nakład 16 400 egz. ISSN 1897-7782

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2023
1/191
styczeń – luty

Przypominamy: nowa składka wynosi 120 zł

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł. Więcej informacji na str. 51.

W numerze m.in.:

Z obrad ORL.
Wyzwania 2023 roku (6)

O przyszłości Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego z dyrektorem prof. Wojciechem Cyrulem rozmawia J. Hodor (8)

Nikotynizm pod ochroną? Relacja z debaty w OIL – S. Ciepły (14)

Nowa oferta Komisji Kształcenia Medycznego ORL – K. Domin (16)

Polekowa ginekomastia – ignorowane zagrożenie – prof. R. Korbut i dr hab. J. Woroń (22)

Doktor Andrzej Cisło wyjaśnia kontrowersje wokół „medycyny estetycznej" (24)

O medycynie „w mrokach średniowiecza" opowiada prof. Janusz Skalski (39)

Warto zobaczyć: różne oblicza Katarzyny Chlebny, wystawę oryginalnych prac J. Nowosielskiego – zaprasza M. Huzarska-Szumiec (42-43)

Pożegnania: prof. Ryszard J. Gryglewski, prof. Ryszard Chrzanowski (49-50)

Nasza okładka

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, styczeń 2023 r. fot. arch. USD

Przed nami kolejny Zjazd

25 marca 2023 roku Delegaci krakowskiej Izby na IX kadencję samorządu spotkają się w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym Wydziału Lekarskiego CM UJ na XLII Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL, określanym mianem budżetowego. Delegaci rozliczą rok miniony oraz zatwierdzą wydatki planowane przez Izbę na rok bieżący. Wydatki na rzecz 18 671 lekarzy, w tym 4096 lekarzy dentystów – bo tylu nas było w krakowskiej Izbie na koniec grudnia.

Na wstępie, w lakonicznym skrócie, kilka zdań o egzaminie, który przeszliśmy w 2022 roku podczas kolejnych faz pandemii, podczas napływu uchodźców z Ukrainy, borykając się z dramatycznym brakiem kadr medycznych wszystkich specjalności. A działo się to w trakcie ogłaszania przez nasze władze kolejnych pomysłów reform w ochronie zdrowia, przy ciągłym manipulowaniu zarobkami medyków, finansami szpitali, przychodni, gabinetów, a nawet całego NFZ. Jakby tego było mało, to jeszcze przy hałaśliwym pokrzykiwaniu antyszczepionkowców, którzy dotarli nawet na ulicę Krupniczą w Krakowie, pod drzwi naszej Izby.

Wyszliśmy jednak z tego roku, jak sądzę, mocniejsi, niż się spodziewano. I w znacznej większości pozbawieni złudzeń, że zdrowie jest dobrem ogólnospołecznym, ważniejszym niż interesy polityczne rozmaitych opcji. Nie było i nadal, wbrew deklaracjom, nie jest. Słucha się nas wybiórczo. Jako lekarze możemy liczyć przede wszystkim na siebie, a to oznacza, że nasz samorząd lekarski jest jedyną realną siłą zdolną do korygowania polityki zdrowotnej państwa. Przynajmniej tak nam się wydaje. I stąd bywa też poddawany rozmaitym naciskom, z zewnątrz, jak i od wewnątrz, o czym też w minionym roku się przekonaliśmy.

Tyle o przeszłości, bo ważniejsza jest przyszłość. Na pierwszym planie naszych działań wciąż pozostaje edukacja. Niestrudzenie organizujemy szeroki wachlarz kursów, w tym wymaganych do specjalizacji, a także cieszące się nieustannie (co aż czasem dziwi) największym zainteresowaniem kursy z zakresu zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych i dzieci (ALS i EPALS), z ratownictwa medycznego, obrazowania i wiele innych. Oferta naszych kursów wciąż rośnie. Zwiększamy do poziomu sprzed pandemii liczbę nagród przyznawanych lekarzom za najlepsze wyniki egzaminów specjalizacyjnych. Absolutnie nową inicjatywą, adresowaną do lekarzy w wieku do 35 lat, jest pomysł Komisji ds. Młodych Lekarzy, by pomagać w wyjazdach na naukowe stypendia zagraniczne. O szczegółach za wcześnie mówić, ale z pewnością będziemy informować o postępie w realizacji tego projektu.

Nie zapominamy o nikim. Nawet na moment nie odstąpiliśmy od pomocy socjalnej dla członków OIL. Finansowo honorujemy lekarzy, którzy ukończyli 90 lat, jak i „lekarskie" noworodki (wbrew ogólnokrajowym danym demograficznym, w naszej Izbie suma wypłacanego w ciągu roku „becikowego" stale rośnie), przeznaczamy ogromne kwoty na zapomogi losowe, na zapomogi z powodu śmierci lekarza, na stypendia szkolne i studenckie dla dzieci z rodzin lekarskich, które borykają się z problemami

finansowymi itd. Wszystkie informacje o formach tego typu wsparcia udzielanych przez Izbę można znaleźć na naszej stronie www. Niebawem powinna się tam pojawić również informacja o możliwości korzystania z karty MultiSport, która zapewnia chyba najszerszą ofertę rekreacyjną. Mamy też coś dla ducha – aktywnie działa Zespół ds. Kultury, organizując wystawy, koncerty, wieczorki literackie. Naszym najstarszym członkiniom i członkom jeszcze więcej oferują Kluby Lekarza Seniora, działające w Krakowie i przy każdej z Delegatur. Ponadto, choć nie należy hołdować zasadzie „Lekarzu lecz się sam", wznowiliśmy w ub. roku działalność Grupy Balinta, próbujemy reaktywować Klub AA.

Nie wspominając już nawet o prowadzeniu rejestrów, organizacji staży podyplomowych, pomocy w ubezpieczeniu działalności oraz całej ogromnej i koniecznej pracy administracyjnej na rzecz lekarzy – wymienione wcześniej przykłady to tylko skromny wycinek działań finansowanych ze składek, jakie co miesiąc wszyscy wpłacamy na samorząd lekarski. Niestety znacznie wyższych od nowego roku. Na marginesie – wkrótce będziemy rozliczać się z fiskusem, więc nie zapominajmy, że 1,5% z podatków (albo więcej – w bezpośredniej darowiźnie) także możemy przeznaczyć na nasze własne potrzeby – przekazując te środki na rzecz Fundacji Lekarze Lekarzom, która pomaga polskim lekarzom, ale od ponad roku wspiera również walczącą Ukrainę, wysyłając tam transporty medyczne.

Nie będę przy okazji naszego Zjazdu snuł optymistycznych wizji. Jesteśmy i będziemy ogromnie przeciążeni pracą, będziemy patrzeć na coraz dłuższe kolejki do naszych gabinetów, będziemy się miotać w nieudolnym, niedofinansowanym systemie, co jakiś czas ostrzej wybuchając, jak choćby obecnie – w kontekście tragicznie złego projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej. No bo jak można kwestionować słuszność zasady no fault, jak można nie rozumieć, że karanie za każdy, nawet najbardziej nieumyślny, najbardziej niezawiniony błąd to prosta droga do tragedii i pogrążania się w otchłani coraz głębiej ukrywanych zdarzeń niepożądanych. Takich punktów zapalnych w systemie władza stale nam dostarcza. Za to pieniędzy do systemu nie dokłada ani pomysłów, jak skutecznie rozwiązać problem braku lekarzy. Nauczanie medycyny w szkołach zawodowych dobrym pomysłem nie jest. Zwłaszcza że już teraz coraz trudniej zapewnić młodym lekarzom miejsca praktycznej nauki medycyny i późniejszej specjalizacji. W innych zawodach medycznych nie jest lepiej. Tętno całego organizmu jest nieprawidłowe, przyspieszone.

Nic samo na lepsze się nie zmieni. To konkluzja, która oby dotarła do Koleżanek i Kolegów. Bierność jest akceptacją stanu rzeczy. Nie sądzę, byśmy z niego byli zadowoleni.

Robert Stępień
prezes ORL w Krakowie

Moje perswazje

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Nie tak dawno temu pisałem, że medycyna powinna być apolityczna i zwracałem uwagę, że mało jest dziedzin tak „politykozależnych" jak właśnie lecznictwo. Niestety, szybko uzyskałem potwierdzenie.

Okręgowy Sąd lekarski w Krakowie zawiesił prawo wykonywania zawodu lekarzowi – antyszczepionkowcowi. Widziałem na własne oczy ustawione przed Izbą platformę z trybuną i nagłośnienie, widziałem oszalałych z nienawiści uczestników tego spotkania i widziałem posła, który usiłował sforsować drzwi Izby Lekarskiej i prawdopodobnie utorować w ten sposób drogę innym wyznawcom bożka antyszczepionkowego. Resztę zdarzenia oglądałem na filmie. Moje przerażenie budzi nie fakt szalejących antyszczepionkowców, ale to, że poseł do Sejmu Rzeczypospolitej, zasłaniając się legitymacją poselską i swoimi uprawnieniami, usiłuje w ich towarzystwie wtargnąć do Izby i zakłócić pracę sądu lekarskiego. W ten sposób pan poseł Braun próbuje zrobić aferę polityczną z pracy i orzeczeń sądu lekarskiego i wpływać na jego decyzje. Reszta planowanego scenariusza jest znana z innych podobnych wydarzeń.

Jednak sprawa wyroku sądu lekarskiego ma swój dalszy, polityczny ciąg. Na kanwie tego powołany został zespół poselski do spraw funkcjonowania samorządu lekarskiego. Posiedzenie tego gremium obejrzałem w całości. Uczestniczyli w nim posłowie znani ze swojej działalności antyszczepionkowej, ale nie tylko.

Czołowym biegłym był znany skądinąd redaktor Pospieszalski, który nie współpracuje już nawet z TVP. W spotkaniu brali udział także wysocy rangą przedstawiciele Ministerstwa Sprawiedliwości, którzy zapowiedzieli działania skierowane przeciwko samorządowi lekarskiemu, a tym samym i innym samorządom zawodowym. Wiadomo, że samorządy zawodowe są od dawna solą w oku władzy. Dlatego nie dziwię się, że na posiedzeniu zapowiedziano wystąpienie do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie obowiązkowej przynależności do nich. Wyrok tego trybunału jest do przewidzenia. I tak polityka wdarła się do oceny przewinienia zawodowego lekarza, czy raczej to orzeczenie sądu lekarskiego stało się pretekstem do określonych zachowań i działań politycznych.

Sprawa ma ciąg dalszy – w dzisiejszym wydaniu (15 lutego) portalu Rynku Zdrowia wyczytałem, że Ministerstwo Sprawiedliwości zainteresowało się pracą sądów lekarskich i zamierza przyglądnąć się wyrokom w sprawach przeciwko antyszczepionkowcom. Pozostawiam Koleżankom i Kolegom ocenę. Mnie osobiście niepokoi nagłe zainteresowanie i zaangażowanie się władz państwowych po stronie ruchu antyszczepionkowego. Mimo że badania wskazały możliwość uniknięcia w Polsce dzięki szczepieniom tysięcy zgonów.

Ja będę się zawsze angażował po stronie przeciwnej – byłem, jestem i będę za szczepieniami, które są jedną z największych zdobyczy medycyny i ani poseł Braun, ani minister sprawiedliwości nie wpłyną na zmianę tego poglądu.

Żałuję tylko, że ani Prezydium NRL, ani NRL, ani jej Prezes nie wypowiedzieli się w sprawie nagłego, tajemniczego zainteresowania niewielkiej wprawdzie, ale jednak grupy posłów i przedstawicieli (jednego wprawdzie tylko resortu, lecz jednak rządu RP) orzeczeniem Sądu Lekarskiego i wnioskami, jakie usiłują z tego wysnuć.

Zapoznałem się za to z listem Prezydium NRL do Komisji Europejskiej. Trudno nie zgodzić się z oceną planów ministrów Czarnka i Niedzielskiego w sprawie nauczania medycyny w uczelniach zawodowych. Brak zaplecza klinicznego i teoretycznego dla nauczania przyszłych lekarzy w większości z tych miejsc, nauczanie medycyny w szpitalach powiatowych, które cierpią na niedobór kadr lekarskich nawet dla prowadzenia chorych, a co dopiero dla prowadzenia dydaktyki, musi budzić sprzeciw. Tym niemniej akcja przeciwko czterem młodym wydziałom lekarskim wywołuje moją dezaprobatę. Te akurat uczelnie całymi latami przygotowywały się do nauczania medycyny, stworzyły bazę, infrastrukturę i powołały kadrę. Mają już nawet pierwszych absolwentów, którym przyznaliśmy prawa wykonywania zawodu i którzy odbywają staż podyplomowy, a LEK absolwenci Wydziału Lekarskiego Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego zdali lepiej niż absolwenci renomowanych uczelni z wieloletnią tradycją prowadzenia kierunku lekarskiego. Te uczelnie wywalczyły sobie prawo kształcenia lekarzy i powinny dalej to robić. Niektóre z nich uzyskały już prawo do prowadzenia przewodów doktorskich i habilitacji. Powinniśmy wszyscy dbać o ich dalszy rozwój. Zahamowanie ich działalności byłoby niecelowe i szkodliwe. To zupełnie inny problem niż tworzenie „medycyny w każdym powiecie". Dokładna analiza tego, gdzie można kształcić przyszłych lekarzy, musi być przeprowadzona z udziałem środowiska medycznego i obejmować przede wszystkim ocenę tego, czy, kto i gdzie może tego zawodu uczyć, ponieważ nie może się to odbywać kosztem jakości nauczania.

Dlatego po raz kolejny twierdzę, że pierwszym krokiem do zwiększenia liczby lekarzy w Polsce powinno być zlikwidowanie nauczania w obcych językach w uczelniach medycznych. Tam dysponujemy odpowiednim zapleczem i kadrą, a pieniądze, które mają być wydane na tworzenie nowych wydziałów lekarskich, powinny zrekompensować uczelniom utracone środki.

Jerzy Friediger
redaktor naczelny „GGL"

Fundacja Lekarze Lekarzom

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

Dzięki datkom Fundacja może wspierać finansowo inicjatywy samorządu zawodowego lekarzy w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej oraz pomagać lekarzom w potrzebie, także tym mieszkającym poza granicami naszego kraju.
Zapraszamy do odwiedzenia strony Fundacji: www.fll.org.pl
Informuję dodatkowo, że na konto Fundacji można w każdej chwili wpłacić dobrowolny datek. Nasz adres i numer konta:
Fundacja Lekarze Lekarzom ul. Jana Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa
Nr konta: PKO SA 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

Mariusz Janikowski
Prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

Małopolski System Informacji Medycznej

Już niebawem placówki medyczne na terenie województwa małopolskiego będą mogły korzystać z Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej (MSIM), czyli regionalnej platformy stworzonej do zdalnej wymiany e-usług pomiędzy jednostkami i zarządzania dokumentacją medyczną pacjentów. Umowę w sprawie realizacji tego projektu małopolski Urząd Marszałkowski podpisał z dostawcą rozwiązań technologicznych – firmą Comarch SA.

MSIM to zintegrowany system informatyczny, który pozwala jednostkom medycznym oraz tworzącym je organom bezpiecznie przesyłać, udostępniać, archiwizować i przetwarzać elektroniczną dokumentację medyczną (EDM). Dzięki temu placówki na terenie całego województwa mogą sprawnie współdziałać i świadczyć kompleksowe usługi. Pacjenci z kolei nie muszą się martwić, jeśli zajdzie potrzeba kontynuacji leczenia w innym mieście – „nowy" lekarz uzyska wszystkie istotne informacje za pośrednictwem platformy.

MSIM ma zostać połączony z ogólnokrajową platformą P1, a także z innymi krajowymi przedsięwzięciami w obszarach e-Zdrowia oraz krajowej infrastruktury zaufania, umożliwi więc personelowi medycznemu wymianę kluczowych danych także z platformami regionalnymi funkcjonującymi w innych województwach.

(Źródło: Comarch SA)

Kraków ośrodkiem przeszczepiania płuc

Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II otrzymał w styczniu pozwolenie Ministra Zdrowia na przeszczepianie płuc. Poza Krakowem płuca przeszczepia się jeszcze w siedmiu innych ośrodkach w kraju. W 2022 roku w Polsce wykonano 93 transplantacje płuc, ale na taką operację czeka ponad 140 osób.

Obecnie w Szpitalu im. Jana Pawła II trwają przygotowania, dopełniane są niezbędne formalności, by rozpocząć program transplantacji płuc, lecz nie wszystko zależy od szpitala. W Polsce nadal największym problemem jest zgłaszanie potencjalnych zmarłych dawców narządów do przeszczepów.

Szpital Chorób Płuc w Zakopanem placówką wojewódzką

Na mocy porozumienia z grudnia 2022 r. Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc „Odrodzenie" im. Klary Jelskiej w Zakopanem zmieni organ prowadzący, którym nie będzie już Powiat Tatrzański, lecz Województwo Małopolskie. Tym samym stanie się 14. szpitalem wojewódzkim w Małopolsce. Na decyzję w tej sprawie wpłynął fakt, że w placówce tej, będącej szpitalem specjalistycznym o profilu torakochirurgicznym, od dawna leczeni byli pacjenci z całego regionu.

Zmiana organu prowadzącego ma także wpłynąć na poprawę dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych w szpitalu w związku z planowanym podjęciem działań niwelujących negatywne skutki COVID-19 poprzez rozbudowę, odbudowę i przebudowę głównego skrzydła budynku. Projekt ten jest dofinansowany z funduszy europejskich w ramach programu REACT-EU.

Kolejne pięcioraczki w Krakowie

12 lutego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie przyszły na świat pięcioraczki. Choć zdarza się to raz na 52 mln ciąż, był to już drugi taki przypadek w ciągu ostatnich lat w SU. Mama pięcioraczków od ponad 10 tygodni pozostawała pod opieką prof. Huberta Hurasa, kierownika Oddziału Położnictwa i Perinatologii SU. Natomiast trzy dziewczynki i dwóch chłopców, którzy przyszli na świat w 28. tygodniu ciąży, trafili pod skrzydła zespołu Oddziału Klinicznego Neonatologii SU kierowanego przez prof. Ryszarda Lauterbacha – wcześniaki ważyły od 710 do 1400 gramów. Niestety, jedno z dzieci, maleńki Henry James, zmarł trzy dni po narodzinach. Na pozostałe maluchy, trzymając kciuki za ich zdrowie, czeka w domu siedmioro starszego rodzeństwa.

Kobieta to lekarka

Terminy „lekarka" i „lekarka dentystka" powinny mieć moc prawną. W tej sprawie Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie wystosowała apel do MZ, wskazując na potrzebę opracowania nowelizacji Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – informuje Infodent24.

W uzasadnieniu apelu ORL powołuje się na stanowisko Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN z 25 listopada 2019 r. w sprawie feminatywów. Eksperci podkreślają w nim, że „w polszczyźnie potrzebna jest większa, możliwie pełna symetria nazw osobowych męskich i żeńskich w zasobie słownictwa. Stosowanie feminatywów w wypowiedziach, na przykład przemienne powtarzanie rzeczowników żeńskich i męskich (Polki i Polacy) jest znakiem tego, że mówiący czują potrzebę zwiększenia widoczności kobiet w języku i tekstach (...) ".

Warto pamiętać, że od dawna moc

prawną mają np. terminy „pielęgniarka" i „pielęgniarz". W tym jednak przypadku kolejność uznania płci była odwrotna.

Naukowcy z UJ w walce z osteoporozą

Zespół naukowców z Wydziału Chemii Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. dr hab. Marii Nowakowskiej stworzył wielofunkcyjny materiał pozwalający udoskonalić metody leczenia osteoporozy oraz niwelowanie niedużych ubytków kostnych. Materiał ten ma postać hydrożelu, który wstrzykuje się w miejsce ubytku kości, gdzie następnie dochodzi do jego „zestalenia" w wyniku sieciowania chemicznego zachodzącego w temperaturze 37 st. Celsjusza. Ze względu na swoją strukturę i skład hydrożel trwale przyczepia się do tkanki kostnej i pełni funkcję rusztowania, na którym w naturalnych procesach biologicznych tworzy się nowa tkanka kostna wypełniająca ubytek.

(Źródło UJ)

WOŚP znów pięknie grała

Ponad 154 mln złotych – to wynik 31. Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, która w kraju i zagranicą zagrała w ostatnią niedzielę stycznia. W tym roku Orkiestra zbierała na walkę z sepsą – przyczynę ok. 20 proc. wszystkich zgonów na świecie. Celem jest zakup urządzeń przyspieszających diagnostykę zakażeń.

Wg WHO w 2017 r. z sepsą zmagało się na całym świecie ok. 49 mln osób, 11 mln zmarło z jej powodu. Niemal połowa przypadków – około 20 mln – dotyczyła dzieci, przy czym w grupie dzieci do 5. roku życia sepsa była przyczyną 2,9 mln zgonów. W Polsce nie prowadzi się rejestru sepsy, ale na podstawie różnych analiz liczbę zachorowań można szacować na ok. 50 tys. rocznie, z czego połowa dotyczy dzieci. Współczynnik umieralności z powodu sepsy jest w naszym kraju wyższy niż współczynnik zgonów z powodu zawału serca.

Z badań wynika, iż opóźnienie rozpoznania sepsy i podania najbardziej skutecznego antybiotyku o godzinę zwiększa ryzyko zgonu aż o 8 proc. Właśnie dlatego WOŚP chce wyposażyć polskie laboratoria szpitalne (wstępnie wytypowano 80) w urządzenia pozwalające na radykalne przyspieszenie diagnostyki nie tylko sepsy, ale też innych zakażeń, w tym wewnątrzszpitalnych. Co ważne, obsługa tej aparatury nie jest skomplikowana, nie wymaga długiego szkolenia personelu, urządzenia szybko będą więc w pełni wykorzystywane.

Zmarł Profesor Ryszard Jerzy Gryglewski

W wieku 91 lat zmarł w Krakowie Ryszard Jerzy Gryglewski. Światowej sławy farmakolog, przez blisko 40 lat (1965-2003) kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ, w latach 1981-1984 rektor krakowskiej AM. Autor ponad 400 oryginalnych prac naukowych, drukowanych m.in. na łamach „Nature", „Lancet", „NEJM" i „Science". Bodaj najczęściej cytowany w zagranicznym piśmiennictwie polski uczony. Członek rzeczywisty PAN i PAU, laureat wielu nagród, doktor honoris causa ośmiu uczelni.

Rodzinie Pana Profesora, Jego Synowi, a naszemu współpracownikowi Panu Profesorowi Ryszardowi W. Gryglewskiemu wyrazy szczerego współczucia składa

Redakcja

Wspomnienie o Profesorze Ryszardzie J. Gryglewskim publikujemy na str. 49

Kronika personalna

Marek Szwarczyński został powołany, na drugą kadencję, na stanowisko dyrektora Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie. Doktor Szwarczyński jest absolwentem Akademii Medycznej w Krakowie oraz Akademii Górniczo-Hutniczej. Wcześniej pracował – zarówno jako lekarz, jak i kierownik oraz menadżer – m.in. w MOW NFZ, Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego oraz Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.

Sebastian Goncerz, lekarz z Krakowa, został nowym przewodniczącym Porozumienia Rezydentów OZZL.

17 grudnia 2022 r. podczas walnego zebrania członków Stowarzyszenia Lekarze Nadziei wybrano skład Zarządu Głównego, którego przewodniczącym po raz kolejny został dr **Marian Kopciuch**, a wiceprzewodniczącym **Tomasz Nikliński**.

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł. Więcej informacji na str. 51.

Nowe wyzwania na nowy rok

Falę protestów budzą zawsze działania rządzących, tymczasem koniec 2022 roku minął w cieniu niezadowolenia środowiska lekarskiego z własnych działań, czyli z powodu drastycznego podwyższenia obowiązkowej składki na samorząd lekarski. Ten rok będzie dla wszystkich izb wyzwaniem – lekarze muszą wiedzieć i czuć, że ich pieniądze są dobrze wydawane. Właśnie dlatego krakowska Izba zamierza jeszcze więcej przeznaczać na kształcenie lekarzy, pomoc socjalną, opiekę nad seniorami, wsparcie dla młodych i inne postulowane przez lekarzy cele.

Na apel, by zgłaszać Izbie swoje oczekiwania, wpłynęło wiele odpowiedzi. Wśród propozycji, jakie podczas posiedzenia Prezydium ORL 4 stycznia wyliczał prezes ORL Robert Stępień, były np.: dofinansowanie do szczepień dla lekarzy i członków ich rodzin, karta multisport, zwiększenie liczby szkoleń, kurs angielskiego, dofinansowanie do udziału w konferencjach, dopłaty do kursów i szkoleń, dopłaty do OC, stypendia, zwolnienie ze składek lekarzy przebywających np. na L4 czy urlopie macierzyńskim, wspieranie aktywności sportowej, także poprzez organizację zawodów sportowych itd. I część tych postulatów już Izba realizuje. Np. trwają prace nad regulaminem dofinansowania do kształcenia lekarzy OIL, który zostanie przedstawiony podczas najbliższego posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej.

W projekcie budżetu OIL na ten rok bardzo znacząco zwiększono budżet Komisji Kształcenia Medycznego ORL. A, jak podkreśla Lech Kucharski, wiceprezes ORL i przewodniczący tej Komisji, już wcześniej krakowska Izba oferowała swoim członkom dużo, w porównaniu z innymi izbami w Polsce, bezpłatnych kursów i szkoleń, w tym obowiązkowych do specjalizacji.

1 lutego wiceprezes Agata Dynkiewicz przedstawiła członkom Prezydium proponowany regulamin przyznawania stypendiów OIL w Krakowie lekarzom poniżej 35. roku życia. Wyjaśniła, że cały program stypendialny będzie podobny do tego, który funkcjonował w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Jak już informowaliśmy, NRL zlikwidowała fundusz stypendialny z początkiem 2023 roku.

Jednocześnie Prezydium podjęło uchwałę o zwiększeniu liczby nagród przyznawanych za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny. Grupę ostatnio nagrodzonych prezentujemy na sąsiedniej stronie.

