

nakład 15 820 egz. ISSN 1897-7782

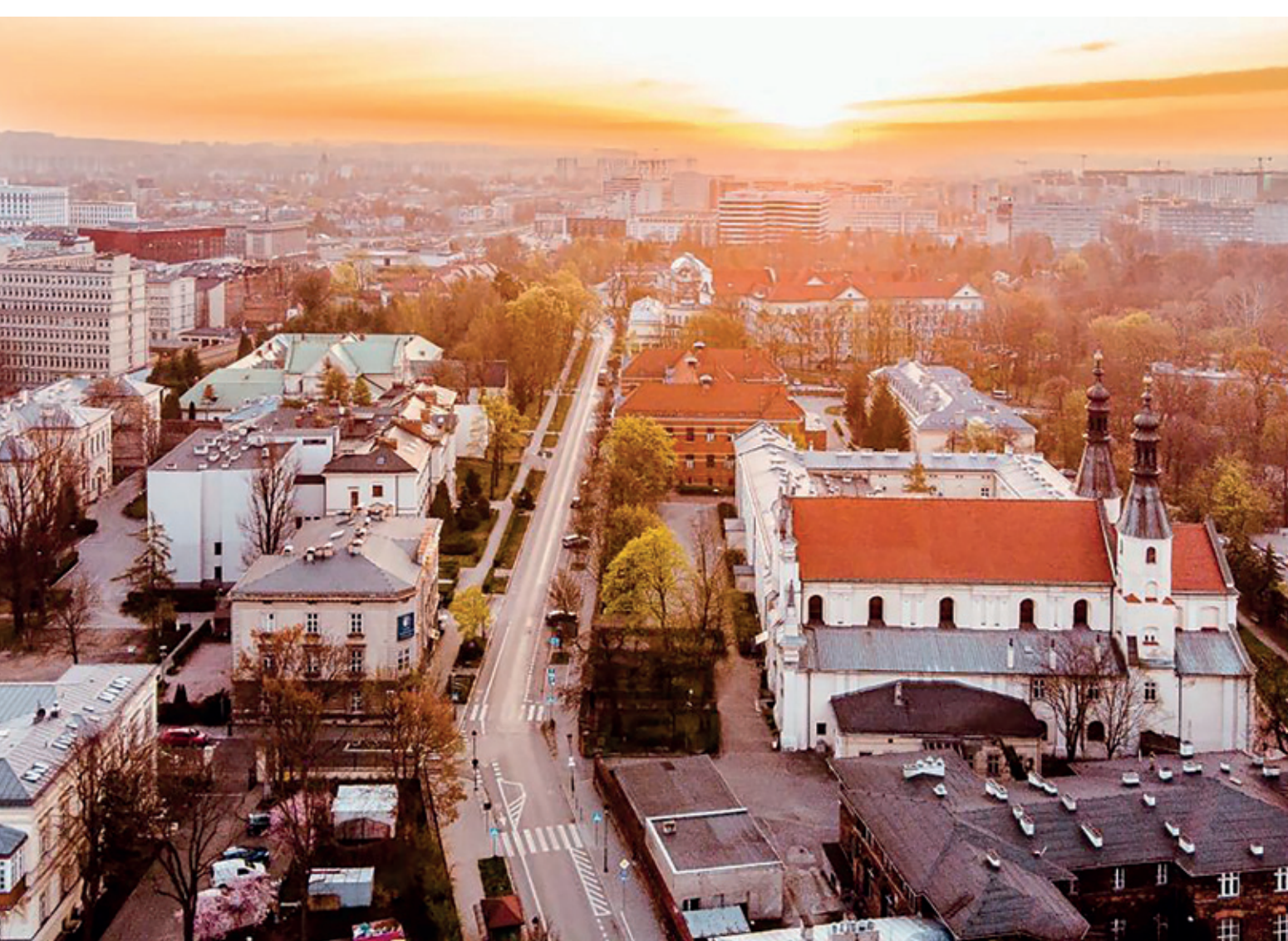
# Galiczyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2023

4/194

lipiec – wrzesień



*Dokąd zmierzamy*

## W numerze m.in.:

Staż po reformie – o kłopotach z zapewnieniem miejsc stażowych w relacji Mariusza Janikowskiego (3)

POZ grozi zapaść – ostrzega Jerzy Radziszowski w rozmowie z J. Grzelak-Hodor (6)

Samorząd wobec codziennych i szczególnych wyzwań – relacja z obrad ORL (9)

Nowe szkoły dla lekarzy – to nie jest dobry kierunek zmian (12)

Rejonizacja psychiatrii niesie zagrożenia – ostrzega Marzena Ksel-Teleśnicka (15)

Relacja ze spotkań w Klubie Dyskusyjnym OIL – K. Domin (17)

Profesor Skalski opowiada o królewskich lekarzach – S. Ciepły (19)

W wolnym czasie – zaproszenia na ul. Krupniczą, do teatru, muzeum i do ciekawej lektury (36–40)

Jak rozpoznać i leczyć legionellozę – Piotr Meryk i Karolina Łukasz (41)

Czy lekarz może mieć więcej czasu? – prof. Alicja Gałązka (45)

Pożegnania: dr Halina Goszcz, lek. Andrzej M. Komornicki, dr Alicja Macheta, lek. dent. Adam Litewka, lek. Mariola Rakoczy, lek. Jerzy Tabaczek (50–54)



## Raport Najwyższej Izby Kontroli

*Sądzę, że to ostatnio jeden z donioślejszych dokumentów w sferze polskiej ochrony zdrowia – opublikowany na 120 stronach raport Najwyższej Izby Kontroli pt. „Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia”, obejmujący lata 2018-2022, a napisany na podstawie szczegółowych kontroli przeprowadzonych w 28 uczelniach i 31 jednostkach (w tym: UJ, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, ANS w Tarnowie – obecna Akademia Tarnowska, Szpital Powiatowy w Limanowej, Karpacka Państwowa Uczelnia w Krośnie).*

*Dokument jest do bólu szczegółowy, choć w pierwszym zdaniu podkreśla się uniwersalność problemu deficytu kadr w wielu krajach świata na tle starzejącej się populacji. Uniwersalność nie tłumaczy jednak krajowej specyfiki w postaci np. niekorzystnej struktury wiekowej personelu medycznego, doraźnego i nieefektywnego systemu planowania i rozwoju kadr czy nieskuteczności w kwestii zainteresowania absolwentów priorytetowymi dla naszego systemu specjalizacjami lekarskimi. Przytoczę tu za raportem przykład – pod koniec badanego okresu promocja dla tych pożądaných specjalizacji oznaczała dodatek do wynagrodzenia rzędu 4 proc., tj. 303 zł w stosunku do wybierających inne specjalizacje. Takich uwag jest kilkaset, obrazują chaos w systemie graniczący z aberracją umysłową. Czego nie tknąć – czasu pracy (nagminnie przekraczanego), zatrudnienia etatowego i kontraktowego (manipulowania tymi formami), limitów naboru kandydatów na studia (całkowicie przypadkowego), deficytu specjalistów – wszędzie źle. W tym ostatnim przypadku, w poszczególnych dyscyplinach na 100 tys. mieszkańców różnica w stosunku do wskaźnika rekomendowanego sięgała w medycynie rodzinnej 35,2 proc., w internie 36,6 proc., w psychiatrii 49 proc., w medycynie pracy 49,6 proc., a w geriatric 83,3 proc.*

*Z ogromnej analizy NIK wynika m.in. także regionalna odmienność sytuacji – różna skala niedoborów lekarzy i brak redystrybucji kadr. Wg GUS w 2020, przy ówczesnej średniej 33,1 lekarzy na 10 000 mieszkańców, wskaźnik ten w woj. lubuskim wynosił 22,2, opolskim 23,7, podkarpackim 25,6, podczas gdy w Małopolsce 33,2, w Łódzkiem 38,8, a na Mazowszu 41,9.*

*Od siebie dodam, że pokolenie powyżej 70+ wykrusza się, a pracujących w tym wieku lekarzy mieliśmy w Polsce ponad 10 tys.*

*Raport NIK obrazuje szczegółowo sytuację w wielu dyscyplinach, wskazując na rozliczne braki systemu, stanowiącego „składankę” doraźnych zleceń. Niemal każda kwestia dotycząca naboru na studia w poszczególnych latach i uczelniach, zgodności programów nauczania z obowiązującymi standardami, niemożliwości ich dotrzymania z braku kadr – została omówiona imiennie, uczelniami i środowiskami, z wytknięciem niedostatków. Kraków został oceniony negatywnie tylko raz, w kontekście dopełniania przez środowisko obowiązku doskonalenia zawodowego. Nie wydaje mi się, byśmy różnili się w tej kwestii od reszty kraju, może nawet jesteśmy aktywniejsi. Natomiast okres analizy był nie najlepszy, bo dotyczył czasu pandemii, podczas której rozmaite kursy, warsztaty i seminaria były zawieszane.*

## Nasza okładka



Ulica Kopernika w Krakowie  
fot. Adam Koprowski



Można w nieskończoność mnożyć przykłady chaosu, w którym funkcjonujemy, ale raport NIK to też cenny materiał do porządkowania przyszłości. I tak go potraktujmy, bo jakiś punkt wyjścia jest potrzebny.

Robert Stępień  
prezes ORL w Krakowie

Pełny tekst raportu znajdą Państwo na stronie [www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl), pod linkiem „kontrola/wyniki kontroli”

## Moje perswazje



# Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kolejny minister zdrowia odchodzi w niesławie. Na nic mętne tłumaczenia. Fakt pozostaje faktem – minister zdrowia ujawnił informacje, do których nie miał prawa dostępu i które nie miały prawa być ujawnione. Zresztą, cały system informacyjny ochrony zdrowia daje dostęp do najwrażliwszych danych naszych pacjentów wszystkim, którzy chcą się z nimi zapoznać. A to, czy i kiedy zechcą je ujawnić, pozostaje tylko do ich decyzji.

Co do sposobu kierowania resortem i jego finansami pisałem już wielokrotnie i nie chciałbym się powtarzać. Wszyscy wiemy, że jedyną miarą oceny sprawności funkcjonowania ochrony zdrowia miały być wyniki finansowe. Nie zdolność do udzielania pomocy, nie efekty leczenia. Taki jest skutek, kiedy nad dobrem chorego przeważają tabelki i cyferki. W poprzednim roku z budżetu NFZ miliony złotych zostały przeznaczone na inne cele niż leczenie chorych. Obecnie nadwyżka w NFZ znowu sięga milionów, ale zadłużenie szpitali narasta. Nadal nie ma pokrycia na narzucone odgórnie podwyżki wynagrodzeń. Dokąd zmierzamy?

Od dawna podnosiłem problem (zresztą nie tylko ja), że w żaden sposób nie jest wynagradzana gotowość do pracy. Z tego powodu zamykane są jeden po drugim oddziały zakaźne i oddziały pediatryczne, a wartości świadczeń w zakresie chorób wewnętrznych i położnictwa są nadal zaniżone. Niska wycena świadczeń powoduje, że oddziały chorób wewnętrznych są permanentnie deficytowe i choć wszyscy o tym wiedzą, to nikt nie ma w planie nic z tym robić.

Uwolnienie lecznictwa ambulatoryjnego nie spowodowało tak oczekiwanego zmniejszenia kolejek do specjalistów, ale za to zwiększyło liczbę wizyt przypadających na jednego chorego. Obowiązujący system rozliczeń i możliwości z nim związane powodują odchodzenie z pracy w szpitalach specjalistów

i ich przenoszenie się do AOS, ponieważ praca tam jest lżejsza, lepiej płatna i bez dyżurów. A jednocześnie napór na szpitale nie zmniejszył się.

Mógłbym wyliczać długo, do czego doprowadziły konsekwentne działania resortu zdrowia kierowanego przez księgowych. Równocześnie nie widać w żadnym z ugrupowań politycznych jasnego, realnego, możliwego do wprowadzenia i spójnego programu poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Doraźne interwencje w tej czy innej dziedzinie niczego nie zmieniają. Ochrona zdrowia wymaga ciężkiej i zgodnej pracy wszystkich opcji politycznych, aby postawić na nogach to, co konsekwentnie stawiane było na głowie.

Na temat akcji „Medycyna w każdym powiecie” pisałem. Nie wiem, skąd radośni twórcy tego programu wezmą kadry do jego wprowadzenia, ale tu chyba nie chodzi o kształcenie i jego poziom, a o pokazanie, że „wykształcimy lekarzy”. Poziom ich wiedzy już nikogo nie będzie interesował. Temat kształcenia specjalizacyjnego stanowi osobny rozdział radosnej twórczości resortu.

Z tymi i nie tylko z tymi tematami musi zmierzyć się nowy minister (ministra?, ministerka?) zdrowia. Do wyborów mamy na tym stanowisku po raz pierwszy od wielu lat lekarza praktyka, internistkę pracującą w szpitalu. Tylko na jak długo? Czy spełni nasze oczekiwania? Zobaczymy.

Zobaczymy też, co nam przyniosą wybory i czy ich zwycięzcy będą chcieli znowu wyrzucić wszystko do góry nogami, czy też spokojnie, zaczynając od spraw najważniejszych zabiorą się do naprawy tego, co zostało zepsute przez ostatnich 20 lat.

Poczekamy, zobaczymy...

Jerzy Friediger  
redaktor naczelny „GGL”



## Staż po reformie

*Choć myślę, że słowo reforma nie jest właściwe i lepiej mówić o zmianie przepisów...*

Nowe zapisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, wprowadzone już kilka lat temu, miały obowiązywać od 1 stycznia 2022 roku, ale, jak to zwykle bywa, przesunięto tę datę o rok i tak nowa forma organizacji staży podyplomowych oraz ich nowy program weszły w życie 1 stycznia br. Co prawda już absolwenci, którzy rozpoczęli staż od 1 marca, realizują go w nowym trybie, ale dotyczy to zaledwie kilkunastu osób. Prawdziwe rozpoznanie w boju nadeszło właśnie teraz – przed terminem październikowym.

Obawialiśmy się tej letniej rekrutacji na staże, mając na uwadze zwiększającą się z roku na rok liczbę absolwentów, jak również zagrożenie tym, że liczba miejsc stażowych w samym Krakowie nie zostanie utrzymana na poprzednim poziomie. Zmiana przepisów dotycząca wymogów wobec jednostek prowadzących staż podyplomowy dla lekarzy, zakładająca posiadanie przez takie podmioty przynajmniej oddziału chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej, praktycznie wyeliminowała z tej listy krakowski Szpital im. Dietla, a jednostka ta przyjmowała średnio ok. 80 stażystów. Na liście naszych niepokojów znalazły się także dochodzące do nas skargi stażystów na „tłok” w szpitalach oraz trudności z realizacją stażu częstokroć z pediatrii.

Wszystkie te okoliczności były przedmiotem troski uczestników spotkania zorganizowanego w siedzibie Izby w Krakowie, z udziałem dyrektorów jednostek odpowiedzialnych za realizację staży, przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego odpowiedzialnego za zapewnienie miejsc stażowych oraz nas – reprezentantów Izby. Podczas dyskusji ustalono reguły rozdzielania miejsc stażowych dla lekarzy i lekarzy dentystrów z zachowaniem liczby oferowanych miejsc stażowych w poszczególnych jednostkach uprawnionych do prowadzenia staży.

Zakończył się rok akademicki i się zaczęło... W porozumieniu z Urzędem Marszałkowskim mieliśmy zapewnionych 440 miejsc dla lekarzy na terenie województwa małopolskiego. Tymczasem podań przybywało z każdym dniem w porażającym tempie – licznik zatrzymał się na 553, z tego 506 osób domagało się stażu w Krakowie. Tylko 47 osób wskazało szpital powiatowy jako swój wybór.

Nie było również komfortowo z rozdziałem miejsc dla lekarzy dentystrów. Kłopoty z finansowaniem jednostek prowadzących te staże (opóźnienia płatności, symboliczne finansowanie materiałów specjalistycznych dla stażystów itp.) sprawiły, że Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna zamiast ok. 50 osób przyjęła w tym roku zaledwie dwie. Nasze starania doprowadziły jednak do zapewnienia miejsc wszystkim stażystom dentystrów – 67 w Krakowie i 11 poza tym miastem.

Po rozlokowaniu dentystrów powrócił jednak niepokój o miejsca stażowe dla lekarzy. Po pierwotnym rozdziale miejsc pozostało kilkunastu stażystów, dla których nie mieliśmy już oferty stażu na terenie działania krakowskiej Izby Lekarskiej. Powstał nawet pomysł rozlokowania tych osób w sąsiednich województwach (za porozumieniem Marszałków). Na szczęście nasze działania, w porozumieniu z Urzędem Marszałkowskim, zapewniły odpowiednią liczbę miejsc odbywania stażu dla absolwentów kierunku lekarskiego.

Ostatecznie 362 lekarzy zostało skierowanych do jednostek w Krakowie, a 172 osoby trafiły do szpitali powiatowych. Taki wynik podziału miejsc wywołał spodziewaną reakcję – składania odwołań od decyzji. Kilkanaście osób wyraziło swoje niezadowolone przenosząc się do innych izb lekarskich.

Rozdział miejsc stażowych w latach poprzednich wywoływał znacznie mniejsze emocje. Zawsze udawało nam się zapewnić wszystkim, którzy tego chcieli, miejsce w jednostkach krakowskich. Niezadowolone wynikało jedynie ze skierowania do niewłaściwego szpitala i ewentualnie dotyczyło lokalizacji jednostki. W poprzednim roku podań lekarskich było 479, co wskazuje, że brak Szpitala im. Dietla zrobił znaczną różnicę. Można też zauważyć, że do zwiększenia liczby podań przyczyniła się interpretacja MZ, dotycząca wymogu stałego miejsca zamieszkania na terenie danego województwa, która to dopuszczała złożenie jedynie stosownego oświadczenia w tej sprawie, bez okazania dowodu zameldowania. Taki mamy stan na dzisiaj i z niepokojem spoglądamy w przyszłość, kiedy to trafią do nas absolwenci szkół zawodowych, które uruchomiły kierunek lekarski i których liczba w Polsce niepokojąco rośnie.

Refleksje wzbudza też możliwość zdobywania dodatkowych punktów do średniej ocen ze studiów, dających wyższą pozycję w rankingu wyborów miejsc stażowych. Jeśli udowodnienie statusu pierwszego autora publikacji lub współautora jest proste, to możliwość uzyskania dodatkowych punktów za prace na rzecz organizacji pożytku publicznego i jednostek ochrony zdrowia kryje wiele niejasności. Zakres możliwości jest bardzo duży, a niedoprecyzowanie okresu trwania wolontariatu budzi wiele zastrzeżeń i wątpliwości.

Małym pocieszeniem są nowe przepisy dotyczące realizacji programu stażu podyplomowego dla lekarzy, wprowadzające możliwość stażu personalizowanego odbywanego w okresie 10 tygodni. Można go realizować w dziedzinach niezabiegowych, zabiegowych i w dziedzinach medycyny w ramach katedr i zakładów teoretycznych. Myślę, że to dobra forma odnalezienia się w tej dziedzinie medycyny, której pragniemy się poświęcić w swojej przyszłej pracy.

Mariusz Janikowski  
sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej

## W skrócie

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 15 września 2023 r.

### Manifestacja na ulicach Warszawy

Na 30 września Porozumienie Rezydentów OZZL zaplanowało w Warszawie „Protest lekarzy w ochronie pacjentów”, któremu przyświecać mają trzy hasła: jakość kształcenia (sprzeciw wobec prowadzenia kierunku lekarskiego w nieprzygotowanych do tego szkołach wyższych), jakość pracy (walka o wprowadzenie norm zatrudnienia dla lekarzy) oraz jakość systemu (8 proc. PKB przeznaczane na ochronę zdrowia).

Naszą gazetę oddajemy do druku wcześniej, dlatego nie możemy poinformować, ile osób wzięło udział w manifestacji i ilu lekarzy z krakowskiej Izby pojechało do Warszawy.

### NIK o ochronie zdrowia

Najwyższa Izba Kontroli opublikowała w ostatnim czasie kilka raportów obnażających nieudolność państwa. Nie mogło zabraknąć wyników kontroli z obszaru ochrony zdrowia. O raporcie NIK nt. kadr w ochronie zdrowia pisze w swoim komentarzu Prezes ORL. Wnioski są proste – resort zdrowia działa doraźnie, nie ma żadnej polityki w zakresie planowania i rozwoju

kadr medycznych, nie ma nawet rzetelnej analizy potrzeb, żadnej strategii. „Planowanie kadr medycznych powinno opierać się na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych. Na podstawie takiej analizy można by zaplanować liczbę kształconych lekarzy, czy tworzenie nowych zawodów albo specjalizacji medycznych. Na brak strategii już w 2016 r. NIK zwróciła uwagę po kontroli »Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych«” – czytamy w czerwcowym raporcie.

Opublikowano także raport NIK poświęcony sytuacji szpitali powiatowych. Oczywiście ich największym problemem jest zadłużenie. Wg oficjalnych danych Ministerstwa Zdrowia w latach 2019–2021 zobowiązania ogółem szpitali powiatowych stale rosły i wynosiły – odpowiednio – ponad 6 mld zł, niemal 6,9 mld zł oraz niecałe 7,3 mld zł. Według stanu na 30 czerwca 2022 r., zobowiązania ogółem szpitali powiatowych przekroczyły 7,3 mld zł, w tym zobowiązania wymagalne wyniosły prawie 777 mln zł. Obecnie zadłużenie szpitali jest jeszcze wyższe i nadal rośnie.

Dodajmy, że zadłużenie wszystkich szpitali w Polsce na koniec trzeciego kwartału 2022 roku wynosiło ponad 19 mld zł.

Obrazu sytuacji dopełnił przedstawiony we wrześniu raport NIK nt. działania organów państwa wobec pandemii COVID-19. Skala nieprawidłowości, naruszeń prawa, kwoty, jakie przetransferowano choćby na konta handlarzy „sprzętem medycznym” (wg NIK tylko na zakup niekompletnych, niedziałających respiratorów MZ wydało niegospodarnie ponad 82 mln zł) są ogromne. Popłynęły wnioski do prokuratury i do Trybunału Konstytucyjnego (w sprawie niezgodności tzw. specustawy z Konstytucją).

Czy kogoś wyniki kontroli NIK bardzo zaskoczyły?

### Lekarze na listach wyborczych

Ponad 240 kandydatów do Parlamentu wykonuje zawód medyczny czy związany z ochroną zdrowia – poinformował portal Rynek Zdrowia. Na listach kandydatów znajdziemy m.in. lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, farmaceutów, ratowników, diagnostów

laboratoryjnych czy opiekunów medycznych. Nie brakuje także dyrektorów szpitali i menadżerów ochrony zdrowia. Medonet z kolei podał, iż w tym gronie znalazło się 132 lekarzy i lekarzy dentyistów. Najwięcej – 29 – to kandydaci komitetu wyborczego Prawa i Sprawiedliwości. 25 lekarzy jest na listach Koalicji Obywatelskiej, a 24 – Trzeciej Drogi. Zdecydowanie mniej lekarzy widnieje na listach Konfederacji (17), Bezpartyjnych Samorządowców (13), Nowej Lewicy (12) oraz Komitetu Polska Jest Jedna (9).

14 września lekarzy ubiegających się o mandat gościł prezes NRL Łukasz Janowski, który po tym spotkaniu powiedział, że dla samorządu najważniejsze dziś są obecnie system *no fault*, a także uruchamianie kierunku lekarskiego na kolejnych, przypadkowych uczelniach. Lekarze-kandydaci zadeklarowali zajęcie się tymi sprawami, jeśli zdobędą mandat. Być może powstanie też parlamentarny zespół lekarzy.

Z doświadczenia jednak wiadomo, że ani liczba lekarzy w parlamencie, ani ich poglądy polityczne nie mają zbytniego wpływu na jakość ochrony zdrowia.

### Szpitalne zadłużone, NFZ z zyskiem

■ Narodowy Fundusz Zdrowia zanotował w minionym roku ponad 7 mld zł zysku – takie dane Fundusz przedstawił Sejmowej Komisji Zdrowia w swoim sprawozdaniu z wykonania planu finansowanego. Na tę kwotę w większości zostały wydatkowane środki, których nie wydano w związku z niezrealizowaniem zaplanowanych świadczeń. Przychody NFZ wyniosły ponad 140,7 mld zł, czyli o 1,52 proc. więcej, niż planowano. Koszty zamknęły się w kwocie ponad 133,5 mld zł. Najwięcej zostało wydane na leczenie szpitalne: 65,7 mld zł.

Pytanie dlaczego stan finansów NFZ jest tym lepszy, im gorsza jest kondycja np. szpitali powiatowych, nie znajduje

odpowiedzi. Komisja Zdrowia przyjęła to sprawozdanie.

### Orkiestra walczy z sepsą

■ W ramach 31. finału „Chcemy wygrać z sepsą! Gramy dla wszystkich – małych i dużych!” Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy ofiarowała Uniwersyteckiemu Szpitalowi Dziecięcemu kilka urządzeń, które trafiły do Zakładu Mikrobiologii Klinicznej. Najcenniejszym z nich jest spektrometr masowy IVD MALDI Biotyper Sirius firmy Bruker, który zastąpi dotychczas stosowane manualne i automatyczne metody diagnostyczne służące do identyfikacji drobnoustrojów. Nowoczesna aparatura ogromnie przyspiesza diagnostykę sepsy, co ma kluczowe znaczenie dla rokozań.

([www.cm-uj.krakow.pl](http://www.cm-uj.krakow.pl))

### Kraków wspiera in vitro

■ W tym roku z Gminnego Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa skorzystają wszystkie 363 pary, które złożyły wnioski o dofinansowanie procedury *in vitro* i spełniły określone w programie warunki. W ubiegłym roku zrealizowano 201 wniosków, ale z uwagi na ogromne zainteresowanie, w roku 2023 samorząd zwiększył przeznaczone na ten cel środki z 1 mln do 1,8 mln zł. Wnioski są stale przyjmowane – prowadzona jest lista rezerwowa.

### Comarch z NFZ

■ Krakowska firma Comarch Polska SA podpisała z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę na realizację projektu wartego ponad 80 mln zł. Comarch będzie odpowiadała za integrację oprogramowania w ramach Programu Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ. Realizacja tego projektu ma trwać pięć lat.

Comarch jest obecnie jedną z największych firm informatycznych w Europie.

(źródło: [www.rynekzdrowia.pl](http://www.rynekzdrowia.pl))

### Personalia

■ **Prof. Janusz Skalski**, konsultant Kliniki Kardiologii Dziecięcej Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii Collegium Medicum UJ, objął w czerwcu, podczas XI zjazdu Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów stanowisko prezesa tego Towarzystwa.

■ **Prof. Marek Sanak**, pediatra i genetyk kliniczny, kierownik Zakładu Biologii Molekularnej i Genetyki Klinicznej II Katedry Chorób Wewnętrznych UJ CM oraz pełnomocnik prorektora UJ CM ds. nauki i współpracy międzynarodowej, został członkiem Academia Europaea – prestiżowej, międzynarodowej organizacji zrzeszającej naukowców o wybitnych osiągnięciach.

■ **Prof. Wojciech Szczeklik**, kierownik Kliniki Intensywnej Terapii i Anestezjologii 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie, został członkiem Komitetu ds. Kryzysu Klimatycznego, powołanego przez Polską Akademię Nauk. Komitet ma informować społeczeństwo i władze o zagrożeniach związanych ze zmianą klimatu oraz proponować rozwiązania służące poprawie sytuacji. Pracować w nim ma 26 ekspertów z różnych dziedzin.

■ **Dr hab. Mateusz Siedliński**, adiunkt w Katedrze Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi oraz Ośrodka Genomiki Medycznej Omicron UJ CM, został jednym z tegorocznych laureatów Nagrody im. Tadeusza Browicza PAU, za cykl prac poświęconych nadciśnieniu tętniczemu.

Nagroda jest przyznawana naukowcom, którzy nie ukończyli jeszcze 36 lat. Jej patron był wybitnym lekarzem anatomopatologiem i odkrywcą pałeczki duru brzuszego, w latach 1894-1895 – rektorem UJ.



## Absurdalne wymagania mogą sparaliżować podstawową opiekę zdrowotną

# Haracz za możliwość pracy w POZ

O sytuacji kadrowej w podstawowej opiece zdrowotnej i groźbie jej drastycznego pogorszenia rozmawiamy z doktorem Jerzym Radziszowskim, prezesem CM Diamed, koordynatorem ds. organizacyjnych Kolegium Zakładów Lecznictwa Otwartego w Małopolsce, szefem Zespołu ds. POZ i AOS Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie.

■ **Jeśli nic się nie zmieni, jeszcze tylko przez nieco ponad rok w podstawowej opiece zdrowotnej będą mogli pracować lekarze specjaliści w dziedzinach pediatrii i chorób wewnętrznych. Bez dodatkowego kursu z zakresu medycyny rodzinnej stracą uprawnienia lekarzy POZ i być może pracę. Ilu lekarzy dotyczą te przepisy?**

– W polskim systemie podstawowej opieki zdrowotnej tylko około 30 proc. lekarzy posiada specjalizację z medycyny rodzinnej, niekoniecznie jako jedyną. Natomiast około 70 proc. lekarzy w POZ to specjaliści innych dziedzin niż medycyna rodzinna, w większości interniści i pediatrzy. W sumie w POZ pracuje około 35 tys. lekarzy, z których nieco ponad 7 tys. to pediatrzy, 9560 to interniści. Mniej więcej 10 tys. lekarzy POZ legitymuje się specjalizacją z medycyny rodzinnej. Czasem ich liczbę określa się na 12 tys., doliczając też lekarzy innych specjalności z dodatkowym przeszkoleniem z medycyny rodzinnej. Mimo wielu lat starań, działań promocyjnych, wielu zachęt udało się osiągnąć w POZ poziom tylko 30 proc. lekarzy medycyny rodzinnej i tego pułapu chyba nie da się przebić.

■ **Czy spotyka się jeszcze w przychodniach lekarzy bez żadnej specjalizacji?**

– Jest ich coraz mniej, ale są, nie tylko ci z najstarszego pokolenia. Są to również lekarze w trakcie specjalizacji



J. Hodor

Jerzy Radziszowski

z dziedziny innej niż medycyna rodzinna. I tu trzeba podkreślić kolejny absurd tego systemu – lekarze w trakcie szkolenia z medycyny rodzinnej już w dniu rozpoczęcia specjalizacji nabierają formalnych uprawnień jak pełnoprawni specjaliści. Lekarz, który dopiero rozpoczyna specjalizację z tego zakresu, ma większe uprawnienia administracyjne niż lekarz specjalista z wieloletnim doświadczeniem w internie czy pediatrii, od razu może zbierać deklaracje do POZ. Tylko medycyna rodzinna ma takie przywileje. W każdej innej dziedzinie trzeba ukończyć pełne szkolenie i zdać egzamin specjalizacyjny, by przez urzędników być traktowanym jak pełnoprawny specjalista.

