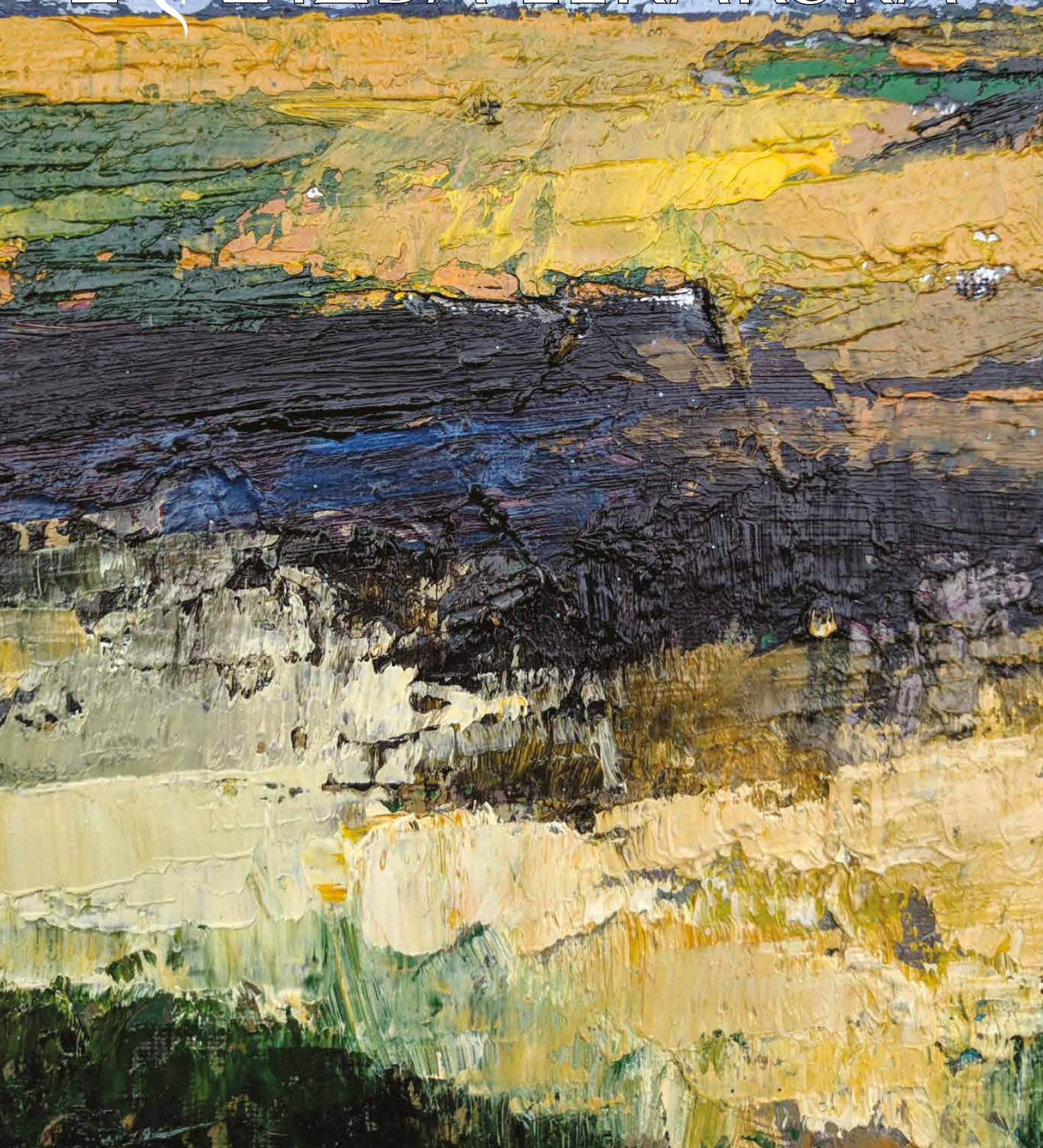


BIULETYN INFORMACYJNY nr 10 (297) • POZNAŃ, PAŹDZIERNIK 2019



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



Konferencja naukowo-szkoleniowa

„NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY – CZY TO NIE PROBLEM TWOJEGO PACJENTA?”

Centrum Konferencyjne EDUWIL
Poznań, ul. Szyperska 14
25 października 2019 r., od 10:00 do 17:00

**Ogólnopolski program profilaktyki nowotworów
skóry - ścieżka pacjenta.**

dr n. med. Agnieszka Dyzmann-Sroka

**Znamiona i nowotwory skóry - podział,
czynniki ryzyka, profilaktyka.**

dr n. med. Paweł Pietkiewicz

**Diagnostyka i leczenie białych
zmian i przebarwień w jamie ustnej.**

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Szponar

Dermatoskopia w praktyce.

dr n. med. Wiktor Soroko

Problemy diagnostyczno-lecznicze w nowotworach skóry.

dr hab. n. med. Witold Kyler

Film edukacyjny o nowotworach w obrębie głowy i szyi.

Nowotwory skóry w obrębie głowy i szyi.

dr n. med. Bartosz Urbański

**Finansowanie diagnostyki i leczenia nowotworów
na przykładzie nowotworów złośliwych skóry.**

dr n. med. Erwin Strzesak

**Liczba punktów
edukacyjnych: 6**

Podczas Konferencji będą dostępne wideodermatoskop i dermatoskop – do użytku uczestników.

Więcej szczegółów na www.wil.org.pl/edu-wil

Diagnoza wstępna

Manifest

Wymyśliła go Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie i poparł konwent przewodniczących wszystkich rad okręgowych. Manifest dotyka kilku bolących miejsc ochrony zdrowia. To przypomnienie wszystkim przyszłym posłom, że bezpieczeństwo zdrowotne jest dla Polaków tematem numer jeden.

Dużo było podobnych dokumentów przyjętych w okresie 30 lat funkcjonowania samorządu lekarskiego. Zwykle ze skutkiem mniej niż niewielkim. Chyba na żadne inne żądanie, niż te dotyczące medycyny, władza przez te wszystkie lata nie była bardziej głucha.

Czy okres przedwyborczy okaże się bardziej wrażliwy na lekarskie postulaty? Czy choć w części obietnice przedwyborcze poszczególnych partii są zbieżne z 6 punktami manifestu lekarskiego? Piszę „obietnice”, bo tylko w tych kategoriach można przyjąć wypowiedzi kandydatów na posłów. W myśl wspólnej dla nich przedwyborczej zasady: obiecać wszystko, konkretów żadnych. Czy obietnice wyborcze mają coś wspólnego z rzeczywistością? Oczywiście, że mają. W końcu mówi się o nich od lat. Trudno więc udawać, że są zaskoczeniem, choć z uporem były dotąd niezauważane. Co na to przyszli parlamentarzyści, nasi wybrańcy? Rzeczą spróbowały zbadać Katarzyna Strzałkowska i Monika Bączek. Efekty ich trudnej i szczegółowej analizy możemy poznać w artykule „Chory kraj a programy wyborcze” w dalszej części biuletynu. Wynika z niej kilka zasadniczych faktów.

Pełna zgoda poszczególnych polujących na miejsca w parlamencie jest co do tego, że postulaty trzeba zrealizować, a to oznacza, że są słuszne. Ale w jaki sposób partie chcą zabrać się do ich realizacji? Konkretny czy populistyczny, w terminie bliższym czy odległym? Czy obietnice przedstawiają tak, że możemy je uznać za wiarygodne i poważne, czy przeciwnie – takie jak zawsze? Wiadomo, że w okresie przedwyborczym nie ma takiej rzeczy, której by nie obiecywano. Chętnie dołożono by jeszcze parę plusów... Niektórzy mówią, że to zwykła korupcja wyborcza i nic więcej...

Żadna z partii nie waha się zgodzić na podwyższony budżet na zdrowie. Chcecie 6,8%, a nawet więcej – zgoda. Lekko zatrzymają się z przyrzeczeniem, w jakim okresie, ale tylko na chwilę, bo w ogóle – to nie ma sprawy.

Zgoda też jest na program mający doprowadzić do poprawienia długości i jakości życia oraz wyleczalności chorób nowotworowych i sercowo-naczyniowych. Choć i tu trudno dopatrzyć się konkretów, zwłaszcza gdy media donoszą o pustych półkach w aptekach...

Czas oczekiwania na spotkanie z lekarzem, zwłaszcza specjalistą, trzeba skrócić... Ale jak, skoro lekarzy brakuje i jak na złość wyjeżdżają? Podobnie z pielęgniarkami. Nikt nie mówi, że po prostu trzeba im więcej płacić – innej drogi nie ma.

Wiadomo – trzeba poprawić opiekę paliatywną i w ogóle długoterminową. Niektórzy chętni do Sejmu bąkają coś o lekach darmowych, ale nie dla wszystkich, chyba że 75 plus.

Co z opracowania autorek wynika? Czarodziejską moc mają wybory. Tysiące razy poprawy służby zdrowia domagali się lekarze i latami nic z tego nie wynikało, a teraz raptem jest o nich głośno i wszyscy są za? I nawet programy płacowe są do przyjęcia... Ciekawsze jest to, co z nimi będzie po wyborach...

Andrzej Baszkowski



Spis treści

Okiem prezesa	4
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	5
Śmierć pacjentki po podaniu wlewu – spotkanie w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej	6
Samorządowe sprawowanie pieczy...	6
Organy WIL VIII kadencji	7
Dwugłos o normach pielęgniarskich	8
„Zdrowa Praca” w Wielkopolsce	10
Będzie największy w Polsce	11
Dobry lekarz w złym systemie	11
Chory kraj a programy wyborcze	12
Za nami pierwsze szkolenia z wystawiania e-recept	13
„Ja bym chętnie skorzystał, ale...”	14
Z medycznej wokandy	15
Dawka informacji	16
Najwyższa Izba Kontroli przyjrzała się sieci	18
Minimalnie ponad 5 procent	19
System wparcia dla 230 osób	19
SHORT CUTS	20
Rozważania przed sezonem	22
Jak to z nami w Bieszczadach było...	23
Silva rerum medicarum veterum	23
Prof. dr. hab. n. med. Mieczysław Wender	24
Wanda Błęńska (1911–2014) – lekarka trędotwórczych z Poznania	25
Wiersze	30

Karolina Bożena Urbańska

Młoda, obiecująca artystka wizualna, absolwentka poznańskiego Uniwersytetu Artystycznego. Mieszka i pracuje w Borówcu koło Poznania, zajmuje się malarstwem, rysunkiem i grafiką. W swoich pracach bazuje na ekspresji i wyrazistości, inspirując się naturą. Artystka tworzy pejzaże w technice malarstwa olejnego – zarówno miniatury jak i duże płótna. Fascynacja plamą koloru i bogatą strukturą farby koresponduje z minimalizmem kompozycji opartej na linii horyzontu. Półabstrakcyjna formuła malarstwa Karoliny Bożeny Urbańskiej sugeruje pewną przestrzeń, ale nie dopowiada jej, angażując odbiorcę w subiektywny odbiór dzieła. www.karolinabozenaurbanska.com; <https://www.facebook.com/karolinabozenaurbanska/>; <https://www.instagram.com/karolinabozenaurbanska/>

Okiem prezesa...



Artur de Rosier
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Perswazja i porządki

W codziennym życiu poddawani jesteśmy wszechobecnym technikom manipulacji i perswazji. Czujemy się zmęczeni aplikowaniem w nas milionów informacji, które nie mogą być prawdziwe, skoro dwa różne bieguny są co najmniej tak samo dobre. Przymiotniki pozytywnie wartościujące – „najlepszy”, „najtańszy”, „najbardziej skuteczny”, terminy brzmiące jak zaczerpnięte z czasopism naukowych czy kodeksów wystrzeliwane w tempie AK-47, tak by nie można ich było zrozumieć, słowa ubrane w fartuch lekarski, togę, ekstragarnitur czy balową suknię, a na końcu zrzucenie odpowiedzialności na „lekarza lub farmaceutę”. Albo: „ja prawie nic nie zyskam, ale dla Ciebie to naprawdę dobra okazja”. Znamy to, prawda? A co powiecie o tym: „to wyjątkowe miejsce dla Ciebie”, „mamy 10-letnie doświadczenie...”, „posiadamy sprzęt najwyższej klasy – wenflon” (proszę się nie śmiać, to autentyk), „nowoczesny, czysty gabinet”, „indywidualne podejście”, „zapewniamy parking”, „można płacić kartą”. O czym mowa? O przybytkach oferujących podawanie multiwitaminowych kroplówek, oczyszczanie i regenerację organizmu. Tu też stosuje się określenia wartościujące, rzekomo naukowe, z wielką dozą nic niemówiącej ogólności typu „odpowiednio skomponowane zestawy niezbędnych składników odżywczych”. Poznańskie media kilka miesięcy temu obiegała informacja o śmierci młodej kobiety po podaniu kroplówki oczyszczającej. Wówczas postanowiliśmy zaprowadzić w tej dziedzinie wielkopolski porządek. Na początek zawiazaliśmy porozumienie z Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego i po wstępnym monitoringu mediów (dzięki, Marcin!) wyselekcjonowaliśmy te miejsca, które pisały o „leczeniu” i „pacjentach” lub nazywały się – o, zgrozo! – „klinikami”. Tam, gdzie występowali lekarze skierowaliśmy działania rzeczników odpowiedzialności zawodowej z Poznania, Szczecina i Warszawy – postępowania są w toku. Ich celem jest ocena, czy prezentowane działania są rzeczywiście „lecnicze” i czy są metodami zweryfikowanymi naukowo, no i czy w procedurze tym rzeczywiście biorą udział lekarze. Stanęliśmy jednak przed murem, no bo jak porządkować z udziałem sił samorządu lekarskiego działania tych firm, gdzie nie ma lekarzy? Jak ocenić ich legalność i czy „zabiegi” wykonywane są w warunkach spełniających wymagany standard higieniczny? Czym są stosowane substancje, skąd pochodzą? Czy nie doszło do popełnienia przestępstwa? By odpowiedzieć na te pytania i móc całościowo ocenić i uporządkować rynek wątpliwych zabiegów, niekoniecznie medycznych, zaprosiłem do współpracy z nami i wydziałem zdrowia prokuraturę, samorządy pielęgniarek i położnych, farmaceutów, nadzór farmaceutyczny, sanepid, NROZ i rzeczników odpowiedzialności zawodowej z wybranych OIL. W tak szerokim gronie możemy uzupełnić nasze kompetencje i wymieniać informacje. Notatka ze spotkania, jaką zamieściliśmy na stronie internetowej, w bardzo krótkim czasie miała tysiące odsłon. Mam nadzieję, że dotarła nie tylko do nadawców przesłania, ale i do adresatów i także do społeczeństwa, o którego bezpieczeństwo chcemy wspólnie dbać.

Zatopione w powyższym tekście cechy reklamy nie mogą znaleźć się w naszej lekarskiej działalności. Pamiętajmy, że gabinet lekarski to nie naprawa samochodów i związani jesteśmy ustawą o działalności leczniczej oraz wskazaniemi KEL. Podajemy do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, a treść i forma tych informacji nie mogą nosić cech reklamy. Nie można więc zachęcać do korzystania ze świadczeń medycznych, mając na celu np. zwiększenie liczby pacjentów i realizowanych usług medycznych, a w rezultacie – zwiększenie przychodów finansowych.

Wracając do wszechobecnej perswazji, pamiętajmy, że nie jesteśmy w stanie przyswoić, przeanalizować każdej skierowanej do nas informacji, a tym bardziej obronić się przed tymi, które próbują na nas podświadomie wpływać. Myślimy więc skrótami, posługujemy się stereotypami. Letarg myślowy to stan, kiedy jesteśmy najbardziej podatni na perswazję i jest to ulubiony stan naszego mózgu. Przelacza się on na ten program ilekroć sprawy, o których się mówi, bezpośrednio nas nie dotyczą lub z braku danych analiza jest niemożliwa.

Bądźmy czujni, stając na straży własnego Umysłu.

„Jeżeli cały świat jest sceną, to drobna zmiana roli może mieć dramatyczne następstwa” (Cialdini). Liczę, że napisaliśmy całkiem nowy scenariusz... ■

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dniu 7.09.2019 r.

Pierwsze powakacyjne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej odbyło się w dniu 7.09.2019 r. w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Obradom przewodniczył prezes WIL dr Artur de Rosier.

Po omówieniu przez prezesa WIL spraw bieżących przystąpiono do realizacji dalszej części programu posiedzenia.

Przewodniczący Komisji ds. Konkursów przedstawił kandydatów spośród członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej do składu komisji konkursowych – konkursów ordynatorskich i pielęgnarskich. Okręgowa Rada Lekarska w drodze głosowania zaakceptowała zgłoszone propozycje.

W zakresie obowiązków Okręgowej Rady Lekarskiej mieści się przyznawanie praw wykonywania zawodu lekarzom cudzoziemcom. Na posiedzeniu przewodniczący Komisji ds. Rejestru omówił złożone wnioski przez lekarzy cudzoziemców i zapoznał członków Rady z opinią Komisji ds. Rejestru. Przedstawione wnioski, złożone głównie przez lekarzy pochodzących z Ukrainy, Białorusi i jednego obywatela Niemiec, zostały w drodze głosowania przyjęte i prawa wykonywania zawodu powyższym zostały przyznane.

Po podjęciu uchwały w sprawie zatwierdzenia przeszkolenia w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu przez lekarza, przyjęto w kolejnym punkcie programu posiedzenia kandydaturę na lekarza sądowego.

Okręgowa Rada Lekarska zgłosiła także lekarza na stanowisko konsultanta wojewódzkiego z dziedziny neurologii.

Na poprzednich posiedzeniach Okręgowej Rady Lekarskiej sekretarz WIL informowała, że planowane są zmiany w zakresie organizacji Biura WIL w związku ze zwiększeniem obowiązków i zadań WIL. Wówczas przedstawiono kierunek zmian. Na obecnym posiedzeniu dyrektor Biura omówił opracowany szczegółowy Regulamin organizacyjny Biura



ELŻBIETA
MARCINKOWSKA
SEKRETARZ
ORL WIL

WIL, który zyskał akceptację członków ORL i został przyjęty.