Podczas posiedzenia zorganizowanego 15 lutego przewodniczący Komisji Socjalno-Bytowej Marek Zasadny poinformował o projekcie zwiększenia także kwot niektórych zapomóg czy stypendiów dla dzieci lekarzy. O szczegółach poinformujemy, kiedy zostanie przyjęta oficjalna uchwała w tej sprawie.

Nawiązując do innych oczekiwań zgłaszanych przez członków samorządu lekarskiego przy okazji podwyżki składek – krakowska Izba nie zamierza dofinansowywać ubezpieczeń OC. Wniosek został wnikliwie przeanalizowany i, jak poinformował 21 grudnia członków Okręgowej Rady Lekarskiej prezes Robert Stępień, ekspertyzy wykazują, że takie działanie nie byłoby korzystne, ponieważ każdy lekarz powinien indywidualnie, w zależności od specjalizacji i specyfiki pracy, podjąć decyzję o warunkach swojego ubezpieczenia i jego wysokości.

Członkowie Prezydium ORL sporo uwagi poświęcili projektowi ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Trudno w krótkim tekście przytoczyć wszystkie krytyczne uwagi i przedstawić wszystkie wady tego dokumentu. Stanowisko Prezydium ORL z 4 stycznia br. w sprawie tego projektu, nie tylko poddające ją negatywnej ocenie, ale zawierające również konstruktywne postulaty, można znaleźć na stronie internetowej Izby. Na szczęście projekt zniknął ostatnio z porządku obrad Sejmu i na razie nie wiadomo, kiedy i w jakiej postaci pojawi się ponownie. Do tematu będziemy wracać.

Systematycznie wraca temat zmian, jakie nastąpiły w podstawowej opiece zdrowotnej. Członkom Prezydium ORL relacjonuje je Jerzy Radziszowski. „GGL" o problemach POZ informowała szerzej w numerze 5/2022. Jest ich wiele, ale za

jeden z bardziej kuriozalnych pomysłów można uznać wprowadzenie obowiązku dodatkowego szkolenia dla internistów i pediatrów zatrudnionych w POZ. Żeby móc nadal udzielać świadczeń z tego zakresu, do końca 2024 roku muszą oni odbyć kurs z zakresu medycyny rodzinnej. Np. jeden z takich kursów organizowany jest w Lublinie i kosztuje 1500 zł – poinformował 1 lutego Lech Kucharski. Jerzy Radziszowski dodał, że przeszkolenie wszystkich lekarzy specjalistów to koszt dla lekarzy, ale przychód dla organizatorów – rzędu 25 mln zł. Natomiast sam program szkolenia oceniany jest nisko, na poziomie trzeciego roku studiów. Słowo absurd chyba nie opisuje sytuacji, w której lekarze rodzinni mają szkolić lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych i pediatrii.

W ostatnim czasie członkowie Prezydium z konieczności wracali do sprawy lekarza kwestionującego wartość szczepień przeciw covid, który w grudniu stanął przed Okręgowym Sądem Lekarskim. Komentarz do tego wydarzenia i jego następstw – na str. 3, w felietonie Jerzego Friedigera. Natomiast 1 lutego Prezydium ORL przyjęło oficjalne stanowisko w sprawie wypowiedzi polityków na posiedzeniu parlamentarnego zespołu ds. funkcjonowania izb lekarskich (niedawno powołanego), podkreślające, iż stwierdzenia te „lekceważą ustalony Konstytucją porządek prawny".

Opinie polityków często budzą co najmniej niesmak, trudno lekarzom pozostać obojętnymi wobec jawnych oszczerstw, czego wyrazem może być prowadzona pod koniec ub. roku kampania pod hasłem „Politycy kłamią w sprawie ochrony zdrowia" (której inicjatorem była nasza Izba), zachęcająca członków Izb do rozpropagowania tego hasła. Akcja trwa, a powodów do wieszania stosownych plakatów tylko przybywa.

Odchodząc od polityki informujemy, iż Prezydium ORL przyjęło 15 lutego Apel do Ministra Zdrowia, zaproponowany przez wiceprezesa Andrzeja Matyję, w sprawie objęcia lekarzy wykonujących zawód w ramach pozapracowniczych form zatrudnianie (czyli np. na kontraktach) prawem do dodatków emerytalnych z tytułu pracy w warunkach szkodliwych. Obecnie do takich dodatków mają prawo tylko niektórzy lekarze zatrudnieni na umowie o pracę, pozostali właściwie bezpodstawnie zostali ich pozbawieni, a to przy powszechnie niskich emeryturach nieobojętna kwota.

Zapewne o niektórych z przedstawionych powyżej spraw mówić się będzie podczas XLII Okręgowego Zjazdu Lekarzy OIL w Krakowie, który odbędzie się 25 marca. O podjętych przez Delegatów uchwałach, o zatwierdzonym przez Zjazd budżecie OIL na rok 2023 oraz innych decyzjach poinformujemy w następnym wydaniu „GGL".

Jolanta Grzelak-Hodor

Podczas posiedzenia Prezydium ORL 7 grudnia wręczone zostały nagrody dla lekarzy i lekarzy dentystów za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny i uzyskanie tytułu specjalisty, przyznawane przez Komisję Kształcenia Medycznego ORL.

W sesji wiosna 2022 nagrody otrzymali:

Anna Balagna – ortodoncja
Grzegorz Biedroń – choroby wewnętrzne
Marta Kiałka – położnictwo i ginekologia
Paweł Kornelak – urologia
Radosław Kwieciński – radiologia i diagnostyka obrazowa
Marta Lechowicz Wilińska – chirurgia plastyczna
Agnieszka Nizińska – medycyna rodzinna
Aleksandra Orłowska – ortodoncja
Mikołaj Przydacz – urologia

K. Domin

Płacimy wysoką cenę

Rozmowa z prof. UJ dr. hab. n. prawnych Wojciechem Cyrulem, dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

Panie Dyrektorze, minął rok od czasu, kiedy prawie codziennie tytuły w gazetach straszyły zamykaniem oddziałów i praktyczną likwidacją Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Odliczano dni, kiedy po kolei zaczną odchodzić z pracy wszyscy lekarze, a przynajmniej tych kilkudziesięciu, którzy złożyli wypowiedzenia. Dziś o szpitalu mówi się rzadko i tylko dobrze, jak choćby przy okazji otrzymania przez Was dotacji na rozbudowę czy wprowadzania nowych procedur leczniczych. Spytam ostrożnie – co słychać w Szpitalu Dziecięcym w Prokocimiu?

– Rzeczywiście, po burzliwym początku ubiegłego roku, media zainteresowały się nami ponownie jesienią, w związku z otrzymaniem z Funduszu Medycznego 300 mln zł na rozbudowę i modernizację szpitala. Ostatnio dziennikarze informowali, że wreszcie udało się uruchomić z naszym udziałem protonoterapię dla dzieci, oraz pochwalono sprawne funkcjonowanie naszego SOR. Robimy swoje, rozwijamy się, protesty pracownicze zostały zażegnane.

Ostatecznie ilu lekarzy odeszło z pracy?

– Nikt nie odszedł. Mówiąc o tym, co się wówczas działo, proszę pamiętać, że są fakty medialne i fakty realne. Nie wszystko, o czym pisano i co pokazywano, było prawdą. Dziś na pewno szpital ani nie bankrutuje, ani niczego się tu nie likwiduje, wręcz przeciwnie. Rok temu zobowiązania wymagalne wahały się w przedziale 37-43 mln złotych. Do zeszłego roku nie mieliśmy płynności finansowej, a obecnie staramy się na bieżąco płacić swoje rachunki. Oczywiście, jak każdy szpital mamy jakieś zadłużenie, lecz nie stanowi ono już tak wielkiego problemu jak rok temu. Obecnie skala wymagalnych zobowiązań to ok. 16 mln, przy kontrakcie 380 mln zł.

Podobno każdą fakturę przychodzącą i wychodzącą ze szpitala na początku sprawdzał Pan Dyrektor osobiście. Czy nadal tak jest?

Archiwum USDK

Prof. UJ dr hab. n. prawnych Wojciech Cyrul

– Nadal, ale nie dlatego, że nie mam zaufania do moich pracowników. Po prostu na bieżąco kontroluję sytuację.

Jak poradziliście sobie z ustawowymi podwyżkami dla personelu medycznego? Prawie wszystkie szpitale miały z tym olbrzymi kłopot, a nałożyła się na to jeszcze inflacja.

– Podwyżki dla pielęgniarek od początku, jeszcze przed ubiegłoroczną zmianą, realizowaliśmy współpracując ze związkami zawodowymi, czyli m.in. według kompetencji posiadanych, a nie wymaganych. W tym drugim przypadku wszystkie nasze pielęgniarki znalazłyby się w jednej grupie płacowej. Choć wywołało to częściowe protesty – generalnie równaliśmy płace w górę, a nie w dół. Dzięki temu nie doszło do sytuacji, jaka ma miejsce w niektórych innych szpitalach, czyli ciągłego niezadowolenia i sądowych potyczek.

A jeśli chodzi o płace lekarzy?

– U nas ten problem nie zaistniał, bo lekarze już wcześniej zarabiali więcej niż przyjęto w ustawie. Podpisując

porozumienie w grudniu 2021 roku ustaliliśmy, że wynagrodzenia będą nie mniejsze niż 1,8 ustalonego pułapu, więc do 1 lipca wyrównywaliśmy to dodatkami, a od lipca te dodatki weszły do podstawy wynagrodzenia. Wprowadziliśmy też zasadę, zgodnie z którą płace są powiązane z wynikami poszczególnych jednostek, co także jest dobrze odbierane przez pracowników. Kłopotem są tylko te jednostki, które strukturalnie, nie z własnej winy nie są w stanie zbilansować budżetu, bo ich świadczenia są źle wycenione. Przygotowujemy jednak rozwiązania, które zrekompensują pracownikom te systemowe błędy, jeśli nie nastąpi zmiana w wycenach procedur.

O urealnienie wycen apelują wszyscy i od dawna. Był to jeden z głównych postulatów podczas protestów, jakie przetoczyły się ponad rok temu nie tylko przez USD, ale też inne dziecięce szpitale kliniczne. Czy spełniono te żądania?

– Nie wszystkie, ale wiele tak. Dużo przeszacowań odnotowaliśmy w neonatologii, chirurgii, jednak nadal czekamy na onkologię i pediatrię. Większe zmiany nastąpiły w związku z ustawą o najniższych wynagrodzeniach, bo konieczne było podniesienie wyceny świadczeń. Ponadto w pediatrii przelicznik został zrównany z medycyną dla osób dorosłych, co poprawiło sytuację, lecz nadal walczymy, by te przeliczniki były wyższe. Leczenie dzieci jest o wiele droższe niż leczenie dorosłych, czego decydenci nie chcą zrozumieć. Pamiętajmy też, że w pediatrii mamy większe problemy kadrowe, więc potrzebne są finansowe zachęty. W sumie, nowelizacja ustawy o wynagrodzeniach dla naszego szpitala była korzystna, ponieważ udało się sfinansować wcześniejsze obietnice złożone personelowi medycznemu. Trudno w opiece zdrowotnej mówić o zadowoleniu, jednak niezadowolenie jest dużo mniejsze. Udało się również zahamować odpływ kadry pielęgniarskiej. Lekarze stanowią większy problem, nadal brakuje nam specjalistów wielu dyscyplin. Średnia wieku naszych lekarzy jest wysoka, na szczęście dzięki podwyżkom płac zatrzymaliśmy trochę tych młodszych.

Słyszałam, że pracowników „zatrzymuje się" w tym szpitalu także w inny sposób. Co dało wprowadzenie kontroli czasu pracy? Ponoć każdy zatrudniony wchodząc i wychodząc ze szpitala musi obowiązkowo podbić kartę czasu pracy.

– Nadal tak się mówi? W takim razie po raz kolejny pozwolę sobie sprostować: to nie jest kontrola czasu pracy, to system kontroli obecności na terenie zakładu pracy. Docelowo będzie on powiązany z systemem elektronicznego rozliczania czasu pracy, lecz na razie nie ma takiego zadania. Chodzi o rozwiązanie dwóch problemów – po pierwsze, musimy wiedzieć, kto w ogóle przebywa na terenie szpitala. Ma to związek z wybuchem wojny w Ukrainie, należy przewidywać zagrożenia, które mogą się i u nas pojawić. Nie zapominajmy, że Uniwersytecki Szpital Dziecięcy to jest wielka firma, blisko 2200 pracowników. Gdyby coś się stało, powinniśmy mieć informację, ile osób w danym momencie przebywa na naszym terenie. Także z uwagi na bezpieczeństwo docelowo chcielibyśmy objąć cały szpital monitoringiem wizyjnym. Mamy ogromny obiekt, gigantyczne podziemia, naprawdę można się tu zgubić, a przecież leczymy dzieci. Na co dzień nic nie może się stać, lecz w sytuacjach ekstremalnych, w przypadku paniki, kto wie. Wprowadzenie takiego systemu miało za zadanie także zniechęcenie do pewnych poważnych patologii, ekstremalnych przypadków udawania, że jest się w pracy, pomimo że było inaczej. Na pewno wdrożenie systemu kontroli obecności miało efekt dyscyplinujący. Nie jest to jednak elektroniczna ewidencja czasu pracy. Tę wprowadzimy później, w sposób przemyślany, uwzględniając fakt, że to szpital kliniczny. Trzeba pamiętać, że wielu naszych pracowników jest również nauczycielami akademickimi, pracują nie tylko w USDK.

Ewidencja połączona z systemem komputerowym... W jednym z wywiadów mówił Pan Dyrektor, że najważniejsza jest informatyzacja szpitala. Na jakim etapie jesteście?

– Po roku jestem o tyle mądrzejszy, że mam zdefiniowane problemy, wiem, co zastałem. Niestety, jest to dalekie od oczekiwań i potrzeb, a wszystkiego nie da się zmienić, bo to zbyt drogie. Staramy się więc poprawiać istniejący system. Są nowe terminale, komputery, poprawiamy sieć internetową i łączność w szpitalu. Sporo zrobiono, lecz dużo jest jeszcze pracy przed nami. Na szczęście mamy sponsorów, na przykład mocno wspiera nas krakowska firma Cisco, która zmodernizowała na swój koszt system informatyczny w „okrąglaku" i nadal nam pomaga. Jesteśmy w trudnym

W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym funkcjonują 23 oddziały, jest 409 łóżek. Są tu cztery odziały intensywnej terapii, w tym jeden kardiochirurgiczny i jeden noworodkowy, oraz siedem sal operacyjnych, m.in. pierwsza w Polsce pediatryczna sala hybrydowa. Działa także 37 poradni specjalistycznych oraz stacja dializ. Rocznie udziela się ok. 200 tys. porad ambulatoryjnych, w tym ok. 33 tys. w SOR, wykonuje się ponad 7 tys. operacji, w tym ok. 500 kardiochirurgicznych. Liczba hospitalizacji przekracza 32 tys. rocznie.

położeniu, posiadamy dużo starej infrastruktury, której remont będzie kosztowny, jednocześnie planujemy rozbudowę i kompleksową modernizację. Nie da się w tym samym czasie prowadzić remontów i nowych inwestycji, więc najpierw powstanie nowy budynek.

Archiwum USDK

Tak mają wyglądać nowe budynki Szpitala po jego rozbudowie (wizualizacja)

Od lat mówiono także, iż ten kiedyś najnowocześniejszy szpital dziecięcy w Polsce pod względem wyposażenia należy już do przestarzałych. W ubiegłym roku na zakup aparatury dostaliście z budżetu państwa 9 mln zł. To dużo czy mało, biorąc pod uwagę potrzeby?

– Dostaliśmy pokaźną pulę środków z budżetów samorządów krakowskiego i małopolskiego, dzięki czemu mogliśmy zakupić sporo nowego sprzętu, co też poprawiło atmosferę wśród pracowników. Nasze potrzeby są jednak wciąż ogromne. Na odnowienie parku maszynowego przydałoby się jeszcze kilkadziesiąt milionów złotych. Niekoniecznie wszystko musimy kupić już w tym roku, lecz nakłady na modernizację są niezbędne, np. na wymianę akceleratora do radioterapii, nowoczesne wyposażenie laboratoriów, remont bloku operacyjnego. Referencyjność szpitala obliguje nas do posiadania wyposażenia na najwyższym poziomie. Moim marzeniem jest np. uruchomienie centrum medycyny robotycznej.

Czy roboty sprawdzą się w leczeniu dzieci?

– W pewnych obszarach jak najbardziej. Moim zdaniem szpital kliniczny powinien brać udział w rozwijaniu nowych technologii. Naszą misją jest przecież nauczanie przyszłych pokoleń lekarzy. Oczywiście robotyka nie jest panaceum na problemy chirurgii dziecięcej, lecz warto sięgnąć po to, co nowe. W medycynie dorosłych roboty wykorzystuje się coraz szerzej. Chirurgia dziecięca w Polsce na ten moment nie korzysta z tej technologii.

Zapewne szpital musi się rozwijać także w bardziej tradycyjnej medycynie...

– W ramach nowej inwestycji chcemy m.in. stworzyć zaplecze do rozwoju psychiatrii dziecięcej i perinatologii. To obszary, w których są dziś największe potrzeby, i te świadczenia uczynią z naszej placówki szpital kompletny. Bardzo mi też zależy na inwestycjach w onkologię. Możemy się poszczycić naprawdę wspaniałym zespołem specjalistów, osiągającym fantastyczne wyniki terapeutyczne. Dużym utrudnieniem są niestety złe warunki lokalowe i starzejący się sprzęt. Potrzebny nam jest na przykład PET pediatryczny. Jednocześnie nie chcę przeinwestować. To wszystko razem musi być efektywne, choć uważam, że nie zawsze należy się kierować jedynie tabelami finansowymi. Ważne są potrzeby małych pacjentów.

Optymalizacja wydatków nie jest łatwa. Głośno mówił Pan o zbyt małym obłożeniu szpitalnych łóżek jako o jednej z mniej istotnych, ale widocznej przyczynie problemów finansowych. Czy w związku z tym w ostatnim roku na jakimś oddziale zmniejszono liczbę łóżek?

– Zoptymalizowaliśmy wykorzystanie łóżek, obecnie wynosi ono średnio ok. 76-77 proc. Są miesiące, kiedy jest 85 proc. i to jest właściwy wskaźnik. Co do zmniejszenia liczby łóżek – to najszybsza, ale nie najlepsza metoda, więc tego nie zrobiliśmy. Jest jakaś minimalna wielkość oddziału, gwarantująca jego zbilansowanie. Zejście poniżej tego pułapu nie ma sensu. Ponadto łatwo coś zlikwidować, znacznie trudniej odbudować, zwłaszcza po utracie wartościowej kadry. Moim poprzednikom udało się zebrać w tym szpitalu naprawdę niezwykły zespół ludzi, muszę chronić ten potencjał. Dlatego nie zmniejszaliśmy liczby łóżek, raczej planujemy ją zwiększać.

Wspomniał Pan Dyrektor o swoich poprzednikach. Byli lekarzami, poddali się w walce z systemem, wiecznym niedofinansowaniem i sytuacją kadrową w ochronie zdrowia, mieli dość nieustannej wojny o przetrwanie. Na ile to, że nie jest Pan lekarzem, ale prawnikiem, pomaga, a na ile przeszkadza w codziennej pracy?

– Na początek jedno zastrzeżenie – pochodzę z rodziny od pokoleń lekarskiej i wydaje mi się, że mam w sobie pewną wrażliwość na aspekty medyczne. Nie patrzę na szpital i zdrowie tylko przez pryzmat Excela. Odpowiadając na pani pytanie – na pewno mi to nie przeszkadza. Czy przeszkadza moim współpracownikom – nie sądzę. Bycie prawnikiem nie przeszkadza mi w pracy na rzecz szpitala, gdyż wspiera mnie kompetentny zespół medyczny. Dzięki zróżnicowanej perspektywie spojrzenia na problemy możemy je przedyskutować biorąc pod uwagę wszystkie aspekty sprawy. Moje prawnicze wykształcenie powoduje, że nie jestem związany pewnym sposobem myślenia czy przysięgą Hipokratesa. Dla lekarza zdrowie jest wartością naczelną, a dla mnie jest ono jedną z wielu wartości niematerialnych – pamiętajmy, że liczy się także godność człowieka. Dzięki wiedzy prawniczej i biegłości w tym zakresie pewne decyzje, które lekarzowi mogą się wydawać wręcz przerażające, dla mnie nie są łatwiejsze. Mam gotowość do ich podejmowania, bo umiem ocenić ryzyko i nie boję się konsekwencji.

Może Pan podać przykład takiej decyzji?

– Choćby wstrzymywanie się z kupnem leku Zolgensma przed rozstrzygnięciem przetargu na jego zakup. Były ogromne naciski, by kupić ten lek jeszcze przed ogłoszeniem tego przetargu. Mieliśmy dzieci zakwalifikowane do tej terapii. Jednak nie podejmowałem decyzji o zakupie leku nawet wiedząc, że któreś z nich może nie zdążyć go przyjąć zgodnie z założonymi kryteriami. Chodziło o 9 mln zł dla jednego pacjenta. To naprawdę gigantyczna kwota. Gdyby coś się wydarzyło, gdyby z jakichkolwiek powodów pacjent nie przyjął tego leku, nikt by nam za ten preparat nie oddał pieniędzy. Na marginesie dyskusji, jakie przetoczyły się na temat Zolgensmy, warto sobie uświadomić pewne fakty. Ta terapia dla 5-6 dzieci kosztuje tyle samo, ile wydajemy przez cały rok na leki i materiały medyczne dla ponad 200 tysięcy dzieci leczonych w naszym szpitalu. Miejmy tego świadomość w sytuacji, kiedy pieniędzy w systemie stale brakuje. Oczywiście to cudowne, że medycyna umożliwia już, choć tak ogromnym kosztem, ratowanie życia chorych dzieci. Jednak jeśli stać nas na takie drogie leczenie, czemu nie dofinansuje się innych procedur? Kardiologicznych, onkologicznych, pediatrycznych – potrzebnych ogromnej, bez porównania większej grupie dzieci.

Inny przykład takiej „nielekarskiej" decyzji – wybór alternatywnych materiałów medycznych, np. między tańszymi i droższymi zastawkami. Z ekonomicznego punktu widzenia lepiej kupić tańsze, lecz trzeba też ocenić skuteczność i bezpieczeństwo zabiegu, wpływ materiału na dalsze perspektywy leczenia. Należy to zrobić obiektywnie, niestety niekiedy inaczej, niż chcieliby lekarze, dla których priorytetem jest zawsze aspekt medyczny, a nie ekonomiczny. Takich dylematów jest wiele. Nie z naszej winy. Płacimy wysoką cenę za wieloletnie zaniedbania.

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Archiwum Szpitala

Dr hab. Wojciech Cyrul, prof. UJ objął stanowisko dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w listopadzie 2021 roku, w sytuacji głębokiego kryzysu w tej placówce. Doktor habilitowany nauk prawnych, pracownik naukowy Wydziału Prawa i Administracji UJ. Członek Rady Nadzorczej Jagiellońskiego Centrum Innowacji, założyciel oraz organizator Centrum Badań Klinicznych i przez kilka lat jego dyrektor naczelny. W przeszłości wykładowca na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, associate professor Katholieke Universiteit Brussel w Brukseli oraz Gastprofessor na Uniwersytecie Wiedeńskim. Autor kilkudziesięciu prac naukowych. Profesor Cyrul piastował także liczne funkcje zarządcze w spółkach sektora medycznego.

Programy specjalizacji do poprawy

Trwają prace zespołów ekspertów nad aktualizacją programów wszystkich specjalizacji lekarskich, które będą obowiązywać już od wiosny – zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty programy te muszą być dostosowywane do aktualnej wiedzy medycznej nie rzadziej niż co 5 lat. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego opublikowało 45 nowych programów, pozostałych 41 zostanie zaktualizowanych do końca lutego. Już pojawiły się zastrzeżenia do niektórych z nich.

Jedna z głównych zmian dotyczy długości odbywania specjalizacji – jak informuje nas Agnieszka Pochrzęst-Motyczyńska, rzecznik prasowa Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, wiąże się to ze skróceniem, zgodnie z oczekiwaniem wielu konsultantów krajowych, programu modułu podstawowego z chorób wewnętrznych z 3 do 2 lat. Biorąc to pod uwagę, część konsulatów wraz z zespołami ds. programów specjalizacyjnych zdecydowała o wydłużeniu modułu specjalistycznego (np.: z alergologii, gastroenterologii, geriatrii i reumatologii). Nie stało się tak jednak w przypadku specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, a skrócenie jej o rok wywołało sprzeciw środowiska medycznego (prof. Radosław Owczuk i prof. Mirosław Czuczwar poprosili o wykreślenie ich nazwisk z listy autorów programu, na którego ostateczną wersję nie mieli wpływu). Stanowisko w tej sprawie zajęła także NRL. Zastrzeżenia budzą również mało realne wymagania dotyczące wykonania niektórych procedur medycznych w ramach tej specjalizacji czy zmiany w zakresie odbywania obowiązkowych dyżurów na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Dlatego też prof. Rafał Drwiła, przewodniczący zespołu opracowującego program, został poproszony o jego weryfikację.

Zastrzeżenia do ogłoszonych programów zgłosiło także Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. Jego prezes prof. Piotr Wysocki we współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie onkologii klinicznej domagają się wydłużenia czasu modułu specjalistycznego z onkologii klinicznej z trzech do czterech lat. Ponadto postulują, aby moduł podstawowy z chorób wewnętrznych był jeszcze krótszy niż zakładano i trwał najwyżej 18 miesięcy. „Uważamy, że specjalizacja z onkologii klinicznej jest wyjątkowo wymagająca, ponieważ obejmuje dziedzinę, która w ostatnich latach rozwija się niezwykle dynamicznie. Świadczy o tym chociażby fakt, że 1/3 wszystkich badań klinicznych prowadzonych na świecie dotyczy właśnie onkologii. (...) Od 2010 roku do dzisiaj pojawiło się już ok. 400 nowych leków, a wiele kolejnych jest na różnych etapach badań, a nawet w trakcie rejestracji! (...) To pokazuje, jaki ogrom wiedzy muszą przyswoić adepci tej specjalizacji, aby prowadzone przez nich, czasami przez lata, ultranowoczesne leczenie onkologiczne było nie tylko skuteczne, ale również bezpieczne. Z tego względu nie możemy pozwolić, aby program kształcenia onkologów klinicznych wyglądał i trwał tyle samo co innych specjalizacji" – czytamy w komentarzu prof. Wysockiego zamieszczonym 7 lutego na portalu Puls Medycyny. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej zadeklarowało, że w ciągu najbliższych tygodni przygotuje zupełnie nowy, odpowiadający aktualnym potrzebom program specjalizacji.