■ **Co więcej, zgodnie z ustawą z października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, jeśli lekarze, którzy nie są specjalistami medycyny rodzinnej, do 31 grudnia 2024 roku nie ukończą kursu, stracą obecnie posiadane uprawnienia lekarza POZ. To chyba nie pierwsza próba administracyjnego podnoszenia rangi medycyny rodzinnej w naszym systemie.**

– Rzeczywiście, problem się powtarza. Przepis, że w POZ może pracować tylko lekarz rodzinny, po raz pierwszy pojawił się w 2007 r. Do 2014 r. pediatrzy i interniści nie mieli statusu lekarzy rodzinnych, co doprowadziło do gwałtownego odpływu tych specjalistów z POZ. W końcu braki kadrowe w tych placówkach były tak duże, że zagrażały bezpieczeństwu pacjentów. Wówczas jednak nasze protesty odniosły skutek. Na moje pismo ówczesny wiceminister zdrowia Sławomir Neuman odpowiedział dość szybko, dzieląc obawy. 15 czerwca 2014 r. weszła w życie nowelizacja ustawy, wycofano się z wadliwych rozwiązań i zmieniono definicję lekarza POZ. Lekarz internista i pediatra tworzyli od tej pory zespół leczący, przywrócono im prawo udzielania świadczeń i zbierania deklaracji w POZ. Teraz mamy kolejną próbę wykluczenia z POZ lekarzy tych specjalności. Ten przepis pojawił się dawno, w 2017 r., lecz nikt nie przypuszczał, że będzie utrzymywany. Zatoczyliśmy koło, wracamy do tego, co było kiedyś. Protestujemy, niestety bez efektu.

#### ■ Czym uzasadnia się tę zmianę?

– Niczym, nie słyszałem żadnych przekonujących argumentów za takim działaniem. Tymczasem w POZ zaczęła maleć liczba lekarzy internistów, którzy przechodzą do szpitali, gdzie mają gwarancje pracy i stabilnej sytuacji. Specjaliści chorób wewnętrznych są przez szpitale bardzo poszukiwani. Także pediatrzy nie muszą się martwić o pracę, choć maleje liczba dzieci w naszym kraju. Proszę zwrócić uwagę, jak dużą rolę odgrywają specjaliści pediatry i interniści w przypadku zachorowań masowych. Przykładem była pandemia. To interniści byli najczęściej wzywani do walki z COVID-19. Specjalista chorób wewnętrznych jest przygotowany do opieki nad chorymi zarówno w POZ, na oddziale szpitalnym, jak i na SOR czy w oddziałach intensywnej terapii. Natomiast nie znam lekarza medycyny rodzinnej, który mógłby pracować na oddziale szpitalnym.

#### ■ Jednak chyba nie umniejsza to roli specjalistów medycyny rodzinnej? Jak widzi Pan ich umiejscowienie w systemie opieki zdrowotnej? Zapewne w kierowanej przez Pana przychodni są także lekarze rodzinni...

– Ich rola jest bardzo ważna, bo są niezastąpieni w mniejszych ośrodkach. Jest dla nich miejsce w każdym mniejszym podmiocie, zwłaszcza daleko od

dużego miasta, gdzie utrzymywanie zespołu leczniczego dla nikogo nie byłoby opłacalne. Tam – w podmiotach opiekujących się populacją od 2 do ok. 5 tys. pacjentów, lekarz rodzinny doskonale się sprawdza, jest nie do przecenienia. I rzeczywiście jest lekarzem rodzinnym w każdym tego słowa znaczeniu, bo zwykle także mieszka na swoim terenie, ma więc dobre rozeznanie potrzeb zdrowotnych. Nikt nie neguje i nie podważa roli lekarza medycyny rodzinnej w systemie POZ, jednak to powinien być jeden z lekarzy POZ, a nie jedyny „superdoktor”, który zastąpi wszystkich internistów i pediatrów. Dla dobra pacjentów powinniśmy współpracować bez administracyjnych ograniczeń. Nie chcę, by narastały animozje. Na szczęście lekarze rodzinni też krytykują eliminowanie innych specjalistów z POZ, bo sami nie będą w stanie objąć opieką wszystkich Polaków.

#### ■ Zwłaszcza że pacjenci mają coraz większe wymagania i oczekiwania. Kolejki do specjalistów świadczą o tym, że nie do końca ufa się lekarzom rodzinnym. Jako pacjentka wolałabym, by moje dzieci leczył pediatra, a nie lekarz rodzinny.

– Społeczeństwo oczekuje już na poziomie POZ specjalistycznej opieki medycznej i z pewnością oczekiwań tych nie zmieniają projektowane regulacje. Dlatego zresztą nasz system udostępniający niektóre świadczenia specjalistyczne, właśnie opiekę pediatryczną już w ramach POZ, budził duże zainteresowanie nawet na Zachodzie. Połączenie świadczeń internisty i pediatry pokrywa wszystkie zagadnienia związane z leczeniem dzieci i dorosłych. Lekarze rodzinni





pracujący w mojej przychodni nie przyjmują niemowląt i małych dzieci. Najmłodszy pozostają pod opieką pediatrów. Specjalizacja z pediatrii czy interny trwa pięć lat. W trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej lekarz uczy się pediatrii tylko przez kilka miesięcy.

■ **Będę adwokatem diabła, zaznaczę – to próba prowokacji: dlaczego interniści i pediatrzy nie chcą zaliczyć tego kursu? Przecież wiedzy nigdy za dużo. A pewnie część materiału można przyswoić online, bez straty czasu.**

– Cały ten kurs to strata czasu, jego program urąga nawet najbardziej minimalnym wymaganiom, jego poziom jest wręcz obraźliwy. Przewiduje się nauczanie umiejętności najbardziej podstawowych, które posiada absolutnie każdy absolwent uczelni medycznej. Bez ich opanowania nikt nie ukończyłby studiów. Kurs obejmuje kilkadziesiąt godzin dydaktycznych obowiązkowych – dziesięć dni zajęć w trybie stacjonarnym oraz panel e-learningu, trzeba jeszcze zaliczyć kolokwium z poszczególnych części, uzyskać certyfikat znajomości i zdać sprawdzian umiejętności praktycznych. W sumie zajmie to jakieś dwa tygodnie. Czego może specjalista nauczyć się w takim czasie? W programie, który zatwierdzono w 2019 r. specjalnym rozporządzeniem ministra zdrowia, przewiduje się na przykład wykłady poświęcone EBM – m.in. „umiejętności wyszukiwania wiarygodnych informacji medycznych”, wykłady z zasad komunikacji z pacjentem, pracy w zespole, na temat prowadzenia dokumentacji medycznej, współpracy z innymi ośrodkami czy poświęcone zdrowiu publicznemu. W e-learningu mają być omawiane najbardziej podstawowe problemy kliniczne z zakresu różnych specjalizacji. W ramach zdobywania nowych umiejętności tematy też nie wykraczają poza wiedzę przeciętnego absolwenta medycyny. Co więcej, wykładowcami na tych kursach mogą być lekarze rodzeni z pięcioletnim stażem pracy. Młody lekarz rodzinny będzie więc uczył doświadczonego diabetologa, jak rozpoznać cukrzycę, a kardiologa, jak diagnozować nadciśnienie. Będzie szkolił pediatrę z zasad opieki nad niemowlęciem.

■ **Kto realizuje te kursy? Ilu lekarzy pracujących w POZ zdecydowało się do tej pory na takie doksztalcenie?**

– W zeszłym roku odbył się tylko jeden kurs, ukończyło go ok. 50 osób. W tym roku zaplanowano trzy, czyli dla ok. 150 osób, ale brakuje chętnych. Bulwersujące jest to, że kursy realizuje jedna, wskazana przez resort jednostka – Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, a w zakresie e-learningu – Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. I te obowiązkowe kursy są płatne, co dodatkowo bulwersuje całe nasze środowisko. Pod jeden adres mają spłynąć

miliony złotych. Od jednej osoby – 1500 zł za sam kurs, nie licząc kosztów dojazdu, noclegu i innych wydatków. Szacuje się, że do przeszkolenia jest ok. 16 tys. lekarzy, czyli można zarobić jakieś 24 mln zł. Lekarze muszą zapłacić haracz za możliwość pracy w POZ. Ten kurs to fikcja, sposób na wyrywanie pieniędzy.

■ **Co więc czeka system, co czeka pacjentów, jeśli nikt nie odstąpi od tego planu, jeśli lekarze POZ niebędący specjalistami medycyny rodzinnej nie ugną się pod tym naciskiem?**

– Dalsze administracyjne ograniczanie kompetencji i możliwości pracy pediatrów i internistów w podstawowej opiece zdrowotnej spowoduje załamanie systemu POZ, podobnie jak to było 10 lat temu. Wówczas, żeby dziecko było dobrze leczone przez pediatrę, musiało trafić do szpitala. Teraz czeka nas to samo. Zamiast ingerować i arbitralnie ustawowo decydować, kto jest lepszym specjalistą – lekarz rodzinny czy zespół lekarzy pediatra-internista – pozostawmy wybór pacjentom. Czas pokaże, w jakim kierunku powinien rozwijać się system podstawowej opieki zdrowotnej.

I nie jestem zdziwiony zamiarem bojkotu „kursu”, a raczej haraczu za możliwość pracy w POZ, jaki musieliby zapłacić interniści i pediatrzy. Decyzję kolegów uważam za jak najbardziej racjonalną i merytorycznie uzasadnioną.

Mając na uwadze powyższe, osobiście uważam, że to najwyższy czas, aby prezesi Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego i NIL zajęli w tej sprawie stanowisko. Lekarze interniści i pediatrzy oczekują silnego i jednoznacznego wsparcia, a przede wszystkim uznania nabytych kwalifikacji zawodowych oraz wkładu, jaki wnoszą przez ostatnie dziesięciolecie w rozwój podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce.

*Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor*



# Dajcie lekarzom pracować

**Wakacje minęły, ale trudno było odpocząć w tym nie tylko w sensie dosłownym gorącym czasie. A to media donosiły o kolejnych dramatach polskich pacjentów, a to minister jawnie łamał prawa pacjentów i lekarzy, to znów Najwyższa Izba Kontroli wrzucała kolejny nie tyle kamyczek, co głaz do ogródka z napisem „Ochrona zdrowia w ruinie”. Na dodatek za chwilę wybory. W tym wszystkim jednak krakowska Izba działa sprawnie, poradziła sobie (nie bez trudu i w atmosferze ostrej krytyki grupy niezadowolonych) nawet z zapewnieniem wszystkim absolwentom miejsc odbywania stażu podyplomowego, choć to nie Izba odpowiada za brak takich miejsc w Krakowie.**

Od ostatniego wydania „GGL” odbyły się dwa posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej oraz sześć spotkań Prezydium ORL. Tematów do omówienia i problemów do rozwiązania było aż nadto.

Jeszcze przed wakacjami opinię publiczną zbulwersowały dwa „medyczne” wydarzenia i także lekarzom trudno pozostać wobec nich obojętnymi. Jednym była śmierć ciężarnej kobiety w Szpitalu w Nowym Targu. Trwa wyjaśnianie tej tragedii, czynności podjęły upoważnione do tego instytucje. Natomiast Okręgowa Rada Lekarska na posiedzeniu 21 czerwca skierowała do wszystkich swoich członków apel, w którym czytamy:

„Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie apeluje do wszystkich członków, aby pamiętali, że powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorób oraz niesienie ulgi w cierpieniu, zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Oznacza to, że zaniechanie ratowania życia i zdrowia ludzkiego nie znajduje usprawiedliwienia w żadnych regulacjach prawnych i stanowi naruszenie nadrzędnych zasad wykonywania zawodu lekarza”.

ORL przypomina także, że członkowie Izby zawsze mogą liczyć na nieodpłatną pomoc prawną w razie wątpliwości związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

Drugim wydarzeniem wymagającym reakcji była tzw. „sprawa pani Joanny z Krakowa”, której telefon do jej lekarza psychiatry wywołał lawinę bulwersujących zdarzeń. Również ta traumatyczna dla pacjentki historia była omawiana podczas obrad Prezydium ORL. Jej oficjalnego wyjaśnienia podjął się także Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej doktor Jerzy Sławiński. Władze krakowskiej Izby przypominają, iż ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jednoznacznie podkreśla prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności, zwłaszcza podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Po stronie podmiotu medycznego leży obowiązek takiej organizacji pracy i procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, aby chronić pacjentów, na lekarzach, personelu medycznym spoczywa szczególnie obowiązek poszanowania praw pacjentów. Ustawa bardzo mocno ogranicza krąg osób, które mogą uczestniczyć w wykonywaniu czynności leczniczych, obecność osób nieuprawnionych wymaga jednoznacznej zgody pacjenta. W tym przypadku żadnej zgody nie było.

Ze spraw o szerszym wymiarze Prezydium ORL zajmowało się latem także nieprawidłowościami w wypisywaniu recept, działalnością tzw. receptomatów itp. Prezydium ORL przyłącza się do Apelu Prezydium NRL z 7 lipca 2023 roku:



Katarzyna Domin

„Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej apeluje do lekarzy i lekarzy dentystów o wystawianie recept z zachowaniem standardów właściwej opieki nad pacjentem i zasad określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej.” I tyle powinno wystarczyć, ponieważ każdy lekarz musi dostrzec różnicę między rzetelną teleporadą dla pacjenta, a np. współpracą z firmą, która przez internet, nie za darmo, przyjmuje od „pacjentów” zamówienia na recepty na wszelakie leki, również na leki wymagające szczególnej kontroli i stałego nadzoru nad terapią. Wobec lekarzy, którzy naruszyli podstawowe zasady etyki, toczą się już postępowania przed Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej.

Sytuacja w ochronie zdrowia jest coraz gorsza, czego kolejne dowody przedstawiła Najwyższa Izba Kontroli w swoich ostatnich raportach m.in. na temat szpitali powiatowych, zasobów kadry medycznej w naszym kraju czy „walki” władz z pandemią i gigantycznych kwot, jakie z naruszeniem prawa i całkowicie bezzasadnie, bez żadnych efektów na nią wydano. Kryzys kadrowy pogłębia się, ale uruchamianie kierunku lekarskiego w szkołach zawodowych nie jest, zdaniem samorządu, dobrym rozwiązaniem, o czym piszemy na str. 12. Ponadto, studia to dopiero początek. Już w tym roku przydzielenie wszystkim absolwentom miejsca stażu podyplomowego na terenie działania krakowskiej Izby „to był istny armagedon” – jak określił to prezes ORL Robert Stępień. Relacjonuje te wydarzenia sekretarz ORL Mariusz Janikowski na str. 3.

Dlatego „lepsza jakość kształcenia medycznego, jakość pracy i jakość systemu ochrony zdrowia w Polsce” to cele, o które postanowiło upomnieć się znowu Porozumienie Rezydentów OZZL, organizując 30 września w Warszawie kolejną manifestację lekarzy i lekarzy dentystów. Członków Rady zaprosił na nią osobiście, podczas obrad ORL, Sebastian Goncerz, przewodniczący Porozumienia. Prezes Robert Stępień zadeklarował, iż Izba pokryje koszty wynajęcia autokaru dla członków Izby, którzy zechcą wziąć udział w tym proteście. Natomiast Rada przyjęła kolejne z bardzo wielu stanowisko w sprawie zapaści w ochronie zdrowia, tym razem poświęcone szpitalnictwu:

„Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie z niepokojem obserwuje pogarszającą się sytuację finansową szpitali, zwłaszcza szpitali powiatowych. Systematyczne niedofinansowanie procedur w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, urazowej i położnictwa, czyli tych, które stanowią podstawę działalności tych szpitali, a także problem braku wynagrodzenia za całodobową gotowość powoduje systematyczne pogarszanie się ich sytuacji finansowej. Dodatkowym czynnikiem pogarszającym sytuację finansową tych szpitali są słuszne oczekiwania personelu, spowodowane ostatnią podwyżką płac, która mimo publicznie składanych obietnic nie znalazła pokrycia we wzroście wyceny świadczeń

szpitalnych. Zwracamy uwagę, że problem finansowania tych szpitali jest nadal nierozwiązany i wymaga pilnych decyzji ze strony resortu zdrowia”.

ORL zwróciła się także do Naczelnej Rady o podjęcie działań, które doprowadzą do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób bezdomnych w Polsce. Impulsem do tego był wniosek o wsparcie skierowany do Izby przez Stowarzyszenie Lekarze Nadziei, które udziela pomocy medycznej takim osobom. Jak zauważyła wiceprezes ORL Marzena Ksel-Teleśnicka, skoro Polska mogła objąć opieką miliony uciekinierów z Ukrainy, powinna znaleźć środki na opiekę nad własnymi obywatelami w kryzysie bezdomności.

Nie brakuje też spraw o innym charakterze. Np. w tym roku stałą pozycją obrad ORL jest rozpatrywanie wniosków o zwolnienie z opłacania składki na rzecz samorządu. Wniosek wpływa coraz więcej, niestety niektórzy lekarze i lekarze dentyści nawet ich nie uzasadniają. Zrozumiałym jest, że z czasowego zawieszenia składki skorzystać mogą lekarki przebywające na urlopie macierzyńskim czy osoby nie wykonujące pracy z powodu długotrwałej, poważnej choroby. Jednak argument, że „Jestem w trudnej sytuacji finansowej”, to za mało, by składki nie płacić. Choćby dlatego, że za „trudną” sytuację każdy uważa co innego. Dlatego przewodniczący Komisji Socjalno-Bytowej Marek Zasadny prosił podczas posiedzenia ORL 13 września o stworzenie czegoś na kształt regulaminu zwolnień ze składek, oczywiście z uwzględnieniem sytuacji indywidualnych, bo wszystkiego nie da się skatalogować.

Podczas tego spotkania Rada zatwierdziła też skład Komisji Stypendialnej ORL. Członkami Komisji zostali Agata Dynkiewicz, Marzena Ksel-Teleśnicka, Paweł Bujny, Małgorzata Jamka-Kasprzyk i Michał Sokołowski. O stypendiach – nowej formie pomocy młodym lekarzom w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych informowaliśmy już na naszych łamach, wszystkie informacje są też stale dostępne na stronie internetowej OIL.

Izba zamierza także przeznaczyć środki na dopłaty do wybranych, nieobowiązkowych szczepień dla lekarzy. Podczas ostatniego posiedzenia ORL Piotr Meryk (na zdjęciu, z mikrofonem), przewodniczący Zespołu ds. Epidemiologii, przedstawił obecną sytuację epidemiologiczną (m.in. dot. COVID-19 i legionellozy – o tym zagrożeniu na str. 41) a pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy OIL Janusz Pokorski omówił różne warianty dodatkowych szczepień. Decyzje o ewentualnym dofinansowaniu zapadną po analizie tych rekomendacji.

Z pozytywnych informacji przypominamy, iż członkowie krakowskiej Izby mogą zakupić w OIL karty upoważniające do korzystania z wielu obiektów sportowych i rekreacyjnych na specjalnych warunkach. Doktor Jacek Tętnowski, przewodniczący Komisji Sportu, Turystyki i Rekreacji, poinformował także, iż w styczniu odbędzie się w Krakowie



kolejny Bal Lekarza – szczegóły na przedostatniej, „okładkowej” stronie naszej gazety.

Zachęcamy do śledzenia izbowej strony internetowej, bowiem bardzo wiele dobrego dzieje się też w kulturze – w ofercie, którą stale wzbogaca Zespół ds. Kultury ORL pod kierunkiem prof. Waldemara Hładkiego, każdy znajdzie coś dla siebie.

Na koniec temat, który już wywołał burzę, a wywoła pewnie większą, kiedy do członków samorządu szerzej dotrze ta informacja. Po cichu, choć po formalnej uchwale, latem zmieniło się logo Naczelnej Izby Lekarskiej. Trudno mówić o „logo”, bowiem obecnie symbol graficzny samorządu to trzy litery i dwie kreski. Zniknął charakterystyczny motyw architektoniczny, nowe logo jest, zdaniem wielu, całkowicie nijakie. Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie zgodnie je skrytykowała i 13 września przyjęła apel do NRL o wycofanie się z tej zmiany. Czytamy w nim m.in.: „Logo organizacji winno w sposób

właściwy oddawać jej charakter oraz wzmacniać poczucie wspólnoty celów wśród członków tej organizacji. Tymczasem przedstawiony nam projekt nowego logo Naczelnej Izby Lekarskiej nie spełnia żadnego z tych ważnych kryteriów. Identyfikowalność w przestrzeni publicznej organizacji zawodowej, jaką jest samorząd lekarski, jest zbyt ważną sprawą, aby dokonywać w tym obszarze tak kluczowych zmian bez pogłębionej dyskusji wśród wszystkich członków naszego samorządu...”

Rada podkreśliła także, że zmiana logo, która przecież zawsze jest możliwa, powinna być poprzedzona jak najszerszą dyskusją, a ewentualny nowy symbol – zaakceptowany przez większość środowiska. Takich zmian nie dokonuje się bezrefleksyjnie. Niestety, nowe logo już funkcjonuje. Na przykład widnieje na oficjalnej stronie internetowej NIL.

*Jolanta Grzelak-Hodor*

## Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zaprasza na naukowo-samorządowe, wyjazdowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej ORL, które odbędzie się w dniach 27-29 października 2023 r. w hotelu Perła Południa w Rytrze k. Nowego Sącza

### Program spotkania:

#### 27 października 2023, piątek

16.00-17.00	Przyjazd i rejestracja uczestników spotkania
18.00-19.00	Jak „ugryźć” pacjenta pierwszorazowego? Czyli rola fotografii i komunikacji w codziennej pracy – lek. dent. Piotr Marchewka, Stomatologia – Piotr Marchewka
20.00	Wręczenie statuetki im. Andrzeja Janusza Fortuny podczas uroczystej kolacji koleżeńskiej

12.00-12.30	Sterowana regeneracja szkliwa, pomiędzy profilaktyką a tradycyjną terapią inwazyjną – wykład we współpracy z dr Divya Naik Lausanne, Szwajcaria, Oral Health Science Liaison – v VARDIS
12.45-13.15	Jak medycyna estetyczna może zmienić wygląd dolnego piętra twarzy. Jak bezpiecznie planować zabiegi w codziennej stomatologii – lek. dent. Karolina Kuśnierz
13.15-14.00	Współczesne spojrzenie na etiopatogenezę, diagnostykę i leczenie raka jamy ustnej – prof. Mariusz Szuta, IS CMUJ

#### 28 października 2023, sobota

##### SESJA NAUKOWA

*Moderatorzy sesji: prof. n. med. Jolanta Pytko-Polończyk,  
prof. n. med. Mariusz Szuta*

*Między poszczególnymi wykładami – możliwość zadawania pytań i dyskusja.*

9.00 - 9.30	Abrazja powietrzna w stomatologii – lek. dent. Paweł Andersz – Firma Andersz
9.45-10.15	Ogniska zakażenia – pałacy problem w sytuacji konieczności wystawienia zaświadczenia lekarskiego przed zabiegiem operacyjnym – prof. Jolanta Pytko-Polończyk, IS CMUJ
10.30-11.00	Urazy zębów u dzieci – mleko się rozlało, ale jak pomóc, aby zmniejszyć straty? „First trauma aid” – lek. dent. Małgorzata Jamka-Kasprzyk, IS CMUJ
11.15-11.45	Wędzidełko okiem położnej laktacyjnej Dr n. med. i dr n. o zdrowiu Anna Kotlińska, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego

##### SESJA SAMORZĄDOWA

*Moderatorzy sesji: lek. dent. Robert Stępień,  
prezes ORL w Krakowie, lek. dent. Dariusz Kościelniak,  
wiceprezes ds. stomatologii*

16.00-17.00	Bieżące problemy prawne. Roszczeniowość pacjentów po zakończeniu pandemii – mec. Tomasz Huber, mec. Tomasz Pęcherz
17.00-18.00	Problemy stomatologów okiem przewodniczącej Sądu Lekarskiego – lek. Bożena Kozanecka
18.00-19.00	Stomatologia w Małopolsce z perspektywy płatnika na 2024 rok – Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska, dyrektor MOW NFZ
20.00-24.00	Spotkanie w Karczmie nad Potokiem i nocne rozmowy o stomatologii

#### 29 października 2023, niedziela

10.00 - 11.00	Zakończenie obrad – wyjazd uczestników
---------------	--

## Nowe szkoły receptą na stare problemy? To się może nie udać...

**Bez względu na to, jakie dane weźmiemy pod uwagę, Polska ma jeden z najniższych w Europie wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców, znacznie niższy od europejskiej średniej. Kilka lat temu, według raportu OECD, wynosił on 2,4 na 1000, obecnie mówi się o 3,3 lub wyższym, ale w całej Europie lekarzy przybywa, więc i tak Polska pod tym względem niezmiennie pozostaje w ogonie Europy, a polscy pacjenci „w ogonkach” do lekarzy. Pomysłów na zmniejszenie braków kadrowych w ochronie zdrowia było wiele, ostatnim, realizowanym przez rząd jest nauczanie medycyny m.in. także w wyższych szkołach zawodowych, totalnie krytykowane przez samorząd lekarski i wielu ekspertów.**

W całym kraju kierunek lekarski cieszył się tego lata rekordową popularnością wśród absolwentów szkół średnich. I to nie tylko na uczelniach, które w kształceniu przyszłych medyków mają kilkusetletnie doświadczenie, lecz także tych, które dopiero kierunek lekarski uruchomiły. Od października br. będzie on dostępny aż na 35 uczelniach, czyli o 12 więcej niż w minionym roku akademickim. W roku akademickim 2023/2024 studia medyczne rozpoczyna w sumie prawie 9,5 tys. osób, z czego na studiach stacjonarnych w języku polskim – blisko 6 tys.

Wśród „nowych uczelni medycznych” największym zainteresowaniem cieszyły się studia na Uniwersytecie Warszawskim, Katolickim Uniwersytecie Lubelskim i na Politechnice Wrocławskiej. Ale nie brakowało też chętnych na studia na uczelniach małopolskich, które w lipcu otrzymały zgodę ministra edukacji i nauki Przemysława Czarnka na kształcenie lekarzy, czyli w Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu i Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu, która od października również będzie nosić nazwę Akademia Nauk Stosowanych. Decyzją z sierpnia „do prestiżowego grona uczelni, które kształcą przyszłych lekarzy”, jak czytamy na stronie MEiN, dołączyła Akademia Tarnowska. Nabór na studia w Tarnowie (planowanych jest 60 miejsc) rozpocznie się w czerwcu 2024 r. Jeśli chodzi o limity przyjęć, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa

w Nowym Targu otrzymała zgodę na 45 miejsc na kierunku lekarskim, a Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu – 50. Dla porównania w CM UJ w nowym roku akademickim na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych w języku polskim będą się kształcić 242 osoby, a na Krakowskiej Akademii im. Frycza Modrzewskiego – 150.

Jeśli chodzi o bazę dydaktyczną, uczelnia w Nowym Sączu korzystać będzie z dostępnej infrastruktury. W jej murach kształcą się już studenci ratownictwa medycznego, dietetyki i pielęgniarstwa. Akademia Nauk Stosowanych dysponuje m.in. własną pracownią anatomii rzeczywistej i innymi niezbędnymi do nauczania pracowniami oraz laboratoriami, posiada także Centrum Symulacji Medycznej. Do końca 2025 r. władze uczelni planują natomiast wybudowanie i oddanie do użytku własnego prosektorium. Zanim to nastąpi, przyszli lekarze będą musieli cztery razy w semestrze dojeżdżać na zajęcia z anatomii do prosektorium Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego w Radomiu.

Natomiast o szkole w Nowym Targu wiadomo niewiele. Zainteresowany studiowaniem w niej dowie się ze strony internetowej co najwyżej tego, jaki jest „profil absolwenta”. W połowie września zakładka „nauczyciele akademicy” nie była jeszcze wypełniona treścią. W czerwcu, jeszcze przed otrzymaniem ministerialnej decyzji, dr Bianka Godlewska-Dzioboń, p.o. rektora PPUZ, mówiła w Radiu Kraków, że to właśnie skompletowanie kadry może się okazać dla szkoły największym wyzwaniem. Uczelnia ma natomiast podpisane porozumienia ze szpitalami w Nowym Targu, Zakopanem, Suchej Beskidzkiej, Rabce, Myślenicach i Krakowie, i jak zapewnia Godlewska-Dzioboń, „współpraca ta zapowiada się bardzo dobrze”, choć oczywiście jednostki te trzeba będzie doposażyć w odpowiedni sprzęt, a sam kampus zostanie rozbudowany.

Również w Tarnowie większość zajęć odbywać się będzie na kampusie Akademii Tarnowskiej. Natomiast zajęcia kliniczne prowadzone będą w szpitalach w Tarnowie, regionie tarnowskim oraz Krakowie. Jak zapewnia w swych publicznych wypowiedziach Małgorzata Kołpa, Akademia ma



Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu

porozumienie z CM UJ, więc studenci z Tarnowa będą mogli korzystać z prosektorium w Krakowie. Pojawiła się także propozycja dyrektora Szpitala im. Szczeklika w Tarnowie rozbudowy we współpracy z uczelnią i dostosowania do akademickich potrzeb prosektorium w tym szpitalu. Uczelnia kończy także etap projektowania nowego budynku, który miałyby stanąć na kampusie Akademii i służyć przede wszystkim studentom kierunku lekarskiego.

W minionych latach było kilka koncepcji zwiększenia liczby lekarzy w Polsce. Np. samorząd lekarski proponował rezygnację uczelni państwowych z odpłatnego nauczania medycyny cudzoziemców i przeznaczenie tych miejsc dla polskich studentów. Jednak studia te są istotnym źródłem dochodów dla uczelni, więc nikt na to przystać nie chciał. W styczniu 2021 r. większość sejmowa zgodziła się na nauczanie medycyny w wyższych szkołach zawodowych i tak m.in. uruchomiono kierunek lekarski w wymienionych wyżej szkołach w Małopolsce. Nie pomogły protesty, apele i oficjalne stanowiska m.in. Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, protestującej przeciw temu rozwiązaniu jako zagrażającemu jakości kształcenia. NRL, działając na mocy uchwał XV Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 maja 2022, prócz protestu adresowanego do ministrów zdrowia oraz edukacji i nauki (m.in. w kwestii trybu postępowania Polskiej Komisji Akredytacyjnej), zwróciła się też do stosownego Departamentu UE, wyrażając niepokój dot. respektowania w Unii dyplomów przyszłych absolwentów takich szkół. Też bez efektów.

Uzasadnienie determinacji rządu w poszerzeniu grona uprawnionych do kształcenia przyszłych lekarzy? Przypomnijmy stwierdzenie ministra edukacji Przemysława Czarnka, który goszcząc w Nowym Sączu powiedział: „Lepszy będzie lekarz wykształcony w Akademii w Nowym Sączu niż brak lekarza. Ktokolwiek będzie z tym zwlekał, działa przeciwko polskiemu społeczeństwu. Dziś POZ-ety prowadzą 80-latkowie. Kształćcie lekarzy, bo macie ku temu warunki”.

No i stało się. Jak to wygląda we wskazanym Nowym Sączu? Krzysztof Wróblewski, pełnomocnik Delegatury OIL w Nowym Sączu, lekarz ze znajomością lokalnych realiów, tak to komentuje:

– Czym innym aspiracje regionalne, a czym innym możliwość ich wypełnienia treścią. Nowy Sącz ma wprawdzie przeszło 80 tys. mieszkańców, już trzy uczelnie, ale o szerokiej kadrze lekarskiej z kwalifikacjami pedagogicznymi trudno tu marzyć. Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego nie ma przecież statusu klinicznego. Jak wiadomo, już na wstępie w programie nauczania na I i II roku pojawił się problem braku prosektorium, czyli zaplecza do nauczania patomorfologii. Słuchaczy trzeba będzie wozić aż do Radomia.

