



NR 5

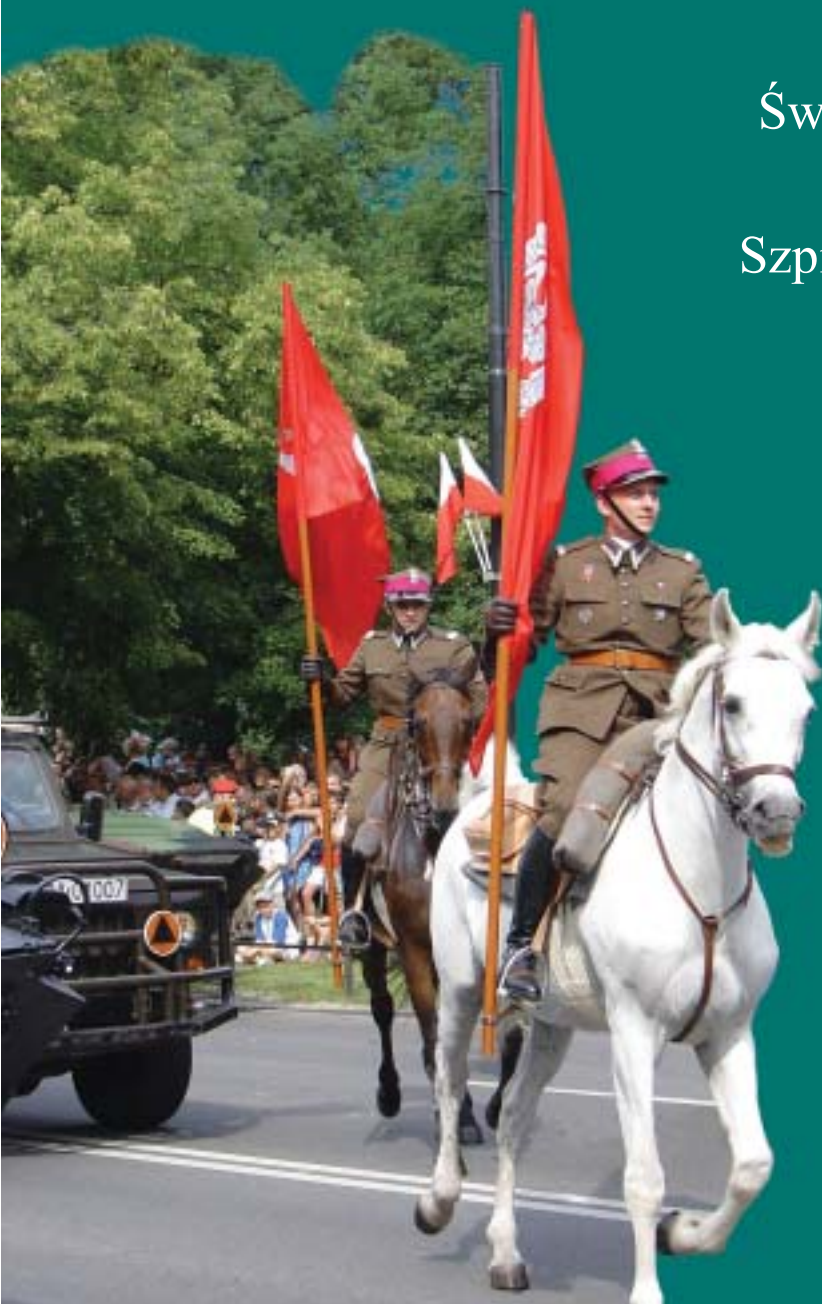
WRZESIEŃ-PAŹDZIERNIK
ROK XVI (2007)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

Święto Wojska Polskiego 2007
Prawo medyczne w II RP
Szpitale powstańczej Warszawy
Punkty edukacyjne





22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo – Rehabilitacyjny w Ciechocinku

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

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

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



SZPITAL W OTOCZENIU PIĘKNEGO PARKU



ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY



POKÓJ 2 - OSOBOWY

POSIADAMY:

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



BASEN Z ATRAKCJAMI WODNYM

OFERUJEMY:

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



PRÓBA WYSIŁKOWA



FITNESS CLUB



MASAŻ PODWODNY + HYDROGIMNASTYKA

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

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

Koleżanki i Koledzy!

Nadchodzi czas babiego lata. Szum fal i drzew, kąpiele wodne i słoneczne, spokój, wyciszenie wewnętrzne z dala od zgiełku codziennego życia odchodzą powoli w zapomnienie. Jest nam przykro, że wakacje zblizają się ku końcowi.

Miesiące przedwakacyjne były bardzo obfite w wydarzenia. Ruchy kadrowe następowały bardzo szybko, a z nimi wizja i priorytety wojskowej służby zdrowia, która wymaga nowatorskich metod reanimacji, aby w stanie agonii postawić ją „z głowy na nogi”.

Dziwi fakt, że diagnoza tego stanu jest tak powierzchowna, a leczenie mało skuteczne. Decydenci wojskowi przyczynę obecnych trudności upatrują przede wszystkim w wakujących stanowiskach w korpusie osobowym medycznym z powodu likwidacji Wojskowej Akademii Medycznej i braku własnego wojskowego systemu szkolenia lekarzy. Ostatnio największy nacisk położono na odtworzenie podchorążówki medycznej, która z czasem ma zostać przekształcona w Studium Medycyny Wojskowej zapominając, że najważniejszym składnikiem organizacji jest człowiek i to ten będący obecnie w czynnej służbie zawodowej oficer-lekarz.

Rozwiązania są tak proste, że aż trudno w nie uwierzyć zarządzającym naszą armią. Należy traktować lekarzy wojskowych tak jak to robią w innych sprzymierzonych krajach, co u nas nie jest przez lata wdrażane. Chętni pojawią się, gdy zostanie zapewniony odpowiedni status ekonomiczny i droga rozwoju zawodowego, porównywalne do rówieśników w cywilu.

Przyczyną braku uregulowań prawnych odmienności przebiegu służby w korpusie osobowym medycznym jest i fakt, że na lekarzy w JW większość pozostałej kadry wojskowej zawsze patrzyła nieprzychylnie uważając, że nic nie robią, a tylko chodzą do szpitala i jeżdżą w Pogotowiu Ratunkowym. Odzwierciedleniem takiego traktowania

przez lata było i to, że lekarz po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego był uważany za mniej przydatnego specjalistę niż oficer ogólnowojskowy, po paromiesięcznych wysokospecjalistycznych kursach uzyskujący także tytuł specjalisty. Miało to przełożenie na dodatki do uposażenia.

Ta mentalność pozostała do dziś. Bez zrozumienia tego, że szkolenie lekarza odbywa się głównie przy pacjencie nie ma co prowadzić dalszych rozważań o reformie.

Głos naszego środowiska nie był i nie jest brany pod uwagę. Bez zmiany zapisów w ustawie pragmatycznej „o służbie żołnierzy zawodowych” uwzględniających odmiennosc przebiegu i zasad służby oficera lekarza z literalnymi zapisami sposobu i trybu rozwoju zawodowego, nie stworzy się zachęty do wcielania się cywili w szeregi korpusu osobowego medycznego.

Nie da się naprawić wojskowej służby zdrowia, jeżeli nie zacznie się od ratowania tego, co z niej jeszcze pozostało. Natychmiast należy zmienić zakres obowiązków służbowych dla lekarzy oficerów służących jeszcze w JW, wykreślając z nich zadania mobilizacyjne, które powinni wykonywać inni żołnierze zawodowi przypisani do komórek organizacyjnych służby zdrowia oraz te czynności, które mogą wykonywać pielęgniarki, ratownicy medyczni i podoficerowie sanitarni. Należy wreszcie dokonać przeglądu wszystkich stanowisk pod względem ich nazewnictwa i przypisanych stopni wojskowych, których struktura powinna być czytelna.

Specyfika organizacji sił zbrojnych wymaga istnienia dwóch odrębnych i jednocześnie powiązanych ze sobą systemów hierarchicznych;

- hierarchii stanowisk służbowych,
- hierarchii stopni wojskowych.

Odpowiednio zorganizowana hierarchia stanowisk służbowych i stopni wojskowych powinna zapewnić płynność drogi awansu żołnierza zawodowego, wprost proporcjonalnie



do uzyskiwanych kwalifikacji zawodowych i zdobywanych doświadczeń.

Nie może być tak, że w komórce organizacyjnej służby zdrowia, która nie prowadzi gospodarki materiałowej i jest całkowicie budżetową, stanowisko lekarza jest wyższe lub równorzędne w porównaniu z tą, która prowadzi gospodarkę finansową (przetargi, zaopatrzenie). Podobnie jest z etatami oficerów lekarzy, nie raz wyższe są one tam, gdzie jest zdecydowanie mniej pracy i odpowiedzialności (gospodarka finansowa, ilość zaopatrywanych podopiecznych, badania profilaktyczne).

Wyznaczony na stanowisko z dniem 1 czerwca 2007 r. nowy Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia od pierwszych dni urzędowania spotyka się z lekarzami, zarówno tymi z jednostek wojskowych, jak i szpitali na terenie kraju, aby zapoznać się z bieżącymi problemami nurtującymi nasze środowisko. Będąc uczestnikiem jednego ze spotkań odniosłem wrażenie, że mamy Szeffa, który wie o czym mówi i wie co nas boli.

Życzę płk. dr. n. med. Andrzejowi Wiśniewskiemu samych sukcesów, przekutych na zadowolenie naszego całego, coraz mniej licznego środowiska wojskowo-lekarskiego.

płk lek. Jerzy Chmielewski
wiceprzewodniczący RL WIL

WYDAWCA:

Wojskowa Izba Lekarska
ul. Koszykowa 78
00-909 Warszawa

tel. (0-22) 6211211

(0-22) 6210493

tel. MON: 845675

845653

tel./fax MON: 845580

e-mail: wojsko@hipokrates.org

www.wil.oil.org.pl

Konto WIL:

PKO BP S.A.

IX O/Warszawa

50 1020 1097 0000 7802 0001 6741

Redaktor naczelny:

Zbigniew Ulanowski

e-mail: z.ulanowski@wp.pl

tel. (0-22) 621 04 93 w. 5 lub 184

Sekretarz redakcji:

Ewa Kapuścińska

e-mail: ewka@naszemedi.com.pl

tel. (0-22) 621 04 93 w. 5 lub 184

Rada Redakcyjna:

Marian Brocki

Krzysztof Chomiczewski

Kazimierz Cieślík

Sławomir Marat

Zdjęcie na I i IV okładce:

fol.: Zbigniew Ulanowski

Druk:

Zakład „Poligraf”

tel. (0-22) 665-27-08

Nakład: 4350 egz.

ISSN 1230-493x

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów i zmian redakcyjnych w nadsyłanych tekstach.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść listów do redakcji, ogłoszeń i reklam.

Spis treści

nr 5/2007

Szpaltła Prezesa – Jerzy Chmielewski	1
Od redakcji – Zbigniew Ulanowski	2
Razem dla wspólnej sprawy	3
Posiedzenie Prezydium RL WIL z 6 lipca 2007 r.	4
Punkty edukacyjne – „za darmo”!!!	6
Punkty edukacyjne – rozpoczynamy rozliczanie – Zbigniew Zaręba	6
Podwyżki dla rezydentów	9
Przepisy prawa w zawodzie lekarza w okresie II RP – Jacek Hincz, Krzysztof Kawecki, Bartosz Topoliński, Tomasz Zając	10
Święto Wojska Polskiego 2007 (fotoreportaż) – Zbigniew Ulanowski	16
Szpitala powstańczej Warszawy (cz. II) – Witold Lisowski	18
Stan obecny, propozycje naprawy rozwoju stomatologii wojskowej – Bogdan Barut	25
Wspomnienia – płk lek. Jerzy Grejbus – Zbigniew Ulanowski	28
Nowe akty prawne	30
„Magia Rozwoju Talentów” – Nina Sosińska	31
Ogłoszenia	32

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA**Przewodniczący WIL:**

prof. dr hab. med. Marian Brocki

Wiceprzewodniczący WIL:

lek. dentysta Bogdan Barut

pplk lek. Piotr Dzięgielewski

lek. Konrad Maćkowiak

płk lek. Jerzy Chmielewski

Sekretarz WIL:

dr n. med. Marian Dójczyński

Zastępca Sekretarza WIL:

dr n. med. Zbigniew Zaręba

Skarbnik WIL:

lek. Jerzy Staszczuk

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

prof. dr hab. med. Krzysztof Chomiczewski

Przewodniczący Sądu Lekarskiego:

płk lek. Sławomir Marat

Przewodniczący Komisji ds. Rejestru Lekarzy i Wydawania Prawa**Wykonywania Zawodu oraz Prywatnych Praktyk Lekarskich:**

dr n. med. Zbigniew Zaręba

BIURO WIL**Dyrektor Biura WIL:**

dr n. med. Kazimierz Cieślík

Sekretariat Biura WIL:

Ewa Petaś

tel. (0-22) 621 12 11 w. 179

tel. (0-22) 621 04 93

Główna Księgowa:

Anna Rosowska

tel. (0-22) 621 04 93 w. 174

Sąd Lekarski:

mgr Bogdan Sieradzki

tel. (0-22) 621 04 93 w. 178

Rejestr lekarzy:

mgr Edyta Klimkiewicz

tel. (0-22) 621 04 93 w. 186

fax (0-22) 621 04 93 w. 195

Praktyki prywatne:

Patrycja Wonatowska

tel. (0-22) 621 04 93 w. 175

fax (0-22) 621 04 93 w. 195

Składki członkowskie:

mgr Dominika Sałapa

tel. (0-22) 621 04 93 w. 180

SKOK Izby Lekarskich:

www.skokil.pl

tel. (0-22) 331 66 07

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

Czas wakacji i letniego wypoczynku nieuchronnie zbliża się ku końcowi. Niestety, lato mieliśmy dość kapryśne i zapewne nie każdy trafił na wymarzoną pogodę. Mniej szczęścia mieli zwłaszcza ci, którzy wybrali wypoczynek na naszym Wybrzeżu, a nie na śródziemnomorskich, adriatyckich czy czarnomorskich plażach. Nie ma się co jednak martwić, za rok znowu będzie lato.

Letnich, gwałtownych burz tego lata nie brakowało, także tych politycznych, po których próżno było wyglądać tęczy zgody i poprawnych relacji. Raz po raz w nietrafionej koalicji rządowej dochodziło do ostrych spięć i wyładowań, które w końcu doprowadziły do jej rozszarpania. Po tym co ona nam serwo-

wała płakać nikt chyba nie będzie, no może za wyjątkiem tych, którzy bezpowrotnie utracą intratne posiadki. Można też mieć nadzieję, że przynajmniej niektórzy bohaterowie obecnej sceny politycznej odejdą w niebyt, albo chociaż na długo trafią do politycznego czyścica.

Za tej koalicji ani lekarze, ani pielęgniarki, ani inni pracownicy ochrony zdrowia nie doczekali się nie tylko przybliżonego terminu rozwiązania nabrzmiałych problemów płacowych i zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia, ale też nawet poważnego ich potraktowania. Wprost przeciwnie, w obliczu strajków, protestów, głódówek czy blokad dróg, władza pokazywała im uparcie swoją arogancką twarz. Warto o tym pamiętać przy okazji

zapowiedzianych już przedterminowych wyborów.

Nadzieja na poprawę zaistniała za to dla naszej, wojskowej służby zdrowia. To w związku z odzyskaniem kierowniczego stanowiska – Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia – dla oficera lekarza. Nadzieja uzasadniona, bo funkcję tę sprawuje od 1 czerwca br. oficer z doświadczeniem zawodowym, jakim mało który z pozostałych w służbie lekarzy wojskowych może się pochwalić. Obdarzmy go więc szczególnym kredytem zaufania i dla wspólnego dobra wspierajmy w trudnych bez wątpienia działaniach naprawczych.

Zbigniew UŁANOWSKI
redaktor naczelny

Razem dla wspólnej sprawy

27 czerwca br. delegacja Wojskowej Izby Lekarskiej w składzie: prof. dr hab. med. Marian Brocki – Przewodniczący WIL, dr n. med. Marian Dójczyński – sekretarz WIL, lek. Jerzy Staszczyk –

skarbnik WIL i lek. Zbigniew Ułanowski – redaktor naczelny „Skalpela” przyjęta została przez płk. dr n. med. Andrzeja Wiśniewskiego – od 1 czerwca 2007 r. Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia.



Od lewej: prof. dr hab. med. Marian Brocki, dr n. med. Marian Dójczyński, płk dr n. med. Andrzej Wiśniewski

W związku z powołaniem Go przez Ministra Obrony Narodowej na to stanowisko delegacja złożyła nowemu Szefowi serdeczne gratulacje oraz życzyła mu owocnej działalności na rzecz wojskowej służby zdrowia i jej podopiecznych. Przy okazji wyrażono zadowolenie środowiska z przywrócenia tej funkcji lekarzowi i zapewniono, że Wojskowa Izba Lekarska wspierać Go będzie w działaniach zbieżnych z oczekiwaniami lekarzy wojskowych i zatrudnionych w wojskowych zakładach leczniczych oraz ich pacjentów.

Płk. A. Wiśniewskiemu wręczono list gratulacyjny i symboliczny upominek. W niezbyt długiej z konieczności rozmowie poruszono najistotniejsze z samorządowego punktu widzenia problemy, które jak się okazało równie ostro dostrzega nowy Szef Inspektoratu WSZ.

Płk dr n. med. Andrzej Wiśniewski podziękował za życzenia, z zadowoleniem przyjął zaproszenie na najbliższe posiedzenie Rady Lekarskiej WIL i zadeklarował chęć bliższej współpracy z samorządem lekarzy wojskowych.

(red.)

Posiedzenie Prezydium RL WIL

6 lipca 2007 r.

Z udziałem zaproszonego Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, płk. dr. n. med. Andrzeja Wiśniewskiego odbyło się 6 lipca br. przedwakacyjne posiedzenie Prezydium Rady Lekarskiej WIL.

Uczestniczyło w nim 9 członków Prezydium oraz: kol. Ryszard Zachar – przewodniczący Komisji Rewizyjnej WIL, radca prawny WIL i redaktor naczelny biuletynu „Skalpel”.

Posiedzenie otworzył prof. M. Brocki, który powitał przybyłego gościa, przedstawił jego drogę zawodową i dotychczasowe osiągnięcia. Następnie przyjęto zaproponowany porządek posiedzenia i przewodniczący WIL poinformował zebranych o swojej działalności od poprzedniego posiedzenia RL WIL.

