

nakład 15 260 egz. ISSN 1897-7782

Galiczyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2026

1/206

styczeń-luty



Dobiegła końca IX kadencja



32. Międzynarodowe Targi Stomatologiczne w Krakowie

**Weź udział w największych targach
stomatologicznych w Polsce!**

16-18.04.2026

krakdent.pl

***Rozwiń
skrzydła!***

**Zobacz
program!**





Zadanie wykonane

Kiedy 2 marca 2018 roku zostałem po raz pierwszy wybrany na stanowisko prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, nie składałem zbyt wielu obietnic. Mam jednak poczucie, że wywiązałem się z powierzonych zadań. Deklarowałem dokończenie remontu „Krupniczej” i tak się stało. Obiecywałem, że Izba będzie zwiększać wydatki na pomoc socjalną i inne formy materialnego wsparcia dla członków OIL, i teraz mamy np. „becikowe”, są specjalne nagrody z okazji ukończenia 90. roku życia. Pragnęliśmy poszerzać stale ofertę edukacyjną i mamy dziś około 50 własnych kursów i szkoleń rocznie. Zgodnie z zapowiedzią, zwiększyliśmy zakres pomocy prawnej dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Nie uciekałem od problemów systemowych. Deklarowałem, że Izba włączać się będzie we wszystkie działania zmierzające do wzrostu wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów, i chyba nikt nie powie, że dziś lekarze zarabiają nieprzyzwoicie mało. Ale naiwnością było sądzić, że lekarze mogą mieć wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia – jest on coraz mniejszy, czy na wyceny świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – nadal w wielu przypadkach nie pokrywają realnych kosztów.

Chciałem mocniej integrować nasze środowisko, bo już w 2018 roku można było zaobserwować niepokojące zjawiska. Podziały, które zawsze muszą istnieć (lecz w odpowiedniej skali mogą też przyczyniać się do postępu), przybierały coraz większe rozmiary. Aż doprowadziły do tego, co mamy dzisiaj, czyli ostrego konfliktu między Naczelną Radą Lekarską a znaczną częścią izb okręgowych. W moim pierwszym wywiadzie udzielonym „GGL” osiem lat temu powiedziałem: „Przynależność do Izby jest z mocy ustawy obowiązkowa dla wszystkich lekarzy, bez względu na poglądy polityczne, wiarę i przekonania. Przrzekam, że swoje poglądy w tym zakresie zostawiał będę przed drzwiami Izby i zrobię wszystko, aby była ona miejscem, gdzie każdy lekarz czuł się będzie gospodarzem”. Niestety, w ostatniej kadencji nie byliśmy w Naczelnej Izbie

współgospodarzami, wręcz przeciwnie, traktowano nas jak intruzów.

Jednak ta kadencja właśnie się kończy. Kończy się też moja ośmioletnia praca na stanowisku szefa krakowskiej Izby Lekarskiej, która była dla mnie źródłem dumy i satysfakcji bez względu na nieuniknione porażki. Nie sposób opisać wszystkiego, co się w tym czasie wydarzyło. Wiele momentów było niewyobrażalnie trudnych. Globalna pandemia i nieustanny strach o życie własne i naszych bliskich przy jednoczesnej walce o życie obcych przecież nam ludzi, naszych pacjentów. Jak sobie z tym poradzić? Wybuch wojny tuż za granicą działania naszej Izby i konieczność pomocy tysiącom uciekinierów, którzy nieustannie uświadamiali nam, że możemy być następnymi ofiarami. Czy w końcu śmierć naszego kolegi Doktora Tomasza Soleckiego, zamordowanego przez pacjenta. Cóż z tego, że zabójca był człowiekiem chorym, przecież nigdy nie wiemy, kto za chwilę wejdzie do naszego gabinetu.

W tych wszystkich chwilach potrafił się jednoczyć. Chowaliśmy urazy i ambicje. Nie zapominajmy o tym. To bała, ale prawdziwy – w jedności siła.

Dlatego też dziękuję wszystkim, którzy przez minione dwie kadencje zjednoczeni ze mną pomagali sprostać wyzwaniom którzy każdego dnia przyczyniali się do rozwoju naszej Izby i wzrostu satysfakcji jej członkiń i członków. Nie wymienię tu nazwisk, bo jest ich wiele, a nikogo nie chciałbym pominąć.

Za chwilę poznamy nowe władze Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Wybierzmy mądrze. Ja mam już swojego kandydata na stanowisko prezesa Izby, a dokładniej kandydatkę. Powierzę jej swój mandat z przekonaniem i wiarą, że krakowska Izba nadal będzie najlepszą w kraju.

*Robert Stępień
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
VIII i IX kadencji*

W numerze m.in.:

Z prezesem ORL Robertem Stępnem
przed Zjazdem rozmawia J. Hodor **5**

Wraca projekt likwidacji stażu
podyplomowego – K. Domin **10**

„Prokocim” ma już 60 lat
– K. Domin **14**

O Szpitalu Dziecięcym jubileuszowe
wspomnienia prof. J. Skalskiego **18**

Znikają kolejne „porodówki”
– K. Domin **20**

Zagrożenie HIV rośnie, świadomość
problemu nie – J. Sieradzka **22**

Nowoczesna ortopedia daje
nowe szanse – J. Hodor **24**

Fotorelacja
z karnawałowych bali w OIL **30-31**

O depreskrypcji piszą
prof. R. Korbut i dr hab. J. Woron **33**

Prof. Józef Japa – historia,
która trwa – prof. R. Gryglewski **38**

Warunki powrotu do pracy
po dłuższej przerwie – mec. A. Gut **45**

Do teatrów na „Antygone”
i „Zamknij oczy Nel”
zaprasza M. Szumiec **51-53**

Pożegnania:
dr Anna Steier-Ciechanowska,
dr Zbigniew Bajda **57-58**

Nasza okładka



Dobiegła końca IX kadencja

MOJE PERSWAZJE



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Czas upływa nieubłaganie. Dobiega końca kolejna kadencja samorządu lekarskiego, a wraz z nią moja zaszczytna rola redaktora naczelnego „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”.

Byliśmy ze sobą z krótkimi przerwami niemal 20 lat, także podczas wcześniejszych kadencji. Przez ten czas starałem się dzielić z Państwem swoimi przemyśleniami i refleksjami na temat aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, która, niestety, nie jest coraz lepsza, a wręcz odwrotnie, i kolejne zmiany na ministerialnym stołku jej nie poprawiają.

Żegnając się z Państwem jako „naczelný” tej gazety, życzę Wam doczekania lepszych czasów dla ochrony zdrowia, doczekania tego, aby była dostrzegana nie tylko przed wyborami, lecz także na co dzień, aby pieniądze przeznaczone na ten cel były traktowane jak inwestycja, a nie tylko jak wydatek.

Każdemu z Was życzę wiele szczęścia, zdrowia i spokoju tak w domu, jak i w pracy.

Mam nadzieję, że na łamach „GGL” będę mógł jeszcze od czasu do czasu zabierać głos, dlatego żegnając się z funkcją, nie żegnam się z Czytelnikami naszego pisma.

A więc – do zobaczenia...

Jerzy Friediger

*Redaktor naczelny „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”
w IX kadencji samorządu lekarskiego*

W SKRÓCIE

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 14 lutego 2026 roku.

Na progu X kadencji

■ 14 marca o godzinie 10 rozpocznie się XLV Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Obradować będą po raz pierwszy delegaci wybrani na X kadencję samorządu lekarskiego. Podczas Zjazdu wybrany zostanie nowy prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, a także członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej, delegaci na Krajowy Zjazd



Lekarzy, członkowie Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, zastępcy OROZ i członkowie

Okręgowej Komisji Wyborczej. Przyjęty zostanie także preliminarz budżetowy na rok 2026.

Miejscem obrad będzie Premier Kraków Hotel.

OIL w liczbach

■ Na dzień 20 stycznia 2026 r. Okręgowy Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Krakowie zawierał dane 20 066 osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu (15 745 lekarzy i 4 287 lekarzy dentystów oraz 34 osoby posiadające podwójne uprawnienia lekarskie i lekarsko-dentystyczne).

W tej liczbie jest 2 167 lekarzy należących do Delegatury OIL w Nowym Sączu (1 617 lekarzy i 550 lekarzy dentystów), 1 640 osób (1 288 lekarzy i 352 dentystów) przypisanych do Delegatury w Krośnie, natomiast liczebność Delegatury OIL w Przemyślu to 1 125 osób (862 lekarzy i 263 lekarzy dentystów). W ciągu minionych czterech lat liczba członków OIL w Krakowie wzrosła o ponad 2000 osób.

WOŚP

dla gastroenterologii dziecięcej

■ Tradycyjnie w ostatnią niedzielę stycznia w całym kraju, jak zawsze

hucznie, świętowano Finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, która zagrała już po raz 34., tym razem pod hasłem „Zdrowe brzuszki naszych dzieci”. Deklarowana kwota tegorocznej zbiórki to 183 231 78 zł. Szczegółowe dane będą znane pod koniec marca, ale już wiadomo, że akcja po raz kolejny pobiła rekord.

Celem tegorocznej zbiórki jest diagnostyka i leczenie chorób przewodu pokarmowego u najmłodszych pacjentów. Choroby te dotyczą ok. 1,2-1,5 mln dzieci w całej Polsce. Z zebranych środków Fundacja zakupi sprzęt dla 16 klinik, m.in. nowoczesne aparaty USG z możliwością wprowadzenia sond do przewodu pokarmowego, endoskopy pediatryczne, aparaty RTG, stoły operacyjne, urządzenia żywienia dojelitowego i/lub pozajelitowego oraz konsolę chirurgiczną da Vinci Xi. Orkiestra zobowiązała się także do pokrycia kosztów – w całym kraju – narzędzi do robotów chirurgicznych dla pacjentów pediatrycznych.

Pomysł niekoniecznie dobry

■ Wspierać WOŚP można na wiele sposobów, ale w tym roku jeden z pomysłów wzbudził kontrowersje. Otóż prywatny Szpital św. Wojciecha w Poznaniu wystawił na aukcję Orkiestry tonsilektomii, czyli operację usunięcia migdałków, dostępną przecież w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Problem w tym, że na zabiegi w ramach NFZ czeka się coraz dłużej, ponadto „charytatywny” zabieg miałby wykonać prof. Wojciech Golusiński, jeden z bardziej uznanych polskich specjalistów w dziedzinie laryngologii.

W pomysł tym nie było nic nielegalnego, lecz nie tylko w środowisku lekarskim wzbudził on lekki niesmak. Jak podawał pod koniec stycznia „Puls Medycyny”, „orkiestrową” tonsilektomię licytowało kilkanaście osób, deklarowana kwota nie była dużo wyższa od tej, jaką można znaleźć w cennikach prywatnych placówek medycznych w pozycji „usunięcie migdałków”. W końcu nawet dla WOŚP za konieczną operację nikt nie chce przepłacać. →

Podziękowania dla Redaktora Stefana Ciepłego

Wraz z końcem roku z biurkiem i komputerem w niewielkim redakcyjnym pokoiku postanowił się pożegnać redaktor Stefan Ciepły, zmieniając swój status ze stałego pracownika Izby na współpracownika „Galicyskiej Gazety Lekarskiej”.

Redaktor Ciepły jest w Izbie i nie tylko postacią ikonyczną. Lista lekarzy, dyrektorów szpitali, profesorów medycyny, naukowców, z którymi przeprowadził wywiad, których nękał o napisanie „kilku zdań” na dany temat, jest niezmiernie długa. Bo dla Stefana Ciepłego pisanie jest jak oddychanie, naturalny odruch, stąd wierzy, że i innym przychodzi to z łatwością.

Z redakcją „GGL” związany jest od 1997 roku, przez 20 lat kierował jej pracami jako jej sekretarz. To redaktorowi Ciepłemu Izba zawdzięcza m.in. dwie wspaniałe monografie, dwutomowe „Wypisy z dziejów samorządu lekarskiego



i medycyny w Krakowie”, obejmujące lata 1893-1945 oraz 1989-2015. O byciu dziennikarzem marzył od dziecka. Zanim związał się z Okręgową Izbą Lekarską, przez lata pracował m.in. w „Gazecie Krakowskiej” i w „Życiu Literackim”. Polonista, który obyciem w kulturze onieśmiela swoich rozmówców.

I choć Redaktor nie rozstał się definitywnie z krakowską Izbą, podczas ostatniego w 2025 r. posiedzenia Prezydium

ORL prezes Robert Stępień podziękował mu oficjalnie za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę na rzecz samorządu. Prócz dyplomu na własne życzenie otrzymał w ramach upominku duży zegar ścienny. Mamy nadzieję, że będzie mu przypominał, iż zawsze jest czas, by odwiedzić znajome miejsca i wieloletnich współpracowników. I że już najwyższy czas, by napisać kolejny felieton dla „GGL” (w tym numerze na str. 21), a może coś jeszcze? (Red.)

→ **Rekordowa liczba przeszczepów**

■ 26 stycznia, w Ogólnopolskim Dniu Transplantologii, MOW NFZ opublikował dane, z których wynika, że 2025 r. przyniósł rekordowe wyniki w polskiej transplantologii – zarówno w skali kraju, jak i w Małopolsce. Jak podaje Poltransplant, w minionym roku w Polsce przeszczepiono 2298 narządów wewnętrznych, które trafiły do 2254 pacjentów. Najszybciej rośnie liczba przeszczepień wątroby – wzrost o 160 proc. w porównaniu z 2020 r., i nerek – wzrost o 80 proc. w stosunku do 2021 r.

Coraz więcej przeszczepów wykonuje się także w Małopolsce, gdzie w minionym roku było ich łącznie 308. W Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II wykonano 11 transplantacji serca oraz dwie płuc, natomiast w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie aż 104 przeszczepy nerek. W tym okresie w Małopolsce dokonano także 103 transplantacji szpiku: 85 w SU i 18 w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym. Transplantacje rogówki realizowano m.in. w Wojewódzkim Szpitalu Okulistycznym, gdzie wykonano 63 takie zabiegi, oraz w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym, gdzie odbyło się ich 17.

W 2025 r. MOW NFZ w Krakowie przeznaczył na finansowanie przeszczepów ponad 52 mln zł.

(źródło: MOW NFZ)

Wirusy w natarciu

■ Od początku roku w Polsce rosła liczba zachorowań na grypę. Główny Inspektor Sanitarny dr Paweł Grzesiowski informował na początku lutego, że do centrum e-Zdrowia, gdzie raportuje ok. 50 proc. przychodni, zgłoszono od września około miliona przypadków grypy. W tym czasie zmarło z powodu powikłań tej choroby ponad tysiąc osób. Natomiast tylko od początku stycznia hospitalizowano z rozpoznaniem grypy i jej powikłań aż ok. 23 tys. osób.

„Szacujemy, że łącznie od początku sezonu mogło zachorować na grypę nawet ok. 2-2,5 mln ludzi. Takie dane wskazuje też liczba zrealizowanych recept na leki przeciw grypie” – podkreślał dr Grzesiowski. Liczba zachorowań jest trzy razy wyższa niż w poprzednim sezonie grypowym.

W Małopolsce na przełomie stycznia i lutego wskaźnik zachorowań wynosił 524 przypadki na 100 tys. mieszkańców i stale rósł. Sytuację poprawiły nieco ferie (dzieci nie zarażały się w szkołach), lecz na krótko. Jedyna pociecha w tym, że jak informował Małopolski Oddział NFZ, tylko do lutego br. w tym województwie zaszczepiło się przeciwko grypie o ponad 50 tys. osób więcej (w sumie ponad 200 tys.) niż w całym poprzednim sezonie.

Wg danych spływających przez systemy Centrum e-Zdrowia tylko w jednym tygodniu lutego odnotowano również 13 tys. przypadków zachorowań na RSV, ok. 4 tys. na COVID-19 i ok. 400 zachorowań na krztusiec.

(źródło: GIS, MOW NFZ)

Przełom w leczeniu glejaka mózgu

■ Interdyscyplinarny zespół naukowców z UJ pod medycznym kierunkiem dr n. med. Eweliny Grzywny z Kliniki Neurochirurgii i Neurotraumatologii Wydziału Lekarskiego UJ CM opracował nową metodę podawania leku stosowanego w terapiach nowotworu mózgu. Potencjalnie pozwala ona zwiększyć efektywność leczenia i poprawić komfort życia pacjentów. Nowe rozwiązanie umożliwia podawanie leku na dwa sposoby – bezpośrednio do mózgu podczas operacji resekcji guza, jak również w aerozolu poprzez jamę nosową chorego.

Opracowana metoda polega na miejscowym podawaniu temozolomidu (TMZ) – obecnie najczęściej stosowanego leku w chemioterapii glejaka mózgu – za pomocą platform biopolimerowych. Standardowa chemoterapia

z wykorzystaniem temozolomidu powoduje poważne skutki uboczne.

„Zależało nam na opracowaniu sposobu podawania TMZ bezpośredniego do mózgu zajętego przez nowotwór, tak by pominąć krążenie ogólnoustrojowe pacjentów. Jeśli uda się spełnić ten warunek, działanie TMZ będzie maksymalnie efektywne, a skutki uboczne j minimalne” – mówi dr Ewelina Grzywna.

Opracowane na UJ biopolimerowe nośniki TMZ oraz metody jego podawania są przedmiotem kilku zgłoszeń patentowych. Centrum Transferu Technologii UJ, które odpowiada za komercjalizację opracowanych rozwiązań, obecnie nawiązuje relacje z partnerami z branży biomedycznej i farmaceutycznej, z którymi będzie możliwe przeprowadzenie dalszych badań.

(źródło: cm-uj.krakow.pl)

Personalia

■ **Dr n. med. Remigiusz Ziarno** został pierwszym w 2026 r. laureatem Nagrody Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego im. Prof. M. Sycha. Wyróżnienie przyznano za pracę doktorską pt. „Wartość subterraneoterapii w leczeniu przewlekłych nienowotworowych schorzeń krtani”. Uroczystość wręczenia nagrody odbyła się 21 stycznia w siedzibie TLK.

■ **Mgr Dorota Gołąb-Beltowicz** została powołana na stanowisko dyrektora Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej (UKS). Jej kadencja rozpoczęła się 1 stycznia br. i potrwa 6 lat. Nowo powołana dyrektorka jest absolwentką Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, specjalistką w dziedzinie finansów i bankowości oraz rachunkowości i zarządzania. Ponad 20-letnie doświadczenie zawodowe w sektorze ochrony zdrowia zdobywała pracując m.in. w krakowskich szpitalach Zakonu Bonifratrów oraz im. Stefana Żeromskiego.

Wielka duma i trochę żalu

**Rozmowa z prezesem Robertem Stępnem,
który na koniec misji kierowania krakowską Izbą Lekarską
podsumowuje ostatnie osiem lat.**

Panie Doktorze, osiem lat temu, kiedy po raz pierwszy obejmował Pan stanowisko Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, podkreślał Pan, że kierowanie taką izbą to największy zaszczyt, jaki może spotkać lekarza, ale też ogromne zobowiązanie. Dziś kończy Pan tę misję, swoją drugą i ostatnią kadencję w roli prezesa ORL. Czy udało się wywiązać ze zobowiązań? Mimo iż z powodu pandemii, wojny u sąsiadów, ostrego konfliktu wewnątrz samorządu czy w końcu śmiertelnego zamachu na krakowskiego lekarza były to jak dotąd najtrudniejsze lata w historii odrodzonych izb lekarskich...

– Myślę, że tak, choć wiem, że oczekiwań wobec samorządu lekarskiego jest tyle, ile jego członkiń i członków. Do krakowskiej Izby należy obecnie ponad 20 tysięcy osób, kiedy stawałem na jej czele, było to około 17 tys. lekarzy. Trudno wszystkich zadowolić, zwłaszcza że większość ludzi częściej krytykuje i narzeka, niż zgłasza konstruktywne propozycje. Jednak przez ostatnie osiem lat staraliśmy się reagować na potrzeby. Łatwo to sprawdzić, choćby rozliczając realizację wniosków przyjmowanych przez kolejne Okręgowe Zjazdy.

Na przykład dwa lata temu postulowano finansowanie szczepień dla lekarzy i lekarzy dentystów, więc to robimy. Wydaliśmy na ten cel ogromne środki, ale one po prostu w formie szczepionek wróciły do tysięcy naszych lekarzy regularnie opłacających składki. W planach jest poszerzenie tej oferty, ale to już zależy od decyzji nowych władz Izby.

Postulowano wprowadzenie stypendiów naukowych dla młodych lekarzy i od kilkunastu miesięcy już je przyznajemy. Reagowaliśmy na każdy głos w sprawie szkoleń i kursów. Tylko przez ostatnie cztery lata zorganizowaliśmy ich około dwustu, najwięcej w kraju. Mógłbym jeszcze długo wyliczać osiągnięcia naszej Izby w ostatnich dwóch kadencjach, ale i tak zawsze ktoś może czuć niedosyt. Ja jednak czuję satysfakcję. Wykonałem zadanie.



Co uznałby Pan Prezes za największy sukces tych dwóch kadencji?

– Nie ulega wątpliwości, że jest nim nasz nowy lekarski dom, czyli zakończenie przygotowywanej przez lata modernizacji siedziby Izby przy ul. Krupniczej w Krakowie. Jest nowoczesny, wygodny, otwarty dla wszystkich i każdy jest w nim mile widziany. I to właśnie ten nasz nowy dom pozwolił spełnić wiele postulatów, o których wspominaliśmy wcześniej. Co bardzo ważne, służy realizacji jednego z głównych zadań samorządu, czyli integracji środowiska. Odbywa się tu niezliczona liczba spotkań, wydarzeń, debat i konferencji, tu możliwe są zarówno szkolenia, jak i koncerty. Znalazło się nawet miejsce dla lekarskiego chóru, utworzonego właśnie podczas sprawowania przeze mnie funkcji prezesa ORL.

Naprawdę czuję ogromną dumę, gdy po wyłożonych dywanem schodach wchodzę do pięknie odrestaurowanego wnętrza tej kamienicy. I jestem szczęśliwy, że udało się dokończyć dzieło rozpoczęte przez moich poprzedników, doktora Jerzego Friedigera i profesora Andrzeja Matyję oraz gro- ➔no wielu innych osób zaangażowanych w to przedsięwzięcie.



⇒ **Niewątpliwie nowa siedziba pozwoliła na podjęcie nowych inicjatyw, wcześniej niemożliwych lub przynajmniej trudnych w realizacji z powodu braku odpowiedniego miejsca. Lekarze, którzy dołączyli do Izby po 2019 roku, chyba nie mają pojęcia, jak kiedyś wyglądała „Krupnicza” – przy okazji polecam stronę internetową „GGL”, gdzie prezentujemy fotograficzne zestawienie starego z nowym.**

– Poszerzenie spektrum działań Izby było jednym z większych wyzwań. Tego domagali się jej członkowie. Udało się to nadspodziewanie dobrze. Na przykład wydarzenia kulturalne, jakie mają tu miejsce, oddziałują na całe miasto, co w artystycznym Krakowie wydaje się wręcz niewiarygodne. Słyszałem, że dziś po prostu wypada zaglądać na koncerty czy wystawy „u lekarzy”. Mieszkańcy Krakowa przychodzą też na spotkania naszego Klubu Dyskusyjnego – nie bez powodu plakaty z informacjami o nich wiszą na drzwiach Izby. Co chwilę ktoś z przechodniów zatrzymuje się przed jej bramą, bo kto by nie chciał spotkać w kameralnych warunkach profesora Wróbla, generała Bieńka, Krzysztofa Globiśa i innych wybitnych osób, z prowadzącym ten Klub profesorem Skalskim na czele.

Z naszej nowej siedziby ogromnie cieszą się także lekarze seniorzy, którzy należą do najbardziej aktywnych członków Izby. Ich kluby, nie tylko w Krakowie, lecz także w Delegaturach, to kopalnie pomysłów na to, jak mimo podeszłego wieku żyć ciekawie i aktywnie. A spotkania w odrestaurowanych piwnicach kamienicy przy Krupniczej na pewno do nudnych nie należą.

Dzięki tej naszej lekarskiej przystani możemy spokojnie planować inne aktywności, na przykład imprezy sportowe na najwyższym poziomie.

Nie chodzi w tym jednak o zapewnienie rekreacji i rozrywki, bo nie to jest rolą samorządu. Znacznie ważniejsza

jest integracja, której takie działania służą. Integracja może też pomóc w rozwoju zawodowym, co jest np. celem organizowania w Izbie spotkań młodych lekarzy, lekarzy stażystów z tymi, którzy już staż zakończyli, rezydentów ze specjalistami, polskich specjalistów z zagranicznymi itd. Izba umożliwia wymianę doświadczeń na każdym poziomie i każdej grupie lekarzy i lekarzy dentystów. Jest to także platforma współpracy naszego środowiska z zarządzającymi placówkami opieki zdrowotnej, z władzami.

Członkowie krakowskiej Izby otrzymują od samorządu znacznie więcej, niż wymaga tego ustawa, niż sami postulują. Nie jest możliwe podanie tu wszystkich kwot przeznaczonych na kształcenie, pomoc socjalną, prawną, psychologiczną, na rekreację, sport, nasze dzieci i wnuki, i na mnóstwo innych celów, ale wszystko to można znaleźć w szczegółowych sprawozdaniach z działalności Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Szeroko informujemy o tym na naszych stronach internetowych, w mediach społecznościowych i w tej gazecie, której właśnie udzielam wywiadu.

Podkreśla Pan Prezes znaczenie integracji środowiska, tymczasem można odnieść wrażenie, że wciąż brakuje porozumienia między pokoleniami, a władze wielu okręgowych izb dzieli od Naczelnej Izby coraz większa przepaść. Niestety, cierpi na tym publiczny wizerunek samorządu lekarskiego.

– Cóż, takie mamy czasy, choć konflikty międzypokoleniowe to po prostu cecha immamentna ludzkości. Młodzi ludzie, szczególnie młodzi, choć i inne grupy wiekowe nie są pozbawione tej skłonności, bardzo skupiają się na żądaniach, oczekiwaniach, a jednocześnie nie mają ochoty poświęcić czegokolwiek dla wspólnego dobra. Obserwujemy to nie tylko w izbie lekarskiej, w naszym samorządzie. Problem jest powszechny. Tak zwane „społecznikostwo” to pojęcie archaiczne. Niestety,



także praca często nie jest już dla młodych lekarzy powołaniem, lecz drogą do realizacji własnych, bardzo indywidualnych celów, wśród których nie ma działalności dla dobra innych. *Work-life balance* pożądaný przez młodych lekarzy wyklucza poświęcenie dla środowiska zawodowego.