Działalność WIL to nie tylko zadania statutowe, zadania przejęte od państwa czy sprawna organizacja biura. To także działalność szkoleniowa, edukacyjna. Zadań i obowiązków przybywa i w związku z tym przedstawiono do decyzji ORL założenia przejścia części tych zadań przez spółkę CUWIL (Centrum Usługowe Wielkopolskiej Izby Lekarskiej). Okręgowa Rada Lekarska na posiedzeniu podjęła decyzję, w formie uchwały kierunkowej, że kontynuuje przekazanie części zadań na rzecz spółki CUWIL. Przypominam, że właścicielem spółki CUWIL w 100% jest Wielkopolska Izba Lekarska reprezentowana przez Okręgową Radę Lekarską.

Prezes WIL i członkowie Komitetu Organizacyjnego przedstawili program obchodów 30-lecia odrodzonego Samorządu Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

Uroczystość odbędzie się w gmachu Opery Poznańskiej i będzie połączona z uroczystością nadania odznaczeń „Lekarz z Sercem”, które to wydarzenia są organizowane przez WIL wspólnie z Urzędem Marszałkowskim.

Będzie to uroczysta „gala w dwóch aktach”.

Wspominając początki powstania naszego samorządu, pragniemy uhonorować tych Kolegów, którzy pracują na rzecz środowiska lekarskiego od początków istnienia izby, którzy cieszą się powszechnym szacunkiem i którym chcemy okazać wdzięczność i uznanie.

Nagroda im. Józefa Strusia – lekarza, humanisty, naukowca, człowieka odrodzenia, którą pragniemy wręczyć na uroczystości, będzie symbolem ich oddania.

Na posiedzeniu Rady przedstawiono kandydatów do odznaczenia. Będziemy mieli wielki zaszczyt i przyjemność podziękować Kolegom za trud pracy w samorządzie i serdecznie im pogratulować 5 października 2019 r. ■

Lekarzu i Lekarzu Dentysto WIL
Skorzystaj z ELEKTRONICZNEJ PRENUMERATY
Serwisu Prawnego LEX Medica!
Napisz i zamów: dyrektor@wil.org.pl

783 993 939
Marek Saj

Śmierć pacjentki po podaniu wlewu – spotkanie w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej

W Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej spotkali się przedstawiciele wielkopolskich samorządów zawodowych – lekarskiego, pielęgniarstwa, farmaceutów – oraz prokuratury regionalnej i okręgowej, wojewody, inspekcji sanitarnej, inspektoratu farmaceutycznego. *Liczymy na współpracę i wzajemne powiadomienia* – zaznaczył prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Artur de Rosier.

Spotkanie było konsekwencją działań podjętych na początku roku 2019 wspólnie przez Wielkopolską Izbę Lekarską i Wielkopolski Urząd Wojewódzki po śmierci pacjentki, która zmarła w wyniku podania witaminowego wlewu kroplowego w jednej z pseudoklinik.

Omawiano nie tylko zagrożenia wynikające z podawania wlewów dożylnych, ale także z innych niepotwierdzonych medycznie prób terapii, takich jak: ostrykiwanie osoczem, terapie chelatujące, terapie testosteronowe. Poruszono temat stosowania terapii przez osoby zajmujące się leczeniem, a nieposiadające do tego uprawnień. Szeroko omówiono problem jakości preparatów, warunków ich przechowywania, dystrybucji w internecie oraz tzw. szarej strefy.

Obecni na spotkaniu postanowili wzajemnie wspierać się w działaniach mających na celu eliminację podmiotów i osób, których działalność może zagrażać zdrowiu i życiu Wielkopolan. Opracowano plan wzajemnych powiadomień i stałej wymiany informacji.

Okręgową Radę Lekarską Wielkopolskiej Izby Lekarskiej reprezentowali na spotkaniu: prezes ORL WIL **Artur de Rosier** oraz **Elżbieta Marcinkowska** i **Marcin Karolewski**. Organy odpowiedzialności zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej reprezentował Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL **Paweł Kopyra**, Naczelnej Izby Lekarskiej – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej **Grzegorz Wrona**, okręgowych izb lekarskich



Fot. Katarzyna Strzałkowska

– zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – prof. **Wojciech Pypno**. Samorzady zaufania publicznego reprezentowali: prezes Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej **Alina Górecka** oraz Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych **Barbara Stefaniak**, prokuraturę – Prokurator Regionalny w Poznaniu – **Rafał Maćkowiak**, kierownik Działu Prokuratury Regionalnej ds. Błędów Medycznych – **Marek Marszałek** oraz Prokurator Prokuratury Okręgowej – **Maciej Maćkowiak**, urząd wojewody – dyrektor Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego **Damian Marciniak**, inspekcję sanitarną – dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej w Poznaniu **Andrzej Trybusz**, a inspektorat farmaceutyczny – Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny **Grzegorz Pański**.

Spotkanie odbyło się 10 września 2019 r.

KATARZYNA STRZAŁKOWSKA

KOMENTARZ

Samorządowe sprawowanie pieczy...

...nad należytych wykonywaniem zawodu zaufania publicznego (obowiązek konstytucyjny) przyświecało zapewne prezesowi ORL WIL, kiedy zapraszał szereg osób sprawujących różne funkcje do wzięcia udziału w roboczym spotkaniu w sprawie różnych pomysłów diagnozowania i leczenia chorych, których, szczególnie w sferze internetowej, jest zażalenie. Pamiętamy niedopuszczalne, wręcz kryminalne oskarżenia lekarzy kierowane przez osobę o wykształceniu inżynierskim. Ale musimy też spostrzec, że w wielu projektach, w oczywisty lub niemal oczywisty sposób sprzecznych z aktualną wiedzą medyczną, biorą udział lekarze. Niestety

zazwyczaj z chęci zysku, wykorzystując do tego swoją zawodową pozycję i zawodowy tytuł. Mamy także do czynienia z coraz częstszym wykorzystywaniem naiwności lub nieuzasadnionej nadziei innych przez osoby, którym z mocy prawa diagnozować, a na pewno leczyć, nie wolno. Niewiedzy, naiwności ani nadziei karać nie należy. Trzeba natomiast, zakładając umyślność wykorzystywania niewiedzy, naiwności lub nieuzasadnionej nadziei innych, wyrażać sprzeciw wobec takich praktyk. Zatem dziękuję Ci, Prezesie. A spotkanie było owocne. Jeśli dojdzie do dopuszczanej przez prawo wymiany informacji pomiędzy takimi instytucjami jak izba lekarska,

prokuratura, inspekcje farmaceutyczna i sanitarna, organy rejestrowe i nadzorujące podmioty lecznicze i podmioty prowadzące działalność leczniczą, to liczba osób wykorzystujących wspomnianą niewiedzę i naiwność zapewne się znacznie zmniejszy. Stanie się tak dlatego, że wymienione instytucje posiadają różne uprawnienia.

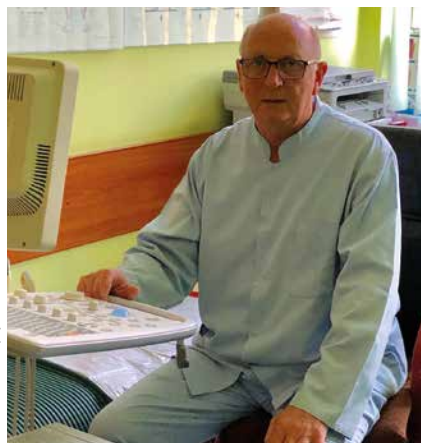
Dzięki międzyinstytucjonalnej wymianie wiedzy specjalistycznej i posiadanemu doświadczeniu szybciej eliminowane będą bezskuteczne kroplówki za 150 czy 200 zł, podawanie niedopuszczonych leków zwanych suplementami diety, tj. chelatonów, DMSA, amigdaliny, kurkuminy i innych od-

wracających uwagę chorych od skutecznych, potwierdzonych naukowo, klasycznych procedur stosowanych przez właściwie przygotowanych do leczenia profesjonalistów. **Warto, aby tę informację wykorzystali lekarze do dokonania przeglądu wykonywanych przez siebie świadczeń, zanim zainteresuje się tym zakresem rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Warto też przejrzeć i uaktualnić zgłoszone do izby w formularzach rejestracyjnych prywatnych praktyk aktywności.** Wraz z upływem lat aktualizuje się wiedza medyczna. Powinniśmy za nią nadążyć.

GRZEGORZ WRONA

Organy WIL VIII kadencji

Ryszard Karolak – przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej



Fot. Archiwum prywatne

Okręgowa komisja rewizyjna: kontroluje działalność finansową i gospodarczą izby; przedstawia sprawozdania z działalności kontrolnej okręgowemu zjazdowi lekarzy; przedstawia okręgowemu zjazdowi lekarzy opinię dotyczącą sprawozdania okręgowej rady lekarskiej z wykonania budżetu i na tej podstawie składa wnioski w sprawie udzielenia absolutorium okręgowej radzie lekarskiej. Członkowie okręgowej komisji rewizyjnej są wybierani na okręgowym zjeździe lekarzy i dokonują wyboru przewodniczącego spośród swojego grona.

Lat 66, lekarz, specjalista chirurgii ogólnej i medycyny rodzinnej. Absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku. Całe życie zawodowe związany z Kołem, a przede wszystkim ze szpitalem, gdzie robił specjalizację i pracował jako chirurg. W latach 1992–1997 dyrektor Szpitala. Przeszedł wszystkie szczeble medycyny i zarządzania

w ochronie zdrowia: najpierw pracował jako lekarz kolejowy, następnie kierownik ośrodka zdrowia, kierownik poradni chirurgicznej, dyrektor szpitala, w końcu właściciel i zarządzający Specjalistycznym Chirurgicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, gdzie nadal pracuje w pełnym wymiarze godzin. Od początku związany z Wielkopolską Izbą Lekarską, będąc członkiem Delegatury WIL w Koninie. Odznaczony odznaką „Zasłużony dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”. Obecnie, drugą kadencję, pełni funkcję przewodniczącego Komisji Rewizyjnej.

Najważniejsze osiągnięcia samorządu

Najważniejszym jest fakt reaktywowania izb lekarskich. Czy są potrzebne? Takie pytanie zadaje wielu naszych kolegów, którzy nie mieli okazji przebywać i pracować w izbach lekarskich. Najistotniejszym dla lekarzy powinien być fakt, że to właśnie izbom lekarskim powierzono prowadzenie wielu zadań rządowych. Nikt nie zastanawia się nad tym, że to tu wydawane są prawa wykonywania zawodu, zezwolenia na prowadzenie praktyk lekarskich, wykonywane są badania komisyjne lekarzy (np. choroba alkoholowa, psychiczna), oceny jakości organizowanych szkoleń dla lekarzy czy ustanawiane są uchwały dotyczące naszej pracy. Szczególną rolę w izbach lekarskich odgrywają rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, sądy lekarskie, komisje bioetyczne i wiele innych komisji problemowych rad lekarskich. Ogromną rolę w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej odgrywa także biuro

prawne, udzielające porad wszystkim wielkopolskim lekarzom. Wielkopolska Izba Lekarska jest jedną z największych i najprężniej działających w Polsce. Na uwagę zasługują liczne szkolenia, opieka socjalna, pomoc finansowa dla młodych lekarzy oraz lekarzy seniorów, imprezy kulturalne i wycieczki, a także znakomity chór, orkiestra, pracownia malarska, pomoc w organizowaniu imprez sportowych i kulturalnych. WIL może pochwalić się także dorobkiem materialnym – rozbudowaną siedzibą w Poznaniu (łącznie z hotelem lekarskim) czy nowymi siedzibami delegatur w Pile, Koninie, Kaliszu i Ostrowie Wielkopolskim.

Najważniejsze wyzwania dla samorządu

Przede wszystkim kontynuowanie szkoleń dla lekarzy. W 2018 r. Wielkopolska Izba Lekarska zorganizowała szkolenia dla 3100 lekarzy oraz 336 lekarzy stażystów. Myślę, że następne lata będą jeszcze bardziej owocne w tym zakresie, ponieważ szkolenia organizowane są także w poszczególnych delegaturach, dzięki czemu lekarze mogą korzystać ze specjalistycznych konferencji u siebie, na miejscu. Ważnym zadaniem na najbliższe lata będzie też zakup lub budowa siedziby delegatury w Lesznie. Nadal istnieje potrzeba rozwijania pomocy socjalnej i prawnej dla naszych członków. Mam nadzieję, że poprzez rozpowszechnienie dostępu do aplikacji w telefonii komórkowej WIL będzie docierać do coraz większej liczby lekarzy. ■

OPRAC. AG

Dwugłos o normach pielęgniarских

Choć niniejszy biuletyn jest skierowany przede wszystkim do lekarzy, to jednak tematy związane z szeroko pojętą kadrami medyczną, w tym personelem pielęgniarским, są istotne także dla naszego lekarskiego funkcjonowania w codziennosci. Stąd powinniśmy troszczyć się i popierać to, co buduje dobre pielęgniarские praktyki, a także zastanawiać się, jak ukształtować uwarunkowania prawne i organizacyjne wykonywanych przez nas zawodów. Zapraszamy zatem w dwugłosie do refleksji.



SZCZEPAN COFTA

Zaledwie kilka miesięcy temu wprowadzono zmodyfikowane normy pielęgniarские dla oddziałów z podziałem na zabiegowe i niezabiegowe. Określono, że na danym oddziale powinny pracować pielęgniarki w liczbie 0,6 lub 0,7 w odniesieniu do liczby łóżek zarejestrowanych w danym szpitalu. Niższa norma dotyczy oddziałów niezabiegowych, wyższa oddziałów zabiegowych.

Oczywiście przede wszystkim nie uwzględniono tego, że oddziały – w zależności od specjalności – mają różną specyfikę działania, różne obciążenia pracą. Nie uwzględniono także kategorii opieki nad pacjentami, co byłoby logiczne i mogłoby być jakimś uzasadnieniem podjęcia takiego działania.

Największym paradoksem jest jednak to, że kontrakty szpitalne wynikające z pieniędzy przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie są związane wcale z liczbą łóżek. Okazuje się, że w dużej części szpitali mamy do czynienia z mniejszym obciążeniem łóżek pacjentami ze względu na niedobór środków, które płatnik jest w stanie przeznaczyć.

Wiadomo, że np. na oddziale okulistycznym tak duża liczba pielęgniarek nie jest wymagana, a na oddziałach np. chirurgii naczyniowej czy hematologicznym liczba ta powinna być zwiększona. To tylko jeden z wielu przykładów, które można by mnożyć.



Fot. istockphoto

VIOLETTA MATECKA,
MAGISTER PIELĘGNIARSTWA,
PEŁNOMOCNIK
DS. ZARZĄDZANIA
SYSTEMEM JAKOŚCI
SZPITAL KLINICZNY
PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO
UM W POZNANIU

Temat zatrudnienia właściwej liczby pielęgniarek, aby zagwarantować pacjentom bezpieczeństwo i opiekę, rozgrzewa opinię publiczną od lat, ale jeszcze bardziej rozgrzewa środowisko szpitalne.

O ile pacjent chciałby przede wszystkim personelu empatycznego, o tyle środowisko medyczne, a w zasadzie same pielęgniarki, od lat domagało się regulacji norm zatrudnienia.

Obecna sytuacja jest kolejnym etapem kształtowania ram systemu ochrony zdrowia, bez uwzględnienia rzeczywistych warunków działania szpitali i pracującego w nich personelu.

W efekcie mamy dokument z 2012 r. w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, który wskazuje cały wachlarz kryteriów do uwzględnienia, w tym liczbę pacjentów objętych opieką w danym roku (§ 1 ust. 1 pkt 2) oraz kwestie kategoryzacji tej opieki (pkt 6 i 7). Akt ten jest nadal obowiązującym (Dz.U. 2012, poz. 1545), a został tylko uzupełniony rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z 2018 r. Powyższa regulacja odnosi się do lecznictwa szpitalnego i dotyczy wymogów kontraktowania świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych.

W efekcie powstał wielki galimatias interpretacyjny.

Według aktu z 2018 r., obowiązującego od stycznia br., wskaźnik 0,6 dla oddziałów niezabiegowych i 0,7 dla oddziałów zabiegowych oraz inne wskaźniki specjalistyczne odnoszą się do liczby łóżek szpitalnych. Absurdem sytuacji jest, że płatnik absolutnie nie kontraktuje łóżek, tylko ilość świadczeń, a to przecież zasadnicza różnica. W efekcie możemy mieć do dyspozycji na oddziale 23 łóżka, ale kontrakt pozwala w ramach finansowanych procedur realizować świadczenia raptem na 11 łóżkach, zatem racjonalizujemy zatrudnienie adekwatnie do liczby chorych znajdujących się pod opieką na danym oddziale.

W ramach świadomej i odpowiedzialnej opieki oraz rozsądnego gospodarowania siłami i środkami finansowymi racjonalizujemy zatrudnienie kadry w oparciu o wskaźnik 0,6 lub 0,7, z uwzględnieniem trzech zasadniczych kategorii świadczeń z aktu z 2012 r. W sumie zatrudniamy 11 pielęgniarek zamiast utrzymywać 16. Ślepe czytanie rozporządzenia bez brania pod uwagę zapisów z rozporządzenia z 2012 r. i przytoczonych powyżej zapisów uwzględniających ilość świadczeń w danym roku, wyposażenie w szczególności w aparaturę i sprzęt medyczny, określający kategorie niezbędnej opieki, prowadzi do dwóch rozwiązań. Albo likwidujemy łóżka, które nie są wykorzystane w 100%, i tym

Fot. istockphoto



Zadziwiające jest, że od szpitali wymaga się spełnienia norm pielęgniarских niezależnie od specyfiki i specjalizacji oraz kategorii opieki nad pacjentami, którzy poddani są naszej pieczy. To są już co najmniej dwie bezmyślności, które związane są z tym problemem. Ratunkiem byłby ewentualnie rozpatrywanie norm pielęgniarских dla całego szpitala. Można by więc generalnie dla pacjentów szpitala zapewnić określoną liczbę pielęgniarek, dostosowując zatrudnienia w zależności od potrzeb poszczególnych oddziałów. Ponadto wydaje się logiczne, aby do obliczania norm brać pod uwagę również zatrudnionych coraz liczniej na oddziałach ratowników medycznych oraz opiekunów medycznych, którzy również stanowią wykwalifikowany personel sprawujący pieczę nad pacjentami.

Obecna sytuacja jest kolejnym etapem kształtowania ram systemu ochrony zdrowia, bez uwzględnienia rzeczywistych warunków działania szpitali i pracującego w nich personelu.

Największym paradoksem jest jednak to, że kontrakty szpitalne wynikające z pieniędzy przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie są związane wcale z liczbą łóżek. Okazuje się, że w dużej części szpitali mamy do czynienia z mniejszym obciążeniem łóżek pacjentami ze względu na niedobór środków, które płatnik jest w stanie przeznaczyć. Przykładowo w szpitalu klinicznym, którym współzarządzam, rezerwy związane z możliwością wykorzystania większych środków sięgają od 20 do 50%, w zależności od specjalności. Potencjał np. kardiologii, interny czy pulmonologii jest o wiele większy.

Liczby tych łóżek nie można jednak zmniejszyć ze względu na specyfikę działalności i potrzeby społeczne. A poza tym może kiedyś uda się znaleźć więcej pieniędzy, by móc opłacić pobyt pacjentów na tych łóżkach. W kontekście szpitala klinicznego uniemożliwi zmniejszenie liczby łóżek także kontekst edukacyjny. Studenci, których przeładowanie w szpitalach klinicznych jest coraz bardziej zaznaczoną rzeczywistością, muszą gdzieś się uczyć.

Dziwaczne jest więc to, że wymaga się od zarządzających zatrudnienia liczby pielęgniarek, która wynika z liczby posiadanych łóżek, a nie z wartości kontraktu. Oczywiście byłoby pewnym unormowaniem sytuacji to, gdyby można było dostosowywać zatrudnienie pielęgniarek do faktycznego wykorzystania łóżek. Ale na taką elastyczność chyba część środowiska się nie zgodzi. ■

samym umniejszamy bazę, albo utrzymujemy kadrę, która będzie nas znacząco kosztować, choć absolutnie nie będzie nam potrzebna w danym miejscu pracy. Odniesienie się do liczby łóżek z ksiąg rejestrowych byłoby właściwe, gdyby płatnik był w stanie sfinansować 100% zapotrzebowania na usługi medyczne, a jednocześnie, gdyby stać nas było na wykorzystanie 100% potencjału szpitali. Niestety ani płatnik nie może zaspokoić wszystkich potrzeb ubezpieczonych z powodu racjonalnie ograniczonych możliwości finansowych, ani szpitale nie mogą wykorzystać 100% swej mocy.

Ryzyko likwidacji łóżek do liczby realnej wykonywanych świadczeń stanowić będzie zagrożenie dla wszystkich pacjentów, zwłaszcza zaś dla pacjentów pediatrycznych, choć nie tylko, gdzie sezonowo wzrasta liczba zachorowań. Gdzie wówczas umieści tych pacjentów? Skąd wtedy wziąć kadrę?

W rozumieniu spraw planowania usług medycznych uwzględnić należy trzy parametry:

- 1) wskaźnik 0,6/0,7 zatrudnienia pielęgniarek, ale z uwzględnieniem wskaźnika obłożenia łóżek za rok poprzedni na danym oddziale;
- 2) w celu zabezpieczania właściwej opieki pielęgniarской należy wziąć pod uwagę strukturę świadczeń, odnosząc się do pacjentów zakwalifikowanych do jednej z trzech kategorii opieki, a tym samym – ile pielęgniarek niezbędnych będzie, zwłaszcza do zabezpieczenia świadczeń dla pacjentów z kategorii III na podstawie sprawozdawanych świadczeń w danym oddziale;
- 3) obciążenia personelu wynikające z konieczności zapewnienia świadczeń o charakterze pobytów dziennych lub hospitalizacji jednodniowych, które znacząco wpływają na różnice w zapotrzebowaniu na personel pielęgniarский w ciągu dnia na danym oddziale.

Połączenie zamysłów wynikających z obu rozporządzeń wyczerpuje temat zaspokojenia interesów wszystkich stron.

Zaspokajamy oczekiwania pacjentów, ponieważ ilość personelu jest zagwarantowana adekwatnie do ilości i stanu chorych objętych opieką.

Zaspokajamy także potrzeby płatnika, bo spełnimy minimalne normy z aktu z 2018 r., co może być przez niego weryfikowane, ale nie likwidujemy bazy łóżkowej, która umożliwi nam szybkie i elastyczne działanie w sytuacji wzmożonego zapotrzebowania na opiekę szpitalną.

Zagwarantuje to też racjonalne gospodarowanie nie tylko personelem jednostek, ale i środkami finansowymi w sposób optymalny zarówno w zakresie fluktuacji personelu pielęgniarского w obrębie jednostki, jak i adekwatnego rozkładu trudu i zadań wynikających z procesu leczenia w powiązaniu z kategoryzacją pacjentów.

Ostatni atut zdroworozsądkowego myślenia to zabezpieczanie interesów zawodowych pielęgniarek, ale w powiązaniu z rzeczywistą realizacją świadczeń w danej jednostce, z uwzględnieniem jej specyfiki.

Akty prawne nie mogą, a przynajmniej nie powinny, zastępować racjonalnego myślenia. Są wyznacznikiem zasad, a w sprawach fundamentalnych powinny być zrozumiałe i jednoznaczne zarówno w sensie interpretacyjnym, jak i wykonawczym. Ufam, że każdy z interesariuszy systemu ochrony zdrowia w Polsce doceni racjonalność w zakresie mądrego reagowania na jego potrzeby i oczekiwania. ■

„Zdrowa Praca” w Wielkopolsce

Fot. 4x Sławomir Nawrocki



W Centrum Szkoleniowym EDUWIL spotkali się przedstawiciele Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z prezesem ORL WIL Arturem de Rosier na czele oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Region Wielkopolska. Jednym z zadań izb lekarskich jest opiniowanie warunków pracy i płac lekarzy, stąd spotkanie było kontynuacją tradycji wspólnego działania samorządu lekarskiego i związku zawodowego na rzecz ochrony zawodu lekarza.

Mówiła o tym Halina Bobrowska – przewodnicząca OZZL Region Wielkopolska. Wśród obecnych na spotkaniu najliczniejszą grupę stanowili lekarze rezydenci. Młodych lekarzy reprezentował przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy ORL WIL Bartosz Urbański.

Przewodniczący OZZL Regionu Kujawsko-Pomorskiego Bartosz Fiałek opowiedział o działalności OZZL, o odtworzeniu struktur związkowych w Bydgoszczy, o własnej historii działań na rzecz poprawy warunków pracy w szpitalu i konflikcie w szpitalu, w którym pracuje.

Spotkanie miało charakter szerokiej dyskusji uczestników spotkania, w której mówiono m.in. o czasie należnego odpoczynku po dyżurze, pomocy w sytuacjach mobbingu, braku realizacji nakładów na ochronę zdrowia określonych w porozumieniu ministra z rezydentami, długości i jakości życia w Polsce niższej niż średnia europejska w kontekście akcji „Zdrowa Praca”. Hasłem przewodnim spotkania było

wezwanie zbieżne ze stanowiskiem samorządu lekarskiego, czyli: „Lekarzu pracuj do 48 h”.

Wsparciem prawnym spotkania był mec. Michał Górski.

Więcej o akcji na stronie: www.akcjaздrowapraca.pl.

OPRAC. KS



Będzie największy w Polsce

Wszystko idzie zgodnie z planem, a nawet jest przyspieszenie.

Ten budynek rośnie w oczach – mówi Marek Woźniak, Marszałek Województwa Wielkopolskiego, w trakcie lipcowej wizyty na budowie Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka przy ul. Wrzóska.

Będzie to największy nowo powstały szpital dziecięcy w Polsce. Jego koszt sięga 426 mln zł, które pochodzą z budżetów województwa wielkopolskiego i państwa oraz Unii Europejskiej (Komisja Europejska zatwierdziła dofinansowanie w kwocie 56 mln euro). Inwestor jest zadowolony z generalnego wykonawcy, z uznaniem mówi, iż firma Warbud SA pracuje bardzo solidnie. Ocenia też, że prace budowlane zakończą się do końca tego roku. W następnym będą one kontynuowane wewnątrz obiektu, zagospodarowany zostanie zarazem teren na zewnątrz. Marszałek poinformował również, że został już ogłoszony przetarg na wyposażenie medyczne. Pierwsi pacjenci przyjęci będą do WCZD w 2021 r.

W siedmiokondygnacyjnym obiekcie o kubaturze ponad 30 tys. metrów kwadratowych planowane są 354 łóżka w jednoosobowych salach (każda z węzłem sanitarnym i miejscem dla opiekuna), liczne poradnie specjalistyczne, a także pierw-



Fot. Andrzej Piechocki

szy w Wielkopolsce Szpitalny Oddział Ratunkowy dla najmłodszych dzieci. W sumie liczba wszystkich pomieszczeń przekracza 2000.

W WCZD w Poznaniu leczone będą dzieci i młodzież do 18. roku życia. Inwestycja realizowana jest przez samorządową spółkę Szpitale Wielkopolski. Na jej stronie internetowej (www.szpitalewielkopolski.pl) znajdziemy szczegółowe informacje dotyczące postępu prac.

Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego uważa, że dzięki tej inwestycji nastąpi „zwiększenie dostępności do najwyższej jakości szpitalnych usług pediatrycznych, a szpital będzie jedną z największych i najnowocześniejszych placówek tego typu w kraju”. (ap)

Dobry lekarz w złym systemie

To najnowsze badanie sondażowe dotyczące systemu ochrony zdrowia. Agencja Badawcza BioStat® przeprowadziła je 22–23 maja 2019 r. na grupie 1000 Polaków, którzy w ciągu minionego półroczia korzystali z pomocy lekarskiej.

Wyniki opublikowane zostały pod tytułem „Dobry lekarz w złym systemie”. Niemal co drugi Polak uważa ogólną sytuację za złą (48,3%), a tylko co trzeci dostrzega dobre strony.

- **Organizacja ochrony zdrowia:** ocena dobra – 26%, zła – 53%. Innego zdania są osoby, które były w szpitalu: odpowiednio 42% i 39,3%.
- **Dostęp do lekarza specjalisty:** ocena dobra – 21,1%, zła – 65,8%. Innego zdania są osoby, które były w szpitalu: odpowiednio 34,8% i 49,1%.
- **Funkcjonowanie SOR:** ocena dobra – 22,3%, zła – 54,3%. Innego zdania są osoby, które były w szpitalu: odpowiednio 36,6% i 38,4%.
- **Funkcjonowanie szpitali:** ocena dobra – 24,7%, zła – 49%. Innego zdania są osoby, które były w szpitalu: odpowiednio 41,9% i 35,7%.
- **Dostęp do lekarza POZ:** ocena dobra – 40%, zła – 38,8%. Innego zdania są osoby, które były w szpitalu: odpowiednio 44,6% i 36,6%.
- **Funkcjonowanie nocnej opieki lekarskiej:** ocena dobra – 22,9%, zła – 38,3%. Innego zdania są osoby, które były w szpitalu: odpowiednio 37,5% i 29,5%.

Po uzyskaniu porady **pacjenci mają o lekarzach dobrą opinię**. Trzy czwarte uczestników sondażu docenia ich kom-

petencje, uważa, że lekarz był uprzejmy i budził zaufanie. Podczas badania pacjenta wyjaśniał, jakie badania wykonuje lub zleca (71%), a także informował o leczeniu w sposób zrozumiały (69,9%). Ponad połowa respondentów przyznaje, że lekarz miał wystarczająco dużo czasu na zbadanie pacjenta, jednak co czwarty wciąż twierdzi, że tego czasu było za mało. Prawie co drugi respondent był u lekarza, który poświęcił więcej czasu na dokumentację niż na badanie pacjenta.

Polacy mają dobrą opinię o lekarzach – czytamy na stronie www.biostat.com.pl – za to źle oceniają to, w jaki sposób organizowana jest ich praca – wyjaśnia Rafał Piszczek, prezes Agencji Badawczej BioStat®. Dobre zdanie o organizacji opieki zdrowotnej ma zaledwie co czwarty pacjent. Pacjenci oczekują, że lekarz poświęci więcej czasu na badanie, a biurokracja zostanie ograniczona do minimum. Chcieliby też korzystać z udogodnień w postaci e-recept. Co ciekawe, wyraźnie lepszą opinię mają pacjenci, którzy w ostatnim czasie zaliczyli pobyt w szpitalu.

Zespół BioStat® tworzą naukowcy, statystycy, analitycy, biotechnolodzy, menadżerowie i innowatorzy IT zajmujący się praktycznymi zastosowaniami rozwiązań badawczych w biznesie. (ap)

Chory kraj a programy wyborcze



Do 19 września 2019 r. ponad 26 tys. osób podało swoje imię, nazwisko i adres mailowy, by wyrazić głos poparcia dla manifestu opublikowanego na stronie internetowej www.polskatochorykraj.pl. Akcję rozpoczęła Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, a Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, w tym prezes ORL WIL Artur de Rosier, 16 września poinformował o poparciu postulatów zawartych w kampanii.

Hasłem przewodnim, jak sama nazwa strony internetowej wskazuje, jest Polska jako chory kraj. Tuż po nim jednak pojawia się rozwinięcie: „ale wspólnie możemy go uleczyć”. Manifest zawiera sześć postulatów, bez załatwienia których – jak piszą autorzy – „nie pójdziemy do przodu”. I dodają, że zdrowie nie ma barw politycznych, dlatego oczekują deklaracji wszystkich partii, że „tych sześć celów osiągniemy wspólnie, niezależnie od tego, kto będzie podejmował decyzje”.

Czy postulaty mają coś wspólnego z programami wyborczymi partii przygotowanymi przed wyborami 13 października?

1 postulatem manifestu jest osiągnięcie minimalnych publicznych nakładów na system ochrony zdrowia nie mniejszych niż 6,8% produktu krajowego brutto do końca roku 2021 oraz 9% PKB do końca 2030 r. W programie wyborczym Prawa i Sprawiedliwości nakłady na ochronę zdrowia się pojawiają, ale ich wzrost planowany jest do 6% PKB do 2024 r. W programie Koalicji Obywatelskiej pojawia się sformułowanie „wzrost wydatków na służbę zdrowia do 6% PKB”, ale nie ma w tej formule żadnych dat. W programie PSL-Koalicja Polska mówi się o zwiększeniu wydatków publicznych na służbę zdrowia z obecnego poziomu 4,9% do 6,8% PKB, ale i tu nie pojawiają się żadne daty. W programie Lewicy mowa jest o zwiększeniu publicznego finansowania w opiece zdrowotnej do 6,8% PKB do 2022 r. i do 7,2% PKB do 2024 r. Dodatkowo Lewica zaznacza, że pieniądze te powinny być przeznaczone na finansowanie większej liczby świadczeń, inwestycje w infrastrukturę, usprawnienie zarządzania i cyfryzację. Konfederacja nie przedstawiła programu w momencie zamykania niniejszego numeru biuletynu, więc nie wiadomo, czy będą tam deklaracje dotyczące zdrowia i w jakim zakresie.

2 postulatem manifestu to utworzenie wspólnego Ministerstwa Zdrowia i Polityki Społecznej już od nadchodzącej kadencji parlamentu. Żadna z partii politycznych nie wpro-

wadziła takiego punktu do swojego programu wyborczego.

3 postulatem manifestu jest podjęcie natychmiastowych działań prowadzących do osiągnięcia średnich wskaźników długości i jakości życia oraz wyleczalności z chorób nowotworowych i sercowo-naczyniowych co najmniej na poziomie średniej Unii Europejskiej, nie później niż do 2024 r.

Prawo i Sprawiedliwość w zakresie chorób nowotworowych wskazuje na ukończenie procesu budowy Krajowej Sieci Onkologicznej – już funkcjonującej jako pilotaż – oraz stworzenie Narodowego Instytutu Onkologii, a także 10-letniego planu działań –



Fot. istockphoto

Hasłem przewodnim, jak sama nazwa strony internetowej wskazuje, jest Polska jako chory kraj. Tuż po nim jednak pojawia się rozwinięcie, „ale wspólnie możemy go uleczyć”.

Narodowej Strategii Onkologicznej, która zagwarantuje stabilność i dalszy rozwój opieki nad pacjentami onkologicznymi. Natomiast w kwestii chorób sercowo-naczyniowych mówi o wdrożeniu programów kompleksowej opieki: pierwszego nad pacjentami po zawale serca (KOS-zawał) i drugiego: nad pacjentami z niewydolnością serca. Koalicja Obywatelska w zakresie leczenia chorób nowotworowych proponuje onkologa jako koordynatora leczenia pacjenta cierpiącego na nowotwór oraz powołanie centrów leczenia nowotworów poszczególnych narządów. PSL-Koalicja Polska oraz Lewica w swoich programach wyborczych nie odnoszą się szczegółowo do leczenia w zakresie chorób nowotworowych czy sercowo-naczyniowych.

4 postulatem manifestu to wprowadzenie maksymalnego czasu oczekiwania na pomoc lekarską lub badanie medyczne, określonego przez naukowców i lekarzy zajmujących się konkretnym zagadnieniem zdrowotnym. Czas oczekiwania pojawia się w programie Koalicji Obywatelskiej, która mówi o maksymalnych 21 dniach oczekiwania na wizytę u specjalisty. Mówi też o skróceniu do maksymalnie 60 minut oczekiwania na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Lewica odnosi się do kolejek, a nie do maksymalnego czasu oczekiwania i proponuje skrócenie w ciągu 4 lat kolejek do specjalisty do maksymalnie 30 dni. Prawo i Sprawiedliwość również mówi o kolejkach. Proponuje wprowadzenie zawodu asystenta medycznego, który odciążałby lekarzy i pielęgniarki w pracy biurokratycznej, co miałoby doprowadzić do zmniejszenia kolejek, a także wprowadzenie infolinii, dzięki której pacjenci mogliby uzyskać informacje, w którym szpitalu w okolicy są najmniejsze kolejki do danego świadczenia. PSL-Koalicja Polska nie ma w swoim programie kwestii takich jak maksymalny czas oczekiwania czy kolejki.

5 postulatem manifestu jest zabezpieczenie miejsc opieki długoterminowej i geriatrycznej poprzez osiągnięcie średnich wskaźników Unii Europejskiej do 2024 r. Żadna z partii w swoim programie wyborczym nie posługuje się pojęciem „opieka długoterminowa” czy „geriatria”. PSL-Koalicja Polska mówi natomiast o seniorach, proponując rozwój różnych form opieki nad seniorami, Koalicja Obywatelska wskazuje na bezpłatne przekrojowe badania co 5 lat dla każdego Polaka i każdej Polki, którzy osiągną 50. rok życia. Lewica oraz Prawo i Sprawiedliwość mówią o starszych osobach w kontekście leków – Lewica o tym, że emeryci będą mieli leki za darmo, Prawo i Sprawiedliwość o rozszerzaniu listy leków 75+.

6 postulatem manifestu to znacznie wyższy standard profilaktyki dziecięcej. Najwięcej mówi o tym PSL-Koalicja Polska, wskazując na darmowe leki, szczepienia i opiekę dentystyczną dla dzieci. Koalicja Obywatelska wskazuje na równy dostęp do szczepionek dla dzieci, Lewica proponuje dla dzieci leki za darmo, a Prawo i Sprawiedliwość o dzieciach wprawdzie nie mówi, ale o profilaktyce już tak, proponując rozszerzenie i intensyfikację działań na rzecz profilaktyki zdrowotnej.

KATARZYNA STRZAŁKOWSKA
WSPÓŁPRACA: MONIKA BĄCZEK

Za nami pierwsze szkolenia z wystawiania e-recept

Kilkudziesięciu lekarzy z Ostrowsko-Krotoszyńskiej Delegatury WIL w Ostrowie Wielkopolskim wzięło udział w szkoleniu z wystawiania e-recept, które odbyło się w siedzibie delegatury 3 września br. Szkolenia zorganizowała Wielkopolska Izba Lekarska, a poprowadzili je specjaliści z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz firm tworzących aplikacje do obsługi e-recept – Dr Eryk Sp. z o.o. oraz Kamsoft SA. W wakacje takie szkolenia odbyły się w Kaliszu, a na wrzesień zaplanowano je w Koninie, Pile, Poznaniu i Lesznie.

Na szkoleniu w Ostrowie Wielkopolskim zebranych przywitał wiceprezes ORL WIL **Wiesław Wawrzyniak**. Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia reprezentowali specjalista odpowiedzialny za wdrożenie e-recepty **Ireneusz Janczak** oraz organizatorka kursów dla lekarzy w Wielkopolsce **Karolina Tymborowska**. Firmę Dr Eryk reprezentował dyrektor regionalny **Jarosław Słodziński**, a firmę Kamsoft **Maciej Juszcak**.

Zebrani lekarze i lekarze dentyści pytali m.in. o to, w jaki sposób ich placówka ma się podłączyć do systemu P1, co to jest i do czego służy identyfikator OID, w jakie systemy operacyjne powinien zaopatrzyć się lekarz, żeby móc wystawiać e-recepty, jak wystawić e-recepty na wizycie domowej.

Padły też pytania o to, czy po wprowadzeniu e-recepty błędem będzie wystawianie recept papierowych oraz czy są inne metody wystawiania recept np. w przypadku braku prądu. Ireneusz Janczak z CSIOZ swoją prelekcję rozpoczął od przedstawienia koncepcji funkcjonowania e-recepty. Na slajdach zobrazował, jak wygląda proces jej wystawiania. Pracownik medyczny wystawia i cyfrowo podpisuje e-receptę na platformie P1, później następuje jej weryfikacja, zapis i utworzenie kodu dostępu. Następnie pacjent otrzymuje SMS, e-mail lub papierowy wydruk informacyjny z kodem i kluczem dostępu do e-recepty i udaje się z nim do apteki. Farmaceuta z kolei na podstawie kodu dostępowego i numeru PESEL wyszukuje e-receptę. Specjalista z CSIOZ w swojej prezentacji mówił też o tym, że jeden lekarz równa się jednej e-receptce, o możliwości tylko częściowej jej realizacji i wykupu w różnych aptekach, o automatycznym nadawaniu numerów recept oraz wyjątkach od ich wystawiania – o co dopytywali lekarze. Jak się okazuje, takim wyjątkiem są recepty *pro auctore*, *pro familiae*, transgraniczna, dla NN, weterynaryjna oraz gdy brak dostępu do systemu, co może mieć miejsce w przypadku wizyt domowych. Podkreślono też wydłużenie okresu ważności większości e-recept do 365 dni, z wyjątkiem: recept na antybiotyk – 7 dni, recept na preparat immunologiczny – 120 dni, recept na lek odurzający czy psychotropowy – 30 dni.



@recepta

Ireneusz Janczak podsumował też pierwsze osiem miesięcy wdrażania e-recepty. Pilotaż e-recepty trwał od maja do września 2018 r. w Siedlcach, Skierniewicach, Wysokim i Krynicy-Zdroju. Do końca 2018 r. do systemu P1 zostały podłączone wszystkie apteki oraz punkty apteczne w Polsce. Obecnie to już ponad 3610 podmiotów, w ramach których e-recepty wystawia ponad 15 892 lekarzy. Od stycznia 2020 r. co do zasady wszystkie recepty będą wystawiane w formie elektronicznej. Według danych CSIOZ wystawiono już ponad 6,3 mln e-recept. W styczniu 2019 r. dziennie wystawiano ok. 4 tys. e-recept, w czerwcu dzienny przyrost to ok. 133 tys. (lekarze wystawiający e-recepty: 15 tys., pielęgniarki i położne wystawiające e-recepty: ponad 100).

Jarosław Słodziński z firmy Dr Eryk opowiedział i pokazał na slajdach, jak działa aplikacja dotycząca e-recepty stworzona przez jego firmę. Jak zaznaczał, Dr Eryk to oprogramowanie stworzone dla lekarzy przez lekarzy. Tworząc je, firma

korzystała z doświadczenia lekarzy praktyków z Okręgowych Izb Lekarskich, z Kolegium Lekarzy Rodzinnych, wojewódzkich oddziałów Porozumienia Zielonogórskiego oraz Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. *To co nas wyróżnia, to*

prostota i intuicyjność interfejsu – podkreślał.

Tuż po nim aplikację obsługującą e-receptę zaprezentował Maciej Juszcak z firmy Kamsoft. Prezentując poszczególne slajdy, krok po kroku zapoznał uczestników szkolenia z koncepcją działania e-recepty w systemie stworzonym przez tę firmę.

Obaj specjaliści podkreślili, że warto wystawiać e-recepty już teraz, bowiem im większa liczba wystawionych e-recept, tym więcej pieniędzy wpłynie do podmiotów leczniczych. Zwrócili też uwagę na korzyści płynące z wystawiania e-recepty dla lekarza i podmiotu leczniczego, czyli szybsze wystawianie recept oraz weryfikacja poprawności wystawienia e-recepty przez platformę e-zdrowie już w trakcie jej wystawienia czy koniec dodatkowych wizyt, do których dochodzi z powodu zagubienia recepty. Dużym atutem, co podkreślali, jest też brak konieczności zgłaszania się do NFZ o nadawanie numerów recept, bowiem są one nadawane automatycznie, a także łatwy dostęp do danych pacjenta dotyczących przepisanych i wykupionych leków. Zwrócili też uwagę na korzyści, jakie z tego tytułu będą mieli pacjenci, tj. wszystkie e-re-

(dokończenie na str. 14)

cepty są czytelne – farmaceuta nie ma wątpliwości, jakie leki zostały przepisane. Są też pełnomocnictwa dla bliskich osób – matka widzi e-recepty swoich dzieci, babcia może upoważnić wnuczka do odbioru leków. Nie trzeba od razu wykupić wszystkich opakowań leku, każdy lek można kupić w innym miejscu, w innym terminie. Uczestnicy spotkania zgodnie jednak stwierdzili, że okres przejściowy dla lekarzy seniorów powinien zostać wydłużony. Jeden z lekarzy podkreślił fakt, że wydruk informacyjny, który po wystawieniu e-recepty otrzymuje pacjent, zawiera za mało informacji w kodzie paskowym, jedynie numer, co jego zdaniem w przypadku

starszych osób, które mogą nie pamiętać lub nie posiadać przy sobie numeru PESEL, potrzebnego do identyfikacji, będzie dużym problemem. W kodzie paskowym powinien być zakodowany numer PESEL, co ułatwiłoby identyfikację danej osoby. Jest to też – ich zdaniem – problem w przypadku dużych przychodni, gdzie bardzo często zdarza się kilku pacjentów o tym samym nazwisku.

Pytania do specjalistów z CSIOZ dotyczące e-recept można zadawać, dzwoniąc na infolinię: 19 457 lub wysyłając email: e-recepta@csioz.gov.pl.

ANNA GRZESIAK

Rozmowa z **Marcinem Karolewskim** – pomysłodawcą aplikacji w telefonie lekarza WIL

„Ja bym chętnie skorzystał, ale...”

Katarzyna Strzałkowska: Kiedy powstał pomysł, by lekarz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej miał aplikację w swoim telefonie?



Marcin Karolewski: Pomysł powstał już jakiś czas temu, a właściwie to można powiedzieć, że przyszedł wraz z lekarzami, którzy podchodzili do nas, działacze izbowych, mówiąc: *Ja bym chętnie skorzystał, ale ja o tym nie wiedziałem*. I to dotyczyło wielu kwestii podawanych lekarzom Wielkopolskiej Izby Lekarskiej prawie na tacy, bo właśnie tej tacy brakowało. Były szkolenia, były informacje o zmianach w prawie, istotnych z punktu widzenia codziennej praktyki, były możliwości dofinansowania, ułatwienia w zrozumieniu przepisów i wiele innych elementów, które izba oferowała i oferuje. Tylko informacja o tych ofertach nie docierała.

K.S.: Biuletyn informacyjny, strona internetowa, newsletter WIL i portal społecznościowy nie wystarczały?

M.K.: Biuletyn jest wydawany raz w miesiącu, newsletter raz na dwa tygodnie, a wydarzenia dzieją się szybko, czasem dużo szybciej niż co dwa tygodnie. Na stronie internetowej można zamieścić informacje od razu, owszem, ale kto z nas ma czas wchodzić tam każdego dnia, by sprawdzić, co nowego opublikowała izba? Podobnie z Facebookiem. Trzeba chcieć tam wchodzić i sprawdzać. A aplikacja zawiera hasłowe powiadomienia. Można być na bieżąco, a jednocześnie nie tracić czasu na samodzielne poszukiwanie.

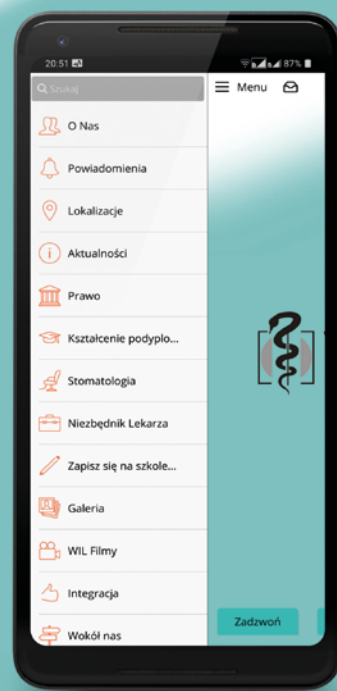
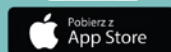
K.S.: Co w tej aplikacji jest najważniejsze?

M.K.: Każdy znajdzie coś najważniejszego dla siebie. Na pewno informacje o zbliżających się wydarzeniach edukacyjnych, warsztatach, konferencjach i szkoleniach są niezwykle cenne. Co więcej przez aplikację możemy się sprawnie na dane szkolenie zapisać. Lekarze zapracowani, aktywnie dyżurujący mogą zrobić to o każdej porze dnia i nocy. Szybka informacja o zmieniających się przepisach to kolejna istotna kwestia. Tym bardziej, że często ustawodawca rozporządzeniem czy zmianą ustawy lub NFZ zmianą zarządzenia zmienia coś bardzo istotnego w bardzo szybkim tempie. O tym warto



Pobierz naszą nową aplikację Wielkopolska Izba Lekarska

To nowoczesna, bezpłatna aplikacja z informacjami o konferencjach i szkoleniach dostępnych dla lekarzy i lekarzy dentystów, informacjach prawnych oraz użytecznymi informacjami związanymi z wykonywaniem zawodu lub spędzaniem czasu wolnego po pracy. Ponadto w aplikacji dostępne są dane lokalizacyjne izby i jej delegatur, a także niezbędnik lekarza, w którym dostępne są narzędzia wspomagające codzienne obowiązki zawodowe.



wiedzieć szybciej. Mając aplikację, możemy liczyć też na powiadomienie o wycofanym leku czy połączyć się z portalem ZUS. I wreszcie – np. akcje protestacyjne. Wsparcie niektórych akcji tylko wtedy ma sens, jeśli zostanie podjęte tu i teraz.

K.S.: Co trzeba zrobić, by zainstalować aplikację?

M.K.: Instalacja jest bardzo prosta. We wszystkich naszych komunikatorach podajemy kody QR na telefony komórkowe z systemem Android i te z systemem IOS. Ale oczywiście jeżeli ktokolwiek miałby problem z instalacją, pracownicy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej służą pomocą. ■

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

Czy orzeczenia sądów lekarskich powinny być publikowane w biuletynie?

Wielokrotnie podkreślaliśmy w tej rubryce, iż omawiając kolejne sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, robimy to z zachowaniem pełnej anonimowości, co więcej – wybieramy sprawy z innych regionów kraju. A robimy tak, bo ten cykl publikacji nie ma być rodzajem kary, ale raczej sposobem edukowania i popularyzowania norm Kodeksu etyki lekarskiej przez pryzmat błędów innych. Co ciekawe, trzeba tu przypomnieć, że ustawa o izbach lekarskich w art. 84 przewiduje w istocie pewien rodzaj sankcji, tj. możliwość zarządzenia opublikowania orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem. Dotyczy to jednak tylko sytuacji skazania lekarza przez sąd lekarski i wymierzenia mu jednej z kar przewidzianej w art. 83 ust. 1 pkt 4–7, tj. zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia bądź ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza albo zawieszenia prawa wykonywania zawodu i wreszcie pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Tylko zatem w takim przypadku można zarządzić taką publikację. Przy czym wyjaśnijmy, iż nie odbywa się to na takich zasadach, jak chociażby w tym tekście, czyli z anonimizacją danych osobowych stron postępowania, lecz poprzez publikację całego orzeczenia, a więc z podaniem kto jest ukaranym lekarzem, za co i z pełnym opisem przypisanego czynu.



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Problem takiej publikacji był przedmiotem rozważań najpierw NSL, a potem SN w jednej ze spraw o sygn. NSL Rep. 80/OWU/17. W tym postępowaniu postawiono lekarzowi X.Y. zarzut, iż w okresie od 2011 r. do 2015 r., nie posiadając wymaganych uprawnień do przeprowadzenia badań profilaktycznych pracowników, wydawał zaświadczenia lekarskie o zdolności do pracy.

Lekarski sąd I instancji, uznając winę obwinionego lekarza, wymierzył mu w tej sprawie karę ograniczenia wykonywania czynności przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników i wydawania zaświadczeń lekarskich o zdolności do pracy na okres 2 lat, nadto karę pieniężną w wysokości 2000 zł. Rozpatrując odwołanie ukaranego lekarza, NSL nie tylko utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie, lecz jeszcze „dołożył” karę dodatkową w postaci opublikowania orzeczenia w Biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w X. Taką decyzję NSL uzasadnił okolicznością, że po pierwsze ukarany lekarz był już wcześniej karany za to samo, a nadto – jak skonstatował NSL – dostrzegając coraz większą liczbę wpływających spraw z zakresu medycyny pracy, chciano – kierując się zasadami prewencji generalnej – napiętnować pewien problem. Ukaranego lekarza wniósł poprzez swojego obrońcę kasację do Sądu Najwyższego, który uznał ją oczywiście za bezzasadną.

Jak już wspomniano, publikacja orzeczenia przez sąd lekarski w biuletynie izbowym odbywa się z podaniem wszystkich personaliów i polega na przytoczeniu w całości orzeczenia, w tym wymierzonej kary. Czyli podobnie i u nas – chodzi

o edukację, ale za to odmiennie niż w naszej rubryce – także o nałożenie pewnej niedogodności.

I na koniec trochę o statystykach. W 2018 r. do Sądu Lekarskiego w Poznaniu wpłynęło ponad 100 nowych spraw. Dwie dotyczyły właśnie lekarzy medycyny pracy, a właściwie tych lekarzy, którzy wykonywali takie obowiązki, nie posiadając stosownych uprawnień. Natomiast nie zdarzyło się w żadnej z tych spraw, aby zarządzono opublikowanie orzeczenia w biuletynie na zasadach opisanych wyżej. Dlaczego? Korzysta się bowiem z tej instytucji rzadko, żeby nie powiedzieć w ogóle, bowiem zawsze jest obawa, żeby nie wylać „dziecka z kąpielą”. Raz jeszcze należy zaznaczyć, że w takim przypadku w orzeczeniu podaje się pełne dane osobowe i to nie tylko ukaranego lekarza, ale także pokrzywdzonego, a więc najczęściej pacjenta. Paradoksalnie zatem kara dla lekarza zaszkodzić mogłaby bardziej pokrzywdzonemu niż ukaranemu. Ale być może warto zastanowić się, zwłaszcza w sprawach, które i tak zostały nagłośnione przez media, czy sąd lekarski nie powinien pójść drogą wskazaną w opisanej powyżej sprawie przez NSL.

Wracając do pytania postawionego w tytule, to może gdyby takie publikacje stały się normą, a nie wyjątkiem, rzadziej pojawiałyby się zarzuty, iż izba nie reaguje na nieprawidłowości członków samorządu lekarskiego. Wszystkie dane statyczne o liczbie spraw, ukaranych lekarzach, wymierzonych karach, itd. pojawiają się w sprawozdaniach przewodniczącego OSL. Ale z pewnością statystyki nie przemawiają tak jak kazusy. Póki co, jeżeli taka będzie wola Redakcji, będziemy dalej opisywać takie anonimowe sprawy. ■



Fot. iStockphoto

DAWKA INFORMACJI

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki informacji są fragmenty wiadomości rzeczowych.