Także wcześniejsze programy specjalizacyjne i sposób ich realizacji były krytykowane przez lekarzy. Rezydenci skarżyli się m.in. na niektóre wymagania formalne, takie jak np. obowiązek odbycia poszczególnych kursów w konkretnym roku specjalizacji. Tymczasem niektóre z nich organizowane są rzadko, na inne brakuje miejsc, więc zdarza się, że rezydent nie może ukończyć specjalizacji z powodu jednego niezaliczonego kursu.

Wiele problemów zarówno lekarzom w trakcie specjalizacji, jak i kierownikom specjalizacji sprawia uzupełnienie danych w Systemie Monitorowania Kształcenia. Natomiast ustawa mówi jednoznacznie – roczny brak wpisu równa się skreśleniem z rezydentury. Dlatego tak ważne jest wspólne ustalenie harmonogramu szkolenia na każdy rok, a później regularne wprowadzanie danych do SMK i ich zatwierdzanie przez kierowników specjalizacji. Niektórzy lekarze skarżą się jednak, że nie są w stanie tego robić, ponieważ system elektroniczny nie zawsze działał sprawnie i zawiesza się np. po wprowadzeniu do niego kilkunastu rekordów.

Tymczasem przedstawiciel Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych Wydziału Zdrowia Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego informuje, że zgłoszeń od lekarzy w sprawie problemów z uzupełnianiem danych w SMK nie jest dużo. A jeśli już się zdarzają, pracownicy Oddziału pomagają je rozwiązać równolegle logując się do systemu. Podobną odpowiedź

otrzymaliśmy z Centrum e-Zdrowia: „Odnosząc się do pytania związanego z wpływającymi skargami dotyczącymi działania systemu SMK, w tym związanymi z wprowadzaniem i zapisywaniem danych, uprzejmie informuję, że (...) nie odnotowano problemów, o których mowa w zapytaniu".

W związku ze zmianą programów specjalizacji, CeZ został zobowiązany do budowy funkcjonalności umożliwiającej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wprowadzenie nowych programów do SMK. Nowy system SMK II został już oddany CMKP do użytkowania. CeZ informuje także, że: „Programy specjalizacji będą miały w szczególności wpływ na Elektroniczne Karty Szkolenia Specjalizacyjnego (EKS). W chwili udostępniania użytkownikom poszczególnych funkcjonalności w obszarze EKS będziemy udostępniać filmy instruktażowe oraz instrukcje, tak aby wszyscy użytkownicy mieli szybki i bezpośredni dostęp do informacji o wdrażanych funkcjonalnościach".

Należy mieć nadzieję, że nowsza wersja systemu nie będzie budzić zastrzeżeń rezydentów i nie zniechęci już i tak nielicznych lekarzy specjalistów do opieki nad nimi.

Katarzyna Domin

Lekarze obcokrajowcy spotkali się przy Krupniczej

Kręta ścieżka po polskie PWZ

27 stycznia w siedzibie OIL odbyło się spotkanie lekarzy obcokrajowców, członków krakowskiej Izby, zorganizowane przez Komisję ds. Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców ORL. Jego celem było zaprezentowanie działań samorządu lekarskiego, które mogą być pomocne w integracji lekarzy przyjeżdżających do naszego kraju czasem z dość odległych zakątków świata. Stało się też okazją, by w mniej oficjalnych okolicznościach porozmawiać o trudnościach, z jakimi borykają się cudzoziemcy podejmujący pracę w Polsce.

Na ponad 18 tysięcy członków krakowskiej Izby niemal 400 to lekarze obcokrajowcy, z których ponad 60 proc. stanowią obywatele Ukrainy. Liczby te sukcesywnie rosną – zwłaszcza od 2021 r., od kiedy to Ministerstwo Zdrowia wydaje w tzw. uproszczonej procedurze decyzje dotyczące możliwości wykonywania zawodu (w większości dla obywateli Ukrainy i Białorusi) w podmiotach leczniczych (w 2022 r. OIL wydała 127 warunkowych praw wykonywania zawodu). Nie dziwi więc, że to właśnie lekarze z Ukrainy stanowili większość wśród blisko 30 uczestników spotkania, ale nie zabrakło też gości z Tajwanu, Wenezueli, Kazachstanu czy Arabii Saudyjskiej.

W murach Izby powitała ich przewodnicząca Komisji doktor Marzena Ksel-Teleśnicka, wiceprezes ORL, która krótko zaprezentowała działalność samorządu. Spotkanie było również okazją do przedstawienia przez doktor Annę Płotek z organizacji Leczymy z Misją doświadczeń z jej grudniowego wyjazdu do Kenii, w ramach realizowanego tam projektu pomocowego, podczas którego lekarze wolontariusze z Polski szkolili tamtejszy personel medyczny.

K. Domin

W trakcie późniejszych rozmów z przedstawicielami Komisji ds. Współpracy Zagranicznej, w tym także z prof. Jolantą Pytko-Polończyk, prof. Andrzejem Urbanikiem, doktor Anną Wolny i dr. Jerzym Friedigerem, poruszano wiele problemów dotyczących systemu i trybu weryfikowania doświadczenia zawodowego lekarzy przyjeżdżających do Polski. Dyskusje dotyczyły m.in. sensowności podchodzenia do egzaminu LEK przez lekarza, który nostryfikował dyplom i który ma kilkunastoletnie, czy nawet kilkudziesięcioletnie doświadczenie pracy w ramach wybranej specjalizacji, a teraz musi się wykazać wiedzą z innych, często bardzo wąskich dziedzin medycyny.

Z kolei lekarz z Białorusi zwrócił uwagę na trudną sytuację lekarzy, którym przez polskie przedstawicielstwa dyplomatyczne wydano Kartę Polaka, zapewniając jednocześnie o ogromnym zapotrzebowaniu na specjalistyczną kadrę

medyczną w Polsce, a którzy po przekroczeniu granicy pozostają właściwie bez pomocy ze strony władz. Jego zdaniem brakuje w Polsce choćby infolinii, pod którą obcokrajowcy mogliby uzyskać praktyczne wskazówki nie tylko związane z pracą w ochronie zdrowia, lecz po prostu z funkcjonowaniem w obcym dla nich kraju.

Zresztą błądzenie w meandrach polskich przepisów to problem nie tylko nowo przybyłych lekarzy obcokrajowców, lecz także tych mieszkających i pracujących w Polsce od kilku lat. Wielu lekarzy z Ukrainy stanęło np. przed wyborem, czy starając się o uzyskanie PWZ podążać tradycyjnym trybem, czy też złożyć wniosek o wydanie wspomnianego warunkowego prawa wykonywania zawodu, obowiązującego przez 5 lat. Pozwala ono uniknąć konieczności nostryfikacji i odbywania stażu, jednak nie daje żadnej gwarancji, że po upływie tego okresu uzyska się pełnię praw. Decyzje Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie są trudne do przewidzenia, co tylko pogłębia brak poczucia stabilizacji wśród lekarzy spoza UE.

To tylko kilka z wielu zagadnień związanych z pracą lekarzy obcokrajowców w Polsce. Temat jest szeroki i złożony. Dwie dekady członkostwa w Unii Europejskiej pozwoliły nam, Polakom, zapomnieć o tym, że innym lekarzom znacznie trudniej realizować własne plany zawodowe poza krajem, że obcokrajowcom nie wystarczy przedstawienie prawa wykonania zawodu i zaświadczenia z izby lekarskiej. Dlatego tak ważne jest, aby dotrzeć do nich z informacją, iż w wielu ważnych dla nich sprawach mogą liczyć na pomoc Okręgowej Izby Lekarskiej.

KD

Nasza Izba

W krakowskiej Izbie dyskutowano o nikotynizmie

Zapal, papieros przybliży ci niebo...

Szkodliwość palenia tytoniu nie wymaga już udowadniania, a mimo to jest źle. Swego rodzaju raport na ten temat zaprezentowano podczas konferencji zorganizowanej pod hasłem „Redukcja szkód w medycynie" w siedzibie krakowskiej Izby, z inicjatywy prof. Andrzeja Matyji, wiceprezesa ORL.

Tytuł minirelacji z tego spotkania zaczerpnąłem ze starego plakatu, którego nikt już nie pamięta, a szkoda, bo dzierżymy w Europie prymat w produkcji wyrobów tytoniowych. 8 proc. wpływów do polskiego budżetu z VAT i akcyzy (2017) pochodzi ze sprzedaży papierosów, dodatkowo 60 tys. miejsc pracy przy ich produkcji ma swoją wyciszającą moc. Gdzie są lekarze w tej kwestii, wiadomo. Wciąż toczą walkę, by ograniczyć skalę nikotynizmu w Polsce. Także celem tej debaty było wskazanie możliwych dróg poprawy sytuacji i działań, jakie mogliby jeszcze podjąć lekarze.

Na konferencji zorganizowanej w styczniu w OIL aktualną sytuację nakreślił prof. Janusz Heitzman z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, doradca Ministra Zdrowia. W roli gospodarza wystąpił prof. Andrzej Matyja, który w swoim słowie wstępnym przytoczył kilka liczb. Otóż w Europie pali 29 proc. mieszkańców. W Polsce w liczbach bezwzględnych jest to ok. 7-8 mln osób, z czego 1,3 mln to młodzież, często już uczniowie podstawówek. Według WHO w Polsce po papierosa sięga 31 proc. mężczyzn i 21 proc. kobiet, przy czym jest on przyczyną przedwczesnej śmierci aż 38 proc. mężczyzn i 13 proc. kobiet. Wśród zachorowań na choroby odtytoniowe na pierwszym miejscu niezmiennie pozostaje rak płuca. Jednocześnie w całej Polsce działają obecnie tylko dwie poradnie antynikotynowe.

A. Bartoszek

Prof. Janusz Heitzman, prezes Robert Stępień i prof. Andrzej Matyja

Prezentacja prof. Janusza Heitzmana nosiła tytuł „Rozwój uzależnienia od nikotyny, skuteczność farmakoterapii i możliwości redukcji szkód związanych z paleniem tytoniu".

„Nie wyważajmy otwartych drzwi" – mówił prof. Heitzman. Walka z konsumpcją tytoniu nie zaczyna się tu i dzisiaj, toczy się od 20 lat, a WHO dawno wskazała substancje znacząco redukujące szkodliwość palenia papierosów. Tylko że u nas się to nie przebiło do świadomości społecznej. Równocześnie walka z firmami, które na tym zarabiają, toczy się na wielu frontach i dotyczy miliardów złotych. Bilansowanie kosztów uwzględnia szereg czynników, zarówno znaczenie liquidów, podgrzewaczy, różnego rodzaju środków zastępczych, ale też konsekwencje obniżenia się jakości życia i lat jego trwania w wyniku pozostawania w nałogu palenia papierosów. Tu też mieszczą się wysiłki lekarzy, by uświadomić ludziom co im pomoże, a co zaszkodzi. A problem także w tym, że mamy dwa narkotyki poprawne politycznie, bo nikt z konsumentów alkoholu czy palaczy tytoniu nie przyzna się, że jest narkomanem.

Dlaczego zajmuje się tym psychiatra? Bo mowa o szczególnym stanie ośrodkowego układu nerwowego, o natrętnym poszukiwaniu układu nagradzającego. Ten układ nagrody znany jest od lat, stanowi źródło motywacji dla odczuwania przyjemności, a problem w tym, że równocześnie nam szkodzi. To odczuwanie ma charakter genetyczny i może być wspólne z chorobą psychiczną. A patologia tego układu prowadzi do zachowań destrukcyjnych. Powstają ślady pamięciowe, których efektem może być, iż nie samo palenie jest przyjemnością, ale oczekiwanie na nie, czyli ten moment, kiedy wyjdzie się na papierosa np. na balkon, a nie samo wciąganie dymu. Nawet sposób palenia może być czynnikiem pobudzającym układ nagrody.

Jest wiele innych sposobów pobudzania tego układu, m.in. hazard, seksoholizm, pracoholizm, sporty ekstremalne. Natomiast palenie jest chorobą chroniczną, z zaburzeniami o wysokiej nawrotowości, nawet po długim okresie abstynencji. Rodzi się często przymus poszukiwania, stymulowany przez układ nagrody. W miarę upływu czasu przyjemność z samego palenia maleje, człowiek chce się uwolnić od nałogu, ma uczucie przedawkowania, podejmuje próby abstynencji, ale dopamina spada, uczucie przyjemności maleje, podejmuje więc próby przerwania, ale jest już w spirali nałogu, z której bardzo trudno mu się wyrwać (...).

Ile jest osób uzależnionych? W USA 130 mln. Tytoń jest na drugim miejscu, na trzecim kokaina. Według raportu WHO z 2018 r. rocznie umiera wskutek palenia 8 mln ludzi, w tym znaczący odsetek w konsekwencji biernego palenia. W Polsce umiera rocznie bezpośrednio w wyniku palenia 70-80 tys. osób, w tym 26 proc. to mężczyźni, 13 proc. kobiety. Wśród ponoszonych przez społeczeństwo strat znajduje się zachorowalność, a także zmniejszona wydajność pracy, związana z „przerwą na papierosa".

Jeśli chodzi o „elektryki" z nikotyną, to i tutaj utrzymuje się przewaga mężczyzn. Zjawiskiem zaskakującym okazuje się wzrost, i to trzykrotny, wykorzystywania systemów podgrzewających tytoń. Czy jest to rezultatem ich udoskonalenia przez producentów, czy też wzrostu przyjemności przy ich stosowaniu? Pewnie to i to.

Co jest szkodliwe w dymie papierosowym? Otóż jest w nim około 70 substancji kancerogennych, które wg Agencji Badań nad Rakiem wywołać mogą nie tylko nowotwory, ale też choroby układów sercowo-naczyniowego i oddechowego, choroby jamy ustnej i nosowej, żołądka, trzustki, pęcherza moczowego, szyjki macicy – trudno znaleźć w organizmie człowieka układ czy narząd, na który palenie nie miałoby wpływu. Przy raku płuca ryzyko zgonu jest w wypadku palących 20 proc. wyższe niż u niepalących. Jeśli wypalasz pięć papierosów dziennie, ryzyko zawału serca jest o 50 proc. wyższe, jeśli 20 papierosów, rośnie czterokrotnie, jeśli 40 papierosów – ośmiokrotnie.

Jak sobie radzić z nałogiem? Farmakoterapia oferuje substancje zastępcze o składzie tylko częściowo z nikotyną, proponuje gumy do żucia, plastry, tabletki, inhalatory, podpowiada systemy ograniczenia palenia. Sukcesy są jednak umiarkowane, a stosowaniu tych środków towarzyszą często zjawiska niekorzystne, jak przygnębienie, bezsenność, trudności z koncentracją, bóle głowy, suchość w ustach.

Jakie są współczesne wytyczne WHO walki z nikotynizmem? Wciąż najważniejsza jest wiedza, profilaktyka, poradnictwo. I oczywiście opieka zdrowotna, dążąca m.in. do redukcji szkód, a oznacza to wybór mniejszego zła w kwestii ograniczenia palenia. Ten wybór to przyjęcie do wiadomości istnienia wśród młodzieży i niektórych środowisk mody na palenie liquidów, które są mniej kancerogenne. Czy je lansować? To pytanie, które stoi także przed lekarzami, bo skądinąd wiadomo, że te środki zastępcze też mogą się przekształcić w nałóg lub być etapem wstępnym do palenia papierosów.

Tyle luźnego zapisu wystąpienia prof. Janusza Heitzmana. W dyskusji udział wzięli m.in. prof. Tomasz Guzik, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi CM UJ, który podkreślił, iż wysoki poziom świadomości społecznej o szkodliwości palenia połączony jest z zadziwiającym bagatelizowaniem jego skutków; prof. Piotr Jankowski, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Szpitala Klinicznego im. Orłowskiego w Warszawie, który zwrócił uwagę na przewlekłość choroby, podczas której nawet paromiesięczna przerwa w paleniu nie oznacza wyleczenia. Prof. Ewa Czarnobilska, kierownik Centrum Alergologii Klinicznej i Środowiskowej SU, wspomniała m.in. o roli zanieczyszczenia powietrza w kontekście palenia papierosów, natomiast prof. Jolanta Pytko-Polończyk, kier. Katedry Stomatologii Zintegrowanej IS CM UJ, przypomniała o związkach nowotworów jamy ustnej z paleniem. W dyskusji udział wzięli także prof. UJ dr hab. Krzysztof Gil oraz doktor Marzena Ksel-Teleśnicka. Niebawem opracowane zostaną wspólne wnioski ze spotkania.

Stefan Ciepły

Z naszych składek na edukację

Dofinansowanie kształcenia lekarzy

To jeszcze nie przesądzone, ale już prawie pewne. Jeśli Okręgowa Rada Lekarska, a później Okręgowy Zjazd Lekarzy zaakceptują regulamin opracowany przez Komisję Kształcenia Medycznego ORL, jeszcze w tym roku, najprawdopodobniej od jesieni, lekarze będą mogli się starać o dofinasowanie udziału w szkoleniach podnoszących ich kompetencje.

W opinii Komisji „doskonalenie zawodowe jest nie tylko ustawowym, lecz także etycznym obowiązkiem każdego lekarza i lekarza dentysty, a rolą samorządu lekarskiego jest solidarne wspieranie członków w realizacji ww. obowiązku. (...) Dlatego też wzrost świadczenia składkowego winien skutkować ze strony samorządu rozszerzeniem katalogu świadczeń dla jego członków", w tym m.in. dofinansowaniem edukacji.

Regulamin zakłada, że o dofinansowanie (kwoty podamy w kolejnym wydaniu „GGL", gdy zostaną one zatwierdzone przez Okręgowy Zjazd Lekarzy) będzie mógł się starać każdy lekarz lub lekarz dentysta, członek OIL w Krakowie, realizujący obowiązek doskonalenia zawodowego, najprawdopodobniej jednorazowo w czteroletnim okresie rozliczeniowym punktów edukacyjnych. Dotyczyć ma ono udziału w krajowym kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji, prowadzonym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego lub sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej, lub też w krajowym kongresie, zjeździe, konferencji czy sympozjum naukowym. Dofinasowanie obejmować będzie wyłącznie „merytoryczny udział uprawnionego w zdarzeniu edukacyjnym", np. opłaty rejestracyjne, natomiast nie będzie można pokryć z niego kosztów dodatkowych wydatków na przejazdy, noclegi, wyżywienie itp.

Warunkiem przyznania dofinansowania będzie złożenie wniosku oraz uregulowanie zobowiązań finansowych wobec OIL. Wnioski będą rozpatrywane aż do wyczerpania puli środków finansowych przewidzianych na ten cel w budżecie Komisji Kształcenia Medycznego ORL.

Wprowadzenie dopłat do udziału w szkoleniach to niejedyne inicjatywy podejmowane w ostatnim czasie przez Komisję. Głównym jej celem jest rozszerzenie zakresu tematycznego kursów i ich liczby. Prócz kontynuacji kursów do specjalizacji, szkoleń z resuscytacji krążeniowo-oddechowej dzieci i dorosłych, a także z zakresu kompetencji miękkich pojawią się kursy poświęcone całkiem nowym tematom. Komisja zawarła także porozumienie z Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego CM UJ w sprawie organizacji szkoleń o charakterze warsztatowym w zakresie problematyki prawa medycznego – będą to przede wszystkim zajęcia praktyczne dotyczące sytuacji lekarza, który musi się stawić przed organami państwowymi i samorządowymi w związku z jego sytuacją prawną.

Szczegóły niebawem na stronie Izby oraz w kolejnym wydaniu „GGL".

KD

Spotkanie Ekonomistów i Medyków

EKONOMED 2022

Po pandemicznej przerwie, już po raz 6. odbyło się w grudniu w Krakowie Spotkanie Ekonomistów i Medyków EKONOMED. Wzięło w nim udział ok. 250 osób, wśród których było ponad 70 przedstawicieli środowiska medycznego, w tym władz krakowskiej Izby Lekarskiej. Podczas tego wydarzenia uczczono 10-lecie pracy w Krakowie prof. Piotra Chłosty, kierownika Kliniki Urologii SU, wybitnego lekarza, ale i utalentowanego muzyka, twórcy krakowskiego festiwalu KultURO, oraz 20-lecie sprawowania funkcji przez prezydenta Krakowa Jacka Majchrowskiego.

Na wniosek Stowarzyszenia Ekonomed prezydent Krakowa prof. Jacek Majchrowski wyróżnił kilka osób, w tym lekarzy, odznaczeniem Honoris Gratia, przyznawanym osobom zasłużonym dla Miasta Krakowa. Uhonorowano m.in. prof. Piotra Chłostę – kierownika Katedry i Kliniki Urologii i Urologii Onkologicznej CM UJ, prof. Stanisława Kwiatkowskiego – twórcę oddziału neurochirurgii dziecięcej w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Prokocimiu, dr. Łukasza Curyło z Kliniki Urologii i Urologii Onkologicznej, dr. Przemysława Dudka – zastępcę kierownika tej Kliniki, dr. Jerzego Szpakowicza – chirurga, absolwenta AM w Krakowie, oraz dr. Tomasza Wiatra, również z kliniki urologicznej SU, ale też znanego artystę – wernisaż prac doktora Wiatra był jednym z wydarzeń towarzyszących spotkaniu Ekonomed.

Wykonanymi przez niego portretami nagrodzono osoby współpracujące od lat ze Stowarzyszeniem, m.in. kardiologa prof. Jacka Legutkę ze Szpitala im. Jana Pawła II. Kolejnych ośmiu lekarzy obdarowano specjalnymi okolicznościowymi monetami NBP.

Podczas spotkania nie zapomniano o jubileuszu prezydenta Krakowa Jacka Majchrowskiego, któremu wręczono stosowny dyplom.

Główny bohater wieczoru, prof. Piotr Chłosta, poza „prezydenckim" odznaczeniem Honoris Gratia otrzymał z okazji swojego jubileuszu także tzw. Jaszczurowy Laur od Instytutu Sztuki zawiadującego klubem Pod Jaszczurami, gdzie odbywało się to spotkanie, oraz tort w kształcie gitary. Już nie ze słodkimi, lecz prawdziwymi instrumentami wystąpił później zespół profesora Chłosty Trzynasta w Samo Południe. Wieczór uświetnili również Skaldowie.

Dodajmy tylko, że pomysłodawcy tych spotkań – Krakowskie Stowarzyszenie Edukacji EKONOMED, którego prezesem jest Piotr Drążkiewicz we współpracy z prof. UEK Piotrem Bułą, prowadzi również zbiórkę pieniędzy od osób fizycznych i prawnych na zakup sprzętu medycznego dla krakowskich szpitali. Darowizny trafiły już do Szpitala Uniwersyteckiego, Szpitala MSWiA i Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Prokocimiu. Do tej pory zakupiono sprzęt wartości 700 tys. zł.

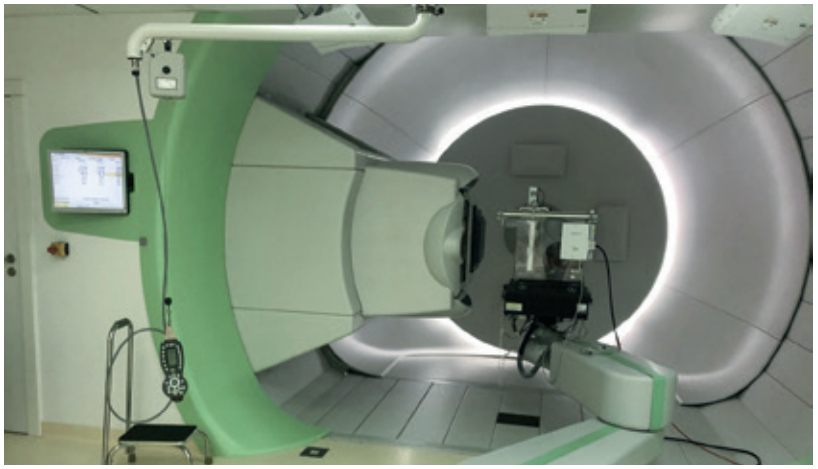
tekst i zdjęcia Stow. Ekonomed, opr. jgh

Fot. Mariusz Süss, Stow. Ekonomed

Profesor Chłosta najpierw odebrał Honoris Gratia z rąk prezydenta Majchrowskiego, potem zmienił image i wystąpił na scenie w roli lidera zespołu rockowego.

Nowe możliwości protonoterapii

Liczba chorych na nowotwory złośliwe rośnie i będzie rosnąć, ale jednocześnie trwa „wyścig zbrojeń" – mamy coraz lepsze narzędzia walki z rakiem. W wybranych nowotworach jedną z bardziej obiecujących metod jest protonoterapia. W Krakowie, w Instytucie Fizyki Jądrowej działa jedyny w Polsce ośrodek protonoterpii, który dzięki determinacji i współpracy wielu osób, poszerzeniu katalogu wskazań do terapii przede wszystkim u dzieci oraz zapewnieniu trwałego finasowania zamierza leczyć znacznie więcej pacjentów niż dotąd.



Fot. Archiwum NIO-PIB w Krakowie

13 stycznia w IFJ w Bronowicach odbyła się specjalna konferencja prasowa poświęcona przyszłości protonoterapii w Polsce. Pretekstem do spotkania z dziennikarzami było opublikowanie 11 stycznia rozporządzenia ministra zdrowia, w którym znacznie poszerzono kryteria kwalifikacji do terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku.

– Wśród nowych wskazań do refundowanych świadczeń radioterapii protonowej znalazło się osiem kolejnych grup schorzeń onkologicznych – poinformował prof. Krzysztof Składowski, konsultant krajowy ds. radioterapii.

