biuletyn informacyjny

MISJA:
PACJENT W CENTRUM UWAGI.
LECZYMY I OPIEKUJEMY SIĘ -
NOWOCZEŚNIE I BEZPIECZNIE

infoWIM
Wrzesień 2020

PHOTO FLASH

Na dobry początek

Ponad 11 mln dla WIM na stworzenie CWBK

Nowe możliwości diagnostyki molekularnej w WIM

KASZTANY

Mówiłeś: "Włosy masz jak kasztany
I kasztanowy masz oczu blask"
I tak nam było dobrze, kochany
Wśród złotych liści, wiatru i gwiazd
Gdy wiatr kasztany otrząsał gradem
Szepnąłeś nagle, zniżając głos:
"Odjeżdżam dzisiaj, lecz tam, gdzie jadę
Zabiorę z sobą tę złotą noc"

Kochany, kochany
Lecą z drzewa, jak dawniej, kasztany
Wprost pod stopy par roześmianych
Jak rudy lecą grad
Jak w noc, gdy w alejce
Rudy kasztan ci dałam i serce
A tyś rzekł mi trzy słowa, nic więcej
Że kochasz mnie i wiatr
….

https://www.youtube.com/watch?v=RTpB8nzsYbs

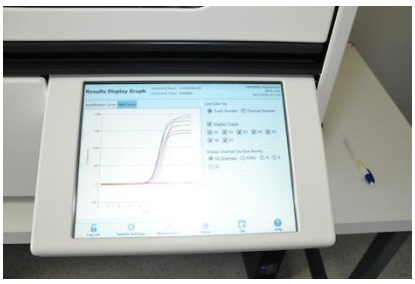
Od dyrekcji

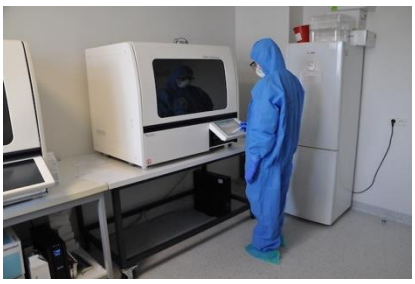
OBOWIĄZKI PERSONELU WIM ZWIĄZANE Z MINIMALIZACJĄ RYZYKA TRANSMISJI ZAKAŻENIA COVID-19

Szanowni Państwo,

Po raz kolejny przypominam o wynikających z procedury PR05_IR34 obowiązkach personelu WIM, dążących do minimalizacji ryzyka transmisji zakażenia COVID19 pomiędzy personelem oraz pacjentami.

Do obowiązków tych należą:





1. **codzienna samodzielna kontrola temperatury ciała** (przynajmniej raz dziennie przed wyjściem do pracy),
2. **zwracanie uwagi na występowanie objawów typowych dla infekcji COVID19**, w szczególności gorączki, kaszlu, duszności, utraty węchu i smaku, a także innych objawów typowych dla infekcji sezonowych.
3. **raportowanie stanu zdrowia w aplikacji medycznej karty samokontroli WIM „COVID”** (minimum raz dziennie przed wyjściem do pracy),
4. **stałe monitorowanie sytuacji epidemiologicznej** we wszystkich placówkach medycznych i instytucjach (poza WIM) gdzie świadczą Państwo pracę,
5. **poddanie się kontroli temperatury ciała bezpośrednio po przyjściu do pracy** (w punkcie pomiarowym przy bramie wejściowej).

Z uwagi na znaczny wzrost ilości zakażeń COVID-19 w naszym regionie, przekładający się na zakażenia wśród pracowników WIM i napływających do WIM pacjentów, proszę o wzmożenie dyscypliny w powyższym zakresie.

W razie wystąpienia objawów infekcji, lub w razie kontaktu wysokiego ryzyka z osobą zakażoną SARS-CoV-2, lub w razie nałożenia na pracownika obowiązku przebywania w kwarantannie (przez uprawnione do tego instytucje) pracownik obowiązany jest:

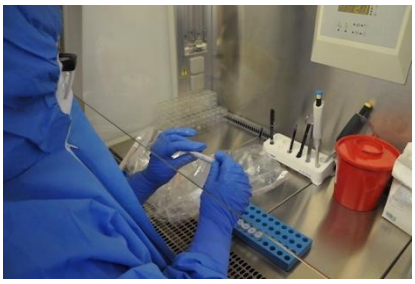
1. **niezwłocznie powiadomić** o tym fakcie swojego przełożonego lub Kierownika Sekcji Higieny i Epidemiologii WIM (tel. 665 707 325),
2. **nie przychodzić do pracy,**
3. **skontaktować się z prowadzącym lekarzem POZ**, postępować dalej wg. jego instrukcji a w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia wezwać ZRM lub zgłosić się do Izby Przyjęć lub SOR najbliższego Szpitala.

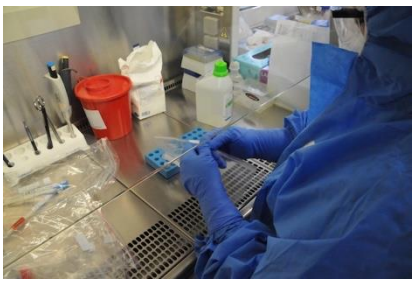
płk dr n. med. ***Artur BACHTA***
Z-ca Dyrektora WIM
Komendant CSK MON

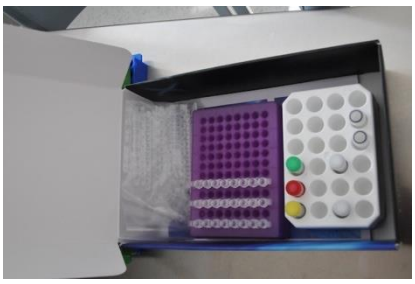
PONAD 11 MLN DLA WIM NA STWORZENIE CENTRUM WSPARCIA BADAŃ KLINICZNYCH

Prezes ABM dr n. med. Radosław Sierpiński wręczył na ręce Dyrektora WIM gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorza Gieleraka czek o wartości 11,6 mln zł dofinansowania w ramach konkursu na tworzenie i rozwój Centrów Wsparcia Badań Klinicznych (CWBK). WIM znalazł się na czwartym miejscu w gronie 30 podmiotów aplikujących w konkursie Agencji Badań Medycznych na stworzenie Centrów Wsparcia Badań Klinicznych.

Inicjatywa stworzenia wyspecjalizowanych ośrodków ma na celu uatrakcyjnienie i zapewnienie jednolitego standardu na rynku badań klinicznych w Polsce.







Leczenie zimnem

Liczba badań klinicznych w Polsce (a w szczególności badań niekomercyjnych) wciąż pozostaje relatywnie niska, znacznie poniżej potencjału kraju. Mała liczba realizowanych badań klinicznych może być jednocześnie powodem i skutkiem braku organizacji procesów związanych z takimi przedsięwzięciami w jednostkach ochrony zdrowia w Polsce. W efekcie każde badanie kliniczne staje się dużym wyzwaniem organizacyjno-logistycznym, a niekomercyjne badanie kliniczne często jest wręcz poza zasięgiem i możliwością wielu szpitali.

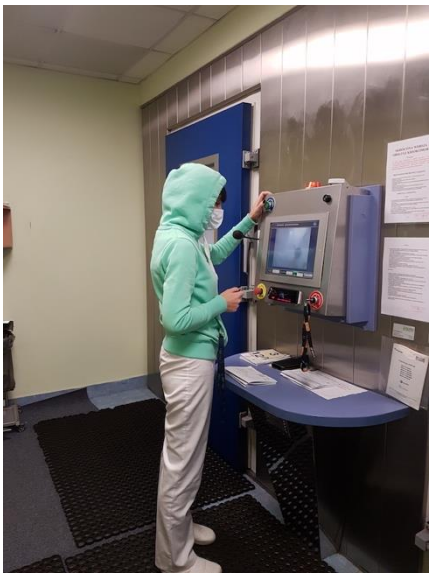
Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w WIM stanowić będzie odpowiedź na powyższe zapotrzebowanie poprzez zapewnienie wsparcia w realizacji badań klinicznych na wszystkich płaszczyznach, m.in.: aktywnego poszukiwania sponsorów/partnerów, opiniowania i negocjowania umów, planowania i wdrażania badań klinicznych niekomercyjnych, obsługi prawno-księgowej badań czy ich realizacji (w tym zapewni zaplecze medyczne dla realizacji badań wczesnych faz).

Obecnie w ramach komercyjnej działalności badawczej WIM prowadzone są przede wszystkim badania kliniczne. Przyszły model biznesowy CWBK WIM zakłada kontynuację dotychczasowej ścieżki poprzez podtrzymywanie relacji z obecnymi partnerami biznesowymi oraz poszukiwanie nowych sponsorów i partnerów, realizację badań klinicznych komercyjnych i niekomercyjnych oraz własną działalność badawczo-rozwojową.

Wojskowy Instytut Medyczny jest przykładem wielkiego potencjału, jeżeli chodzi o naukę i innowację. W Stanach Zjednoczonych podobne instytucje finansowane przez DARPA (Defense Advanced Research Projects Agency) niejednokrotnie stają się kolebką nowoczesnych technologii, które przechodzą później do szerokiego użycia wśród pacjentów. Głęboko wierzę, że wsparcie, które dedykujemy Wojskowemu Instytutowi Medycznemu będzie również zaczątkiem tego typu współpracy i rozwoju – podkreśla Prezes ABM, dr n. med. Radosław Sierpiński.

Zwiększenie liczby realizowanych przez Wojskowy Instytut Medyczny badań klinicznych, a w konsekwencji liczby uczestniczących w nich osób, wywrze znaczący wpływ na polski system ochrony zdrowia. Katalog realizowanych do tej pory badań klinicznych zostanie poszerzony o większą liczbę badań niekomercyjnych oraz o badania wczesnych faz. Dzięki bliskiej współpracy z placówkami POZ, rekrutacja uczestników badań klinicznych zostanie usprawniona. Zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej pozwoli również na dotarcie do tych pacjentów, których potrzeby zdrowotne najlepiej pokrywają się z badaną terapią. Sytuacja pacjentów poprawi się jednak przede wszystkim dzięki wynikom realizowanych projektów.

Finansowanie Agencji Badań Medycznych w ramach konkursu na tworzenie i rozwój Centrów Wsparcia Badań Klinicznych otwiera nam nową ścieżkę i pozwoli domknąć proces tworzenia jednostki prowadzącej medycynę translacyjną. WIM jest szpitalem wielospecjalistycznym, tak więc realizowane przedsięwzięcia o charakterze multidyscyplinarnym, z kompleksową opieką medyczną prowadzoną na najwyższym poziomie referencyjnym pozwolą optymalnie wykorzystać przekazane dziś środki finansowe do budowania solidnych fundamentów przyszłości instytutu jako kompletnej jednostki naukowo-badawczej – podkreślał Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak.



Dzięki podjętym działaniom oraz uzyskanemu dofinansowaniu Wojskowy Instytut Medyczny przyczyni się do rozwoju krajowego rynku badań klinicznych - zarówno komercyjnych jak i niekomercyjnych - a w konsekwencji do podniesienia rangi naukowej oraz atrakcyjności krajowych instytucji medycznych dla międzynarodowych partnerów i sponsorów.

NOWA PERSPEKTYWA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE W KTÓRĄ STRONĘ PODĄŻA SYSTEM?

Systemowi opieki zdrowotnej w naszym kraju brakuje precyzyjnej strategii, zawierającej spójny zespół celów - pisze w obszernej, krytycznej analizie gen. dyw. prof. Grzegorz Gielerak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Myśląc o systemie ochrony zdrowia (SOZ), sposobach jego organizacji i zarządzania odpowiedzialnie można stwierdzić, że nie ma jednej, uniwersalnej recepty, za pomocą której można poprawić skuteczność i efektywność jego funkcjonowania.

Złożoność materii powodowana wielkością możliwości finansowych państwa, oczekiwaniami obywateli, dostępnością do zasobów naukowych i technologicznych, poziomem kompetencji zawodowych kadry medycznej i zarządzającej, których wiedza i doświadczenie są w możliwie najlepszy sposób wykorzystywane, to tylko niektóre czynniki decydujące o skali wyzwania. Nie bez znaczenia są także nasze - narodowe uwarunkowania społeczne i kulturowe kształtowane choćby powszechną od kilku pokoleń dostępnością do SOZ finansowanego z danin pobieranych przez państwo w ramach umowy zbiorowej solidarności społecznej.

Brakuje precyzyjnie określonej strategii zawierającej spójny zespół celów.

Z uniwersalną, do tego sprawdzającą się w skali globalnej receptą na sprawnie działający system ochrony zdrowia (SOZ) jest jak z jednolitą teorią pola w fizyce. Wszelkie próby jej opracowania, znalezienia wspólnego mianownika dla wielkiej liczby zmiennych i procesów są, póki co skazane na niepowodzenie. Podobnie, każda zmiana w SOZ, o ile oczekujemy jej dobrych, trwałych efektów, powinna obejmować plan rozłożonych w czasie, często wykraczających poza powszechnie rozumiane kompetencje resortu ochrony zdrowia, reform.

Z kolei dekada, jak pokazują doświadczenia państw skandynawskich, to najbardziej realny czas na przeprowadzenie zmian, które zarówno w odbiorze społecznym, jak i potrzeb państwa gwarantują uznanie oraz pojawienie się wymiernych korzyści społecznych i gospodarczych. Przywołane fakty pokazują dobitnie, że tryb oraz zakres reform koniecznych do wprowadzenia w ramach kompletnej przebudowy SOZ wymaga wyjęcia spraw z nią związanych z obszaru sporu politycznego, osiągnięcia porozumienia ponad podziałami, uznania wreszcie, że obszar zdrowia - fundament bezpieczeństwa każdego Polaka - powinien być uwolniony od kalkulacji politycznych, w tym także wynikających ze skutków działania wyborczego wahadła demokracji.
Laureat nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii Milton Friedman twierdził: „tylko kryzys może przyczynić się do prawdziwej zmiany", a „podejmowane działania uzależnione są od idei, do których w danym momencie można sięgnąć". Wydaje się, że nic tak trafnie i precyzyjnie jak przytoczona teza nie opisuje istoty refleksji jaka dziś powinna być udziałem gremiów uczestniczących w reformowaniu SOZ w Polsce. Zgodnie z danymi zamieszczonymi w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony

Inauguracja Roku Akademickiego 2020/2021

Zdrowia OECD z 2018 roku Polska znajduje się na 25. miejscu spośród 28 notowanych w rankingu krajów.

Już choćby ten przykład pokazuje, że coś czego najbardziej aktualnie potrzebujemy to precyzyjnie określona strategia zawierająca spójny zespół celów służących jej realizacji, definiowana z punktu widzenia podmiotu, którym są obywatele, nakierowana jednocześnie na zaspokajanie ich potrzeb jako tych, którzy mają największy wkład w budowę społeczeństwa i państwa. W każdym innym przypadku pozbawiamy się szans na osiągnięcie radykalnej poprawy innowacyjności i dostępności do SOZ, a także jakości i bezpieczeństwa udzielanych w nim usług - świadczeń.

Niestety, żadna z dotychczasowych inicjatyw podążających w stronę zmiany rzeczywistości rynku zdrowia w Polsce nie wychodziła od tak kompleksowego ujęcia wizji, celów i zamierzeń. Dążenia kolejnych twórców reform osiągały poziom kompleksowości odpowiadający co najwyżej programowi naprawczemu w miejsce oczekiwanej ambitnej zmiany mającej zdolność wpływania na wiele obszarów życia społecznego, dostarczającej państwu i gospodarce efektów o charakterze mnożnikowym. Uwagę poświęcano m.in. ograniczaniu kosztów działalności szpitali w drodze ich restrukturyzacji, czy też poszukiwaniu sposobów uzyskania przez podmioty lecznicze dodatkowych przychodów ze sprzedaży usług zdrowotnych na wolnym rynku.

Zapominano przy tym o fundamentalnej prawdzie, że ochrona zdrowia nie jest wyłącznie kosztem, ale także kołem zamachowym gospodarki. Do tego, aby efektywnie wykorzystać jej potencjał należy uporządkować aktywa, procesy i umiejętności w zrozumiały łańcuch wartości SOZ - przypisać jego poszczególnym ogniwom odpowiednie miejsce i priorytety. Budować model zintegrowany zarówno wstecz, jak i do przodu - zabezpieczający potrzeby medyczne lokalnego rynku, minimalizujący zakłócenia i niepewność, a także pozwalający zachować wszystkie marże.

Każda systemowa zmiana wymaga konsekwencji w działaniu.

Zmiana struktury właścicielskiej szpitali to jeden z pierwszych, najdłużej stosowany w praktyce sposób poprawy efektywności i skuteczności funkcjonowania SOZ w Polsce. Na podstawie przepisów ustaw z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej oraz z 2011 roku o działalności leczniczej dokonano przekształcenia w spółki prawa handlowego 183 szpitale. Efekty tych działań były wielokrotnie podsumowywane, a najbardziej kompletnej oceny dokonała w 2015 roku Najwyższa Izba Kontroli (NIK). Z ustaleń kontrolerów Izby wynikało, że rezultaty przeprowadzonych zmian „stabilizujących SOZ" daleko odbiegały od oczekiwań ich twórców, zwolenników i samych realizatorów.

Brak wpływu zmiany struktury właścicielskiej na ilość udzielanych świadczeń, niedostatki w dziedzinie kontroli kosztów, mało znaczące zmiany struktury przychodów, czy wreszcie ograniczony zakres udzielanych świadczeń komercyjnych oraz uchybienia w obszarze kontroli epidemiologicznej szpitali to najpoważniejsze w opinii autorów raportu nieprawidłowości wysuwane pod adresem placówek funkcjonujących w formie spółek kapitałowych prawa handlowego. Nie powinien więc budzić zdziwienia fakt, że jedno z zaleceń raportu NIK skierowane do Ministra Zdrowia dotyczyło prowadzenia dalszej przebudowy systemu i stworzenia mechanizmów realnej konkurencji pomiędzy spółkami o środki publiczne w oparciu o jakość i efekty świadczonych usług.

Adekwatną odpowiedzią na uwagi wyrażone we wnioskach i zaleceniach NIK była uchwalona w 2017 roku ustawa o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli tzw. sieci szpitali. Wprowadzone nią regulacje były pierwszymi, które w sposób systemowy porządkowały rynek ochrony zdrowia, zwłaszcza w części odpowiedzialnej za jego dotychczasową nadmierną fragmentaryzację i decentralizację świadczeniodawców. Jedną z przesłanek budowy systemu sieci było ograniczenie coraz bardziej wyniszczającego świadczeniodawców zjawiska konkurowania o zasoby.

Twórcy ustawy wyszli ze słusznego poniekąd założenia, że fundamentem naprawy SOZ powinno być zapewnienie ciągłości i dostępności leczenia przez pomioty lecznicze dysponujące odpowiednimi zasobami oraz zdolnościami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zdefiniowanego standardu niezbędności i jakości. Wprowadzenie nowego podziału umów płatnika ze szpitalami, uelastycznienie sposobów realizacji i rozliczania świadczeń poprzez nadanie większych uprawnień dyrektorom podmiotów leczniczych pozwoliło placówkom bezkosztowo zracjonalizować wykorzystanie posiadanych aktywów poprawiając w rezultacie ich dostępność świadczeniobiorcom.

Dodatkowo, ustanowione siedem poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń po raz pierwszy wprowadziło formalnie określoną strukturę referencyjną szpitali definiującą miejsce placówek w systemie poprzez m.in. stawiane im wymagania kompetencyjne, kierunki rozwoju, a co za tym idzie wprost - zdefiniowany zakres odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów.

Przeprowadzone na początku 2018 roku zmiany personalne w Ministerstwie Zdrowia doprowadziły do odejścia z resortu kluczowych osób odpowiedzialnych za projekt sieci szpitali. W rezultacie zamiast wzmacniać i rozwijać rozwiązania, które zostały zasygnalizowane w przepisach ustawy, tzw. sieć szpitali uśpiono na etapie pierwszego kwartału jej funkcjonowania. W miejsce sieciowych rozwiązań systemowych została wdrożona nowa praktyka - następujących po sobie zmian legislacyjnych, których efektem był pozaplanowy wzrost wydatków podmiotów leczniczych. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego, czy też płac personelu medycznego, choć zasadne, nie szły w parze ze wzrostem wyceny świadczeń przez NFZ.

Spowodowane tym pogorszenie płynności finansowej szpitali w powszechnym odbiorze było niestety kojarzone jako skutek wprowadzonych ustawą sieciową rozwiązań, które tak naprawdę nie mając dostatecznego uznania nowego kierownictwa resortu stosowano w bardzo ograniczonym zakresie. W rzeczywistości bowiem regulacje PSZ miały na celu wyznaczenie kierunków, ram reformy SOZ, stąd ocena potencjału ustawy nie miała znaczenia dla sprawności prowadzenia w nim procesów naprawczych. Wiązanie jej bezpośrednio z odpowiedzialnością za skutki doraźnych działań operacyjnych było i jest w rzeczywistości sposobem ucieczki organów założycielskich przed wzięciem odpowiedzialności za reformę systemu, która co nieuniknione będzie się także wiązała z niepopularnymi decyzjami reorganizacyjnymi dotyczącymi samych lecznic - nie tylko zakresu ich działalności, ale również przyszłości co do istnienia.

Obowiązujące prawo a praktyka działania.

Narastające od kilkunastu lat problemy związane z organizacją rynku zdrowia w Polsce sukcesywnie budowały w społeczeństwie świadomość konieczności dokonania radykalnych zmian poprawiających skuteczność i efektywność jego

funkcjonowania. Co niezwykle ważne i znamienne z punktu widzenia poziomu dojrzałości debaty publicznej osią narracji od kilku lat nie jest już tylko wielkość nakładów na ochronę zdrowia, ale także sposoby racjonalnego, tak w ujęciu ekonomicznym, jak i potrzeb społecznych nimi zarządzania. Powszechnie uznanym stał się kontekst opracowania i konsekwentnej realizacji strategii rozwoju SOZ obejmującej politykę społeczną, zdrowie publiczne, a także postęp i rozwój technologiczny.

Wagę i znaczenie determinacji w przeprowadzeniu obecnej zmiany doskonale obrazuje sposób podejścia do poprawy efektywności zarządzania podmiotami leczniczymi. Koncentracja geograficzna i funkcjonalna placówek, optymalne wykorzystanie kadry medycznej, przeprofilowanie działalności usługowej w drodze przesunięcia świadczeń z opieki szpitalnej do ambulatoryjnej, czy też zmiany obejmujące strukturę właścicielską podmiotów, to tylko niektóre z najczęściej podnoszonych kierunków reform.

Rzeczywistość społeczno-polityczna nie znosi jednak próżni, stąd „uśpione" systemowe reformy sieciowe zastąpiły działania z gruntu doraźne, w większości przypadków będące bezpośrednią odpowiedzią resortu zdrozwia na bieżące problemy rynku. W rezultacie, w drodze ręcznego sterowania doszliśmy do etapu serii następujących po sobie zmian - tymczasowych regulacji, których większość pomimo doraźnego charakteru, w różnym stopniu definiowała, wręcz wymuszała przyszłość kierunków reform systemu.

Przyjęta metodyka regulacji płac w ochronie zdrowia, tak w kontekście jej wielkości, struktury, jak i źródeł pochodzenia środków finansowych, czy też przeniesienie kolejnych świadczeń do zakresów nielimitowanych są przykładami decyzji poważnie naruszających równowagę systemu za cenę pozornej poprawy jego dostępności. Większa liczba badań i konsultacji bez połączenia wolumenu ich wykonania z rozwiązaniami kompleksowymi (koordynowanymi w ramach zakresów świadczeń i/lub rodzajów umów) nie jest w stanie zagwarantować poziomu korzyści zdrowotnych adekwatnych do wielkości i kosztu zaangażowanych zasobów. Doskonale widać to na przykładzie skutków ww. zmian, jakimi w pierwszej kolejności był ożywiony popyt na specjalistów, a w konsekwencji skokowy wzrost kosztów osobowych tak w cenie procedur, jak i całościowego funkcjonowania systemu.

Chroniczne problemy z systemem wynagradzania pracowników ochrony zdrowia.

Podobnie rzecz się ma z systemem wynagradzania pracowników ochrony zdrowia, który po zastosowaniu w trybie arbitralnym ministerialnych regulacji przestał tak naprawdę funkcjonować w ustrukturyzowanej formie. W aktualnie narzuconych pracodawcom rozwiązaniach skutecznie pomieszano obszary kompetencji i odpowiedzialności kluczowych uczestników - interesariuszy systemu. Zarówno sposób finansowania wynagrodzeń - bezpośrednio z funduszy przeznaczonych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej, jak i wybiórcze, w miejsce systemowego - dedykowane pojedynczym grupom zawodowym - kształtowanie siatki płac pracowników ochrony zdrowia trwale zmieniły ich relacje i obieg pieniądza w systemie wyzwalając przy okazji inne związane z tym aberracje.

W tym kontekście na szczególną uwagę zasługują ograniczenie wpływu dyrektorów podmiotów leczniczych na prowadzenie skutecznej polityki wynagrodzeń oraz separacja wysokości ponoszonych kosztów osobowych od wartości realizowanych przez szpitale świadczeń zdrowotnych. Obie okoliczności w praktyce zredukowały

możliwości stosowania standardów dobrego zarządzania, podkopały fundamenty efektywności i konkurencyjności funkcjonujących w tak ukształtowanych warunkach placówek medycznych.

Pojawiła się też nowa, do tej pory nieznana, przynajmniej z punktu widzenia skali zjawiska, sytuacja. Uprzywilejowana pozycja pracowników ochrony zdrowia w relacjach z pracodawcami, spowodowana z jednej strony ograniczoną dostępnością, a przez to zwiększonym popytem na ich usługi, z drugiej natomiast otwartością publicznego i niepublicznego rynku pracy na korzystanie i opłacenie tych usług. Wyzwolona w tych warunkach konkurencyjność pomiędzy podmiotami sytuuje pracowników w komfortowej centralnej pozycji negocjacyjnej, pozwalającej im zabiegać o coraz wyższe stawki wynagrodzenia u rywalizujących o personel świadczeniodawców instytucjonalnych. Skutkiem wskazanych uwarunkowań jest zanegowanie zdolności rynku do samoregulacji płac oraz ich niekontrolowany wzrost będący wypadkową oczekiwań finansowych pracowników oraz słabości negocjacyjnej konkurujących ze sobą pracodawców.

Przepływy finansowe na rynku ochrony zdrowia.

To jedne z wielu przykładów inżynierii finansowej poważnych rozmiarów jaka na przestrzeni ostatnich dwóch lat miała miejsce w SOZ, a która w przyszłości może mieć poważne reperkusje dla sposobu i warunków jego funkcjonowania. Co więcej, spodziewane skutki jej stosowania znacząco odbiegają od publicznych deklaracji dotyczących kierunków zmian właścicielskich runku zdrowia w Polsce.
O
sią, wokół której może dojść do zawiązania się nowego ładu w SOZ są funkcjonujące dziś na rynku obszary opieki medycznej zdominowane przez podmioty niepubliczne, których udział w wolumenie sprzedaży świadczeń wynosi odpowiednio: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) - 78%, podstawowa opieka zdrowotna - 96%, medycyna pracy - 80%. Jednak, aby do tego doszło musi za tym pójść odpowiednie wsparcie finansowe. I tak też się stało. Wprowadzenie nielimitowanych zakresów świadczeń - najpierw w diagnostyce radiologicznej, później w popularnych dziedzinach AOS (ortopedia, kardiologia, neurologia, endokrynologia), podobnie jak uruchomienie programu badań profilaktycznych „Profilaktyka Plus" jest na tyle poważną zmianą w strukturze przepływów finansowych usług medycznych - ok. 3,5 mld złotych rocznie, że nietrudno sobie wyobrazić jakie mogą być tego skutki.

Przepływy finansowe w polskiej ochronie zdrowia.

Tym bardziej, że cała operacja została zaplanowana i przeprowadzona w warunkach ograniczonego użycia narzędzi osłonowych dostępnych w zapisach ustawy sieciowej, jakie można, a wręcz należało zastosować wobec podmiotów publicznych. Wolny rynek, otwarta konkurencja w ochronie zdrowia z perspektywy interesów państwa i obywateli nie zawsze gwarantują osiągnięcie najlepszych rezultatów. Zadaniem regulatora systemu jest dochowanie dbałości, aby struktura rynku i wynikające z niej przepływ finansowe pozwoliły rządzącym realizować fundamentalne cele związane z zapewnieniem trwałego, wolnego od zakłóceń bytu i rozwoju narodowego. Pandemia koronawirusa dowiodła, że oparcie rynku zdrowia na segmentach publicznym i niepublicznym obliguje do wdrożenia dodatkowych regulacji, dzięki którym systemy te będą się wspierać i uzupełniać, a nie jak ma to miejsce dziś, głównie ze sobą konkurować.

Obecny kryzys pokazał z jak wielkim ryzykiem wiąże się ograniczenie kontroli państwa nad działalnością poszczególnych segmentów rynku zdrowia. Zawęża nie tylko

wachlarz możliwych do zastosowania scenariuszy strategii walki z kryzysem, ale także odpowiada za szereg błędów natury organizacyjnej rzutujących na dostępność i jakość opieki medycznej.

Zarzucono wdrożenie rozproszonego modelu opieki.

Utworzenie szpitali jednoimiennych jako elementu scentralizowanego modelu przeciwdziałania koronakryzysowi doskonale definiuje sytuację wymuszonego wyboru przed jakim został postawiony polski rząd dysponując ograniczonymi możliwościami zapewnienia chorym podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki medycznej. W rezultacie zarzucono wdrożenie rozproszonego modelu opieki, którego wartością dodaną było daleko bardziej racjonalne i efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych SOZ, elastyczność w reagowaniu na pojawiające się w przebiegu epidemii potrzeby medyczne oraz zachowanie dostępności do większości zakresów świadczeń opieki zdrowotnej.

Przykład ten skłania więc do refleksji, na ile racjonalne i bezpieczne z punktu widzenia interesów państwa jest tolerowanie dzisiejszego dualizmu rzeczywistości rynku zdrowia z jego dwoma bytami - aktywnym publicznym oraz cichym i wycofanym, przynajmniej w warunkach kryzysu i zagrożenia, systemem placówek prywatnych.

Stąd otwartym i na dziś kluczowym pozostaje pytanie: na ile uświadomionymi są odległe skutki dzisiejszych decyzji organizacyjnych i finansowych zachodzących na krajowym rynku ochrony zdrowia. Czy mamy do czynienia z przypadkową koincydencją zdarzeń, czy może na naszych oczach dokonuje się powolna przebudowa systemu, która w nieodległej przyszłości, w procesie polityki faktów dokonanych, stanie się filarem dla jego ostatecznej formy? Ta z kolei, jak pokazuje zaprezentowana analiza niekoniecznie musi odpowiadać dzisiejszym wyobrażeniom i oczekiwaniom większości interesariuszy systemu opartego m.in. na fundamencie powszechności i daleko posuniętego egalitaryzmu.

Czas więc powrócić do zapisów ustawy o sieci szpitali, przywołać jej ducha będącego podstawą systemowych zmian w ochronie zdrowia. Odrzucić pokusę ręcznego sterowania systemem jako rutynowy sposób odpowiedzi na doraźnie pojawiające się w nim problemy. W jego miejsce wprowadzić właściwy parytet w sposobie finansowania głównych pozycji kosztów planu finansowego NFZ, odtworzyć warunki do stosowania jasnych i czytelnych reguł zarządzania w podmiotach leczniczych oraz uporządkować rynek pracy odbudowując zakłócone dziś relacje pomiędzy pracownikami medycznymi a pracodawcami.

Dyrektor WIM – gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak

NOWE MOŻLIWOŚCI DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ ZTK WIM

Zakład Transfuzjologii Klinicznej WIM, który dołączył do krajowej sieci laboratoriów oznaczających SARS-CoV2 jako jeden z pierwszych, bo już 11 marca 2020 r., wdrożył metodę genetycznego oznaczania w oparciu o Real-Time PCR.

Posiadając odpowiednie otoczenie diagnostyczne, odpowiednio wyposażone laboratorium II klasy bezpieczeństwa mikrobiologicznego oraz doświadczony,

z dużym zasobem wiedzy personel, z powodzeniem mógł włączyć się w walkę z nowym zagrożeniem.

Zbliżający się okres jesienno-zimowy charakteryzujący się co roku zwiększoną liczbą infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych, wywołanych przez wirusy grypy, RSV, rotawirusy, koronawirusy i inne, w połączeniu z możliwym jednoczesnym wystąpieniem infekcji COVID-19 może stanowić potencjalnie groźną sytuację dla pacjenta, personelu medycznego oraz całej służby zdrowia. Zakażenia wywołane przez wirusy układu oddechowego i przez SARS-Cov2 są niezwykle trudne do odróżnienia na podstawie objawów, szczególnie w początkowej fazie ich rozwoju.

Niezwykle ważną rolę w obliczu istniejących zagrożeń ma do spełnienia molekularna diagnostyka laboratoryjna dostarczającą informacji w zakresie różnicowania patogenów układu oddechowego. Jej wartość może być jednym z podstawowych składników walki z tym zagrożeniem.

Dziś w ZTK WIM dysponujemy nowoczesnymi aparatami InGenius firmy EliTech, które są dedykowane diagnostyce molekularnej. Te wysokiej jakości analizatory laboratoryjne łączą poszczególne etapy badania prowadząc automatycznie izolację materiału genetycznego, amplifikację i interpretację wyników, posiadają niezwykle dużą elastyczność w zakresie wykorzystywanych testów diagnostycznych.

W diagnostyce wirusów wywołujących zakażenia dróg oddechowych, jednoznaczną i różnicująca metodą jest wykrywanie materiału genetycznego RNA/DNA z zastosowaniem łańcuchowej reakcji polimerazy (polymerase chain reaction – PCR). Technika ta polega na wysoce swoistej amplifikacji (powieleniu), poprzez wielokrotne podgrzewanie i oziębianie mieszaniny reakcyjnej w warunkach laboratoryjnych, wybranego, charakterystycznego tylko dla tego wirusa fragmentu kwasu nukleinowego. Mieszanina reakcyjna oprócz standardowych odczynników musi zawierać dobrej jakości, wyizolowany wcześniej, materiał genetyczny pochodzący z wymazu pobranego od pacjenta. Izolację materiału genetycznego w zależności od potrzeb i wyposażenia laboratorium można przeprowadzić metodą automatyczną lub manualną. Czas oczekiwania na oczyszczone wirusowe lub bakteryjne DNA lub RNA jest uzależniony od liczby izolowanych jednocześnie próbek. Liczba ta może wahać się od 2 do 48 i zajmować od 20-90 minut. Kolejnym etapem jest umieszczenie przygotowanych mieszanin reakcyjnych w termocyklerze. W zależności od liczby cykli podgrzewania i oziębiania próbki wymaganych w danej procedurze, czas amplifikacji waha się od 2 do 3,5 godziny, a więc przy całkowitym wypełnieniu aparatu, czas oczekiwania na wynik wynosi około 5 godzin.