Gość, płk dr n. med. Andrzej Wiśniewski, podziękował za zaproszenie go na spotkanie z Prezydium RL WIL, a następnie zapoznał uczestniczących w posiedzeniu z bliższymi i dalszymi planami swojej działalności na nowo objętym stanowisku. Zadeklarował, że mimo iż znany jest mu obecny, zły stan wojskowej służby zdrowia, to podejmuje się zmieniać ten stan rzeczy.

Już na wstępie zapewnił, że wbrew istniejącym zakusom dołoży starań by nie dopuścić do zlikwidowania niedawno utworzonego Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia i włączenia jego struktur do Inspektoratu Wsparcia (d. Logistyki – red.). Powiedział też, że zamierza odzyskać wpływ na kierowanie wojskową służbą zdrowia, częściej niż jego poprzednik spotykać się z szefami służby zdrowia RSZ, z którymi to kontakt był wówczas sporadyczny lub żaden, oraz odzyskać wpływ na decyzje kadrowe przy obsadzaniu stanowisk kierowniczych w wojskowej służbie zdrowia. Za jedno z priorytetowych, stawianych sobie zadań uznał doprowadzenie do popra-



wy finansowania wojskowej służby zdrowia, zarówno w wojskowych zakładach leczniczych, jak i w jednostkach wojskowych. Obok finansowania z NFZ widzi bowiem możliwość lepszego korzystania z takiej formy finansowania jak zadania zlecone. Jednym z zamierzeń organizacyjnych skutecznie poprawiającym finansowanie WZL ma być „podłączenie” ambulatoriów i izb chorych do szpitali i odtworzenie obwodów profilaktyczno-leczniczych. Szpital, w takim układzie, nadzorowałby leczenie w rejonie i otrzymywałby na to oraz np. na przedsięwzięcia profilaktyczne określone środki finansowe z MON. Odnosząc się do problemów dotyczących kształcenia poddyplomowego lekarzy poinformował, że możliwy będzie, w oparciu o szpitale wojskowe, nieco inny tryb specjalizowania się wojskowych lekarzy w specjalnościach najbardziej wojsku potrzebnych i że ma na to zgodę ministra zdrowia. Lekarz jednostki nie będzie musiał być codziennie w szpitalu, specjalizowanie się będzie bardziej dostępne, a to może zatrzymać lekarzy w jednostkach. Dodatkową za-

chęcią motywującą do służby lekarzy w jednostkach mają być dodatki do uposażenia, wyższe niż dla zajmujących się działalnością administracyjną.

Opiekę i leczenie żołnierzy w szpitalach wojskowych zamierza poprawić wykupując w nich część łóżek dla wojska. Będzie to, mówił płk A. Wiśniewski, dodatkowy zastrzyk finansowy dla naszych szpitali, często tracących na niższej niż cywilne placówki wycenie wykonywanych procedur medycznych.

Kolejnym celem do którego będzie niezwłocznie zmierzać ma być poprawa sytuacji kadrowej w wojskowej służbie zdrowia. W sytuacji gdy brakuje już blisko 500 lekarzy, zdaniem płk. A. Wiśniewskiego dobrym będzie każdy sposób na pozyskanie młodych lekarzy. Dlatego dla absolwentów akademii medycznych, po stażu i po zdaniu egzaminie LEP i chcących wstąpić do służby wojskowej zorganizowany będzie w lutym 2008 r., w CSWSM w Łodzi kurs przeszkolenia wojskowego.

Płk A. Wiśniewski powiedział też, że w trybie niemal ekspresowym or-

ganizowany jest nabór do służby kandydackiej absolwentów po piątym roku studiów z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W sierpniu przejdą oni szkolenie podstawowe w CSWSM, złożą przysięgę i VI r.s. zaczną już w mundurach podchorążych. Po studiach staż odbędą w szpitalach wojskowych, po czym powołani zostaną do służby na kontrakt zawodowy. Wg płk. A. Wiśniewskiego UM w Łodzi i jego Wydział Wojskowo-Lekarski to na dzisiaj najlepsze miejsce do kształcenia przyszłych lekarzy wojskowych. Braki kadrowe lekarzy złagodzić ma ponadto zamiana ok. 100 etatów lekarskich na etaty dla ratowników medycznych. Szef IWSZ zamierza też utworzyć w Wojskowym Instytucie Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego, co skutecznie poprawi przygotowanie lekarzy wojskowych do LEP i do egzaminów specjalizacyjnych.

Jako że nie ma żadnych dokumentów normatywnych do działań wojskowej służby zdrowia na wypadek różnego typu zagrożeń i stanów nadzwyczajnych, płk A. Wiśniewski chciałby, aby opracowany został Kodeks Pracownika Wojskowej Służby Zdrowia.

W roboczej części posiedzenia Prezydium przewodniczący Komisji ds. Rejestru, Prawa Wykonywania Zawodu i Praktyk Prywatnych kol. Zbigniew Zaręba przedłożył propozycje podjęcia uchwał w sprawie zatwierdzenia składu zespołów wizytacyjnych, skreśleń lekarzy z ewidencji WIL, wydania zezwoleń na wykonywanie praktyk prywatnych, wydania lekarzowi duplikatu prawa wykonywania zawodu i uchwały potwierdzającej odbycie przez lekarza przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu lekarza. Prezydium po wysłuchaniu uzasadnienia do powyższych propozycji podjęło następujące uchwały:

- nr 638/07/IV – w sprawie skreślenia z rejestru członków WIL z powodu ubycia do OIL w Zielonej Górze:

1. Grzegorza Dobrzyńskiego;

2. Waldemara Krynickiego
3. Waldemara Ogrodowicza
4. Jerzego Rogaczewskiego

- nr 639-659/07/IV i 704/07/IV – w sprawie wyznaczenia zespołów wizytacyjnych do skontrolowania prywatnych praktyk lekarskich;

- nr 660-700/07/IV i 703/07/IV – w sprawie wpisu do rejestru indywidualnych i specjalistycznych praktyk lekarskich oraz skreślenia 17 praktyk objętych wpisem;

- nr 701/07/IV – w sprawie potwierdzenia odbycia przeszkolenia przez lekarza Jana Liberę po przerwie w wykonywaniu zawodu lekarza;

- nr 702/07/IV – w sprawie wydania duplikatu prawa wykonywania zawodu lek. Dariuszowi Bojanowskiemu.

Kol. Z. Zaręba omówił ponadto problemy dotyczące przygotowania procedur związanych z weryfikacją dokumentów poświadczających dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego i dokonania odpowiednich wpisów w PWZ i rejestrze lekarzy, a także zgłoszenia WIL do Naczelnej Izby Lekarskiej jako podmiotu prowadzącego kształcenie.

Prezydium wysłuchało ponadto uzasadnienia do propozycji zmiany uchwały nr 200a/02/IV i włączenia do nowej uchwały ustaleń zawartych

w szczegółowych, wcześniejszych uchwałach, a następnie jednomyślnie przyjęło uchwałę nr 637/07/IV w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży oraz innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członków samorządu w związku z wykonywaniem czynności na rzecz Wojskowej Izby Lekarskiej.

W części końcowej posiedzenia kol. Z. Ułanowski poinformował członków Prezydium o treści umowy zawartej z TIM-Polska na udostępnianie członkom WIL poprzez Internet kursów Medycznej Platformy Edukacyjnej i o zasadach użytkowania tą drogą punktów edukacyjnych.

Prezydium ponadto rozpatrzyło prośbę Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych o wsparcie finansowe lub rzeczowe ich akcji protestacyjnej i w głosowaniu jednomyślnie zdecydowało o przekazaniu na rzecz OZZPiP kwoty 2000,00 zł.

W nawiązaniu do wystąpienia płk. A. Wiśniewskiego, kol. B. Barut zaproponował opracowanie tzw. „Złotej księgi rozbieżności w przepisach” utrudniających tym samym funkcjonowanie wojskowej służbie zdrowia i lekarzom oraz dentystom i zaapelował o zgłaszanie stosownych spostrzeżeń.

Z. U.

Szefostwo Służby Zdrowia Sił Powietrznych

oraz

Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego Wojskowego Instytutu Medycznego

zapraszają na

XI Konferencję Naukowo-Szkoleniową

„Aktualne problemy zabezpieczenia medycznego Sił Zbrojnych”

ze szczególnym uwzględnieniem problemów organizacyjnych i szkoleniowych,

która odbędzie się w Kiekrzu k. Poznania
w dniach 19-20 października 2007 r.

Zgłoszenia do udziału czynnego i biernego prosimy kierować do Zakładu Organizacji i Ochrony Zdrowia Wojsk i Zdrowia Publicznego WIM
tel. 444-275, fax 444-565, e-mail: oozw@wim.mil.pl



Punkty edukacyjne – „za darmo”!!!

Nieuchronnie zbliża się chwila kiedy wykazać się trzeba będzie dopełnieniem obowiązku doskonalenia zawodowego. Jeszcze nie jest za późno na uzyskanie pewnej liczby punktów edukacyjnych – i to zupełnie za darmo. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom swoich członków **Wojskowa Izba Lekarska**, na mocy umowy zawartej z **TIM – Polska**, od 1 lipca 2007 r.

daje lekarzom i lekarzom denty stom możliwość uzyskania punktów edukacyjnych bez ponoszenia przez nich żadnych kosztów.

To proste, wystarczy mieć dostęp do Internetu, wejść na stronę www.medycyna.org.pl i zalogować się, odbyć kurs przygotowawczy, a następnie skorzystać z oferowanych tam kursów korporacyjnych. Za każdy odbyty i zaliczony kurs otrzy-

macie potwierdzone certyfikatem 2 punkty edukacyjne. W ciągu roku można będzie uzyskać nawet 24 punkty edukacyjne, z których każdy wart jest ok. 30 zł, tj. tyle ile trzeba by wydać na inne formy doskonalenia zawodowego wymienione w ministerialnym rozporządzeniu. A zatem zachęcamy do skorzystania z tej oferty.

(red.)

Ustawiczne kształcenie

Punkty edukacyjne – rozpoczynamy rozliczanie

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Wojskowej Izby Lekarskiej informuje o możliwości składania dokumentacji dotyczącej kształcenia ustawicznego.

Rozliczany będzie okres od 14.04.2000 r. do 5.11.2008 r. Standardowo okres rozliczeniowy wynosi 48 miesięcy. Tym razem wyjątkowo będą również rozliczane zdarzenia edukacyjne, które zaistniały od 14.04.2000 r. do 5.11.2004 r.

Obydwa okresy rozliczamy oddzielnie wpisując do indeksu zdarzenia edukacyjne w kolejności chronologicznej i w tej samej kolejności składamy certyfikaty, dyplomy, zaświadczenia, itp. umieszczając je np. w teczce, kopercie (przy rozliczaniu należy przedstawić do wglądu oryginał dokumentu potwierdzającego uczestnictwo w kształceniu). Oczywiście wszystkie zdarzenia edukacyjne muszą być właściwie udokumentowane, tzn. muszą być do komisji dostarczone wraz z programami (szczególnie dotyczy to okresu I, ale II także). W przypadku braku szczegółowego stosuje się standardowy przelicznik liczby godzin przypadających na 1 dzień szkolenia. Dla przykładu jednodniowy zjazd – 5 punktów edukacyjnych.

Reasumując, mamy 8,5 roku na uzyskanie 200 punktów edukacyj-

nych. Wszystkie wydarzenia edukacyjne punktowane są w oparciu o załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy denty stomów (Dz.U. nr 231, poz. 2326) – patrz tabelka na następnej stronie „Skalpela” lub na ostatniej stronie Indeksu Doskonalenia Zawodowego Lekarza/ Lekarza Denty stomy.

Zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego w grupie „Aktywność podstawowa”, punkty 3-8, a w grupie drugiej punkty 15-17 maksymalna liczba punktów za uczestnictwo we wskazanych wydarzeniach edukacyjnych odnosi się do całego okresu rozliczeniowego (4 lata)! I tak na przykład z minimum 200 punktów jakimi powinniśmy się wykazać, tylko 40 może być wynikiem udziału w konferencjach, zjazdach, sympozjach i kongresach. Warto także dodać, iż z grupy drugiej możemy uzyskać maksymalnie 100 pkt. w okresie rozliczeniowym, zatem pozostałe 100 lub więcej stanowić muszą wszelkie formy podstawowej aktywności zawodowej.

W przypadku uczestnictwa w zorganizowanych formach doskonalenia zawodowego, lekarz uzy-

skuje punkty edukacyjne tylko wtedy, gdy podmiot prowadzący daną formę doskonalenia ma właściwe uprawnienia do kształcenia podplomowego lekarzy. Uprawnienia te mogą wynikać z treści odrębnych przepisów albo z faktu uzyskania wpisu do rejestru podmiotów prowadzących szkolenia lekarzy i lekarzy denty stomów. Rejestr taki prowadzony jest przez właściwą Okręgową lub Wojskową Radę Lekarską. Zatem lekarz zamierzający wziąć udział w zdarzeniu edukacyjnym, przed dokonaniem wpłaty, powinien uzyskać od organizatora pisemne wskazanie podstawy prawnej przyznającej mu prawo do prowadzenia kształcenia, po zakończeniu którego przysługiwać będą punkty edukacyjne. Jeżeli organizator nie spełnił powyższych warunków, a przydziela punkty w treści ogłoszenia, zaproszenia, programu a nawet zaświadczenia, takich punktów nie możemy uznać, gdyż są to punkty bezprawnie obiecane, co podlega rygorom prawnym.

Po złożeniu w WIL posiadanych dokumentów, ułożonych chronologicznie i wpisanych w tej samej kolejności w IDZL (otrzymaliśmy wraz z „Gazetą Lekarską”), będą one

cd. na str. 8 ⇨

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

Punkty edukacyjne

⇒ dokończenia ze str. 6.

sprawdzone pod kątem prawidłowości, zostaną dokonane ewentualne korekty, udzielone wyjaśnienia, wprowadzone poprawki i uzupełnienia, a następnie (mam taką nadzieję) potwierdzone i zaakceptowane przez Przewodniczącą Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego WIL lub osobę przez niego upoważnioną. Oczywiście można, a nawet trzeba, oddzielnie składać dokumenty dotyczące rozliczenia okresu I i II.

Adnotacja w Prawie Wykonywania Zawodu o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego wraz ostateczną liczbą uzyskanych punktów, dokonana będzie w IV kwartale 2008 roku i I kwartale 2009 roku.

Niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego jest odnotowywane w rejestrze lekarzy WIL (zgodnie z § 8 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów). Zwracam Koleżankom i Kolegom uwagę, że uzyskana w okresie rozliczeniowym liczba punktów mniejsza niż określona (czyli mniej niż 200 punktów) nie jest zaliczana w poczet następnego okresu rozliczeniowego. Uzyskanie więcej niż 200 punktów edukacyjnych w okresie rozliczeniowym także nie uprawnia do przeniesienia na następny okres rozliczeniowy nadwyżki uzyskanych punktów.

Ustawiczne kształcenie nie jest naszymu środowisku obce, w większości robimy to przez całe życie zawodowe, jednak Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, czyli akt prawny, nowy, ingerujący w życie zawodowe, u wielu z nas budzi co najmniej niepokój. Musimy mieć jednak świadomość, że takie formy doskonalenia zawodowego w większości krajów istnieją od wielu lat i też trzeba wiedzieć, że od wielu lat są realizowane w niektórych OIL w Polsce – z powodzeniem. W najlepszej sytuacji są Koledzy, którzy zdobywają specjalizację (50 punktów/rok). To samo dotyczy Kolegów, którzy uzyskali stopień

doktora, doktora habilitowanego lub profesora w zakresie nauk medycznych – 200 punktów jednorazowo.

Niepokój wykazują Koledzy z tzw. terenu. Jeżeli jednak dokładnie przestudiujemy tabelę nr 3 z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (poprzednia str. „Skalpela”, ostatnie strony IDZL) i dopasujemy do swoich możliwości wydarzenia edukacyjne tam zawarte, to okaże się, że 200 punktów jest osiągalne przy odrobienie systematyczności, dobrej chęci i przeciętnym wysiłku intelektualnym. Bezczytność jest wyceńniona na 0 punktów.

Musimy też mieć świadomość, że tych punktów nikt nie przydziela za darmo. Szkoleń bezpłatnych jest niewiele, prawie wszystkie zdarzenia edukacyjne kosztują, wymagają zwolnienia z pracy, czy w wielu przypadkach urlopu.

Doskonalenie zawodowe nie może być jednak jak dotychczas postrzegane wyłącznie jako indywidualna sprawa lekarza, ale przede wszystkim jako wartość publiczna. Jest zatem rolą społeczeństwa zapewnienie lekarzowi niezbędnych warunków do wypełnienia nałożonego na niego obowiązku doskonalenia zawodowego. Nasze środowisko oczekuje (uchwała nr 98/04-IV NRL), że już niebawem obowiązkowi doskonalenia zawodowego będą towarzyszyć przepisy z zakresu prawa podatkowego oraz w zakresie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, ułatwiające wypełnienie tego obowiązku. Dzięki obliczeniom Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wiemy, że cena 1 godziny szkolenia, a więc 1 punkt edukacyjny kosztuje od 25 do 30 PLN, przy średniej 27,5 PLN.

Są różne sytuacje w karierze zawodowej lekarza kiedy punkty edukacyjne są potrzebne, a prawdopodobnie niedługo będzie tak, że staną się niezbędne (wzorem innych krajów), o czym szeroko informuje paragraf 3 wyżej wymienionej uchwały NRL: „Lekarz, lekarz dentyista, który przystępuje do konkursu na stanowi-



ska kierownicze lub inne stanowisko w zakładzie opieki zdrowotnej, występujący o zatrudnienie jako nauczyciel akademicki, występujący o uzyskanie środków finansowych na kształcenie podyplomowe lub pracę naukową, występujący o zmianę warunków zatrudnienia, występujący o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przedstawia dokument Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza lub Lekarza Dentyisty, zawierający wpis o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego wraz z liczbą uzyskanych punktów edukacyjnych. Okręgowa Rada Lekarska może ustanowić i przyznać wyróżnienia dla lekarzy, lekarzy dentyistów, którzy wykazali się uczestnictwem w różnych formach doskonalenia zawodowego, a w szczególności uzyskali w okresie rozliczeniowym, co najmniej 400 punktów edukacyjnych”.

Warunkiem przyjęcia dokumentów przez Komisję Kształcenia Medycznego i Doskonalenia Zawodowego WIL, jest uregulowanie na bieżąco składek wraz z zaległościami.

Zachęcamy do korzystania z naszej strony internetowej.

dr Zbigniew ZARĘBA

Przewodniczący Komisji ds.
Wydawania Prawa Wykonywania Zawodu
i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Podwyżki dla rezydentów

Ministerstwo Zdrowia
Departament
Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Warszawa, 2007.07.20

Pan
dr Konstanty Radziwiłł
Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej

Wielce Szanowny Panie Prezesie!