W każdej szkole

12 września 2019 r. weszła w życie ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami. To ustawa niezwykle ważna dla zdrowia polskich dzieci. Dzięki niej każda szkoła podstawowa i średnia w kraju będzie mieć do dyspozycji dentystę oraz pielęgniarkę lub higienistkę.

Dotąd problematyka dotycząca profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami rozrzucona była po wielu aktach prawnych o różnej randze. Ustawa z 12 kwietnia 2019 r. po raz pierwszy ujmuje to zagadnienie całościowo i wyznacza jednolite standardy. Nowe prawo zapewnia każdemu uczniowi szkoły – podstawowej i średniej – możliwość skorzystania z opieki pielęgniarki i stomatologa. Precyzyjnie określa przy tym zasady współpracy i wymiany informacji pomiędzy personelem medycznym, rodzicami, dyrekcją szkoły i organami prowadzącymi placówkę. Gwarantuje także prawa ucznia związane z jego zdrowiem. W ten sposób spełniamy wysuwany od lat postulat skoordynowania opieki sprawowanej nad dziećmi w szkołach. Jednocześnie realizujemy składane przez nas w tym w tym obszarze obietnice i zapowiedzi, wiarygodnie odpowiadając na potrzeby.

WWW.MZ.GOV.PL

TOPSOR za prawie 40 mln zł

19 sierpnia wiceminister zdrowia Waldemar Kraska i zastępca dyrektora LPR Marcin Podgórski podpisali umowę na dofinansowanie projektu Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR). Zostanie on uruchomiony w 232 szpitalach w całej Polsce. Szpitalne oddziały ratunkowe zostaną wyposażone w automaty biletowe, tablety medyczne, system segregacji medycznej oraz kardiomonitory. To kolejny krok do wdrożenia rozwiązań zmierzających do usprawnienia pomocy pacjentom trafiającym na szpitalne oddziały ratunkowe.

Segregacja medyczna pacjentów stanie się elementem obowiązkowym we wszystkich szpitalnych oddziałach ratunkowych. System TOPSOR będzie mierzył czas dla każdego pacjenta, prognozował czas oczekiwania na kontakt z lekarzem, analizował parametry medyczne i przydzielał do odpowiednich kategorii. Poszczególne kolory przydzielane pacjentom oznaczać będą stopień pilności oczekiwania na wizytę lekarską. Osoby oczekujące w SOR będą pozostawały pod nadzorem personelu odpowiedzialnego za segregację medyczną, a w razie konieczności poddawane ponownej ocenie stanu klinicznego, nie rzadziej niż co 1,5 godziny. Pacjenci, którzy tego wymagają poddawani będą kolejnym badaniom, aby uniknąć sytuacji nagłego pogorszenia zdrowia.

Za wdrożenie projektu odpowiadać będzie Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Udział w przedsięwzięciu jest dla szpitali bezpłatny. Wartość całej inwestycji wynosi prawie 40 mln zł, z czego ponad 33 mln zł pochodzą z Funduszy Europejskich.

WWW.MZ.GOV.PL

Nowość NFZ

Ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych to nowy zakres świadczeń, który wprowadza Narodowy Fundusz Zdrowia. Przychodnie dostaną za nie więcej pieniędzy. W zamyśle ma to rozwiązać problem zgłaszania się na szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) pacjentów, którzy nie mogą dostać się do

poradni. Takie rozwiązanie przewiduje projekt nowelizacji zarządzenia prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, skierowany do konsultacji. Nowy zakres świadczeń

wprowadzony będzie w poradniach specjalistycznych: ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dorosłych i dzieci, chirurgii dziecięcej oraz okulistycznych dla dorosłych i dzieci – spełniających określone warunki aparaturowe. Pozwoli to pacjentom z urazami oraz nagłymi schorzeniami okulistycznymi uzyskać łatwiejszy dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, ograniczy też liczbę osób zgłaszających się z powodu takich problemów na SOR – przekonują autorzy projektu.

AGATA SZCZEPAŃSKA, WWW.GAZETAPRAWNA.PL

Za mało lekarzy

Jakie wyzwania przed NFZ w kolejnych latach? Podstawowe, to kwestia kadry lekarskiej. Jest jej za mało. Na 100 mieszkańców mamy mniej lekarzy niż w wielu krajach europejskich. Wielkie wyzwanie jest też związane z zakażeniami szpitalnymi. Są szczepy bakterii, które coraz trudniej się leczy. Dlatego też stawiamy na leczenie w poradniach, hospitalizację zostawiając jako ostateczność. Jeżeli pacjentowi może pomóc lekarz w ambulatorium, poradni, lekarz rodzinny, to nie należy iść do szpitala. Kolejne wyzwania, to te finansowe. Budżety rosną, ale my nadal będziemy chcieli więcej, bo nowoczesna medycyna kosztuje. Spójrzmy przykładowo na chirurgię – najpierw stosowano tam skalpel, później endo- i laparoskop, a teraz każdy chciałby być operowany robotem Da Vinci. To oznacza coraz większe koszty. Jeśli chodzi o pacjentów – system ubezpieczeniowy musi się zmieniać tak, by bardziej się nimi opiekować. Wyzwaniem jest choćby demografia. Jesteśmy społeczeństwem starzejącym się. Dlatego priorytetem naszego oddziału funduszu jest m.in. tworzenie zakładów opiekuńczo-leczniczych. Tylko na ten rok zaplano-

waliśmy podpisanie umów na sześć takich placówek, cztery z nich już działają. (Z rozmowy z Agnieszką Pachciarz, dyrektor Wielkopolskiego Oddziału NFZ).

MIKOŁAJ WOŹNIAK, WWW.GLOSOWIELKOPOLSKI.PL

W języku angielskim

Grupę ponad 200 studentów z ok. 30 krajów – głównie z Tajwanu, USA, Kanady, Indii, Norwegii, Wielkiej Brytanii, Tajlandii oraz Libanu, którzy będą na naszej Uczelni (Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego – przyp. AP) studiować w języku angielskim medycynę i stomatologię, powitaliśmy podczas dorocznych Dni Adaptacyjnych (Orientation Days) odbywających się od 28 sierpnia do 1 września na terenie kampusu Uczelni. W trakcie Orientation Days odbywa się szereg wydarzeń, których nadrzędnym celem jest przekazanie nowo przyjętym studentom jak większej porcji przydatnych informacji dotyczących ich pobytu i działalności Uczelni oraz zapewnienie im już od pierwszych dni poczucia bezpieczeństwa w kampusie i w mieście.

WWW.UMPEDU.PL

W siedzibach firm

Bezpłatne badania laryngologiczne przeprowadzać będą w siedzibach wielkopolskich firm lekarze ze Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego UM w Poznaniu. Przedsięwzięcie ma pomóc w szybkim rozpoznawaniu nowotworów głowy i szyi. Akcja zdrowotna „Pracodawca dbający o zdrowie pracowników” jest inicjatywą kierownika Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej prof. Małgorzaty Wierzbickiej. Zaliczające się do grupy chorób z dziedziny laryngologii nowotwory głowy i szyi stanowią w Polsce ok. 6 proc. nowotworów i są przyczyną ok. 5 proc. zgonów z powodu choroby nowotworowej.

Jak poinformowała koordynator ds. programów profilaktycznych i przesiewowych poznańskiego szpitala Katarzyna Kukawska, w przedsięwzięcie polegające na przeprowadzeniu w siedzibach wielkopolskich firm bezpłatnych badań laryngologicznych zaangażowały się już pierwsze duże przedsiębiorstwa: firmy logistyczne, handlowe, producent opon i regionalny przewoźnik kolejowy, spółka Koleje Wielkopolskie.

NZ, WWW.ONET.PL

W kolejce inne leki i terapie

W ramach programów lekowych refundowanych przez NFZ dostępne są obecnie takie leki jak niwolumab, ipilimumab, pembrolizumab, atezolizumab. Ocenie skuteczności oraz bezpieczeństwa stosowania podlega jednak wiele innych cząsteczek stosowanych w leczeniu immunologicznym (np. durwalumab). Najprawdopodobniej trafią one w niedalekiej przyszłości do szerszej praktyki w leczeniu nowotworów.

W kolejce czekają również inne leki i terapie – będące aktualnie na etapie analiz w ramach badań klinicznych wcześniejszych faz. Duże nadzieje wiąże się z adoptywną immunoterapią CAR-T. Terapia CAR-T nie jest obecnie dostępna w naszym kraju.

WWW.IMMUNO-ONKOLOGIA.PL



Fot. istockphoto

Nadciąga kryzys

Neurologia powinna się znaleźć na liście priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Fatalnym danym epidemiologicznym i faktem, jak brak specjalistów, nie można zaprzeczyć – nadciąga kryzys, a czasu, by mu zapobiec, brakuje – jak wynika z dyskusji ekspertów podczas sesji „Strategia dla neurologii. Choroby mózgu priorytetem polskiej polityki zdrowotnej”, która odbyła się w trakcie Forum Ekonomicznego w Krynicy. Partnerami panelu były „Menedżer Zdrowia” i „Kurier Medyczny”.

Wnioski z panelu to konieczność objęcia neurologii szczególną opieką państwa. Specjaliści przyznali, że neurologia powinna znaleźć się na liście priorytetów zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia ze względu na liczbę pacjentów z chorobami mózgu, która w ciągu najbliższych lat się podwoi. Polski system opieki musi zostać przygotowany do diagnozowania i leczenia pacjentów neurologicznych. Inaczej w najbliższych latach skonfrontujemy się z problemem mnóstwa chorych i zbyt małej liczby lekarzy i pielęgniarek oraz niemożnością stosowania nowoczesnych leków i technologii. Narodowa strategia walki z chorobami mózgu powinna powstać niezwłocznie.

KRYSTIAN LURKA, WWW.TERMEDIA.PL

Pierwsi nawiązują kontakt

Nowa placówka przy ul. Rycerskiej w Poznaniu obejmuje swym zasięgiem połowę województwa. Obecnie w Wielkopolsce funkcjonują dwie dyspozytornie – w Poznaniu i Koninie. Łączny koszt uruchomienia obiektu wyniósł ok. 400 tys. zł, które pochodziły z budżetu województwa wielkopolskiego. Uruchomienie skoncentrowanej dyspozytorni medycznej pozwoli na poprawę bezpieczeństwa mieszkańców Wielkopolski, a także łączności między dyspozytornią a zespołami ratownictwa medycznego. Usprawnienie obsługi zgłoszeń było możliwe m.in. dzięki doposażeniu dyspozytorni i poprawie komfortu pracy dyspozytorów. *Słowa uznania należą się dyspozytorom, ponieważ oni jako pierwsi nawiązują kontakt z pacjentem oraz ratownikom medycznemu, którzy bezpośrednio udzielają pomocy chorym. Ich praca, zaangażowanie i profesjonalizm są niepodważalnie istotne, powinny być powszechnie doceniane i szanowane* – mówiła Marzena Wodzińska, członek Zarządu Województwa Wielkopolskiego, która symbolicznie przecięła wstęgę podczas otwarcia placówki.

WWW.UMWWW.PL

ANDRZEJ PIECHOCKI

Najwyższa Izba Kontroli przyjrzała się sieci

Ta sieć miała być skutecznym lekarstwem na coraz bardziej dokuczliwe dolegliwości systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Równocześnie upatrywano w niej możliwości poprawienia sytuacji finansowej szpitali, ich stopniowego wychodzenia z długów. Czy tak od 1 października 2017 r., od dnia wprowadzenia w życie nowego systemu, się stało?

Najwyższa Izba Kontroli właśnie przedstawiła argumenty, że sieć nie spełniła oczekiwań. Wszak pacjentom miała ułatwić dostęp do świadczeń zdrowotnych, a dyrektorom zarządzanie placówkami. W niektórych przypadkach już na początku ujawniały się sytuacje, że nie każdy szpital mógł realizować kompleksowe świadczenia ambulatoryjne. Tak było w przypadku 6 z 29 kontrolowanych szpitali, a jednym z powodów mógł być brak zapisu w ustawie, który wskazywałby na konieczność uruchomienia przez nie nowych poradni. Wbrew zapowiedziom, włączenie do sieci nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie zapewniło skrócenia kolejek w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w izbach przyjęć.

Ze szczególną uwagą kontrolerzy NIK przyglądali się sytuacji finansowej, tym bardziej że nowy system miał stworzyć warunki do elastyczniejszego gospodarowania pieniędzmi, a w następstwie tego do stopniowego wychodzenia z długów. Tymczasem pogorszyła się sytuacja zarówno szpitali, które już miały kłopoty, jak i szpitali, które miały się lepiej. Jak czytamy w opracowaniu wyników kontroli, „powodem było to, że choć w badanym okresie rosła wartość zawartych przez szpitale umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a co za tym idzie rosły ich przychody z działalności leczniczej, to znacznie szybciej przybywało niezależnych od tych placówek kosztów,

na które złożyły się m.in. ustawowe wzrosty wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek. W pierwszych 3 kwartałach 2018 r. przychody kontrolowanych szpitali były wyższe niż w analogicznym okresie 2017 r. o prawie 13%, ale koszty o ponad 17%, tymczasem NFZ kompleksowo podniósł wysokość świadczeń w całym badanym okresie tylko raz, w 2017 roku – o 4%. Rosnąca różnica w poziomie uzyskiwanych przychodów i ponoszonych kosztów skutkowałą wzrostem zobowiązań szpitali i niekorzystnymi wynikami finansowymi. W sumie spośród 29 badanych przez NIK placówek, na koniec września 2018 r. 23 (79,3%) odnotowały ujemny wynik finansowy, a w porównaniu z wrześniem 2017 r. pogorszyła się sytuacja ekonomiczna 22 szpitali”.

Zmiany zapoczątkowane 1 października 2017 r. objęły finansowanie szpitali, oparte odąd przede wszystkim na ryczałcie wypłacanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tym zakwalifikowanym do sieci gwarantuje się umowy z NFZ na kolejne cztery lata, przy czym wysokość ryczałtu jest uzależniona m.in. od rodzaju i liczby świadczeń udzielonych przez

W pierwszych 3 kwartałach 2018 r. przychody kontrolowanych szpitali były wyższe niż w analogicznym okresie 2017 r. o prawie 13%, ale koszty o ponad 17%, tymczasem NFZ kompleksowo podniósł wysokość świadczeń w całym badanym okresie tylko raz, w 2017 r. – o 4%.

konkretną placówkę w poprzednim okresie rozliczeniowym. Szpitale mogą elastycznie dysponować otrzymanymi z NFZ pieniędzmi, przenosić środki z tych oddziałów, na których placówka udziela mniej świadczeń, do tych, które są oblegane. Jednak i w tym

zakresie, według ustaleń NIK, nie nastąpiły istotne zmiany. Jak wynika z kontroli, „działania władz szpitali były związane przede wszystkim z potrzebą ograniczenia strat finansowych, pojawiającymi się problemami kadrowymi, a także staraniami dotyczącymi rozszerzenia zakresu udzielanych świadczeń”.

Najwyższa Izba Kontroli skierowała do ministra zdrowia następujące wnioski o: zapewnienie finansowania działalności szpitali w sposób adekwatny do tempa wzrostu kosztów leczenia, z przyczyn od nich niezależnych, umożliwiającego bilansowanie się działalności szpitali; podjęcie działań systemowych stymulujących lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych oraz powiązanie ich liczby z sytuacją demograficzną i epidemiologiczną na danym obszarze geograficznym, z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy o świadczeniach; podjęcie działań mających na celu uregulowanie w ustawie o świadczeniach, możliwości zawarcia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub rehabilitacji leczniczej przez szpital zakwalifikowany do sieci szpitali, z pominięciem trybu, o którym mowa w art. 139 ustawy o świadczeniach, w celu wyeliminowania zjawiska polegającego na funkcjonowaniu oddziałów szpitalnych, bez zapewnienia co najmniej jednego odpowiadającego im zakresu świadczeń ambulatoryjnych lub rehabilitacyjnych.



Fot. iStockphoto

Minimalnie ponad 5 procent

Projekt budżetu na 2020 r. zakłada zrównoważenie wydatków i dochodów na poziomie 429,5 mld zł. Jak sytuują się w nim wydatki na służbę zdrowia?

Minimalnie mają przekroczyć 5 proc. i wynieść ponad 109 mld zł. Za kilka lat, deklaruje premier, miałyby zbliżyć się do kwoty 160 mld zł. 7 września 2019 r. Mateusz Morawiecki zapowiedział utworzenie funduszu modernizacji placówek służby zdrowia. Na początek byłyby to 2 mld zł. Miałyby skorzystać na tym np. szpitale powiatowe i przychodnie.

Jak mówił nazajutrz Łukasz Szumowski – minister zdrowia, szczegóły jeszcze nie są dopięte, więc trudno *stricte* określić finansowanie. Jego zdaniem *będzie to narzędzie, którego do tej pory nie było. Fundusz posłużyć miałby głównie szpitalom powiatowym, ponieważ szpitale marszałkowskie, wojewódzkie mogą liczyć na finansowanie ze środków marszałka województwa, który ma większe budżety od tych, którymi dysponują starostwa*. Składki z ZUS w przyszłym roku mają wynieść 89,57 mld zł. *Narodowy Fundusz Zdrowia w 2020, jak do tej pory, otrzyma budżetowe pieniądze na sfinansowanie działania systemu ratownictwa. Jednak w ramach tzw. ustawy 6 proc. PKB publicznych wydatków na zdrowie – zauważa Aleksandra Kurowska (www.politykazdrowotna.com) – zaplanowano 0 zł. Jak opisywaliśmy jako pierwsi, odnoszenie*



Fot. z ekranu tv – TVN24

Fundusz posłużyć miałby głównie szpitalom powiatowym, ponieważ szpitale marszałkowskie, wojewódzkie mogą liczyć na finansowanie ze środków marszałka województwa, który ma większe budżety od tych, którymi dysponują starostwa.

proc. PKB do produktu krajowego sprzed dwóch lat powoduje, że dopłaty nie są z automatu, tylko to dobra wola rządzących. Bo kwota, jaka jest niezbędna, by spełnić ustawowe zapisy jest o 8–10 mld zł niższa niż gdybyśmy stosowali PKB planowane na dany rok. ■

System wparcia dla 230 osób

To bardzo dobra wiadomość dla niesamodzielnych osób starszych z Poznania i gminy Czerwonak – 230 spośród nich zyska wkrótce możliwość skorzystania z nowego systemu usług medycznych i opiekuńczych.

Będzie on realizowany przez specjalistyczne zespoły Wielopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”. Właśnie z nim 9 września 2019 r. w Urzędzie Marszałkowskim w Poznaniu marszałek Marek Woźniak podpisał umowę na dofinansowanie kwotą ponad 4,3 mln zł projektu „Program usług zdrowotnych i społecznych świadczonych w społeczności lokalnej miasta Poznania i gminy Czerwonak dla niesamodzielnych osób starszych”. Będzie on realizowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020 (WRPO 2014+) Poddziałanie 7.2.2 „Usługi społeczne i zdrowotne”.

O tym projekcie marszałek powiedział: *To jeden z ciekawszych spośród 28 w obszarze wsparcia społecznego i zdrowotnego, na które przeznaczaliśmy w sumie 55 mln zł z naszego programu regionalnego. Zakłada on utworzenie systemu wsparcia dla 230 niesamodzielnych osób starszych, które niekoniecznie wymagają całodobowej hospitalizacji. To odpowiedź na wciąż rosnące zapotrzebowanie na usługi wspierające seniorów i temat bardzo ważny w dobie starzejącego się społeczeństwa. Przedsięwzięcie to w sposób zintegrowany odpowiada na to zapotrzebowanie, bo zakłada z jednej*



To jeden z ciekawszych projektów spośród 28 w obszarze wsparcia społecznego i zdrowotnego, na które przeznaczaliśmy w sumie 55 mln zł z naszego programu regionalnego. Zakłada on utworzenie systemu wsparcia dla 230 niesamodzielnych osób starszych, które niekoniecznie wymagają całodobowej hospitalizacji.

strony opiekę nad osobami starszymi, z drugiej wsparcie dla ich opiekunów. Projekt wspiera się na dwóch filarach: Dziennym Domu Opieki Medycznej (DDOM) i Centrum Wsparcia Opiekunów (CWO). Podopiecznym zapewni się usługi zdrowotne świadczone w DDOM, a następnie opiekuńcze świadczone poprzez CWO. Celem jest poprawa warunków i jakości życia osób starszych oraz stworzenie infrastruktury sprzyjającej utrzymaniu ich zaradności i samodzielności. (ap)

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA
I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL
PAN KRZYSZTOF...*



Jesień, ale nie złota

Nadeszła jesień. Przełom września i października to początek jesieni, tej astronomicznej. Istnieje jeszcze jeden termin – „jesień życia” i podobnie jak to ma się ze zwykłą jesienią, ta także dzieli się na okresy. Jedni są dopiero we wrześniu „jesieni życia”, drudzy już w październiku, inni zmagają się z listopadem. Ostatni, najbardziej wytrwali i odporni doczekują grudnia i czasu, kiedy jesień zamienia się w zimę.

By ten ostatni okres życia przeżyć godnie, pracujemy przez całe życie. Ma nam to zapewnić emerytura, która niestety zależy nie tylko od naszej pracy, ale także, a może i przede wszystkim od „humoru” rządzących naszym państwem i ich pomysłów „jakby tu jeszcze ograbić” tych, którzy w pocie czoła na nią pracowali.

Ponieważ coraz większej liczby lekarzy dotyczy termin „jesień życia”, postanowiłem zająć się pewnym problemem dotyczącym tych osób. Zmotywowała mnie do tego przekazana przez prezesa NRL korespondencja z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS). Z jednej strony należy się cieszyć, że pomimo tego, iż lekarze często umierają przedwcześnie, to jednak coraz większa ich liczba dożywa sędziwego wieku. Z drugiej strony rosnący odsetek lekarzy w „jesieni życia” jest efektem zbyt małej liczby młodych lekarzy wchodzących do zawodu, co z kolei implikuje to, że wielu z nas pracuje, pomimo iż osiągnęło już wiek, w którym mogłoby tylko korzystać z uroków życia oraz cieszyć się wnukami, prawnukami, itd., itp. Lekarze pracują, niestety, nie tylko dlatego, że lubią swoją pracę i czują się nadal potrzebni. Część pracuje dlatego, że nie ma ich kto zastąpić, a oni nie są na tyle asertywni, by odmówić czy to kolegom, czy to zarządzającym placówkami ochrony zdrowia, czy też w końcu swoim pacjentom. Niestety duża część naszych kolegów pracuje jeszcze z innej przyczyny, bardzo prozaicznej – po prostu pracują, by mieć za co żyć lub w najlepszym razie – by nie dopuścić do gwałtownej obniżki dotychczasowego poziomu życia. Niestety nigdy w Polsce zarobki lekarzy nie były satysfakcjonujące i mocno odbiegały od średniej krajowej. Dlatego większość lekarzy, by utrzymać siebie i swoją rodzinę, miała się różnych dodatkowych zajęć. Większość dyżurowała, nie tylko dlatego, że chciała, ale dlatego, że musiała, bo takie były przepisy. Inni pracowali jeszcze dodatkowo w wielu miejscach. Wspólnym mianownikiem tych prac było to, że nikt ich tak naprawdę nie ewidencjonował i nie sprawdził, czy placówki, w których pracowali robili to rzetelnie

i czy przechowywały dokumentację tych prac. Niestety po latach okazało się, że co prawda składki ZUS-owskie, zazwyczaj, były od nich odprowadzane, ale tylko globalnie, bez wyszczególnienia „za kogo” są odprowadzane. Przez lata nie miało to znaczenia. Niestety po latach, gdy rząd po raz kolejny zmienił „zasady gry”, czyli warunki wyliczania emerytur, nagle zażądano od lekarzy, by udowodnili, ile i gdzie pracowali, po to, aby można wyliczyć tzw. kapitał początkowy. Niestety dla wielu z nas jest to trudne do wykonania, ponieważ część placówek już nie istnieje, a dokumentacja płacowa zaginęła w „czarnej dziurze”. Państwo zaś nie poczuwa się zupełnie do winy i nie zaproponowało żadnego mechanizmu, by jednak zrekompensować brak możliwości udokumentowania swoich zarobków i w ten sposób urealnić kapitał początkowy. Efektem tego jest to, że wielu lekarzy ma niższe emerytury niż faktycznie mogłoby mieć. Dla części lekarzy szansą na podniesienie emerytury był fakt, iż pobierali dodatkowo rentę z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Co prawda nie całą rentę, ale tylko jej połowę, lecz przy mizerii lekarskich emerytur był to jednak znaczący zastrzyk pieniędzy. Podobnie miała się rzecz z tymi, którzy do renty dobierali połowę emerytury, gdyż takie rozwiązanie było także możliwe, w przypadku gdy było korzystniejsze niż ta pierwsza kombinacja (cała emerytura i pół renty).

Po tym przydługim wstępie dochodzimy do sedna sprawy, tj. wspomnianego pisma prezesa NRL do minister Bożeny Borys-Szopy z MRPiPS. List prezesa dotyczył konieczności zmiany przepisów, które powodują, że lekarz otrzymujący półtoje świadczenia, w sytuacji gdy ma jakiś dodatkowy dochód, musi zrezygnować z dodatkowej „połówki” i wybrać świadczenie, które zachowa. Ponadto to świadczenie może ulec redukcji na zasadach ogólnych, gdy dochód lekarza będzie za duży. Swoje wystąpienie prezes uzasadniał faktem, że obecne przepisy zniechęcają tych lekarzy, którzy jeszcze mogą i chcą pracować, do podjęcia działalności, ponieważ zamiast dodatkowego dochodu mogą na tym stracić finansowo, bowiem odbiera im się połowę dotychczasowego świadczenia. Dodatkowym argumentem było to, że wobec braku lekarzy w Polsce chyba lepiej jest pozwolić dodatkowo zarobić lekarzom emerytom, którzy nie dość, że są dobrze wykształceni, to mają jeszcze duże doświadczenie zawodowe, zamiast pozwalać pracować w Polsce lekarzom spoza Unii Europejskiej bez dotychczas wymaganej nostryfikacji dyplomu – a taki pro-

jekt kielkuje w głowach urzędników Ministerstwa Zdrowia. I jak myślą Państwo, co odpowiedziało ministerstwo? Czy wobec braku lekarzy przychyliło się do wniosku prezesa Madeja? Niestety, jak zapewne większość z Was obsta-
wiała, odpowiedź MRPiPS, podpisana ręką wiceministra Marcina Zielenieckiego, była odmowna. W czterostronico-
wym piśmie wyjaśnił, że przepisy są jakie są i nie może być
wyjątków dla lekarzy. Przytoczył także wyroki Trybunału
Konstytucyjnego z 2006 i 2003 r. oraz uchwałę Sądu Naj-
wyższego z 2005 r., co prawda w nieco innych sprawach,
ale stwierdzające, że nie może być wyjątków dla nikogo.
Żadnej refleksji nie wywołał natomiast argument, że taka
zmiana zmniejszyłaby niedobór lekarzy i ulżyła losowi pa-

cientów. Ta odpowiedź jest zresztą klinicznym przykładem
postępowania polityków wobec lekarzy. W czasie kampanii
wyborczej, podczas protestów obiecują wszystko, co
wydaje im się, że uładzi wzburzenie lekarzy. Natomiast gdy
dochodzi do praktycznej realizacji obietnic, albo twierdzą,
że nic nie da się zrobić, albo tak zmieniają zapisy prawne,
że efekt jest odwrotny od postulowanego. A ostatecznym
argumentem jest zawsze to, że lekarze nie mogą być
w uprzywilejowanej sytuacji w stosunku do reszty społeczeństwa. To, że wiele grup ma takie czy inne przywileje
jakoś umyka im w tej sytuacji.

*KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy!

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU, ROCZNIK 1984!

Zapraszamy wszystkich na kolejne spotkanie, tym razem z okazji 35-lecia ukończenia przez nas studiów!

Zjazd odbędzie się w restauracji Ułan Browar w Poznaniu, ul. Wyspiańskiego 26, w dniu 5 października 2019 r.

Wszystkie szczegółowe informacje znajdziecie na stronie: www.absolwencilek84.pl

Prosimy o rejestrację i wpłaty!

Zapraszamy wszystkich bardzo serdecznie!

Spotkajmy się wszyscy – zarówno ci, którzy już uczestniczyli w naszych zjazdach, ale również ci, którzy jeszcze nie dotarli!

Organizatorki: Jagoda Barnadczyk-Meller, Iza Kucharczyk-Bauman

W śremskim kole PTL

Rozważania przed sezonem



Barbara Nowicka

Ani nie zawieszamy działalności, ani jej nie likwidujemy. Z szacunku dla dorobku i tradycji – taka była właściwie najważniejsza konkluzja sprawozdania dr Barbary Siwińskiej, prezes śremskiego koła PTL, na tegorocznym zebraniu sprawozdawczo–wyborczym, które odbyło się 12 czerwca w Villa Natura w Dolsku. Brak zainteresowania działalnością społeczną w Polskim Towarzystwie Lekarskim to proces, który

od pewnego czasu ma miejsce w niejednym środowisku. Dlaczego? Nie ma na to tak prostej odpowiedzi, jakby się wydawało. Czy przyczyną jest fakt, że powstały izby lekarskie i tam jest właściwa płaszczyzna do wpływania na kształt ochrony zdrowia w kraju? To bezsporny fakt.

Jednak może należałoby wziąć pod uwagę ogromny postęp, jaki dokonał się w medycynie w ostatnich dziesięcioleciach, a zatem zmianę systemu przekazywania wiedzy i kształcenia, co zmniejsza pole działania towarzystw lekarskich, a to przecież kiedyś stanowiło znaczącą gałąź ich aktywności. Dostęp do wiedzy, publikacji naukowych zapewniały stowarzyszenia lekarskie niezależnie od ich proveniencji. Zarówno samorządy, jak i towarzystwa lekarskie mają się do czego odwołać. Izby lekarskie aż do *Collegium Medicorum Gedanensis* z XVII w., a Polskie Towarzystwo Lekarskie do Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego założonego w 1805 r. przez Jędrzeja Śniadeckiego. Oba też z sukcesami działały w dwudziestoleciu międzywojennym.

Po drugiej wojnie światowej nastąpiła pacyfikacja wszelkiej działalności społecznej i tam gdzie samorządy lekarskie się odradzały to albo je likwidowano, albo centralizowano. Rok 1951 przyniósł likwidację izb lekarskich, a 17 stowarzyszeń regionalnych połączono w jedno, centralne Polskie Towarzystwo Lekarskie. Przez lata to właśnie Polskie Towarzystwo Lekarskie (PTL) reprezentowało środowisko lekarskie, a z jego sekcji powstały samodzielne towarzystwa naukowe, m.in.: Towarzystwo Medycyny Społecznej, Towarzystwo Medycyny Wsi, Towarzystwo Diagnostyki Laborato-

ryjnej, Towarzystwo Akupunktury, Towarzystwo Alergologii, Towarzystwo Ultrasonografii i inne (za pl.wikipedia.org). Reaktywacja izb lekarskich nastąpiła w 1989 r., ale dopiero w 2009 r.

Ale przecież lekarze to ludzie konkretni, ludzie czynu.

A dr Siwińskiej, osobie z ogromnym talentem organizacyjnym, służba zdrowia w Śreмі ma wiele do zawdzięczenia. Choćby dwuletnie pomaturalne studium pielęgniarstwa, które diametralnie zamieniło sytuację kadrową nowego szpitala i w całym powiecie śremskim.

zmieniono ustawę o izbach, opierając się w dużej mierze na propozycjach samorządu lekarskiego. Po prostu tego wymagają obecne czasy.

Ale... jakie są te czasy? Bezwzględnie i do bólu realistyczne, by nie powiedzieć – materialistyczne. Warunki materialne skłoniły bowiem ok. 25 tys. lekarzy do wyboru pracy za granicą. Zamykane są oddziały szpitalne z braku lekarzy właśnie. W tej sytuacji wymagana jest zasada: „wszystkie ręce na pokład”. Poświęcając czas i zdrowie nawet ci, którzy mogli już odejść na emeryturę. Z tego też względu nie ma i nie będzie ich widać w działalności stowarzyszeń.

Zatem komu jeszcze się chce działać na rzecz środowiska? I to nie tam, gdzie decyduje się o konkretnych warunkach ochrony zdrowia. Chciałoby się powiedzieć, że to romantycy. Tacy jak dr Barbara Siwińska ze śremskiego koła PTL. Ale przecież lekarze to ludzie konkretni, ludzie czynu. A dr Siwińskiej, osobie z ogromnym talentem organizacyjnym, służba zdrowia w Śreмі ma wiele do zawdzięczenia. Choćby dwuletnie pomaturalne studium pielęgniarstwa, które diametralnie zamieniło sytuację kadrową nowego szpitala i w całym powiecie śremskim. Dziś ze świecą szukać człowieka, który by tego dokonał. Pani doktor do dziś mile wspomina także czasy pionierskie, kiedy w dyżurce jeszcze starego śremskiego szpitala powiatowego zebrało się grono założycieli Koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. To był szczyt i honor dla środowiska. Uchyliło się okno na świat postępu wiedzy lekarskiej.

Jednak nie tylko o sentymenty chodzi. Prezes śremskiego koła PTL wie, jak ważna dla środowiska jest integracja. Są spotkania cieszące się sporą frekwencją, które taką funkcję spełniają. Przychodzą na nie ci, którzy wygospodarują czas, aby побыć razem, porozmawiać i chociażby się zobaczyć, bo na co dzień, nieustannie w biegu, mijają się. A jak to w Śreмі przy takich okazjach bywa, niech świadczy niespodziewane przybycie honorowego prezesa ZGPTL prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego na spotkanie wigilijne w ubiegłym roku. Dlaczego w zimowy czas chciało mu się jechać pociągiem z Warszawy do Poznania, stamtąd autobusem do Śremu, żeby tu z tym środowiskiem się spotkać? Bo takie chwile razem mają swoją niewymierną wartość ukształtowaną tradycją i ją właśnie dr Barbara Siwińska z zespołem: dr Ewą Kapałą, dr Anną Gendaszyk-Tiszer, dr Hanką Kostrzewską, czyli zarządem wybranym na kolejną, czteroletnią kadencję, chcą podtrzymywać. ■

Wycieczka w Bieszczady, zorganizowana przez Delegaturę WIL w Lesznie, zakończyła się w minioną niedzielę, 25 sierpnia 2019 r. Nasz „wypad” nie tylko dał nam możliwość zdobycia szczytu Połoniny Caryńskiej i odbycia rejsu statkiem po Jeziorze Solińskim, ale uwrażliwił nas na piękno bieszczadzkiej przyrody, a przede wszystkim zapoznał z legendami i wydarzeniami tych stron, wplecionymi w historię dawnej i współczesnej Rzeczypospolitej.

A więc już wiemy, jak to było, że są Biesy i Czady. Wiemy o poczynaniach miejscowych zbirów beskidników i tołhajów. Wiemy też, kto to bieszczadzkie zakapiory. I wiemy też o tym, jak to było w Chreptiowie opisywanym w „Panu Wołodyjowskim”, gdzie został ochrzczony Jacek hrabia Fredro, ojciec Aleksandra, oraz jak przeprowadzono akcję „Wisła” po drugiej wojnie światowej na autochtonicznej ludności Łemków, Bojków, Pogórczan i Dolinian.



Odwiedziliśmy Cisną z kroplami deszczu, dojechalismy kolejką do Balnicy, byliśmy oczywiście w Polańczyku. We wsi Jabłonki zderzyliśmy się z historią działań zbrojnych UPA. Podziwialiśmy ruską cerkiew w Smolniku wpisaną do światowego dziedzictwa UNESCO.

W Sanoku kilka godzin spędziliśmy w innym świecie, spacerując po Parku Etnograficznym. Tak więc przez te cztery dni całkowicie się „zbieszczadziliśmy” i niestety jeszcze nam mało.

LIDIA DYMALSKA-KUBASIK
PRZEWODNICZĄCA DELEGATURY WIL W LESZNIE

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Silva rerum, z łac. las rzeczy, zbiór rozmaitych wiadomości albo utworów różnej treści; dawniej księga domowa albo rodzinna, w której zapisywano dorywczo różne wydarzenia, czasem ciekawostki.

COHEN Z FILADELFI wypowiedział świetną mowę, w której gorąco powstawał przeciw drukowaniu w gazetach reklam o patentowanych środkach lekarskich, i zaproponował członkom zebrania, aby obesłali wszystkie redakcje, w celu wyjaśnienia im całego ogromu zła, ztąd wynikającego. „Wszystkie te mieszaniny nie tylko wyciągają pieniądze z kieszeni nieszczęśliwych chorych, ale narażają ich na stratę czasu, a niekiedy i na śmierć. Wiele to dzieci usypia na zawsze dzięki różnym kojącym syropom, wielu nałogowych pijaków ginie, dzięki patentowanym środkom mającym, zastąpić whiskey (wódkę), albo morfinistów, zastępujących morfinę patentowanymi surogatami, które same są jeszcze gorszymi trucznymi. Jeżeli bym ja był redaktorem i drukował podobne ogłoszenia, to każdy dolar wpływający z tego źródła, byłby dla mnie pieniądzem krwi (blood money) i zdawałoby mi się, że jest napiętnowany trupią głową”.

„Kronika Lekarska” 1891, XII, 1

ARSZENIK W OBICIACH. Dr. Galloway w Chicago (D. A. A. Ztg.) badał 100 prób tapetowych z różnych fabryk od 15 fen. do 40 mk. za rolkę. Tylko 24 obić nie zawierało wcale arsenu; w innych odkrył mniejszą lub większą jego ilość od 1 mg do 600 mg na 1 metr [kwadratowy]. W próbce zawierającej aż 600 mg arsenowego kwasu znajdowała się ta trucizna prawie całkiem w barwie czerwonej. W Massachusetts chciano przed kilku laty przeprowadzić prawo zakazujące używanie więcej, jak 7 mg. arsenu nad 1 metr [kwadratowy] tapet; ale fabrykanci tapet potrafili unicestwić projekt tego prawa w sejmie.

„Nowiny Lekarskie” 1889, I, 623

POTOMSTWO PIJACZKI. Profesor uniwersytetu w Bonn Pellmann wysledził 709 potomków pewnej alkoholistki, urodzonej w r. 1740, zmarłej w r. 1800. Wśród tego potomstwa naliczył on 7 zabójców i 76 złoczyńców różnego rodzaju. 144 osoby były żebrakami z profesji, 61 utrzymywało się na koszt dobroczynności publicznej, a 181 oddawało się prostytucji. Na koszty pilnowania, śledztw, więzień i przytułków dla tej licznej, a nieszczęśliwej rodziny wydało państwo niemieckie sumę 6 milionów franków.

„Zdrowie” 1901, XVI, 511

NAJWYŻSZY SĄD W PESZCIE wyrzekł w sprawie pomiędzy dwoma lekarzami, iż lekarz wypowiadający o drugim lekarzu zdanie, iż tenże choroby nie rozpoznał i że choremu groziłaby śmierć, w razie gdyby go lekarz ów dalej miał w swej opiece, nie popełnia potwarzy, ponieważ wyrzeczenie takie ze strony lekarza mieści w sobie opinię biegłego.

„Medycyna” 1883, XI, 224

Wspomnienie

Prof. dr hab. n. med. Mieczysław Wender

W dniu 29 lipca 2019 r., w wieku 93 lat, zmarł nestor polskich neurologów, prof. zw. dr hab. n. med. Mieczysław Wender.

Prof. Wender urodził się 8 lipca 1926 r. w Poznaniu, w rodzinie o tradycjach inteligenckich. Jego ojciec, też Mieczysław, był radcą prawnym, natomiast dziadek ze strony ojca – uczeń Pasteura, był lekarzem epidemiologiem zakładającym stacje sanitarne na Syberii.

W czasie okupacji hitlerowskiej wraz z rodziną ewakuował się do Lublina, tam też ucząc się w lokalnych szkołach, jednocześnie zdawał egzaminy z poszczególnych klas gimnazjum ogólnokształcącego przed tajną komisją egzaminacyjną. Dzięki temu po powrocie do Poznania, już w 1946 r., zdał egzamin dojrzałości w Liceum im. św. Jana Kantego. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego (od roku 1950 przemianowanego na Akademię Medyczną), uzyskując dyplom lekarza w 1951 r.

W czasie studiów i tuż po studiach, w latach 1948–1951, pracował w Zakładzie Anatomii, a następnie od roku 1951 do końca życia w Katedrze i Klinice Neurologii poznańskiej uczelni.

Od pierwszych lat pracy zawodowej daje się zauważyć, że nauka była pasją Profesora. Miał fotograficzną pamięć, rozumiał konieczność współpracy międzynarodowej, władał angielskim, niemieckim, francuskim i rosyjskim, regularnie doskonalił znajomość tych języków.

W 1956 r. obronił rozprawę doktorską (według ówczesnego systemu – wzorowanego na radzieckim – na stopień „kandydata nauk medycznych”) pt. „Zmiany procesu hemostazy i fibrolizy po odmie czaszkowej jako wyraz procesów ośrodkowo-nerwowych”. W roku 1961, mając zaledwie 35 lat (!), obronił przewód habilitacyjny pt. „Badania doświadczalne rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia”. Na tej podstawie w tym samym roku został powołany na stanowisko docenta w Katedrze Neurologii naszej uczelni.

W niepublikowanych wspomnieniach córki Profesora, prof. dr hab. n. med. Ewy Wender-Ożegowskiej odnajdujemy cechy charakteru jej Ojca, niezwykle przydatne w pracy naukowej: *Ojciec był bardzo zdyscyplinowany, uporządkowany, każdy dzień był podobny do drugiego: rano była obowiązkowa gimnastyka; po pracy w klinice, po niewielkim obiedzie siadał za biurkiem, pracował do 19, potem był spacer z psem, kolacja i wieczorem czytał.*

Dalej córka wspomina: *Ojciec interesował się historią, przede wszystkim współczesną i drugiej wojny światowej, bardzo lubił sport, był kibicem „Lecha” Poznań do samego końca. Bardzo przestrzegał diety, ... mimo że lubił słodczyce, a szczególnie lody.* Prof. Wender lubił podróże, niewiele jest państw, których w swoim długim życiu nie odwiedził, m.in. w „Kronice i Bibliografii Akademii Medycznej w Poznaniu” znajdujemy zapis: *W roku 1964 doc. Wender wygłosił wykłady na Uniwersytecie w Kabulu i Jalalabadzie (Afganistan).*



W 85. roku życia odwiedził Indie, a w bieżącym roku wybierał się do Bergen.

W pracy naukowej od pierwszych publikacji pisanych, samodzielnie lub w małych 2–3-osobowych zespołach – co dzisiaj jest już rzadkością, uderza zdolność przewidywania przyszłych trendów naukowych i kierunków rozwoju metod badawczych. Na przykład już w roku 1958 Profesor opublikował pracę pt. „Zastosowanie izotopów w neurochemii” („Pol. Tyg. Lek.”), a także ze współpracownikami (J. Patelski, H. Filipek) inną, znakomicie

przewidującą rozwój metod diagnostycznych w neurologii pracę pt. „Znaczenie elektroforezy białek surowicy w Klinice Neurologicznej” („Post. Neurol. Neurochir. Psychiat.” 1957). Nieobce były mu zagadnienia genetyki, o czym świadczy opublikowana w 1965 r. w „J. Med. Genet.” praca pt. „Familial occurrence of trisomy 16–18” (wspólnie z J. Kosowiczem, J. Steffenem i B. Zgorzalewicz).

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych ubiegłego wieku był na kilku stypendiach naukowych w renomowanych ośrodkach za granicą, m.in. w roku 1957 w Antwerpii w Bunge Research Institute, pracując pod kierunkiem słynnego prof. Ludo van Bogaerta, a w roku 1962 w Pracowni Neurochemii Klinicznej w renomowanym Queen Square Institute of Neurology w Londynie. Po przejściu dotychczasowego kierownika poznańskiej kliniki prof. Anatola Dowżenki do Warszawy, w 1963 r. (w wieku zaledwie 37 lat) został kierownikiem Kliniki Neurologii Akademii Medycznej w Poznaniu; pełnił tę funkcję do roku 1996, czyli do momentu przejścia na emeryturę. W tym czasie poznańska katedra i klinika stały się najsilniejszym ośrodkiem badań neuroimmunologicznych, a szczególnie badań nad stwardnieniem rozsianym w Polsce.

Tytuł profesora nadzwyczajnego (nadany według ówczesnych zasad uchwałą Rady Państwa) Mieczysław Wender otrzymał w 1967 r., a tytuł profesora zwyczajnego nadał Minister Zdrowia na wniosek Rady Państwa w 1976 r.

Dorobek naukowy Profesora jest imponujący. Biblioteka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu dysponuje 1144 rekordami Jego autorstwa (włączając listy, komentarze, rozdziały podręczników i prace pełnotekstowe). Owocem wielu lat pracy Profesora jest ok. 460 pełnotekstowych prac naukowych, szczególnie z zakresu neurochemii, neuroimmunologii, immunopatologii, diagnostyki i terapii stwardnienia rozsianego, a także – w późniejszym okresie – epidemiologii. Warto zauważyć, że opublikował także ponad 70 prac z tzw. Impact Factorem, a należy pamiętać, że ten popularny wskaźnik wpływu publikacji naukowych pojawił się już w końcowej fazie życia zawodowego Profesora.

Był też współautorem kilku podręczników i ponad 40 rozdziałów w podręcznikach.

O naukowej żywotności Profesora świadczy to, że pierwszą pracę w czasopiśmie recenzowanym opublikował w wieku 26 lat (w roku 1952), a ostatnią w wieku 89 lat (w roku 2015).

Natomiast o pozycji i autorytecie prof. Wendera w środowisku neurologów świadczy fakt, że od roku 1961 (miał wtedy zaledwie 35 lat) do przejścia na emeryturę był jedynym autorem rozdziałów na temat stwardnienia rozsianego w kolejnych referencyjnych podręcznikach neurologii, zalecanych dla przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych.

Wypromował 30 doktorantów i był opiekunem kilku doktorów habilitowanych i docentów.

Przez wiele lat był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie neurologii w Wielkopolsce i Lubuskim.

Prof. Mieczysław Wender przez kilka kadencji pełnił z wyboru funkcję prezesa Oddziału Wielkopolsko-Lubuskiego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, był też członkiem Zarządu Głównego PTN.

W poznańskiej uczelni w latach 1969–1972 pełnił funkcję prorektora ds. klinicznych.

Był przewodniczącym Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk, przewodniczącym Komisji Neurochemii PAN, członkiem Niemieckiej Akademii Nauk Leopoldina.

Praktycznie do końca życia był powoływany do udziału w Państwowych Komisjach Egzaminacyjnych w dziedzinie neurologii, wprawiając niejednokrotnie w konsternację zaskoczonych zdających – kiedy to 90-letni starszy Pan Profesor pytał o zastosowania funkcjonalnego rezonansu magnetycznego w neurologii czy też o zasady działania pozytronowej emisyjnej tomografii.

Profesora nie widywano chorego, a dzień przed jedną z nielicznych, i ostatnią w swym życiu chorobą – wygłosił wykład na konferencji naukowej.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci ostatni obraz z korytarzy kliniki – starszego, pochylonego już nieco Profesora, z żywym, inteligentnym błyskiem w oku i ciągle nie-
nasyconą ciekawością świata.

*prof. zw. dr hab. n. med. Radosław Kaźmierski – prezes Oddziału Wielkopolsko-Lubuskiego
Polskiego Towarzystwa Neurologicznego*

*prof. zw. dr hab. n. med. Wojciech Kozubski – kierownik Katedry i Kliniki Neurologii, Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*

Wspomnienie

Wanda Błęńska (1911–2014) – lekarka trędowatych z Poznania

Wanda Błęńska urodziła się w Poznaniu 30 października 1911 r. Jej ojciec – Teofil był nauczycielem, a matka – Helena z domu Brunz, *primo voto* Radkiewicz, była jego drugą żoną. W latach 1928–1934 Wanda studiowała medycynę na Uniwersytecie Poznańskim i uczestniczyła w pracach Akademickiego Koła Misyjnego, gdzie redagowała „*Annales Missiologicae*”. Po ukończeniu studiów przeniosła się do Torunia, gdzie najpierw w latach 1934–1936 pracowała w Szpitalu Miejskim, a potem w latach 1936–1939 w Państwowym Zakładzie Higieny. W roku 1939 rozpoczęła pracę w Szpitalu Morskim w Gdyni.

Na początku wojny wstąpiła do organizacji wojskowej Polskiego Państwa Podziemnego, gdzie brała udział w szkoleniu zespołów sanitarnych oraz organizowała zbiórki materiałów sanitarnych, m.in. do oflagów, więzień i obozów. Była członkiem organizacji „Gryf Pomorski” i komendantką oddziału kobiecego w obwodzie toruńskim AK. Te działania były przyczyną pobytu w więzieniu w Toruniu i Gdańsku. W 1946 r. potajemnie wyjechała do Hanoweru, by zająć się tam chorym bratem. Tam też skończyła kurs medycyny tropikalnej i pracowała w kilku szpitalach w Niemczech. Następnie wyjechała do Anglii, gdzie wstąpiła do kobiecej służby wojskowej przy oddziałach dowodzonych przez gen. Maczka i pracowała jako lekarka w różnych szpitalach. W 1948 r. ukończyła podyplomowe studia w Instytucie Medycyny Tropikalnej i Higieny na Uniwersytecie w Liverpoolu. W 1950 r. wyjechała do Afryki – najpierw dotarła do



Fort Portal, gdzie pracowała przez rok u sióstr franciszkanek, a od 1951 r. zamieszkała w misji w Bulubie nad Jeziorem Wiktorii, w której znajdowało się ok. 22 tys. trędowatych. Błęńska zorganizowała tam szpital i cały system opieki dla trędowatych. Jej ośrodek stał się centrum referencyjnym leczenia trędowatych w Ugandzie i najważniejszym ośrodkiem szkoleniowym. Pracowała tam do 1993 r., kiedy wróciła do Poznania. W latach 1986–1987 pracowała też w centrum dla trędowatych w Puri w Indiach założonym przez polskiego misjonarza ojca Mariana Żelazka. Jej długoletnia praca sprawiła, że określana była „Matką Trędowatych”, a miejscowi nazywali ją „Dokta”.

Otrzymała wiele nagród i wyróżnień, w tym m.in. odznaczenia papieskie „*Pro Ecclesia et Pontificae*” (1961) i „*Benemerenti*” (1984), Prezydenta RP Krzyż Komandorski z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski (1993) oraz Krzyż Wielki Orderu Odrodzenia Polski (2011), honorowe obywatelstwo Ugandy i Poznania (z inicjatywy ówczesnego wiceprezydenta Poznania A. Grzybowski), a także tytuł doktora *honoris causa* Akademii Medycznej w Poznaniu. W 1993 r. *Leprosy Training Center* w Buluba zostało nazwane jej imieniem.

Nie miała męża ani dzieci. Zmarła 27 listopada 2014 r. Została pochowana na Cmentarzu Jeżyckim w Poznaniu. W 2018 r. została patronem ronda na Piątkowie w Poznaniu i zwyciężyła w plebiscycie na „Poznaniankę Stulecia”. Diecezja poznańska gromadzi dokumenty mające posłużyć do rozpoczęcia procesu beatyfikacyjnego Błęńskiej.

*Prof. zw. dr hab. med. A. Grzybowski Prezes Polskiego Towarzystwa Historii i Filozofii Medycyny
Redaktor naczelny „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” http://www.ahifm.kylos.pl/about_society*

30-LECIE ABSOLUTORIUM WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UM POZNAŃMiejsce: **Concordia Design** Czas: **Sobota, 19 października 2019, 19.00–04.00****ROCZNIK 1989!****Spotykamy się 30 lat po uzyskaniu absolutorium na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu**

Zachęcam koleżanki i kolegów do wzięcia udziału w imprezie, mam nadzieję, że jak zawsze będziemy się świetnie bawić! Miejsce jest wyjątkowe i sprawdzone, wierzę, że wszyscy będą zadowoleni! Koszt wieczoru to 400 PLN/osobę, oczywiście mile widziane będą osoby towarzyszące, decyzja jest indywidualna.

Prosimy o dokonywanie wpłat na konto nr: **15102040270000100212231181** do końca sierpnia, to pozwoli oszacować liczbę uczestników.

Do zobaczenia, pozdrawiam wszystkich serdecznie.

Bardzo prosimy o informowanie wszystkich, z którymi macie kontakt! Podaję też mój telefon i maile kontaktowe: **607 665 300 ewakroll@ump.edu.pl aniad122@o2.pl**

WCM REMEDIUM
nawiąże współpracę z LEKARZEM
chcącym realizować specjalizację
z medycyny rodzinnej
w trybie rezydenckim na dogodnych
warunkach finansowych
e-mail: jstane@wcm-remedium.pl
tel. 604 565 283

**WYNAJMĘ
GABINET
LEKARSKI**

Poznań, Stare Winogrody
Tel. 794 456 184



Art. Medicum Os. Edwarda
Raczyńskiego 2/23,
62-020 Swarzędz
poszukuje

LEKARZA RODZINNEGO

Prosimy kontaktować się
z kierownikiem placówki
tel. **728 480 995** lub e-mail:
renata.zukowska@certus.med.pl

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO**I ODDZIAŁU STOMATOLOGII AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU
ROCZNIK 1958–1964**

**Zapraszamy na spotkanie z okazji 55-lecia ukończenia studiów
organizowane w Poznaniu w dniu 19 października 2019 r.**

Opłatę za udział w spotkaniu, w wysokości 130,00 PLN, prosimy przekazać do dnia 15 września br.
na konto nr: **45 1020 4027 0000 1102 0404 3501 Wielkopolskiej Izby Lekarskiej** (adres jak niżej).

Tytuł płatności: **55-lecie, imię i nazwisko.**

Program:

16.00 – msza św. w kościele św. Michała przy ul. Stolarskiej,

17.30 – spotkanie koleżeńskie w Centrum Kongresowym IOR w Poznaniu, ul. Węgorka 20.