Inni znani nowosądeccy lekarze, z którymi rozmawialiśmy (i którzy prosili o anonimowość, by nie narażać się lokalnym zwolennikom projektów rządu), także jednogłośnie podzielają stanowisko Prezydium Okręgowej Rady z 17 sierpnia 2022 r., uznając możliwości kształcenia lekarzy w Nowym Sączu przy aktualnym stanie bazy i całkowitym braku miejscowych kadr pedagogicznych za nierealne. Padła nawet opinia: „To bzdura, brak przecież zaplecza klinicznego. Nie wystarczy zmienić nazwę szpitala na »kliniczny«, by dopełnić procesu edukacji. Miejscowy lekarz nie stanie się z dnia na dzień nauczycielem akademickim, autorytetem dla młodych. Nie dla każdego zresztą lekarza szpitalnego rola nauczającego jest do przyjęcia”.

Oczywiście są też lekarze dostrzegający określone zalety funkcjonowania nowego kierunku nauczania w Nowym Sączu. Z ramienia Wydziału Nauk o Zdrowiu ANS w Nowym Sączu rozmawiał z nami jego dziekan, prof. Ryszard Gajdosz, ordynator ds. anestezjologii i intensywnej terapii w Szpitalu im. św. Rafała w Krakowie, a także pracownik naukowy



Akademii im. Frycza Modrzewskiego. Dziekan Gajdosz nie ujawnił nam przed rozpoczęciem roku akademickiego nazwisk lekarzy planujących podjęcie zajęć dydaktycznych na kierunku lekarskim, lecz wspominał, że będą wśród nich wykładowcy m.in. ze Śląska i Krakowa. Przedstawił natomiast szczegółowy harmonogram nauczania wszystkich przedmiotów, zaakceptowany przez Polską Komisję Akredytacyjną, dostępny również na kilkunastu stronach w internecie pod hasłem: „ANS w Nowym Sączu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Kierunek Lekarski. Plan studiów”. W kwestii braku prosektorium zapewnił o umowie z radomską uczelnią, w ramach której studenci z Nowego Sącza będą na razie tam dojeżdżać na zajęcia.

W pozostałych kwestiach też dramatu nie będzie – uważa prof. Gajdosz. ANS w Nowym Sączu działa już od 20 lat, posiada ok. 3,5 tys. słuchaczy, w tym m.in. pielęgniarstwa I i II stopnia, więc ma kadrę do niektórych zajęć. Uwagi Komisji Akredytacyjnej są systematycznie realizowane. Jakość kształcenia jest priorytetem. Lista 50 słuchaczy została szybko zamknięta (zgłoszeń było kilkakrotnie więcej), stoimy przed faktami dokonanymi.

Czy podobnie jest w Nowym Targu i innych „nowych uczelniach medycznych”, trudno powiedzieć. Jednak jest prawie pewne, że jakości nauczania na poziomie Collegium Medicum i innych „starych” uczelni medycznych raczej nie da się osiągnąć. Braki kadry

legitymującej się odpowiednim dorobkiem naukowym i doświadczeniem zawodowym oraz niedostatek bazy klinicznej są niekwestionowane. Samorząd nie poprzestanie więc w wysiłkach na rzecz powstrzymania tego pędu do nauczania medycyny, gdzie tylko ktoś sobie o tym zamarzy. Zwłaszcza że na studiach nauka się nie kończy. Już w tym roku, kiedy w Małopolsce dyplomy otrzymali tylko absolwenci CM UJ i „Frycza”, Izba miała poważne problemy z zapewnieniem wszystkim miejsca odbywania obowiązkowego stażu podyplomowego. Ale o tym przeczytać można w tekście doktora Janikowskiego na str. 3 „GGL”...

*cis, KD*



Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu

## Sprostowanie

W poprzednim wydaniu „GGL” (nr 3/193) w artykule „Gdzie są miejsca dla stażystów?” wymieniając szpitale posiadające uprawnienia do prowadzenia stażu w zakresie pediatrii pominieliśmy Szpital Miejski Specjalistyczny im. Narutowicza w Krakowie, który takie miejsca posiada.

Jak poinformowała nas dyrekcja szpitala, „W roku 2022/2023 staż podyplomowy w zakresie pediatrii w Oddziale Dziecięcym odbywa 40 lekarzy ze Szpitala Narutowicza, dodatkowo dwóch lekarzy w miesiącu ze Szpitala Wojskowego oraz lekarze ze Szpitala im. Rydygiera. Staż z zakresu pediatrii odbywają również rezydenci specjalizujący się w medycynie rodzinnej, stomatologii i psychiatrii dziecięcej”.

Za nieścisłość przepraszamy.

*Redakcja*

## Rejonizacja w psychiatrii Za wszelką cenę?

**Do Okręgowej Izby Lekarskiej wpłynęła od członka naszej Izby prośba o pomoc, dotycząca udzielania świadczeń z zakresu psychiatrii. Podjęliśmy działania zmierzające do wyjaśnienia problemu i zapytaliśmy NFZ, czy jest prawdą, że wypowiedane są kontrakty. I rzeczywiście – jedenastu podmiotom udzielającym świadczenia z zakresu psychiatrii wymówiono umowy w trybie 3-miesięcznym. Jest to związane z wprowadzaniem przez Ministerstwo Zdrowia pilotażem Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP).**

Jak przedstawiono na stronie internetowej (<https://czp.org.pl/#aktualnosci>), pilotaż jest jednym z elementów reformy ochrony zdrowia, wprowadzającej w naszym kraju model psychiatrii środowiskowej. W odpowiedzi NFZ zapewnił nas jednak, że przepisy nakładają na podmiot tworzący CZP obowiązek przedstawienia oferty podwykonawstwa wszystkim podmiotom do tej pory realizującym świadczenia opieki objęte teraz pilotażem na podstawie umów wcześniej zawartych z Funduszem, a działającym na obszarze CZP. Ponadto oferta CZP dla podwykonawcy odpowiadać powinna warunkom dotychczasowej umowy z NFZ.

Ponieważ, jak miemam, niewielu z Państwa śledzi na bieżąco, jak wprowadzany jest ten pilotaż, to dla uporządkowania – w Małopolsce działa 11 Centrów Zdrowia Psychicznego, z czego 4 w samym Krakowie. Te krakowskie Centra zlokalizowane są w szpitalach Wojskowym, im. Rydygiera, im. Babińskiego oraz w Szpitalu Uniwersyteckim. Zasadą wdrażania pilotażu jest objęcie mieszkańców danego obszaru kompleksową opieką psychiatryczną. Zwykle na jedno CZP przypada od 100 tys. do 200 tys. osób, a poziom jego finansowania obliczany jest przy pomocy tzw. stawki kapitałowej.

Na podstawie zebranego materiału, m.in. rozmów z wieloma psychiatrami i osobami, które zarządzają placówkami medycznymi, oraz informacji dostępnych w sieci, można wyodrębnić różne modele funkcjonowania CZP. W jednych działaniu opiera się na współpracy z wieloma podwykonawcami, w innych oferta dla podwykonawców jest obłożona różnymi „daninami”, są także Centra, które wprowadzają model monopolistyczny, bez żadnej oferty współpracy z podwykonawcami świadczeń.



Logo Pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego

Czytelnik mógłby teraz zapytać, jaka w tym rola dla Izby Lekarskiej? Odpowiedź jest prosta – w tych wszystkich miejscach, które z końcem września stracą finansowanie z kontraktu z NFZ, a którym CZP nie zaoferuje podwykonawstwa, pracują lekarze psychiatry, nierzadko latami opiekujący się swoimi pacjentami. Pacjentami, którzy z racji schorzenia nie tak łatwo adaptują się do nowych miejsc i ludzi.

Innym problemem, natury etyczno-ekonomicznej, jest pytanie, czy koniecznie trzeba pod pretekstem reform zniszczyć świadczeniodawcę, którego dawno temu namawiano na tworzenie NZOZ-u, inwestowanie nie tylko w infrastrukturę, ale także personel itp.

Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt rozporządzenia przedłużający wprowadzanie pilotażu CZP do końca 2024 r., a w załączonej Ocenie Skutków Regulacji zapisano, że „projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność mikro-, małych i średnich Przedsiębiorców”. Co, jak się wydaje, nie do końca jest prawdą. Ale przecież papier przyjmie wszystko.

25 sierpnia bieżącego roku, na spotkaniu w NIL z nowo mianowaną minister zdrowia prezes Robert Stępień przedstawił wspomniane wyżej problemy, ale czy w przedwyborczym okresie ktoś się nad tym pochyli – raczej wątpliwe.

Wielu z Państwa pamięta rejonizację w opiece zdrowotnej – ona właśnie wraca. A co z wolnym wyborem lekarza? – zapytacie. Nie wiem, wygląda na to, że w opiece psychiatrycznej, finansowanej z Państwa i moich składek zdrowotnych, to minister zdrowia i adres zamieszkania zdecydują za nas, u kogo będziemy się leczyć. Chyba że będzie nas stać na leczenie prywatne.

*Marzena Ksel-Teleśnicka*

## Nowa siedziba „krakowskiej hematologii”

**7 września Oddział Kliniczny Hematologii, Oddział Przeszczepiania Szpiku Kostnego, Poradnia Hematologiczna, Bank Krwinek i inne jednostki krakowskiej kliniki hematologicznej Szpitala Uniwersyteckiego zaczęły działać w nowej siedzibie Szpitala przy ul. Jakubowskiego w Krakowie.**

Uniwersytecka klinika hematologiczna przez 73 lata działała w zabytkowym, XIX-wiecznym budynku przy ul. Kopernika, gdzie mimo ogromnego wysiłku nie dało się dłużej funkcjonować. W 2019 roku zaczęto przenosić Szpital Uniwersytecki do nowej siedziby, jednak przeprowadzka „hematologii”, w związku z bardzo wyśrubowanymi wymaganiami zwłaszcza dla oddziału przeszczepowego, nie była taka prosta. Konieczna było specjalne dostosowanie całej przestrzeni, spełnienie wielu norm.

– Remont trwał ponad rok, ale wypełniono wszystkie wymagania i formalności. Budynek przy Kopernika, jakkolwiek darzymy je sentymentem, bo stanowią kawałek historii, która nas ukształtowała i trzeba ją cenić oraz przypominać,

jednak nie spełniały wymagań – podkreślał podczas formalnej prezentacji nowego oddziału Marcin Jędrychowski, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Obecny na tym spotkaniu wieloletni kierownik Kliniki i Katedry Hematologii prof. Aleksander Skotnicki przypomniał, że „krakowska hematologia” powstała 73 lata temu, dzięki prof. Julianowi Aleksandrowiczowi, który też w 1958 roku przeprowadził pierwszy w Krakowie przeszczep szpiku pomiędzy bliźniaczymi siostrami.

Przeprowadzka do nowoczesnej i większej siedziby daje nowe możliwości.

– Mamy tu do dyspozycji o 8 łóżek więcej – 20 łóżek „przeszczepowych”, 24 łóżka w oddziale hematologii, nowoczesne pracownię separacji krwinek i bank komórek, zdecydowanie lepszą dostępność do specjalistów innych dziedzin, do diagnostyki oraz szybszą diagnostykę laboratoryjną, bo odpadł problem transportu próbek z ulicy Kopernika i oczywiście dużo lepsze warunki dla pacjentów – wyliczał prof. Tomasz Sacha, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii UJ CM oraz Oddziału Klinicznego Hematologii SU.

W Małopolsce działają trzy oddziały hematologii, ale tylko w SU wykonuje się transplantacje szpiku kostnego – allogeniczne i autologiczne. W poradni przyjmowanych jest 120 – 150 pacjentów dziennie, w oddziale hospitalizowanych jest ok. 6 tys. pacjentów rocznie.

W nowej siedzibie klinika chce się rozwijać, wprowadzać innowacyjne terapie. Trwają np. starania zmierzające do prowadzenia w Krakowie bardzo obiecującej terapii CAR-T.

*(Źródło: Szpital Uniwersytecki w Krakowie)*

Karolina Fok-Jamróz/Archiwum SU



## Pionierska operacja w Prokocimiu

**6 września zespół lekarzy Kliniki Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie pod kierownictwem prof. Tomasza Mrocza przeprowadził u 1,5-letniego chłopca pierwszą w Europie skomplikowaną operację serca, które wymagało całkowitej przebudowy.**

„Każdy element serca: aorta główna, prawa i lewa tętnica płucna, naczynia wieńcowe, przedsionek – wszystkie te elementy musiały ulec przebudowie, tak aby przywrócić prawidłowy przepływ krwi. Była to wręcz zamiana funkcjonowania

komór serca. Tylko tak można było uratować życie chłopca” – powiedział prof. Tomasz Mroczek, główny operator, kierownik Kliniki Kardiologii USDK. Na sukces operacji złożyły się miesiące przygotowań, ogromna współpraca zespołu anestezjologów, kardiologów, pielęgniarek, perfuzjonistów i wielu innych specjalistów.

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie oferuje teraz leczenie dostępne wcześniej tylko w Stanach Zjednoczonych.

*(Źródło: szpitalzdrowia.pl)*



## Miłosierne oszustwa w czasach epidemii

**Podczas czerwcowego spotkania Klubu Dyskusyjnego, prowadzonego przy OIL przez prof. Janusza Skalskiego, o „miłosiernych oszustwach”, czyli roli sztuki w zarządzaniu epidemiami w epoce nowożytnej, opowiadał prof. Piotr Krasny z Instytutu Historii Sztuki UJ. Choć większość analizowanych przez profesora przykładów pochodziła z wieków XVI-XVIII, to niektóre strategie władz państwowych i kościelnych, by za pomocą dzieł sztuki, fałszując nieco rzeczywistość, przekonywać przerażony zarazą lud, że panuje się nad sytuacją, wydawały się ponadczasowe.**

Wprowadzając do tematu spotkania prof. Krasny zwrócił uwagę, że dawne epidemie – dżumy, czarnej ospy czy tyfusu – nie tylko powodowały olbrzymią śmiertelność, ale też niszczyły więzi międzyludzkie i porządek społeczny, a przede wszystkim skutkowały utratą zaufania do autorytetów, w tym lekarzy oraz władców. By załagodzić buntownicze nastroje i uchronić lud przed popadnięciem w szaleństwo, należało pokazać, że władze – sanitarne, państwowe, kościelne – stanęły na wysokości zadania. W tym celu można było nawet dopuścić się „miłosierne oszustwa”, wykorzystując do tego sztukę.

W ramach „miłosiernych oszustw” zaczęły powstawać obrazy ukazujące wywożenie z miast zakażonych i zmarłych pod nadzorem komisji sanitarnej czy członków arcybactwa miłosierdzia udzielających pomocy chorym. Budowano okazałe i piękne lazarety, które służyły nie tylko izolacji chorych, lecz także manifestowały troskę państwa o ich los, a zarazem ukrywały ich cierpienie przed zdrową częścią społeczeństwa. Jeden z takich lazaretów – z izolatkami z piecem, dostępem do bieżącej wody i okienkiem do podawania jedzenia i komunii – powstał z inicjatywy Karola Boromeusza w Mediolanie w 1575 r., a autorem projektu budynku był najwybitniejszy mediolański architekt Pellegrino Tibaldi. Miejsca takie często oddzielone były od „reszty świata” szpalerem drzew. Jak wyjaśniał Piotr Krasny: „Dzięki nim nie widzimy cierpienia i śmierci, przechodzień pozostaje spokojny. Nie ukrywano jednak wielkiej skali przedsięwzięcia”. Z historycznych doniesień wiadomo jednak, że warunki panujące w lazaretach niewiele miały wspólnego z troską o chorego. W podobnym celu jak lazarety powstawały także poza granicami miast, ale w poświęconej ziemi, okazałe nekropolie epidemiczne.

Prof. Piotr Krasny sporo uwagi poświęcił też sztuce religijnej, wyjaśniając, że: „Za pomocą dzieł sztuki przekonywano ludzi, że mogą szukać pomocy w niebiosach. Dawano w ten sposób nadzieję i uspokajano nastroje społeczne”. Stawiano ołtarze poświęcone świętym „specjalizującym się” w walce z epidemią – Sebastianowi i Rochowi, malowano ich wizerunki na fasadach kościołów na wypadek, gdyby z powodu



zarazy nie można było uczestniczyć w nabożeństwie w kościele, a gdy dzięki Bożej pomocy udawało się ograniczyć skutki zarazy, budowano w ramach dziękczynienia kościoły wotywny czy też bogato zdobione kolumny morowe.

Swoją ślad w sztuce i architekturze pozostawili także lekarze, którzy walczyli z epidemiami – Hippolytus Guarinonius, nadworny lekarz tyrolskiej gałęzi Habsburgów, by podziękować za pomoc niebios w opanowaniu epidemii, sam zaprojektował i wybudował kościół w Volders w Austrii. Natomiast Gabriele Fonseca, lekarz papieża Innocentego X, zasłużył się w walce z epidemią malarii w Rzymie, dzięki sprowadzonej wcześniej za pośrednictwem jezuitów korze chinowca. Do dziś w jednej z rzymskich bazylik można podziwiać jego piersie wyrzeźbione przez Berniniego.

Zarówno prof. Janusz Skalski, jak i prowadząca dyskusję redaktor Urszula Drukała w późniejszej części spotkania zwrócili uwagę, że i w Krakowie nie brakuje przykładów dzieł sztuki związanych z epidemiami. Przypominają o nich m.in. latarnie umarłych, którym prof. Skalski poświęcił artykuł na łamach naszej gazety (nr 5 z 2021 r.). Stawiano je w okolicach szpitali dla zakaźnie chorych lub zbiorowych grobów. Miały ostrzegać, że tych miejsc lepiej unikać. Natomiast

w obliczu zagrożenia najlepiej było skierować się do Matki Boskiej Łaskawej, która swym płaszczem miała ochronić wiernych przed morowym powietrzem. Jej obraz – zwany też obrazem Matki Boskiej łamiącej strzały gniewu Bożego, ponieważ trzyma w dłoniach trzy złamane strzały symbolizujące trzy największe zarazy – widnieje m.in. na zewnętrznej ścianie kościoła mariackiego i jak zwróciła uwagę redaktor

Drukała, w czasie ostatniej pandemii tak jak przed wiekami odprawiano w tym miejscu modły.

W trakcie dyskusji trudno było uniknąć nawiązań do czasów współczesnych. Tego, jak zapisze się w kulturze covid, jak została już utrwalona w niej epidemia AIDS, czy powstanie XXI-wieczny „Dekameron” oraz wielu innych aspektów związanych z doświadczaniem epidemii.

## Dyplomacja w medycynie

**Czy lekarz może być dyplomatą mającym wpływ na życie obywateli swojego kraju, a dyplomata wpływać na sprawy medyczne? O tym m.in. rozmawiano podczas wrześniowego spotkania Klubu Dyskusyjnego OIL, w którym prócz stałych gości – prof. Janusza Skalskiego i red. Urszuli Drukały – wzięła udział Urszula Gacek, ekonomistka, która pełniła funkcje ambasadorki RP przy Radzie Europy w Strasburgu, konsul generalnej RP w Nowym Jorku, eurodeputowanej, a obecnie od 2016 r. regularnie przewodniczącej misjom obserwującym wybory dla OBWE.**

Jak zawsze podczas spotkania z udziałem prof. Skalskiego nie zabrakło wątków historycznych – odległych, o dawnych lekarzach, którzy odegrali w historii Polski niebagatelną rolę właśnie jako dyplomaci, m.in. na dworze wielkich mistrzów zakonu krzyżackiego w Malborku (więcej na ich temat w rozmowie profesora z red. Ciepłym na s. 19), lecz także z czasów końca Rzeczypospolitej Obojga Narodów, kiedy Rosjanie wystąpili do władz polskich o przesunięcie kordonów sanitarnych ze względu na zagrożenie dżumą. Dzięki temu wojska rosyjskie znalazły się na terytorium naszego kraju, co stało się podłożem do I zaboru.

O „niecnych celach” dyplomacji w medycynie dyskutowano także w kontekście wykorzystywania – co niestety zdarza się także współcześnie – diagnozy lekarskiej do usuwania przeciwników politycznych. Ambasador Gacek opowiedziała o swojej pracy jako obserwatora wyborów m.in. w Kazachstanie, gdzie kandydat na prezydenta musi przejść „badanie zdrowia psychicznego”, co bywa sposobem na jego eliminację. Urszula Gacek zwróciła także uwagę na rolę instytucji Rady Europy w ochronie praw pacjentów. Swoje rozważania podsumowała: „Dyplomacja może odgrywać bardzo pozytywną rolę, bo często te mechanizmy, które chronią naszych praw, wynikają z różnych traktatów, konwencji, prawa międzynarodowego, a to jest codzienna praca dyplomatów, którzy te traktaty negocjują, zgłaszają do nich uwagi i poprawki”.

Poruszająca była także wypowiedź doktor Marzeny Ksel-Teleśnickiej, która dzieliła się swoimi doświadczeniami z pracy w Europejskim Komitecie ds. Zapobiegania Torturom oraz



Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu. Z jego ramienia odwiedzała miejsca, w których znajdują się osoby pozbawione wolności przez władzę publiczną. I choć Komitet nie ma mocy sprawczej, to opracowywane przez jego członków raporty, gdy zostają upublicznione, często są kroplą, która drąży skałę. Podobny efekt ma także praca dyplomatów.

Oczywiście wykorzystywanie medycyny do celów dyplomatycznych może mieć także całkiem inny, pozytywny wymiar, czego przykładem jest krakowski Instytut Pediatrii. Wybudowanie amerykańskiego szpitala w Krakowie nie było pomysłem Polonii, lecz CIA, która w ten sposób dążyła – jak nazwał to prof. Skalski – do „rozmiękczenia systemu komunistycznego”. Poprzez rozwój pediatrii chciano również pokazać Polakom, jak wygląda wolny świat.

W trakcie spotkania nie zabrakło też wątków anegdotycznych związanych z pracą konsul czy medycyną turystyczną, w ramach której Polskę odwiedza w celach medycznych, często za namową ubezpieczyciela, wielu Amerykanów. Czy takie wyjazdy kończą się wyłącznie poprawą stanu zdrowia? Posłuchajcie Państwo nagrania z tego spotkania na kanale OIL na YouTube, bo historia ta na pewno Państwa rozbawi.

**Kolejne spotkania z naprawdę wyjątkowymi gośćmi, na które w imieniu organizatorów serdecznie zapraszamy, planowane są na 18 października, 22 listopada i 20 grudnia.**

*Tekst i zdjęcia: Katarzyna Domin*

# Lekarze królewscy od średniowiecza

## Prof. Janusz Skalski opowiada, kim byli, jakie mieli kompetencje

**■ Zacznijmy Panie Profesorze półzartem. Wciąż szukamy, nie tylko w Polsce, optymalnego systemu zarządzania opieką zdrowotną. Czy ze średniowiecza płyną w tej kwestii jakieś nauki?**

– Nic nie wypływało wtedy z żadnej regulacji prawnej. To władca decydował, kto ma mu służyć. Sam dokonywał wyboru swojego lekarza, radził się zapewne swego dworu, ale pewna wątpliwość z tej zasady płynie. Mianowicie także i dzisiaj pacjent mógłby współdecydować, kto ma go leczyć, a nie wyłącznie urzędnicy. Nie wiem, czy nie propaguję tu pewnej anarchii, bo każdy chciałby się leczyć u „najlepszego” i system by się zaklinał. Coś w tym jednak jest.

**■ Niemniej w średniowieczu jakieś dyspozycje, powiedzmy związane z epidemiami, musiały chyba płynąć z dworu królewskiego. Czy lekarz królewski to była jakaś władza?**

– Nie w sensie administracyjnym, natomiast wiązał się z tym stanowiskiem bardzo duży prestiż. Musimy tu przypomnieć, że były to lata powstawania uniwersytetów, które następnie kształciły prawdziwych lekarzy. Mówiliśmy już na tych łamach o pierwszych szkołach medycznych w Europie (Salerno, Montpellier, Bolonia, Padwa, Sorbona – dop. red.), które kształciły lekarzy dla najważniejszych władców południa i zachodu Europy. Natomiast w naszym kraju wykształcony lekarz w okresie średniowiecza, do czasu powstania Akademii Krakowskiej, był absolutnym wyjątkiem. Medykiem był każdy człowiek, który parał się leczeniem, w tym także znachor czy szarlatan. Poradnictwem w wielu chorobach często zajmowały się kobiety. Zapotrzebowanie było ogromne, zwłaszcza w czasach epidemii, ale także w zakresie urazowości, która była powszechna.

**■ W swojej książce „Medycyna w Polsce od czasów najdawniejszych do upadku I Rzeczypospolitej” opisuje Pan zaskakujące zadanie, przed którym stanął nadworny medyk Leszka Czarnego – przewyciężenia impotencji księcia.**

– Ten medyk znany jest w literaturze europejskiej jako Mikołaj z Polski albo Mikołaj z Sieradza, a przeszedł do historii w związku ze słynną sprawą oskarżenia Leszka Czarnego

przez jego małżonkę księżną Gryfinę o impotencję. Uczyniła to publicznie, zniechęcona bezpłodnością po 6 latach małżeństwa. Rzecz była niebagatelna, chodziło o następcę tronu oraz pogodzenie skonfliktowanego małżeństwa. Ale starania medyczne się nie powiodły, mimo m.in. niekonwencjonalnych metod stosowanych przez lekarza. A był nim nie byle kto, bo znany słuchacz i później wykładowca szkoły medycznej w Montpellier. I kto wie, czy przypadkiem z tego samego powodu, czyli jego metod leczenia, się z nim tam nie pożegnano.

Leczenie to było absurdalne i obsceniczne. Medyk polecił księciu i księżnej zjadać rozmaite świństwa: węże, żaby, a także odchody, był opętany żądzą eksperymentowania. Jedynym pozytywnym skutkiem leczenia było pogodzenie się małżeństwa, które zgodnie zdecydowało się przerwać kurację i do rozkładu małżeństwa rzeczywiście nie doszło. Niestety, potomstwa się nie doczekali.

Leszek Czarny i księżna Gryfina związani są z Krakowem. Natomiast sam medyk uznawany był w całej Europie jako wielki lekarz eksperymentator. Wydalony z Montpellier w 1278 roku osiadł w Sieradzu, stąd jego drugie imię. Pozostawił po sobie dwa dzieła: „Antipocras” oraz „Experimenta”. Uzasadniał w nich swoje pomysły twierdząc, że Bóg jako istota miłościwa wymyślił różne antidota na dolegliwości, będące złem. A że zło należy zwalczać złem, propagował obrzydliwość, będące same w sobie złem. Krytykował niemal wszystko, co dotyczyło dotychczasowej nauki. Ale miał trochę racji, jeśli chodzi o wykorzystywanie moczu w ówczesnym leczeniu. Do spożywania węży, żab czy siły leczniczej tkwiącej w błocie, robakach, odchodach – nie mam żadnego komentarza.

**■ W swoich materiałach wspomina Pan także sprawę o innym wymiarze. Mam tu na myśli dzieje medyka, a zarazem podwójnego szpiega Bartłomieja Borezewskiego, który wpłynął na datę bitwy pod Grunwaldem.**

– Najprawdopodobniej przesunął ją nawet o dwa lata w stosunku do krzyżackich zamierzeń. Borezewski, znany też jako Bartłomiej z Boroszewa, był lekarzem znamienitym. Został przyjęty na dwór wielkich mistrzów zakonu krzyżackiego w Malborku jako europejska sława, medyk



z ogromnym doświadczeniem. Schorowany Konrad von Jungingen, Wielki Mistrz, miał mnóstwo dolegliwości i zawierzył medykwowi całkowicie. Boreszewski, który był potajnym stronnikiem polskiego króla, czyli po prostu szpiegiem na dworze krzyżackim, pełnił należycie swoją posługę medyczną. Natomiast jednocześnie, w sposób fantastyczny, zapisał się w polskiej historii jako osoba pozostająca w bardzo bliskich kontaktach z najważniejszymi osobistościami na dworze krzyżackim. Ba, powierzono mu nawet stanowisko dyplomatyczne w celu prowadzenia negocjacji z królem Polski, a on je przeciągał w nieskończoność, wiedząc, że armia polska nie jest przygotowana na wielką wojnę. Dzięki temu Polacy mieli czas zorganizować broń i umundurowanie. Niektórzy historycy uważają, że dyplomatyczne zabiegi lekarza Boreszewskiego miały niebagatelny wpływ na polskie zwycięstwo pod Grunwaldem.

### ■ Boreszewski odegrał też jakąś rolę w wypowiedzeniu wierności Zakonowi Krzyżackiemu przez gdańszczan...

– Tak, ale to już miało miejsce po bitwie pod Grunwaldem. Podczas oblężenia Malborka przeszedł jawnie na stronę polską i został na dworze krzyżackim wyklęty, jako szpieg. Musiał uciekać, udał się na Węgry, gdzie do końca życia pełnił anonimowo funkcję lekarza. To był wielki polski patriota, lekarz i znakomity dyplomata. Umożliwił królowi Jagielle przygotowanie armii, zebranie funduszy oraz wybór korzystnego czasu bitwy. O tym się nie pisze w podręcznikach szkolnych, a szkoda.

### ■ Wśród znaczących lekarzy średniowiecza wymienia Pan ponad 20 postaci. Szczególnie intrygująca wydaje się osoba Jana Stanko, przyjaciela Jana Długosza...

– Jan Stanko był uznawany za jednego z najwybitniejszych lekarzy ówczesnej Europy. Był przyrodnikiem i lekarzem. Opracował pełny katalog wszystkich znanych w ówczesnym mu świecie roślin i minerałów, posiadających jakikolwiek wpływ na leczenie. Do tego ułożył ten zbiór, złożony z ok. 20 tys. nazw w kilku językach – po niemiecku, łacinie, grecku i arabsku, a wśród nich znalazło się też ok. 2000 nazw polskich. Był pierwszym, który wprowadził dla niektórych minerałów i środków leczniczych nazewnictwo w języku polskim, które jest wykorzystywane do dzisiaj, np. kruszec, krzemień, ropa, ruda. Było to fantastyczne dzieło o lekach pochodzenia naturalnego, które niestety nigdy nie zostało wydane drukiem. Pozostało w rękopisie zachowanym w zbiorach Kapituły Krakowskiej na Wawelu. Dzieło to zostało uznane za najważniejsze związane z leczeniem, pomiędzy genialnym Albertem Wielkim w średniowieczu a najwybitniejszym przyrodnikiem renesansu Konradem Gesnerem, a więc postaciami o największych zasługach w historii farmakologii.

### ■ Był jednocześnie królewskim nauczycielem...

– I dyplomata, uczestniczył w ważnych dla losów Polski układach toruńskich po zakończeniu wojny trzynastoletniej. Przyjaźnił się z Długoszem i potrafił go wyleczyć. Przeprowadził w tym celu zabieg chirurgiczny usunięcia kamienia moczowego. To bardzo ważny fakt w dziejach medycyny polskiej, początek prawdziwej chirurgii. I rzeczywiście był wybitnym pedagogiem, został przez Kazimierza Jagiellończyka powołany do opieki nad jego synami, a byli nimi Władysław Jagiellończyk, późniejszy król Czech i Węgier, święty Kazimierz, Jan Olbracht, Aleksander, kardynał Fryderyk Jagiellończyk i oczywiście Zygmunt I Stary. On ich wychowywał, co miało też wpływ na późniejsze dzieje Polski.