W odpowiedzi na pismo znak NRL/ZRP/EJ/661/1312/2007 w sprawie podwyżki wynagrodzenia dla lekarzy rezydentów, Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego pragnie ustosunkować się do podniesionych kwestii i uprzejmie prosi o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Wysokość wynagrodzenia zasadniczego dla rezydentów ustala minister właściwy do spraw zdrowia – zgodnie z zapisem § 30 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. nr 213, poz. 1779, z późn. zm.).

Zgodnie z § 30 ust. 4 ww. rozporządzenia lekarz, który odbywa specjalizację w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalane corocznie przez ministra właściwego do spraw zdrowia do dnia 30 marca roku poprzedzającego rok, w którym lekarz rozpoczyna lub odbywa specjalizację, na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” w drodze obwieszczenia do dnia 15 stycznia każdego roku, w wysokości nie mniejszej niż 70% tego wynagrodzenia.

Lekarze odbywający specjalizację w trybie rezydentury podlegają odmiennym zasadom wynagradzania niż pozostali pracownicy zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku, do których ustalenie wynagrodzenia następuje na zasadach ogólnych określonych przepisami Kodeksu pracy (regulamin wynagradzania lub układ zbiorowy pracy). Zasadniczym, bowiem celem umowy o pracę zawartej ze specjalizującym się lekarzem jest nie tyle wykonywanie przez niego pracy zawodowej, co przygotowanie zawodowe.

Oznacza to, iż środki na wynagrodzenia dla tych grup pracowników nie pochodzą z Narodowego Funduszu Zdrowia, który jest podmiotem finansującym podwyżki przyznawane na mocy ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.

o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz.U. nr 149, poz. 1076).

Jednocześnie uprzejmie informujemy, że na podstawie § 30 ust. 5 przedmiotowego rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia zapewnia corocznie środki finansowe niezbędne do odbywania specjalizacji w ramach rezydentury. Ww. środki Ministerstwo Zdrowia przekazuje na podstawie umowy zawartej z jednostką organizacyjną zatrudniającą lekarzy odbywających specjalizację.

Od 1999 roku systematycznie wzrasta wysokość wynagrodzenia zasadniczego rezydenta, w związku ze wzrostem ww. przeciętnego wynagrodzenia, od którego jest liczona wysokość wynagrodzenia rezydenta.

W 2006 r. zasadnicze wynagrodzenie miesięczne rezydenta wynosiło 1704 zł, a na rok 2007 zostało ustalone w wysokości 1757 zł.

Mając na uwadze konieczność unormowania kwestii wynagrodzeń w ochronie zdrowia podjęto działania zmierzające do rozwiązania powyższego problemu.

Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 26 czerwca br. zdecydowało, że na rok 2008 będzie się planować uruchomienie 2500 rezydentur z uwzględnieniem 30% podwyżki. Realizacja tych zamierzeń uzależniona jest od wysokości limitów wydatków na 2008 r., które ustali Ministerstwo Finansów dla części 46 – Zdrowie. Dodatkowa kwota niezbędna do zrealizowania ww. zamierzenia wyniesie ok. 82 mln zł. Omawiana 30% podwyżka dla rezydentów może być zrealizowana w ramach obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. nr 213, poz. 1779, z późn. zm.).

Z poważaniem

Dyrektor
Departamentu
Nauki i Szkolnictwa Wyższego
Roman DANIELEWICZ

Przepisy prawa w zawodzie lekarza w okresie II Rzeczypospolitej Polskiej

Legal regulations in a profession of a doctor in II Republic of Poland

Autorzy pracy opisują system i zagadnienia prawne związane z wykonywaniem zawodu lekarza i prowadzeniem praktyki lekarskiej w okresie XX-lecia międzywojennego na terenie Polski. Zły stan zdrowia ludności kraju wyniszczonego rozbiorami wymagał podjęcia zdecydowanego działania w zakresie szeroko pojętej opieki medycznej. Ustawodawstwo oparte było w głównej mierze o Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 roku. Dokonano przeglądu odpowiednich ustaw i rozporządzeń oraz piśmiennictwa krajowego. Autorzy koncentrowali się w szczególności na przepisach dotyczących uzyskiwania prawa wykonywania zawodu lekarza i ustawach regulujących działalność w gabinetach lekarskich. Opisano prawa i obowiązki lekarzy, a także rezolucje prawne wynikające z obowiązującego prawa sanitarnego w zakresie utraty prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia praktyki lekarskiej. W pracy przedstawiono również zagadnienia związane z kształceniem kadr medycznych oraz zależności pomiędzy pracodawcami a pracownikami w zakładach opieki zdrowotnej. Ze szczególną uwagą analizowano przepisy regulujące zasady reklamowania usług medycznych i prowadzenie przez lekarzy działalności informacyjnej. Uwzględniono artykuły prawne zakazujące wprowadzania potencjalnych pacjentów w błąd, zarówno co do procedur diagnostycznych, jak i terapeutycznych. Z uwagi na liczne przypadki nadużyć i omijania obowiązujących przepisów, jasne i czytelne rozwiązania prawne miały kluczowe znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej w nowo odrodzonym państwie polskim, dla którego zwalczanie patologii w środowisku lekarskim było jednym z priorytetów.

Słowa kluczowe: system prawny, ustawa, rozporządzenie, służba zdrowia

Dwadzieścia lat pracy organów ustawodawczych w okresie międzywojennym zaowocowało przyjęciem bardzo nowoczesnych, często nowatorskich w skali europejskiej rozwiązań prawnych w dziedzinie szeroko pojętego zdrowia publicznego. Uregulowano wszystkie ważniejsze zagadnienia i problemy w dziedzinie zdrowotności publicznej, prawo o zawodach medycznych, prawo o zakładach opieki zdrowotnej i prawo o aptekach i lekach. Zmianom uległa również administracja i orga-

nizacja zdrowia publicznego, a także ubezpieczenia chorobowe [1].

Rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. nadano prawne ramy wykonywaniu praktyki lekarskiej, warunkom uzyskania tytułu lekarza, a także opisano sytuacje, w których dochodziło do utraty prawa wykonywania praktyki lekarskiej oraz obowiązki i odpowiedzialność karną związaną z wykonywanym zawodem [1, 2]. Rozporządzenie to zastępowało Ustawę

The authors of the publication describe legal system and problems connected with practicing in a profession of a doctor in the twentieth of midwar in II Republic of Poland. Bad health condition of the population in the country exhausted with dividing, demanded purposeful acting in filed of widely understood health service. Legislation was based mainly on Ordinance of the President of Poland from 25th of September 1932. Proper acts and ordinances, as well as Polish publications have been reviewed. Authors have concentrated in particular on regulations applied obtaining right of practicing in profession of a doctor and legal acts regulating activity in consulting rooms. Doctors' rights and obligations have been described, as well as legal resolutions following obligatory sanitary law in field of loss the right of practicing in a profession of a doctor and running a consulting room. In this study also problems connected with education of medical staff have been performed, as well as the relationships between employers and employees in institutions of health service. With particular consideration the rules of promoting a medical services and running an information activity by doctors have been analyzed. Legal acts forbidding the misguiding potential patients about either diagnostic or therapeutic procedures were applied. Taking into consideration many cases of abuses and avoiding obligatory rules, clear and readable legal regulations had key meaning for health care system in new reborn Polish state, for which struggling the pathology in medical society was one out of priority.

Key words: legal system, legal act, ordinance, health service

o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskim z dnia 2 grudnia 1921 roku [3]. Późniejsze zmiany wprowadziła jeszcze Ustawa o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej z dnia 30 lipca 1938 roku [4]. W zasadniczej części postanowienia nowego rozporządzenia nie odbiegały od artykułów ustawy. Nowelizacji podlegały głównie przepisy dotyczące udzielania tymczasowych pozwoleń na wykonywanie zawodu leka-

rza. Te i inne zmiany omówiono w dalszej części publikacji.

Nowe rozporządzenie nie naruszało dotychczasowych przepisów dotyczących wykonywania praktyki lekarskiej w regionach przygranicznych. Nadal obowiązujące akty prawne zawarte między Rzeczypospolitą a państwami ościennymi stanowiły gwarancję wzajemnego porozumienia przy przekraczaniu granicy związanym z wykonywaniem zawodu przez lekarzy i położne. W szczególności obustronne zobowiązania realizowane były w oparciu o umowę między Rzeczypospolitą Polską a Republiką Czesko-Słowacką, podpisaną w Warszawie dnia 23 września 1922 roku, ustalającą warunki wykonywania zawodu lekarza i położnej w strefie pogranicznej, a ponadto zawodu lekarskiego w miejscowościach kąpielowych w czasie sezonu [5], konwencję między Rzeczypospolitą Polską a Republiką Czesko-Słowacką o ułatwieniach w małym ruchu granicznym podpisaną w Pradze w dniu 30 maja 1925 roku [6], konwencję między Rzeczypospolitą Polską a Królestwem Rumunii, traktującą o ułatwieniach w małym ruchu granicznym, podpisaną w Warszawie w dniu 7 grudnia 1929 roku [7], umowę między Rzeczypospolitą Polską a Rzeszą Niemiecką, dotyczącą ułatwień w małym ruchu granicznym, sygnowaną w Warszawie dnia 22 grudnia 1931 roku [8], a także Polsko-Niemiecką Konwencję Górnośląską z dnia 15 maja 1922 roku, podpisaną w Genewie [9].

Na mocy rozporządzenia przez praktykę lekarską rozumiano wykonywanie czynności, polegających na rozpoznawaniu chorób, leczeniu chorych, zapobieganiu szerzenia się chorób oraz na wydawaniu orzeczeń lekarskich. Równocześnie prawa do używania tytułu „lekarz” nabywały wyłącznie osoby posiadające prawo wykonywania praktyki lekarskiej, a tytułu „doktora wszech nauk lekarskich” osoby, które uzyskały dyplom lekarski przed dniem 30 czerwca 1930 r. Jednocześnie

używanie tytułów nie uznanych w państwie polskim, a mogących wywoływać błędne mniemanie o szczególnym uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarskiej było wzbronione. Ponadto prawa wykonywania praktyki lekarskiej nie mogły uzyskać osoby, które były pozbawione własnej woli z powodu choroby psychicznej – przez czas trwania ubezwłasnowolnienia albo na mocy wyroku sądowego były pozbawione praw publicznych i obywatelskich praw honorowych – do chwili odzyskania tych praw. Osoby winne wykonywania praktyki lekarskiej wbrew powyższemu przepisowi podlegały karze aresztu do trzech miesięcy i grzywny do 3000 złotych lub jednej z tych kar, o ile kodeks nie przewidywał kary surowszej. W razie niemożności ściągnięcia grzywny, sąd orzekał karę aresztu zastępczego, jednak nie dłużej niż 4 tygodnie.

Prawo stałego wykonywania praktyki lekarskiej przysługiwało obywatelom państwa polskiego, posiadającym dyplom lekarski, wydany lub uznany przez jeden z wydziałów lekarskich uniwersytetów w Rzeczypospolitej, zapisanym na liście członków izby lekarskiej i po odbyciu jednorocznej praktyki szpitalnej po uzyskaniu dyplomu lekarskiego. Jednocześnie za równoznaczne z dyplomami lekarskimi wydanymi lub uznanymi przez uniwersytety polskie uważano dyplom doktora wszech nauk lekarskich, wydany lub uznany przez uniwersytety byłego cesarstwa austro-węgierskiego przed dniem 1 listopada 1918 r., dyplom uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej na terytorium Rzeszy Niemieckiej i wydany przed dniem 27 grudnia 1918 r., dyplom doktora medycyny lub lekarza, wydany lub uznany przez uniwersytety byłego cesarstwa rosyjskiego przed dniem 27 listopada 1917 r. oraz dyplom zagraniczny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej na zasadzie zezwolenia, udzielonego przez Tymczasową Radę Stanu Królestwa Polskiego [2].

Zasady, według których osoby pragnące wykonywać zawód lekarza winny odbyć praktykę szpitalną określał w drodze rozporządzenia Minister Opieki Społecznej, a w przypadku lekarzy wojskowych – w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych. Z okresu jednorocznej praktyki szpitalnej każdy lekarz zobowiązany był odbyć co najmniej 9 miesięcy w klinikach uniwersyteckich, szpitalach wojskowych lub zakładach leczniczych, uznanych przez Ministra Opieki Społecznej za nadające się do odbywania w nich praktyki szpitalnej, na oddziałach chorób wewnętrznych, chirurgicznych oraz położniczych, po trzy miesiące na każdym z tych oddziałów. Przez pozostałe trzy miesiące lekarz mógł praktykować w wymienionych wyżej zakładach leczniczych czy klinikach na tych samych lub innych oddziałach. Alternatywą była praca w uniwersyteckich zakładach higieny, medycyny sądowej lub innych, państwowych zakładach higieny, zakładach medycyny zapobiegawczej, w centralnym instytucie i studiach wychowania fizycznego lub w innych zakładach, uznanych przez Ministra Opieki Społecznej za nadające się do odbywania w nich praktyki szpitalnej. Ponadto każdy lekarz obowiązany był w czasie odbywania praktyki szpitalnej przejść przeszkolenie w zakresie ratownictwa i obrony przeciwgazowej na kursach organizowanych przez Ministra Spraw Wojskowych lub uznanych za nadające się do tego celu przez Ministra Opieki Społecznej. Okres czasu, w ciągu którego lekarz zobowiązany był odbyć jednoroczną praktykę szpitalną, nie mógł przekraczać trzech lat [10]. Mając na uwadze, iż obowiązek ten, zastrzeżony ustawowo, a podyktowany względami bezpieczeństwa i zdrowia publicznego dotknąłby niewątpliwie materialnie zwłaszcza młodych lekarzy, Minister Spraw Wewnętrznych wystąpił z apelem do Komisarza Rządu i wojewodów o udzielenie pomocy stażystom. W myśl pisma okólnego szpitale zatrudniające praktykantów

i odnoszące z tego korzyść finansową miały przy układaniu preliminarzy budżetowych uwzględnić pewne kwoty na wynagrodzenie praktykantów lekarzy, lub też zabezpieczyły im przynajmniej mieszkanie i utrzymanie [11]. Dodatkowo każdy lekarz wykonujący praktykę lekarską, który nie ukończył 35 roku życia mógł być powołany do publicznej służby zdrowia w razie epidemii. Było to podyktowane poważnym problemem, jaki stanowiły choroby zakaźne dla ówczesnej służby zdrowia i ich duży udział w zapadalności ogólnej społeczeństwa [2]. Ponadto, ze względu na duże dysproporcje w liczbie mieszkańców przypadających na jednego lekarza w województwach wschodnich i centralnych, w myśl nowelizacji ustawy z dnia 30 lipca 1930 roku prawo stałego wykonywania praktyki lekarskiej przysługiwało osobom, które przez dwa lata zamieszkiwały i wykonywały praktykę lekarską w gminach wiejskich lub miastach liczących poniżej 5000 mieszkańców [4].

Oprócz stałego prawa wykonywania praktyki lekarskiej możliwe było uzyskanie prawa czasowego. Uprawnione do tego były osoby powołane przez władze państwowe z zagranicy na profesorów wydziałów lekarskich uniwersytetów polskich, niemające uprawnień do wykonywania zawodu lekarza w Polsce, ale posiadające uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej w innych państwach, na czas przez jaki pozostają na swych stanowiskach uniwersyteckich, uniwersyteckich uzdrowiskach polskich, osoby posiadające obce obywatelstwo i uprawnione do wykonywania praktyki lekarskiej w swoim państwie – pod warunkiem wzajemności oraz osoby, które wskutek poślubienia cudzoziemca utraciły obywatelstwo polskie, a posiadają wszystkie inne warunki do wykonywania praktyki lekarskiej w rozumieniu wyżej wymienionego rozporządzenia. Obecne zasady zmieniały postanowienia ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskim w za-

kresie udzielania tymczasowych pozwoleń na wykonywanie zawodu lekarza. Dotychczasowe przepisy zezwalały na udzielanie tymczasowych pozwoleń w wypadkach, gdy osoba ubiegająca się o to prawo na terenie Państwa Polskiego dołożyła wszelkich starań w celu usunięcia braków formalnych stojących na przeszkodzie do uzyskania pozwolenia na wykonywanie praktyki lekarskiej. Zbyt ogólne i liberalne sformułowania prawne były przyczyną licznych nadużyć. Toteż rozporządzenie nowelizujące ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskim z dnia 2 grudnia 1921 roku w sposób jednoznaczny precyzowało warunki uzyskania tymczasowego prawa wykonywania zawodu lekarza, nakładając na petentów obowiązek przedłożenia poświadczenia obywatelstwa polskiego, dowodów pośrednich mogących stwierdzić posiadanie stopnia lekarskiego (zaświadczenia kolegów, nominacje etc.) oraz zaświadczenia MSZ o wydaniu w trybie administracyjnym duplikatu dyplomu lekarskiego [12]. Ponadto w czasie wojny Minister Spraw Wojskowych, a na obszarze wojennym Naczelny Wódz w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej mógł dopuścić do pełnienia czynności lekarskich w szpitalach i innych instytucjach wojskowych osoby niebędące obywatelami państwa polskiego, które mają prawo wykonywania praktyki lekarskiej w innych państwach na mocy otrzymanych lub uznanych tam dyplomów lekarskich. W czasie epidemii lub w przypadkach innych klęsk elementarnych powyższe uprawnienia przysługiwały Ministrowi Opieki Społecznej [2].

Spośród licznych zobowiązań spoczywających na lekarzu szczególny nacisk kładziono na przestrzeganie zasad etyki, godne zachowanie i sumienne wykonywanie powierzonych obowiązków zawodowych. Lekarz miał prawo dokonywać zabiegów operacyjnych tylko za uprzednią zgodą chorego lub

jego prawnego zastępcy, wypowiedzianą wobec przynajmniej jednego świadka bądź stwierdzoną na piśmie [2, 10]. Wyjątek stanowiły przypadki bezpośredniego zagrożenia życia, a zabieg operacyjny dokonywany był poza obrębem zakładu leczniczego. Zabiegi aborcji były dokonywane jedynie po uprzednim oświadczeniu prokuratora, stwierdzającym uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała wskutek przestępstwa, a w przypadku zagrożenia życia ciężarnej po złożeniu zaświadczenia przez dwóch lekarzy o konieczności wykonania aborcji ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej. Ponadto z wykonywaniem praktyki lekarskiej nie wolno było łączyć zajęć nieliczących z etyką lub powagą zawodu lekarza. Lekarz zobowiązany był do zachowania tajemnicy lekarskiej. Wyjątek od powyższego stanowiły sytuacje, gdy lekarz był winny z mocy przepisów prawnych donosić władzom o zachorowaniach, czy też występował w roli biegłego sądowego albo przeprowadzał badanie zarządzone przez uprawnione do tego władze. Mógł również ujawnić tajemnicę lekarską w przypadkach, w których leczony lub jego prawny zastępca wyrazili na to zgodę, powierzający lekarzowi tajemnicę był ubezwłasnowolniony, o ile lekarz nie dostrzeże krzywdy chorego w przypadku ujawnienia tajemnicy oraz w sytuacjach, w których zachowanie tajemnicy lekarskiej mogło powodować istotne zagrożenie dla życia i zdrowia leczonego lub otoczenia [13].

