie, 20zł obiad, 10zł kolacja

Koszty noclegu i wyżywienia pokrywają uczestnicy regat

/rezerwacje telefoniczne (058) 673 21 50 lub 502 674 698, hom@hompuck.org

Numer konta HOM 96 8348 0003 0000 0000 3896 0001

W ramach wpisowego organizator zapewnia:

- ubezpieczenie NW uczestników
- posiłek regatowy
- łodzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat
- nagrody dla uczestników

Organizator

Informacje o regatach i łodzi PUCK na stronie www.hompuck.org, zakładka regaty.

Płk lek. Aleksander Kadłubowski (ur. 1.12.1925 r. – zm. 26. 01. 2013 r.)

Płk lek. Aleksander Kadłubowski urodził się 1 grudnia 1925 r. w Gredelach na białostocczyźnie. W 1947 r. wstąpił do oficerskiej szkoły Centrum Wyszkożenia Sanitarnego Wojska Polskiego w Łodzi, którą ukończył w 1948 r. zdając jednocześnie maturę, a następnie skierowany został do jednostki wojskowej w Mrzeżynie, gdzie poznaje swoją przyszłą małżonkę – Stanisławę. W Trzebiatowie rodzą mu się ukochane dzieci: Halinka i Andrzej. Zostaje awansowany do stopnia porucznika.

W 1954 r. zostaje przyjęty na studia na Fakultet Lekarskiego Wojskowego Centrum Wyszkożenia Medycznego w Łodzi. Pierwszy z nas oficerów studentów sprowadza do Łodzi rodzinę. Od tego czasu zaprzyjaźniamy się na długie lata. Dowódca Fakultetu Lekarskiego, mjr lek. Stefan Celejowski i kpt. lek. Kazimierz Kapszewicz wyznaczają Go na starostę 1-go rocznika. Stanowisko to pełnił przez całe 6 lat studiów. Będąc studentem godnie, rozsądnie i sprawiedliwie reprezentuje nas przed profesorami Akademii Medycznej, dowództwem Centrum i Fakultetu. Jest lubiany przez kole-

gów. Dyplom lekarza w Wojskowej Akademii Medycznej otrzymuje 14 grudnia 1960 r. Po odbyciu stażu zostaje skierowany do jednostki wojskowej do Zawiercia, gdzie uzyskuje specjalizację z chorób wewnętrznych oraz organizacji i taktyki służby zdrowia. Pracuje w pogotowiu lekarskim. W 1967 r. zostaje powołany na odpowiedzialne stanowisko w Szefostwie Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, gdzie pełni służbę do 1990 r. Państwo Kadłubowscy przeprowadzają się do Warszawy. Córka Halinka studiuje biochemię na Uniwersytecie Łódzkim, syn Andrzej idzie w ślady ojca i studiuje na Wojskowej Akademii Medycznej. Przedwcześnie, po ciężkiej chorobie umiera Mu żona. Płk Aleksander Kadłubowski całe swoje życie przeznaczył rodzinie i służbie w Wojsku Polskim. W 1990 r. odchodzi na emeryturę w stopniu pułkownika. Za okres służby został odznaczony Krzyżem Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi i licznymi resortowymi odznaczeniami Ministerstwa Obrony Narodowej. Przed trzema laty obchodziliśmy uroczyste 50-lecie otrzymania dyplomów lekarskich Wojskowej



Akademii Medycznej, w której to uroczystości uczestniczył.

Płk lek. Aleksander Kadłubowski zmarł 26 stycznia 2013 r. Pożegnali Go koledzy i koleżanki ze Stowarzyszenia Absolwentów Wojskowej Akademii Medycznej i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, koledzy z 1-go Kursu Fakultetu Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej, pracownicy Szefostwa Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, sąsiedzi oraz rodzina Niklów. Honory wojskowe oddali żołnierze z Kompanii Reprezentacyjnej Wojska Polskiego.

Cześć Jego pamięci!

płk w st. spocz.
dr n. med. **Antoni NIKIEL**

Zachowajmy Ich w naszej pamięci!

Śp.

lek. dent. Jan Wójcik

25.01.1946 r. – 2.05.2012 r.

Śp.

lek. Stanisław Araszkiewicz

22.07.1931 r. – 8.07.2012 r.

Śp.

lek. Wojciech Tarkowski

29.10.1947 r. – 21.05.2012 r.

Śp.

dr n. med. Mieczysław Błaziak

15.05.1933 r. – 29.07.2012 r.

Śp.

dr n. med. Lucjan Spelak

1.06.1941 r. – 8.01.2012 r.

Śp.

lek. Ryszard Malan

27.08.1943 r. – 8.10.2012 r.

Śp.

lek. Mieczysław Teichert

25.03.1932 r. – 3.12.2012 r.

Śp.

lek. Janusz Janecki

27.10.1945 r. – 10.12.2012 r.