W hotelu Centrum możliwość indywidualnej (osobistej) rezerwacji noclegu.

Kontakt z Komitetem Organizacyjnym:

Wielkopolska Izba Lekarska, 61-734 Poznań, ul. Nowowiejskiego 51, tel. **61 852 58 60**,

wewn. 127 (p. Biegański), 180 (sekretariat), e-mail: izba@wil.org.pl; Ewa Trzaska (tel. **602 651 009**),

Andrzej Habrych (tel. **604 579 671**), Ewa Woźniak (tel. **609 483 839**)

PRZYCHODNIA W POZNANIU

zatrudni **LEKARZY RODZINNYCH,
INTERNISTÓW, PEDIATRÓW**

oraz WYNAJMIĘ GABINETY
na działalność zabiegową i niezabiegową
Tel. 512 533 813

Maraton 30-lecia**Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji****Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**

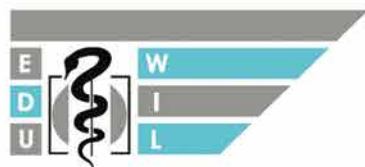
zaprasza na

XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie,

które odbędą się w Poznaniu 20 października 2019 roku
dla uczczenia 30-lecia odrodzonych izb lekarskich.

Zapisy na stronie: marathon.poznan.pl

Koordynator: Wojciech Łacki, kom. 602-244-817, e-mail: wojciechlacki@poczta.onet.pl



Partner merytoryczny:



RODO DEBATA EKSPERTÓW

Centrum Konferencyjne EDU WIL
Poznań, ul. Szyperska 14
22 października 2019 r., godz. 10:00

W PROGRAMIE DEBATY M. IN.:

- Umowy powierzenia
- Zgody na przetwarzanie danych osobowych
- Upoważnienia
- Klauzule

Wśród ekspertów m.in.:

Mariola Więckowska – ekspert danych oraz doświadczony Data Protection Officer, obecnie pracownik LexDigital oraz członek grupy roboczej RODO w Ministerstwie Cyfryzacji

Aneta Sieradzka – prawnik, nauczyciel akademicki, wykładowca ochrony danych w prawie karnym i ochronie zdrowia na UMCS w Lublinie, właścicielka Sieradzki&Partners

Marek Saj – Dyrektor Biura Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Inspektor Ochrony Danych z doświadczeniem w branży medycznej i inni

Formularz zgłoszeniowy na stronie <https://wil.org.pl/edu-wil/>
Więcej informacji: tel. 783 993 919

WPROWADZENIE DO MIKROCHIRURGII

Centrum Konferencyjne EDU WIL
Poznań, ul. Szyperska 14,
16 października 2019 r. godz. 16:00

Prowadzący: lek. dent. Przemysław Stankowski

PROGRAM KURSU:

- 16:00 – 18:00 Wprowadzenie do mikrochirurgii – omówienie technik cięcia przy zębach oraz w odcinkach bezzębnych oraz szcicia
- 18:00 – 18:30 Przerwa
- 18:30 – 20:30 Ćwiczenia na modelach z cięcia

Koszt kursu 350 zł. Przysługują 4 punkty edukacyjne.

Formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie <https://wil.org.pl/stomatologia/>

Więcej informacji: tel. 601 799 706

SZKOLENIA STOMATOLOGICZNE

- 26.10.2019 r. Nowe trendy w chirurgii stomatologicznej – podstawowy kurs chirurgiczno – implantologiczny
- 8.11.2019 r. Endo Akademia. Endodoncja krok po kroku... czyli od anatomii po usuwanie złamanych narzędzi – Gutaperka na ciepło i mikroskop stomatologiczny, stopień III
- 9.11.2019 r. Endo Akademia. Endodoncja krok po kroku... czyli od anatomii po usuwanie złamanych narzędzi – Reendo, perforacje i złamane narzędzia, stopień IV

Szkolenia organizowane
we współpracy z firmą POLDENT

Szczegóły oraz zapisy:

Karolina Chojnacka tel.: 605 221 120 k.chojnacka@poldent.pl



Organizatorzy:



Patronat Honorowy:



Patronat Medialny:



Drogie koleżanki, Drodzy koledzy, Szanowni Państwo,

serdecznie zapraszamy do udziału w I Wielkopolskiej Konferencji RAK PŁUCA „Współpraca podstawą sukcesu terapeutycznego: od diagnostyki do leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca”, która odbędzie się 6 grudnia 2019 r. w Poznaniu w Hotelu Mercure.

Jest to nowe wydarzenie na naukowej mapie Wielkopolski, którego celem i ideą jest stworzenie cyklicznej platformy wymiany poglądów oraz doświadczeń wszystkich specjalistów zajmujących się opieką nad chorymi z rakiem płuca.

Na tegorocznym spotkaniu przedstawimy **możliwości diagnostyczne zaawansowanych technik chirurgicznych i ob-**

razowych, spojrzymy z perspektywy najbliższej przyszłości na **możliwości, jakie stwarza interdyscyplinarne leczenie zaawansowanego raka płuca**, a także zastanowimy się, **jak pomóc naszym chorym będącym w trakcie leczenia oraz po jego zakończeniu**. Zwrócimy szczególną uwagę na ich rehabilitację.

Więcej informacji o konferencji na stronie www.rakpluca.pl.

Udział w konferencji jest bezpłatny.

Zachęcamy do wcześniejszego dokonywania rejestracji ze względu na ograniczoną liczbę miejsc.

Piotr Milecki

prof. dr hab.
Piotr Milecki
Komitet Naukowy

Aleksander Barinow-Wojewódzki

prof. nadzw. dr hab. med.
Aleksander Barinow-Wojewódzki
Komitet Naukowy

Wojciech Dyszkiewicz

prof. dr hab.
Wojciech Dyszkiewicz
Komitet Naukowy

**SZPITAL POWIATOWY
IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE SP. Z O.O.**

**ZATRUDNI
LEKARZA
SPECJALISTĘ OTOLARYNGOLOGA**

**mile widziana umiejętność
wykonywania operacji endoskopowych zatok**

Praca na Oddziale Laryngologicznym i Poradni Laryngologicznej.
Rodzaj umowy i warunki pracy do uzgodnienia.

Osoby zainteresowane proszone są o kontakt osobisty, telefoniczny
pod nr tel. **61 281 54 43** lub e-mail: **sekretariat@szpital-srem.pl**

**SĄD OKRĘGOWY W POZNANIU
POSZUKUJE
LEKARZY MEDYCYNY**

do pełnienia funkcji stałych
BIEGŁYCH SĄDOWYCH i LEKARZY SĄDOWYCH

w okręgu Sądu Okręgowego w Poznaniu

Pełnienie obu funkcji jest odpłatne

Niezbędne informacje znajdują się na stronie internetowej
Sądu Okręgowego w Poznaniu **www.poznan.so.gov.pl**

w zakładce Struktura organizacyjna – lekarze sądowi,
– biegli sądowi oraz pod numerami telefonów:
nr 61 628 30 52 i 61 628 30 55

Naszemu Koledze

Panu Profesorowi Maciejowi Cymerysowi
działającemu z nami w samorządzie lekarskim od wielu lat

**składamy wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci**



TATY

Łączymy się w smutku

Artur de Rosier

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
wraz z Okręgową Radą Lekarską



Z głębokim żalem i smutkiem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci
ś.†p.

prof. zw. dr n. med.

KRYSTYNY ZAWILSKIEJ

Pani Profesor była specjalistą w dziedzinie
chorób wewnętrznych, hematologii i angiologii.
Żegnamy człowieka prawego i szlachetnego, o wielkiej skromno-
ści osobistej, lekarza z powołania o wysokiej etyce zawodowej,
nauczyciela wielu pokoleń hematologów.

**Rodzinie śp. Zmarłej
wyrazy głębokiego współczucia**

w imieniu lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
składa

Artur de Rosier

prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby
Lekarskiej wraz z Okręgową Radą Lekarską

Wrzesień w izbie

- 03 września posiedzenie Komisji ds. Konkursów
posiedzenie Komisji Finansowej
wynajem sali na spotkanie zewnętrzne
szkolenie w zakresie e-recepty w Ostrowie Wielkopolskim
- 04 września szkolenie w zakresie e-recepty w Koninie
posiedzenie Komisji ds. Rejestru Lekarzy
posiedzenie Komisji ds. Kształcenia Medycznego
posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej
spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów
- 05 września posiedzenie Prezydium Komisji ds. Emerytów i Rencistów
- 07 września posiedzenie Prezydium ORL WIL
posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej WIL
posiedzenie Prezydium Komisji Stomatologicznej
- 09 września wynajem sali na spotkanie zewnętrzne
- 10 września spotkanie w sprawie działalności podmiotów wykonujących
- 12 września wynajem sali na spotkanie zewnętrzne
posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy
- 17 września posiedzenie Prezydium ORL WIL
- 18 września posiedzenie Komisji Bioetycznej
posiedzenie Komisji Socjalnej
- 21 września spotkanie integracyjne z Bractwem Kurkowym
- 23 września szkolenie specjalizacyjne z prawa medycznego – I dzień
- 24 września szkolenie specjalizacyjne z prawa medycznego – II dzień
posiedzenie Komisji ds. Integracji i Wizerunku
posiedzenie Komisji ds. Szpitalnictwa
posiedzenie Komisji ds. Etyki Lekarskiej
- 25 września szkolenie specjalizacyjne z prawa medycznego – III dzień
- 26 września wynajem sali na spotkanie zewnętrzne
- 27 września szkolenie „Doktorat w obliczu ustawy 2.0”
szkolenie stomatologiczne „Endodoncja krok po kroku... najważniejsze podstawy
skutecznej terapii” I stopień
szkolenie w zakresie e-recepty w Pile
szkolenie stomatologiczne „Endoakademia. Endodoncja krok po kroku... opracowanie
maszynowe kanału” II stopień
szkolenie w zakresie e-recepty w Poznaniu
- wtorki próby Chóru Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
- środy spotkania – Zespół Kameralny Operacja Muzyka

Wszystko stało się drogą co było cierpieniem

ks. Jan Twardowski

**Panu dr. hab. n. med.
Maciejowi Cymerysowi
oraz Jego najbliższej Rodzinie
najszczerze wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci**



OJCA

składa
zespół Oddziału Klinicznego
Chorób Wewnętrznych i Diabetologii

Z głębokim żalem i poczuciem straty
przyjeliśmy wiadomość
o śmierci Naszej serdecznej Koleżanki

ś.p.

JOLI SUKIENNICZAK

**Rodzinie i najbliższym
najszczerze kondolencje**

składają

Grażyna Milecka z Beatą Małecką
i Małgosią Sobierajewicz



Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



Meta-fizyka po mojemu

Moja Droga

Najwyższy czas zrezygnować z romantyki,
Bo szerzy się pogląd między naukowcami,
Że jesteśmy mieszanką fizyki i matematyki.
Po prostu takimi „cielesnymi” algorytmami.

Skupiskiem atomów jesteśmy, jak czytamy,
Co mają jądra – w nich neutrony i protony,
Briony... I elektrony krążące po orbitach.
A te da się rozłożyć na spinony i orbitony.

Odległości między składowymi są kosmiczne,
Lecz one lgną do siebie dzięki sile grawitacji,
Bez przerwy wirują i obiegają się dynamicznie
W tajemniczym tańcu fizycznej autoafirmacji.

Bóg stworzył kosmos i prawa natury, fizyki,
Lecz na co dzień sam nimi się nie przejmuję.
My odkrywamy je, korzystając z matematyki,
On – z przymrużeniem oka nas obserwuje.

Miła, w tej teorii coś bardzo mnie zastanowiło:
Czy w tej pustce, próżni między algorytmami
Jest jakaś cząstka odpowiedzialna za miłość?
I da się ją wyrazić arytmetycznymi wzorami?

Ja tam naukowcom mnożyć teorii nie bronię,
Natomiast meta-fizyka* brzmi prawie lirycznie.
I kreacja. Pójdźmy kochana gdzieś na ustronie,
Bo chcę poczuć Cię blisko... i bardzo fizycznie.

** W uproszczeniu: coś, co istnieje poza, mimo, obok fizyki, na przykład duchowość, religia, uczucia.*



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA



**Konto WIL: PKO BP SA 4. Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501**

Kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Krzysztof Ożegowski, Dariusz Tuleja, Mikołaj Sinica,

Jakub Bajer, Andrzej Piechocki, Krzysztof Tuszyński

rzecznik prasowy: Katarzyna Strzałkowska

Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów w nadesłanych tekstach.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca.



znajdź nas na Facebooku

LOKAL 148m²**na gabinety lekarskie****na sprzedaż lub wynajem
Dąbrowskiego 29 (Jeżyce)**nowe budownictwo, wysoki standard
(klimatyzacja i wentylacja mechaniczna)www.henclewski.pl/lokal**☎ 506-099-898**Sprzedaż: **990.000 zł netto**
Wynajem: **6600 zł netto****WYNAJMĘ GABINET STOMATOLOGICZNY**z wyposażeniem i poczekalnią
w dobrej lokalizacji w Słupcy
Warunki do uzgodnieniaTelefon: **63 275 17 98** lub **505 625 254****PRZYCHODNIA LEKARSKA „MEDICUS” W SZAMOTUŁACH
PRZYJMIE DO PRACY LEKARZY:****• medycyny rodzinnej • internistę • pediatrę
• w trakcie specjalizacji**Warunki finansowe i formy zatrudnienia do uzgodnienia
tel. **602 137 296; 604 421 363****ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ODDZIAŁ W OSTROWIE WIELKOPOLSKIM
ZATRUDNI LEKARZA ORZECZNIKA ZUS**

POSZUKUJEMY lekarza medycyny z tytułem specjalisty, w szczególności choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy, medycyna społeczna.

OFERUJEMY zatrudnienie w ramach umowy o pracę, pełny lub niepełny wymiar czasu pracy oraz możliwość rozwoju zawodowego, w tym studia podyplomowe.

Kontakt: **62 735 72 80** lub **62 735 71 63****PRACA
DLA STOMATOLOGA****w gabinetach
w okolicy Poznania
Tel. 601 935 668****ZAPRASZAMY NA SPOTKANIE KOLEŻEŃSKIE
Z OKAZJI 40-LECIA UKOŃCZENIA STUDIÓW**– Oddział Stomatologii AM w Poznaniu rocznik 1974–1979
które odbędzie się 16 XI 19 o godz. 17.00
w Hotelu Meridian's (ul. Litewska 22, Poznań)Koszt 300 zł/os. Wpłaty prosimy dokonywać do dnia 31.X.2019
na numer konta: 12 1090 1359 0000 0001 4313 5389

(odbiorca : Kamila Kocent, Barbara Filipiak)

Kamila Kocent, tel. +48 605 830 216 nordent.poznan@gmail.comBarbara Filipiak, tel. +48 502 975 065 filipiakbarbara@wp.pl**SZPITAL MIEJSKI IM. F. RASZEI W POZNANIU ZATRUDNI
SPECJALISTÓW ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII
DO PRACY W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**

Informacji udziela ordynator oddziału pod nr tel. 61 22 45 357 lub 61 22 45 367

Państwa dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z obowiązującą Polityką Prywatności
dostępną na stronie internetowej Szpitala**Centrum Medyczne MULTIMED**
nawiąże współpracę z lekarzami różnych specjalizacji*Pacjenci prywatni i NFZ*

- PSYCHIATRĄ**
- DIABETOLOGIEM**
- ENDOKRYNOLOGIEM**
- REUMATOLOGIEM i innymi**

Kontakt: rekrutacja@multimed24.pl Tel. **601 079 557****WYNAJMĘ GABINET GINEKOLOGICZNY
w bardzo dobrej lokalizacji (Ogrody)
z rozwiniętą praktyką prywatną**

Możliwość pracy również dla lekarzy innej specjalności

Kontakt: tel. **604 256 039; 502 270 020****SKUP AUT****Szanowni Państwo,**Zapraszam do skorzystania z naszych usług
przy okazji zmiany auta na nowe.**Odkupujemy auta używane,****również te w trwającym leasingu lub kredycie.**Załatwiamy wszelkie formalności, spłacamy umowy
własnymi środkami i rozliczamy się z Wami.Od kilkunastu lat cieszymy się zaufaniem dużej
grupy stałych klientów wśród Lekarzy.**Zapraszam do kontaktu****Damian Narożny, tel. 884 800 278**



III OGÓLNOPOLSKA
KONFERENCJA

INTERNA DLA REZYDENTÓW

KRAKÓW | 17 października 2019 r.



DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR

TERMIN

17 października 2019 r.

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. Tomasz GRODZICKI

WICEPRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. Tomasz GUZIK
prof. dr hab. Zbigniew GACIONG

ORGANIZATOR LOGISTYCZNY I MERYTORYCZNY

Wydawnictwo Termedia

PATRONAT MERYTORYCZNY I NADZÓR NAUKOWY

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Katedra Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



OGÓLNOPOLSKI KONGRES
STARZENIA SIĘ, CZ. II

GERIATRIA, ORTOPEDIA, REUMATOLOGIA

KRAKÓW | 18–19 października 2019 r.



DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR

MIEJSCE

Centrum Konferencyjne hotelu Double Tree by Hilton
ul. Dąbska 5, Kraków

KIEROWNIK NAUKOWY

prof. dr hab. Tomasz GRODZICKI

ORGANIZATOR LOGISTYCZNY I MERYTORYCZNY

Wydawnictwo Termedia

PATRONAT MERYTORYCZNY I NADZÓR NAUKOWY

Katedra Chorób Wewnętrznych
i Gerontologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum



XIII WIELKOPOLSKIE DNI HIPERTENSJOLOGII

POZNAŃ | 22–23 listopada 2019 r.



DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR

MIEJSCE

Centrum Kongresowo-Dydaktyczne
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego,
ul. Przybyszewskiego 37 A, Poznań

PRZEWODNICZĄCY KOMITETU NAUKOWEGO

prof. dr hab. Andrzej TYKARSKI

PARTNER MERYTORYCZNY I NADZÓR NAUKOWY

Katedra i Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

ORGANIZATOR

Wydawnictwo Termedia