Są to, zarówno u dzieci, jak i dorosłych, czaszkogardlaki, mięsaki i chłoniaki oczodołu, nowotwory przewodu słuchowego zewnętrznego i ucha środkowego, gruczolaki przysadki mózgowej, chłoniak Hodgkina lub chłoniaki nieziarnicze, oponiaki mózgu i rdzenia kręgowego dzieci, nowotwory złośliwe dzieci i wieku dorosłego do 40. roku życia o różnej histopatologii, wywodzące się z jamy nosowej, zatok przynosowych lub gardła. Oczywiście sam rodzaj nowotworu nie jest jedynym wskazaniem do protonoterapii, istnieją też inne kryteria kwalifikacji, lecz nowe rozporządzenie zwiększa szanse powrotu do zdrowia bardzo dużej rzeszy małych i dużych pacjentów.

Centrum Cyklotronowe Bronowice Instytutu Fizyki Jądrowej PAN w Krakowie rozpoczęło współpracę z lekarzami wiele lat temu, ale początkowo prowadzono tu tylko radioterapię nowotworów narządu wzroku, we współpracy z krakowskim Centrum Onkologii i Kliniką Okulistyki CMUJ. Stosowanie protonoterapii nowotworów poza tą lokalizacją rozpoczęto z końcem 2016 roku, wraz z podpisaniem umowy między Instytutem Fizyki Jądrowej a Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym Oddział w Krakowie. Wskazania do refundowanej terapii określano w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Długo trwały starania o udostępnienie jej polskim dzieciom, które były leczone, lecz w ośrodkach zagranicznych. Poza problemem refundacji istniały też inne bariery, zresztą szeroko opisywane w mediach. W końcu, w ubiegłym roku, dzięki nawiązaniu dobrej współpracy przez kilka jednostek – IFJ, NIO – oddziały w Krakowie i Gliwicach, oczywiście też Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, udało się rozpocząć regularne leczenie dzieci. 1 czerwca ub. roku powstał Zespół Radioterapii Protonowej Nowotworów Dziecięcych. Od tamtej pory w Bronowicach leczono już 10 dzieci, kilkoro kolejnych jest przygotowywanych do protonoterapii.

– Udało się przełamać imposybilizm i falę porażek. Wreszcie mamy czym się pochwalić – mówił podczas konferencji prof. Wojciech Cyrul, dyrektor USDK.

Nowe rozporządzenie jest kolejnym przełomem. W ostatnich latach, mimo pandemii i ograniczonych wskazań, w Centrum Cyklotronowym Bronowice leczono też 177 dorosłych pacjentów.

– Liczymy na dalszy wspaniały rozwój tej terapii, na znaczne zwiększenie liczby pacjentów i być może na uruchomienie świadczeń komercyjnych – powiedział prof. Tadeusz Lesiak, dyrektor Instytutu Fizyki Jądrowej.

(jgh)

Z cybernetyczną precyzją

Z okazji Światowego Dnia Walki z Rakiem (obchodzonego 4 lutego) 3 lutego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie odbyła się konferencja prasowa, podczas której przedstawiono nowe możliwości Szpitala walki z nowotworami metodami nowoczesnej radioterapii – w tym leczenia za pomocą promieniowania jonizującego.

W nowym Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie przygotowano specjalne pomieszczenia pozwalające na korzystanie z tych technologii. Np. stosowanie brachyterapii umożliwiają specjalne bunkry, których szpital ma dwa, dzięki czemu jednocześnie może być prowadzone leczenie dwóch pacjentów (to wyjątek w skali kraju). Możliwa jest również teleradioterapia przy użyciu jedynych w Małopolsce aparatów: CyberKnife (nóż cybernetyczny) oraz aparatu do tomoterapii. Oba stanowiące szczytowe osiągnięcia współczesnej technologii medycznej, amerykańskiej produkcji. Tylko CyberKnife kosztował 32 mln złotych i jest jednym z pięciu w Polsce. Zakup obu urządzeń został sfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Na konferencji doktorzy Robert Kwiatkowski (pełnomocnik dyrektora ds. rozwoju radioterapii) i Krzysztof Bereza (kierownik Zakładu Brachyterapii) w obszernych wykładach przedstawili zasady funkcjonowania urządzeń. CyberKnife wykorzystano w leczeniu już ok. 50 pacjentów. Ta liczba mogłaby być trzy razy większa, ale brakuje lekarzy radiologów do obsługi tego sprzętu. Sytuacja kadrowa rysuje się wręcz dramatycznie, na 157 miejsc rezydenckich zgłosiło się w Polsce trzech kandydatów. W SU pracuje 5 radiologów, bez ograniczeń czasowych. (By wyczerpać ten wątek, dodajmy od siebie – to specjalizacja, w której lekarz nie ma szans na prywatny gabinet. Komentarz wydaje się zbędny.)

Istota nowych metod radioterapii to zastosowanie urządzeń pozwalających na objęcie promieniowaniem niszczącym guzy nowotworowe na niewielkiej przestrzeni, oszczędzając zdrowe tkanki. Na przykład w brachyterapii źródło promieniowania umieszcza się w obrębie samego guza lub jego bezpośredniej okolicy.

Każda nowa szansa walki z rakiem – w przypadku tej aparatury nowotworów narządów rodnych i piersi u kobiet, prostaty u mężczyzn, płuc, przełyku i skóry – rodzi nadzieję uporania się z chorobami wciąż stanowiącymi szczególne zagrożenie dla naszego zdrowia.

(cis)

Pierwsi w Europie

Na początku stycznia br. na Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej SU profesorowie Marcin Barczyński i Aleksander Konturek przeprowadzili u pacjentki z przetrwałą pierwotną nadczynnością przytarczyc pierwszą w Europie operację tarczycy z wykorzystaniem nawigacji PTeye.

Nawigacja ta wspomaga lekarzy w śródoperacyjnym obrazowaniu węzłów chłonnych z wykorzystaniem wiązki laserowej, bez konieczności podawania kontrastu. Ta metoda była dotychczas dostępna jedynie w Stanach Zjednoczonych, obecnie zyskała rejestrację w Unii Europejskiej.

Choć Oddział działa w strukturach Szpitala Uniwersyteckiego zaledwie od trzech miesięcy, wykonano w nim już setną operacji tarczycy – u 19-letniego mężczyzny z zaawansowanym loko-regionalnie rakiem brodawkowatym tarczycy. W operacji wykorzystano neuromonitoring nerwów krtaniowych IV generacji oraz (po raz kolejny) wspomniany system do detekcji optycznej przytarczyc PTeye.

Źródło: su.krakow.pl

Pomiar, szacowanie ryzyka i skuteczna terapia

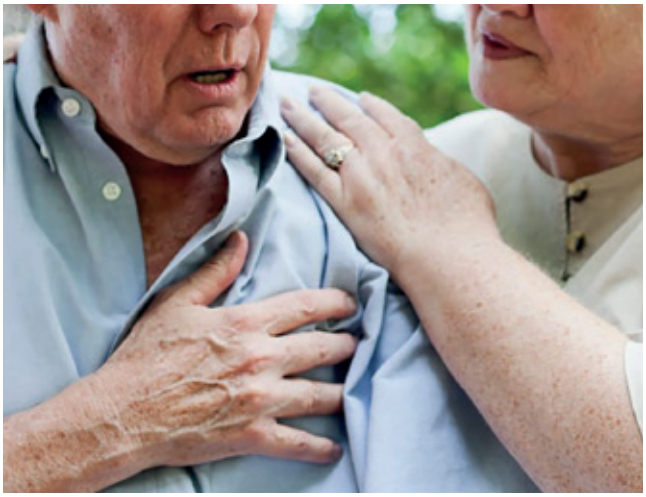
Jak obniżać ciśnienie seniorom

Za około 20 lat jedną trzecią naszego społeczeństwa stanowić będą ludzie w wieku podeszłym, który sam w sobie stanowi istotny czynnik ryzyka wielu chorób. Jednym z powszechnych problemów w tej grupie wiekowej jest nadciśnienie tętnicze, u seniorów „inne" niż u młodych i o tych różnicach nie wolno zapominać – przestrzega prof. Andrzej Januszewicz, kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii.

– Do leczenia nadciśnienia tętniczego w starszym wieku należy podejść inaczej. Mamy wiele odrębności wynikających z samego charakteru nadciśnienia, jego patogenezy, a także z dysfunkcji nerek, jaka występuje w tym wieku, oraz zupełnie innego profilu hormonalnego – wyjaśniał prof. Januszewicz podczas ubiegłorocznej, krakowskiej konferencji Kardiologia Prewencyjna: – Niezależnie od naszych działań hipotensyjnych musimy również pamiętać o obniżaniu glikemii i leczeniu zaburzeń lipidowych.

Starzenie się społeczeństw jest problemem globalnym. W Stanach Zjednoczonych w ciągu dziesięciolecia przybyło ok. 23 proc. populacji w wieku powyżej 65 lat. Jak się okazało, wzrost liczby ludzi starszych spowodował paradoksalne zjawisko epidemiologiczne: mimo wielu wysiłków w USA nie notuje się zmniejszenia częstości zdarzeń sercowo-naczyniowych m.in. w przebiegu niewydolności serca – im więcej osób starszych, tym więcej takich przypadków. Polska nie odstaje od tego wzorca – za 20-25 lat osiągniemy poziom sięgający 35 proc. chorych (w tym na nadciśnienie) w wieku powyżej 65 lat.

Świeżo wykryte nadciśnienie tętnicze u seniorów nie jest wcale rzadkością. Do niedawna jednak uważano, że rozpoczynanie leczenia hipotensyjnego w wieku podeszłym jest niewskazane. Obecnie wiemy, że to mit i że nawet u chorych, którzy przekroczyli 90. r.ż., obniżenie ciśnienia przekłada się



na znaczące zmniejszenie częstości zdarzeń sercowo-naczyniowych. Jedynym wyjątkiem, gdy terapia hipotensyjna może się okazać niewskazana, jest zawansowany zespół kruchości. W wieku podeszłym należy więc koniecznie nadciśnienie leczyć, trzeba jednak postępować nieco inaczej niż u pacjentów młodszych.

– Podstawowym elementem oceny chorego jest oszacowanie wysokości ciśnienia tętniczego – zaznaczył prof. Januszewicz. – Ale zgodnie z najnowszymi wskazówkami z roku 2022 musimy też równolegle oszacować ryzyko sercowo-naczyniowe jako drugi element, który decyduje o inicjacji i intensywności leczenia hipotensyjnego. Nie można leczyć nadciśnienia tętniczego w wieku starszym, jeżeli nie mamy tych dwóch składowych oceny pacjenta. Warto zaznaczyć, że w wieku podeszłym w zasadzie nie notujemy już pojawiania się nowych czynników ryzyka. To, co widzimy u osoby starszej, która ma nadciśnienie i inne choroby układu sercowo-naczyniowego, to jest projekcja zmian, która nakłada się na całkowite ryzyko już udokumentowane.

Ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych ma swój charakterystyczny rozkład geograficzny. Niestety, Polska na tej kardiologicznej mapie to obszar bardzo zagrożony. Do szacowania ryzyka u polskich pacjentów wykorzystujemy więc skalę SCORE 2 w wersji dla krajów o wysokim ryzyku nie zapominając, że dla osób starszych opracowano odrębną wersję: SCORE2-OP (*older persons*).

Innym, niedawno zdefiniowanym problemem nadciśnienia u seniorów jest m.in. odwrócenie wysokości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Najpierw mamy wysokie wartości ciśnienia rozkurczowego, a potem ten profil odwraca się w stronę podwyższonego ciśnienia skurczowego. Stąd też u osób starszych częściej diagnozuje się izolowane nadciśnienie skurczowe. Wynika to z kolejnej odrębności związanej z wiekiem podeszłym, jaką jest inna patogeneza nadciśnienia tętniczego. U osób starszych, obok narastającej dysfunkcji nerek, występuje również zwiększająca się sztywność aorty i innych dużych tętnic. Niestety, jest to zjawisko nieodwracalne, niepodlegające na razie modyfikacji farmakologicznej. Bardzo wysoka sztywność tętnic jest też mocnym predyktorem rozwoju zdarzeń sercowo-naczyniowych, np. udaru mózgu czy zawału mięśnia sercowego.

Każdy chory musi mieć ocenę ciśnienia dokonywaną także w pomiarach pozagabinetowych. Ocena w gabinecie jest podstawą, ale dopiero pomiar urządzeniem ABPM jest w stanie wykazać pewne postaci nadciśnienia tętniczego charakterystyczne dla wieku starszego, takie jak: nadciśnienie tętnicze ukryte (maskowane), nadciśnienie oporne oraz hipotonię ortostatyczną.

– Nadciśnienie ukryte jest częste albo nawet bardzo częste w wieku podeszłym, stanowi także nowy czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego i zdecydowanie wymaga terapii hipotensyjnej – podkreśla prof. Andrzej Januszewicz.

Ciśnieniowy „holter" jest też dobrym narzędziem do wykrywania hipotonii ortostatycznej, która u starszych pacjentów występuje dość często i w wielu przypadkach bywa asymptomatyczna. Niestety, nawet jej postać bezobjawowa (u blisko 30 proc. chorych) jest bardzo mocnym czynnikiem rozwoju demencji, zaburzeń poznawczych, zdarzeń sercowo-naczyniowych i niewydolności serca.

Kolejna nowa kategoria, jaką możemy wyodrębnić u pacjentów w podeszłym wieku, to nadciśnienie tętnicze oporne, które definiujemy jako nieosiągnięcie docelowej wartości ciśnienia przy zastosowaniu co najmniej trzech leków hipotensyjnych, w tym koniecznie jednego leku moczopędnego. Jedno z najnowszych badań o charakterze globalnym (praca objęła 3,2 mln osób leczonych na nadciśnienie na wszystkich kontynentach) wykazało, że co 10. chory, bez względu na szerokość geograficzną, ma oporne nadciśnienie tętnicze, a wiek podeszły zdecydowanie cechuje się bardzo wysokim, znacząco wyższym niż w populacji ogólnej odsetkiem oporności na leczenie hipotensyjne. Oporne nadciśnienie tętnicze w wieku podeszłym jest niezależnym czynnikiem ryzyka udaru mózgowego, zgonu sercowo-naczyniowego i ostrego zespołu wieńcowego.

Choć nowe, bardzo restrykcyjne normy ciśnienia tętniczego budzą czasem niepokój, prof. Januszewicz przekonywał, że niepotrzebnie. – Nie obawiajmy się, że nowe docelowe wartości ciśnienia tętniczego są zbyt restrykcyjne, bo one są zgodne z logiką najnowszych badań klinicznych z roku 2021 – podkreślał. – Jedno z nich pokazało, że jeżeli obniżamy ciśnienie tętnicze u pacjentów, korzyści są tak samo wyrażone w wieku podeszłym, jak w wieku średnim oraz młodszym. Drugie badanie wyraźnie wskazało, że intensywne leczenie i obniżenie ciśnienia do poziomu 115-120 mmHg znacząco zmniejsza ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych w porównaniu z grupą leczoną standardowo mniej intensywnie.

Jak więc leczyć? Na pewno z wykorzystaniem terapii skojarzonej dwulekowej. Wyjątkiem są tu pacjenci z zaawansowanym zespołem kruchości, do których należy podchodzić indywidualnie i dla których prawdopodobnie lepszym rozwiązaniem może się okazać monoterapia. Warto też wiedzieć, że najnowsze doniesienia sprzed paru miesięcy jasno wykazały, że pora przyjmowania leków nie ma żadnego znaczenia dla powodzenia terapii i pacjent może zażywać swoje preparaty zarówno rano, jak i wieczorem.

Wiele osób obawia się rozpoczynania leczenia nadciśnienia w wieku podeszłym. – Niepotrzebnie – uważa hipertensjolog. – Stosujemy tutaj takie same zasady, jak u pacjentów w wieku młodym i średnim. Może z niewielką różnicą, to znaczy w kroku pierwszym nasze leki kojarzymy raczej względem diuretyku tiazydopodobnego, który jest trzonem naszej terapii.

W każdym razie – bez względu na wiek nadciśnienie tętnicze musi być skutecznie leczone.

Joanna Sieradzka

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł. Więcej informacji na str. 51.

Polekowa ginekomastia, ignorowane działanie niepożądane

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

Ginekomastia, czyli rozrost tkanek w obrębie jednej lub obu brodawek sutkowych u chłopców lub mężczyzn, nie jest stanem chorobowym. Może być jednak objawem wielu schorzeń, np. hipogonadyzmu, choroby nerek lub wątroby, nadczynności tarczycy, w tym też i chorób o charakterze nowotworowym (nowotwory feminizujące). Ginekomastia, jako nadmierny rozrost tkanki gruczołowej, a czasem także tłuszczowej, jest spowodowana względną przewagą działania estrogenów (estradiol) nad androgenami (testosteron) na komórki gruczołu sutkowego. Częstość występowania ginekomastii systematycznie wzrasta i jest to najprawdopodobniej związane z cywilizacyjną epidemią otyłości oraz z coraz większą obecnością estrogenów w żywności i w środowisku (ksenoestrogeny).

Zdarza się też, że podłoże ginekomastii jest niejasne lub nieznane (ginekomastia idiopatyczna). O jej wystąpieniu mogą decydować uwarunkowania genetyczne, a w szczególności zwiększona wrażliwość receptorów estrogenowych na prawidłowe stężenia estrogenów lub zwiększona aktywność enzymu zwanego aromatazą na skutek mutacji lub polimorfizmu jego genu CYP19. Zwiększona przez to aromatyzacja androgenów do estrogenów doprowadza do miejscowego wzrostu stężenia estrogenów i wtórnego rozrostu tkanki gruczołowej w obrębie sutka.

Oprócz wszystkiego powyższego w praktyce lekarskiej spotykamy się też z ginekomastią polekową. Jako powikłanie polekowe ginekomastia rzadko jest rozpoznawana. Niestety, uniemożliwia to podjęcie skutecznych przeciwdziałań, które powinny polegać na szybkiej modyfikacji stosowanej farmakoterapii. Jeśli ginekomastia polekowa jest ignorowana, to może to doprowadzić do błędnych decyzji terapeutycznych.

W publikacjach dedykowanych ginekomastii zwykle wymienia się niewielką liczbę leków mogących indukować to powikłanie. Tymczasem lista takich leków jest coraz dłuższa i dlatego możliwie najszybciej należy poznać leki, które indukują ginekomastię najczęściej. Ryzyko ginekomastii indukowanej przez leki wzrasta w populacji pacjentów otyłych, co wprost wynika ze zmiany profilu farmakokinetycznego leków w tej szczególnej grupie pacjentów. Gruczoły sutkowe to typowe miejsce odkładania się tkanki tłuszczowej, w której występuje wspomniany już wcześniej enzym aromataza, przekształcający testosteron w estrogeny (estradiol).

Mechanizmy, które prowadzą do wystąpienia ginekomastii polekowej, są złożone. Jednakże najczęściej mamy do czynienia:
– z metabolizmem leków do pochodnych estrogenowych lub do metabolitów, które charakteryzują się aktywnością estrogenną,
– z wystąpieniem aktywności antyandrogenowej leków lub z nasileniem przez leki klirensu androgenów,
– z wywołanym przez leki zwiększeniem stężenia białka wiążącego hormony płciowe – SHBG (ang. *sex hormone binding globulin*),
– z indukowaniem przez leki hiperprolaktynemii,
– ze stosowaniem suplementów diety, a także niektórych roślinnych produktów leczniczych, np. dzięgiela chińskiego, który zawiera fitoestrogeny.

W przypadku wystąpienia ginekomastii zawsze nieodzowna jest analiza związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy przyjmowanymi przez pacjenta lekami i suplementami diety.

LEKI, KTÓRE MOGĄ INDUKOWAĆ GINEKOMASTIĘ

FARMAKOLOGICZNA GRUPA LEKÓW	LEKI
Antyandrogeny, inhibitory syntezy androgenów	Flutamid, bikalutamid, octan cyproteronu, finasteryd, dutasteryd
Leki przeciwbakteryjne	Metronidazol
Leki hamujące wydzielanie kwasu w górnym odcinku przewodu pokarmowego	Omeprazol, esomeprazol
Leki kardiologiczne	Amiodaron, amlodypina, inhibitory konwertazy angiotensyny – częstotliwość indukowania zależna od leku, diltiazem, werapamil, metyldopa, spironolakton, digoksyna
Leki hipolipemizujące	Atorwastatyna, rosuwastatyna, fenofibrat
Leki psychotropowe	Neuroleptyki fenotiazynowe, diazepam, haloperidol, SSRI, mirtazapina, trójpierścieniowe antydepresanty, risperidon, buspiron oraz **amfetamina, oczywiście także wtedy, gdy przyjmowana jest w celach pozamedycznych** (sic.)
Leki hormonalne	Steroidy anaboliczne, gonadotropiny, hormon wzrostu
Leki stosowane w systemowym leczeniu nowotworów	Alkaloidy Vinca, imatynib, dazatynib metotreksat
Leki stosowane w leczeniu bólu	Metadon, kanabinoidy
Inne leki	Ketokonazol, metoklopramid, teofilina

POMAGAJĄ · CHRONIĄ · LECZĄ · WSPÓŁPRACUJĄ · LEKARZE NADZIEI

Stowarzyszenie LEKARZE NADZIEI

ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

prosi o wsparcie akcji pomocy medycznej ludziom ubogim, bezdomnym, niepełnosprawnym przez przekazanie

1,5% podatku dochodowego KRS nr 0000047746

lub wpłatę darowizny na konto bankowe: 58 1020 2892 0000 5902 0171 3833

Zarząd Główny SLN, al. Pokoju 7, 31-548 Kraków

tel. 12 414 30 05, fax 12 413 25 29 e-mail: medaid@sln.org.pl

Sprawy kończone i niedokończone, cz. 2

Dziś, zgodnie z zapowiedzią z numeru grudniowego, będzie o zwrotach akcji w bardzo nośnej medialnie sprawie, jaką są świadczenia z zakresu medycyny estetycznej. Oczywiście, jako stomatolog powinienem w ramach spraw niedokończonych zasygnalizować, że na dzień św. Walentego, kiedy piszę ten artykuł, po niemal roku od sporządzenia przez AOTMiT nowej wyceny świadczeń stomatologicznych i po 303 dniach od podpisania jej przez Ministra, cały czas nie mamy zarządzenia implementującego tę wycenę. Ale ponieważ w sprawach STM czasami już ręce opadają, a łączności z Naczelną Izbą brak, przeto zostawmy na razie ten temat.

Temat „estetycznej", który wcześniej miałem zaszczyt koordynować w pracach Naczelnej Rady Lekarskiej, przewijał się przez prawie całą VIII kadencję. Po szeregu konferencji i uzgodnień, w styczniu 2021 r. NRL wystąpiła do Ministerstwa Zdrowia o zmiany w prawie, polegające na takim doprecyzowaniu definicji świadczenia zdrowotnego, aby objęło również w sposób bezsprzeczny medycynę estetyczną. Dlaczego bezsprzeczny? Dlatego, że choć obecnie funkcjonująca definicja świadczenia art. 2 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej zawiera w sobie sformułowania naprowadzające również na tę sferę medycyny (zgodność z „odrębnymi przepisami" – przepisy o lekach i wyrobach medycznych), to w owym czasie sądownictwo powszechne skłonne było uważać, że o tym, czy zabieg estetyczny jest świadczeniem zdrowotnym, decyduje to, czy mamy do czynienia z chorym pacjentem, czy zdrowym klientem. Jeśli to drugie – to nie jest świadczenie (czytaj: może je wykonać każdy).

Jak to się przekładało na praktykę dnia codziennego – widzimy. Totalny rozgardiasz, każdy czuje się powołany, Facebook jest pełen ogłoszeń, nielegalny handel botoksem i kwasem HA trwa, etc. Konsekwentna polityka NRL, polegająca na nagłośnieniu tematu, wytykaniu władzom wspierania nielegalnej „przedsiębiorczości" i wytwarzaniu oficjalnych dokumentów wskazujących na wadliwość tego poglądu prawnego doprowadziła do tego, iż Naczelny Sąd Lekarski w głośnej sprawie dentystki powiększającej piersi mógł zastosować pełną gamę poglądów Izby na ten temat. Kasacja wniesiona przez ukaraną do Sądu Najwyższego spotkała się z dość jednoznacznym oddaleniem, z wielce pożyteczną dla całej sprawy argumentacją, praktycznie podtrzymującą całość poglądów NIL. Wyrok ten jesienią 2021 r. nagłośniliśmy w mediach branżowych. Śledzę dyskusję w tej sprawie i jakoś dziś już nikt nie odwołuje się do orzecznictwa sprzed wspomnianego wyroku SN (sygn. I KK 23/21).

Oczywiście, wyrok to nie dotknięcie czarodziejskiej różdżki. Chaos i sobiepaństwo się nie skończyły. Branża gospodarcza nie ustawała w lobbingu na rzecz przekonania władz, że „lepiej wszystko zostawić po staremu".