Amplifikacja kwasów nukleinowych umożliwia wczesne wykrycie materiału genetycznego wirusa, już w dniu wystąpienia objawów, zanim liczba antygenów osiągnie minimalny limit detekcji wymagany przez inne metody. Stosowana w ZTK odmiana PCR do wykrywania zakażenia SARS-CoV2 tzw. technika Real-Time PCR, wykorzystująca metody fluorescencyjne umożliwia obserwację narastającej ilości amplifikowanego produktu w czasie rzeczywistym.

Wychodząc naprzeciw potrzebom identyfikacji i różnicowania wielu czynników etiologicznych w jednej próbce wymazu z nosogardzieli, co najważniejsze w tym samym czasie, w ZTK WIM umożliwiono wykonanie tzw. reakcji Multiplex Real-Time RCR.
W reakcji tej zastosowanie jednocześnie wielu znakowanych fluorescencyjnie sond, umożliwia amplifikację i monitorowanie narastania produktów reakcji w odpowiednim

dla danej sondy kanale pomiarowym. W celu usprawnienia oraz obniżenia kosztów badania wykorzystywany jest w jednej mieszaninie reakcyjnej zestaw starterów do identyfikacji więcej niż jednego wirusa, co pozwala na uzyskanie w jednej mieszaninie reakcyjnej produktów amplifikacji nawet kilku różnych fragmentów RNA, z których każdy jest swoisty dla innego wirusa. Niepodważalną zaletą reakcji multipleksowych jest mniejsze zużycie odczynników (tym samym niższy koszt analizy), mniejsza ilość potrzebnego, matrycowego RNA lub DNA a także oszczędność czasu, szczególnie w przypadku konieczności badania dużej liczby próbek. Inną niezwykle ważną zaletą reakcji multipleksowych jest możliwość rozpoznania koinfekcji.

W Zakładzie Transfuzjologii Klinicznej powstała możliwość jednoczesnego wykrywania 19 patogenów układu oddechowego:

wirusa grypy A
wirusa grypy B
wirusa grypy AH1N1
wirusa RSV A oraz RSV B
paragrypy 1, paragrypy 2, paragrypy 3, paragrypy 4
adenowirusa
metapneumowirusa
bokawirusa
rinowirusa
enterowirusa
koronawirusów: 229, NL63, OC43, HKU1 i SARS Co2
Stosowany panel pozwala na diagnostykę różnicową wymienionych wyżej patogenów u jednego pacjenta z jednego wymazu lub wydzieliny z nosogardzieli w tym samym czasie.

Pracownia Zakładu stosująca metody biologii molekularnej nabrała doskonałego doświadczenia oznaczając SARS-CoV2. Została wyznaczona przez PZH jako pracownia referencyjna, weryfikująca badania z innych laboratoriów. Podobnie jak w przypadku diagnostyki zakażeń SARS-CoV2 i szybkiej reakcji na wyzwanie, jakim stała się identyfikacja wirusa, u progu zwiększonej liczby infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych mogących nakładać się na zakażenie koronawirusem w ZTK wprowadzono metody genetyczne uznane za najbardziej czułe i specyficzne, pomagające w różnicowaniu tych zakażeń.

Doświadczenia Zakładu Transfuzjologii Klinicznej z pierwszego etapu pandemii wskazały, że pomimo nowej sytuacji medycznej, nowego, nieznanego patogenu, laboratoria niestereotypowe, działające nieschematycznie, wdrażające innowacyjne metody pracy, mogą szybko, niemalże bezkosztowo i bez specjalnego przygotowania z powodzeniem implementować nowe procedury badawcze i podejmować nowe wyzwania.

Minione wydarzenia

INAUGURACJA ROKU AKADEMICKIEGO 2020/2021

30 września 2020 r. w WIM odbyła się Inauguracja Roku Akademickiego 2020/2021.

Szanowni Państwo,

- **Inauguracja roku akademickiego to wpisana w tradycję uroczystość skłaniająca do refleksji nad treściami stanowiącymi dzień dzisiejszy oraz kształtującymi perspektywy rozwoju jednostek naukowych. To co na pewno w tym miejscu i w tym gronie warto podkreślić to niezaprzeczalny fakt, że działalność Instytutu – szpitala przy Szaserów od chwili jego powstania była i jest ściśle związana z siłami zbrojnymi. Przymiotnik "wojskowy" zawsze dookreślał specyfikę, rodzaj i zakres podejmowanych inicjatyw medycznych, naukowych i szkoleniowych. Wojskowy Instytut Medyczny wielokrotnie udowadniał, że doskonale rozumie potrzeby profesjonalnej armii, a od pewnego czasu na stałe znajduje się w awangardzie podmiotów konsekwentnie realizujących cele szerokiej grupy interesariuszy systemu ochrony zdrowia** - mówił dyrektor WIM gen. dyw. prof. Grzegorz Gielerak podczas uroczystości.

W minionym, szczególnym, bo naznaczonym pandemią koronawirusa roku nasz Instytut poszerzył dodatkowo zakres swojego oddziaływania. Jako pierwsi, i jak dotychczas jedyni na świecie zorganizowaliśmy i przeprowadziliśmy dwie zagraniczne misje medyczne w rejony świata o największym zasięgu epidemii. Niosąc pomoc medyczną pozyskaliśmy unikalną wiedzę w dziedzinie metod i sposobów walki z epidemią, która znalazła zastosowanie w kraju, ale także była przedmiotem międzynarodowej wymiany doświadczeń. Nasze, polskie misje głośnym echem odbiły się w świecie. Z dumą każdy Polak mógł usłyszeć skierowane do społeczności międzynarodowej słowa szefowej Komisji Europejskiej oraz Sekretarza Generalnego NATO wyrażających się z uznaniem o polskiej solidarności – przykładzie kolektywnego działania w kryzysie. Dość powiedzieć, w czasach, gdy 15 minut jest miarą szansy zaznaczenia obecności w przestrzeni publicznej polska misja medyczna we Włoszech przez wiele dni ogniskowała zainteresowanie światowych mediów.

Jeszcze nigdy w historii szpital przy Szaserów nie był tak silny ofertą usług medycznych oraz możliwościami rozwoju zawodowego pracowników. Podobnie, nowym zjawiskiem, z punktu widzenia skali jest sytuacja, gdzie opinia WIM, jego przedstawicieli ma tak istotne znaczenie dla sposobu, warunków organizacji i funkcjonowania rynku zdrowia w Polsce. Z pewnością może to, a wręcz powinno budzić naszą satysfakcję, motywując jednocześnie do dalszego poszerzania zakresów instytucjonalnej wiedzy i kompetencji.

Kapitał finansowy, pracy, wiedzy i zaufania to fundamenty, na których dziś i w przyszłości zamierzamy budować siłę naszej placówki w przekonaniu, że dzięki takim zabiegom zwiększymy jej zdolność świadczenia usług medycznych na najwyższym poziomie, poprawimy warunki doskonalenia zawodowego kadry medycznej.

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Wojskowy Instytut Medyczny zmienia się. Wszystko to, co osiągnęliśmy jako instytucja oraz społeczność WIM w ostatnich latach nie byłoby możliwe bez zaangażowania najważniejszego ogniwa – twórców wiedzy, ludzi nauki, wspaniałych lekarzy, pielęgniarek oraz personelu pomocniczego. Wszystkich tych Państwa – członków dyrekcji, rady naukowej, organizacji samorządowych – pracowników Instytutu, którzy od lat realizujecie wizję nowoczesnego szpitala i instytutu badawczego.

W nowym roku akademickim życzę Państwu, aby dla każdego z Was był on inspirujący, twórczy, nacechowany poczuciem uczestnictwa nie tylko w ciekawym, ale także wartościowym projekcie aktywności zawodowej.

Życzę sukcesów w pracy, skuteczności w działaniu, szczęścia osobistego i optymizmu na co dzień.

Dyrektor WIM
Gen dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak

Wykład inauguracyjny pt. „Choroba małych naczyń mózgowych - wielkie wyzwanie dla współczesnej medycyny” wygłosił **dr hab. n. med. Jacek Staszewski**, adiunkt Kliniki Neurologicznej WIM.

Zgodnie z wieloletnią tradycją Wojskowego Instytutu Medycznego osoby, które uzyskały w minionym roku akademickim stopień doktora habilitowanego otrzymali dyplom z rąk Dyrektora WIM gen. dyw. prof. Grzegorza Gieleraka oraz Przewodniczącego Rady Naukowej WIM prof. Wojciecha Marczyńskiego.

w zakresie nefrologii:
ppłk dr hab. n. med. Arkadiusz LUBAS

w zakresie onkologii klinicznej:
dr hab. n. med. Mariusz CHABOWSKI

w zakresie reumatologii:
dr hab. n. med. Bartłomiej KISIEL

w zakresie neurologii
dr hab. n. med. Jacek STASZEWSKI

w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii:
dr hab. n. med. Dariusz Tomaszewski

w zakresie urologii:
ppłk dr hab. n. med. Tomasz ZĄBKOWSKI

Kolejnym punktem naszej uroczystości jest promocja doktorska. Osoby, które uzyskały w minionym roku akademickim stopień doktora otrzymały dyplomy doktora nauk medycznych.

W zakresie dermatologii i wenerologi:
dr Agnieszka NAWROCKA
Promotor: płk dr hab. Witold Owczarek

W zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej:
dr Emilia FRANKOWSKA
Promotor: płk prof. Grzegorz Zieliński
Promotor pomocniczy: dr Rafał Kidziński

W zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu:
ppłk dr Artur Pepłoński
Promotor: dr hab. Janusz Płomiński

W zakresie chirurgii ogólnej:
dr Piotr Florczuk-Dąbek
Promotor: prof. Edward Stanowski
Promotor pomocniczy: dr Wojciech Witkowski

W zakresie neurochirurgii:

dr Andrzej STYK
Promotor: płk prof. Grzegorz Zieliński
Promotor pomocniczy: mjr dr Piotr Zięcina

W zakresie nefrologii:
dr Magdalena Mosakowska
Promotor: prof. Stanisław Niemczyk

dr Anna Matyjek:
Promotor: dr hab. Tomasz Rozmysłowicz
Promotor pomocniczy: dr Aleksandra Rymarz

W zakresie otorynolaryngologii:
dr Piotr Rot
promotor: prof. Dariusz Jurkiewicz

dr Monika Sobolewska
promotor: prof. Dariusz Jurkiewicz
Promotor pomocniczy: dr Piotr Rapiejko

dr Justyna Poddębniak
Promotor: prof. Beata Zielnik-Jurkiewicz

W zakresie okulistyki:
dr Joanna Jabłońska
Promotor: płk prof. Marek Rękas
Promotor pomocniczy: dr Katarzyna Lewczuk

dr Mateusz TŁUSTOCHOWICZ
Promotor: płk prof. Marek Rękas
Promotor pomocniczy: dr Karolina Krix-Jachym

W zakresie kardiologii:
ppłk dr Mariusz FORYŚ
Promotor: dr hab. Elżbieta Kramarz

W zakresie patomorfologii:
dr Marzenna JESIOTR
Promotor: dr hab. Lubomir Bodnar
Promotor pomocniczy: płk dr Szczepan Cierniak

dr Bartłomiej GRALA
Promotor: prof. Wojciech Kozłowski
Promotor pomocniczy: płk dr Szczepan Cierniak

W zakresie neurologii:
dr Katarzyna Gocyła-Dudar
Promotor: prof. Adam Stępień

W zakresie onkologii klinicznej:
dr Agnieszka Buraczewska
Promotor: dr hab. Renata Duchnowska

W zakresie alergologii:

dr Krzysztof PIWOWAREK
Promotor: prof. Jerzy Kruszewski

W zakresie urologii:
dr Liliya TRYFONYUK
Promotor: prof. Włodzimierz Baranowski

W zakresie pediatrii:
dr Małgorzata SOPIŃSKA
Promotor: dr hab. Katarzyna Jobs
Promotor pomocniczy: dr Marianna Lichosik

W zakresie kardiochirurgii:
dr Anna WITKOWSKA
Promotor: prof. Piotr Suwalski

W zakresie pulmonologii:
dr Agata KALICKA
Promotor: dr hab. Andrzej Chciałowski
Promotor pomocniczy: dr Piotr Rapiejko

W zakresie laboratoryjnej transfuzjologii medycznej
dr Małgorzata DORMAN
Promotor: dr hab. Jolanta Korsak

W zakresie epidemiologii:
dr Tomasz AMELJAŃCZYK
promotor: prof. Marcin Czech
Promotor pomocniczy: dr Artur Maliborski

Po raz 12 zostały przyznane Nagrody Dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego za działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną.

Nagrody indywidualne:
Za oryginalne i twórcze osiągnięcia naukowe nagrodę indywidualną I stopnia otrzymał **dr n. med. Maciej Walędziak z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii** za autorstwo cyklu oryginalnych prac na temat małoinwazyjnego leczenia chirurgicznego pacjentów w świetle wyzwań związanych z sytuacją epidemiologiczną, opublikowanych w prestiżowych czasopismach chirurgicznych o zasięgu światowym, cytowanych przez innych autorów.

Nagrodę **II stopnia** otrzymała **dr n. med. Beata Uziębło-Życzkowska z Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych** za cykl trzech publikacji prezentujących unikalne wyniki badań ze względu na zastosowanie nowych metod echokardiograficznych pozwalających zdiagnozować subkliniczną, niedostępną dla klasycznej echokardiografii dysfunkcję serca w wielu różnych schorzeniach niekoniecznie dotyczących bezpośrednio serca.

Nagrodę indywidualną **III stopnia** otrzymała **dr n. med. Joanna Socha z Zakładu Radioterapii** za oryginalne osiągnięcie naukowe, które doprowadziło do zmiany rekomendacji NCCN (National Comprehensive Cancer Network) w zakresie leczenia raka odbytnicy tj. stosowania krótkiej radioterapii 5x5 Gy zamiast długiej 5 tygodniowej radio-chemioterapii co dowiodła dr Socha na podstawie

przeprowadzonej meta-analizy. Wyniki badań opublikowane zostały w najważniejszych czasopismach w zakresie radioterapii onkologicznej.

Za osiągnięcia dydaktyczne nagrodę **II stopnia** otrzymała **dr hab. n. med. Joanna Wierzbowska z Kliniki Okulistyki** za autorstwo monografii naukowej „Kompendium nowoczesnych metod korekcji wad wzroku", wydanej przez PZWL. Autorka poruszając temat skuteczności i bezpieczeństwa laserowej chirurgii refrakcyjnej, omawia również problem starczowzroczności i nowe metody jej korekcji. Monografia jest cenną i pomocną pozycją w codziennej praktyce lekarza okulisty, nie tylko zajmującego się chirurgią refrakcyjną.

Za osiągnięcia organizacyjne nagrodę **II stopnia** otrzymał **dr n. med. Andrzej Kwiatkowski z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii** za uzyskanie akredytacji, tytułu eksperta w I Edycji LapCo- Poland wzorcowego programu szkoleniowego w ramach małoinwazyjnej chirurgii kolorektalnej, które pozwoliło na szkolenie innych lekarzy w Polsce a WIM stać się wiodącym ośrodkiem w tej dziedzinie.

Nagrody zespołowe:

Nagrodę III stopnia otrzymał **Zespół z Wydziału Wsparcia i Zarządzania Projektami i Pionu Nauki** w składzie: **mgr Danuta Augustynowicz, mgr Małgorzata Łukaszuk, mgr Halina Rudnicka, mgr Dorota Połeć, mgr Aleksandra Karolak** za monografię pt.: „Lekarz Wojskowy. Stulecie Służby Ojczyźnie", wydanej z okazji setnej rocznicy ukazania się 1 numeru czasopisma „Lekarz Wojskowy", jednego z najstarszych polskich czasopism medycznych, które ukazują się do dnia dzisiejszego. Zespół autorski od wielu lat zaangażowany w ideę upowszechniania wiedzy o historii czasopisma, opracował unikalną monografię na podstawie analizy poszczególnych roczników „Lekarza Wojskowego" z lat 1920-2018, oraz publikacji z historii medycyny i rozwoju specjalności medycznych.

Za osiągnięcia dydaktyczne nagrodę III stopnia otrzymał **zespół z Kliniki Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej** w składzie: **dr hab. n. med. Bolesław Kalicki, dr hab. n. med. Katarzyna Jobs, dr n. med. Agata Wawrzyniak, dr n. med. Agnieszka Lipińska-Opałka** za opracowanie i przeprowadzenie innowacyjnego programu szkolenia dla VI roku studentów medycyny oraz jego dostosowanie do warunków szkolenia w czasie epidemii COVID-19 docenionego przez studentów oraz Władze Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wśród naszych gości, liderów w ochronie zdrowia, specjalistów i medyków, nie zabrakło osób, które swoje życie zawodowe koncentrują wokół zupełnie innych dziedzin niż nasza, ale które łączy potrzeba dzielenia się tym, co mają najlepsze, co najbardziej wartościowe.
W tegorocznej edycji nagrody „Bene Meritus de Egrotis et Instituto" (Zasłużony dla Pacjentów i Instytutu) nagrodę otrzymała Fundacja ORLEN Statuetkę odebrała **Prezes Zarządu Fundacji ORLEN Pani Marta SOLUCH**.