Spotkanie WAM-owców „Jarosławiaków”



Kierując się chęcią spotkania w regionalnym gronie WAM-owców, postanowiliśmy zrobić to w formie uroczystej kolacji. Za „Jarosławiaka” uznaliśmy każdego WAM-owca pochodzącego z Jarosławia i najbliższej okolicy, lub który służył w jednej z tutejszych jednostek. Jakież było nasze zdziwienie, gdy doliczyliśmy się ok. 20 kolegów lekarzy i stomatologów. Stawiło się nas ośmiu, ale jeszcze kilku wyraziło chęć dołączenia w przyszłym roku. Mamy nadzieję, że spotkania te uda się kontynuować. To było bardzo przyjemne i z pewnością zapadnie w pamięci uczestników.

Inspirująca była wymiana poglądów między odległymi rocznikami lekarzy wojskowych. (Nasz senior ukończył WAM w 1960 roku, a junior w 1997.)

Poza tym była to okazja do wzajemnego poznania się – niektórzy nigdy wcześniej się nie spotkali.

Spotkanie to odbyło się w dniu 14.12.2012 w zaprzyjaźnionym zajędzie „Piast”. Uczestnikom wydano Certyfikat uczestnictwa

w I Towarzyskim Spotkaniu WAM-owców „Jarosławiaków”.

Próbujemy więc jakoś się policzyć i pamiętać o naszej specyficznej, nieistniejącej już uczelni. Należy mieć świadomość, że stopniowo WAM odchodzić będzie w niepamięć. Ocalmy to, co było wartościowe. Dopóki możemy.

Organizatorzy:

Marian KYC

Jarosław ZGÓRSKI.



Zdjęcie uczestników (od lewej: Ryszard Bąk, Andrzej Organ, Marian Kyc, Jerzy Grzebyk, Witold Mroczek, Jarosław Zgórski, Wojciech Tłuczek, Janusz Jaskuła)

MISTRZOSTWA LEKARZY

08
czerwca
2013

SPONSORZY I FUNDATORZY NAGRÓD

Naczelna Izba Lekarska,
Śląska Izba Lekarska,
Stary Hangar, KARAKAL, Coca-Cola

PATRONAT MEDIALNY

Gazeta Lekarska,
www.esquash.pl,
www.nasquasha.pl,
ProMedico,
Dzisiaj w Gliwicach

www.staryhangar.pl



Stary Hangar
Fitness & Wellness Club
Gliwice, ul. Toruńska 1,
tel. 32/ 232 21 37

Coca-Cola

POWERADE
MAKING YOUR SWEAT COUNT

KARAKAL

Dzisiaj
w Gliwicach.pl

15 czerwca 2013 roku

w Starej Miłosnej, w miejscu stacjonowania
Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej
Wojska Polskiego, odbędzie się w godz: 11.00 - 20.00

IV RODZINNY PIKNIK integracyjny

samorządów zawodów zaufania publicznego

WIĘCEJ INFORMACJI NA:

www.proseniore.pl

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

ATRAKCJE:

- Ekspozycja Sprzętu Bojowego:
 - Czołg PT-91,
 - BRDM,
 - Pojazd czterokołowy quad,
- Dmuchane miasteczko dla dzieci,
- Symulator dachowania samochodem,
- Zdalnie sterowane modele samochodów,
- Jazda na koniach i kucykach,
- Ścianka wspinaczkowa,
- Park linowy dla dzieci,
- Zorbing,
- Zawody w siatkówkę,
- Zawody na ergometrach,
- laserowa strzelnica,
- I wiele innych atrakcji.

PROGRAM ARTYSTYCZNY:

ZESPÓŁ ŻUKI
ZESPÓŁ KLIPER
ZESPÓŁ KRESOWY
CARDIOBAND
JOACHIM PRLIK

WYSTĘP DLA DZIECI:

AKADEMIA ZABAWY
ZAPRASZAJĄ:
SŁOŃ DUDUŚ, ŻABA MALINA,
LEW ALEX I NODI

PIKNIK POPROWADZI:

STANISŁAW BANASIUK

WSTĘP TYLKO Z ZAPROSZENIEM
ODBIÓR ZAPROSZEŃ W SIEDZIBACH
ORGANIZATORÓW



ORGANIZATORZY: **KibR**

OKRĘGOWA IZBA
APTEKARSKA

IZBA
KAWALERII

OKRĘGOWA IZBA
KAWALERII

OKRĘGOWA IZBA
KAWALERII

OKRĘGOWA IZBA
KAWALERII

OKRĘGOWA IZBA
KAWALERII

OKRĘGOWA IZBA
KAWALERII

OKRĘGOWA IZBA
KAWALERII

MAZOWIECKA
OKRĘGOWA
IZBA
INŻYNIERÓW
BUDOWNICTWA

MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW
BUDOWNICTWA

MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW
BUDOWNICTWA

MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW
BUDOWNICTWA

MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW
BUDOWNICTWA

MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW
BUDOWNICTWA

MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW
BUDOWNICTWA

MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW
BUDOWNICTWA

MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW
BUDOWNICTWA

MAZOWIECKA OKRĘGOWA IZBA ARCHITEKTÓW
BUDOWNICTWA