Ale nie popadajmy w skrajności, na szczęście jest jeszcze parę procent młodych ludzi, którzy mają inne podejście do życia. I to cieszy, bo istnieje szansa, że ktoś po nas przejmie pałeczkę i będzie nadal prowadził działalność samorządową. Jeśli tak się nie stanie, samorząd lekarski przestanie istnieć. Zostaną tylko biura izb prowadzące rejestry lekarzy, wydające poświadczenia i odnotowujące czyjś zgon.

I w ten sposób możemy płynnie przejść do pytania o porażki. Czego nie udało się zrealizować, jakie wyzwania okazały się zbyt trudne albo nierealistyczne?

– Chyba najbardziej zasmuca mnie to, o czym mówiłem przed chwilą. Nie udało się zaangażować większej liczby młodych lekarzy do działania i rozwijania przez nich zawodowych i życiowych pasji w powiązaniu z Izbą Lekarską. Uważam to za porażkę, bo naprawdę wierzyłem i starałem się osiągnąć ten cel.

Kolejna porażka to relacje naszej Izby, ale też połowy pozostałych izb okręgowych, z Naczelną Izbą Lekarską. Strasznie upolityczniono działanie samorządu na szczeblu centralnym, co dawniej było nie do pomyślenia. Kiedyś lekarze odcinali się od powiązań politycznych i dzięki temu byliśmy zauważalnym i szanowanym partnerem dla wszystkich opcji politycznych. Dziś skręt w jednym kierunku wywołuje lawinę spadku znaczenia samorządu lekarskiego. A wewnętrzne tarcia są tak silne, że coraz trudniej uwierzyć w jakiekolwiek porozumienie. Niektóre działania obecnej ekipy w „centrali” budzą co najmniej ogromny niesmak, by nie nazwać tego mniej elegancko. Nawet teraz, na koniec kadencji, dochodzi do sytuacji,

których nikt wcześniej nawet by sobie nie wyobrażał. Nikt by nie uwierzył, że w samorządzie może się toczyć tak brutalna walka o pełnię władzy, wręcz dyktaturę. Tymczasem samorząd jest dla wszystkich i wszyscy mają w nim równe prawa. Rolą Naczelnej Rady powinno być jedynie koordynowanie działalności i inicjowanie wspólnych przedsięwzięć.

Dziś żałuję tego, że zabrakło mi determinacji w relacjach z NIL, że zabrakło sił do walki w obronie słusznych poglądów i idei działania samorządu lekarskiego. Może nie doszłoby do tak głębokich podziałów. Cóż, nie tylko ja wykazałem się w tej sprawie naiwną wiarą, że siłą spokoju i argumentów, dialogiem i kompromisem doprowadzi się do zmiany czyjegoś postępowania. Nie zadziałało.

Nie da się ukryć, iż konflikt połowy izb z Naczelną to także przejaw walki pokoleń. „Młodzi” kontra „starzy” działacze. Ale kiedy obejmował Pan stanowisko prezesa krakowskiej Izby, miejscami toczyła się jeszcze inna wojna – między lekarzami a lekarzami dentydami. Krakowski samorząd świecił przykładem doskonałej współpracy i wzajemnego szacunku, lecz nie wszędzie tak było. Wszak doktor Robert Stępień był pierwszym w Polsce lekarzem dentydą, któremu powierzono kierowanie tak dużą izbą lekarską. Czy fakt, iż reprezentuje Pan samorządową mniejszość, pomagał, czy raczej przeszkadzał w budowaniu relacji i zarządzaniu tą instytucją?

– Z jednej strony to pomagało, bo zawód lekarza dentydy jest zawodem niezależnym, a ta niezależność powodowała, że nie było prób nacisku na mnie. Z drugiej jednak strony, w środowisku Krakowa, konserwatywnym i podkreślającym wagę, wyższość medycyny, nie zawsze lekarze chcieli mnie słuchać. W środowisku akademickim zwykle spotykałem się z przychylnym nastawieniem, ale nie ukrywam, że były też sytuacje, kiedy podważano moje i Izby opinie, krytykowano moje stanowisko w sprawach „ogólnolekarskich” nie z przyczyn merytorycznych, lecz, wydaje się, jedynie z tego powodu, że jestem dentydą. Dramatycznym przykładem było ignorowanie moich i Izby apeli podczas pandemii. Od początku domagaliśmy się innej organizacji opieki nad pacjentami z koronawirusem – takiej, która zapewniłaby pełny dostęp do opieki medycznej wszystkim innym chorym. Przeczuliśmy, jakie skutki będzie mieć totalna blokada szpitali i przychodni, ponosimy je do dziś. Niestety, nikt mnie wówczas nie słuchał.

Zawód dentydy ma jednak także tę zaletę, że większość z nas prowadzi własną działalność gospodarczą. Byłem również szefem podmiotu leczniczego, co na pewno ułatwiało mi kierowanie Izbą. Umiejętność zarządzania jest bardzo

→

→ przydatna na tym stanowisku. Bez niej nie każdy poradzi sobie z tą funkcją.

Jakiej więc rady udzieliłby Pan Prezes swojemu następcy albo następczyni?

– Po pierwsze, pozostać osobą niezależną od nacisków politycznych i środowiskowych. Nie wchodzić w układy. Wtedy łatwiej będzie podejmować decyzje dobre dla wszystkich członków Izby. Po drugie, trzeba dobrać sobie właściwych ludzi do pomocy i do realizacji statutowych zadań samorządu, bo w pojedynkę czy nawet w dwie, trzy osoby nie da się zrealizować założonych celów. Nie należy przy tym patrzeć

na czyjąś pozycję naukową, uczelnianą, zawodową, ale na to, czy ktoś ma czas i ochotę, by się udzielać, i kreatywność, by inspirować i rozwijać Izbę. Ja miałem szczęście do współpracowników. Dziękuję wszystkim, którzy wspierali mnie przez te osiem lat. Nie rozstaję się z Izbą, otrzymałem od koleżanek i kolegów mandat delegata na następną kadencję samorządu, chciałbym dalej w nim działać. Ale mimo wielu sukcesów i wielkiej satysfakcji, chyba jednak z ulgą zasiadę w drugim rządzie. Zaslubiłem na odrobinę *work-life balance*.

Rozmawiała

Jolanta Grzelak-Hodor

Fot. Archiwum „GGL”

Na przełomie kadencji

Mimo zimy za oknem, i to wyjątkowo mroźnej w tym roku, na sali obrad krakowskiej Izby panowała w ostatnim czasie gorąca atmosfera. Trudno bowiem o chłodny umysł, gdy dyskutuje się o projektach likwidacji stażu podyplomowego, konflikcie okręgowych izb z centralną władzą samorządu czy bezzasadnych dziś przywilejach dla lekarzy z Ukrainy pragnących bez weryfikacji wiedzy praktykować w naszym kraju. A tym, między innymi, zajmowali się w ostatnich tygodniach członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej i jej Prezydium.

Pomysł likwidacji stażu podyplomowego wraca co kilka lat. W ostatnich miesiącach znów się pojawił, niestety nieoparty merytorycznymi argumentami, a jedynie finansową kalkulacją. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie 17 grudnia przyjęło w tej sprawie specjalne stanowisko. Problem modelu kształcenia lekarzy jest szalenie istotny nie tylko dla samych lekarzy, ale dla całego społeczeństwa, dlatego poświęcamy mu osobny artykuł (s. 10).

Podnoszenie kwalifikacji, kształcenie ustawiczne to jedno z najważniejszych zadań realizowanych przez krakowską Izbę, co roku przeznaczane są na ten cel bardzo poważne środki – OIL organizuje ok. 50 kursów i szkoleń rocznie. W kończącej się właśnie kadencji powołano także Komisję Stypendialną, która wspiera finansowo młodych lekarzy pragnących podnosić kwalifikacje na kursach i szkoleniach zewnętrznych. W grudniu do Komisji wpłynęło siedem zgłoszeń, ale ani jednego od lekarza dentysty. Przyznano stypendia czterem osobom spełniającym kryteria. Reprezentowane przez nich specjalności to ortopedia, okulistyka,

urologia i dermatologia. Troje młodych lekarzy postanowiło poszerzać wiedzę na kursach za granicą, jedna osoba w Polsce. Kwoty dofinansowania to po 8 tys. złotych. Lada dzień wybrane zostaną nowe władze Izby, lecz wszyscy zakładają, iż program stypendialny będzie utrzymany. Jednak podczas posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej 17 grudnia 2025 roku jej członkowie podkreślali konieczność nowelizacji regulaminu przyznawania tego dofinansowania w kolejnej kadencji. Takim wnioskiem skończyła się dyskusja, czy należy przyznawać stypendium na szkolenie z „medycyny estetycznej”, skoro formalnie takiej specjalności nie ma.

Bezdiskusyjna jest natomiast potrzeba pomocy lekarzom i lekarzom dentystom w szczególnie trudnej sytuacji. Dlatego Rada podjęła uchwałę o utrzymaniu obowiązującej od lat zasady przekazywania rocznie jednego złotego od każdego członka Izby na rzecz Fundacji „Lekarze Lekarzom”. Wniosek w tej sprawie złożył prezes Fundacji i także sekretarz ORL Mariusz Janikowski. Złotówkę wpłacają na jej konto również członkowie innych izb, więc zdaniem doktora Janikowskiego na razie nie ma potrzeby podnoszenia tej kwoty.

Również złotówkę od każdego lekarza należącego do krakowskiej i innych izb otrzymają organizatorzy Lekarskich Igrzysk Sportowych zaplanowanych na sierpień br. w Cetniewie.

Posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej odbywa się kilka razy w roku, toteż sporo uwagi poświęca się sprawom ponadczasowym. A taką jest na pewno walka o zwiększenie bezpieczeństwa medyków. W trakcie grudniowych

obrad wiceprezes ORL prof. Andrzej Matyja przedstawił relację ze spotkania Zespołu ds. bezpieczeństwa osób wykonujących zawód medyczny (którego pracom przewodniczy), jakie odbyło się 15 grudnia w Warszawie z udziałem ministra Waldemara Żurka. Opracowano już definicję agresji, która zostanie wpisana do dokumentów. Ustalono również, że Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia będzie prowadzić rejestr zdarzeń niepożądanych (hejt, akty agresji itp.), by znać skalę zjawiska. W tym celu powstanie dostępny online kwestionariusz. Należy mieć nadzieję, że propozycje zmian w ustawach dotyczące kwestii bezpieczeństwa medyków zostaną opracowane do końca 2026 r. Tymczasem prof. Matyja zaapelował o zgłaszanie Zespołowi wszelkich uwag na temat zjawiska agresji w ochronie zdrowia.

Sprawą, którą ORL zajmuje się już od lat i pewnie nadal będzie się zajmować, są starania o odzyskanie przedwojennego majątku krakowskich lekarzy – kamienicy Pod Gruszką położonej u zbiegu ulic Sławkowskiej i Szczepańskiej, czyli

w rogu Rynku Głównego. Wartość tej kamienicy szacowana jest obecnie na ok. 40 mln zł. Aktualny stan prawny przedstawił Radzie prezes Robert Stępień. Przypomniał, iż w związku z odmowami uznania roszczeń i przewlekłością postępowań władze Izby zakładają wystąpienie na międzynarodową drogę prawną. Nastąpi to jednak po wyczerpaniu ścieżki odwoławczej w kraju. 17 września 2024 r. zapadł w Warszawie wyrok, który oddalił powództwo Izby. Została złożona apelacja – dokumenty wpłynęły do sądu w Warszawie 2 grudnia 2024.

– Wciąż czekamy. Należy się spodziewać, że w ciągu dwóch lat odbędzie się sprawa odwoławcza i że wyrok będzie negatywny. Wtedy OILłoży skargę kasacyjną, co otworzy drogę do Trybunałów Europejskich, które zwykle uznają prawa własności – poinformował prezes Stępień.

Ostatnie posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej IX kadencji zaplanowano na 25 lutego. O pożegnaniu „starej” Rady, ale też o powitaniu „nowej” – w następnym numerze „GGL”, który zgodnie z planem powinien się ukazać w kwietniu.

JGH



3 grudnia 2025 roku po raz ostatni w IX kadencji samorządu prezes ORL Robert Stępień i przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Lech Kucharski wręczyli młodym lekarzom nagrody za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny.

Adriana Brzezińska – periodontologia
Agnieszka Cyran – nefrologia dziecięca
Jakub Frydrych – urologia
Paulina Gołasa-Szczepaniak – nefrologia
Karol Kasprzycki – kardiologia
Karolina Kucypera-Sołtyś – chirurgia stomatologiczna
Magdalena Pasadyn – zdrowie publiczne

Katarzyna Polińska – pediatria
Ewelina Preizner-Rzucidło – genetyka kliniczna
Monika Szewczyk – endokrynologia
Patrycja Tarka – periodontologia
Aleksandra Winiarska – chirurgia plastyczna
Urszula Zajda – ortodoncja

Dyskusji wokół likwidacji staży ciąg dalszy

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt zmian w ustawach regulujących wykonywanie zawodów lekarza, lekarza dentysty oraz pielęgniarki i położnej.

10 lutego br. na stronie Ministerstwa pojawił się artykuł podsumowujący proponowane nowelizacje. Jednym z kluczowych rozwiązań jest skrócenie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów do 6 miesięcy. Projekt przewiduje również nowy model planowania rezydentur – priorytet w przyznawaniu etatów rezydenckich otrzymają jednostki akredytowane w regionach o największych brakach kadrowych. Planuje się także wprowadzenie Państwowego Egzaminu Kompetencyjnego po pierwszej części szkolenia specjalizacyjnego oraz rozwiązań mających na celu egzekwowanie dopełniania przez lekarzy i lekarzy dentystów obowiązku doskonalenia zawodowego.

Spośród propozycji MZ największe emocje wydają się budzić te dotyczące ewentualnych zmian w organizacji staży podyplomowych, a rozmowy na ten temat toczą się co najmniej od września minionego roku. Dyskutowano o tym także podczas obrad Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, które odbyły się w dniach 3-5 grudnia 2025 r. w Krakowie. W spotkaniu, którego gospodarzem był Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, wzięli udział również przedstawiciele Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Zdrowia oraz Agencji Badań Medycznych.

– To nie KRAUM i nie uczelnie inicjują dyskusję na temat likwidacji staży i nie one podejmują decyzję, czy ma on zostać zniesiony, skrócony czy też pozostawiony w obecnej formie. Niemniej wszyscy rektorzy zrzeszeni w KRAUM deklarują wolę dialogu z Ministerstwem Zdrowia. I jeżeli zapadnie decyzja o gruntownej reformie stażu, to będziemy w tym lojalnie uczestniczyć – zaznaczył podczas konferencji prasowej zorganizowanej 4 grudnia w SU prof.

Maciej Małecki, prorektor UJ ds. Collegium Medicum. Zwrócił jednak uwagę na potencjalne problemy wiążące się z likwidacją stażu. Pierwszy to podwojenie się liczby lekarzy w jednym roczniku starających się o rezydenturę. Drugi – wzrost kosztów kształcenia na szóstym roku studiów, który już teraz jest najdroższym rokiem w nauczaniu medycyny. Jeżeli miałby on zastąpić likwidowany bądź też skracany staż, program nauczania będzie musiał być znacznie zmodyfikowany. Dlatego też uczelnie oczekują, że część środków zaoszczędzonych na stażach zostanie przekazana na kształcenie przeddyplomowe. (*Nota bene*, MZ szacuje, że samo skrócenie staży mogłoby przynieść oszczędności w ochronie zdrowia w 2027 r. rzędu ponad 682 mln zł).

Natomiast prof. Mariusz Klencki, dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia, przypomniał, że staż podyplomowy został już raz zniesiony – w 2012 roku. I choć ostatecznie decyzja o jego likwidacji została cofnięta, uczelnie zmodyfikowały wtedy program nauczania: – Kształcenie na kierunku lekarskim zostało uprządkowane, a nadal mamy zachowany 13-miesięczny staż, który obecnie kosztuje 1,2 mld zł rocznie.

Przewodniczący KRAUM prof. Wojciech Załuska z kolei mówił o działaniach już podjętych w celu wzmocnienia edukacji klinicznej na ostatnim roku studiów lekarskich. Rozbudowano kształcenie w centrach symulacji medycznej, wprowadzono także możliwość pracy studentów na szpitalnych oddziałach ratunkowych w charakterze asystentów lekarzy. W 2024 r. wdrożono również egzamin OSCE (Obiektywny Ustrukturyzowany Egzamin Kliniczny), który sprawdza praktyczne umiejętności absolwentów.

Środowisko medyczne jest podzielone w kwestii likwidacji stażu podyplomowego. Z propozycjami Ministerstwa Zdrowia nie zgadzają się m.in. Porozumienie Rezydentów OZZL oraz samorząd lekarski. Naczelna Rada Lekarska w swoim stanowisku z 6 lutego krytycznie odnosi się do większości propozycji, poza tą dotyczącą likwidowania bazy pytań do LEK/LDEK. Negatywnie ocenia też brak współpracy z samorządem lekarskim przy opracowywaniu tych propozycji.

Również Prezydium ORL w Krakowie 17 grudnia wydało stanowisko (dostępne w całości na stronie Izby), w którym sprzeciwiło się planom likwidacji stażu podyplomowego, argumentując, że jest on „jednym z kluczowych etapów procesu kształcenia młodych lekarzy i lekarzy dentystów. Daje szansę konfrontacji pozyskanej teoretycznej wiedzy z praktyką (...) oraz jest pierwszym krokiem do zrozumienia przez młodych lekarzy pełni odpowiedzialności, jaka spoczywa na ich barkach. W kontaktach z pacjentami i rzeczywistością szpitalną zaczynają również dostrzegać, że obok wiedzy warunkiem wykonywania tego zawodu jest umiejętność współpracy w zespole. Dla wielu może to być także ostatnia szansa weryfikacji słuszności wyboru drogi zawodowej”.

W dokumencie powołano się m.in. na wyniki ankiety przeprowadzonej wśród lekarzy, którzy właśnie ukończyli lub kończą staż podyplomowy. Wynika z niej, że zdecydowana większość respondentów opowiada się za

utrzymaniem stażu w obecnej formie lub za jego niewielką modyfikacją. „Najczęściej podawane korzyści ze stażu to możliwość nauki prowadzenia dokumentacji medycznej, wystawiania recept, skierowań itp., ponadto możliwość poznania systemów informatycznych, zasad rozliczeń pracy z NFZ oraz – co szalenie istotne – prowadzenie pacjentów pod nadzorem, czyli bezpieczne nabieranie samodzielności zawodowej”.

Młodzi lekarze szczególnie wysoko oceniają część stażu realizowaną w ramach „interny”, dyżury na SOR oraz staż personalizowany, który umożliwia poznanie konkretnej specjalizacji przed wyborem rezydentury. Ich zdaniem likwidacja stażu podyplomowego wymagałaby gruntownej reformy programu studiów. Przede wszystkim należałoby zmniejszyć liczebność grup klinicznych (do 2-4 osób na oddziale), zapewnić studentom dostęp do systemów informatycznych – w tym ćwiczenia z prowadzenia dokumentacji medycznej – oraz realnie włączyć ich w proces leczenia pacjentów.

Ponadto młodzi lekarze wskazują na potrzebę większego nacisku na przygotowanie do pracy w POZ i opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, rozwijanie kompetencji komunikacyjnych (w tym przekazywanie trudnych informacji), naukę współpracy w zespole, zajęcia z zakresu odpowiedzialności prawnej, a także zwiększenie liczby symulacji wysokiej wierności oraz ćwiczeń dotyczących stanów nagłych.

Katarzyna Domin

Nadchodzi termin dorocznych rozliczeń podatkowych, zwracam się z prośbą o przekazanie 1,5% podatku na Fundację Lekarze Lekarzom na numer KRS 0000409693

Dzięki datkom Fundacja może wspierać finansowo inicjatywy samorządu zawodowego lekarzy w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej oraz pomagać lekarzom w potrzebie, także tym mieszkającym poza granicami naszego kraju.

Zapraszamy do odwiedzenia strony Fundacji: www.fll.org.pl

Informuję dodatkowo, że na konto Fundacji można w każdej chwili wpłacić dobrowolny datek.

Darowiznę można odliczyć od podatku. Nasz adres i numer konta:

**Fundacja Lekarze Lekarzom ul. Jana Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa
Nr konta: PKO SA 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541**

Mariusz Janikowski

Prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom



Za nami trzecie już Forum POMAGAMY

Pomagać bezpiecznie, czyli jak?

Dlaczego lekarze wyjeżdżają w najbardziej odległe rejony świata, by tam leczyć ludzi, którzy często nie mieli wcześniej kontaktu z medycyną? Odpowiedzi może być wiele: bo chce się pomagać i przeżyć coś wyjątkowego, by nauczyć się pracy bez komputera i nowoczesnych narzędzi, by sięgnąć do prąródlel medycyny. Chodzi też pewnie o przygodę, którą można będzie wspominać do końca życia. Bez względu na motywację niesienie humanitarnej pomocy medycznej powinno być bezpieczne dla medyka i jego pacjentów. Dlatego właśnie bezpieczeństwo podczas „misji medycznych” było tematem przewodnim trzeciego już Forum POMAGAMY, które 28 listopada ub. roku odbyło się w siedzibie krakowskiej Izby Lekarskiej.

organizacji pomocowych, m.in. fundacji Leczymy z Misją, Pomoc z Polski, Centrum Dobroczynności Lekarskiej im. prof. Teresy Adamek-Guzik i Jana Guzika – Doctors Africa oraz medyków biorących udział w misjach organizowanych przez inne fundacje i stowarzyszenia. Natomiast o tym, jak zadbać o bezpieczeństwo swoje i pacjentów podczas takich wyjazdów, mówili głównie przedstawiciele Polskiej Misji Medycznej z jej prezes Ewą Piekarską-Dymus na czele. Ważne informacje na temat działalności pomocowej za granicą przekazała także Zuzanna Kierzkowska, zastępczyni dyrektora Departamentu Współpracy Rozwojowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

– Bezpieczeństwo jest coraz poważniejszym problemem,

bowiem rośnie liczba młodych medyków, którzy chcą wyjechać na misje – podkreślała Ewa Piekarska-Dymus, związana z PMM od ponad dwudziestu lat. Przekazując na początek kilka prostych rad, podkreślała, iż punktem wyjścia jest to, z kim się jedzie. Organizatorów takich misji jest coraz więcej, lecz PMM zdecydowanie odradza związki m.in. z tymi, którzy np. pobierają od lekarza opłatę. Pachnie to wolontarystyką, a ideą wyjazdów medycznych powinna być pomoc humanitarna, nie turystyka i pozorowana praca: – Chcemy nie tylko leczyć, ale też czegoś nauczyć, coś po sobie zostawić, komuś pomóc – podkreślała szefowa PMM.

Najlepiej skorzystać z pomocy organizacji i osób doświadczonych, sprawdzonych przez innych. Przemyślany wybór wiąże się z tym, co najistotniejsze, czyli bezpieczeństwem personalnym, kwestiami formalnymi i prawnymi, bezpieczeństwem pacjenta i standardami etycznymi. Co powinna zapewnić dobra organizacja? Przygotowanie dokumentacyjne i medyczne, szkolenie, np. z medycyny tropikalnej,



Marcin Pernal z Polskiej Misji Medycznej

To doroczne Forum poświęcone jest działalności lekarzy w ramach pomocy humanitarnej i rozwojowej świadczonej za granicą. Pomysłodawczynią i organizatorką spotkań jest doktor Marzena Ksel-Teleśnicka, wiceprezes ORL i przewodnicząca Komisji ds. Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców, która też je prowadziła. Licznie przybyli lekarze (w większości bardzo młodzi), zaproszono też przedstawicieli kilku

plan bezpieczeństwa, spotkanie przed wyjazdem i kontakt z kimś na miejscu, a po powrocie – analizę tego, czy można coś w przyszłości zorganizować lepiej.

Trzeba pamiętać, że w krajach, które potrzebują pomocy humanitarnej, sytuacja na ogół nie jest stabilna. Będąc daleko od przyjaznej cywilizacji, często bez dostępu do bieżących informacji i do tego zapracowani, możemy nie dowiedzieć się w porę o zagrożeniu. Dlatego nasz pobyt na misji musi mieć też wsparcie w kraju, ktoś powinien stale monitorować sytuację w miejscu, gdzie przebywamy.

O tym, co sami możemy zrobić dla zapewnienia sobie bezpieczeństwa, a co organizacja, z którą jedziemy, mówił podczas Forum Marcin Pernal, szef logistyki zespołów Polskiej Misji Medycznej.

– Wyruszamy w jakiejś ekipie i musimy pamiętać, że czyjeś zachowanie też może wpływać na nasze bezpieczeństwo, dlatego tak ważne jest to, z kim jedziemy – zauważył ekspert. Co do własnych działań, podstawą jest planowanie i to na długo przed wyjazdem. Trzeba pamiętać m.in. o przeglądzie swojego zdrowia, zrobieniu kopii wszystkich dokumentów, o zabraniu gotówki, map itp., bo przecież w wielu miejscach na świecie nie będzie nam działał internet w telefonie czy w ogóle telefon. Należy poznać sytuację, jaką możemy zastać na miejscu, poczytać o panujących w danym regionie obyczajach, kulturze, religii itd., czyli zrobić solidne rozpoznanie, by mieć pełną świadomość tego, gdzie się udajemy i z kim się spotkamy. Doświadczona organizacja potrafi w tym pomóc, ale wiele musimy zrobić sami, zaczynając przygotowanie choćby do przeglądu informacji publikowanych przez nasze MSZ. Z góry trzeba też wyjaśnić wszystkie kwestie finansowe, np. kto pokryje koszty ewentualnej ewakuacji, ubezpieczenia – także od następstw działalności itp. Nie wolno też zapominać, że praca bez pozwolenia lokalnych władz to nie jest dobry pomysł. Leczenie bez wymaganych uprawnień nigdzie na świecie nie jest akceptowane. Lista spraw, o których trzeba pamiętać, zanim spakuje się walizkę, jest więc naprawdę długa.

Będąc już na miejscu, należy też myśleć o bezpieczeństwie pacjenta, podkreślał Tomasz Grzelczak z PMM. Poznanie i szacunek dla miejscowej kultury, religii czy też przesądów jest konieczne.

Zawsze trzeba pamiętać o ograniczeniach – z reguły nie ma np. możliwości stosowania długotrwałych terapii. I warto edukować miejscowy personel medyczny, by po wyjeździe



lekarzy wolontariuszy ten personel rzadziej czuł się bezradny.

W planie przygotowania wyjazdu z pomocą medyczną są jednak punkty, którymi powinni zająć się profesjonaliści. Udając się w szczególnie niepewny rejon, należy dysponować „planem bezpieczeństwa” zawierającym m.in. profesjonalną analizę potencjalnych zagrożeń i ocenę ryzyka, zasady bezpieczeństwa, których musimy bezwzględnie przestrzegać, spis kontaktów niezbędnych w przypadku konieczności ewakuacji oraz plan takiej ewakuacji. Ten dokument trzeba mieć przy sobie.

Drugim poważnym wyzwaniem jest opracowanie tzw. *Proof of life*, czyli „Dowodu Życia”, w skrócie POL. W ramach tej procedury należy zostawić w kraju dokument, dzięki któremu np. w przypadku porwania, zaginięcia czy nawet śmierci możliwe będzie potwierdzenie naszej tożsamości. Podaje się w nim informacje, których nie da się o nas zdobyć z paszportu, internetu i innych dostępnych źródeł. Przy okazji przedstawicielka MSZ, dyr. Zuzanna Kierzkowska po raz kolejny zaapelowała do wszystkich, by wyjeżdżając z Polski, rejestrowali się w systemie Odyseusz.

Podczas Forum udzielono bardzo wielu cennych rad, nie sposób podać wszystkich w jednym artykule. Ważne, by odpowiedzialnie podchodzić do problemu. Najmłodszy uczestnicy spotkania potwierdzili, iż wielu studentów traktuje takie wyjazdy tylko jak przygodę, nie zdając sobie sprawy z potencjalnych zagrożeń.

By na koniec nieco zmienić klimat dyskusji, doktor Marzena Ksel-Teleśnicka zaproponowała konkurs z ufundowaną przez Izbę nagrodą na najciekawsze – najzabawniejsze wspomnienie z wyjazdu. Te opowieści, częściej smutne niż śmieszne, i dyskusja mogłyby trwać i trwać.

Tekst i zdjęcia JGH



<https://fotopolska.eu>

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy ma już 60 lat

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie w minionym roku świętował swoje 60-lecie. Uroczyste obchody jubileuszu odbyły się 9 grudnia. W godzinach przedpołudniowych w szpitalnej auli zasłużonym pracownikom placówki wręczono odznaczenia państwowe oraz medale dyrektorskie. Odsłonięto także portret prof. Marii Rybakowej, a wykład poświęcony tej wybitnej lekarce, twórczyni i wieloletniej kierowniczce Kliniki Endokrynologii Dzieci i Młodzieży Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii, poświęcił prof. Jerzy Starzyk. Natomiast wieczorem podczas uroczystej gali w Auditorium Maximum UJ, którą poprowadzili dyrektor Instytutu Pediatrii prof. Dorota Drożdż oraz dyrektor szpitala prof. Wojciech Cyrul, odbył się koncert „Ocalić od zapomnienia”.

By ocalić od zapomnienia najcenniejsze wspomnienia związane z historią „Prokocimia”, powstał także jubileuszowy film, w którym osoby blisko z nim związane opowiadają o jego przeszłości i teraźniejszości. Bez tych wspomnień trudno byłoby docenić postęp, jaki dokonał się w medycynie. „Ponad 50 lat temu ostre białaczki były chorobą niewyleczalną; walczyliśmy o każdy dzień przeżycia pacjenta” – mówi na filmie prof. Walentyna Balwierz, kierowniczka Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej. „Jak ja zaczynałem pracę jako kardiolog dziecięcy, to byliśmy w stanie tylko rozpoznawać, co to za wada, ale w dużej części przypadków nie mogliśmy tym dzieciom pomóc” – wspomina prof. Andrzej Rudziński, po czym kamera przenosi nas do jednej z najnowocześniejszych w Europie pediatrycznych

archiwum USD



Budowa Centrum Ambulatoryjnego
Leczenia Dzieci, 1991 r.

sal hybrydowych, gdzie dr hab. Tomasz Mroczek przeprowadza operację u miesięcznego dziecka z wrodzoną wadą serca. 12-minutowy film to także opowieść o marzeniach, zrealizowanych ambicjach i po prostu byciu empatycznym lekarzem. Opowieść, której chwilami słucha się ze ściśniętym gardłem, bo gdzie jak gdzie, ale silnych emocji w szpitalu dziecięcym nie brakuje.

Warto pamiętać, że obecna nazwa świętującego 60-lecie Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego oficjalnie została przyjęta dopiero w 2001 r. Na początku placówka funkcjonowała jako Instytut Pediatrii Akademii Medycznej im. Kopernika w Krakowie, kontynuujący działalność najstarszej w Polsce Katedry i Kliniki Pediatrii, utworzonej na Uniwersytecie Jagiellońskim w 1864 r. Dopiero w 1997 r. nastąpił podział na dwie odrębne instytucje: Dziecięcy Szpital Kliniczny CM UJ, prowadzący działalność leczniczą, oraz Polsko-Amerykański Instytut Pediatrii Collegium Medicum UJ – jednostkę naukowo-badawczą. Przymiotnik „amerykański” w nazwie Instytutu pojawił się nieprzypadkowo – inicjatorem jego powstania była amerykańska Polonia, dzięki staraniom której Departament Stanu USA wyłożył wstępnie 50 tys. dolarów na budowę ośrodka. Jak powiedział podczas otwarcia „zespołu klinik dziecięcych” 11 grudnia 1965 r. rektor Akademii Medycznej prof. Jan Oszacki: „Obiekt wybudowany w oparciu o amerykańskie środki stanowi optymistyczny dowód, że dobra wola i chęć współpracy międzynarodowej przynieść mogą piękne rezultaty”.

Pomoc zza Oceanu płynęła także w późniejszych latach. W 1974 r. szpital podpisał porozumienie z Fundacją Project HOPE (skrót od: Health Opportunities for People Everywhere), która zarządzała funduszami przyznanymi →



Wizyta byłego prezydenta USA George'a Busha
wraz z małżonką, 1995 r.,

Wiesław Majka/UMK



Prof. William I. Norwood,
amerykański kardiochirurg dziecięcy, 1977 r.

arch. Janusza Skalskiego



Oddział Chirurgii Dziecięcej, lata 70.

arch. Janusza Skalskiego

→ przez Stany Zjednoczone zarówno na rozbudowę szpitala, jak i szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek. Dzięki temu wsparciu w latach 90. XX w. powstało Centrum Ambulatoryjnego Leczenia Dzieci oraz Oddział Leczenia Stanów Nagłych. Współpraca z Amerykanami umożliwiała kształcenie polskiej kadry medycznej w najlepszych szpitalach w USA oraz wizyty amerykańskich specjalistów w Krakowie. W ten sposób, przez uchyloną nieco żelazną kurtynę, do Polski przenikały „nowinki medyczne” z Zachodu. Instytut, działający wówczas w dopiero powstającym miasteczku akademickim, przez wiele lat uchodził za najnowocześniejszy szpital dziecięcy w Polsce.

z prof. Mikołajem Spodarykiem, wieloletnim ordynatorem Oddziału Leczenia Żywnościowego – krakowskiej szkoły leczenia oparzeń. W roku 2005 prof. Puchała po raz pierwszy w Polsce zastosował matrycę skóry właściwej – tzw. integre, do rekonstrukcji twarzy 9-letniej dziewczynki. Nie do przecenienia są zasługi dla rozwoju onkologii i hematologii wspomnianej prof. Walentyny Balwierz i prof. Jerzego Armaty czy prof. Jacka Pietrzyka, dyrektora Instytutu, który zainicjował rozwój Zakładu Genetyki Medycznej i powołał pierwszy w kraju wyspecjalizowany zespół transportowy przewożący noworodki w stanie zagrożenia życia. Każdy oddział ma swoje powody do dumy, a o przełomowych zabiegach wykonanych w „Prokocimiu” sły-
szy się niemal bez przerwy.

Wybitych lekarzy z „Prokocimia” i ich przełomowych dokonaniach można by napisać nie artykuł, lecz książkę, a i tak pewnie pominęłoby się kogoś ważnego. Do historii przeszła pierwsza w Polsce operacja rozdzienienia bliźniąt syjamskich w 1977 r. przeprowadzona przez prof. Jana Grochowskiego, uznanego za twórcę nowoczesnej chirurgii dziecięcej w Polsce, dyrektora Instytutu w latach 1976-1992. Tradycję tę kontynuował dr hab. Adam Bysiek z Kliniki Chirurgii Dziecięcej, specjalizujący się m.in. w leczeniu wad wrodzonych przełyku. Słynna stała się Klinika Kardiologii Dziecięcej założona w 1980 r. i kierowana przez prof. Eugenię Zdebską, w której wiele nowatorskich na skalę światową operacji przeprowadzali później prof. Edward Malec i jego następca prof. Janusz Skalski. Warte przypomnienia są także dokonania prof. Jacka Puchały, od 2003 r. kierownika otwartego jego staraniem Dziecięcego Centrum Oparzeniowego i twórcy – wraz

Szpital ciągle się rozwija, wprowadza najnowocześniejsze metody operacyjne i innowacyjne terapie. W maju 2024 r., w świeżo otwartym Uniwersyteckim Centrum Robotyki Pediatrycznej, prof. Rafał Chrzan, kierownik zarówno Centrum, jak i Oddziału oraz Kliniki Urologii Dziecięcej, wraz z zespołem wykonał pierwszą w Polsce operację u dziecka z użyciem robota da Vinci, otwierając tym samym kolejny rozdział w leczeniu operacyjnym dzieci. W szpitalu działa także Zespół ds. Obrazowania Przestrzennego specjalizujący się w tworzeniu trójwymiarowych modeli anatomicznych na bazie badań obrazowych, które pozwalają lekarzom m.in. lepiej planować zabiegi chirurgiczne

(rocznie wykonuje się ich w szpitalu prawie 9 tys., w tym ok. 500 to operacje kardiologiczne).

Obecnie szpital posiada 24 specjalistyczne oddziały i 37 poradni (udzielających ok. 200 tys. konsultacji rocznie), działa w nim jedyne w Polsce Centrum Leczenia Artrozy, Ośrodek Transplantacji oraz Międzykliniczny Ośrodek Leczenia Otyłości Dziecięcej. Każdego roku w „Prokocimiu” hospitalizowanych jest ok. 35 tys. pacjentów, a ponad 28 tys. dzieci udzielana jest pomoc na SOR. Od 2015 r. niedaleko szpitala działa pierwszy w Polsce hotel dla rodziców wybudowany przez Fundację Ronalda McDonalda. W Krakowie i jego okolicach trudno jest spotkać rodzica, który nigdy nie jechał „z nagłym przypadkiem” do Prokocimia, modląc się, by na Wielickiej nie było radaru, lub nie odwiedził z dzieckiem jednej z poradni, gdzie w oczekiwaniu na wezwanie do gabinetu dla zabicia czasu wymyślał kolejne historyjki o stojącej w holu



Prof. Janusz Skalski i prof. Jan Grochowski, 1976 r.

O wybitnych lekarzach z „Prokocimia” i ich przełomowych dokonaniach można by napisać nie artykuł, lecz książkę, a i tak pewnie pominęłoby się kogoś ważnego. Do historii przeszła pierwsza w Polsce operacja rozdzienienia bliźniąt syjamskich w 1977 r. przeprowadzona przez prof. Jana Grochowskiego, uznanego za twórcę nowoczesnej chirurgii dziecięcej w Polsce, dyrektora Instytutu w latach 1976-1992. Tradycję tę kontynuował dr hab. Adam Bysiek z Kliniki Chirurgii Dziecięcej, specjalizujący się m.in. w leczeniu wad wrodzonych przełyku. Słynna stała się Klinika Kardiologii Dziecięcej założona w 1980 r. i kierowana przez prof. Eugenię Zdebską, w której wiele nowatorskich na skalę światową operacji przeprowadzali później prof. Edward Malec i jego następca prof. Janusz Skalski. Warte przypomnienia są także dokonania prof. Jacka Puchały, od 2003 r. kierownika otwartego jego staraniem Dziecięcego Centrum Oparzeniowego i twórcy – wraz

żyrafie. Ta ponaddwumetrowa maskotka szpitala w sierpniu 2025 r. staraniem władz miasta Krakowa doczekała się towarzystwa. Prezydent Miszański osobiście, tramwajem, dostarczył do niego żyrafkę w wersji dziecięcej. Sympatyczny gest – choć różnie komentowany – pokazuje też, jak mocno szpital wpisał się w tkankę miasta.

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy, choć właśnie wszedł w wiek senioralny, ciągle ma ambitne plany na przyszłość. Trwają przygotowania do rozpoczęcia budowy Uniwersyteckiego Centrum Pediatricznego, które powstanie (jeśli się uda, to do końca 2027 r.) w sąsiedztwie budynku rehabilitacji. W nowym obiekcie zostaną usytuowane: Oddział Psychiatrii Dziecięcej, Oddział Pediatriczny dla Chorób Infekcyjnych, Centrum Perinatologiczne z traktem porodowym oraz Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Oddział Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, stacja dializ, a także strefa Diagnostyczno-Lecznicza „Jednego Dnia” i poradnie specjalistyczne. Rozpoczęła się także modernizacja Centralnego Laboratorium, przebudowane i wyposażone będzie również Centrum Ambulatoryjnego Leczenia Dzieci. Natomiast jeszcze w tym roku zostanie oddany do użytku wielopoziomowy parking.

Czego jeszcze prócz szybkiego ukończenia wspomnianych inwestycji życzy szpitalowi z okazji jubileuszu jego obecny dyrektor dr hab. Wojciech Cyrul, prof. UJ (następca m.in. dr. hab. Macieja Kowalczyka, który pełnił tę funkcję 17 lat, i prof. Krzysztofa Fyderka): „Jubileusz 60-lecia Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie traktujemy przede wszystkim jako moment refleksji nad dotychczasową działalnością oraz jako impuls do dalszego, odpowiedzialnego rozwoju, umożliwiającego konsekwentne podnoszenie jakości udzielanych świadczeń oraz utrzymanie pozycji nowoczesnego ośrodka pediatricznego. W tym kontekście szczególnie cenimy inicjatywy, które w sposób wymierny wspierają działalność leczniczą, zwłaszcza poprzez inwestycje w infrastrukturę, nowoczesne technologie medyczne oraz rozwiązania zwiększające



Adam Szczypczyński/USDk x2



bezpieczeństwo i komfort pacjentów” – mówi prof. Cyrul, dodając: „Nie sposób jednak pominąć faktu, że pediatria w Polsce od lat pozostaje obszarem niedofinansowanym, co stanowi realne i narastające zagrożenie dla stabilności systemu opieki nad najmłodszymi pacjentami. W dniu jubileuszu wyrażamy więc nadzieję, że przyszłość przyniesie wzmocnienie finansowania opieki pediatricznej, pozwalające nie tylko utrzymać wysoki poziom leczenia dzieci, ale także zapewnić dalszy rozwój wyspecjalizowanych ośrodków takich jak nasz szpital”.

Katarzyna Domin

W tekście wykorzystano informacje ze strony:
<https://usd.krakow.pl/60lat-usdk/>

Sześć dekad pięknych wspomnień

S tyczniowe spotkanie Klubu Dyskusyjnego OIL w całości poświęcone było historii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Dlatego wyjątkowo prof. Janusz Skalski (były dyrektor Instytutu Pediatrii UJ CM, wieloletni kierownik Kliniki Kardiologii Dziecięcej UJ CM) wystąpił w podwójnej roli – gospodarza wieczoru i gościa specjalnego. Profesor, który z Instytutem związany jest (z kilkunastoletnią przerwą na przełomie wieków) od połowy lat 70. XX w., przedstawił obejmującą sześć dekad historię placówki, sylwetki znakomitych lekarzy z nią związanych i poszczególnych oddziałów – wplatając w to wiele anegdot i wspomnień.

Wszystko to zobrazowane było mnóstwem archiwalnych i współczesnych zdjęć. Swoimi wspomnieniami podczas spotkania dzielili się także inni lekarze z „Prokocimia”, m.in. Halina Aleksandrowicz, dr Elżbieta Róg-Grochowska, prof. Anna Pituch-Noworolska czy Tomasz Langie. A okazją ku temu był kolejny, mniej oficjalny, ale szczególnie ważny dla lekarzy i pacjentów jubileusz – 1 lutego 1966 r. w szpitalnej poradni zostali przyjęci pierwsi pacjenci, a tym samym rozpoczęła się historia Instytutu jako placówki leczniczej. Kilka dni później na oddział chirurgii dziecięcej trafiło pięcioro niemowląt, przeniesionych z II Kliniki Chirurgicznej przy ul. Kopernika 21, gdzie funkcjonował oddział chirurgii dziecięcej.

Jak to możliwe, że w okresie zimnej wojny wybudowano w Polsce szpital za amerykańskie dolary, tym bardziej że od 1951 r. w Stanach obowiązywała ustawa (tzw. Battle Act) mówiąca o całkowitym zakazie inwestycji w bloku komunistycznym? Z inicjatywą stworzenia amerykańskiego ośrodka pediatrycznego w Krakowie wyszedł architekt polskiego pochodzenia Władysław Poray-Biernacki



arch. Janusza Skalskiego

Prof. Janusz Skalski z pacjentami Oddziału Kardiologii Dziecięcej, lata 70.

(późniejszy twórca projektu architektonicznego szpitala), którego następnie wsparł kongresmen (również o polskich korzeniach) Clement J. Zablocki. Wkrótce zawiązano komitet pod nazwą American Research Hospital in Poland, dzięki staraniom którego Kongres Stanów Zjednoczonych podjął uchwałę o udzieleniu dotacji na budowę szpitala. Amerykanom zależało nie tylko na „poprawie wizerunku USA w Europie Wschodniej”. Po latach okazało się, że do podjęcia tej inwestycji namawiało też CIA, przekonując, że leczenie dzieci będzie dobrym punktem wyjścia do zmniejszenia systemu komunistycznego w Polsce.

Kulisy tych wydarzeń mogłyby stać się kanwą filmu z gatunku *political fiction*, ale nie zabrakłoby w nim też akcentów komediowych. Na pewno znalazłaby się w nim scena opowiedziana przez doktor Róg-Grochowską, jak to na oficjalne otwarcie szpitala, na które przyleciało ze Stanów 16 senatorów, a łącznie przybyło ok. 200 gości, lekarki



K. Domin x2

Na zdjęciach od lewej: prof. Janusz Skalski, prof. Anna Pituch-Noworolska i z mikrofonem dr Elżbieta Róg-Grochowska

osobiście przygotowywały kanapeczki z produktów częściowo zakupionych za dolary, bo „za PRL-u w sklepach nie było niczego”. Po oficjalnych przemówieniach w holu „przyjęcie” odbyło się w instytutowej stołówce. „Ze strony polskiej koleżanki i koledzy byli przepięknie ubrani, wizytowo. A goście ze Stanów przyszli w kraciastych koszulach, ubrani tak po prostu swobodnie. To był dla nas taki szok” – wspomina doktor Róg-Grochowska.

„Dzięki wsparciu Kongresu USA, Polonii oraz Fundacji Project HOPE Instytut Pediatrii stał się najnowocześniejszym szpitalem pediatrycznym w Europie Środkowej. W krajach bloku komunistycznego – NRD, Czechosłowacji, na Węgrzech – patrzyli trochę ze zdumieniem na to, że Polacy doczekali się amerykańskiego szpitala i że mogą kształcić swoich lekarzy w Stanach Zjednoczonych” – powiedział prof. Janusz Skalski. Wspominając swojego mistrza, „niedościgniony wzór do naśladowania”, prof. Williama Norwooda, który w latach 70. XX w. pomagał tworzyć kardiologię dziecięcą w Krakowie, dodał: „Patrzyliśmy na tę kardiologię amerykańską jak na odległą galaktykę, do której nigdy nie dolecimy. A jednak żeśmy do niej dolecieli. I ten poziom kardiologii dziecięcej, nie tylko krakowskiej, dziś jest porównywalny z całym światem”.

Spotkanie było też okazją, by poznać szpital nieco „od kuchni”. Ciekawe są kulisy operacji, które rozsławiły Instytut Pediatrii. Już 21 lutego 1966 r. w szpitalu wykonano po raz pierwszy w Krakowie zabieg zespolenia niedroźnego przełyku przez prof. Jana Grochowskiego.

Pacjentem był romski chłopiec z prawdziwego taboru cygańskiego, który rozbił obóz niedaleko szpitala. Kuba spędził w szpitalu rok, a po wypisaniu słuch o nim zaginął: „Może gdzieś teraz śpiewa?” – zastanawiała się pamiętająca go doktor Grochowska. Dziesięć lat później, w 1977 r., w szpitalu przeprowadzono pierwszą w Polsce operację rozdzielania bliźniąt syjamskich, również z udziałem prof. Grochowskiego i jego żony. „Pamiętam, że przyjmowałem je »na bramie«” – wspomina prof. Skalski: „Największy dylemat był taki, czy mam założyć dwie historie choroby, czy jedną. Miałem też duży kłopot, jak to napisać po łacinie. Nie wiedzieliśmy tego, bo nikt jeszcze w Polsce nie miał zrosłaków”. Oczywiście profesor wspominał też najbardziej wychłodzonego, ale i najbardziej znanego „polskiego pacjenta wszech czasów”, 2-letniego Adasia, który trafił do szpitala z temperaturą wewnętrzną ciała 11,8 st. C i któremu w powrocie do zdrowia kibicował cały świat.

Ale jak się okazuje, w szpitalu dochodziły do zdrowia nie tylko ludzkie dzieci. Prof. Anna Pituch-Noworolska opowiada historię, jak to do szpitalnej zwierzętarni trafiło pisklę sowy, przyniesione przez prof. Grochowskiego. Gdy nabrało sił wykarmione mysiami noworodkami, z pomocą miotły i jednego z zootechników nauczyło się latać. Anegdota o zwierzętarni było więcej – m.in. o uśpionych eterem lekarzach i biegających po laboratorium myszkach. Jeśli mają Państwo ochotę ich posłuchać, zapraszamy do odwiedzenia kanału OIL na YouTube.

Katarzyna Domin

Wyboistą drogą do porodu

31 grudnia 2025 r. oficjalnie zamknięto Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Noworodkowy Szpitala Powiatowego w Lesku (od lipca oddziały te były zawieszane w związku z pracami remontowymi). Tym samym przestała funkcjonować „ostatnia porodówka w Bieszczadach” – pięć lat wcześniej zlikwidowano tę w Ustrzykach, a jeszcze wcześniej w Sanoku. Łącznie w minionym roku z mapy Polski zniknęło 27 oddziałów położniczych, w tym na terenie działania naszej Izby w Szpitalu w Krynicy-Zdroju. Ale to właśnie o położonym w trudnym, górskim terenie Lesku zrobiło się w mediach szczególnie głośno. W trakcie poprzedzających zamknięcie oddziału protestów pojawiły się głosy o marginalizowaniu przez państwo potrzeb mieszkańców peryferii i retoryczne pytania o gwarantowany konstytucją równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej wszystkich Polek.

W większości przypadków powód zamykania oddziałów położniczych jest ten sam – niż demograficzny i koszty ich utrzymania przerastające możliwości szpitali. W przypadku porodówek jedno wynika z drugiego. W 2024 r. w Szpitalu w Lesku odebrano 198 porodów, a w pierwszej połowie 2025 r. urodziło się tam 74 dzieci. Miesięcznie oddział przynosił ok. 500 tys. zł strat. Ponadto, jak podaje rzecznik Podkarpackiego NFZ Rafał Śliż, w 2024 r. na 111 mieszkanek powiatu leskiego, które urodziły dziecko, 92 wybrały oddziały położnicze w innych miejscowościach. Migracja ciężarnych do szpitali o wyższym stopniu referencyjności, zlokalizowanych głównie w większych miastach, to zresztą trend ogólnopolski. W Małopolsce w roku 2025 r. w „TOP 10” (ramka obok) oddziałów położniczych znalazło się pięć szpitali krakowskich, z Centrum Medycznym Ujastek na czele, gdzie w minionym roku na świat przyszło 4719 dzieci (ponad dwa razy więcej niż łącznie w szpitalach w Chrzanowie, Wadowicach i Oświęcimiu), co stanowiło niemal 1/5 wszystkich porodów w województwie.

Wyborom tym nie dziwi się sama p.o. dyrektora Szpitala w Lesku Małgorzata Bryndza (konkurs na to stanowisko został ogłoszony w lutym). Jak przyznała na antenie Polskiego Radia Rzeszów, prócz problemów finansowych szpital borykał się także z kadrowymi, w szczególności związanymi z opieką nad noworodkiem oraz w zakresie chirurgii i anestezjologii. Braki te na obrzeżach Podkarpacia są trudne do uzupełnienia. Dyrektor Bryndza zwraca jednak uwagę, że choć liczba porodów była niska, to około tysiąca kobiet rocznie korzystało w Szpitalu ze świadczeń ginekologicznych. Dlatego dyrekcja ma nadzieję, że w porozumieniu z NFZ

uda się reaktywować Oddział Ginekologiczny. Rozmowy na ten temat trwają.

Co jednak w sytuacji, gdy akcja porodowa zacznie się np. przedwcześnie, a kobieta będzie miała do najbliższego szpitala w Krośnie czy Przemyślu nawet 70 km? Zgodnie z planami MZ w szpitalach, które zlikwidują swój oddział i znajdują się powyżej 25 km od najbliższego oddziału ginekologiczno-położniczego oraz mają SOR lub Izbę Przyjęć, będą mogły powstawać izby porodowe. Rozporządzenie w tej sprawie pn. „Opieka nad kobietą w ciąży i kobietą rodzącą realizowana przez położną” weszło w życie 31 stycznia br., z miesięcznym opóźnieniem. Izby w założeniu mają być wykorzystane wyłącznie wtedy, gdy zaawansowanie akcji porodowej uniemożliwi bezpieczny transport do innego szpitala. Dyżur w takim miejscu będzie pełnić położna, której zadaniem będzie zbadać ciężarną, ocena stanu zaawansowania akcji porodowej i w razie konieczności podjęcie decyzji o przewiezieniu pacjentki specjalistyczną karetką (wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”) do szpitala, w którym znajduje się oddział położniczo-ginekologiczny. Podczas transportu ciężarnej będzie towarzyszyć położna i ratownik medyczny. Przy szpitalu, w którym zostanie utworzona izba porodowa, musi być czynna od poniedziałku do piątku poradnia położniczo-ginekologiczna.

W połowie lutego nie było jeszcze wiadomo, czy taki punkt powstanie w Szpitalu w Lesku. Analizowane były koszty, pozytywną opinię w sprawie potrzeby realizacji takiego świadczenia muszą wydać konsultanci wojewódzcy ds. położnictwa oraz pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego.

KD

10 placówek w Małopolsce z największą liczbą porodów w 2025 r.:

- Centrum Medyczne Ujastek w Krakowie – 4719
 - Szpital Uniwersytecki w Krakowie – 2193
 - Szpital na Siemiradzkiego im. Rafała Czerwiakowskiego – 1906
 - Medikor III w Nowym Sączu – 1726
 - Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego w Krakowie – 1489
 - Szpital Powiatowy im. bł. Marty Wieckiej w Bochni – 1406
 - Szpital Specjalistyczny im. Rydygiera w Krakowie – 1328
 - Podhalański Szpital Specjalistyczny im. J.P.II w Nowym Targu – 1007
 - Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej – 1006
 - Szpital Powiatowy w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego – 990
- Łącznie w Małopolsce odebrano 25 819 porodów, o 754 mniej niż w 2024 r.



W oczekiwaniu wiosny

Dobiega końca kolejna, dziewiąta już kadencja samorządu Lekarskiego. Nie ulega wątpliwości, że objęła lata wyjątkowe w skali globalnej (2022-2026), których nie będę się silił charakteryzować. I tak każdy postrzega je inaczej.

Natomiast z perspektywy osobistej znacznej części lekarzy naszej Izby spojrzenie na jakość naszej opieki zdrowotnej, zwłaszcza w ujęciu systemowym, ma charakter ambiwalentny. Jeśli nawet płace są na przyzwoitym poziomie, to trudno nie wysunąć szeregu zastrzeżeń ustrojowych, których źródłem jest często niezborność organizacyjna kierownictw szpitali czy innych placówek lecznictwa publicznego. Trudno też nie odnotować faktu, że na lekarzy wylewa się w rezultacie cały potok pretensji pacjentów. O kolejki do specjalistów; o terminy badań; o przewlekłość oczekiwania na wyniki; o ceny prywatnych usług lekarskich; o niewydolność pomocy udzielanej w szpitalnych oddziałach ratunkowych itp. Ale, jak zaznaczyłem na wstępie, są to konsekwencje wad systemowych.

Jednocześnie to środowisko tworzy jedną z najlepszych służb medycznych w świecie. Mówią o tym pacjenci przyjeżdżający do Polski np. z USA czy Wielkiej Brytanii. Ba, gotowi przepłynąć ocean, by skorzystać z polskich usług nie tylko stomatologicznych. Także specjaliści naszej kardiologii, onkologii, neonatologii i wielu innych dziedzin medycyny szczytą się osiągnięciami znaczącymi w świecie, jeśli tylko dysponują odpowiednim zapleczem technicznym.

Natomiast okiem pacjenta postrzegającego szarą codzienność naszej podstawowej opieki zdrowotnej wszystko wygląda inaczej. Pomińmy jednak żale, popatrzmy na problem poza drzwiami gabinetu lekarskiego, na najbliższy korytarz. Wiadomo, że siedzą tam różni ludzie. Przede wszystkim oczekujący pomocy, uśmierzenia bólu, diagnozy dotyczącej aktualnego stanu zdrowia, koncepcji dalszego leczenia, czyli wizji pozytywnej terapii, wypisania recept (kodów) na stosowne leki, wreszcie...?

No właśnie, na koniec pozostaje to, o czym nauki podstawowe i kliniczne milczą, a pacjenci czekają. Często ta chwila pod koniec wizyty jest dla nich ważniejsza niż badanie i ustalenia płynące z diagnozy. I niezależnie od znużenia lekarza, który już przyjął dzisiaj kilkudziesięciu pacjentów, który ma za sobą ciężki dzień albo dalszy trudny plan dnia. Który jeszcze musi po pracy zadbać o własny dom, rodzinę. Otóż pozostaje jedna kwestia niedopowiedziana, na którą pacjent czeka ze szczególnym uwrażliwieniem. I tu często weryfikuje się osobowość lekarza, często bardziej niż cała jego wiedza i kompetencja.

Otóż pacjent czeka i liczy ze strony lekarza na szczepkę czułości, na cierpliwość wobec jego słabości i nakreślenie mu jakiejś pozytywnej perspektywy jutra. Bodaj jednym zdaniem, ale znamionującym, iż nie był poddany tylko badaniu, ale miał kontakt ze współczującym choremu fachowcem, choćby ten miał zaledwie status rezydenta. Tej cierpliwości nikt nie uczy.

Kiedyś, gdy obowiązywał egzamin wstępny na wyższe studia, członkowie komisji egzaminacyjnych na kierunek lekarski mieli prawo zadawania dodatkowych pytań dotyczących m.in. predyspozycji psychicznych kandydata na doktora. Niby niewiele można było stwierdzić w trwającej parę chwil rozmowie, ale rozmijanie się kandydata z sensem zawodu było dostrzegalne, gdy umiejętnie sformułowało się to pytanie. Dziś punktacja zastępuje wszystko, abstrahując od faktu, czy chcesz być ogrodnikiem, inżynierem, czy nauczycielem. A zwłaszcza nie ujawnia posiadanej empatii wobec chorych, tak pożądanej u kandydatów na lekarza. I to już wszystko okiem pacjenta.

■ ■ ■

Natomiast u progu X kadencji samorządu lekarskiego życzę członkom nowej Okręgowej Rady zmian tylko na lepsze, decyzji resortowych tylko trafnych i nadchodzącej wiosny bez anomalii pogodowych.

Stefan Cieplý

Dlaczego nie zleciliśmy testu na HIV?

O ageizmie, utrwalonych schematach

i konsekwencjach późnej diagnozy u pacjentów starszych.

Szczerze mówiąc, nie przyszło mi do głowy: sądziłem, że HIV to nadal raczej problem młodszych pacjentów. „Te objawy wyglądały jak typowe sprawy wieku: zmęczenie, infekcje, choroby przewlekłe, nic, co od razu kojarzyło mi się z HIV.” „Bo nie zapytałem go wprost o życie seksualne: jakoś założyłem, że w tym wieku to raczej nie jest temat ryzyka.” „Bo w głowie miałem, że to nie jest grupa ryzyka, więc szukałem innych, bardziej oczywistych przyczyn.” „Bo przy tylu chorobach i lekach, które brał, wszystko dało się wytłumaczyć czymś innym”.

To są odpowiedzi lekarzy, zebrane w efekcie anonimowej ustnej ankiety, którą spontanicznie przeprowadziłam podczas XIX Krakowskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Współczesne problemy chorób zakaźnych”, tuż po wystąpieniu prof. Alicji Wiercińskiej-Drapało z Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. To są odpowiedzi na pytanie: czy w przypadku niespecyficznych objawów (będzie o nich mowa poniżej) zlecił/a Pan/i test na HIV swojemu pacjentowi po 60 r.ż., a jeśli nie, to dlaczego? Jak widać, wypowiedzi lekarzy mogą być dość trafny komentarzem do tego, co o pułapkach zwyczajowego postępowania mówiła prof. Wiercińska-Drapało. Pokazują nie tylko brak rutyny w kierunku testowania pacjentów starszych, ale przede wszystkim utrwalony sposób myślenia, w którym HIV nadal funkcjonuje jako problem „młodych” i „ryzykownych”, a nie jako realna, możliwa przyczyna nieswoistych objawów u każdego dorosłego pacjenta, niezależnie od metryki. Warto więc pamiętać, że od wiosny 2025 r. test w kierunku HIV jest dostępny dla lekarzy POZ.

Historia 65-letniego mężczyzny, który zmarł w styczniu 2026 r., jest dramatycznym, ale niestety nieodosobnionym przykładem konsekwencji takiego podejścia. Jak relacjonowała podczas konferencji prof. Alicja Wiercińska-Drapało,

pacjent przez wiele miesięcy zgłaszał pogorszenie samopoczucia, chudnięcie, zawroty głowy i narastające spowolnienie psychoruchowe. Wielokrotnie korzystał z pomocy różnych specjalistów. Wykonywano u niego liczne badania laboratoryjne i obrazowe, w tym tomografię komputerową i rezonans magnetyczny po przyjęciu na oddział neurologii. Ciężka anemia i niespecyficzne objawy neurologiczne były interpretowane w kontekście wieku oraz chorób współistniejących. Dopiero jako jedno z ostatnich badań wykonano test w kierunku HIV. W momencie rozpoznania pacjent znajdował się już w stanie bardzo zaawansowanej immunosupresji i trafił do kliniki chorób zakaźnych w grudniu 2025 r. Miesiąc później zmarł.

Ten przypadek ilustruje typowy schemat diagnostyczny: długą drogę przez kolejne porady, specjalistów i badania, w której HIV pojawia się dopiero wtedy, gdy „nic innego już nie pasuje”. Tymczasem, jak podkreśla prof. Wiercińska-Drapało, wiek nie chroni przed zakażeniem, a wczesne rozpoznanie może diametralnie zmienić rokowanie. – Najstarszym pacjentem, jakiego znalazłam w internetowych doniesieniach z rozpoznaniem zakażeniem HIV, był mężczyzna, który zmarł w wieku stu lat – mówiła. – Miguel z Lizbony został zdiagnozowany, gdy miał 84 lata, w przebiegu rzadkiej postaci zapalenia jelit i chłoniaka. Przeszedł chemioterapię, a następnie leczenie antyretrowirusowe i uzyskał niewykrywalną wiramię. Dożył stu lat w dobrym zdrowiu, normalnie funkcjonując.

Dlaczego więc HIV tak rzadko pojawia się w diagnostyce różnicowej u osób starszych? Jednym z kluczowych mechanizmów jest ageizm – przekonanie, często nieuświadomione, że wiele objawów jest „normalną” konsekwencją starzenia. Zmęczenie bywa tłumaczone chorobami serca, anemią lub samym wiekiem. Utrata masy ciała kieruje uwagę lekarzy przede wszystkim w stronę nowotworu,

ewentualnie depresji. Zaburzenia poznawcze przypisywane są początkom otępienia. Przewlekłe biegunki są traktowane jako efekt niewłaściwej diety lub działań niepożądanych leków, a nawracające infekcje, takie jak płuśnica czy zapalenie płuc, uznawane są za efekt „naturalnego w tym wieku osłabienia odporności”. Uogólniona limfadenopatia określana jest jako odczynowa, a kandydoza jamy ustnej – jako skutek antybiotykoterapii lub noszenia protezy.

Tymczasem są to właśnie klasyczne objawy zaawansowanego zakażenia HIV. Ich maskowanie przez choroby przewlekłe, polifarmakoterapię i sam proces starzenia sprawia, że rozpoznanie przesuwają się w czasie, często aż do momentu wystąpienia pełnoobjawowego AIDS.

Drugim istotnym problemem jest brak rutynowych badań przesiewowych w tej grupie wiekowej. Algorytmy diagnostyczne i programy edukacyjne, które przez lata kształtowały praktykę kliniczną, koncentrowały się głównie na osobach młodszych. Pacjenci po 60. roku życia wypadają z wielu schematów przesiewowych, a test na HIV staje się badaniem „ostatniej szansy” albo raczej „ostatniej rzeczy, na jaką wpadliśmy”.

Nie bez znaczenia pozostaje także temat seksualności. Starsi pacjenci rzadko postrzegają siebie jako osoby narażone na zakażenie. Z kolei lekarze często nie podejmują z nimi rozmów na temat życia seksualnego, relacji czy nowych partnerów. Wiek senioralny formalnie zaczyna się po sześćdziesiątce, ale to przecież nadal czas aktywności zawodowej, podróży, życia towarzyskiego i bliskich – nierzadko nowych, relacji.

Szczegółowej czujności wymagają sytuacje, które w gabinecie POZ pojawiają się bardzo często: zespół kruchości, nawracające zapalenia płuc, przewlekłe biegunki, nocne poty, depresja oporna na leczenie, postępujące zaburzenia poznawcze czy niewyjaśniona utrata masy ciała. To właśnie w takich przypadkach test w kierunku HIV powinien stać się elementem standardowej diagnostyki, a nie „egzotycznym” pomysłem.

Późne rozpoznanie zakażenia HIV niesie za sobą poważne konsekwencje dla pacjenta, ale również dla systemu opieki zdrowotnej. Obejmuje wyższy odsetek diagnoz w stadium AIDS, częstsze współistnienie innych chorób, większą liczbę hospitalizacji już w momencie pierwszego rozpoznania, gorszą odbudowę immunologiczną po wdrożeniu terapii antyretrowirusowej oraz wyższe ryzyko zgonu

w pierwszym roku leczenia. Dla systemu ochrony zdrowia oznacza to również znacząco wyższe koszty opieki.

W tym kontekście istotną zmianą jest wejście w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 kwietnia 2025 r. Od maja 2025 r. lekarze POZ mogą zlecać przesiewowe testy w kierunku HIV w ramach świadczeń gwarantowanych. Każdy dorosły pacjent może zostać skierowany na badanie bez dodatkowych formalności, kosztów i konieczności kolejnych wizyt. To realna szansa na włączenie testowania w codzienną praktykę lekarza rodzinnego.

Choć dodatni wynik będzie rzadkością – w Polsce rocznie diagnozuje się około dwóch tysięcy nowych zakażeń, to wykrycie nawet pojedynczego przypadku ma ogromne znaczenie. Oznacza nie tylko możliwość wczesnego wdrożenia terapii antyretrowirusowej i uchronienia pacjenta przed rozwojem AIDS, ale także realną ochronę jego partnerów przed zakażeniem.

– Dlatego apeluję, aby częste uzyskiwanie negatywnych wyników nie zniechęcało do dalszego testowania pacjentów – mówiła prof. Alicja Wiercińska-Drapało.

Jak poinformować pacjenta o zleconym badaniu w kierunku HIV? Coraz częściej rekomendowanym podejściem jest model opt-out. Polega on na informowaniu pacjenta, że test w kierunku HIV jest elementem rutynowego pakietu badań przy danych objawach. Wtedy rezygnacja z badania wymaga aktywnej odmowy pacjenta. W praktyce oznacza to normalizację badania i odejście od narracji o „grupach ryzyka”. Należy unikać sformułowań takich jak „to badanie dla osób z grupy ryzyka” albo „czy miał pan/pani ryzykowne kontakty seksualne?”, które mogą powodować dystans i opór.

Bardzo ważna jest też prewencja. Warto prowadzić edukację seksualną seniorów, bo może się okazać, że jest to ich pierwsze zetknięcie z tym tematem. W wybranych przypadkach warto pamiętać także o możliwości stosowania profilaktyki przedekspozycyjnej.

Testowanie w kierunku HIV nie powinno zależeć od wieku. Powinno zależeć od objawów, wątpliwości diagnostycznych i gotowości lekarza, by wyjść poza utarte schematy. Jak podsumowuje prof. Alicja Wiercińska-Drapało: – Najważniejsze jest, by HIV w ogóle pojawiło się w naszej głowie jako możliwa diagnoza. Dopiero wtedy możemy je na czas wykryć, skutecznie leczyć i realnie zmieniać los naszych pacjentów.

Joanna Sieradzka



**Nowoczesna ortopedia daje nowe możliwości,
choć wielu pacjentów mogłoby uniknąć interwencji chirurga**

Z robotyczną precyzją

Pozbądź się bólu”, „Nie musisz cierpieć...”, „Wyleczymy twój kręgosłup” – takich reklam widzimy coraz więcej, coraz częściej też Polacy szukają pomocy z powodu uporczywego bólu w układzie kostno-stawowym. Można odnieść wrażenie, że na ból kolana, barku, pleców itp. cierpią prawie wszyscy dorośli. I choć na większość takich problemów sami sobie zapracowaliśmy i także sami moglibyśmy sobie pomóc, warto wiedzieć, że w ortopedii i traumatologii nastąpił niewiarygodny wręcz postęp. Kiedyś operacja kręgosłupa oznaczała wielomiesięczne unieruchomienie, dziś pacjent wstaje z łóżka jeszcze w dniu zabiegu. Kiedyś złamanie w obrębie stawu biodrowego dla człowieka w podeszłym wieku oznaczało często, że już nie wstanie z łóżka, dziś może być początkiem lepszej reszty życia, życia bez bólu. Nic dziwnego, że wszystkie ośrodki ortopedii w naszym kraju starają się nadążyć za tymi oczekiwaniami.

– Choć potrzeby pacjentów w zakresie ortopedii wyraźnie rosną, rosną też nasze możliwości. Ortopedia ma dziś zupełnie inne oblicze niż jeszcze 20-30 lat temu. Pomagamy pacjentom, którym kiedyś nie można było pomóc – podkreśla dr Grzegorz Kwiatkowski, ordynator Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im L. Rydygiera, jednego z największych ośrodków ortopedii w naszym regionie. W 2025 roku Oddział przyjął 2847 pacjentów, z których 96,2 proc. (2738) przeszło zabiegi. Kolejne ponad 550 osób skorzystało z procedur chirurgii jednego dnia.

Postęp na miarę sprawności

„Ortopedia” w Szpitalu im. Rydygiera jest jedną z tych jednostek, które wskazują kierunki rozwoju. Powstała z połączenia dwóch wcześniej działających oddziałów – Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Oddziału Urazów Wielonarządowych, Ortopedii i Neuroortopedii. Wykonuje praktycznie wszystkie możliwe zabiegi i pełną diagnostykę. Leczy się tu zarówno powszechne schorzenia, jak i te najrzadsze, urazy codzienne i najbardziej skomplikowane, a także pacjentów z chorobą nowotworową. Wykorzystuje się tu najnowocześniejszą aparaturę i materiały,



Dr Grzegorz Kwiatkowski (po prawej)

innowacyjne techniki, sięga po bioinżynierię i technologie robotyczne. Liczący blisko 100 osób (w tym 38 lekarzy) zespół Oddziału bierze także aktywny udział w ortopedycznych i interdyscyplinarnych projektach badawczych.

– Mamy 54 łóżka, miesięcznie przyjmujemy ponad 240 pacjentów. Działa też poradnia. Zajmujemy się chyba wszystkim, czym zajmuje się obecnie ortopedia i traumatologia – informuje dr Grzegorz Kwiatkowski.

To też jedyny oddział w regionie dysponujący dwoma specjalistycznymi robotami chirurgicznymi. Pierwszy pojawił się w 2023 roku, drugi Szpital ma od lutego br. Ktoś pomyśli – „kolejna fanaberia, wszędzie roboty...”. Ale nie o nowinkę technologiczną tu chodzi, lecz o precyzję zabiegu.

– To nie jest autonomiczny robot. Służy do zakładania endoprotez, ponieważ ustawia implanty z precyzją niemożliwą do osiągnięcia przez ludzkie dłonie. Idealnie utrzymuje wymagane parametry, dzięki czemu sprawność takiej endoprotezy jest także optymalna – wyjaśnia doktor Kwiatkowski.



Dr Adam Pala

W „Rydygierze” robot ortopedyczny najpierw był wykorzystywany przy endoprotezoplastyce kolana, od ubiegłego roku pomaga także we wszczepianiu implantów stawu biodrowego. Dlaczego Szpital postanowił zainwestować w taki sprzęt?

– Według światowych badań co czwarty pacjent nie jest zadowolony z efektów endoprotezoplastyki kolana, a jednocześnie udowodniono, że ten robot o połowę zwiększa liczbę pacjentów zadowolonych. Robotyczna precyzja ma więc istotne znaczenie dla efektów zabiegu – wyjaśnia doktor Kwiatkowski.

Możliwości robota ortopedycznego są szersze, jednak najważniejsze jest bezpieczeństwo pacjentów. – Jestem zwolennikiem wszelkich nowości, lecz nie można ich wprowadzać bezrefleksyjnie. Za często słyszymy o konsekwencjach zbyt pochopnego, nieumiejętnego korzystania z osiągnięć techniki – wyjaśnia dr Kwiatkowski.

Dziś zresztą większym problemem wydaje się nie tyle aparatura, co finansowanie endoprotezoplastyki. NFZ nie płaci „ekstra” za robotyczne operacje biodra czy kolana (ponieważ są droższe od klasycznych, Szpital do nich dokłada), jednak ma też coraz mniej pieniędzy na tradycyjne zabiegi – kolejka do endoprotez znów zaczyna niepokojąco rosnąć. Nie powstrzymuje to na szczęście postępu. Jedną z nowszych procedur jest np. endoprotezoplastyka nadgarstka.

Zanim jednak potrzebna jest endoproteza, często można pomóc inaczej. Na przełomie XX/XXI wieku błyskawicznie rozwinęła się więc artroskopia. Zaczęto się od kolana, dziś w Szpitalu im. Rydygiera artroskopie różnych stawów wykonuje się codziennie, bo potrzeby w tym zakresie nieustannie rosną.

Przybywa też pacjentów z uszkodzeniem chrząstki stawowej. – Niestety, to często ludzie bardzo młodzi, dlatego m.in. prowadzimy badania nad nowymi implantami chrząstki stawowej. Jest wiele różnych pomysłów, jak



leczyć jej uszkodzenia. Badany przez nas materiał wbudowuje się w kość i przejmuje funkcje chrząstki – wyjaśnia dr Kwiatkowski.

W ortopedii i traumatologii właściwie stale pojawia się coś nowego. Nowy jest także profil pacjenta. Dwie główne grupy to ludzie starsi, ze zmianami kostno-stawowymi, którym kiedyś właściwie nie było czego proponować, i ludzie młodzi po urazach odniesionych podczas uprawiania coraz bardziej ryzykownych dyscyplin sportu. – Jednak zasady leczenia są takie same, jak kiedyś. Tylko narzędzia i techniki mamy nowe – mówi dr Adam Pala, kierownik Pododdziału Chirurgii Kręgosłupa.

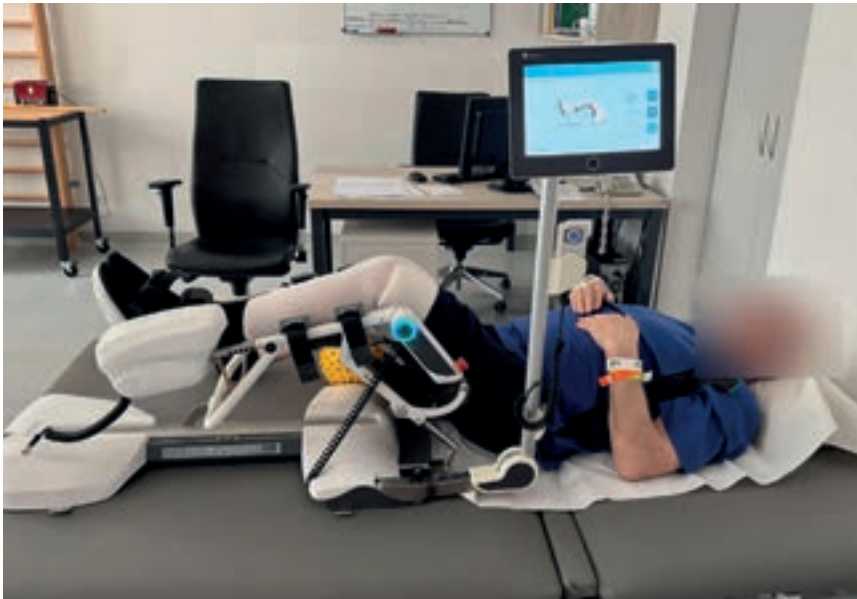
Epidemia „bólów pleców”

– Stenoza zarówno 30 lat temu, jak i teraz wymaga poszerzenia kanału kręgosłupa, ale dziś nie trzeba robić nacięcia wzdłuż całych pleców, a pacjent nie musi po operacji leżeć tygodniami – wyjaśnia dr Pala.

Kiedyś także po usunięciu małej przepukliny kręgosłupa chory nie mógł się ruszać przez miesiąc, teraz dzień po zabiegu wraca do domu. To ważne, bo dzięki postępowi medycyny można pomóc bez porównania większej liczbie pacjentów. W Pododdziale Chirurgii Kręgosłupa dominują osoby starsze ze zmianami zwyrodnieniowymi czy złamaniami osteoporotycznymi oraz pacjenci z chorobą nowotworową.

– Dzięki wprowadzeniu małoinwazyjnych metod zabiegowych możemy dziś operować nawet osoby w wieku powyżej 80 lat. Każdy przecież chce się dobrze czuć i być sprawnym – podkreśla doktor Pala.

Leczenie dyskopatii, czyli choroby zwyrodnieniowej, to jedna z tych procedur, które dziś reklamuje się nawet w mediach. Niestety, zachwala się też procedury o nieudowodnionej skuteczności. – Natomiast za mało mówi się o tym, że w wielu przypadkach najskuteczniejsze będzie leczenie zachowawcze. W bogatszych od naszego krajach →



→ ubezpieczyciele często w ogóle nie płacą za leczenie bólu pleców terapią bierną, tzn. laserami czy ultradźwiękami, lecz finansują terapię aktywną mobilizującą chorych do intensywnych i regularnych ćwiczeń – mówi doktor Pala.

Oczywiście zaawansowana choroba zwyrodnieniowa, tzw. choroba dyskopatyczna, może powodować nie tylko ból pleców, ale także prowadzić do deformacji kręgosłupa, np. kręgozmyku oraz stenozy, czyli zawężenia kanału kręgowego. Zmiany te wywołują dysfunkcję neurologiczną i prowadzą do niedowładów kończyn. W tych przypadkach konieczna jest interwencja chirurga, możliwa coraz częściej dzięki technikom endoskopowym.

– Tą techniką wykonujemy około 200 zabiegów kręgosłupa rocznie. Można mówić o prawdziwym boomie w endoskopii, a my rozwijamy ją w naszym szpitalu od ponad czterech lat, i są to zarówno techniki monoportalne, przydatne np. w chirurgicznym leczeniu przepuklin kręgosłupa, jak i biportalne, stosowane w dużych zmianach zwyrodnieniowych, ciężkich stenozach. Techniki endoskopowe są szansą uwolnienia od bólu również dla pacjentów otyłych, którzy przecież często mają problemy z kręgosłupem – podkreśla dr Adam Pala.

Dzięki małoinwazyjnym zabiegom 99 proc. pacjentów po operacjach kręgosłupa pionizowanych jest jeszcze tego samego dnia, a w „Rydygierze” rehabilitację prowadzi się także po godzinie 15, co nie jest powszechne w polskich szpitalach. Choć gotowych do pracy specjalistów w tej dziedzinie nikt nie zastąpi, warto w tym miejscu dodać, że szpital dysponuje także aparaturą, którą można nazwać robotami rehabilitacyjnymi.

Gdy zaatakuje rak

Pierwotne guzy nowotworowe kręgosłupa to rzadkość, lecz przerzuty np. z guzów płuca, sutka, prostaty, nerki są niestety częste. Tu także szanse pomocy ogromnie wzrosły dzięki rozwojowi technik małoinwazyjnych.

– Zmiany nowotworowe powodują destabilizację kręgosłupa, a czasem też ucisk na struktury nerwowe, więc konieczne jest odbarczenie. Przy Szpitalu działa duży ośrodek radioterapii, więc współpracujemy w zakresie leczenia pacjentów onkologicznych – wyjaśnia doktor Pala.

Stabilizacja kręgosłupa wydaje się prostą procedurą, jednak trzeba zdobyć doświadczenie, nauczyć się jej, konieczna jest specjalizacja w tym zakresie.

Obecnie większość takich zabiegów wykonywana jest przezskórnie – pod kontrolą monitora rentgenowskiego i nawigacji.

– Co więcej, w ramach KPO otrzymaliśmy ostatnio system do nawigacji w operacjach kręgosłupa oraz ramię 3D. To taka „pseudotomografia” śródoperacyjna, w której właśnie intensywnie się szkolimy – dodaje doktor Grzegorz Kwiatkowski.

■ ■ ■

Oddział jest także ośrodkiem szkoleniowym dla młodych lekarzy. Specjaliści są potrzebni, choć w tej dziedzinie profilaktyka mogłaby wiele zmienić.

– Na studiach lekarskich jest za mało o ortopedii, poświęca się jej może dwa tygodnie, a ból pleców to obecnie jedna z najczęstszych przyczyn wizyt u lekarza. Nasi koledzy z POZ stają osamotnieni przed olbrzymim wyzwaniem. Po jednej stronie brak wsparcia dla lekarzy POZ w leczeniu bólu pleców u pacjentów, po drugiej kolejki do specjalistów i olbrzymie koszty metod zabiegowych – mówi dr Adam Pala.

Tymczasem wielu chorych, odpowiednio przeszkolonych i zmotywowanych do aktywnej rehabilitacji, tzn. ćwiczeń, relatywnie niskim kosztem mogłoby skutecznie leczyć ból pleców (i nie tylko pleców) lub go uniknąć. To jednak problem, którego ortopedzi sami nie rozwiążą.

Jolanta Grzelak-Hodor

Zdjęcia: archiwa prywatne

dr. G. Kwiatkowskiego i dr. A. Pali

Z naszych szpitali

3 lutego w **Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie** uroczystie otwarto Ośrodek Rehabilitacji Diennej. Nowopowstały ośrodek oferuje pacjentom kompleksową rehabilitację obejmującą kinezyterapię, fizykoterapię, terapię manualną oraz masaż leczniczy.



Z pomocy fizjoterapeutów mogą skorzystać osoby, których stan zdrowia wymaga wielokierunkowego działania i indywidualnie dobranego postępowania terapeutycznego. Rejestracja do Ośrodka odbywa się na podstawie skierowania na rehabilitację ogólnoustrojową, wystawionego przez lekarza oddziału szpitalnego, poradni specjalistycznej lub lekarza POZ.

(źródło: su.krakow.pl)

Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie jako jeden z pierwszych w Polsce otrzymał 13 stycznia certyfikat akredytacyjny Ministerstwa Zdrowia przyznany według najnowszych standardów jakości w opiece zdrowotnej. Szpital uzyskał też bardzo wysoki wynik – 90 proc. możliwej punktacji w ocenie łącznie aż 220 parametrów. Lepszym wynikiem może się pochwalić tylko Szpital Uniwersytecki w Krakowie – 93 proc. I na tym kończy się lista małopolskich szpitali, które uzyskały akredytację już na nowych zasadach.

Przy okazji prezes Artur Asztabski zdradził mediom plany inwestycyjne „Rydygiera”. Jeszcze w tym roku ma się rozpocząć budowa nowego, dużego parkingu dla pacjentów, na którym zmieści się ok. 600 aut. Pojawił się też pomysł, by zlokalizować pod nim schron lub choćby tylko miejsce schronienia oraz sale zabiegowe. To na razie projekt, choć jego realizacja (być może w 2027 r.) jest bardzo realna, bo wsparcie finansowe dla tej inwestycji zadeklarowało już Ministerstwo Obrony Narodowej.

Znacznie szybciej zrealizowane zostaną prowadzone już inwestycje, jak np. uruchomienie centrum zdrowia psychicznego (w tym roku) oraz przeniesienie leczenia ambulatoryjnego do nowego, odrębnego budynku, co ma nastąpić w przyszłym roku.

W styczniu w **Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II** przeprowadzono nowoczesną operację MICS CABG (Minimally Invasive Coronary Artery Bypass Grafting), podczas której wykonano pełną rewaskularyzację mięśnia sercowego – z zastosowaniem pomostów zarówno do tętnic wieńcowych, jak i do aorty – bez konieczności przecinania mostka, z dostępu przez lewostronną minitorakotomię. Małoinwazyjne pomostowanie aortalno-wieńcowe wykonywane jest z niewielkiego cięcia międzyżebrowego po lewej stronie klatki piersiowej. Takie podejście znacząco zmniejsza uraz okołoperacyjny, skraca czas hospitalizacji i pozwala pacjentom szybciej wrócić do codziennej aktywności.

(źródło: szpitaljp2.krakow.pl)



Malaria coraz częściej w naszych gabinetach

Proste pytanie ratujące życie

Podróże do krajów tropikalnych stały się w ostatnich latach wśród Polaków niezwykle popularne. Wyjazdy do Kenii, Tanzanii (Zanzibar), Gambii czy Senegalu przestały być egzotycznym luksusem. Niestety, za gwałtownym wzrostem popularności tropikalnych podróży nie poszła proporcjonalnie wiedza o zagrożeniach zdrowotnych, jakie się z nimi wiążą. Jednym z nich – wciąż realnym i potencjalnie śmiertelnym – jest malaria. Teraz jest właśnie w Polsce szczyt zachorowań na malarię, przywiezioną z ferii zimowych.

Malaria: choroba „egzotyczna”, ale wcale nie rzadka

Malaria pozostaje jedną z najpoważniejszych chorób pasożytniczych na świecie. Występuje w ponad 80 krajach, w tym w regionach szczególnie lubianych przez polskich turystów. Od wielu lat jest główną infekcyjną przyczyną zgonów osób podróżujących do krajów tropikalnych. W Polsce liczba zachorowań systematycznie rośnie. W ubiegłym roku odnotowano u nas 55 przypadków malarii, w tym kilka zgonów. Jak podkreślała podczas XIX Krakowskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Współczesne problemy chorób zakaźnych” dr Agnieszka Wroczyńska z Poradni Konsultacyjnej ds. Szczepień w Gdańsku, Rodzinnej Poradni Medycyny Podróży, zgony z powodu malarii są możliwe do uniknięcia – przy właściwej profilaktyce i szybkim rozpoznaniu.

Zaczyna się przed podróżą

Szczepionka przeciwko malarii nie jest dostępna dla podróżników i obecnie stosowana jest wyłącznie w wybranych programach ochronnych u dzieci w Afryce. Nie oznacza to jednak, że jesteśmy bezbronni. Przeciwnie, malaria jest jedną z najlepiej poznanych chorób tropikalnych, a chemioprophylaktyka jest skuteczna, bezpieczna i dobrze przebadana. Dlaczego więc nadal dochodzi do zgonów?

Jak mówi dr Agnieszka Wroczyńska: – Ciągłe popełnianie tych samych błędów. Pierwszym z nich jest brak stosowania



profilaktyki przeciwmalarycznej – często z powodu mitów o rzekomo „ciężkich działaniach niepożądanych”. Tymczasem badania pokazują, że mniej niż 1 proc. pacjentów przerywa leczenie, zwykle z powodu łagodnych symptomów, takich jak dolegliwości brzuszne czy bóle głowy.

Drugim powodem jest lekceważenie zagrożenia nie tylko przez samych turystów, ale też, niestety, przez biura podróży i innych organizatorów wyjazdów, którzy prawdopodobnie nie chcą „niepotrzebnie straszyć” swoich klientów.

Spośród pięciu gatunków zarodźców wywołujących malarię *Plasmodium falciparum* odpowiada za zdecydowaną większość ciężkich zachorowań i zgonów – zarówno wśród mieszkańców krajów endemicznych, jak i wśród turystów.

Szczególnie narażone na ciężki przebieg i zgon są trzy grupy:

- małe dzieci (w Afryce z powodu malarii co dwie minuty umiera dziecko),
- kobiety ciężarne,
- nieodporni podróżni, czyli osoby z krajów, gdzie malaria nie występuje.

Profilaktyka istnieje i działa: schemat ABCD

WHO od lat rekomenduje prosty i skuteczny schemat zapobiegania malarii, określany literami ABCD:

- A – Awareness of risk: świadomość ryzyka i edukacja podróżnych,
- B – Bite prevention: ochrona przed ukłuciami (moskitiery – mogą być nasączone insektycydem, repelenty, nasączana odzież),
- C – Chemoprophylaxis: właściwie dobrana chemioprophylaktyka,
- D – Diagnosis: szybka diagnostyka i natychmiastowe leczenie.

Pytanie ratujące życie

Pierwsze objawy malarii pojawiają się zwykle do miesiąca od zakażenia. I właśnie tu zaczyna się największy problem diagnostyczny. Początkowe symptomy są niespecyficzne: gorączka, bóle mięśni i stawów, ból głowy.

Co ważne, zakażenie *Plasmodium falciparum* wcale nie przebiega z charakterystyczną, falistą gorączką, którą wielu lekarzy nadal kojarzy z malarią.

Na tym etapie choroba jest łatwa do wyleczenia. Jednak wystarczy kilka dni opóźnienia, by doszło do gwałtownej progresji i rozwoju ciężkich powikłań: niewydolności wielonarządowej, kwasicy, ostrej niewydolności nerek, malarii mózgowej czy niewydolności wątroby.

W sezonie zimowym i wczesnowiosennym gabinety pełne są pacjentów z gorączką i objawami infekcyjnymi. Łatwo przypisać je grypie czy innym zakażeniom sezonowym.

– Dlatego uwrażliwiam, aby pacjentom gorączkującym, którzy budzą nasze podejrzenia, zadać w wywiadzie

pytanie o niedawną podróż do krajów tropikalnych – podkreśla dr Wroczyńska: – Sama to obliczyłam: zadanie tego pytania zajmuje nie więcej niż 7 sekund. A może uratować życie.

Dzieci do 5. roku życia – czy warto je narażać?

Na osobne podkreślenie zasługuje kwestia małych dzieci. Wiek poniżej 5 lat jest istotnym czynnikiem ryzyka bardzo ciężkiego przebiegu malarii i zgonu. Po przebyciu malarii mózgowej u dzieci do 5 r.ż. dochodzi do przewlekłych konsekwencji neuropsychiatrycznych i behawioralnych. Są to skutki bardzo poważne i długofalowe.

Dr Agnieszka Wroczyńska uważa, że należy rodzicom wprost odradzać podróże do regionów endemicznych, a przynajmniej wyczerpująco poinformować ich o ryzyku.

Ani jednego komara nie widziałam. Wiele razy byłam i nic mi nie było

Jest to oryginalny wpis umieszczony przez turystkę w jednej z grup podróżniczych na portalu społecznościowym. Taka narracja powoduje niepotrzebne narażanie się na poważne ryzyko. Nie bierzmy więc w niej udziału i, jeśli tylko mamy taką szansę, informujmy pacjentów o możliwościach i wadze bezpiecznej profilaktyki.

Na zgony z powodu malarii przywiezionej z wakacji mamy realny wpływ. Kluczowe są dwa elementy: profilaktyka przed wyjazdem i szybkie rozpoznanie po powrocie. Oba są w zasięgu naszych możliwości.

Malaria nie jest chorobą przeszłości ani problemem „egzotycznym”. Coraz częściej jest chorobą pacjenta, który po prostu wrócił z urlopu.

Joanna Sieradzka







Taki był lekarski karnawał 2026

Tradycji stało się zadość. Tegoroczny lekarski karnawał rozpoczął się 10 stycznia wspaniałym jak zwykle Balem Lekarza w Krakowie, zorganizowanym przez naszą Izbę Lekarską już po raz 27. Dorośli mogli się w minionym karnawale bawić w swoim gronie także w Zakopanem – był to już 47. Bal Lekarza w stolicy Tatr – oraz w Przemyślu, dla którego to nowa tradycja.

Nie zabrakło także zabaw dla dzieci – wielki bal karnawałowy dla dzieci i wnuków lekarzy odbył się w Krakowie, bardziej kameralny – w Nowym Sączu.

Do zobaczenia za rok!

Fot. Archiwum OIL





BO PRAWDZIWY LUKSUS TO NAJWYŻSZE WYMAGANIA!

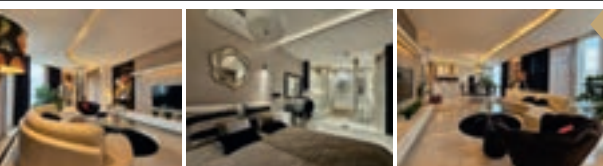
LUXURY MANOR AGENCJA NIERUCHOMOŚCI DLA LEKARZY I PRAWNIKÓW

Pracujemy specjalistycznie dla najbardziej wymagających przedstawicieli wolnych zawodów. Rozumiemy doskonale potrzeby tego środowiska, bo sami z niego pochodzimy.

Koncentracja na rezultacie i satysfakcji klientów, kompleksowa opieka także w złożonych sprawach prawnych i bezpieczeństwo transakcji – to są nasze niezmiennie wartości.

ZAPRASZAMY DO KONTAKTU, TEL: 730 886 368

NAJWYŻSZEJ JAKOŚCI DOMY I APARTAMENTY GOTOWE DO WEJŚCIA OD 1.190.000 PLN



KRAKÓW – LUKSUSOWY NOWY APARTAMENT PRZY STARYM MIEŚCIE 105 M2 | PEŁNE WYPOSAŻENIE I UMEBLOWANIE | GARAŻ PODZIEMNY – ZAPYTAJ O CENĘ!



DOBCZYCE / MYŚLENICE – WILLA PODGÓRSKA 246 M2/ 20 a | 6 POKOJÓW | PODWÓJNY GARAŻ | PODGRZEWANY KRYTY BASEN | SAUNA | SAD | PEŁNE WYPOSAŻENIE I UMEBLOWANIE. CENA: 1.850.000 PLN



KRAKÓW - APARTAMENT LOFTOWY 130 M2 | 4 POKOJE | 3 MIEJSCA PARKINGOWE | WYPOSAŻENIE. CENA: 1.850.000 PLN



MICHAŁOWICE – DOM W ENKLAWIE HUBERTUS 200 M2 | 6 POKOJÓW | 5 MIEJSC PARKINGOWYCH | PEŁNE LUKSUSOWE WYPOSAŻENIE I UMEBLOWANIE. CENA: 1.790.000 PLN



SWOSZOWICE – DOM NAD WILGĄ 146 M2 | 5 POKOJÓW | PEŁNE LUKSUSOWE WYPOSAŻENIE I UMEBLOWANIE BO CONCEPT. CENA: 1.690.000 PLN



WIELICZKA – KAMERALNY DOMY Z WIDOKIEM NA GÓRY 120 M2 | 5 POKOJÓW | GARAŻ | WYPOSAŻENIE. CENA: 1.250.000 PLN



SZCZYRK – LUKSUSOWY APARTAMENT PRZY SKOCZNI C.O.S. 54 M2 | PEŁNE WYPOSAŻENIE I UMEBLOWANIE BO CONCEPT | GARAŻ I KOMÓRKA. CENA: 1.190.000 PLN

WE SPEAK ENGLISH, WIR SPRECHEN DEUTSCH

SIEDZIBA: WILLA JAGÓDKA, Al. Płk. Wł. Beliny-Prażmowskiego 14, 31-514 Kraków

WWW.LUXURY-MANOR.PL



Sztuka wycofywania leków: Depreskrypcja w praktyce klinicznej

Dr hab. Jarosław Woron, prof. dr hab. Ryszard Korbut

Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego
UJ CM Kraków, Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania
Niepożądanych Działań Leków, Szpital Uniwersytecki w Krakowie



Depreskrypcja to nazwa procedury polegającej na wycofywaniu, redukcji dawki lub zamiany leków stosowanych przez pacjenta. Przede wszystkim ma ona na celu wyeliminowanie z farmakoterapii leków, które przestały przynosić pacjentowi korzyści lub stwarzają

ryzyko przewyższające potencjalne korzyści.

W poniższym zestawieniu zebrano najczęstsze przyczyny konieczności przeprowadzenia depreskrypcji oraz komentarze odnoszące się do poszczególnych sytuacji klinicznych:

PRZYCZYNA DEPRESKRYPCJI	KONTEKST KLINICZNY
Niewłaściwy lek	Wybór leku w praktyce musi uwzględniać zarówno cechy rezydualne pacjenta, jak i przebieg choroby, z powodu której lek został zastosowany.
Nieprawidłowe skojarzenie leków	W przypadku wielochorobowości stosowana politerapia nie może indukować ryzyka powikłań polekowych. Najważniejsze jest unikanie interakcji prowadzących do sumowania się działań niepożądanych leków stosowanych jednocześnie.
Stan kliniczny pacjenta, a stosowana farmakoterapia	Wskazania oraz przeciwwskazania do stosowania leków muszą uwzględniać zarówno przebieg choroby, jak i parametry farmakokinetyczno-farmakodynamiczne stosowanych leków.
Pojawienie się przeciwwskazań do stosowania leku	Dysfunkcje narządów klirensowych (wątroba, nerki) indukujące zmiany w farmakokinetyce leków mogą powodować konieczność odstawienia leków, jeśli w sposób znaczący zmienia się stosunek korzyści do ryzyka ich stosowania. Konieczność depreskrypcji może pojawić się także w przypadku ciąży oraz w okresie karmienia piersią.
Wystąpienie działań niepożądanych stosowanych leków	Jeśli wystąpienie polekowych działań niepożądanych i obraz kliniczny powikłań pozwalają na określenie związku przyczynowo-skutkowego z określonym lekiem stosowanym przez pacjenta, depreskrypcja staje się najistotniejszym elementem dalszego postępowania terapeutycznego.

Depreskrypcja ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów geriatrycznych. Wynika to z wielochorobowości takich pacjentów i stosowanej u nich polifarmakoterapii. Szczególnym rodzajem interakcji leków u tej grupy

pacjentów jest jednoczasowe sumowanie się działań niepożądanych w warunkach zmieniającej się z wiekiem farmakokinetyki. Prowadzi to niekiedy do bardzo niebezpiecznych powikłań polekowych.

→ Poniżej przedstawiamy listę najważniejszych zmian w farmakokinetyce leków, jakie mogą zachodzić u pacjentów w podeszłym wieku:

- wzrost pH soku żołądkowego (atroficzne zapalenie błony śluzowej żołądka, stosowanie leków hamujących wydzielanie kwasu solnego)
- zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego
- zwolnienie perystaltyki przewodu pokarmowego
- zmniejszenie powierzchni wchłaniania
- zmniejszenie przepływu krwi przez przewód pokarmowy
- zwiększenie suchości w jamie ustnej
- zmniejszenie masy tkanek
- rozrost tkanki tłuszczowej (zwiększenie V_d leków lipofilnych)

- zmniejszenie beztłuszczowej masy ciała (zmniejszenie V_d leków hydrofilnych)
- zmniejszenie objętości wody całkowitej
- zmniejszenie stężenia albumin
- zwiększenie stężenia kwaśnej alfa1-glikoproteiny
- zmniejszenie pojemności wyrzutowej serca
- zmniejszenie przepływu krwi przez tkanki i narządy mięśnizowe
- zmniejszenie aktywności enzymów metabolizujących leki w wątrobie

W celu racjonalnej depreskrypcji, ale też w zamiarze przeciwdziałania niewłaściwemu dobieraniu leków na etapie ustalania farmakoterapii powstały specjalne narzędzia w postaci kryteriów i list optymalizacyjnych.

Tabela 1. Kryteria i listy pomocne w racjonalizacji farmakoterapii w populacji geriatrycznej

KRYTERIA I LISTY OPTYMALIZACJI FARMAKOTERAPII	ASPEKTY UŻYTKOWE
Kryteria Beersa (Beers Criteria)	Opisują leki potencjalnie niewłaściwe u osób starszych – obejmują około 30 leków lub ich klas, zawierają listę potencjalnie niewłaściwych leków, których należy unikać u osób starszych z określonymi schorzeniami. Zawierają leki, które powinno się stosować z dużą ostrożnością u osób starszych. Dotyczy to także łączeń leków, które mogą prowadzić do niebezpiecznych klinicznie interakcji, a także leków, których należy unikać lub których dawkowanie powinno być dostosowywane do osób starszych z zaburzeniami czynności nerek.
Kryteria Forta	Stanowią system oceny leków pod kątem ich skuteczności i bezpieczeństwa. Leki oceniane są zgodnie z profilem ryzyka zastosowania w stosunku do korzyści oraz według ich udowodnionej skuteczności u pacjentów w populacji senioralnej. Leki zostały podzielone na cztery kategorie: Kategoria A: leki o udowodnionej skuteczności i istnieją wyraźne korzyści pod względem stosunku skuteczności do ryzyka. Kategoria B: leki z udowodnioną skutecznością, jednak posiadające również ograniczenia dotyczące zakresu ich skuteczności lub bezpieczeństwa. Kategoria C: leki o wątpliwej skuteczności terapeutycznej w porównaniu z bezpieczeństwem stosowania oraz brak korzyści terapeutycznych lub pojawiające się istotne działania niepożądane. Kategoria D: substancje, których pacjenci w populacji senioralnej powinni unikać z uwagi na niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka ich stosowania.
Lista Priscus	Jest to lista potencjalnie niewłaściwych leków dla pacjentów w wieku senioralnym. Zawiera 83 substancje czynne z 18 kategorii leków z informacjami i zastrzeżeniami co do stosowania poszczególnych leków. Dodatkowo na liście dostępne są alternatywy terapeutyczne oraz zalecenia postępowania w przypadku, gdyby podania leku nie udało się uniknąć.
Lista EU (7) PIM (dla krajów europejskich)	Obejmuje listę potencjalnie niewłaściwych leków dla osób starszych, listę 282 substancji czynnych wg klasyfikacji ATC (<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>), zawiera także informację o przyczynie zakwalifikowania leku jako PIM (<i>Potentially Inappropriate Medication</i>). Na liście dostępne są także alternatywy terapeutyczne.

Depreskrypcja jest jednym z najważniejszych sposobów redukcji ryzyka działań niepożądanych w farmakoterapii.

Możemy je korygować na wiele sposobów, a niektóre z nich zebrano w tabeli 2.

Tabela 2. Możliwości modyfikacji farmakoterapii w przypadku wystąpienia polekowych działań niepożądanych.

MODYFIKACJE	SKUTKI TERAPEUTYCZNE
Zastosowanie leku o innym profilu farmakodynamicznym	Właściwości farmakodynamiczne leku mogą zmieniać (zwiększać lub zmniejszać) działania niepożądane drogą receptorową. Znajomość farmakodynamiki leku jest niezbędna do skutecznego zarządzania profilem bezpieczeństwa stosowanych leków.
Zastosowanie leku o odmiennym profilu farmakokinetycznym	Takie parametry farmakokinetyczne, jak: C _{max} (stężenie maksymalne), T _{max} (czas osiągnięcia maksymalnego stężenia), V _d (objętość dystrybucji) oraz klirens regulują skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii.
Zastosowanie leku o innym profilu działań niepożądanych	W tym przypadku w ustaleniu profilu działań niepożądanych i interakcji lek–pacjent oraz lek–choroba ważną rolę odgrywają rezidualne cechy pacjenta w sferze zarówno objawów, jak i stanu klinicznego.

Miłosierny Samarytanin roku 2025

Dobro nie zawsze krzyczy. Często nosi biały fartuch i zostaje po godzinach, by potrzymać pacjenta za rękę. Innym razem mieszka za ścianą i bez rozgłosu pomaga tym, o których inni zapomnieli.

Jeśli znasz takie osoby i chcesz im podziękować za to, co robią dla innych, zgłoś je do plebiscytu „Miłosierny Samarytanin”, organizowanego od lat przez Wolontariat św. Eliasza w Krakowie.

Kandydatów można zgłaszać w dwóch kategoriach:

I kategoria: pracownik służby zdrowia - lekarze, pielęgniarki, ratownicy, którzy dają z siebie znacznie więcej niż wymaga tego dyżur.

II kategoria: twoi znajomi, sąsiedzi, ludzie o wielkich sercach, którzy bezinteresownie pomagają innym.

Zgłaszanie kandydatów trwa do 15 marca 2026 r. Zgłaszając podajemy: imię i nazwisko kandydata, dane teleadresowe oraz koniecznie kilka zdań wyjaśniających, dlaczego uważasz, że ta osoba zasługuje na wyróżnienie. Spośród nadesłanych zgłoszeń Kapituła wybierze osoby, które podczas uroczystej gali otrzymają statuetkę oraz wyróżnienia „Miłosierny Samarytanin Roku”.

Głos można oddać:

- Listownie na adres: Wolontariat św. Eliasza, 30-608 Kraków, ul. Porucznika Wąchały 5
- Poczta elektroniczną na adres: miłosierny.samarytanin.krakow@gmail.com
- Telefonicznie: 885 512 500 / 12 263 61 56 – pon.-pt. w godz. 16–18
- Korzystając z formularza elektronicznego zamieszczonego na stronie:

<http://www.eliasz.org.pl/miłosierny-samarytanin-roku>



Krosno

■ 17 stycznia 2026 r. w Delegaturze OIL w Krośnie odbył się wernisaż wystawy fotograficznej autorstwa dr. Stanisława Klimka (na zdj. poniżej), internisty i radiologa z Krosna, zatytułowanej „Podkarpacie – Mała Ojczyzna”.

Wystawa prezentowała piękno Podkarpacia – jego krajobrazy, architekturę oraz niepowtarzalny klimat regionu. Prace lekarza artysty wzbudziły duże zainteresowanie wśród zgromadzonych gości, którzy z zachwytem podziwiali zarówno walory estetyczne zdjęć, jak i ich emocjonalny przekaz.

Dodatkowym, niezwykle atrakcyjnym elementem wydarzenia był muzyczny występ ich autora, który zaprezentował swój kolejny talent, grając i śpiewając kolędy, piosenki turystyczne i standardy jazzowe. Muzyka wprowadziła uczestników w nastrojowy klimat i podkreśliła artystyczny charakter spotkania, ukazując dr. Stanisława Klimka jako twórcę o wszechstronnych zdolnościach.

Atmosfera wernisażu była bardzo miła i sprzyjała wymianie wrażen. Wydarzenie stało się również doskonałą okazją do integracji środowiska lekarskiego z terenu Podkarpacia.

■ 28 listopada 2025 r. w Hotelu Prezydencjum w Rzeszowie odbyła się uroczysta gala plebiscytu „Hipokrates” – jednego z najważniejszych i najbardziej prestiżowych wydarzeń honorujących pracowników ochrony zdrowia w Polsce.



Jednym z laureatów konkursu została Przychodnia w Kobylanach (powiat krośnieński), zdobywając I miejsce w powiecie oraz III miejsce w województwie podkarpackim. Potwierdziła tym samym swoją silną pozycję wśród najlepszych placówek medycznych regionu.

(Źródło: Strona internetowa Gminy Chorkówka)

■ 16 stycznia w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie odbyło się uroczyste otwarcie Centrum Wsparcia Badań

Klinicznych (CWBK). W wydarzeniu wzięli udział przedstawiciele środowiska medycznego, władz samorządowych i państwowych, eksperci w dziedzinie badań klinicznych oraz zaproszeni goście, w tym wojewoda podkarpacki Teresa Kubas-Hul oraz dyrektor Agencji Badań Medycznych Elżbieta Bylina.

(Źródło: <https://sanitas.sanok.pl>)

■ Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie podpisał umowę na dofinansowanie inwestycji służącej rozwojowi i wzmocnieniu infrastruktury kardiologicznej. Projekt realizowany będzie w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności.

Celem przedsięwzięcia jest kompleksowe doposażenie oddziału kardiologicznego, poradni kardiologicznej oraz pracowni elektrofizjologii w nowoczesny sprzęt i specjalistyczne oprogramowanie medyczne. Szpital zakupi m.in. echokardiograf, system do prób wysiłkowych i ergospirometrii, monitory hemodynamiczne, aparat RTG z ramieniem C, aparat USG, rejestratory Holter EKG i ABPM, a także sprzęt do badań stress echo oraz zaawansowane urządzenia elektrochirurgiczne. Uzupełnieniem inwestycji będzie wdrożenie



specjalistycznego oprogramowania integrującego aparaturę diagnostyczną z systemem informatycznym szpitala.

(Źródło: Portal informacyjny: Krosno 112)

*Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie*

Nowy Sącz

■ By wyjątkowo przeżyć święta, sędzcy Lekarze Seniorzy wzięli udział w spotkaniu opłatkowym oraz koncercie kołęd „Preisner i Przyjaciele” w ICE w Krakowie. Z kolei na powitanie Nowego Roku udali się do Centrum Kultury w Nowym Targu, gdzie w atmosferze wiedeńskiego karnawału wysłuchali Gali Operetkowo-Musicalowej. Lekka, pełna humoru narracja, piękne głosy, poruszająca muzyka i kontakt artystów z publicznością sprawiły, że wieczór stał się nie tylko wydarzeniem artystycznym, ale prawdziwym przeżyciem.



■ Wiedź w grudniu jest wyjątkowo pięknie udekorowany świątecznymi iluminacjami, a wiedeńskie place przemieniają się w czarujące jarmarki bożonarodzeniowe, co sprawdzili nasi Lekarze Seniorzy podczas przedświątecznego wyjazdu do stolicy Austrii. Była to także okazja do odkrywania bogatej kultury i historii tego miasta. W drodze powrotnej członkowie nowosądeckiego Klubu Lekarza Seniora odwiedzili Ołomuniec w Czechach, zwiedzając tam Stare Miasto i jarmark bożonarodzeniowy w innym wydaniu.

■ 31 stycznia w naszej Delegaturze odbył się XI Bal Karnawałowy dla Dzieci i Wnuków Lekarzy. Na uczestników czekały ciekawe animacje i nietuzinkowe zabawy z wykorzystaniem różnorodnych materiałów. Sale wypełniły się kolorowymi strojami, śmiechem i wspinałą muzyką. Po intensywnych tańcach na dzieci czekał poczęstunek.

Bal karnawałowy był doskonałą okazją do integracji, rozwijania kreatywności i spędzenia czasu w miłej atmosferze. Zabawę poprowadziły animatorki ze Strefy Animacji Klaudii Zyzak. Była również sekcja fotograficzna przy „Fotolustrze”.

W balu uczestniczyło 54 dzieci. Dziękujemy wszystkim za wspólną zabawę.

*Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu*

Przemyśl

■ Na Oddziale Kardiologii Inwazyjnej Wojewódzkiego Szpitala im. św. Ojca Pio w Przemyślu przeprowadzono w styczniu pierwszy w historii placówki zabieg wszczepienia reduktora do zatoki wieńcowej. Reduktor jest innowacyjnym implantem stosowanym u chorych, u których wyczerpano możliwości standardowego leczenia farmakologicznego, przezskórnego oraz kardiochirurgicznego. Zabieg jest małoinwazyjny,

wykonywany w znieczuleniu miejscowym. Wdrożenie tej procedury to kolejny krok w rozwoju nowoczesnej kardiologii w przemyskim szpitalu i potwierdza wysoki poziom kompetencji zespołu.

(źródło: Woj. Szpital im. św. Ojca Pio)

■ Nic więc dziwnego, że ta placówka otrzymała 13 mln zł na modernizację i zakup sprzętu dla oddziału kardiologii. Gruntowny remont przejdzie odcinek leczenia zachowawczego. Zmodernizowane zostaną sale chorych, m.in. każda z nich będzie posiadać własny węzeł sanitarny. Wśród zakupionego sprzętu znajdzie się ramię C, kardiomonitory, zestaw holterów EKG, defibrylatory oraz nowoczesne łóżka.

■ 31 stycznia w Zamku w Krasieczynie z inicjatywy lekarzy odbył się II Przemyski Bal Lekarza, w którym wzięło udział ok. 150 osób. Wszyscy uczestnicy balu bawili się wyśmienicie.

■ Przemyski Klub Lekarza Seniora (na zdj. poniżej) rozpoczął rok 2026 od spotkania w restauracji Szara Strefa w Przemyślu. Przy wyśmienitym poczęstunku, w miłym gronie nie było końca wspólnym rozmowom i kołędowaniu.

*Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu*



Profesor Józef Japa:

historia, która trwa

30 stycznia 2026 roku w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie poświęcone pamięci prof. Józefa Japy. Honory gospodarza czynił prof. Waldemar Hładki, który przywitał zebraną publiczność i przedstawił zaproszonych gości: prof. Artura Jurczyszyna, inicjatora całej uroczystości, panią Maki Kalacińską, córkę prof. Japy, prof. Jerzego Wojnar – ucznia prof. Japy, oraz piszącego te słowa.

Całość otworzyła prezentacja sylwetki prof. Japy, dokonana przez prof. Jurczyszyna. Od czasów studenckich w Krakowie przez pracę we Lwowie, wojenną epopeję, wykłady na Polskim Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Edynburgu, aż po powrót do Polski i intensywną działalność w ramach Śląskiej Akademii Medycznej mieliśmy możliwość śledzić koleje życia lekarza, który odegrał znaczącą rolę w historii polskiej medycyny. Prelekcja bogato ilustrowana zdjęciami i cytatami ze wspomnień prof. Japy pozwoliła zebrany lepiej poznać tę niezwykłą postać. Następnie zaprezentowane zostały wybrane karykatury, pochodzące z bogatego i na szczęście zachowanego do dzisiaj zbioru. Wszystkie są autorstwa prof. Japy, który wykazywał się wyjątkowym w tym kierunku talentem. Ten unikatowy zespół kilkudziesięciu portretów powstawał głównie w czasach jego krakowskich studiów, dzięki czemu uwiecznieni zostali ówczesni profesorowie i asystenci Wydziału Lekarskiego UJ oraz lekarze Szpitala św. Łazarza. Oryginały karykatur zostały niedawno подарowane przez panią Maki Kalacińską Muzeum Historii Medycyny UJ CM.

Dalszą część spotkania wypełniły wspomnienia o profesorze. Córka przytoczyła szereg faktów z rodzinnego życia, mówiąc również o pozamedycznych pasjach ojca, w tym jego zamiłowaniu do poezji oraz o fascynacji astronomią, której poświęcał dużo uwagi. Z kolei prof. Wojnar przywołał czasy pracy prof. Japy w Śląskiej Akademii Medycznej, podając szereg szczegółów z codziennego życia i pracy Kliniki



A. Bartoszek

Chorób Wewnętrznych ŚAM. Podkreślił kluczową rolę, jaką odegrał prof. Japa w kształtowaniu śląskiego ośrodka hematologicznego, a także znaczenie jego postaci dla współpracowników i uczniów.

Swoim wspomnieniem mistrza podzielił się dr Emilian Kocot, zaznaczając, że prof. Japa miał również znaczący wkład w rozwój śląskiej kardiologii. I ponownie mieliśmy możliwość usłyszeć o profesorze jako człowieku, który nie tylko nauczał, ale również wspierał swoich asystentów w trudnych dla nich chwilach. Jednocześnie dr Kocot prezentował książkę swego autorstwa pt. „O życzliwości mistrza”, na kartach której utrwalił ślady pamięci o prof. Japie.

Następnie zabrał głos prof. Jan Wodniecki, mówiąc o roli prof. Japy w początkach jego drogi lekarskiej, a także wpływie osobowości mistrza na młodego wówczas lekarza, dzięki któremu miał możliwość poznać szeroko podstawy ówczesnej interny. Prof. Wodniecki podkreślał, że osobiście zawdzięcza prof. Japie bardzo wiele.

Nagranie z wydarzenia jest dostępne na profilu YouTube Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka.

Ryszard W. Gryglewski



1

Prof. Józef Japa (1910-2006)

Na świat przyszedł 16 marca 1910 roku w miejscowości Jadowniki koło Brzeska. Po zdaniu matury zapisał się na Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i już jako student III roku zyskał możliwość pracy w Zakładzie Bakteriologii UJ, gdzie pod opieką prof. Mariana Gieszczykiewicza wykonał swoje pierwsze prace eksperymentalne. Studia ukończył w 1935 roku. Zainteresowany interną, podjął pracę na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, kierowanym wówczas przez prof. Aleksandra Oszackiego. Niebawem jednak zdecydował się przeprowadzić do Lwowa. Tu znalazł zatrudnienie w Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Lwowskiego, na której czele stał prof. Roman Rencki. Doktoryzował się w 1937 roku, przedstawiając dysertację pt. „Białaczki a problem aleukemii”.



4

Prócz obowiązków klinicznych w tym samym roku zatrudnił się jako serolog w lwowskiej Stacji Dawców Krwi. Wraz z wybuchem II wojny światowej zajął się organizacją stacji dla ochotniczego oddawania krwi dla rannych. Po zakończeniu kampanii wrześniowej opuścił kraj i wzorem wielu innych Polaków przedostał się do Francji, gdzie wstąpił w szeregi Polskich Sił Zbrojnych. Skierowano go na wojskowe kursy sanitarne oraz

umożliwiono paratygodniowy staż naukowy w słynnym paryskim Hospital de la Pitie. Jednocześnie pracował w tu-tejszej Stacji Dawców Krwi. W końcu uzyskał przydział do szpitala wojskowego w Coëtquidan, którego został ordynatorem. W czerwcu 1940 roku ewakuowany po upadku Francji, został skierowany do Szkocji. W 1941 roku powierzono mu wykłady z propedeutyki chorób wewnętrznych na Polskim Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Edynburgu, które prowadził do 1946 roku. Jednocześnie był lekarzem na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Royal Infirmary w Edynburgu,

prowadząc badania w zakresie hematologii klinicznej i publikując ich wyniki. Stały się one w przyszłości podstawą jego starań o habilitację.

Wiosną 1946 roku powrócił do kraju, znajdując od jesieni zatrudnienie w II Klinice Chorób Wewnętrznych UJ prof. Tadeusza Tempki. W 1947 roku habilitował się w zakresie chorób wewnętrznych na podstawie rozprawy „Badania nad proliferacją komórek krwi w szpiku kostnym”. W dwa lata później zaangażował się w organizację Kliniki Chorób Wewnętrznych Śląskiej Akademii Medycznej. W 1950 roku, wraz z przyznaniem mu profesury nadzwyczajnej, został mianowany kierownikiem I Kliniki Chorób Wewnętrznych ŚAM w Katowicach. Uzyskanie profesury nastąpiło w 1957 roku. W 1980 roku przeszedł w stan spoczynku. W listopadzie 1986 roku w uznaniu jego dorobku naukowego nadano mu doktorat honoris causa ŚAM.



2

Prof. Japa był członkiem licznych stowarzyszeń naukowych – polskich i międzynarodowych. Przewodniczył Radzie Naukowej Instytutu Hematologii w Warszawie, był członkiem Rady Naukowej Instytutu Reumatologicznego oraz Rady Naukowej Instytutu Onkologicznego. W 1969 roku został redaktorem naczelnym „Acta Haematologica Polonica”.



3

W pracy naukowej przejawiał szczególne zainteresowanie problematyką związaną z proliferacją komórek krwi. Wśród innych kierunków badawczych należy wskazać zagadnienia dotyczące morfologii i mechanizmów rozwoju megakariocytów. Zajmował się również charakterystyką zaburzeń hemopoezy w przebiegu niedokrwistości Addisona-Biermera.

Opracowano na podstawie materiałów zgromadzonych w Archiwum Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka.

Ryszard W. Gryglewski

Karykatury autorstwa prof. Józefa Japy: 1. prof. Józef Japa, 2. prof. Maksymilian Rutkowski, 3. prof. Franciszek Walter, 4. prof. Józef Latkowski

**2 GRUDNIA 2025 R. RADA NAUKOWA DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE FEDERACJI NAUKOWEJ
UNIwersytet VIZJA, W SKŁAD KTÓREJ WCHODZI UNIwersytet ANDRZEJA FRYCZA MODRZEWSKIEGO
W KRAKOWIE, PODJĘŁA UCHWAŁĘ O NADANIU STOPNIA DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE
NAUKI MEDYCZNE I NAUKI O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE**

dr. Michałowi Kisielewskiemu

**UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIwersytetu JAGIELLOŃSKIEGO
Z DNIA 16 GRUDNIA 2025 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE
NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE**

dr Małgorzacie Jasińskiej

dr Magdalenie Kurnik-Łuckiej

dr. Konradowi Malinowskiemu

**WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH
DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU
NADANYCH PRZEZ RADĘ DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE
UNIwersytetu JAGIELLOŃSKIEGO W DNIU**

16 grudnia 2025 roku

MGR MARTA MARIA

BARSZCZ-BONICZEWSKA

„Analysis of the Relationship Between
Cranial Suture Obliteration and Age in the
Polish Population Based on Postmortem CT
(Computed Tomography) Data Evaluation”
(„Analiza relacji obliteracji szwów czaszkowych
do wieku w polskiej populacji na podstawie
ewaluacji danych z pośmiertnego badania TK
(tomografii komputerowej)” – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Krzysztof Woźniak, prof. UJ

LEK. MACIEJ BORYS

„The impact of laparoscopic approach on short
and long-term outcomes of surgical treatment
in patients with pancreatic tumors”
(„Wpływ zastosowania dostępu
laparoskopowego na wczesne i odległe
wyniki chirurgicznego leczenia
pacjentów z nowotworami trzustki”)
– cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Andrzej Budzyński

LEK. DOROTA DŁUGOSZ

„Factors determining the systolic function and
the left ventricle hypertrophy in patients with
degenerative aortic stenosis”
(„Czynniki wpływające na czynność skurczową
i stopień przerostu lewej komory serca u chorych
ze zwężeniem zastawki aortalnej”)
– cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Andrzej Surdacki

LEK. KATARZYNA DOROSZEWSKA

„Rola mikrobiomu jelitowego w rozwoju
cukrzycy ciężkowej” – monografia
Promotor: dr hab. Tomasz Milewicz
Promotor pomocniczy: dr hab. Barbara Zapala

LEK. DENT. JUSTYNA GROCHAŁA

„Assessment of Temporomandibular Disorders
Using Research Diagnostic Criteria: Focus on
Acoustic Phenomena in Temporomandibular
Joints”
(„Zastosowanie kwestionariusza Badawczych
Kryteriów Diagnostycznych Zaburzeń

Czynnościowych Układu Ruchowego Narządu
Żucia do oceny stanu pacjentów z zaburzeniami
czynnościowymi, ze szczególnym uwzględnieniem
efektów akustycznych powstających w stawach
skroniowo-żuchwowych”) – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Jolanta Loster

LEK. JAROSŁAW JARCZEWSKI

„Czynność układu autonomicznego
u chorych z dławicą mikronaczyniową”
– monografia
Promotor: prof. dr hab. Andrzej Surdacki
Promotor pomocniczy: dr Agata Furgała

LEK. DAWID STORMAN

„Needs of people with depression and anxiety
disorders as expressed in online peer-to-peer
interactions”
(„Potrzeby osób z depresją i zaburzeniami
lękowymi wyrażane w interakcjach typu peer-
to-peer w Internecie”) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Małgorzata Bała
Promotor pomocniczy: Anna Prokop-Dorner

LEK. ŁUKASZ TRYBALSKI

„Clinical aspects of bilateral mediastinal lymphadenectomy in surgically treated patients with non-small cell lung cancer”

(„Kliniczne aspekty obustronnej limfadenektomii śródpiersiowej u chorych leczonych operacyjnie z powodu niedrobnokomórkowego raka płuca”)

– cykl publikacji

Promotor: prof. dr hab. Jarosław Kuźdał

Promotor pomocniczy: dr Mirosław Nęcki

20 stycznia 2026 roku**LEK. DENT. MARTA GIBAS-STANEK**

„Multidirectional analysis of the impact

of orthodontic brackets design

on their clinical application”

(„Wielokierunkowa analiza wpływu konstrukcji zamków ortodontycznych na ich zastosowanie kliniczne”) – cykl publikacji

Promotor: prof. dr hab. Piotr Fudalej

LEK. ALEKSANDRA OSTROWSKA

„Evaluation of the association between COVID-19 pandemic and cardiovascular disease risk factors”

(„Ocena zależności pomiędzy pandemią COVID-19 a czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych”) – cykl publikacji

Promotor:

dr hab. Wiktoria Wojciechowska, prof. UJ

LEK. PIOTR SERWACKI

„Antibiotic stewardship and barriers to effective diagnosis and treatment of hospital- and community-acquired infections: monitoring multidrug resistance microorganisms prevalence and antibiotic consumption patterns”

(„Nadzór nad drobnoustrojami wielolekoopornymi i konsumpcją antybiotyków. Bariery w skutecznej diagnostyce i leczeniu zakażeń związanych z opieką zdrowotną oraz pozaszpitalnych”) – cykl publikacji

Promotor: prof. dr hab. Jadwiga

Wójkowska-Mach

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKICH ORGANIZOWANE PRZEZ MEDYCZNE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPŁOMOWEGO COLLEGIUM MEDICUM W OKRESIE MARZEC-MAJ 2026

Chirurgia ogólna**Podstawy chirurgii**

16-20.03.2026

Kierownictwo naukowe:

dr Anna Zub-Pokrowiecka

Chirurgia szczękowo-twarzowa**Choroby ślinianek**

– rozpoznawanie, różnicowanie, leczenie

11-13.03.2026

Kierownictwo naukowe:

prof. Grażyna Wysznińska-Pawelec

Choroby zatok szczękowych

– ich rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie

15-17.04.2026

Kierownictwo naukowe:

prof. Grażyna Wysznińska-Pawelec

Epidemiologia,

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

20-22.05.2026

Kierownictwo naukowe:

prof. Grażyna Wysznińska-Pawelec

Choroby zakaźne**Hepatologia**

20-21.04.2026

Kierownictwo naukowe:

prof. Monika Bociąga-Jasik

Kardiologia**Elektrofizjologia i elektroterapia**

13-15.04.2026

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Andrzej Ząbek

Nadciśnienie tętnicze

14-15.04.2026

Kierownictwo naukowe:

prof. Marek Rajzer

Medycyna sądowa**Opiniowanie sądowo-lekarskie**

11-15.05.2026

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Tomasz Konopka

Onkologia i hematologia dziecięca

Diagnostyka i leczenie nowotworów układu krwiotwórczego u dzieci

24-26.03.2026

Kierownictwo naukowe:

prof. Szymon Skoczeń

Postępy w hematologii dziecięcej

13-17.04.2026

Kierownictwo naukowe:

prof. Szymon Skoczeń

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu**Chirurgia kręgosłupa**

16-20.03.2026

Kierownictwo naukowe:

dr Tomasz Potaczek

Chirurgia kolana

20-24.04.2026

Kierownictwo naukowe: lek. Tomasz Sienkiel

Wady stóp

4-8.05.2026

Kierownictwo naukowe: dr Barbara Jasiewicz

Choroby kręgosłupa

11-15.05.2026

Kierownictwo naukowe: dr Tomasz Potaczek

Położnictwo i ginekologia**Endoskopia**

– kurs praktyczny indywidualny

2-6.03.2026, 13-17.04.2026, 11-15.05.2026

Kierownictwo naukowe:

dr Krzysztof Skotniczny



→ **Endoskopia – podstawowy**

2-6.03.2026, 13-17.04.2026,
11-15.05.2026

Kierownictwo naukowe:
prof. Kazimierz Pityński

**Endoskopia – zaawansowany,
część I i II**

2-6.03.2026, 13-17.04.2026, 11-15.05.2026

Kierownictwo naukowe:
dr Krzysztof Skotniczny

**Ultrasonografia – kurs praktyczny
indywidualny**

2-6.03.2026, 13-17.04.2026, 11-15.05.2026

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Marcin Wiecheć

Ultrasonografia – podstawowy

2-6.03.2026, 13-17.04.2026, 11-15.05.2026

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Marcin Wiecheć

Patofizjologia ciąży, porodu i połogu

16-20.03.2026

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

**Diagnostyka i leczenie chorób
nowotworowych narządów płciowych**

18-22.05.2026

Kierownictwo naukowe:
prof. Kazimierz Pityński

Transplantologia kliniczna

**Zakażenia po przeszczepieniu narządów
i komórek krwiotwórczych**

13.04.2026

Kierownictwo naukowe:
prof. Katarzyna Krzanowska

Dobór immunologiczny

14.04.2026

Kierownictwo naukowe:
prof. Katarzyna Krzanowska

**Leczenie immunosupresyjne i jego
powikłania**

15-16.04.2026

Kierownictwo naukowe:
prof. Katarzyna Krzanowska

**KURSY SPECJALIZACYJNE
DLA SPECJALNOŚCI
LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH**

Stomatologia zachowawcza z endodoncją

**Leczenie zachowawczo-chirurgiczne
zębów z chorobami miazgi i tkanek
okołowierzchołkowych**

19-20.03.2026

Kierownictwo naukowe:
prof. Joanna Zarzecka



**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W KRAKOWIE
ZAPRASZA NA KURSY ORGANIZOWANE PRZEZ
KOMISJĘ KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO ORL**



Szczegółowe informacje
i aktualny programy
można znaleźć na stronie
oilkrakow.pl/ksztalcenie/

W trakcie kursu „Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym”



MINI M-CARS GROUP

CZEŚĆ,

JEŚLI MINI JEST CZĘŚCIĄ TWOJEJ HISTORII — MAMY ŚWIETNĄ WIADOMOŚĆ.

MINI POLSKA WPROWADZA WYJĄTKOWY PRZYWILEJ DLA LOJALNYCH KLIENTÓW, A MY

W MINI M-CARS GROUP ZAPRASZAMY CIĘ, BY SKORZYSTAĆ Z NIEGO JAKO JEDEN Z PIERWSZYCH.

WRACASZ DO MINI? ZYSKUJESZ WIĘCEJ.

DLA KLIENTÓW, KTÓRZY JUŻ DZIŚ JEŹDŹĄ MINI I ZDECYDUJĄ SIĘ NA ZAMÓWIENIE NOWEGO MODELU, PRZYGOTOWALIŚMY BEZPŁATNY PAKIET MINI.

- ✓ 3 LATA OCHRONY.
- ✓ DO 200 000 KM.
- ✓ 0 ZŁ ZA PAKIET NAPRAWCZY.
- ✓ DOSTĘPNY DLA MODELI SPALINOWYCH MINI.

TO NASZ SPOSÓB NA POWIEDZENIE: FAJNIE, ŻE JESTEŚ Z NAMI.

KTO MOŻE SKORZYSTAĆ:

OFERTA JEST DOSTĘPNA DLA KLIENTÓW PRYWATNYCH I PROFESJONALNYCH, KTÓRZY:

- ✓ SĄ WŁAŚCICIELAMI MINI (1961–2000) LUB MINI (OD 2001 R.),
- ✓ POSIADAJĄ DOWÓD REJESTRACYJNY I AKTUALNĄ POLISĘ UBEZPIECZENIOWĄ,
- ✓ ZAMAWIAJĄ NOWY SAMOCHÓD MINI NA TE SAME DANE.

ZAPYTAJ O SZCZEGÓŁY:



+12 211 45 00

KRAKÓW, UL. JOSEPHA CONRADA 20
MICHAŁ: 697 771 116
DAMIAN: 724 422 366

LIBERTÓW, UL. GÓRA LIBERTOWSKA 14
PIOTR: 724 450 998
MAKSYMILIAN: 661 881 835



KOPALNIA SOLI BOCHNIA

POBYT RELAKSACYJNO-ODDECHOWY

Pobyt relaksacyjny z warsztatami oddechowymi w Kopalni Soli Bochnia to nowa propozycja łącząca zdrowotne właściwości subterraneoterapii z aktywnością fizyczną i warsztatami oddechowymi. Pobyt przebiega pod opieką wykwalifikowanego fizjoterapeuty.

Oferta skierowana jest do różnych grup wiekowych o zróżnicowanym poziomie kondycji, zapewniając każdemu uczestnikowi wyjątkowe doświadczenia w bezpiecznym i inspirującym otoczeniu.



Kopalnia oferuje cztery warianty programów, dostosowanych do kondycji i wieku uczestników zajęć.

Szczegółowe informacje o programach:



◆ Informacje i rezerwacje:

**Kopalnia Soli Bochnia, Biuro Obsługi Turystyki: 14 692 67 52, 14 692 67 54
ul. Campi 15, 32-700 Bochnia**

kopalnia-bochnia.pl



Czy długoletnia przerwa w wykonywaniu zawodu lekarza oznacza utratę kwalifikacji zawodowych?

Powrót do pracy

Definicja, co należy rozumieć przez wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry, znajduje się w art. 2 ust. 1 i ust. 2 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zgodnie z nią wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich (art. 2 ust.1 pkt 1 ww. ustawy). Natomiast wykonywanie zawodu lekarza dentystry polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, wyżej wymienionych świadczeń w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych (art. 2 ust.1 pkt 2 ww. ustawy).

Za wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry (w dalszej części artykułu – lekarza) uważa się także prowadzenie przez niego badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza, kierowanie podmiotem leczniczym.

Również zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (w rozumieniu przepisów stosownej ustawy z 27 sierpnia 2004 r.), urzędach te podmioty obsługujących lub urzędach i instytucjach, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej stanowi wykonywanie zawodu lekarza. Jest nim także zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Co się stanie, gdy lekarz posiada wymagane kwalifikacje (tzn. prawo wykonywania zawodu), ale z różnych

powodów, np. zdrowotnych czy macierzyństwa, ma przerwę w wykonywaniu zawodu? Czy wiąże się to z utratą kwalifikacji zawodowych?

Na to pytanie należy odpowiedzieć negatywnie. Jednak to, czy lekarz będzie mógł dalej posługiwać się posiadanym prawem wykonywania zawodu i udzielać świadczeń zdrowotnych, zależy od tego, jak długa jest ta przerwa, czy trwa rok, 5 lat, 10 czy więcej.

Lekarz posiadający to prawo, ale niewykonyjący zawodu przez okres dłuższy niż 5 lat, który zamierza wrócić do zawodu, ma obowiązek zawiadomienia o tym właściwej okręgowej rady lekarskiej i odbycia przeszkolenia (art. 10 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Tyle na ten temat mówi ustawodawca. Ponieważ zastosowanie w praktyce tak lakonicznego przepisu rodziło liczne wątpliwości, Naczelna Rada Lekarska w stanowisku nr 11/19/VIII z 28 czerwca 2019 r. dokonała interpretacji przepisów w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry.

W stanowisku wymieniono dokumenty potwierdzające wykonywanie zawodu w formach określonych w ustawie, takie jak umowa o pracę, dokumenty związane z nawiązaniem stosunku służbowego, świadectwa pracy, umowy cywilnoprawne i inne.

Należy zwrócić uwagę, że Naczelna Rada Lekarska za przerwę w wykonywaniu zawodu lekarza uznała również wykonywanie czynności zawodowych sporadycznie (rzadko, nieregularnie) lub w znikomym wymiarze, albo zakresie bardzo małym, bez znaczenia dla utrzymania niezbędnej wiedzy i umiejętności praktycznych.

Co zrobić, aby nie upłynął 5-letni okres braku aktywności zawodowej? Lekarz może go przerwać, jeżeli przed jego upływem podejmie ciągłą aktywność przez 6 miesięcy w wymiarze 40 godzin miesięcznie, potwierdzoną →

→ odpowiednimi dokumentami, o których była mowa powyżej. Dokumenty te lekarz winien przedłożyć do właściwej okręgowej rady lekarskiej.

Gdy jednak minie 5 lat niewykonywania zawodu, okręgowa rada lekarska stwierdza to w drodze uchwały i kieruje lekarza na przeszkolenie, ustalając tryb, program, miejsce i okres szkolenia, uwzględniający dotychczasowy czas i formę wykonywania zawodu, kwalifikacje lekarza, długość przerwy. Inny program ustali się dla lekarza z 5-letnią, inny dla lekarza z 10-letnią przerwą w wykonywaniu zawodu.

Długość przerwy również będzie miała wpływ na długość przeszkolenia zawodowego, które powinno trwać nie krócej niż 3 miesiące i nie dłużej niż 12 miesięcy, a jeżeli przerwa w wykonywaniu zawodu jest dłuższa niż 10 lat – okres szkolenia nie może być krótszy niż 12 miesięcy.

Natomiast jeżeli na przeszkolenie kierowany jest lekarz, który dopiero zamierza podjąć wykonywanie zawodu po upływie 5 lat od uzyskania dyplomu, albo lekarz przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu, okręgowa rada lekarska obligatoryjnie kieruje go na szkolenie teoretyczne. Pamiętać należy, że w każdym przypadku koszty nauki ponosi lekarz (art. 10 ust.1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Od uchwały okręgowej rady lekarskiej w przedmiocie skierowania na przeszkolenie lekarzowi nie przysługuje odwołanie.

Ustawodawca wyłącza od obowiązku odbycia przeszkolenia lekarza będącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który posiada dyplom lub inne dokumenty poświadczające formalne

kwalifikacje i dotychczas nie uzyskał prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 10 ust.4 ww. ustawy).

Także w okresie epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego zamiast odbycia przeszkolenia można przez pierwsze 3 miesiące udzielać świadczeń zdrowotnych pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty (art. 10 ust. 3a ww. ustawy).

Czy niepoddanie się obowiązkowi przeszkolenia rodzi konsekwencje dla lekarza? Lekarz, który uchyla się od niego lub przerwie je w sposób nieusprawiedliwiony, naraża się na zawieszenie prawa wykonywania zawodu do czasu odbycia szkolenia.

Należy też pamiętać, że wykonywanie zawodu bez odbycia wymaganego przeszkolenia jest także przewinieniem zawodowym.

Co będzie z lekarzem, który zaprzestał wykonywania zawodu na terytorium RP? Taki lekarz może wyłącznie udzielać świadczeń zdrowotnych oraz ordynować leki w odniesieniu do swojej osoby lub osoby bliskiej w rozumieniu przepisów ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w warunkach ambulatoryjnych lub w stanach nagłych na podstawie art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Przerwa w wykonywaniu zawodu lekarza nie powoduje więc jego utraty, a jedynie obowiązek odbycia przeszkolenia, gdy trwa ona dłużej niż 5 lat.

Mec. Anna Gut



Rok 2026 – kontrole w ochronie zdrowia

Ochrona zdrowia bezpośrednio wpływa na bezpieczeństwo i jakość życia każdego z nas. Ze względu na skalę udzielanych świadczeń, poziom finansowania oraz liczbę zaangażowanych podmiotów i instytucji to także jeden z najważniejszych obszarów funkcjonowania państwa. Nic dziwnego, że znajduje się on w centrum zainteresowania wielu

organów nadzoru i kontroli. Moim zdaniem warto więc zapoznać się z głównymi kierunkami kontroli planowanych przez wybrane instytucje na 2026 rok, ponieważ wiedza ta może stanowić wsparcie dla lekarzy oraz podmiotów prowadzących działalność leczniczą w przygotowaniu się na nadchodzące wyzwania regulacyjne i organizacyjne.

Najwyższa Izba Kontroli

Plan pracy NIK na 2026 r. opublikowano na początku stycznia br. Niezależnie od formalnego charakteru tego dokumentu, z jego treści można wnioskować, jakie obszary państwo uznaje dziś za krytyczne pod względem bezpieczeństwa i odporności systemowej. Ciężar kontroli przesunięty został na ocenę realnych ryzyk, skuteczność mechanizmów zarządzania i zdolności podmiotów do reagowania w sytuacjach nadzwyczajnych.

Jako priorytet planowanych kontroli wskazane zostało bezpieczeństwo państwa. Pojęcie to ujęto szeroko, obejmując nim nie tylko obronność, lecz także: bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, zapewnienie ciągłości działania systemów publicznych oraz odporność instytucji na sytuacje kryzysowe.

Wybór tematów kontroli oparto m.in. na ustaleniach NIK-u z wcześniejszych inspekcji, sygnałach zewnętrznych oraz celach określonych w strategii NIK na lata 2025-2031. Zamiarem jest przeprowadzenie pogłębionej oceny funkcjonowania systemu zarówno od strony klinicznej, jak i organizacyjno-technicznej. Zakres kontroli obejmie m.in. zdarzenia niepożądane w podmiotach leczniczych oraz skuteczność wewnętrznych systemów zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta. Istotnym elementem będzie także ocena przygotowania cywilnego systemu ochrony zdrowia do funkcjonowania w warunkach konfliktu zbrojnego lub innych sytuacji kryzysowych, z naciskiem położonym na zapewnienie ciągłości działania, zabezpieczenia zasobów oraz zdolności koordynacyjnych.

Część działań kontrolnych skoncentruje się na obszarze informacji i technologii, obejmując ocenę funkcjonowania Systemu Informacji Medycznej, kwestie ochrony danych osobowych oraz cyberbezpieczeństwa systemów wykorzystywanych w ochronie zdrowia.

W praktyce będzie to zapewne oznaczać ocenę nie tylko formalnej zgodności z przepisami, lecz także faktycznej skuteczności stosowanych zabezpieczeń organizacyjnych i technicznych. Plan obejmuje również zagadnienia stricte zdrowotne i społeczne, takie jak: profilaktyka zakażeń HPV wśród dzieci i młodzieży, przeciwdziałanie uzależnieniom, realizacja projektów onkologicznych finansowanych ze środków KPO czy pilotażowy program „Dobry posiłek w szpitalu”. Osobny obszar stanowi finansowanie niekomercyjnych badań klinicznych przez Agencję Badań Medycznych, które ma zostać ocenione pod kątem rzetelności, efektywności oraz rzeczywistego wpływu na rozwój nauki i praktyki klinicznej. Należy zakładać, że – tam, gdzie będzie to możliwe – nowe ustalenia będą odnoszone do wyników wcześniejszych kontroli. Oznacza to, że

brak realizacji wniosków pokontrolnych, utrzymywanie się tych samych nieprawidłowości czy pozorne działania naprawcze mogą dla niektórych jednostek nieść określone reperkusje.

Urząd Ochrony Danych Osobowych

Także prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych opublikował w styczniu komunikat dotyczący sektorowego planu kontroli na 2026 rok. W obszarze ochrony zdrowia planowane są m.in. kontrole przetwarzania danych osobowych przy wykorzystaniu monitoringu wizyjnego, zwłaszcza danych dzieci przetwarzanych w szpitalnych oddziałach dziecięcych oraz poradniach i przychodniach pediatrycznych. Przedmiotem kontroli będą również zagadnienia związane z prowadzeniem Biuletynu Informacji Publicznej, co może dotyczyć niektórych jednostek ochrony zdrowia. Podobnie jak w przypadku NIK, warto, aby jednostki ochrony zdrowia przypomniały sobie wnioski z wcześniejszych kontroli UODO. Należy przy tym pamiętać, że kontrole UODO służą nie tylko ocenie formalnej zgodności z przepisami (np. czy istnieją określone procedury postępowania z danymi), lecz przede wszystkim sprawdzeniu, jak te procedury funkcjonują w praktyce.

Ocenie podlegać więc będą m.in. adekwatność środków technicznych stosowanych przy przetwarzaniu danych, aktualność analiz ryzyka, prawidłowość nadawania uprawnień oraz reagowania na naruszenia bezpieczeństwa. Warto również pamiętać, że w ostatnich latach liczba kontroli UODO systematycznie wzrasta. Dotyczy to szczególnie podmiotów przetwarzających dane wrażliwe, w tym informacje o stanie zdrowia. W przeciwieństwie do kontroli NIK, które zazwyczaj kończą się jedynie zaleceniami pokontrolnymi, kontrola UODO może mieć poważniejsze konsekwencje. Organ może bowiem wydać decyzję nakazową, zobowiązującą administratora danych do podjęcia konkretnych działań, a w skrajnych przypadkach – nałożyć dotkliwą karę finansową.

Przedstawione powyżej zestawienie ma jedynie charakter sygnalizacyjny. Funkcjonuje też wiele innych instytucji, które realizują zadania kontrolno-nadzorcze w obszarze ochrony zdrowia. Działają zgodnie z przyjętymi planowo wytycznymi lub planami, często rozpisanymi na kilka lat. Przykładowo można wskazać Strategię wieloletnią Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2024-2027 oraz Program działania Państwowej Inspekcji Pracy na 2026 rok. Warto przeanalizować także tego typu materiały pod kątem prawidłowości funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia.

Mgr Dariusz Dziubina



Magdalena Woch x2

Zaśpiewali, by pomóc

Krakowski Chór Lekarski, liczący obecnie około 50 aktywnych członków, powstał przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie siedem lat temu (w styczniu 2019 roku), żeby rozwijać pozazawodowe pasje lekarzy. Od tamtej pory swoimi występami uświetnił wiele wydarzeń organizowanych przez samorząd lekarski czy towarzystwa medyczne. Zespół brał również udział w koncertach charytatywnych, bo – jak śpiewają nasi lekarze w teledysku do utworu Stanisława Sojki „Tolerancja” – „żeby żyć, siebie samego trzeba dać”.

I tak, 11 stycznia br. w krakowskim Muzeum Fotografii MuFo odbył się koncert na rzecz Fundacji EIF3F Research Foundation, której celem jest wspieranie rozwoju leczenia bardzo rzadkich zaburzeń neurorozwojowych spowodowanych mutacją w genie EIF3F. Podczas koncertu Krakowski Chór Lekarski – jak zawsze pod batutą Justyny Hanusiak i przy akompaniamencie pianisty Elijusza Skoczylasa – wykonał tradycyjne polskie kolędy, znane na całym świecie popularne utwory kojarzące się ze świętami i wraz z góralską kapelą w składzie Agata Prusak, Magdalena Rybicka, Wiktor Waligóra, Wojciech Lipka zaśpiewał też podhalańskie pastorałki.



Dzięki licznie zgromadzonej publiczności i zaangażowaniu lekarzy-chórystów w organizację zbiórki podczas koncertu udało się zebrać ponad 6 tys. zł. Szczególnym gościem była 7-letnia Hania, Krakowianka, u której jako pierwszej w Polsce zdiagnozowano mutację EIF3F.

Natomiast wspomniany wcześniej teledysk do utworu „Tolerancja” (nagrany we współpracy z Instytucją Kultury Miasta Krakowa Willa Decjusza) miał swoją premierę 1 grudnia 2025 r. – w Światowym Dniu Walki z AIDS.

Został dedykowany zmarłemu kilka miesięcy wcześniej Stanisławowi Sojce, który napisał ten utwór w poczuciu solidarności z osobami chorymi na AIDS.

Kolejny rok działalności chóru na pewno będzie ciekawy. W planach jest m.in. koncert podczas gali konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w maju w Teatrze im. Słowackiego w Krakowie oraz tradycyjnie już w trakcie Integracyjnego Pikniku Zawodów Zaufania Publicznego, który ma się odbyć 20 czerwca w Parku Strzeleckim. *KD*

Konkurs z zamkiem w tle

28 listopada już po raz 13. odbył się Konkurs Nalewek Własnej Receptury, zorganizowany przez Okręgowe Izby Lekarską i Aptekarską. Po raz pierwszy gościł on na Zamku na Wawelu – może nie w samych komnatach królewskich, ale za to w sali z widokiem na arkadowy dziedziniec, którego ściany „ożyły” za sprawą multimedialnej projekcji o historii Wzgórza.

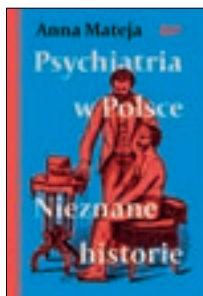
Do konkursu zgłoszono rekordową liczbę 75 nalewek, wzięli w nim udział przedstawiciele Zawodów Zaufania Publicznego (m.in. izb adwokackiej, fizjoterapeutów, inżynierów budownictwa, ratowników medycznych, rzeczników patentowych) oraz goście z całej Polski – łącznie ponad 150 osób. W historycznym stroju wieczór uświetnił również Mateusz Danielczyk, kustosz Apteki Muzeum „Pod Orłem”. Konkurs był przede wszystkim okazją do dzielenia się przepisami i pomysłami na zrobienie idealnego trunku, ale też do integracji.

Jeśli chodzi o prezentację i smak niektórych nalewek, to z pewnością nie powstydziliby się ich sam Zygmunt Stary, który na pewno nie miał okazji, by spróbować nalewki na bazie portera, ale smak dereniówki z nutą arcydzięgielą być może był mu znany. Właśnie za arcydzięgieliówkę doktor Zygmunt Madejski, znany z poprzednich edycji konkursu, otrzymał jedną z nagród głównych. Natomiast spośród wszystkich nalewek największe uznanie, czyli nagrodę publiczności, zdobyła „Wiśnia po godzinach” doktor Pauli Zagórskiej-Dziedzic. Wyróżnienia prezesa ORL w Krakowie otrzymali: dr Katarzyna Piotrowicz-Wójcik oraz farmaceuci: Tobiasz Migdał i Alicja Gaweł.



K. Domin x2

Pełną listę nagrodzonych można znaleźć na stronie Izby.



Anna Mateja

Psychiatria w Polsce. Nieznane historie

Historia psychiatrii jest nie tylko ważną przestrzenią badań nad przeszłością medycyny, ale również przedmiotem szerszego zainteresowania, o czym zaświadczały liczne publikacje popularyzujące tę właśnie tematykę większemu kręgowi czytelników. Książka Anny Matei dobrze wpisuje się w ten nurt. Autorka w reporterskim stylu, acz z zachowaniem dbałości o faktografię i dobrym wyczuciem poruszanych przez nią problemów, kreśli sylwetki lekarzy i chorych, których połączyła choroba, jakże często trudno uchwytna i dla wielu nieoczywista, nierzadko niestety zbywana lekceważącym słowem „wariat”.

Początki współczesnej psychiatrii sięgają schyłku XVIII i pierwszej dekady XIX wieku, czasem pierwszych prób uchwycenia natury zaburzeń psychicznych i możliwości przywrócenia zdrowia chorym w pracach lekarzy takich jak Philippe Pinel czy Johann Reil. Niemniej dopiero druga połowa XIX stulecia zaznacza się dynamicznym rozwojem psychiatrii, co wiąże się z postępami neurologii klinicznej, a także patofizjologii i patomorfologii, rozbudzając nadzieje na rozwiązanie zagadki etiologii „chorób duszy”. Jednak pomimo niewątpliwych sukcesów na tej właśnie drodze, w opinii wielu ludzi, w tym również lekarzy, więcej pozostawało spraw niejasnych i nierozwiązanych, w tym również tych kluczowych. W świecie, w którym dominowało przekonanie, że tylko to, co da się dokładnie zmierzyć i zważyć, zbadać w warunkach laboratoryjnych i eksperymentalnych, by później precyzyjnie rzecz całą opisać, jest istotnie wartościowe, psychiatria jawiła się często dziedziną pełną niepotwierdzonych hipotez i wysnutych na drodze intelektualnej spekulacji modeli, którym odmawiano miana „naukowych”. Nietrudno było zatem dyskredytować pracę psychiatrów, a pozytywne wyniki zastosowanej terapii oceniać jako zdarzenia przypadkowe, bez uogólnionych następstw. Co więcej, nie brakowało wśród nich, jak zresztą w każdej profesji, ludzi gotowych podjąć się ryzykownych metod leczenia,

szukających rozgłosu, przekonanych o swoich racjach lub instrumentalnie traktujących powierzonych ich opiece pacjentów. Tym łatwiej było przedstawiać psychiatrię w ciemnych barwach, czemu również sprzyjał utrwalony na przestrzeni stuleci lęk wobec osób dotkniętych chorobą psychiczną, których starano się izolować od reszty społeczeństwa. Nie przez przypadek Jeffrey Lieberman, pisząc swoją książkę o historii psychiatrii, dał jej tytuł „Czarna owca medycyny”.

Książka Anny Matei, na którą składa się trzynaście kolejnych rozdziałów, to zbiór osobnych opowieści, z pozoru tylko ze sobą niezwiązanych. To, co bowiem łączy je wszystkie, to historia tych lekarzy, którzy pomimo istniejących warunków, obowiązujących przekonań i różnej natury ograniczeń, uparcie dążyli do niesienia możliwie skutecznej pomocy pacjentom. To splot sukcesów i błędów, wzlotów i upadków, jakie towarzyszyły lekarzom w ich służbie chorym, podejmowanych terapii, które z dzisiejszej perspektywy nie znajdują akceptacji, i tych, które okazały się wówczas wyprzedzać swoje czasy. To również historia chorych, najczęściej osamotnionych w cierpieniu, zdanych na łaskę otoczenia, nierzadko porzuconych przez bliskich, a mimo to niepozbawionych nadziei na wyleczenie.

Książka nie ma wstępu ani zakończenia. Dodano tylko bogaty wykaz źródeł. Trudno w tym widzieć niedopatrzenie lub przypadek. Najwyraźniej autorka uznała, że są one zbędne i każdy, kto zanurzy się w tekst, odczyta intencje, jakie towarzyszyły jej powstawaniu i będzie mógł samemu wykreślić skomplikowaną sieć dróg, jakimi kroczyła psychiatria, lekarze i pacjenci w przestrzeni zarówno medycyny, jak i codziennego życia ludzkich społeczności. Zachęcam do podjęcia takiej próby. Warto.

Ryszard W. Gryglewski

**Anna Mateja,
„Psychiatria w Polsce. Nieznane historie”,
Wydawnictwo Znak,
Kraków 2025, s. 391.**



Joanna Siwiec / materiały prasowe Teatru im. Słowackiego w Krakowie

Antygona rapuje przeciwko wojnie

**„Te piwnice bez prądu, bez wody, bez kibla, duszne, mroczne, sarkofagi”
– rapują aktorzy w „Antygonie” Jakuba Roszkowskiego.
Przedstawienie w Teatrze im. Słowackiego robi wrażenie nie tylko na młodziźnie.**

Antygona to Ant, zwykła dziewczyna, nastolatka jakich miliony. Do niedawna nie zabiłaby pająka, teraz śmierć jest dla niej codziennością. Tak jak krycie się w korytarzach, zamykanie w sarkofagach schronów i strach, gdy na niebie pojawiają się drony. Na tym samym niebie, które jakiś czas temu oglądała z dachu bloku, gdzie wymykała się, by słuchać muzyki i zobaczyć się z chłopakiem.

Spotykamy ją na Placu Wolności, w miejscu, gdzie leży jej brat. Zwykły chłopak, który lubił Billie Eilish, stare anime i drużynę piłkarską Barcelony. Marzył o nowej beemce i wycieczce na Malediwy. Teraz jest martwy, a jej nie wolno go pochować. Za złamanie zakazu Kreona grozi kolonia karna. Już na początku spektaklu granego na scenie MOS Teatru im. Słowackiego nie mamy wątpliwości, że akcja „Antygony”

Sofoklesa rozgrywa się w naszym świecie, tu i teraz, w dobie wojny w Ukrainie, Gazie i w wielu innych miejscach na ziemi.

Nie usłyszymy tu antycznych strof, tylko fabułę tragedii przepisaną na język rapu, który fantastycznie wpasowuje się w przesłanie sztuki. Teksty rapera Bisza zestroiły się z muzyką Michała Szlempo, najczęściej ostrą, wręcz agresywną, ale też momentami liryczną, dającą na chwilę złapać oddech. Związana jest ona tak mocno z rapowanymi tekstami, że język, jakim porozumiewają się aktorzy, od samego początku odbiera się w sposób zupełnie naturalny.

Szczególnie, gdy rapuje wcielająca się w tytułową bohaterkę Julia Kazana, debiutująca w tym spektaklu studentka szkoły teatralnej. Jej postać potrafi być twarda, bezkompromisowa, ale też wzruszająca w duetach z zakochanym →

→ w niej Hajmonem (Świetny Wojciech Dolatowski). On tak samo jak Ant nie może pogodzić się z decyzją Kreona o zemście na wrogach. Jego ojciec, nazywany tu nie bez powodu Prezydentem, wie doskonale, jak ustawić się w świecie, rodzącym się na wojennych zgłiszczach. Rafał Dziwisz gra tu cwanego polityka, wspieranego przez spin doktorów, zastępujących klasyczny chór starców. Oni doskonale wiedzą, jak ważne są słupki poparcia i jak należy schlebiać wyborcom, by zyskać ich przychyłność.

Bo właśnie o cynizmie władzy, jej bezwzględności w dążeniu do osiągnięcia swoich celów opowiada przedstawienie Jakuba Roszkowskiego. Gdybyśmy chcieli, bez problemu moglibyśmy pod sceniczne postacie podstawić konkretnych polityków. Może przez to spektakl czasami balansuje na linii, za którą czai się publicystyka, ale jej nie przekracza, nawet wtedy, gdy pojawia się fraza o Pokojowej Nagrodzie Nobla dla prezydenta. Sięgnięcie po taki chwyt wydaje mi się w obecnej sytuacji uzasadnione. Przecież jeszcze nie tak dawno przez myśl nikomu by nie przeszło, że przywódca potężnego, zdawałoby się demokratycznego państwa, może tak po prostu wpaść na pomysł zaanektowania ziemi, która do niego nie należy. Trudno to przemilczeć, gdy robi się przedstawienie o mocnym zabarwieniu antywojennym.

Obserwując Prezydenta i jego świtę, widzimy, jak działają mechanizmy władzy. W jej tryby wpadają nie tylko przeciwnicy, ale też rodzina rządzących. W takiej sytuacji znajduje

się Eurydyka, żona Kreona, starzejąca się kobieta, która ma ewidentnie dosyć tego, co się dzieje. W przetrwaniu pomaga jej alkohol i ramiona młodego mężczyzny. To wyjątkowa rola Anny Tomaszewskiej, którą początkowo trudno rozpoznać na scenie. Aktorka wchodzi znakomicie w konwencję przedstawienia, wnosząc do niego prawdę o kobietach uzależnionych od mężczyzn.

Doskonale odnajduje się tu też Dominika Kozłowska, pierwsza niesłysząca aktorka zatrudniona na etacie w teatrze repertuarowym. W oryginale grany przez nią Tejrzasz był ślepy i przez to widział więcej. Głuchy wróżbita słyszy więcej, a przyszłość, przed którą chce ostrzec mieszkańców miasta, odczytuje z algorytmów. Tylko że jego głos jest niezrozumiały, bełkotliwy. Nikt nie bierze na poważnie jego przestróg. Wojna, choć ogłoszono jej koniec, tak naprawdę toczy się dalej, a historia, jak zawsze od zarania dziejów, wtrąca się w „cudze marzenia, w nieswoje sprawy” – o czym rapują aktorzy.

Przedstawienie zrobiło na mnie wrażenie. Tym większe, że tuż przed wyjściem do teatru oglądałam zdjęcia przysłane mi przez koleżankę z Kijowa. Widać na nich, jak razem ze swoją nastoletnią córką i psem siedzą w schronie w trakcie nalotu. To one mogłyby też wykrzyczeć tekst rapera Bisza: „Te piwnice bez prądu, bez wody, bez kibla, duszne, mroczne, sarkofagi”.

Magda Huzarska-Szumiec

Kiedy matka chce bawić się ze słońcem

„Zamknij oczy Nel. W pustyni i w puszczy – epilog” to wzruszający, ale też momentami zabawny spektakl z Dorotą Pomykałą w roli tytułowej. Zobaczcie go na scenie Starego Teatru.

Niemal każdy musi przez to przejść. Obudzić się pewnego dnia i zdać sobie sprawę, że coś się skończyło, że czas na najtrudniejszy egzamin w życiu. Choć niełatwo jest pogodzić się z sytuacją, w której przestajemy być dziećmi naszych rodziców. Musimy zamienić się z nimi rolami i stać się ich opiekunami. I właśnie o tym opowiada spektakl „Zamknij oczy Nel. W pustyni i w puszczy – epilog”.

Gdybym przeczytała taki opis, raczej poszukałabym innego pomysłu na spędzenie wieczoru. Po co się zadreć? Nie zrobiłam jednak tego, gdyż zaintrygowała mnie informacja, że przedstawienie zostało oparte na książce Henryka Sienkiewicza. Nowa interpretacja klasycznego dzieła zawsze jest pociągająca. Czasami nawet bardzo. Dlatego cieszę się, że nie uciekałam przed trudnym tematem. Dzięki temu zobaczyłam

ciepły, empatyczny, opowiedziany z dużą dozą lekkości spektakl, który mimo wszystko daje nadzieję i nie zostawia widzów w przynębiającym nastroju.

Z tematem odchodzenia najbliższych postanowił skonfrontować nas reżyser filmowy Piotr Domalewski. Razem z dramaturgiem Krzysztofem Zygućkim opowiedzieli historię starszej pani (niezwykła Dorota Pomykała), która pewnego dnia upadła i uderzyła się w głowę. Kiedy odzyskała przytomność, oświadczyła, że nazywa się Nel, czyli tak jak jej ulubiona bohaterka literacka. Trójce dorosłych dzieci staruszki nie pozostało nic innego, jak zacząć grać z zachowującą się jak 8-letnia dziewczynka matką w tę dziwną grę, w której Staś, czyli syn Stanisław (wybitna rola Filipa Perkowskiego) chroni ją przed dzikimi zwierzętami i innymi zagrożeniami, czyhającymi na nich w Afryce.

Do tej zabawy włącza się dwójka pozostałych dzieci, którym jeszcze trudniej niż Stanisławowi przychodzi wejście w nowe role. Katarzyna Krzanowska jest zmęczoną życiem kobietą, którą przeraża, że staje się coraz bardziej podobna do matki i że prawdopodobnie jej odchodzenie będzie wyglądało w taki sam sposób. Owa refleksja nie przeszkadza jej jednak w całkiem racjonalnym myśleniu o sprzedaży mieszkania po mamie. Z kolei Radosław Krzyżowski początkowo buntuje się przeciwko sytuacji, w jakiej się znalazł, i tłumacząc się brakiem czasu, stara się wymigać od synowskich obowiązków. Ale i on odkrywa w sobie pokłady czułości, co sprawia, że wchodzi w rolę narzuconą mu przez matkę. Ta dwójka aktorów także gra jak z nut.

A ponieważ dzięki głównej bohaterce jesteśmy w świecie „W pustyni i w puszczy”, nie mogło zabraknąć współczesnego dyskursu na temat przedwojennych marzeń Polaków o zdobyciu kolonii w Afryce. Pojawiają się one w książce Sienkiewicza i pojawiają w teatrze w postaci członków Ligi Morskiej i Kolonialnej. Grupa bredzących o podboju obcych kontynentów mężczyzn wygląda jakby wysiadła wprost z „Transatlantyku” Witolda Gombrowicza. Absurd tych momentów rozładowuje nieco emocje kumulujące się między głównymi bohaterami sztuki. Wydaje mi się jednak, że nie są one konieczne i że wystarczyłyby do tego sceny z udziałem Doroty Segdy, grającej rolę lekarki psychiatry. Prowadzona przez nią terapia daje widzom wytchnienie i ściąga z nich ciężar głównego wątku.

„Zamknij oczy Nel. W pustyni i w puszczy – epilog” to spektakl oczyszczający, w którym wzruszenie przechodzi w śmiech, pozwalając nam choć trochę ośwoić trudne sprawy, o których nawet nie chcemy myśleć. Koniecznie zanurzyć się w ciepłe tego przedstawienia.

Magda Huzarska-Szumiec



duet HaWa (Habryn i Wawrzół) / Teatr Stary w Krakowie x2



Absolwenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie, rocznik 1975-1981

Z okazji **45-lecia** absolutorium zapraszamy Koleżanki i Kolegów z roku na spotkanie towarzyskie, które odbędzie się 9 maja 2026 r. w Hotelu Starym w Krakowie.

Kontakt i szczegóły:

Mariusz Bałajewicz – tel. 601 480 163

Jacek Tętnowski – tel. 607 240 938

Jolanta Oko-Łagan – tel. 501 225 375

ZUS w Nowym Sączu zatrudni lekarza medycyny z tytułem specjalisty na stanowisku lekarza orzecznika Zakładu na umowę o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy.
Możliwość świadczenia pracy w terenowych jednostkach organizacyjnych, tj.: Inspektoracie w Gorlicach, Nowym Targu lub Limanowej oraz Biurze Terenowym w Zakopanem.
Kontakt: tel. 18 449 82 75

Sanatorium Uzdrowskowie „Budowlani”

w Szczawnicy zatrudni lekarza:

– specjalistę rehabilitacji medycznej lub specjalistę balneologii i medycyny fizykalnej
– specjalistę pulmonologii, laryngologii, reumatologii lub chorób wewnętrznych po kursie w zakresie podstaw balneologii

Warunki do uzgodnienia, szczegółowe informacje pod nr. tel. 693 171 083

Jeśli 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 dentyków,

wtorek godz. 17.00,

w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej przy ul. Krupniczej 11a w Krakowie

Zadzwoń:

+ 48 801 033 242 - infolinia ogólnopolska

+48 502 437 567 - pomoc w problemie

+ 48 12 431 22 48 - punkt inf. - kontaktowy

Kupujemy placówki POZ

Jesteśmy rodzinną firmą z polskim kapitałem, od 25 lat działającą w branży medycznej i farmaceutycznej. Rozwijamy sieć placówek opartych na wartościach medycyny rodzinnej.

➤ Przejmujemy ciężar zarządzania i formalności, aby lekarze mogli skupić się na leczeniu pacjentów.

➤ Kupujemy przychodnie POZ z poszanowaniem ich dorobku, reputacji oraz relacji budowanych z pacjentami przez lata.

Zapraszamy do rozmowy o sprzedaży placówki POZ.

Kontakt:



tel. 729-052-184



e-mail: piotr.burdach@s-lab.pl

Oferujemy:

- zakup placówek POZ,
- bezpieczną i uporządkowaną sukcesję,
- pełne wsparcie administracyjne i operacyjne,
- zachowanie ciągłości funkcjonowania przychodni,
- stabilność zatrudnienia zespołu medycznego.



GRUPA BALINTA DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

spotyka się w OIL w Krakowie w czwartki, raz w miesiącu o godz. 17. Można do niej dołączyć, zgłaszając swój udział poprzez formularz na stronie OIL, telefonicznie (tel. 12 619 17 16) lub osobiście.
Zapraszamy!

Grupę prowadzi **mgr Jolanta Jocz**, lider i superwizor grup Balinta, psycholog, specjalista psychologii klinicznej, psychoterapeuta i superwizor-aplikant Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, w Zakładzie Psychoterapii.

NASZE SOCIAL MEDIA

 **STRONA INTERNETOWA**

www.oilkrakow.pl

 ZESKANUJ

 **INSTAGRAM**

www.instagram.com/oil_krakow

 ZESKANUJ

 **FACEBOOK**

www.facebook.com/oilkrakowpl

 ZESKANUJ

 **YOUTUBE**

www.youtube.com/@OIL_Krakow

 ZESKANUJ



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W KRAKOWIE

ul. Krupnicza 11A
✉ biuro@oilkrakow.org.pl

 **MedHotel** ★★★

Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie

**DLA LEKARZY
OIL W KRAKOWIE**

RABAT 50% *

**DLA POZOSTAŁYCH LEKARZY
RABAT 20% ****

OFERUJEMY:

pokoje 1-, 2-, 3-osobowe
oraz apartamenty rodzinne

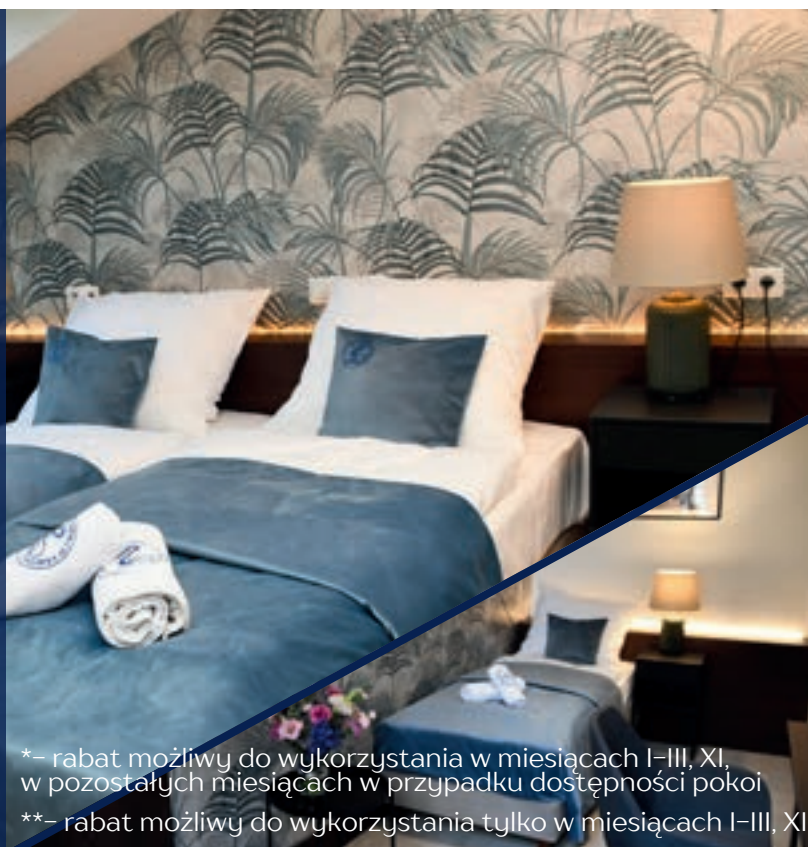
**ZESKANUJ
I ZAREZERWUJ
POBYT**



www.medhotel.pl 

tel. 733 706 999

UL. KRUPNICZA 11A, 31-123 KRAKÓW



* – rabat możliwy do wykorzystania w miesiącach I-III, XI, w pozostałych miesiącach w przypadku dostępności pokoi

** – rabat możliwy do wykorzystania tylko w miesiącach I-III, XI



DENTAL SPAGHETTI

XXIII MIĘDZYNARODOWY KONGRES STOMATOLOGICZNY

17-18.04.2026, Kraków

UŚMIECHY PRZYSZŁOŚCI – ETYKA, EMOCJE & ESTETYKA
SMILES OF THE FUTURE – ETHICS, EMOTION & ESTHETICS



Dr Mauro
Fradeani



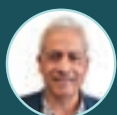
Dr Daniele
Gensini



Dr Federico
Emiliani



Dr Roberto
Turrini



Prof. Imad
About



Dr Andrea
Baruffaldi



Dr Luca Lorenzo
Dalloca



Dr Steffen
Decker



Dr Céline
Higon



Dr Andrea
Mastrosera Agnini

SPRAWDŹ
PROGRAM!



Organizator:



Złoty sponsor:



Srebrny sponsor:



Brązowy sponsor:



dentalspaghetti.pl

Dr n. med. **Anna Steier-Ciechanowska**

ur. 5 listopada 1929 r. w Przemyślu
zm. 9 stycznia 2026 r. w Krakowie



W piątek 16 stycznia 2026 roku na Cmentarzu Rakowickim z wielkim smutkiem pożegnaliśmy dr n. med. Annę Steier-Ciechanowską, znakomitą okulistkę, wysoko cenioną specjalistkę, człowieka ogromnej pracowitości, rzetelności i prawego charakteru, wieloletniego pracownika Kliniki Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Doktor Anna Józefa Steier-Ciechanowska urodziła się 5 listopada 1929 roku w Przemyślu. Jej ojcem był Kazimierz Steier – doktor medycyny i tytularny generał brygady Wojska Polskiego. Wraz z siostrą Stanisławą (Siasią) przyszły na świat, gdy ojciec był już po pięćdziesiątym roku życia. Wychowywały się w domu pełnym miłości i gościnności – „na obiady przychodzili kuzyni, znajomi, a nawet pacjenci”.

Anna uczęszczała do szkoły prowadzonej przez siostry benedyktynki w Przemyślu, a po maturze wyjechała na studia medyczne do Krakowa. W klubie wioślarskim poznała Stanisława Jerzego Ciechanowskiego – przyszłego męża, wnuka profesora UJ, anatomopatologa Stanisława Witalisa Ciechanowskiego. Dwa miesiące po ślubie, który odbył się w Przemyślu, 1 listopada 1959 roku rozpoczęła pracę w Klinice Chorób Oczu AM w Krakowie. W Klinice dała się poznać jako utalentowana chirurg, znakomity dydaktyk i naukowiec, przez wiele lat kierownik Ambulatorium. Po przejściu na emeryturę pracowała jeszcze w Specjalistycznym Centrum „Medicina” niemal do 80. roku życia.

Jej zainteresowanie okulistyką było wszechstronne. Po uzyskaniu specjalizacji stale poszerzała swoją wiedzę zawodową. W 1966 roku obroniła pracę doktorską pt. „Klinicznie stwierdzalne zmiany patologiczne w tęczówce w przebiegu ostrej jaskry”. Doktor Anna Ciechanowska była autorką

i współautorką wielu prac naukowych drukowanych w czasopismach okulistycznych i prezentowanych na konferencjach, sympozjach i zjazdach okulistycznych w kraju i za granicą. Szczególnie bliska była jej tematyka chorób siatkówki i schorzeń okulistycznych u dzieci. Jako jedna z pierwszych okulistów w Polsce już w latach 70. ubiegłego wieku zwróciła uwagę na problemy okulistyczne występujące u wcześniaków. Za osiągnięcia naukowe, a w szczególności za „Badania nad zwyrodnieniami plamki żółtej siatkówki” (1976 r.) i opublikowane prace: „Aktualne problemy zwłóknienia pozasoczewkowego” (1979 r.), „Retinal function after surgical treatment of detachment” (1979 r.) otrzymała Nagrody III stopnia z rąk rektora AM w Krakowie.

O jej oddaniu pracy i wyjątkowych umiejętnościach dydaktycznych najlepiej świadczą słowa zawarte w listach kierowanych do niej z różnych okazji przez jej uczniów i kolegów: „Gorąco pragnę podziękować Szanownej Pani Doktor za jej wielką życzliwość okazywaną mi na każdym kroku”, „Dziękuję za to, że uczyła mnie Pani zawsze widzieć nie tylko chore oko, ale przede wszystkim Człowieka”, „Pani przeogromna wiedza, wielki talent dydaktyczny i cudowna wręcz zdolność porozumienia się z chorym pozostaną zawsze świecącym przykładem dla mnie, a z całą pewnością Wielkim Filarem Kliniki” (z 1980 r.); „Nieopisana Twoja dobroć i wiedza zawsze napełniały mnie podziwem” (z 1990 r.).

Małgorzata i Piotr, dzieci Doktor Ciechanowskiej, zapamiętały ją jako „niesamowicie dobrą i pełną ciepła Mamę, która starała się godzić życie rodzinne z zawodowym, co przy nocnych dyżurach i napięciu po operacjach nie było łatwe. Mimo to zawsze wracała uśmiechnięta, nigdy zestresowana”. Są z niej ogromnie dumni – „telefon w domu dzwonił bez przerwy w sprawach zawodowych, a my jako dzieci rozumieliśmy, że jest w Klinice osobą niezwykle potrzebną i niezastąpioną”. „W domu była bardzo wyrozumiała, a po przejściu na emeryturę z wnukami Kamilą, Basią, Łukaszem, Jasiem i prawnuczką Kają spędzała każdą wolną chwilę”.

Dr n. med. Anna Steier-Ciechanowska zmarła w Krakowie 9 stycznia 2026 roku, przeżywszy 96 lat.

W naszej – jej uczniów – pamięci zachowaliśmy Doktor Annę Ciechanowską jako znakomitego okulistę o rozległej wiedzy i doświadczeniu, którymi zawsze chętnie się dzieliła, i o niezwyklej intuicji lekarskiej. Zapamiętamy ją także jako człowieka bardzo skromnego, o wielkiej kulturze osobistej. Pożegnaliśmy ją z głębokim smutkiem, ogromną wdzięcznością i wielkim szacunkiem.

Joanna Kobylarz

Dr n. hum., lek.

Zbigniew Bajda

ur. 23 listopada 1959 r. w Mielcu

zm. 10 stycznia 2026 r. w Rabce



W sobotę 10 stycznia, w wieku 67 lat odszedł na wieczny dyżur słynny doktor nauk humanistycznych, specjalista chorób wewnętrznych Zbigniew (Ben) Bajda.

Przez wiele lat związany był ze Śląskim Centrum Rehabilitacyjno-Uzdrowiskowym w Rabce-Zdroju, gdzie pracował jako specjalista chorób wewnętrznych. Pomagał tysiącom osób, które przybywały do uzdrowiska poprawić stan swojego zdrowia. Był też zasłużonym członkiem zarządu KS Wierchy Rabka-Zdrój do spraw medycznych.

Znaliśmy się prawie 50 lat, studia, a potem praca zawodowa zawsze były wypełnione jego ciepłymi żartami,

niezwykłymi filozoficznymi analizami. Pozostawił po sobie niebywałą pustkę, którą ciężko będzie wypełnić. Niezwykły erudyta znany ze swych wyjątkowo ciekawych wypowiedzi i opowiadań. Wspominany za swoje laudacje pełne mądrości i celności uwag.

Znany w środowisku medycznym i nie tylko. Swoje głębokie zainteresowania na polu szeroko pojętej filozofii zwięźcił obroną rozprawy doktorskiej z zakresu filozofii. Dzielił się swoją wiedzą z tej królowej nauk na forach internetowych cyklem podcastów pt. „Bez Ogródek – trzy spojrzenia, jedna rozmowa, czyli o świecie na serio i z humorem”, komentując aktualne wydarzenia oraz ponadczasowe pytania.

Każde spotkanie z nim było niezwykle ucztą intelektualną, trafność jego analiz, umiejętność prowadzenia rozmów i swada, z jaką to czynił, wprawiały w zachwyt wielu interlokutorów. Nie będzie już jego wysmakowanych filozoficznych analiz, jego ciętych ripost i mądrych uwag.

Żegnaj Hrabio (bo tak go zawsze tytułowałem), spoczywaj w spokoju i prowadź dyskursy filozoficzne z godnymi sobie.

Andrzej Fugiel

Dr

..... dnia

.....

.....

dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

Stosownie do Regulaminu wypłacania zapomóg losowych z tytułu śmierci lekarza – członka oilek 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

Tekst jednolity uchwały nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dn. 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- uchwałą nr 38/22/IX NRL z dn. 21 października 2022 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej,
- uchwałą nr 60/22/IX NRL z dn. 16 grudnia 2022 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

(Załącznik do obwieszczenia nr 5/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dn. 16 grudnia 2022 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 złotych miesięcznie.
2. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu przyznane w celu odbycia stażu podyplomowego, 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.
2. 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.
2. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągania 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.

3. Okręgowa lub wojskowa rada lekarska może wezwać lekarza do złożenia dokumentów podatkowych do celu weryfikacji prawdziwości oświadczenia o nieosiąganiu przychodu opisanego w ust. 1 pkt 3.
4. W przypadku ustalenia, na podstawie analizy dokumentów podatkowych przedstawionych przez lekarza, że oświadczenie o nieosiąganiu przychodu zostało złożone niezgodnie z prawdą, oraz w przypadku nieprzedstawienia przez lekarza dokumentów podatkowych, okręgowa lub wojskowa rada lekarska podejmuje uchwałę stwierdzającą brak podstaw do zwolnienia lekarza z obowiązku opłacania składki w okresie, w którym lekarz faktycznie korzystał ze zwolnienia, oraz wzywa lekarza do zapłaty zaległych składek wraz z odsetkami ustawowymi.
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 Izby Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 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

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. Numer indywidualnego konta – na które proszę przekazywać comiesięczne składki – pozostaje bez zmian.

OIL w Krakowie przypomina też o konieczności niezwłocznego zgłaszania do Działu Rejestru wszelkich zmian adresu zamieszkania oraz do korespondencji (bądźmiemy wdzięczni za dołączenie adresu e-mail), nr. telefonu, miejsca pracy, stanu cywilnego, uzyskania tytułu naukowego lub specjalizacyjnego oraz informacji dotyczących przejścia na rentę lub emeryturę.

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

**Opłaty z tytułu rejestracji gabinetów prywatnych
należy wpłacać na konto OIL:
Bank Pekao SA 25 1240 4650 1111 0000 5149 2553**



Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
ul. Krupnicza 11 A, 31-123 Kraków
<https://oilkrakow.pl/>
Kontakt: tel. 12 619 17 20
e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

Biuro OIL w Krakowie oraz Delegatury – przyjmowanie stron:

poniedziałek, wtorek, czwartek godz. 9.00 do 15.00

środa godz. 9.00 do 17.00, **piątek** godz. 9.00 do 14.00

• Dyrektor Biura (mgr J. Bizon)	j.bizon@oilkrakow.org.pl
• Sekretariat Biura	12 619 17 10 biuro@oilkrakow.org.pl
• Kancelaria oroz (kierownik mgr S. Smoleń)	12 619 17 25 s.smolen@oilkrakow.org.pl
• Kancelaria oroz	12 619 17 17 619 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 „GGL”	12 619 17 27 504 221 577 redakcja@oilkrakow.org.pl
• Zespół Social Mediów	12 619 17 06 a.bartoszek@oilkrakow.org.pl
• Informatycy; str. 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 (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. Lekarzy 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 06
• Zespół ds. Szpitalnictwa	12 619 17 22
• Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Hospicyjnej	12 619 17 16
• Zespół ds. Kultury	12 619 17 06

Delegatury OIL

w Krośnie:

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

w Nowym Sączu:

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

w Przemyślu:

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

Rzecznik Praw Lekarza

501 430 918

poniedziałki, środy i czwartki
godz. 10.00 do 14.00
rzecznik@oilkrakow.org.pl

Dyżury Radców Prawnych:

Aby otrzymać pomoc prawną, należy podać nr PWZ. **505 304 896**
radcowie@oilkrakow.org.pl

mec. Anna Gut

12 619 17 24

koordynator Zespołu Radców Prawnych
wtorek
środa
godz. 13.00 do 15.00
godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Pęcherz

12 619 17 19

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

mec. Tomasz Huber

733 222 867

poniedziałek, środa
piątek
godz. 13.00 do 15.00
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

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 – pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 260 egz.

ul. Krupnicza 11a, 31-542 Kraków; tel. 12 619 17 27, 504 221 577; www.ggl.com.pl; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl

Redaguje kolegium w składzie: redaktor naczelny – Jerzy Friediger; zastępczyni red. naczelnego – Jolanta Grzelak-Hodor
Członkowie: Agata Dynkiewicz, Artur Hartwich, Marzena Ksel-Telesnicka, Małgorzata Popławska, Andrzej Urbanik, red. Stefan Cieplý i Katarzyna Domin. **Grafika i skład:** Agnieszka Cynarska-Taran

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów, adjustacji i zmian tytułów w nadsyłanych tekstach i korespondencji. Anonimów nie drukujemy. Za treść ogłoszeń nie ponosimy odpowiedzialności.



BMW M-Cars Group



SPECJALNA OFERTA DLA SŁUŻBY ZDROWIA.

BMW od lat symbolizuje prestiż, dynamikę i nowoczesne technologie — a dla wybranych grup zawodowych może być także wyjątkowo korzystnym wyborem finansowym. Lekarze mogą skorzystać ze specjalnych warunków zakupu nowych modeli, które często okazują się atrakcyjniejsze niż standardowe oferty rynkowe. Zastanawiacie się, czy bardziej opłaca się zakup na firmę czy w ramach programu dla grup zawodowych? Sprawdźcie szczegóły oferty przygotowanej specjalnie dla środowiska medycznego i przekonajcie się, jakie korzyści mogą na Was czekać.

SPRAWDŹ OFERTĘ



ZAPYTAJ O SZCZEGÓŁY:



+12 211 45 00

KRAKÓW
UL. JOSEPHA CONRADA 20
TEL. +12 211 45 00

LIBERTÓW
UL. GÓRA LIBERTOWSKA 14
TEL. +12 256 45 55

NOWY SĄCZ
UL. TARNOWSKA 179
TEL. +18 448 99 00



LUXURY MANOR

AGENCJA NIERUCHOMOŚCI DLA LEKARZY I PRAWNIKÓW



Ryszard Koprowski
CEO

Adrian Rabski
Partner Zarządzający

PRACUJEMY SPECJALISTYCZNIE DLA PRZEDSTAWICIELI ELITARNYCH WOLNYCH ZAWODÓW.
ROZUMIEMY POTRZEBY TEGO ŚRODOWISKA, BO SAMI SIĘ Z NIEGO WYWODZIMY.

SPRZEDAŻ I ZAKUP NIERUCHOMOŚCI W BUDŻECIE 2-5 MLN PLN
FORMALNE KOMPETENCJE POPARTE 20 - LETNIM DOŚWIADCZENIEM
OBSŁUGA PRAWNA I BEZPIECZEŃSTWO TRANSAKCJI
PRACA W 4 JĘZYKACH W MIĘDZYNARODOWYM ŚRODOWISKU
PEŁNA DOSTĘPNOŚĆ I RESPONSYWNOŚĆ 24/7



WE SPEAK ENGLISH, WIR SPRECHEN DEUTSCH
SIEDZIBA: WILLA JAGÓDKA, Al. Płk. Wł. Beliny-Prażmowskiego 14, 31-514 Kraków

WWW.LUXURY-MANOR.PL