W tym roku po raz drugi została przyznana nagroda im. Szpitala Ujazdowskiego ustanowiona przez Dyrektora WIM i Prezesa Stowarzyszenia Dawny Szpital Ujazdowski, dla upamiętnienia największej w minionej epoce i pierwszej w odrodzonej Polsce, wojskowej placówki medycznej, jaką był Szpital Ujazdowski, którego tradycje przejął i wciąż pielęgnuje Wojskowy Instytut Medyczny.

Nagroda przyznana została za szczególne osiągnięcia w działalności społecznej i zaangażowanie na rzecz drugiego człowieka. Jest dedykowana osobom, których pasje sięgają poza medycynę, którzy swój czas poświęcają potrzebującym lub też łączą medycynę z innymi dziedzinami nauki i sztuki „pro publico bono".
Nagrodą jest uhonorowaniem i zobowiązaniem do pomocy bliźniemu, tak jak robili przez wieki lekarze Szpitala Ujazdowskiego.

Decyzją Kapituły nagrody im. Szpitala Ujazdowskiego PRO PUBLICO BONO zwycięzcą tegorocznej 2. edycji konkursu został dr hab. n. med. Stanisław ILNICKI – konsultant Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii WIM, wieloletni pracownik naszego szpitala. Wybitny lekarz, dydaktyk, naukowiec, specjalista orzecznictwa wojskowo-lekarskiego i sądowo-psychiatrycznego. Pasjonat psychiatrii, wojska, historii psychiatrii i historii wojskowej służby zdrowia. Związany z wojskową służbą zdrowia od 60 lat nadal pozostaje aktywny we wszystkich obszarach swojej pracy.

Podczas uroczystości wręczone zostały odznaki pamiątkowe Wojskowego Instytutu Medycznego.
Odznaka jest formą uhonorowania żołnierzy i pracowników za nienaganną służbę i pracę oraz osób szczególnie zasłużonych dla Instytutu.

Decyzją Dyrektora odznakę otrzymali:

- **Pani dr hab. n. med. Joanna Wierzbowska** – profesor Kliniki Okulistyki.
- **Pani dr hab. n. med. Małgorzata Figurska** – adiunkt Kliniki Okulistyki.
- **Pani mjr Anna Kaczorowska** – starszy asystent Komendy Pionu Leczniczego.
- **Pani Barbara Kwiatkowska-Jędrzejak** – Kierownik Sekcji Wydziału Wsparcia i Zarządzania Projektami.
- **Pani Halina Rudnicka** – Starszy bibliotekarz Biblioteki Naukowej.
- **Pan Tomasz Drabek** – starszy technik Oddziału Teleinformatyki.
- **Pan Edward Liweń** – starszy referent Oddziału Administracyjno-Mobilizacyjnego.

Dyrektor WIM wręczył listy gratulacyjne osobom, które w roku akademickim 2019/2020 ukończyły studia na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi zdając Lekarski Egzamin Końcowy z wyróżnieniem oraz odbyły roczny staż i szkolenie specjalistyczne w WIM.

Listy gratulacyjne otrzymali:

- podporucznik lekarz Rajmund BOBROWSKI
- podporucznik lekarz Michał KOWALCZYK
- podporucznik lekarz Łukasz MACUTKIEWICZ
- podporucznik lekarz Ilona ROMANIUK
- podporucznik lekarz Paweł ROZBICKI
- podporucznik lekarz Kamila SARNA
- podporucznik lekarz Magdalena ROLA
- podporucznik lekarz Daria ZYRKA

PROMOCJA NOWYCH OFICERÓW AWL

158 absolwentów Studium Oficerskiego oraz Kolegium Wojskowo-Lekarskiego UM w Łodzi otrzymało promocje oficerskie w Akademii Wojsk

Staż podyplomowy lekarzy
W roku akademickim 2020/2021

Lądowych we Wrocławiu. To żołnierze, którzy spieszyli z pomocą w trakcie epidemii koronawirusa. Promowani w sobotę żołnierze brali udział w ewakuacjach Domów Pomocy Społecznej, dostarczali żywność i środki pierwszej potrzeby osobom objętym kwarantanną, kombatantom samotnym i starszym. Dowiedli, że zasługują na zaufanie.

W dniu promocji na pierwszy stopień oficerski, absolwenci Akademii Wojsk Lądowych mogą być z siebie dumni.

Promocja oficerska została poprzedzona uroczystością wręczenia patentów oficerskich, dyplomów oraz świadectw. Patenty oficerskie w imieniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej – zwierzchnika Sił Zbrojnych RP bohaterom uroczystości wręczył 11 września br. Rektor-Komendant, gen. bryg. dr hab. inż. Dariusz Skorupka. - **Serdecznie gratuluję otrzymania świadectw ukończenia studium oficerskiego oraz patentów oficerskich. (…) Dotarcie do celu wymagało od Was samodyscypliny, pokonywania własnych słabości, ale także umiejętności dostosowania się do szczególnych warunków i reguł, które obowiązują w naszej Uczelni. Gratuluję i życzę dalszych sukcesów** – powiedział Rektor-Komendant.
W tym samym dniu została odprawiona msza święta w intencji absolwentów, w której uczestniczyli kadra, pracownicy wojska oraz absolwenci i podchorążowie AWL. **Następnego dnia, 12 września o godz. 11.00, na placu apelowym Akademii Wojsk Lądowych odbyła się upragniona i wyczekiwana przez absolwentów promocja oficerska.**
Aktu promowania na pierwszy stopień oficerski dokonali: Zastępca Szefa Sztabu Generalnego Wojska Polskiego gen. bryg. dr Dariusz Pluta, Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak oraz Inspektor Szkolenia Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych gen. dyw. Marek Sokołowski.

Promocja oficerska została poprzedzona uroczystością wręczenia patentów oficerskich, dyplomów oraz świadectw. Patenty oficerskie w imieniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej – zwierzchnika Sił Zbrojnych RP bohaterom uroczystości wręczył 11 września br. Rektor-Komendant, gen. bryg. dr hab. inż. Dariusz Skorupka. - **Serdecznie gratuluję otrzymania świadectw ukończenia studium oficerskiego oraz patentów oficerskich. (…) Dotarcie do celu wymagało od Was samodyscypliny, pokonywania własnych słabości, ale także umiejętności dostosowania się do szczególnych warunków i reguł, które obowiązują w naszej Uczelni. Gratuluję i życzę dalszych sukcesów** – powiedział Rektor-Komendant.

12 września o godz. 11.00, na placu apelowym Akademii Wojsk Lądowych odbyła się upragniona i wyczekiwana przez absolwentów promocja oficerska.

Aktu promowania na pierwszy stopień oficerski dokonali: Zastępca Szefa Sztabu Generalnego Wojska Polskiego gen. bryg. dr Dariusz Pluta, Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak oraz Inspektor Szkolenia Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych gen. dyw. Marek Sokołowski.

OTWARCIE CENTRUM CHIRURGII ROBOTYCZNEJ WIM

6 października br. o godz. 13:00 odbędzie się otwarcie Centrum Chirurgii Robotycznej WIM pt. „System DaVinci Nowa Era w Małoinwazyjnej Chirurgii".

W programie otwarcia.

Aula WIM, godz. 13:00 – 13:45

- Powitanie gości przez gen. dyw. prof. dr. hab. n. med. Grzegorza Gieleraka, dyrektora WIM
- Wystąpienia zaproszonych gości
- Wystąpienie ppłk. dr. n. med. Jacka Dońca, kierownika Centrum Chirurgii Robotycznej nt. **„Robot chirurgiczny da Vinci – Dlaczego WIM?"**

Centrum Chirurgii Robotycznej, godz. 13:45 – 14:30

- Uroczyste otwarcie, poświęcenie
- Zwiedzanie CCHR
- Rozmowy w kuluarach

Chirurgia robotyczna, biorąc pod uwagę jej dzisiejsze możliwości, jest bez wątpienia przyszłością medycyny zabiegowej.

Jej najważniejsze zalety: małoinwazyjność, ograniczenie ryzyka powikłań, precyzja, rozszerzone możliwości identyfikacji wzrokowej pola operacyjnego powodują, że trudno dziś wyobrazić sobie wykonywanie niektórych zabiegów chirurgicznych z pominięciem tej technologii. W tym roku mija dokładnie 10 lat od chwili instalacji pierwszego w Polsce autoryzowanego systemu da Vinci. Wojskowy Instytut Medyczny dołącza dziś do grona 10 placówek dysponujących ww. technologią, wnosząc jednocześnie elementy organizacji od zawsze będące atutem placówki. Interdyscyplinarność, kompleksowa i koordynowana opieka medyczna realizowane na najwyższym poziomie referencyjnym stwarzają warunki do optymalnego wykorzystania wszystkich zalet będących udziałem ww. systemu.

Szeroka gama usług medycznych na jaką od zawsze mogą liczyć trafiający do WIM chorzy zostanie z dniem dzisiejszym wzmocniona ofertą podnoszącą jakość i bezpieczeństwo świadczeń opieki zdrowotnej. Dziedziny takie jak: ginekologia, urologia, chirurgia onkologiczna, otolaryngologia i kardiochirurgia zyskają nowe możliwości terapii gwarantującej szybszy powrót do sprawności życiowej i zawodowej.

Ten ostatni argument wyjaśnia przy okazji, dlaczego implementacją i rozwojem technologii robotycznej w największym w Polsce szpitalu wojskowym jest zainteresowane Ministerstwo Obrony Narodowej, które sfinansowało zakup urządzenia, otwierając tą drogą nowy rozdział w dziedzinie jakości opieki i konkurencyjności wojskowych podmiotów leczniczych.

Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego
gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak,

XVI FORUM RYNKU ZDROWIA

Trwa rejestracja na XVI Forum Rynku Zdrowia, które odbędzie się 19 i 20 października 2020 r. w Warszawie.
Na program tegorocznej edycji tego wydarzenia złożą się 22 sesje. Nie zabraknie dyskusji o polityce zdrowotnej, organizacji, finansach i zarządzaniu w sektorze medycznym, a także sesji dotyczących terapii wybranych chorób oraz najnowszych technologii medycznych.

Tegoroczna edycja Forum stwarza znakomitą okazję do omówienia rozwiązań poprawiających funkcjonowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej – także w szerokim kontekście pandemicznej rzeczywistości, której wszyscy doświadczamy od kilku miesięcy.

XVI Forum Rynku Zdrowia tradycyjnie już odbędzie w warszawskim hotelu Sheraton. Z myślą o komforcie debaty, sesje zorganizowane zostaną w sposób stacjonarny, z zachowaniem najwyższych standardów bezpieczeństwa sanitarnego, a także z możliwością udziału online - **ZAREJESTRUJ SIĘ.**

19 października 2020 r. odbędzie się Gala Rynku Zdrowia, podczas której uroczyście wręczone zostaną **Portrety Polskiej Medycyny** – coroczne wyróżnienia przyznawane przez redakcję magazynu i portalu Rynek Zdrowia.

XVI Forum Rynku Zdrowia organizowane będzie w szczególnych okolicznościach, z zachowaniem wszelkich obowiązujących wymogów dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa.

Więcej o środkach bezpieczeństwa tutaj - **LINK**.

Organizatorem **Forum Rynku Zdrowia** jest Grupa PTWP, wydawca m.in. magazynu Rynek Zdrowia i portalu **rynekzdrowia.pl**.
Więcej o wydarzeniu: **www.forumrynkuzdrowia.pl**

Nasze sukcesy

NOMINACJA PROFESORSKA DLA GRZEGORZA ZIELIŃSKIEGO Z KLINIKI NEUROCHIRURGII

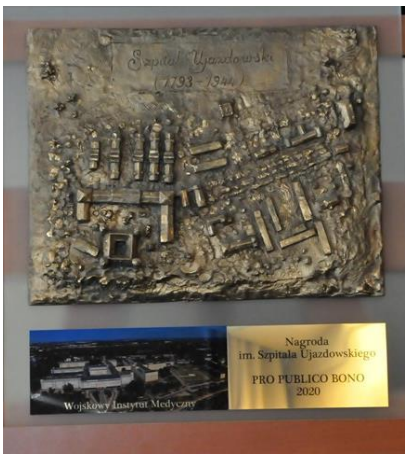
Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda, wręczył akty nominacyjne nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki.

Uroczystość odbyła się we wtorek 29 września 2020 r. w Pałacu Prezydenckim.

Wśród nominowanych naukowców jest profesor nauk medycznych i nauk o zdrowiu **płk prof. dr hab. n. med. Grzegorz Zieliński** z Wojskowego Instytutu Medycznego, profesor instytutu z Kliniki Neurochirurgii, członek Rady Naukowej WIM. Wręczenie odbyło się na wniosek Centralnej Komisji do Spraw Stopni i Tytułów. Postanowienie w tej sprawie Prezydent RP podpisał 6 lutego 2020r. nr 115.1.2020 **(M.P. 2020 poz.304)**.

płk prof. dr hab. n. med. Grzegorz Zieliński, profesor instytutu z Kliniki Neurochirurgii jest lekarzem specjalistą w dziedzinie neurochirurgii, w trakcie

Obrady Kapituły Nagrody im. Szpitala Ujazdowskiego PRO PUBLICO BONO



specjalizacji z neuropatologii. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 2000 roku na podstawie rozprawy doktorskiej „Skuteczność leczenia gruczolaków przysadki mózgowej przebiegających z objawami akromegalii", a doktora habilitowanego w 2009 r. za osiągnięcie „Wyniki leczenia operacyjnego gruczolaków kortykotropowych przysadki przebiegających z objawami choroby Cushinga ze szczególnym uwzględnieniem zespołu Nelsona. Studium klinicznena". Jego główne zainteresowania naukowe dotyczą patogenezy guzów przysadki mózgowej i ich leczenia, biologii nowotworów mózgu, leczenia guzów podstawy czaszki i malformacji naczyniowych ośrodkowego układu nerwowego, chorób kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem zespołu Chiari.

Dorobek naukowy profesora obejmuje 259 prac i doniesień zjazdowych o łącznej wartości wskaźnika Impact Factor 107.260 i punktacji ministerialnej 1 983. Jego prace były cytowane ponad 417 razy i indeks h=8. Jest autorem rozdziałów w podręcznikach z dziedziny endokrynologii zamieszczonych w podręczniku endokrynologii w ramach *Wielkiej Interny* oraz w podręczniku *Endokrynologii Klinicznej* wydanym pod auspicjami Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego. Rozdziały dotyczą diagnostyki i leczenia operacyjnego guzów przysadki mózgowej i chorób układu podwzgórzowo-przysadkowego. Opracował i wdrożył w Wojskowym Instytucie Medycznym procedurę cewnikowania zatok skalistych dolnych w diagnostyce chorych z objawami hiperkortyzolemii ACTH-zależnej.

Aktywność naukowa Profesora została wielokrotnie uhonorowana nagrodami m. in. w 2000 r. wyróżniony został Nagrodą I stopnia przez Rektora WAM za pracę doktorską; w 2014 roku został uhonorowany nagrodą zespołową III stopnia za współautorstwo publikacji dotyczących roli kinazy mTOR w transformacji nowotworowej przez Rektora WUM, w 2015 roku wyróżniony nagrodą zespołową III stopnia przez Dyrektora WIM za oryginalne i twórcze osiągnięcia naukowe - cykl prac poruszających zagadnienia diagnostyki i leczenia guzów układu podwzgórzowo-przysadkowego oraz nagrodą indywidualną II stopnia Dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie za cykl publikacji prezentujących zdobycze unikalnej w skali kraju diagnostyki i stanowiących podsumowanie metod leczenia chorób przysadki mózgowej i podwzgórza u chorych poddanych terapii w ośrodku referencyjnym ds. wskazanych schorzeń.

Akt nominacji profesorskiej

WIM Z CERTYFIKATEM SZPITALA DOBREJ PRAKTYKI ŻYWIENIA KLINICZNEGO – LECZENIE PRZEZ ŻYWIENIE

Informujemy, że decyzją Rady ekspertów Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN) **Centralny Szpital Kliniczny MON Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie pozytywnie przeszedł weryfikację i otrzymał certyfikat „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego – Leczenie przez żywienie”.**

Certyfikat „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego – Leczenie przez żywienie” potwierdza, przestrzeganie przez placówkę najwyższych standardów w zakresie leczenia żywieniowego oraz możliwość zapewnienia każdemu pacjentowi z ryzykiem żywieniowym odpowiedniej opieki.

- W pełni doceniamy, iż Państwa szpital dokonuje rzetelnej i regularnej oceny stanu odżywienia pacjenta oraz udostępnia leczenie żywieniowe dla pacjentów ze wskazaniami. Gratulujemy Państwu zaangażowania i trudu

włożonego w prowadzenie żywienia klinicznego i mamy nadzieję, że Państwa szpital będzie nieustannym wzorem wśród praktyk leczenia żywieniowego – napisał w liście gratulacyjnym prezes Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłek.

Ze względu na wciąż trwającą pandemię COVID-19 uroczyste wręczenie certyfikatów odbędzie się w wersji on-line, transmitowanej prosto ze studia w Warszawie **w dniu 21 października 2020 r. o godz. 13:00.**

List gratulacyjny.

MISTRZOSTWA POLSKI SŁUŻB MUNDUROWYCH W BADMINTONIE

W dniach 11-13 września 2020 r. w Hali Sportowo-Rehabilitacyjnej w Suchedniowie odbyły się VIII Mistrzostwa Polski Służb Mundurowych w Badmintonie z okazji 102. rocznicy odzyskania przez Polskę niepodległości.

80 zawodników reprezentowało m.in. Wojsko, Policję, Straż Pożarną, Straż Miejską, Służby Więzienne. Mistrzostwo Polski w grze podwójnej mężczyzn zdobył ppłk Krzysztof Gontarski.

Ppłk Krzysztof Gontarski reprezentował Wojskowy Instytut Medyczny (MON) zdobywając mistrzowski tytuł wspólnie z partnerem Mirosławem Markiem (Służba Więzienna).
W finale kat. MD 35+. pokonali oni z wynikiem 21-17, 21-13 parę Marek Miałkowski/Wojciech Romańczuk (Policyjny Klub Sportowy "Mazury").

Mistrzostwa zorganizowali: Świętokrzyski Związek Badmintona oraz Burmistrz Miasta i Gminy Suchedniów przy współpracy Komendanta Wojewódzkiego Policji w Kielcach, Komendanta Państwowej Straży Pożarnej w Kielcach, Szefa Wojewódzkiego.

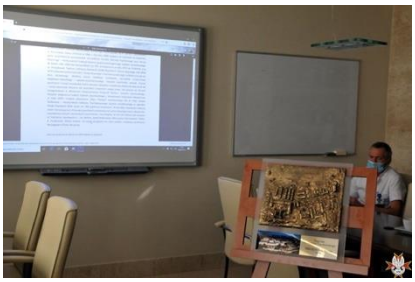
Okiem kamery

ĆWICZENIA MASCAL SYMULACJA ZAMACHU TERRORYSTYCZNEGO

W ramach projektu „Poprawa dostępu do usług społecznych w zakresie zdrowia psychicznego," którego celem jest lepszy dostęp do infrastruktury i usług społecznych, w szczególności w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, w dniach 2-3 września br. odbyły się ćwiczenia MASCAL (Mass Casualty). **W ramach ćwiczenia ukraińscy psycholodzy i psychiatrzy, od kilku miesięcy szkolący się w WIM, brali udział w zintegrowanych działaniach medycznych i psychologicznych podczas symulacji ataku terrorystycznego.**

Projekt został sfinansowany ze środków Ministerstwa Spraw Zagranicznych w ramach programu Polska Pomoc.

https://youtu.be/cxpa6-Z13v0



Podziękowanie za pracę w WIM Edward Jusiński

OPIEKA KARDIOLOGICZNA NA NAJWYŻSZYM POZIOMIE LECZYMY TĘTNICZE NADCIŚNIENIE PŁUCNE

Interwencyjne leczenie zawału serca, rozwój małoinwazyjnych technik leczenia wad strukturalnych serca to obszary najchętniej kojarzone z dynamicznym rozwojem współczesnej kardiologii. Świadkami tego postępu jest zespół Kliniki Kardiologii WIM. W mnogości różnych działań staramy się nie zapominać o pacjentach ze schorzeniami rzadkimi. W Klinice od 11 lat funkcjonuje program terapeutyczny NFZ leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego.

Nadciśnienie płucne jest interdyscyplinarnym problemem klinicznym a wieloprofilowość Wojskowego Instytutu Medycznego zapewnia dostęp do szerokiego wachlarza różnych specjalistycznych technik diagnostycznych, które często są nieodzowne do tego, aby dobrze postawić rozpoznanie tętniczego nadciśnienia płucnego. W rozstrzyganiu wątpliwości diagnostycznych czy terapeutycznych pomagają nam koledzy specjaliści z Klinik Reumatologii, Pneumonologii, Gastrologii czy Hematologii. Dzięki takiemu współdziałaniu zdobywamy unikalne doświadczenie kliniczne, które później służy naszym pacjentom.

https://youtu.be/5nN5XJcbc3A

Informacje Wydziału Prawnego

NAJNOWSZE ZMIANY W PRZEPISACH PRAWNYCH

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2020 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.**
https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1641

Ustawa z dnia 17 września 2020 r. **o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw.**
https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1639

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej.
https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1627

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 września 2020 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.**
https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1625

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2020 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2020 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację –**
https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1576

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia**.
https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1497

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego**.
https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1506

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach**.
https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1507

Dodatkowych informacji w zakresie zmian w przepisach prawnych udziela Pani Marta Witak Specjalista w Wydziale Prawnym WIM, e-mail: mwitak@wim.mil.pl tel. 665-707-750.

Ppłk Krzysztof Gontarski mistrzem Polski służb mundurowych w badmintonie

Informacje Wydziału Wsparcia i Zarządzania Projektami

WIM UTWORZY CENTRUM WSPARCIA BADAŃ KLINICZNYCH

Wojskowy Instytut Medyczny znalazł się na czwartym miejscu w **gronie 30 podmiotów aplikujących w ogólnopolskim konkursie Agencji Badań Medycznych na stworzenie wyspecjalizowanych Centrów Wsparcia Badań Klinicznych (CWBK)**.

Inicjatywa stworzenia Centrów Wsparcia Badań Klinicznych ma na celu uatrakcyjnienie i zapewnienie jednolitego standardu na rynku badań klinicznych w Polsce.

Badania kliniczne są niezbędne do rozwoju medycyny. Przynoszą one korzyści wszystkim zainteresowanym stronom: pacjentom, ze względu na dostęp do innowacyjnego leczenia, często będącego leczeniem ostatniej szansy; lekarzom, którzy zwiększają poziom swojej wiedzy i zapewniają rozpoznawalność na arenie międzynarodowej oraz jednostkom leczniczym, które mogą zaoferować pacjentom większy zakres wsparcia i pomocy a jednocześnie rozwijać placówkę zgodnie z najnowszymi doniesieniami medycyny. Mimo wszystko liczba badań klinicznych w Polsce (a w szczególności badań niekomercyjnych) wciąż pozostaje relatywnie niska, znacznie poniżej potencjału kraju. Mała liczba realizowanych badań klinicznych

Ćwiczenie MASCAL CKP WIM

może być jednocześnie i powodem i skutkiem braku organizacji procesów związanych z takimi przedsięwzięciami w jednostkach ochrony zdrowia w Polsce. W efekcie każde badanie kliniczne staje się dużym wyzwaniem organizacyjno-logistycznym a niekomercyjne badanie kliniczne często jest wręcz poza zasięgiem i możliwością wielu szpitali. Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w WIM stanowić będzie odpowiedź na powyższe zagadnienia, poprzez zapewnienie wsparcia w realizacji badań klinicznych na wszystkich płaszczyznach, m.in.: aktywnego poszukiwania sponsorów/partnerów, opiniowania i negocjowania umów, planowania i wdrażania badań klinicznych niekomercyjnych, obsługi prawno-księgowej badań czy ich realizacji (w tym zapewni zaplecze medyczne dla realizacji badań wczesnych faz).

Obecnie w ramach działalności badawczej WIM prowadzone są komercyjne badania kliniczne z m.in. obszarów takich jak: okulistyka, onkologia, gastrologia i choroby wewnętrzne, neurologia, dermatologia, hematologia, otolaryngologia, chirurgia naczyniowa i endowaskularna, kardiologia. Przyszły model biznesowy CWBK WIM zakłada kontynuację dotychczasowej ścieżki poprzez podtrzymywanie relacji z obecnymi partnerami biznesowymi oraz poszukiwanie nowych sponsorów i partnerów, realizację badań klinicznych komercyjnych i niekomercyjnych oraz własną działalność badawczo-rozwojową.

Zwiększenie liczby realizowanych przez Wojskowy Instytut Medyczny badań klinicznych, a w konsekwencji liczby uczestniczących w nich osób, wywrze znaczący wpływ na polski system ochrony zdrowia. Katalog realizowanych do tej pory badań klinicznych zostanie poszerzony o większą liczbę badań niekomercyjnych oraz o badania wczesnych faz. Dzięki bliskiej współpracy z placówkami POZ, rekrutacja uczestników badań klinicznych zostanie usprawniona. Zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej pozwoli również na dotarcie do tych pacjentów, których potrzeby zdrowotne najlepiej pokrywają się z badaną terapią. Sytuacja pacjentów poprawi się jednak przede wszystkim dzięki wynikom realizowanych projektów.

Dzięki podjętym działaniom oraz uzyskanemu dofinansowaniu Wojskowy Instytut Medyczny przyczyni się do rozwoju krajowego rynku badań klinicznych - zarówno komercyjnych jak i niekomercyjnych - a w konsekwencji przyczyni się do podniesienia rangi naukowej oraz atrakcyjności krajowych instytucji medycznych dla międzynarodowych partnerów i sponsorów.

Dofinansowany ze środków ABM projekt będzie realizowany w latach 2021-25 i opiewa na kwotę 11,6 mln zł – jest to najwyższa kwota dofinansowania spośród przyznanych w całej grupie zwycięzców konkursu.

Jesteśmy dumni z wyróżnienia i pozostajemy otwarci na kolejne inicjatywy współpracy z Agencją Badań Medycznych.

Szczegółowych informacji na temat tego jak i innych realizowanych w Wojskowym Instytucie Medycznym projektów udziela Wydział Wsparcia i Zarządzania Projektami (pok. 441, bud. „Żywieniowy", tel. 261-817-225, 261-817-227, mail: **projekty@wim.mil.pl**).

Informacje Wydziału Finansowego

FAKTURY I DOKUMENTY KSIĘGOWE

W nieprzekraczalnym terminie do dnia **8 września br.** prosimy o dostarczenie wszystkich **faktur zagranicznych**, będących w posiadaniu komórek organizacyjnych w związku ze złożeniem deklaracji „INTRASTAT" do Urzędu Celnego **za miesiąc wrzesień 2020.**

Natomiast do **15 września br. włącznie** prosimy o dostarczenie wszystkich **dokumentów księgowych**, będących w posiadaniu komórek organizacyjnych, w związku z zamknięciem podatkowym okresu sprawozdawczego **za miesiąc wrzesień 2020.**

Nasza rozmowa

DRUGA FALA EPIDEMII JEST FAKTEM

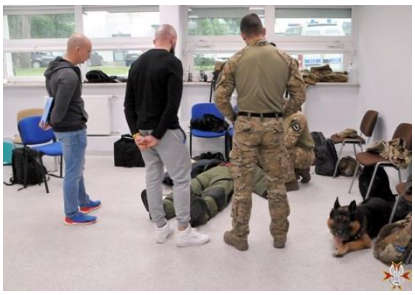
Gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak, dyrektor WIM, w rozmowie dla Naszego Dziennika.

Stosowanie dystansu społecznego, używanie maseczki w przestrzeni publicznej oraz mycie i dezynfekcja rąk są w stanie ograniczyć ryzyko zakażenia aż o 80 procent.

- Celem realizowanego aktualnie w WIM badania jest zastosowanie trójpirofosforanu mioinozytolu jako substancji przeciwdziałającej skutkom powikłań związanych z niewydolnością oddedechową w przebiegu COVID-19.

W WIM prowadzone jest pierwsze w Polsce i na świecie badanie określające przydatność stosowania ITPP u ludzi z ciężką niewydolnością oddechową zakażonych SARS-CoV-2. Będzie ono finansowane przez ABM. Na czym polega jego innowacyjność? Jakie skutki może przynieść zastosowanie takiej terapii?

- Trójpirofosforan mioinozytolu (ITPP) jest nową, pozytywnie zweryfikowaną w kilku badaniach przedklinicznych oraz jednym badaniu klinicznym pierwszej fazy cząsteczką posiadającą zdolność zwiększania uwalniania tlenu przez hemoglobinę, a tym samym utlenowanie tkanek. Celem realizowanego aktualnie w WIM badania jest zastosowanie ITPP jako substancji przeciwdziałającej skutkom powikłań związanych z niewydolnością oddechową w przebiegu COVID-19. Jest to pierwsza w Polsce i na świecie kliniczna ocena skuteczności i bezpieczeństwa użycia tej substancji w leczeniu pacjentów z COVID-19, realizowana w gronie międzynarodowego konsorcjum firm farmaceutycznych oraz instytucji naukowo-badawczych, gdzie WIM jest liderem. Wiążemy z tym projektem duże nadzieje na dokonanie przełomu w terapii najciężej chorych, obarczonych największym ryzykiem zgonu, pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.



Na jakim etapie jesteśmy, jeśli chodzi o epidemię? Co dziś wiemy o SARS-CoV-2?

- Na podstawie informacji jakie docierają z bliskich nam geograficznie krajów Europy bez wątpienia można uznać, że mamy do czynienia z początkiem drugiej fali epidemii. Sytuacja epidemiczna w Czechach, Austrii – nawet pięciokrotny wzrost liczby zakażonych w porównaniu z okresem sprzed kilku tygodni – budzi niepokój, choć co warto podkreślić - śmiertelność nadal pozostaje tam na niskim poziomie. Z tego m.in. powodu w większości krajów nie zdecydowano się jeszcze na wprowadzenie dodatkowych obostrzeń, co najpewniej jednak nastąpi w kolejnych tygodniach wraz ze spodziewanym szybkim wzrostem jesiennych zachorowań, a za nimi i większej śmiertelności. Przyczyn tej zmiany upatruje się w powrocie dzieci do szkół oraz rozpoczynającym się sezonie grypowym.

Aktualna wiedza na temat przebiegu epidemii i odpowiedzialnego za jej wywołanie wirusa upoważnia do przyjęcia innej niż to miało miejsce wiosną strategii walki z jej skutkami. Na pewno, znając dzisiejsze szacunkowe dane na temat liczby osób, które miały kontakt z wirusem i wytworzyły na niego odporność trudno optować na podążaniem w kierunku strategii wytworzenia sztucznej odporności zbiorowej. Po prostu, nie ma dziś na to czasu. Natomiast procedury zapobiegania zakażeniom, standardy leczenia, zaawansowanie badań nad swoistą szczepionką przeciw COVID19 stanowią kapitał, którego właściwe wykorzystanie daje realną perspektywę szybkiego wygaszenia epidemii przy jak najmniej dotkliwych dla państwa i społeczeństwa kosztach. Z medycznego punktu widzenia istnieje wiele przesłanek, które pozwalają przypuszczać, że przebieg drugiej fali epidemii będzie łagodniejszy. Mniejsza zjadliwość wirusa objawiająca się m.in. mniejszą śmiertelnością oraz liczbą pacjentów doświadczających ciężkiego przebiegu zakażenia są tego nader widocznymi dowodami. Pamiętajmy jednak, wirus i wywoływana przez niego epidemia w naturze swojej interakcji z otoczeniem nie postępuje według ukrytej, wysublimowanej strategii. Jego siła pochodzi wyłącznie ze słabości jaką w danym momencie prezentuje podatna na zakażenie populacja z jej indywidualnymi oraz systemowymi ograniczeniami w hamowaniu reprodukcji wirusa.

Kiedy przestaniemy używać maseczek, dystansować się i po prostu bać?

- Maseczki w większości krajów na świecie są dziś powszechnie stosowanym środkiem ochrony osobistej mającym ograniczyć ryzyko transmisji zakażenia. Jedną z najważniejszych metod prewencji rozprzestrzeniania się wirusa, którego największa zakaźność przypada na okres bezpośrednio poprzedzający wystąpienie objawów chorobowych. Uzasadnienie do ich stosowania w obecnej sytuacji epidemicznej dotyczy przede wszystkim zamkniętej przestrzeni publicznej, co powinno być także łączone ze stosowaniem zasad dystansowania społecznego oraz mycia i dezynfekcji rąk. Noszenie maseczki to również wyraz empatii wobec drugiego człowieka wyrażającej naszą odpowiedzialności za jego zdrowie i życie, co nota bene celnie zostało ujęte w regule: moja maseczka chroni ciebie, twoja maseczka chroni mnie.

Jak Pan ocenia zaproponowaną w ubiegłym roku strategię na jesień? Czy to jest już ta jasna „mapa drogowa", o którą apelował Pan przed miesiącem? Czy jesteśmy przygotowani na jesienną kumulację infekcji, także grypy i koronawirusa? Jaki rozwój sytuacji Pan przewiduje?

- Na pewno okoliczności o jakich mowa należy traktować z najwyższą powagą. W okresie ostatnich 3 miesięcy kilkakrotnie zabierałem głos w publicznej dyskusji na temat konieczności opracowania strategii walki z epidemią w związku z wysokim prawdopodobieństwem nadejścia jej drugiej jesiennej fali. Zebrane w tym czasie doświadczenia, tak krajowe, jak i zagraniczne dają niepowtarzalną okazję

zastosowania rozwiązań, które w sposób celowy, przy optymalnym zaangażowaniu posiadanych zasobów dają szansę ograniczenia skutków pandemii.
Efektywne zarządzanie zasobami kadrowymi personelu medycznego, gromadzenie informacji i danych sytuacyjnych na temat epidemii, właściwie prowadzona polityka informacyjna, koordynacja przedsięwzięć związanych z przygotowaniem i implementacją zaleceń sanitarnych oraz wytycznych postępowania przeciwepidemicznego, a także wykorzystanie możliwości identyfikacji osób zarażonych jakie dają dziś technologie informatyczne. To przykłady najważniejszych kierunkowych działań systemowych jakie na obecnym etapie powinny być nie tyle brane pod uwagę, co znajdować już odzwierciedlenie w realnych działaniach służb państwowych odpowiedzialnych za walkę z epidemią.
Trudno racjonalnie rozmawiać o walce z obecnym kryzysem pandemicznym w sytuacji, gdy zaangażowanie niektórych segmentów rynku zdrowia jest po części iluzoryczne. Podstawowa opieka zdrowotna to fundament sprawnego przeciwdziałania skutkom epidemii takich jak obecna, stąd uważam, że toczone dziś dyskusje i spory wokół tego tematu oraz związany z nimi brak ostatecznych rozstrzygnięć organizacyjnych stanowią poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa państwa i obywateli. Tym trudniej mi to zrozumieć, że miałem okazję poznać szczegóły walki z epidemią podczas jej eskalacji we Włoszech, gdzie największy ciężar wzięli na siebie lekarze rodzinni, sprawujący opiekę na chorymi … w ich domach. Tym niemniej żywię przekonanie, że pomimo obecnych trudności ostatecznie jednak uda się nam – wszystkim pracownikom systemu ochrony zdrowia, nie zawieść zaufania Polaków w czasie czekającej nas próby.

Kto jest obecnie najbardziej zagrożony COVID-19? Jak chronić te grupy ryzyka?

- Najbardziej narażone na ryzyko ciężkiego przebiegu oraz zgonu z powodu COVID-19 są osoby powyżej 65. roku życia. Wśród przyczyn tego stanu rzeczy wymienia się niewydolność starzejącego się układu odpornościowego w części odpowiedzialnej za identyfikację i blokadę wirusa u wrót zakażenia. Z wiekiem spada również zdolność wygaszania stanu zapalnego, nakładająca się często na występowanie chorób współistniejących zwiększających ryzyko nadmiernego odczynu zapalnego w organizmie, co w przypadku zakażenia koronawirusem prowadzi do burzy cytokinowej z klinicznym obrazem immunologicznego zapalenia płuc i niewydolności oddechowej. Co ciekawe, dużo lepiej sytuacja wygląda u osób stuletnich i starszych, których genetycznie zaprogramowany układ immunologiczny odpowiada z jednej strony za niespodziewanie niski poziom zapadalności na nowotwory, ale także za bardzo wysoką liczbę limfocytów T cytotoksycznych oraz wysoki poziom przeciwwirusowych interferonów, co znacząco poprawia ich szanse na pokonanie powikłań infekcji wirusowych w porównaniu z osobami w wieku 70–90 lat.

Co ze szczepionką? Jakie realne szanse na jej powstanie? Kto jest najbliżej?

- Niemal od początku pandemii COVID-19 trwają intensywne prace nad skuteczną i bezpieczną szczepionką przeciwko tej chorobie. Aktualnie nad szczepionką pracuje prawie 200 zespołów badawczych, a 35 preparatów jest na etapie badań klinicznych. Z początkiem września Firmy AstraZeneca, Moderna, Pfizer, BioNTech, GlaxoSmithKline, Johnson&Johnson, Merck, Novavax i Sanofi, których szczepionki przeciwko COVID-19 znajdują się w najbardziej zaawansowanej fazie badań klinicznych, podpisały oświadczenie, że ich preparaty zostaną przedstawione do rejestracji po przeprowadzeniu wszystkich wymaganych badań klinicznych zgodnie z dotychczasowymi wymogami. Warto podkreślić, że stało się to bezpośrednio po wstrzymaniu testów europejskiej szczepionki na COVID-19 (AstraZeneca) z powodu wystąpienia u jednej z poddanych testom osób objawów

zapalenia rdzenia kręgowego. Sytuacja ta pokazuje, że w przypadku tej konkretnej szczepionki koncerny farmaceutyczne przyjęły strategię wyjątkowej dbałości o jakość i bezpieczeństwo produktu końcowego zdając sobie sprawę z tego, że dopuszczenie do użytku nie do końca bezpiecznego preparatu może mieć poważne dalekosiężne skutki. Z informacji jakimi dziś dysponujemy można wnioskować, że szczepienie mRNA wywołuje silną odpowiedź immunologiczną przy przemijających – łagodnych lub umiarkowanych – działaniach niepożądanych. Obecna epidemia przyspieszyła rozwój technologii produkcji szczepionek silnie zaznaczając przewagę nowoczesnych tzw. platform genetycznych szybkiego rozwoju, dzięki czasu wydatnie skrócono czas ich powstania, ale także, tak przynajmniej wskazują na to dzisiejsze dane, poprawiono ich skuteczność i bezpieczeństwo. Szczepionki DNA i mRNA, bo o nich mowa, są bez wątpienia przyszłością w zapewnieniu bezpieczeństwa epidemicznego o czym mam nadzieję będziemy mogli się przekonać zgodnie z zapowiedziami koncernów AstraZeneca i Moderna już na przełomie roku.

Czy lockdown był potrzebny?

- Na etapie dalece ograniczonej wiedzy o zagrożeniach związanych z epidemią SARS-CoV-2 z czym mieliśmy do czynienia zimą i wczesną wiosną br. decyzja o przyjęciu strategii przeciwdziałania jej skutkom poprzez maksymalne ograniczenie ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa w drodze zastosowania obowiązku utrzymywania dystansu społecznego i ograniczenia migracji była ze wszech miar właściwa i odpowiedzialna. Zdobyty dzięki temu czas pozwolił m.in. na przystosowanie struktur państwa, w tym systemu ochrony zdrowia do działalności w warunkach kryzysu epidemicznego, zabezpieczenie odpowiedniej ilości środków dezynfekcyjnych i ochrony osobistej, wypracowanie standardów zapobiegania szerzenia się zakażenia oraz skutecznego leczenia jego powikłań.

Jak mamy się teraz zachowywać? Jak budować swoją odporność?

- Po pierwsze, w codziennym życiu stosować uznane i potwierdzone naukowo sposoby ograniczania transmisji wirusa. Stosowanie dystansu społecznego, używanie maseczki z przestrzeni publicznej oraz mycie i dezynfekcja rąk są w stanie ograniczyć ryzyko zakażenia aż o 80%. Po drugie, powinniśmy unikać przebywania w miejscach niosących ze sobą wysokie ryzyko zakażenia, tj. słabo wentylowanych, zatłoczonych pomieszczeniach. Najnowsze dane pokazują, że jedynie 10-20%. osób zakażonych koronawirusem odpowiada za 80% nowych przypadków zakażeń co dowodzi, że unikanie ww. miejsc, ryzykownych zachowań ma dużo większe znaczenie dla ustąpienia epidemii niż stosowanie ograniczeń ogólnych. Pamiętajmy jednak, że każda epidemia wygasa w rezultacie zmniejszania się liczby osób podatnych na zakażenie. Tak więc budowanie odporności zbiorowej (stadnej) do poziomu co najmniej 60-70% populacji, czy to w sposób naturalny – poprzez przechorowanie i wytworzenie swoistej odporności, czy też w drodze masowych szczepień jest realnie jedynym celowym działaniem wygaszającym epidemię. Do tego czasu pozostaje nam unikać sytuacji zwiększających ryzyko ekspozycji na zakażenie oraz budować odporność immunologiczną poprzez aktywny tryb życia, odpowiednią dietę, suplementację witaminy D.

Rozmawiała: Aneta Przysiężniuk-Parys, Nasz Dziennik

WIM w mediach

RYNEK ZDROWIA.PL: WIM OTRZYMAŁ 11,6 MLN ZŁ NA STWORZENIE CENTRUM WSPARCIA BADAŃ KLINICZNYCH

30.09.2020

W WIM utworzone zostanie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych. Prezes Agencji Badań Medycznych, dr Radosław Sierpiński wręczył na ręce dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego gen. dyw. prof. Grzegorza Gieleraka czek o wartości 11,6 mln zł dofinansowania w ramach konkursu na tworzenie i rozwój Centrów Wsparcia Badań Klinicznych (CWBK) - podaje ABM w informacji prasowej.

Więcej:
https://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/Warszawa-WIM-otrzymal-11-6-mln-zl-na-stworzenie-Centrum-Wsparcia-Badan-Klinicznych,213124,11.html

MEDEXPRESS.PL: OGRANICZENIA W LECZENIU ŁUSZCZYCY A POTRZEBY PACJENTÓW

29.09.2020

Kolejna Debata Medexpressu poświęcona była optymalnemu leczeniu pacjentów z ciężką i umiarkowaną łuszczycą plackowatą. W debacie udział wzięli: Prof. Joanna Narbutt, konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii, kierownik Kliniki Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej UM w Łodzi, Dagmara Samselska, przewodnicząca Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę, prezes AMICUS Fundacji Łuszczyca i ŁZS Prof. Witold Owczarek, kierownik Kliniki Dermatologii Wojskowego Instytutu Medycznego Grzegorz Błażewicz, zastępca Rzecznika Praw Pacjenta.

Więcej:
https://www.medexpress.pl/debata-medexpressu-ograniczenia-w-leczeniu-luszczycy-a-potrzeby-pacjentow/79086

POLSKIERADIO.PL: SZCZEPIONKA NA KORONAWIRUSA?

27.09.2020

Dyrektor WIM: przełom roku to realny termin - Firmy nie będą w stanie wyprodukować w bardzo krótkim czasie olbrzymich ilości szczepionek. Ich dostępność na początku będzie ograniczona - mówił w Polskim Radiu 24 dyrektor Wojskowe Instytutu Medycznego prof. Grzegorz Gielerak.

Więcej:
https://polskieradio24.pl/130/5925/Artykul/2590230,Szczepionka-na-koronawirusa-Dyrektor-WIM-przelom-roku-to-realny-termin

Ćwiczenia MASCAL symulacja zamachu terrorystycznego Dom Kultury Świt

RADIOMARYJA.PL: UDAR MÓZGU DOTYKA CORAZ WIĘCEJ POLAKÓW

25.09.2020

Co 8 minut w Polsce ktoś doznaje udaru mózgu. To daje 80 tysięcy przypadków rocznie, z czego aż 30 tysięcy kończy się śmiercią chorego. Statystyki ciągle rosną. Szansą dla chorych jest stosowana w Polsce od 2 lat nowoczesna metoda leczenia – trombektomia. Pacjentów z udarem mózgu można skutecznie uratować.
Pomocne w tym są nowoczesne metody, m.in. trombektomia mechaniczna, polegająca na przywróceniu przepływu krwi przez zamknięte naczynie. Aby jednak metoda ta przyniosła spodziewany efekt, musi być zastosowana w określonym czasie, tzw. oknie terapeutycznym, które trwa 4,5 lub 6 godzin od wystąpienia udaru.

Dr. hab. n. med. Jacek Staszewski z Kliniki Neurologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie zwraca uwagę, że udar nie zdarza się bez przyczyny.

Więcej:
https://www.radiomaryja.pl/informacje/udar-mozgu-dotyka-coraz-wiekszej-ilosci-polakow/

TERMEDIA.PL: KIEDY LECZENIE NIKOTYNIZMU NIE PRZYNOSI EFEKTÓW

23.09.2020

– Nie wszystkim palaczom udaje się wyleczyć z uzależnienia. Dlatego poszukuje rozwiązań mających na celu zastąpienie klasycznych papierosów wyrobami, które mogą mieć mniejsze działanie toksyczne – mówi prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej WIM w Warszawie.

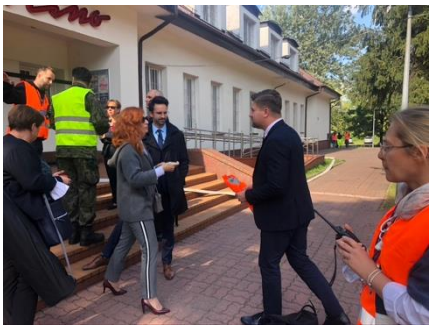
Więcej:
https://www.termedia.pl/mz/Kiedy-leczenie-nikotynizmu-nie-przynosi-efektow,39633.html

POLSKIERADIO.PL : STRATEGIA WALKI Z KORONAWIRUSEM

07.09.2020

Prof. Gielerak: obrany kierunek jest bardzo dobry, gorąco wspieram jego kontynuację - Bardzo dobrym rozwiązaniem na obecnym etapie jest ogłoszone przez ministra zdrowia zaangażowanie w walkę z epidemią wszystkich placówek ochrony zdrowia, a nie jak do tej pory tylko szpitali zakaźnych i jednoimiennych - powiedział gen. prof. Grzegorz Gielerak ...

Więcej:



https://www.polskieradio.pl/130/5925/Artykul/2577768,Strategia-walki-z-koronawirusem-Prof-Gielerak-obrany-kierunek-jest-bardzo-dobry-goraco-wspieram-jego-kontynuacje

WIDEO: ASTMA OSKRZELOWA – PRZYCZYNY I OBJAWY

07.09.2020

Dotyka 4 mln Polaków. Tylko połowa ma świadomość swojego schorzenia. Reszta chorych odczuwa dolegliwości, ale nie ma rozpoznania. Nie korzysta z konkretnego leczenia. Ponadto boryka się z kaszlem i dusznościami i nie wie, jak sobie z nimi poradzić.
Czym jest astma oskrzelowa, jak ją leczyć i jak z nią żyć, opowiada dr Piotr Dąbrowiecki, specjalista chorób wewnętrznych i alergologii z Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii WIM w Warszawie, Prezes Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP.

Więcej:
https://leczeniewdomu.pl/wideo-astma-oskrzelowa-przyczyny-i-objawy/

PAP.PL: WICESZEF MSZ: ZYSKUJEMY NA WYMIANIE DOŚWIADCZEŃ Z UKRAINĄ

04.09.2020

Ukraina to jeden z najważniejszych partnerów Polski. Na wymianie doświadczeń dotyczących wsparcia psychologicznego dla osób dotkniętych stresem pourazowym zyskują obie strony – powiedział wiceminister spraw zagranicznych Paweł Jabłoński. MSZ jest koordynatorem realizowanego od ubiegłego roku przez MON projektu wsparcia poszkodowanych wskutek konfliktu zbrojnego na wschodzie Ukrainy – weteranów działań wojennych, przesiedleńców i osób zamieszkujących strefę przyfrontową.
"Ukraina jest jednym z najważniejszych partnerów Polski i największym, odbiorcą pomocy rozwojowej. Łączna wartość wszystkich projektów pomocowych dla Ukrainy to po nad 300 mln zł" – powiedział Jabłoński.

Więcej:
https://www.pap.pl/aktualnosci/news,710938,wiceszef-msz-zyskujemy-na-wymianie-doswiadczen-z-ukraina.html

SE.PL: DYREKTOR WIM: ProteGO SAFE WINNA BYĆ OBOWIĄZKOWA DLA GRUP PODWYŻSZONEGO RYZYKA

02.09.2020

W czwartek (3 września) mamy poznać rządową strategię jesiennej walki z epidemią SARS-CoV2/COVID-19. Możliwe, że niezbyt popularna aplikacja ProteGO Safe, do mobilnego monitorowania zagrożenia zakażeniem koronawirusem, będzie obowiązkowa. Nie dla wszystkich, ale dla pewnych grup społeczeństwa. Za takim rozwiązaniem opowiada się gen. dyw. prof. Grzegorz Gielerak, dyrektor Wojskowego Instytut Medycznego w Warszawie.

Więcej:
https://www.se.pl/zdrowie/dyrektor-wim-protego-safe-winna-byc-obowiazkowa-dla-grup-podwyzszonego-ryzyka-aa-8Wvu-Mrgj-5ph3.html

RYNEKZDROWIA.PL:
EEC 2020: RETRANSMISJA DEBATY O ZNACZENIU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA DLA GOSPODARKI

02.09.2020

Za sprawą epidemii COVID-19 związek ochrony zdrowia z gospodarką chyba nigdy nie był tak silny, jak obecnie. Rozmawialiśmy o tym w środę (2 września) pierwszego dnia XII Europejskiego Kongresu Gospodarczego (EEC - European Economic Congress). Podczas jednej z ponad 80 sesji XII Europejskiego Kongres Gospodarczy (EEC - European Economic Congress, Katowice, 2-4 września) eksperci rozmawiali m.in. o znaczeniu sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia dla gospodarki kraju.

Więcej:
https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/EEC-2020-retransmisja-debaty-o-znaczeniu-systemu-ochrony-zdrowia-dla-gospodarki,211978,14.html

Szkolenia

RZS – SZKOLENIA I DOFINANSOWANIE DLA POZ

Zapraszamy do programu profilaktyki **reumatoidalnego zapalenia stawów**. Do **9 października br. trwa nabór placówek POZ** do projektu, w ramach którego ich pracownicy wezmą udział w bezpłatnym szkoleniu z profilaktyki, diagnozowania i leczenia RZS (punkty edukacyjne). Pacjenci z podejrzeniem RZS otrzymają szybką ścieżkę diagnostyki i badań, a wizyty pacjentów w POZ zostaną sfinansowane ze środków unijnych.

O programie.

Zapraszamy Państwa do współpracy w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów. Program został opracowany z udziałem Ministerstwa Zdrowia i jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Celem programu jest poprawa wczesnej wykrywalności RZS w celu zapewnienia utrzymania lub powrotu do aktywności zawodowej chorych na RZS. Realizacja programu obejmuje współpracę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ze specjalistą reumatologiem, przyjmującym pacjenta w ośrodku wczesnej diagnostyki zapalenia stawów. W zakresie realizacji projektu lekarz POZ przeprowadza 2 wizyty finansowane w ramach programu. Do wizyt kwalifikują się pacjenci z bólem i obrzękiem przynajmniej jednego stawu na podstawie kryteriów przesiewowych programu.

Więcej: Ogólnopolski Program profilaktyczny

KLINIKA REHABILITACJI ZAPRASZA DO KRIOKOMORY LECZENIE ZIMNEM – PODNIEŚ SWOJĄ ODPORNOŚĆ!

Kriokomora ogólnoustrojowa to terapia zimnem w temperaturze w przedziale od -110 do -120 stopni Celsjusza stosowana w medycynie zarówno wobec chorych, jak i zdrowych osób, np. sportowców i osób aktywnych fizycznie.
Krioterapia to zabieg w komorze kriogenicznej trwający maksymalnie 3 minuty. W tak krótkim czasie korzystnie wpływa na fizyczny i psychiczny stan zdrowia chorego.

Klinika Rehabilitacji WIM zaprasza personel szpitala do korzystania z tej formy terapii.

Jeden zabieg obejmuje wejście do kriokomory i kinezyterapię (każde wejście do kriokomory poprzedzone jest obowiązkowym pomiarem ciśnienia tętniczego).
NFZ refunduje 20 zabiegów kriokomory w roku kalendarzowym (dwa cykle po 10 zabiegów).
W celu skorzystania z zabiegów pacjent musi mieć skierowanie **na cykl zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej** (karta zabiegowa). Skierowanie może być wydane przez każdego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jest ważne 30 dni od daty jego wystawienia (w tym czasie prosimy o zapisanie się na zabiegi).
Zapisy na zabiegi prowadzi rejestracja, nr tel. - 261 816 236.

Zabiegi krioterapii ogólnoustrojowej są wykonywane od poniedziałku do piątku w trzech turach do wyboru:

Pomiar ciśnienia tętniczego w godzinach:	Godzina rozpoczęcia zabiegu:
7:30-8:00	8:00
9:00-9:30	9:30
16:30-17:00	17:00

Zabiegi są wykonywane z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa sanitarnego.

Pacjent w celu skorzystania z zabiegów powinien zaopatrzyć się w środki ochrony indywidualnej takie jak:
wykonane z naturalnego włókna (wełny lub bawełny):

- długie skarpety (przy krótkich skarpetach dodatkowa opaska na stawy kolanowe – w celu ochrony dołów podkolanowych przed odmrożeniem),
- czapka lub opaska na uszy, rękawiczki,
- maseczka ochronna medyczna lub techniczna (bez elementów metalowych),
- DLA KOBIET – spodenki i top (biustonosz) bez elementów metalowych,
- DLA MĘŻCZYZN - dwie pary spodenek (zakładamy jedne na drugie).

ponadto:

- strój do ćwiczeń po wyjściu z kriokomory (np. dres)
- ręcznik (do ewentualnego wytarcia wilgotnych części ciała bezpośrednio przed wejściem do komory; szczególnie dotyczy to: okolic pod biustem, pach, dołów podkolanowych)
- własna kłódka do zamknięcia szafki ubraniowej

WSKAZANIA DO KRIOKOMORY:

- Choroby reumatoidalne: RZS, ZZSK.
- Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych i kręgosłupa.
- Dyskopatie i inne schorzenia narządu ruchu.
- Schorzenia neurologiczne w tym: stwardnienie rozsiane (SM), choroba Parkinsona, powikłania schorzeń naczyniowych mózgu.
- Zespoły pourazowe i przeciążeniowe narządu ruchu.
- Profilaktyka osteoporozy.
- Odnowa biologiczna: działanie biostymulujące, wspomagające walkę z nadwagą, cellulitem, zwiększenie odporności organizmu.
- W medycynie sportowej: przyspieszenie restytucji powysiłkowej, profilaktyka przeciążeń narządu ruchu.
- Depresja.

MEDYCYNA DLA NURKUJĄCYCH

Nakładem Wydawnictwa 4Font w Poznaniu ukazała się książka dr med. Jarosława Krzyżaka i prof. dr hab. med. Krzysztofa Korzeniewskiego pt. „Medycyna dla nurkujących", rekomendowana jest przez Wojskową Izbę Lekarską, Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki Hiperbarycznej oraz Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży.

Monografia jest polecana wszystkim nurkującym, niezależnie od poziomu ich wiedzy nurkowej, jak również instruktorom nurkowania oraz lekarzom i ratownikom medycznym. Każdy, kto zdobył kwalifikacje nurka, powinien wykazać się w praktyce znajomością zagadnień, których wykorzystanie może uratować zdrowie lub życie własne oraz innych nurkujących.

Ze wzmożeniem działalności podwodnej wiąże się znacząca liczba wypadków nurkowych, nierzadko prowadzących do śmierci. Prezentowany podręcznik wyposaży nurka w niezbędną wiedzę, która pozwoli zarówno bezpiecznie schodzić pod wodę, jak i wracać na powierzchnię.

Więcej informacji na stronie www.medycynanurkowa.pl

BEZPIECZNI W CZASIE PANDEMII NFZ ZAPRASZA DO OBEJRZENIA FILMÓW EDUKACYJNYCH

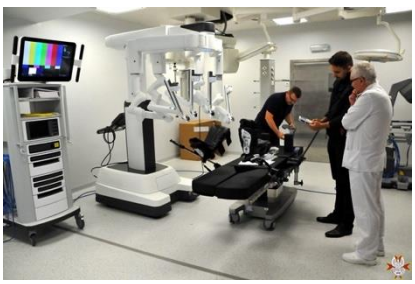
2 września 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia na swoim profilu Akademia NFZ rozpoczął emisję filmów edukacyjnych pod wspólnym hasłem „Bezpieczni w czasie epidemii".

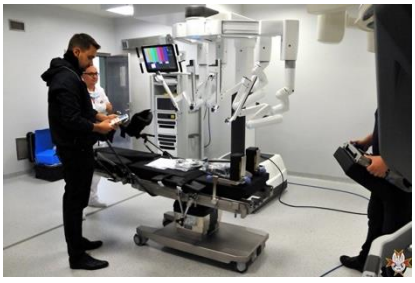
To 10 odcinków poruszających zagadnienia z różnych obszarów codziennego życia w dobie epidemii. Rozprawiają się z fałszywymi teoriami, pokazują jak dbać o higienę i bezpieczeństwo, objaśniają jak poruszać się w systemie zdrowia w nowej rzeczywistości.

Poniżej przedstawiamy listę wszystkich odcinków:

1. Wiedza oparta na faktach (jak weryfikować informacje na temat koronawirusa)
2. Higiena i bezpieczeństwo

Robot da Vinci w WIM
Centrum Chirurgii Robotycznej





3. Jak korzystać z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)?
4. Jak korzystać z opieki ambulatoryjnej (AOS)?
5. Jak korzystać z opieki szpitalnej?
6. W zdrowym ciele zdrowy duch!
7. Żywienie ma znaczenie!
8. Podróże bez ryzyka
9. Praca w nowej rzeczywistości
10. Nasza odpowiedzialność

Opracowany przez NFZ cykl edukacyjnych filmów jest rzetelnym, opartym na wiedzy naukowej materiałem edukacyjnym do wykorzystania przez każdego, kto szuka odpowiedzi na nurtujące nas w czasie epidemii pytania.
Przedsięwzięciu patronują Ministerstwo Zdrowia oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Zapraszamy do obejrzenia opublikowanych odcinków:

1. Wiedza oparta na faktach
https://youtu.be/UVvr9YpAEbc

2. Higiena i bezpieczeństwo
https://youtu.be/a87D6dxHPj4

3. Jak korzystać z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)?
https://youtu.be/EDhMwv6bfE0

4. Jak korzystać z opieki ambulatoryjnej (AOS)?
https://youtu.be/BJLphOPRCTE

5. Jak korzystać z opieki szpitalnej?
https://youtu.be/LOrbiXWqnfQ

6. W zdrowym ciele zdrowy duch!
https://youtu.be/gn_zFIpq00Q

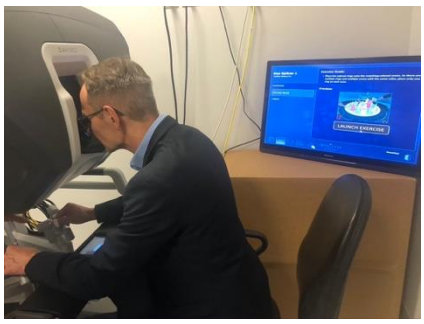
7. Żywienie ma znaczenie!
https://youtu.be/z2gv5Hp3g_Q

8. Podróże bez ryzyka
https://youtu.be/3eCoBKweODE

9. Praca w nowej rzeczywistości
https://youtu.be/l0rHpj2RrV4

10. Nasza odpowiedzialność
https://youtu.be/FfjRkyN54qs

Wszystkie filmy są z napisami dla osób niesłyszących.
Cykl filmów dostępny jest na kanale Akademia NFZ na You Tube https://tiny.pl/7j5tr



ZESPÓŁ ZAMKOWO-KATEDRALNY W KWIDZYNIE

Zespół katedralno-zamkowy w Kwidzynie powstał w XIV w. na potrzeby nieistniejącej już dziś diecezji pomezańskiej, jako jej centrum religijne i polityczno-administracyjne. Budynek posiada unikatowe wartości architektoniczne i zabytkowe. Jest jednym z najbardziej imponujących zabytków architektury gotyckiej w Polsce. Jest to jedyne na terenie naszego kraju, tak uformowane przestrzennie oraz jednorodne założenie średniowieczne łączące funkcje sakralne, rezydencjonalne i obronne o unikatowych w skali europejskiej rozwiązaniach architektonicznych. Oprócz wskazanych wartości zespołu, znaczącym jego atutem jest siła oddziaływania estetycznego na otaczającą przestrzeń spotęgowana ścisłym związkiem z krajobrazem naturalnym krawędzi pradoliny dolnej Wisły. Wyjątkowa w skali bryła oraz malownicza forma zespolonych obiektów od dawna była inspiracją dla malarzy i poetów. Już w 1586 r. wizytatorzy kościelni wskazywali, iż „jest niemalże najwspanialszą budowlą całych Prus Książęcych".

Zamek oraz katedra, pomimo wprowadzanych na przestrzeni wieków przekształceń, w znacznym stopniu zachowały oryginalny średniowieczny układ. Spektakularnym elementem wystroju wnętrza katedry jest wielki zespół gotyckich malowideł ściennych z przełomu XIV/XV w., przemalowanych podczas prac restauracyjnych w XIX i XX w., ale zachowujących swoją pierwotną estetykę i tematykę. Na górnej kondygnacji części prezbiterialnej znajdują się przedstawienia naturalnej wielkości postaci 17 ordynariuszy diecezji pomezańskiej z katolickiego okresu funkcjonowania katedry oraz trzech wielkich mistrzów Zakonu Krzyżackiego pochowanych w katedrze. Pierwotnie obie budowle: zamek i katedrę zaczęto wznosić odrębnie, jako dwa samodzielne obiekty. Jeszcze w 4 ćw. XIV w. nastąpiło ich funkcjonalne połączenie w unikatowy zespół architektoniczny.

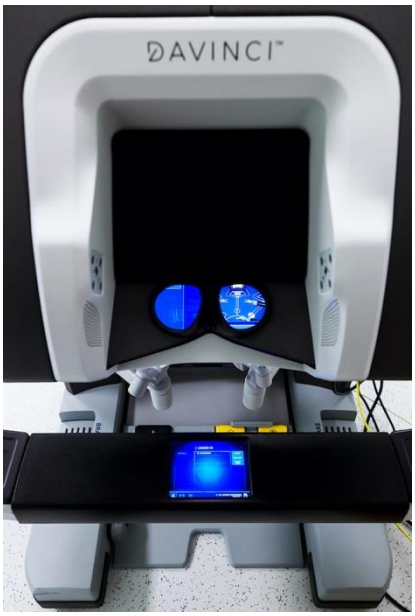
Budowę zamku rozpoczęto na początku XIV w. Większość prac zakończono w latach 1340-1350. Okazałe gdanisko (czyli wieżę pełniącą podwójną rolę: toalety oraz reduty ostatniej obrony, zawsze wysuniętą poza mury twierdzy) ukończono w latach 80-tych XIV w. W czasie tzw. wojny kleszej (1478-1479) zamek został poważnie uszkodzony. Podczas remontu w 1487 r. rozebrano uszkodzone narożne wieże. W 1526r. biskupi pomezańscy przeszli na protestantyzm. W latach 30. XVI w. pierwszy biskup protestancki Paulus Speratus przeprowadził na własny koszt remont zamku. Po jego śmierci, w 1551 r. zamek został przejęty przez urzędników księcia Albrechta Hohenzollerna. W tym czasie był siedzibą starostów kwidzyńskich. W 1709 r., na zaproszenie króla pruskiego Fryderyka I, w zamku zatrzymał się car Rosji Piotr I. W 1728 r. przekształcono południowe skrzydło na magazyn żywności dla garnizonu wojskowego. Po I rozbiorze Polski zamek stał się siedzibą sądu. W tym okresie w salach I piętra wprowadzono podział na szereg małych pomieszczeń. W związku z budową schodów prowadzących z dziedzińca na I piętro częściowo rozebrano krużganek zachodni. Część zamku zaadaptowano na cele więzienne. W 1798 r. podjęto decyzję o rozbiórce dwóch skrzydeł zamkowych: wschodniego i najbardziej reprezentacyjnego – południowego. Na mocy rozporządzenia króla pruskiego Fryderyka Wilhelma IV, po 1854 r. zaprzestano dewastacji zamku i rozpoczęto prace restauratorskie. W 1874 r., pod kierunkiem Gustawa Reicherta zrealizowano ich najważniejszy etap – odbudowano wieże narożne, w pomieszczeniach I piętra skrzydła północnego zrekonstruowano sklepienia oraz uzupełniono gotyckie detale architektoniczne. Zamek pełnił funkcje sądu i więzienia do 1935r. W latach 1936-45

po przeprowadzeniu szeregu prac adaptacyjnych był siedzibą hitlerowskiej szkoły Hitlerjugend. Po zajęciu miasta przez Armię Czerwoną, w odróżnieniu od Starego Miasta, uniknął poważniejszych zniszczeń. Splądrowano jedynie jego wnętrza. W grudniu 1949 r. zamek został przejęty przez ówczesne Ministerstwo Kultury i Sztuki, a rok później utworzono w nim muzeum. Zachowane gdanisko jest największym i najlepiej zachowanym spośród istniejących (pozostałe w Malborku i Toruniu). Ganek łączący je z zamkiem ma 56 m długości i wsparty jest na pięciu monumentalnych filarach. Od strony północnej zamku usytuowana jest wieża studzienna zwana małym gdaniskiem. Najważniejsze pomieszczenia zamkowe mieszczą się na I piętrze. W skrzydle północnym - tzw. zimowy refektarz ze sklepieniem gwiaździstym wspartym na centralnie usytuowanej kolumnie, skryptorium oraz izba mieszkalna prepozyta kapituły i skarbiec. W skrzydle zachodnim usytuowana jest największa zachowana sala, w której pierwotnie znajdowało się dormitorium (obecnie to główna sala wystawowa). Na drugim piętrze obecnie znajdują się sale wystawowe.

Kościół (Katedra pw. św. Jana Ewangelisty), podobnie jak zamek, zaczęto budować na pocz. XIV w. W latach 1478-79, w trakcie oblężenia Kwidzyna przez wojska polskie, obiekt został uszkodzony – zawaliło się sklepienie dolnej części prezbiterium i nie zostało odbudowane. Około 1380 r. nad głównym wejściem w elewacji południowej powstał obraz mozaikowy przedstawiający św. Jana i przedstawionego w pozycji klęczącej fundatora biskupa Jana Möncha. W latach 1502-1521, za czasów biskupa Hioba von Dobeneck, w prezbiterium powstały do dziś zachowane malowidła ścienne przedstawiające poczet 17 biskupów pomezańskich i 3 wielkich mistrzów krzyżackich. Na początku XVI w., wraz z wprowadzeniem protestantyzmu zmienił się wygląd wnętrza świątyni. Ściany otynkowano, a prezbiterium i korpus przedzielono ścianą wyznaczając miejsca modlitwy dla gminy niemieckiej (nawa), polskiej (prezbiterium), a okresowo także czeskiej (zachodnia część nawy). Przed głównym wejściem elewacji południowej wybudowano kruchtę z wapienia gotlandzkiego. W 1705 r. od strony północnej dobudowano kaplicę grobową Ottona Fryderyka von Groeben. W 1807 r., w okresie wojen napoleońskich kościół został częściowo zdewastowany - zamieniony na magazyn żywności i halę ćwiczeń dla żołnierzy. Dopiero w latach 1816-17 za sprawą architekta Schroedera przeprowadzono prace budowlane polegające na usunięciu wtórnych ścianek działowych i naprawieniu gzymsów. W 1856 r. rzeźbiarz Henryk Medema wykonał portal kaplicy Groebenów. W latach 1862-64 przeprowadzono gruntowne prace restauratorskie przywracając wnętrzu pierwotny gotycki charakter. W tym okresie odsłonięto polichromię z XIV/XV w. W prezbiterium odbudowano zniszczone w XV w. sklepienie oraz odsłonięto i przemalowano XVI-wieczne malowidła ścienne. Jednocześnie według projektu znanego niemieckiego architekta Fryderyka Augusta Stülera zrealizowano neogotycki ołtarz i ambonę. W 1864 r. w oknach zamontowano witraże. W 1945 r., po zajęciu miasta przez Armię Radziecką, katedra została na krótko przekształcona w wojskowy magazyn zbożowy. Po uporządkowaniu wnętrza niezniszczony kościół przejęli franciszkanie. Od 1993 r. katedra administrowana jest przez księży diecezjalnych.

Warto w swych wędrówkach po kraju mieć na uwadze odwiedzenie tego wyjątkowego miejsca.

Tomasz Zaborowski Boblioteka Naukowa WIM



Nie przegap – propozycje Sekcji Socjalnej

VOUCHERY DO KINA

Wszystkie osoby posiadające vouchery do kina z terminem ważności do 30.04.2020 roku zapraszamy do Sekcji Socjalnej w celu wymiany ich na kody do wykorzystania w kinie z terminem ważności do 31.10.2020 roku.

PODSTAWĄ OTRZYMANIA KODU JEST ZWROT PRZETERMINOWANEGO KUPONU.

KARTY MULTISPORT

Uprzejmie informujemy, że 01.10.2020 roku wprowadzone zostają zmiany programie Multisport dla pracowników WIM.

Koszt karty **MultiSport Plus** dla pracownika WIM wynosi **118,76 zł**.

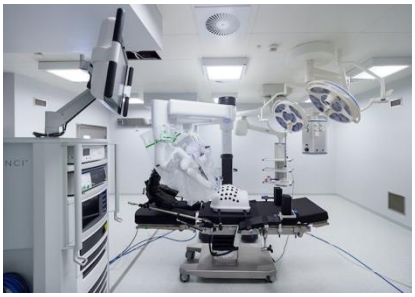
- Korzystanie z karty kilka razy dziennie
- Prawie 4000 punktów sportowych w Polsce
- 25 dyscyplin sportowych

- karta **MultiSport Plus** dla osoby towarzyszącej - **164,14 zł**;
- karta **MultiSport KIDS AQUA** dla dziecka poniżej 15 lat, tylko basen – **40 zł**;
- karta **MultiSport KIDS** dla dziecka poniżej 15 lat – **89 zł**, (basen, sztuki walki, taniec, ścianka wspinaczkowa, grota solna).
- karta **Multisport SENIOR** - **49 zł** (osoba towarzysząca w wieku minimum 60 lat. Karta obejmuje 1 wejście dziennie do godziny 16:00 w wybranych obiektach)
- karta **Multisport STUDENT** – **119 zł** (dzieci Pracownika w wieku od 16 do 26 lat, dostęp do wszystkich aktywności, możliwość korzystania z usług kilkukrotnie w ciągu dnia.)

Koszt karty **MultiSport Light** dla pracownika WIM wynosi **82,00 zł**.

- Korzystanie z obiektów sportowych 8 razy w miesiącu
- Blisko 2000 punktów sportowych w Polsce
- Możliwość korzystania z ponad 20 dyscyplin sportowych

- karta **MultiSport Plus** dla osoby towarzyszącej - **115,00 zł**;
- karta **MultiSport KIDS AQUA** dla dziecka poniżej 15 lat, tylko basen – **40 zł**;
- karta **MultiSport KIDS** dla dziecka poniżej 15 lat – **89 zł**, (basen, sztuki walki, taniec, ścianka wspinaczkowa, grota solna).
- karta **Multisport SENIOR** - **49 zł** (osoba towarzysząca w wieku minimum 60 lat. Karta obejmuje 1 wejście dziennie do godziny 16:00 w wybranych obiektach)



- karta **Multisport STUDENT** – **119 zł** (dzieci Pracownika w wieku od 16 do 26 lat, dostęp do wszystkich aktywności, możliwość korzystania z usług kilkukrotnie w ciągu dnia.)

Coś dla ducha

CZYM JEST MYŚLENIE REFLEKSYJNE?

Tym, co powinno dzisiaj być celem każdego nauczyciela, jest wykorzystywanie myślenia do poszerzania swobody jednostki. Nie wbijanie do głowy coraz większej ilości materiału, nie odtwarzanie wiedzy, nie nauka trików, tylko nauka myślenia.

„Edukacja nie jest przygotowaniem do życia, edukacja jest życiem" – mówił amerykański filozof John Dewey. Jej celem nie jest tworzenie świetnie wyposażonych robotów do wykonywania określonych zadań, tylko wolnych i niezależnych jednostek, które potrafią odnaleźć się w każdej sytuacji zarówno dzisiaj, jak i w przyszłości.
Ideą prawdziwej edukacji nie jest bezpośrednie przygotowanie do podjęcia pracy, nauczanie tego, jak zamówić jedzenie w restauracji w obcym języku, czy tego, jak wypełnić formularz podatkowy. Ktoś może powiedzieć, że nie ma nic bardziej życiowego niż nauczenie się zasad rządzących rozmową o pracę, praktycznych zwrotów niezbędnych do zapytania o drogę w obcym kraju czy wypełnienia formularza PIT, ale w rzeczywistości bezpośrednia praca nad tym w szkole jest tworzeniem maszyny, a nie wolnej jednostki. Zapamiętywanie reguł i zwrotów, by następnie wyrecytować je w odpowiednim momencie, nie jest drogą ku wolności, tylko mniejszą albo większą niewolą ograniczoną głębokością zasobów materiału. Tym, co powinno dzisiaj być celem każdego nauczyciela, jest wykorzystywanie myślenia do poszerzania swobody jednostki. Nie wbijanie do głowy coraz większej ilości materiału, nie odtwarzanie wiedzy, nie nauka trików, tylko nauka myślenia.

Jednak problem z myśleniem jest taki, że sam czasownik „myśleć" jest jednym z częściej używanych słów, a co za tym idzie – jednym z bardziej pojemnych i mało precyzyjnych.

John Dewey w swoim tekście *How We Think* wyróżnia cztery znaczenia słowa „myśl":

- Myślą jest wszystko, co w danej chwili „przechodzi przez naszą głowę".
- Myślą są rzeczy, które chowają się poza zasięgiem zmysłów (to, czego nie widać, nie słychać, nie czuć).
- Myślą są przekonania akceptowane z góry, bez próby ich udowadniania.
- Myślą są przekonania oparte na określonych podstawach, które są świadomie znajdowane i których dokładność jest weryfikowana.

Według definicji 1. każdy człowiek jest jednostką myślącą, bo myślenie jest równoznaczne z chwilowym fantazjowaniem, marzeniem, bujaniem w obłokach czy przypominaniem sobie czegoś. Jednak myśli formowane w ten sposób najczęściej są chaotyczne, nie mają kierunku, ciągłości ani spójności.

Definicja 2. znajduje zastosowanie między innymi w modnym ostatnio storytellingu, czyli tworzeniu opowieści (lub bajek), który często przypomina myślenie refleksyjne,

ale nim nie jest. Storytelling nakierowany jest na układanie logicznej sekwencji myśli, ale jego celem nie jest wiedza, fakty czy prawda. Rezultatem udanego storytellingu jest po prostu dobra opowieść; ewentualna wiedza jest tam tylko dziełem przypadku, a prawda ma drugorzędne znaczenie.

Myśli w rozumieniu definicji numer 3. mogą być dokładne („myślałem, że jesteś w garażu"), ale nie muszą (ludzie myśleli kiedyś, że Ziemia jest płaska). Nikt nie wie do końca, w jaki sposób tego typu myśli „instalują się" w naszych głowach: są one częściowo wynikiem tradycji, instrukcji, imitacji bądź silnych emocji. Używając metafory sali sądowej, można powiedzieć, że myśli te są wyrokami podjętymi jeszcze przed procesem, przed wysłuchaniem świadków i przeanalizowaniem dowodów.

Z perspektywy prawdziwej edukacji najważniejszą definicją jest ta ostatnia, gdyż tylko tak rozumiana myśl jest produktem myślenia refleksyjnego. Myślenie refleksyjne wymaga nie tylko sekwencji idei, ale też konsekwencji, czyli tego, by każda kolejna myśl wynikała z poprzedniej i była jej potwierdzeniem. Tym, co dodatkowo utrudnia zrozumienie natury myślenia refleksyjnego, jest to, że granice pomiędzy poszczególnymi gatunkami myśli nie są oczywiste.

Rozważmy następującą sytuację – człowiek spogląda w niebo – możemy tu mieć do czynienia z dwoma rodzajami myślenia: za pierwszym razem człowiek widzi ludzką twarz, która wyłania się z kształtu chmur, za drugim, widząc ciemne chmury, człowiek przyspiesza kroku, by uniknąć deszczu. W pierwszym przypadku nie uznajemy twarzy widzianej oczami wyobraźni za fakt; po prostu coś przychodzi nam na myśl, ale nie myślimy refleksyjnie. W drugim przypadku ryzyko zmoknięcia przedstawia się jako realna perspektywa: bierzemy pod uwagę naturę połączenia pomiędzy obserwacją (ciemne chmury) a nasuwającą się sugestią (zmoknięcie). Obserwacja posiada w tym przypadku cechę dowodu. Refleksja oznacza, że coś uznawane jest za prawdę (lub za fałsz) nie samo z siebie, tylko poprzez coś innego, co uznać można za przesłankę, gwarancję, dowód czy po prostu podstawę do takiego myślenia.

Wszystkie myśli mają swoją określoną wagę. Myślenie o wielorybach czy wielbłądach wyłaniających się z kształtu chmur jest zwyczajną zabawą, nieprowadzącą do żadnych konkretnych przekonań. Natomiast uznawanie Ziemi za płaską jest już przypisywaniem konkretnej właściwości istniejącej rzeczy. Tego typu myśl – w przeciwieństwie do bujania w obłokach – nie jest plastyczna ani podatna na zmiany nastrojów. Co więcej, wiara w to, że Ziemia jest płaska, pociąga za sobą szereg konsekwencji w myśleniu o innych rzeczach: ciałach niebieskich, antypodach, nawigacji, etc.

Myślenie refleksyjne składa się z dwóch etapów:

- stanu zmieszania, zaskoczenia i wątpliwości;
- aktu poszukiwania i wnikania w celu wydobycia na światło dzienne dalszych faktów, które będą potwierdzeniem lub zaprzeczeniem nasuwających się odpowiedzi.

Przy rozwijaniu myślenia refleksyjnego najważniejsze jest, aby pobudzić umysł w taki sposób, by uniknąć jakichkolwiek silnych przekonań lub relacjonowania faktów dokonanych. W praktyce oznacza to omijanie tematów nacechowanych emocjonalnie, takich jak polityka, ideologia czy religia, oraz unikanie pytań osobistych, w których najczęściej chodzi o wyrażanie subiektywnych opinii („Jaki jest twój ulubiony kolor?") lub relacjonowanie czegoś, co już się wydarzyło („Co robiłaś w zeszłe wakacje?").

Źródło: Jędrzej Stępień Wszystko co Najważniejsze

Kwidzyń

Kącik kulinarny

WĘGIERSKA ZUPA GULASZOWA

Jedna z moich ulubionych zup - nie za gęsta, dobrze przyprawiona węgierską papryką i czosnkiem, z mięskiem i warzywami. Dobrze mieć takich bratanków...

Kraj pochodzenia: Węgry
Liczba porcji: 4-6
Czas przygotowania: trzeba poświęcić trochę czasu
Stopień trudności: łatwa

Składniki:

- 400 g wołowiny na gulasz
- 2 cebule średniej wielkości
- 50 g smalcu
- łyżka słodkiej mielonej papryki
- łyżeczka kminku
- ząbek czosnku
- 750 g (3/4 kg) ziemniaków o zwartym miąższu
- duży strąk zielonej papryki
- mały pomidor
- 100 g zacierek (mogą być ostatecznie kupne)

Węgierska zupa gulaszowa - Opis przyrządzania:
Wołowinę kroimy w kostkę o boku około 2 cm.
Cebule obieramy i drobno siekamy.
Smalec rozgrzewamy na dużej i głębokiej patelni.
Wrzucamy cebulę i smażymy na niezbyt dużym ogniu, mieszając, aż cebula zmięknie i zacznie się złocić. Dodajemy paprykę i mieszamy. Kiedy papryka wymiesza się z cebulą, wrzucamy mięso.
Smażymy, mieszając, aż mięso zmieni kolor z ciemnoczerwonego na szaro-brązowy, a gdzieniegdzie będzie przyrumienione. Dodajemy kminek i wyciskamy w prasce ząbek czosnku prosto na patelnię. Solimy - nie za dużo, bo dosolić zawsze można, a odsolić jest trudniej.
Wlewamy 1/2 szklanki (mniej więcej) wody, patelnię przykrywamy i dusimy mięso do miękkości, czyli mniej więcej godzinę. Co jakiś czas zaglądamy, mieszamy i dolewamy trochę wody, ale na tym etapie danie nie ma jeszcze wyglądać jak zupa.

W czasie, gdy mięso się dusi, przygotowujemy warzywa: ziemniaki obieramy, płuczemy i kroimy w kostkę o boku 1 cm; paprykę kroimy wzdłuż na pół, usuwamy ogonek, nasiona i białe membrany, starannie płuczemy i kroimy w małe kwadraty; pomidor myjemy i grubo siekamy.
Kiedy mięso będzie już miękkie, dodajemy do niego warzywa.
Dusimy dalej, aż ziemniaki będą miękkie, czyli jakieś 15-20 minut.
Teraz przekładamy zawartość patelni do garnka i dolewamy 4 szklanki gorącej wody.
Stawiamy garnek na średnim ogniu i zupę zagotowujemy.
Próbujemy i doprawiamy do smaku solą i pieprzem. Kiedy zupa się zagotuje, wrzucamy makaron (zacierki) i gotujemy do miękkości, zgodnie z instrukcją na opakowaniu.
Podajemy bardzo gorącą, ze świeżą bułką.

HOLENDERSKIE DUSZONE GRUSZKI

Holenderskie duszone gruszki
Bardzo popularny w Holandii dodatek do mięsa. Możemy także te gruszki potraktować deserowo i podać je z lodami i bitą śmietaną lub z ciepłym sosem waniliowym.

Kraj pochodzenia: Holandia
Liczba porcji: 4
Czas przygotowania: trzeba poświęcić trochę czasu
Stopień trudności: łatwa

Składniki:

- 4 spore i twarde gruszki
- laska cynamonu
- 4 łyżki cukru
- ½ szklanki czerwonego wina

Holenderskie duszone gruszki (stoofperen) - Opis przyrządzania:
Gruszki myjemy i cienko obieramy ze skórki, zostawiając ogonki.
Ustawiamy gruszki pionowo w garnuszku i zalewamy wodą – tyle tylko, żeby woda przykryła owoce.
Dodajemy cynamon i stawiamy garnek na sporym ogniu. Kiedy woda się zagotuje, zmniejszamy ogień na malutki, garnek przykrywamy i dusimy gruszki przez godzinę.
Po godzinie dolewamy do garnka wino i wsypujemy cukier.
Znów przykrywamy i dusimy gruszki przez kolejną godzinę.
Zdejmujemy garnek z ognia i ostrożnie wyjmujemy gruszki. Ustawiamy je na ładnym talerzu. Z płynu od duszenia wyjmujemy cynamon, a garnek stawiamy z powrotem na dużym ogniu. Gotujemy, aż sos zredukuje się i będzie miał syropową konsystencję.
Sosem polewamy gruszki i zostawiamy do wystygnięcia.
Podajemy do mięsa lub jako deser (z lodami i bitą śmietaną).

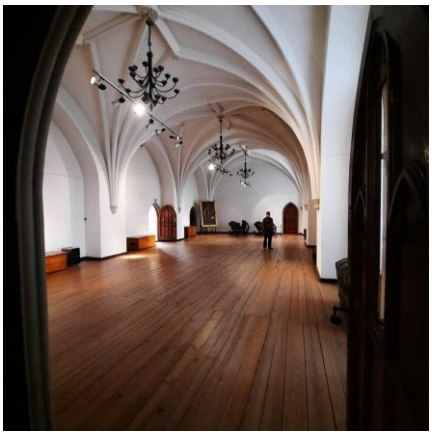
Na wesoło

ŻART NUMERU

- Jak tam Twoja dieta?
- Jem głównie drób i nabiał…
- A dokładniej?
- Ptasie mleczko.

Mama pyta się swego synka:
- Jasiu jak się czujesz w szkole?
- Jak na komisariacie: ciągle mnie pytają, a ja o niczym nie wiem.

Matka pisze do syna, który siedzi w więzieniu:
- Drogi synku, tak mi ciężko bez Ciebie. Źle się czuję, nie ma kto mi pomóc w gospodarstwie – ogród nieprzekopany, ziemniaki nieposadzone, nie wiem co robić?
Syn jej odpisuje:



- Kochana Mamo, nie kop w ogrodzie, bo możesz znaleźć coś, za co i Ciebie wsadzą, a i mi wyrok przedłużą!
Mama ponownie pisze do syna:
- Synku, jak tylko dostałam Twój list, przyjechała policja, przekopała cały ogród, nic nie znaleźli – pojechali źli i wściekli, przeklinając strasznie!
Syn pisze odpowiedź:
- Mamusiu, pomogłem jak mogłem. Ziemniaki musisz już sama posadzić.

WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY
ul. Szaserów 128, Warszawa
Małgorzata Złotkowska

tel. 261.817.721, kom. 885 570 422
e-mail: infowim@wim.mil.pl