### ■ Czy lekarze królewscy, o których mówiliśmy, sprawowali też jakąś zwierzchność nad innymi lekarzami?

– Lekarzy w owym czasie w ogóle było niewiele, z reguły należeli do stanu duchownego. A Stanko był lekarzem kapituły krakowskiej, więc miał nad pozostałymi przewagę, nie tylko dzięki posiadaniu encyklopedycznej wiedzy, doświadczenia dyplomatycznego, znajomości języków, a także historii i dziejów Europy. Więc trudno sobie wyobrazić, żeby nie miał przewagi jako intelektualista nad innymi lekarzami. Jednak byli wówczas także inni wybitni. Na dworze królowej Bony pojawił się przecież Maciej z Miechowa – Miechowita, jeden z najwybitniejszych polskich intelektualistów okresu schyłku średniowiecza. Kolejny wielki lekarz to Jan Benedykt Solfa, intelektualista i filozof. Obok niego pojawia się Hieronim Spiczyński, wydawca polskiego zielnika. Lekarzem nadwornym był także Józef Struś, u Zygmunta I i Zygmunta Augusta. No więc proszę popatrzeć, jakie to były nazwiska. Ale Jan Stanko miał nad nimi tę przewagę, że jako wychowawca królewskich synów był najbliższym monarchy.

Dodajmy, że np. Zygmunt August wciąż poszukiwał lekarzy; Wojciech Saxo, Bartłomiej ze Stradomia, Wojciech Trzciniński to najwybitniejsi obok wymienionych. Był też Wojciech Baza, o którym wspomnieliśmy przy okazji jego wizyty u Paracelsusa. Królowa Bona sprowadzała lekarzy głównie z Włoch. Przykładem niech będzie Jakub Ferdynand z Bari. Ja bym jeszcze wspomniał jednego ciekawego lekarza królewskiego, mianowicie Salomona Kalachorę, pochodzenia żydowskiego z Hiszpanii. Zapisał się w historii literatury polskiej, ponieważ przyjaźnił się z Janem Kochanowskim, który najprawdopodobniej o nim napisał fraszkę zatytułowaną „O doktorze Hiszpanii”, którą tutaj przypominam:

*Nasz dobry doktor spać się od nas bierze,  
Ani chce z nami doczekać wieczera.  
Dajcie mu pokój! Najdziem go w pościeli  
A sami przedsię bywajmy weseli!*

A że doktor najwyraźniej nie miał ochoty biesiadować, wdali się do jego sypialni (to Kochanowski poniekąd sam o sobie) i jakoś go upili. W sentencji poeta napisał:

*A doktorowi mózg się we łbie mąci.*

*„Trudny — powiada — mój rząd z tymi pany:*

*Szedłem spać trzeźwo, a wstanę pijany.”*

Niektórzy prawnicy twierdzili i twierdzą nadal, że tym Hiszpanem, którego Kochanowski opisał, nie był Kalachora tylko Piotr Roizjusz, prawnik, profesor Akademii Krakowskiej. Ja pozostaję przy swoim, bo w samym stwierdzeniu „doktor” pobrzmiwa jednak funkcja medyczna. To taka ciekawostka o Salomonie Kalachorze, który był lekarzem Zygmunta Augusta, a później Stefana Batorego.

### ■ Podczas panowania Zygmunta Augusta pojawia się cały szereg zagranicznych nazwisk: Marcin Fox, Aleksander Suchta, Lorenz Dhur, ktoś ze Szkocji, ktoś z Wilna.

– Fox to była rodzina szkocka, osiedlona w Krakowie. Ojcem Marcina Foksa był złotnik krakowski, a on sam został wykładowcą Akademii, ale w pewnym momencie wyjechał do Włoch, żeby się czegoś jeszcze nauczyć. Tym samym zamknął sobie drogę do objęcia funkcji wykładowcy, bo takie były przepisy. Za granicą Marcin Fox poznał się z Ulissem Aldrovandim, wielkim autorytetem wśród przyrodników Europy w owym czasie, i zamieszkał u niego. Tam nauczył się mineralogii, geologii, przyrodolecznictwa i zaczął przerastać mistrza. Doczekał się zaszczytnej funkcji lekarza królewskiego, ale nie uzyskał zgody na prowadzenie wykładów w Akademii Krakowskiej, chociaż społeczność akademicka wybrała go nawet na rektora. Jako powód podawano zbyt długi czas pobytu za granicą.

### ■ Czy lekarze królewscy byli zatem w Krakowie obowiązkowo powiązani z Akademią?

– Niekoniecznie. Przykładowo Jan Benedykt Solfa nie wykładał w Akademii, ale był uznanym w Europie intelektualistą i filozofem. Był zarazem bliskim przyjacielem Mikołaja Kopernika. Miał też stały kontakt z Erazmem z Rotterdamu. Był wielką osobowością, więc na co mu była afiliacja uczelni?

### ■ Panie Profesorze, przerwijmy te dzieje medycyny polskiej na czasach Stefana Batorego, który, z tego co wiemy, interesował się różnymi dziedzinami nauki i życia, m.in. astrologią czy alchemią.

– Potwierdzam zainteresowania Batorego czarnoksiężnictwem i alchemią, wciąż poszukiwał ludzi mających coś oryginalnego do powiedzenia. Jego konsyliarzem był m.in. słynny w Europie doktor John Dee, lekarz z dworu królowej angielskiej Elżbiety I, okultysta i astrolog, słynący jako



Henry Gillard Glindoni, *John Dee przeprowadzający eksperyment przed królową Elżbietą I*

czarnoksiężnik, alchemik i mag. W tej ostatniej roli potrzebował stosownego medium, a na dworze Stefana Batorego był nim niejaki Edward Kelley, szanowany na równi ze swoim mistrzem. Obaj pracowali nad *perpetuum mobile*, tworzyli ich pierwowzory. Według mojej wiedzy przemieścili się później na dwór praski, Rudolfa II Habsburga, który ich w końcu wyprosił ze swojego dworu.

Natomiast skłonność Batorego do otaczania się dziwnymi postaciami sprawiła, że powołany jako lekarz królewski Wojciech Oczko, wykształcony medyk, zrezygnował ze swej funkcji. Nie wytrzymał nerwowo przy Batorym. Kolejnym szarlatanem na dworze królewskim był Leonhard Thurneisser, najprawdopodobniej pospolity oszust.

### ■ Niemniej lekarze polskiego pochodzenia według Pańskiej opinii wydają się jakby europejską potęgą...

– I tak było. Przez dwory polskich możnowładców i władców, mówimy o dynastiach Piastów, Jagiellonów, królach elekcyjnych, przewinęły się setki lekarzy. W swojej książce wymieniam kilkadziesiąt nazwisk, ale to jest mała część. Wszystkich nie sposób wyliczyć. Wymieniamy tych, którzy zapisali się w jakiś sposób w historii.

Wróćmy jeszcze do Batorego. Dlaczego on tak bardzo potrzebował opieki i towarzystwa lekarzy? Bo był schorowanym człowiekiem. Wbrew pozorom – jako dobrze zbudowany, świetnie się trzymający mężczyzna, miał szereg dolegliwości. Między innymi cierpiał przez długie lata z powodu owrzodzeń podudzi. Bardzo mu dokuczały i to także tłumaczy noszoną przez niego węgierską suknię, długą do ziemi, bo jego nogi wydzielaly nieprzyjemny zapach, ale tłumaczył się przywiązaniem do tradycji węgierskiej. Lekarze często towarzyszyli mu podczas przyjęć rozmaitych delegacji czy VIP-ów, bo bywało, że źle się czuł. Prawdopodobnie zmarł z powodu ciężkiej choroby wieńcowej i mocznicy.

## ■ A jak sobie radził – to już zupełnie na marginesie pytanie – z językiem polskim?

– W ogóle się nim nie posługiwał i nie chciał się uczyć języka polskiego. Natomiast władał znakomicie łaciną, która była wówczas językiem powszechnym wszystkich wykształconych ludzi. Mówiliśmy tutaj o Janie Stanko, który zaczął wprowadzać język polski w lecznictwie dużo wcześniej, nim

renesans przyniósł zainteresowanie językami ojczystymi.

Natomiast lista indywidualności medycznych z polskim rodowodem z lat dynastii Wazów, Jana Sobieskiego czy Stanisława Augusta to dopiero orszak znakomitości, a zarazem temat na kolejny tekst o królewskich lekarzach.

Rozmawiał: Stefan Ciepły

## Okiem pacjenta



## PLAN 75

*Nie jest w zamyśle tego felietonu recenzowanie książek, filmów czy wystaw, chyba że się trafi na coś wyjątkowo aktualnego, jak było w wypadku książki Hugo-Badera „Strażnicy wolności”, przedstawiającej niebezpieczne środowisko polskich antyszczepionkowców w warunkach pandemii COVID-19. Tym razem będzie coś skrajnie odmiennego, z dalekiej terytorialnie, ale absolutnie współczesnej Japonii, z ojczyzny Toyoty, Mitsubishi, Sony, Toshiba, Nissana, Hondy, szybkobieżnych kolei, nadzwyczajnej higieny, a także słynącej z długowieczności swoich obywateli.*

*Japonia to kraj, który ma ponad 70 tysięcy stulatków, cieszący się w statystykach światowych pierwszym miejscem pod względem długości życia. Ale też kraj borykający się z tym sukcesem na wielu frontach. Paradoksalnie to brzmi, lecz przy równoczesnym niskim wskaźniku dzietności państwo ma niebagatelny problem radzenia sobie z organizacją opieki domowej, a nie chodzi tylko o zdrowotną, lecz także tę wychodzącą naprzeciw samotności, pustce pokoleniowej, nienadążaniu za zdobycami cywilizacji.*

*Japońska scenarzystka Chie Hayakawa postawiła problem z całą otwartością, kreując sytuację hipotetyczną, z pogranicza science fiction, choć może nieodległą. I powstał film, wyróżniony w Cannes (2021), nominowany z rekomendacji Japonii do Oscara, a jednocześnie niedostępny na ekranach. Porażający, choć brak w nim jakichkolwiek scen drastycznych. Nikt go nie chce wyświetlać, nie znajdziecie go Państwo ani w kinach studyjnych, ani w sieciach komercyjnych. Film jedyny w swoim rodzaju, niepokojący do bólu.*

*Krótko o fabule. Oto dzisiejszy parlament japoński uchwa-  
la program rządowy, wychodzący naprzeciw starzejącemu się społeczeństwu. Powstają stosowne biura i urzędy dla klientów, rodzi się cała struktura administracyjna przypominająca bank (numerki, dyskretne stanowiska biurowe do rozmowy*

*z klientem, odbywanej przez perfekcyjnie wyszkolony personel). Instytucja ta dysponuje sporym budżetem. A wszystko zmierz-  
rza do zachęcenia znużonych wiekiem klientów do dobrowolnego pożegnania się z tym światem. Pożegnania miłego, do którego ustawia się kolejka chętnych, bowiem rozstaniu towarzyszy kilka bezspornych przyjemności. Każdy otrzymuje wysoki budżet, z którego może sobie sfinansować bankiet dla przyjaciół, udział w balu, start w jakiejś imprezie sportowej, piękny strój, prezent dla wnuków, wreszcie ekskluzywny pogrzeb w artystycznej oprawie. W przemierzaniu tej drogi, trwającej parę tygodni (z której w każdej chwili można się wycofać), towarzyszy zainteresowanej osobie wyszkolony pracownik firmy, któremu jedynie nie wolno kontaktować się z „klientem” dłużej niż 15 minut dziennie, by się przypadkiem nie zaprzyjaźnił. Fabuła osnuta jest na tle życia dwóch postaci wybierających tę drogę, noszącą w oficjalnej urzędowej nomenklaturze nazwę: PLAN 75. Oczywiście bez plusa.*

*Jak Państwo widzą, nie ma to nic wspólnego z eutanazją dotyczącą osoby nieuleczalnie chorej, cierpiącej, która pragnie, obojętnie lub na życzenie rodziny, odejść. Nie ma więc sensu analogizowanie kodeksów regulujących eutanazję w różnych krajach bardzo rozmaicie. Tu chodzi wyłącznie o własny, świadomy wybór, wspomagany urzędowo.*

*Scenarzystka, znana w świecie filmowym z filmów „Niagara”, „Dziesięć lat Japonii”, postawiła problem wykraczający poza znane motywy samobójcze jako przejawy odwagi bądź lęku. Film jest niezwykle, poruszający. Przy pewnym nakładzie starań jakoś Państwo do niego dotrzecie. A zapomnieć się go nie da.*

Stefan Ciepły

PS: Tłumaczenie tytułu byłoby może wierniejsze wobec oryginału, gdyby brzmiało „Zaplanuj 75”.



## Powikłania terapeutyczne w następstwie nieprawidłowego stosowania kannabinoidów

**Dr hab. Jarosław Woron, prof. dr hab. Ryszard Korbut**  
Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM, Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Rosnąca dostępność produktów zawierających w swoim składzie kannabinoidy i to zarówno tych, które dostępne są na receptę, jak i tzw. suplementów diety, zawierających w swym składzie olejki CBD, niesie ze sobą niestety wiele zagrożeń, w tym zwiększającą się każdego roku liczbę powikłań terapeutycznych.

Najczęściej wynikają one ze stosowania kannabinoidów z nieprawidłowych wskazań, ale także za przyczyną łączenia ich z innymi jednocześnie stosowanymi przez pacjenta lekami. Liczba podmiotów, które oferują leczenie kannabinoidami w bardzo szerokim wachlarzu wskazań, często nieznanym potwierdzenia w aktualnej wiedzy medycznej opartej na faktach (EBM), wciąż rośnie jak przysłowiowe grzyby po deszczu. U pacjentów, u których występują powikłania, najczęściej mamy do czynienia z nieprawidłowo dobraną farmakoterapią.

### PRZYCZYNY NIEPRAWIDŁOWEJ FARMAKOTERAPII KANNABINOIDAMI

- Błędne wskazania do stosowania
- Lekceważenie przeciwwskazań i ograniczeń do stosowania
- Przypadkowy wybór produktu
- Nieprawidłowe dawkowanie
- Interakcje z jednocześnie stosowanymi lekami



### NAJISTOTNIEJSZE DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE, KTÓRE MOGĄ WYSTĄPIĆ PODCZAS STOSOWANIA KANNABINOIDÓW

- Zaburzenia poznawcze
- Zapominanie czynności wyuczonych
- Senność
- Splątanie
- Obniżenie ciśnienia krwi
- Zaburzenia mowy
- Drętwienie
- Drżenia mięśniowe
- Ataksja
- Zaburzenia dysocjacyjne
- Psychoza
- Zaburzenia ze strony układu oddechowego
- Zespół wymiotów wywołanych kannabinoidami

### NAJWAŻNIEJSZE PRZECIWWSKAZANIA DO STOSOWANIA KANNABINOIDÓW

- Populacja pediatryczna
- Ciąża
- Wiek senioralny – przeciwwskazanie względne, jednak znaczny wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych
- Zespół stresu pourazowego
- Pacjenci z lękiem
- Bezsennaść, szczególnie w przypadku współistniejącego uzależnienia od leków nasennych
- Zaburzenia psychotyczne
- Choroba afektywna dwubiegunowa
- Choroby układu sercowo-naczyniowego nieoptymalnie kontrolowane
- Choroby układu oddechowego nieefektywnie kontrolowane – dotyczy głównie wprowadzania kannabinoidów z użyciem waporyzacji
- Współwystępujące uzależnienia

## FARMAKOKINETYCZNE CECHY KANNABINOIDÓW A WYSTĘPOWANIE NIEKORZYSTNYCH INTERAKCJI Z INNYMI LEKAMI

DZIAŁANIE FARMAKOKINETYCZNE	LEKI, KTÓRYCH NIE NALEŻY KOJARZYĆ Z KANNABINOIDAMI		
Metabolizm przez CYP3A4	Amiodaron Klarytromycyna Diltiazem Flukonazol Ginkgo biloba	Haloperidol Metadon Metronidazol Atorwastatyna Amitryptylina	
Hamowanie aktywności CYP2C19	Citalopram Klopidogrel Diazepam Indometacyna Lanzoprazol	Metadon Moklobemid Propranolol Topiramamat Warfaryna	
Nasilanie klirensu leków metabolizowanych przez CYP1A2	Amiodaron Ciprofloksacyna Klarytromycyna Klopidogrel Duloksetyna Escitalopram Flekainid	Haloperidol Metadon Mirtazapina Naproksen Olanzapina Omeprazol Ondansetron	Palonosetron Propafenon Propranolol Tamoksifen Amitryptylina Warfaryna

## FARMAKODYNAMICZNE SKUTKI INTERAKCJI KANNABINOIDÓW Z LEKAMI SYMPATYKOMIMETYCZNYMI, LEKAMI DZIAŁAJĄCYMI DEPRESYJNIE NA OUN ORAZ Z LEKAMI ANTYCHOLONERGICZNYMI

LEKI	SKUTKI
Leki sympatykomimetyczne	Tachykardia, wzrost ciśnienia krwi
Leki wpływające depresyjnie na OUN	Senność, znaczny wzrost ryzyka upośledzenia sprawności psychofizycznej, ataksja
Leki antycholinergiczne	Tachykardia, dezorientacja, jakościowe zaburzenia zachowania (szczególnie u pacjentów w populacji senioralnej)

W praktyce należy dążyć do stosowania kannabinoidów wyłącznie we wskazaniach o satysfakcjonującym stosunku spodziewanych korzyści do ryzyka, eliminować ich stosowanie w populacjach o wysokim ryzyku wystąpienia powikłań oraz należy bezwzględnie unikać kojarzenia kannabinoidów z lekami, które mogą generować wystąpienie powikłań polekowych w mechanizmie farmakokinetycznym.

### Sprostowanie

W poprzednim numerze „GGL” w artykule poświęconym fluorochinolonom pojawił się chłbuk drukarski. W zestawieniu wszystkich przejawów bólu indukowanych fluorochinolonami pierwszy punkt: „nasilenie objawów bólu neuropatycznego” został wyłączony z tekstu i zaprojektowany graficznie tak, że wygląda jak śródtytuł, którym nie jest.

Za pomyłkę zarówno Autorów tekstu, jak i Czytelników przepraszamy.

*Redakcja*

## Z życia Delegatur

### Krosno

■ 3 września w krośnieńskiej Delegaturze odbył się kurs dla lekarzy stomatologów nt. „Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym”. Zajęcia prowadzili instruktorzy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji, według najnowszych wytycznych w tym zakresie. Program szkolenia obejmował wykłady i ćwiczenia praktyczne na fantomach.



■ Od 1 października br. staż podyplomowy w podmiotach leczniczych na terenie Delegatury w Krośnie rozpocznie 14 lekarzy i 2 lekarzy dentyków, skierowanych tu przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie.

■ Wojewoda Podkarpacki oraz dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie poinformowali o większych nakładach na ochronę zdrowia w Polsce. Część pieniędzy ma trafić do szpitali powiatowych, także na Podkarpaciu. Przekazywane są również środki na inwestycje. Na rozbudowę Szpitala Specjalistycznego w Jaśle, która rozpoczęła się w 2021 r., przeznaczono 8 mln 800 tys. zł, co stanowi ponad 70 proc. finansowania całego zadania. (źródło: portal Jasło)

■ Firma Fresenius od kilkunastu lat prowadzi w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie

oddział chorób nerek i stację dializ. Umowa wygasa końcem tego roku i firma zwróciła się o jej kontynuację, ale tylko w zakresie prowadzenia stacji dializ, co jest bardziej dochodowe niż diagnostyka nefrologiczna czy prowadzenie oddziału. Istniały więc obawy, iż pacjenci zostaną pozbawieni kompleksowej opieki. Jak informował portal krosno112, udało się jednak znaleźć porozumienie i umowa w dotychczasowym zakresie została podpisana na następnych kilka lat. (źródło: krosno112)

*Janusz Kulon*  
Pełnomocnik OIL w Krakowie  
Delegatura Krosno

### Nowy Sącz

■ Nasi lekarze seniorzy w dniach 1-3 września odwiedzili Słowację. Zwiedzali Nitrę, Bratysławę i zamek Czerwony Kamień. Nie mogło się też obejść bez degustacji wyrobów naddunajskich winnic.



■ W Delegaturze w Nowym Sączu mijające lato zdominowały dwa wiodące tematy: wydawanie praw wykonywania zawodu i dyskusje o otwarciu kierunku lekarskiego w Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu. Nadal podtrzymujemy opinię, że decyzja jest trudna do zaakceptowania, a zapewnienie obowiązujących standardów

kształcenia w małych uczelniach bez odpowiedniej kadry i zaplecza klinicznego będzie problematyczne.

*Krzysztof Wróblewski*  
Pełnomocnik OIL w Krakowie  
Delegatura Nowy Sącz

### Przemysły

■ Z końcem czerwca Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu u honorowany został tytułem „Placówka Medyczna Roku 2023”. Uroczyste wręczenie dyplomów odbyło się w Warszawie. Na sukces szpitala złożyła się ciężka praca całego personelu, podnoszenie jakości świadczonych usług, ale też otrzymane wcześniej nagrody, m.in. 1. miejsce na Podkarpaciu i 6. w kraju w konkursie na Szpital Dziesięciolecia przyjazny pacjentom onkologicznym Alivia Onkomapa 2023, 1. miejsce na Podkarpaciu i 9. w Polsce w rankingu „Głos matek” Fundacji Rodzic po Ludzku oraz 6. miejsce w Konkursie „Bezpieczny Szpital Przyszłości – Inspiracje 2021” za stworzenie Aortic Center – centrum kompleksowego leczenia tętniaków. (źródło: Woj. Szpital w Przemyślu – [www.wszp.pl](http://www.wszp.pl))

■ W tym samym szpitalu, w ramach istniejącego oddziału kardiologii, ma w ciągu niespełna roku powstać pododdział kardiologii, gdzie leczonych ma być w sumie 25 pacjentów, w tym 7 stanowisk przeznaczonych zostanie do intensywnego nadzoru kardiologicznego. (źródło: „Życie podkarpackie”)

*Marek Zasadny*  
Pełnomocnik OIL w Krakowie  
Delegatura Przemyśl



# Czas studiów już tylko we wspomnieniach

**Kiedy gazeta, którą Państwo czytacie, trafi do drukarni, trwać będą na wszystkich uczelniach przygotowania do uroczystej inauguracji roku akademickiego. Zamknijmy jednak rok miniony...**

W lipcu miałam przyjemność uczestniczyć w dwóch uroczystościach absolutoryjnych – jedno miało miejsce w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, a drugie w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.



ka.edu.pl

7 lipca 2023 r., w sali wykładowej KA-AFM, zebrani goście powitali gromkimi brawami 98 tegorocznych absolwentów, w tym 8 studiujących w języku angielskim, oraz liczne grono profesorskie. To już drugi rocznik lekarzy opuszczający mury tej prywatnej uczelni.

Tydzień później, 15 lipca, w Centrum Konferencyjnym ICE zgromadzili się zaproszeni na uroczystość wręczania dyplomów Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego absolwenci kierunku lekarskiego – 230 osób, lekarsko-dentystycznego – 56 osób, oraz dietetyki – 32 osoby.

Po uroczystym odśpiewaniu Gaudeamus władze obu uczelni żegnały swoich niedawnych studentów, nagradzających, którzy wyróżnili się wspianymi osiągnięciami w nauce, działalności samorządowej lub sportowej oraz życząc wszystkim satysfakcji z wykonywanej już niebawem pracy.

Jak zawsze najbardziej wzruszeni byli rodzice absolwentów. Natomiast sami młodzi ludzie, z godnością przynależną dla stanu medyków, oczekiwali na moment, w którym padnie komenda „czapki z głów” i nastanie czas ostatnich jeszcze studenckich wakacji.

Moje uczestnictwo w obu uroczystościach wiązało się z przekazaniem naszym młodym koleżankom i kolegom gratulacji i zapewnienia, że bardzo w Izbie na nich czekamy oraz (zapożyczając słynne powiedzenie), by nie pytali, co Izba może dla nich zrobić, ale by pomyśleli, co oni dla Izby zrobić mogą.

Osobiście zaś kolejny raz miałam pewnego rodzaju *déjà vu* tego, co wydarzyło się pewnego czerwcowego dnia 1982 r., w Teatrze im. Słowackiego, gdy razem z kolegą Stanisławem Kwiatkowskim (obecnie – szacownym profesorem neurochirurgii z CM UJ) prowadziliśmy uroczystość absolutorijną Wydziału Lekarskiego wtedy jeszcze Akademii Medycznej w Krakowie...

Marzena Ksel-Teleśnicka  
wiceprezes ORL



Piotr Gurgul

# „Via Medicorum” – nowa funkcja krakowskiej Wesołej

**Pod koniec 2019 r. rozpoczęła się przeprowadzka Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie do nowej siedziby, położonej przy ul. Jakubowskiego. Jakkolwiek jej harmonogram został znacznie zmodyfikowany z powodu pandemii COVID-19, proces ten trwa aż do dzisiaj. Do celowo na rozbudowywanym całym czasie kampusie w krakowskim Prokocimiu mają znaleźć się nie tylko kliniki uniwersyteckie, ale także wszystkie zakłady pomocnicze oraz siedziba władz i administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Historykowi wypadają przy tym przypomnieć, że jest to konsekwentne realizowanie pomysłu, który pojawił się po raz pierwszy w latach 60. XX wieku.**

Wyprawa oznacza opuszczenie dotychczasowych siedzib klinik i zakładów, nierzadko mieszczących się w zabytkowych budynkach. Większość z nich znajduje się na terenie krakowskiej Wesołej, w samym centrum miasta. Stanowi to niewątpliwą zaletę dla inwestorów, ale wiąże się także z pewnymi trudnościami. Pomijając wyzwanie, jakim jest samo dostosowanie budynku szpitalnego do innych potrzeb, pamiętać należy, że obszar ten (jak i większość znajdujących się tam budynków) objętych jest ochroną konserwatorską, co w znaczący sposób zwiększa wymogi stawiane np. podmiotom pragnącym prowadzić tam działalność gospodarczą.

Jeszcze w 2019 r. część terenu dawnych klinik i zakładów (ponad 9 ha), położonych przede wszystkim przy ul. Kopernika, ale też ul. Śniadeckich i Grzegórzeckiej, została zakupiona przez Miasto Kraków. Pandemia niewątpliwie wywróciła do góry nogami proces zagospodarowywania tego terenu. Do niektórych budynków, opuszczonych przez pacjentów, ale wciąż posiadających sprawną infrastrukturę medyczną, wrócili chorzy. W przypadku innych wydłużyły się terminy ich przekazania. Inwestorzy (co zresztą było trendem globalnym) stali się znacznie mniej skorzy do poszukiwania

nowych nieruchomości. Pomimo to trwały zarówno konsultacje społeczne (w okresie pandemii część z nich była prowadzona online), jak i poszukiwania odpowiedniej formy prawnej dla skutecznego zarządzania terenem. Jak informowała już „GGL”, Miasto przekazało zakupione tereny utworzonej przez siebie spółce – Agencji Rozwoju Miasta Krakowa Sp. z o.o., która zarządza pozyskanym terenem, poszukuje inwestorów, ale co równie ważne, dba jednocześnie o zachowanie potencjału i charakteru tego niezwykłego miejsca.

Na czym ta niezwykłość polega? Odpowiedzi szukać należy w historii, zwracając się ku dziedzictwu Wesołej. Przez wieki było to jedno z krakowskich przedmieść, ważne, chociażby dzięki szlakowi prowadzącemu ku Rusi Czerwonej (którego pamiątką jest położony przy ul. Kopernika kościół pod wezwaniem św. Mikołaja), słynące z rzemiosła (bielono, a więc blichowano tam tkaniny – stąd dzisiejsza ul. Blich), ale też i z licznych ogrodów, w których na niedzielnych spacerach tłumy dawnych mieszkańców Krakowa mogły się raczyć sprzedawanymi tam smakołykami. Zmianę funkcji tego rejonu rozpoczęły kołatajowskie reformy Uniwersytetu, które nastąpiły w ostatniej ćwierci XVIII w., w ostatnich latach istnienia Rzeczypospolitej. Wówczas na Wesołej pojawił się najpierw uniwersytecki Ogród Botaniczny, obserwatorium



Zbiory NAC

Widok Wesołej z dachu ówczesnej Giełdy (obecnie Akademia Muzyczna w Krakowie). W środku nieistniejący już budynek przy ul. Kopernika 1, w którym do 1895 r. mieścił się Zakład Medycyny Sądowej. Za nim, po lewej również nieistniejący budynek przy ul. Kopernika 5, mieszczący do 1898 r. Klinikę Okulistyczną, a do 1936 r. Klinikę Ginekologiczną.



astronomiczne, zaś w 1788 r. przeniesiono tam z Małego Rynku pierwsze kliniki uniwersyteckie. Od tego czasu nauczanie medycyny nierozłącznie związało się z tą częścią Krakowa. Przeprowadzka klinik do nowej siedziby, położonej przy dzisiejszej ul. Kopernika 7, w 1827 r. oznaczała ich dalszy rozwój, zaś trwająca od lat 70. XIX w. rozbudowa zarówno klinik uniwersyteckich, jak i położonego w tym samym rejonie szpitala miejskiego noszącego imię św. Łazarza (i sąsiedniego szpitala dziecięcego im. św. Ludwika) doprowadziła do stworzenia tam niezwyklego zespołu budynków, zaś sama Wesoła uzyskała zupełnie nowy, swoisty *genius loci*.

Dwa stulecia rozwoju i nauczania medycyny na Wesołej obfitowały w niezwykle nazwiska i wielkie odkrycia. Znacomitym przykładem takiego miejsca może być słynna „Biała Chirurgia”. Starania o wybudowanie nowoczesnej kliniki chirurgicznej podjął zasiadający na katedrze chirurgii UJ w latach 1882-1887 Jan Mikulicz-Radecki. Wielki uczyony udał się wspólnie ze znakomitym krakowskim architektem Józefem Sare w podróż studyjną po klinikach europejskich, chcąc zapoznać się z najnowszymi osiągnięciami w projektowaniu. Niestety nie udało mu się zdobyć środków na sfinansowanie projektu. Uzyskał je w Wiedniu słynący nie tylko z wielkiej wiedzy i świetnej techniki operacyjnej, ale też z żelaznej woli i silnego charakteru Ludwik Rydygier, który zastąpił Mikulicza. W nowym gmachu prof. Rydygier mógł w 1889 r. inaugurować I Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich. Po wyjeździe Rydygiera do Lwowa w budynku pracowali kolejni znakomici chirurdzy, m.in. Bronisław Kader, Maksymilian Rutkowski czy Antoni Bogusz.