Minister Zdrowia odpowiadając niedawno na interpelację jednej z posłanek, pytającej o rozgraniczenie kompetencji pomiędzy lekarzami a kosmetologami, stwierdził wyraźnie, że MZ nie ma żadnych wątpliwości co do tego, iż to rozgraniczenie jest już zdefiniowane, że kosmetolodzy nie byli, nie są i nie będą zawodem medycznym i nie mają uprawnień do zabiegów inwazyjnych. Kreślę te parę słów komentarza choćby dlatego, że w mediach daje się wyczuć oczekiwanie na „uregulowanie sprawy". W sytuacji wyroku SN, o którym wspomniałem, i dość jednoznacznego stanowiska MZ warto skonstatować, że ***pomimo iż regulacja prawna jest potrzebna, nie jest tak, że w tej chwili stan prawny jest niejasny****. Choćby zasady używania wyrobów medycznych czy leków (nie ma medycyny estetycznej bez wyrobów lub leków) wyraźnie ograniczają uprawnienia do lekarzy i stomatologów. Jasne, środowisko dermatologów powinno się porozumieć z kosmetologami co do zasad współpracy. Jednak zasadniczy podział kompetencji jest jasny, a dobro pacjentów wymaga teraz, aby w warstwie kontroli przyłożyły się do tego odpowiednie organy władzy publicznej.*

Andrzej Cisło, stomatolodzy.org.pl

Elita

Najpierw zajrzyjmy do „Słownika Języka Polskiego" (PWN), przydawanie bowiem fałszywych znaczeń różnym pojęciom stało się ulubionym zajęciem niektórych polityków. Tak stało się ze słowem tytułowym, ironicznie wykoślawianym niekiedy jako „elyta", czemu towarzyszy specjalnie dobrany ton, mina czy gest, jako świadectwo sztuki retorycznej schlebiające gustom wybranej publiczności. Nie wymieniam nazwisk retorów, Państwo sami podstawicie sobie bohaterów. Ja natomiast wracam do „Słownika", w którym pojęcie e l i t a zdefiniowano w dwóch znaczeniach: 1. „grupa ludzi wyróżniająca się lub uprzywilejowana w stosunku do reszty społeczeństwa ze względu na posiadanie pewnych cech lub dóbr cenionych społecznie: elita naukowa, artystyczna, intelektualna. Elita towarzyska stolicy". 2. roln. „wysoko kwalifikowany materiał nasienny roślin uprawnych...".

Prawdę mówiąc, trudno sobie wyobrazić społeczeństwo bez elity. To ona kształtuje horyzonty myśli naukowej; wytycza wzory etycznego postępowania; otwiera nowe ujęcia artystyczne; podpowiada zachowania obyczajowe. A przytoczoną definicję łatwo zmanipulować. Wystarczy usunąć dwa słowa po „posiadanie pewnych cech lub dóbr" („cenionych społecznie") i już jesteśmy w nowym świecie. Tym dzisiejszym. Trwa bowiem próba zastąpienia polskiej elity intelektualnej czy artystycznej nowymi elitami oligarchicznymi, rekrutującymi się z ludzi obdarzonych majątkiem i stanowiskiem w rozmaitych spółkach, agencjach, zarządach, z pominięciem kompetencji. Ten typ elity oligarchicznej jest świetnie znany w świecie rozmaitych dyktatur. Może nawet przeważa.

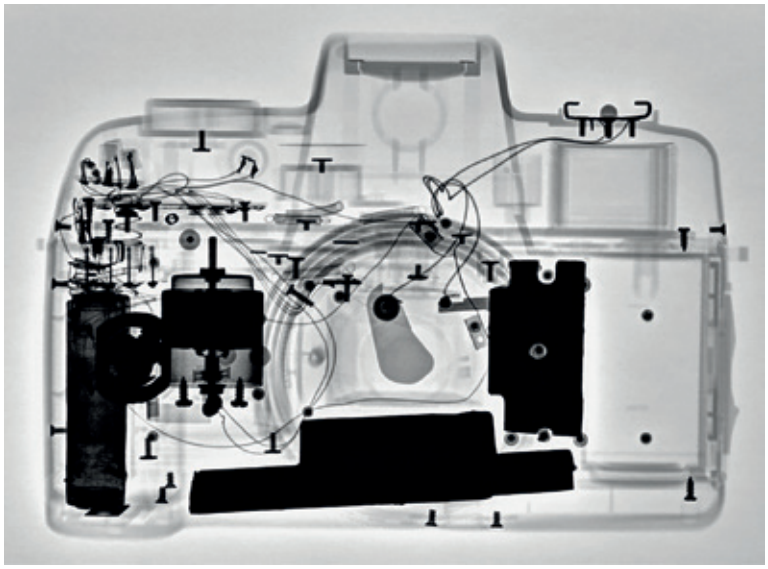
Czy ku temu zmierzają nasze przeobrażenia? Odpowiemy przy urnie wyborczej. Natomiast w świecie polskiej medycyny elitę do niedawna symbolizowały nazwiska Religi, Aleksandrowicza, Szczeklika, tyle że one już pachną historią. Rodzi się zatem pytanie, czy brak jest następców, czy też środowisku lekarskiemu brak jest siły kreacyjnej. Faktem jest, że ani samorząd lekarski, ani rozmaite towarzystwa naukowe czy instytucje nie potrafią przebić się do opinii publicznej. Najbardziej spektakularnym przejawem lekceważenia środowiska lekarskiego było w styczniu 2022 roku potraktowanie Rady Ekspertów przy Premierze, w samym środku pandemii COVID-19.

Elity są nieodłączną częścią każdego środowiska. Z reguły pełnią istotną, motywacyjną funkcję, inspirującą postęp. Nie są jednak uodpornione na patologie. Bywa, że przekształcają się w pazerne koterie, kasty, a nawet mafie. Od elity intelektualnej do oligarchicznej jest daleka droga, ale ta druga „elitą" jest tylko w cudzysłowie.

Stefan Ciepły

Twoje zdjęcie na okładce

Zapraszamy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów do przysyłania zdjęć o szeroko pojętej tematyce medycznej lub też zdjęć reportażowych „z życia lekarza". Najlepsze fotografie zostaną zamieszczone na okładce „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej". Preferujemy zdjęcia wykonane w poziomie.
Propozycje zdjęć proszę przesyłać na adres: **redakcja@oilkrakow.org.pl**
Prosimy o podpisanie się imieniem i nazwiskiem oraz krótki opis, co jest na zdjęciu i kiedy zostało zrobione. Konkurs dotyczy wyłącznie lekarzy i lekarzy dentystów zarejestrowanych w naszej Izbie.
Za publikację fotografii na naszych łamach przysługuje wynagrodzenie.

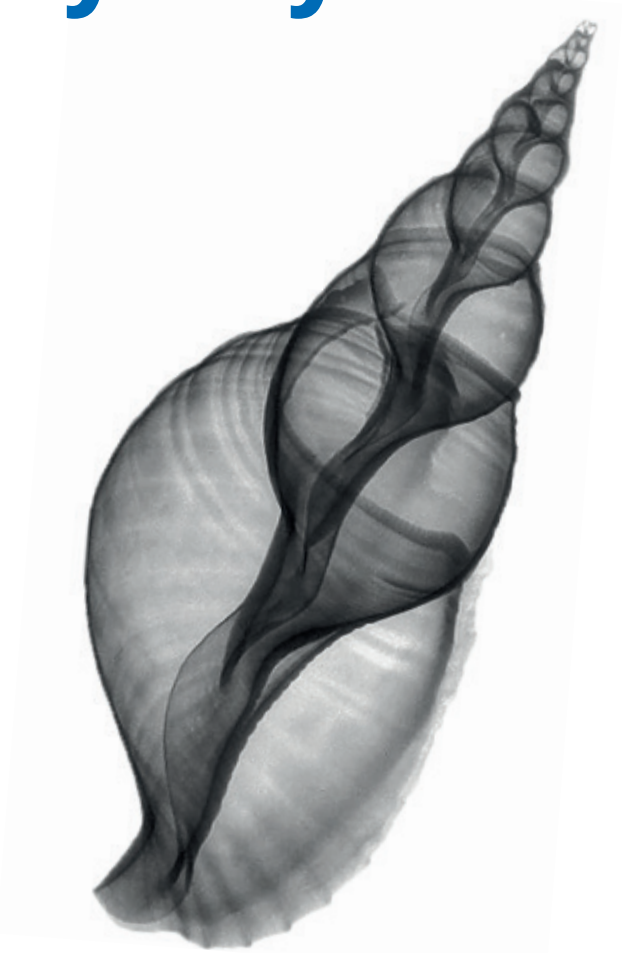


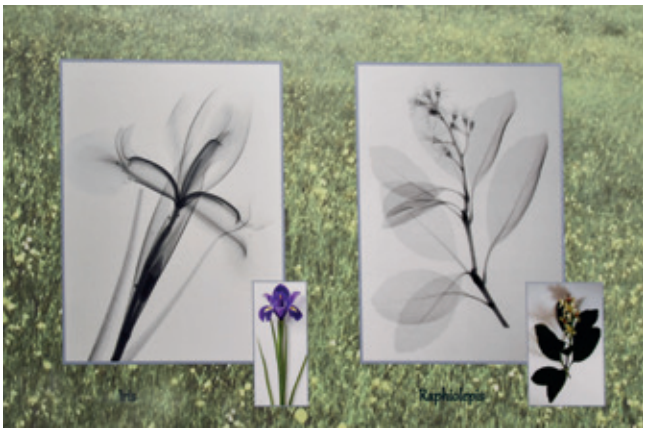
Świat w promieniach elektromagnetycznych

Na co dzień zwykle nie pamiętamy, że towarzyszący nam stale widok świata zawdzięczamy promieniowaniu elektromagnetycznemu w zakresie długości 380-780 nm, które działa na siatkówkę oka, tworząc na niej obrazy. Tym bardziej nie zwracamy uwagi na to, że innym rodzajem promieniowania elektromagnetycznego (o znacznie niższej długości fali) są niewidzialne dla naszego wzroku promienie X, zwane także promieniami Roentgena. Jednak przy pomocy aparatów rentgenowskich, wykorzystujących właśnie ten rodzaj promieniowania elektromagnetycznego, można obrazować nie tylko ciało ludzkie, ale także różne obiekty. I zarówno w promieniach widzialnych, jak i w promieniach X można w różny sposób wyrażać piękno otaczającego świata.

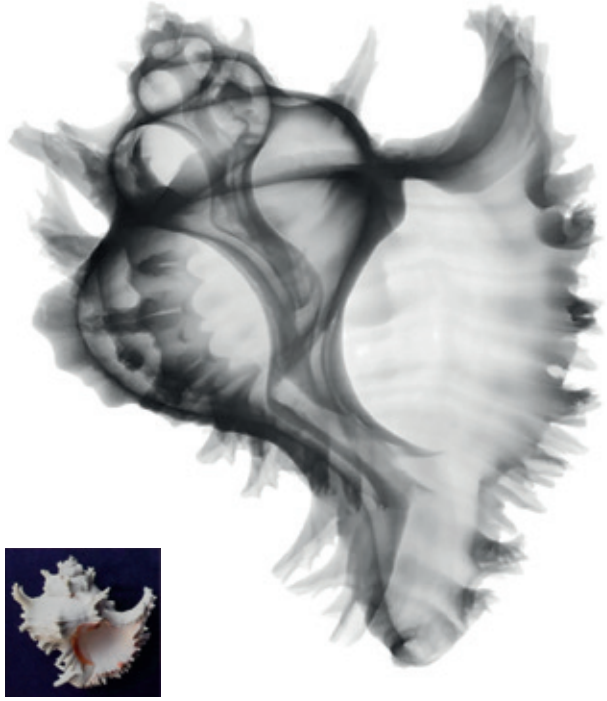
Obrazuje to specjalna wystawa „Promienie widzialne i niewidzialne" w Krakowie, na której zaprezentowano fotografie oraz radiogramy muszli i kwiatów wykonane przez prof. Andrzeja Urbanika (na zdjęciu u góry) ze współpracownikami z Katedry Radiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kolejne plansze opisują początki zarówno fotografii, jak i radiologii. Ozdobą ekspozycji jest zabytkowy aparat rentgenowski, a także 120 również zabytkowych aparatów fotograficznych, pochodzących z kolekcji prof. Urbanika.

Wystawę można zwiedzać bezpłatnie do końca 2023 roku w krakowskim Domu Technika (ul. Straszewskiego 28, I piętro), od poniedziałku do piątku, w godz. 9-15.





Promienie rentgenowskie znalazły zastosowanie również w botanice, gdzie były wykorzystywane w badaniach naukowych nad strukturą roślin. Natomiast już w latach 30. minionego wieku zaczęły powstawać obrazy radiograficzne kwiatów wykonane w celach artystycznych, wyznaczające nowy kierunek w sztuce.



Niezwykłe kształty muszli od zawsze pasjonowały nie tylko artystów. Dopiero jednak fotografia w promieniach rentgenowskich umożliwiła wydobycie ich skomplikowanych, a zarazem pełnych piękna i harmonii struktur. Zdjęcia RTG muszli często, zwłaszcza po przetworzeniu, osiągają status dzieła sztuki.

K. Domin

Czy lekarz z Ukrainy może zostać zatrudniony jako lekarz specjalista zgodnie z ustawą o pomocy obywatelom tego kraju?

Lekarz obcokrajowiec kontra przepisy

Minął rok od wybuchu wojny w Ukrainie. Do Polski przyjechały miliony obywateli tego kraju, wśród nich także lekarze szukający u nas schronienia i zatrudnienia. Wychodząc na przeciw potrzebie czasu, przepisy polskiego prawa zostały zmienione tak, by obywatelom Ukrainy, którzy swoje uprawnienia nabyli poza Unią Europejską, ułatwić podjęcie pracy w zawodzie lekarza i lekarza dentysty na terenie Polski. Czy oznacza to automatyczne uznanie uprawnień nabytych przez lekarzy specjalistów w Ukrainie?

Otóż nie, ponieważ z jednej strony została stworzona „szybka ścieżka" uznania uprawnień i przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza, z drugiej – jest to możliwe pod pewnymi warunkami, takimi jak ograniczony czas obowiązywania PWZ (pięcioletni), ograniczona samodzielność w wykonywaniu świadczeń, możliwość wykonywania zawodu tylko w podmiotach leczniczych, co skutkuje brakiem możliwości rejestrowania praktyk lekarskich.

Zgodnie art. 61. Ustawy z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. 2023 poz. 103 ze zmian.) niezależnie od trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, obywatelowi Ukrainy, który uzyskał kwalifikacje lekarza lub lekarza dentysty poza terytorium Unii Europejskiej, można udzielić zgody na wykonywanie zawodu oraz przyznać warunkowe prawo wykonywania zawodu, jeżeli spełnia warunki wskazane w ustawie z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 i 1733). Oznacza to, że ma pełną zdolność do czynności prawnych, stan zdrowia pozwala mu na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentysty, wykazuje nienaganną postawę etyczną, posiada dyplom lekarza, lekarza dentysty potwierdzający ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, jeżeli dyplom lub jego duplikat jest zalegalizowany przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej (art. 7 ust. 2a pkt. 3-3 i7). Do lekarzy objętych tym przepisem stosuje się odpowiednio art. 7 ust. 9-14 i 17-22 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, co oznacza, że zgody na wykonywanie zawodu udziela im minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze decyzji administracyjnej, a prawo wykonywania zawodu (warunkowe) przyznaje okręgowa rada lekarska.

Przekładając ww. regulację prawną na stan faktyczny, wyjaśnić należy, że w przypadku lekarza specjalisty, obywatela Ukrainy, może on uzyskać prawo warunkowego wykonywania zawodu na obszarze Polski uprawniające do samodzielnej pracy w podmiocie leczniczym przez pięć lat, z zastrzeżeniem, że przez pierwsze trzy miesiące zatrudnienia w zawodzie będzie pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty.

Podmioty lecznicze (przychodnie i szpitale), przy powszechnym braku specjalistycznej kadry, chciałyby jednak zatrudnić obywateli Ukrainy na stanowiskach lekarzy specjalistów. Jednak przyznanie przez właściwą radę lekarską warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza nie stanowi uznania jego specjalizacji. Fakt posiadania specjalizacji umożliwia lekarzowi jedynie samodzielną pracę (po upływie trzech miesięcy), a nie wykonywanie zawodu lekarza jako specjalisty w określonej dziedzinie.

Odrębną kwestię stanowią umiejętności lekarza i możliwość wykonywania przez niego specjalistycznych świadczeń lekarskich. Należy jednak pamiętać, że ryzyko i odpowiedzialność w przypadku ewentualnego wystąpienia szkody spoczywać będzie na pracodawcy lekarza.

mec. Anna Gut

Zawody medyczne – wybrane regulacje

Jako że część działalności lekarza opiera się na współpracy z osobami wykonującymi inne zawody medyczne, których zasady wykonywania na gruncie prawnym podlegają ostatnio dość dynamicznym zmianom, przedstawiam poniżej krótkie omówienie wybranych regulacji w tym zakresie. Należy podkreślić, iż przedstawione akty prawne znajdują się na różnym poziomie obowiązywania od tych, które już weszły (lub oczekują na wejście) w życie, a kończąc na rozwiązaniach projektowanych, będących jeszcze w legislacji.

1. Ustawa z 1 grudnia 2022 r. **o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych** (Dz.U. 2022, poz. 2705)

Ustawa określa: zasady i warunki wykonywania zawodu ratownika medycznego; zasady i organizację kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego ratowników medycznych; organizację i zakres działania samorządu ratowników medycznych oraz zasady odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych.

Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega m.in. na: udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, samodzielnie lub na zlecenie lekarza; transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz stwierdzaniu zgonu, do którego doszło podczas akcji medycznej. Za wykonywanie zawodu ratownika medycznego uważa się również np.: nauczanie zawodu ratownika medycznego; wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych oraz organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Zgodnie z ustawą ratownik medyczny wykonuje zadania zawodowe polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych m.in. w podmiotach leczniczych; w ramach ratownictwa górskiego, narciarskiego, wodnego, górniczego; w jednostkach ochrony przeciwpożarowej; na stanowisku dyspozytora medycznego itp.

Przepisy ustawy stanowią, że ratownik medyczny może wykonywać zawód: w ramach umowy o pracę; stosunku służbowego; na podstawie umowy cywilnoprawnej oraz w ramach porozumienia o wolontariacie.

W świetle regulacji ustawowej ratownicy medyczni będą zorganizowani na zasadach samorządu zawodowego, do którego przynależność będzie obowiązkowa. Jednostką organizacyjną samorządu, posiadającą osobowość prawną, jest Krajowa Izba Ratowników Medycznych z siedzibą w Warszawie, którą tworzą ratownicy medyczni wpisani do rejestru ratowników medycznych prowadzonego przez Krajową Radę Ratowników Medycznych. Ratownicy medyczni będą podlegać odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu ratownika medycznego.

Ustawa (co do zasady) wejdzie w życie 22 czerwca 2023 r.

2. Ustawa z 15 września 2022 r. **o medycynie laboratoryjnej** (Dz.U. 2022, poz. 2280)

Reguluje zasady wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz czynności medycyny laboratoryjnej, jak również organizację i zasady działania samorządu diagnostów laboratoryjnych. Ustawa definiuje „medycynę laboratoryjną" jako dziedzinę medycyny, której zadaniem jest określanie składu i parametrów biologicznych, chemicznych i fizycznych materiałów biologicznych. Czynności medycyny laboratoryjnej obejmują głównie badania laboratoryjne materiału biologicznego (analityczne, mikrobiologiczne, immunologiczne, genetyczne itd.) oraz wykonywanie oceny

jakości i wartości diagnostycznej badań laboratoryjnych.

Osobą uprawnioną do samodzielnego wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej w laboratorium jest:

1) diagnosta laboratoryjny;

2) lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu oraz specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie analityki lub w dziedzinie mikrobiologii, lub w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie mikrobiologii i serologii, lub lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej lub w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej.

W ustawie określono również: prawa i obowiązki diagnosty laboratoryjnego, w tym zasady jego ustawicznego rozwoju zawodowego; wymagania, jakie winny spełniać laboratoria oraz kwalifikacje zatrudnionego w nich personelu i kierownika; sposób organizacji samorządu diagnostów i inne.

Warto podkreślić, że zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami prawnymi (zmiana ustawy o działalności leczniczej) od 10.11.2023 r. działalność diagnosty będzie mogła być prowadzona w formie: jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka diagnosty laboratoryjnego, indywidualna praktyka diagnosty laboratoryjnego wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka diagnostów laboratoryjnych.

3. Projekt ustawy **o niektórych zawodach medycznych**.

Po długim procesie konsultacji i opiniowania (raport w tym zakresie liczy ponad 400 stron) tempa nabrały prace legislacyjne dotyczące przyjęcia projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych. Ww. ustawa ma uregulować zasady wykonywania zawodu: asystentki stomatologicznej, dietetyka, elektroradiologa, higienistki stomatologicznej, logopedy, masażysty, opiekuna medycznego, optometrysty, ortoptysty, podiatry, profilaktyka, protetyka słuchu, technika dentystycznego, technika farmaceutycznego, technika ortopedy, technika sterylizacji medycznej, terapeuty zajęciowego.

Przepisy ustawy, oprócz ustalenia warunków i zasad wykonywania poszczególnych ww. profesji, mają określać także kwestie odpowiedzialności zawodowej oraz zasady podnoszenia kwalifikacji w procesie ustawicznego rozwoju zawodowego. Trudno na chwilę obecną przesądzić, kiedy i w jakim kształcie ww. przepisy znajdą ostateczne odzwierciedlenie w obowiązujących regulacjach, tym niemniej warto mieć na uwadze, iż proces w tym zakresie jest prowadzony.

Przedstawione powyżej omówienie ma charakter sygnalizacyjny i jako takie nie wyczerpuje oczywiście katalogu zmian, jakie na gruncie prawnym następują w obszarze wykonywania poszczególnych zawodów medycznych.

mgr Dariusz Dziubina

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł. Więcej informacji na str. 51.

Krosno

10 grudnia 2022 r. w Delegaturze Krośnieńskiej odbyło się spotkanie autorów książki „Zdzisław Zapała (1921-2005)" z lekarzami. Autorzy Adam Krzanowski i dr Bolesław Rygiel w bardzo ciekawy sposób przedstawili postać wybitnego chirurga, oddanego swej pracy, a mimo to szykanowanego przez komunistyczne władze. Zebrani lekarze w dyskusji przytaczali osobiste wspomnienia ze współpracy z doktorem Zapałą bądź z kontaktu pacjent – lekarz. Spotkanie przebiegło w serdecznej atmosferze.

28 grudnia 2022 r. Minister Zdrowia podpisał Certyfikat nr 2022/71 potwierdzający, że Szpital SPZOZ w Sanoku spełnia standardy akredytacyjne dla lecznictwa szpitalnego. Tym samym został on wpisany na listę placówek posiadających certyfikat akredytacyjny, która jest publikowana na stronie internetowej Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Certyfikat wydawany jest na wniosek Ośrodka Akredytacji CMJOZ w Krakowie, agendę Ministerstwa Zdrowia, na wzór czołowych instytucji akredytujących na świecie. Polski program akredytacji należy do European Accreditation Network (EAN), sieci koordynowanej przez Europejskie Towarzystwo Jakości w Opiece Zdrowotnej (ESQH), zrzeszającej programy akredytacyjne w Europie. Szpitale uzyskują certyfikat poprzez udział w programie, który jest zewnętrzną oceną pracy jednostki, prowadzoną przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia od 1998 roku.

„Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny" pod takim tytułem odbywa się od wielu lat konkurs, którego ideą jest uhonorowanie tych, którzy szczególnie się wyróżniają i odnoszą sukcesy w ochronie zdrowia. Konkurs „Liderzy Medycyny" organizowany jest przez Wydawnictwo Medyczne Termedia oraz redakcje „Menedżera Zdrowia" i „Kuriera Medycznego".

Wśród ostatnich laureatów znalazł się Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie, przez kapitułę konkursu uznany za najbardziej innowacyjny. Szpital otrzymał tytuł Lidera Roku 2022 w Ochronie Zdrowia w tej właśnie kategorii – „innowacyjny szpital". Za innowacyjność uznano utworzenie i otwarcie pierwszej w Polsce Poradni Prehabilitacji Onkologicznej, której celem jest przygotowanie pacjenta do ciężkiej terapii, co pozwoli na dobrą tolerancję leczenia, zminimalizowanie powikłań i wsparcie w szybkim powrocie do zdrowia.

„Aby pacjent przeszedł skuteczne leczenie onkologiczne, musi być do niego przygotowany kompleksowo. I w tym zawiera się idea prehabilitacji. Mam nadzieję, że dostrzeżenie naszego wysiłku wpłynie na inne ośrodki, które również rozwijają ideę prehabilitacji" – powiedział lek. Sebastian Opaliński, koordynator Poradni Prehabilitacji Onkologicznej.

(źródło Szpital Brzozów POO)

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie

Nowy Sącz

Wracając do normalnego funkcjonowania, wzorem lat poprzednich zorganizowaliśmy w Delegaturze, pomimo dużej liczby zachorowań na grypę i ufając w wyszczepienie lekarzy, grudniowe spotkania. I tak 2 grudnia 2022 r. odbyło się spotkanie ze stażystami rozpoczynającymi i kończącymi staż na terenie Delegatury. Omówiliśmy organizację Izby Lekarskiej, przybliżyliśmy młodym koleżankom i kolegom jej działalność, poinformowaliśmy o formach pomocy i możliwościach wsparcia udzielanego przez samorząd na trudnej drodze zawodowej.

Po opisanym powyżej spotkaniu stażyści oraz zaproszeni lekarze naszej Delegatury wysłuchali wykładu dr. Tadeusza Wójcikiewicza pt. „Dylematy etyczne leczenia chorych

w końcowym okresie życia". Niestety, choć wszystko zostało organizacyjnie dopięte, a informację o tym wydarzeniu szeroko rozpowszechniono, frekwencja była niewielka.

17 grudnia 2022 r. zorganizowaliśmy w Delegaturze spotkanie opłatkowe, z udziałem księdza kapelana nowosądeckiego szpitala. Składanie życzeń świątecznych odbywało się „na odległość", ale na pewno były one szczere i w dużej części już się realizują. Miłą atmosferę podbudował smaczny, tradycyjny poczęstunek. Frekwencja była większa niż na poprzednim spotkaniu, ale też mniejsza od spodziewanej, z dużą przewagą emerytów.

Mając pozytywne doświadczenia, poparte rachunkami za prąd, w porozumieniu i przy wsparciu organizacyjnym prezesa ORL Roberta Stępnia, na siedzibie Delegatury zainstalowane zostały dodatkowe panele fotowoltaiczne, w liczbie 10. Jeszcze odważniej wykorzystujemy prąd do ogrzewania pomieszczeń, a ogrzewanie gazowe włączane jest jedynie przy dużych mrozach. Nabraliśmy też ochoty na ogrzewanie metodą rekuperacji, albowiem obecnie wykorzystujemy w tym celu grzejniki elektryczne.