Poza obowiązkiem informowania władz o zachorowaniach, który z mocy obowiązujących przepisów nie był naruszeniem tajemnicy lekarskiej, ustawą z 1919 roku w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie wprowadzony został obowiązek ich rejestracji. Prowadzeniem rejestru chorób zakaźnych i chorób zawodowych zajmował się lekarz powiatowy. Przypadki tych ostatnich mieli obowiązek zgłaszać wszyscy lekarze udzielający

porady. Ponadto do zadań i kompetencji lekarza powiatowego należał nadzór nad prawidłowością i wykonaniem szczepień przeciwko ospie, cholerze, durowi brzuszemu, durowi rzekomemu, płonicy, błonicy i malarii. Lekarz powiatowy na mocy odpowiednich rozporządzeń Prezydenta z 1927 i 1928 roku pozostawał w ścisłym kontakcie z lekarzami inspekcji pracy. Sprawowali oni nadzór nad badaniami okresowymi, które zostały wprowadzone we wszystkich zakładach pracy, w których warunki pracy mogły narażać stan zdrowia zatrudnionych w nich osób [1]. Dodatkowo lekarz winien w myśl przepisów udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku grożącym choremu utratą życia lub zdrowia. Za odmówienie pomocy lekarskiej oraz naruszenie innych określonych prawem sanitarnym przepisów groziło pociągnięcie do odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej oraz utrata prawa wykonywania praktyki lekarskiej.

Utrata prawa wykonywania praktyki lekarskiej na czas stały lub określony mogła nastąpić w dwojaki sposób: na mocy samego prawa albo orzeczeniem sądu powszechnego, wojskowego czy dyscyplinarnego izby lekarskiej.

W pierwszym przypadku do cofnięcia prawa do wykonywania praktyki lekarskiej dochodziło w razie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej – na czas trwania ubezwłasnowolnienia. W sytuacji, gdy z powodu choroby psychicznej lekarza wykonywanie przez niego praktyki lekarskiej mogło zagrażać oczywistym niebezpieczeństwem życiu lub zdrowiu osób leczonych, wojewoda był władny zawiesić go w prawie wykonywania praktyki lekarskiej na czas trwania choroby. Podstawą zawieszenia było orzeczenie komisji lekarskiej. Kolejnym powodem cofnięcia prawa do wykonywania praktyki była utrata obywatelstwa polskiego z wyjątkiem przypadku zawarcia małżeństwa z cudzoziemcem [2].

Członkowie izb lekarskich za naruszenie swych obowiązków i nieprzestrzeganie zasad etyki podlegali odpowiedzialności dyscyplinarnej z założeniem, że postępowanie dyscyplinarne toczyło się niezależnie od wdrożenia innego rodzaju postępowania z powodu tego samego przewinienia [14]. Wśród kar dyscyplinarnych znajdowały się upomnienie, nagana, zawieszenie w prawach członka izby na ściśle określony czas i skreślenie z listy członków izby lekarskiej. Kary nałożone przez sąd dyscyplinarny można było obostrzyć przez ogłoszenie ich w dzienniku urzędowym na koszt skazanych, bądź też przez nałożenie grzywny do 500 zł. Grzywny były przeznaczone na fundusz poprawy bytu rodzin, pozostałych po zmarłych członkach izby. Kara nagany pociągała za sobą utratę prawa wybieralności przy najbliższych wyborach do izby lekarskiej. Kara zawieszenia w prawach członka izby skutkowałą utratą prawa wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim na czas zawieszenia oraz utratę prawa wybieralności i wybierania na okres zawieszenia oraz na przeciąg dalszych pięciu lat; nie powodowała natomiast utraty uprawnień, nabytych wskutek należenia lekarza do instytucji ubezpieczeniowych na wypadek śmierci. Skreślenie z listy członków izby lekarskiej pociągało za sobą utratę prawa wykonywania praktyki lekarskiej oraz wszelkich praw, wynikających z należenia do izby lekarskiej [15]. Stanowiło tym samym śmierć zawodową lekarza.

Do orzekania w sprawach dyscyplinarnych powołane były: jako pierwsza instancja – sądy dyscyplinarne okręgowych izb lekarskich, złożone z 12-18 członków, wybieranych przez rady tych izb; jako instancja odwoławcza – sąd dyscyplinarny Naczelnej Izby Lekarskiej, złożony z 9 członków wybranych przez walne zebranie tej izby, 5 członków mianowanych spośród lekarzy przez Ministra Opieki Społecznej, który sprawował zwierzchni

ni nadzór nad NIL i 4 członków mianowanych przez Ministra Sprawiedliwości spośród sędziów [15]. Zdaniem doktor Zofii Garlickiej, członka Warszawsko-Białostockiej Izby Lekarskiej, sądy izb lekarskich były powołane po to, aby walczyć z rzucającymi się w oczy usterkami etycznymi stanu lekarskiego i aby w ten sposób podnosić poziom etyczny tej części społeczeństwa [16, 17].

Obwiniony lekarz miał prawo obrania sobie obrońcy spośród lekarzy. Jeżeli nie miał obrońcy z wyboru, prezes sądu wyznaczał na jego prośbę obrońcę z urzędu spośród lekarzy będących członkami tej izby, w której toczy się postępowanie w I-iej instancji. Przed wydaniem jakiegokolwiek orzeczenia sąd dyscyplinarny był zobowiązany wysłuchać wniosków rzecznika dyscyplinarnego, który z ramienia zarządu izby lekarskiej stał na straży etyki, godności i sumienności zawodowej stanu lekarskiego [14]. Jednocześnie wszelkie spory między lekarzami oraz spory lekarzy z pacjentami za pisemną zgodą stron mogły być przekazane do rozstrzygnięcia sądowi dyscyplinarnemu izby jako sądowi polubownemu [15].

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 15 marca 1922 roku zostały powołane do życia okręgowe izby lekarskie: warszawsko-białostocka, łódzka, krakowska, poznańsko-pomorska, lwowska i lubelska [18] oraz rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 grudnia 1925 roku wileńsko-nowogródzka izba lekarska [19].

Również ustawa z 1921 roku o ustroju i zakresie działania izb lekarskich, następnie znowelizowana w 1934 roku utrzymywała dotychczasową strukturę izb oraz przyznawała samorządowi lekarskiemu szeroki zakres kompetencji [1, 15, 17, 20]. Jego zadaniem było współdziałanie z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego, krzewienie i strzeżenie zasad deontologii, godności

i sumiennosci zawodu lekarskiego, sprawowanie nadzoru nad praktyką lekarską, sprawowanie sądownictwa dyscyplinarnego i polubownego dla lekarzy, działalność socjalna w postaci prowadzenia kas oszczędnościowo-pożyczkowych i zapomogowych, popieranie instytucji naukowych i społecznych, reprezentowanie zawodu lekarskiego i obrona jego interesów, inicjowanie tworzenia i akceptowanie zbiorów zasad postępowania lekarskiego, a także wydawanie „Dziennika Urzędowego Izby Lekarskich”, zawierającego między innymi akty prawne i deontologiczne obowiązujące praktykujących lekarzy [17, 21].

Nieco odmienna była sytuacja lekarzy dentyistów praktykujących na terenie byłych zaborów. W myśl obowiązujących przepisów do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej upoważnione były osoby, które posiadały dyplomy wydane przez uniwersytety byłego cesarstwa rosyjskiego przed dniem 27 listopada 1917 r., lekarze-dentyści, którzy uzyskali aprobatę, uprawniającą do wykonywania zawodu w państwie niemieckim przed dniem 27 grudnia 1918 r., osoby posiadające aprobatę na stopień lekarza-dentyisty, wydaną przez komisję egzaminacyjną na lekarzy dentyistów w byłym General-Gubernatorstwie warszawskim w latach 1915, 1917 i 1918, osoby posiadające świadectwa z ukończenia szkół lekarsko-dentystycznych, znajdujących się na obszarze byłego Cesarstwa Rosyjskiego, o ile zgłosiły swoje uprawnienia w Ministerstwie Opieki Społecznej w terminie 4-miesięcznym od chwili wejścia w życie powyższego rozporządzenia i złożyły najpóźniej w ciągu dwóch lat egzamin na lekarzy-dentyistów przed właściwymi komisjami uniwersyteckimi w zakresie, ustalonym dotychczas obowiązującymi przepisami oraz dentyści posiadający dyplomy uniwersytetów byłego Cesarstwa Rosyjskiego, Wojennej Akademii Lekarskiej w Petersburgu i Żeńskiego Instytutu Medycznego

w Petersburgu, wydane przed dniem 27 listopada 1917 r.; to jest przed zmianami, jakie wprowadziła Rewolucja Październikowa, całkowicie reformując ustawodawstwo zdrowotne naszych wschodnich sąsiadów, wcześniej zaborców, a całość odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa w Republice Radzieckiej przekazując państwu [22, 23].

Jednolitą podstawę prawną wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej na terenie Państwa Polskiego nadało dopiero Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. [22]. Zakładało ono, iż praktykę lekarsko-dentystyczną polegającą na wykonywaniu wszelkich zabiegów lekarsko i techniczno-dentystycznych oraz prawo do używania tytułu „lekarza-dentyisty” miały osoby, które były obywatelami państwa polskiego, posiadające dyplom lekarski wydany lub uznany przez jeden z polskich uniwersytetów państwowych lub dyplom lekarsko-dentystyczny, wydany lub uznany przez Akademię Stomatologiczną w Warszawie, a także odbyły jednoroczną praktykę przygotowawczą w przychodni lub zakładzie leczniczym w czasie trwania studiów lub po ich ukończeniu. Przychodnie dentystyczne mogły być zakładane i utrzymywane przez osoby posiadające uprawnienia do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej tylko po uprzednim uzyskaniu zezwolenia władzy administracyjnej II instancji, a w Warszawie Komisarza Rządu m. st. Warszawy. Kierownikiem przychodni mógł być tylko lekarz-dentyista, który wykazał się co najmniej trzyletnią praktyką lekarsko-dentystyczną. Lekarze-dentyści, którzy zamierzali wykonywać praktykę lekarsko-dentystyczną poza przychodniami, zakładami leczniczymi lub u innych lekarzy-dentyistów wykonywali praktykę osobiście lub przy pomocy osób do tego uprawnionych, jednak pod osobistym i faktycznym kierownictwem lekarza-dentyisty.

Dodatkowo Minister Opieki Społecznej mógł przyznawać prawo

wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w państwie polskim na określony czas osobom, które powołane zostały przez władze państwowe z zagranicy jako profesorowie wyższych szkół państwowych, względnie Akademii Stomatologicznej w Warszawie, posiadających uprawnienia do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w innych państwach – na czas, przez jaki pozostają na swych stanowiskach uniwersyteckich oraz osobom, które na skutek zawarcia związku małżeńskiego z cudzoziemcem traciły obywatelstwo polskie – z zastrzeżeniem prawa wzajemności, a w razie wojny przy braku dostatecznej liczby lekarzy-dentyistów, Minister Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych mógł dopuścić do pełnienia praktyki lekarsko-dentystycznej w wojskowych przychodniach dentystycznych osoby nie będące obywatelami Państwa Polskiego, a posiadające prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w innych państwach na mocy tamże otrzymanych, względnie uznanych dyplomów. Lekarze ci nie posiadali jednak prawa wykonywania praktyki prywatnej [22].

Jednakże odrębne przepisy w ramach tego samego rozporządzenia traktowały o wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych. Osoby używające tytułu „technika dentystycznego” posiadały uprawnienia do brania wycisków celem sporządzenia wszelkiego rodzaju dostawek zębowych oraz osadzenia ich w jamie ustnej bez prawa wykonywania jakichkolwiek zabiegów lekarsko-dentystycznych.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. musiało wywołać zadowolenie środowisk lekarsko-dentystycznych. Swymi założeniami podtrzymywało monopol lekarzy-dentyistów w wolnorynkowej rzeczywistości. Rozporządzenie znosiło pojęcie samodzielnego technika dentystycznego, stanowiąc że wykonywanie czynności techniczno-denty-

stycznych dozwolone jest wyłącznie pod kierunkiem i na zamówienie lekarza dentystry bez prawa kontaktowania się z pacjentem, używania jakichkolwiek tytułów, reklamowania i ogłaszania się, za wyjątkiem prasy fachowej, umieszczania szyldów, tablic itp. Wykonywaniem czynności techniczno-dentystycznych w myśl intencji rozporządzenia winni się zajmować lekarze-dentyści, a roboty pomocnicze mogą powierzać jedynie swemu personelowi, jednakże bez prawa bezpośredniego zetknięcia się z pacjentem [24].

Naturalną konsekwencją dynamicznego rozwoju środowiska lekarsko-dentystycznego w nowo odrodzonym Państwie Polskim była ustawa z dnia 11 stycznia 1938 roku, powołująca do życia Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną i okręgowe izby lekarsko-dentystyczne. Zorganizowane analogicznie do izb lekarskich stały na straży etyki, godności i sumiennosci zawodu. Również ich struktura, statut, ustrój, zakres działalności oraz sądownictwo dyscyplinarne w zasadniczy sposób nie odbiegały od pierwowzoru [25].

Piśmiennictwo:

- Czupryna A., Paździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.: *Zdrowie Publiczne, wybrane zagadnienia, praca zbiorowa, Tom 2*, Vesalius, Kraków 2001: 307.
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 kwietnia 1932 roku o wykonywaniu praktyki lekarskiej, Dz. U. R. P. Nr 81, poz. 712.
- Ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskim z dnia 2 grudnia 1921 roku, Dz. U. R. P. Nr 105, poz. 762.
- Ustawa o zmianie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej z dnia 30 lipca 1938 rok, Dz. U. R. P. Nr 57, poz. 449, 450.
- Umowa między Rzeczypospolitą Polską a Republiką Czesko-Słowacka w przedmiocie wzajemnego dopuszczania lekarzy i położnych do wykonywania praktyki z dnia 23 września 1922 roku, Dz. U. R. P. 1926, Nr 57, poz. 331.
- Art. 13 Konwencji między Rzeczypospolitą Polską a Republiką Czesko-Słowacka o ułatwieniach w małym ruchu granicznym z dnia 30 maja 1925 roku, Dz. U. R. P. 1926, Nr 43, poz. 263.
- Art. 2 Konwencji między Rzeczypospolitą Polską a Królestwem Rumunii o ułatwieniach w małym ruchu granicznym z dnia 7 grudnia 1929 roku, Dz. U. R. P. 1931, Nr 61, poz. 492.
- Art. 9 Umowy między Rzeczypospolitą Polską a Rzeszą Niemiecką o ułatwieniach w małym ruchu granicznym z dnia 22 grudnia 1931 roku, Dz. U. R. P. 1933, Nr 101, poz. 771.
- Art. 4 § 2, pkt. 4. Polsko-Niemieckiej Konwencji Górnośląskiej z dnia 15 maja 1922 roku, Dz. U. R. P. 1922, Nr 44, poz. 371.
- Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 roku wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych o wykonywaniu praktyki lekarskiej, Dz. U. R. P. Nr 11, poz. 96.
- Pismo okólne Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 22 maja 1930 r. Nr Z. O. 1634/30 w sprawie rozporządzenia o obowiązku odbywania jednorocznej praktyki szpitalnej przez lekarzy, cyt. za K. Prökl, J. Kowalczewski, Polskie Prawo Sanitarne, Zbiór ustaw, rozporządzeń, instrukcji, okólników i pism okólnych z lat 1918-1935, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1946, Tom 1: 117.
- Pismo okólne Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2 kwietnia 1928 r. Nr Z. O. 1742/28 w sprawie udzielania tymczasowych pozwoleń na wykonywanie praktyki lekarskiej, cyt. za K. Prökl, J. Kowalczewski, Polskie Prawo Sanitarne, Zbiór ustaw, rozporządzeń, instrukcji, okólników i pism okólnych z lat 1918-1935, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1946, Tom 1: 113.
- Szenajch W., *Myśli lekarza*, PZWL, Warszawa 1958: 33-35.
- Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 7 kwietnia 1936 roku wydane w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości o postępowaniu dyscyplinarnym izb lekarskich, Dz. U. R. P. Nr 29, poz. 239.
- Ustawa z dnia 15 marca 1934 roku o izbach lekarskich, Dz. U. R. P. Nr 31, poz. 275.
- Lekarz Polski*, 1926, 2, (12): 11.
- Nasierowski T., *Świat lekarski w Polsce*, (II połowa XIX wieku-I połowa XX wieku), OIL, Warszawa 1952: 47-53, 95, 146-150.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 15 marca 1922 roku w sprawie utworzenia Izb Lekarskich, Dz. U. R. P. Nr 41, poz. 353.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 grudnia 1925 roku w sprawie utworzenia izby lekarskiej wileńsko-nowogródzkiej, Dz. U. R. P. Nr 129, poz. 931.
- Nowiny Lekarskie*, 1922, 34, (4): 134-135.
- Kielanowski T., *Etyka i deontologia lekarska, praca zbiorowa*, PZWL, Warszawa 1985: 204.
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 roku o wykonywaniu praktyki dentystycznej, Dz. U. R. P. 1934, Nr 4, poz. 32. 23. Sadowska J., *Europejskie koncepcje ubezpieczenia na wypadek choroby w XIX wieku i na początku XX wieku*, Zdrowie Publiczne 1989, 100, (6): 327.
- Pismo okólne Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 czerwca 1927 r. Nr Z. O. 2950/27 w sprawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej cyt. za K. Prökl, J. Kowalczewski, Polskie Prawo Sanitarne, Zbiór ustaw, rozporządzeń, instrukcji, okólników i pism okólnych z lat 1918-1935, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1946, Tom 1: 156.
- Ustawa o izbach lekarsko-dentystycznych z dnia 11 stycznia 1938 roku, Dz. U. Nr 6, poz. 33.

por. lek. **Jacek HINCZ**
lek. **Krzysztof KAWECKI**
lek. **Bartosz TOPOLIŃSKI**
mjr lek. **Tomasz ZAJĄC**

Oddział Kardiologii Nieinwazyjnej i Elektroterapii Kliniki Kardiologii 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy

Kierownik:
płk dr med. **A. Ługowski**

Adres korespondencyjny:

Oddział Kardiologii Nieinwazyjnej i Elektroterapii Kliniki Kardiologii 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy ul. Powstańców Warszawy 5 85-680 Bydgoszcz

Przedruk dzięki uprzejmości Redakcji „VALETUDINARIA – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej” (2007 (12)1; s. 65-69)

Praca wpłynęła do Redakcji VALETUDINARIA: 26.10.2006 r. Zaakceptowano do druku: 2.02 2007 r.



