nakład 15 950 egz. ISSN 1897-7782

Gazeta Lekarska Małopolska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2022
3/187
maj – czerwiec

Lekarski Zjazd w cieniu wojny w Ukrainie

badaj.to®

TWOJE LABORATORIUM MEDYCZNE

Pierwsze laboratorium uruchomiliśmy już w 1991 roku w Zabrzu. Nasze nowoczesne laboratoria są wyposażone w najnowocześniejszy sprzęt firm ABBOTT, bioMérieux czy SYSMEX.

Oferujemy 1500+ badań. Codziennie wykonujemy ponad 25 tys. oznaczeń. Wyniki badań udostępniamy on-line.

Współpracujemy z POZ, lekarzami specjalistami prowadzącymi własną praktykę, firmami ubezpieczeniowymi.

Nasz system jest zintegrowany z Gabinet dr Widget.

Sprawdź nas na

www.badaj.to/dla-lekarza

/badajto

/badajto

Dowiedz się więcej

W numerze m.in.:

Krajowy Zjazd Lekarzy (1-2, 8-11)

O reformach ochrony zdrowia z prof. I. Kowalską-Bobko rozmawia J. Hodor (5)

Ospa małpia już w Polsce – P. Meryk, K. Łukasz, E. Zegan (15)

Moczenia u dzieci nie wolno bagatelizować – pisze J. Sieradzka (17)

Obawy młodych lekarzy (19)

Z Rzecznikiem Praw Lekarza Łukaszem Litwą rozmawia J. Hodor (23)

Pierwsze w nowej kadencji posiedzenie Komisji Stomatologicznej ORL w relacji A. Urbańczyk (26)

Czy Paracelsus był w Krakowie – prof. J. Skalskiego pyta S. Ciepły (28)

Czy niepracujący lekarz emeryt może wystawić L4 – wyjaśnia mec. A. Gut (33)

Do Muzeum Bonda i na wystawę Ociepki zaprasza M. Huzarska-Szumiec (41)

Pożegnania: lek. Krzysztof Leśnik, w 10. rocznicę śmierci wspomnienie o dr hab. Alicji Barwik-Schramm

Nasza okładka

Fot. Grzegorz Chajdaś

Gdzie jesteśmy?

I znowu lato. Wyjątkowo wytęsknione. Nawet wybór miejsc wakacji zszedł na dalszy plan, byle były one bez pandemii, bez jazgotu politycznego, bez wojny i jej wielorakich konsekwencji.

Z perspektywy ostatnich dwóch miesięcy, jakie upłynęły od poprzedniego wydania „GGL", muszę się jednak odnieść do paru niedawnych wydarzeń, a przede wszystkim do XV Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbył się w dniach 12-14 maja w Warszawie, w warunkach krajowego i światowego chaosu, wdzierającego się w nasze życie. Zjazd też poszedł wątpliwym tropem „zmiany dla zmian", rujnując zwłaszcza bardzo przyzwoity system wyborczy władz naczelnych samorządu lekarskiego, doskonalony i uzgadniany przez delegatów kilkunastu poprzednich zjazdów. Napisałem „rujnując", bo pominięto przy wyborach kryteria poniekąd oczywiste, jak np. reprezentacja terytorialna czy pokoleniowa. W obiegowej opinii pojawił się też pogląd, że „Kraków przegrał", bo Andrzej Matyja nie został prezesem NRL na drugą kadencję. Drodzy Czytelnicy, z władz naczelnych wycięto nie tylko reprezentację Krakowa, ale także Katowic, Wrocławia, Białegostoku i kilku innych Izb, co oznacza eliminację jednej trzeciej środowiska lekarskiego w Polsce. I trzeba mieć mocno zaburzone postrzeganie, by uznać to za sukces.

W wyniku wieloletnich doświadczeń – o czym Państwo mogą nie wiedzieć – opracowano podczas krajowych zjazdów pewien system wprowadzania do władz naczelnych samorządu przedstawicieli poszczególnych grup, z określonym doświadczeniem, nabytym dzięki pracy w izbach okręgowych. Tworzono tzw. listę kandydatów Konwentu Prezesów ORL, listę kandydatów rekomendowanych przez poszczególne Izby, w liczbie proporcjonalnej do ich wielkości. I ta właśnie zasada została złamana, a część najwyraźniej „zmówionych" prezesów izb niespodziewanie nie pojawiła się na spotkaniu Konwentu, gdzie taka pracowicie układana lista miała być zatwierdzana. Nawet ich telefony nagle znalazły się poza zasięgiem. Opisał to w swoim komentarzu prezes Dolnośląskiej Izby dr Paweł Wróblewski, ujawniając, że mieliśmy do czynienia z „ustawką" kilku większych Izb, do wsparcia której przekonano też te najmniejsze. I tak, lekarze doświadczeni organizacyjnie, wyspecjalizowani w wielu kwestiach, sprawni w kontaktach z centralnymi organami władzy i urzędami, zasłużeni dla samorządu, znaleźli się poza jego władzami, jakby w podzięce wyrzuceni za burtę.

W rezultacie „samorząd przyszłości" startuje na cztery kolejne lata w mocno niekompetentnym składzie. I choć życzę nowym władzom sukcesów, muszę z perspektywy „starego" działacza powiedzieć, że środowisko lekarskie nie jest szczególną trampoliną do karier. W ogóle, kocha ono obowiązkową przynależność do Izb umiarkowanie, do aktywności społecznej się nie garnie i ma w wielu kwestiach duży dystans do polityki, uważając samorząd za jej instrument. Trzeba lat pracy na rzecz tego środowiska, trzeba gotowości ryzykowania własną karierą, by uzyskać jego akceptację. A na populistyczne gesty to akurat środowisko nie daje się nabierać.

Dla przypomnienia, mamy obecnie próby ustawienia płac minimalnych dla specjalistów na poziomie 1,45 średniej krajowej (gdy w takiej Słowacja wynosi 2,4). Mamy próbę chorej centralizacji zarządzania szpitalami, ich kategoryzacji pod władzą jednej Agencji. Mamy wreszcie pomysł felczeryzacji kształcenia zawodowego. Bez jednoznacznego stanowiska Prezesa i całej Naczelnej Rady żadnej korekty tych projektów nie przeprowadzimy. A zajmując wyraziste stanowisko, czego przykładem los poprzednika, z karierą samorządową możemy się pożegnać.

Nadeszły czasy sprzyjające silnemu, by nie powiedzieć autokratycznemu przywództwu. To dotyczy nie tylko wielu państw, ale też struktur samorządowych, terytorialnych i zawodowych, gdzie decydują populistyczni liderzy. Tymczasem my wciąż trwamy w poturbowanej demokracji, choć nurzamy się w oparach autokracji. Czy rzeczywiście jej pożądamy? Czy o taki model nam chodzi?

Robert Stępień
prezes ORL w Krakowie

I nic z tego nie wynika...

O Krajowym Zjeździe Lekarzy napisano już prawie wszystko. Temat oklepany, niemalże wyczerpany, jednak nie wypada nie wspomnieć choćby w kilku słowach o tym wydarzeniu.

Wybory mają to do siebie, że można je wygrać albo przegrać i z tym się trzeba pogodzić. Natomiast jak się to odbywa, to już osobna sprawa. Na tym zjeździe odbyło się to w sposób wyjątkowo paskudny. Sytuacja, w której trzy największe Izby Lekarskie w Polsce, skupiające niemal 1/3 lekarzy, nie mają praktycznie swojej reprezentacji w Naczelnej Radzie Lekarskiej, świadczy o tym, że zrealizowano zapowiedź, o której mówił poprzedni Prezes NRL, czyli że jeżeli nie zrezygnuje z kandydowania, delegaci z Izb Krakowskiej, Śląskiej i Dolnośląskiej zostaną „wycięci". Andrzej Matyja nie zrezygnował, walczył do końca i odszedł z honorem. Nie traktuję tych wyborów jako walkę „starego" z „nowym", starych z młodymi, a jako bezwzględną walkę o władzę. Jako przeniesienie standardów z polityki do samorządu.

Wiele razy mówiłem, że tęsknię za czasami, kiedy byliśmy grupą przyjaciół i spotykaliśmy się z przyjemnością. Obawiam się, że te czasy nie wrócą, choć mam nadzieję. Trudno, lecz czegoś żal. Nowym władzom samorządu lekarskiego życzę powodzenia i skutecznej walki o nasze interesy. Życzę godnego reprezentowania naszego środowiska, bo to na nich będzie spoczywał ten obowiązek.

Tymczasem dzieje się źle. Proponowana nowa siatka płac w sposób niepokojący spłaszcza zarobki w ochronie zdrowia. Doszliśmy do sytuacji, w której projektowane stawki dla lekarzy są niemal równe ze stawkami dla innych grup zawodowych. O trzech średnich krajowych nawet nie ma co marzyć. Decyzje zapadają poza nami. Dyskusje toczą się podobno w „zespole trójstronnym", w którym naszego środowiska nie ma kto reprezentować. Jest o co walczyć.

Coraz bardziej niepokojące są plany kształcenia lekarzy. Wszystko jedno jak, wszystko jedno gdzie, byle dużo i byle jak. Przeraża mnie ta „bylejakość", która zaczyna się wkradać w proces nauczania naszych przyszłych kolegów. Dążenie do zwiększania „produkcji" lekarzy za wszelką cenę. Coraz częściej się mówi o zmianie programów kształcenia, oczywiście w kierunku zmniejszenia wymagań, które dostosuje się do możliwości uczelni, gdzie mają być kształceni, czy szpitali, w których mają zdobywać wiedzę praktyczną. Szpitali, w których nie ma kto leczyć, bo brakuje specjalistów, a co tu mówić o nauczaniu. A jednocześnie w uczelniach, które są do tego przygotowane, uczymy za pieniądze lekarzy zagranicznych. Dlaczego na tych miejscach nie kształci się polskich lekarzy? Dlaczego dopuszcza się do sytuacji, że najgorzej wynagradzani są właśnie lekarze akademiccy, ci, którzy mają uczyć? Nie tędy droga. Ale rozwiązania nie znajdzie kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, w którym jest jeden lekarz. Ci ludzie uważają, że w ochronie zdrowia najważniejsze jest nie zdrowie, a ekonomia. Słupki, wskaźniki, tabelki, z których dla zdrowia nic nie wynika.

Ochrona zdrowia jest niewątpliwie najbardziej zaniedbaną dziedziną życia społecznego, a tak potrzebne zmiany nie mogą się przebić. Tworzy się ustawy o jakości w ochronie zdrowia, ale nie pamięta o tym, że jakość kosztuje i bez pieniędzy się jej nie osiągnie. A tymczasem do dnia dzisiejszego nie wiadomo, w jaki sposób będą finansowane te nowe stawki wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Czy znowu zapomni się o całych grupach zawodowych, bez których system nie może funkcjonować? Czy znowu zapomni się o pochodnych wynagrodzeń? Czy znowu zapomni się o tych, którzy zatrudnieni są nie na etatach, a na umowach cywilnoprawnych? A na takich umowach pracują przede wszystkim lekarze? Podobno nad tym finansowaniem pracuje AOTMiT. Pozostaje zapytać, dlaczego dopiero teraz, jeżeli założenia do podwyżek płac minimalnych w ochronie zdrowia znane są od dawna.

Gdybym miał teraz odpowiedzieć na pytanie, co oprócz pieniędzy jest potrzebne naszej ochronie zdrowia, powiedziałbym, że porządek. Ale tego nikt nie chce zrobić.

PS. Nie wiem (ale się domyślam), dlaczego najistotniejsze decyzje odkładane są na okres urlopowy i podejmowane w ostatniej chwili.

A ponieważ okres urlopowy za pasem, życzę Państwu miłego wypoczynku, wolnego od codziennych trosk i kłopotów.

Jerzy Friediger
redaktor naczelny „GGL"

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 22 czerwca 2022 r.

W skrócie

Nowe władze samorządu

W dniach 12-14 maja 2022 r., w Warszawie, odbył się XV Krajowy Zjazd Lekarzy. Zjazd miał charakter sprawozdawczo-wyborczy, delegaci z wszystkich Izb Lekarskich w Polsce wybierali władze samorządu lekarskiego na jego kolejną, IX już kadencję. Nowym prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej został Łukasz Jankowski, specjalista nefrolog z Warszawy, dotychczasowy prezes warszawskiej Izby. Wybrano także nowego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, którym został specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii dr Zbigniew Kuzyszyn z Opola.

Więcej o Zjeździe i jego kulisach – także na innych stronach „GGL".

Reforma POZ i inne w ogniu krytyki

20 czerwca minister Adam Niedzielski przedstawił główne założenia zmian w podstawowej opiece zdrowotnej. Resort m.in. chce zwiększyć budżet POZ na dodatkowe badania diagnostyczne, premiować działania profilaktyczne podejmowane przez lekarzy i wprowadzić w POZ opiekę koordynowaną w najbardziej powszechnych schorzeniach, takich jak np. cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze. Pierwsze zmiany w POZ miały nastąpić już od lipca. I są potrzebne, jednak, jak podkreślają ich adresaci, to kolejna reforma, która może przynieść więcej szkód niż pożytku, która nie została przemyślana i dobrze zaplanowana, nie idą za nią konkretne decyzje i niezbędne ze strony urzędników działania oraz odpowiednie środki, nie uwzględniono też zastrzeżeń, jakie zgłaszali do projektu jego przyszli realizatorzy, czyli lekarze. Można tylko dodać – jak zwykle. Fala krytyki zalała również projekt reformy szpitalnictwa, reformy systemu kształcenia lekarzy i inne rządowe pomysły.

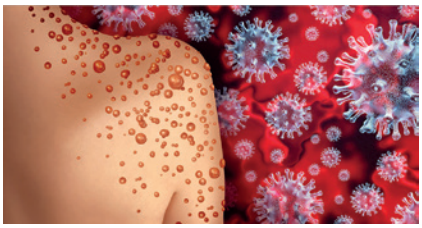
O deformie polskiego systemu ochrony zdrowia – w rozmowie z prof. Iwoną Kowalską-Bobko na str. 5

Ospa małpia już w Polsce

Do 15 czerwca w Europie 25 krajów zgłosiło ponad 1500 przypadków małpiej ospy, co stanowiło ok. 85 proc. wszystkich przypadków zgłoszonych w ostatnim czasie na świecie. Na naszym kontynencie pierwsze zakażenie tą chorobą wykryto 7 maja, u pacjenta w Wielkiej Brytanii, w Polsce – 10 czerwca.

Wg WHO, do połowy czerwca najwięcej przypadków małpiej ospy zarejestrowano w Wielkiej Brytani (524), Hiszpani (313), Niemczech (263), Portugalii (241), Kanadzie (159), Francji (125), USA (72), Holandii (80), Włoszech (68), Belgii (52), Nigerii (36). W Polsce potwierdzono 3 przypadki.

Choć podkreśla się, że choroba ma zwykle przebieg niezagrażający życiu, nie powinna też wywołać globalnych skutków takich jak COVID-19, dr Hans Kluge, dyrektor regionalny WHO na Europę, przestrzegał podczas specjalnej konferencji prasowej: „Skala tej epidemii stanowi realne ryzyko. Im dłużej wirus krąży, tym bardziej rozszerzy swój zasięg i tym silniejszy będzie przyczółek choroby w krajach nieendemicznych".



Na naszej stronie www.ggl.com.pl opublikowaliśmy obszerny komunikat WHO dotyczący małpiej ospy, wydany przez tę organizację 17.06.2022 r.

O ospie małpiej także na str. 15

Rekrutacja 2022

13 czerwca resort zdrowia poinformował o limitach przyjęć na medycynę na rok akademicki 2022/2023. Na studia na kierunku lekarskim zaproponowany przez MZ limit miejsc ogółem wynosi 9323, w tym: na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych w języku polskim – 5 688 miejsc, na jednolitych studiach magisterskich w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim – 1756 miejsc, na studiach magisterskich w języku innym niż polski – 1879 miejsc.

Natomiast na studia na kierunku lekarsko-dentystycznym projektowany limit przyjęć wynosi 1 334 miejsca, w tym: na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych w języku polskim – 831 miejsc, na studiach magisterskich niestacjonarnych w języku polskim – 211 miejsc, na studiach magisterskich w języku innym niż polski – 292 miejsca.

Podczas tegorocznej rekrutacji na kierunku lekarskim (studia stacjonarne w języku polskim) do zdobycia będzie o 209 więcej indeksów niż w roku ubiegłym, na kierunku lekarsko-dentystycznym – o 3 więcej.

Szpital Uniwersytecki wyposażony

Ponad 236 mln zł dofinansowania z funduszy Unii Europejskiej, 42 mln zł ze środków UJ CM, prawie 90 przeprowadzonych przetargów, w ramach których zawarto ponad 300 umów realizowanych przez blisko pięć lat – 9 maja, w Dniu Europy, oficjalnie poinformowano o zakończeniu realizacji projektu „Wyposażenie nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim", największego i najdroższego tego typu projektu w historii SU. Zakres rzeczowy przedsięwzięcia

(na łączną kwotę ponad 290 mln zł) objął m.in. aparaturę i sprzęt medyczny dla anestezjologii i intensywnej terapii (wartości prawie 20 mln zł), bloku operacyjnego, brachyterapii, diagnostyki obrazowej, teleradioterapii (prawie 60 mln zł), medycyny nuklearnej, endoskopii, SOR, oddziałów łóżkowych (ok. 30 mln zł) czy ambulatoriów przyszpitalnych.

I tak, po dziesięcioleciach starań, krakowski Szpital Uniwersytecki ma wreszcie nowoczesną siedzibę, a w starych murach... *(czyt. poniżej)*

Szlak medyczny Wesoła

Via Medicorum – tak ma się nazywać szlak historyczno-kulturowy w dzielnicy Wesoła w Krakowie, promujący osiągnięcia krakowskich medyków oraz ich rolę w dziejach światowej medycyny. List intencyjny w sprawie utworzenia tego szlaku podpisali 20 maja prorektor UJ CM prof. Tomasz Grodzicki i prezes Agencji Rozwoju Miasta Krakowa Jan Pamuła, w obecności prezydenta Krakowa prof. Jacka Majchrowskiego.

Wesoła związana była z akademickim nauczaniem i praktykowaniem medycyny przez ponad 200 lat. Zmieniła to dopiero przeprowadzka Szpitala Uniwersyteckiego do nowej siedziby. Specjalny szlak kulturowy ma pomóc w zachowaniu pamięci o wielkich odkryciach, o ratowaniu życia i zdrowia ludzi oraz o udziale polskich lekarzy w tworzeniu wielkiej historii. Na razie będzie on obejmował obiekty położone wzdłuż ulicy Kopernika (i jeden przy Botanicznej). Przy wybranych gmachach dawnych klinik szpitalnych i zakładów teoretycznych rozmieszczone zostaną tabliczki w dwóch wersjach językowych (polskiej i angielskiej), informujące o historii budynku i ludziach kiedyś z nim związanych. Ponadto, na tablicy ma się znaleźć kod QR albo link, który przenosiłby użytkownika do strony internetowej zawierającej więcej treści i ilustracje.

(źródło: www.cm-uj.krakow.pl)

Press Club uhonorował lekarzy

17 maja, podczas gali nagród dziennikarskich Press Club Polska 2022 wręczono Nagrodę Specjalną Press Clubu wszystkim polskim lekarzom i naukowcom popularyzującym wiedzę o pandemii koronawirusa i przeciwdziałającym pseudonaukowej dezinformacji – za konsekwentną działalność edukacyjną i prozdrowotną, prowadzoną w trudnym czasie pandemii wspólnie z dziennikarzami. W imieniu lekarzy i naukowców nagrodę odebrali przedstawiciele środowiska – Tomasz Karauda, dr Matylda Kłudkowska, prof. Andrzej Matyja, prof. Krzysztof Pyrć oraz dr Joanna Zabielska.

Kronika personalna

Prof. Marcin Barczyński, kierownik Kliniki Chirurgii Endokrynologicznej III Katedry Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum UJ i kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej z Onkologią w krakowskim Szpitalu im. G. Narutowicza, z końcem maja objął funkcję prezesa Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Endokrynologów.

Prof. Robert Jach, kierownik Oddziału Klinicznego Endokrynologii Ginekologicznej i Ginekologii SU oraz prezes Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy, został wybrany do Prezydium Zarządu Europejskiej Federacji Kolposkopowej (EFC).

Prof. Artur Gądek z Oddziału Klinicznego Ortopedii i Rehabilitacji Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie został wybrany na prezydenta Polskiego Towarzystwa Stopy i Stawu Skokowo-Goleniowego.

Prof. Rafał Chrzan, dotychczasowy kierownik Kliniki Urologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, od 1 maja br. pełni funkcję dyrektora medycznego tej placówki.

Prof. Michał Pędziwiatr, specjalista chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej Szpitala Uniwersyteckiego, został jednym z laureatów konkursu Supertalenty w Medycynie 2022, organizowanego przez redakcję „Pulsu Medycyny".

Dr Zbigniew Kordon z Oddziału Kardiologii Dziecięcej USD w Krakowie decyzją Międzynarodowej Kapituły Orderu Uśmiechu dołączył w kwietniu do grona Kawalerów tego Orderu.

Prof. Andrzej Królewski z Uniwersytetu Harvarda – światowej sławy naukowiec w dziedzinie cukrzycy i jej głównego powikłania, cukrzycowej choroby nerek – otrzymał doktorat honoris causa Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kolejna deforma ochrony zdrowia w Polsce, czyli...

Recepta bez diagnozy

Pod koniec 2021 roku Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, zakładającej m.in. utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali, która ma inicjować, monitorować oraz nadzorować procesy „modernizacji" szpitali, zmierzające do poprawy ich kondycji finansowej. Projekt przewiduje również podział wszystkich szpitali na cztery kategorie – od A (najwyższa – szpitale w dobrej kondycji) do D (najgorsza – szpitale, w których władzę praktycznie przejmie ARS), według kryteriów wyłącznie finansowych – wskaźników rentowności, płynności, zobowiązań. Już założenia takiej reformy budziły sporo zastrzeżeń, ale kiedy ostateczna wersja projektu ustawy ujrzała światło dzienne, słowa krytyki płyną nie tylko ze strony dyrektorów szpitali, medyków, samorządowców, ale nawet przedstawicieli partii rządzącej. W chwili, gdy przygotowujemy ten numer gazety do druku, przyszłość ustawy jest niepewna. Rząd podkreśla, że musi zostać wdrożona, bowiem reforma szpitalnictwa jest jednym z punktów Krajowego Planu Odbudowy. Jednak część dotycząca kategoryzacji szpitali, budząca najwięcej protestów, może pozostać w zawieszeniu.

prof. Iwona Kowalska-Bobko

O tym, dlaczego taka reforma nie może się udać i dlaczego w naszym kraju od wielu lat żadna reforma się nie udała, rozmawiamy z profesor Iwoną Kowalską-Bobko, dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego oraz kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM.

Pani Profesor, projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa krytykują chyba wszyscy poza jego autorami. Upraszczając, receptą na szpitalne długi ma być centralne sterowanie. Czy centralizacja może dać ochronie zdrowia w Polsce jakiekolwiek korzyści?

— Centralizacja to pojęcie bardzo obszerne, ocena zależy od tego, o jakim rodzaju centralizacji myślimy. Jeżeli mówimy o centralizacji zarządzania szpitalami, to większość systemów opieki zdrowotnej wykazuje trendy decentralizacyjne, a w systemach zarządzania szpitalami kładzie się nacisk na większą aktywność samorządu terytorialnego. Scentralizowane zarządzanie szpitalami sprawdza się tylko w małych krajach, takich jak Malta, Cypr czy Słowenia. Trudno przy kilku szpitalach, jakie działają w tych krajach, wprowadzać decentralizację. Natomiast jeśli myślimy o centralizacji własności, również mamy w Europie tendencje raczej decentralizacyjne. Możemy też mówić o centralizacji udzielania świadczeń, np. specjalistycznych. W tym przypadku integracja może być korzystna. Wyobraźmy sobie, że na terenie całego kraju musielibyśmy decentralizować dostępność do wysokospecjalistycznych świadczeń, najrzadziej wykonywanych czy najdroższych procedur. Byłoby to całkowicie nieracjonalne, nieefektywne, więc musimy koncentrować takie świadczenia tam, gdzie mamy większą populację, czyli w dużych miastach. Podkreślę jednak, że o ile między badaczami tej problematyki, ekspertami i większością znanych mi samorządowców kwestia zarządzania scentralizowanymi usługami medycznymi nie budzi większych zastrzeżeń, o tyle scentralizowane zarządzanie szpitalami już tak – bardzo wielu ekspertów wypowiada się krytycznie wobec takiego kierunku zmian w Polsce.

Projektodawcy to zakładają, lecz krytykom trudno sobie nawet wyobrazić, by jedna Agencja „sterowała" wszystkimi publicznymi szpitalami w Polsce, by wszystkie podlegały jednej, centralnej strukturze, co do której zresztą też są poważne uwagi.

— Teoretycznie nie wszystkie. Z projektu ustawy wynika, że Agencja nie będzie wkraczać do szpitali z grupy A i B. Natomiast może przejmować zarządzanie w szpitalach w złej kondycji finansowej, kategorii C i D, w celu poprawy ich sytuacji. Teoretycznie po to, by były bardziej efektywnie zarządzane i nie generowały więcej długów, co oczywiście będzie bardzo trudne. Jednak nie wyobrażam sobie, jakie panaceum znajdzie taka agencja, żeby szybko rozwiązać problem długów, które przecież towarzyszą polskiemu szpitalnictwu od wielu lat. Jaki to złoty środek, jaka to genialna instytucja, która nagle sobie z tym poradzi. No chyba, że tworzy się tę instytucję nie po to, by ratować szpitale, ale by je zamykać.