Nasi Seniorzy także z werwą powrócili do swej działalności. Nowy rok 2023 rozpoczęli pięknym i staropolskim zwyczajem, jakim jest wspólne kolędowanie. Tutaj duże podziękowanie dla grupy teatralnej UTW, która wystąpiła z programem świątecznym i stworzyła serdeczną atmosferę podczas spotkania.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu

Przemyśl

W styczniu 2023 r. Fundacja Rodzić po Ludzku przekazała Szpitalowi Wojewódzkiemu w Przemyślu listy gratulacyjne za zajęcie czołowych miejsc w Rankingu Szpitali „Gdzie Rodzić po Ludzku 2022 r."

Przemyska porodówka zajmuje 1. miejsce na Podkarpaciu i 9. w Polsce w rankingu ,,Głos matek'' Fundacji Rodzić po Ludzku. Od dwóch lat Oddział ten ma status oddziału klinicznego, co przyczynia się do większych możliwości leczenia pacjentek w ramach programów lekowych i badań klinicznych. Celem rankingu jest promowanie szpitali, w których kobieta może rodzić z poszanowaniem jej godności, prywatności, gdzie przestrzegane są zapisy Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.

(źródło: przemyśl.naszemiasto.pl)

W konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny", zakończonym 25 stycznia br. galą na Zamku Królewskim w Warszawie, dr n. o zdrowiu Barbara Stawarz, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala im. św. Ojca Pio w Przemyślu, otrzymała wyróżnienie w kategorii Menedżer Roku 2022 w Ochronie Zdrowia – placówki publiczne.

13 stycznia br. członkowie Klubu Lekarza Seniora w Przemyślu uczestniczyli w karnawałowym balu przebierańców, w jednej z przemyskich restauracji. Przy wspólnym stole seniorzy także degustowali wykwintne dania i śpiewali kolędy.

Natomiast 8 lutego br. w Delegaturze OIL w Przemyślu odbyło się spotkanie Klubu Lekarza Seniora. Przewodnicząca KLS pani doktor Danuta Bruździńska prowadziła pokaz slajdów i opowiadała o podróży do Indii.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu

POSTANOWIENIEM PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ TYTUŁ PROFESORA NAUK MEDYCZNYCH W DN. 15 GRUDNIA 2022 R. OTRZYMALI:

Dr hab. Justyna Drukała

Dr hab. Marcin Zieliński

UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO Z DNIA 13 GRUDNIA 2022 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE

dr Katarzynie Nazimek

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU NADANYCH PRZEZ RADĘ DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO W DNIU 13 GRUDNIA 2022 ROKU

1. **lek. Małgorzata Banaszkiewicz**
Assessment of ferric management in multiple myeloma in relationship to stage of kidney failure" („*Ocena gospodarki żelazowej w szpiczaku mnogim w zależności od stopnia uszkodzenia nerek*") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

2. **lek. Bartłomiej Banaś**
„Learning curves analysis for resections of primary and metastatic liver malignancies in terms of patient's safety" („*Analiza krzywych uczenia resekcji pierwotnych złośliwych i przerzutowych guzów wątroby w aspekcie bezpieczeństwa pacjenta*") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Piotr Kołodziejczyk

3. **lek. Marian Burysz**
„Assessment of the effectiveness of procedures closing the left atrium appendage in thromboembolism prophylaxis in a group of patients at increased risk of stroke" („*Ocena skuteczności zabiegów zamykających uszko lewego przedsionka w profilaktyce zakrzepowo-zatorowej w grupie pacjentów o podwyższonym ryzyku wystąpienia udaru mózgu*") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Radosław Litwinowicz

4. **lek. Ewa Dziewięcka**
„Natural history of dilated cardiomyopathy – clinical, echocardiographic and laboratory profile of patients with dilated cardiomyopathy" („*Historia naturalna kardiomiopatii rozstrzeniowej – profil kliniczny, echokardiograficzny i laboratoryjny*") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Paweł Rubiś, prof. UJ

5. **lek. Jakub Fronczek**
„Prognosis and outcomes of older adults admitted to intensive care units" („*Ocena rokowania i wyników leczenia pacjentów starszych hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii*") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Wojciech Szczeklik

6. **lek. Aleksandra Furtak**
„Disorders of thyroid function and morphology in children and adolescents after biological treatment" („*Zaburzenia czynności i morfologii gruczołu tarczowego u dzieci i młodzieży po leczeniu biologicznym*") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Anna Wędrychowicz, prof. UJ

7. **lek. Joanna Gastoł**
„Epigenetic mechanisms as new risk factors for the development of diabetic neuropathy in type 1 diabetes" („*Mechanizmy epigenetyczne jako nowe czynniki ryzyka rozwoju neuropatii cukrzycowej w cukrzycy typu 1*") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Beata Kieć-Wilk

8. **lek. Paweł Kaczmarczyk**
„Endothelial function and blood flow parameters in patients undergoing endovascular treatment" („*Ocena funkcji śródbłonka oraz parametrów przepływu krwi u pacjentów poddanych zabiegom wewnątrznaczyniowym*") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Paweł Maga, prof. UJ

9. **lek. Karolina Woziwodzka**
„Novel markers of renal impairment in multiple myeloma patients" („*Nowe markery uszkodzenia nerek w szpiczaku mnogim*") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

17 STYCZNIA 2023 ROKU

1. **lek. Magdalena Jędrychowska**
„Assessment of selected risk factors and prognosis in patients with myocardial infarction with non-obstructive coronary artieries and comparison with other syndromes with a similar clinical course" („*Ocena wybranych czynników ryzyka i rokowania u chorych z zawałem mięśnia sercowego bez istotnych zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych oraz porównanie z innymi zespołami chorobowymi o podobnym przebiegu klinicznym*") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Rafał Januszek

2. lek. Kamil Konopka
„Prognostic and predictive factors in advanced gastric cancer" („*Ocena czynników prognostycznych i predykcyjnych w zaawansowanym raku żołądka*") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Piotr Wysocki

3. lek. Kinga Kwiecińska
„Acute lymphoblastic leukemia in children in XXI century" („*Ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci w XXI wieku*") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Szymon Skoczeń, prof. UJ

4. lek. dent. Katarzyna Macikowska
„Mikrobiom jamy ustnej u kobiet o różnym statusie hormonalnym" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Jolanta Pytko-Polończyk

5. lek. Klaudia Nowak
„Prognostic factors in patients with acute ischemic stroke treated with mechanical thrombectomy" („*Czynniki rokownicze u chorych z ostrym udarem niedokrwiennym mózgu leczonych przy pomocy mechanicznej trombektomii*") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Agnieszka Słowik

6. lek. Przemysław Pękala
„The genetic background of the pathogenesis of the lumbar intervertebral discs degenerative disease" („*Genetyczne podłoże patogenezy choroby degeneracyjnej dysków międzykręgowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa*") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Krzysztof Tomaszewski

7. mgr inż. Teresa Płatek
„DNA methylation profile associated with metabolic complications in obese individuals" („Profil metylacji DNA związany z zaburzeniami metabolicznymi u pacjentów z otyłością") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Małgorzata Malczewska-Malec, prof. UJ

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY

organizowane przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego na Wydziale Lekarskim w okresie marzec – maj 2023 roku
Rekrutację na kursy specjalizacyjne prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl

Alergologia

Profilaktyka i leczenie chorób alergicznych
30-31.03.2023
Kierownik naukowy: dr hab. Ewa Czarnobilska, prof. UJ

Alergia zawodowa
20-21.04.2023
Kierownik naukowy: dr Marcel Mazur

Anestezjologia i intensywna terapia

Postępy w intensywnej terapii
22-26.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Wojciech Szczeklik

Chirurgia ogólna

Podstawy chirurgii
27-31.03.2023
Kierownik naukowy: dr Marcin Migaczewski

Chirurgia szczękowo-twarzowa

Złamania oczodołu – rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie
15-17.03.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Zachowawcze i chirurgiczne leczenie złamań wyrostka kłykciowego żuchwy
27-28.04.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Etiopatogeneza, morfologia, rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie chirurgiczne wrodzonych oraz nabytych wad twarzowo-szczękowo-zgryzowych
10-12.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Choroby ślinianek – rozpoznawanie, różnicowanie, leczenie
24-26.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Choroby wewnętrzne

Toksykologia
24-25.05.2023
Kierownik naukowy: dr Piotr Hydzik

Diabetologia

Wprowadzenie do specjalizacji w diabetologii
13-14.03.2023
Kierownik naukowy: prof. Maciej Małecki

Dermatologia i wenerologia

Wprowadzenie do dermatologii i wenerologii
20-24.03.2023
Kierownik naukowy: prof. Anna Wojas-Pelc, dr hab. Andrzej Jaworek

Hipertensjologia

Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie hipertensjologii
27-31.03.2023
Kierownik naukowy: prof. Marek Rajzer

Nadciśnienie tętnicze u dzieci, młodzieży i kobiet
20-21.04.2023
Kierownik naukowy: prof. Marek Rajzer

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa w hipertensjologii
15-16.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Marek Rajzer

Kardiologia

Nadciśnienie płucne i niewydolności prawej komory serca
17.03.2023
Kierownik naukowy: prof. Grzegorz Kopeć

Diagnostyka inwazyjna i leczenie interwencyjne
20-24.03.2023
Kierownik naukowy: prof. Jacek Legutko

Nadciśnienie tętnicze
31.03.2023
Kierownik naukowy: prof. Marek Rajzer

Ostre zespoły wieńcowe
3-4.04.2023
Kierownik naukowy: prof. Jacek Legutko

Elektrofizjologia i elektroterapia
8-12.05.2023
Kierownik naukowy: dr hab. Andrzej Ząbek

Mikrobiologia lekarska

Zakażenia skóry, tkanki podskórnej, tkanek miękkich, kości i stawów – etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie, zapobieganie
22-26.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jadwiga Wójkowska-Mach

Zakażenia w okresie ciąży i okresu noworodkowego – etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie, zapobieganie
29-31.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jadwiga Wójkowska-Mach

Onkologia i hematologia dziecięca
Diagnostyka i leczenie nowotworów układu krwiotwórczego u dzieci
18-20.04.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Szymon Skoczeń, prof. UJ

Wprowadzenie do specjalizacji w onkologii hematologii dziecięcej
22-26.05.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Szymon Skoczeń, prof. UJ

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
Wady stóp
15-19.05.2023
Kierownik naukowy: dr Barbara Jasiewicz

Pediatria
Opieka paliatywna
20-21.03.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Szymon Skoczeń, prof. UJ

Położnictwo i Ginekologia
Patofizjologia ciąży, porodu i połogu
6-10.03.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny
3-7.04.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny
3-7.04.2023
Kierownik naukowy:
dr Krzysztof Skotniczny

Diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych narządów płciowych
8-12.05.2023
Kierownik naukowy:
prof. Kazimierz Pityński

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny
8-12.05.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny
8-12.05.2023
Kierownik naukowy:
dr Krzysztof Skotniczny

Psychiatria
Wprowadzenie do psychoterapii
27-31.03.2023
Kierownik naukowy:
prof. Krzysztof Rutkowski

Psychogeriatria
22-26.05.2023
Kierownik naukowy: dr Wojciech Rachel

Psychiatria dzieci i młodzieży
Kompleksowe leczenie najważniejszych zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
27-31.03.2023
Kierownik naukowy: dr hab. Maciej Pilecki

Reumatologia
Osteoporozy pierwotne i wtórne
09.03.2023
Kierownik naukowy: dr hab. Mariusz Korkosz, prof. UJ

Toksykologia kliniczna
Problemy onkologiczne w toksykologii klinicznej
20-21.04.2023
Kierownik naukowy: dr Piotr Hydzik

Promocja zdrowia w toksykologii klinicznej
10-11.05.2023
Kierownik naukowy: dr Piotr Hydzik

Transplantologia kliniczna
Zakażenia po przeszczepieniu narządów i komórek krwiotwórczych
15.03.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Leczenie immunosupresyjne i jego powikłania
26-27.04.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Urologia
Onkologia urologiczna
17-19.04.2023
Kierownik naukowy:
prof. Piotr Chłosta

Endourologia i ESWL
15-17.05.2023
Kierownik naukowy:
prof. Piotr Chłosta

Wszystkie specjalizacje
Prawo medyczne
17-19.04.2023
Kierownik naukowy: mgr Anna Szetela

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY DENTYSTÓW

Chirurgia stomatologiczna
Implantologia stomatologiczna
29.05-02.06.2023
Kierownik naukowy: dr Tomasz Gładysz

Chirurgia szczękowo-twarzowa
Złamania oczodołu – rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie
15-17.03.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Zachowawcze i chirurgiczne leczenie złamań wyrostka kłykciowego żuchwy
27-28.04.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Etiopatogeneza, morfologia, rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie chirurgiczne wrodzonych oraz nabytych wad twarzowo-szczękowo-zgryzowych
10-12.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Choroby ślinianek – rozpoznawanie, różnicowanie, leczenie
24-26.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Ortodoncja
Czynność narządu żucia
23-24.03.2023
Kierownik naukowy:
dr Wojciech Stós

Etiopatogeneza i diagnostyka wad wrodzonych głowy i szyi
27-28.04.2023
Kierownik naukowy:
dr Wojciech Stós

Kurs wprowadzający: „Wprowadzenie do współczesnej ortodoncji"
25-26.05.2023
Kierownik naukowy:
dr Wojciech Stós

Protetyka stomatologiczna
Zaburzenia morfologiczno-czynnościowe US – diagnostyka i leczenie
20-29.03.2023
Kierownik naukowy:
prof. Małgorzata Pihut

Leczenie zespołowe: periodontologiczno-protetyczne w chorobach przyzębia
4.04.2023
Kierownik naukowy:
prof. Małgorzata Pihut

Stomatologia zachowawcza z endodoncją
Leczenie endodontyczne z wykorzystaniem zabiegów chirurgii endodontycznej
16-17.03.2023
Kierownik naukowy:
prof. Joanna Zarzecka

Kontrowersje wokół badań

Ciągłe zmiany legislacyjne w systemie opieki zdrowotnej nie zawsze pozwalają być na bieżąco z aktualnymi regulacjami prawnymi. Może to mieć negatywne skutki dla pacjentów. Dlatego przypominamy poniżej kilka ważnych reguł, dotyczących relacji pomiędzy lekarzami kierującymi na badania obrazowe (w tym lekarzami POZ) a placówkami radiologii.

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:

• Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawiać skierowanie na badanie tomografii komputerowej płuc po stwierdzeniu nieprawidłowości w badaniu radiologicznym klatki piersiowej przy wskazaniach do pogłębienia diagnostyki.

• Wykaz badań obrazowych, które musi zapewnić swoim pacjentom lekarz POZ w sytuacji, gdy podpisze umowę na świadczenie usług(i) z zakresu opieki koordynowanej:

– Diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków: USG Doppler tętnic szyjnych, USG Doppler naczyń kończyn dolnych,

– Diagnostyka i leczenie cukrzycy: USG Doppler naczyń kończyn dolnych;

- Diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy: Celowana biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych).

Wcześniejsze regulacje:

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.

– Pielęgniarki mają prawo wystawiać skierowania na badania radiologiczne: zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP* i boczne (*AP – to oryginalny zapis w Rozporządzeniu).

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia medycznej diagnostyki obrazowej, które swoim pacjentom musi zapewnić lekarz POZ);

Diagnostyka ultrasonograficzna:

1) USG tarczycy i przytarczyc
2) USG ślinianek
3) USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego;
4) USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego
5) USG obwodowych węzłów chłonnych

Zdjęcia radiologiczne:

1) zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP* i bocznej;
2) zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa; kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej;
3) zdjęcie czaszki;
4) zdjęcie zatok;
5) zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej.

Ponadto:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki medycznej precyzuje, kiedy można zakwalifikować pacjenta do wykonania badań TK lub MR w znieczuleniu.

Kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej oraz świadczeń rezonansu magnetycznego w znieczuleniu:

1) wiek do 12. roku życia włącznie lub

2) wiek do 18. roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90 – Zaburzenia hiperkinetyczne, R44 – Inne objawy i dolegliwości dotyczące odczuwania i spostrzegania, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 – Zaburzenia lękowe w postaci fobii, F41 – Inne zaburzenia lękowe, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 – Otępienie w chorobie Alzheimera, F01 – Otępienie naczyniowe, F02 – Otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej, F03 – Otępienie nieokreślone, F04 – Organiczny zespół amnestyczny niespowodowany przez alkohol ani inne substancje psychoaktywne, F05 – Majaczenie niespowodowane przez alkohol ani inne substancje psychoaktywne, F06 – Inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną, F07 – Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu, F20 – Schizofrenia, F21 – Zaburzenie schizotypowe, F22 – Uporczywe zaburzenia urojeniowe, F23 – Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, F24 – Indukowane zaburzenie urojeniowe, F25 – Zaburzenia schizoafektywne, F28 – Inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne, F29 – Nieokreślona psychoza nieorganiczna, F30 – Epizod maniakalny, F31 – Zaburzenia afektywne dwubiegunowe, F71 – Upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia, F72 – Upośledzenie umysłowe znacznego stopnia, F73 – Upośledzenie umysłowe głębokiego stopnia, F84 – Całościowe zaburzenia rozwojowe, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu pląsawiczego lub parkinsonowskiego).

opr. prof. Andrzej Urbanik

Laryngologia wczoraj i dziś

Rozmowa z prof. Jackiem Składzieniem, małopolskim konsultantem wojewódzkim ds. otorynolaryngologii

Panie Profesorze, rozmawiamy w szczycie zachorowań, więc od tego zacznijmy – czy typowa infekcja górnych dróg oddechowych nie wprowadza w błąd lekarzy, gdy mamy do czynienia z COVID-19, zakażeniem RSV czy grypą? Objawy są podobne...

– Ależ tak i nawet Amerykańskie Centrum Prewencji i Kontroli Chorób przed tym ostrzega. A w Polsce, z racji pogody i klimatu przeciętny człowiek zapada na infekcje górnych dróg oddechowych cztery razy do roku. Czy idzie do lekarza, to już jego sprawa. Rozróżnienie jest trudne. Ale faktem jest, że w społeczeństwie przestrzeganie reżimów sanitarnych jest marne. Tramwaj czy autobus, supermarket, przychodnia, wreszcie kościół to są te szczególne miejsca zakażeń. A w kościele, czasem ogrzanym tylko do temperatury kilku stopni Celsjusza, człowiek pozostaje w zasadzie nieruchomy. Organizm słabo to znosi.

Czy opowiada się Pan tym samym za powrotem maseczek w środkach komunikacji zbiorowej i innych zatłoczonych miejscach?

– Jeśli ktoś jest odpowiedzialny, to owszem. Maseczka jest skuteczna do 3 godzin, potem to zwykła szmatka. Przy takiej pogodzie, jaką mamy w Polsce, trzeba przestrzegać reżimów sanitarnych. Studenci na sali wykładowej powinni siadać rozrzuceni, mokre buty trzeba zdejmować natychmiast, a pasażer, jeśli już jedzie autobusem z objawami przeziębienia, sam powinien założyć maseczkę.

Chorych nam nie brakuje, a czy lekarzy laryngologów mamy wystarczającą liczbę?

– W Krakowie sytuacja jest dobra. Kształcenie specjalistów odbywa się w Szpitalu Uniwersyteckim przy ul. Jakubowskiego, w Szpitalu Wojskowym przy Wrocławskiej, w szpitalach im. Rydygiera, Żeromskiego i Narutowicza. Liczba lekarzy też jest wystarczająca, czym innym natomiast organizacja ich pracy.

Co ma Pan na myśli? Był Pan do niedawna przewodniczącym Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi, ma Pan więc rozeznanie.

Prof. Jacek Składzień

– Nadmierne przestrzeganie procedur NFZ, które za cel nie stawiają wyleczenia, a raczej obniżkę kosztów. Za tym idzie pewien nonsens, który dotyczy całego polskiego lecznictwa. Mam na myśli rozliczenia i komputerową sprawozdawczość wszystkich czynności. Jeśli przedtem w Klinice wystarczało około 10 minut na przyjęcie jednego pacjenta, to teraz trwa to 30 minut i czasu nie starcza.

Z końcem ub. roku w uznaniu zasług otrzymał Pan Profesor przyznawany od 2004 roku Laur Śląskiej Laryngologii, z numerem 16. Pańską biografię zawodową zdobi szereg znakomitych odznaczeń, m.in. Gloria Medicinae PTL, wysoko cenione w środowisku lekarskim. Czym wyróżnił się Pan akurat na Śląsku?

– Tak się złożyło, że od lat nasza Klinika Otolaryngologii SU w Krakowie blisko współpracowała ze Śląskiem, z klinikami otolaryngologii w Katowicach i Zabrzu oraz z Instytutem Onkologii w Gliwicach. Równocześnie połowa pacjentów Kliniki Laryngologii Dziecięcej w Katowicach, kierowanej przez prof. Ireneusza Bieleckiego, pochodziła z Krakowa. Ot, po prostu blisko nam było do siebie, z wzajemnym szacunkiem.

Gratuluję wyróżnienia. Wielu osobom jest Pan Profesor znany także jako znawca sztuki, w której dziełach tropił Pan ślady różnych schorzeń nękających kiedyś ludzi. Czy nowoczesne technologie medyczne przyniosły jakieś nowe odkrycia w tej dziedzinie?

– Rzeczywiście, swoje wykłady dla studentów rozpoczynam zawsze od analizy dzieł sztuki, bowiem kiedyś artyści postrzegali wszelką asymetrię w budowie człowieka z wyjątkową wrażliwością. Widać to m.in. na arrasach wawelskich. Jeśli spojrzymy np. na portret Helenki, córki Stanisława Wyspiańskiego, to zobaczymy, jak wyraziście artysta odtworzył przerost migdałków gardła u dziecka. Na marginesie, pod koniec tego stulecia ich usuwaniem zajmowało się już czterech pracowników Kliniki. Sam Henryk Sienkiewicz leczył się u Przemysława Pieniążka, założyciela Kliniki Otolaryngologii UJ. Jan Matejko w „Hołdzie Pruskim" dwukrotnie występuje ze złamanym nosem, którego to uszczerbku doznał w dzieciństwie, wypadając z kołyski. W kościele Bożego Ciała mamy m.in. postać doświadczoną koszmarnym nowotworem szczęki z przerzutem na szyję. Opisanie tych szczegółów to nie tylko skutek mojego hobbystycznego zainteresowania, ale też wskazanie lekarzowi, by nie pominął podczas wizyty pacjenta cech jego wyglądu. Nie tylko badanie komputerowe ma znaczenie. Ale jednocześnie muszę podkreślić, że w zakresie nowych technologii w medycynie postęp dokonał się ogromny, przede wszystkim za sprawą radiologii i immunologii. Stosujemy je na co dzień, w skali trudnej do opisania. Rentgen, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny to narzędzia całej współczesnej medycyny. Na marginesie – wykorzystano je przecież również do takich celów, jak badania mumii egipskich czy szczątków osób zmarłych bardzo dawno, choćby Władysława Sikorskiego, Elżbiety Rakuszanki czy Kazimierza Jagiellończyka. Drugim wyjątkowym narzędziem okazała się robotyka. W przyszłości roboty zapewne wyręczą lekarzy w klinikach, ale w jakim zakresie, trudno przewidzieć...

Rozmawiał Stefan Ciepły

Prof. dr hab. Jacek Składzień, absolwent krakowskiej AM, były wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii UJ (1999-2022); przewodniczący ZG Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi (2020-2022); wiceprzewodniczący Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, autor ponad 300 prac naukowych i poglądowych; konsultant wojewódzki ds. otolaryngologii w Małopolsce.

Kawaler Orderu Zasługi

Przed blisko 13 laty opublikowaliśmy w „Galicyjskiej Gazecie Lekarskiej" (nr 4/117) obszerny portret dr. Jerzego Okulskiego, absolwenta krakowskiej Akademii Medycznej, asystenta w Klinice Hematologii prof. Juliana Aleksandrowicza, od 1972 roku osiadłego w Austrii. W Krakowie uzyskał jeszcze doktorat i specjalizację z interny, a wyjechał, jak sam to wtedy określił, gnany ambicją dorównania najlepszym w sferze wyjątkowo trudnej, bo... alpinizmu niepełnosprawnych. Od 13. roku życia jest osobą z niepełnosprawnością – po amputacji nogi poniżej kolana.

W Austrii zaangażował się w działalność International Sports Organisation for the Disabled oraz Związku Sportowców Inwalidów, zajmujących się przywracaniem do aktywności życiowej ludzi z niepełnosprawnościami. W tej drugiej organizacji był przez 13 lat naczelnym lekarzem. Jednocześnie wspinał się na Mount Blanc, Kilimandżaro, w górach Tybetu. Współorganizator III Zimowych Igrzysk Paraolimpijskich w Austrii, startował nawet w slalomie gigancie. W uznaniu zasług otrzymał m.in. Złotą Szpilkę Austriackiej Izby Lekarskiej. Potem kilkakrotnie odznaczany, m.in. Złotym Orderem Zasługi dla Republiki Austrii.

Zawsze podtrzymywał dobre kontakty z Polską, w trudnych latach stanu wojennego organizował transporty leków i sprzętu, woził je do Polski także osobiście, utrzymując związki z klinikami Hematologii i Nefrologii CM UJ oraz Centrum Zdrowia Dziecka.

Właśnie minęło 50 lat pobytu dr. Okulskiego w Austrii i z tej okazji, w Ambasadzie RP w Wiedniu, 10 stycznia 2023 roku został mu wręczony Krzyż Kawalerski Orderu Zasługi RP, nadawany przez Prezydenta RP „za wybitny wkład we współpracę łączącą Polskę z innymi państwami i narodami" (poniżej zdjęcie z tej uroczystości).

Gratulujemy.

(cis)

archiwum prywatne

Medycyna „w mrokach średniowiecza”

Z prof. Januszem Skalskim obalamy mity o tym, że średniowiecze było epoką mało interesującą i niewiele wnoszącą do rozwoju cywilizacji.