Święto Wojska Polskiego 2007



Szpital powstańczej Warszawy (cz. II)

Szpital Starego Miasta

Okolo 12 sierpnia Stare Miasto stalo się twierdzą otoczoną przez hitlerowców ze wszystkich stron, atakowane ogniem ciężkiej artylerii, lotnictwa i ciężkich moździerz. Codziennie pierścien obrony zacieśniał się do rozmiarów 1000 m. szerokości i głębokości, ale ciągle trwał.

Obok Szpitala Maltańskiego wielką kartę zapisał w tej walce Szpital Jana Bożego przy ul. Bonifraterskiej. Należał dawniej do Kliniki Psychiatrycznej UW. Dla potrzeb powstania przygotowano go na szpital chirurgiczny. Szpitalem kierował mjr doc. dr *Adolf Falkowski*. W skład zespołu lekarskiego wchodził m. in.: płk dr *Bronisław Stroiński*, prof. dr med. *Wincenty Tomaszewicz*, wraz z żoną lekarką, dr med. *Kazimierz Sroczyński*, dr med. *Franciszek Szumigaj*, mjr dr *Cyryl Gubarewski*, dr med. *Halina Jankowska*, dr med. *Leon Uszkiewicz*, dr med. *Władysław Jakimowicz* i inni. Funkcję naczelnego pielęgniarki sprawowała *Danuta Falkowska*. Tu również działał szef sanitarny Grupy Północ płk dr med. *Stefan Tarnawski*.

Od pierwszych dni powstania szpital ten znalazł się na pierwszej linii frontu. W rekordowo szybkim czasie został też obłożony rannymi. Szpital Jana Bożego będący pod ciągłym ostrzałem został ewakuowany na ulicę Długą 7 do gmachu Ministerstwa Sprawiedliwości, gdzie utworzony został, w trybie pilnym, Centralny Powstańczy Szpital Chirurgiczny nr 1. Krótki żywot szpitala zapisał się w historii powstania licznymi dowodami poświęcenia personelu lekarskiego i całej załogi. 20 sierpnia szpital został zbombardowany. Pod jego gruzami poległa dr med. *Maria Jankowska* oraz kilku rannych. Ocalałych, jak wspomniano wyżej, przeniesiono do szpitali powstańczych na ul. Długiej oraz ul. Miodową 23 i 24.



Szpital powstańczy na Czerniakowie. Obraz Bronisławy Wilimowskiej.

Centralny Powstańczy Szpital Chirurgiczny nr 1

Utworzony został przy ulicy Długiej dla 600 rannych. Jego kadre stanowili lekarze i personel ze zbombardowanego Szpitala Jana Bożego. Ponadto pracowali tu mjr dr med. *Cyryl Jan Mackało*, mjr dr med. *Zygmunt Krupiński*, mjr dr med. *Antoni Krauze*, por. medyk *Zygmunt Kujawski*, dr med. *Niedźwiecka „Bella”* oraz lekarze *Kołaczkowski* i *Kalinowski*.

Wobec ogromnej ilości rannych utworzono dwa zespoły operatorskie, które przy kanonadzie bomb i pocisków, bez światła i wody operowali dniem i nocą. Szpital przyjmował żołnierzy wszystkich oddziałów powstańczych (AK, AL, PAL, KB). Służbą pielęgniarską i sanitarną kierowała siostra przełożona *Halina Wiśniewska*. Ta wspaniała pielęgniarka, z wykształcenia nauczycielka, w niedługim czasie stała się przełożoną sanitarną całej Starówki. W obliczu narastającej liczby rannych płk *Tarnawski* zmuszony był do organizowania szpitali polowych na ulicy Długiej, Podwale, Kilińskiego i Freta. Całą sieć

małych szpitalików organizowano w ocalałych domach, piwnicach, suterenach. U boku *Haliny Wiśniewskiej* stały ofiarnie oddane bez reszty pielęgniarki: *Wanda Wadowska*, *Irena Pieško*, *Maria Kurowska*, *Wanda Ogińska*, *Maria* i *Wanda Moszczyńskie*, *Krystyna Janowska*, *Stanisława Matusiewicz*, *Jadwiga Paszkowska* i inne. Dzięki ofiarności i odwadze uratowały wiele istnień ludzkich. Umiały również perswazją odwieść najeźdźców od mordów i znęcania się nad rannymi i personelem.

Wszyscy ranni i chorzy Starego Miasta przebywali w warunkach niekończącej się kanonady bomb i pocisków. Nad rannymi bez przerwy czuwali lekarze, pielęgniarki, siostry zakonne i harcerki. Dominowały ciężkie rany, złamania, rozległe poparzenia po bombach lotniczych oraz ciężkie powikłania. W tych warunkach rosła śmiertelność. Coraz mocniej odczuwano brak chirurgów i wykwalifikowanych pielęgniarek. Działając grupa chirurgów operatorów nosła pomoc dniem i nocą około 6 tysiącom rannych. Nie mieli czasu na odpoczynek, sen, posiłki. Narzędzi chirurgicznych mieli pod

dostatkiem, aż do momentu spalania składów przy ulicy Bielańskiej i Miodowej. Pozostałe zaopatrzenie niosły na swych barkach bohaterkie łączniczki kanałami ze Śródmieścia.

Niedziela 13 sierpnia o godz. 17 był najtragiczniejszym momentem walki na Starym Mieście. Nastąpił wybuch zdobytego czołgu niemieckiego wypełnionego po brzegi trotylem. Wybuch ten, który nastąpił u zbiegu ulic Podwale i Kilińskiego spowodował niebywałą masakrę. Zginęło wówczas 100 żołnierzy (90 harcerzy), ponad 300 cywili, a ponad 500 osób było rannych. Dla ich uratowania zajęto wszystkie piwnice. Z uwagi na brak lekarzy opiekę nad nimi przejmowali studenci medycyny, siostry zakonne i sanitariuszki. Brakowało leków, surowicy przeciwżółtej, środków znieczulających a nawet materiałów opatrunkowych. Wszystko, co było konieczne potrzebne musiały przynieść łączniczki ze Śródmieścia. „Królową kanałów” była bohaterka „Zyta”, która w ciągu dnia dwukrotnie pokonywała trasę do Śródmieścia. Niestety i ona również poniosła śmierć w kanałach.

Opisując golgotę powstańczej służby zdrowia na Starym Mieście nie sposób nie wspomnieć o kilku innych bohaterskich załogach szpitalnych:

● **SZPITAL POWSTAŃCZY** przy kościele Św. Jacka na ulicy Freta 10, gdzie leczono ponad 200 rannych. Opiekę nad nimi sprawowali dr med. *Franciszek Szumigaj* – komendant tej placówki, mjr dr *Cyryl Gubarewski*, dr med. *Kazimierz Sroczyński* i dr med. *Leon Uszkiewicz*. Pod gruzami kościoła poległo wielu rannych i chorych powstańców oraz ludności cywilnej.

● **SZPITAL POWSTAŃCZY** przy ul. Podwale 25 utworzony w restauracji „Pod Krzywą Latarenią”. Opiekę nad rannymi sprawowali tu chirurdzy „Kedywu” ppor. lek. *Jerzy Kaczyński*, medyk *Włodzimierz Nakwaski* „Wodołaz” i medyk *Jan Lipiński* „Kalina”.

● **SZPITAL POWSTAŃCZY** przy ul. Długiej 13/15. Zabezpieczał medycznie Zgrupowanie „Gozdawy”. Leczono tu około 200 rannych. Komendantem szpitala był dr med. *Stanisław Wojtecki* „Piotr”. Szpital został zbombardowany 20 sierpnia grzebiąc w swoich ruinach 150 rannych i 60 osób personelu. Wśród zaspanych byli również ranni z batalionu „Czarniecki”. Poległo wiele pielęgniarek i sanitariuszek z batalionu „Gustaw” oraz batalionu „Bończa”. Wśród poległych znalazł się dr *Wojtecki*, medyczka *Ewa Kotarska* „Ewa”, sanitariuszki *Danuta Zwolińska*, *Halina Namokiel-Krzyż-*



W szpitalu polowym przy ul. Moniuszki (fot. Eugeniusz Lokajski).

nowska „Jaga”, *Maria Kozak* „Kazia”, *Lidia Puchalska* „Lidia”, *Ewa Cichońska*, *Zofia Sroczyńska* „Zojda” i inne. Ocalał dr *Roman*, który z kilkoma osobami dalej niósł pomoc w szpitalu powstańczym zorganizowanym w kościele przy ul. Miodowej.

● **PUNKT OPATRUNKOWY** przy ul. Furmańskiej 12. Kierowany przez dr. *Franciszka Bohdanowicza* – stomatologa, który okazał się doskonałym chirurgiem. Po kilku dniach powstania punkt ten przemienił się w szpital powstańczy z 80 rannymi i chorymi. Komendantowi dzielnie sekundował zespół ofiarnych sanitariuszek a wśród nich *Aleksandra* i *Janina Baltaziuk*, *Jadwiga Kędzierska*, *Zofia Bor*, *Maria Bukowska*, *Grażyna Pagowska*, *Maria Regulska*, *Michalina Siemińska* oraz piel. *Małgorzata Wilkońska*.

9 sierpnia Niemcy podpalili budynki szpitala. Sanitariuszki wyniosły rannych na Krakowskie Przedmieście do Sióstr Szarytek, które nie chciały przyjąć rannych. Dopiero zdecydowana postawa sanitariuszki *Haliny Tomasik* zmieniła ich decyzję. Wyciągając rannych z morza płomieni trwały przy nich nawet w obliczu gwałtów ze strony żołdaków RONA. Zagrożone zażądały od Niemcy ochrony i otrzymały ją. 2 września, gdy padła Starówka ranni powstańcy zostali prze-



Szpital polowy przy ul. Moniuszki 11.

Powstanie Wraszawskie '44

transportowani do Milanówka. Wielu z nich zginęło od kul i płomieni.

● **SZPITAL POWSTAŃCZY NR 2 CHIRURGICZNY** przy ul. Miodowej 23. Leczone tu około 300 rannych. Komendantem szpitala była dr med. *Zofia Maternowska* „Przemysława”. Pomagała jej dr med. *Magdalena Słomczyńska* „Magdalena”. Sanitariuszką w tym szpitalu była córka pisarza, *Monika Żeromska*.

Obecność rannych żołnierzy niemieckich uratowała ten szpital od masakry.

● **SZPITAL POWSTAŃCZY** przy ul. Świętojerskiej 12. Dominowali tu ranni żołnierze ze Zgrupowania „Roga”. Komendantem szpitala był świetny chirurg dr med. *Adam Krakowski*. Cały personel tej placówki wykazał ogromną ofiarność i poświęcenie. We wniosku odznaczeniowym na Krzyż Walecznych dla dr. *Krakowskiego* mjr *Róg* pisał:

„Dzięki jego odwadze i męstwu zdołano opanować wyjątkową sytuację, przez co uratować 50 rannych”.

2 września po 32 dniach bohaterskiej walki obrońcy Starego Miasta pozbawieni amunicji, żywności, lekarstw postanowili przebić się do Śródmieścia. Kiedy nie powiodło się przebijanie dowódca Grupy „Północ” rozkazał wyprowadzenie oddziałów powstańczych kanałami.

Rozkazał zabrać ze sobą lekko rannych a ciężko rannych zostawić pod opieką lekarzy cywilnych.

Z ciężko rannymi powstańcami pozostali m.in. dr *Zofia Maternowska* „Przemysława”, szef łączności dowódca Kedywu Komendy Głównej AK, dr *Helena Słomczyńska* „Magdalena” – komendant zgrupowania szpitali staromiejskich, dr *Zbigniew Wojciechowski*, dr *Edward Kowalski*, dr *Janeczko*, piel. *Teodozja Kamińska*, piel. *Irena Pieško*, siostra zakonna – *Anna*, grupa harcererek sanitariuszek „Marysia”, „Janina”, „Ewa”, „Danuta”, grupa sanitariuszek „Maltanek” i inne. Z rannymi pozostał także ofiarny kapelan ks. *Rostworowski*.

Do opuszczonej przez obrońców Starówki wkroczyły oddziały SS oraz oddziały rosyjskojęzycznych faszystów RONA. W ich ręce dostało się około 35 tysięcy ludności cywilnej i ponad 7 tysięcy ciężko rannych. Rozwścieczeni faszysti dopuścili się morderstw, gwałtów i grabieży. Część rannych spalili żywcem w szpitalach urządzonych w piwnicach przy ul. Freta 10, Długiej 7, w kościele Św. Jacka, przy ul. Kilińskiego 1/3, Miodowej 24, Podwale 25 „Pod Krzywą Latarnią”, Podwale 46 „Czarny Łabędź”. Razem z rannymi ginął w płomieniach personel sanitarny.

Wiele osób rozstrzelano na Wąskim Dunaju m.in. starców, chorych, niedołączonych niezdolnych do transportu. Tak zakończyła się heroiczna obrona Starówki.¹

● **SZPITAL PCK** przy ul. Smolnej. Działał od pierwszych dni powstania. Wśród lekarzy wielką ofiarnością zapisali się dr med. *Henryk Cetkowski*, dr *Zdzisław Zajączkowski*, dr *Zygmunt Młynarski*, dr *Wojciech Staszewski*, dr *Stefan Królikowski* i dr *Jerzy Morawiecki*. Działał tu również ofiarny zespół pielęgniarek z Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej pod kierownictwem przełożonej Poznańskiej i pielęgniarki Bożeny Chadaj. 3 sierpnia Niemcy zajęli szpital i zamierzali dokonać egzekucji rannych i personelu. W obronie załogi stanął dr *Cetkowski*, który rozwścieczonym Niemcom pokazał swój Krzyż Żelazny z I wojny światowej mówiąc: „Wstydzę się tego krzyża jeżeli niemiecki oficer nie przestrzeże praw wojennych”. Hitlerowski oficer odwołał rozkaz egzekucji.

● **SZPITAL DZIECIĘCY** przy ul. Śliskiej 51. W czasie powstania szpital ten stał się placówką wojskową leczącą rannych Zgrupowania „Chrobry II”. Przez ten szpital przeszło dwa tysiące rannych. Opiekę nad nimi sprawowali prof. dr *Jan Kossakowski*, dr *Józef Dryjski*, dr *Kornel Zaborski* oraz dr *Walencki*. Komendantem placówki był lekarz pediatra dr *Rajmund Barański* a pielęgniarką naczelną *Irena Modrzejewska*. Prowadził tu wzorowy porządek i dyscyplinę. Komendant żądał od wszystkich najwyższego wysiłku. Sam dając przykład innym nosił wodę dla potrzeb szpitala z odległości 400 m. Inni lekarze też pracowali fizycznie, np. dr *Dobrosława Basińska* prała bieliznę a dr *Irena Konabusowa* myła okna i drzwi.

W szpitalu tym leczono również chore dzieci i niemowlęta. W czasie swej powstańczej działalności szpital był systematycznie ostrzeliwany i bombardowany. Wówczas rannych przenoszono do piwnic oraz na ulicę Śliską 62, twardą 40 oraz Chmielną 34. Szpital wytrwał do kapitulacji.



Szpital polowy przy ul. Konopczyńskiego 3.



Dr med. Józef Kubiak operuje w szpitalu polowym przy ul. Dobrej.

● **SZPITAL POWSTAŃCZY** przy ul. Wspólnej 27. Zorganizowany został przez *Krystynę Schild-Stopnicką* „Katarzyna” przy pomocy miejscowej ludności. Komendantem szpitala był dr *Jerzy Szulc*, naczelnym chirurgiem płk dr *Tadeusz Bętkowski*. Pracowali tu również chirurg kpt. dr *Hedda* z Gorzowa, okulista dr *Janusz Januszewski*, laryngolog doc. dr *Stanisław Kmita*, internista prof. dr *Józef Grott* i ginekolog dr *Władysław Duchniewski*.

Szpital był jednostką organizacyjną Wojsk Korpusu Bezpieczeństwa zorganizowaną dla 150 rannych. Pielęgniarką naczelną była *Irena Pniewska* ze Szpitala Ujazdowskiego oraz piel. operacyjną *Jolanna Sitek*. Atak artylerii i bombardowania zmuszały personel do przeniesienia chorych i rannych do piwnic.

8 września 1944 r. Dziennik Radiowy AK relacjonował:

„...Gdy walczą ze sobą dwie rycerskie armie, wówczas służba sanitarna ma prawo wyjątku od zasad obowiązujących oddziały wojskowe. Nie potrzebują się maskować. Na szpitalach jej środkach transportowych widnieją znaki Czerwonego Krzyża.

Do najcięższych głosów oskarżeń wymierzonych przeciwko Niemcom są te, że atakują budynki szpitalne w każdej dzielnicy Warszawy, oraz że strzelają do sanitariuszek które wychodzą po rannych na

przedpole. W ten sposób z pola walki wyniesionych zostało przez polskie dziewczęta wielu żołnierzy niemieckich.

„...Otacza mnie półmrok, gdy wchodzę na szpitalne korytarze. Wkrótce rozróżniam pielęgniarki. Te „sale” to kilka gęsto zastawionych łózkami piwnic. Lekarze w nadzwyczaj prymitywnych warunkach dokonują bardzo udanych operacji. Rannych spośród ludności cywilnej traktuje się na równi z żołnierzami.

Dalszych informacji udzielają nam sale szpitalne. Nastrój pogodny i pełen otuchy robi najsilniejsze wrażenie. Stwierdzam to z niemalą satysfakcją, że nasze piwniczne podziemne pokoje z rannymi stano-

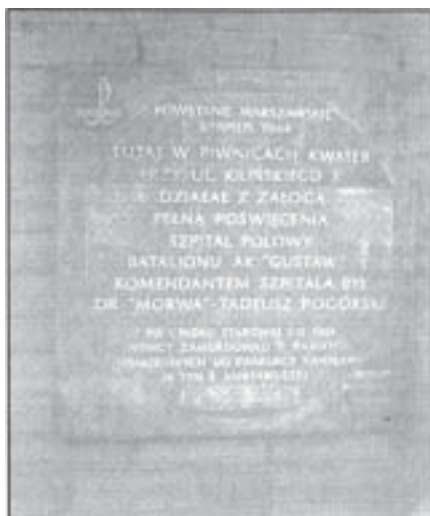
wią wprost oazy w porównaniu z nastrójem innych miejsc piwnicznych”.