Już sama kategoryzacja budzi ogromne zastrzeżenia. Teoretycznie Agencja nie będzie ingerować w funkcjonowanie szpitali z grupy A i B, ale i tak każdy szpital ma jej raportować swoje wyniki finansowe. Patrząc na kryteria oceny, można mieć obawy, że nawet dobry szpital kliniczny, zadłużony nie ze swojej winy, może spaść do niższej kategorii, kiedy poza rachunkiem ekonomicznym nic się nie liczy. Niedawno „Gazeta Wyborcza" poinformowała, że w Ministerstwie Zdrowia dokonano wstępnej symulacji i na 574 szpitale 30 otrzymało kategorię D, z czego trzy na Podkarpaciu, dziewięć w województwie śląskim, pięć na Mazowszu, m.in. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji oraz Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ważne kliniki – jest problem, ale na pewno nikt ich nie zamknie, Podkarpacie – jest problem, nie da się nawet zredukować zatrudnienia, bo to przecież matecznik rządzącej partii. Stąd też pomysł przyjęcia ustawy, ale z dłuższym vacatio legis dla systemu kategoryzacji.

— To prawda, że kategoryzacja może dotknąć wszystkich. Nawet jeśli szpital trafi do kategorii A, ma być kontrolowany pod kątem osiągania zakładanych wskaźników. Co więcej, projekt ustawy nie wyłącza z tego kategoryzowania szpitali klinicznych, co zdarzyło się chyba po raz pierwszy. Jeśli taki szpital trafi do grupy C i D, może zostać „przejęty" przez Agencję, co jest już ogromnym problemem dla działalności szpitali klinicznych, bo pamiętajmy, że to nie jest tylko baza lecznicza, ale też baza dydaktyczna i naukowa. Bardzo mnie to zaskoczyło, ponieważ dotychczas szpitale kliniczne były pod ochroną przy wprowadzaniu reform dotyczących szpitali, np. komercjalizacji.

Skąd więc takie właśnie wskaźniki, czysto finansowe...

— Wskaźniki, które tworzy się do oceny szpitali, nie są złe, pod warunkiem że sprzyjają dążeniu do poprawy efektywności, nie służą jedynie przejmowaniu czy kontrolowaniu szpitali. Możemy na przykład przyjąć pewne wskaźniki z ustawy o jakości w ochronie zdrowia, która jest kolejnym pomysłem na reformy, i te wskaźniki będą dotyczyć właśnie bardziej efektywnych, projakościowych zasad działania. Dodatkowo możemy motywować szpital, przyznając za wysoką jakość i dobrą kondycję finansową określone bonusy przy kontraktowaniu świadczeń przez NFZ. Prosty mechanizm – szpital osiąga założony wskaźnik, więc dostaje więcej pieniędzy. Takie postępowanie, gdzie nagradza się efektywność działania, byłoby najbardziej pożądane. Natomiast wskaźniki przyjęte w ustawie o modernizacji szpitali w większości mają służyć tylko głębokiemu nadzorowi, więc trudno się dziwić, że wszyscy ustawę krytykują. Myślę, że odłożenie jej realizacji na później to najbardziej godny sposób wycofania się z kiepskiego pomysłu.

Jeśli jednak ta restrukturyzacja jest kamieniem milowym KPO?

— Rzeczywiście, w wielu dokumentach unijnych mówi się o potrzebie wzmocnienia szpitalnictwa w Polsce, co wydaje się przecież oczywiste, i wspomina o deinstytucjonalizacji oraz wzmocnieniu opieki otwartej. Są to ważne cele systemowe, lecz niekoniecznie od razu kamienie milowe.

Niedawno, na fali krytyki proponowanej reformy, swój pomysł na uzdrowienie systemu opieki zdrowotnej w Polsce przedstawił Związek Powiatów Polskich. Pomysł do dyskusji, lecz również on może budzić niepokój, bo zakłada znaczne zwiększenie kompetencji władz powiatowych.

— Uważam, że powiat powinien być zaangażowany w zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych swoim mieszkańcom i powinien odpowiadać za infrastrukturę, także szpitalną, lecz nie wszystkich szpitali. Szpitale powiatowe są bardzo zróżnicowane, małe i duże. Od dłuższego czasu ze współpracownikami, m.in. z doktor Małgorzatą Gałązką-Sobotką z Uczelni Łazarskiego, krzewimy pomysł kompleksowego, podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego na poziomie powiatu. Polegałoby to na zintegrowaniu POZ i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w podstawowym obszarze oraz szpitala powiatowego, ale tylko małego i w najpotrzebniejszym zakresie. Pozostałe szpitale powinny zostać przekazane pod nadzór samorządów wojewódzkich, które, moim zdaniem, już dziś nieźle sobie radzą w wypełnianiu obowiązków właścicielskich w stosunku do szpitali.

Koncepcja „Powiatowego Systemu Ochrony Zdrowia" jest podobna do tej propozycji.

— Zauważmy, że dziś odpowiedzialność gminy za POZ – bo to gmina za nią odpowiada – jest właściwie żadna. W więk-

szości sprywatyzowane gabinety nie mają bodźców, by się integrować i transformować w dobrym kierunku. Gdyby powiat wyposażono w odpowiednie narzędzia do organizacji podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, gdyby na jego terenie doszło do integracji POZ, AOS, szpitali pierwszego poziomu zabezpieczenia szpitalnego, ale też profilaktyki, rehabilitacji i nocnej opieki, powstałby może lepszy, bardziej satysfakcjonujący wszystkich system. Powiat ma kompetencje i możliwości, by zarządzać taką strukturą. Natomiast mam poważne wątpliwości – choćby patrząc na to, ile szpitali powiatowych jest zadłużonych – czy powiat jest w stanie zarządzać dużymi strukturami szpitalnymi. I mocno wątpię, czy jest kompetentny, by na przykład negocjować szpitalne kontrakty z NFZ. Samorząd powiatowy raczej nie podejmie też decyzji o zamknięciu czy ograniczeniu działalności szpitala, ponieważ to oznaczałoby narażenie się wyborcom. O efektywności zarządzania w tym przypadku nie ma mowy.

Nie ma jednej odpowiedzi na pytanie, jak zreformować ten system. Zresztą, nie ma idealnego systemu ochrony zdrowia. Jednak widzimy, że nie podejmuje się też najprostszych działań, które szybko uzdrowiłyby jakiś fragment tej rzeczywistości.

— Oczywiście, nawet jeśli mamy oryginalne pomysły, wymagają one dodatkowych badań, weryfikacji w danym czasie i miejscu. Pamiętajmy, że system zdrowotny i potrzeby zdrowotne są zmienne, a te zmiany mogą być bardzo gwałtowne, co udowodniła pandemia i fala uchodźców napływających do nas z dotkniętej wojną Ukrainy. Wiele czynników wpływa na system i na konieczność modyfikacji pomysłów. Jednak to, co mnie nieustannie zadziwia i jest też według mnie przyczyną braku efektywności, to fakt, iż niewielu decydentów patrzy na system zdrowotny jako całość. Większość próbuje wyrwać z tego tortu kawałek i np. proponuje reformę szpitalnictwa, lekceważąc fakt, że funkcjonowanie szpitali jest powiązane z POZ i AOS, że wszystkie te kawałki składają się na cały tort. Te puzzle trzeba połączyć w jeden obrazek. Klęska kolejnych reform z tego właśnie wynika – z fragmentarycznego podejścia do problemów. Mamy za mało specjalistów, którzy potrafią całościowo spojrzeć na system ochrony zdrowia, a na to jeszcze nakładają się doraźne cele polityczne. Obserwuję system i zajmuję się nim zawodowo mniej więcej od końca lat 90. i widziałam tylko jednego ministra zdrowia, który próbował stworzyć taką kompleksową konstytucję systemu ochrony zdrowia, popatrzeć na niego holistycznie. Była to Franciszka Cegielska. Reforma fragmentu nie tylko nie poprawi niczego, a może jeszcze pogorszyć sytuację. Oczywiście, patrząc całościowo, też trzeba zidentyfikować kolejne etapy zmian, nie da się wszystkiego naraz zreformować. Ale jeżeli wymyślimy dobrą koncepcję, możemy ją stopniowo realizować i wszystko będzie do siebie pasować. Decydenci nie mogą się jednak bać, czyli… znowu wchodzimy w bieżącą politykę. Nie zawsze decyzje dobre dla systemu są jednocześnie dobre dla celów politycznych. Najprostszy przykład – współpłacenie. Żaden polityk nie odważy się tego wprowadzić, a istnieje mnóstwo dowodów, naukowych analiz i praktycznych obserwacji, że współpłacenie może być dla systemu bardzo korzystne. I jeśli się chce, można też zyskać społeczną akceptację dla takiego rozwiązania. W najwyżej ocenianych w Europejskim Indeksie Konsumenckim systemach ochrony zdrowia, czyli np. w Szwajcarii i Holandii, funkcjonuje właśnie współpłacenie za świadczenia.

Jednak decydenci nie chcą widzieć tego, co oczywiste…

— Bo nie pozwala na to bieżąca polityka. Swoim studentom tak to tłumaczę – w języku angielskim mamy dwa słowa na określenie polityki: *policy* i *politics*. My, obserwatorzy, cały czas myślimy o *policy* – czyli o polityce racjonalnej, o planowaniu, ocenie sytuacji, jej monitorowaniu, lecz taka polityka jest rzadkością. Na co dzień mamy do czynienia z *politics*, czyli działaniem po to, by zdobyć i utrzymać władzę. Dlaczego w sektorze ochrony zdrowia brakuje pieniędzy? Bo się przesuwa na inne sektory, by zadowolić określone grupy wyborców. Oczywiście te grupy często też potrzebują wsparcia, jednak zawsze jest wybór, a zdrowie przegrywa. Na tę politykę mogą się jeszcze nałożyć kryzysy, choćby takie, jak pandemia, szczególne interesy polityczne i inne uwarunkowania, co tym bardziej powinno przekonać, że konieczny jest dobry, spójny plan, kompleksowa reforma, ponieważ dobrze funkcjonujący system lepiej radzi sobie z każdym kryzysem. My radzimy sobie słabo.

Słabo to za dużo powiedziane…

— Czasami, by poprawić coś w skali makro, trzeba zacząć od tej mikro. Ze spotkań z dyrektorami szpitali i innych placówek medycznych wiem, że ci ludzie mają mnóstwo problemów, które można niekiedy łatwo rozwiązać. Gdyby ktoś ich posłuchał i chciał pomóc, czasem wystarczyłoby podjęcie decyzji na poziomie NFZ, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czy innych instytucji, bez ustaw i angażowania decydentów politycznych z najwyższych szczebli. Jeśli zaczniemy naprawiać drobne usterki, całościowy obraz również będzie lepszy. Niestety, żadnej z ostatnich propozycji reform nie mogę ocenić pozytywnie, żadna nie budzi nadziei na naprawę systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Archiwum prywatne

Nowe władze samorządu lekarskiego

Pod hasłem „Samorząd przyszłości" Łukasz Jankowski, specjalista nefrolog, dotychczasowy szef warszawskiej Izby Lekarskiej, zwyciężył w wyborach na stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Stosunkiem głosów 252 do 192 pokonał prof. Andrzeja Matyję z Krakowa. Podczas XV Krajowego Zjazdu Lekarzy wybrano także nowego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, którym został dr Zbigniew Kuzyszyn z Opola.

Łukasz Jankowski, nowy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

XV Krajowy Zjazd Lekarzy odbył się w dniach 12-14 maja w Warszawie. Zjazd miał charakter sprawozdawczo-wyborczy, delegaci z całego kraju wybierali władze samorządu lekarskiego na jego kolejną kadencję. O reelekcję ubiegał się prof. Andrzej Matyja z Krakowa, jego rywalem w wyborach prezesa NRL był tylko Łukasz Jankowski z Warszawy.

– Moim planem jest zbudowanie samorządu przyszłości – mówił w swoim wystąpieniu przed wyborami Łukasz Jankowski: – Sprawdzonym kluczem do tego, z którego korzystałem w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, jest słuchanie, angażowanie i skuteczne działanie. Klucz ten pozwolił na osiągnięcie dwóch z trzech celów, które sobie założyłem: wsparcie dla członków samorządu i wpływ na opinię publiczną. Do osiągnięcia w pełni trzeciego celu, którym jest wpływ na decydentów, w izbie okręgowej brakuje narzędzi. Stąd moja decyzja o kandydowaniu na funkcję prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

Podczas Zjazdu wybrano także nowego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, którym został dr Zbigniew Kuzyszyn z Opola, pokonując w głosowaniu doktor Annę Kot z Krakowa. Wybrano także nową Naczelną Radę Lekarską oraz członków innych wybieralnych organów samorządu lekarskiego. Krakowską Izbę Lekarską w Naczelnej Radzie reprezentować będzie lek. Agata Dynkiewicz, wiceprezes krakowskiej ORL, w Naczelnym Sądzie Lekarskim znaleźli się dr Stefan Bednarz oraz lek. dent. Michał Telega. W Naczelnej Komisji Rewizyjnej pracować będzie Jolanta Orłowska-Heitzman, która już po zjeździe została wiceprzewodniczącą tej komisji.

O tym, w jakiej atmosferze odbywał się Krajowy Zjazd Lekarzy, o kulisach wyborów nowych władz samorządu lekarskiego pisze obszernie w kolejnym tekście Marzena Ksel-Teleśnicka, wiceprezes ORL w Krakowie. Do tych wydarzeń odnoszą się również w swoich komentarzach prezes ORL Robert Stępień i doktor Jerzy Friedger.

(opr. jgh)

Zdjęcia: arch. „Gazety Lekarskiej"

Prof. Andrzej Matyja

Anna Kot

XV Krajowy Zjazd Lekarzy – komentarz

Nie mędrca szkiełko i oko...

Był dawno temu w „Polityce", przed którymś ze zjazdów wówczas jedynie słusznej partii, taki rysunek Szymona Kobylińskiego – dwaj narciarze stoją na górnej stacji wyciągu i jeden mówi do drugiego: „Zjazd zjazdem, ale co ci na dole powiedzą?".

Od XV Krajowego Zjazdu Lekarzy minęło trochę czasu, opadł bitewny pył, można się pokusić o spokojną refleksję. Jak słyszałam, ten ostatni zjazd był szczególnym doświadczeniem w historii samorządu lekarskiego. W zewnętrznej, organizacyjnej formie był ponoć identyczny jak poprzednie, odbywał się według w zasadzie stałych reguł wyborczych i pod rygorami regulaminów, natomiast w swoim wewnętrznym przebiegu był odmienny od dotychczasowych, ukształtowanych trzydziestoletnią tradycją poprzedzających go czternastu zjazdów. No, może trzynastu, bo niektóre elementy takiego sterowania zgromadzeniem, jak mówił mi jeden z rozmówców, miały już miejsce cztery lata temu, ale nie w takiej skali i precyzji zastosowanych technik.

Jeden z kolegów z Izby warszawskiej powiedział mi, że XV KZL był powtórzeniem w skali ogólnopolskiej scenariusza zrealizowanego na ostatnim zjeździe OIL w Warszawie. Oznacza to, iż metody opisane poniżej, doskonalone w Warszawie i kilku innych Izbach, mogą mieć wkrótce zastosowanie w całym kraju, co może mieć daleko idący wpływ na przyszłość lub brak przyszłości samorządu. Już je widać, choć dalsze skutki poznamy, gdy tak zmodyfikowany samorząd objawi swe oblicze w działaniu. Z czasem zapewne pojawi się też pytanie o wierność regułom demokratycznym w wyłanianiu organów przedstawicielskich i o wartość organizacji, która posługuje się tak zmanipulowanymi procedurami wyborczymi.

Warto opisać te mechanizmy, zrozumieć i przeanalizować, aby poznać organizację, w której się jest i niekiedy się jej też służy (*poznaj samego siebie – tym razem w skali organizacyjnej, a nie indywidualnej*). Zacznijmy więc od początku. W Warszawie pojawili się delegaci wybrani na okręgowych zjazdach lekarzy. Delegaci ci byli albo „młodzi", albo „starzy", ponieważ niektórzy liderzy środowiskowi i co bardziej krewcy uczestnicy zjazdów okręgowych od razu informowali, że taki jest właśnie podział gremium reprezentatywnego dla stanu lekarskiego, i że na zjeździe musi się rozegrać tzw. walka pokoleń. Cele tej walki nie są głośno wyjawiane, choć nad polem bitwy szerzy się teza, że „młodzi" muszą w końcu pokonać „starych", bo ci nie dość skutecznie zabiegają o interesy „młodych" (więc my, „młodzi", zrobimy to lepiej) albo wręcz utrudniają lub uniemożliwiają osiąganie „młodym" istotnych dla nich celów. Taka to już jest ta „starość" – tak zawistna, że posuwa się do działania na szkodę „młodych".

Gdyby ktoś pytał – „młodzi" to tacy do 37. roku życia, „starzy" to przekraczający ten wiek. I to nie jest domniemanie, lecz definicja zasłyszana w kącie sali obrad zjazdu, w formie hasła-rozkazu: „w głosowaniu wycinamy wszystkich powyżej 37. roku życia". Dziwna to młodzieżówka w wieku 36-37 lat i niemniej dziwni „starcy", czy jak to się teraz uczenie mówi „dziadersi", w wieku 37 plus. Wniosek dodatkowy – nie ma wieku średniego. Jesteś albo młody, albo stary, możesz należeć tylko do jednej z tych grup i w każdej przysługuje ci odmienna kwalifikacja środowiskowa, inne prawa i obowiązki, inne szanse niezależne od czegokolwiek poza kryterium wieku.

Szykując tę pokoleniową ofensywę, w trakcie wyborów Okręgowych Izb Lekarskich dokładano starań, aby do ciał kolegialnych i na delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy wybierano jak najwięcej „młodych". Najlepiej, aby mieli liczebną przewagę nad resztą, bo kiedy ma się większość, można (jeśli

takie jest wezwanie) ewentualnie, jak to się delikatnie ujmuje, „wyciąć" kogo się chce. Logiczne? – logiczne! Toż to czysta polityka. Ona też polega na „wycinaniu", koniecznym, gdy chętnych do udziału we władzy jest więcej niż stołków. Ten sam efekt, tj. obsadę wszystkich stanowisk, można wprawdzie osiągnąć nie „wycinając", tylko wybierając np. najlepszych lub najciekawszych, lecz to wymagałoby zastosowania innych kryteriów wyboru. Kryterium wieku jest proste, nie wymaga angażowania rozumu i sięgania po hierarchię wartości. W kampanii wyborczej powstawały więc lotne brygady, które prośbą, groźbą i obietnicą, a przede wszystkim presją psychologiczną namawiały lub wręcz przymuszały do udziału w wyborach, zarówno wybierających, jak i wybieranych. Nie od dziś wiadomo, że jedną z podstawowych potrzeb psychologicznych człowieka jest przynależność do grupy, szczególnie takiej, która uważa się za lepszą od innych. Cóż, „jesteśmy lepsi, bo jesteśmy młodzi, a oni są gorsi, bo są starzy". Lepszy jest ten, który jest „nasz" i nawet najbardziej kreatywny będzie gorszy, jeśli jest „ich".

Wiele jest przyczyn obecnej dynamiki podziału na „starych" i „młodych", na razie je przemilczę, innym razem. Pominę więc wątek walki lekarzy między sobą o pozycję na rynku usług zdrowotnych, o podział „tortu", w którym to podziale gwałtownie doszło do niebezpiecznych nierówności. Pozostanę jedynie przy stwierdzeniu, że ten podział jest kolejną próbą spożytkowania energii wytworzonej podczas protestu rezydentów. Pewien młody działacz samorządowy powiedział mi, że jest to być może ostatni moment, kiedy ten historyczny protest można jeszcze jakoś wykorzystać. W rozgrywkach z państwem już się to nie uda, to przynajmniej na polu samorządowym trzeba zebrać ostatnie frukta. Inny działacz powiedział: „Teraz jesteśmy młodzi, za chwilę będziemy starzy, lecz zanim przyjdą następni młodzi, może, jak w przypadku obecnych starych, pęknie nam w samorządzie trzydzieści lat, więc jest o co zawalczyć".

Uczestnicy zjazdów okręgowych, ale też i krajowego, to już dość ograniczona, stosunkowo niewielka grupa lekarzy, a więc łatwa do sterowania lub wręcz do manipulacji, a pokusa to silna. I tu wkracza to „nowe", czyli nowe środki komunikacji – *social media*. Tzw. młodzi posługują się nimi z łatwością, bo jeśli wierzą, że biorą udział w walce o słuszną sprawę, widząc, że zastosowanie tych kanałów informacji daje przewagę w walce wyzwoleńczej młodości nad obmierzłą starością, szybko podporządkowują się jednemu ośrodkowi informacyjno-decyzyjnemu, odrzucając wysiłek indywidualnej oceny. I dlatego, co nazwałam „ośrodkiem decyzyjnym", to też budzi pokusę wykorzystania owego mechanizmu do swoich celów. Jakich? Mogą być tylko dwa – naprawa starego świata i pchnięcie go na tory rozwoju i postępu, ku jutrzence przyszłości, lub po prostu zdobycie władzy i korzyści z nią związanych. Pomimo alternatywy, zwykle mamy do czynienia z wyborem tej drugiej, gorszej opcji. To takie powtórzenie w mikroskali mechanizmu powstawania dyktatur. Wódz, a za wodzem wierni, przeciwko strupieszałemu światu. Redukcja analizy sytuacji, uwzględniającej wszystkie uwarunkowania, do określenia jednej przyczyny sprawczej i jednej propozycji rozwiązania. Myślenie to ciężka praca i to taka, która niekoniecznie przynosi nam bezpośrednią i wymierną korzyść. Dlatego może lepiej jej unikać? W praktyce metodologia przejmowania władzy polega na ustalaniu przez „dyrygenta" walki o wolność jednej listy kandydatów do obsady stanowisk funkcyjnych i ciał kolegialnych. Tyle nazwisk, ile miejsc – 100 proc. na 100 proc. Żadnego luzu, żadnej możliwości indywidualnego wyboru, dobrowolna rezygnacja z demokracji. I coś jeszcze – zgoda na banał w mechanizmach podejmowania decyzji. Następnie „swoi" dostają na telefony komórkowe jedną listę do przepisania na kartę wyborczą i dobrowolnie rezygnują z wolności i niezależności głosowania. Wybór już został dokonany. Pod zewnętrzną formą demokracji i walki o cel wspólny dyktatura realizuje swoje ukryte cele. Znacznie to ułatwił postęp technologiczny, szybki SMS czy tweet w grupie to jest to nowe, co nieuchronnie modyfikuje nasze życie. Dla takiej organizacji jak korporacja lekarska to bardzo groźne zjawisko. Walka na koncepcje, programy jest istotą zbiorowego (w naszym przypadku korporacyjnego) działania. W zamian mamy nałożenie schematów z polityki wziętych. I to musi osłabiać naszą organizację. Samorząd jest reprezentacją społeczności wykonującej zawód w istocie swojej indywidualny, naznaczony głębokimi osobistymi decyzjami, jakimiś tam „górnolotnymi ozdobnikami", takim jak powołanie, poświęcenie, służba, które i dla młodych ludzi niekiedy mają znaczenie (choć bym ich nie przeceniała). Do tego dochodzą jeszcze takie przesłanki, jak obowiązek ustawicznej nauki, rozwoju i dojrzewanie osobowości lekarskiej, zweryfikowane doświadczeniem życiowym i zawodowym. Wykorzystanie w takim środowisku do walki wyborczej populizmu i poszukiwanie poklasku przy pomocy prostego, by nie powiedzieć prostackiego przekazu, wykorzystywanie zachowań stadnych zamiast poszukiwania indywidualności i jednostek kreatywnych musi osłabiać naszą samorządność i nasze środowiskowe wartości.

Sytuacja jest zła. Samorząd jest pęknięty, jest strukturalnie uszkodzony. Do tego, co wydarzyło się na 15. KZL, doszła jeszcze seria różnych zdarzeń, które miały miejsce na

poprzedzających go zjazdach okręgowych. Styl wymiany prezesów i członków organów Izb też często budził, jak słyszałam, duże zastrzeżenia. To oczywiście nie musi jeszcze niczego oznaczać. Nowe władze izbowe mogą okrzepnąć, poczuć ciężar odpowiedzialności, przypomnieć sobie wszystkie ideały założycieli samorządu, uruchomić cały nieużywany dotąd pryncypializm i nadrobić wszystkie zaległości zawinione przez „starych". Wtedy być może linia podziału się zabliźni.

Jednak istotą tego procesu będzie po części odzyskanie, a po części zbudowanie autorytetu tej organizacji. Kluczem do wyśnionej skuteczności samorządu jest siła autorytetu i jakość refleksji systemowej, a nie autorytet siły. Dowodem na to są powtarzane co jakiś czas akcje protestacyjne lekarzy czy środowisk medycznych, które nie przynoszą żadnych rezultatów, poza obniżaniem autorytetu naszej organizacji. Sposób wymiany reprezentantów naszego lekarskiego środowiska na przełomie VIII i IX kadencji też nam autorytetu nie podnosi.

Samorząd musi sobie poradzić w tej kadencji z wieloma bardzo poważnymi problemami, głównie kryzysem frekwencyjnym i kryzysem przywiązania swoich członków do własnej reprezentacji. Najlepiej, gdyby poradził sobie autorytetem, ale może też autorytaryzmem. Może zostaną opracowane nowe, autorytarne formy organizacji wyborów i będzie jak za PRL, której „młodzi" nie znali, kiedy głosowało 95 proc. obywateli, z których 89,9 proc. popierało „jedynie słuszną linię". Wówczas samorząd będzie się prolongował jako struktura nie do zdarcia, ale ciesząca się pozorami akceptacji, jak to się wówczas mówiło, przez szerokie masy. Czy to było rzeczywistym celem kampanii wyborczej pod szyldem #SAMORZĄD PRZYSZŁOŚCI?

Cóż, poczekajmy na rozwój wypadków. To, że obecnie mamy sytuację kiepską, nie oznacza, że zawsze tak będzie.

Marzena Ksel-Teleśnicka
wiceprezes ORL w Krakowie

Z obrad ORL

Ile jest warta praca lekarza

Podwyżki czy upokorzenie?

Kolejne projekty ustaw, rozporządzeń, kolejne niby-reformy i nieustanna deprecjacja zawodu lekarza przez ustalanie zarobków medyków na poziomie nieprzystającym do ich wykształcenia, poświęcenia, odpowiedzialności i znaczenia dla całego społeczeństwa, obawy o dobrą współpracę między regionalnymi a centralną reprezentacjami samorządu, czyli Naczelną i Okręgowymi Radami, obawy o przyszłość środowiska – to tematy, wokół których toczą się ostatnio debaty na forum Okręgowej Rady Lekarskiej i jej Prezydium. Oczywiście, na bieżąco rozwiązywane są jednak wszystkie problemy, które pozostają w bezpośrednich kompetencjach Okręgowej Izby Lekarskiej, jak choćby pomoc socjalna dla lekarzy czy kształcenie ustawiczne.

22 czerwca, podczas obrad Okręgowej Rady Lekarskiej jednym z szerzej dyskutowanych punktów była ustawa o minimalnych wynagrodzeniach w podmiotach leczniczych. Prezes Robert Stępień odczytał m.in. przyjęty wcześniej przez Prezydium krakowskiej ORL i już rozesłany apel do posłów RP w sprawie zmiany rządowego projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W tym dniu bowiem Sejm zajmował się senackimi poprawkami do projektu tej ustawy. W apelu podkreślono:

„Rzeczony projekt ustala współczynnik płacy dla lekarzy specjalistów na poziomie 1,45, a dla lekarzy bez specjalizacji na poziomie 1,19, lekarza stażysty 0,95 średniego miesięcznego wynagrodzenia. Tym samym projekt zakłada, że od 1 lipca 2022 r. minimalne wynagrodzenie lekarza specjalisty zatrudnionego w podmiocie leczniczym to 8210,67 zł, zaś dla lekarza bez specjalizacji 6738,41 zł, a stażysty 5379,40 zł.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie podkreśla, że postulowany od wielu lat przez samorząd lekarski

poziom minimalnego wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów ze specjalizacją to trzykrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, tymczasem projekt przewiduje dla tych osób współczynnik o ponad połowę niższy. (...)"

Przypomniano także, że w sąsiednich Czechach i Słowacji pensja lekarza specjalisty ustalona została na poziomie 2,4 średniej krajowej, na Węgrzech – 2,5, a w Niemczech – 3,5. *„Dodać należy również, że projektowany dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów współczynnik (1,45) jest niższy od wynikającego z odniesienia ustalonej, na mocy porozumienia zawartego w 2018 r. przez ministra zdrowia z Porozumieniem Rezydentów, kwoty minimalnego wynagrodzenia tych osób w 2018 r. do wysokości ówczesnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. W ocenie Prezydium ORL, rządowy projekt ustawy określa współczynniki pracy w sposób całkowicie oderwany od aktualnej sytuacji makroekonomicznej w Polsce i dalszych negatywnych prognoz inflacyjnych"*.

Dlatego też:

„Prezydium ORL w Krakowie odbiera rządowe propozycje jako niesprawiedliwe, wręcz upokarzające i oczekuje ustawowego określenia szybkiej ścieżki dojścia do postulowanych poziomów minimalnego wynagradzania lekarzy i lekarzy dentystów w wysokości 3-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów oraz 2,5-krotności dla lekarzy i lekarzy dentystów w trakcie specjalizacji, przy czym obecnie wynagrodzenie lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów nie powinno odbiegać od standardów europejskich i być nie niższe niż 2-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia".

Jak można było przewidzieć, apel jeszcze w tym samym dniu okazał się nieskuteczny, bo Sejmowa Komisja Zdrowia odrzuciła wszystkie korzystne dla medyków poprawki Senatu. Nic nowego. Nowym natomiast jest brak przepływu informacji między Naczelną a Okręgowymi Izbami. Co prawda opiniowanie projektów zmian w przepisach polskiego prawa nie należy do kompetencji każdej z Izb, w ich imieniu występuje NRL, jednak wcześniej przyjętą praktyką było bieżące uzgadnianie stanowiska, konsultowanie opinii nawet na forum wszystkich delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Niestety, od ostatniego KZL Naczelna Rada nie przesyła, przynajmniej do Krakowa, praktycznie żadnych tego typu dokumentów. Toteż władze krakowskiej Izby postanowiły same radzić sobie w tym zakresie i działać na tyle, na ile to możliwe, czego przykładem choćby powyżej przytoczony apel. Dodatkowo proces legislacji śledzą prawnicy z Zespołu Radców Prawnych OIL, na bieżąco informując członków Rady i Prezydium o planowanych zmianach. 22 czerwca mec. Tomasz Huber zwrócił uwagę nie tylko na wysokość proponowanego wynagrodzenia, ale też na pułapki, jakie kryją się w ustawie, choćby możliwość dowolnej interpretacji przez pracodawcę określenia „wymagana specjalizacja" – to, że ktoś jest lekarzem specjalistą w jakiejś dziedzinie, nie musi oznaczać, że dostanie pensję specjalisty, jeśli pracodawca uzna, że dla niego to nie jest ta „wymagana". To tylko jeden przykład, w każdym akcie prawnym można znaleźć wiele podobnych niedociągnięć?, manipulacji?...

Dyskusja o tym i innych propozycjach rządu była burzliwa, jednak nie zabrakło czasu na podjęcie merytorycznych decyzji. M.in. decyzją Rady w najbliższym roku szkolnym Izba będzie mogła przyznać 25 dopłat do kształcenia studentów – dzieci lekarzy – w kwocie 700 zł miesięcznie (dopłaty nie tylko dla studentów medycyny, ale też innych kierunków) oraz 10 dopłat do kształcenia uczniów szkół ponadpodstawowych, w kwocie 500 zł miesięcznie.

Izba postanowiła także przyznać specjalne stypendium dla dwóch synów ukraińskich lekarzy, którzy obecnie ratują życie żołnierzy walczących z Rosją. Ich nastoletni synowie przyjechali do Polski sami, opiekuna prawnego ustanowił dla nich polski sąd. Stypendium będą otrzymywać do końca roku, o ile nie wrócą wcześniej do rodziny i swojego kraju. W sumie krakowska Izba w różny sposób, z pomocą prywatnych osób i firm wsparła 11 ukraińskich rodzin lekarskich, z których pięć nadal pozostaje w Krakowie.

Okręgowa Rada Lekarska przyjęła także nowy regulamin działania Rzecznika Praw Lekarza, którym w obecnej kadencji jest Łukasz Litwa. Rozmowę z nowym Rzecznikiem o zasadach jego pracy zamieszczamy także w tym numerze „GGL".

Podjęto również uchwałę o powołaniu nowego redaktora naczelnego naszej gazety, którym został, wracając na to stanowisko po kilkuletniej przerwie, dr Jerzy Friediger. Dotychczasowy nasz Szef – doktor Janusz Legutko, w związku z pracą w Komisji Rewizyjnej nie mógł nadal pełnić tej funkcji. Redaktorem naczelnym „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej Lekarza Dentysty" pozostaje Dariusz Kościelniak. Powołano także kolegia redakcyjne obu gazet w obecnej kadencji.

Jolanta Grzelak-Hodor

Pomóż nam pomagać innym

Kiedy przed 11 laty zakładałem Fundację Lekarze Lekarzom, nie przypuszczałem, że zasięg jej działania przekroczy polskie granice. W 2010 roku pomoc była potrzebna powodzianom, którym żywioł zabrał wtedy wszystko. Chęć wsparcia, próby organizowania zbiórek społecznych i problemy fiskalne z tym związane wręcz zmusiły do działania. Byłem wtedy sekretarzem Naczelnej Rady Lekarskiej i najprostszą drogą do celu okazało się zarejestrowanie fundacji, z fundatorem w postaci NRL. Zostałem powołany na stanowisko prezesa Zarządu Fundacji, w którym jako członkowie znaleźli się także Paweł Wróblewski (Wrocław) oraz Leszek Dudziński (Olsztyn). Po opracowaniu statutu i załatwieniu niezbędnych formalności rejestracyjnych ruszyliśmy do pracy, dostając od Naczelnej Rady tysiąc złotych na „rozruch". Jak zawsze, początki były trudne.

Zgodnie z nazwą, darczyńcami byli (i są) lekarze. Pamiętam, że pierwszą zapomogę przyznaliśmy mając na koncie zaledwie 20 tys. zł. Po trzech latach działania uzyskaliśmy status organizacji pożytku publicznego, dzięki czemu mogliśmy przyjmować 1% odpisów podatkowych, co znacznie zasiliło konto i sprawiło, że nasze działania stały się spokojniejsze.

Myślę, że Fundacja wpłynęła też na wzrost świadomości, jak wielkim wysiłkiem jest pomaganie innym. Dzięki moim staraniom Naczelna Rada Lekarska ustanowiła nowe odznaczenie izbowe – Medal im. dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni". To odznaczenie nie za pracę samorządową, a za bezinteresowne niesienie pomocy ludziom w potrzebie, za filantropię, empatię. Medal wręczany jest od 2017 roku i jestem obecnie kanclerzem jego Kapituły.

Fundacja Lekarze Lekarzom istotnie wpisała się w obecną rzeczywistość. Zaskoczył nas rok 2020, 4 marca – pierwszy polski pacjent z covid i następne dni z rozwojem pandemii, które dobitnie pokazały nasz brak przygotowania do takiego kryzysu, choćby w tak podstawowym zakresie, jak odpowiednie zabezpieczenie środków ochrony osobistej. Dzięki istnieniu Fundacji 20-milionowy dar pani Dominiki Kulczyk trafił właśnie na nasze konto. To za te pieniądze Fundacja sprowadziła z Chin rzeczy wówczas najpotrzebniejsze medykom i przekazała je 24 Okręgowym Izbom Lekarskim, które z kolei rozprowadziły je wśród polskich lekarzy. Dzięki współpracy Fundacji z „ludźmi dobrej woli" udało nam się rozwieźć środki ochrony osobistej po całej Polsce. To niewątpliwie zasługa firmy Raben Polska, która nieodpłatnie użyczyła nam swój transport. To też pomoc Lions Club Poznań i Targów Poznańskich, które załatwiały formalności celne i udostępniły magazyny. W walce z pandemią COVID-19 pomogła nam znacząco również firma Allegro, ofiarując datki na zakup środków ochrony osobistej – wspólnie zakupiliśmy też 16 wysokiej klasy lamp bakteriobójczych do odkażania pomieszczeń szpitalnych. Z kolei firma Nestle Polska ofiarowała szpitalom covidowym środki spożywcze własnej produkcji. Dzięki pomocy wspomnianej już firmy Raben także te wyroby znalazły się w szpitalach w całej Polsce. I był to również okres potężnej pracy logistycznej, wykonanej przez Fundację przy opracowaniu planu dostaw do szpitali.

W podziękowaniu za pomoc dla Fundacji, podczas obrad XV Krajowego Zjazdu Lekarzy Kapituła przyznała medale Hominem Inveni właśnie Kulczyk Foundation, Allegro i Nestle. Natomiast Firma Raben Polska otrzymała statuetkę Hipokratesa.

Działania Fundacji wzmagają się w chwilach zagrożeń i kataklizmów, ale nikt nie przypuszczał, że teraz przyjdzie

się nam zmierzyć z wojną, i to taką, jaką znamy jedynie z filmów o II wojnie światowej. Nikt się nie spodziewał, że w XXI wieku, w czasach poszanowania życia ludzkiego, będziemy oglądać obrazy ludobójstwa i eksterminacji. Już w lutym 2022 roku Fundacja Lekarze Lekarzom rozpoczęła akcję pomocy dla Ukrainy. Zaczęło się od zakupu środków medycznych dla zaopatrzenia szpitali działających w stanie wojny. Pomimo trudności na rynku polskim, dla szpitali we Lwowie kupiono towary o wartości 1,5 mln zł. Dzięki pozyskaniu powierzchni magazynowej w Przemyślu (tu podziękowania dla Marka Zasadnego, pełnomocnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Przemyślu), przekazywanie zakupionych przez Fundację środków do Ukrainy stało się szybsze i w ogóle możliwe, a ten „punkt przerzutowy" nadal doskonale funkcjonuje. Korzystamy z niego również w ramach współpracy z samorządem lekarskim z Hiszpanii, który dla Ukrainy przekazał nam już cztery tiry sprzętu medycznego. A propos sprzętu medycznego – nasza Fundacja kupiła od Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, po preferencyjnych cenach, stoły operacyjne, kardiomonitory, ramię C, kolumny anestezjologiczne itp. sprzęt, który także został przekazany do Lwowa. Warto również wspomnieć o zakupie już ośmiu karetek. Jest to dar dla szpitali, ale jadące do Ukrainy karetki przy okazji wykorzystujemy do przewozu materiałów medycznych – żadna z nich nie wyjechała z Polski pusta. Wsparliśmy również grupę młodych lekarzy organizujących przewozy chorych dzieci z Ukrainy do Polski i innych państw UE. Dla ich potrzeb zakupiliśmy pediatryczny respirator transportowy.

Fundacja Lekarze Lekarzom przekazała do ukraińskiej Winnicy sprzęt medyczny oraz przedmioty stanowiące wyposażenie szpitala, podarowane Ukraińcom przez lekarzy z Hiszpanii.

Pomimo tylu nieszczęść ostatnich lat, Fundacja stale realizuje swoje podstawowe zadania statutowe, czyli pomoc dla polskich lekarzy znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Do chwili obecnej przyznaliśmy już kilkaset bezzwrotnych zapomóg. Dla osób w potrzebie organizujemy też zbiórki celowane. Pomagamy nie tylko finansowo, ale również organizacyjnie.

Pragnę podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do tego, by Fundacja mogła pomagać innym. Dziękuję tym, którzy przekazywali, przekazują bądź będą przekazywać środki zasilające konto Fundacji i wszystkim, którzy wspierali Fundację w inny sposób. Bez Nich nasza działalność byłaby uboga.

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

Mariusz Janikowski

*Zachęcam też do odwiedzenia naszej strony **fll.org.pl**, gdzie znajdziecie Państwo informacje o Fundacji i relacje z ostatnich wydarzeń, szczególnie tych z Ukrainy.*

Ospa małpia – rozpoznanie, objawy, postępowanie

(skrót)

Piotr Meryk, Karolina Łukasz, Emilia Zegan
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie
Opracowano na podstawie informacji i zaleceń WHO, ECDC oraz GIS na dzień 14.06.2022

Ospa małpia jest wirusową chorobą odzwierzęcą, z objawami podobnymi do tych, jakie występowały w przeszłości u pacjentów z ospą prawdziwą, chociaż klinicznie jej przebieg jest łagodniejszy. Ospa małpia występuje głównie w środkowej i zachodniej Afryce. (...)

(...) Nazwa *monkeypox* pochodzi od odkrycia wirusa u małp w duńskim laboratorium, w 1958 r. Pierwszy przypadek u człowieka zidentyfikowano w 1970 r. u dziecka w Demokratycznej Republice Konga. 7 maja 2022 r. Wielka Brytania zgłosiła pierwszy w Europie, zawleczony przypadek ospy małpiej u osoby podróżującej z Nigerii. Do 14 czerwca w Europie zanotowano łącznie ponad 1158 potwierdzonych przypadków w 22 krajach (w tym 1 przypadek w Polsce) oraz 724 przypadki w nieendemicznych krajach europejskich poza UE/EOG, a także w obu Amerykach, Australii i Azji.

Okres inkubacji małpiej ospy wynosi zwykle od 6 do 13 dni, ale może wynosić od 5 do 21 dni. Transmisja z człowieka na człowieka może wynikać z bliskiego kontaktu z wydzielinami dróg oddechowych, zmian skórnych osoby zakażonej lub niedawno skażonych przedmiotów. Przenoszenie drogą kropelkową zwykle wymaga przedłużonego kontaktu twarzą w twarz, co pracowników ochrony zdrowia i inne osoby mające bliski kontakt z aktywnymi przypadkami naraża na większe ryzyko. Przeniesienie może również nastąpić przez łożysko z matki na płód (co może prowadzić do wrodzonej ospy małpiej) lub podczas bliskiego kontaktu w trakcie i po porodzie. Także spożywanie nieodpowiednio ugotowanego mięsa i innych produktów z zakażonych zwierząt jest możliwym czynnikiem ryzyka.

Infekcję można podzielić na:

1. Okres prodromów (trwający do 5 dni), charakteryzujący się gorączką, intensywnym bólem głowy, powiększeniem węzłów chłonnych, bólem pleców, bólami mięśni i nasiloną astenią. Limfadenopatia jest cechą charakterystyczną małpiej ospy, w porównaniu z innymi chorobami, które początkowo mogą wyglądać podobnie (ospa wietrzna, odra, ospa prawdziwa).
2. Okres wykwitów skórnych zwykle rozpoczyna się w ciągu 1-3 dni od pojawienia się gorączki. Wysypka jest bardziej skoncentrowana na twarzy i kończynach niż na tułowiu. Występuje na twarzy (w 95% przypadków) oraz dłoniach i podeszwach stóp (w 75% przypadków). Zajęte są również błony śluzowe jamy ustnej (w 70% przypadków), narządy płciowe (30%), spojówki (20%) oraz rogówka. Wysypka rozwija się kolejno od plamek do grudek, pęcherzyków, krost oraz strupów, które wysychają i odpadają. W ciężkich przypadkach zmiany mogą się zlewać, aż do złuszczania się dużych fragmentów skóry.

Ospa małpia jest zwykle samoograniczającą się chorobą, z objawami trwającymi od 2 do 4 tygodni. Przebieg może być ciężki u dzieci, kobiet w ciąży lub osób w trakcie immunosupresji. Powikłania mogą obejmować wtórne infekcje, odoskrzelowe zapalenie płuc, posocznicę, zapalenie mózgu i zapalenie rogówki z następującą utratą wzroku. Stopień, w jakim może wystąpić bezobjawowa infekcja, jest nieznany.

Diagnostyka różnicowa obejmuje inne choroby wysypkowe, takie jak ospa wietrzna, odra, bakteryjne infekcje skóry, świerzb, kiła i alergie związane z lekami. Limfadenopatia podczas prodromalnego stadium choroby może być kliniczną cechą odróżniającą ospę małpią od ospy wietrznej.

Leczenie jest objawowe, wtórne infekcje bakteryjne należy leczyć zgodnie ze wskazaniami. Lek przeciwwirusowy tecovirimat, który został opracowany na ospę prawdziwą, został zarejestrowany przez Europejską Agencję Leków (EMA) dla ospy małpiej w 2022 r., nie jest jeszcze powszechnie dostępny.

Natomiast w kilku badaniach wykazano, że szczepienie przeciwko ospie prawdziwej jest skuteczne w zapobieganiu ospie małpiej w około 85%. Nowsza szczepionka, oparta na

zmodyfikowanym atenuowanym wirusie krowianki (szczep Ankara), została zatwierdzona do zapobiegania ospie małpiej w 2019 r., ale jej dostępność pozostaje ograniczona.

WHO opracowała definicje przypadków dla obecnej epidemii ospy małp w krajach nieendemicznych ustalając precyzyjny katalog objawów.

(...) W Polsce przypadki podejrzenia zachorowania na ospę małpią podlegają niezwłocznemu zgłoszeniu przez lekarza do powiatowego inspektora sanitarnego na numer telefonu alarmowego. Następnie zgłoszenie należy przesłać na formularzu ZLK-1. Zgodnie z rozporządzeniem z 27 maja 2022 r., osoby podejrzane o zachorowanie i chore na ospę małpią podlegają obowiązkowej hospitalizacji. (...) Obowiązkowa kwarantanna lub nadzór epidemiologiczny dotyczy też wszystkich, którzy mieli z chorymi bliski kontakt.

Prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia na pracowników ochrony zdrowia ocenia się jako bardzo niskie, jeśli w opiece nad pacjentem stosuje się środki ochrony indywidualnej, o standardzie nie mniejszym niż: jednorazowy nieprzemakalny długi fartuch z długimi rękawami, jednorazowe rękawiczki ochronne, jednorazowe ochraniacze na buty, maseczka filtrująca klasy FFP2, gogle lub przyłbica. Należy poinstruować również pacjenta, aby nosił maskę medyczną, gdy ma bliski kontakt z personelem medycznym lub innymi pacjentami. Dodatkowo do zakrycia zmian chorobowych można użyć bandaża, prześcieradła lub fartucha. (...)

Szczepienia po ekspozycji mogą być brane pod uwagę w przypadku kontaktów o wyższym ryzyku (pracownicy ochrony zdrowia, w tym personel laboratoryjny). (...)

Pełną treść artykułu publikuje „Gazeta Lekarska".

Od redakcji: Doktor Piotr Meryk jest przewodniczącym nowo powołanego Zespołu ds. Epidemiologii Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie

Rozbudowa Centrum Zdrowia Psychicznego w Myślenicach

2 czerwca otwarto nowe skrzydło Centrum Zdrowia Psychicznego Małopolska Południe w Myślenicach, będące częścią Szpitala Klinicznego im. dr. Babińskiego w Krakowie. W ramach inwestycji zmodernizowano 220 m kw. powierzchni. Centrum zyskało nowoczesną rejestrację wraz z sekretariatem, dwa gabinety na potrzeby punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego oraz pięć gabinetów psychologiczno-psychoterapeutycznych. Rozbudowa podyktowana była ciągle zwiększającą się liczbą osób potrzebujących pomocy w problemach zdrowia psychicznego.

Centrum w Myślenicach, powstałe na bazie działających tu od 2017 r. Poradni Zdrowia Psychicznego i Dziennego Oddziału Psychiatrycznego, od 2020 r. realizuje program pilotażowy, którego celem jest wprowadzenie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Program ten znacząco poprawił dostępność świadczeń i skrócił czas oczekiwania na pomoc – pierwsza konsultacja następuje nawet już po 72 godzinach od zgłoszenia. Można go dokonać osobiście lub za pośrednictwem bliskich osób, w dwóch punktach zgłoszeniowo-koordynacyjnych (w Myślenicach i Skawinie),

otwartych w dni robocze od godz. 8.00 do 18.00. Poza normalnymi godzinami pracy zapewnione są całodobowe dyżury telefoniczne, pełnione przez lekarza. By skorzystać z pomocy Centrum, nie jest potrzebne ani skierowanie, ani wcześniejsza rejestracja.

Obecnie CZP Małopolska-Południe zatrudnia 20 lekarzy oraz 11 lekarzy rezydentów, a także 39 psychologów i 7 terapeutów oraz tzw. asystentów zdrowienia – osoby, które same doświadczyły kryzysu psychicznego i po odpowiednim przygotowaniu wspierają chorych w ich drodze do zdrowia.

Źródło: Szpital im. dr. Babińskiego

Co może zrobić pediatra, a kiedy potrzebny jest specjalista

Moczenie u dzieci

Trochę bagatelizowany, najczęściej przeczekiwany, bywa, że zamiatany pod dywan, problem nietrzymania moczu i moczenia dotyczy jednak niemal 10 proc. dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Jeśli więc bardzo pobieżnie oszacujemy, że w Małopolsce żyje około 200 tys. dzieci w wieku 5-9 lat, to oznacza, że z problemem tym boryka się aż 20 tys. z nich. Zdecydowanej większości można pomóc już na poziomie gabinetu pediatrycznego i to nawet bez farmakoterapii.

Moczenia u dzieci nie powinno się pozostawiać bez diagnostyki, z nadzieją, że „z wiekiem przejdzie". Po pierwsze, może to być symptomem poważnych, nierozpoznanych wad czy chorób, po drugie, ta dolegliwość jest dla dziecka źródłem cierpienia psychicznego, powodem niskiej samooceny, trudności w kontaktach z rówieśnikami, przyczyną późniejszych zaburzeń depresyjnych. Dzieci z tym problemem wycofują się z wielu aktywności – boją się np. pojechać na wycieczkę szkolną czy obóz albo zostać na noc u znajomych. Uznaje się, że dziecko powinno uzyskać pełną kontrolę nad oddawaniem moczu w dzień do 4. roku życia, a w nocy – powyżej 5 lat.

– Większość pacjentów nie wymaga ani skomplikowanej diagnostyki, ani leczenia specjalistycznego. Swobodnie można podejmować terapię w gabinecie POZ – przekonywał prof. Rafał Chrzan z Kliniki Urologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie podczas tegorocznej prestiżowej krakowskiej konferencji Kontrowersje w Pediatrii. Od czego zacząć? Jak zawsze, od dokładnego wywiadu. – Trzeba dowiedzieć się, czy moczenie dotyczy tylko nocy, czy również dnia. Czy dziecko moczyło się od zawsze, czy też był okres, kiedy uzyskało całkowitą kontrolę nad pęcherzem, a później zaczęło się moczyć. Należy też przeprowadzić szczegółowy wywiad rodzinny oraz okołoporodowy, a także zapytać o współistniejące alergie oraz… zaparcia – wyjaśniała dr hab. Monika Miklaszewska z Kliniki Nefrologii USD.

Istotne jest dokładne badanie fizykalne, ponieważ zdarza się, że w ten sposób odkryjemy dotychczas niezauważone wady narządów moczowo-płciowych. Należy również przeprowadzić ogólną ocenę okolicy krzyżowo-ogonowej oraz zbadać podstawowe odruchy oraz czucie tej okolicy. Przydatna też może być ogólna ocena chodu u dziecka. Kolejnym prostym, choć istotnym etapem, jest zlecenie ogólnego badania moczu.

– Chciałabym zwrócić uwagę na sprawę wydawałoby się oczywistą, ale niezwykle ważną. Należy szczegółowo poinstruować rodziców, w jaki sposób mają pobrać mocz do badania, ponieważ odkryłam, że wielu z nich tego po prostu nie wie i robi to nieprawidłowo. A ma to ogromny wpływ na wynik badania – zaznaczyła prof. Miklaszewska.