Panie Profesorze, koniec pierwszego tysiąclecia w dziejach medycyny spowija mrok. Towarzyszy temu osobliwa obyczajowość – pacjent powinien się wyspowiadać przed wizytą u lekarza, lekarz powinien być milczący, zamyślony, tajemniczy. I tu nagle pojawia się jakiś promyk współczesności – włoskie miasto Salerno...

– Rzeczywiście, Salerno stanowi znaczące odbicie się od tamtych mrocznych czasów. Dlaczego akurat ono? Jest z tamtych okolic pewna legenda, która rzecz tłumaczy. Oto pod akweduktem w Salerno, było to na początku IX wieku, znalazł się pewien Rzymianin, który miał zranioną nogę i niezbyt zgrabnie zakładał sobie opatrunek. Przypatrywał się temu pewien Grek, do którego dołączył jakiś Arab, wreszcie doszedł do nich jeszcze Żyd. Okazało się, że wszyscy byli lekarzami, a każdy miał jakiś odmienny pomysł opatrzenia rany. Wkrótce doszli do wniosku, że wszystkie ich pomysły miały sens. Podali sobie ręce i stwierdzili, że warto by założyć wspólną szkołę, złożoną z nauczycieli czterech wymienionych narodowości. I tak się stało. W 839 roku n.e. powstała międzynarodowa arabsko-żydowsko-grecko-łacińska szkoła medyczna w Salerno.

To oczywiście przypowieść. Stare dzieła medyczne, na przykład Greka Pedaniosa Dioskurydesa z I wieku czy Claudiusa Galena z II wieku, wskazują na niemałą wiedzę ich autorów już w tak odległych czasach. Ale także we wczesnym średniowieczu ujawnili się kolejni wielcy medycy, np. Paweł z Eginy, autor ogromnej encyklopedii medycznej, czy Orybajusz z Pergamonu, lekarz cesarza rzymskiego Juliana Apostaty, który w siedemdziesięciu tomach przedstawił ówczesny stan wiedzy medycznej. Później zaczęli dominować Arabowie, a medycyna arabska wyprzedziła wszystkie inne szkoły. Wreszcie nastały czasy Constantinusa Africanusa

Szkoła Medyczna w Salerno w miniaturze z kopi Kanonu Avicenny. Obraz przedstawia legendarną historię Roberta, księcia Normandii, zranionego zatrutą strzałą i uratowanego przez żonę, która zgodnie z zaleceniami lekarzy z Salerno wyssała truciznę z rany.

(Konstantyna Afrykańczyka) i powstania szkoły w Salerno. To już jest IX wiek. Konstantyn był poliglotą, wielojęzycznym uczonym, przede wszystkim znał znakomicie język arabski, ale nie był mu obcy także hebrajski. Zajął się tłumaczeniami z obu języków na łacinę, uczestniczył też w tłumaczeniu dzieł greckich. W ogóle wszczął całą erę tłumaczeń, które zaważyły na randze szkoły. Co ciekawe, decyzją prawdopodobnie samego Konstantyna Afrykańczyka w szkole medycznej w Salerno mogły się kształcić także kobiety. Było to jedyne takie miejsce na świecie przez wiele stuleci.

Drugą sławą szkoły był Roger z Salerno, wielki chirurg, jeden z protoplastów chirurgii europejskiej. Jego ówczesny autorytet sprawił, że cesarz rzymski Fryderyk II Hohenstauf

wydał dekret, na mocy którego uprawianie chirurgii w cesarstwie było możliwe wyłącznie po rocznym pobycie i praktyce w Salerno. Wydawano specjalny glejt potwierdzający tę naukę.

A jak się ma Salerno do pierwszych uniwersytetów w Bolonii czy Padwie, założonych dwa lub trzy stulecia później? Przypomnę: Bolonia – 1088, Padwa – 1222, Cambridge –1209, Oxford – 1249, Sorbona, czyli Paryż - 1253 (notabene bez medycyny, z samą teologią).

– Salerno wyprzedziło wszystkie inne szkoły, ale nie miało uprawnień uniwersyteckich. To była szkoła wyspecjalizowana w nauczaniu medycyny. Czas uniwersytetów miał dopiero nadejść.

XVI-wieczna rycina przedstawiająca Montpellier

A Montpellier, założone w tych samych latach, czym się charakteryzowało?

– Montpellier było rzeczywiście miejscem założenia pierwszego uniwersytetu z nauczaniem medycyny we Francji, a ciekawostką jest, że nie miało tak długiej historii jak starożytne miasta Włoch czy południa Francji. To było miasto relatywnie nowe, założone, jeśli pamiętam, dopiero w VIII wieku (*737 – dop. red.*) jako obronne, wybudowane ok. 10 km od wybrzeża Morza Śródziemnego. Chodziło o uchronienie się od napadów pirackich okrętów. Szkoła medyczna powstała tam w 1289 roku, na mocy bulli papieża Mikołaja IV. Nawiasem mówiąc, wielu historyków uważa, że Montpellier było kontynuacją szkoły w Salerno, bo niektórzy profesorowie wykładali i tu, i tu.

Najsłynniejszym lekarzem z Montpellier był jasnowidz Nostradamus...

– To są znacznie późniejsze czasy, a my mówimy o średniowieczu. Szkołę w Montpellier reprezentuje przede wszystkim Arnaud de Villanova. W łacińskiej transkrypcji zapisywany jako Arnaldus Novicomensis. To sława europejska wielkiej klasy. Jego uczniem był Mikołaj z Polski, zwany też Mikołajem z Sieradza, ten który leczył z bezpłodności Leszka Czarnego, męża księżnej Gryfiny. Mikołaj wykładał podobno w Montpellier przez ponad 20. lat. Pozbyto się go ze względu na niektóre pomysły, mające charakter dziwaczny lub obsceniczny. Proponował np. w formie leków zjadanie żab, węży i innych obrzydliwości. Niemniej pisano o nim, że był geniuszem. Leszka Czarnego nie uleczył, doprowadził jednak do zgody małżeńskiej, zapewne dla poniechania przez obu małżonków proponowanej im diety.

W Montpellier, a także w Padwie i Oxfordzie wykładał znakomity uczony z XIV wieku biskup Tomasz z Wrocławia, tytularny biskup Sarepty. Nosił ten honorowy tytuł dostojnika kościelnego z Ziemi Świętej, choć terytorium to należało wtedy do niewiernych. Zresztą nigdy tam nie był. Ale cieszył się ogromnym poważaniem, bo zajmował się dotkliwymi wówczas epidemiami, zwłaszcza epidemią dżumy i trądu. Był lekarzem władców, m.in. króla czeskiego Jana Luksemburczyka, cesarza Karola IV Luksemburskiego, kilku książąt śląskich, a także papieża Jana XXII. Wiele o nim pisałem w swojej książce „Medycyna w Polsce od czasów najdawniejszych...". Dzieło jego życia nosiło tytuł „*Michi competit*", co w dosłownym tłumaczeniu znaczy „Przydatne dla mnie". Było formą encyklopedii lekarskiej, wyprzedzającej swoją epokę. Był też autorem rozprawy „*De syncopi et debilitate cordis*". Pisał w niej m.in. o omdleniach spowodowanych zwolnieniem czynności serca, czyli o tej przypadłości, którą dziś znamy jako zespół Morgagniego-Adamsa-Stokesa. Pozostawił zbiory recept. Przeszedł do historii światowej medycyny jako uczony wielkiej klasy.

Z Montpellier związany był też lekarz Jan Radlica, biskup krakowski, kanclerz koronny, opiekun królowej Jadwigi w jej dzieciństwie, zwolennik Andegawenów w Polsce, rzecznik unii polsko-litewskiej. Był pierwszym lekarzem pochowanym na Wawelu w uznaniu jego niezwykłej wiedzy, jako uczonego najwyższego formatu. Następni lekarze, których warto by wymienić, to gdańszczanie, z rodowodem niemieckim, np. Jan Schwabe, fizyk miejski Gdańska, czy Ludwik Hammen, lekarz króla Jana III Sobieskiego. Natomiast polskiego pochodzenia był Jan Toński, lekarz, anatom i jednocześnie znakomity matematyk. Postać warta omówienia. To też wychowankowie Montpellier, ale już w XVII wieku. Natomiast wracając do dawnych czasów, trzeba przede wszystkim powiedzieć jeszcze o wielkich Arabach, których dzieła były podstawą nauczania w Salerno i Montpellier.

Avicenna?

– Avicenna oczywiście, ale on był perskim lekarzem i wykładał w Isfahanie. Podobnie znany był Haly Abbas, lekarz i psycholog, który działał w X wieku w Iranie. Obu tych uczonych uznawano za niezrównanych mistrzów medycyny zarówno w Salerno, jak i w Montpellier. Natomiast z tej arabskiej medycyny trzeba wymienić jeszcze Razesa, z przełomu IX i X wieku, którego dzieła były tłumaczone w Salerno, oraz Abulcasisa (Maura hiszpańskiego), jednego z największych chirurgów muzułmańskich, który kształtował podstawy chirurgii europejskiej. Następnym był wielki lekarz Guy (Gwidon) de Chauliac – to też szkoła z Montpellier. Takie są największe nazwiska medycyny średniowiecza, a nie wymieniłem tu Greków, jeszcze wcześniejszych uczonych, których dzieła uznawano w Salerno – wspomnianego Orybaziusza oraz Dioskurydesa i Bizantyjczyka Pawła z Eginy.

Jeśli szukamy ciekawostek, to postacią szczególną był Arnaud de Villanova, profesor i rektor uniwersytetu w Montpellier. Był to lekarz templariusz w latach likwidacji tego zakonu. Służył królowi Aragonii, gdzie się to wszystko działo i gdzie m.in. pod wpływem zmowy króla Nawary Filipa IV Pięknego i papieża Klemensa VI doszło do zamordowania Jakuba de Molay, ostatniego wielkiego mistrza zakonu templariuszy. Inicjatorom chodziło o zawładnięcie majątku zakonu. Ciekawe, że mimo tych lat represji Arnaudowi Villanovie dano spokój, bo był wybitnym lekarzem i rektorem szkoły, uniwersytetu. Do czasu, bo w końcu też musiał uciekać i schronić się na Sycylii.

Zaskakujące jest, że Salerno podupadło.

– Powstawały nowe uczelnie, które się bardziej rozwijały, ponieważ władcy europejscy łożyli na nie olbrzymie środki. Wspomnijmy, najpierw Bolonia, Padwa, Montpellier, nieco później Sorbona, czyli Paryż. Trzeba dodać, że w Paryżu już wcześniej (od ok. 1200 r.), zanim powstał uniwersytet, nauczano medycyny w ramach szkoły sztuk wyzwolonych. Równolegle w Hiszpanii – Salamanka, w Portugalii – Coimbra, a w Anglii Oxford i Cambridge. To są wszystko bardzo wczesne uniwersytety. Konkurencja była ogromna. W XIII wieku kończy się sława Salerno, wszyscy się przenoszą gdzie indziej. Na mnie osobiście szczególne wrażenie zrobiła Salamanka. Mam nawet pamiątkową figurkę stamtąd, z napisem *Fundada en 1254*. Ale to w istocie było wcześniej, w 1218 roku. Przepięknie zachowany jest ten uniwersytet, Bolonia nie robi aż takiego wrażenia. W tym wyliczeniu nie przemilczmy przypadkiem Pragi, Krakowa i Wiednia. Ta część Europy też nie była zacofana.

Więc co Pan powie na tytuł tego tekstu – „Medycyna w mrokach średniowiecza"?

– Tylko pod warunkiem, że umieści go pan w cudzysłowie. W czasie tego „mrocznego" średniowiecza powstały najwspanialsze uniwersytety europejskie. Działali najwybitniejsi filozofowie, jak Izaak Israeli, Tomasz z Akwinu, Roger Bacon, Robert z Beauve, Jan Fidanza, Wiliam Ockham, filozof angielski, Albert Wielki, Mojżesz Majmonides czy wspomniany Arnaud de Villanova...

Ależ za chwilę rozpoczyna się renesans...

– Jaka to znowu była filozofia w renesansie? W renesansie filozofia praktycznie podupadła. Najwięksi uczeni, filozofowie byli w średniowieczu. Dopiero, gdy minął renesans, zaczyna się wielka filozofia z Kartezjuszem, Spinozą, Newtonem i Leibnizem, a później z Kantem, Heglem, Schopenhauerem itd. Ale średniowiecze to epoka najpiękniejszej filozofii i najwspanialszych uniwersytetów. Mrok średniowiecza to stereotyp, powtarzany w sposób bardzo nieuzasadniony. Bo jeśli chodzi o nauki, filozofię i medycynę to był wtedy rozkwit. W sztuce też – jakiż piękny jest gotyk. A te budowle w Pizie, Wenecji, Florencji to było wszystko średniowiecze. Przecież nawet nasz uniwersytet to nie jest renesans, tylko średniowiecze. Jesteśmy dumni w Krakowie z tego, co postawili w tym czasie dominikanie, franciszkanie. Kościół Bożego Ciała to średniowiecze, Święta Katarzyna – średniowiecze. To, czym możemy pochwalić się przed całym światem, to średniowiecze, więc nie możemy poniżać najpiękniejszego okresu albo jednego z najpiękniejszych. Świat by nie doczekał renesansu, gdyby go nie przygotowali najwybitniejsi uczeni średniowiecza. Dlatego renesansowi było już łatwo.

Rozmawiał Stefan Ciepły

PS: W ostatnim wydaniu „GGL", zawierającym (z okazji nadania medalu „Plus ratio quam vis") portret rodzinny prof. Janusza Skalskiego, mylnie podałem imię i nazwisko matki Profesora jako Katarzyny z Cęckiewiczów, podczas gdy brzmi ono Janina Skalska z domu Rawicz-Niedziałkowska. Serdecznie przepraszam. (cis)

W roli głównej – Katarzyna Chlebny

Różne oblicza kobiecości

Ostatni rok należał do niej. W aktorskich rankingach zajmuje najwyższe miejsca, odbiera prestiżowe nagrody, a na spektakle z jej udziałem trzeba dużo wcześniej rezerwować bilety. Katarzyna Chlebny obecnie podbija serca publiczności w trzech krakowskich spektaklach – „Kora. Boska", „Kruchość wodoru" (obydwa grane są w Teatrze Nowym Proxima) i w najnowszym przedstawieniu „Byłam żoną Boba Marleya" w Teatrze KTO. Nie są to tylko przeplatane piosenkami opowieści o życiu Olgi Jackowskiej, Ewy Demarczyk czy Rity Marley, ale historie o nas i o naszych czasach, w których kobiety potrafią pokazać siłę i odnaleźć swój głos w społeczeństwie.

fot. Agnieszka Bzdoń, Teatr KTO

Katarzyna Chlebny jako Rita Marley

Tak, jak wokalistka Maanamu, która nie kryła się ze swoimi radykalnymi poglądami, do końca życia próbując naprawiać świat. W „Korze. Boskiej" przepływa ona przez Styks, by spotkać się z czekającymi na nią u nieba bram trzema wcieleniami Matki Boskiej: Matką Boską Częstochowską (Piotr Sieklucki), Matką Boską Fatimską (Paweł Rupala) i Matką Boską z Gwadelupy (Łukasz Błażejewski). To im Kora Katarzyny Chlebny opowiada o swoim życiu, tęsknotach za matką, którą przyszłej artystce zastępowały krzywdzące ją zakonnice, o późniejszych problemach z mężem i miłości do nowego partnera, będącego ojcem jednego z jej synów. Aż w końcu o walce z chorobą, do której doszła walka z dzisiejszym – delikatnie mówiąc – niedoskonałym systemem opieki zdrowotnej. A one wysłuchują jej historii, komentując ją raz śmiesznie, to znowu złośliwie, gdyż nie są to święte istoty. Raczej ich popkulturowe wersje, które Kora z upodobaniem malowała na swoich obrazach. Są kolorowe i bliżej im do społeczności LGBT niż do kościelnych ołtarzy.

Także szkód, jakie może wyrządzić nadmierna religijność, i to niezależnie od wyznania, dotyczy spektakl „Byłam żoną Boba Marleya". Katarzyna Chlebny wciela się tu w postać Rity Marley, kobiety, która – jak sama mówi – prała majtki swojemu słynnemu mężowi, wychowywała jego dzieci, nie zawsze będące jej dziećmi, i głosiła słowa religii rasta. Bobowi wyznawanie tej religii pozwalało wieść swobodne życie w oparach marihuany i w ramionach pięknych dziewczyn, a jej narzucało opresyjne prawo, w którym niedopuszczalna była antykoncepcja. W przedstawieniu obserwujemy przemianę Rity z pobożnej rastafarianki w świadomą swojej siły i talentu artystkę. Śpiewająca dotąd w chórkach Marleya piosenkarka podnosi głowę, by odnaleźć swój własny głos i pokazać światu, co potrafi.

A potrafi bardzo dużo, tak jak Ewa Demarczyk, którą talent zaprowadził na skraj rozpaczy. Bowiem „Kruchość wodoru" to historia artystki walczącej z własnym perfekcjonizmem. Nie jest ona tu Czarnym Aniołem, jakiego pamiętamy ze sceny, tylko pozbawioną makijażu, bladą postacią, baletnicą po wyczerpującej próbie. Owa próba odbywa się w laboratorium, a prowadzi ją grany przez Piotra Siekluckiego mężczyzna. Bez skrupułów tresuje on artystkę, by na nowo nauczyć ją perfekcyjnego wymawiania głosek. Katarzyna Chlebny gra kolejne porażki pieśniarki w dążeniu do perfekcji na takich emocjach, że niemal fizycznie odczuwamy jej ból, bitwę toczoną o każde idealnie wypowiedziane słowo. Nie ma tu miejsca na bunt Kory czy Rity Marley. Jest za to walka o siebie.

Tak, jak o siebie zaczęła walczyć Katarzyna Chlebny, którą do tej pory dość rzadko widywaliśmy na teatralnej scenie. Dlaczego? Trudno powiedzieć, życie artysty bywa nieprzewidywalne, kapryśne. Teraz jednak możemy cieszyć się jej talentem i nieprawdopodobnym głosem, gdyż w każdym z opisanych tu spektakli aktorka śpiewa piosenki znane z repertuaru swoich bohaterek. I robi to tak, że publiczność nie chce opuszczać widowni, niezależnie od tego, czy słyszy przeboje Kory, Rity Marley czy Ewy Demarczyk.

Magda Huzarska-Szumiec

W pracowni Jerzego Nowosielskiego

W krakowskiej Starmach Gallery możemy oglądać wystawę, na której została, przynajmniej częściowo, zrekonstruowana pracownia malarza.

„Zwykła »peerelowska« szafa z olśniewającą abstrakcją na bocznej ścianie, wielobarwny stolik pod telewizor, kolorowe skrzynie i taborety, nawet regały w pracowni i w piwnicy mają na licach desek małe abstrakcje i ikonki. Barwne zasłonki, poduszki z aplikacjami – wszystko maksymalnie proste, geometryczne, tak jak malarstwo gospodarza. Dekoracyjnym uzupełnieniem mebli są wykonane własnoręcznie przez artystę modele okrętów i szafa pełna »kolejowych« zabawek: lokomotywy, tory, wagoniki – przerabiane i malowane w bardzo »nowosielskim« stylu. O swoich meblach Nowosielski mówi z czułością »graciki«" – tak Krystyna Czerni w książce „Nietoperz w świątyni" opisuje mieszkanie i pracownię Jerzego Nowosielskiego. Teraz część tych niezwykłych przedmiotów możemy oglądać na wystawie w Starmach Gallery przy ul. Węgierskiej 5 w Krakowie.

Andrzej Starmach, wieloletni marszand artysty, postanowił pokazać je na wystawie zatytułowanej „Pracownia Jerzego Nowosielskiego". Oglądając te wyjątkowe meble, też będące dziełami sztuki, czujemy atmosferę miejsca pracy artysty, w którym powstawały niezwykłe obrazy. A tych również na wystawie nie brakuje, ponieważ Andrzej Starmach jest właścicielem kolekcji, w której znalazły się prace malarza z różnych okresów jego twórczości. Mamy tu zachwycające martwe natury, w których proste domowe naczynia niemal wyrażają cały świat. Są też akty kobiet, które u Nowosielskiego może nie zachwycają urodą, ale mają w sobie coś, co sprawia, że trudno oderwać od nich wzrok. Są też ikony, które malował całe życie i które potrafią być bardzo cielesne, zmysłowe, choć ta cielesność była uduchowiona.

Warto zobaczyć tę niewielką, ale za to bardzo wysmakowaną wystawę, przygotowaną z okazji stulecia urodzin artysty i ogłoszenia roku 2023 Rokiem Jerzego Nowosielskiego. Warto pobyć w jego pracowni, którą nazywał miejscem świętym, wśród rzeczy, które mu podczas malowania towarzyszyły. Sam tak o nich mówił: „Bardzo przywiązuję się do przedmiotów, które mnie otaczają, nie wyrzucam starych zegarków, starych garnków, nie zmieniałbym, gdybym miał i lubił jeździć, zbyt często samochodów. Uważam, że wszystkie przedmioty w jakimś sensie należą do tej rzeczywistości, która będzie rzeczywistością nowej ziemi, nowego nieba".

Wystawę w Starmach Gallery można oglądać do 11 maja. Ale to niejedyna ekspozycja prac Nowosielskiego. W Muzeum Ikon w Supraślu pokazywane są jego piękne, malachitowe ikony należące do Zgromadzenia Sióstr Oblatek z Tyńca. Z kolei w Galerii Bielskiej BWA w Bielsku-Białej prezentowana jest wystawa „Jerzy Nowosielski i Stanisław Niemczyk – Spotkanie". Muzeum Narodowe w Krakowie niebawem przygotowuje ekspozycję nieznanych obrazów i rysunków malarza ze swoich zbiorów. Natomiast w MOCAK-u Nowosielski ma być pokazany w kontekście prac artystów II Grupy Krakowskiej. Dużą ekspozycję ikon malarza zapowiada także Muzeum Archidiecezjalne w Poznaniu, gdzie znajdą się m.in. ikony Nowosielskiego z kolekcji prywatnych.

Magda Huzarska-Szumiec

Fot. Marek Gardulski, Galeria Starmach

Robert W. Winters

Przypadkowe odkrycia medyczne

Przypadek, jak chce antyczna opowieść, miał przywieść podczas kąpieli greckiego filozofa Archimedesa do odkrycia jednego z podstawowych praw fizyki. Rozradowany wyskoczył z wanny i nie bacząc na brak odzienia, wypadł na ulicę, obwieszczając rodzinnym Syrakuzom i światu słynne później „Eureka, Eureka"! Czy tak rzeczywiście było, trudno rozstrzygnąć, lecz nawet jeśli rzecz cała jest późniejszą legendą, to sam akt odkrycia pozostaje faktem, przywołującym chwilę olśnienia, kiedy szczęśliwy zbieg okoliczności naprowadza ludzką myśl na rozwiązanie kolejnej zagadki przyrody. Żeby jednak ta chwila mogła w ogóle zaistnieć, nie wystarczy sama sposobność spostrzeżenia. Trafnie to uchwycił Ludwik Pasteur, gdy pisał: „Na polach obserwacji przypadek sprzyja tylko przygotowanemu umysłowi".

Robert Winters kreśli nam sylwetki ludzi, którzy mieli tę odwagę i wiedzę, a także przysłowiowy łut szczęścia, by dostrzec to, co niejednokrotnie leżało już od dawna na wyciągnięcie ręki, a co było przez innych dotąd pomijane. Wprowadza nas w świat przełomowych w historii medycyny odkryć, którym niejednokrotnie przyszło „cierpliwie" czekać na właściwego badacza. Czyż zdolny i przenikliwy Anglik Humphry Davy, eksperymentując z różnymi gazami i badając ich wpływ na organizmy żywe, nie odkrył również analgetycznych właściwości podtlenku azotu, stwierdzając wprost, że „[...] podtlenek azotu w swoim szerokim działaniu zdaje się również znosić fizyczny ból [...]"? Davy sugerował, iż może być on przydatny w chirurgii, lecz czynił to nieśmiało, jakby niepewny własnych słów. Nikt wówczas, w tym on sam, nie podążył tym tropem. Podtlenek azotu w XIX stuleciu owszem stał się popularny, ale nie wśród lekarzy, lecz jako pożądany dodatek do występów cyrkowych, zyskując sobie prostą i zrozumiałą dla wszystkich nazwę „gazu rozweselającego". Po raz wtóry N_2O miał szansę wejść do medycyny, kiedy ambitny stomatolog Horace Wells ponownie dostrzegł tkwiące w nim możliwości. Mimo pomyślnych rezultatów podjętych w swoim gabinecie dentystycznym prób, kiedy przyszło do publicznej prezentacji znieczulenia, Wells poniósł całkowitą klęskę. W rok później William Morton zastosował z powodzeniem eter dietylowy, specyfik znany już Paracelsusowi.

To zaledwie jedna, krótka odsłona bogatej i miejscami wręcz pasjonującej historii wynalezienia i zastosowania skutecznej metody znoszącej doznania bólu, której Winters poświęcił pierwszą z siedmiu kolejnych części książki. Nie mniej ciekawie prezentują się dzieje implantów, w tym opowieść o tym, jak drobne fragmenty plastikowej osłony kabiny, które utkwiły w gałkach ocznych brytyjskiego pilota, nasunęły chirurgowi wojskowemu Haroldowi Ridleyowi pomysł zaprojektowania sztucznych soczewek.

Z książki Wintersa czytelnik dowie się, jakie były początki epoki antybiotyków i jaki zbieg okoliczności sprawił, że Aleksander Fleming odkrył penicylinę, a także dlaczego droga do poznania i oznaczenia witamin była tak długa i skomplikowana. Pozna skutki zbawiennej bezsenności i wertowania podręczników przez kanadyjskiego chirurga, który podjął się wykładów z fizjologii trzustki, co w dalszej konsekwencji doprowadziło do odkrycia insuliny. Prześledzi, jak źle zaplanowane doświadczenie w laboratorium zaowocowało poznaniem właściwości LSD. Czytając posłowie będzie mógł, podążając za narracją autora i zaprezentowanymi przez niego argumentami, zastanowić się, dlaczego niektóre tak zdawałoby się „oczywiste" odkrycia z takim trudem zyskiwały akceptację, inne zaś szybko i bez większego trudu wchodziły w krwioobieg nauki.