Pomysłem na ratowanie tego dziedzictwa był projekt, noszący pierwotnie nazwę „Gościniec Akademicki”, którego idea i ogólny plan zostały opracowane w Katedrze Historii Medycyny UJ CM, pod kierownictwem prof. Ryszarda W. Gryglewskiego, przy udziale autora niniejszego artykułu. Pomysł ten, zaprezentowany pierwszy raz pod koniec 2019 r. zarówno władzom miasta, jak i władzom UJ CM, spotkał się z życzliwym odzewem z obu stron. Autor w lutym 2021 r. prezentował wypracowaną koncepcję podczas prowadzonych

przez Urząd Miasta Krakowa konsultacji społecznych, dotyczących zagospodarowania Wesołej, a także opisał ją w artykule pt. „Co dalej z Wesołą?”, zamieszczonym w akademickim czasopiśmie „Alma Mater” (grudzień 2021-styczeń 2022). W treści artykułu wskazano, że swoistym „poligonem” dla przyszłych rozwiązań „Gościńca Akademickiego” może być okolica Wesołej, gdzie w ramach współpracy z ARMK podjęto próbę realizacji fragmentu szlaku poświęconego medycznemu dziedzictwu tej części Krakowa, określanemu mianem „Via Medicorum”. Dzięki życzliwości ARMK poczyniono dalszy krok, którym było podpisanie 20 maja 2022 r. przez prorektora ds. Collegium Medicum, prof. Tomasza Grodzickiego oraz prezesa ARMK dr. Jana Pamułę listu intencyjnego dotyczącego wspólnej realizacji szlaku.

Przyszły szlak miałby składać się zarówno z elementu wiązającego, materialnego – oznaczenie w terenie, które pozwalałoby zidentyfikować należące do niego obiekty. Równie ważny jest element wirtualny – strona internetowa będąca bazą danych o budynkach na Wesołej, ich historii czy pracujących w nich ludziach. Dzięki np. kodom QR każda osoba chcąc zapoznać się z informacjami na temat konkretnego obiektu mogłaby w szybki sposób uzyskać dostęp do takiej strony. Trwa cały czas kwerenda i przygotowywanie materiałów, które mogłyby stać się jej częścią. Toczą się również prace związane z promocją samego miejsca i nowego szlaku.

Działaniem promocyjnym była zrealizowana przez ARMK przy współpracy z Katedrą Historii Medycyny UJ CM oraz Muzeum Fotografii w Krakowie wystawa planszowa „Wesoła – Wczoraj i Dziś”, otwarta 17 listopada 2022 r. w obecności prezydenta Miasta Krakowa, władz UJ CM oraz ARMK. Prezentowała ona zarówno współczesne zdjęcia budynków położonych przy ul. Kopernika (a więc głównej osi przyszłego szlaku), wykonane przez Adama Koprowskiego, jak i zdjęcia archiwalne, pokazujące dawną rzeczywistość uniwersyteckich klinik. Nietypowa perspektywa, którą przyjął autor współczesnych zdjęć (ujęcia lotnicze, robione za pomocą drona) pozwoliła w pełni wyeksponować walory architektoniczne budynków, projektowanych przez znakomitych architektów. Zmiana oblicza Wesołej trwa. Budynkami wyrażają zainteresowanie nowi użytkownicy – publiczni (jak chociażby Biblioteka Kraków) i prywatni. Trwają również prace nad kolejnymi elementami szlaku „Via Medicorum”. Cześć z nich (jak ma nadzieję autor) będą mogli Państwo zobaczyć w nowym roku akademickim.

*Michał Chlipała*

*Katedra Historii Medycyny UJ CM*

*ORCID: 0000-0002-3899-1634*

Niektóre obiekty „Via Medicorum” przedstawimy szerzej w następnym wydaniu „GGL”







# Kilka uwag na temat stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty

**1 października absolwenci kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych rozpoczynają co roku staże podyplomowe w celu doskonalenia umiejętności praktycznych oraz pogłębienia wiedzy teoretycznej. Zasady odbywania stażu podyplomowego przez lekarzy i lekarzy dentystów uregulowane są w art. 15 -15p Ustawy z 6 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023 r., poz. 151 ze zmian.) oraz w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 24 lutego 2023 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023 r. poz. 337).**

Staż to bardzo ważny okres, ponieważ właśnie wtedy absolwenci kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego rozpoczynają pierwszą pracę w zawodzie. Odbywa się ona w warunkach komfortowych, na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony w celu przygotowania zawodowego, obejmującego realizację programu stażu podyplomowego, pod nadzorem opiekuna. W celu odbycia stażu lekarzom przyznawane jest przez właściwą okręgową radę lekarską „prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na czas odbywania stażu”. W poprzednio obowiązującym stanie prawnym nazywało się ono „ograniczonym prawem wykonywania zawodu” i w mojej ocenie nazwa ta była trafniejsza, ponieważ oddawała charakter pracy lekarza stażysty, która jest „ograniczona” do czynności wskazanych w ustawie i wykonywanych pod nadzorem opiekuna.

Forma zatrudnienia (umowa o pracę) i stały nadzór opiekuna przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych przez stażystę przekłada się na zasady odpowiedzialności młodych lekarzy (w dalszej części artykułu pod pojęciem „lekarz stażysta” mieści się także lekarz dentysta stażysta). Gdy w wyniku niewłaściwej diagnozy lub leczenia przez lekarza stażystę dojdzie do błędu medycznego, za jego działania i zaniechania odpowiada pracodawca. Jeżeli konsekwencją błędu medycznego będzie konieczność wypłacenia odszkodowania pacjentowi, pokryje je polisa OC pracodawcy. Natomiast lekarz stażysta odpowiada wobec pracodawcy na zasadach ustalonych w kodeksie pracy. Odpowiedzialność finansowa lekarza stażysty jest ograniczona do wysokości trzykrotnego

wynagrodzenia, bez względu na wysokość kwoty wypłaconej pacjentowi i to tylko w przypadku, gdy pracodawca będzie w stanie wykazać umyślność działania pracownika (umyślne naruszenie obowiązków, ale także powstanie szkody). Mając na uwadze brak możliwości samodzielnego wykonywania zawodu przez lekarza stażystę, przypisanie mu winy w praktyce będzie dotyczyło przypadków incydentalnych.

Ponieważ jest to pierwsze miejsce pracy lekarzy, zależy im, aby mogli odbywać staż w podmiocie leczniczym zapewniającym (w ich ocenie) możliwość nabycia umiejętności na jak najwyższym poziomie. Niestety liczba miejsc stażowych w pomiotach uprawnionych do prowadzenia stażu jest ograniczona. Listę i maksymalną liczbę miejsc szkolenia ustala marszałek województwa, w porozumieniu z właściwą okręgową radą lekarską. Wprawdzie marszałek województwa bierze pod uwagę przewidywaną liczbę absolwentów studiów na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych, mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze województwa, jednak liczba absolwentów zwiększa się z roku na rok. Powstają prywatne uczelnie, wyższe szkoły zawodowe uzyskały uprawnienia do tworzenia kierunków lekarskich, tymczasem liczba podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu (np. szpitali w danym województwie) w zasadzie pozostaje stała. W konsekwencji nie każdy lekarz uzyska wyznaczone przez siebie miejsce stażowe.

Okręgowa rada lekarska kierując na staż podyplomowy bierze pod uwagę to, czy kandydat ma stałe miejsce zamieszkania na obszarze jej działania oraz jego średnią ocen ze studiów, która zostaje podwyższona o dodatkowe punkty w przypadku publikacji naukowej oraz gdy lekarz uczestniczył w działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej. W praktyce kryterium „stałego miejsca zamieszkania” budziło kiedyś wątpliwości. Pierwotnie uznawano za nie miejsce stałego zameldowania lekarza. Obecnie przepis ten interpretowany jest zgodnie literalnym brzmieniem art. 25 k.c. i lekarz nie ma obowiązku przedstawienia zaświadczenia o zameldowaniu, a tylko oświadcza o stałym miejscu swojego zamieszkania. Spowodowało to zwiększenie liczby lekarzy stażystów

w dużych ośrodkach, co przy określonej liczbie miejsc stażowych wpłynęło na ograniczenie możliwości wyboru. Jednak należy pamiętać, że lekarz stażysta może udzielać świadczeń zdrowotnych jedynie w miejscu odbywania stażu. Przez 13 miesięcy lekarz, a przez 12 miesięcy lekarz dentyista jest związany wyłącznie z pomiotem leczniczym, do którego został skierowany do odbycia stażu. Dlatego to, gdzie odbywa staż, jest dla niego bardzo istotne.

Na zakończenie przypomnijmy, że lekarze/lekarze dentyści rozpoczynający staż 1 października 2023 r. odbywać go będą na zasadach wprowadzonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w z 24 lutego 2023 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty. W związku z podziałem stażu na część obowiązkową i spersonalizowaną Ministerstwo Zdrowia 25 lipca 2023 r. przedstawiło stanowisko

w sprawie interpretacji przepisów dotyczących pełnienia dyżurów medycznych w części spersonalizowanej. Zgodnie z nim, w przypadku odbywania przez lekarza stażu podyplomowego w części spersonalizowanej w dziedzinach medycyny, w których nie są realizowane dyżury medyczne, stażyści nie są zobowiązani do ich pełnienia. Jeżeli jednak w danej dziedzinie medycyny są pełnione dyżury medyczne, lekarze stażyści, realizujący część spersonalizowaną stażu podyplomowego, także są do nich zobowiązani. Lekarze, którzy rozpoczęli staż podyplomowy przed 1 marca 2023 r., realizują go na podstawie dotychczasowych przepisów.

Mam nadzieję, że w dniu publikacji artykułu wszystkie miejsca stażowe zostaną szczęśliwie przydzielone, a młodzi lekarze rozpoczną staż tam, gdzie chcieli.

*mec. Anna Gut*



## Nowe prawo w ochronie zdrowia

**Końcówka działalności parlamentu w obecnej kadencji przyniosła szereg nowych i kluczowych dla systemu ochrony zdrowia regulacji prawnych, które niewątpliwie zasadniczo wpłyną na funkcjonowanie placówek medycznych.**

Dotyczy to przede wszystkim rozwiązań przyjętych w **ustawie z 16 czerwca 2023 roku o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw** (Dz. U. 2023, poz. 1675) w tym: możliwości powołania w placówce pełnomocnika do spraw praw pacjenta, nowej formy pozasądowego systemu dochodzenia roszczeń z tytułu szkód wynikających ze zdarzeń medycznych, modyfikacji zasad korzystania w placówce z monitoringu wizyjnego oraz stosowania znaków identyfikujących pacjentów.

Odnosząc się krótko do ww. zagadnień warto wskazać, że:

a) Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych będzie mógł utworzyć stanowisko pełnomocnika do spraw praw pacjenta. Może nim zostać osoba, której wiedza i doświadczenie dają rękojmię właściwej realizacji zadań przewidzianych dla tej funkcji. Do jej zadań będzie należało podejmowanie działań na rzecz poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta przez: udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów; analizę stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponowanie kierownikowi podmiotu działań naprawczych, a także prowadzenie szkoleń dla pracowników z zakresu praw pacjenta.

b) Na mocy ww. ustawy wprowadzona zostanie nowa forma pozasądowego systemu dochodzenia roszczeń z tytułu szkód wynikających ze zdarzeń medycznych. Definityjnie

zdarzenie medyczne to zaistniałe w trakcie (w efekcie) udzielania świadczenia zdrowotnego lub w przypadku zaniechania jego udzielenia: zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta, którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę.

W przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego pacjentowi (lub np. jego krewnym) przysługiwać ma finansowe świadczenie kompensacyjne, którego wysokość z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego wnioskodawcy może wynosić w zależności od przypadku od 2000 do 200 000 zł.

Postępowanie w ww. zakresie prowadzone będzie przez Rzecznika Praw Pacjenta, na wniosek osoby uprawnionej. Od decyzji Rzecznika przysługiwać będzie odwołanie do Komisji Odwoławczej. W celu wypłacania świadczeń kompensacyjnych utworzony zostanie Fundusz Kompensacyjny, którego dysponentem będzie RPP. Omawiany system kompensaty obejmować będzie zdarzenia medyczne zaistniałe w szpitalu, w związku z udzielaniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

c) Ustawa modyfikuje rozwiązania dotyczące stosowania w placówkach wykonujących działalność medyczną

monitoringu wizyjnego. W pierwszym rzędzie warto zwrócić uwagę na nowy zapis dotyczący obserwacji pomieszczeń ogólnodostępnych, którego obowiązywanie rozszerzono na wszystkich pracowników podmiotu. Dodano również przepis uprawniający do określenia w regulaminie możliwości obserwacji pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, w przypadku szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i hospicjów, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub dla zapewnienia im bezpieczeństwa. Rozszerzono także generalny wymóg zgodności obserwacji w każdej z dopuszczalnych kategorii pomieszczeń o konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym m.in. o ocenę potrzeby zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych.

d) Ustawa zmienia także regulacje w zakresie stosowania znaków identyfikujących pacjentów m.in. przez wskazanie, że znak taki zawiera imię, nazwisko i datę urodzenia pacjenta. Dotychczasowe przepisy stanowiły, że znaki mają zawierać jedynie „informacje” pozwalające na ustalenie ww. danych. Dodatkowo w nowym przepisie wskazano, że znak identyfikacyjny może zawierać również inne informacje, które jednak muszą być zapisane w sposób uniemożliwiający ustalenie przez osoby nieuprawnione danych osobowych pacjenta. Ustawa wchodzi w życie 6 września 2023 roku.

Kolejną nową regulacją, której zapisy będą znacząco rzutowały na funkcjonowanie jednostek ochrony zdrowia, jest **ustawa z 16 czerwca 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta** (Dz.U. 2023, poz. 1692). Kluczowe rozwiązania dotyczą m.in. zagadnień: autoryzacji, akredytacji oraz wewnętrznego systemu zarządzania jakością.

#### a) Autoryzacja

W świetle ustawy autoryzacja będzie warunkiem realizacji świadczeń szpitalnych przez podmiot wykonujący je w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Autoryzacja będzie wydawana przez Prezesa NFZ na zakresy świadczeń, na okres 5 lat.

#### b) Wewnętrzny system zarządzania jakością

Zgodnie z ustawą podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie zobowiązany do posiadania wewnętrznego systemu, który składać się ma z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych. W ramach systemu podmiot będzie musiał m.in.: okresowo monitorować i oceniać jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń oraz monitorować zdarzenia niepożądane.

#### c) Akredytacja

Akredytacja będzie miała na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń oraz jego funkcjonowania. Będzie przyznawana w formie certyfikatu na okres 4 lat, przez Ministra Zdrowia. Standardy będą opracowywane przez Radę Akredytacyjną i ogłaszane przez Ministra Zdrowia w formie obwieszczenia.

Ustawa co do zasady wchodzi w życie 8 września 2023 roku, z tym że szereg jej kluczowych zapisów ma obowiązywać od 1 stycznia 2024 roku.

Oczywiście powyższe omówienie ma jedynie charakter sygnalizacyjny. Niewątpliwie jednak nawet z tak skromnego opisu można stwierdzić, że przywołane w nim regulacje prawne będą wymagały od podmiotów wykonujących działalność leczniczą podjęcia znacznego wysiłku organizacyjno-finansowego dla wdrożenia nowych rozwiązań.

*mgr Dariusz Dziubina*



Pod hasłem „Nie tylko dla mężczyzn” wystartowała 9. edycja Festiwalu KultURO 2023, organizowanego w Krakowie przez Fundację UROdzeni-Zdrowi. Bo mylą się ci, którzy sądzą, iż do urologa powinni się zgłaszać wyłącznie mężczyźni. Choroby nerek czy pęcherza, choćby kamica czy kolka nerkowa, mogą przytrafić się zarówno panom, jak i paniom.

W ramach Festiwalu zaplanowano aż do końca roku różnorodne akcje profilaktyczne, pokazy edukacyjne dla seniorów, spotkania ze specjalistami, konkursy dla dzieci, sympozja dla lekarzy, a także koncerty. Prócz tego podczas dni otwartych w poradniach urologii w pięciu krakowskich szpitalach pacjentom zaoferowano bezpłatne konsultacje u specjalistów urologów, którzy udzielą fachowych porad i wskazówek dotyczących profilaktyki i leczenia chorób układu moczowego.

Partnerem wydarzenia jest Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie.

**Więcej na <http://kulturo.eu/>**



## O ochronie zdrowia

*Polski system ochrony zdrowia potrzebuje systemowych rozwiązań, a nie pomysłów rzuconych ad hoc, wyłącznie na użytek kampanii wyborczej. Propozycje, które jako lekarz w pełni popieram, to kompleksowe antidotum na permanentny kryzys systemu opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę wyzwania, przed jakimi stajemy, kiepskie żywienie pacjentów w szpitalach nie jest najtrudniejszym problemem do rozwiązania.*

*„Skansen socjalizmu w otoczeniu rynkowym” – tak najkrócej eksperci określają system opieki zdrowotnej w Polsce. Efekt: ciągłe niedofinansowanie, kolejki do specjalistów, zadłużające się szpitale, praca ponad siły lekarzy i całego personelu medycznego.*

*Problem tkwi nie tylko w ilości pieniędzy przeznaczanych na ochronę zdrowia, ale od tej kwestii trzeba zacząć. Nominalnie nakłady na ochronę zdrowia rosną, ale jeszcze szybciej rosną ceny i koszty. Ile zatem musimy wydawać na ten cel? Światowa Organizacja Zdrowia wylicza, że bezpieczny dla obywateli poziom wydatków na ochronę zdrowia to minimum 6,8% PKB. Po głośnych protestach lekarzy rezydentów PiS wprowadził co prawda podobny zapis ustawowy, ale z zastrzeżeniem, że ów wskaźnik ma się odnosić do PKB z okresu dwa lata wcześniejszego. Tym samym realne wydatki publiczne na ochronę zdrowia są znacząco niższe od minimum określonego przez WHO.*

*Należy nie tylko urealnić ten wskaźnik, ale wyraźnie go podnieść. Celem powinno być dogonienie średniej w Unii Europejskiej, gdzie nakłady na ochronę zdrowia wynoszą 8,8–9% PKB. To pozwoliłoby wprowadzić niezbędne zmiany systemowe.*

*Zdaniem moim i mojego środowiska politycznego, likwidacja narzucanych przez NFZ limitów (również dotyczących usług diagnostycznych) z jednoczesną realną, rynkową wyceną świadczeń medycznych radykalnie poprawi dostępność do lekarzy specjalistów i pozwoli w pełni wykorzystać potencjał zarówno sprzętowy, jak i ludzki w placówkach ochrony zdrowia. Rynkowa wycena świadczeń i brak limitów sprawią, że lekarze nie będą zmuszeni pracować w wielu miejscach, a pacjenci nie będą czekać miesiącami na diagnostykę, operację czy wizytę u specjalisty.*

*Przykładem, jak to działa, jest nielimitowane finansowanie na przyzwoitym poziomie leczenia ostrych zespołów więściowych, operacji zaćmy czy endoprotezoplastyki stawów biodrowych. Czas oczekiwania chorych na te świadczenia radykalnie się skrócił.*

*Zwiększanie dostępności lekarzy i świadczeń medycznych to również kwestia zmian organizacyjnych. Potrzebną, lecz uciążliwą sprawozdawczością powinien się zajmować wyspecjalizowany personel niemedyczny, tak, by lekarze mogli się skupić niemal wyłącznie na leczeniu pacjentów i podnoszeniu kwalifikacji zawodowych.*

*Rewolucyjną zmianą będzie włączenie systemu prywatnego do realizacji świadczeń publicznych na rynkowych zasadach i zrównanie w prawach świadczeniodawców publicznych i prywatnych. To skłoni prywatne szpitale i przychodnie do zawierania umów z płatnikiem publicznym, a dostęp do świadczeń finansowanych z ubezpieczenia będzie znacząco większy.*

*Nie można również pozwolić, by jakość kształcenia lekarzy spadła, a takie będą skutki masowego otwierania kierunków lekarskich w szkołach, które nie są do tego przygotowane i nie mają odpowiedniego zaplecza dydaktycznego i klinicznego. Niestety, umożliwiałoby polityka obecnej władzy. To nie jest mądra droga do zwiększenia liczby lekarzy w Polsce.*

*Konieczna jest decentralizacja systemu. Dyrektorzy regionalnych oddziałów NFZ oraz publicznych lecznic powinni mieć większą autonomię.*

*Ja i moje środowisko opowiadamy się również za pełnym wdrożeniem systemu NO FAULT wzorem np. państw skandynawskich, z którego wypłacane byłoby wsparcie finansowe dla pacjentów po niekorzystnym zdarzeniu medycznym, które nie jest wynikiem błędu, zaniedbania czy zaniechania. Byłaby to szybka ścieżka uzyskania wsparcia dla pacjentów, a jednocześnie chroniłaby lekarzy przed niemającym podstaw merytorycznych kierowaniem spraw do sądów cywilnych. Warto też pamiętać, że przewlekłość postępowań sądowych w tego typu sprawach jest uciążliwa dla obu stron.*

*Systemowe, skuteczne rozwiązania, a nie populistyczne hasła i doraźne załatwianie jednostkowych problemów – to powinno cechować propozycje dotyczące systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju i takie właśnie mamy. To również powód, dla którego popieramy postulaty zgłaszane przez środowisko medyczne przy okazji planowanego na 30 września w Warszawie „Protestu lekarzy w ochronie zdrowia pacjentów”.*

Bogdan Klich, lekarz i polityk

**POSTANOWIENIEM PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
TYTUŁ PROFESORA NAUK MEDYCZNYCH 14 CZERWCA BR. OTRZYMALI:**

**dr hab. Marta Cześniakiewicz-Guzik**

**dr hab. Beata Kieć-Wilk**

**dr hab. Ewa Stępień**

**dr hab. Katarzyna Szczerbińska**

**DNIA 12 WRZEŚNIA:**

**dr hab. Michał Kukła**

**KURSY SPECJALIZACYJNE DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKICH ORGANIZOWANE  
PRZEZ MEDYCZNE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO COLLEGIUM MEDICUM  
W OKRESIE PAŹDZIERNIK-GRUDZIEŃ 2023**

**Anestezjologia i intensywna terapia**

**Diagnostyka i leczenie bólu**

4-8.12.2023

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Anna Przekłasa-Muszyńska

**Chirurgia szczękowo-twarzowa**

**Rozpoznawanie, różnicowanie**

**i leczenia swoistych oraz nieswoistych  
zapaleń tkanek miękkich i twardych  
części twarzowej czaszki i szyi,  
kierunki szerzenia się oraz zasady  
leczenia ropni i ropowic części  
twarzowej czaszki.**

11-13.10.2023

Kierownictwo naukowe: prof. Jan Zapła

**Epidemiologia, rozpoznawanie oraz**

**chirurgiczne i skojarzone leczenie**

**złośliwych nowotworów części  
twarzowej czaszki i szyi**

6-8.11.2023

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Mariusz Szuta

**Kurs wprowadzający: Wprowadzenie  
do specjalizacji w dziedzinie chirurgii**

**szczękowo-twarzowej**

27-29.11.2023

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Mariusz Szuta

**Choroby wewnętrzne**

**Toksykologia**

18-19.10.2023

Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

**Diabetologia**

**Postępy w zakresie patogenezy,  
rozpoznawania, zapobiegania  
i leczenia powikłań cukrzycy**

6-7.11.2023

Kierownictwo naukowe:

prof. Maciej Małecki

**Zasady leczenia cukrzycy za pomocą  
ciągłego podskórnego wlewu insuliny  
(CSII – terapia pompowa) oraz  
ciągłego pomiaru glikemii (CGMS)**

4-5.12.2023

Kierownictwo naukowe:

prof. Tomasz Klupa

**Geriatrya**

**Postępowanie zabiegowe  
w wieku podeszłym**

19.10.2023

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Marcin Cwynar

**Choroby układu kostno-stawowego  
i problemy ortopedyczne**

**w wieku podeszłym**

7.11.2023

Kierownictwo naukowe:

prof. Anna Skalska

**Kardiologia**

**Farmakoterapia chorób  
sercowo-naczyniowych**

9-11.10.2023

Kierownictwo naukowe:

dr Bernadeta Chyrchel

**Diagnostyka inwazyjna i leczenie  
interwencyjne**

9-13.10.2023

Kierownictwo naukowe:

prof. Jacek Legutko

**Elektrofizjologia i elektroterapia**

**16-20.10.2023**

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Andrzej Ząbek

**Nadciśnienie płucne i niewydolności  
prawej komory serca**

27.10.2023

Kierownictwo naukowe:

prof. Grzegorz Kopec

**Ostre zespoły wieńcowe**

20-21.11.2023

Kierownictwo naukowe:

prof. Jacek Legutko

**Elektrofizjologia i elektroterapia**

20-24.11.2023

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Andrzej Ząbek

**Nadciśnienie tętnicze**

30.11.2023

Kierownictwo naukowe: prof. Marek Rajzer

**Medycyna paliatywna**

**Zasady diagnostyki i leczenia bólu**

2-4.10.2023

Kierownictwo naukowe:

dr Iwona Filipczak-Bryniarska

**Medycyna rodzinna****Opieka nad szczególnymi grupami pacjentów**

16-20.10.2023; 23-27.10.2023

Kierownictwo naukowe: prof. Adam Windak

**Mikrobiologia lekarska****Zakażenia układu moczowo-płciowego – etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie, zapobieganie**

2-4.10.2023

Kierownictwo naukowe:  
prof. Jadwiga Wójkowska-Mach**Onkologia i hematologia dziecięca****Diagnostyka i leczenie nowotworów litych u dzieci**

9-13.10.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr hab. Szymon Skoczeń**Położnictwo i ginekologia****Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny**

9-13.10.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz**Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny**

9-13.10.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr Krzysztof Skotniczny**Diagnostyka i terapia płodu**

16-20.10.2023

Kierownictwo naukowe: prof. Hubert Huras

**Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny**

13-17.11.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz**Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny**

13-17.11.2023

Kier. naukowe: dr Krzysztof Skotniczny

**Choroby przenoszone drogą płciową**

4-8.12.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz**Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny**

4-8.12.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz**Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny**

4-8.12.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr n. med. Krzysztof Skotniczy**Psychiatria****Kurs wprowadzający: Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie psychiatrii**

23-27.10.2023

Kierownictwo naukowe:  
prof. Dominika Dudek**Reumatologia****Podstawy immunologii i immunologiczne techniki laboratoryjne**

27.10.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr Magdalena Strach**Toczeń rumieniowaty układowy i układowe zapalenia naczyń**

17.11.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr Magdalena Strach**Toksykologia kliniczna****Podstawy toksykologii przemysłowej i środowiskowej z zagadnieniami awarii i katastrof chemicznych oraz terroryzmu chemicznego**

9-12.10.2023

Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

**Wprowadzenie do toksykologii klinicznej. Zagadnienia prawne i sądowo-lekarskie w toksykologii klinicznej**

20-23.11.2023

Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

**Transplantologia kliniczna****Zakażenia po przeszczepieniu narządów i komórek krwiotwórczych**

13.10.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr hab. Jolanta Goździk**Urologia dziecięca****Laparoskopia w urologii dziecięcej**

15-17.11.2023

Kierownictwo naukowe: prof. Rafał Chrzan

**Kursy wspólne****Prawo medyczne**

20-22.11.2023

Kierownictwo naukowe:  
mgr Anna Szetela**KURSY SPECJALIZACYJNE DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH****Chirurgia szczękowo-twarzowa****Rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie swoistych oraz nieswoistych zapaleń tkanek miękkich i twardych części twarzowej czaszki i szyi, kierunki szerzenia się oraz zasady leczenia ropni i ropowic części twarzowej czaszki.**

11-13.10.2023

Kierownictwo naukowe: prof. Jan Zapała

**Epidemiologia, rozpoznawanie oraz chirurgiczne i skojarzone leczenie złośliwych nowotworów części twarzowej czaszki i szyi**

6-8.11.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr hab. Mariusz Szuta**Kurs wprowadzający: Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej**

27-29.11.2023

Kierownictwo naukowe: dr hab. Mariusz Szuta

**Ortodoncja****Leczenie ortodontyczne dorosłych**

13-16.10.2023

Kierownictwo naukowe:  
prof. Bartłomiej W. Loster**Wprowadzenie do współczesnej ortodoncji**

20.11.2023 oraz 27.11.2023

Kierownictwo naukowe:  
prof. Bartłomiej W. Loster**Czynność narządu żucia**

11.12.2023 oraz 18.12.2023

Kierownictwo naukowe:  
prof. Bartłomiej W. Loster**Periodontologia****Choroby błony śluzowej jamy ustnej**

9-13.10.2023

Kierownictwo naukowe:  
dr Karolina Ścisłowska**Stomatologia zachowawcza z endodoncją****Leczenie endodontyczne zębów wielokanałowych**

29.11-1.12.2023

Kierownictwo naukowe:  
prof. Joanna Zarzecka



## OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA ZAPRASZA NA SZKOLENIA

### Kurs ILS (Immediate Life Support) – Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia

Jednodniowy kurs przeznaczony dla lekarzy i lekarzy dentyków. Zajęcia prowadzą instruktorzy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji według najnowszych wytycznych. Program kursu obejmuje wykłady i ćwiczenia sytuacyjne na fantomach.

Jest to kurs certyfikowany przez Europejską Radę Resuscytacji (ERC) i Polską Radę Resuscytacji (PRC)

Kurs jest organizowany dla członków OIL w Krakowie.

Opłata – 200 zł. Liczba punktów edukacyjnych: 8

**Termin: 14.10.2023 r. w godz. 8.00-17.00**

Miejsce: Medycyna Praktyczna, Kraków-Balice, Cholerzyn 445

### Kurs Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym

Jednodniowy kurs przeznaczony dla lekarzy dentyków. Zajęcia prowadzą instruktorzy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji według najnowszych wytycznych. Program kursu obejmuje wykłady i ćwiczenia sytuacyjne na fantomach.

Tematyka szkolenia: Badanie pacjenta w stanie zagrożenia życia; Zabezpieczenie bezprzyrządowe i przyrządowe dróg oddechowych; BLS, zastosowanie AED; Warsztaty (Uniwersalny algorytm ALS). Scenariusze symulacyjne: NZK – mechanizmy defibrylacyjne i niedefibrylacyjne, reakcja anafilaktyczna, wstrząs anafilaktyczny, ostry zespół wieńcowy, hypowolemia, astma.

Kurs jest organizowany dla członków OIL w Krakowie.

Opłata – 200 zł. Liczba punktów edukacyjnych: 7

**Termin: 15.10.2023 r. w godz. 8.00-16.00**

Miejsce: Medycyna Praktyczna, Kraków-Balice, Cholerzyn 445

### Kursy organizowane w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie, ul. Krupnicza 11A

#### Negocjacje w pracy lekarza

**Termin: 5.10.2023 r. w godz. 16.00-19.00**

Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka

Punkty edukacyjne: 3

#### Organizacja pracy SOR, zagadnienia prawne.

##### Najczęstsze przypadki

**Termin: 21.10.2023 r. w godz. 9.00-12.00**

Prowadzący: lek. Łukasz Litwa

Punkty edukacyjne: 3

#### Praktyczne aspekty otoskopii oraz zasady interpretacji wyniku badania

**Termin: 26.10.2023 r. godz. 16.00-18.00**

Prowadzący: dr n. med. Paweł Papież

Punkty edukacyjne: 2. Kurs bezpłatny.

### Jak asertywnie wyznaczać granice w relacjach z pacjentem i współpracownikami

**Termin: 8.11.2023 r. godz. 16.00-19.00**

Prowadząca: mgr Ewa Wiśniewska-Sobel

Punkty edukacyjne: 3

### Pierwsza pomoc periodontologiczna. Kiedy skierować pacjenta do periodontologa? Jak przygotować pacjenta do konsultacji periodontologicznej?

**Termin: 9.11.2023 r. godz. 16-19**

Prowadząca: dr n. med. Lidia Jamróż-Wilkońska

Punkty edukacyjne: 3. Kurs bezpłatny.