● **SZPITAL POWSTAŃCZY** przy ul. Wilczej 61. Zorganizowany został w dniu 1 sierpnia w pomieszczeniach biurowych przez inżyniera *Władysława Boya* przy wsparciu jego rodziny i miejscowej ludności. Posiadał 100 łóżek lecz zdołał nieść pomoc dla ponad 400 rannych oraz zaopatrzyć 1270 lżej rannych. Komendantem placówki i naczelnym chirurgiem był por. dr med. *Stanisław Bayer „Leliva”*. Jako lekarz wojskowy od początku zaangażowany był w działalność konspiracyjną rozwijaną na terenie Szpitala Ujazdowskiego. Obok niego ofiarą pomoc rannym niósł dr *Kazimierz Kessel „Kazik”* – chirurg ortopeda, medyk *Janusz Górski „Januszek”*, przełożona pielęgniarek *Kazimiera Nowak* ze Szpitala Ujazdowskiego oraz piel. *Jadwiga Kondracka*.²

● **SZPITAL UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ** przy ul. Czerniakowskiej. Był główną bazą szpitalną walczącego Czerniakowa. Zespołem lekarskim kierował dr *Zdzisław Górecki*. W jego skład wchodził m.in. dr *Wanda Kozakiewicz-Grochowska*, dr *Mieczysław Dziewanowski*, dr *Tatiana Dziewanowska*, dr *Stanisław Trawiński*, dr *Zofia Pęska*. Wszyscy oni zginęli 15 września wraz z 60 pacjentami, gdy budynek szpitalny zamieniony został w powstańczą redutę.



Szpital powstańczy w gmachu PKO przy ul. Świętokrzyskiej.



W hołdzie powstańczym szpitalom Starego Miasta.

Wówczas to pielęgniarki i sanitariuszki dały liczne dowody bezprzykładnego męstwa wynosząc ciężko rannych do piwnic i innych szpitali. Pod nieustannym ogniem karabinów maszynowych i pękających granatów transportowały rannych, m.in. do klasztoru Św. Kazimierza na Powiślu. Łącznie udało się uratować 120 rannych.

Dzieła tego dokonały bardzo młode kobiety i dziewczęta, niepomne swego młodego wieku oddawały życie – zbyt często – usiłując ratować innych.

● **SZPITAL ELŻBIETANEK** przy ul. Goszczyńskiego. Stanowił główną bazę sanitarną powstańczego Mokotowa. Kierował nim do śmierci płk prof. *Edward Loth* – szef sanitarny tego okręgu.

Opiekę nad ponad 500 rannymi sprawowali m.in. dr *Kajetan Pietraszkiewicz*, dr *Maria Łążyńska*, dr *Jan Raczyński*, dr *Jan Wyszogrodzki*, dr *Romualda Komornicka*, dr *Piotr Słonimski*.

5 sierpnia niemieckie pociski artyleryjskie uderzyły w szpital. Personel szpitalny ewakuował chorych do piwnic i na niższe piętra. W obliczu ciągłego napływu rannych tworzone nowe pawilony. Rannych układano na siennikach, gołych podłogach, w korytarzach. W trakcie ewakuacji rannych zginęła dr *Maria Łążyńska*

oraz pielęgniarka *Wanda Zaborska „Zosia”*. Na sali operacyjnej zginął od odłamka dr *Piotr Słonimski* a jego asystentka, studentka medycyny, *Danuta Stefaniak* została ciężko ranna.

● **SZPITAL SIÓSTR ZMARTWYCHWSTANEK** przy ul. Krasieńskiego na Żoliborzu. Został zorganizowany 1 sierpnia przez siostry zakonne i miejscową ludność. Komendantem szpitala został internista dr *Zbigniew Papiecki „Strumień”* a naczelnym chirurgiem dr *Feliks Kanabus „Katgut”* oraz dr *Karol Węglewicz* – naczelnny lekarz Kedywu na Żoliborzu. W skład zespołu lekarskiego weszli dr *Ryszard Drescher*, dr rentgenolog *Tadeusz Bielecki*, ppor. lek. *Jerzy Kaczyński* z Kedywu z grupy „Andrzej”, dr chirurg *Stefan Łydkowski*, dr *Wanda Górską*, dr *Marian Ziarski*. Prawą ręką komendanta była dr med. *Amanta Pruska* – siostra Zmartwychwstanek Klasztoru na Żoliborzu. Pracowali tu również lekarze Żydzi: *David Thursz-Tuszyński* i *Henryk Rotmil-Chmielewski* oraz liczna grupa studentów medycyny a wśród nich *Halina Zakrzewska*, *Krystyna Krus*, *Krystyna Wroczyńska*, *Janusz Szajewski* i wielu innych.

Od 3 sierpnia szpital znalazł się pod ostrzałem wroga. rannych powstańców dostarczano podkopem wykonanym przez ludność. Wśród rannych pacjentów byli również żołnierze niemieccy.

W krótkim czasie 200 łóżek wypełniło się rannymi. Kiedy szpital znalazł się na linii frontu zarządzo jego ewakuację na ul. Krasieńskiego i Plac Wilsona. 21 i 24 sierpnia szpital został wypełniony po nieudanym ataku na Dworzec Gdański. Liczba rannych doszła do 400 osób. 31 sierpnia pod jego gruzami zginęło na posterunku od bomby lotniczej 6 sióstr zakonnych.

● **SZPITAL** przy ul. Kowelskiej na Pradze. Zorganizowano go w budynku szkoły. Z uwagi, że Praga była w rękach niemieckich został zgłoszony i zarejestrowany jako oddział za-

każny. Posiadał 150 łóżek. Dyrektorem szpitala został dr *Mieczysław Pyrzakowski*. Dzięki ścisłej konspiracji leczono tu wielu rannych żołnierzy AK. Największy oddział posiadała chirurgia. Operowali dr *Pyrzakowski*, dr *J. Kościeński* i dr *K. Górski*. Oddziałem wewnętrznym kierował dr *Stanisław Rybiński* a ginekologicznym dr *Karol Rosławski*. W szpitalu pracowała ofiarnie liczna grupa studentów medycyny oraz sanitariat harcerski.

15 września NKWD aresztowało dwóch lekarzy tego szpitala, żołnierzy AK, dr. *J. Kościeńskiego* i dr. *K. Górskiego*. Obaj aresztowani zostali zesłani na Syberię.

Szpital przetrwał do 1945 r., a następnie przeniesiony został do Szpitala Przemienienia Pańskiego, gdzie dr *Pyrzakowski* został dyrektorem.

● **OBÓZ PRZEJŚCIOWY** w Pruszkowie. Zorganizowany został na terenie warsztatów kolejowych. Rozpoczął swoją działalność już 6 sierpnia 1944 r. kiedy to przypędzono tu pierwsze grupy cywilnej ludności z Woli – około 5 tysięcy starców, kobiet i dzieci wyczerpanych fizycznie i psychicznie.

Opiekę nad tą ludnością przejęła Rada Główna Opiekuńcza (RGO). Podjęto wówczas wysiłek organizowania pierwszych posiłków (kawa zbożowa i chleb z marmoladą) oraz pierwszej pomocy sanitarnej przeciwko bieguncce i dyzenterii. Spośród ludności zamkniętej w obozie zaczęto wyszukiwać lekarzy, felczerów, pielęgniarki, sanitariuszy przydzielając im określone zadania. W niedługim czasie sanitariat obozu przejściowego w Pruszkowie liczył ponad 1000 osób z czego 102 lekarzy i 122 pielęgniarki pracowały z ramienia RGO. Na początku września w obozie znalazło się 43 tysiące ludzi. Pomimo wysiłków RGO panował tu głód, brak było lekarstw oraz elementarnych środków sanitarnych.

25 września Radiostacja Powstańcza wezwała Międzynarodowy Czerwony Krzyż do udzielenia pomocy ludności w Pruszkowie. W odpowiedzi powstały liczne komitety i in-

stytucje czerwono krzyskie m.in. w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Szwajcarii i Szwecji. Dzięki nim 13 września przybyły do Pruszkowa pierwsze partie żywności oraz lekarstw. Pomimo ciężkich warunków bytowania personel sanitarny RGO wypełniał z honorem postawione przed nim zadania. We wdzięcznej pamięci ludzi pozostały nazwiska ofiarnych lekarzy, którzy jakże często dawali z siebie więcej aniżeli mogli. Byli wśród nich lekarze: *Bielecka, Cikowska, Fałęcki, Grzegorzczkova, Rudzki, Rutkowski, Wolfram Żaczyński* i wielu innych.

● **SZPITALY POWSTAŃCZE** w Milanówku i okolicy. W okresie powstania warszawskiego w Milanówku zorganizowano liczne szpitale dla powstańców i ludności cywilnej. Organizowano je w prywatnych willach i szkołach m.in.

- w willi „Peretka” szpital dla 100 osób kierowany przez *Jadwigę Kielbasińską*,
- w Szkole przy ulicy Czubińskiego Szpital Nr 2 RGO kierowany przez dr. Tadeusza Ziemińskiego składający się z oddziału wewnętrznego, chirurgii, kobiecego, zakaźnego i obserwacji,
- w willi „Kresy” – szpital dziecięcy pod kierunkiem dr. Hanny Tomaszewskiej,
- w gmachu Gimnazjum przy ulicy Spacerowej dla 400 pacjentów z oddziałami: chirurgia – 250 łóżek, interna, okulistyka, neurologia. Dyrektorem tej placówki *Wilhelm Czarnocki*.
- w willi „Gloria” – szpital 100-osobowy (chirurgia i interna) dyrektorem był *Wacław Skonieczny*. Podobne szpitale utworzone zostały w Podkowie Leśnej dla 220 chorych z oddziałami chirurgii, interny i gruźlicy kierowanej przez dr. *Janinę Misiewicz*.

W Brwinowie dla 100 chorych zorganizowano Klinikę prof. *Witolda Orłowskiego*. Ponadto popowstaniowe szpitale RGO zorganizowane zostały w Komorowie, Ususiu, Tworcach i Konstancinie. 19 października Niemcy zarządzili ewakuację po-

nad tysiąca rannych do Krakowa. Ewakuowano m.in. Szpital Ujazdowski do Domu Pojezuickiego przy ul. Kopernika, gdzie kierownictwo objął płk dr *Stefan Tarnawski*.

Spółeczeństwo miasta Krakowa uczyniło wiele starań, aby nieść skuteczną pomoc rannym i chorym powstańcom. Lekarze i personel sanitarny okazali swoim podopiecznym wszechstronną pomoc. Ich ofiarność i szczerą troską o każde życie dała duże efekty.³

Dla upamiętnienia heroicznych zmagających sanitariatu powstańczego po wojnie ufundowano wiele tablic pamiątkowych. Wmurowano je między innymi:

- przy ulicy Boduena 4/6, gdzie w czasie powstania mieścił się szpital polowy. 15 września 1944 r. został on zbombardowany. Pod jego gruzami zginęło 107 rannych żołnierzy i osób cywilnych. Tablicę umieszczono na ścianie budynku.
- przy ulicy Bonifraterskiej, róg ulicy Konwiktorskiej ku czci rozstrzelanych w dniu 30 sierpnia 1944 r. w ruinach Szpitala Jana Bożego około 300 osób w tym wielu chorych i rannych lekarzy i pielęgniarek ze Szpitala Bonifraterów. Tablica znajduje się na ścianie kościoła Bonifraterów.

- przy ulicy Dobrej, róg ulicy Drewnianej ku czci 22 powstańców, którzy 27 września 1944 r. straceni zostali z szpitalu powstańczego.
- przy ul. Freta 10 wewnątrz kościoła św. Jacka. Upamiętnia ona żołnierzy WP poległych w obronie stolicy we wrześniu 1939 r. W czasie powstania warszawskiego w sierpniu 1944 r. był tu duży szpital polowy dla 2 tysięcy rannych żołnierzy i osób cywilnych. Zginęli oni niemal wszyscy w czasie hitlerowskiego nalotu.
- przy ulicy Kilińskiego 1 w miejscu wybuchu czołgu-miny pozostawionego przez Niemców, wypełnionego trotylem i z umieszczoną w nim bombą zegarową. Od wybuchu zginęło setki żołnierzy ugrupowania „Gustaw”, w tym wielu harcerzy i ludność cywilna.
- w obecnym budynku Akademii Medycznej upamiętniająca tajne nauczanie w latach 1941-44. W tajnym nauczaniu brało udział około 300 nauczycieli akademickich oraz ponad 2 tysiące młodzieży akademickiej, w tym wielu medyków. Wszyscy oni wzięli chwalebny udział w powstaniu warszawskim.
- przy ulicy Solec 41, gdzie 18 września 1944 r. Niemcy roz-



W hołdzie szpitalowi w kościele św. Jana.

Powstanie Wraszawskie '44

- strzelali 60 rannych i chorych powstańców.
- przy ulicy Chełmskiej 19/21. Tu 25 i 26 sierpnia 1944 r. zbombardowany został przez Niemców Szpital powstańczy. W wyniku tego ataku zginęło 300 rannych powstańców i personel szpitala.
- przy ulicy Leszno 30 ku czci ofiar chorych i rannych oraz personelu ze Szpitala Karola i Marii. Z rąk gestapowców 6 sierpnia 1944 r. zginęło około 100 osób. Tablica istnieje na resztkach pawilonu szpitalnego.
- przy ulicy Płockiej 26 – w hołdzie pomordowanym lekarzom i personelowi szpitala walczącym z okupantem w latach 1939-1945. Na tablicy widnieje kilkadziesiąt nazwisk poległych lekarzy.
- przy ulicy Wolskiej 37. W dniach od 8 sierpnia do końca września 1944 r. hitlerowcy dokonali na terenie Miejskiego Szpitala Zakaznego licznych morderstw na rannych powstańcach i ludności cywilnej.
- przy ulicy Wolskiej – kościół św. Wojciecha. W kościele tym hitlerowcy urządzili obóz przejściowy dla ewakuowanej ludności. Na tej ludności, chorych i rannych dokonywano masowych egzekucji. Ponadto miejsca kaźni upamiętniają:
- przy ulicy Dzielnej, róg ulicy Jana Pawła II – Mauzoleum Walki

- i Męczeństwa – Pawiak. Pawiak był hitlerowską kaźnią 100 tysięcy Polaków. Około 37 tysięcy spośród nich zginęło w egzekucjach, ponad 60 tysięcy wywiezionych zostało do obozów koncentracyjnych. Przez piekło Pawiaka przeszło ponad 120 lekarzy i medyków. Wielu z nich zamęczonych tu zostało na śmierć.
- kamień przy ulicy Goszczyńskiej, róg ulicy Tynieckiej. W dniach 27-29 sierpnia 1944 r. Niemcy zniszczyli ogniem artyleryjskim i bombami lotniczymi Szpital Sióstr Elżbietanek. Pod gruzami szpitala zginęło około 200 rannych i osób cywilnych oraz liczny personel.
- monolit przy ulicy Idzikowskiego 4, gdzie 18 września 1944 r. hitlerowcy rozstrzelali ponad 40 rannych żołnierzy powstania.
- monolit przy ulicy Wolskiej 2/4. Jest to miejsce masowej kaźni ludności Woli oraz chorych i personelu lekarskiego Szpitala Wolskiego. Zginęło tu ponad 5 tysięcy osób.
- Cmentarz Komunalny (dawny wojskowy) przy ulicy Powązkowskiej 45. W zbiorowych i pojedynczych mogiłach spoczywają tu zwłoki i szczątki ekshumowane z terenu Warszawy, członków organizacji podziemnych, kwatery zgrupowań i oddziałów AK. Są tu również prochy żołnierzy poległych i zmarłych

z wielu warszawskich szpitali, m.in. Ujazdowskiego, Maltańskiego, Jana Bożego, Starówki i innych.

Po 64 dniach nieubłaganej walki o Warszawę, o honor i godność żołnierza polskiego powstanie warszawskie upadło. 3 października 1944 r. komendant Warszawskiego Okręgu AK. gen. bryg. Monter wydał swój ostatni rozkaz, w którym czytamy:

„Po wypełnieniu naszego żołnierskiego zadania do końca, pokonani nie przez nieprzyjaciela, lecz przez niedostatek i głód musimy przerwać walkę. Złożenie broni jest dla bitnego żołnierza najcięższą chwilą w życiu.

Pamiętajmy zawsze, że karność obowiązuje do końca. I tu właśnie karność będzie dla potomnych świadectwem, że Powstanie 1944 r. miało najdzielniejszego żołnierza, jakiego wieki wydały w szeregach Wojska Polskiego.

Będziecie posłuszni rozkazom i niech nie będzie ani jednego, przeciwnego odruchu. Tak być musi – a w wykonanie rozkazów wólcie najtwardsza i najlepszą wolę, by to co bardzo trudne, końcowe zadanie rozwiązać, równie dobrze, jak wszystkie dotychczasowe. Szeregów nie wolno opuszczać!

Dziękuję Wam Żołnierze, za wspaniałe męstwo, wykazane w tych 64 dniach bezprzykładnej walki, ofiary i chwały.”

Witold LISOWSKI

Zdjęcia pochodzą z książki W. Lisowskiego „Polska służba zdrowia w powstaniach narodowych 1794-1944. Tom 2”.



Tradycje powstańczej służby zdrowia kontynuuje Koło Historii przy Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie.

¹ Wydarzenia powyższe zrelacjonował płk dr med. Stefan Tarnawski, Szef Sanitariatu Grupy „Północ”. Maszynopis złożony w Instytucie Historycznym PAN w sierpniu 1972 r.

² Dr Stanisław Bayer pozostawił nam po sobie niezatarty ślad, opisując bohaterские dzieje powstańczej służby zdrowia. Jego książki i publikacje stały się również podstawą do opracowania niniejszego rozdziału.

³ Wiśniewska M. i Sikorska M. Szpitale Powstańczej Warszawy. Warszawa 1991r.

Stan obecny, propozycje naprawy i rozwoju stomatologii wojskowej

Referat ten wygłoszony był na Konferencji Zachód-Wschód, zorganizowanej przez Akademię Medyczną w Warszawie w dniach 18-20 maja 2006 r. przy udziale licznych, prominentnych przedstawicieli wielu ośrodków naukowych Niemiec i Polski.