Jak podkreślają specjaliści, bardzo ważnym elementem diagnostyki jest dzienniczek mikcji. Wzory takiego formularza są ogólnie dostępne i zwykle obejmują takie dane, jak m.in. liczbę i godziny mikcji w ciągu doby, przeciętną i maksymalną pojemność mikcji, ocenę diurezy dziennej do nocnej, objętość, częstość i pory przyjmowania płynów. – To kopalnia informacji dla lekarza pediatry, a w przypadku konieczności wizyty u specjalisty rzecz niezbędna – podkreślił prof. Chrzan. – Prawdę mówiąc, jeżeli pacjent trafia do mnie bez dzienniczka, to jedyne, co mogę zrobić, to zlecić jego prowadzenie i umówić kolejną wizytę.

Przydatnym, prostym i bezbolesnym badaniem jest też uroflowmetria – warto zlecić jej wykonanie, choć w warunkach polskich bywa problem z jej dostępnością. Należy też wykonać badanie USG pęcherza i dróg moczowych. Zebrane podczas tych działań informacje powinny pozwolić na postawienie diagnozy i podjęcie decyzji o ewentualnym rozpoczęciu terapii bądź przekierowaniu pacjenta do gabinetu specjalistycznego.

Jakie są objawy alarmowe, czyli kiedy powinniśmy wnikliwie rozważyć skierowanie pacjenta do specjalisty? Na pewno sygnałem poważnego schorzenia nerek może być

Dr hab. Monika Miklaszewska z Kliniki Nefrologii USD.

zwiększona lub zmniejszona częstotliwość mikcji, czyli odwiedzanie toalety więcej niż 8 razy i mniej niż 3 razy w ciągu doby. Warto też przyjrzeć się nietrzymaniu moczu w dzień i moczeniu bielizny, a także kropelkowemu wyciekowi moczu już po mikcji. Zaalarmować także powinny specyficzne zachowania dziecka, które mają na celu powstrzymanie chęci mikcji, np. kucanie, krzyżowanie nóg, uciskanie krocza, przebieranie nogami itp. Niepokojące są również trudności w rozpoczęciu mikcji, używanie tłoczni brzusznej do oddania moczu, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza oraz słaby, przerywany strumień moczu. Zawsze też sygnałem alarmowym są dolegliwości bólowe ze strony układu moczowego.

Jak leczyć małych pacjentów na poziomie gabinetu pediatrycznego? Zgodna odpowiedź brzmi: uroterapia. – Jest to zawsze podstawa leczenia, niezależnie od tego, czy zostanie wdrożona farmakoterapia, czy nie – podkreślała Monika Miklaszewska. – Wykazuje ona skuteczność w 15-20 proc. przypadków – czyli aż tak duża grupa pacjentów nie będzie wymagała leczenia farmakologicznego ani żadnego innego. Nawet jeśli wdrażamy farmakoterapię, uroterapia nadal jest podstawą i pozostaje niezastąpiona. Bardzo pomaga ona również w monitorowaniu leczenia, co jest ważne, bo widać postępy, a one z kolei mają ogromny wpływ na psychikę dziecka oraz sytuację całej rodziny.

Uroterapia powinna być prowadzona przez przeszkolonego lekarza lub pielęgniarkę. Składa się ona przede wszystkim ze szczegółowej analizy samego problemu oraz analizy trybu życia pacjenta – do tego niezbędny jest właśnie dzienniczek mikcji. Zarówno rodzice, inni opiekunowie (dziadkowie) oraz sam pacjent muszą otrzymać w przystępny dla nich sposób rzetelną wiedzę na temat funkcjonowania układu moczowego i czynników na niego wpływających. Wprowadza się reżim płynowy, który oczywiście nie polega na ograniczeniu całkowitej podaży płynów, lecz na regulacji pór ich dostarczania (np. ograniczenie spożywania płynów przed snem). Ostatnim elementem uroterapii jest higiena mikcji, czyli m.in. pilnowanie regularnych wizyt w toalecie (tu przydaje się np. zegarek z wibracją), dbanie o właściwą pozycję ciała podczas mikcji i – co nie dla wszystkich jest oczywiste, stworzenie dziecku komfortu w toalecie np. poprzez dostosowane jej do rozmiarów dziecka (chociażby nakładka na sedes).

Jeżeli zapadnie decyzja o konieczności farmakoterapii desmopresyną czy oksybutyniną, to również z powodzeniem może ona być prowadzona w gabinecie lekarza pediatry. Zdecydowanie jednak równolegle powinna być kontynuowana uroterapia.

Moczenie u dzieci ma też aspekt psychiczny, choć to nie psychika jest w większości przypadków przyczyną problemu. Bywają jednak wyjątki, gdzie to właśnie na te kwestie należy zwrócić największą uwagę. Do gabinetów trafiają dzieci, które się moczą, ponieważ po prostu... nie chcą chodzić do toalety. Są bardzo zaangażowane w swoje zajęcia i „robienie siusiu" uważają za stratę czasu, szczególnie wtedy, gdy wyjście do ubikacji wymaga bardziej zaawansowanych czynności, jak np. wejście czy zejście po schodach albo zdjęcie ubrania ze skomplikowanym zapięciem. W takich przypadkach uroterapia przynosi błyskawiczne i wręcz spektakularne efekty.

Dużo poważniejszym problemem są pacjenci z mikcją dysfunkcyjną. W tych przypadkach podłożem choroby są czynniki psychogenne – dzieci poddane psychicznemu napięciu i przewlekłemu stresowi dążą do zatrzymania mikcji, co prowadzi nawet do tak tragicznych konsekwencji jak uszkodzenie nerek. Tak reagują dzieci w rodzinach dysfunkcyjnych, mające apodyktycznych rodziców, ofiary przemocy w rodzinie czy molestowania seksualnego. Takie obciążenia można odkryć, cierpliwie przeprowadzając bardzo szczegółowy wywiad.

Joanna Sieradzka
Fot. Jerzy Sawicz

Rezydenci nie chcą do powiatu

Lekarz do łatania dziur

„Przygotowujemy taki projekt, żeby rezydentury mogły się odbywać w szpitalach powiatowych" – takie słowa ministra zdrowia Adama Niedzielskiego usłyszeliśmy w czwartek, 9 czerwca, na antenie Polsat News. Jest to kolejna próba wprowadzenia rewolucji w programach rezydentur.

Wejście tego projektu oznaczałoby, że rezydenci, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne w wyniku postępowania kwalifikacyjnego wiosną 2023 r., będą musieli przynajmniej część programu szkoleniowego odbywać w szpitalach powiatowych. Przepisy mają dotyczyć rezydentów odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie modułowym, z pediatrią, chorobami wewnętrznymi lub chirurgią w module podstawowym.

Obecnie rezydentów szkolić mogą jedynie szpitale posiadające akredytację Ministerstwa Zdrowia na prowadzenie specjalizacji. Większość małych, powiatowych szpitali nie spełnia określonych przez resort wymagań. Nie ma w nich wystarczająco licznej kadry, która mogłaby się podjąć nauczania rezydentów. Często nie mają też odpowiedniego zaplecza, potrzebnego do realizacji programu specjalizacji. Ponadto, młodzi lekarze znacznie chętniej wybierają pracę w szpitalach klinicznych lub wojewódzkich. W szpitalach powiatowych od razu jest się rzuconym na głęboką wodę, a w wielu z nich brakuje starszych specjalistów, którzy powinni brać czynny udział w szkoleniu młodych lekarzy. Kolejną bolączką szpitali powiatowych jest brak ciągłości leczenia. Nie ma zespołów lekarskich mogących wspólnie prowadzić trudne przypadki medyczne. Z kolei pacjentów jest bardzo dużo, często zbyt wielu na jednego lekarza. W rezultacie obciążenie pracą jest identyczne, niezależne od doświadczenia i wieku lekarza. Pojawia się więc obawa, czy takie warunki pracy są bezpieczne dla pacjentów.

Projekt, który zaprezentował minister Niedzielski, dziwi również z powodu wcześniejszych słów przedstawicieli resortu zdrowia, którzy niejednokrotnie podkreślali, że szkolenie rezydenckie nie ma na celu wzmocnienia kadr medycznych w szpitalach powiatowych. Stąd też pojawia się pytanie – czy lekarz rezydent, który powinien odbyć stosowne, wieloletnie szkolenie, może nagle, wbrew poprzednim deklaracjom, stać się osobą do łatania dziur w upadającym systemie?

lek. Agata Dynkiewicz

Bezpieczeństwo lekarza, bezpieczeństwo pacjenta

No fault

Obserwując sytuację w Polsce, łatwo można dojść do wniosku, że prawo nie traktuje lekarzy pobłażliwie w przypadku pomyłki. Widzą to już najmłodsi lekarze, dopiero wkraczający na zawodową ścieżkę. Obecnie jedyną metodą uzyskania zadośćuczynienia przez pacjenta jest droga sądowa, w procesie cywilnym lub karnym. I takich spraw trafia do prokuratury stosunkowo dużo, w 2017 r. było ich 5679. W Polsce pracuje około 145 tys. lekarzy, możemy więc założyć, że statystycznie około 3,5% z nich rocznie może mieć otwarte postępowanie w sprawie błędu medycznego. Trwa ono od trzech do sześciu lat i wymaga przeznaczenia ogromnych kwot, ale finalnie znikoma liczba spraw kończy się aktem oskarżenia – w 2017 r. zaledwie 139. Jest to ogromnie nieefektywny system, nieludzki zarówno dla lekarza, który zamiast wykonywać swoją pracę, jest zaabsorbowany wieloletnim postępowaniem sądowym, jak i dla pacjenta, który nie może w prosty sposób uzyskać odszkodowania koniecznego na przykład, by opłacić rehabilitację.

Rozwiązaniem jest działający skutecznie od lat w wielu krajach europejskich system „no fault". Znany, nagłaśniany, postulowany. Cóż jednak kryje się pod tą nazwą? W założeniach są trzy główne filary:

• System zadośćuczynień dla pacjentów – pacjent ma możliwość szybkiego uzyskania należnej rekompensaty bez konieczności wszczynania postępowania sądowego wobec lekarza.

• Rejestr zdarzeń niepożądanych – błędy medyczne są zawsze zgłaszane, co pozwala placówce wyciągać wnioski i poprawiać jakość opieki nad pacjentem m.in. przez edukowanie pracowników. Prowadzone statystyki pozwalają też lepiej poznać skalę błędów medycznych i im przeciwdziałać.

• Zwolnienie lekarza z odpowiedzialności karnej w sytuacji innej niż zgon pacjenta lub rażący błąd medyczny. Lekarz w dalszym ciągu odpowiada jednak cywilnie i dyscyplinarnie.

Te trzy filary sprawiają, że lekarze nie boją się zgłaszać własnych błędów, dzięki czemu łatwiej jest tak poprawiać działanie systemu, by tych błędów było jak najmniej. Tymczasem pacjent otrzymuje zadośćuczynienie szybko i bez wieloletniej batalii sądowej.

Wielu nie tylko młodych lekarzy jest przekonanych, że czas najwyższy, aby w tym zakresie zreformować nasz system i pchnąć go w bardziej cywilizowanym kierunku, podnosząc bezpieczeństwo zarówno lekarza, jak i pacjenta.

Sebastian Goncerz,
student VI roku UJ CM

Studenci z Ukrainy kształcą się w Collegium Medicum UJ

Pomaganie przez naukę

J. Sowicz

Powitanie studentów z uczelni medycznych w Ukrainie przez władze dziekańskie: prof. Jolantę Pytko-Polończyk, prof. Macieja Małeckiego i prof. Grzegorza Kopcia, oraz starostów grup, Collegium Nowodworskiego, 11 kwietnia 2022 r.

W kwietniu tego roku na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum UJ podjęło naukę 20 osób narodowości ukraińskiej (na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym). Uchodźcy z kraju dotkniętego wojną otrzymali nie tylko możliwość kontynuacji kształcenia, lecz także – w zależności od potrzeb – miejsce w akademiku, kurs języka polskiego, możliwość odbywania praktyki wakacyjnej, a przede wszystkim duże wsparcie ze strony władz uczelni i kolegów z roku. Rok akademicki zakończył się, wojna niestety nie.

– Mam nadzieję, że czujecie, że chcemy otoczyć was opieką – powiedział do grupy studentów prof. Maciej Małecki, dziekan Wydziału Lekarskiego, odpowiadając na pytanie dotyczące możliwości przedłużenia nauki na UJ CM oraz wymogów formalnych z tym związanych. Spotkanie odbyło się 22 czerwca w Collegium Nowodworskiego, a wzięli w nim udział także prof. Grzegorz Kopeć, prodziekan ds. studenckich na kierunku lekarskim i dietetyka, oraz 20 osób, które na mocy specustawy z 12 marca o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na

terytorium tego państwa rozpoczęły naukę na krakowskiej uczelni. Co warto zaznaczyć, nie są to jeszcze pełnoprawni studenci Uniwersytetu Jagiellońskiego – o taką możliwość będą mogli się starać dopiero od nowego roku akademickiego. Ostatnie trzy miesiące były dla nich przede wszystkim czasem na adaptację w Polsce, uczenie się języka i kontynuację nauki tylko wybranych przedmiotów, którą – jeśli będą czuć się na siłach – mogą zakończyć egzaminem. Aby ułatwić im integrację, trafili głównie do grup, w których był już ktoś z Ukrainy, studiujący na pełnych prawach i mówiący dobrze po polsku.

Z powodu zakazu opuszczania Ukrainy przez mężczyzn w grupie tej są prawie same studentki, z różnych części kraju i o różnym statusie (niektóre np. z Kartą Polaka). Część z nich jeszcze przed przyjazdem do Polski płynnie posługiwała się naszym językiem, część, zwłaszcza ze wschodniej Ukrainy, nie znała go prawie w ogóle. Różnie wygląda też sytuacja na ich rodzimych uczelniach – uniwersytet medyczny w Kijowie prowadzi zajęcia online dla swoich studentów, natomiast uczelnie w Charkowie czy Odessie z powodu zniszczeń i toczących się działań wojennych całkowicie zawiesiły działalność, a ich studenci nie są nawet w stanie uzyskać dokumentów poświadczających wcześniejszą naukę. Cała dwudziestka chciałaby kontynuować studia w Polsce. Podoba im się nie tylko Kraków, ale przede wszystkim to, że polska uczelnia gwarantuje dużo więcej zajęć praktycznych. Zapytani, co jest dla nich największym problem, odpowiadają: język, „zwłaszcza gdy trzeba zabrać głos na zajęciach". A to właśnie znajomość języka polskiego będzie kluczowa, by pozytywnie przejść we wrześniu rozmowę kwalifikacyjną i od nowego roku akademickiego zostać włączonym do grona studentów UJ CM. – To są młode, chłonne umysły, więc zakładam, że przejdą te kwalifikacje. Bardzo nam na tym zależy – stwierdza prof. Maciej Małecki: – Warto podkreślić, że szereg tych osób miało wyróżniające świadectwa w Ukrainie i bardzo dobrze sobie na tych studiach radziły.

Liczba dodatkowych studentów z Ukrainy, jaką uczelnia będzie mogła przyjąć od kolejnego roku akademickiego, nie jest jeszcze znana, ale najprawdopodobniej będzie to około 30 osób. Zainteresowanie nauką w Polsce jest oczywiście dużo większe, a trzeba pamiętać, że uczelnia przyjęła, przyznając im pełne prawa studenckie, także 30 Polaków, którzy zmuszeni zostali przerwać studia medyczne w Ukrainie. Liczba nowo przyjętych nie wpłynie jednak na nabór na I rok. Studia Ukraińców są na razie finansowane przez Ministerstwo Zdrowia na mocy wspomnianej specu-

K. Domin

stawy. Jeśli przestanie ona obowiązywać, co nie jest przesądzone, Uniwersytet podejmie starania o pokrycie kosztów kształcenia tych studentów z innych źródeł. – To nie jest tak, że my to robimy bezkosztowo, takich cudów nie ma. Uważam jednak, że każdy z nas, indywidualnie albo instytucjonalnie, musi coś z siebie dać, jeżeli tuż za granicą ma miejsce takie nieszczęście. Dlatego nasza instytucja stara się przyjąć tylu studentów, ilu przy istniejących realiach organizacyjnych możemy – przyznaje prof. Małecki

Problemem przy przynoszeniu się z uczelni ukraińskich na polskie są jednak duże różnice w programach nauczania. Dlatego władze dziekańskie do każdego studenta podchodzą indywidualnie, precyzyjnie weryfikując zrealizowany przez niego na macierzystej uczelni zakres nauczania i indywidualnie ustalają plan zajęć. Prócz tego studentów we wrześniu czekają zajęcia wyrównawcze. Uzupełnianie różnic programowych może wpłynąć na wydłużenie studiów, jednak wielu studentów traktuje to bardziej jak szansę, możliwość wzbogacenia wiedzy, niż przeszkodę. Taką szansę dają też przewidziane dla nich już w te wakacje praktyki w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, głównie na oddziałach internistycznym i chirurgicznym, ale także na oddziale intensywnej terapii.

Kroki podjęte przez uczelnię, by umożliwić studentom z Ukrainy, często nieposiadającym wymaganych przy przyjmowaniu na studia dokumentów, to nie są standardowe procedury. Władze dziekańskie robią wszystko, by jak najbardziej pomóc tym, których dotknęła tragedia wojny.

Katarzyna Domin

Warto wiedzieć

Rozmowa z Łukaszem Litwą, nowym Rzecznikiem Praw Lekarza krakowskiej Izby

Czego dotyczyła pierwsza sprawa, z jaką zwrócił się do Pana lekarz szukający pomocy prawnej w samorządzie lekarskim?

— Sprawa dotyczy problemu, jaki mogą mieć wszyscy lekarze. Otóż powiaty zostały zobowiązane do powołania koronerów, którzy mają stwierdzać zgon w sytuacji, gdy nie nastąpi on w placówce medycznej, czy gdy nie może go potwierdzić lekarz prowadzący pacjenta. Niestety powiaty nie wywiązują się z tego i przymuszają przypadkowych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy nielicznych lekarzy jeżdżących jeszcze w zespołach ratownictwa medycznego do stwierdzania zgonu i wydawania związanej z nim dokumentacji medycznej. W tym momencie Izba pomaga lekarzowi, który postanowił zaprotestować przeciwko takiemu działaniu i skarży starostwo powiatowe. Zobaczymy, jak rozwinie się sytuacja, ale będę chciał ją nagłośnić na forum ogólnopolskim, ponieważ problem braku koronerów dotyczy całego kraju.

W jakich innych problemach Rzecznik Praw Lekarza może pomóc członkom Izby?

— Podkreślę najpierw – zgodnie z regulaminem, bronimy interesów lekarzy należących do naszej Izby. To zastrzeżenie teraz brzmi, jakby było tylko formalne, ale nie przestrzegane, jednak bezwzględnie trzeba być członkiem krakowskiej Izby oraz mieć opłacone wszystkie składki na samorząd lekarski. Rzecznik udziela pomocy prawnej w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu, dotyczących naruszenia dóbr osobistych – na przykład kiedy naruszono dobre imię lekarza, nietykalność cielesną, prawa związane z wykonywaniem zawodu, jego prawa pracownicze – gdy przekroczono akceptowalne normy, obowiązujące w relacjach pracodawca – pracownik, współpracownicy, także w przypadku umowy kontraktowej czy prowadzenia własnej praktyki. Na szczęście, od dawna nie mieliśmy przypadku wywlekania lekarza o świcie z jego domu przez przedstawicieli organów państwa, miejmy nadzieję, że nigdy już nic takiego się nie zdarzy, lecz takimi spawami – użyciem nieadekwatnych środków przymusu w toku postępowania karnego czy innego – Rzecznik

również może się zająć. Natomiast nie zajmujemy się sprawami cywilnymi.

To niejedyne zastrzeżenie?

— Nie podejmujemy się także pomocy lekarzowi w jego sporze z organami samorządu lekarskiego, czyli Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, Sądem Lekarskim czy Komisją Etyki. I jest to zastrzeżenie istotne, bowiem trudno, by jeden organ Izby występował w sporze z innym samorządowym organem. Ale w moim rozumieniu to ograniczenie dotyczy spraw dopiero na etapie ich procedowania przez lekarski „wymiar sprawiedliwości", bowiem samo złożenie przez kogoś skargi na lekarza nie oznacza, iż ta sprawa nabierze toku. Generalnie jednak – każdy z kierowanych do nas wniosków o pomoc rozpatrujemy indywidualnie. Zresztą, często nie wymagają one nawet angażowania Rzecznika, wystarczy szybka konsultacja z Zespołem Radców Prawnych OIL.

W jakich formach może być udzielona pomoc w ramach działań Rzecznika Praw Lekarza?

— Są to porady prawne, które w razie konieczności konsultujemy z wyspecjalizowaną kancelarią prawną, możemy zorganizować lub pokryć koszty zastępstwa procesowego w sporach przed wymiarem sprawiedliwości, udzielić poręczenia, pomóc w uzyskaniu ekspertyzy czy opinii biegłego.

Jeśli lekarz sam zatrudni prawnika, może wnioskować o refundację poniesionych kosztów, ale całkowite dofinansowanie – koszty każdej z tych form pomocy – nie mogą przekroczyć 3 tys. złotych.

Podczas ostatniego Okręgowego Zjazdu Lekarzy jeden z delegatów zgłaszał postulat zwiększenia zakresu pomocy prawnej ze strony samorządu. Tymczasem wydaje się ona bardzo duża, tylko po prostu niedoceniana.

— To prawda, instytucja Rzecznika Praw Lekarza nie jest w pełni wykorzystywana, podobnie jest z Mediatorem OIL. Często lekarze nie wiedzą i nie szukają informacji o naszej pracy, choć numer telefonu do Rzecznika jest cały czas dostępny na stronie internetowej czy na łamach tej gazety. Sam, dopiero kiedy postanowiłem bardziej zainteresować się działalnością samorządu i zaangażować w jego pracę, odkryłem, że wcześniej w wielu sytuacjach, w których czułem się osamotniony, mogłem liczyć na pomoc samorządu, lecz o tym wówczas nie wiedziałem. Niestety, nie szukamy, nie sprawdzamy, a potem mówimy, że samorząd nic nie robi. Owszem, wszyscy lekarze wiedzą o istnieniu Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, o lekarskim sądzie, ale kojarzą to raczej negatywnie. Tymczasem samorząd zawsze pomaga. Bez względu na ocenę, to lekarze, a nie urzędnicy, niemający pojęcia o specyfice naszego zawodu, powinni zajmować się sporami, w jakie wchodzą lekarze.

Skoro tak – jak członkowie krakowskiej Izby mają szukać Pana wsparcia?

— Preferuję kontakt mailowy. Adres to: rzecznik57@hipokrates.org Kontakt tą drogą jest o tyle lepszy, że pocztą elektroniczną można mi przesłać dokumentację związaną ze sprawą – by odnieść się do problemu, muszę oprzeć się na czymś więcej niż tylko telefon od lekarza. Oczywiście, jestem też dostępny telefonicznie, lecz numer tel. 501 430 930 jest właściwie alarmowym – dyżuruję przy nim w poniedziałki, środy i czwartki w godzinach od 10 do 14.

Życzę wszystkim, by nie potrzebowali pomocy Rzecznika Praw Lekarza, jeśli jednak ktoś czuje, że jego prawa, jako lekarza, zostały naruszone – zapraszam do kontaktu.

Rozmawiała: Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Katarzyna Domin

Łukasz Litwa, Rzecznik Praw Lekarza OIL w Krakowie, jest specjalistą chorób wewnętrznych i medycyny ratunkowej, lekarzem z 20-letnim stażem, pracującym obecnie w Szpitalu Specjalistycznym im. S. Żeromskiego w Krakowie oraz Szpitalu Uniwersyteckim. W Okręgowej Radzie Lekarskiej zasiada po raz pierwszy.

Turniej tenisowy w Krośnie

Po dwuletniej przerwie udało nam się wznowić turniej tenisowy lekarzy i ich rodzin o Puchar Prezesa OIL w Krakowie, który odbył się 11 – 12 czerwca na kortach MOSiR w Krośnie. Liczba uczestników nie była zbyt liczna, ale miłą niespodziankę sprawiły kobiety – po raz pierwszy rozegrano pojedynki o Puchar wśród pań lekarek. Zwyciężyła koleżanka Marlena Okońska, niewiele ustępowały jej kolejne na podium Aleksandra Wajda i Ilona Szuba. Mamy nadzieję, że w następnym turnieju zjawi się jeszcze liczniejsza grupa kobiet.

W kategorii open zwyciężył kolega Marcin Okoński, a w kategorii +50 – Andrzej Sobota. Bardzo emocjonująco przebiegała również rywalizacja wśród par deblowych. Ostatecznie zwyciężyli koledzy Jacek Patoła w parze z Andrzejem Sobotą. Warto jeszcze odnotować dwie inne grupy rywalizujących o zwycięstwo. W najmłodszej kategorii zwyciężyła Marlena Sobkowicz, ale tuż za nią był młodziutki Franek Bochenek. Wśród starszej młodzieży najlepsi okazali się bracia Marcin i Michał Guzikowie, a za nimi Janek Okoński. Najlepsi uczestnicy otrzymali Puchary Prezesa OIL w Krakowie, a także dyplomy i symboliczne nagrody, ufundowane przez sponsora.

Podsumowując należy powiedzieć, że takie turnieje warto organizować częściej, przynajmniej dwa razy w roku. Wówczas na pewno wzrośnie wśród lekarzy zainteresowanie tą piękną dyscypliną sportu.

Lek. dent. Wojciech Kolanko

Małopolanie Roku 2019 i 2020

10 maja w Auli Collegium Novum UJ odbyła się gala wręczenia tytułów Małopolanina Roku 2019 i 2020 oraz Człowieka Roku 2019 i 2020 (z powodu pandemii w ostatnich latach uroczystość nie odbyła się). Wśród wyróżnionych znaleźli się lekarze – prof. Wojciech Nowak oraz prof. Andrzej Matyja, który tytuł odbierał w imieniu wszystkich pracowników ochrony zdrowia.

Tytuł Małopolanina Roku przyznawany jest od 1996 r. przez Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Małopolski wybitnym osobom wywodzącym się z tego regionu i przyczyniającym się do jego rozwoju i promocji. Natomiast od 1997 r. Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP przyznaje „ogólnopolski" tytuł Człowieka Roku.

Dyplomy dla Małopolanina Roku 2019 z rąk przewodniczącego Stowarzyszenia Gmin i Powiatów Małopolski Kazimierza Barczyka oraz rektora UJ prof. Jacka Popieli odebrali byli prezydenci Krakowa prof. Andrzej Gołaś i Józef Lassota. Natomiast tytułem Małopolanina Roku 2020 uhonorowano prof. Wojciecha Nowaka, byłego rektora UJ, „za budowę Szpitala Uniwersyteckiego i dokończenie budowy Kampusu 600-lecia Odnowienia UJ oraz promocję polskiej nauki i kultury w Europie i świecie". Drugim wyróżnionym był prof. Tadeusz Słomka, były rektor AGH, za działania na rzecz rozwoju tej uczelni.

Tytuł Człowieka Roku 2019 przyznano Oldze Tokarczuk i Robertowi Lewandowskiemu, a za rok 2020 – prof. Andrzejowi Matyi, wówczas jeszcze prezesowi NRL, kierownikowi II Katedry Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej UJ CM, jako „wyraz uznania i podziękowania dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia walczących z oddaniem i poświęceniem o zdrowie i życie Polaków w czasie największej od 100 lat pandemii COVID-19". Za działalność w okresie pandemii wyróżnienie to otrzymał także Paweł Bory, prezes Polskiego Funduszu Rozwoju.

(tekst i zdjęcie: KD)

Nagrody im. prof. Marka Sycha

8 czerwca uroczyście wręczono nagrody Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego im. prof. Marka Sycha, przyznawane młodym lekarzom, którzy wyróżniają się postępami w pracy naukowo-badawczej oraz postawą etyczno-moralną.

Tegoroczną nagrodę otrzymała dr Anna Kańtoch, której zakres zainteresowań badawczych związany jest głównie z medycyną wieku podeszłego, a w szczególności dotyczy zespołu kruchości, kardiologii geriatrycznej oraz telemedycyny. W październiku 2021 r. dr Kańtoch obroniła z wyróżnieniem pracę doktorską pt. „Nadciśnienie tętnicze i niepełnosprawność u rezydentów instytucji opieki długoterminowej – leczenie i czynniki rokownicze", która powstała w Katedrze Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM pod kierownictwem dr hab. Barbary Gryglewskiej.

Drugą z nagrodzonych była dr Agata Bryk-Wiązania, wyróżniona za pracę doktorską „Nowe czynniki modyfikujące właściwości fibryny i sprawność fibrynolizy u pacjentów z cukrzycą typu 2", opracowaną w Instytucie Kardiologii UJ CM pod kierownictwem prof. Anetty Undas.

Źródło: cm-uj.krakow.pl
Fot. Jerzy Sawicz

Dr Anna Kańtoch z prof. Igorem Gościńskim

Dr Adam Wiernikowski,
dr Agata Bryk-Wiązania i prof. Igor Gościński

Rozstrzygnięto plebiscyt Miłosierny Samarytanin roku 2022

„Bezinteresownie niosą pomoc w ciszy”

6 maja w auli przy sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Krakowie-Łagiewnikach po raz 16. wręczono statuetki Miłosiernego Samarytanina osobom, które w sposób szczególny, wykraczający poza zakres ich obowiązków, poświęcają się, by pomagać drugiemu człowiekowi. Tradycyjnie wyróżnienia przyznano w dwóch kategoriach: pracownicy ochrony zdrowia oraz osoby działające prywatnie lub w ramach stowarzyszeń czy fundacji. Wśród wyróżnionych lekarzy znaleźli się:

dr n. med. Patrycja Mensah-Glanowska z Oddziału Klinicznego Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, która w opinii pacjentów, i nie tylko, jest osobą pełną ciepła, potrafiącą napełnić otuchą i wiarą w powodzenie leczenia nawet w wyjątkowo trudnych sytuacjach. Dla pani doktor nie ma przypadków beznadziejnych – podejmuje się najtrudniejszych wyzwań.

dr n. med. Marian Kopciuch, neurochirurg z Krakowa, od ponad 20 lat zaangażowany w działalność społeczną i charytatywną na rzecz Stowarzyszenia Lekarze Nadziei, którym obecnie kieruje. Wolontaryjnie pracuje w prowadzonej przez stowarzyszenie Przychodni Lekarskiej dla Ludzi Bezdomnych i Ubogich, a także organizuje pracę Apteki Darów. Od wielu lat angażuje się też społecznie w prace samorządu lekarskiego.

dr n. med. Małgorzata Woś, okulistka, ordynator Oddziału Okulistycznego w Szpitalu Specjalistycznym im. Żeromskiego w Krakowie. Prócz pracy w szpitalu, co tydzień bada bezdomnych i ubogich. Pomaga również niewidomym i słabowidzącym dzieciom przygotowując programy diagnostyki. Jest inicjatorką cyklicznych przedstawień teatralnych dla małych pacjentów w Szpitalu im. Żeromskiego oraz organizuje prelekcje dla seniorów o chorobach oczu w różnych dzielnicach Krakowa.

lek. Alina Sobczak, pediatra z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie-Prokocimiu. Jak napisano w zgłoszeniu do plebiscytu, „Pani doktor jest lekarzem Wielkiego Serca – praca jest jej pasją, a pomoc drugiemu człowiekowi niemalże wewnętrznym obowiązkiem. (...) Kiedy wybuchła wojna nie wahała się przyjąć pod swój dach licznej rodziny z Ukrainy (20 osób) i zaopiekować się nimi”.

dr n. med. Piotr Sołtysiak, chirurg dziecięcy, zastępca ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Gliwicach, związany również z krakowskim Szpitalem na Klinach. Zdaniem zgłaszających, pan doktor to człowiek, na którego zawsze można liczyć, dba o pacjenta, jest do dyspozycji o każdej porze dnia i nocy, często kosztem życia rodzinnego. „Jest dla mnie Miłosiernym Samarytaninem, który przyczynił się do uratowania mi życia, a potem troskliwie mnie pielęgnował” – pisze w świadectwie jedna z pacjentek.

Podczas gali specjalne podziękowania odebrały także osoby szczególnie zaangażowane w pomoc Ukraińcom, w tym także wolontariusze Wolontariatu św. Eliasza (organizatora plebiscytu), którzy od pierwszych dni wojny roztoczyli opiekę już nad ok. 50 rodzinami uchodźców.

Sylwetki nagrodzonych osób niezwiązanych z ochroną zdrowia oraz szersza relacja z gali na stronie *wolontariat.eliasz.org.pl*

opr. KD
Źródło i zdjęcie Wolontariat św. Eliasza

Pierwsze w IX kadencji spotkanie Komisji Stomatologicznej ORL

Wybory tam i tu

22 czerwca w auli im. dr. Jana Ciećkiewicza w siedzibie krakowskiej Izby Lekarskiej odbyło się pierwsze w IX kadencji samorządu lekarskiego posiedzenie Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie. Spotkanie prowadził przewodniczący KS i wiceprezes ORL Dariusz Kościelniak.

Omawiane były sprawy bieżące i zamierzenia Komisji na najbliższy rok. Z „terminowych" spraw m.in. przypomniano o obowiązku zgłoszenia do końca czerwca źródła ogrzewania budynku czy lokalu do Centralnej Ewidencji Emisyjności Budynków (CEEB). Zwrócono też uwagę na rosnącą aktywność służb sanitarnych w zakresie kontroli higieny środowiska i warunków sanitarnych w gabinetach stomatologicznych, higieny radiacyjnej i przestrzegania przepisów w tym zakresie.

Higienie radiacyjnej poświęcona została duża część spotkania. Podkreślono zmiany dotyczące jednostek posługujących się źródłami promieniowania jonizującego, czyli także gabinetów stomatologicznych. Z inicjatywy Izby przygotowane zostały materiały szkoleniowe z tego zakresu – w celu ich otrzymania prosimy o kontakt mailowy pod adresem: ksztalcenie57@hipokrates.org

Nadal prowadzone są także konsultacje z zakresu ochrony radiologicznej – w każdy wtorek, w godzinach 12-14, w sali 2.13 przy ul. Krupniczej 11a, które prowadzi dr n. tech. Edward Araszkiewicz, specjalista analityki sanitarnej, były wieloletni kierownik Działu Nadzoru Higieny Radiacyjnej WSSE w Krakowie. Możliwy jest też (w podanym powyżej terminie) kontakt telefoniczny z ekspertem, pod nr. tel. 12 619 17 18.

Podczas posiedzenia KS omówiono również przebieg XV Krajowego Zjazdu Lekarzy i następstwa dokonanych w Warszawie wyborów.

Wybory odbyły się także w gronie członków Komisji Stomatologicznej krakowskiej Okręgowej Rady Lekarskiej. Członkami Prezydium KS zostali: przewodniczący – Dariusz Kościelniak; zastępcy przewodniczącego: Małgorzata Jamka-Kasprzyk, Agata Dutka-Szmigiel, Elżbieta Wojnarowicz (DOIL w Przemyślu), Tymoteusz Derebas (DOIL w Nowym Sączu), Wojciech Kolanko (DOIL w Krośnie), sekretarz – Anna Urbańczyk; przedstawiciel DOIL w Nowym Sączu – Tomasz Fortuna.

Zaproponowano także zmianę konwencji dorocznego spotkania lekarzy stomatologów w Rytrze, w dniach 28-30.09.2022 r. W tym terminie i miejscu odbędzie się otwarte posiedzenie Komisji Stomatologicznej ORL, na które zaproszeni będą nie tylko delegaci, ale wszyscy chętni koledzy lekarze stomatolodzy. Kontakt: mgr Krystyna Trela, e-mail: k.trela@hipokrates.org, tel. 12 619 17 18 .

Anna Urbańczyk

W podziękowaniu za przyjaźń

Podczas uroczystych obchodów 30-lecia Słowackiej Izby Stomatologicznej (Slovenská Komora Zubných Lekárov), 22 kwietnia w Bratysławie, w szczególny sposób uhonorowano przedstawicieli krakowskiego samorządu lekarskiego. Prezes ORL Robert Stępień, który uczestniczył w wydarzeniu tylko online, otrzymał Honorowe Członkostwo Słowackiej Izby Dentystycznej, jedno z najwyższych przyznawanych przez nią wyróżnień.

Natomiast za długoletnią współpracę z organami tejże Izby oraz znaczący wkład w rozwój stomatologii wyróżniono wiceprezesa ORL Dariusza Kościelniaka oraz lek. dent. Agatę Dutkę-Szmigiel (oboje na zdjęciu obok). Nagrody te wręczali minister zdrowia Słowacji Vladimir Lengvarsky i prezes Słowackiej Izby Dentystycznej Igor Moravčík.

Terapia sztuką

„Wyzwolin ten doczeka się dnia, kto własną wolą wyzwolony" – te pamiętne słowa Wyspiańskiego, wyczytane przez Jerzego Trelę z wieży Katedry Wawelskiej do siedemdziesięciu tysięcy krakowian zgromadzonych na nadwiślańskiej skarpie naprzeciw Wawelu (z okazji święta „Gazety Krakowskiej"), wciąż brzmią mi w uszach, mimo że minęło od tamtego czasu pół wieku. Zaczynam od nich, bo straciliśmy Artystę najwyższej klasy, Człowieka obdarzonego talentem na miarę epoki, Aktora rangi Modrzejewskiej czy Zapasiewicza. I tego głosu brzmiącego jak dzwon nie sposób zapomnieć.

Zaczynam od hołdu składanego pamięci Jerzego Treli podkreślając, że terapeutyczne znaczenie sztuki jest nie do przecenienia. A Trela był człowiekiem magicznym, wchodząc na scenę zawłaszczał przestrzeń niepodzielnie i widownia traciła swoją podmiotowość. W życiu prywatnym milkliwy, skromny do przesady, powściągliwy, swego rodzaju zaprzeczenie celebryty. Wyliczenie ról filmowych i teatralnych, nagrań radiowych, spektakli telewizyjnych, a także funkcji społecznych i pedagogicznych Jerzego Treli zdumiewa różnorodnością. I jest nie do ogarnięcia. Niespełna dwa miesiące temu Teatr STU, którego był współtwórcą, zdążył zorganizować jego 80-lecie. Przyszedł tu także kilka miesięcy wcześniej na wręczenie Januszowi Gajosowi „Kowadła" krakowskiej „Kuźnicy", by złożyć hołd starszemu o dwa lata przyjacielowi. Dwaj giganci polskiej sceny złożyli sobie pokłon, pozostawiając potomnym zapis twórczości o ogromnych walorach terapeutycznych.

Z perspektywy pacjenta, pisząc o znakomitych artystach, trudno nie nawiązać do działalności dwóch wielkich krakowskich lekarzy, którzy wykonując swoje zawody, położyli jednocześnie podwaliny pod tę właśnie funkcję sztuki. Mowa oczywiście o Julianie Aleksandrowiczu i Andrzeju Szczekliku. Pierwszy z nich zaczynał od istoty człowieczeństwa, akcentując oczywisty poniekąd fakt, że ludźmi stajemy się nie tylko w wyniku ewolucji biologicznej, ale równie ważnej kulturowej. A miał prawo do wątpliwości, skazany na zagładę za pochodzenie. Genialny hematolog był także pionierem myśli ekologicznej, a także muzykoterapii. „Nie ma nieuleczalnie chorych" – twierdził i zarażał optymizmem skazanych już na pożegnanie. Przyszedł na świat dokładnie 30 lat wcześniej niż Andrzej Szczeklik, wielki internista, filozof medycyny, autor m.in. książki „Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki".

Rysunki anatomiczne Leonarda da Vinci, sonaty Mozarta czy nokturny Chopina nadawały i nadają życiu sens nie tylko biologiczny. Idąc tym tropem, już współcześnie, mogę w celach terapeutycznych polecić Państwu „Empuzjon" – ostatnią książkę Olgi Tokarczuk, której akcja toczy się w sanatoryjnym klimacie „Czarodziejskiej góry", ale nie w Davos ani w Krynicy, tylko tuż-tuż na Dolnym Śląsku, w 1913 roku. Niewiele wiemy o kilkuset latach niemieckiego władztwa na Pogórzu Sudeckim. A tu właśnie, w Sokołowsku, noszącym wówczas nazwę Görbersdorf, mamy do czynienia z jednym z najsłynniejszych europejskich uzdrowisk epoki cesarstwa austriackiego. I wypełniona po brzegi, na wszystkich piętrach, widownia Centrum Kongresowego ICE w Krakowie, na spotkaniu 13 czerwca br. z laureatką Nobla, była najlepszym świadectwem, że jeszcze książka nie zginęła.

I tak, okiem pacjenta, polecam Państwu ucieczkę z medycznej rzeczywistości, od Treli do Tokarczuk. Nie będziecie Państwo stratni.

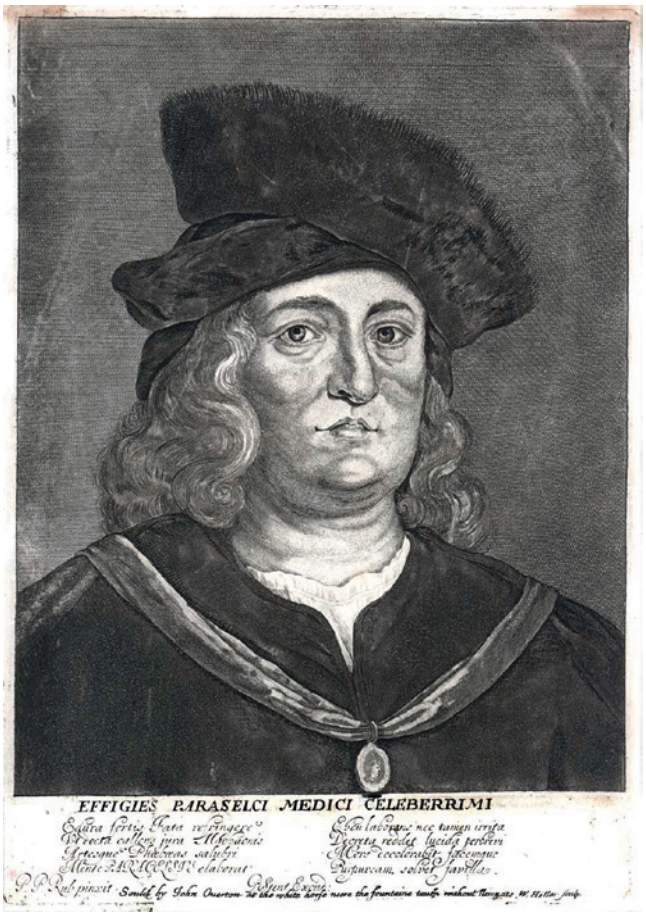
Stefan Ciepły

Paracelsus był w Krakowie?

W poprzednim wydaniu, w rozmowie z prof. Januszem Skalskim, przedstawiliśmy naszym Czytelnikom jedną z największych postaci w dziejach światowej medycyny, PARACELSUSA (1493-1541), człowieka, jak da Vinci, Kopernik, Luter, Erazm z Rotterdamu, Kolumb, trwale wpisanego w dzieje europejskiego renesansu. Ale nierozstrzygnięte pozostało postawione pod koniec rozmowy pytanie: czy Paracelsus był w Krakowie? I o tym właśnie część 2 rozmowy z prof. Januszem Skalskim, pasjonatem dziejów medycyny.

Panie Profesorze, temat jest otwarty...

— Jest jakaś wzmianka, że po 1520 roku Paracelsus był na Litwie, u Radziwiłła, zatem wstąpił pewnie do Gdańska. Natomiast w kwestii Krakowa są historycy, którzy twierdzą, że tego miasta nie odwiedził. Jednak nikt pewności nie ma. Ja uważam inaczej. Z jego obecnością związanych jest szereg legend, na przykład o tym, że odbierał poród w Krakowie, a żeby kobieta nie cierpiała, podał jej wywar z konopi. Oczywiście zrobił to bezprawnie, nie miał uprawnień położnika, akuszera ani cyrulika. Przez to musiał uciekać z miasta. Taką historię przytaczał Leszek Mazan, podobno ze starych kronik krakowskich. O związkach Paracelsusa z Krakowem przede wszystkim wyraźnie mówił Wojciech Bazan, który był lekarzem nadwornym Zygmunta Starego i miał jakoby konsultować zdrowie królewskie z Paracelsusem, którego był zagorzałym zwolennikiem. Podobnego zdania byli m.in. Olbracht Łaski, awanturnik i alchemik, oraz Adam Szröter, krakowski poeta, piszący po łacinie, który tworzył poematy na temat calin w Wieliczce. Szröter tak bardzo zainteresował się Paracelsusem, że doprowadził nawet do wydania w Krakowie jego dzieła „Archidoxes". Ale to stało się w 1569 roku, a więc już po śmierci wielkiego medyka. Zresztą, za życia Paracelsusa jego dzieła w ogóle nie były wydawane, ukazały się później, wzbudzając moc emocji. Zwłaszcza „De preparacionibus", o sporządzaniu



Paracelsus, rycina z XVII w.

leków, oraz właśnie „Archidoxes", będący podsumowaniem całości jego przemyśleń teologiczno-mistycznych i witalistycznych. Wydanie tego dzieła w Krakowie było jednym z pierwszych na świecie.

Do myślicieli krakowskich, wspierających idee Paracelsusa, należeli też Andrzej Dudycz, który na dworze królewskim

K. Domin

Płaskorzeźby aptekarza Georgiusa Pipana i jego małżonki zamieszczone na frontonie kościoła św. Barbary w Krakowie

na Wawelu wygłaszał swoje porady matrymonialne, Jerzy Joachim Retyk, myśliciel, propagator teorii Kopernika, i Antoni Schneeberger, botanik, który zgromadził w owych latach wielką bibliotekę, którą przekazał później Akademii Krakowskiej, kładąc fundament pod Bibliotekę Jagiellońską. I tu dochodzimy do największych nazwisk lekarzy polskiego renesansu – Wojciecha Oczko i Józefa Strusia. Oni obaj rozpoczynają kariery w latach życia i działalności Paracelsusa, ale ich oceny nabierają znaczenia już po jego śmierci. Zaczyna się bowiem era propagowania jego myśli (*o czym pisałem w poprzednim wydaniu „GGL”*). Obok wspomnianych uczonych dołącza do propagatorów wiedzy Paracelsusa największy chirurg polski owych czasów Bartłomiej Hierowski, który na ziemiach polskich wprowadził zszywanie ran, czego wcześniej nie próbowano. Rośnie też grono przeciwników spuścizny Paracelsusa, wśród których też były wielkie nazwiska, m.in. Marcina Foksa, współpracownika Aldrowaniego (największego przyrodnika europejskiego w owym czasie); Stanisława Pikus-Zawadzkiego, dwukrotnego rektora Akademii Krakowskiej, który wszczął działalność szkół nowodworsko-stanisławowskich; wreszcie Walentego Fontany, sześciokrotnego rektora Akademii Krakowskiej, który całkowicie odrzucał Paracelsusa, uznając wyłącznie spuściznę Hipokratesa.

Dlaczego wśród części uczonych kwestionowano jego idee? Bo nie uznawał anatomii. Oczywiście, robił też mniej ważne pomyłki, proponował np. leki, które okazały się całkowicie bezużyteczne, ale poważnym błędem programowym było odrzucenie anatomii. A że miał ogromny autorytet, to jego przekonania np. w Krakowie wpłynęły w programach kształcenia medyków na zaniechanie nauki anatomii na okres niemalże stu lat. Zaprzestano po prostu wykładów aż do czasów Rafała Czerwiakowskiego i jest to, niestety, także spuścizna Paracelsusa.

To, co Pan mówi, dotyczy recepcji myśli Paracelusa. A jak się przedstawia kwestia jego fizycznej obecności w Krakowie?

— Najgłośniejsza historia, wielce apetyczna, dotyczy Franciszka Bonera. Bonerowie, ród niemiecki, niezwykle bogaty, osiedlił się w Krakowie w drugiej połowie XV wieku, wkrótce otrzymał indygenat, szlachectwo. To do nich należała ta piękna kamienica koło kościółka św. Wojciecha, z przepiękną attyką. Członkowie rodu na dworze królewskim pełnili bardzo ważne funkcje. Na przykład Seweryn Boner zarządzał żupami w Wieliczce, był starostą, rządził Bieczem, możny magnat. Warto może wspomnieć, jak doszło do majątku Bonerów, na czym się oni dorobili. Otóż produkowali papier, którym zalali całą Europę wschodnią. Byli jego wyłącznymi producentami. Ich papiernia znajdowała się tam, gdzie jest Bonarka, której nazwę wiązano z rodem Bonerów, ale to błąd, bo źródłosłowem była tutaj nazwa okolicznej rzeczki Bednarki. Drugą fabrykę papieru Bonerowie mieli w Mydlnikach pod Krakowem. I jeszcze gdzieś była trzecia. Papiernie Bonerów zaopatrywały Polskę, Czechy, Bliski Wschód, ich produkcja wysyłana była także do Skandynawii. Zarabiali krocie, wykupywali miasta, wsie, byli magnatami, a Kraków był taką ich mekką. I oto jeden z Bonerów, Franciszek, człowiek bardzo bogaty, który był wówczas sędzią królewskim, w sile wieku zachorował. Sam zdecydował, że po poradę należy się zwrócić do najlepszego lekarza ówczesnej Europy, za jakiego uchodził Paracelsus. Wysłano do niego stosowną delegację z Krakowa, z opisem dolegliwości Bonera i zaproszeniem. Zachowały się zapiski w tej kwestii. Delegacja pojechała i zastała uczonego w ciężkim stanie zdrowia – w siedem tygodni później Paracelsus zmarł, lecz zdążył jeszcze poczynić uwagi diagnostyczne na temat choroby Bonera. Delegacja wróciła z nimi, wyposażona w leki wskazane przez Paracelsusa, zapisane z datą 5 sierpnia 1541 roku. Uczony miał podobno powiedzieć wyjeżdżającym: „Pan Franciszek będzie żył jeszcze 11 lat". I rzeczywiście, dokładnie co do dnia, 11 lat później, 5 sierpnia 1552 roku Franciszek Boner nagle zmarł.

Możemy przypuszczać, że facet był tak przejęty hipotezą sławnego lekarza, że w tym dniu ma umrzeć, iż wskutek autosugestii zmarł w wyznaczonym terminie. Był zresztą, co podkreślano, poważnie schorowany, ale przeżył dokładnie 11 lat, co skrupulatnie odnotowano w zapiskach krakowskich.

Są też jakieś sugestie, że podczas pobytu w Krakowie Paracelsus mieszkał w Rynku Głównym pod numerem 13, w kamienicy Pod Złotą Głową, u aptekarza Jerzego Pipana.

— Pipanowie to był ród aptekarzy od kilku pokoleń. Jerzy Pipan pochowany jest w kościele św. Barbary. Na frontonie tego kościoła, po prawej stronie, wiszą dwa epitafia i płaskorzeźby: Georgiusa Pipana i jego małżonki. Warto wiedzieć, że był to jedyny cudzoziemski rektor słynnego uniwersytetu w Padwie, powołany z wyboru, bo Józef Struś był tylko wicerektorem, a Jan Zamoyski kupił sobie tę funkcję za ogromną kwotę. Pipan nie był etnicznym Polakiem, pochodził z Czech, ale był krakowianinem, już chyba w trzecim pokoleniu. Więc u kogo miał się zatrzymać Paracelsus, jak nie u najbardziej znanego, słynnego w Europie, wspaniałego aptekarza? Dlatego twierdzę, że on w Krakowie był, natomiast prof. Stanisław Waltoś poddaje to w wątpliwość.

Na czym zatem poprzestaniemy Panie Profesorze? Paracelsus był czy nie był w Krakowie?

— To były czasy Zygmunta Starego, którego okres panowania trwał ponad 40 lat (1507-1548). Ale dokładnej daty pobytu Paracelsusa w Polsce nie znamy. On się zresztą wciąż przemieszczał, mógł wyjechać do Pragi i wrócić. Był niespokojnym duchem. Wiele lat przeżył wyłącznie w podróży, niesłychanie zresztą aktywnie, a wszędzie wdawał się w rozmaite czynności medyczne, także natury chirurgicznej. Jednocześnie musiał z wieloma ludźmi dobrze żyć, i napić się, i pogawędzić, żeby mu powiedzieli, co im w duszy siedzi. Jak jednocześnie znajdował czas, żeby swoje przemyślenia nanieść na papier – nie wiadomo, ale pozostawił po sobie parę wspaniałych dzieł, w tym dwa o objętości przeszło pięciuset stron. W ogóle pełno w nim sprzeczności i na piśmie mnóstwo przemyśleń na rozmaite tematy. Prawdziwy człowiek renesansu. A wszystko, czym puentował swoje dzieła, podkreślało, że dla poznania księgi życia należy „deptać ziemię". Więc ją deptał w rozmaitych miejscach. To był taki człowiek, który wiele pozostawił naszym domysłom. Także ostateczna odpowiedź na pytanie, czy był w Krakowie, nie padnie w tej rozmowie. Ale swoje piętno bezspornie na współczesnych odcisnął.

Rozmawiał: Stefan Ciepły

Kaszel indukowany lekami

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

Przewlekły kaszel to jeden z objawów ponad stu różnych jednostek chorobowych. Występuje on nie tylko w przebiegu schorzeń układu oddechowego, ale może być także związany z innymi chorobami, np. serca czy przełyku. Nierzadko kaszel występuje też jako efekt niepożądanego działania leków. Ma on wtedy najczęściej charakter kaszlu przewlekłego, a więc może trwać nawet ponad 8 tygodni. Kaszel indukowany farmakoterapią może dotyczyć nawet 35% pacjentów przyjmujących leki. Aby uświadomić sobie skalę zjawiska, występuje on obok takich istotnych przyczyn przewlekłego kaszlu jak:

— zespół ściekania wydzieliny po tylnej ścianie gardła (*post nasal drip syndrom*), który odpowiada wg różnych statystyk za 8-70% przewlekłego kaszlu,

— astma (25-60% przewlekłego kaszlu),

— refluks żołądkowo-przełykowy (5-40% przewlekłego kaszlu).

Kaszel polekowy niemal wyłącznie utożsamiany jest ze stosowaniem inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACEI). W praktyce jednak kaszel polekowy może być konsekwencją stosowania wielu innych leków. W poniższej tabeli zebrano leki, które najczęściej mogą indukować kaszel jako działanie niepożądane.

Leki indukujące kaszel

LEK LUB GRUPA LEKÓW (OBSZAR ZASTOSOWAŃ)	KOMENTARZ
ACEI (hipertensjologia, kardiologia)	Męczący kaszel może pojawić się z uwagi na mechanizmy zależne od bradykininy
Sartany (hipertensjologia, kardiologia)	Jednym z elementów działania antagonistycznego w stosunku do receptora AT1 może być zmiana wpływu bradykininy na inne podtypy receptora dla angiotensyny, a efektem tej zmiany może być kaszel
Sitagliptyna (diabetologia)	W przypadku występowania kaszlu należy rozważyć zamianę na inny inhibitor DPP-4

LEK LUB GRUPA LEKÓW (OBSZAR ZASTOSOWAŃ)	KOMENTARZ
Antagoniści wapnia, szczególnie pochodne 1,4-dihydropirydyny (hipertensjologia, kardiologia)	Kaszel występuje najczęściej po podaniu amlodypiny. W przypadku jej stosowania należy unikać jednoczasowego stosowania leków hamujących enzymy metabolizujące CYP3A4
Latanoprost (okulistyka)	Analogi prostagladyn stosowane w okulistyce także mogą indukować kaszel. Ryzyko to zwiększa się w przypadku jednoczasowego doocznego podawania leków beta-adrenolitycznych
Topiramat (neurologia)	Wywołuje kaszel podrażnieniowy
Metotreksat (immunologia, onkologia)	Wywołuje kaszel podrażnieniowy
Mykofenolan mofetilu (immunologia)	Wywołuje kaszel podrażnieniowy
Omeprazol (gastrologia)	Omeprazol powoduje występowanie kaszlu, który nasila się w nocy. W przypadku wystąpienia kaszlu jako niepożądanego objawu leczenia omeprazolem wskazana jest jego zamiana na pantoprazol, rabeprazol lub dekslanzoprazol
Neuroleptyki fenotiazynowe (psychiatria)	Hamują receptor D2, działają antycholinergiczne oraz alfa-1 adrenolitycznie. Prowadzi to do dyskinezy rzęsek oraz zagęszczenia wydzieliny oskrzelowej i w efekcie może wpływać na odruch kaszlowy
Haloperidol (psychiatria)	Wpływa na odruch kaszlowy. W przypadku wystąpienia kaszlu wskazana jest zamiana na inny neuroleptyk

Najważniejszymi czynnikami ryzyka wystąpienia kaszlu indukowanego farmakoterapią są:

— zaawansowany wiek pacjenta,

— współwystępowanie chorób obturacyjnych układu oddechowego (szczególnie, gdy nie są optymalnie kontrolowane farmakologicznie),

— niewyrównana cukrzyca typu II (z uwagi na zmiany w farmakokinetyce leków),

— współwystępowanie alergii,

— politerapia oparta na kojarzeniu leków, które mogą sumować swoje profile działań niepożądanych. Na przykład podczas stosowania amlodypiny, omeprazolu, fenotiazyn, a także haloperidolu współdziałania mogą doprowadzić do podwyższenia stężeń tych leków we krwi, co w praktyce prowadzi do podniesienia ryzyka wystąpienia kaszlu.

Kaszel indukowany farmakoterapią ustępuje najczęściej po kilku dniach od zaprzestania stosowania leku. W przypadku kaszlu indukowanego farmakoterapią pomocne może okazać się włączenie lewodropropizyny, która jako lek wpływający na poziom neurokinin może regulować mechanizmy indukcji kaszlu polekowego.

Puenta: kaszel może mieć swoje źródło w farmakoterapii i nie wolno zapominać o możliwym polekowym tle tego objawu.

Czy niepracujący lekarz emeryt może wystawić L4

Chyba każdy zetknął się z powiedzeniem „Lekarzu, lecz się sam" („Medice, cura te ipsum"). Rzeczywiście, wszyscy lekarze posiadają uprawnienia, aby leczyć siebie i swoich najbliższych. Przykładem tego jest możliwość wystawiania recept *pro auctore* i *pro familiae*. Skoro zatem lekarz na emeryturze, niewykonujący działalności leczniczej (tj. nigdzie niezatrudniony i nieprowadzący praktyki lekarskiej) ma prawo wykonywać zawód lekarza, tzn. badać stan zdrowia, rozpoznawać choroby i leczyć siebie i swoich najbliższych przez ordynowanie leków, to dlaczego nie miałby możliwości wystawienia także zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy, zwanego potocznie L4? Czy coś stoi temu na przeszkodzie?

Odpowiadając na zadane pytanie, należy odnieść się do przepisów regulujących recepty *pro auctore* i *pro familiae* oraz określających zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich i orzekania o niezdolności do pracy z tytułu choroby. Możliwość wystawiania tych dwóch rodzajów recept została wprowadzona przepisami ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 977 t.j. ze zmian.). Określiła ona reguły wypisywania przez lekarza recept dla siebie (recepta *pro auctore*) oraz w sposób precyzyjny określiła, komu lekarz może wystawić receptę poza wykonywaną przez siebie działalnością leczniczą, wskazując: małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej – do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej (recepta *pro familiae*). Warunki wystawiania recept *pro auctore* i *pro familiae* zostały doprecyzowane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz.U.2020.2424). Natomiast zasady prowadzenia dokumentacji medycznej, związanej z tymi receptami, doczekały się odrębnej regulacji – rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666 tj. z zmian.), które wprowadziło dla recept *pro auctore* i *pro familiae* procedury uproszczone.

W przeciwieństwie do przepisów prawa odnoszących się do wystawiania recept, przepisy regulujące wystawianie zaświadczeń lekarskich nie utworzyły odrębnej kategorii zaświadczeń wydawanych przez lekarza dla siebie i swoich najbliższych poza miejscem wykonywania przez niego działalności leczniczej. Zgodnie z art. 54 z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2021 r. poz. 1133 t.j. ze zmian.), aby lekarz mógł wystawić tzw. L4, winien posiadać upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w formie decyzji. Ponadto, ustawa wyraźnie określa, że: *orzekanie przez lekarza o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny:*

1) następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny;

2) jest dokumentowane w dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Lekarz będący na emeryturze, niewykonujący działalności leczniczej (tj. nigdzie niezatrudniony i nieposiadający praktyki lekarskiej) wprawdzie może bezpośrednio zbadać pacjenta, lecz nie ma możliwości prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ponieważ ustawodawca nie wyodrębnił zasad jej prowadzenia dla lekarza (wydającego zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy dla siebie samego lub członków najbliższej rodziny). Nawet gdyby lekarz uzyskał upoważnienie do wystawiania zaświadczeń zgodnie z ustawą, w razie kontroli ZUS-u nie mógłby uzasadnić prawidłowości wystawienia dokumentu z powodu braku prawidło-

wo prowadzonej dokumentacji medycznej. A to naraziłoby go na postępowanie odszkodowawcze.

Konkludując, lekarz ma możliwość ordynowania leków i wystawiania recepty *pro auctore* i *pro familiae* na podstawie odrębnej regulacji, która dotyczy także lekarza będącego na emeryturze i nieprowadzącego działalności leczniczej. Natomiast zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy niepracujący lekarz emeryt już wystawić nie może. Takiego prawa nigdzie mu nie zagwarantowano.

mec. Anna Gut

Cyberbezpieczeństwo i teleinformatyka w ochronie zdrowia – nowe rozwiązania

Realizacja zadań z zakresu opieki zdrowotnej w znacznym stopniu związana jest dziś z koniecznością wykorzystania nowoczesnych technologii cyfrowych czy teleinformatycznych (np. teleporady, e-recepty czy e-skierowania). System ochrony zdrowia generuje szereg danych gromadzonych na nośnikach cyfrowych oraz przetwarzanych w coraz bardziej skomplikowanych systemach teleinformatycznych. Przy niewątpliwych korzyściach z tego typu rozwiązań ilość danych oraz ich, także komercyjna, wartość rodzą szereg niebezpieczeństw związanych z ryzykiem zniszczenia, kradzieży czy nieuprawnionej modyfikacji danych i o takich przypadkach słyszymy praktycznie codziennie. Właściwe zabezpieczanie danych medycznych wymaga więc od podmiotów leczniczych podjęcia szeregu działań – zapewnienia odpowiedniego sprzętu, oprogramowania, personelu i warunków organizacyjnych. Określone obowiązki w tym zakresie spoczywają także na organach władz publicznych jako organizatorach systemu opieki zdrowotnej.

Jednym z podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań w ww. obszarze jest Centrum e-Zdrowia, które działa jako podległa Ministrowi Zdrowia państwowa jednostka budżetowa (*por. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 czerwca 2020 r., Dz. Urz. MZ.2020.42*).

Przedmiotem działalności Centrum jest w szczególności:

a) budowa, wdrażanie, rozwój i utrzymanie systemów teleinformatycznych i udostępnianie e-usług dla pacjentów, osób wykonujących zawód medyczny oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

b) monitorowanie planowanych, budowanych oraz funkcjonujących systemów teleinformatycznych na poziomie centralnym i regionalnym,

c) współpraca i wymiana informacji dotyczących tworzonych i wykorzystywanych rozwiązań z zakresu e-usług publicznych z innymi podmiotami publicznymi,

d) opracowywanie analiz, raportów opinii oraz wkładów do dokumentów, w tym projektów aktów prawnych lub założeń aktów prawnych,

e) proponowanie celów i priorytetów rozwoju e-zdrowia w Polsce i inicjowanie działań ukierunkowanych na ich realizację,

f) pełnienie funkcji podmiotu odpowiedzialnego za funkcjonowanie lub techniczno-organizacyjną obsługę systemów teleinformatycznych w zakresie określonym w aktach prawnych.

Centrum e-Zdrowia zarządza *„(...) ponad 50 centralnymi systemami IT, w tym systemem e-zdrowie (P1), rejestrami medycznymi (m.in.: RPWDL, RHF, RA, RPL, RAM), systemami wspomagającymi profilaktykę i leczenie (m.in.: EWP, e-krew, Poltransplant) oraz dziedzinowymi systemami teleinformatycznymi (m.in.: SOLR, SOID, EPLOZ, SMZ, ZSMOPL)"*.

W maju br. Centrum e-Zdrowia przedstawiło raport pt. „Plan działania w zakresie cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia", zawierający rekomendacje w zakresie budowy systemów cyberbezpieczeństwa (elementy prawno-organizacyjne i techniczne), których *„celem jest ułatwienie tworzenia i doskonalenia systemów bezpieczeństwa informacji w placówkach ochrony zdrowia*". Zalecenia te kierowane są do wszystkich podmiotów odpowiedzialnych w zakresie realizacji zadań w ochronie zdrowia, szczególnie tych o charakterze publicznym. Dotyczą one m.in. zasad postępowania w przypadku stwierdzenia ataku typu ransomware (złośliwe zablokowanie dostępu do systemu komputerowego), konieczności przeprowadzania audytu bezpieczeństwa; architektury cyberbezpieczeństwa (ochrony antywirusowej, bezpiecznej poczty elektronicznej, zapór systemowych, chmurowego systemu ochrony LAN/WAN; systemu kopii bezpieczeństwa itd.). W podsumowaniu autorzy Planu zwracają uwagę, że *„(...) systemy cyberbezpieczeństwa, tak jak metody ataków w cyberprzestrzeni, podlegają ciągłym zmianom. Jest to proces ciągły i nie można mieć skutecznego systemu cyberbezpieczeństwa zbudowanego raz na zawsze*".

W odniesieniu m.in. do rekomendacji przedstawionych w ww. Planie, Zarządzeniem z 20 maja 2022 r. (NR 68/2022/BBIICD) w sprawie *finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców*, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określił warunki przyznawania i rozliczania środków na ten cel. Finasowanie przyznawane ma być świadczeniodawcom będącym podmiotami leczniczymi (*por. art. 4 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej*) prowadzącymi szpital i posiadającymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z NFZ, obowiązującą w 2021 i 2022 r., na leczenie szpitalne, rehabilitację leczniczą, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, lecznictwo uzdrowiskowe.

Finansowanie obejmie wydatki świadczeniodawców ponoszone od 29 kwietnia 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. i podnoszące poziom bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych, a polegające na wykonaniu co najmniej jednej z następujących czynności:

1) Zakup i wdrożenie systemów teleinformatycznych, w tym urządzeń, oprogramowania i usług zapewniających prewencję, reakcję i detekcję zagrożeń cyberbezpieczeństwa, w szczególności:

a) systemów kopii bezpieczeństwa, odmiejscowienia kopii, segmentacji w celu odseparowania urządzeń backupu, zapewnienia mechanizmów weryfikacji poprawności i odtwarzalności kopii i backupu,

b) systemów antywirusowych dla stacji roboczych i serwerów;

c) systemów kontroli dostępu administracyjnego,

d) urządzeń i oprogramowania typu firewall,

e) systemów zapewniających bezpieczny system poczty elektronicznej.

2) Zakup usługi wdrożenia i konfiguracji urządzeń i oprogramowania oraz wsparcia eksperckiego w zakresie cyberbezpieczeństwa;

3) Zakup usługi skanów podatności, w zakresie sprecyzowanym w materiale referencyjnym „Plan działania w zakresie cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia";

4) Zakup szkolenia lub szkoleń w zakresie cyberbezpieczeństwa skierowanych do kadry zarządzającej świadczeniodawcą oraz osób zatrudnionych u świadczeniodawcy w zakresie podstawowej świadomości bezpieczeństwa IT, w tym np.: ochrony przed zaawansowanymi atakami przez pocztę i WWW oraz tworzenia i zarządzania polityką haseł i tożsamości.

Zgodnie z Zarządzeniem ww. czynności mogą zostać objęte finansowaniem wyłącznie w przypadku wykazania się przez świadczeniodawcę audytem bezpieczeństwa – zwiększenia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych. Określono również inne wymagania związane z pozyskaniem ww. finansowania, graniczne kwoty dotacji dla jednego świadczeniodawcy i zasady rozliczenia środków oraz załączono wzór wniosku i umowy o to finansowanie ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Podsumowując należy podkreślić, że różny stopień informatyzacji, jak również konieczność ciągłej aktualizacji poziomu bezpieczeństwa bez wątpienia już w chwili obecnej stanowią dla jednostek ochrony zdrowia poważne wyzwanie. Przedstawione rozwiązania, choć niewątpliwie są krokiem w dobrym kierunku, mają charakter wycinkowy i tylko w niewielkim stopniu mogą zaspokajać potrzeby jednostek ochrony zdrowia na wsparcie organizacyjne i finansowe w tym zakresie. W wypowiedziach ekspertów przewijają się wyraźne głosy, że pomoc taka powinna być skierowana również dla innego rodzaju placówek medycznych, które także zobowiązane są do stosowania rozwiązań informatycznych.

mgr Dariusz Dziubina

Krosno

Centrum Medyczne Szpital Medyk w Zimnej Wodzie to nowa placówka Centrum Medyk, które od ponad 33 lat świadczy usługi medyczne dla mieszkańców Podkarpacia. Do tej pory oferowało pomoc z zakresu POZ, medycyny pracy, stomatologii, rehabilitacji, diagnostyki i profilaktyki. Szpital Medyk w Zimnej Wodzie służyć będzie pacjentom m.in. po urazach ortopedycznych. Jego kadrę stanowi 10 lekarzy ortopedów i traumatologów, urolog, laryngolog, chirurg, anestezjolog, pielęgniarki ze specjalnością operacyjną, anestezjologiczną i intensywnej opieki oraz radiolog i diagnosta obrazowy wykonujący badania USG. Kierownikiem zespołu jest lek. Andrzej Iwaniec, specjalista ortopedii i traumatologii. W szpitalu znajdują się trzy oddziały – laryngologiczny dzieci i dorosłych, ortopedii i traumatologii oraz chirurgii, a także cztery gabinety specjalistyczne, w tym urologiczny. Pacjenci mogą również wykonać badania USG.

Fiat doblo, który przez 13 lat służył przychodni w Jedliczach, ale nadal jest w bardzo dobrym stanie technicznym, został 19 maja oficjalnie przekazany Towarzystwu Kultury Polskiej Ziemi Lwowskiej, oddział w Łanowicach. Ambulans transportowy jeszcze tego samego dnia wyjechał do Ukrainy. Walery Tracz, prezes TKPZL Łanowice, który do Jedlicz przyjechał z przedstawicielami służby medycznej z obwodu samborskiego, podkreślał, że wszystkie karetki, które wcześniej były do dyspozycji mieszkańców 32 wiosek, zostały przekazane na front. Wyraził też nadzieję, że ta karetka na froncie jednak potrzebna nie będzie.

Gmina Jedlicze od lat współpracuje z Towarzystwem. Teraz w każdy możliwy sposób stara się okazać wsparcie przyjaciołom z dotkniętej wojną Ukrainy. *(Źródło: Portal Krosno112)*

3 czerwca Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku nadała prof. dr. hab. n. med. Ireneuszowi Koteli tytuł doktora honoris causa. Prof. Ireneusz Kotela to wybitny lekarz, kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWIA w Warszawie, związany zawodowo także z sanockim szpitalem i naukowo z sanocką uczelnią. Jego działalność naukowa w dziedzinie ortopedii

i traumatologii narządu ruchu pozwoliła na wprowadzenie i rozwinięcie nowoczesnych technik w praktyce klinicznej – wyróżnić tu można np. techniki związane z zastosowaniem innowacyjnych biomateriałów, opracowanie diagnostyki i metod leczenia zmian zwyrodnieniowych dużych stawów, zwłaszcza kolanowego, oraz wdrożenie standardów leczenia chorych z hemofilią, poddanych endoprotezoplastyce. Prof. Kotela od roku 2012 regularnie konsultuje i leczy pacjentów z Sanoka i okolic, wykonując w SP ZOZ zabiegi endoprotezoplastyki stawów biodrowych.

27 i 28 maja w Delegaturze w Krośnie odbyły się kursy „Psychologiczne bezpieczeństwo lekarza i lekarza dentysty w rzeczywistości post-covidowej” oraz „Sztuka autoprezentacji i kreowania wizerunku”. Prowadziła je prof. Alicja Gałązka.

11 czerwca odbył się kolejny kurs – „Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym”, który obejmował wykłady i ćwiczenia sytuacyjne na fantomach. Po zakończonym szkoleniu uczestnicy otrzymali certyfikat i 8 punktów edukacyjnych.

W dniach 11-12 czerwca br. na kortach Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji w Krośnie odbył się kolejny Turniej Tenisowy Lekarzy o Puchar Prezesa ORL w Krakowie. Serdecznie dziękuję kol. dr. Wojciechowi Kolanko za organizację tego Turnieju.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie

Nowy Sącz

Pożegnaliśmy covidowego wirusa (ciekawe na jak długo?) i nareszcie można spotykać się bez pośrednictwa elektroniki. Najszybciej skorzystali z tej możliwości członkowie Klubu Seniora, którzy w czerwcu uczestniczyli w dwóch wydarzeniach artystycznych. 7 czerwca byli na występie Andre Rieu w krakowskiej Tauron Arenie, a 12 czerwca na spektaklu „Marzenia polskie" w Starym Teatrze w Krakowie. Natomiast w lipcu wybierają się do Stadniny Koni Huculskich w Regetowie na Wakacyjne Spotkania z Operą, by obejrzeć spektakl „Vivat Opera! Vivat Operetka!".

W dniach 21 i 22 maja zorganizowaliśmy w Delegaturze kurs ALS, który odbył się przy niezbyt dużej frekwencji, co dziwi, gdyż jest on obowiązkowy w trakcie stażu specjalizacyjnego.

3 czerwca dr Tadeusz Wójcikiewicz przedstawił w siedzibie Delegatury wykład pod frapującym tytułem „Problemy etyczne leczenia w okresie kończącego się życia". To spotkanie też przyciągnęło niewielką liczbę słuchaczy. Wśród nich znaleźli się jednak członkowie Komisji Etyki Lekarskiej nowej kadencji, którzy w tym samym czasie zakończyli w Delegaturze swoje pierwsze spotkanie.

Miejmy nadzieję, że nic złego się nie wydarzy – właśnie prowadzimy zapisy na spektakle w ramach 55. Festiwalu Jana Kiepury w Krynicy-Zdroju, który odbędzie się w dniach 6-13 sierpnia. Podobnie jak w poprzednich latach, zakup biletów dofinansuje krakowska Izba Lekarska.

W okresie wakacyjnym działalność Delegatury w naturalny sposób zostanie ograniczona, ale po wakacjach na pewno znów pojawią się nowe inicjatywy.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu

Przemyśl

W maju w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu otwarto zmodernizowane oddziały: chirurgii ogólnej z pododdziałem chirurgii onkologicznej i urologii z pododdziałem urologii onkologicznej oraz pracowni endoskopowej. Wymieniono instalacje, sprzęt sanitarny i elektryczny, okładziny podłogowe, ścienne i sufitowe, stolarkę drzwiowa. Zakupiono też aparat RTG z ramieniem C, stół operacyjny, aparat do znieczulania, łóżka, wózki specjalistyczne reanimacyjne i zabiegowe. Łączny koszt inwestycji to 3 512 308 zł, z czego 3 mln 50 tys. zł stanowiła dotacja z Urzędu Marszałkowskiego.

Jednak to nie koniec – właśnie zakończono modernizację oddziału rehabilitacji, a w najbliższym czasie rozpoczęty zostanie remont „chirurgii naczyniowej" oraz montaż klimatyzacji centralnej w szpitalu. W ramach programu „Dostępność plus" pojawią się też nowe windy oraz inne usprawnienia dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami oraz matek z małymi dziećmi.

Szpital Wojewódzki w Przemyślu

19 maja odbyło się uroczyste przekazanie nowej karetki Szpitalowi na Monte Cassino. Pojazd podarowało placówce szefostwo i pracownicy firmy Festul Polska.

Dar dla szpitala jest nagrodą dla mieszkańców za bezinteresowną, niezwykle sprawną pomoc udzielaną uchodźcom. Właśnie to było inspiracją do przekazania sprzętu Przemyślowi. Zakupiony przez spółkę ambulans ratunkowy WAS Polska to nowoczesny pojazd do transportu medycznego, zbudowany w oparciu o samochód Volkswagen Crafter Typ C. Jego wartość wraz z wyposażeniem to ponad 461 tys. zł.

W czerwcu Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu po raz kolejny otrzymało certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia. Na 950 wszystkich szpitali w Polsce tylko 176 posiada taki certyfikat, dostają go jedynie szpitale wyróżniające się najwyższymi standardami w zakresie opieki nad pacjentami, bezpieczeństwem i jakością wykonywanych świadczeń, ale również stosujące narzędzia do ciągłego nadzoru oraz analizy procesów terapeutycznych.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu

Postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej tytuł profesora nauk medycznych otrzymali

w dniu 20 kwietnia 2022 r.
dr hab. Grzegorz Kopeć
dr hab. Ewa Zuba-Surma

w dniu 18 maja 2022 r.
dr hab. Jan Bilski

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego z dnia 17 maja 2022 r. został nadany stopień doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne

dr Ewie Jasek-Gajdzie

Wykaz stopni doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu, nadanych przez Radę Dyscypliny Nauki medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego w dniu 12 kwietnia 2022 r.

lek. Magdalena Dębicka-Kumela
„Application assessment of an algorithmic method based on pattern analysis in diagnosing conjunctival pigmented lesions" („Ocena wykorzystania algorytmu analizy wzorca w diagnostyce zmian barwnikowych spojówki") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Bożena Romanowska-Dixon

lek. Michał Harańczyk
„Pulmonary hemodynamics in obstructive sleep apnea patients" („Hemodynamika krążenia płucnego u pacjentów z obturacyjnym bezdechem sennym") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Wojciech Płazak, prof. UJ

lek. Jakub Hołda
„Topographical anatomy of the right atrial appendage vestibule and its isthmuses" („Anatomia topograficzna cieśni uszka prawego przedsionka") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Jerzy Walocha

lek. Anna Kędziora
„The role of cyclic lactate serum measurements in monitoring early postoperative course among patients after heart transplantation" („Rola cyklicznych pomiarów stężeń anionu kwasu mlekowego w surowicy w monitorowaniu wczesnego przebiegu pooperacyjnego u chorych po przeszczepieniu serca") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Karol Wierzbicki
Promotor pomocniczy: dr Jacek Piątek

lek. Paweł Kozieł
„Risk factors control in patient with coronary artery disease" („Kontrola czynników ryzyka u osób z chorobą niedokrwienną serca") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Piotr Jankowski

lek. Barbara Wasyl-Nawrot
„Selected problems related to increasing incidence of Type 1 Diabetes Mellitus in children and adolescents" („Wybrane problemy związane ze zwiększającą się zapadalnością na cukrzycę typu 1 u dzieci i młodzieży") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Małgorzata Wójcik

w dniu 17 maja 2022 r.

mgr Paulina Dudzik
„Epigenetic regulation of the CD146 gene (MCAM), a potential inducer of epithelial-mesenchymal transition in human tumor cells" („Epigenetyczna regulacja genu CD146 (MCAM), potencjalnego induktora przejścia epitelialno-mezenchymalnego w ludzkich komórkach nowotworowych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Piotr Laidler

lek. Grzegorz Hudzik
„Zakażenia i choroby zakaźne przenoszone drogą pokarmową u osób zamieszkujących województwo śląskie" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Elżbieta Grochowska-Niedworok

lek. Katarzyna Kaleta
„Epidemiology, risk factors, and novel immunohistochemical approach aiming to undercover the pathogenesis of selected diseases of the pilosebaceous units (acne inversa and acne vulgaris)" („Epidemiologia, czynniki ryzyka oraz nowe podejście immunohistochemiczne mające na celu poznanie patogenezy wybranych chorób mieszków włosowych (acne inversa i acne vulgaris) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Anna Wojas-Pelc

Sprostowanie
W ostatnim wydaniu „GGL", w zestawieniu osób, które 15 lutego br. otrzymały tytuł doktora, błędnie podaliśmy imię pani **dr Klaudii Sowuli-Musiał**, za co serdecznie przepraszamy.

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

organizowane przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego na Wydziale Lekarskim w okresie lipiec – wrzesień 2022 roku

Rekrutację na kursy specjalizacyjne prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl

Alergologia
Diagnostyka chorób alergicznych
22-23.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Ewa Czarnobilska, prof. UJ

Chirurgia ogólna
Podstawy opieki geriatrycznej
9.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

Chirurgia szczękowo-twarzowa
Choroby ślinianek - rozpoznawanie, różnicowanie, leczenie
21-23.09.2022
Kierownik naukowy:
prof. Jan Zapała

Choroby wewnętrzne
Geriatria
29-30.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

Choroby zakaźne
Diagnostyka mikrobiologiczna. Zakażenia szpitalne i zawodowe
19-20.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Agnieszka Chmielarczyk

Geriatria
Wielkie problemy geriatryczne
22-23.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

Ginekologia onkologiczna
Nowotwory szyjki macicy
26.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Tomasz Banaś

Nowotwory sromu i pochwy
27.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Paweł Basta

Zasady leczenia paliatywnego oraz opieki nad chorymi w terminalnym okresie choroby
29.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Tomasz Banaś

Hipertensjologia
Leczenie nadciśnienia tętniczego
12-15.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Agnieszka Olszanecka, prof. UJ

Nadciśnienie tętnicze u dzieci, młodzieży i kobiet
22-23.09.2022
Kierownik naukowy:
prof. Marek Rajzer

Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie hipertensjologii
26-29.09.2022
Kierownik naukowy:
prof. Marek Rajzer

Kardiologia
Farmakoterapia chorób sercowo-naczyniowych
19-21.09.2022
Kierownik naukowy:
dr Bernadeta Chyrchel

Patofizjologia chorób sercowo-naczyniowych
26-30.09.2022
Kierownik naukowy:
dr Bernadeta Chyrchel

Medycyna paliatywna
Zasady diagnostyki i leczenia bólu
26-28.09.2022
Kierownik naukowy:
dr Iwona Filipczak-Bryniarska

Medycyna sądowa
Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach karnych, cywilnych i ubezpieczeniowych, część II
5-9.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Tomasz Konopka

Mikrobiologia lekarska
Zakażenia grzybicze – etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka i terapia zakażeń
26-29.09.2022
Kierownik naukowy:
dr Paweł Krzyściak

Wszystkie specjalizacje:
Zdrowie publiczne
12-21.09.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Mariusz Duplaga, prof. UJ

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY DENTYSTÓW

Chirurgia stomatologiczna
Podstawy diagnostyki i leczenia w chirurgii stomatologicznej
19-23.09.2022
Kierownik naukowy:
prof. Tomasz Kaczmarzyk

Onkologia jamy ustnej i części twarzowej czaszki
26-30.09.2022
Kierownik naukowy:
prof. Tomasz Kaczmarzyk

Periodontologia
Choroby błony śluzowej jamy ustnej i profilaktyka onkologiczna
26-30.09.2022
Kierownictwo naukowe:
dr Karolina Ścisłowska

Protetyka stomatologiczna
Zaburzenia morfologiczno-czynnościowe US – diagnostyka i leczenie
4-13.07.2022
Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Ocalić od zapomnienia

Szymborska, Poświatowska, Lipska, Lem, Miłosz, Gałczyński, Mrożek, Dygat, Neruda, Steinbeck, Sartre, Komeda, Karolak – to tylko kilku z bardzo wielu wybitnych twórców, którzy mieszkali lub często bywali w Domu Literatów przy ul. Krupniczej 22 w Krakowie, nieopodal siedziby krakowskiej Izby Lekarskiej. Znacznie dłuższy spis znamienitych lokatorów i bywalców tej kamienicy zamieszczono na dwóch pamiątkowych tablicach, jakie 15 maja odsłonięto w pomieszczeniach dawnej „stołówki" literackiej, obecnie restauracji Mazaya, staraniem prof. Waldemara Hładkiego, prezesa Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, przewodniczącego Zespołu ds. Kultury ORL w Krakowie.

Na zdjęciu od lewej: prof. Waldemar Hładki, Jan Polewka, prof. Gabriela Matuszek-Stec (Stow. Pisarzy Polskich), Józef Baran, prof. Janina Pituch-Noworolska, Agnieszka Staniszewska-Mol (dyr. Biblioteki Kraków), Marek Wawrzkiewicz.

Przy Krupniczej 22 przez kilka powojennych dekad zbierała się artystyczna śmietanka ówczesnej Polski, bywali znamienici goście z zagranicy. W latach 1945-1995 mieścił się tu bowiem Dom Literatów, należący do Związku Literatów Polskich. Pomieszczenia na parterze służyły jako stołówka, miejsce spotkań i sala koncertowa, gdzie np. debiutowała Ewa Demarczyk, występowali Komeda czy Karolak. Na piętrze znajdowały się biura ZLP i biblioteka, a w oficynach – mieszkania dla literatów i ich rodzin, z których na przestrzeni lat skorzystało ponad 100 osób, m.in. Szymborska, Mrożek, Kisielewski, Brandys, Dygat, Słomczyński i wiele innych osobistości świata kultury.

Tę wspaniałą historię postanowił upamiętnić prof. Waldemar Hładki, który, jak sam wyznał, jadając tu, niekiedy nie mógł przejść obojętnie wobec faktu, iż współcześni goście lokalu nie mają pojęcia, jaka aura ich otacza. W pomieszczeniach dawnej stołówki, z udziałem znamienitych gości, m.in. prezesa Związku Literatów Polskich Marka Wawrzkiewicza, Jana Polewki i Józefa Barana oraz członków UPPL, nie tylko odsłonięto uroczyście pamiątkowe tablice, ale też, dzięki uprzejmości obecnych właścicieli lokalu, otwarto w restauracji Mazaya symboliczną, pierwszą filię biblioteki Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Na specjalnych regałach znalazło się kilkadziesiąt pozycji, głównie tomików poetyckich autorstwa członków UPPL.

(tekst i zdjęcie: JGH)

UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE

MEDYCZNE CENTRUM
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

OFERTA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

W ROKU AKADEMICKIM 2022/2023

Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego
na Wydziale Lekarskim

- Antropologia sądowa w praktyce
- Antybiotyki i zarządzanie lekiem przeciwdrobnoustrojowym – antibiotic stewardship
- Badania kliniczne – metodologia, organizacja i zarządzanie
- Biostatystyka – podstawy statystyki w badaniach medycznych
- Geriatria i opieka długoterminowa
- Koloproktologia praktyczna
- Kontrola zakażeń w jednostkach opieki zdrowotnej
- Medycyna bólu
- Medycyna ekstremalna i medycyna podróży
- Medycyna górska
- Podstawy psychoterapii
- Psychogeriatria z elementami neuropsychologii
- Psychoonkologia w praktyce klinicznej
- Szczegółowe zagadnienia psychoterapii
- Żywienie w zdrowiu i chorobie – dietetyka kliniczna

mckp.uj.edu.pl **studiamckp@uj.edu.pl**

Wstydliwe przyjemności z Jamsem Bondem w roli głównej

007elements James Bond Cinematic Installation – muzeum otwarte w alpejskiej dolinie Ötztal, to miejsce, które warto zapisać w kalendarzu wakacyjnych przygód.

Każdy ma jakieś *guilty pleasure*. Ja swoją wstydliwą przyjemność wyjawię na samym początku, żeby nie było wątpliwości. Mam słabość do Jamesa Bonda i nic na to nie poradzę. Dlatego musiałam zobaczyć 007elements James Bond Cinematic Installation, czyli otwarte w alpejskiej dolinie Ötztal nowoczesne muzeum poświęcone agentowi 007. Powstało ono na szczycie góry Gaislachkogel (3048 m n.p.m), wznoszącej się nad austriackim kurortem Sölden, doskonale znanym narciarzom. Nie trzeba jednak zakładać desek, by ruszyć śladem przygód niezniszczalnego bohatera. W lecie też jest przyjemnie odwiedzić związane z nim miejsca.

Nieprzypadkowo 007elements powstał na górze Gaislachkogel, gdzie wjeżdża się z Sölden kolejką. Kilka lat temu trafili w to miejsce wysłannicy reżysera Sama Mendesa, którzy ruszyli w świat w poszukiwaniu plenerów do filmu „Spectre". Tak się złożyło, że zjedli lunch w tamtejszej restauracji Ice Q, która ze swoimi przeszklonymi wnętrzami, pozwalającymi spoglądać na szczyty Alp, wygląda jak żywcem wzięta z filmów *science fiction*. Gdy ją zobaczyli, zdecydowali, że tu będzie rozgrywać się scena, w której agent jej królewskiej mości w osobie Daniela Craiga trafia do położonej w górach, luksusowej kliniki Hofflera. „Czym się pan zajmuje, panie Bond?" – pyta go terapeutka, a on odpowiada: „To nie jest coś, co dobrze wygląda w formularzu. Zabijam ludzi". Warto sobie przypomnieć ten fragment, zanim wybierzecie się w podróż. Tak jak kolejne sceny pościgów, odbywające się na górskiej drodze wzdłuż doliny.

Ci, którzy nie odrobią tej przyjemnej bez dwóch zdań lekcji, będą mogli zobaczyć fragmenty „Spectre" w jednej z sal kinowych znajdujących się w 007elements James Bond Cinematic Installation. To wydrążone w skale muzeum przypomina nowoczesny bunkier, do którego wchodzimy

fot. 007elements

fot. 007elements

tunelem, by zanurzyć się w ciemności betonowych przestrzeni, to znowu trafiać do jasnych pomieszczeń, gdzie przez szklane szyby wpada słońce, oświetlające wręcz filmowo alpejskie krajobrazy. Wizyta w muzeum zaplanowana jest niczym podróż przez naszpikowane elektroniką i gadżetami bondowskie światy. Odwiedzając multimedialne sale, za pomocą ruchu ręki możemy uaktywnić komputery, na ekranach których wyświetlane są kulisy powstawania filmowej serii. Dowiemy się tu, jak tworzono efekty specjalne, jak montowano poszczególne kadry, nakładając na siebie kolejne elementy, by uzyskać ostateczny kształt obrazu.

Możemy tam spędzić sporo czasu, chyba że nasz wzrok przyciągną oryginalne gadżety, którymi posługiwał się agent 007. A jest to choćby wybuchowy zegarek Omega czy złoty pistolet. Obok znajdziemy strój narciarski głównego bohatera, a nieopodal trafimy na wrak samolotu, który został podwieszony do sufitu i tworzy coś w stylu rozsypującej się instalacji. Stojąc przy nim, możemy sobie przypomnieć zapierające dech sceny z filmu, kiedy ów pojazd przelatywał między szczytami pod gradem spadających na niego kul.

Wiem, może to brzmi niepoważnie i 007elements powinnam polecać przede wszystkim dzieciom, ale naprawdę bawiłam się tam doskonale. Choć finał tej alpejskiej przygody pozostawiam już tylko osobom pełnoletnim. Otóż martini, oczywiście wstrząśnięte niezmieszane, wypite w restauracji Ice Q, smakuje jak jedyny w swoim rodzaju uśmiech Daniela Craiga.

Magda Huzarska-Szumiec

Utopce, strzygi, niebieskie koty, czyli fantastyczne światy Teofila Ociepki

Wystawa zatytułowana „Ze snu czy z ducha?" w Muzeum Żup Krakowskich w Wieliczce pozwala poznać twórczość malarza o nieokiełznanej wyobraźni.

Jeżeli kogoś dziwi fakt, że koń bywa czerwony, a futerko kota przybrało niebieski odcień, jeżeli ktoś ma problem z tym, że jeżozwierz szczerzy zęby na lwa albo że mały smok zaprzyjaźnia się z ukrytym w dziupli futrzakiem i że nagle, nie wiadomo skąd, pojawiają się w lesie utopce, strzygi czy mityczne pegazy, to malarstwo Teofila Ociepki pewnie nie jest dla niego. Jeśli jednak jesteście otwarci na wejście w świat nieokiełznanej wyobraźni twórcy, zanurzenie się w feerii mocno skontrastowanych kolorów, to koniecznie wybierzcie się do Muzeum Żup Krakowskich w Wieliczce, gdzie do 31 sierpnia można oglądać wystawę jego obrazów zatytułowaną „Ze snu czy z ducha? Fantastyczne malarstwo Teofila Ociepki". Pokazywane na niej prace zostały wypożyczone z kolekcji prywatnych i zbiorów Muzeum Śląskiego.

fot. Muzeum Żup Krakowskich, D. Kołakowski

Katowicka instytucja posiada najwięcej obrazów Mistrza z Janowa – jak nazywano Teofila Ociepkę. Nic dziwnego, bo pochodzi on z górniczej rodziny, choć sam raczej nie zjeżdżał do kopalni, pracując na powierzchni jako maszynista elektrowni. Ale to, co działo się pod ziemią, rozpalało jego

wyobraźnię, podobnie jak opowieści dziadka o ludowych śląskich wierzeniach, które poznawał podczas wspólnych spacerów po lasach. Wtedy to w głowie chłopca rodziły się wizje fantastycznych stworów, które dziś możemy oglądać na jego obrazach.

Ale zanim zaczął utrwalać je na płótnie, musiał przejść długą drogę i duchową przemianę. Zaczęła się ona podczas I wojny światowej, kiedy został wysłany na front południowy do Transylwanii. Ranny trafił do lazaretu, gdzie w ręce wpadła mu książka niemieckiego teologa Athanasiusa Kirchera „Siedemdziesiąt dwa imiona Boga". Choć Ociepka miał tylko podstawowe wykształcenie, zaczął za jej pośrednictwem zgłębiać wiedzę tajemną, zwracając się w stronę okultyzmu. Znalazł sobie duchowego mistrza, szwajcarskiego ezoteryka Filipa Hohmanna, który utwierdził go w przekonaniu, że świat odbierany zmysłami nie jest jedynym istniejącym światem, i przekonał też do tego, by zaczął malować światy równoległe. I tak Ociepka stanął po raz pierwszy przed sztalugami.

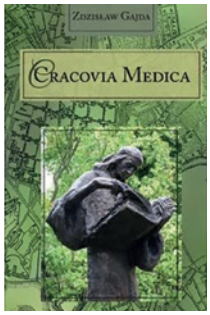
Początkowo jego obrazy były dosyć nieudolne, ponieważ nie znał techniki malarstwa olejnego. Ale już wtedy można było dostrzec talent przyszłego artysty. Wybuchnął on ze zdwojoną siłą, gdy poznał pisarkę i muzę paryskich artystów, Izabelę Czajkę-Stachowicz. Dzięki niej nauczył się warsztatu. Odkąd została jego mecenasem, obrazy Ociepki zaczęły pojawiać się w kolekcjach polskich i zagranicznych. U nas kupił jedno z jego dzieł Julian Tuwim, wzbudzając wśród śmietanki kulturalnej i towarzyskiej modę na śląskiego malarza, choć już wcześniej Mistrza z Janowa zaczęto doceniać na Zachodzie, gdzie od dłuższego czasu fascynowano się malarstwem naiwnym.

W twórczości Ociepki doceniano to, co dziś nas też w niej pociąga – baśniowość światów, która współgra tu z niezwykłą symboliką. Tak jak choćby na obrazie „Góra prawdy", który możemy zobaczyć na wielickiej wystawie. Widzimy tu dominującą nad wszystkim górę, u stóp której toczy się normalne życie – ktoś biesiaduje, ktoś się bije, ktoś całuje. Ta prawda, która znajduje się na szczycie góry, zupełnie nie leży w kręgu zainteresowań przedstawionych ludzi. Może też dlatego, że niełatwo jest ją zdobyć. By do niej dotrzeć, trzeba wspiąć się po stopniach pewnego wtajemniczenia ezoterycznego. Na dodatek ta prawda na obrazie oddzielona jest od zwykłych zjadaczy chleba obłokiem. Jeśli się przejdzie przez niego, to widać ją w postaci Trójcy Świętej. Mamy tu Boga Ojca przedstawionego jako obłok, Ducha Świętego jako gołębicę i Chrystusa, którego symbolizuje krzyż, oraz węża – znak nieśmiertelności. Osoba dążąca do doskonałości musi wyzbyć się wszystkiego i być naga, jak nagi jest człowiek, który na płótnie chce wspiąć się po tej górze.

Zresztą każda z pokazywanych na wystawie prac daje mnóstwo możliwości interpretacyjnych, sprawiając radość wszystkim pragnącym odkrywać drugie dno twórczości Ociepki. Ale jego dzieła można również odbierać tak po prostu, nie zagłębiając się w ezoteryczne rozważania, a jedynie ciesząc się namalowanymi przez niego fantastycznymi światami. Dlatego do Muzeum Żup Krakowskich w Wieliczce można wybrać się z dziećmi, tym bardziej że wystawa została zaaranżowana na wzór dzieł artysty niczym dżungla pełna roślin i ptasiego śpiewu.

Magda Huzarska-Szumiec

fot. Muzeum Żup Krakowskich, D. Kołakowski



Zdzisław Gajda

Cracovia Medica

Niestrudzony badacz dziejów medycyny Krakowa, profesor Zdzisław Gajda obdarzył nas nową książką, bodaj już dziesiątą w jego dorobku, obrazującą historię lecznictwa w stolicy Małopolski od czasów legendarnych, to jest zasiedlania Wzgórza Wąwlu (jeszcze nie Wawelu), aż po koniec XIX stulecia. Po drodze profesor przytacza smakowite kąski, najpierw z królewskich dworów, potem z historii powstania Akademii Krakowskiej, następnie z ufundowania Szpitala Generalnego na Wesołej. Obszerne miejsce w książce uzyskali oczywiście reformatorzy z Komisji Edukacji Narodowej, wreszcie – czym profesor pasjonuje się szczególnie – arcyinteresujące są jego biogramy wielkich medyków XIX stulecia, w których znaleźć można liczne, nieznane dotąd szczegóły ich życia.

I tak z lat panowania dynastii Piastów i Jagiellonów autor przywołuje kapitalne szczegóły dotyczące panującej wówczas mody i zasad moralnych, które charakterystykę Sonki Jagiełłowej ujmują w słowa Długosza „jej uroda była piękniejsza od obyczajów", a narodziny w pół roku po ślubie pierwszego dziecka królowej Bony wyjaśniają faktem, iż „owoce włoskie wcześniej dojrzewają". W owych latach szczególne znaczenie mają kwestie dynastyczne, tymczasem nie było wówczas w zwyczaju, by królowe karmiły swoje potomstwo. Rzecz zrozumiała, choroby w królewskich rodzinach stawiają w owych latach cech cyrulików w uprzywilejowanej pozycji, przy jednoczesnym bagatelizowaniu czynności chirurgicznych, które traktowane są na pograniczu rzemiosł rzeźniczych. Natomiast zaskakującym jest, że ówcześni doktorzy medycyny akademickiej często posiadali wysokie kwalifikacje... matematyczne.

Badanie moczu, pulsu, upuszczanie krwi, ówczesne diety kaloryczne, konsumpcja piwa i okowity, wreszcie ziołolecznictwo – wszystko to w oparciu o źródła prof. Gajda opisuje drobiazgowo, szczególne niebezpieczeństwa przedstawiając w latach chorób epidemicznych. Wreszcie, jeszcze przed powstaniem Akademii Krakowskiej, ciekawy jest opis średniowiecznego szpitalnictwa Krakowa.

Lata 1364-1776, które upłynęły od chwili powstania Akademii do reformy kołłątajowskiej, wiążą się w Krakowie z upadkiem anatomii. W innym tekście tego wydania „GGL" prof. Janusz Skalski przypisuje to wpływom Paracelsusa, wyjątkowo w tej kwestii anachronicznego, natomiast prof. Zdzisław Gajda do chwili prac Rafała Czerwiakowskiego wiąże problem z mitem, lansowanym przez cech rzeźników, o profanacji ciała przy badaniu zwłok.

Oczywiście wyjątkowo dużo miejsca poświęca profesor postaci Macieja z Miechowa (1457-1523), którego pomnik stojący obok Katedry Historii Medycyny CM UJ powstał staraniem właśnie prof. Gajdy. Natomiast opisując lata późniejsze, autor kładzie szczególny nacisk na utworzenie w 1788 roku z inicjatywy KEN Szpitala Generalnego na Wesołej. Jego imię – św. Łazarza, zostało nadane przez bezpośredniego fundatora szpitala, prymasa Michała Poniatowskiego.

Dzieje poszczególnych klinik, walka o wpływy, powstanie Towarzystwa Naukowego Krakowskiego, „Przeglądu Lekarskiego", Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, wyraźne zaznaczenie pojawienia się kobiet w lecznictwie (przeważnie w roli sióstr miłosierdzia), wreszcie zapisanie się w dziejach krakowskiej medycyny wielkich osobowości (Jordan, Dietl, Cybulski, Bierkowski, Badurski, Brodowicz, Wachholz), które utrwaliły się także w nazwach ulic, wieńczą ostatnie rozdziały książki. Drobną kapkę dziegciu stanowi klasyczne już przemilczenie powołania w 1893 roku Zachodnio-Galicyjskiej Izby Lekarskiej. Maciej Leon Jakubowski ma prawo bytu, ale tylko jako pediatra. A że we własnym mieszkaniu udzielił pierwszego adresu samorządowi, to już naprawdę detal.

Generalnie „Cracovia Medica" to godna polecenia lektura, pełna niespodzianek, iskrząca anegdotą, odkrywająca nieznane epizody krakowskiej medycyny i prof. Gajdzie należy się podziękowanie za tę kolejną podróż w zapomnianą przeszłość.

Stefan Ciepły

Zdzisław Gajda, „Cracovia Medica", Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2022, s. 318

Adam Krzanowski, Bolesław Rygiel

Zdzisław Zapała (1921-2005). Wspomnienia krośnieńskich lekarzy

Dwaj niezmiernie zasłużeni obywatele Krosna – Adam Krzanowski, historyk regionu, były radny, nauczyciel akademicki Uniwersytetu Rzeszowskiego, oraz lekarz medycyny, specjalista laryngolog Bolesław Rygiel – sięgnęli do zakamarków pamięci i przybliżyli obraz pewnych mało chlubnych wydarzeń na mapie medycznej Krosna, z początku lat 60., oddając zarazem honor ich bohaterowi, wybitnemu chirurgowi Zdzisławowi Zapale (1921-2005).

Incydent, który został opisany w elegancko wydanej książce z serii wydawniczej „Portrety Krosna", sponsorowanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie – Delegaturę w Krośnie, dostarczył autorom okazji nie tylko do oddania sprawiedliwości i honoru młodemu wówczas lekarzowi Zdzisławowi Zapale, który poświęcił znakomicie się zapowiadającą karierę naukową dla pracy na rzecz tzw. prowincji. Stworzył im też możliwość zarysowania portretu środowiska lekarskiego Krosna tamtych lat. Portretu, dodajmy, rzeczywistego, zilustrowanego licznymi wypowiedziami świadków, lekarzy i działaczy występujących pod swoimi nazwiskami.

Nie sposób w krótkiej recenzji przedstawić sylwetkę bohatera, więc opisuję ją pobieżnie. Syn kolejarza spod Tarnopola, żołnierz AK, zaraz po wojnie kończy Akademię Medyczną w Krakowie i rozpoczyna karierę akademicką, m.in. u boku prof. Maksymiliana Rutkowskiego, w Klinice Chirurgii, gdzie uzyskuje II stopień specjalizacji. Następnie przyjmuje propozycję władz powiatowych Krosna objęcia stanowiska jeśli nie dyrektora, to ordynatora jednego z dwóch oddziałów chirurgii Szpitala w Krośnie. I tu trafia na klimat zawiści, pomówień, oszczerstw w stężeniu patologicznym. Mrok średniowiecza. Nie chroni go świetna opinia pacjentów ani nawet legitymacja PZPR. Po trzech latach wzorowej pracy, kochany przez pacjentów, zostaje fałszywie pomówiony o łapówkarstwo i bez jakichkolwiek dowodów aresztowany na kilka miesięcy przed procesem sądowym. Mimo manifestacji pacjentów, zbieżnej opinii obrońcy i... prokuratora, zostaje skazany przez jasielski sąd powiatowy na 8 miesięcy więzienia i 12 tys. złotych grzywny oraz jest doświadczany szykanami pod adresem żony i córki. Nawet ówczesne „Prawo i Życie" (K. Kąkola) oceni przypadek jako błąd sądowy. Tyle że parę lat później.

Co z tego? Lekarz, po perypetiach, łaskawie objęty zwolnieniem przez Sąd Najwyższy, wyjeżdża na zawsze z Krosna, z poczuciem goryczy. Osiedla się jak najdalej, w Szczecinie, gdzie wysoko ceniony za kompetencje i bohaterskie ludzkiego ratowanie życie mimo zagrożenia dla siebie, dostaje nawet honorowe obywatelstwo stolicy Pomorza Zachodniego i tytuł Szczecinianina Roku 1965.

W końcu wraca jednak na południe, do Krakowa i pozostałe lata kariery zawodowej spędza w Krakowskim Pogotowiu przy ul. Siemiradzkiego. Jednak poczucie krzywdy zostaje nie tylko w nim. Także wielu przyjaciół i pacjentów z Krosna pamięta tamto bezprawie i tryumf prywaty. Autorzy książki „Zdzisław Zapała (1921-2005)" oddają im głos, po nazwisku i funkcji piętnują ludzi władzy, a także tych ze środowiska medycznego, którzy okazali się niegodnymi nie tylko swego zawodu.

To ważna książeczka. Dowodzi, że fałsz, kłamstwo, pazerność zostaną prędzej czy później napiętnowane. A wizja posłannictwa lekarza w żadnej epoce nie traci na aktualności. Autorzy – panowie Krzanowski i Rygiel, zasłużyli na publiczne podziękowanie.

(cis)

Adam Krzanowski, Bolesław Rygiel, „Zdzisław Zapała (1921-2005). Wspomnienia krośnieńskich lekarzy", Wydawnictwo Ruthenus, Krosno 2022, s. 80.

Sportowcy z Collegium Medicum UJ

J. Sowicz

Tegoroczna Gala Sportu UJ CM, która miała miejsce 8 czerwca w Auli Nowodworskiego przy ul. św. Anny, pozwoliła podsumować osiągnięcia sportowe studentów wydziałów medycznych w latach 2019-2022. Ze względu na sytuację epidemiologiczną, rozgrywki Mistrzostw Polski Uczelni Medycznych, Akademickich Mistrzostw Małopolski i Akademickich Mistrzostw Polski zostały rozciągnięte w czasie.

Uroczystą galę otworzył prorektor UJ ds. CM prof. Tomasz Grodzicki. Gość honorowy prof. Jerzy Żołądź, wybitny fizjolog sportu, wygłosił wykład, a sportowców medalami uhonorowali zastępca kanclerza UJ ds. CM Joanna Nikodemowicz oraz dziekani prof. Agata Ptak-Belowska, prof. Jacek Sapa oraz prof. Piotr Pierzchalski.

Na uroczystość przybyło ponad 110 studentów sportowców wraz z trenerami i opiekunami ze Studium Wychowania Fizycznego i Sportu UJ CM. Po gali odbył się uroczysty bankiet.Wśród licznych osiągnięć sportowych studentów UJ CM są m.in. złote (mężczyźni) i srebrne (kobiety) medale w Akademickich Mistrzostwach Polski w Lekkiej Atletyce w latach 2020, 2021, 2022. Ponadto w Akademickich Mistrzostwach Polski w biegach przełajowych 2020 w Supraślu studentki odniosły historyczny sukces zdobywając drugie miejsce w klasyfikacji generalnej kobiet AMP. Duże osiągnięcia miała także sekcja futsalu kobiet, która zdobyła Złoty Medal Mistrzostw Polski Uczelni Medycznych w 2021 r.

Źródło: cm-uj.krakow.pl

Szpital im. S. Żeromskiego zaprasza na kolonoskopię

Bez kolejki, skierowania i w znieczuleniu - mieszkańcy 8 powiatów Małopolski mogą zgłosić się na bezpłatne badanie w Szpitalu Specjalistycznym im. S. Żeromskiego w Krakowie. Dodatkowo refundowane są także koszty dojazdu.

Z bezpłatnej kolonoskopii mogą skorzystać wszystkie osoby w wieku 50-65 lat oraz młodsi pacjenci (od 40. roku życia) z grup szczególnego ryzyka, których krewni zachorowali na raka jelita grubego. Każdy, kto zgłosi się na badanie, przy braku przeciwwskazań lekarskich może liczyć na znieczulenie. Rejestrować się na kolonoskopię w znieczuleniu mogą osoby, które mieszkają lub pracują, bądź są zameldowane w powiatach: dąbrowskim, limanowskim, nowosądeckim, oświęcimskim, proszowickim, suskim, tatrzańskim, wadowickim.

Program badań jest skierowany do osób, które jeszcze nie zaobserwowały u siebie żadnych niepokojących objawów, świadczących o rozwijającym się nowotworze jelita grubego. Środki na jego realizację krakowski Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego otrzymał z funduszy unijnych. W ramach programu osobom zainteresowanym skorzystaniem z profilaktyki są także opłacane koszty dojazdu do szpitala i powrotu do domu.

Szpital zaprasza także wszystkie osoby po 40. roku życia na bezpłatną kolonoskopię w ramach powszechnego Programu badań przesiewowych raka jelita grubego. Do tej diagnostyki kwalifikują się wszystkie osoby w wieku 50-65 lat bez objawów raka jelita grubego, osoby w wieku 40-65 lat bez objawów raka jelita grubego, ale które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z tym nowotworem oraz osoby w wieku 25-65 lat pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP (w tym przypadku konieczne jest potwierdzenie z Poradni Genetycznej). Do badań szpital nie kwalifikuje osób, które miały wykonaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat.

W ramach obu programów – dla wszystkich pacjentów - rejestracja na badania kolonoskopowe jest prowadzona pod nr. tel. 12 622 93 51 (godz. 8-15). Zapisać można się także osobiście w rejestracji w siedzibie szpitala (Kraków, os. Na Skarpie 66) albo za pośrednictwem poczty elektronicznej: e-mail: kolonoskopia@zeromski-szpital.pl

Krakowskie Dni Dializoterapii mają już ponad 30-letnią tradycję. Ideą tej konferencji jest integrowanie wszystkich członków zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentami ze schorzeniami nerek. Program konferencji podejmuje zagadnienia, z jakimi spotykają się lekarze i pielęgniarki w codziennej praktyce klinicznej na oddziale nefrologii, stacji dializ czy w poradni. Podobnie jak w poprzednich latach uczestnicy konferencji będą dyskutować na temat opieki koordynowanej w nefrologii oraz roli cyfryzacji w medycynie. Oprócz sesji poświęconych leczeniu pacjentów będą prezentowane tematy dotyczące wypalenia zawodowego pielęgniarek, lekarzy oraz możliwych działań prewencyjnych w tym zakresie.

Serdecznie zapraszamy w szczególności lekarzy ze specjalnością choroby wewnętrzne, nefrologia, diabetologia i transplantologia kliniczna, a także pielęgniarki do stacjonarnego udziału w konferencji szkoleniowej organizowanej przez Fundację Amicus Renis pod patronatem naukowym Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Uczestnicy za udział otrzymają imienny certyfikat oraz 17 punktów edukacyjnych.

Szczegółowe informacje i program na stronie
www.krakowskie-dni-dializoterapii.pl

Prezes Zarządu Fundacji Amicus Renis
Dr inż. Anna Smoleńska

Przewodnicząca Komitetu Naukowego
Dr n. med. Ewa Benedyk-Lorens

Komisja Sportu i Turystyki Okręgowej Rady Lekarskiej w Rzeszowie

zaprasza na
Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2022".
Miejsce: Zatwarnica gm. Lutowiska
Termin: 30.07-7.08.2022 r.
Szczegółowe informacje na stronie internetowej OIL
w Rzeszowie: http://www.oil.rzeszow.pl/

NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o.

zatrudni od zaraz lekarza specjalistę
lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii.
Praca w ramach podstawowej ordynacji
działu lub dyżury medyczne.
Dowolna forma zatrudnienia (zlecenie, kontrakt).
Oferujemy atrakcyjne warunki wynagrodzenia,
stabilność zatrudnienia, możliwość dokształcania
i doświadczenia.
Kontakt: tel. 723 691 715,
e-mail: kadry@szpital.dzierzoniow.pl

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie

zatrudni lekarza w Rzeszowie
oraz Terenowym Oddziale w Sanoku.
Dołącz do naszego zespołu
- nie wymagamy specjalizacji,
stawiamy na umiejętności.
Formalności związane z ogłoszeniem
na stronie: rckk.rzeszow.pl
Kontakt: tel. 17 867 20 48

Ogłoszenia

Za treść ogłoszeń i reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności.

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie poszukuje:

- lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, psychiatrii oraz lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii;
- kierownika Centrum Zdrowia Psychicznego
- lekarza kierującego oddziałem/kierownika oddziału

Zgłoszenia, wraz z klauzulą dotyczącą zgody na przetwarzanie danych osobowych, proszę wysyłać na adres: szpital@szpital.info.pl lub jbinkowska@szpital.info.pl
Więcej informacji pod nr. tel. 33 875 24 46 lub 33 875 75 72.

SP ZOZ Szpital Powiatowy w Bochni

zatrudni lekarzy:
- specjalistów lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych do pracy w Oddziale Chorób Wewnętrznych;
- lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej do pracy w nowo powstającym Oddziale Medycyny Paliatywnej

Warunki płacy i formy zatrudnienia do uzgodnienia.
Dokumenty można dostarczyć osobiście do sekretariatu Szpitala w godz. 7.30-15.05 lub przesłać na adres e-mail: administracja@szpital-bochnia.pl, jzolna@szpital-bochnia.pl, ifilipiak@szpital-bochnia.pl
Szczegółowych informacji udziela dyrekcja Szpitala pod nr. tel. 14 615 32 01, 14 615 32 04

Firma Farmabol Sp. z o.o.

zaprasza do współpracy lekarzy (lekarz/ginekolog/dermatolog) z aktywnym prawem wykonywania zawodu do udzielania porad lekarskich przez system telemedyczny.
Oferujemy różne formy zatrudnienia i elastyczny grafik pracy.
Siedziba naszej firmy znajduje się Krakowie; praca może być wykonywana całkowicie zdalnie.
Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie CV/kontakt mailowy: info@farmabol.pl lub tel. 784 351 075.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Oddział w Krakowie zaprasza lekarzy specjalistów w dziedzinach: laryngologia, okulistyka, ortopedia, onkologia, dermatologia, ginekologia, pulmonologia, kardiologia, chirurgia naczyniowa, stomatologia, reumatologia, neurochirurgia, choroby zakaźne, hematologia i inne, do składania ofert na pełnienie funkcji lekarza konsultanta ZUS w 2022 r., który wydaje opinie zgodnie z ustawą o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 .10. 1998 r.
Wymagania formalne oraz oferta konkursowa na stronie www.zus.pl
Dodatkowych informacji udzielamy pod nr tel.:
• w sprawach formalnych – 12 42 46 108,
• w sprawach lekarskich – 12 42 46 109.

SP ZOZ w Skale

zatrudni dwóch lekarzy w ramach ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Poszukujemy lekarza przyjmującego dorosłych oraz lekarza przyjmującego dzieci.
Kontakt: biuro@przychodnia-skala.pl

Szpital Powiatowy w Limanowej

Imienia Miłosierdzia Bożego zatrudni:
- lekarzy internistów do pracy w Oddziale Chorób Wewnętrznych
- lekarzy do pracy w Oddziale Chirurgii Ogólnej
- lekarza reumatologa, dermatologa i gastroenterologa do pracy w poradniach specjalistycznych
- lekarzy ginekologów do pracy w poradni specjalistycznej oraz Oddziale Ginekologii i Położnictwa

Warunki płacy i formy zatrudnienia do uzgodnienia.
Szczegółowych informacji udziela dyrekcja Szpitala pod nr. tel. 18 330 17 80.

Uzdrowisko Rabka S.A.

poszukuje lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii, balneologii i medycyny fizykalnej, pediatrii i chorób wewnętrznych. Bardzo dobre warunki płacowe, zatrudnienie w oparciu o umowę kontraktową, dodatkowe wynagrodzenie za dyżury oraz prowizje za komercyjne usługi medyczne, istnieje możliwość zakwaterowania.
Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod nr. tel.: 18 26 77 886; 18 26 92 600 lub e-mailowy: kjurczak@uzdrowisko-rabka.pl, mchlebek@uzdrowisko-rabka.pl

MegaMed Opole

poszukuje lekarzy do współpracy na dogodnych warunkach zatrudnienia. Do dwóch placówek w Opolu poszukujemy:
- stomatologa
- lekarza POZ lub lekarza rodzinnego – praca na cały lub częściowy etat
- pulmonologa
- okulisty
- kardiologa
- dermatologa w ramach kontraktu NFZ
- endokrynologa
- urologa

Specjalistom zapewniamy elastyczny czas pracy.
Kontakt: tel. 695 350 253, e-mail: jploszek@megamed.pl

Przychodnia Spec-Med

na ul. Emaus w Krakowie zatrudni lekarza medycyny pracy.
Kontakt: tel. 12 427 33 25,
e-mail: przychodnia@spec-med.com.pl

Lek.
Krzysztof Leśnik
ur. 26 stycznia 1957 r. w Nowym Sączu
zm. 9 lutego 2022 r. w Nowym Sączu

Z przykrością zawiadamiamy, że na początku lutego 2022 roku zmarł lek. Krzysztof Leśnik.

Krzysztof Leśnik urodził się w 1957 roku w Nowym Sączu. W 1981 roku ukończył studia medyczne na Akademii Medycznej w Krakowie – Wydział Lekarski. Posiadał ponad 40-letni staż pracy w zawodzie. W roku 1986 uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w zakresie chorób wewnętrznych, a w 1990 roku – specjalizację drugiego stopnia w tej dziedzinie. Następnie w 1995 roku uzyskał specjalizację drugiego stopnia w zakresie organizacji ochrony zdrowia, a w 2000 roku – tytuł specjalisty medycyny rodzinnej.

W latach 1981-1993 pracował w Oddziale Zakaźnym i Oddziale Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Nowym Sączu. W okresie 1993-1996 pełnił funkcję zastępcy dyrektora ds. opieki zdrowotnej tego szpitala, a od 1997 do 1998 roku był dyrektorem Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowym Sączu, który powstał po wydzieleniu lecznictwa otwartego ze Szpitala. Uczestniczył w organizowaniu opieki zdrowotnej na terenie powiatu nowosądeckiego. W latach 1998-2014 był zatrudniony jako lekarz w Przychodni Rejonowej w Nowym Sączu. W trakcie kariery zawodowej pracował również jako lekarz orzecznik ZUS (1999-2002), a także pełnił obowiązki Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowym Sączu (2002-2004).

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krynicy-Zdroju pracował od 2005 roku jako zastępca dyrektora ds. lecznictwa. Zajmował się m.in. ustalaniem kierunków doskonalenia procesów i systemu zarządzania jakością. Poprzez sprawowanie nadzoru nad ustalonymi celami dla procesów medycznych realizowanych w SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowym MSWiA w Krynicy-Zdroju przyczynił się do poprawy funkcjonowania i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Długoletnie doświadczenie zawodowe oraz wiedza, którą posiadał, a także stale podnoszone kwalifikacje zawodowe sprawiały, że cieszył się szacunkiem i uznaniem zarówno przełożonych, jak i podległych mu pracowników. Wyróżniał się wysoką kulturą osobistą, szczególnym zaangażowaniem w swoją pracę zawodową, zawsze kierując się dobrem pacjenta.

W 2021 roku ukończył kolejną specjalizację – w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, jednakże choroba nie pozwoliła mu na złożenie egzaminu państwowego.

Straciliśmy nie tylko dobrego i oddanego kolegę, ale także dobrze zapowiadającego się specjalistę balneologa.

Sekretarz Koła Terenowego
PTBiMF w Krynicy-Zdroju
Beata Strzelczyk

Przewodnicząca Koła Terenowego
PTBiMF w Krynicy-Zdroju
Ewa Svejda-Hutnikiewicz

Dr hab. n. med.
Alicja Barwik-Schramm
– w 10. rocznicę śmierci
Pamiętamy...

W maju bieżącego roku przypadała 10. rocznica śmierci dr hab. n. med. Alicji Barwik-Schramm, wybitnego lekarza, dydaktyka i naukowca. Urodziła się 2 kwietnia 1923 roku we Lwowie, ale już w grudniu 1939 roku, w związku z wojną, zmuszona była do ucieczki z rodzinnego miasta do Krakowa. Tutaj zdaje maturę i rozpoczyna studia medyczne na Wydziale Lekarskim UJ – początkowo na tajnych kompletach. Uzyskuje dyplom lekarza w 1951 roku i w tym samym roku tytuł doktora nauk medycznych. Pracę zawodową rozpoczęła już w 1950 roku, w Zakładzie Patologii Ogólnej i Doświadczalnej Akademii Medycznej w Krakowie, pod kierunkiem prof. Bronisława Gędosza. W latach 1952-1957 pracuje jako adiunkt w Instytucie Reumatologii w Krakowie (filia Instytutu Reumatologii w Warszawie), wnosząc ogromny wkład w jego rozwój. Zmuszona z przyczyn niemerytorycznych go opuścić, organizuje Oddział Reumatologii w Wojewódzkim Szpitalu w Witkowicach, zostając jego ordynatorem. W 1977 roku oddział zostaje przeniesiony do Szpitala im. G. Narutowicza, a w 1981 roku do Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie – oddziałem tym Pani Docent kierowała do 1996 roku. Przez wiele lat była kierownikiem Wojewódzkiej

Poradni Reumatologicznej, a w latach 1969-1996 konsultantem wojewódzkim ds. reumatologii.

Docent Barwik-Schramm była też założycielką pierwszego w Polsce Towarzystwa Reumatologicznego i przez 25 lat przewodniczyła Małopolskiemu Oddziałowi tego Towarzystwa. Odegrała również istotną rolę w tworzeniu systemu rehabilitacji, współpracując w tym zakresie z prof. Grochmalem. W latach 1975-1993 kierowała Zakładem Rehabilitacji w Reumatologii i Geriatrii w Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie. Była promotorem czterech prac doktorskich, około 70 prac magisterskich i recenzentem wielu kolejnych oraz kierownikiem specjalizacji w zakresie reumatologii dla 60 osób. Prowadziła liczne szkolenia na terenie Małopolski i całego kraju dla lekarzy reumatologów i lekarzy POZ. Była autorką wielu prac naukowych oraz referatów wygłaszanych na krajowych i zagranicznych zjazdach. Wychowała kilka pokoleń reumatologów, ucząc nie tylko czystej wiedzy medycznej, ale też szacunku dla chorego, logicznego myślenia i wyciągania wniosków.

Życie Pani Docent było niezwykle pracowite, trudne, ale pełne wielkich, trwałych sukcesów. Pozostaje w naszej pamięci jako osoba skromna, konsekwentna, o ogromnej wiedzy, pogodna i pomocna w zdobywaniu umiejętności zawodowych, ale i życiowych, osoba niezłomnych zasad. Dzieło jej życia to wielu doskonałych specjalistów w zakresie reumatologii i rehabilitacji, służących chorym nie tylko w Krakowie, Małopolsce, ale i w całym kraju. Stworzony przez nią oddział funkcjonuje do dzisiaj, rozwija się i pozostaje w czołówce polskiej reumatologii.

Wierni jej pamięci
pozostajemy z głęboką wdzięcznością.
Współpracownicy i Uczniowie

Panu Redaktorowi Stefanowi Ciepłemu,
wieloletniemu Sekretarzowi naszej Redakcji,
wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Żony Marty
składają
przyjaciele i współpracownicy
z „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej"
oraz Biura Okręgowej Izby Lekarskiej
w Krakowie

Dr .... dnia .....

.....

.....
dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

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

.....

....
imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby wskazanej podpis i pieczątka

Składki członkowskie

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) uchwala się, co następuje:

§1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem", w wysokości 60 zł miesięcznie.

2. Lekarz posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwany dalej „lekarzem stażystą", opłaca składkę w wysokości 10 zł miesięcznie.

§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 75 lat;

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

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

(...)

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

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

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

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

§4

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

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

§5

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

§6

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Prezes Maciej Hamankiewicz
Sekretarz Konstanty Radziwiłł

Załączniki do Uchwały znajdują się na stronie:
www.nil.org.pl

Przypominamy

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

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

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

W wypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Izbą Lekarską w Krakowie

tel: 12 619 17 32
e-mail: skladki@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
www.izbalekarska.pl
Sekretariat:
tel. 12 619 17 20, fax 12 619 17 30
e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

Numery wewnętrzne:

- Dyrektor Biura (mgr J. Bizoń) 12 619 17 05
- Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń) 12 619 17 25
  e-mail: s.smolen@hipokrates.org
- Kancelaria OROZ 12 619 17 17
  fax 619 17 29, *e-mail: kancelariaoroz@gmail.com*
- Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek) 12 619 17 08
  e-mail: emilia@oilkrakow.org.pl
- Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina) 12 619 17 26
  e-mail: d.dziubina@hipokrates.org
- Rejestr Lekarzy 12 619 17 16
  e-mail: rejestr57@hipokrates.org
- Rejestracja Indyw. Praktyk; Staże podyplomowe 12 619 17 13
- Księgowość (mgr M. Chodór) 12 619 17 15
  e-mail: ksiegowosc57@hipokrates.org
- Kasa 12 619 17 14
- Składki 12 619 17 32
  e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl
- Redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej" 12 619 17 27
  e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
- Informatycy; str. internetowe 12 619 17 01

Komisje:

- Bioetyczna (A. Krawczyk) 12 619 17 12
  e-mail: a.krawczyk@hipokrates.org
- Etyki 12 619 17 13
- Kształcenia (mgr P. Pachel) 12 619 17 22
  e-mail: ksztalcenie57@hipokrates.org
- Sportu, Turystyki i Rekreacji 12 619 17 01
- Socjalno-Bytowa 12 619 17 18
- Stomatologiczna (mgr K. Trela) 12 619 17 18
  e-mail: k.trela@hipokrates.org
- Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców 12 619 17 05
- ds. Lek. Seniorów 12 619 17 01
- ds. Młodych Lekarzy; ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz) 12 619 17 13
  e-mail: a.chuchmacz@hipokrates.org
- Zespół ds. POZ i AOS 12 619 17 12
- Zespół ds. Epidemiologii 12 619 17 20
- Zespół ds. Szpitalnictwa 12 619 17 22
- Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Hospicyjnej 12 619 17 16
- Zespół ds. Kultury 12 619 17 20
- Rzecznik Praw Lekarza 501 430 930
  rzecznik57@hipokrates.org
  poniedziałki, środy i czwartki godz. 10.00 do 14.00

Biuro OIL w Krakowie oraz Delegatury – przyjmowanie stron:

poniedziałek-piątek godz. 9.00 do 15.00

w Krośnie:
ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno
tel. 13 432 18 59; e-mail: krosno@hipokrates.org

w Nowym Sączu:
ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz
tel. 18 442 16 47; e-mail: nowy.sacz@hipokrates.org

w Przemyślu:
Rynek 5, 37-700 Przemyśl
tel. 16 678 26 70, fax 16 678 33 24
e-mail: przemysl@hipokrates.org

Dyżury Radców Prawnych:

mec. Anna Gut **tel. 12 619 17 24**
koordynator radców prawnych
a.gut@hipokrates.org
wtorek godz. 13.00 do 15.00
środa godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Pęcherz **tel. 602 227 627**
tpecherz@kancelariacpp.pl
wtorek godz. 13.00 do 15.00
czwartek godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Huber **tel. 503 379 120**
tomasz.huber@oilkrakow.org.pl
poniedziałek, środa godz. 13.00 do 15.00
piątek godz. 12.00 do 14.00

Kancelaria Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

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

Ubezpieczenia

- Ubezpieczenia OC (Inter) Ubezpieczenia życiowe 12 619 17 15
- Ubezpieczenia OC (Inter, PZU, Uniqa) 12 619 17 16
- Ubezpieczenia OC – PZU 12 619 17 18

Galicyjska Gazeta Lekarska
PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Galicyjska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 950 egz.
ul. Krupnicza 11a, 31–542 Kraków; tel. 12 619 17 27; www.ggl.com.pl; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl

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

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

DOSTĘPNY W TYM ROKU Z GWARANCJĄ CENY

LEXUS RX FINAL EDITION

OD **2000** NETTO ZŁ/MC
W LEASINGU **KINTO ONE**

LEXUS

KRAKÓW

Aleja Pokoju 63A
Tel: 12 416 76 66
recepcja@lexus-krakow.com.pl

LEXUS

KRAKÓW-ZAKOPIAŃSKA

ul. Zakopiańska 68
Tel: 12 390 76 45
zakopianska@lexus-krakow.com.pl