### Zarządzanie sobą w czasie w pracy lekarza

**Termin: 30.11.2023 r. w godz. 16.00-19.00**

Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka

Punkty edukacyjne: 3

### Radzenie sobie z emocjami w sytuacji konfliktu – style rozwiązywania konfliktów

**Termin: 4.12.2023 r. w godz. 16.00-19.00**

Prowadząca: mgr Ewa Wiśniewska-Sobel

Punkty edukacyjne: 3

### Szczepienia ochronne

**Termin: 12.12.2023 r. godz. 13.00-20.00**

Prowadzące: lek. Lidia Stopyra, lek. Katarzyna Turek-Fornelska

Punkty edukacyjne: 7. Kurs bezpłatny.

### Bo nie zawsze „to, co nas nie zabije, to nas wzmocni” – o tym, jak się zachować w sytuacjach stresowych i kryzysowych

**Termin: 14.12.2023 r. w godz. 16.00-19.00**

Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka

Punkty edukacyjne: 3

### Szkolenia w Delegaturze w Krośnie, ul. Niepodległości 2

#### Asertywność w pracy lekarza jako metoda radzenia sobie z agresją

**Termin: 20.10.2023 r. w godz. 16.00-19.00**

Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka

Punkty edukacyjne: 3

#### Komunikacja z dzieckiem i rodzicem w gabinecie lekarskim i stomatologicznym

**Termin: 21.10.2023 r. w godz. 10.00-13.00**

Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka

Punkty edukacyjne: 3

## Nowy sezon kulturalny

Lato pożegnaliśmy w rytmie afrobeat sierpniowymi warsztatami perkusyjnymi prowadzonymi w Piwnicy u Medyków przez Guya Bilonga, kameruńskiego perkusistę, wokalistę i gitarzystę mieszkającego we Francji i po wakacyjnej przerwie wracamy z nową energią do organizacji wydarzeń kulturalnych w murach Izby. Zespół ds. Kultury ORL zaplanował ich do końca tego roku naprawdę sporo. W planach jest m.in. wieczór muzyki fado, poezji francuskiej z udziałem artystki z Piwnicy pod Baranami, wystawy lekarzy malarzy, spotkania z lekarzami poetami, a także kontynuacja cyklu „Cały ten jazz” czy „Z muzyką na poważnie”.

Za nami natomiast Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej, który odbył się w dn. 8-10 września w Opolu. Podczas Lekarskiego Przeglądu Piosenki Polskiej w Teatrze im. Jana Kochanowskiego wystąpiło 11 chórów lekarskich, które na zakończenie wspólnie ze Stanisławem Soyką wykonały utwór „Tolerancja” (na zdjęciu). Furorę zrobił jednak występ Krakowskiego Chóru Lekarskiego z utworem „Prawy



M. Tomczak/Gazeta Lekarska

do lewego”. W trakcie kongresu odbyło się także spotkanie Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, której prezes Waldemar Hładki jest także przewodniczącym krakowskiego Zespołu ds. Kultury i inicjatorem większości wydarzeń, na które Państwa serdecznie zapraszamy.

Szczegóły na stronie Izby w zakładce Aktualności.

KD



## O nestorach krakowskiej medycyny

Nakładem Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka w ciągu ostatniego roku ukazały się dwie książki poświęcone wybitnym krakowskim lekarzom. Pierwszą z nich jest monografia prof. Tadeusza Tempki, której redakcji podjęli się prof. Artur Jurczyszyn i prof. Ryszard W. Gryglewski. Książka, będąca zbiorem opracowań kilku autorów, jest próbą przybliżenia sylwetki lekarza, który „tworzył podstawy hematologii w Polsce i odegrał znaczącą rolę w dziejach rodzimej balneologii”. Jego doświadczenia m.in. z czasów okupacji (prof. Tempka był w gronie profesorów wywiezionych w ramach Sonderaktion Krakau do obozu w Sachsenhausen) opisuje prof. Aleksander Skotnicki. W książce wspominają go także dr Adam Wiernikowski, jeden z jego ostatnich asystentów, oraz dawni uczniowie i współpracownicy. Zamieszczono

w niej także teksty historyczne prof. Tempki o Józefie Dietlu oraz poświęcone tematom medycznym. Szczególnym walorem publikacji są przedruki archiwalnych dokumentów i zdjęcia, z których niektóre nie były wcześniej publikowane.

Druga z książek, „Być lekarzem w Krakowie” pod redakcją prof. Jurczyszyna, to zbiór opracowanych przez red. Elżbietę Borek wspomnień nestorów krakowskiej medycyny: prof. Igora Gościńskiego, prof. Zbigniewa Chłapa, dr. Jana Ciećkiewicza, prof. Zdzisława Gajdy i dr. Adama Wiernikowskiego. W ich relacjach zawarta została nie tylko historia ich życia i działalności, ale i wiele ciekawostek związanych z kilkoma dekadami krakowskiej medycyny. Publikację wzbogacają teksty Liliany Sonik „Lekarz – fach czy powołanie”, w którym porusza ona wątek medycyny humanistycznej, oraz prof. Ryszarda W. Gryglewskiego o Macieju z Miechowa, czyli tak naprawdę kolejnym zasłużonym lekarzu z Krakowa.

KD

**„Profesor Tadeusz Tempka. Pionier polskiej hematologii”, pod red. A. Jurczyszyna, R.W. Gryglewskiego, Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka, Kraków 2022, s. 197**

**„Być lekarzem w Krakowie” pod red. A. Jurczyszyna, Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka, Kraków 2023, s. 133.**

# Historia suwnicowej, która najpierw budowała, a później obalała komunizm

**Po obejrzeniu spektaklu „Nazywam się Anna Walentynowicz”, w reżyserii Anny Gryszkówny, wiem na pewno, że trudno byłoby mi polubić jego bohaterkę. Jednak bez wątplenia była to postać intrygująca, w której jak w soczewce skupiła się historia współczesnej Polski.**

Pusta, industrialna przestrzeń Teatru Łaźnia Nowa przypomina jedną z hal Stoczni Gdańskiej. Staruszka, ze szklanką herbaty w trzęsącej się ręce, ledwo przez nią przechodzi, niosąc na zgarbionych plecach ciężar swoich lat. Za chwilę usiadzie, a kamera wyłowi jej zmęczoną twarz i zniszczone ręce z czarnymi obwódkami za paznokciami. Agnieszka Przepiórska jest tu Anną Walentynowicz u schyłku życia, która opowie nam swoją historię, starając się odnaleźć w niej przynajmniej kilka szczęśliwych momentów.

Razem z nią wrócimy w okolice Wołynia, gdzie się urodziła i gdzie dowiedziała się, co znaczy prawdziwy głód i śmierć najbliższych. Razem z nią przyjedziemy do Gdańska, gdzie zabrała ją ze sobą ziemiańska rodzina, traktując jak służącą i upokarzając zakazem siadania z państwem do stołu. Pierwszą szczęśliwą chwilą, jaka pojawi się w tej opowieści, będzie przyjęcie Anny do pracy w Stoczni Gdańskiej. Przepiórska gra tu prawdziwą radość dziewczyny, której wydaje się, że odnalazła swoje miejsce na ziemi. Jest naprawdę wdzięczna socjalistycznej organizacji za danie jej szansy budowania nowego państwa. Z pasją neofitki walczy więc o uzyskanie tytułu przodownicy pracy, zachłystując się przy tym wyróżnieniami, jakie ją spotykają.

Jednak niebawem pojawi się rozczarowanie. Przyjdzie ono, kiedy okaże się, że jest w ciąży, a ani ZMP, ani partia, ani Bierut, do którego pisze list, nie zamierzają pomóc samotnej matce. Nie trwa to długo, choć dla kobiety zmuszonej zostawić synka w czymś na kształt domu dziecka, czas ten musi wydawać się wiecznością. Kiedy w końcu władze dadzą jej mieszkanie, znowu stanie się nadgorliwą przodowniczką. Jest już wtedy bardzo nie lubiana, na co sobie zasłużyła przez swój trudny, konfliktowy charakter, a także skargi, które pisała do władz stoczni, donosząc na obijających się w pracy kolegów.

Przepiórska nie oszczędza tu swojej bohaterki. Anna w jej interpretacji jest kimś, z kim na pewno nie chciałoby się



Dawid Linkowski

zaprzyjaźnić. Trudno jest jej nawet współczuć, kiedy choruje, umiera jej mąż, a bezwzględny system przesuwają ją na niższe stanowisko. Ona nie zamierza się jednak poddać. Z takim samym zapałem jak poprzednio budowała socjalizm rzuca się teraz w nurt pracy konspiracyjnej, nie bojąc się ubeckiej inwigilacji, zatrzymań, przesłuchań... Gdy zostanie zwolniona z pracy, stoczniowcy wystąpią w jej obronie, dając początek strajkom w 1980 roku. Anna Walentynowicz stanie się w ten sposób najbardziej znaną w Polsce suwnicową i jedną z kobiecych twarzy „Solidarności”.

Lata 90. i jej konflikt z Wałęsą zostały w spektaklu potraktowane bardzo skrótowo. Rzeczywiście, trudno jest w 70-minutowym monodramie zawrzeć długie, burzliwe życie bohaterki. Dlatego tym, którzy po obejrzeniu przedstawienia poczują niedosyt, polecam znakomitą książkę Doroty Karaś i Marka Sterlingowa, zatytułowaną „Walentynowicz. Anna szuka rajów”, na podstawie której Piotr Rowicki napisał scenariusz. Autorom udało się ustalić kilka zupełnie nieznanych faktów z życia bohaterki, które sprawiają, że wydaje się ona jeszcze bardziej intrygującą postacią, niż wynika z monodramu. W finale spektaklu grająca ją Agnieszka Przepiórska mówi: „W Sierpniu 1980 wydarzył się w Gdańsku cud galilejski”. Nie możemy o tym zapomnieć, bez względu na to, co dziś dzieje się w naszym kraju.

*Magda Huzarska-Szumiec*



# Wystawa utkana ze słów i wystrzałów

**Na wystawę „Wokół nas morze ognia” nie wchodzi się bezkarnie. Opuszczając Muzeum Historii Żydów Polskich POLIN, wciąż będziemy mieli w uszach historie ludzi, którzy byli świadkami powstania w getcie warszawskim, odgłosy wystrzałów karabinów i wybuchów bomb, niszczących dom za domem.**

Zaczyna się od przedsonka piekła i informacji o tym, jak osamotnieni byli Żydzi w likwidowanym przez Niemców getcie warszawskim, kiedy najodważniejsi z nich chwycili za broń. Za chwilę wejdziemy w przestrzeń płonącej dzielnicy, by niemal poczuć gryzący dym wdzierający się w każdą komórkę ciała. W słuchawkach słyszymy spadające fragmenty murów, które nie wytrzymały próby ognia, i wystrzały broni skierowanej w stronę ludzi usiłujących ratować swoje życie. Na te dźwięki nakłada się krzyczący ze ściany napis – słowa czyjegoś zdziwienia, „że Żydki skaczą z okna”. Bo na razie na getto patrzymy oczami osób prowadzących w miarę normalną, jak na warunki wojenne, egzystencję po polskiej stronie muru. Na zdjęciach siedzą oni na karuzeli albo stoją zadzierając głowy i przyglądając się temu, co się dzieje. Na ich twarzach trudno dopatrzeć się wściekłości, bezradności, jakichkolwiek ludzkich odruchów niezgody. Zdjęcia nie są wyraźne, ale choćby z postawy ich ciał, ze sposobu, w jaki siedzą na huśtawkach, bije obojętność.

Za chwilę przekraczamy kolejną bramę piekła i wchodzimy do getta, do ponurych bunkrów symbolizujących kryjówki,



Gruzy getta warszawskiego sfotografowane tuż po zakończeniu wojny.  
Fot. Marceli Najder / Muzeum Historii Żydów Polskich POLIN

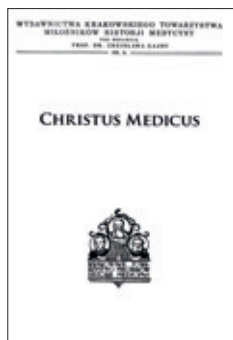


Łuna nad płonącym gettem warszawskim, najprawdopodobniej widok na szop szczotkarzy w kwartale ulic Świętojskiej, Wałowej, Franciszkańskiej i Bonifraterskiej, kwiecień 1943 r.  
Fot. Zbigniew Borowczyk, Muzeum Historii Żydów Polskich POLIN, dar Edwarda Borowczyka za pośrednictwem Haliny Kobyłeckiej

w których ukrywali się Żydzi. Każda z nich ma swoją opowieść o strachu, głodzie, przerażeniu, rozpacz, chęci życia mimo wszystko i próbie odnalezienia siebie wśród nieraz obcych osób, z którymi przyszło dzielić tak małą przestrzeń. Te płynące nam do uszu historie zostały utkane ze słów 12 ludzi, których świadectwa zachowały się do naszych czasów. Niektórym z nich udało się przeżyć wojnę dzięki temu, że nawet nie opuścili ruin getta, jeszcze przez kilka miesięcy walcząc o każdy dzień, godzinę, minutę życia. Życia, na które czyhali nie tylko przeczesujący domy Niemcy, ale też szmalcownicy wyłapujący chcących przedostać się na aryjską stronę.

To nie jest wystawa, która pokazywałaby tradycyjnie pomowane eksponaty. Przede wszystkim dlatego, że w zasadzie nic się nie zachowało. Badania archeologiczne, jakie przeprowadzono na terenie dzielnicy Muranów, gdzie znajduje się też Muzeum POLIN, pozwoliły odnaleźć tylko drobiazgi: kilka guzików, sztućców, metalowych naczyń, trochę łusek po nabojach. Ich widok ściska za gardło, tak jak cała wystawa i padające na jej końcu słowa Mariana Turskiego sugerującego „jedenaste przykazanie”: Nie bądź obojętny!

Wystawę „Wokół nas morze ognia. Losy żydowskich cywilów podczas powstania w getcie warszawskim” można oglądać w Muzeum Historii Żydów Polskich POLIN w Warszawie do 8 stycznia 2024 r.



Praca pod red. Zdzisława Gajdy

## Christus Medicus

Obecność pierwiastka duchowego i wiary w przestrzeni nauki i sztuki lekarskiej jest dla historyka medycyny czymś oczywistym. Choroba i towarzyszące jej cierpienie stają się wyzwaniem dla uzdrowiciela, który szukając przyczyn, stara się znaleźć najlepszą drogę leczenia. By było ono pełne, a co za tym idzie skuteczne, niezbędne jest wzmocnienie tak ciała, jak i ducha. Zarówno dla syberyjskiego szamana, jak i dla egipskiego kapłana materia i duch, choć z natury swej różne, przenikają się i uzupełniają, gdy przychodzi postawić diagnozę, zaplanować terapię i określić rokowanie.

W greckim antyku soma i psyche łąkną dla siebie ukojenia w Asklepiejonach, gdzie ukształtowała się klasyczna medycyna świątynna, czerpiąc z wcześniejszych wzorców Egiptu, Międzyrzecza i Fenicji, a być może też kultury minojskiej. Bogowie Apollo i jego syn Asklepios, wielcy lekarze Hellady, odzwierciedlają pragnienia lekarzy i chorych, którzy u nich poszukują mocy zdolnej przywrócić zdrowie. Wraz z nastaniem chrześcijaństwa więź pomiędzy medycyną a religią została nie tylko zachowana, lecz w zgodzie z nakazem miłości bliźniego wyraźnie podkreślona. Chrystus Zbawiciel jest również Chrystusem Lekarzem – *Christus Medicus*.

Książka pod redakcją Zdzisława Gajdy „Christus Medicus” jest przypomnieniem trwałości idei boga uzdrowiciela, która jest nie tylko odniesieniem do wielowiekowej tradycji, lecz również polem do szerszej, odnoszącej się do kondycji współczesnej medycyny refleksji. Całość składa się z jedenastu tekstów; sześciu autorów polskich oraz pięciu autorów niemieckojęzycznych, których prace zostały przełożone na język polski. Otwiera ją czwarta część rozprawy doktor- skiej Romana Sali, przybliżająca czytelnika do historii początków idei Chrystusa Lekarza i wczesnochrześcijańskiego

spojrzenia na sztukę leczenia. Drugi rozdział, autorstwa Krzysztofa Leśniewskiego, odnosi się do wpływu chrześcijaństwa na kształtowanie opieki nad chorymi we wczesnym średniowieczu. Trzeci tekst – Wenera Litzelmana jest poświęcony uzdrowieniom chorych przez Jezusa Chrystusa zarówno w ich medycznym, jak i teologicznym wymiarze. Czwarty, autorstwa Dariusza Patera, odnosi się do znaczenia zdrowia pojmowanego holistycznie, jako związku duszy i ciała, w oświetleniu tradycji biblijnej. Piąty napisany przez Grażynę Rybak jest rozważaniem roli, jaką odgrywa *Christus Medicus* w posłudze lekarskiej. Szósty Balthasara Stahelina traktuje o terapeutycznej wartości wiary. W siódmym Zdzisław Gajda stawia pytanie, czy *Christus Medicus* może być wzorem dla współczesnego lekarza. Tekst ósmy, autorstwa Anselma Grüna, odnosi się do życia zgodnego z wiarą wyznaczającą nam właściwy rytm życia. Dziewiąty jest świadectwem, zapisem doświadczenia choroby i uzdrawiającej mocy modlitwy, spisany przez pacjenta Roberta Białka. Tekst dziesiąty to rady umierającego dla tych, którym przychodzi towarzyszyć odchodzeniu człowieka, swoisty dekalog Johanna Christopha Hampe. Ostatni odnosi się do psalmów czytanych u łoża chorego wskazanych przez Corinę Kellenberger-Sassi.

Powyższe prace powstawały w różnym czasie i z różnych potrzeb, spisane przez ludzi różnych profesji i o różnym doświadczeniu. Dlatego też zarówno forma, jak i prowadzona przez poszczególnych autorów narracja są względem siebie odmienne. Wspólne jest im przeświadczenie, że duchowość i wiara powinny być stale obecne w szeroko pojętej medycynie, szczególnie zaś tam, gdzie lekarz spotyka się z chorym. Czy ich głos znajdzie u czytelników życzliwą uwagę i zainteresowanie? Trudno z góry rzecz przesądzać. Nie ulega jednak wątpliwości, iż zebrane w książce teksty przypominają o wzajemnym przenikaniu się tego, co jest posługą chorującemu ciału i posługą temu, co zwykliśmy dziś nazywać cierpieniem psychicznym. *Christus Medicus* jest tej zależności uosobieniem. Do refleksji.

Ryszard W. Gryglewski

**„Christus Medicus”, pod redakcją Zdzisława Gajdy, Wydawnictwo Krakowskiego Towarzystwa Miłośników Historii Medycyny, Kraków 2023, s. 178.**



**Sabina Jakubowska**

## **Akuszerki**

Jest koniec XIX wieku. Jadowniki, leżące kilkadziesiąt kilometrów od Krakowa, nie różnią się niczym od innych małopolskich wsi, w których życie chłopów toczy się w rytm wpływających pór roku i związanych z nimi prac polowych, a w przypadku kobiet – kolejnych ciąży i porodów. Te ostatnie odbywają się w warunkach, jakie dziś przyprowadzają nas o dreszcz obrzydzenia. Trudno nam sobie wyobrazić, że można rodzić klęcząc na klepisku czy po prostu na polnym zagonie, po którym chodzą gospodarskie zwierzęta. Na dodatek, gdy wyobrazimy sobie, jak wyglądały nieznanne mydła ani innych odkażających środków ręce tzw. babek wzywanych do położnic, przestajemy się dziwić się, że śmiertelność okołoporodowa była, jaka była, a przeżywały tylko najsilniejsze noworodki. I to nie wiadomo, jakim cudem.

Właśnie w tych czasach rozpoczyna się znakomita powieść Sabiny Jakubowskiej, zatytułowana „Akuszerki”. Dzięki niej poznajemy historie kobiet, które towarzyszyły rodzącym w wiejskich chałupach, a czasem też we dworach, szczególnie wtedy, kiedy wyższa klasa społeczna chciała ukryć niechcianą ciążę córki. To rodzaj sagi, w której fikcja miesza się z rzeczywistością, gdyż okoliczności życia głównej bohaterki, Franciszki zostały osadzone w autentycznych, dokładnie sprawdzonych przez autorkę realiach.

Poznajemy ją, gdy rodzi swoje pierwsze dziecko, które nie ma szansy na przeżycie. Dzięki zbiegom okoliczności dziewczyna dostaje życiową szansę wyjazdu do Krakowa i nauki w tutejszej Cesarsko-Królewskiej Szkole Położnych. Niezwykle ciekawie została opisana edukacja akuszerek, które uczyły się zawodu w powstałej jeszcze w XVIII wieku uczelni, nazywanej Szkołą Babienia. Stała ona, jak na owe czasy, na bardzo wysokim poziomie. Panie Uczennice – tak je nazywano – na specjalnym manekinie uczyły się, jak

zbudowana jest ciężarna kobieta i w jaki sposób płód powinien być ułożony. W XIX wieku do tej wiedzy dołożono teorię, a wykłady prowadził m.in. prof. Henryk Jordan, który napisał bardzo pomocną im książkę, zatytułowaną „Nauka położnictwa dla pożytku położnych”.

Sabina Jakubowska uważnie ją przestudiowała, by pokazać zmiany zachodzące w poziomie wiedzy akuszerki. Profesor opisał w niej, jak powinna postępować położna, kiedy ma do czynienia z ciążą fizjologiczną i co ma robić, gdy stan pacjentki wychodzi poza normy. Mocno podkreślał, że kiedy uzna, iż ciąża ma znamiona podwyższonego ryzyka, akuszerka musi obowiązkowo zawiadomić o tym lekarza. Podobnego zdania był prof. Stanisław Dobrowolski, który przejął po nim prowadzenie kliniki ginekologiczno-położniczej, kształcąc kolejne pokolenia położnych.

Jedną z nich była Anna Czernecka, prababka autorki. Pisarka odziedziczyła po niej zeszyt, w którym opisano wszystko, co położna wiedzieć powinna. Zeszyt znalazł się w książce, dokumentując czasy, kiedy w końcu mycie rąk przestało być już tylko fanaberią. Stąd w kuferkach akuszerki znalazło się miejsce na środki odkażające, nazywane płynami antyseptycznymi (sic!), które leżały obok prototypów strzykawek i lewatyw, nożyczek służących do przecięcia pępowiny, termometru do mierzenia temperatury wody, w której kąpało się noworodka, a także różnego rodzaju opatrunków. Tak wyposażone położne wracały do swoich rodzinnych wsi, niosąc pomoc kobietom na zupełnie innym poziomie niż „babki”.

Sabina Jakubowska, która akuszerskie geny odziedziczyła po swojej prababce, od wielu lat jest doułą, czyli niemedycznym wsparciem dla młodych mam w czasie ciąży, porodu i połogu. Jak sama przyznaje, uwielbia to zajęcie, a jej pasją przesiąknięta jest cała książka, w której opisy przychodzenia na świat dzieci nie mają w sobie nic z chłodu sterylności szpitali, a są naturalnym procesem dodającym kobietom siły. Dostrzegła to Agnieszka Holland, która zdecydowała się kupić prawa do adaptacji filmowej „Akuszerki”. Warto je przeczytać, zanim ta świetnie napisana powieść znajdzie się na ekranach.

*Magda Huzarska-Szumiec*

**Sabina Jakubowska, „Akuszerki”, Grupa Wydawnicza Relacja, Warszawa 2022, s. 704**



# Legionelloza

## Jak zapobiegać, rozpoznawać, leczyć

Z końcem wakacji poważny niepokój wywołały w całym kraju doniesienia o przypadkach zachorowań i zgonów pacjentów zakażanych bakterią *Legionella pneumophila*. Zachorowania na legionellozę zdarzają się każdego roku, jednak chyba nigdy nie było ich tak dużo w tak krótkim okresie. Na Podkarpaciu do 15 września odnotowano 164 przypadki, 25 osób zmarło (u wszystkich stwierdzono poważne choroby współistniejące). W Małopolsce do końca sierpnia odnotowano 5 zachorowań. Jak informuje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy, w całym 2022 r. w Polsce na legionellozę zachorowało 110 osób, w tym roku tylko do końca sierpnia stwierdzono 278 przypadków.

Warto pamiętać, że źródła zakażenia może być wiele, zachorowania występują na całym świecie, a dochodzić do nich może także po ustąpieniu upałów, choćby z powodu braku troski o czystość systemów klimatyzacyjnych w budynkach. Dlatego przewodniczący Zespołu ds. Epidemiologii krakowskiej Izby przedstawia poniżej kompendium wiedzy na temat legionellozy.

\*\*\*

Legionelloza, znana również jako choroba legionistów lub gorączka Pontiac, to choroba układu oddechowego wywołana przez bakterię *Legionella pneumophila*, która może prowadzić do ciężkiego zapalenia płuc z niewydolnością oddechową, powikłanego niewydolnością wielonarządową. Choroba legionistów po raz pierwszy została opisana w 1976 r. podczas epidemii zapalenia płuc, która wystąpiła wśród uczestników Konwencji Legionu Amerykańskiego w Filadelfii. W artykule omówimy jej patogenezę, objawy, postępowanie oraz metody profilaktyki.

Bakteria ma tendencję do namnażania w zbiornikach stojącej, ciepłej wody, temperatura optymalna do jej rozwoju to 36 st. C. *Legionella pneumophila* jest w stanie przetrwać około 20 minut w temperaturze 55 st. C, ale tylko 2 minuty w 60 st. C, jest bakterią przetrwalnikującą w niskich temperaturach. Po dostaniu się do dróg oddechowych, bakterie te atakują komórki nabłonkowe płuc, powodując stan zapalny. Zakażenie nie szerzy się pomiędzy ludźmi, znikome jest też ryzyko zakażenia podczas picia skażonej wody.

### Patogeneza

*Legionella pneumophila* jest bakterią występującą naturalnie w środowisku, zwłaszcza w wodzie. Wrotami zakażenia są drogi oddechowe, a okres wylęgania trwa od 2 do 10 dni. Zakażenia u ludzi występują w wyniku wdychania aerozoli zawierających drobnoustroje, które przenoszone są z zanieczyszczoną wodą, na przykład z chłodnic, basenów, fontann, kurtyn wodnych, systemów klimatyzacyjnych, pryszniców i baterii umywalkowych, nawilżaczy powietrza, wanien z hydromasażem, basenów termalnych, myjni samochodowych oraz miejskich kranów do picia wody.



## Objawy i przebieg choroby

Legionelloza może przebiegać pod postacią łagodnej infekcji rzekomogrypowej – gorączki Pontiac, lub ciężkiego zapalenia płuc z niewydolnością oddechową. Ryzyko ciężkiego przebiegu zwiększa się u pacjentów starszych z wielochorobowością, hospitalizowanych, pensjonariuszy domów opieki, palaczy papierosów, osób nadużywających alkoholu, chorujących na cukrzycę, przewlekłe choroby układu oddechowego, serca, nerek, nowotwory oraz z niedoborami immunologicznymi. Objawy legionellozy są różnorodne i niecharakterystyczne, co często utrudnia szybką diagnozę. Wśród najczęstszych objawów można wymienić gorączkę, dreszcze, bóle mięśni, kaszel – najczęściej suchy, skąpa plwocina, duszność, bóle głowy, brzucha, biegunki, wymioty, osłabienie. W obrazie postaci płucnej występują zapalne zmiany odoskrzelowe w dolnych płatach płuc. W cięższych przypadkach choroba może prowadzić do zaburzeń metabolizmu, zaburzeń funkcji wątroby, ostrego uszkodzenia nerek czy nawet zaburzeń świadomości i śpiączki. Śmiertelność waha się pomiędzy 5 a 80 proc., w zależności od wieku pacjenta i chorób współistniejących oraz czasu włączenia leczenia przyczynowego.

## Rozpoznanie

Do postawienia rozpoznania niezbędne jest potwierdzenie zakażenia w badaniach laboratoryjnych. Diagnoza opiera się na hodowli bakterii w wydzielinie z dróg oddechowych, tkance płucnej lub krwi lub wykryciu specyficznego antygeny w moczu metodą ELISA bądź na wzroście miana przeciwciał specyficznych dla *Legionella pneumophila* w surowicy krwi.

## Postępowanie

W przypadku podejrzenia legionellozy ważne jest jak najszybsze zastosowanie antybiotykoterapii. Leczeniem pierwszego rzutu są fluorochinolony (lewofloksacyna, ciprofloksacyna, ofloksacyna, moksifloksacyna), w leczeniu alternatywnym stosuje się antybiotyki makrolidowe (azytromycyna, klarytromycyna, erytromycyna) lub doksycyklinę. Chorem niereagującym na leczenie oraz w immunosupresji podaje się ryfampicynę skojarzoną z innym antybiotykiem (najczęściej z makrolidem lub fluorochinolonom). Antybiotykoterapia powinna być prowadzona przez 10-14 dni.

## Profilaktyka

Nie ma szczepionki przeciw *Legionella pneumophila*. Najważniejszym krokiem w profilaktyce legionellozy jest zapewnienie higieny i kontroli jakości wody w miejscach, gdzie istnieje ryzyko wystąpienia zakażenia. Systemy klimatyzacyjne,

chłodnice, fontanny czy baseny powinny być regularnie czyszczone i dezynfekowane. Gdy zakażenie szerzy się przez sieć wody ciepłej, należy podnieść temperaturę wody do 60 st. C oraz chlorować. Osoby starsze, palące papierosy i mające osłabioną odporność powinny unikać miejsc, w których istnieje ryzyko narażenia na aerozole zawierające bakterie *Legionella pneumophila*.

## Podsumowanie

Legionelloza to choroba układu oddechowego, która może prowadzić do poważnych powikłań, zwłaszcza u osób z grup ryzyka ciężkiego przebiegu choroby. W związku z tym istotne jest zachowanie higieny i kontroli jakości wody w miejscach, gdzie bakterie te mogą się rozmnażać. W przypadku pojawienia się charakterystycznych objawów, konieczna jest szybka reakcja i konsultacja z lekarzem, aby rozpocząć odpowiednie leczenie. Profilaktyka i świadomość zagrożenia są kluczowe dla ochrony przed legionellozą.

*Piotr Meryk, przewodniczący Zespołu ds. Epidemiologii ORL w Krakowie*

*Karolina Łukasz, Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie*

## XIII konferencja „Praktycy – Praktykom”

Szpital Specjalistyczny  
im. S. Żeromskiego w Krakowie  
po raz 13. zaprasza na konferencję „Praktycy – Praktykom”. W edycji internistycznej prelegenci omówią różnorodne problemy diagnostyczne i zaproszą do dyskusji o trudnych przypadkach. Zapraszamy na wykłady i warsztaty praktyczne.  
Termin: 18 października godz. 10.  
Miejsce: Teatr Ludowy, Scena Warsztatowa.  
Udział w konferencji jest bezpłatny, przysługuje 6 punktów edukacyjnych.  
Wydarzenie jest organizowane przy współpracy z OIL w Krakowie.  
Szczegółowy program oraz rejestracja:  
<https://zeromski-szpital.pl/praktycy-praktykom-edycja-internistyczna/>



## Czy wystarczą tylko kary i szkolenia?

**Myślę, że nie ma już lekarza, który nie wiedziałby o polityce *no fault* czy *no blame*. Koncepcje te z trudem torują sobie drogę w opiece zdrowotnej – praktycznie nie mają zwolenników wśród przedstawicieli prawa, mimo że coraz liczniejsze publikacje dotyczące medycznych zdarzeń niepożądanych dostarczają dowodów na to, że karanie tzw. sprawców nie prowadzi do poprawy jakości usług medycznych czy wzrostu bezpieczeństwa pacjenta. W lotnictwie już od dłuższego czasu odstąpiono od kultury „winy i kary” na rzecz poszukiwania tkwiących w systemie błędów ukrytych, w celu ich eliminacji.**

A jakie kroki przedsięwziąć dla poprawy sytuacji w opiece zdrowotnej? Pytani o to doświadczeni lekarze zwykle odpowiadają: SZKOLIĆ! Ja też tak uważam, ale czy to wystarczy?

Dokładne analizy katastrof i zdarzeń niepożądanych w lotnictwie, lecz również w przemyśle, oraz niestety nieliczne badania zdarzeń w opiece zdrowotnej\* prowadzą na ogół do wniosku, że przyczyna pierwotna nieszczęścia tkwi w nieprawidłowo zaprojektowanych urządzeniach, systemach strukturalnych i funkcjonalnych. Interfejsy informacyjne i wykonawcze, nieuwzględniające możliwości i ograniczeń wykonawcy, mogą „wymuszać” nieprawidłowy odczyt danych, podjęcie błędnej decyzji czy działań wykonawczych.

Czy karanie „sprawców” i dołączenie do tego intensywnych szkoleń wystarczy, aby usunąć zagrożenie – niech покаże Państwu poniższy przykład. Dotyczy on lotnictwa bojowego w czasie II wojny światowej. W świetle doświadczeń autora, winno się o nim pamiętać, kształtując politykę bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej.

### Historia jednej katastrofy

*Po udanej akcji bombardowania Duisburga (rok 1944) czterosilnikowy B-17 „Latająca Forteca” wraca do bazy. Na pokładzie*

*wszyscy są radosni – przeżyli. Przed lądowaniem pilot rutynowo wysuwa kłapy, aby zmniejszyć prędkość lądowania. Samolot dotyka lotniska i w końcu szczęśliwie się zatrzymuje. Misja zakończona. Raptem samolot wali się na beton lotniska. Wybuch pożar. Jest zabity, są ranni.*

*Jak to możliwe, że po szczęśliwym zakończeniu lotu wydarzyła się katastrofa? Przyczynę ustalono bardzo szybko. Podobnych wypadków było wiele i dotyczyły szeregu typów nowoczesnych samolotów bojowych produkcji amerykańskiej. We wszystkich tych przypadkach powód był jeden. Po zakończeniu lotu pilot zamiast zamknąć kłapy, omyłkowo chował podwozie (koła). Samolot walił się ciężko na beton. Często ginęli lotnicy, byli ranni.*

*Jak próbowano zapobiegać tym wypadkom? Przyjęto wyjaśnienie zakładające „winę pilota” i zaczęto pilotów karać. Kary nie odniosły skutku – katastrofy zdarzały się nadal. Oprócz kary wprowadzono więc dodatkowe szkolenia. Również bez skutku. Strasznie zmęczeni lub ranni piloci nadal popełniali błędy. Problem rozwiązał dopiero Alphonse Chapaniss, psycholog USAF. Stwierdził, że dwa myłone ze sobą lewarki, od kłap i od podwozia, mają takie same główki i są umieszczone obok siebie. Zalecił różnicowanie kształtu główek i oddalenie od siebie lewarków. To rozwiązanie projektowe (shape coding – kodowanie kształtem) całkowicie wyeliminowało katastrofy, którym nie zapobiegły szkolenia i kary.*

Szczegółowe analizy przyczyn zdarzeń niepożądanych w opiece zdrowotnej prowadzą często do podobnych wniosków. Dzieje się tak głównie w przypadku zdarzeń z udziałem aparatury, środków komunikacji, procedur. Niektórzy eksperci z tego zakresu są zdania, że w przypadku zdarzenia niepożądanego z udziałem sprzętu/aparatury wina leży po stronie projektantów urządzeń nieuwzględniających ludzkich możliwości i ograniczeń oraz warunków środowiskowych



i organizacyjnych (noc, stres, pośpiech i in.), w których tym osobom przyjdzie działać.

A jak się zorientować, że nasze urządzenia mogą nas kiedyś oszukać i prowadzić przed oblicze prokuratora? Po pierwsze: zwróćmy uwagę na sprzęt, urządzenia, którymi się nam „źle pracuje”, praca którymi męczą, które powodują, że obawiamy się pomyłki, pod jakimś względem nam nie odpowiadają, nie lubimy ich. Po drugie: winni się o tym wszyscy dowiedzieć – menedżerowie, zaopatrzeniowcy, a przede wszystkim producenci. Taka informacja pozwoli na uniknięcie błędów projektowych w przyszłości.

Nasuwa się pytanie, czy istnieją zasady dobrego projektowania urządzeń i systemów medycznych. Takie ogólne reguły od dawna mamy: wypracowano je jako zasady ergonomii lub inaczej projektowania dla użytkownika (*UCD – User Centered Design*). Oczywiście wymagają one zwykle pewnej modyfikacji uwarunkowanej specyfiką działań medycznych. I tu rola profesjonalistów medycznych, użytkowników tych narzędzi jest szalenie ważna. Doświadczony użytkownik sprzętu medycznego, lekarz czy pielęgniarka, może dostarczyć producentowi wskazówek, które mogą prowadzić do doskonalenia jego wytworów.

To samo dotyczy urządzeń do samodiagnostyki w warunkach domowych. Nie powinno się pomijać opinii pacjentów i ich opiekunów o urządzeniach do domowej diagnostyki i terapii. Występujący często wysoki stopień skomplikowania ich obsługi bywa przyczyną błędów popełnianych podczas kontynuacji opieki w warunkach domowych.

Janusz Pokorski

\* Autor prowadzi analizy medycznych zdarzeń niepożądanych metodami RCA (*Root Cause Analysis*) i LP (*London Protocol*) oraz pracuje nad własną metodą, nieco prostszą od wymienionych.

PS. Wiem, że możecie Państwo zauważyć, że się powtarzam. W kolejnych moich tekstach można znaleźć uwagi o błędach wymuszonych przez źle zaprojektowane interfejsy, UCD. Postępuję tak świadomie. Problemy są bowiem w zasadzie proste, ale jakoś trudno nam o nich pamiętać. (JP)



## VII Krakowskie Spotkanie Ekonomistów i Medyków

# EKONOMED 2023

Patronat:  
 JM Rektor Uniwersytetu Rolniczego prof. Sylwester Tabor  
 Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej lek. dent. Robert Stępień

---

21 października 2023 r. o godz. 18.00

Klub UR „ARKA”, Kraków, ul. Klemensiewicza 3

Partnerzy:













# Czy lekarz może mieć więcej czasu? ...czyli o skutecznym zarządzaniu sobą w czasie

**Gdybyś miał dwie godziny więcej każdego dnia, zrobiłbyś więcej? Czy miałbyś dwie godziny więcej do zmarnowania...**

Czas to swego rodzaju dany nam „tu i teraz” kapitał, który warto starannie inwestować. Jest on zasobem ograniczonym, nie można go kupić, zmagazynować ani rozmnożyć. Jedyną rzeczą, jaką możemy zrobić, to nauczyć się lepiej i efektywniej wykorzystywać czas, który mamy do dyspozycji.

Dziś rzadko wystarcza go nam na wykonanie wszystkich obowiązków. Zarządzanie czasem jest zatem konieczne do osiągnięcia w życiu poczucia satysfakcji i spełnienia. Jeśli tę umiejętność opanujemy, umożliwi nam to samorealizację, osiągnięcie celów i sukces życiowy. Wprowadzając w życie proste, ułatwiające pracę zasady, możemy choć w niewielkim stopniu zmienić nasze postrzeganie utartych procesów i schematów. Tymczasem większość lekarzy nieustannie deklaruje permanentny brak czasu, który przyczynia się do zwiększenia poziomu stresu. Coraz więcej obowiązków, nowe wyzwania, ogrom pracy, konieczność podnoszenia swoich kompetencji sprawiają, że lekarze czują się coraz bardziej osaczeni, a przez to częściej sfrustrowani. Odpowiednie zarządzanie czasem można uznać również za zasób istotny w funkcjonowaniu każdej placówki opieki zdrowotnej. Zarządzanie czasem (*Time Based Management – TBM*) stanowi jeden z bardziej istotnych elementów całego procesu zarządzania, dlatego od wielu lat w systemach opieki zdrowotnej krajów wysokorozwiniętych poszukuje się nowych, skutecznych metod zarządzania nim.

## Jak rozumiemy czas

Czas próbuje się definiować już od czasów starożytnych. Dla Platona, przekonanego o celowości rzeczywistości, czas istniał „po coś”. Mówił on o czasie jako o ruchomym obrazie wieczności. Arystoteles czasowi poświęca kilka stron „Fizyki”, dla niego czas jest właśnie ilością ruchu ze względu na „przed i po”. (...) Nie jest więc czas ruchem, lecz jest ilościową stroną ruchu. Według św. Augustyna to nie czas płynie, tylko rzeczy w czasie. Z kolei czas w rozumieniu Einsteina poszerza swoje pole, obejmując większą różnorodność rzeczywistości, jest prawie że tymiczny. Kalendarz wymusza jakiś

ład rzeczywistości, układając ją w miesiące, tygodnie, dni. Planując, daje nam poczucie panowania nad własnym losem, przekonanie, że coś od nas zależy. (*A Olejniczak, 2013*)

Zarządzanie czasem to przede wszystkim ustalanie priorytetów, ważności celów i zadań. Tu nieodzowne jest przyjęcie się własnej hierarchii wartości. W zarządzaniu czasem można się posługiwać wieloma różnymi metodami i technikami, dzięki którym planowane działania będą miały szansę realizacji i powodzenia.

Jedną z nich jest matryca zarządzania czasem:



Matryca zarządzania czasem, czyli macierz Eisenhowera  
Opracowanie Marta Łazar CAMINA, na podstawie  
Stephen R. Covey „7 nawyków skutecznego działania”

Na powyższej matrycy zarządzania czasem pokazano cztery sposoby spędzania czasu.

- **Zadania pilne i ważne** można nazwać „zarządzaniem kryzysem” – działania o ważnym znaczeniu strategicznym.
- **Zadania ważne, ale nie pilne** – „zarządzanie strategiczne długoterminowe” – planujemy rozwój, określamy wizję.
- **Zadania pilne i nieważne** – „zarządzanie cudzymi priorytetami” – konieczna trzeźwa ocena sytuacji, konieczność minimalizowania liczby przypadków, w których się zgadzasz.
- **Zadania nieważne i nie pilne** – to „pożeracz czasu” – minimalizujemy czas poświęcony tym zadaniom.

Ćwiartka I to zakres aktywności dotyczących zarówno spraw ważnych, jak i pilnych, których rezultaty mają duże znaczenie i którymi trzeba się zająć natychmiast. Często spędzamy wiele czasu wśród spraw pilnych, ale nieważnych (III ćwiartka). Mamy wrażenie, że jesteśmy w I ćwiartce. Reagujemy na sprawy pilne, które wydają nam się ważne. Niejednokrotnie pilność tych zadań oparta jest na priorytetach i oczekiwaniach innych. Podstawą skutecznego zarządzania sobą jest ćwiartka II. Dotyczy ona tego, co nie jest pilne, ale jest ważne. Dotyczy takich spraw, jak budowanie więzi, długoterminowe plany, kreatywność, zapobieganie rzeczom niepożądanym, a więc tego wszystkiego, o czym wiemy, że powinniśmy robić, ale rzadko to czynimy.

Matryca zarządzania czasem jest również podstawą zasady Eisenhowera, która zachęca nas do szybkiej analizy zadań według ich ważności i pilności oraz wykorzystania umiejętności delegowania zadań.

### **Zasady pomagające w ustalaniu ważności zadań i maksymalizacji wydajności**

#### **Zasada zarządzania czasem Pareto**

Zasada 80/20 to jedno z najbardziej przydatnych narzędzi w zarządzaniu sobą w czasie. Nazywana jest ona zasadą Pareto, od nazwiska twórcy, włoskiego ekonomisty, który opisał ją po raz pierwszy w 1895 r. Zauważył on, że współczesne mu społeczeństwo naturalnie dzieli się na tzw. niezbędną mniejszość, stanowiącą około 20% ogółu, biorąc pod uwagę wpływy i majątek, oraz „nieistotną większość” stanowiącą 80%. 20% zużytego czasu odpowiada 80% osiągniętych rezultatów; albo odwrotnie: 80% poświęconego na zadanie czasu odpowiada tylko 20% naszej efektywności. Pareto odkrył także, że właściwie każda działalność gospodarcza podlega zasadzie podziału 80/20. Zasadę Pareto należy uwzględnić przy skutecznym gospodarowaniu własnym czasem. Pozwala ona właściwie ocenić wagę stojących przed nami zadań. Kluczem do sukcesu nie jest więc pracować jak najwięcej i jak najdłużej, ale rozpoznać poprawnie te 20% działań, które determinują 80% sukcesu.

#### **Samoorganizacja jako sposób efektywnego zarządzania czasem**

Istotnym aspektem w zarządzaniu czasem jest jego dobre wykorzystywanie i samoorganizacja. Umiejętność organizowania jest możliwa do wyuczenia. Właściwe zarządzanie czasem wymaga zaplanowania i zorganizowania własnych działań w taki sposób, aby prowadziło to do najszybszego osiągnięcia zamierzonych celów. Brian Tracy zauważa, że zaledwie poniżej 3% ludzi wyznacza sobie i zapisuje jasne

cele. Oni właśnie odnoszą największe sukcesy w przeróżnych dziedzinach. Natomiast mniej niż 1% systematycznie uzupełnia i przepisuje swoje zamierzenia. Można powiedzieć, że różnica pomiędzy przeciętnymi ludźmi a tymi bardzo efektywnymi polega na tym, że ci ostatni umieją lepiej organizować sobie pracę. Peter Drucker wyraził opinię, że „bezplanowe działanie to podłoże wszystkich porażek”. Każde z największych życiowych osiągnięć, np. rozkręcenie własnego biznesu, wdrożenie zyskownego projektu czy nawet wyjazd na wakacje, okazało się rezultatem wcześniej opracowanego, dobrego planu. Jedno z najważniejszych i najlepszych ćwiczeń w wyrabianiu naszej samodyscypliny polega na przemyśleniu i zaplanowaniu wszystkiego przed podjęciem tego działania.

#### **Poczucie kontroli a zarządzanie czasem**

Teoria poczucia umiejscowienia kontroli (LOC, od ang. *Locus of Control*) stworzona została w latach 60. XX w. przez J. Rottera jako jedna z teorii społecznego uczenia się, ma swoje korzenie w teorii warunkowania sprawczego. Rotter zauważył, że ludzie mają odmienne sposoby interpretowania przyczyn zdarzeń, które spotykają ich lub inne osoby. Teoria umiejscowienia poczucia kontroli dotyczy subiektywnie odczuwanego ulokowania sprawstwa zdarzeń. Rotter twierdzi, że ludzie uczą się w ciągu życia wierzyć, iż ich losem kierują oni sami bądź też kierują nim czynniki od nich samych niezależne. W związku z tym teoria ta umieszcza ludzi na (jednomodalnym) kontinuum z dwoma biegunami.

- Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli mają przekonanie, że ich życiem i ważnymi zdarzeniami sterują oni sami, od ich własnych wysiłków, pracy, osobistego wpływu zależy to, co ważnego przydarza się im w życiu.
- Osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli żywią przekonanie, że życiem sterują czynniki niezależne od ich świadomego i zamierzonego wpływu (niekoniecznie muszą to być czynniki zewnętrzne!) – los, przeznaczenie, Bóg, nieświadomość, choroba, szczęście.

Często narzekamy, że jesteśmy zmęczeni i przepracowani oraz oczekujemy, że ktoś to zmieni, ale nie podejmujemy żadnego działania. W zarządzaniu czasem ważna jest indywidualna proaktywność, która oznacza więcej niż przejmowanie inicjatywy – to branie odpowiedzialności za własne wybory zawodowe i metody, które stosujemy w osiągnięciu celów. Tworzenie wolności wyboru, świadome budowanie postawy proaktywnej to elementy kluczowe w efektywnym zarządzaniu sobą w czasie. Warto przyjrzeć się własnym przekonaniom w odnoszeniu sukcesu i zastanowić, czy czasem nie mamy do czynienia z efektem Pigmaliona (samospełniająca się przepowiednia).



## Asertywność a zarządzanie swoim czasem

Zarządzanie czasem w kontaktach z ludźmi jest bezpośrednio związane z asertywnością. Nieporozumienia słowne czy co do obowiązków prowadzą do spadku wydajności pracy i niezadowolenia. Czy jestem asertywny? Jeśli mam problem z byciem asertywnym, to co blokuje moją zdolność do egzekwowania własnych praw i ustanawiania granic psychologicznych? Dojrzały człowiek wie, co mu odpowiada. Liczy się z innymi ludźmi, respektuje ich prawa, ale dba też o swoje potrzeby. Jeśli inni nie aprobują jego postępowania, a nie czyni im krzywdy, nie przejmuje się tym i robi swoje. Nadmierna potrzeba afiliacji i akceptacji sprawiają, że ciągle staramy się zadawać innym. W rzeczywistości każdy człowiek jest zainteresowany przede wszystkim sobą. Dlatego rób to, co uważasz za ważne i w co wierzysz. Bądź pozytywnie samolubny, gdy w grę wchodzi twój czas. Wszak to twoje życie.

Bycie asertywnym nie koliduje z empatią, która jest absolutnie niezbędna w pracy lekarza, ale pamiętajmy, że sfrustrowany i zestresowany lekarz nie jest w stanie okazać należytej empatii.

## Podsumowanie

Zarządzanie czasem w pracy lekarzy to kwestia, którą musimy rozpatrywać w dwóch wymiarach – psychologicznym i organizacyjnym. Wymagania w zakresie dobrego zarządzania czasem i stosowania efektywnych narzędzi (takich jak umiejętność definiowania spraw priorytetowych, planowanie, delegowanie zadań, właściwa koordynacja działań, tworzenie zespołów oraz rozwój elektronicznej wymiany informacji, sposobów gromadzenia i przetwarzania danych).

W wymiarze psychologicznym jednak warto zaufać swojemu wewnętrznemu głosowi. Twój czas to twoje życie. Kierować można wyłącznie sobą, swoimi myślami, postępowaniem. Stracony czas już nie wróci.

*Alicja Gałązka*

### Bibliografia:

A. Olejniczak, „Efektywne zarządzanie czasem – wybrane zagadnienia”, „Marketing Instytucji Naukowych i Badawczych” nr 1, 2013.  
S.R. Covey, „7 nawyków skutecznego działania”, Rebis, 2006  
J. Kobza, M. Syrkiewicz-Światała, „Medycyna Pracy” 2014; 65(4).

**Zapraszam na szkolenia  
do Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie**

# Lekarze tenisiści z medalami

W dniach 16-18 czerwca 2023 r. na kortach tenisowych krośnieńskiego MOSiR-u odbyły się Zawody Tenisowe o Puchar Prezesa ORL w Krakowie.

Turniej był prowadzony w grach singlowych pań i panów, a mężczyźni rywalizowali również w grach deblowych, które jak się okazało, były do samego końca bardzo emocjonujące. Ostatecznie rywalizację w grach deblowych wygrali lekarze

Andrzej Sawicki i Grzegorz Krupa. W grach singlowych pań wygrała Aleksandra Wajda-Urbaneck, która w finałowej rozgrywce pokonała Julię Bochenek.

W grupie panów rywalizację prowadzono w trzech kategoriach wiekowych. W najstarszej 60+ zwyciężył Daniel Czerepaniak, w grupie średniej (20 do 60 lat) wygrał Marek Cyparski, natomiast w najmłodszej 18-letni Piotr Wietecha, który był równocześnie najlepszym zawodnikiem Turnieju. Zwycięzcy otrzymali puchary Prezesa ORL w Krakowie oraz dyplomy i symboliczne nagrody. (WK)

Natomiast 29 lipca w Jurmali na Łotwie zakończyły się 52. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie, organizowane pod egidą World Medical Tennis Society. W zawodach wzięło udział 220 lekarzy i lekarzy dentyistów, a Polacy zdobyli łącznie 57 medali.

Reprezentująca naszą Izbę lek. dent. Kinga Janczukowicz z Krakowa (na zdjęciu) zdobyła srebrny medal Mistrzostw Świata – finał gry deblowej kobiet, brązowy medal MŚ – półfinał gry mieszanej, oraz ćwierćfinał gry singlowej kobiet.



## Ogłoszenia

### Zapraszamy na szkolenie z zakresu medycyny estetycznej

Kurs obejmuje wiedzę teoretyczną i praktyczną z podawania toksyny botulinowej w górną część twarzy. W trakcie kursu również szkolenie z mezoterapii osoczem bogatopłytkowym. Kurs skierowany jest do lekarzy początkujących. Szkolenie jest indywidualne, termin ustalany osobiście.  
Miejsce szkolenia: Centrum Medyczne Lorens&Lorens, os. Na Lotnisku 1/U12, Kraków, tel. 530 791 791  
[www.lorensandlorens.com](http://www.lorensandlorens.com)

### NZOZ Cor Vita w Krakowie

ul. Kościuszki 35, zatrudni lekarzy: dermatologa, urologa, kardiologa, reumatologa ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji, w dowolnym wymiarze godzin, kontrakt z NFZ.  
Kontakt: tel. 501 776 916

### Centrum Medyczne Diamed w Krakowie

zatrudni lekarzy specjalistów (lub w trakcie specjalizacji): chorób wewnętrznych (praca w POZ), medycyny rodzinnej (praca w POZ), geriatrici (praca w POZ), medycyny pracy, dermatologii, okulistyki, ortopedii, ginekologii.  
Kontakt: tel.: 503 088 166, e-mail: sekretariat@cmdiamed.pl  
Prosimy o składanie CV ze zdjęciem wraz z listem motywacyjnym w wersji elektronicznej lub kontakt telefoniczny.  
Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o. o.  
30-695 Kraków, ul. Schweitzera 7  
[www.cmdiamed.pl](http://www.cmdiamed.pl)

### Dental Pasja w Krakowie

zatrudni lekarza dentystę. Oferujemy:  
- pracę na nowoczesnym sprzęcie; pracę z asystą na 4 ręce z pacjentem prywatnym; atrakcyjne wynagrodzenie.  
Wymagania – minimum 2-letnie doświadczenie.  
Aplikacje prosimy przysyłać na adres mailowy:  
[kontakt@dentalpasja.pl](mailto:kontakt@dentalpasja.pl)  
Dental Pasja, ul. XX Pijarów 5, 31-466 Kraków, tel. 602 266 466.

### Podmiot Leczniczy LK MED Sp. z o.o. w Krakowie

ul. Grzegórzecka 67 F lok. 38,  
nawiąże współpracę z lekarzami w zakresie:  
- laryngologii  
- dermatologii  
- urologii  
- chirurgii naczyniowej  
- ginekologii  
- psychiatrii  
- endokrynologii  
Kontakt pod nr. tel.: 501 786 777

### SP ZOZ MSWiA

w Krakowie poszukuje:

- lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników (pełne uprawnienia)
  - lekarza okulistę do Poradni Okulistycznej w Krakowie.
- Oferujemy umowę cywilno-prawną lub umowę o pracę. Szczegóły w zakładce Kariera na [www.zozmswiakrakow.pl](http://www.zozmswiakrakow.pl) oraz w Dziale Kadr, tel. 12 662 31 60;  
w przypadku pracy dla lekarza okulisty także u lekarza kierującego Poradnią: tel. 606 409 412

### Prezes Sądu Okręgowego w Krakowie

zaprasza lekarzy do współpracy w charakterze biegłego sądowego ze wszystkich dziedzin medycyny, w szczególności: okulistyki, neurologii, dermatologii.  
Informacji udziela p. Gabriela Wolak pod nr. tel. 12 619 58 07, w godz. 8-15 lub osobiście w pokoju K-317, pawilon „K” (od poniedziałku do piątku).  
Na stronie [www.krakow.so.gov.pl](http://www.krakow.so.gov.pl), w zakładce „informacje dla interesantów”, a następnie „biegli” i „ustanowienie biegłego” podane są szczegółowe informacje nt. dokumentów, jakie należy złożyć z wnioskiem o wpis na listę biegłych.

### Podmiot Leczniczy Dr Kowalska Clinic Sp. z o.o. w Miechowie

nawiąże współpracę z lekarzami w zakresie:  
- laryngologii  
- ortopedii  
- urologii  
- psychiatrii  
- małej chirurgii  
Kontakt pod nr. tel.: 577 775 170

### Szpital Powiatowy w Limanowej

im. Miłosierdzia Bożego zatrudni:  
- lekarzy neonatologów do pracy w Oddziale Noworodkowym i Patologii Noworodka  
- lekarzy do pracy w Oddziałach: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chorób Wewnętrznych, Geriatrii, Chirurgii Ogólnej, Ginekologii i Położnictwa; w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (specjalista chirurgii ogólnej, specjalista ortopeda traumatolog) oraz Gabinetie Nocnej i Świątecznej Opieki Medycznej,  
- lekarzy specjalistów do pracy w poradniach specjalistycznych Szpitala (dermatologicznej, gastroenterologicznej, ginekologicznej, kardiologicznej, laryngologicznej, neurologicznej, reumatologicznej).  
Warunki płacy i formy zatrudnienia do uzgodnienia. Szczegółowych informacji udziela Dyrekcja Szpitala pod nr. tel.: 18 33 01 780.

## Szanowni Państwo, Lekarze Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Mam przyjemność zaprosić Państwa na II edycję konferencji „**Gastroenterologia od A do Z**” dla lekarzy POZ. Konferencja odbędzie się w Q Hotelu Plus (ul. Wygrana 6, Kraków – obok Centrum Kongresowego ICE), w sobotę 28 października.

Dołożyłam wszelkich starań, aby tegoroczne Spotkanie było również interesujące pod względem naukowym i przebiegało w koleżeńskiej atmosferze. Wysoką jakość spotkania gwarantują zaproszeni prelegenci, którzy są doświadczonymi klinicystami oraz świetnymi wykładowcami, o czym przekonał się Państwo w czasie I edycji konferencji „Gastroenterologia od A do Z”.

Mam nadzieję, że przekazana podczas tego spotkania wiedza ułatwi Państwu diagnostykę i leczenie pacjentów z chorobami gastroenterologicznymi w zakresie POZ.

Dzięki pozyskanym sponsorom udział w szkoleniu jest bezpłatny, a uczestnicy otrzymają 4 punkty edukacyjne. Spotkanie jest objęte honorowym patronatem Wojewody Małopolskiego oraz Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

**Szczegółowy program konferencji oraz rejestracja na stronie [www.gastrologiadadoz.pl](http://www.gastrologiadadoz.pl)**

*Serdecznie zapraszam!*  
*Prof. dr hab. n. med. Danuta Owczarek*  
*Kierownik Naukowy Konferencji*  
*Konsultant wojewódzki w dziedzinie gastroenterologii*



### W imieniu organizatorów zapraszamy absolwentów Wydziału Lekarskiego, rocznik 1984

na spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się 7 października (sobota) w Pałacu Goetzów w Brzesku. W programie m.in. bankiet w niezwykle atrakcyjnym Pałacu Goetzów.

Szczegółowych informacji udziela Andrzej Fugiel, kontakt tel. i WhatsApp: +48 604 299 111 lub mailowo: fugiel@mp.pl

Kolejne spotkanie planowane jest na 15 czerwca 2024 r.

Jeżeli czujesz, że masz problem z alkoholem, możemy Ci pomóc. Przyjdź do nas, kiedy chcesz, to nic nie kosztuje.

Zapraszamy na spotkania Grupy AA Dr Bob dla lekarzy i lekarzy dentyistów, wtorek godz. 17.00, w siedzibie OIL przy ul. Krupniczej 11a.

Zadzwoń: **+48 801 033 242** – infolinia ogólnopolska  
**+48 502 437 567** – pomoc w problemie  
**+48 12 431 22 48** – punkt inf.-kontaktowy

**Profimedical**  
Polska

**Stworzone z myślą o ginekologii i położnictwie**

Ultrasonografy  
**SonoScape**

[www.profimedicalpolska.pl](http://www.profimedicalpolska.pl)

### Zapraszamy na zjazd absolwentów Akademii Medycznej im. M. Kopernika w Krakowie, Wydział Lekarski, rocznik 1988

który odbędzie się 11 listopada 2023 r. w Crystal Palace w Krakowie.

Zgłoszenia do 14 października 2023 r.

Rejestracja i opłaty za pośrednictwem poniższego linku:  
<https://www.symposium.pl/uj>



*Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość  
o śmierci naszej koleżanki*

### **Dr n. med. Haliny Goszcz**

wieloletniej Zastępczyni Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, wieloletniej delegatki na Okręgowy Zjazd Lekarzy, wysokiej klasy specjalistki w dziedzinie toksykologii, dobrego i prawego człowieka, lekarza oddanego całym sercem swoim pacjentom, życzliwej wszystkim koleżanki.

Będzie nam brakowało jej spokoju, wyważonych wypowiedzi, rad i obecności.

Halina Goszcz urodziła się w Jaśle w 1952 roku i tam też końcem sierpnia 2023 roku została pochowana. Prawo wykonywania zawodu odebrała w 1977 roku. Specjalistka w dziedzinie medycyny pracy (1980), chorób wewnętrznych (1999), toksykologii (2003), w 1998 roku uzyskała tytuł doktora nauk medycznych.

Początkowo pracowała jako internista w PZOZ Szpitala Sendzimira w Nowej Hucie. Tam też, „wyłuskana” przez prof. Janusza Pacha, rozpoczęła przygodę z toksykologią. Wieloletnia pracowniczka Kliniki Toksykologii CM UJ, a potem lekarz Oddziału Toksykologii Szpitala im. Rydygiera w Krakowie.

Do końca pracując w oddziale intensywnie w nim dyżurowała. Była lubianą i cenioną specjalistką.

Wieloletnia lekarz medycyny pracy Szpitala im. Rydygiera w Krakowie. W naszych oczach na zawsze pozostanie uśmiechniętą, niebywale elegancką i kulturalną panią, koneserką i erudytką, a przede wszystkim – ciepłą, mądrą i wyrozumiałą koleżanką.

Wobec pacjentów (nawet tych trudnych, z uzależnieniami, zaniedbanymi, bezdomnymi, niechcianymi – bo uciążliwymi dla rodzin) pozostawała zawsze profesjonalna i konkretna, ale też przychylna, sprawiedliwa i pełna empatii.

Kochała przyrodę i rodzinne strony. Tam planowała spokojną emeryturę, w połączeniu z dalszym niesieniem pomocy tamtejszym pacjentom. Nigdy się nie wyróżniała, nigdy nie uważała się za lepszą – choć mogła.

Żegnamy Cię Droga Halino!

*Robert Stępień, Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Krakowie wraz z ORL*

*Jerzy Sławiński, Okręgowy Rzecznik Odp. Zawodowej  
wraz z Zastępcami*

*Bożena Kozanecka, Przewodnicząca Okręgowego  
Sądu Lekarskiego wraz z Członkami OSŁ w Krakowie  
Pracownicy Kancelarii OROZ i OSŁ w Krakowie*

Dr .....

..... dnia .....

.....

.....

dokładny adres zamieszkania

### **Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie**

Stosownie do Regulaminu wypłacania zapomóg losowych z tytułu  
śmierci lekarza – członka OIL w Krakowie  
(Załącznik do Uchwały ORL 100/VI/ORL/2012 z dnia 9.05.2012 r.)  
do odbioru wskazuję

.....

.....

imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby wskazanej

podpis i pieczęćka

Lek.

## Andrzej Maria Komornicki

ur. 23 sierpnia 1944 r. w Przyborowie  
zm. 19 lipca 2023 r. w Krakowie



Chirurg ortopeda – traumatolog; ukończył I LO im. Nowodworskiego w Krakowie, potem studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej (obecnie Collegium Medicum UJ).

Przez wiele lat pracował w Klinice Ortopedii CM UJ oraz w Krakowskim Centrum Rehabilitacji. Do końca przyjmował pacjentów w poradniach Centrum Zdrowia „Ruczaj” i NZOZ Batory. Mąż, ojciec trzech córek i dziadek trojga wnucząt.

Był lekarzem z pasji i powołania, przyjacielem, nauczycielem i mistrzem. Jan Komornicki, brat Andrzeja, mówił podczas ceremonii pożegnania: „8 lat temu, po udzieleniu wywiadu w polskojęzycznym radiu w Chicago odbierałem telefony od słuchaczy. Zadzwoił starszy pan i zapytał, czy znam doktora Andrzeja Komornickiego. Potwierdziłem, że to mój rodzony brat. Okazało się, że z końcem lat 70. ten pan, krakowski tramwajarz, uległ wypadkowi i miał częściowo zmiążdżoną rękę, którą chciano amputować. Andrzej akurat dyżurował w Klinice na Kopernika, na amputację się nie zgodził i po paru operacjach rękę uratował”.

Patrzył na pacjenta całościowo i traktował go podmiotowo. Ważność takiego podejścia wyraził m.in. w publikacji „Przykład współpracy pacjenta, psychologa i lekarza w przypadku młodej kobiety chorej na nowotwór złośliwy” (M. Chodak, A. Komornicki, „Psychoterapia Polska” 1993, 1; 21-33).

„Wspaniały nauczyciel nie tylko ortopedii. Miłośnik życia, ludzi i gór. Majsterkowicz, kucharz, mistrz półstówek. Przyjaciół” – tak napisał o nim kierownik Kliniki Ortopedii i Fizjoterapii CM UJ w Krakowie prof. Artur Gądek, młodszy kolega Andrzeja Komornickiego.

Nestorka krakowskich ortopedów, dr Lidia Wdziękońska wspomina natomiast: „Bardzo go lubiłam. Wspaniały kolega, inteligentny, mądry, prostolinijny”.

Z górami był związany także jako członek Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, do którego wstąpił w 1978 r. Uczył kolegów ratowników opatrywania ran i urazów, skutecznej pomocy poszkodowanym w górach. Brał udział w wielu wyprawach i akcjach, aktywnie działał we władzach Grupy Podhalańskiej GOPR. Został uhonorowany Srebrną i Złotą Odznaką GOPR, Srebrnym i Złotym Krzyżem

Zasługi oraz Krzyżem Kawalerskim Odrodzenia Polski. Ratownicy napisali w nekrologu: „W zmarłym tracimy dobrego Kolegę, Towarzysza wielu wypraw i akcji. Żegnamy Cię Andrzeju, będziesz teraz pełnić dyżur na niebieskich polanach...”. Pożegnali go licznie, pod sztandarem z niebieskim krzyżem.

Jeździł konno, był wieloletnim sekretarzem i członkiem honorowym Krakowskiego Klubu Jazdy Konnej. *Last but not least* – wędkował. Gdy tylko czas pozwalał, jechał do przyjaciół wędkarzy do Łopusznej, skąd blisko było nad Dunajec i Zalew Czorszyński.

Zawsze solidaryzował się potrzebującymi. 20, może 21 grudnia 1981 r. trzech działaczy nowohuckiej Solidarności, którym udało się uciec z Huty (wtedy im. Lenina) po strajku spacyfikowanym przez ZOMO: Jan Ciesielski, Stanisław Handzlik i Edward Nowak, znalazło się na Woli Justowskiej, gdzie mieli obiecane schronienie. Zjawili się tam wieczorem, był mróz i ciemno, zbliżała się godzina milicyjna. Niestety, w obiecany miejscu ich nie przyjęto. Łączniczka, która znała okolice, gdzieś poszła... Jan Ciesielski tak wspomina tę sytuację: „Po chwili wróciła, z facetem w czerwonym kombinezonie, z plecakiem. To był Andrzej Komornicki w stroju goprowca. Powiedział, że weźmie nas do kliniki. Ruszyliśmy do tramwaju w Cichym Kąciku: na początku Andrzej, a potem nasza trójka. Dojechaliśmy pod Pocztę Główną i znowu za Andrzejem na Kopernika. Trochę emocji było, jak mijaliśmy Dom Turysty (dzisiaj Hotel Wyspiański). Stał tam gazik z zomowcami w środku, którym chyba nie chciało się wyjść na mróz. Już mieli wtedy listy gończe za nami... Doszliśmy do budynku Kliniki, tam był Jacek Marchewczyk, który zaoferował nam miejsce do spania na sali operacyjnej”.

Jan Komornicki, kończąc swe pożegnanie nad grobem Andrzeja, wspominał: „Mówiliśmy z moim ukochanym bratem, że w naszym wieku trzeba mieć plecak na drogę do wieczności spakowany. Do tego plecaka można zabrać tylko dobro: miłość najbliższych i wdzięczność tych, którzy z naszych rąk takiego dobra doznali. Myślę i mam taką nadzieję, że plecak, który Jędrus zanoszą przed Boży tron, jest pełny”.

My też doznaliśmy dobra z rąk doktora Andrzeja Komornickiego, gdy mój ojciec Jacek Marchewczyk w latach 80. musiał wyemigrować do Francji. Leczył on wtedy i wspomagał całą naszą rodzinę. A dziś mnie – lekarzkę o pokolenie młodszą – może wiele nauczyć w zakresie tego, co po angielsku nazwano *work-life balance*.

Małgorzata Marchewczyk-Kąkol

**Dr n. med.**  
**Alicja Macheta**

ur. 16 lipca 1932 r. we Lwowie  
zm. 15 lipca 2023 r. w Krakowie



Przeżywszy 91 lat, 15 lipca 2023 roku, otoczona troskliwą opieką oraz najbliższymi, zmarła w Krakowie nestorka polskiej anestezjologii – Doktor Alicja Macheta.

W roku 1946, w ramach repatriacji, przyjechała z Lwowa wraz z matką (ojciec, dr praw, zginął w obozie w Majdanku) do Gliwic, gdzie zdała maturę w Państwowym Gimnazjum Żeńskim. W roku 1949 została przyjęta na Akademię Medyczną w Zabrze-Rokitnicy. Wydział Lekarski ukończyła w roku 1956 i podjęła pracę w Instytucie Onkologii w Gliwicach, pod kierunkiem dr. Bolesława Rutkowskiego, kształcąc się w nowo powstającej specjalizacji, jaką była anestezjologia. Odtąd anestezjologia stała się Jej pasją, której poświęciła całe długie, intensywne i spełnione życie zawodowe.

W roku 1957 przeniosła się do Krakowa i postanowiła pracować w Akademii Medycznej (dzisiejszym Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum) w Międzyinstytutowym Zakładzie Anestezjologii i Reanimacji, oddając się całkowicie pracy klinicznej anestezjologa.

Intensywną terapią w toksykologii i żywieniem pacjentów interesowała się szczególnie i w tych zakresach praktyki klinicznej i wiedzy teoretycznej do końca życia była uznanym autorytetem. Tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii uzyskała w 1965 roku, a tytuł specjalisty drugiego stopnia w zakresie toksykologii klinicznej w roku 1990. Stopień doktora nauk medycznych uzyskała w roku 1974, broniąc pracy doktorskiej pt.: „Badania stężeń eteru w sali operacyjnej w aspekcie niebezpieczeństwa wybuchu” (promotor prof. Marek Sych).

Od chwili powstania Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiIT) w 1959 roku Doktor Alicja Macheta ściśle współpracowała z naszym Towarzystwem, zarazem aktywnie uczestnicząc w tworzeniu lokalnych struktur akademickiej anestezjologii – Zakładu i Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Krakowie. W 1986 roku, w chwili powstania Sekcji Historycznej PTAiIT, powierzono Jej funkcję sekretarza, a następnie – nieprzerwanie do ostatnich lat – przewodniczyła tej Sekcji. Historia polskiej anestezjologii była Jej kolejną pasją i powołaniem. Książka pt.: „30 lat minęło...” autorstwa Doktor Alicji Machety na temat historii Sekcji

Historycznej PTAiIT jest dostępna w internecie na stronie Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJCM. Za wkład w rozwój anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce otrzymała Członkostwo Honorowe PTAiIT.

Jako przewodnicząca Oddziału Podkarpackiego PTAiIT przez wiele lat prowadziła działalność edukacyjno-szkoleniowo-organizacyjną zarówno w naszym regionie, jak i w całej Polsce – stąd stała się powszechnie znana i ceniona w naszym środowisku poprzez doskonale zorganizowane, zawsze na wysokim poziomie merytorycznym, konferencje Oddziału Podkarpackiego PTAiIT odbywające się w Krynicy. Na zawsze zapamiętamy coroczne Sympozja „Ból i Cierpienie”, współorganizowane z Katedrą Historii Medycyny UJ CM, przy wydatnej pomocy dr Marii Schmidt-Pospuły i prof. Zdzisława Gajdy.

Doktor Macheta należała do Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, którego członkiem Zarządu była od 2015 roku. Była współorganizatorką wielu zebrań naukowych Towarzystwa i odegrała znaczącą rolę w kształceniu kadry medycznej i promowaniu Krakowa. Została odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Duchaków, medalami: S. Pokrzywnickiego, F. Czubalskiego, A. Frycza Modrzewskiego, J. Nowaka, A. Kremera, a przez Prezydenta m. Krakowa – Honoris Gratia.

Nie mogąc już mieszkać samodzielnie, od ponad roku była objęta doskonałą i profesjonalną opieką, do końca swoich dni zachowując jasność i bystrość umysłu. Zdobyła powszechny szacunek i podziw personelu domu opieki. Nasze ostatnie rozmowy dotyczyły najczęściej spraw bieżących, w tym także pandemii, wojny oraz możliwej roli PTAiIT w interdyscyplinarnym bezpieczeństwie pacjenta.

Jak Ją zapamiętamy? Jako kobietę, która kochała życie i potrafiła z niego korzystać, a takim podejściem zyskała naszą wielką sympatię i uznanie. Niezwykłą bystrość umysłu, doskonałą pamięć zawdzięczała dbaniu o swoje zdrowie. Otwartość, szczerłość, pozytywne nastawienie do świata to tylko niektóre z Jej wspaniałych cech. Przede wszystkim dała nam niezwykłą lekcję kreatywności, przedsiębiorczości i tego, w jaki sposób efektywnie i skutecznie działać. Podziwialiśmy Ją za to, że nie było dla Niej problemu, którego by nie dało się rozwiązać. Zawsze stawiała na komunikatywność i na pokojowe rozwiązywanie konfliktów. Była bardzo taktowna, szanowała innych ludzi i uważała na słowa, aby nikogo nie urazić.

Alicjo, bez Ciebie nic już nie będzie takie samo.

*Janusz Andres  
Maria Przybyszewska  
Tamara Górecka-Werońska*



**Lek. dent.  
Adam Litewka**

ur. 1 stycznia 1955 r. w Skale  
zm. 15 sierpnia 2023 r. w Krakowie



15 sierpnia 2023 roku odszedł od nas Adam Litewka, lekarz stomatolog. Swoją fachową wiedzą i umiejętnościami praktycznymi przez wiele lat służył najpierw mieszkańcom Jaworzna, a później również Krakowa.

Urodził się 1 stycznia 1955 roku w Skale, w powiecie krakowskim. Tu też ukończył szkołę podstawową oraz Liceum im. Władysława Łokietka. Po otrzymaniu świadectwa dojrzałości rozpoczął studia w Akademii Medycznej w Krakowie – obecnie Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dyplom lekarza dentysty uzyskał w 1980 roku.

Po ukończeniu studiów rozpoczął pracę w Jaworznie, w województwie śląskim, gdzie pracował do kwietnia 2023 roku. W 1981 roku równolegle rozpoczął pracę jako lekarz stomatolog w ZOZ „Podgórze” w Krakowie. W 1985 roku uzyskał specjalizację pierwszego stopnia z zakresu stomatologii ogólnej. Od 1993 roku prowadził własną praktykę stomatologiczną przy ul. Telimeny w Krakowie. Wielokrotnie brał udział w konferencjach naukowych, szkoleniach krajowych i zagranicznych.

Zaskarbił sobie ogromną wdzięczność wśród pacjentów za swoje zaangażowanie i oddanie w pracy zawodowej. Cieszył się wielką sympatią rodziny, przyjaciół, znajomych. Prywatnie był miłośnikiem podróży, narciarstwa i spotkań rodzinno-towarzyskich.

Pomimo długiej i ciężkiej choroby nie zrezygnował z aktywności zawodowej, swą lekarską misję wypełniał najlepiej jak potrafił, aż do lipca 2023 roku.

*Lek. dent. Dorota Litewka-Kozak*

**Lek.  
Mariola Rakoczy**

ur. 3 września 1958 r. w Krośnie  
zm. 12 listopada 2022 r. w Brzozowie



Mariola Rakoczy, z d. Jurczak, lekarz medycyny, zmarła 12 listopada 2022 roku w wieku 64 lat w brzozowskim szpitalu, z którym była związana przez całe swoje zawodowe życie. I mimo że od tego smutnego wydarzenia upłynęło kilka miesięcy, to wspomnienie o niej jest wciąż bardzo żywe.

Była pediatrą, bardzo lubianą przez swoich małych pacjentów oraz cenioną przez ich rodziców. W środowisku lekarskim darzono ją szacunkiem i sympatią. Doktor Mariola Rakoczy po ukończeniu w 1985 roku studiów na Akademii Medycznej w Krakowie została zatrudniona na Oddziale Dziecięcym Szpitala w Brzozowie. W pełni oddana swojej profesji doskonaliła tutaj umiejętności zawodowe, a w 1992 roku zdała egzamin, uzyskując specjalizację z pediatrii. Przez wiele lat była również lekarzem higieny szkolnej. W latach 2003-2013 kierowała Bankiem Krwi, pracując cały czas na Oddziale Dziecięcym, z którym pozostała związana zawodowo także po przejściu na emeryturę w 2019 roku. Przez kilkanaście lat zajmowała się leczeniem dzieci w ośrodku zdrowia w Targowiskach – w miejscowości, w której mieszkała. W ostatnich latach małymi pacjentami zajmowała się również w Miejscu Piastowym i Krościenku Wyżnym.

Mimo że spotkało ją w życiu osobistym wiele tragedii, pozostała osobą życzliwą i serdeczną. Po tragicznej śmierci męża wspaniale wychowała swoich synów, z których jeden także został lekarzem, jest naszym kolegą pracującym w brzozowskim szpitalu jako neuropsycholog.

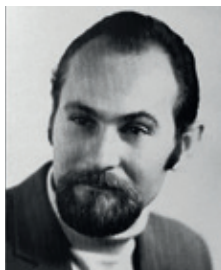
Wiele lat chorowała, znosząc to z godnością i wyjątkową pogodą ducha. Pozostawiła po sobie mnóstwo dobrych i ciepłych wspomnień. Pozostanie w pamięci nie tylko swojej rodziny, ale też wszystkich koleżanek i kolegów z pracy.

Panie, świeć nad Jej duszą.

*W imieniu koleżanek i kolegów  
ze Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie  
Halina Wilk-Szałkowska*

## Lek. Jerzy Tabaczek

ur. 20 października 1934 r. we Lwowie  
zm. 2 lipca 2023 r. w Lubaczowie



Gdy odchodzi człowiek znany i szanowany w swym środowisku, obecny w nim przez dekady, pozostaje po nim poczucie pustki, której nie można zapełnić. Taką osobą był Jerzy Tabaczek, zasłużony lekarz pediatra, wieloletni ordynator Oddziału Dziecięcego w Szpitalu Powiatowym w Lubaczowie (województwo podkarpackie), który zmarł w lipcu tego roku w wieku 88 lat. Spoczął w grobowcu rodzinnym na cmentarzu przy ul. Kościuszki w Lubaczowie.

Jerzy Tabaczek urodził się 20 października 1934 roku we Lwowie. Pochodził z rodziny o tradycjach nauczycielskich, odznaczającej się głębokim patriotyzmem. Całe swoje życie rodzinne i zawodowe związał z Lubaczowem. W 1960 roku, po ukończeniu Akademii Medycznej w Krakowie i odbyciu stażu, został zatrudniony w Szpitalu Powiatowym w Lubaczowie. Jako pediatra pracował w tej placówce przez ponad pół wieku. Już w 1962 roku został początkowo p.o. ordynatorem oddziału dziecięcego. Po zdobyciu I, a następnie II stopnia specjalizacji objął funkcję ordynatora tego oddziału i pracował na tym stanowisku przez 40 lat. W latach 1975-1977 był również dyrektorem ZOZ ds. leczenia, a następnie kierownikiem Działu Metodyczno-Organizacyjnego.

W 1966 roku był inicjatorem powołania w lubaczowskim szpitalu Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, którego przez 12 lat był przewodniczącym. Dzięki zaufaniu, jakim się cieszył w środowisku, został wybrany delegatem do Izb Lekarskich pierwszej kadencji (1989-1993). W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie pełnił obowiązki jednego z zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Był inspektorem pediatrii i kierownikiem specjalizacji pierwszego stopnia z zakresu pediatrii kilkunastu lekarzy, co uważał za swój duży sukces zawodowy. Przy Gminnych Ośrodkach Zdrowia na terenie powiatu lubaczowskiego prowadził również szkoły zdrowia. Pełnił obowiązki lekarza w Zakładzie Specjalnym dla Dzieci „Caritas” w Lubaczowie.

Był działaczem opozycji demokratycznej. W 1980 roku aktywnie działał w strukturach NSZZ „Solidarność”, które zawiązały się w lubaczowskim szpitalu. Podczas wyborów czerwcowych w 1989 roku brał udział w pracach Komitetu Obywatelskiego.

Po przejściu na emeryturę w 2000 roku przez kolejnych kilkanaście lat pracował na pół etatu w budynku szpitalnym, oddanym do użytku w 2004 roku. W tym czasie wystąpił z wnioskiem o nadanie blokowi operacyjnemu w nowej części szpitala imienia dr. Antoniego Ziętka, zasłużonego dyrektora placówki.

Pasją Jerzego Tabaczka była historia, a szczególnie dzieje Lubaczowa i regionu. Z racji swego zawodu zajmował się szczególnie historią lokalnej służby zdrowia. Opracowywał biogramy miejscowych lekarzy, a ukoronowaniem jego pracy badawczej była obszerna monografia zatytułowana: „Szpital w Lubaczowie 1896-2016. Zarys dziejów” (Lubaczów 2017). Był również autorem licznych artykułów publikowanych w „Roczniku Lubaczowskim” oraz w magazynie historyczno-kulturalnym „Lubaczów” (cykl: „Ulice naszego miasta”). Należał do zespołów redakcyjnych tych wydawnictw.

Jako regionalista aktywnie działał w wielu towarzystwach społeczno-kulturalnych. Należał do władz i był członkiem Towarzystwa Miłośników Ziemi Lubaczowskiej, Polskiego Towarzystwa Historycznego Oddz. w Przemyślu, Towarzystwa Polsko-Niemieckiego w Lubaczowie, Towarzystwa Miłośników Lwowa i Kresów Wschodnich Oddz. w Lubaczowie. Od czasów młodości był też wierny harcerstwu, ostatnio włączając się do prac w Instruktorskim Kręgu Seniora ZHP w Lubaczowie. Przez ponad 20 lat prowadził kronikę tej organizacji.

Bliska była mu pasja kolekcjonerska. Zgromadził liczny zbiór często unikalnych starych pocztówek związanych z Lubaczowem. W bibliotece domowej wraz z żoną Jadwigą zebrał cenne publikacje. Współpracował również z lubaczowskim Muzeum Kresów, którego zbiory wzbogacał o wartościowe eksponaty.

W uznaniu zasług otrzymał wiele wyróżnień, m.in. odznaki „Przyjaciel Dziecka”, „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”, „Za Zasługi dla Województwa Przemyskiego”, „Złoty Krzyż Zasługi”, „Brązowy Krzyż Zasługi dla ZHP”. W 2002 roku otrzymał prestiżowy tytuł „Lubaczowianina Roku” w dziedzinie ochrona zdrowia. W 2020 roku został wpisany do Księgi Zasłużonych dla Miasta Lubaczowa oraz do Księgi Zasłużonych dla Powiatu Lubaczowskiego.

Pozostawił swój wyraźny ślad w środowisku lekarskim i na trwałe zapisał się w dziejach Lubaczowa. Zapamiętany został jako człowiek o głębokiej wiedzy, zawsze pomocny, bardzo serdeczny i życzliwy.

Cześć Jego pamięci!

*Janusz Mazur*

## Składki członkowskie

### UCHWAŁA Nr 60/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 grudnia 2022 r.

#### zmieniająca uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

#### §1

W uchwale Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r., zmienionej uchwałą Nr 38/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 po ust. 2 dodaje się ust. 3, 4 w brzmieniu:

3. W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 złotych lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

4. W przypadku całkowitego zwolnienia od opłacania składki, odpis finansowy od składek tych lekarzy, nie będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. W przypadku zwolnienia z opłacania składki do wysokości połowy jej podstawowego wymiaru odpis finansowy będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej proporcjonalnie.

#### §2

Tekst jednolity uchwały stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

#### §3

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

### UCHWAŁA NR 27/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 5 WRZEŚNIA 2014 R.

#### w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) uchwała się, co następuje:

#### §1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentyście, członka okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem”, w wysokości 120 zł miesięcznie.

2. Lekarz posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwany dalej „lekarzem stażystą”, opłaca składkę w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 złotych miesięcznie.

3. W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1 lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

4. W przypadku całkowitego zwolnienia od opłacania składki odpis finansowy od składek tych lekarzy nie będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. W przypadku zwolnienia z opłacania składki do wysokości połowy jej podstawowego wymiaru odpis finansowy będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej proporcjonalnie.

#### §2

1. Obowiązek opłacania składki powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz stażysta:

1) został wpisany do rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej;

2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem, osobiście lub za pośrednictwem pracodawcy:

1) na konto bankowe okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej lub

2) na indywidualny numer subkonta bankowego nadany i przekazany przez okręgową lub wojskową izbę lekarską lub

3) w kasie okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej.

3. Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe od dnia wymagalności.

#### §3

1. Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje na podstawie niniejszej uchwały w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz:

1) ukończył 70 lat;

2) został skreślony z rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej;

3) złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. (...)

5. Lekarz korzystający ze zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową lub wojskową radę lekarską o osiągnięciu przychodów, o których mowa w ust. 1 pkt 3.

6. Lekarz traci prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód, o którym mowa w ust. 1 pkt 3.

7. Wzór oświadczenia o nieosiąganiu przychodów, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

8. Wzór oświadczenia o osiągnięciu przychodów, o którym mowa w ust. 5, stanowi załącznik nr 2 do uchwały

#### §4

1. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 złotych, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie § 3 uchwały.

2. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki zgodnie z § 3 ust. 6.

#### §4a

Komisja Finansowo Budżetowa Naczelnej Rady Lekarskiej co najmniej raz na dwa lata dokonuje analizy wysokości składki członkowskiej, uwzględniając w szczególności poziom inflacji, stan wynagrodzeń lekarzy oraz możliwości realizacji zadań ustawowych i przedstawia wnioski co do utrzymania lub zmiany wysokości składki członkowskiej.

#### §5

Traci moc uchwała Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2004 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, zmieniona uchwałą Nr 9/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2012 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

#### §6

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

**Załączniki do Uchwały znajdują się na stronie [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl)**

**Przypominamy**, że składka za dany miesiąc powinna wpłynąć na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie do końca miesiąca, za który powstało zobowiązanie. W przypadku nieuregulowania składki w terminie, automatycznie naliczane będą odsetki ustawowe.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie przypomina też o konieczności niezwłocznego zgłaszania do Działu Rejestru wszelkich zmian, dotyczących adresu zamieszkania i adresu do korespondencji (bądźmy wdzięczni za dołączenie adresu e-mail), miejsca pracy, stanu cywilnego, uzyskania tytułu naukowego lub specjalizacyjnego oraz informacji dotyczących przejścia na rentę lub emeryturę. Numer indywidualnego konta – na które proszę przekazywać comiesięczne składki – pozostaje bez zmian.

**W wypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Izbą Lekarską w Krakowie  
tel: 12 619 17 32, e-mail: [skladki57@oilkrakow.org.pl](mailto:skladki57@oilkrakow.org.pl)**

**Opłaty z tytułu rejestracji gabinetów prywatnych  
należy wpłacać na konto oii:**

**Bank PEKAO SA 25 1240 4650 1111 0000 5149 2553**





**Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie**  
ul. Krupnicza 11 A, 31-123 Kraków  
www.izbalekarska.pl  
Sekretariat: tel. 12 619 17 20, fax 12 619 17 30  
e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

### Biuro OIL w Krakowie oraz Delegatury

#### – przyjmowanie stron:

poniedziałek–piątek godz. 9.00 do 15.00

- Dyrektor Biura (mgr J. Bizon) 12 619 17 05  
*j.bizon@oilkrakow.org.pl*
- Kancelaria oroz (kierownik mgr S. Smoleń) 12 619 17 25  
*s.smolen@oilkrakow.org.pl*
- Kancelaria oroz 12 619 17 17, fax 619 17 29  
*kancelariaoroz@oilkrakow.org.pl*
- Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek) 12 619 17 08  
*osl@oilkrakow.org.pl*
- Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina) 12 619 17 26  
*d.dziubina@oilkrakow.org.pl*
- Rejestr Lekarzy 12 619 17 16  
*rejestr@oilkrakow.org.pl*
- Rejestracja Indyw. Praktyk 12 619 17 13  
*praktyki@oilkrakow.org.pl*
- Staże podyplomowe 12 619 17 13  
*staze@oilkrakow.org.pl*
- Księgowość (mgr M. Chodór) 12 619 17 15  
*ksiegowosc@oilkrakow.org.pl*
- Kasa 12 619 17 14
- Składki 12 619 17 32  
*skladki57@oilkrakow.org.pl*
- Redakcja „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” 12 619 17 27  
*redakcja@oilkrakow.org.pl*
- Informatycy; strony internetowe 12 619 17 01

#### Komisje:

- Bioetyczna (A. Krawczyk) 12 619 17 12  
*bioetyka@oilkrakow.org.pl*
- Etyki 12 619 17 13  
*d.zdziechowicz@oilkrakow.org.pl*
- Kształcenia Medycznego (mgr P. Pachel) 12 619 17 22  
*ksztalcenie@oilkrakow.org.pl*
- Sportu, Turystyki i Rekreacji 12 619 17 01
- Socjalno-Bytowa 12 619 17 18
- Stomatologiczna (mgr K. Trela) 12 619 17 18  
*k.trela@oilkrakow.org.pl*
- Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców 12 619 17 05
- ds. Lek. Seniorów 12 619 17 12
- ds. Młodych Lekarzy 12 619 17 13  
*kml@oilkrakow.org.pl*

- ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz) 12 619 17 13  
*praktyki@oilkrakow.org.pl*
  - Zespół ds. POZ i AOS 12 619 17 12
  - Zespół ds. Epidemiologii 12 619 17 20
  - Zespół ds. Szpitalnictwa 12 619 17 22
  - Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Hospicyjnej 12 619 17 16
  - Zespół ds. Kultury 12 619 17 20
  - Rzecznik Praw Lekarza 501 430 918  
*rzecznik@oilkrakow.org.pl*
- poniedziałki, środy i czwartki godz. 10.00 do 14.00

#### Delegatury OIL:

##### w Krośnie

ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno  
*krosno@oilkrakow.org.pl* tel. 13 432 18 59

##### w Nowym Sączu

ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz  
*nowy.sacz@oilkrakow.org.pl* tel. 18 442 16 47

##### w Przemyślu

Rynek 5, 37-700 Przemyśl  
*przemysl@oilkrakow.org.pl* tel. 16 678 26 70

#### Dyżury Radców Prawnych:

Aby otrzymać pomoc prawną, należy podać nr pwz.  
*radcowie@oilkrakow.org.pl* tel. 12 619 17 24

#### mec. Anna Gut

tel. 601 615 606

koordynator Zespołu Radców Prawnych

wtorek godz. 13.00 do 15.00  
środa godz. 13.00 do 15.00

#### mec. Tomasz Pęcherz

tel. 602 227 627

wtorek godz. 13.00 do 15.00  
czwartek godz. 13.00 do 15.00

#### mec. Tomasz Huber

tel. 733 222 867

poniedziałek, środa godz. 13.00 do 15.00  
piątek godz. 12.00 do 14.00

#### Kancelaria Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

od poniedziałku do czwartku godz. 9.00 do 15.00  
Sekretariat / Dziennik podawczy godz. 9.00 do 14.00  
tel. 12 619 17 29

#### Ubezpieczenia

- Ubezpieczenia oc (Inter) Ubezpieczenia życiowe 12 619 17 15
- Ubezpieczenia oc (Inter, PZU, Unia) 12 619 17 16
- Ubezpieczenia oc (PZU) 12 619 17 18

**Galicyska  
Gazeta  
Lekarska**  
PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

**Galicyska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 820 egz.**

ul. Krupnicza 11a, 31–542 Kraków; tel. 12 619 17 27; www.ggl.com.pl; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl

**Redaguje kolegium w składzie:** Redaktor naczelny – Jerzy Friediger; Sekretarz Redakcji – Jolanta Grzelak-Hodor  
**Członkowie:** Agata Dynkiewicz, Artur Hartwich, Marzena Ksel-Teleśnicka, Małgorzata Popławska, Andrzej Urbanik, red. Stefan Ciepły i Katarzyna Domin. **Grafika i skład:** Małgorzata Śmigła

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji i zmian tytułów w nadsyłanych tekstach i korespondencji.

Anonimów nie drukujemy. Za treść ogłoszeń nie ponosimy odpowiedzialności.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie  
zaprasza na

XXV  
BAL  
LEKARZA

MUZYKA  
NA ŻYWO

CENA:  
650 zł/os.

sobota

13 **Stycznia** 2024

🕒 godz. 20.30



**Hotel Mercure Kraków**  
ul. Fabryczna 13



*Zapisy:*  
bal@oilkrakow.org.pl

☎ 500 378 864

więcej na: <https://oilkrakow.pl/xxv-bal-lekarza/>



---

# LEXUS LBX

---

JUŻ OD : **156 384 ZŁ**



KRAKÓW

Aleja Pokoju 63A

Tel: 12 416 76 66

repcja@lexus-krakow.com.pl



KRAKÓW-ZAKOPIAŃSKA

ul. Zakopiańska 68

Tel: 12 390 76 45

zakopianska@lexus-krakow.com.pl