W ramach tej Konferencji, sesji poświęconej medycynie wojskowej przewodniczyli prof. dr hab. J. Trykowski oraz Oberstarzt Dr med. dent. G. Schindler. Autor niżej zamieszczonego wystąpienia, płk w st. spocz. dr B. Barut, przez wiele lat zajmował kierownicze stanowiska w stomatologii wojskowej. Aktualnie jest wiceprzewodniczącym WIL, pełnił też odpowiedzialne funkcje w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Temat i treść niniejszej publikacji nic nie straciły na aktualności i odzwierciedlają poglądy Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej i stomatologów wojskowych. Wprost przeciwnie – aktualnie w związku z nominacją płk. dr. med. Andrzeja Wiśniewskiego na stanowisko Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia odżyły nadzieje, iż lecznictwo stomatologiczne oraz lekarze dentyści w mundurach i ich cywilne koleżanki i koledzy zatrudnieni w placówkach wojskowych odnajdą swe miejsce w strukturach wojskowej opieki medycznej z korzyścią nie tylko dla nich samych, ale w pierwszej kolejności dla ich podopiecznych i sił zbrojnych.

(red.)

Cel opracowania:

- retrospektywne spojrzenie na sytuację stomatologii i lecznictwa stomatologicznego w wojsku;
- rozważenie propozycji możliwych i koniecznych aktualnie działań jakie w tym względzie należałoby podjąć;
- wykazanie warunków jakie musiałyby być spełnione.

Uwaga: Poglądy zawarte w opracowaniu nie wynikają z programu działania Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia WP, lecz są owocem własnych doświadczeń i przemyśleń wielokrotnie dyskutowanych i uzgadnianych z reprezentantami środowiska wojskowych stomatologów. Znajdują one umocowanie w opiniach i uchwałach samorządu lekarskiego.

Aktualny stan organizacyjny stomatologii w wojsku oraz poziom opieki stomatologicznej jest wysoce niezadowolający, a może nawet krytyczny.

Przyczyny ogólne:

- zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce;
- włączenie do systemu ubezpieczeniowego opieki zdrowotnej nad żołnierzami na ogólnie przyjętych zasadach, nieprzystających do warunków i potrzeb służby wojskowej;
- niedofinansowanie ochrony zdrowia, w tym również żołnierzy;
- wysokie niedoszacowanie kosztów świadczeń stomatologicznych pokrywanych ze środków publicznych przez NFZ oraz jego monopol na finansowanie tych świadczeń.

Przyczyny wewnętrzne:

- poważne błędy organizacyjne w kształtowaniu struktur i powiązań organizacyjnych wojskowej służby zdrowia;
- błędy w polityce kadrowej prowadzonej przez Departament Kadr MON;
- dopuszczenie do likwidacji WAM i Instytutu Stomatologii;

- brak w strukturach zarządzających wydzielonego pionu stomatologicznego (w WP nikt za stomatologię nie odpowiada);
- niedostateczny nadzór służbowy i brak nadzoru społecznego nad funkcjonowaniem tak zwanych „wojskowych” SP ZOZ-ów;
- całkowite ignorowanie opinii i licznych uwag środowiska zawodowego oraz samorządu lekarskiego.

Co utracono?

- stomatologiczną centralną placówkę (Instytut Stomatologii) mającą ugruntowaną pozycję i renomę w stomatologii polskiej, która to prowadziła użyteczne dla wojska prace naukowe oraz kształcenie specjalizacyjne i doskonalące dentystów wojskowych;
- upadają wiodące w wojsku przychodnie stomatologiczne;
- większość doświadczonych, solidnych specjalistów w różnych dziedzinach stomatologii;
- zezwolono na dewastację i dekapitalizację sprzętu stomatologicznego;
- zdecydowanie obniżył się zakres i poziom świadczeń stomatologicznych dla żołnierzy;
- akredytację wojskowych placówek stomatologicznych do szkolenia oraz możliwości szkolenia specjalizacyjnego;
- zatrudnieni w wojsku lekarze dentyści utracili perspektywy rozwoju i awansu zawodowego.

Drogi naprawy i warunki dodatkowe

Wieloletnie już doświadczenia potwierdzają, iż powszechny system ubezpieczenia zdrowotnego, którym objęci są żołnierze, nie odpowiada

Z życia stomatologów

potrzebom wojska. Dotyczy to również opieki stomatologicznej.

Jeśli Minister Obrony Narodowej, Sztab Generalny WP i dowódcy wojskowi różnych szczebli chcą mieć żołnierzy w możliwie jak najwyższym stopniu gotowości bojowej, zdolnych do realizacji określonych zadań, to muszą mieć wpływ na stan zdrowia żołnierzy. Będzie to możliwe o ile świadczenia medyczne dla żołnierzy będą odpowiednie do potrzeb, zarówno co do ich zakresu jak i jakości udzielanej pomocy medycznej. Wymaga to oczywiście ponadprzeciętnego zaopatrywania medycznego żołnierzy, przekraczającego nieraz zakres świadczeń wynikających z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Możliwe jest to do osiągnięcia jedynie wtedy, gdy gestorem środków finansowych na ochronę zdrowia bezpośrednio z budżetu państwa będzie Minister ON, dysponujący równocześnie rozwinętą w stosunku do potrzeb resortową służbą zdrowia.

Zaistnieją wówczas realne warunki – między innymi w leczeniu stomatologicznym – do realizacji przez nasze wojsko w ramach zobowiązań sojuszniczych NATO STANAG-ów 2465 i 2466.

Należy zachować przy tym możliwość świadczenia pomocy medycznej przez wojskowe placówki lecznicze nie tylko żołnierzom i weteranom ale i innym grupom ludności, na zasadzie kontraktowania świadczeń przez ubezpieczycieli w ramach „wolnych mocy” leczniczych. Wynika to także z potrzeb szkolenia specjalistycznego.

Szczególnego znaczenia nabiera opieka stomatologiczna, bowiem zakres świadczeń gwarantowanych i refundowanych przez ubezpieczyciela jest niezwykle skromny, ograniczony do zabiegów podstawowych. Z roku na rok „koszyk świadczeń” ulega zawężaniu. Większość świadczeń stomatologicznych jest odpłatna.

Dzisiaj nie jest możliwe, aby żołnierze służby zasadniczej sami finansowali sobie świadczenia denty-

styczne z wypłacanego żołdu, a i żołnierze zawodowi niektórych specjalności wojskowych z racji wysokich rygorów zdrowotnych wynikających ze specyfiki służby mogą mieć kłopoty ze sfinansowaniem kosztownego, niezbędnego leczenia. Należy domniemywać, iż aktualnie standardy odnoszące się do stanu uzębienia personelu wojskowego określanego STANAG-iem 2466, realizowane są jedynie w niewielkim odsetku.

Upadek medycyny i higieny szkolnej, w tym likwidacja gabinetów dentystycznych w szkołach, niedostatek środków finansowych państwa na opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą owocuje m. in. złym stanem uzębienia i higieny jamy ustnej u kandydatów do służby wojskowej. Taka sytuacja ma oczywiście wysoce negatywny wpływ na późniejszy przebieg i efektywność służby wojskowej żołnierzy.

Co należy zrobić?

- dostosować przepisy i regulacje prawne do potrzeb ochrony zdrowia żołnierzy;
- utworzyć w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia stanowisko koordynatora wojskowego leczenia stomatologicznego, jako organu opiniodawczego i doradczego Szefa Inspektoratu i komórek podległych;
- określić stan etatowy kadr dentystycznych w stosunku do liczebności armii oraz zadań realizowanych zwłaszcza przez wojska operacyjne, z uwzględnieniem misji realizowanych poza granicami kraju;
- uporządkować i opracować szczegółowe wymogi dotyczące zdrowia stomatologicznego dla żołnierzy w różnych rodzajach wojsk i adekwatnego do tego zakresu udzielanej pomocy leczniczej;
- określić źródła naboru lekarzy dentyków do służby wojskowej;
- określić standardy postępowania stomatologicznego oraz rodzaje niezbędnych materiałów

i środków dentystycznych w placówkach wojskowych;

- zagwarantować oficerom lekarzom dentystom uposażenie w wysokości co najmniej dorównującej dobrem zarobkom w cywilnej służbie zdrowia oraz stworzyć możliwości prawne do osiągnięcia dodatkowych dochodów;
- poprzez wielopłaszczyznowe działania reaktywować własny system kształcenia specjalizacyjnego i doskonalącego;
- znowelizować przepisy o przydatności kandydatów do do służby wojskowej, z punktu widzenia stanu zdrowia szczęk, zębów i jamy ustnej, jak również dotyczące orzekania o doznanych uszczerbkach na zdrowiu w związku ze służbą wojskową.

Zadania i priorytety stomatologii wojskowej:

1. Leczenie w przypadkach nagłych i bólu.
2. Przeglądy i badania stomatologiczne dla celów leczniczych, profilaktycznych i orzecznictwowych.
3. Leczenie chirurgiczne.
4. Postępowanie profilaktyczne.
5. Leczenie periodontologiczne.
6. Zabiegi stomatologiczne z zakresu stomatologii zachowawczej.

Wymogi dla lekarza dentyści w wojsku:

- dobra wiedza i umiejętności z zakresu stomatologii ogólnej;
- umiejętność udzielania pierwszej pomocy lekarskiej i w stanach nagłych;
- wiedza i umiejętności z zakresu chirurgii stomatologicznej, stomatologii zachowawczej i periodontologii.

Oficerowie – lekarze dentyści powinni obowiązkowo odbyć szkolenie wynikające z programu zawartego w STANAG-u 2465.

W dalszej kolejności przydatne może być przygotowanie specjalistyczne z zakresu protetyki, chirurgii szczękowej, terapii funkcjonalnej narządu żucia i ortodoncji –

głównie w przychodniach specjalistycznych.

Kto ma pracować w wojsku i na rzecz wojska?

1. Lekarze dentyści – żołnierze zawodowi.
2. Lekarze dentyści – żołnierze służby kontraktowej.
3. Lekarze dentyści zatrudnieni na etatach cywilnych.
4. Lecznice prywatne i inne w oparciu o długo i krótkoterminowe kontrakty dwustronne na kompleksową opiekę zapobiegawczo-leczniczą zawarte pomiędzy MON a tymi placówkami.

Gdzie mają pracować?

1. Żołnierze zawodowi na kierowniczych stanowiskach w przychodni centralnej i przychodniach specjalistycznych oraz w operacyjnych jednostkach mobilnych.
2. Żołnierze służby kontraktowej w przychodni centralnej, przychodniach specjalistycznych i w jednostkach operacyjnych.
3. Lekarze na etatach cywilnych jako uzupełnienie etatu w przychodniach centralnej, specjalistycznych oraz jednostkach wojskowych zaplecza i stacjonarnych.

Proponowana struktura organizacyjna stomatologii wojskowej:

1. Centralna Wojskowa Przychodnia Stomatologiczna – jako samodzielny SP ZOZ lub organizacyjnie związana z WIM, ale z pełną autonomią finansową.
2. 3-4 Regionalne Wojskowe Specjalistyczne Przychodnie Stomatologiczne (w tym lotnicza) – jako samodzielne lub filie Przychodni Centralnej.
3. Gabinety dentystyczne w jednostkach wojskowych.

W wojskach operacyjnych mobilnych z obsadą lekarską żołnierzy zawodowych lub kontraktowych – 2 etaty. W jednostkach stacjonarnych

tyłowych – gabinety 1-etatowe z lekarzem cywilnym.

4. W skali WP przynajmniej jeden Kliniczny Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, ewentualnie dwa pododdziały w terenie (Poza leczeniem specjalistycznym i specjalizacjami realizacja programu dydaktycznego STANAG-u 2465).

Główne zadania dla Centralnej Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Stomatologicznej:

- udzielanie specjalistycznej pomocy stomatologicznej;
- prowadzenie szkolenia podyplomowego, specjalizacyjnego i doskonalącego dla lekarzy zatrudnionych w wojsku;
- prowadzenie prac naukowych i obserwacji użytecznych dla wojska;
- specjalistyczny nadzór fachowy nad placówkami terenowymi;
- prowadzenie staży adaptacyjnych wprowadzających kandydatów na żołnierzy służby kontraktowej, wydawanie opinii o ich przydatności;
- wydawanie opinii i ocen przydatności sprzętu i materiałów do warunków służby wojskowej;
- w przypadkach wątpliwych badania orzecznicze oceniające przydatność do służby wojskowej oraz ekspertyzy przy roszczeniach odszkodowawczych;

- reprezentowanie interesów wojska i stomatologii wojskowej wobec agend i instytucji stomatologii cywilnej.

Podsumowanie

1. Żołnierze, a być może również weterani, powinni być zaopatrywani stomatologicznie w systemie nie ubezpieczeniowym, na ogólnych zasadach lecz budżetowym, a gestorem środków finansowych na opiekę medyczną dla żołnierzy powinien być Minister ON i jego agendy.
2. Takie rozwiązanie da możliwość dostosowania zakresu świadczeń medycznych do wymogów służby wojskowej i konkretnych potrzeb poszczególnych specjalności wojskowych.
3. Podstawą opieki stomatologicznej w wojsku powinien być własny pion stomatologii wojskowej.
4. Wzorem wiodących armii NATO organizacja lecznictwa stomatologicznego, zarządzanie, doskonalenie i szkolenie powinno być w gestii wydzielonego pionu stomatologicznego, a opinia specjalistów nie może być pomijana.
5. Wszystkie te okoliczności powinny sprzyjać realizacji przez naszą armię stomatologicznych standardów NATO, wyrażonych w STANAG-ach 2465 i 2466.

Bogdan BARUT

W dniach **28-30.09.2007 r.**
w Sobieszewie,
w Centrum Konferencyjnym Orle,
odbędzie się

IV Wojskowe Sympozjum Stomatologiczne

pod patronatem naukowym
prof. dr. hab. n. med. **Jana Trykowskiego.**

Lekarze dentyści zainteresowani wzięciem udziału w spotkaniu proszeni są o kontakt z firmą Den-Medica:

Jolanta Średnicka-Piotrowska
80-462 Gdańsk, al. Jana Pawła II 6d/1
tel. 058 5121105, 058 5121107, 601668941
mail: den-medica@den-medica.com.pl
<http://www.den-medica.com.pl>

Za udział w sympozjum każdy uczestnik otrzyma punkty edukacyjne przyznane przez Radę Lekarską WIL.

Przewodniczący
Komisji Stomatologicznej WIL

płk lek. Jerzy GREJBUS (1936-2007)

20 maja 2007 r. odszedł od nas na wieczną wartę płk w st. spocz. lek. Jerzy Grejbus, wieloletni zastępca Szefa Służby Zdrowia WP, były Szef Służby Zdrowia Warszawskiego Okręgu Wojskowego, współorganizator Wojskowej Izby Lekarskiej i aktywny działacz samorządowy.

Urodził się 25 kwietnia 1936 r. w m. Starosielce k. Białegostoku. Kilka najmłodszych lat spędził u dziadków w Wilnie, które głęboko zapadło w jego pamięć i do którego często wracał we wspomnieniach. Wcześniej, bo w wieku 9 lat stracił ojca, matka samotnie wychowywała jego i jego młodszą siostrę, co w owych czasach nie szczędziło rodzinie problemów. W rodzinnej miejscowości ukończył szkołę podstawową i liceum ogólnokształcące.

Po zdaniu matury w 1954 roku rozpoczął studia na Fakultecie Lekarskim Wojskowego Centrum Wyszczepienia Medycznego w Łodzi, przekształconego później w Wojskową Akademię Medyczną. Na pierwszy stopień oficerski mianowany został w 1956 roku.

Dyplom lekarza uzyskał w roku 1961. Staż podyplomowy odbył w Szpitalu MSW w Białymstoku, a następnie skierowany został do pełnienia służby wojskowej w jednostkach Śląskiego Okręgu Wojskowego. Najpierw w Żaganiu, jako lekarz jednostki wojskowej sprawował opiekę lekarską nad żołnierzami służby zasadniczej, kadraj i jej rodzinami, a po kilku latach – już jako szef służby zdrowia żagańskiej dywizji – rozwijał swój talent dowódczy i organizatorski. Lata służby wojskowej w żagańskim garnizonie (1962-1971), chociaż okupione żołnierskim trudem, wieloma ograniczeniami i wyrzeczeniami wspominał póź-

niej z niełatwą satysfakcją. Od 1972 r. do 1973 r. nowym miejscem pełnienia służby stała się dla niego Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna ŚOW we Wrocławiu. W 1973 r. został skierowany do dalszej służby w Szefostwie Służby Zdrowia Głównego Kwatermistrzostwa WP (1973-1978 r.). W międzyczasie, w 1976 r. uzyskał specjalizację II stopnia z organizacji ochrony zdrowia wojsk. Ta dziedzina medycyny wojskowej stopniowo stawała się dla niego „chlebem powszednim”, czuł się w niej jak przysłowiowa „ryba w wodzie”, a jego wiedza i umiejętności z zakresu organizacji zabezpieczenia medycznego wojsk, pracowitość i pasja z jaką wykonywał powierzone mu zadania nie mogły zostać niedostrzeżone przez jego przełożonych, awansował i w 1978 r. został szefem Służby Zdrowia Warszawskiego Okręgu Wojskowego. Na stanowisku tym pozostawał do 1983 r., by w tymże roku powrócić do Szefostwa Służby Zdrowia Głównego Kwatermistrzostwa WP, gdzie objął stanowisko zastępcy szefa Służby Zdrowia Wojska Polskiego. Pozostał na nim aż do końca służby wojskowej i przeniesienia do rezerwy, tj. do 22 maja 1996 r. Jako zastępca szefa Służby Zdrowia WP odpowiadał za pion organizacyjno-szkoleniowy, chyba najtrudniejszy odcinek zadaniowy w tej instytucji. Szczególnie trudne były lata 90-te z uwagi na permanentną restrukturyzację sił zbrojnych, w tym wojskowej służby zdrowia oraz wyższego szkolnictwa wojskowego. To ostatnie oznaczało uporczywe naciski na wygaszenie kształcenia lekarzy w Wojskowej Akademii Medycznej, aż po jej ostateczną likwidację. Pomysłem tym płk J. Grejbus (wg mojej wiedzy) usilnie się przeciwstawiał nie raz wykazując fatalne w perspektywie lat skutki



takich decyzji. Niestety sprawdziło się to co do joty.

W 1989 r. zaczął odradzać się w Polsce samorząd zawodowy lekarzy. Zaistniała niepowtarzalna szansa na utworzenie odrębnej, w pełni samodzielnej izby lekarskiej zrzeszającej lekarzy wojskowych i zatrudnionych w wojskowej służbie zdrowia. Płk lek. Jerzy Grejbus był w gronie entuzjastów jej powołania i niezwykle aktywnie uczestniczył w przygotowaniu zjazdu założycielskiego Wojskowej Izby Lekarskiej, który ostatecznie odbył się 15 listopada 1989 r. w Wojskowym Instytucie Higieny i Epidemiologii w Warszawie. Był to zaledwie początek Jego zaangażowania się w sprawy i życie wojskowego samorządu lekarskiego. Na przestrzeni lat wielokrotnie i skutecznie wspierał samorząd w kontaktach z instytucjami wojskowymi, bez przychylności których funkcjonowanie samorządu byłoby znacznie utrudnione. W 1997 r. został delegatem na Zjazd Lekarzy WIL na III kadencję. W jej trakcie przewodniczył komisji ds. praktyk prywatnych WIL i NIL. Z właściwą mu skrupulatnością wdrażał w biurze WIL procedury przyznawania uprawnień do prowadzenia praktyk, rejestracji i kontroli gabinetów prywatnych. Będąc już na emeryturze, w 2001 r. zaangażował się w działania na rzecz nowej siedziby WIL, która znaleźć się miała w gmachu CePeLek. przy ul Koszykowej w War-

szawie. Osobiście, nie szczędząc czasu, doglądał remontu i adaptacji pomieszczeń, uzgadniał szczegóły z wykonawcami, zamawiał meble i inne wyposażenie do nowego Biura WIL. W styczniu 2002 r. biuro przeniosło się do nowej siedziby. To w głównej mierze właśnie płk. J. Grejbusa zasługa, że w tym gmachu siedziba WIL stała się miejscem wyróżniającym, na które z pewną dozą zazdrości spoglądali inni jego użytkownicy, a które tak dobrze służy pracownikom biura, organom WIL i wszystkim członkom samorządu.

Od wiosny 2002 r., być może uznając swoją misję za zakończoną, płk J. Grejbus był już w izbie w charakterze miłego gościa, poświęcając wreszcie swój czas rodzinie, ukochanym wnukom i swojej pasji: działce, hodowli rybek w oczku wodnym i swojemu ulubionemu, matemu „yorczkowi”. Kochał przyrodę, las, lubił zbierać grzyby. Po latach życia w pośpiechu i przy permanent-

nym braku czasu odnajdywał spokój w bliskim kontakcie ze swoimi najbliższymi i wyciszenie na swojej działce poza miastem.

Odszedł nagle, nie zdążył się nawet pożegnać. Zostawił smutek i pamięć. Spoczął na cichym cmentarzu w Podkowie Leśnej. Żegnali Go najbliżsi, przyjaciele, koledzy, współpracownicy i znajomi.

W słowach pożegnania Jego przyjaciele mówili:

„Żegnamy wielce zasłużonego ojczyźnie i wojskowej społeczności żołnierza-lekarza. Znało go całe Wojsko Polskie z wzorowej służby w śląskim i warszawskim Okręgach Wojskowych oraz na stanowisku zastępcy Szefa Służby Zdrowia Wojska Polskiego. Znany z aktywności i poświęcenia wiele uczynił dla rozwoju lecznictwa wojskowego. Szanowali Go przełożeni, podwładni i koledzy.

Ten wzorowy żołnierz i lekarz był człowiekiem wielkiego serca.

Wrażliwy na ludzkie cierpienia, nie umiał odmówić nikomu pomocy. czynił to nadal, nawet po przejściu w stan spoczynku. Licznie zgromadzeni są mu wdzięczni za pomoc w uratowaniu im zdrowia a nawet życia.

Pułkownik Jerzy, swoją aktywną działalność służbową umiał powiązać z obowiązkami rodzinnymi. Wzorowy mąż, ojciec i dziadek. Kochał swoją rodzinę i dbał o jej godne warunki życia. Ten wielkiej kultury osobistej człowiek miał wielu przyjaciół. szanowany był przez nich i uwielbiany. Jego śmierć pozostawiła wyrwę, której nikt w tym gronie nie wypełni.

Pamięć o jego dokonaniach, pożytecznym i uczciwym życiu pozostanie, zaś dla spadkobierców wojskowej służby zdrowia – wzorem będzie na zawsze”.

Cześć Jego pamięci!

płk rez. lek. **Zbigniew UŁANOWSKI**

Zachowajmy Ich w naszej pamięci!

Śp.

lek. Leszek Henryk Bukowski

13.06.1924 r. - 9.06.2006 r.

Śp.

lek. Jacek Paweł Różański

14.02.1964 r. - 22.07.2006 r.

Śp.

lek. Ryszard Bohdan Piotrowski

2.01.1926 r. - 9.10.2006 r.

Śp.

lek. dent. Marek Michał Romański

1.05.1934 r. - 2.11.2006 r.

Śp.

lek. Jerzy Wojciech Mierzwiński

24.04.1945 r. - 29.11.2006 r.

Śp.

dr n. med.

Wojciech Bogdan Skowroński

6.11.1946 r. - 5.03.2007 r.

Śp.

lek. Jerzy Stefan Grejbus

25.04.1936 r. - 20.05.2007 r.

Nowe akty prawne

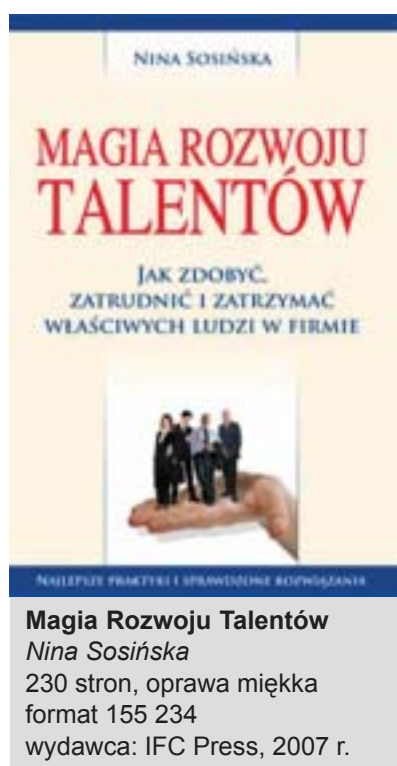
- **Dziennik Ustaw nr 60 z dnia 6 kwietnia 2007 r.**
poz. 408 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r.: Kurs w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.
- poz. 409 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2007 r.: Szczegółowy tryb postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich.
- **Dziennik Ustaw nr 69 z dnia 18 kwietnia 2007 r.**
poz. 466 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie leczenia uzdrowiskowego.
- **Dziennik Ustaw nr 77 z dnia 30 kwietnia 2007 r.**
poz. 525 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2007 r.: Doskonalenie zawodowe dyspozytorów medycznych.
- **Dziennik Ustaw nr 81 z dnia 10 maja 2007 r.**
poz. 553 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 kwietnia 2007 r.: Kwalifikacje wymagane od osób zatrudnionych w bankach tkanek i komórek.
- **Dziennik Ustaw nr 82 z dnia 11 maja 2007 r.**
poz. 559 Ustawa Sejmu RP z dnia 13 kwietnia 2007 r.: Zm.: ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin oraz niektóre inne ustawy.
- **Dziennik Ustaw nr 90 z dnia 23 maja 2007 r.**
poz. 605 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r.: Ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.
- **Dziennik Ustaw nr 95 z dnia 30 maja 2007 r.**
poz. 633 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień.
- **Dziennik Ustaw nr 97 z dnia 1 czerwca 2007 r.**
poz. 644 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 maja 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie określenia dowodów stanowiących podstawę przyznania i wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.
- poz. 645 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2007 r.: Wykaz jednostek badawczo-rozwojowych realizujących zadania dotyczące programu monitoringu żywności

i żywienia oraz opracowujących opinie niezbędne dla oceny ryzyka.

- poz. 646 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r.: Recepty lekarskie.
- **Dziennik Ustaw rocznik 2007 nr 99 z dnia 5 czerwca 2007 r.**
- poz. 659 Ustawa Sejmu RP z dnia 30 marca 2007 r.: Nadanie Śląskiej Akademii Medycznej imienia Ludwika Waryńskiego w Katowicach nazwy Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach".
- poz. 662 Ustawa Sejmu RP z dnia 9 maja 2007 r.: Zm.: ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych oraz niektóre inne ustawy.
- poz. 668 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 27 kwietnia 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie wykazu produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC i wyrobów medycznych wydawanych bezpłatnie.
- poz. 673 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego, koniecznego do wykonywania zawodu pielęgniarstwa, położnej przez obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej.
- **Dziennik Ustaw nr 109 z dnia 21 czerwca 2007 r.**
poz. 755 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
- **Dziennik Ustaw nr 112 z dnia 27 czerwca 2007 r.**
poz. 775 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r.: Doskonalenie zawodowe ratowników medycznych.
- **Dziennik Ustaw nr 119 z dnia 4 lipca 2007 r.**
poz. 817 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2007 r.: Najwyższe dopuszczalne poziomy pozostałości pestycydów, które mogą znajdować się w środkach spożywczych lub na ich powierzchni.
- **Dziennik Ustaw nr 123 z dnia 9 lipca 2007 r.**
poz. 849 Ustawa Sejmu RP z dnia 15 czerwca 2007 r.: Lekarz sądowy.
- **Dziennik Ustaw nr 124 z dnia 11 lipca 2007 r.**
poz. 867 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2007 r.: Umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.
- poz. 868 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie wniosku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju.
- **Dziennik Ustaw nr 127 z dnia 17 lipca 2007 r.**
poz. 882 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w spra-

- poz. 898 wie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry.
Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 29 czerwca 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie równoważników pieniężnych przysługujących w zamian za umundurowanie i wyekwipowanie.
- poz. 899 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 lipca 2007 r.: Zm.: rozporządzenie w sprawie korpusów osobowych i grup osobowych kadry zawodowej Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej.

- **Dziennik Ustaw nr 133 z dnia 24 lipca 2007 r.**
poz. 922 Ustawa Sejmu RP z dnia 29 czerwca 2007 r.: Zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obywatelskich, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
- **Dziennik Ustaw nr 134 z dnia 26 lipca 2007 r.**
poz. 934 Ustawa Sejmu RP z dnia 5 lipca 2007 r.: Zm.: ustawa o jednostkach badawczo-rozwojowych.



Magia Rozwoju Talentów

Nina Sosińska

230 stron, oprawa miękka

format 155 234

wydawca: IFC Press, 2007 r.

„Magia Rozwoju Talentów” jest praktycznym poradnikiem budowania zaangażowania pracowników – napisanym przez praktyka dla praktyków.

Szpeciallynie w organizacjach, które nie mogą konkurować na rynku wysokością wynagrodzeń, istotna jest umiejętność motywowania pozapłacowego.

Wszyscy wiemy, że lekarze mają szpeciallynie trudną, stresującą i odpowiedzialną – niestety niskopłatną – pracę. Dlatego tak ważne jest

Lekarze mają szpeciallynie trudną, stresującą i odpowiedzialną – niestety niskopłatną – pracę. Dlatego tak ważne jest stworzenie motywującego środowiska i dobrej atmosfery pracy.

„Magia Rozwoju Talentów”

stworzenie motywującego środowiska i dobrej atmosfery pracy. W książce nie znajdzie czytelnik ani słowa na temat motywowania pracowników przez systemy wynagrodzeń. Znajdzie natomiast wiele wskazówek jak tworzyć przyjazne, motywujące i rozwijające warunki pracy. Książka jest zbiorem praktycznych rad na temat doboru pracowników, wprowadzania nowych osób do zespołu, planowania i wspierania rozwoju ich umiejętności, prowadzenia rozmów rozwojowych oraz postępowania w sytuacjach, gdy wartościowy pracownik składa wypowiedzenie.

Dzięki tej lekturze czytelnik pozna magiczną moc pytań, dzięki którym szybciej odkryje sedno wielu problemów.

Książka, która jest podsumowaniem 15 lat moich doświadczeń w zarządzaniu procesami rozwoju pracowników w dużych, międzynarodowych organizacjach, przedstawia kluczowe czynniki sukcesu tych procesów oraz główne przyczyny ich porażek – błędy, jakie popełniamy podczas ich realizacji.

„Magia Rozwoju Talentów” ułatwi czytelnikom planowanie rozwoju

swych własnych talentów oraz wspieranie rozwoju zawodowego innych ludzi.

Książka przedstawia najnowsze trendy zarządzania, prezentowane na konferencjach American Society of Training & Development (w USA) w 2005 i 2006 roku.

„Magia Rozwoju Talentów” to droga do opracowywania skutecznych strategii rozwoju organizacji, zwiększania zaangażowania i kreatywności pracowników, podnoszenia efektywności różnego typu spotkań oraz projektów szkoleniowych, dopasowywania ludzi do ról, które mają pełnić w organizacji – co w rezultacie ułatwia osiągnięcie coraz lepszych wyników biznesowych.

„Magia Rozwoju Talentów” przedstawia również zwiększanie efektywności procesów rozwoju ludzi dzięki umiejętnemu wykorzystywaniu zasad funkcjonowania ludzkiego mózgu.

Magia życia to rozwój talentów – dzięki tej sztuce możemy zmienić nasze życie i wspierać takie zmiany w życiu innych ludzi.

Nina SOSIŃSKA

www.hrht.pl

Bydgoskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu społecznemu na opiekę paliatywną, rozwój sieci jednostek opieki paliatywnej oraz zmiany w systemie ochrony zdrowia zorganizowało razem z **Akademią Ekonomiczną w Poznaniu**

Studium Podyplomowe „Zarządzanie w opiece zdrowotnej”

Celem studium podyplomowego jest przekazanie nowoczesnej wiedzy z zakresu zarządzania zakładami opieki zdrowotnej.

ADRESACI STUDIÓW

- Osoby prowadzące własną praktykę lekarską oraz pracujące w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej
- W studium mogą uczestniczyć osoby, które nie mają wykształcenia medycznego, a są odpowiedzialne za zarządzanie lub przygotowują się do objęcia takiego stanowiska
- Osoby ubiegające się o przyjęcie na studium są zobligowane do posiadania dyplomu ukończenia studiów wyższych lub licencjatu

ORGANIZACJA I FORMA ZAJĘĆ

- Studium będzie trwało 2 semestry (od października 2007 r. do czerwca 2008 r.)
- Dwudniowe zjazdy organizowane będą dwa razy w miesiącu w dni weekendowe (piątek, sobota)
- Program obejmuje 18 przedmiotów oraz seminaria dyplomowe, łączny wymiar 211 godzin
- Studia realizowane będą w trzech formach: wykłady, warsztaty oraz seminaria podyplomowe

ZAPISY ORAZ DODATKOWE INFORMACJE O STUDIUM

- Bydgoskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (poniedziałek – piątek; 8.00 – 15.00) tel: 052/344-22-26
- Portal internetowy Katedry Usług Akademii Ekonomicznej w Poznaniu www.uslugi.ae.poznan.pl lub witryna internetowa Polskiej Szkoły Medycyny Paliatywnej www.psmmp.pl

Zgłoszenia drogą pocztową kierować należy na adres:

Katedra Usług, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, al. Niepodległości 10, 60-967 Poznań,

z dopiskiem Studium Podyplomowe „Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej”, (do 10.10.2007 r. - decyduje kolejność zgłoszeń)

Zgłoszenia można także nadsyłać na adres e-mailowy: monika.dobska@ae.poznan.pl lub info@psmmp.pl

SERDECZNIE ZAPRASZAMY!!!

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Mińsku Mazowieckim
ZATRUDNI LEKARZY
w Oddziale Kardiologiczno-Wewnętrznym**

Korzystne warunki zatrudnienia (etat lub dyżury):

- Umowa o pracę lub
- Umowa cywilno-prawna

Kontakt: Dyrektor – 025 759 21 86

Sekcja Służb Pracowniczych – 025 758 30 01 w. 171

Oferta ważna do **30.09.2007 r.**

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Mińsku Mazowieckim
lek. **Janusz Sobolewski**



Medbroker Sp. z o. o.

Dbamy o Twój spokój

Ubezpieczenia dla lekarzy

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

SPECJALNA OFERTA KREDYTOWA DLA LEKARZY ważna w okresie od 01.09.2007 do 31.10.2007

Beneficial Kredyt, pion bankowości detalicznej **HSBC Bank Polska S.A.** pragnie przedstawić ofertę pożyczki gotówkowej przygotowanej specjalnie dla Państwa

CECHY NASZEJ POŻYCZKI GOTÓWKOWEJ:

- **Pożyczka na dowolny cel**
- **Decyzja kredytowa już w 2 godziny**
- **Złożenie wniosku bez konieczności wizyty w banku – drogą telefoniczną**
- Minimum formalności
- Szybkie przekazanie środków po zawarciu umowy
- **Bez poręczycieli i zabezpieczeń**
- **Wcześniejsza spłata pożyczki możliwa bez żadnych dodatkowych opłat**
- **Nie wymagany podpis współmałżonka**

CHARAKTERYSTYKA POŻYCZKI – przykładowe wysokości rat miesięcznych
Podane raty zawierają całkowite miesięczne koszty kredytu

	15 000 PLN	20 000 PLN	30 000 PLN	50 000 PLN
5 lat	327,96	437,28	655,92	1 093,20
4 lata	391,55	522,07	783,11	1 305,18
3 lata	498,23	664,31	996,47	1 660,79
2 lata	712,65	950,20	1 425,30	2 375,51

Roczna rzeczywista stopa procentowa wyliczona dla całkowitego kosztu kredytu 10 000 na 60 miesięcy wynosi 11,88%
Nominalne oprocentowanie wynosi 9,96% Efektywny koszt kredytu w skali roku podany jest w tabeli.

KRYTERIA PRYZNANIA POŻYCZKI

- **Nie wymagamy zaświadczenia o dochodzie !!!**
- **Wymagane dokumenty: kserokopia dyplomu oraz dowodu osobistego**
- Minimalny staż pracy 3 lata
- Rodzaj zatrudnienia – umowa o pracę, renta, emerytura lub własna działalność gospodarcza.
- Okres kredytowania od 24 do 60 miesięcy
- **Wysokość pożyczki od 15 000 zł do 50 000 zł**

ZŁÓŻ WNIOSEK PRZEZ TELEFON!



0 – 801 88 99 77

Dzwoniąc pod numer Infolinii proszę przygotować Dowód Osobisty i Numer Konta, na który zostaną przebrane środki
Infolinia czynna od poniedziałku do soboty w godzinach 9 – 21, w niedzielę w godzinach 10 – 21
Koszt połączenia jest równy cenie jednego impulsu za połączenie lokalne. Możesz również zadzwonić pod numer **(0-22) 314 01 50.**

Kod promocji 340024