Robert Winters, lekarz nie tylko o znaczącym doświadczeniu klinicznym, ale również dysponujący wiedzą w zakresie nauk podstawowych, doskonale porusza się w przestrzeni problemów medycznych. Ma także dar opowiadania, zwięzłego, a zarazem plastycznego przedstawiania zdarzeń, co każdy biorący książkę do ręki z pewnością będzie mógł docenić. Zamieszczony na jej końcu indeks ułatwi nawigację uważnemu czytelnikowi. Zauważalnym mankamentem recenzowanej pozycji wydawniczej jest jej strona ilustracyjna. Nieliczne zresztą fotografie są słabej jakości. Lepiej byłoby z nich w ogóle zrezygnować, gdyż niewiele wnoszą, a wyraźnie odstają od wartościowego tekstu.

Ryszard W. Gryglewski

Robert W. Winters, „Przypadkowe odkrycia medyczne", przełożyła Zuzanna Lamża, Wydawnictwo Filia, Poznań 2022, ss. 407.

Zdarzenia niepożądane w opiece zdrowotnej, cz. 2

O paleniu „na gorąco”

Dlaczego na gorąco? Otóż właśnie dowiedziałem się o pożarze, który wybuchł w łazience w jednym ze szpitali psychiatrycznych. Przypomniało mi to incydent pożaru, który w pewnej klinice toksykologii parę lat temu gasiło kilka zastępów straży pożarnej. W tym ostatnim przypadku pożar wywołał pacjent, wrzucając niedopałek do szybu wentylacyjnego w łazience.

Jak to możliwe, przecież istnieje zakaz palenia w szpitalu? Byłoby pięknie, gdyby dekretem/ustawą dało się osiągnąć pożądany skutek, np. pokój na świecie. Takim utopijnym celem, ale mało skutecznym w praktyce, jest całkowity zakaz palenia w szpitalach.

Wypowiedzi pielęgniarek (n=97)
(Pokorska J., Pokorski J. 2013)

Pacjenci palą mimo zakazu:	
– na sali chorych	41,2%
– w łóżku	28,9%
– na zewnątrz	66,0%
– w toaletach	76,3%
– **zakaz nie rozwiązuje problemu zagrożenia pożarowego**	**79,1%**

Jako praktykujący internista w swych młodych latach „tępiłem” palaczy. Moje doświadczenia kliniczne wkrótce nauczyły mnie, że działania „na skróty”, nawet w dobrej wierze, nie zawsze prowadzą do osiągnięcia słusznego celu.

Moje hasło to: **Tytoń NIE!** ale **Całkowity zakaz palenia w szpitalu** także **NIE!**

Zaznaczam, że osobiście zawsze byłem niepalącym i różnymi sposobami próbowałem zachęcać do niepalenia (patrz ryc. 1). Niestety, z reguły bezskutecznie. Dlaczego budzi mój opór zakaz palenia w szpitalach? W szpitalu pacjent w swoim interesie zgadza się na pewien stopień ubezwłasnowolnienia. Z kawiarni w każdym momencie można wyjść na zewnątrz. Nawet chwilowe opuszczenie szpitala łączy się z ryzykiem – poniżej przykłady.

„*Mroźna (- 30 st. C) noc grudniowa 2000 roku, Seven Oaks (Winnipeg, Canada). 54-letnia pacjentka wymknęła się ze szpitala w piżamie, ciągnąc za sobą stojak z kroplówką. Chciała zapalić papierosa. Przypadkowo zamknęła drzwi i nie mogła się dostać do szpitala (zapomniała kodu). Po godzinie została odnaleziona, przysypiająca w zaspie. Hipotermia oraz odmrożenia rąk i stóp – 4 palce prawej ręki amputowano, pozostał niedowład lewej ręki*”. Przyczyna źródłowa: Brak możliwości bezpiecznego palenia pod dachem szpitala.

„*Na OIOM trafił 70-letni przykładny ojciec rodziny i dziadek, palący, który bał się, był w stresie. Miał przy sobie dwa papierosy, marzył, aby zapalić. W drugim dniu pobytu w szpitalu wyjechał na wózku do toalety, zapalił i wpadł – miał awanturę, był w wielkim stresie – postanowił drugiego już nie palić. W trzecim dniu, ponownie w toalecie, nie zapalił, ale i tak nie uniknął awantury, więc znów przeżył stres*”. Zapalił inny pacjent, a oskarżono jego.

Zakaz palenia może też w inny sposób zagrozić zdrowiu/życiu pacjentów, również tych niepalących:

Operacja się udała – przykład zastosowania metody 5×DLACZEGO w celu identyfikacji przyczyny źródłowej:
– udana operacja hemoroidów u 70-letniego, niepalącego pacjenta – pacjent w drugiej dobie wieczorem miał temp. 40 st. C, z powodu zapalenia płuc pozostał na oddziale jeszcze tydzień – DLACZEGO? (jaka przyczyna?)
– przemarzł w toalecie dla pacjentów – DLACZEGO?
– w toalecie było bardzo zimno, a przebywał tam 20 minut – DLACZEGO BYŁO ZIMNO?

rys. J. Pokorski

W 1885 r. Hiram Maxim wynalazł karabin maszynowy. W 1882 James Bonsack opatentował maszynę do przemysłowego wytwarzania papierosów.

– na zewnątrz było -9 st. C, a okno w kabinie sąsiedniej było stale otwarte – DLACZEGO?
– w sąsiedniej kabinie było w tym czasie kilku pacjentów palących przy otwartym oknie – DLACZEGO?

Przyczyna źródłowa: w szpitalu obowiązywał całkowity zakaz palenia.

Czy widzę jakieś rozwiązanie problemu? Uczciwie powiem, że nie. Podawanie preparatów nikotyny jest średnio lub mało skuteczne. Umożliwienie palenia w odpowiednich izolowanych pomieszczeniach nie jest dopuszczane prawem. W praktyce dozwala się na palenie papierosów przez pacjentów psychiatrycznych – jest to konieczność wymuszona specyfiką pacjenta.

Dr Janusz Pokorski
Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy OIL

PS. Oczywiście wszystkim Koleżankom i Kolegom polecam rozwiązanie przyjęte na oddziale toksykologii szpitala, nad którym sprawuję opiekę jako lekarz profilaktyk medycyny pracy. Pacjenci mogą palić w specjalnej kabinie. Są spokojniejsi, a personel zadowolony.

Komisja Kształcenia Medycznego ORL zaprasza na kursy

„Przemówienie powinno wyczerpać temat, a nie słuchaczy"
W. Churchill

Wystąpienia publiczne w oparciu o spójność przekazu
Termin: 15.03.2023 r.
godz. 16.00-19.00
Prowadząca: mgr Ewa Wiśniewska-Sobel
Punkty edukacyjne: 3

Rola pasji w pracy lekarza
Termin: 13.04.2023 r.
godz. 16.00-19.00
Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka
Punkty edukacyjne: 3

Zarządzanie zespołem poprzez delegowanie zadań i odpowiedzialności
Termin: 11.05.2023 r.
godz. 16.00-19.00
Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka
Punkty edukacyjne: 3

Mediacje w medycynie
Termin: 5.06.2023 r.
godz. 16.00-19.00
Prowadząca: mgr Ewa Wiśniewska-Sobel
Punkty edukacyjne: 3

Zapisy na powyższe kursy: ksztalcenie57@hipokrates.org
Miejsce odbywania kursów: Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, ul. Krupnicza 11A

Ratownictwo medyczne
Kurs specjalizacyjny jednolity.
Kurs przeznaczony dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się według modułowych programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji po 1.10.2014 r.) dla wszystkich specjalizacji.
Terminy:
6-10.03.2023 r.,
15-19.05.2023 r.,
9-13.10.2023 r.
Organizator: Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
Zgłoszenia na kursy: Lekarze posiadający EKS zgłaszają się przez SMK, pozostali przez profil na stronie CMKP;
tel.: 22 56 93 811

W trakcie kursu EPALS organizowanego w siedzibie Medycyny Praktycznej

Absolwenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie – rok 1973

Zapraszamy wszystkie Koleżanki i Kolegów naszego rocznika na spotkanie z okazji jubileuszu 50-lecia uzyskania dyplomu, zaplanowane na 3 czerwca 2023 roku w Krakowie.
Wszelkich informacji udzielają organizatorzy:
Elżbieta Skupień (Plac-Bobula), tel. 660 757 948
Jerzy Friediger, tel. 609 12 77 99

Zapraszamy absolwentów Wydziału Lekarskiego CM UJ w Krakowie, rocznik 1984

na spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się 7 października 2023 r. w Pałacu Goetzów w Brzesku.
W programie między innymi bankiet w niezwykle atrakcyjnym Pałacu Goetzów.
Szczegółowych informacji udziela Andrzej Fugiel, kontakt tel. i WhatsApp +48 604 299 111 lub pocztą elektroniczną: fugiel@mp.pl
Kolejne spotkanie planowane jest 15 czerwca 2024 r.
Organizatorzy Ewa Cichocka-Jarosz i Andrzej Fugiel

Serdecznie zapraszamy wszystkich absolwentów Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie, rocznik 1982/83

na uroczystość jubileuszową z okazji 40-lecia uzyskania dyplomu, która odbędzie się 16 września 2023 r. w Krakowie.
Miejsce i godzina zostaną podane w późniejszym terminie.
Zgłoszenia przyjmujemy do 31 maja 2023 r.
Kontakt z organizatorem:
Magdalena Siudzińska (z d. Boryczko)
– kontakt przez e-mail lub SMS
e-mail: msiudzinska@interia.pl
SMS: tel: +48 601 377 590
Koleżanki proszę o podpisanie się także nazwiskiem panieńskim.
Zapraszamy!

XXXVIII Naukowo-Szkoleniowa Konferencja Sekcji Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego odbędzie pod hasłem „Współczesna protetyka stomatologiczna w służbie zdrowia ogólnego".

Tematyka zaplanowanych już dzisiaj wykładów to: stomatologia uniwersytecka, nowoczesne zagadnienia stomatologii cyfrowej, materiały bioniczne, nowoczesne tworzywa ceramiczne i systemy wiążące. Będą też wykłady o przemieszczeniu głów stawowych w badaniach tomograficznych oraz neuralgiach twarzowej części czaszki, wyzwaniach dla lekarza protetyka w obliczu chorób cywilizacyjnych, biomechaniki wkładów wewnątrzkoronowych, jak również o dostawowych iniekcjach w leczeniu dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych. Omówionych też zostanie wiele innych zagadnień.

Szczegóły dotyczące Konferencji, także zasad udziału w tym spotkaniu, można znaleźć na stronie **https://protetyka.cm-uj.krakow.pl/k/**

Ogłoszenia

Zapraszamy na szkolenie z zakresu medycyny estetycznej

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

NZOZ Cor Vita

w Krakowie, ul. Kościuszki 35, zatrudni lekarza dermatologa ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji, w dowolnym wymiarze godzin, kontrakt z NFZ.
Kontakt: tel. 501 776 916, e-mail: corvita@wp.pl

Poradnia Pulmonologiczna

działająca w oparciu o kontrakt z NFZ, ul. Młodej Polski 7 w Krakowie, zatrudni lekarza pulmonologa (osoby w trakcie specjalizacji również mile widziane).
W przypadku zainteresowania proszę o kontakt: praca@unimed-nzoz.pl lub tel. 793 003 743.

Szpital Specjalistyczny w Brzozowie

zatrudni na umowę o pracę lub umowę kontraktową lekarza specjalistę lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii, w tym do pełnienia dyżurów medycznych.
Kontakt: tel. 13 430 95 52, 13 430 95 58 lub 508 233 225

Centrum stomatologii i implantologii Twój Dentysta

w Myślenicach zatrudni lekarza dentystę.
Posiadamy nowoczesny sprzęt – 5 stanowisk, rvg. Zapewniamy dużą bazę pacjentów oraz zespół dentystów i specjalistów (chirurg implantolog, protetyk, endodonta, protetyk).
Bardzo dobre warunki pracy i płacy.
Preferowany kontakt tel. 501 160 588.
Twój Dentysta Krzysztof Święch, e-mail td.krzysztof@gmail.com
Informacje o klinice www.twoj-dentysta.info

Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera

w Krakowie zatrudni: do Oddziału Kardiologii i Chorób Wewnętrznych lekarza specjalistę kardiologa z co najmniej czteroletnim doświadczeniem pracy w zawodzie.
Zaintersowanych prosimy o przesyłanie ofert wraz z podpisaną informacją o przetwarzaniu danych osobowych na adres e-mail: oka–sekretariat@rydygierkrakow.pl. Tel. do sekretariatu Oddz. Kardiologii i Chorób Wewnętrznych: 12 464 87 75
W temacie wiadomości prosimy o wpisanie: „Lekarz-Starszy asystent, Oddział Kardiologii i Chorób Wewnętrznych".

Dyrektor Szpitala Miejskiego Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza

w Krakowie pilnie zatrudni lekarzy specjalistów w dziedzinie patomorfologii do pracy w Pracowni Patomorfologii z prosektorium, na podstawie umowy o pracę lub w ramach umowy cywilnoprawnej/kontrakt.
Oferty wraz z kopią dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe prosimy składać na adres e-mail: sekretariat@narutowicz.krakow.pl
Szczegółowe informacje pod nr. tel. 12 257 87 40 lub 12 257 82 41.

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

poszukuje lekarzy do pracy w specjalistycznych zespołach wyjazdowych oraz w zespole transportu sanitarnego typu N.
Aplikacje proszę wysyłać na adres: kadry@kpr.med.pl.
Telefon kontaktowy: 12 424 42 12.

Poszukujemy emerytowanych lekarzy stomatologów

do szkolnych gabinetów stomatologicznych w Krakowie i Proszowicach, bez konieczności wykonywania zabiegów.
Oferujemy atrakcyjne wynagrodzenie.
Kontakt pod nr. tel. 880 154 284

Uzdrowisko Rabka S.A.

poszukuje lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii, balneologii i medycyny fizykalnej, pediatrii i chorób wewnętrznych. Oferujemy:
• 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.: 18 267 78 86; 18 269 26 23 lub e-mail: kjurczak@uzdrowisko-rabka.pl, mchlebek@uzdrowisko-rabka.pl

ZUS Oddział w Krakowie

poszukuje lekarzy specjalistów na stanowiska:
Lekarz Orzecznik Zakładu
(miejsce wykonywania pracy: Kraków ul. Pędzichów 27)
Lekarz Członek Komisji Lekarskiej Zakładu
(miejsce wykonywania pracy: Kraków ul. Zakopiańska 62)
Szczegółowych informacji udziela Wydział Kadrowo-Płacowy, pokój 27 ul. Pędzichów 27, Kraków tel. 12 42 46 247

Prof. dr hab.
Ryszard Jerzy Gryglewski
(1932-2023)

„Jeśli widzimy więcej, to dlatego, że stoimy na ramionach olbrzymów" – ten średniowieczny aforyzm przypisywany Bernardowi z Chartres jako pierwszy przychodzi do głowy, kiedy w jednym krótkim wspomnieniu próbujemy przywołać postać Pana Profesora Ryszarda Jerzego Gryglewskiego – olbrzyma farmakologii i nauczyciela pokoleń lekarzy.

Profesor Ryszard Jerzy Gryglewski urodził się w Wilnie w 1932 r. Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Krakowie ukończył z wyróżnieniem w 1955 roku, a już dwa lata później obronił pracę doktorską dotyczącą przeciwcukrzycowego działania pochodnych sulfonylomocznika. W 1965 r., jako „świeżo" wypromowany doktor habilitowany, objął po innym gigancie farmakologii – prof. Januszu Supniewskim – Katedrę Farmakologii, którą kierował do 2002 r. Tytuł profesora otrzymał w 1971 r.

Liczne funkcje pełnione na uczelni (m.in. w „gorących" latach 1981-83 był rektorem Akademii Medycznej w Krakowie) i poza nią (w Polskiej Akademii Umiejętności, gremiach doradczych przy Ministrze Zdrowia oraz organizacjach międzynarodowych, np. jako wiceprzewodniczący Komitetu Wykonawczego Światowej Unii Farmakologicznej IUPHAR) nie kolidowały z Jego niezwykle bogatą działalnością naukową prowadzoną w kraju i za granicą – m.in. w Wielkiej Brytanii w William Harvey Research Institute w Londynie i Wellcome Research Laboratories w Kent czy w New York Medical College (USA).

Profesor był autorem ponad 400 publikacji (wielu w najbardziej prestiżowych czasopismach naukowych) zacytowanych w światowym piśmiennictwie ponad 20 tysięcy razy. Wielokrotnie nagradzany za osiągnięcia naukowe (m.in. najwyższą Nagrodą Fundacji na rzecz Nauki Polskiej), siedmiokrotnie otrzymał tytuł doktora honoris causa (New York Medical College, Szeged Medical University, Śląska Akademia Medyczna, Akademia Medyczna w Gdańsku, Uniwersytet Semmelweisa w Budapeszcie, Uniwersytet Lwowski, Uniwersytet w Grodnie), a w 2017 r. został Kawalerem Orderu Orła Białego.

Można by długo wymieniać kolejne osiągnięcia Profesora – zresztą liczne, mniej lub bardziej szczegółowe podsumowania Jego działalności naukowej i organizacyjnej dostępne są w internecie. Pora więc zmienić ton, tak jak zmieniał się Jego ton i cała postać, kiedy z pasją zaczynał opowiadać nam o swojej ukochanej farmakologii – rozumianej jako nauka, która wyjaśnia, dlaczego leki działają tak, jak działają. Był wielkim zwolennikiem kompleksowego patrzenia na zjawiska biologiczne i wyjaśniania działania leku nie tylko na poziomie komórek czy tkanek (nie ufał zbytnio metodom molekularnym…), ale przede wszystkim całego organizmu (Jego słynne „*In vivo veritas*"!). Pytany o najważniejsze cechy uczonego wymieniał: ciekawość i pasję, pracowitość i umiejętne przygotowanie umysłu na… łut szczęścia (ang. *serendipity*) – szczęśliwy traf naprowadzający badacza na ciekawe odkrycie. Te cechy towarzyszyły mu przez całe naukowe życie. Zapamiętamy go z odkryć, które nie tylko w swoim czasie należały do najważniejszych poznawczo, ale też wiodły do konkretnych sposobów leczenia.

W latach 70. XX wieku Profesor Gryglewski współuczestniczył w odkryciu prostacykliny i badaniach nad związkami hamującymi powstawanie tromboksanów – prace te utorowały drogę dla późniejszych dwóch Nagród Nobla, a ich wyniki nie tylko znacznie poszerzyły nasze rozumienie procesów zapalnych w tak podstawowych obszarach jak np. wyjaśnienie przeciwzapalnego działania glikokortykosteroidów, ale też legły u podstaw wdrażania (nie bez początkowych oporów środowiska lekarskiego!) kwasu acetylosalicylowego jako leku przeciwpłytkowego i późniejszego rozkwitu leczenia przeciwpłytkowego w kardiologii. W latach 80. Profesorowie Ryszard Gryglewski i Andrzej Szczeklik wyjaśnili fenomen „astmy aspirynowej", wiążąc skurcz oskrzeli z zahamowaniem aktywności cyklooksygenazy przez niesteroidowe leki przeciwzapalne. Ostatnią dekadę pracy naukowej Profesor Gryglewski poświęcił zaś kluczowej roli śródbłonka naczyń – głównego „producenta" prostacykliny i tlenku azotu – w fizjologicznej regulacji układu krążenia i udowodnieniu podstawowej roli uszkodzenia śródbłonka w rozwoju schorzeń sercowo-naczyniowych.

Pan Profesor w ostatnich latach nie bywał już w Katedrze, ale Jego osoba wracała do nas w czasie wielu dyskusji, jako niedościgniony wzór intuicji naukowej i odwagi badania tematów trudnych, ale ważnych. Pomimo Jego odejścia, to z pewnością się nie zmieni.

W imieniu wychowanków
Prof. dr hab. Rafał Olszanecki
Kierownik Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM

Pożegnania

Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Chrzanowski
(Richard Cranovsky)
ur. 26 października 1930 r. w Mościcach
zm. 3 grudnia 2022 r. w Lozannie

Ryszard Chrzanowski urodził się 26 października 1930 roku w Mościcach, gdzie jego ojciec był zatrudniony w Państwowej Fabryce Związków Azotowych. Do szkoły powszechnej i gimnazjum uczęszczał także w tej miejscowości. Po okupacji zamieszkał w Krakowie, gdzie w 1948 roku ukończył Liceum im. Jana III Sobieskiego W latach 1948-53 studiował na Wydziale Lekarskim UJ (AM). Po studiach specjalizował się w neuroradiologii pod kierunkiem prof. Stanisławy Spettowej i prof. Adama Kunickiego. Doktorat uzyskał w 1964 roku w Krakowie, stopień doktora habilitowanego w roku 1968. W 1970 roku ukazał się pierwszy polski podręcznik neuroradiologii jego autorstwa.

Dalsza część kariery zawodowej Ryszarda Chrzanowskiego przebiegała w Szwajcarii. W roku akademickim 1971/1972 kierował jako *professeur invité* Pracownią Neuroradiologii w Szpitalu Uniwersyteckim w Genewie. Następnie w latach 1974-1984 zajmował kierownicze stanowiska w szpitalach akademickich w Aarau i Lozannie w Szwajcarii; po raz drugi uzyskał habilitację na Uniwersytecie w Bernie (1976). W latach 1985-1986 studiował na Uniwersytecie w Teksańskim Centrum Medycznym w Houston, gdzie uzyskał tytuł Master of Public Health w programie „Technologia i nauki humanistyczne". W latach 1991-1995 był konsultantem i wykładowcą w Polsce, w ramach programu rządu Szwajcarii: „Europa Centralna i Wschodnia". Uczestniczył też w pierwszej fazie rozwoju Szkoły Zdrowia Publicznego w Krakowie.

Ocena technologii medycznych oraz bezpieczeństwo pacjentów pozostały w centrum jego zainteresowania. Z jego udziałem lub z jego inspiracji powstały liczne prace dotyczące tych zagadnień zarówno w skali międzynarodowej (WHO, Rada Europy, Program Global Challenges Uniwersytetu FDU w New Jersey, Stany Zjednoczone), jak i w Szwajcarii oraz Polsce. Do nowszych należy zaliczyć projekt „Bezpieczny pacjent – bezpieczny lekarz", rozpoczęty przez wydawnictwo Medycyna Praktyczna w Krakowie.

Za owocną współpracę z Towarzystwem Lekarskim Krakowskim prof. Ryszard Chrzanowski otrzymał w 2016 roku członkostwo honorowe tego stowarzyszenia. Ponadto został odznaczony medalami Towarzystwa (jubileuszowy medal A. Kremera, medal J. Piltza oraz Medicus Laureatus).

Zmarł 3 grudnia 2022 roku w Lozannie, po długiej i ciężkiej chorobie.

Pozostanie na zawsze w naszej trwałej i wdzięcznej pamięci.

Prof. dr hab. Igor Gościński
przewodniczący Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego,
Oddział PTL

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

zmieniająca uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej

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

§1

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

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

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

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

§2

Tekst jednolity uchwały stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

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

w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) 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 120 zł miesięcznie.

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

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

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

§2

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

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

2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

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

1) na konto bankowe okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej lub

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

3) w kasie okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej.

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

§3

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

1) ukończył 70 lat;

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

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

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

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

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

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

§4

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

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

§4a

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

§5

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

§6

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

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

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: skladki57@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: bioetyka@oilkrakow.org.pl
- 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 12
- 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 501 430 918
  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. 500 379 120**
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 16 400 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.

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Z nami dotrzesz do wszystkich lekarzy!

Galicyjska Gazeta Lekarska, pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, dociera bezpłatnie do lekarzy i lekarzy dentystów z Małopolski i Podkarpacia zrzeszonych w krakowskiej Izbie (ponad 18 tys. osób), a także do najważniejszych urzędów w regionie. Rocznie publikujemy sześć wydań ogólnolekarskich oraz dodatkowo wydania dla stomatologów.

Cennik

	Galicyjska Gazeta Lekarska	Galicyjska Gazeta Lekarza Dentysty
Okładka zewnętrzna	2 200 zł	2 000 zł
Okładka wewnętrzna	2 000 zł	1 800 zł
Strona wewnętrzna	1 400 zł	1 200 zł
½ strony	800 zł	700 zł
¼ strony	500 zł	400 zł
⅛ strony	300 zł	300 zł
Ogłoszenia drobne *(maksymalnie do 350 znaków ze spacjami)*	150 zł	150 zł
Insert	Cena ustalana indywidualnie w zależności od nakładu gazety i grupy odbiorców	

Ogłoszenia drobne dotyczące zatrudnienia lekarzy oraz akcji charytatywnych drukujemy bezpłatnie.

Bonifikata dla stałych klientów: od 10% wzwyż za publikację w co najmniej dwóch wydaniach.

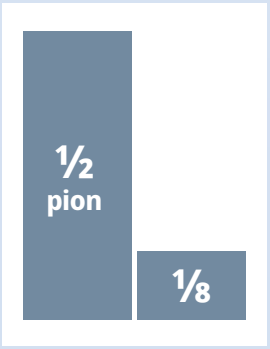
Przyjmujemy także inserty do wkładkowania (z możliwością wyodrębnienia grupy odbiorców, np. pod względem specjalizacji lekarskiej czy terenu zamieszkania). Cena ustalana indywidualnie w zależności od liczby egzemplarzy.

Formaty reklam

1 strona
netto:
205 × 265 mm
brutto:
211 × 271 mm

½ strony
173 × 110 mm

¼ strony
84,5 × 110 mm



½ strony
84,5 × 224 mm

⅛ strony
84,5 × 53 mm

Kontakt

redakcja@oilkrakow.org.pl
tel. 12 619 17 27

Materiały prosimy przesyłać na adres e-mail redakcji.
Formularz zlecenia reklamy wysyłamy drogą elektroniczną.
W szczególnych przypadkach redakcja zastrzega sobie prawo odmowy publikacji reklam.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków