

MAGAZYN LEKARZY

KUJAWSKO-POMORSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W TORUNIU

NR
4
2026



Meritum

ISSN 1425-4255



PACJENT NAGRYWA LEKARZA, LEKARZ NAGRYWA PACJENTA – DOKĄD ZMIERZAMY?

WYWIAD Z JANEM GESSKIEM – DYREKTOREM SPECJALISTYCZNEGO
SZPITALA MIEJSKIEGO W TORUNIU

50 LAT KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ W SZPITALU DZIECIĘCYM W TORUNIU



KWIECIEŃ 2026 – MAJ 2026

LP	DATA	WYDARZENIE	MIEJSCE	UCZESTNICZY
1	17.04.2026	Posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL	Siedziba NIL	A. Pacholec
2	17.04.2026	Obchody Jubileuszu XXX-lecia Włocławskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów	Restauracja Pałacyk Gozdawa w Łochocinie	A. Pacholec L. Zaleska M. Maćcki
3	18–19.04.2026	Kurs EPLS	Siedziba KPOIL	Uczestnicy kursu
4	24.04.2026	Posiedzenie NRL	Siedziba NIL	A. Pacholec
5	25.04.2026	Koncert fortepianowy „Muzyka, która leczy cz. 2”	Zespół Szkół Muzycznych we Włocławku	A. Pacholec
6	25–26.04.2026	Kurs ALS	Siedziba KPOIL	Uczestnicy kursu
7	09.05.2026	Kurs 1 – Dostęp naczyniowe pod kontrolą USG. Trudne dostępy żyłne, dostępy typu midline, dostępy centralne, dostępy dializacyjne.	Siedziba KPOIL	Uczestnicy kursu
8	10.05.2026	Kurs 2 – Podstawy ultrasonografii jamy brzusznej	Siedziba KPOIL	Uczestnicy kursu
9	10.05.2026	Kurs 3 – Podstawy echo serca oraz ultrasonografia płuc	Siedziba KPOIL	Uczestnicy kursu
10	14.05.2026	Posiedzenie Komisji Rewizyjnej	Siedziba KPOIL	Członkowie Komisji
11	14.05.2026	Spotkanie Delegatów na KZL	Siedziba KPOIL	Delegaci na KZL
12	14.05.2026	Posiedzenie ORL	Siedziba KPOIL	Członkowie ORL
13	21–23.05.2026	Krajowy Zjazd Lekarzy	Hotel Warszawianka w Jachrance	Delegaci na KZL

Anita Pacholec
Prezes ORL w Toruniu



W oczekiwaniu na nowe rozdzanie

Zjazdy okręgowe za nami. Przed nami najważniejsze wydarzenie w życiu Izby Lekarskiej – Sprawozdawczo-Wyborczy Krajowy Zjazd Lekarzy. Taki zjazd odbywa się raz na cztery lata i jest podsumowaniem całej mijającej kadencji. Wszystkie organy NIL przedstawiają swój kadencyjny dorobek i oczekują na akceptację, a więc dobrą ocenę wszystkich 495 delegatów z całego kraju.

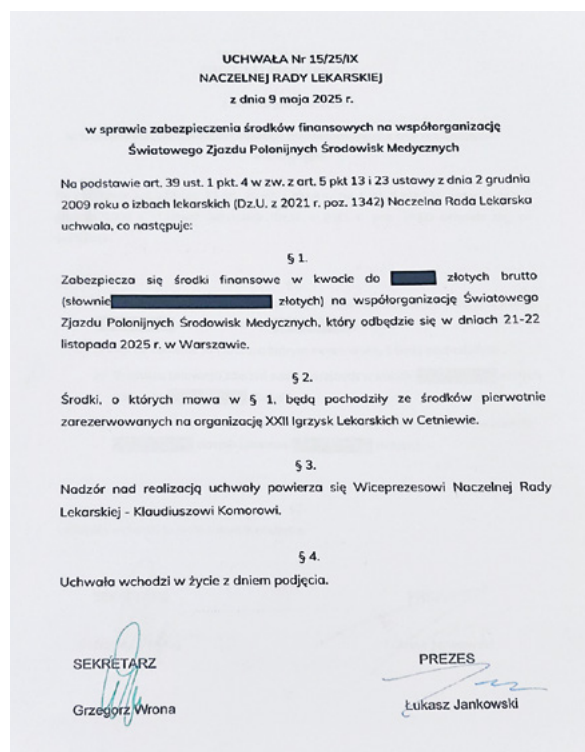
Najważniejszym jednak wydarzeniem Zjazdu będzie wybór Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i samej Naczelnej Rady Lekarskiej. Jak już jest oficjalnie podane, na funkcję Prezesa zgłosiło się dwóch kandydatów. Dotychczasowy Prezes Łukasz Jankowski, ubiegający się o reelekcję i Prezes Śląskiej Izby Lekarskiej dr Tadeusz Urban.

Nie ma co ukrywać, że środowisko jest bardzo podzielone a wręcz spolaryzowane. Po czterech latach swojej prezesury dr Jankowski jest celem wielu niezadowolonych i zawiedzionych jego poczynaniami. Przypomnieć należy o próbie odwołania Prezesa Jankowskiego ze stanowiska dwa lata temu. Fakt, iż Naczelna Rada Lekarska pod jego przewodnictwem nie zwołała wówczas Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy, mimo iż miała taki prawny obowiązek, rozpoczął cały łańcuch niejasnych lub wręcz wątpliwych prawnie poczynañ tego organu. Zapowiada się więc ciekawe expose kandydata Łukasza Jankowskiego.

Tadeusz Urban wchodzi do wyborów z czystą kartą. Przez ostatnich osiem lat prowadził Śląską Izbę w Katowicach. Był z tej racji członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, ale jak sam się określa, stał po stronie przeciwników sposobu działania ostatniego Prezesa. Będąc jednym z sygnatariuszy wniosku o zwołanie NKZL i odwołanie Prezesa Jankowskiego, jawi się jego zdecydowanym przeciwnikiem. W dniu 21 maja dowiemy się, który z kandydatów przekonał do siebie większość.

Odbyło się też ostatnie w tym składzie posiedzenie NRL, na której przyjęto sprawozdanie finansowe za ubiegłą kadencję. Niestety i tu, Prezes Jankowski nie stanął na wysokości zadania. Przedstawione sprawozdanie opierało się na uchwałach NRL, które w obiegu publicznym mają zaczerpnięte sumy, których dotyczą. Trudno więc ocenić rzetelnie

politykę finansową Rady, a w kontekście zarządzanej przez Ministerstwo Zdrowia kontroli finansów NIL, jest to de facto niemożliwe. Nie przeszkodziło to jednak zwolennikom Prezesa Jankowskiego, przyjmując ten dokument w głosowaniu 40 za, przy 5 głosach przeciwnych.



Jeśli taki sposób sprawowania władzy utrzyma się na następne 4 lata, to nie wróży to dobrze naszemu Samorządowi.

Piszę ten tekst na początku maja, jeszcze przed Zjazdem, Państwo czytacie go już z wiedzą, kto zasiada w fotelu Prezesa NRL i z pewną świadomością czego możemy się spodziewać.

Jakkolwiek by nie było, przed nowymi władzami trudne zadania.

- 2 **KALENDARIUM**
- 3 **KOMENTARZ PREZESA**
W oczekiwaniu na nowe rozdzanie
- 5 **SŁOWO OD REDAKTORA**
Publicznie czy prywatnie?
- 6-11 **PRAWO I MEDYCYNA**
(6-9) *Pacjent nagrywa lekarza, lekarz nagrywa pacjenta – dokąd zmierzamy?*
(10-11) *Medycy z Ukrainy: legislacyjny chaos w cieniu kadrowego kryzysu*
- 11 **OSIĄGNIĘCIA**
- 12 **WYSTĘPY GOŚCINNE/ ANTY-GONA**
- 13 **KURSY/ SZKOLENIA EPLS i ALS**
- 14-18 **WYWIAD/ Dawno przestaliśmy być „szpitalem powiatowym plus”.**
- 18, 33, 39 **OGŁOSZENIA**
- 19-23 **UCHWAŁY ORL**
- 24-27 **DELEGATURA WE WŁOCŁAWKU**
(24-25) *30-lecie Włocławskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów*
(26) *XXI M. P. L. w pływaniu*
(27) *Dzień Medyka we Włocławku*
- 28-30 **DELEGATURA W GRUDZIĄDZU**
(28-29) *Rola poradni leczenia bólu we współczesnej medycynie*
(30) *Spotkanie lekarzy seniorów*
- 31, 33 **KOMUNIKATY**
- 32 **PRO GLORIA MEDICI**
List promujący P. Annę Zielaskiewicz
- 34-35 **HISTORYCZNE OPOWIEŚCI**
Madrycka „Calle de Santa Polonia” czyli o tym, jak patronce dentystów wyrwano literkę „A”
- 35-37 ... **WSPOMNIENIA/ 50 lat kardiologii dziecięcej w Szpitalu Dz. w Toruniu**
- 38 **Z ŻAŁOBNEJ KARTY**

ZESPÓŁ REDAKCYJNY MERITUM

Redaktor Naczelny: Sławomir Józefowicz, sekretariat@kpoil.torun.pl

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

Alicja Cichocka-Bielicka

Krzysztof Izdebski – adwokat, Rzecznik Praw Lekarza,

Jarosław Wanecki – Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

RADA PROGRAMOWA:

Przewodniczący: Wojciech Kaatz,

Członkowie: Przemysław Jaczun, Sławomir Józefowicz,

Jan Kosior, Anita Pacholec

Skład/oprac. graficzne: Iwona Kubacka

Projekt okładki: Studio Impasto Roman Wojciechowski

Druk: Studio Moria Rafał Milewski


Pracownik redakcji/reklamy i ogłoszenia: Michał Zakrzewski,

tel. 56 655 41 60 wew. 12, finanse@kpoil.torun.pl


**DIAGNOSTYKA I LECZENIE
DLA LEKARZY SENIORÓW**

Uprzejmie informujemy, że osobami odpowiedzialnymi za kontakty ułatwiające dostęp do diagnostyki i leczenia dla Lekarzy Seniorów są:


TORUŃ I OKOLICE**Dr Anna Raczynska**

 **503 054 442**, pracuje w Oddziale Klinicznym Kardiologii i Intensywnej Terapii Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Toruniu,

Dr Violetta Polaszewska-Pułkownik

 **56 610 02 37** (tel. do gabinetu sekretariatu oddziału), pracuje w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim w Toruniu, Oddział Wewnętrzny.


Dr Marcin Bania

 **56 610 02 45** (tel. do sekretariatu oddziału), Specjalistyczny Szpital Miejski w Toruniu Oddział Kardiologii.

GRUDZIĄDZ I OKOLICE**Dr Jan Kosior  605 107 111**

pracuje w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu.

WŁOCŁAWEK I OKOLICE**Dr Anna Walczak-Tretyn**

 **54 412 94 07**

lekarz chorób wewnętrznych, specjalista rehabilitacji medycznej, Kierownik Zakładu Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku.



Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów naszej Izby,
LEK. EWA KORDYJAK-STARCZEWSKA

 **608 311 430**


Rzecznik Praw Lekarza naszej Izby
MEC. KRZYSZTOF IZDEBSKI
e-mail: izdebski77@gmail.com

 **697 617 763**

Inspektor Ochrony Danych naszej Izby
JAKUB RUTKOWSKI
e-mail: kpoil@serwisiod.pl


 **664 087 263**

Delegatura KPOIL w Grudziądzu
86-300 Grudziądz,
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 16/1

 **601 696 303**


poniedziałek 7.00–15.00
wtorek 7.00–16.00
środa 7.00–15.00
czwartek 7.00–15.00
piątek 7.00–14.00

Delegatura KPOIL we Włocławku
87-800 Włocławek, ul. Kościuszki 16 B/5

 **607 945 693**

Pn–Pt 8.00–16.00

Obecny adres GBL:
Główna Biblioteka Lekarska
O/Bydgoszcz
Al. Prof. S. Kaliskiego 7,
85-796 Bydgoszcz

 **502 403 533**



www.facebook.com/kpoil.torun

Wydawca:

www.kpoil.torun.pl

**KUJAWSKO-POMORSKA OKRĘGOWA
IZBA LEKARSKA W TORUNIU,**

87-100 Toruń, ul. Danielewskiego 6

 **56 655 41 60, 655 41 61**

konto: Bank Polska Kasa Opieki S.A.

I/O Toruń 63 1240 4009 1111 0000 4484 3364

poniedziałek 8.00–17.00
wtorek 8.00–16.00
środa 8.00–16.00
czwartek 8.00–18.00
piątek 8.00–13.00



lek. Sławomir Józefowicz
Redaktor Naczelny

Publicznie czy prywatnie?

Wostatnim czasie ze strony polityków oraz menadżerów ochrony zdrowia pojawiają się postulaty wprowadzenia zakazu pracy w sektorze prywatnym, jeśli pracuje się w placówce publicznej w ramach kontraktu NFZ. Pytanie brzmi czy to na pewno dobre rozwiązanie?

Dotyczy ono konfliktu interesów, dostępności świadczeń i organizacji całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Nie ma tu prostej odpowiedzi, bo każde rozwiązanie ma wyraźne skutki uboczne.

Najczęściej dyskutowane są trzy modele systemu:

1. pełna swoboda – lekarz może pracować jednocześnie publicznie i prywatnie,
2. rozdzielenie sektorów – wybór tylko jednego,
3. model mieszany z ograniczeniami – np. limity godzin, zakaz kierowania własnych pacjentów z NFZ do prywatnego gabinetu, ograniczenia dotyczące pewnych stanowisk.

Zwolennicy rozdziału sektorów mówią, że obecny model tworzy patologiczne sytuacje. Lekarz może mieć interes w tym, by kolejki publiczne były długie, bo część pacjentów przyjdzie prywatnie, choć w tym wypadku to raczej nie lekarz decyduje o długości kolejek, lecz płatnik tj. NFZ poprzez narzucanie limitów. Dochodzi do sytuacji proponowania prywatnych wizyt, aby przyspieszyć termin wizyty lub zabiegu. Personel odpływa z publicznych szpitali do bardziej dochodowego rynku prywatnego, co wydłuża czas oczekiwania na świadczenie medyczne. Państwo finansuje szkolenie specjalistów, którzy później z różnych względów ograniczają pracę w publicznym systemie.

Przeciwnicy natomiast wskazują, że w Polsce brakuje lekarzy i pielęgniarek. Sztuczne, nieprzemyślane rozdzielanie sektorów mogłoby skłonić wielu specjalistów do całkowitego przejścia do sektora prywatnego. Powstałyby braki kadrowe w małych miastach i wydłużyłyby się kolejki do świadczeń w ramach NFZ. Obniżenie dochodów lekarzy pracujących dziś na kilku etatach z powodu niedoboru kadr,

zadziałałoby demotywująco, co jeszcze bardziej powiększyłoby niedobory kadrowe, a dodatkowo mogło przyczynić się do emigracji lekarzy.

W praktyce polski system często działa dzięki temu, że ci sami specjaliści „spinają” oba sektory.

W debacie eksperckiej często pojawia się, nie całkowity zakaz łączenia sektorów, lecz konieczność poprawy przejrzystości i uczciwych zasad działania systemu. Można to osiągnąć poprzez lepszą kontrolę konfliktu interesów, obowiązek transparentności, zakaz odsyłania pacjentów z publicznej placówki do prywatnego gabinetu, wyższe wynagrodzenia w publicznym systemie, ograniczenia dotyczące maksymalnej liczby godzin pracy, a także kontrakty „exclusive” dla części lekarzy, za wyższe wynagrodzenie.

To przypominałoby rozwiązania stosowane m.in. w Wielkiej Brytanii czy krajach skandynawskich, gdzie sektor publiczny jest silniejszy finansowo.

W mojej opinii głównym problemem nie jest samo łączenie sektorów, tylko: zbyt mała liczba lekarzy na mieszkańca, chroniczne niedofinansowanie publicznej ochrony zdrowia, przeciążenie lekarzy spowodowane nadmierną ilością pracy, biurokracja oraz słabe zarządzanie kolejkami i świadczeniami. Niekorzystne przepisy prawa traktujące lekarzy jak potencjalnych przestępców i przeprowadzane okresowo kampanie medialne zrzucające wszystkie mankamenty systemu na środowisko lekarskie, także nie „pomaga”.

Dlatego sam zakaz pracy w dwóch sektorach nie poprawiłby sytuacji pacjentów, lecz mógłby ją wręcz pogorszyć, jeśli nie byłby połączony z dużym wzrostem finansowania oraz zwiększeniem liczby kadr medycznych.

Niestety w obecnych realiach nie mówi się nic o tym, jak zwiększyć finansowanie (wzrost składki, likwidacja grup uprzywilejowanych itp.), tylko w jaki sposób i na czym zaoszczędzić.



adw. Krzysztof Izdebski
Rzecznik Praw Lekarza KPOIL



Pacjent nagrywa lekarza, lekarz nagrywa pacjenta – dokąd zmierzamy?

Tematyka nagrywania przebiegu wizyty lekarskiej – zarówno przez pacjenta, jak i przez samego lekarza – należy do tych zagadnień (często także w wymiarze prawnym), które w lekarskiej praktyce zawodowej pojawiają się coraz częściej, a które wciąż pozostają źródłem poważnych wątpliwości i nieporozumień. Smartfon stał się nieodłącznym towarzyszem pacjenta, a rosnąca świadomość praw konsumenckich i pacjenckich sprawia, że rejestrowanie rozmowy z lekarzem – niekiedy jawne, niekiedy ukryte – przestało być zjawiskiem marginalnym. Naturalną drogą rodzą się zatem pytania z kategorii tych, o znaczeniu fundamentalnym: czy pacjent ma prawo nagrywać przebieg swojej wizyty? Czy lekarz może sam utrwalić przebieg konsultacji? Jakie konsekwencje grożą za naruszenie prawa w tym obszarze? Poniższy tekst stanowi próbę uporządkowania odpowiedzi na te pytania z perspektywy czterech porządków normatywnych: tajemnicy lekarskiej, przepisów o ochronie danych osobowych, prawa cywilnego i karnego, a także etyki zawodowej.

Tajemnica lekarska

Analiza problemu musi rozpocząć się od tajemnicy lekarskiej, która stanowi jeden z fundamentów stosunku zaufania między lekarzem a pacjentem. Artykuł 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakłada na lekarza obowiązek zachowania w tajemnicy informacji, związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Obowiązek ten ma charakter bezwzględny i nie wygasa z chwilą zakończenia leczenia ani z chwilą śmierci pacjenta. Kluczowe jest jednak to, że tajemnica lekarska chroni przede wszystkim pacjenta, to on jest jej dysponentem. Oznacza to, że pacjent może, przy spełnieniu określonych ustawowo wymogów, skutecznie zwolnić lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy, w tym wyrazić zgodę

na nagrywanie własnej wizyty. Oczywistym wydaje się, że nagranie dokonane przez pacjenta, które utrwała wyłącznie informacje jego dotyczące, nie narusza tajemnicy lekarskiej (naruszyć tajemnicę lekarską może wyłącznie lekarz), choć rodzi inne wątpliwości, omówione poniżej. Natomiast nagranie, dokonane przez lekarza bez zgody pacjenta może – w szczególności w przypadku rozpowszechniania takiego zapisu – stanowić bezpośrednie naruszenie powyższego obowiązku, o ile w nagraniu zawarte są dane dotyczące stanu zdrowia lub innych prywatnych okoliczności pacjenta – a trudno wyobrazić sobie wizytę lekarską, w czasie której tego rodzaju dane nie są przekazywane.

Problematyka RODO

Dane dotyczące zdrowia należą do szczególnej kategorii danych osobowych w rozumieniu art. 9 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – powszechnie nazywanego RODO. Ich przetwarzanie jest co do zasady zakazane, chyba że zachodzi jedna z enumeratywnie wymienionych w przepisie podstaw legalizujących. W kontekście nagrywania wizyt lekarskich szczególnie istotne są dwie z nich: wyraźna zgoda osoby, której dane dotyczą (art. 9 ust. 2 lit. a RODO) oraz konieczność przetwarzania do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, postawienia diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO). Nagranie wizyty przez lekarza, bez odpowiedniej podstawy prawnej, stanowi przetwarzanie danych wrażliwych bez tytułu prawnego i może skutkować odpowiedzialnością związaną z naruszeniem przepisów o ochronie danych osobowych jak i na drodze prawa cywilnego. Co istotne, obowiązki wynikające z RODO dotyczą również nagrania dokonanego przez pacjenta – jeśli nagra on wizytę i udostępni nagranie publicznie (np. w mediach społecznościowych), przetworzenie przez niego danych osobowych lekarza (a zwłaszcza danych innych pacjentów, jeśli przypadkowo znaleźli się w zasięgu mikrofonu) może podlegać pełnemu reżimowi RODO.

Wyrażenie świadomej zgody jako przesłanka legalności nagrywania

Ewidentną podstawą legalności nagrywania – zarówno przez pacjenta, jak i przez lekarza – jest świadoma i wyraźna zgoda drugiej strony. W przypadku pacjenta-nagrywającego: zgoda jest konieczna nie ze względu na ochronę lekarza jako podmiotu danych (choć i ten aspekt nie jest bez znaczenia), lecz przede wszystkim ze względu na reżim prawny obowiązujący w pomieszczeniu, gdzie może przebywać więcej niż jedna osoba. Jeśli w gabinecie jest pielęgniarka, student medycyny, rodzic małoletniego pacjenta – każda z tych osób może znaleźć się na nagraniu, stając się podmiotem udostępniania danych bez swojej wiedzy. W przypadku lekarza-nagrywającego: zgoda pacjenta jest – co do zasady niezbędna – a jej

brak może rodzić odpowiedzialność na wielu płaszczyznach jednocześnie. Zgoda powinna być dobrowolna, konkretna, świadoma i jednoznaczna, a ciężar jej wykazania spoczywa na administratorze danych – w tym przypadku najczęściej na lekarzu lub placówce medycznej. Zgoda wyrażona ustnie, na początku wizyty, powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej. Warto pamiętać, że zgoda na nagranie nie jest tożsama ze zgodą na późniejsze przetwarzanie i udostępnianie nagrania – to odrębne czynności wymagające odrębnych podstaw prawnych.

Nagrywanie przebiegu wizyty a ochrona dóbr osobistych

Uregulowania, znajdujące się w przestrzeni prawa cywilnego chronią dobra osobiste zarówno pacjenta jak i lekarza. Zgodnie z art. 23 Kodeksu cywilnego, dobra osobiste człowieka – w tym wizerunek, ale także uznaje się, że: głos czy prawo do prywatności – pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach. Nagranie osoby bez jej wiedzy i zgody, a następnie udostępnienie lub opublikowanie takiego nagrania, może stanowić bezprawne naruszenie dóbr osobistych i otwierać drogę do roszczenia o zaniechanie naruszenia, usunięcie jego skutków (np. usunięcie nagrania z internetu), zadośćuczynienie pieniężne lub zapłatę odpowiedniej sumy na wskazany cel społeczny (art. 24 § 1 i 2 KC w zw. z art. 448 KC). Z perspektywy lekarza praktyczne znaczenie ma zwłaszcza sytuacja, w której pacjent nagrywa wizytę ukrytym urządzeniem, a następnie



wycina fragmenty rozmowy z kontekstu i publikuje je w sposób zniesławiający lub naruszający wizerunek lekarza. W takim przypadku lekarzowi przysługuje roszczenie o ochronę dóbr osobistych, niezależnie od tego czy samo nagranie było legalne. Warto też pamiętać, że podmiot leczniczy jako instytucja również może korzystać z ochrony prawnej przewidzianej przepisami prawa cywilnego.



Prawo karne

Sankcje karnoprawne za nieuprawnione nagrywanie są realne i nie należy ich bagatelizować. Artykuł 267 § 3 Kodeksu karnego penalizuje instalowanie urządzenia podsłuchowego, wizualnego albo innego urządzenia lub oprogramowania w celu uzyskania informacji, do której sprawca nie jest uprawniony – przewidując karę grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Ściganie tego przestępstwa następuje na wniosek pokrzywdzonego. Kluczowe dla oceny odpowiedzialności karnej jest rozróżnienie między sytuacją – gdy nagrywa się rozmowę, w której samemu bierze się udział, a nagrywaniem rozmowy, której nagrywający nie jest uczestnikiem. Utrwalenie własnej rozmowy – nawet bez zgody rozmówcy – nie jest w polskim prawie co do zasady penalizowane, jeśli sprawca sam jest uczestnikiem tej rozmowy. Natomiast instalowanie ukrytej kamery lub dyktafonu w gabinecie lekarskim przez osobę trzecią, bez wiedzy żadnej ze stron – jest przestępstwem. Odrębną kwestię stanowi ewentualne naruszenie art. 266 KK (ujawnienie tajemnicy zawodowej) przez lekarza, który nagra wizytę i ujawni jej treść bez zgody pacjenta lub bez upoważnienia ustawowego.

To – w końcu – jak jest z tym nagrywaniem przebiegu wizyty lekarskiej?

Zasadnicze znaczenie – wracając do głównego aspektu naszych rozważań – ma odpowiedź na pytanie, czy pacjent może legalnie nagrywać przebieg własnej wizyty. Odpowiedź jest co do zasady twierdząca. Nagranie własnej rozmowy z lekarzem dla celów prywatnych (np. by zapamiętać zalecenia, móc skonsultować się z innym specjalistą) mieści się w zakresie prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia i procesie leczenia, gwarantowanego art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nagranie takie nie stanowi przestępstwa w rozumieniu art. 267 KK, jeśli pacjent sam uczestniczy w rozmowie. Niemniej jednak – i ten aspekt bywa pomijany

– lekarz ma prawo być poinformowany o tym, że jest nagrywany. Brak takiej informacji, choć niekoniecznie prowadzący do odpowiedzialności karnej pacjenta, może być uznany za naruszenie zasady lojalności i dobrej wiary w relacji między lekarzem a pacjentem, a w określonych okolicznościach – za naruszenie prawa do prywatności lekarza. Ponadto podkreślić należy, że nagranie przez pacjenta wizyty i późniejsze upublicznienie nagrania (np. udostępnienie w mediach społecznościowych), rodzi już oddzielne konsekwencje – zarówno cywilnoprawne (naruszenie dóbr osobistych lekarza) jak i ewentualnie prawnokarne (zniesławienie z art. 212 KK lub znieważenie z art. 216 KK).

Utrwalanie przebiegu wizyty przez samego lekarza jest zagadnieniem prawnie bardziej złożonym, niż nagrywanie przez pacjenta. Lekarz przetwarza dane osobowe pacjenta w sposób, który musi mieć wyraźną podstawę prawną – czy to w przepisach o dokumentacji medycznej czy w zgodzie pacjenta. Nagrywanie audio lub wideo wizyty przez lekarza lub placówkę medyczną dla celów dowodowych (np. na wypadek późniejszych roszczeń o błąd medyczny) jest praktyką stosowaną w niektórych krajach, jednak w Polsce wymaga zgody pacjenta lub przepisu upoważniającego, których aktualnie brak. Rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej enumeratywnie wskazuje, jakie dane podlegają dokumentowaniu – nagranie audio lub wideo nie jest wśród nich wymienione jako standardowy element dokumentacji. Monitorowanie gabinetów lekarskich kamerami dozoru wizyjnego jest z kolei przedmiotem regulacji znajdującej się w przepisach Kodeksu pracy (stosowanych odpowiednio) oraz zapisach ustawy o ochronie danych osobowych

– i dopuszczalne jest wyłącznie w ściśle określonych celach i pod warunkiem zachowania szczególnych wymogów informacyjnych wobec pacjentów i personelu.

Ryzyko prawne związane z nagrywaniem wizyt jest zatem realne i wielowymiarowe – i dotyczy zarówno lekarzy jak i pacjentów. Lekarz, który zostaje nagrany bez swojej wiedzy, może być bezsilny wobec faktu samego nagrania (zwłaszcza jeśli pacjent nagrywał własną rozmowę), ma jednak skuteczne instrumenty prawne w sytuacji, gdy nagranie zostało wykorzystane w sposób naruszający jego dobra osobiste lub ujawnia wizerunek w zniesławiającym kontekście. Lekarz, który sam nagrywa pacjenta bez zgody, naraża się na odpowiedzialność administracyjną (UODO), cywilną (naruszenie dóbr osobistych) i dyscyplinarną. Warto też pamiętać o odpowiedzialności podmiotów leczniczych jako administratorów danych – placówka, w której dochodzi do nieuprawnionego nagrywania przez personel, może ponieść konsekwencje organizacyjne i finansowe

Etyka lekarska

Bez wątpienia odrębną – i nie mniej ważną – perspektywę stanowi etyka lekarska. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 13 nakłada na lekarza obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta, natomiast art. 24 – zawierający zapis o tajemnicy lekarskiej obowiązuje lekarza do zachowania dyskrecji w sprawach osobistych, powierzonych mu przez pacjenta. Nagrywanie pacjenta bez jego zgody jest trudne do pogodzenia z tym obowiązkiem – nawet jeśli cel lekarza jest w subiektywnym odczuciu uzasadniony. Stosunek lekarz-pacjent jest z natury asymetryczny: pacjent jest osobą słabszą, często w lęku i bólu, powierzającą lekarzowi informacje, których nikomu innemu nie ujawniłby. Naruszenie tej szczególnej relacji przez np. potajemne nagrywanie – niezależnie od skutków prawnych – podważa fundament zaufania, na którym medycyna jest zbudowana. Z drugiej strony, zdaniem części etyków, jawne nagrywanie przez pacjenta może pełnić funkcję ochronną dla obu stron: dla pacjenta – jako narzędzie zapamiętania złożonych informacji medycznych, dla lekarza – jako dowód rzetelności przeprowadzonej konsultacji. To ujęcie zyskuje na popularności zwłaszcza w kontekście medycyny o wysokim ryzyku i długich, skomplikowanych informacyjnie wizytach.

Kilka słów podsumowania

Autonomia pacjenta, będąca jedną z fundamentalnych zasad współczesnej bioetyki i prawa medycznego, przemawia za szeroką interpretacją uprawnień pacjenta do dokumentowania własnej wizyty. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ustawy o prawach pacjenta), a nagranie wizyty można uznać za jedno z narzędzi realizacji tego prawa – zwłaszcza, gdy mamy do czynienia z pacjentem starszym, chorym przewlekle lub niezaznajomionym z terminologią medyczną. W tym kontekście zaleca się, by placówki medyczne wypracowały jasne, transparentne procedury dotyczące nagrywania wizyt – informując zarówno personel jak i pacjentów o obowiązujących zasadach. Jawność tych zasad może zapobiec konfliktom i chronić obie strony. Przykładem dobrej praktyki jest umieszczenie w regulaminie placówki lub w materiałach informacyjnych dla pacjenta jasnej informacji: że nagrywanie wizyty jest dopuszczalne wyłącznie za obopólną zgodą, że nagrania nie mogą być upubliczniane, a ich treść podlega dyskrecji.

Niezależnie od wybranej perspektywy – prawnej, etycznej czy praktycznej – konkluzja pozostaje jednoznaczna: zarówno lekarze, jak i pacjenci powinni mieć świadomość, że nagrywanie wizyty lekarskiej nie jest obszarem pozaprawnym, lecz terenem przecięcia wielu reżimów normatywnych. Lekarz powinien: po pierwsze, wiedzieć, że jawne nagrywanie przez pacjenta własnej wizyty jest co do zasady dopuszczalne; po drugie, że nagrywanie pacjenta bez jego zgody jest niewłaściwe i może rodzić wielopłaszczyznową odpowiedzialność; po trzecie, że w przypadku publicznego upowszechnienia nagrania naruszającego jego dobra osobiste ma do dyspozycji skuteczne instrumenty prawne. Wobec dynamicznego rozwoju technologicznego i rosnącej liczby sporów na linii lekarz-pacjent, środowisko lekarskie zasługuje na precyzyjne regulacje ustawowe w tym zakresie – dotychczasowy stan prawny, oparty na ogólnych przepisach, pozostawia zbyt wiele przestrzeni dla niepewności i nadużyć.

adw. Krzysztof Izdebski
Rzecznik Praw Lekarza KPOIL



Medycy z Ukrainy: legislacyjny chaos w cieniu kadrowego kryzysu

Polska ochrona zdrowia znalazła się w połowie maja 2026 r. w osobliwej sytuacji: wielu spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych z Ukrainy formalnie nie powinno udzielać świadczeń zdrowotnych – a jednocześnie nadal przyjmują pacjentów, bo Sejm przegłosował przepis, który ma tę utratę prawa wykonywania zawodu – wstecznie unieważnić. Ustawa czeka jeszcze na Senat i podpis Prezydenta. Zanim jednak do tego dojdzie, zdążył wybuchnąć poważny spór między samorządem lekarskim a Ministerstwem Zdrowia.

Termin minął, problem pozostał

Dla przypomnienia – lekarze i lekarze dentyści z Ukrainy mieli dwa lata na przedłożenie dokumentów poświadczających znajomość języka polskiego na poziomie B1. Termin ten minął 1 maja 2026 r. Część medyków nie zdołała go dotrzymać. Problem nie jest marginalny: chodzi o pracowników, bez których spora liczba placówek – zwłaszcza tych mniejszych, oddalonych od dużych ośrodków – zwyczajnie może mieć problemy z zapewnieniem ciągłości pracy. Aktualnie, Ministerstwo Zdrowia chce przedłużenia powyższego terminu do 1 maja 2027 r. Treść zmiany została włączona – na późniejszym etapie – do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Poprawka „schowana” w projekcie innej ustawy

Ministerstwo Zdrowia dostrzegło problem, ale późno i w niecodzienny sposób. Przepis wydłużający termin o kolejny rok – do 1 maja 2027 r. – nie trafił do Sejmu jako odrębna inicjatywa ustawodawcza, lecz jako poprawka „doczepiona” do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (której przedmiot dotyczy głównie finansowania leczenia HIV przez NFZ). Trudno o bardziej wymowny przykład legislacyjnego prowizoryzmu. Posłowie przyjęli ją 235 głosami „za”, przy 22 przeciwnych i aż 182 wstrzymujących się – ta ostatnia liczba najlepiej oddaje klimat politycznej niepewności wokół całej kwestii.

Ministerstwo zachęca do łamania prawa?

Zanim ustawa zdążyła przejść przez Sejm i Senat, Ministerstwo Zdrowia wystosowało 30 kwietnia pismo do prezesów okręgowych rad lekarskich z sugestią, by przy podejmowaniu uchwał o utracie prawa wykonywania zawodu uwzględniały „prawdopodobne uchylenie” dotychczasowych przepisów. Innymi słowy – by działały tak, jakby nowa ustawa już obowiązywała, choć jeszcze nie obowiązuje.

Certyfikat a znajomość języka – to nie to samo

W debacie sejmowej ścierały się dwa podejścia. Jedno, reprezentowane przez Konfederację, kładło nacisk na bezpieczeństwo pacjenta: lekarz, który nie zna języka chorych, nie jest w stanie rzetelnie przeprowadzić wywiadu medycznego, a w medycynie każdy błąd komunikacyjny może mieć dramatyczne skutki. Drugie zwracało uwagę, że certyfikat językowy i faktyczna znajomość języka to dwie różne rzeczy. Egzamin z polskiego obejmuje zagadnienia gramatyczne i ortograficzne, które mają nikłe przełożenie na codzienną komunikację z pacjentem. Wielu lekarzy posługuje się polskim płynnie, bo pracują w nim od lat – po prostu nie mieli kiedy podejść do egzaminu.

Szerszy problem pozostaje nierozwiązany

Kwestia językowa to tylko jeden z węzłów gordyjskich narosłych wokół ukraińskich medyków w Polsce. Równolegle toczy się spór o zakres warunkowego prawa wykonywania zawodu (WPWZ) – uproszczonej ścieżki dostępu do polskiego rynku pracy dla lekarzy spoza UE. NRL podjęła ostatnio uchwałę, że WPWZ nie uprawnia do prowadzenia własnej praktyki lekarskiej. Samorząd od dawna postuluje też zlikwidowanie tej instytucji jako takiej. Tymczasem szpitale powiatowe – które WPWZ-owiczów zatrudniają najchętniej – czekają na kolejne rozstrzygnięcia z rosnącym niepokojem.

Ostateczne słowo należy do Senatu i Prezydenta. Do czasu ich decyzji sytuacja prawna sporej grupy pracowników ochrony zdrowia pozostaje zawieszona między obowiązującym przepisem a jeszcze nieobowiązującą ustawą.

OSIĄGNIĘCIA



Gratulacje dla Koleżanek i Kolegów z okazji osiągnięcia kolejnego etapu na lekarskiej drodze zawodowej!

Szanowni Państwo!

Z największą przyjemnością dzielimy się wieściami o Państwa indywidualnych sukcesach z całym środowiskiem lekarskim. W związku z powyższym, serdecznie zachęcamy do aktualizowania informacji w siedzibie Izby za pomocą przesyłanych skanów dyplomów lub osobiście.

W 2026 r. tytuł specjalisty uzyskali:

1. **Jakub Czapiewski** – okulistyka
2. **Alan Kohbandi** – położnictwo i ginekologia
3. **Patrycja Stasińska** – dermatologia i wenerologia
4. **Paulina Szymańska** – kardiochirurgia



Jarosław Wanecki
Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

ANTY-GONA

Zaledwie dwa lata po premierze arcydzieła Sofoklesa w warszawskim Teatrze Polskim, reżyserowanym przez Piotra Kurzawę, kliknąłem zakup biletu na festiwalowy przegląd w Łodzi, by tym razem klasyka przemówiła rapem i hip-hopem. Odkrywanie starych znaczeń w nowych odsłonach jest doprawdy fascynujące. Odwaga twórców, łamanie reguł, konsekwencja środków wyrazu i doskonałe aktorstwo, pozwalają w wielu wypadkach, zrozumieć współczesny świat i ludzkie zachowania.

Podczas dyskusji prowadzonych po spektaklach najchętniej używam frazy, że „wszystko już było, ale...”. Ogrom literatury i intryg rozpisanych na prologi, akty, sceny i finały, wydaje się być już wielowiekowym katalogiem, trudnym do objęcia myślą, mową, felietonem i czynkami kopistów. A mimo to powstają wciąż staro-nowe utwory. „Antygoną” opowiada przecież spór sprzed trzech i pół tysiąca lat, na pierwszy rzut oka i ucha, nudny, koturnowy i moralizatorski. Tak, wszystko już było, ale... jeśli zmieni się język, frazę, kontekst i sposób prezentacji, łatwiej zrozumieć, że wyciąganie wniosków z przeszłości jest nadal nieodrobioną lekcją. I mimo setek lat osiadania kurzu na greckich literach, nadal bratobójcze wojny, konflikty pokoleń, brak rozmów i mediacji, nakręcanie spirali nienawiści, prymitywne ambicje i zwykła żądza władzy, królują, niczym Kreon – dawniej król, dzisiaj prezydent albo prezes czy dyrektor.

Czy pojednania i kompromisy są możliwe? – pytałem dwa lata temu w Gazecie Lekarskiej. – Przez wiele lat wierzyłem w takie przemiany. Deus ex Machina. Przebaczenie win syna marnotrawnego przez starego ojca. Bajkowa wspaniałość władcy wobec różnorodności poglądów poddanych. Rezygnacja z zemsty i dominacji w imię wyższego dobra i wzajemnego szacunku. Zgoda z wyciągniętą ręką Boga. Fajne brzmi. I nic poza tym.

„Anty-gona” w reżyserii Jakuba Roszkowskiego przygotowana przez zespół Teatru Słowackiego w Krakowie to musicalowa adaptacja, która opowiada historię Ant w raperskim rytmie. Formuła z założenia wydaje się bliższa młodej widowni, ale to zbyt stereotypowe myślenie. Tekst Sofoklesa został przepisany przez BISZA, czyli Jarosława Jaruszewskiego, który z niewielkimi tylko przeinaczeniami, oddał w skandowanej mowie wiązanej, sens starożytnych słów i postaw. I mimo, że w oczywisty sposób ciśnie się na usta wyimek, że „wszystko już było”, gdy laboratorium teatralne w Gardzienicach od lat melorecytuje antyczne sztuki, to

jednak rap i hip-hop, bliższe masowej widowni, mają szansę większego oddziaływania. Co autorzy doskonale rozumieją i wykorzystują z doskonałym efektem.

Scenografię krakowskiej „Anty-gony” buduje basen, docelowo wypełniony krwią, przypominający do złudzenia ogromny stół sekcyjny, gdzie wypręparowuje się emocje. Publiczność patrzy na niego z dwu stron.

Anna Piątkowska w recenzji krakowskiej interpretacji napisała: Antygoną ma zaledwie 18 lat (...). Rapuje o tym, jak wojna zmienia ich, młodych, wrażliwych ludzi, którzy boją się zabić pająka w zwierzęta, bo „wiemy o sobie tyle, na ile nas sprawdzą”. Gdy ogłoszony zostaje koniec wojny, wątpi, bo wojna nigdy się nie kończy, robi zaledwie pauzę, w tej przerwie Ant musi pochować brata, który zginął. Historia banalna jak wszystkie: zły czas i miejsce. Polinejkes jest z tych przegranych, uważany za zdrajcę, jego ciała leżącego na Placu Wolności nie wolno pochować. Był zwykłym chłopakiem, marzył o tym, by odłożyć na BMW E34 i wycieczce na Malediwy, lubił Billie Eilish, stare anime i Barcelonę. (...) O jego śmierci nie napisze żaden portal – „był zwykłym chłopcem, żadnych dokonań, o których piszą brukowce”. Po prostu, kochał swoje miasto, kraju nie znał, póki nie zjeździł go czołgiem. To Antygoną w realiach XXI wieku.

W spektaklu ważniejszy od konfliktu racji jest konflikt pokoleń. Ant, jako niezależna i świadoma obywatelka, sprzeciwia się opresji starych mężczyzn. Choć ponosi klęskę, to pokazuje, że patriarchalny porządek, w którym nie ma żadnego prawa oprócz prawa silniejszych, nikomu nie sprzyja – ani ofiarom przemocy, ani jej sprawcom.

Śmierć Antygony jest skutkiem bratobójczej walki i ślepoty władzy, która nie widzi nic poza swoją nieomylnością.

Upadek Samorządu Lekarskiego będzie skutkiem bratobójczej wojny i niekoleżeńkiego sporu o iluzję rządu dusz.

Taki staro-nowy scenariusz. A-gonia! Wszystko już było, czy wszystko dopiero przed nami?



Szkolenia EPLS i ALS

W dniach 18–19.04.2026 r. i 25–26.04.2026 r. Komisja Doskonalenia Zawodowego zorganizowała kolejną edycję szkoleń z zakresu kursów doszkalających EPLS European Pediatric Life Support / ALS Advanced Life Support.

Kursy zostały przeprowadzone w siedzibie KPOiL. Izba dofinansowała 50% kosztów uczestnictwa. Zainteresowanie kursami było ogromne, a wolne miejsca rozeszły się lotem błyskawicy.



Wydarzenie sfinansowane
ze składek członków KPOiL



Dyrektor Jan Gessek.
zdj. Specjalistyczny Szpital Miejski
im. Mikołaja Kopernika w Toruniu.



Z Janem Geskiem, dyrektorem Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu rozmawiamy o recepcie na opłacalny szpital, AI w pracy lekarzy, a także o tym, za co docenia swoich poprzedników.

Rozmawiała:
Alicja Cichocka-Bielicka



Dawno przestaliśmy być „szpitalem powiatowym plus”

Podczas czerwcowej sesji radni miejscy Torunia mają poznać sprawozdanie finansowe szpitala za 2025 rok, którym zarządza pan od dwóch lat. Bilans za 2024 rok to strata na poziomie 25 mln zł, w sumie 200 mln zł zadłużenia przy 260 mln zł przychodu. Nie brzmi dobrze. Jaka jest obecnie sytuacja i co w praktyce oznacza dla placówki i zatrudnionego w niej personelu?

Rok bilansowy formalnie nie jest jeszcze zamknięty. Sprawozdanie przechodzi obecnie audyt biegłych rewidentów (rozmawiamy na początku maja – przyp. red.). To, co mogę z całą pewnością powiedzieć, to że o co najmniej połowę zmniejszyliśmy stratę rok do roku.

Aby zrozumieć w jakich warunkach działamy trzeba poznać strukturę zadłużenia. Połowę stanowią zobowiązania związane z pożyczkami w instytucjach bankowych, które w różnych harmonogramach regulujemy. Odrębną pozycję stanowią obciążenia wynikające z bieżących dostaw i usług – łącznie na koniec 2025 roku wyniosły one

55 mln zł, to bardzo duża kwota, dlatego staramy się na bieżąco renegocjować umowy. Odsetki od wszystkich naszych zobowiązań to w sumie 13 mln złotych.

Spora kwota...

Pracujemy na żywym organizmie i robimy wiele, żeby nasz wynik polepszyć. Zadłużenie nie stopnieje z dnia na dzień. W ramach działań czysto księgowych monitorujemy m.in. wskaźnik określający w latach długość spłaty zobowiązań. Prognozy na „dziś” to około 14 lat. Mówimy więc o wieloletnim procesie.

Obecna sytuacja szpitala choć trudna, jest bezpieczna. Spłacamy kredyty, regulujemy zobowiązania wobec wszystkich zatrudnionych. Jednocześnie od dwóch lat realizujemy program naprawczy. Dokładnie oglądamy każdą złotówkę i wykorzystujemy każdą możliwość, żeby sytuację poprawić.

Jaki jest plan na redukcję tak dużego zadłużenia?

W ubiegłym roku wdrożyliśmy ponad 150 działań restrukturyzacyjnych. Część z nich była drobna, część znacznie większa, ale łącznie zaczęły przynosić wymierny efekt. Chodzi zarówno o ograniczanie kosztów, jak i lepszą organizację pracy, renegocjowanie umów, łączenie wybranych usług niemedycewnych czy szukanie tańszych rozwiązań. Bardzo dokładnie przyglądamy się zakupom i kosztom usług. Sprawdzamy, co możemy kupić taniej, które umowy warto renegocjować i gdzie można pozyskać dodatkowe przychody, także poza kontraktem z NFZ. Liczymy też na wsparcie centralne dla jednostek w takiej sytuacji jak nasza.

Jak miałyby ta pomoc dla szpitali wyglądać?

Ministerstwo Zdrowia w 2024 roku zapowiedziało opracowanie wspólnie z Bankiem Gospodarstwa Krajowego mechanizmu wspierającego takie jednostki jak nasza. Miałyby on umożliwić szpitalom zaciągnięcie zobowiązania w państwowym banku i spłatę obecnego, znacznie droższego zadłużenia. Dla nas kluczowe jest obniżenie kosztów obsługi długu. Gdyby te odsetki były niższe, nasza sytuacja finansowa dziś wyglądałaby zupełnie inaczej.

Jakie konkretnie działania udało się wdrożyć?

Jednym z najważniejszych było zwiększenie liczby akredytacji do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych dla lekarzy rezydentów. Gdy obejmowałem funkcję, miało je kilka oddziałów. Dziś mamy 11 oddziałów i tyle samo akredytacji specjalizacyjnych. Rezydenci są finansowani przez państwo, a nie szpital. Równocześnie wzmacniają zespoły, odciążają lekarzy specjalistów, co pozwala wykonywać więcej świadczeń. Ograniczamy nadgodziny. To kwestia bezpieczeństwa i kondycji pracowników, a nie tylko finansów. Ważnym krokiem było uruchomienie własnego Zakładu Diagnostyki Obrazowej. Dzięki temu jest możliwe usprawnienie współpracy lekarzy, przyspieszenie

diagnostyki pacjentów. I nie ma co ukrywać, że poprawia również wynik finansowy naszego szpitala.

Przez 13 lat był pan ratownikiem medycznym i jeździł w karetce. W kolejnych latach kierował Departamentem Ratownictwa Medycznego i Obronności w Ministerstwie Zdrowia, przez trzy lata – do 2024 roku – był dyrektorem Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ, zarządzał pan również publicznym zakładem opieki zdrowotnej w Mogilnie. Pochodzi pan z lekarskiej rodziny. Ma pan ogromne doświadczenie menedżerskie, zna system z różnych stron, zna i czuje różne perspektywy. Można odnieść wrażenie, że jeśli ktoś wie, jak prowadzić „opłacalny” szpital, to właśnie pan.

są placówki, których profil świadczeń nie odpowiada realnym potrzebom – lokalnym, społecznym, regionalnym czy ponadregionalnym.

A jaką diagnozę postawiłby pan szpitalowi miejskiemu?

Przez lata szpital był przez największych graczy w systemie postrzegany jako „szpital powiatowy plus”. Miał przyjmować pacjentów w trybie pilnym, choć do 2022 roku nie funkcjonował tu Szpitalny Oddział Ratunkowy, tylko Izba Przyjęć. Trzeba oddać poprzednim zarządzającym, że wykonali ogromną pracę. Dzięki temu dziś mamy oddziały na poziomie klinicznym, specjalistów z habilitacjami, lekarzy z doktoratami i świadczenia realizowane na wysokim,



Tomograf spektralny, od weekendu majowego jest już w jednostce, według planów od czerwca ma być w użyciu.

To bardzo trudne pytanie. Nie da się odpowiedzieć na nie zero-jedynkowo, tak jak nie ma jednej recepty dla wszystkich szpitali „pod kreską”. To jak w procesie leczenia. Najpierw należy postawić diagnozę, a następnie rekomendować terapię. W tym przypadku oznacza to rzetelne określenie miejsca i roli danej jednostki w systemie. Coraz głośniej mówimy dziś o tym, że

specjalistycznym poziomie. To przekłada się na dostępność i jakość usług medycznych świadczonych pacjentom, ale również zapewnia personelowi odpowiednie warunki pracy.

Co najlepiej pokazuje tę zmianę?

Choćby to, że dysponujemy dwoma robotami da Vinci, wykonujemy ponad

180 zabiegów prostatektomii robotycznej rocznie. Przeprowadzamy także więcej przeszczepów szpiku niż niektóre szpitale uniwersyteckie w Polsce. Przyjmujemy też więcej zespołów ratownictwa medycznego niż szpital wojewódzki – 9 tys. rocznie. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym obsługujemy prawie 25 tysięcy pacjentów, średnio to 70 osób dziennie, ale zdarzają się dyżury, podczas których na SOR trafia nawet 200 pacjentów. Po prostu wielu chorym jest do nas bliżej.

To nadal szpital miejski czy już placówka o znacznie szerszej roli?

W neurochirurgii, po szpitalu wojewódzkim w Bydgoszczy, wykonujemy najwięcej zabiegów operacyjnych guzów mózgu w regionie. Tylko to pokazuje, że od dawna nie jesteśmy typowym szpitalem powiatowym. Dopóki pozostajemy na drugim poziomie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego,

nadal jesteśmy klasyfikowani jak szpital powiatowy. Natomiast zdecydowanie chcemy iść w kierunku, który lepiej oddaje to, czym faktycznie się zajmujemy i jaką rolę pełni. Bariery pozostają kwestie formalnoprawne i nie ma co ukrywać, że sytuacja finansowa.

Jak widzi pan rolę szpitala miejskiego w zestawieniu ze szpitalem wojewódzkim?

Żeby uczciwie ocenić sytuację trzeba spojrzeć na liczby i mapę. Trzeba również jasno powiedzieć, że żaden z toruńskich szpitali nie poradzi sobie bez drugiego. Nie tylko w zabezpieczeniu miasta i powiatu, ale w wielu przypadkach także znacznej części województwa. W liczbach wygląda to tak: mamy około 25 tysięcy pacjentów na SOR, 15 tysięcy hospitalizacji i ponad 70 tysięcy porad rocznie. Stworzenie jednego podmiotu, który przejąłby taką liczbę pacjentów, nie jest perspektywą na dziś czy jutro. To proces na lata.

Do tego dochodzi geografia miasta. Pracownicy SOR-u żartują, parafrazując znane powiedzenie, że „wszystkie drogi prowadzą do nas”. I coś w tym jest – wielu pacjentom naprawdę najbliższą jest właśnie do nas.

Kogo przede wszystkim zabezpiecza dziś szpital miejski?

Około 60 procent naszych pacjentów to torunianie, a 40 procent – mieszkańcy powiatu i dalszych miejscowości. W niektórych obszarach działamy jednak znacznie szerzej, ponadregionalnie. Dobrym przykładem jest hematologia – trafiają do nas pacjenci nawet z Krakowa. Jesteśmy niezbędnym elementem zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców Torunia, powiatu i części regionu.

Jaki powinien być więc kierunek rozwoju szpitala w najbliższych latach?

W szpitalu od wielu lat operacje raka prostaty lekarze urolodzy wykonują wykorzystując możliwości jakie daje robot chirurgiczny Da Vinci. Jednostka posiada dwa takie urządzenia.



zdj. Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Trzeba wybierać te kierunki, które odpowiadają potrzebom pacjentów, są zgodne z potencjałem zespołów i pozwalają szpitalowi pełnić rolę, którą faktycznie już dziś pełni.

Musimy wzmocnić i rozwijać te obszary, w których już dziś jesteśmy mocni. To wynika zarówno z sytuacji finansowej szpitala, jak i z otoczenia, w którym funkcjonujemy – w tym kondycji Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nie tak dawno pojawił się pomysł wprowadzenia limitów w wynagrodzeniach lekarzy. Pańskim zdaniem poprawiłyby to finanse szpitali czy raczej zwiększyło ryzyko odpływu kadr do sektora prywatnego?

Odwrociłbym pytanie i zastanowił się raczej, jak uporządkować system wynagrodzeń, analizując modele z innych państw. W Polsce działa system, w którym waloryzacja wynagrodzeń określona w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia reguluje wzrost minimalnego wynagrodzenia pracowników na umowach o pracę w sposób wręcz wykładniczy, co przekłada się na wzrost również wartości kontraktów. W efekcie różnice między zarobkami lekarzy różnych specjalizacji i różnych typów szpitali są bardzo duże, a to generuje coś o czym rzadko się mówi – duże napięcia w samym środowisku lekarskim i pogorszenie relacji. W Niemczech czy Wielkiej Brytanii funkcjonują tabele płac precyzyjnie określające ścieżkę wynagrodzeń lekarzy w publicznym systemie. U nas jest to postawione na głowie, np. w szpitalach klinicznych, mimo najwyższej referencyjności i dużej intensywności pracy czy wysokich kwalifikacji, zarabia się nierzadko mniej niż w części szpitali powiatowych, gdzie deficyt specjalistów winduje stawki dyżurowe.

Czyli nie limity, ale jasna siatka płac?

Lekarz na początku drogi zawodowej powinien wiedzieć, jak wygląda jego ścieżka wynagrodzenia w publicznym

systemie. Potrzebujemy stabilizacji: jednego miejsca pracy lekarzy, odpowiedniego wynagrodzenia i jasnych jego zasad od samego początku. Dyskusja o limitach jest wtórna. Najpierw odpowiadamy sobie na pytanie, jak zorganizować publiczną ochronę zdrowia, żeby nie konkurowała sama ze sobą o tych samych lekarzy. Przejrzysty system płac oczyściłby atmosferę, uporządkował relacje i pozwolił nam skupić się na tym, do czego jesteśmy jako szpital powołani – leczenia pacjentów.

„Zwiększające się z roku na rok limity przyjęć na studia lekarskie i lekarsko-dentystyczne spowodują, że będzie nas za dużo” – takie głosy pojawiają się w środowisku lekarskim. Uważa pan, że to realny scenariusz?

Bardzo często słyszę od lekarzy, że teraz będzie ich za dużo. Podchodzę do takich twierdzeń z dużym spokojem. Przy dzisiejszych potrzebach zdrowotnych Polek i Polaków, starzeniu się społeczeństwa i tempie rozwoju medycyny lekarzy nie będzie za dużo, w mojej opinii nigdy. Medycyna coraz mocniej się specjalizuje: już dziś mówimy o bardzo wąskich obszarach w kardiologii, ortopedii czy diagnostyce. To naturalny kierunek. Problemem nie jest liczba lekarzy, tylko organizacja systemu. Na przykład w internie powinniśmy myśleć o pododdziałach: geriatrici, diabetologii, gastroenterologii czy endokrynologii. Pacjent zyskuje wtedy dostęp do bardziej precyzyjnej opieki, a lekarz pracę w zespole o jasno określonych kompetencjach. Większa liczba lekarzy powinna iść w parze z głębszą specjalizacją. To porządkowałoby pracę oddziałów i dawało pacjentom bardziej celowaną diagnostykę oraz leczenie.

Bronił pan lekarza z bydgoskiego szpitala, który przy wypisie pacjentki korzystał ze wsparcia AI?

Zdecydowanie bym go bronił. AI jest narzędziem, które może pomóc w transkrypcji, porządkowaniu epikryzy, analizie danych czy diagnostyce obrazowej. Lekarze od lat mówią: „gdybym miał asystenta, miałbym więcej czasu dla pacjenta”. Dziś część tej pracy może przejąć

technologia. Oczywiście błędy będą się zdarzać, tak jak zdarzają się ludziom, dlatego odpowiedzialność i decyzja muszą pozostać po stronie lekarza.

Gdzie w szpitalu AI może mieć największe znaczenie?

Przede wszystkim w dokumentacji, organizacji pracy oraz diagnostyce obrazowej. W radiologii algorytmy potrafią wychwytywać zmiany, które potem ocenia lekarz. W dokumentacji AI może skrócić czas opisu, podsumowania hospitalizacji czy przygotowania wypisu. Najważniejsze jest, żeby technologia odciążała personel. Jeżeli dzięki niej lekarz ma więcej czasu na rozmowę, badanie i decyzję kliniczną, to jest to kierunek, w który warto inwestować.

Intensywnie inwestujecie państwo w cyfryzację i cyberbezpieczeństwo. Co zmieni się w tym zakresie w szpitalu?

Bezpieczeństwo cyfrowe często docenia się dopiero wtedy, gdy dojdzie do awarii albo ataku. A szpital bez sprawnych systemów szybko traci płynność działania. Dlatego realizujemy ponad dziesięciomilionowy projekt KPO dotyczący cyfryzacji i cyberbezpieczeństwa. Obejmuje on m.in. stabilność systemów, bezpieczeństwo danych, sprawniejszą komunikację i przygotowanie do przekazywania obrazów do platformy P1, zresztą z pomocą sztucznej inteligencji.

Będzie to odczuwalne w codziennej pracy personelu szpitala w tym lekarek i lekarzy?

Nowy sprzęt oznacza szybszą diagnostykę, sprawniejsze systemy i mniej pracy administracyjnej, a co za tym idzie mniej przestojów i większe bezpieczeństwo pracy personelu. Oddziały doposażamy w tablety, chcemy też szerzej wprowadzić elektroniczne zlecenia leków. To pozwala lepiej monitorować terapię i ograniczać ryzyko pomyłek. W części pielęgniarskiej planujemy tablety z wózkami, żeby można było od razu odnotować podanie leku przy pacjencie. To są zmiany, które może nie brzmią spektakularnie, ale poprawiają codzienną pracę zespołów.

zdj. Specjalistyczny Szpital Miejski
im. Mikołaja Kopernika w Toruniu



W grudniu nowy zestaw aparatury diagnostycznej otrzymał Zakład Patomorfologii. Zakupiony sprzęt usprawnia proces przygotowania materiału biologicznego do badań patomorfologicznych oraz zwiększa przepustowość laboratorium. Zdj. Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Dzięki temu podczas zabiegu można wykonywać precyzyjną mikrochirurgię mózgu i na bieżąco kontrolować efekt operacji. Wartość projektu to prawie 10 mln zł.

Na koniec – które z ostatnich działań pokazuje najlepiej, w jakim kierunku chce rozwijać się szpital?

W styczniu otworzyliśmy zmodernizowany bank komórek macierzystych, który został doposażony w urządzenie pozwalające na przeprowadzenie procedury CAR-T. To element bardzo nowoczesnej, personalizowanej medycyny, realizowanej przez zespół prof. Grzegorza Charlińskiego, twórcy i kierownika Toruńskiego Centrum Leczenia Szpiczaka i Amyloidozy w naszym szpitalu. Wysokospecjalistyczna medycyna nie musi być domeną wyłącznie największych ośrodków akademickich.

Sporo się u państwa dzieje – na partezie ekipy budowlano-remontowe. Szpital w budowie?

Jesteśmy w intensywnej przebudowie. W połowie maja otwieramy zmodernizowaną przestrzeń nad SOR-em dla oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej i neurologicznej. W kolejnych etapach będziemy modernizować też pierwsze i czwarte piętro. Na pierwszym znajdą się neurochirurgia i ortopedia, bliżej bloku operacyjnego, co skróci drogę pacjenta. Na czwartym piętrze przebudujemy urologię. Kończymy

również modernizację pracowni hemodynamicznej, ciągów komunikacyjnych. Ze środków Krajowego Planu Odbudowy zakupiliśmy spektralny tomograf komputerowy – mercedesa wśród tomografów. Sprzęt przyjechał do nas przed weekendem majowym. Jak widać roboty mamy huk.

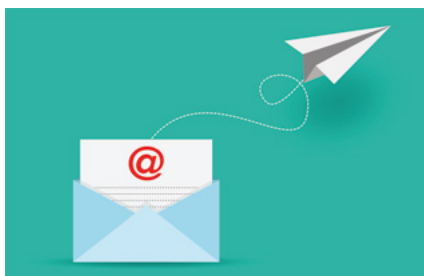
Wspomniał pan o inwestycjach w neurochirurgię. Co konkretnie się zmieniło?

Kupiliśmy sprzęt do neuronawigacji śródoperacyjnej; tomograf śródoperacyjny oraz mikroskop neurochirurgiczny.

WARTO WIEDZIEĆ

- ◇ W 2025 r. Specjalistyczny Szpital Miejski w Toruniu oferował 244 łóżka na 11 oddziałach.
- ◇ Przyjął łącznie 15 tysięcy pacjentów. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym było ich 25 tysięcy.
- ◇ Zatrudnił prawie 500 pracowników na etatach i prawie 340 na pozostałych umowach i kontraktach.

OGŁOSZENIA



ADRESY E-MAILOWE

W celu przesyłania Państwu informacji o Państwa doskonaleniu zawodowym w formie konferencji i wykładów oraz najświeższych informacji prawnych uprzejmie prosimy o podawanie swoich adresów e-mailowych na wyłączny użytek Izby Lekarskiej w Toruniu jako najszybszej i najpewniejszej drogi komunikacji.



UCHWAŁA Nr 59/X/2026
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 27 kwietnia 2026 r.

w sprawie wyrażenia zgody

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.) oraz art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 37 ze zm.) oraz § 8a Regulaminu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu (tj. załącznik do Uchwały nr 12/XLIII/2025 XLIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy KPOIL z dnia 29 marca 2025 r. **uchwala się, co następuje:**

§ 1.

ORL w Toruniu, po zapoznaniu się z wnioskiem i załączoną dokumentacją w sprawie, wyraża zgodę na prowadzenie teoretycznego i praktycznego nauczania zawodu lekarza oraz udział w wykonywaniu zabiegów w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu przez zaproszonych lekarzy posiadających PWZ w innych krajach:

1. prof. Jan Werner Poley (Holandia),
 2. prof. Manuel Perez-Miranda (Hiszpania),
 3. prof. Schalk van der Merwe (Belgia)
- w ramach XI Ogólnopolskiego Sympozjum i IV Warsztatów „EUS & Endo live” 2026, Warsztatów Endoskopii Pankreatobiliarnej, które odbędą się w Toruniu w dniach 8–9 maja 2026 r.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

UCHWAŁA Nr 60/X/2026
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 27 kwietnia 2026 r.

**w sprawie potwierdzenia
spełnienia warunków
kształcenia podyplomowego
lekarzy**

Na podstawie art. 25 ust. 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.), art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287, ze zm.), oraz art. 107 kpa – po rozpatrzeniu wystąpienia VM Media Group. Sp. z o.o. o potwierdzenie spełniania warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy, **uchwala się, co następuje:**

§ 1.

Potwierdza się warunki do prowadzenia kształcenia podyplomowego określone w art. 19 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w okresie od 17.04.2026 do 18.04.2026, na obszarze Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, w przedmiocie i zakresie obejmującym: V Krajowa Konferencja Diagnostyki Obrazowej Chorób Reumatologicznych i Monitorowania Leczenia Biologicznego, na podstawie przedłożonego planu (programu) kształcenia, realizowanego w określonych planach formach i trybie kształcenia, przez osoby stanowiące planowaną kadrę dydaktyczną, prowadzonego we wskazanej, posiadanej bazie do prowadzenia kształcenia, oraz podlegającego, po jego zrealizowaniu, ocenie w ramach posiadanego wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia – przez VM Media Group. Sp. z o.o.

§ 2.

1. Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia odwołania od uchwały do Naczelnej Rady Lekarskiej

- za pośrednictwem Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu w terminie 14 dni od jej otrzymania.
2. Na podstawie art. 107 § 4 k.p.a. organ odstąpił od sporządzania uzasadnienia uchwały jako uwzględniającej żądanie strony w całości.



UCHWAŁA Nr 61/X/2026
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 27 kwietnia 2026 r.

**w sprawie potwierdzenia
spełnienia warunków
kształcenia podyplomowego
lekarzy**

Na podstawie art. 25 ust. 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.), art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287, ze zm.), oraz art. 107 kpa – po rozpatrzeniu wystąpienia Polskiego Towarzystwa Alergologicznego o potwierdzenie spełniania warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy, **uchwala się, co następuje:**

§ 1.

Potwierdza się warunki do prowadzenia kształcenia podyplomowego określone w art. 19 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w okresie od 22.04.2026 do 25.04.2026, na obszarze Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, w przedmiocie i zakresie obejmującym: 18. Konferencja Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, na podstawie przedłożonego planu (programu) kształcenia, realizowanego w określonych planach formach i trybie kształcenia, przez osoby stanowiące planowaną kadrę dydaktyczną, prowadzonego we wskazanej, posiadanej bazie do prowadzenia kształcenia,

oraz podlegającego, po jego zrealizowaniu, ocenie w ramach posiadanego wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia – przez Polskie Towarzystwo Alergologiczne.

§ 2.

1. Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia odwołania od uchwały do Naczelnej Rady Lekarskiej za pośrednictwem Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu w terminie 14 dni od jej otrzymania.
2. Na podstawie art. 107 § 4 k.p.a. organ odstąpił od sporządzania uzasadnienia uchwały jako uwzględniającej żądanie strony w całości.

UCHWAŁA Nr 62/X/2026
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 27 kwietnia 2026 r.

w sprawie potwierdzenia spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy

Na podstawie art. 25 ust. 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.), art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 1287, ze zm.), oraz art. 107 kpa – po rozpatrzeniu wystąpienia Skandynawsko-Polskiego Centrum Pośrednictwa – Mediproffs Agnieszka Agneta Ligenza o potwierdzenie spełniania warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy,

uchwala się, co następuje:

§ 1.

Potwierdza się warunki do prowadzenia kształcenia podyplomowego określone w art. 19 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w okresie od 08.05.2026 do 09.05.2026, na obszarze Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, w przedmiocie i zakresie

obejmującym: XI OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM I WARSZTATY EUS & ENDO LIVE 2026 VI WARSZTATY ENDOSKOPOWE PANKREATOBILIARNE, na podstawie przedłożonego planu (programu) kształcenia, realizowanego w określonych planem formach i trybie kształcenia, przez osoby stanowiące planowaną kadrę dydaktyczną, prowadzonego we wskazanej, posiadanej bazie do prowadzenia kształcenia, oraz podlegającego, po jego zrealizowaniu, ocenie w ramach posiadanego wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia przez Skandynawsko-Polskie Centrum Pośrednictwa – Mediproffs Agnieszka Agneta Ligenza.

§ 2.

1. Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia odwołania od uchwały do Naczelnej Rady Lekarskiej za pośrednictwem Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu w terminie 14 dni od jej otrzymania.
2. Na podstawie art. 107 § 4 k.p.a. organ odstąpił od sporządzania uzasadnienia uchwały jako uwzględniającej żądanie strony w całości.

APEL Nr 2/X/2026
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 maja 2026 r.

do lekarzy i lekarzy dentystrów w sprawie obowiązku rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej

Okręgowa Rada Lekarska Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu (dalej także „ORL KPOIL”), zwraca uwagę na bezwzględną konieczność rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej przez lekarzy i lekarzy dentystrów we wszystkich przypadkach udzielania świadczeń zdrowotnych – diagnostycznych, terapeutycznych i kontrolnych, w tym w ramach teleporad

i telemedycyny – wobec każdego pacjenta – także członka rodziny lekarza lub pacjenta, będącego również lekarzem.

Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej wynika wprost z przepisów prawa, w szczególności z treści Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581) oraz zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 798 z późn. zm.). Nieprzebranie tych przepisów może skutkować poważną odpowiedzialnością zawodową, cywilną lub karną.

ORL KPOIL pragnie jednocześnie podkreślić, że niezależnie od wymogów wynikających z przepisów prawa, **prawidłowa i kompletna dokumentacja medyczna stanowi najbardziej istotne zabezpieczenie lekarza przed nieuzasadnionymi roszczeniami i skargami ze strony pacjentów, ich rodzin lub mediów**. Rzetelnie prowadzone zapisy pozwalają na efektywną ochronę i obronę lekarza w sytuacjach wątpliwych lub niejednoznacznych – zarówno w postępowaniach sądowych, jak i przed organami odpowiedzialności zawodowej i karnej.

ORL KPOIL apeluje do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystrów o dochowanie najwyższej staranności w dokumentowaniu każdej wizyty, każdej procedury diagnostycznej i terapeutycznej oraz każdego kontaktu z pacjentem – w tym kontaktów zdalnych. Przestrzeganie tego obowiązku leży zarówno w interesie pacjentów, jak i w interesie samych lekarzy.



UCHWAŁA Nr 63/X/2026
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 maja 2026 r.

w sprawie skierowania
lekarza do odbycia stażu
podyplomowego w innym
terminie

Na podstawie art. 25 pkt 4, w związku z art. 5 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.) i art. 15 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 37 ze zm.)

uchwala się, co następuje:

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska w Toruniu kieruje z dniem 18 maja 2026 r. do odbycia stażu podyplomowego w Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Chełmży lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego wydane przez Kujawsko-Pomorską Okręgową Izbę Lekarską w Toruniu.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 18 maja 2026 r.

UCHWAŁA Nr 64/X/2026
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 maja 2026 r.

w sprawie terminarza posiedzeń
ORL i zmiany godzin pracy
biura KPOIL

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.)

uchwala, co następuje:

§ 1.

Celem dostosowania terminarza posiedzeń ORL, a także godzin pracy biura KPOIL w Toruniu do harmonogramu obrad NRL, po okresie wakacyjnym, tj. od września 2026 r., posiedzenia ORL zostaną przeniesione z czwartków na wtorki. Jednocześnie godziny pracy biura KPOIL we wtorki zostaną wydłużone do godziny 18:00, a w czwartki skrócone do godziny 16:00.

§ 2.

1. Ustala się, że posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej, odbywać się będą od godz. 15:00 wg poniższego terminarza:

II półrocze 2026 r.

- a. 8 września,
- b. 21 września (poniedziałek – rozdanie PWZ stażystom – Teatr im. Wilama Horzycy w Toruniu),
- c. 6 października (głosowanie mailowe Prezydium ORL),
- d. 16 października (piątek – wyjazdowe w Delegaturze w Grudziądzu),
- e. 3 listopada (głosowanie mailowe Prezydium ORL),
- f. 17 listopada,
- g. 8 grudnia (Spotkanie Wigilijne),

I półrocze 2027 r.

- a. 19 stycznia,
 - b. 9 lutego,
 - c. 9 marca,
 - d. 16 kwietnia (piątek – wyjazdowe w Delegaturze we Włocławku),
 - e. 11 maja,
 - f. 8 czerwca.
2. Dopuszcza się posiedzenia stacjonarne lub w formie online.
3. Z uzasadnionych przyczyn możliwe są odstępstwa od ww. ustaleń.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia, a jej wykonanie zleca się Dyrektorowi i Wicedyrektorowi Biura Izby

UCHWAŁA Nr 65/X/2026
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 maja 2026 r.

w sprawie przyjęcia
PROCEDURY
PRZECIWDZIAŁANIA
MOBBINGOWI
i innym formom dyskryminacji
oraz naruszenia godności
pracownika

Na podst. art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 9 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.) i art. 94³ art. 11¹, art. 113, art. 183a oraz art. 15 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 277 z późn. zm.) – dalej: "KP" oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) – dalej: „RODO”

uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się PROCEDURĘ PRZECIWDZIAŁANIA MOBBINGOWI i innym formom dyskryminacji oraz naruszenia godności pracownika.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.



UCHWAŁA Nr 66/X/2026
Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 maja 2026 r.

w sprawie powołania składów
komisji problemowych w X
kadencji 2026-2030

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342

ze zm.) oraz § 17 Regulaminu działania Okręgowej Rady Lekarskiej K-POIL w Toruniu, stanowiącego Załącznik do Uchwały Nr 8/XXXVII/2019 XXXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy i Lekarzy Dentystów z dnia 30 marca 2019 r. **uchwala się, co następuje:**

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska powołuje na czas X kadencji 2026–2030 następujące składy komisji problemowych:



KOMISJE PROBLEMOWE KPOIL X kadencji

L.P.	NAZWA KOMISJI	SKŁAD KOMISJI
1	Komisja Etyki Lekarskiej	1. Maciej Kaatz – Przewodniczący 2. Piotr Kasztelowicz 3. Piotr Raginia
2	Komisja Doskonalenia Zawodowego i Kształcenia	1. Ewelina Górską-Czpak – Przewodnicząca 2. Violetta Polaszewska-Pułkownik 3. Krystyna Chrupczak 4. Kamila Lewicka 5. Dorota Łukasiewicz 6. Kamil Wera
3	Komisja Rejestracji Lekarzy i Praktyk Prywatnych	1. Krystyna Chrupczak – Przewodnicząca 2. Lidia Zaleska 3. Przemysław Jaczun
4	Komisja Stomatologiczna	1. Wojciech Kaatz – Przewodniczący 2. Krystyna Chrupczak 3. Anita Pacholec 4. Piotr Raginia
5	Komisja Współpracy z Zagranicą	1. Piotr Raginia – Przewodniczący 2. Marcin Kusz 3. Marcelina Meyer
6	Komisja Senioratu i Spraw Socjalnych	1. Elżbieta Szyszkowska-Sinica – Przewodnicząca 2. Barbara Brendel-Kwiatkowska 3. Marta Jasińska-Szetela 4. Liliana Kulesza 5. Janusz Malczewski 6. Marzena Rakowiecka 7. Władysław Sinica 8. Ludmiła Stankowska 9. Małgorzata Szufarska 10. Teodora Więckowska

L.P.	NAZWA KOMISJI	SKŁAD KOMISJI
7	Komisja Sportu, Turystyki i Rekreacji	1. Julian Pełka Toruń – Przewodniczący 2. Piotr Danielewicz – Z-ca Grudziądz 3. Kazimierz Wrzeński – Z-ca Włocławek 4. Jakub Skowroński – Z-ca Toruń 5. Andrzej Łączny 6. Ignacy Lubiński 7. Emanuel Kelejajie
8	Komisja Legislacyjna	1. Jarosław Bieniek – Przewodniczący
9	Komisja ds. Cyfryzacji	1. Przemysław Jaczun – Przewodniczący
10	Komisja ds. Sytuacji Kryzysowych	1. Jan Kosior – Przewodniczący 2. Robert Goch 3. Wojciech Postek 4. Grzegorz Wójcik 5. Marcin Walewicz
11	Zespół ds. Inicjatyw na rzecz środowiska lekarskiego	1. Emilia Piątkowska – Przewodnicząca 2. Magdalena Wojciechowska 3. Elżbieta Szyszkowska-Sinica 4. Jarosław Bieniek 5. Przemysław Jaczun
12	Zespół ds. Przeciwdziałania Nielegalnemu Leczeniu	1. Przemysław Jaczun – Przewodniczący 2. Anita Pacholec 3. Sławomir Józefowicz 4. Krystyna Chrupczak 5. Emilia Piątkowska
13	Zespół ds. weryfikacji przyznawanych PWZ lekarza i lek. dentystry cudzoziemca	1. Przemysław Jaczun – Przewodniczący

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Na podstawie art. 25 pkt 10 i 16 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.)
uchwala się, co następuje:

§ 1.

Funkcję Redaktora Naczelnego Biuletynu MERITUM, na czas X kadencji 2026–2030, Okręgowa Rada Lekarska powierza Sławomirowi Józefowiczowi.

§ 2.

Na czas na czas X kadencji 2026–2030 powołuje się Zespół Redakcyjny w składzie:

1. Sławomir Józefowicz
– Redaktor Naczelny,

2. Alicja Cichońska-Bielicka,
3. Krzysztof Izdebski,
4. Jarosław Wanecki (Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL).

§ 3.

Na czas na czas X kadencji 2026–2030 powołuje się Radę Programową w składzie:

1. Wojciech Kaatz – Przewodniczący,
2. Przemysław Jaczun,
3. Sławomir Józefowicz
4. Jan Kosior,
5. Anita Pacholec.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA Nr 67/X/2026

**Okręgowej Rady Lekarskiej
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej
Izby Lekarskiej w Toruniu
z dnia 14 maja 2026 r.**

**w sprawie powołania Redaktora
Naczelnego Biuletynu MERITUM,
Zespołu Redakcyjnego oraz
Rady Programowej**

30-lecie Włocławskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów. 17 kwietnia 2026 r.



W eleganckich wnętrzach Restauracji Pałacik Gozdawa 17 kwietnia 2026 r. zebraliśmy się, aby świętować dostojny jubileusz. Towarzyszyli nam w tym dniu znamienici goście: Prezes KPOIL Anita Pacholec, szef włocławskiej delegatury KPOIL Maciej Małecki, przewodnicząca łódzkiego oddziału PTS Joanna Kunert, prof. Bogumił Lewandowski kierownik Zakładu Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej Collegium Medicum Uniwersytetu Rzeszowskiego wraz z małżonką, inspektor Katarzyna Zarębska z delegatury włocławskiej Urzędu Marszałkowskiego oraz liczni sympatycy naszej organizacji.

To już 30 lat upłynęło od powstania Włocławskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów.

Zaczął się od tego, że w 1993 roku KPOIL i Wojewódzka Poradnia Stomatologiczna we Włocławku, której szefował Andrzej Karczewski, zorganizowały pierwszą, dwudniową konferencję naukową w Ciechocinku. Podobne odbyły się w 1994 i 1995 roku.

Przemiany w ochronie zdrowia i likwidacja wojewódzkiej przychodni, wymusiły jednak powołanie podmiotu, który przejął odpowiedzialność za kontynuowanie działalności naukowo-szkoleniowej. I wtedy, dzięki determinacji Andrzeja, pierwszego przewodniczącego, zarazem pomysłodawcy i organizatora, w dniu 24 stycznia 1996 w sądzie zarejestrowane zostało Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów. Rola Andrzeja, wtedy i przez następne lata, jest przeogromna, niedościgniona, ale nie sposób nie wspomnieć jednak w tym momencie przynajmniej o dwóch osobach spośród wielu, które go wspierały. To, nieżyjący już, koleżanka Alicja Chmielewska i kolega Zygmunt Zierke.

Od chwili powstania, jeszcze przez 4 lata Stowarzyszenie organizowało konferencje naukowe w Ciechocinku, na których wykłady mieli uznani naukowcy. Odbyło się także ponad

50 kursów jednodniowych dla dentystów z całej Polski. Często brakowało na nich miejsc, zapisy kończyły się szybko.

W 2000 roku Andrzej, zapałony turysta, miłośnik gór, wpadł na kolejny pomysł: zorganizował pierwszy wyjazd szkoleniowo-turystyczny. Kierunkiem była Szklarska Poręba i Czecha. Wyjazdy takie stały się doroczną tradycją, pojawiły się także wyjazdy zagraniczne. Szkołać się, zwiedziliśmy 19 krajów, 21 razy podróżowaliśmy po Polsce, w tym jeszcze trzy razy wracając do ukochanej przez Andrzeja Szklarskiej Poręby. W minionym roku byliśmy w Belgii i Luksemburgu, a na krajowym wyjeździe dotarliśmy do Szczawnicy.

Stowarzyszenie z czasem stało się także miejscem spotkań koleżeńskich. W pewnym momencie przekroczyło liczbę 80 członków, którzy zaczęli razem spędzać czas także typowo towarzysko, przy grillu czy na Mikołajkach. Jest to dość nietypowe. Obce osoby dziwią się słysząc, że często widzimy się, rozmawiamy, bawimy, wymieniamy doświadczeniami, wspieramy, nie konkurujemy. Po prostu się lubimy.

Niestety 30-lecie świadczy także o biegnącym czasie i zmieniającym się świecie. 30 lat to całe pokolenie.

Konferencje i szkolenia on-line zastąpiły zjazdy w Ciechocinku. Ich organizatorami są znacznie potężniejsze, niż nasze



Stowarzyszenie, podmioty. Młodzi lekarze wybierają inne formy nauki i kontaktów.

Ale my jesteśmy silni naszymi członkami, choć wielu z nas już odeszło na wieczny dyżur. Ale ciągle są osoby, które nadal tworzą historię naszej organizacji.

Moje Koleżanki i Kolegów opiszę słowami mojego ulubionego Marka Grechuty. Większość jest w Stowarzyszeniu od początku, teraz trochę bardziej doświadczeni, niż 30 lat temu, ale ciągle w każdym z nas, jak śpiewa mistrz:

*Gdzieś w nas błyszczą gwiazdy poezji
Gdzieś w nas niosą krzyże Polonii
Gdzieś w nas kwilą buty północy*

*Gdzieś w nas idą ludzie niezłomni
Gdzieś w nas stroją namiot cyrkowcy
Gdzieś w nas płoszą dzieci jaskółki
Gdzieś w nas grają w karty płomienie
Gdzieś w nas*

I dopóki będą ludzie, Stowarzyszenie będzie obchodziło kolejne jubileusze.

Lidia Zaleska

Dopiero od 4 lat

przewodnicząca Włocławskiego Stowarzyszenia
Lekarzy Stomatologów





XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w pływaniu DĘBICA 2026

W dniach 23–24.04.2026 r. w Dębicy odbyły się XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w pływaniu organizowane przez OIL w Rzeszowie / lek. med. Janusz Bieniasz, dr n. med. Lesław Ciepela /. Zawody odbywały się na basenie 50 m. Zawodnicy startowali w grupach wiekowych z osiemnastu OIL.

Kujawsko-Pomorską Okręgową Izbę Lekarską w Toruniu reprezentowały koleżanki: Anna Gradecka z Włocławka, Urszula Woronik-Deskiewicz z Włocławka i Marta Kwiatkowska z Włocławka.

Drużyna Kujawsko-Pomorskiej OIL z Torunia zajęła XI miejsce. Anna Gradecka startowała w 7 konkurencjach zdobywając 7 medali: 1 złoty, 4 srebrne i 2 brązowe. Ula Woronik-Deskiewicz startowała w 8 konkurencjach zdobywając 8 medali: 3 złote, 5 srebrnych. Marta Kwiatkowska startowała w trzech konkurencjach zajmując 2 razy 7 miejsce i 6.

Wśród wręczających medale i dyplomy był wicemistrz olimpijski z 1980 r. w zapasach stylu klasycznym Józef Lipień, który od wielu lat jest honorowym gościem Mistrzostw.

Medalistki – lek. Urszula Woronik-Deskiewicz i lek. Anna Gradecka



Zdj. Włodzimierz Stalka



Zdj. Włodzimierz Stalka
od prawej: lek. Urszula Woronik-Deskiewicz,
lek. Anna Gradecka, lek. dent. Marta Kwiatkowska

Dnia 23 i 24.04. odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa – Postępy w Medycynie Sportowej, a 25.04. uczestniczyliśmy w wycieczce do Muzeum „Zamek Tarnowskich” w Tarnobrzegu. Po powrocie odbyło się uroczyste zakończenie Mistrzostw w Hotelu Gold, gdzie wręczone były puchary i medale dla najlepszej zawodniczki i zawodnika oraz dla trzech najlepszych OIL. Pierwsze miejsce zajęła Dolnośląska OIL, drugie Śląska OIL i trzecie OIL w Rzeszowie. Każdy uczestnik otrzymał album Zarys Historii Mistrzostw Polski w Pływaniu Dębica 2005–2025 oraz pamiątkowy medal.

Mimo skromnej obsady, zajęcie XI miejsca przez nasze Panie należy uznać za sukces – GRATULACJE! Miejmy nadzieję, że w przyszłym roku będzie startowało więcej koleżanek i kolegów.

Włodzimierz Stalka



Dzień Medyka we Włocławku



Już trzeci raz z okazji Światowego Dnia Medyka odbył się we Włocławku koncert muzyki fortepianowej. Można więc powiedzieć, że to już tradycja, gdy muzyką klasyczną oddajemy hołd naszym Koleżankom i Kolegom, którzy odeszli na wieczny dyżur.

Jak w poprzednich latach, tak i tym razem cudownymi dźwiękami uraczył nas Maestro Grzegorz Niemczuk. Pierwsza część, refleksyjna i wzniosła odbyła się w ciemności, co podkreśliło jeszcze bardziej charakter muzyki, a wrażenia były oszałamiające. Brzmiały w mroku marsz żałobny Fryderyka Chopina pozostawił niezatarte emocje. Mającący w mroku fortepian i wszechogarniająca muzyka...

Druą część, już dużo pogodniejsza, wypełniona była muzyką Beethovena, Szuberta, Brahmsa i Schumanna. Cały spektakl zakończył się gorącą i temperamentną Rapsodią Węgierską Franciszka Liszta, która po sklepieniu wypełniła salę ognistymi cygańskimi dźwiękami.

Wyjątkowością tych koncertów jest, nie tylko wybitny talent, ale fakt, że Maestro o każdym wykonywanym utworze cudownie opowiada. Snuje anegdoty, osadza utwór w zdarzeniach historycznych i okresach życia kompozytorów. Opowiada czemu rondo właśnie tak się nazywa, dlaczego Sonata Księżycowa Ludwika van Beethovena powinna nazywać się zupełnie inaczej i dlaczego wspomniana Rapsodia Węgierska z muzyką węgierską nie ma nic wspólnego.

Kolejny koncert już za rok, 24.04.2027 roku, na który już dziś z ogromną przyjemnością zaprasza Delegatura KPOIL we Włocławku.

Anita Pacholec



Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
Poradnia Leczenia Bólu

Rola poradni leczenia bólu we współczesnej medycynie

„Ból to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia.” (Definicja IASP – International Association for the Study of Pain)

Ból, choć powszechnie doświadczany, pozostaje zjawiskiem złożonym i wielowymiarowym. Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (IASP) podkreśla, że do jego zrozumienia nie wystarczy analiza tylko fizycznego wymiaru cierpienia. Ból to przeżycie w równym stopniu tak cielesne, jak i emocjonalne, a jego doświadczanie może być znacznie zindywidualizowane. Osoba bez zdolności komunikacji werbalnej – niemowlę, pacjent z otępieniem – może cierpieć w taki sam sposób, jak osoba w pełni świadoma. Co więcej, ból może istnieć nawet wtedy, gdy badania nie wykazują żadnych uchwytnych zmian strukturalnych. Świadomość tego faktu fundamentalnie zmienia nasze podejście do pacjenta: nie koncentrujemy się wyłącznie na dokumentacji medycznej, lecz z równą uwagą i szacunkiem wsłuchujemy się w subiektywne doświadczenie chorego, kierując się empatią, uważnością i kliniczną intuicją.

Zarówno ból ostry, jak i przewlekły, nie jest jedynie objawem choroby – to często samodzielna jednostka chorobowa, która dramatycznie wpływa na jakość życia. Przewlekły ból ogranicza aktywność ruchową, obniża nastrój, prowadzi do wycofania społecznego, a nierzadko także do uzależnień i zaburzeń depresyjnych. Zbyt często pacjent z bólem zostaje samotny: wyczerpany, niezrozumiany, często nie traktowany poważnie przez otoczenie. Tymczasem

leczenie bólu jest nie tylko możliwością poprawy jakości życia, ale często ratunkiem przed marginalizacją i cierpieniem egzystencjalnym.

Leczenie bólu nie jest przywilejem ani luksusem. To podstawowe prawo człowieka – zapisane zarówno w etyce lekarskiej, jak i w obowiązujących aktach prawnych, takich jak Konstytucja RP, Europejska Konwencja Praw Człowieka czy Ustawa o prawach pacjenta. Artykuł 20a tej ostatniej wprost stanowi: „W przypadku wystąpienia bólu u pacjenta, personel medyczny jest obowiązany podejmować działania mające na celu określenie jego natężenia, leczenie i monitorowanie skuteczności tego leczenia.” Oznacza to, że nie ma potrzeby oczekiwania na opinię specjalisty, nie trzeba spełniać dodatkowych warunków. Ulga w bólu powinna być natychmiastowa i skuteczna. Jej brak może zostać uznany za formę zaniedbania, a nawet nieludzkiego traktowania.

Niestety skala problemu jest porażająca. Z danych GUS z 2020 roku wynika, że aż 27% dorosłych Polaków – to ponad 8,5 miliona osób – cierpi na ból przewlekły. W skali Europy problem dotyczy co piątego dorosłego. Wśród pacjentów onkologicznych ponad 50% umiera w bólu, mimo dostępnych środków terapeutycznych. W domach opieki 83% seniorów cierpi z powodu bólu, z czego wielu nie otrzymuje adekwatnej pomocy. Ból jest również istotnym czynnikiem ryzyka

samobójstw – do 20% osób z bólem przewlekłym ma myśli samobójcze. Społeczne i ekonomiczne skutki bólu przewlekłego są nie do przecenienia – według szacunków Unii Europejskiej generuje on wydatki przekraczające 300 miliardów euro rocznie, przewyższając łączne koszty leczenia nowotworów, chorób serca i cukrzycy.

W odpowiedzi na te potrzeby, w 1997 r. przy Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu powołano do życia jedną z pierwszych w północnej Polsce Poradnię Leczenia Bólu. Jej założycielem był dr Piotr Kowalski, ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który trafnie rozpoznał potrzebę stworzenia struktury umożliwiającej skoordynowaną i kompleksową opiekę nad pacjentami z przewlekłym bólem.

Od tamtej pory poradnia ewoluowała, dostosowując się do dynamicznych zmian w medycynie bólu. Obecnie przyjmuje pacjentów nie tylko z województwa kujawsko-pomorskiego, ale także z pomorskiego, warmińsko-mazurskiego a nawet wielkopolskiego.

Poradnia działa jako ambulatoryjna, interdyscyplinarna jednostka specjalistyczna, oferująca kompleksową pomoc osobom cierpiącym na ból ostry i przewlekły, niezależnie od jego etiologii. Zespół poradni prowadzi terapię pacjentów z bólem nowotworowym i nienowotworowym, obejmując swoim zakresem



m.in.: bóle kręgosłupa, zwyrodnienia stawów, neuralgie, bóle głowy, zespoły bólu pooperacyjnego oraz bóle dysfunkcjonalne. Każdy przypadek traktowany jest indywidualnie, z uwzględnieniem nie tylko objawów, ale i psychicznego oraz społecznego kontekstu pacjenta.

Model leczenia wdrażany w poradni opiera się na nowoczesnym podejściu biopsychospołecznym. Terapia nie ogranicza się do farmakoterapii, lecz obejmuje eliminację nieskutecznych strategii leczenia, edukację pacjenta, poprawę sprawności fizycznej, psychoterapię oraz wspieranie powrotu do aktywności zawodowej i społecznej. Celem jest nie tylko zmniejszenie dolegliwości, ale odzyskanie kontroli nad własnym życiem.

W odpowiedzi na nagłe potrzeby choroby poradnia przyjmuje poza kolejnością w przypadkach ostrych zespołów bólowych – m.in. bólu neuropatycznego w przebiegu półpaśca czy bólu nowotworowego. Dzięki temu pacjenci nie muszą tygodniami oczekiwać na pomoc. Również teleporady stały się ważnym narzędziem szybkiej interwencji i opieki kontynuowanej.

Współcześnie obserwujemy dynamiczny rozwój prywatnego sektora leczenia bólu, który często oferuje wysoce wyspecjalizowane, ale kosztowne usługi. Nasza poradnia, jako w pełni publiczna jednostka systemu ochrony zdrowia, oferuje kompleksowe leczenie na poziomie porównywalnym z wysoko wyspecjalizowanymi ośrodkami prywatnymi, przy jednocześnie relatywnie krótkim czasie oczekiwania, jak na warunki Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach farmakoterapii prowadzimy leczenie zgodne z aktualnymi wytycznymi. Przeprowadzamy blokady diagnostyczne i terapeutyczne pod kontrolą ultrasonografii lub kontrolą RTG, co zwiększa ich precyzję i skuteczność. Wykorzystujemy techniki neuromodulacyjne, takie jak przezskórna elektrostymulacja nerwów (TENS) oraz laseroterapię. Stosujemy zabiegi neurodestrukcyjne i neuromodulacyjne, w tym termolezje klasyczne oraz

pulsacyjne w obrębie kręgosłupa, stawów kolanowych, barkowych i nerwów obwodowych. U wybranych pacjentów stosujemy także dożylnie wlewy leków, np. takich jak lidokaina. Integralną częścią leczenia jest współpraca z psychoterapeutami specjalizującymi się w terapii bólu przewlekłego, w tym w nurcie poznawczo-behawioralnym.

Jednym z kluczowych elementów skuteczności poradni jest ścisła i zintegrowana współpraca z Oddziałem Rehabilitacji Ogólnoustrojowej kierowanym przez dr. n. med. Piotra Kasprzaka oraz z Oddziałem Neurochirurgii pod kierownictwem dr. n. med. Piotra Gasińskiego, konsultanta wojewódzkiego ds. neurochirurgii. Taka struktura pozwala na stworzenie spójnej ścieżki terapeutycznej dla pacjentów z chorobami kręgosłupa – od diagnostyki, przez rehabilitację, leczenie zachowawcze i psychoterapię, po ewentualne leczenie operacyjne na najwyższym poziomie. Naszym marzeniem a wówczas strategicznym celem jest rozwinięcie tzw. „trójkąta terapeutycznego”: poradnia bólu – rehabilitacja – neurochirurgia, który umożliwia stworzenie zamkniętego, dobrze skoordynowanego systemu opieki nad pacjentem z ostrym lub podostrym bólem kręgosłupa. W takim modelu pacjent nie trafia w lukę systemową ani nie oczekuje miesiącami na kolejne konsultacje, lecz znajduje się w centrum strukturalnej współpracy, gdzie diagnoza, terapia zachowawcza, rehabilitacja oraz, w razie potrzeby, leczenie operacyjne przebiegają płynnie i bez zbędnych przestojów. Krótka, przejrzysta ścieżka terapeutyczna, oparta na ścisłej komunikacji między zespołami, nie tylko skraca czas oczekiwania, a przede wszystkim przywraca poczucie bezpieczeństwa i wpływu na własne leczenie. To nowoczesne, pacjentocentryczne podejście do opieki medycznej, którego efektem jest realna ulga w cierpieniu oraz poprawa jakości życia.

Poradnia Leczenia Bólu w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu posiada Certyfikat Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

– jako jedna z zaledwie 22 placówek w Polsce i jedyna w województwie kujawsko-pomorskim. Certyfikat ten jest nie tylko prestiżowym wyróżnieniem, ale przede wszystkim potwierdzeniem najwyższych standardów diagnostyki i terapii. Warto dodać, że Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu przez wiele lat legitymował się również certyfikatem „Szpital bez Bólu”, potwierdzającym zaangażowanie całej placówki w zapewnienie skutecznej kontroli bólu pacjentom hospitalizowanym. W najbliższej perspektywie planujemy ponowne uzyskanie tego certyfikatu. Wymaga to stworzenia zintegrowanego systemu leczenia bólu obejmującego zarówno oddziały zabiegowe, jak i niezabiegowe, a także systematycznego szkolenia personelu medycznego oraz właściwego dokumentowania działań przeciwbólowych. Tylko spójna, konsekwentna polityka leczenia bólu w całej placówce może zagwarantować pacjentom realną ulgę i poczucie bezpieczeństwa w każdym etapie hospitalizacji.

Niezwykle istotną pozostaje również rola lekarzy POZ oraz specjalistów innych dziedzin. Ich świadomość istnienia poradni leczenia bólu, znajomość kryteriów kierowania i współpracy z zespołem poradni decyduje często o losie pacjenta. Poradnie leczenia bólu nie mogą być traktowane jako ostatni etap leczenia, lecz jako jego integralna część od samego początku.

Naszym wspólnym obowiązkiem – jako lekarzy, terapeutów i decydentów – jest doprowadzenie do tego, by ból nie był już akceptowaną codziennością, lecz traktowany był jako poważny problem medyczny, wymagający szybkiego, systemowego i skutecznego działania. Leczenie bólu nie może być postrzegane jako opcjonalne – to nieodzowny element rzetelnej opieki nad pacjentem, wynikający zarówno z naszej odpowiedzialności zawodowej, jak i z podstawowych praw chorego do godności, ulgi i wsparcia.

dr n. med. Jurij Tkaczenko



Spotkanie lekarzy seniorów w grudziądzkiej delegaturze

29 kwietnia 2026 r. odbyło się drugie już spotkanie lekarzy seniorów. Wzorem poprzedniego, zorganizowane zostało w sali konferencyjnej grudziądzkiej Delegatury Kujawsko – Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu. Już od pierwszych chwil było widać, że wydarzenie cieszy się dużym zainteresowaniem – frekwencja okazała się wyraźnie wyższa, niż podczas poprzedniego spotkania.

Przewodniczący Delegatury Pan dr Jan Kosior otworzył wydarzenie witając przybyłych gości oraz przedstawił aktualne wyniki po niedawno przeprowadzonych wyborach do organów KPOIL. W dalszej części nastąpiło wyświetlenie specjalnie przygotowanej prezentacji multimedialnej, która wzbudziła pozytywne emocje. Na ekranie pojawiły się materiały sprzed kilkudziesięciu lat ukazujące codzienną pracę lekarzy oraz prywatne kadry uczestników. Prezentacja podzielona została na poszczególne oddziały szpitalne dzięki czemu, łatwiej było odnaleźć znajome twarze i przypomnieć sobie konkretne wydarzenia. Wyświetlone fotografie wywołały lawinę wspomnień, co oczywiście przełożyło się na ożywioną dyskusję oraz ogrom śmiechu. Lekarze chętnie wracali wspomnieniami do dawnych lat, dzieląc się różnymi opowieściami.

Całe wydarzenie upłynęło w pozytywnej atmosferze śmiechu i wzruszenia. Było nie tylko okazją do integracji środowiska, ale również momentem refleksji nad dorobkiem wielu lat ciężkiej pracy lekarzy.



KOMUNIKAT KPOIL

KPOIL w Toruniu informuje, że w myśl uchwały NRL nr 27/14NII z dnia 5 września 2014 r., ze zmianami, **składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem**. Odstępstwa od tej zasady spowodują naliczenie odsetek za zwłokę lub uruchomienie działań windykacyjnych.

KPOIL w Toruniu informuje, że w miesiącu marcu 2025 r. uruchomiła teleinformatyczny system informowania, poprzez sms, o zadłużeniu z tytułu nieopłaconych w terminie składek członkowskich. Sms-y wysyłane są automatycznie z konta o nazwie „składki IZBA”. Jednocześnie informujemy, **że każdy lekarz i lekarz dentysta ma przypisany indywidualny nr konta bankowego zakończony numerem swojego PWZ – prawa wykonywania zawodu**. Wpłaty na indywidualne konta pozwalają uniknąć błędów z tytułu dodatkowych księgowości. **Prosimy nie dokonywać wpłat na konto ogólne Izby. Prosimy o bieżące i terminowe uiszczanie opłat z tytułu składek, co pozwoli uniknąć działań windykacyjnych.**

Informujemy, że wszczętych i przesłanych do urzędów skarbowych działań windykacyjnych nie da się zatrzymać.

lek. Sławomir Józefowicz
Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu



Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Składka na Izbę Lekarską od 1 stycznia 2023 r.

Informujemy, że zgodnie z uchwałami Naczelnej Rady Lekarskiej nr 38/22/IX z dnia 21 października 2022 r. oraz nr 60/22/IX z dnia 16 grudnia 2022 r., **od dnia 1 stycznia 2023 r. obowiązującym wymiarem składki członkowskiej jest:**

dla lekarza i lekarza dentysty:

120 zł miesięcznie,

dla lekarza i lekarza dentysty stażysty:

60 zł miesięcznie.

Lekarze i lekarze dentyści,
którzy ukończyli
70 lat

zwolnieni są z obowiązku
opłacania składek niezależnie
od swojej aktywności zawodowej.

Zwolnienie z opłacania składek przysługuje również lekarzom i lekarzom denty stom, którzy złożyli oświadczenie o nieosiąganiu przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych z wyłączeniem renty lub emerytury (nie wykonujący zawodu lekarze emeryci i renciści przed 70 r. ż.) pod warunkiem złożenia oświadczenia – wzór oświadczenia na str www lub w biurach Izby.

W uzasadnionych przypadkach Okręgowa Rada Lekarska może zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki w wysokości potowy jej podstawowego wymiaru lub całości na z góry określony czas. Wniosek lekarza każdorazowo indywidualnie rozpatruje Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w formie uchwały.

Przypominamy, iż składkę za dany miesiąc opłaca się do końca danego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem na indywidualny nr subkonta bankowego nadany i przekazany/dostępny przez Okręgową Izbę Lekarską.

Od zaległych stawek nalicza się odsetki ustawowe od dnia wymagalności. Przypominamy o obowiązku uregulowania zaległych składek.

Wobec lekarzy uporczywie zalegających z uregulowaniem składki członkowskiej wszczynane będą czynności windykacyjne zgodnie z zasadami o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

List promujący Panią Annę Zielaskiewicz, pracownika biura Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu do Odznaczenia i Tytułu „Pro Gloria Medici”



Anna Zielaskiewicz z d. Stankiewicz, zatrudniona w KPOIL od 1990 r.

Posiada wykształcenie wyższe magisterskie uzyskane na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. W 1990 roku aplikowała o przyjęcie do pracy w biurze KPOIL w Toruniu i została zatrudniona: początkowo na stanowisku sekretarki a następnie specjalisty ds. rejestracji lekarzy, aż do objęcia w 1997 r. funkcji kierownika działu rejestracji lekarzy.

Anna Zielaskiewicz jest pracownikiem biura KPOIL od chwili powołania naszej izby do życia. Dzięki swoim umiejętnościom organizacyjnym, aktywności i samodzielności, była odpowiedzialna za współtworzenie biura izby lekarskiej w Toruniu.

W trakcie swojej pracy zawodowej zapoznała się i aktywnie uczestniczyła w pracy na rzecz samorządu lekarskiego na niemal wszystkich stanowiskach biura izby. Dlatego potrafi zastąpić każdego pracownika w zespole na jego stanowisku, a także od wielu lat znakomicie sprawdza się jako nieetatowy zastępca dyrektora biura. Jest skarbnicą wiedzy historycznej oraz bieżącej, co pozwala jej załatwić każdą sprawę na najwyższym oczekiwanym poziomie. Dociekliwa, dokładna i pracowita sprawia, że jest pracownikiem wysoko docenianym i szanowanym przez członków KPOIL oraz współpracowników. Ze względu na swoje cechy charakteru, w tym m.in. empatię i otwartość, znakomicie sprawdza się jako lider przedsięwzięć integracyjnych dla członków naszego samorządu.

Jej obowiązki dotyczą obsługi członków KPOIL, począwszy od absolwentów uniwersytetów medycznych, aż do naszych seniorów. Obowiązkowa i sumienna, co powoduje, że i na nią i na efekty jej pracy można zawsze liczyć.

Biorąc pod uwagę przebieg pracy i zaangażowanie na rzecz godności, prestiżu i statusu środowiska lekarskiego Anny Zielaskiewicz uważam, że wniosek o nadanie Jej Tytułu i Odznaczenia „Pro Gloria Medici” jest w pełni uzasadniony.

Kancelarz Kapituły Tytułu i Odznaczenia „Pro Gloria Medici”
Piotr Hubert

**Szanowni Państwo, absolwenci Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
(obecnie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego) roczniki:
Lekarski 1969–1975
Stomatologia 1970–1975 oraz Lekarski 1970–1976
Stomatologia 1971–1976**

Kochani, minęło ponad 50 lat, od czasu kiedy uroczyście w przepięknej sali naszego Rektoratu Pomorskiej Akademii Medycznej (obecnie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego) w obecności naszych najbliższych odbieraliśmy z rąk Jego Magnificencji Rektora PAM dyplomy absolutoryjne.

Czas szybko mija... wielu z nas już nie ma. Przerzedziły się nasze szeregi. Warto przypomnieć sobie tamte chwile i jeszcze raz popatrzeć na to miejsce, na tę salę, na Koleżanki i Kolegów. Posłuchać Gaudeamus igitur i Gaude Mater Polonia wyśpiewanego na naszą cześć przez chór. Założyć togę i na hasło – jak obecni absolwenci – rzucić czapki w górę. Pochwalić się przed bliskimi miejscem, gdzie studiowaliśmy, mieszkaliśmy i cieszyliśmy się młodością. Zobaczyć, co się zmieniło na naszej uczelni w Szczecinie, w mieście, w którym przyszło spędzić młodość.

Zapraszam wszystkich absolwentów roczników – Lekarskiego 1969–1975 i Stomatologii 1970–1975 oraz Lekarskiego 1970–1976 i Stomatologii 1971–1976 – do wzięcia udziału w uroczystościach odnowienia dyplomów organizowanego w porozumieniu z biurem promocji PUM. Uroczystości zaplanowano na wrzesień 2026 roku.

Ze względu na specyfikę naszych roczników, większość z nas przyjechała do Szczecina z całej Polski. Po skończeniu studiów rozjechaliśmy się po Polsce, i po świecie, czasem z nakazu pracy, czasem za bliską osobą, a czasem szukając miejsca do zawodowego życia.

Zapraszam do komitetu organizacyjnego, zwłaszcza ówczesnych działaczy Zrzeszenia Studentów Polskich, Rady Uczelnianej i Komisji Kultury oraz starostów lat i grup.

Wszystkich chętnych Państwa proszę o kontakt, tak abyśmy stworzyli komitet organizacyjny. Wierzę, że się uda, tak jak udawało się zorganizować Dni Kultury Studentów PAM-u.

Wówczas

Halina Ey

Wiceprzewodnicząca komisji kultury Rady Uczelnianej ZSP w Szczecinie w latach 1973–1975.

Obecnie

dr hab. n. med. Halina Ey-Chmielewska

wiceprezes X kadencji OIL Szczecin (kontakt biuro OIL w Szczecinie tel. 91 487 49 36)

KOMUNIKAT

Szanowni Państwo,

w związku z zakończeniem przez NIL wsparcia technicznego poczty elektronicznej na domenę *@hipokrates.org, Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska uruchomiła domenę *@kpoil.torun.pl i sukcesywnie wdraża jej użytkowanie jako obowiązującej w naszej izbie lekarskiej.

Treści kierowane na starą domenę mogą zatem nie dotrzeć do jej adresata, a tym samym sprawa może nie być załatwiona. Aktywny responder wskaże Państwu prawidłowy, nowy adres poczty elektronicznej w zamian wyłączonego.

Madrycka „Calle de Santa Polonia”



Fot. [wikimedia.org/wikipedia/commons](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Virgen_de_la_Pilar.jpg)

czyli o tym, jak patronce dentystów wyrwano literkę „A”

W historycznym centrum Madrytu, w dzielnicy Literackiej, pomiędzy ulicami Moratina i świętej Marii znajduje się ulica świętej Apolonii. Jej nazwa widniejąca na ceramicznej tablicy brzmi dla nas znajomo „Calle de Santa Polonia”. Jednak nie jest to akcent związany z Polską. W dawnej madryckiej gwarze skracano imiona odejmując pierwszą sylabę, co w przypadku imienia „Apolonia”, sprowadzało się do samej litery „A”. Jest to fascynujący przykład tego, jak dawny madrycki żargon i potoczna ewolucja językowa utrwaliły się w miejskiej nomenklaturze. Co ciekawe, w ten sposób nazwa ta pojawiała się już na oficjalnych mapach Madrytu w XVIII wieku, na przykład na planie Antonio Espinosy de los Monteros z 1769 roku. Ulica nie wzięła swojej nazwy od pobliskiego kościoła czy klasztoru, lecz jej pochodzenie związane jest z niewielkim ołtarzykiem z wizerunkiem świętej Apolonii, który znajdował się na fasadzie jednej z kamienic pod koniec XVI wieku. Był to dom doktora Gregorio Lópeza de Madera, który pełnił zaszczytną funkcję naczelnego medyka (protomédico general) na dworze króla Filipa II. Z racji tego, że w owym czasie

zabiegi dentystyczne wchodziły w zakres procedur wykonywanych przez medyków, doktor Madera umieścił na fasadzie swojego domu niewielki ołtarzyk (retablo) z wizerunkiem św. Apolonii, za wstawiennictwem której modlono się o ulgę w bólu zębów. Z czasem ów ołtarzyk stał się tak charakterystycznym punktem orientacyjnym, że cała ulica przejęła imię świętej.

Ceramiczna kompozycja ukazuje świętą Apolonie w pozie nawiązującej do znanego obrazu Francisco de Zurbarana o tym samym tytule. Święta jest przedstawiona jako młoda kobieta, co jest w pełni zgodne z renesansowymi i barokowymi tradycjami artystycznymi. Historyczne zapisy sugerują jednak, że w rzeczywistości była ona starszą diakonisą, która zginęła podczas rzezi chrześcijan w Aleksandrii w III wieku (ok. 249 r.). Jak podają historyczne listy biskupa Dionizego, oprawcy brutalnie wybili lub wyrwali jej wszystkie zęby, a następnie zagrozili spaleniem na stosie. Apolonia z własnej woli skończyła w ogień, oddając życie za wiarę. Patronka ulicy trzyma zatem w prawej ręce obcęgi, charakterystyczny atrybut symbolizujący brutalne tortury, którym została poddana. W lewej ręce dzierży

natomiast palmę męczeństwa symbol przypisywany osobom, które oddały życie za wiarę. Na głowie ma wianek stokrotek będących symbolem niewinności, czystości i lojalności. Ceramiczna tablica św. Apolonii stanowi wielowarstwową narrację: nie tylko oddaje cześć samej świętej, ale również upamiętnia historię zasłużonego królewskiego lekarza żyjącego pod tym adresem oraz zachowuje unikalną językową wariację dawnego madryckiego nazewnictwa.

Autorem pracy jest Alfredo Ruiz de Luna González wybitny hiszpański ceramik urodzony 15 kwietnia 1949 roku w Talavera de la Reina, a zmarły 8 maja 2013 roku w Madrycie. Pochodził on z trzeciego pokolenia jednej z najważniejszych dynastii hiszpańskich ceramików. Dziadek Alfreda, Juan Ruiz de Luna, w 1908 roku założył w Talavera de la Reina – słynną fabrykę ceramiki artystycznej „Nuestra Señora del Prado”, która przyczyniła się do odrodzenia tradycji tego rzemiosła. Alfredo urodził się na terenie tej właśnie fabryki i od dziecka zgłębiał tajniki fachu pod okiem swoich wujów (synów założyciela). Po zamknięciu fabryki w 1961 roku, rodzina artysty przeniosła się do Madrytu. Tam Alfredo ukończył studia z zakresu architektury,



Fot. M. Demel

uczając się równolegle rysunku artystycznego w prestiżowym „Círculo de Bellas Artes”. Połączenie wiedzy architektonicznej i talentu artystycznego znacząco wpłynęło na jego przyszłą twórczość. W latach 80. XX wieku Alfredo powrócił

do rodzinnej pasji, otwierając własny warsztat rzemieślniczy w madryckiej dzielnicy La Guindalera. Przełomowy moment nadszedł w 1992 roku, kiedy władze Madrytu, z inicjatywy ówczesnego burmistrza José Marii Álvareza del Manzano zleciły mu ujednoczenie i zaprojektowanie oznakowania ulic w historycznym centrum miasta. Artysta stworzył ręcznie ponad 380 unikalnych tablic (z czasem ich liczba wzrosła do około 1500 replik i nowych projektów). Zaprojektował spójny format: każda tablica to kwadrat o boku 60 cm, składający się z 9 płytek (azulejos) malowanych tradycyjną techniką. Zgodnie z historycznymi tradycjami ceramiki, Alfredo chciał, aby każda tablica w sposób wizualny opowiadała historię, anegdotę, czy legendę związaną z daną ulicą lub portretowała jej patrona tak, by przekaz był zrozumiały nawet dla osób, które nie potrafią czytać. Funkcjonalne oznakowanie miejskie wykracza poza swój pierwotny cel, przekształcając ulice w swoistą narracyjną

przestrzeń i galerię sztuki w otwartej przestrzeni miasta”.

Z pracowni artyści wychodziły nie tylko szyldy uliczne. Alfredo Ruiz de Luna udekorował ceramiką wielkoformatową słynną madrycką arenę walk byków „Las Ventas”. W historycznych lokalach Madrytu, wielopokoleniowy dorobek słynnej rodziny ceramików Ruiz de Luna – dziadka (Juana) oraz wnuka (Alfreda) często przenika się. Do czołowych przykładów należy fasada „Villa Rosa”, wnętrze „Asador de Aranda”, czy „Los Gabrieles” zwaną „Kaplicą Sykstyńską ceramiki”. W 2000 roku Izba Handlowa doceniła wkład Alfreda Ruiz de Luna w kulturę miasta, przyznając mu tytuł Tradycyjnego Rzemieślnika Madryckiego („Artesano Madrileño Tradicional”). Po jego śmierci w 2013 roku, prowadzenie warsztatu i opiekę nad ceramicznym dziedzictwem Madrytu przejął jego bratanek, Juan Ruiz de Luna, który dba o renowację szyldów i tworzy kolejne, podtrzymując rodzinną tradycję.

dr med. dent. Małgorzata Łysiak-Majchrzak, Alicja Seichter, dr n. med. Maja Matthews-Kozanecka

WSPOMNIENIA



dr n. med. Janusz Stanisław Czarnecki

50 lat kardiologii dziecięcej w Szpitalu Dziecięcym w Toruniu (1974–2024)

Był rok 1974 i początek kardiologii w Szpitalu Dziecięcym (Sz. Dz) w Toruniu, przy ulicy Szosa Bydgoska 1. Z powodu narastającej liczby dzieci z wrodzonymi wadami serca utworzono i wydzielono trzy sale czteroosobowe w Oddziale Niemowlęcym dla tych pacjentów. W tym samym roku uzyskałem specjalizację z pediatrii, zacząłem zajmować się kardiologią i wraz z zespołem lekarzy i pielęgniarek diagnozowaliśmy i leczylimy chore na serce dzieci.

W salach kardiologicznych przebywały dwie grupy dzieci: kilkumiesięczne dzieci z wrodzonymi wadami serca, wśród nich były niemowlęta z sinicą oraz młodsze kilkutygodniowe niemowlęta z niewydolnością serca. Rozpoznawano także u niemowląt: zapalenie mięśnia serca, niewydolność układu krążenia, zaburzenia rytmu serca, zmiany w centralnym układzie nerwowym z powodu wrodzonej toksoplazmozy. Dzieci były intensywnie leczone farmakologicznie.

Pierwszą grupę dzieci stanowiły niemowlęta z wrodzonymi wadami serca takimi jak: ubytki w przegrodzie międzykomorowej, ubytki w przegrodzie międzyprzedsionkowej, zwężenie zastawki płucnej i aortalnej, zwężenie cieśni aorty, tetralogia Fallota, przełożenie pni tętniczych. Za zgodą dyrekcji szpitala zorganizowaliśmy konsultacje dzieci z wadami serca z kardiologami z referencyjnych ośrodków klinicznych. Do Szpitala Dziecięcego w Toruniu przyjeżdżali: profesor Stanisława Małecka-Dymnicka Kierownik Kliniki Kardiologii Dziecięcej z Gdańska oraz profesor dr hab. Antoni Chrościcki i docent dr hab. Jerzy Świdorski z Warszawy. Nie było jeszcze wówczas echokardiografów. Rozpoznania chorób układu krążenia stawiano w oparciu o: wywiad, badanie fizykalne, EKG, RTG klatki piersiowej i badania laboratoryjne. Dzieci z wrodzonymi wadami serca wymagające operacji kierowano do Kliniki Kardiologii w Gdańsku, część z nich miała wykonane cewnikowanie serca.



Drugą grupą dzieci, z niewydolnością serca, zaburzeniami rytmu serca, zmianami w sercu i nierzadko w centralnym układzie nerwowym, były też niemowlęta z toksoplazmozą wrodzoną. W rozpoznaniu dużą pomocą były badania immunologiczne (serologiczne). Niemowlęta były leczone farmakologicznie. Pogłębione badania diagnostyczne były korzystne dla dzieci jednocześnie prowadzono badania naukowe.

Na przełomie lat 1979/80 w Szpitalu Dziecięcym w Toruniu powstała pierwsza praca doktorska z kardiologii pt. „Wczesne objawy toksoplazmozy wrodzonej u dzieci” pod kierunkiem docenta dr hab. Jerzego Świdorskiego z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Na zebraniu naukowym Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w Warszawie zaprezentowałem pracę ze Szpitala Dziecięcego w Toruniu o niemowlęciu z pierwotniakiem Tokso-plazma gondii w mięśniu serca. W opinii prezes PTP prof. dr hab. Janiny Niżnikowskiej-Marks i prof. dr hab. med. Antoniego Chrościckiego było to pierwsze w Polsce doniesienie, udokumentowane fotografią, obecności pierwotniaka Tokso-plazma gondii w mięśniu serca dziecka. Ten sam przypadek został prezentowany na Ogólnopolskiej Konferencji Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w Sesji Przypadków we Wrocławiu.

Okres przed, w trakcie i po stanie wojenny, to trudne lata 80-te. W Szpitalu Dziecięcym hospitalizowano coraz więcej dzieci z wadami i innymi schorzeniami serca. Brakowało aparatury medycznej m.in. echokardiografu do badań serca. Dostęp do tej aparatury posiadały tylko referencyjne ośrodki kliniczne. Dzieci ze złożonymi, sinicznymi wadami serca po ustaleniu rozpoznania, kierowano do Kliniki Kardiologii w Gdańsku, skąd następnie były kierowane do ośrodków kardiologicznych w Europie (np. Utrecht) i USA. Od roku 1983 udało się nawiązać współpracę z Kliniką Kardiologii Dziecięcej i Kardiologii Dziecięcej w Centrum Zdrowia Dziecka (CZD) w Warszawie, gdzie przez lata współpracy kierowaliśmy pacjentów z wrodzonymi wadami serca, celem operacji.

Od 1989 roku po transformacji polityczno-ekonomicznej zaczął się nowy okres dla pacjentów, w tym chorych dzieci. Po roku 1992, po uzyskaniu przeze mnie specjalizacji z kardiologii w Instytucie Kardiologii w Warszawie pozyskano do opieki nad chorymi na serce dzieci, następujących lekarzy: Grażynę Zadrozińską, Małgorzatę Kłosińską-Pitułę, Henrykę Różyńską, Barbarę Brendel-Kwiatkowską, Alinę Korycką i Jolanę Hermanowską. W następnych latach dołączyli lekarze: Anna Bochyńska, Ewa Jachowska-Zbucka, Weronika Wnuk-Lipińska, Barbara Sz wajkowska-Kropisz. Brakowało wciąż aparatury i sprzętu kardiologicznego.

W roku 1992 w szpitalu powstała „Fundacja o Uśmiech Dziecka” powołana przez ówczesnego dyrektora Szpitala Dziecięcego lek. Marka Polakiewicza i przeze mnie jako konsultanta wojewódzkiego ds. pediatrii. Objąłem wtedy funkcję prezesa Fundacji. Celem Fundacji było pozyskiwanie i zakup aparatury medycznej do oddziałów szpitala i poradni specjalistycznych, pomoc w szkoleniu pielęgniarek, pomoc dzieciom z chorobami przewlekłymi i dzieciom z biednych rodzin. W późniejszych latach Fundacja o Uśmiech Dziecka rozszerzyła pomoc dzieciom poprzez współpracę z Diecezjalnym Ośrodkiem Adopcyjno-Opiekuńczym: program „zero” kolejek do specjalistów dla dzieci zakwalifikowanych do adopcji. Od samego początku Fundacja o Uśmiech Dziecka nie prowadziła działalności gospodarczej, pozyskując środki finansowe z różnych źródeł. Od 21 lat corocznie dzięki współpracy z czterema dziekanami Wydziału Sztuk Pięknych (WSP) UMK jest organizowana Charytatywna Aukcja Obrazów i Grafik pracowników naukowych tego wydziału, z których pozyskane fundusze zostały przeznaczone na zakup nowoczesnych urządzeń medycznych dla szpitala i poradni specjalistycznych. Zrealizowano następujące zakupy: głowice do pierwszego echokardiografu, dwa inkubatory, pompy infuzyjne, aparat do badań elektrofizjologicznych serca, aparaty EKG, aparaty Holter EKG, Holtery ciśnieniowe ABPM do 24 h monitorowania i nagrywania ciśnienia tętniczego, bieżnie do prób wysiłkowych, defibrylator oraz aparaturę niekardiologiczną (aparat Ekspres Plus do laboratorium, pompę do żywienia jelitowego, aparaturę do drenażu opłucnej i klatki

piersiowej). Dzięki Fundacji o Uśmiech Dziecka, Oddział Chirurgii Dziecięcej i Urologii uzyskał nowoczesny sprzęt medyczny za 94 000 dolarów.

Aktualnie w Fundacji o Uśmiech Dziecka pracują charytatywnie lekarze: dr n. med. Janusz Czarnecki – prezes, dr n. med. Ewa Hapyn – sekretarz, lek. Grażyna Zadrozińska, dr n. med. Sabina Langer-Wójcik, dr Małgorzata Kłosińska-Pituła, lek. Anna Stawska, lek. Marek Polakiewicz.

Od 2000 roku Dział Diagnostyki Kardiologicznej, którego zostałem koordynatorem, posiadał kompletną aparaturę do nieinwazyjnych badań kardiologicznych dzieci. Zespół prężnie działających kardiologów i pielęgniarek w Dziale Diagnostyki Kardiologicznej (DDK) oraz nowoczesna aparatura kardiologiczna spowodowały, że Szpital Dziecięcy w Toruniu został wybrany przez Konsultanta Krajowego ds. Kardiologii Dziecięcej prof. dr hab. med. Wandę Kawalec z CZD Warszawa do rządowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. W POLKARDZIE uruchomiono tzw. „krótką ścieżkę” do operacji dla dzieci z wrodzonymi wadami serca, które były diagnozowane w miejscu zamieszkania i przekazywane do Kliniki Kardiologii CZD w Warszawie. W programie POLKARD uczestniczyli: dr n. med. Janusz Czarnecki, lek. Grażyna Zadrozińska, lek. Alina Korycka wraz z zespołem dobrze wyszkolonych pielęgniarek oraz konsultanci z CZD z prof. dr hab. Wandą Kawalec, dr n. med. Anna Turska-Kmieć oraz kardiochirurdzy: prof. dr hab. Bohdan Maruszewski, prof. dr hab. Piotr Burczyński. Równie istotną rolę w czasie programu POLKARD odegrał lekarz anestezjolog Władysław Sinica, który przeprowadzał sedacje małych dzieci z wrodzonymi wadami serca, celem wykonania diagnostyki echokardiograficznej. W ramach programu POLKARD, w ciągu kilku lat ponad 600 dzieci z Torunia i okolic skierowano na operacje serca i zabiegi kardiologii interwencyjnej. W ramach programu POLKARD pod kierownictwem prof. dr hab. med. Wandy Kawalec odbyło się ogólnopolskie szkolenie neonatologów z kardiologii dziecięcej w Oddziale Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka przy współpracy koordynator oddziału dr n. med. Hanny Streich.

Obecnie dzieci z wrodzonymi wadami serca i innymi schorzeniami układu krążenia są diagnozowane i leczone w Specjalistycznym Szpitalu dla Dzieci i Dorosłych Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu w: Dziale Diagnostyki Kardiologicznej, w Oddziale Pediatrii, Alergologii i Kardiologii (koordynator dr n. med. Sabina Langer-Wójcik) oraz w Poradni Kardiologicznej. Wiele lat trwała współpraca z Oddziałem Kardiologii W. Sz. Z. Dzieci i młodzież z wrodzonymi wadami serca i innymi schorzeniami były kierowane z Poradni Kardiologicznej dla dzieci ze Szpitala Dziecięcego do Poradni Kardiologicznej W. Sz. Z na Bielanach.

W okresie 50 lat (1974–2024) w Szpitalu Dziecięcym w Toruniu zdiagnozowano i objęto leczeniem farmakologicznym ponad 2000 dzieci z wrodzonymi wadami serca.

Pacjenci ci zostali przygotowani do operacji serca lub zabiegów interwencyjnych w ośrodkach krajowych i zagranicznych. W procesie diagnostyki i terapii zawsze kierujemy się najnowszą wiedzą medyczną oraz aktualnymi wytycznymi towarzystw kardiologicznych, by zapewnić dzieciom jak najlepszą opiekę przed planowanymi zabiegami. W latach 2000–2004 Dział Diagnostyki Kardiologicznej w W. Sz. Dz. prowadził współpracę naukową z Międzyuczelnianym Ośrodkiem Fizyki Medycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu pod kierownictwem prof. dr. hab. Andrzeja Kowalczyka realizując badania nad nowymi parametrami w badaniu 24-godzinnej monitorowaniu ciśnienia tętniczego (ABPM) u młodzieży.

W roku 2004 ukazała się w Suplemencie II Postępów Neonatologii pierwsza w Polsce praca dotycząca zastosowania biomarkera sercowego NT-proBNP w diagnostyce niewydolności serca u noworodków. Była to praca pt. „Biomarker NT-proBNP w niewydolności serca u noworodków” autorzy: dr n. med. Janusz Czarnecki, dr n. med. Hanna Streich, lek. Robert Skowronek.

Przez okres 20 lat specjaliści z Działu Diagnostyki Kardiologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu aktywnie uczestniczyli w Ogólnopolskich Konferencjach Kardiologii Dziecięcej, na których podczas Sesji Przypadków regularnie prezentowali trudne i ciekawe przypadki chorób serca, dzieląc się doświadczeniem z czołowymi ośrodkami w kraju.

W roku 2011 na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 zostałem powołany do pracy w Państwowej Komisji Egzaminacyjnej z kardiologii dziecięcej.

Zostałem także zaproszony przez prof. dr hab. Mieczysławę Czerwionkę-Szaflarską i prof. dr hab. Mariusza Wysockiego do utworzenia programu nauczania z kardiologii dziecięcej dla studentów V Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu i utworzenia zespołu lekarzy nauczających kardiologii dziecięcej w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu dla Dzieci i Dorosłych w Toruniu. Zespół ten przekazywał wiedzę z kardiologii dziecięcej studentom polskim i anglojęzycznym.

Obecnie w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Toruniu w ramach Specjalistycznego Szpitala dla Dzieci i Dorosłych, dzieci z wrodzonymi wadami serca i innymi schorzeniami układu krążenia mają zapewnioną bardzo dobrą kompleksową opiekę kardiologiczną w Dziale Diagnostyki Kardiologicznej (koordynator lek. Grażyna Zadrozińska), w Oddziale Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka (koordynator dr n. med. Grzegorz Postek), w Oddziale Pediatrii, Alergologii i Kardiologii (koordynator dr n. med. Sabina Langer-Wójcik) oraz w Poradni Kardiologicznej.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 9 kwietnia 2026 r.

zmarła
Pani Doktor

Krystyna Stasiak
89 lat

Absolwentka rocznika 1962 AM w Gdańsku,
emerytowana lekarz stomatolog z Torunia.
Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy KPOIL
VI kadencji.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 13 kwietnia 2026 r.

zmarła
Pani Doktor

Jadwiga Witkowska
76 lat

Absolwentka rocznika 1974 Pomorskiej AM
w Szczecinie, specjalistka pediatrii i endokrynologii.
Wyróżniona Brylantowym Laurem Medycznym za
50 lat pracy i godną postawę lekarza.

Pani Dr Ewie Giełdon i Panu Dr Piotrowi Giełdon

wyrazy szczerego współczucia

z powodu śmierci TATY i TEŚCIA

składa

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 25 kwietnia 2026 r.

zmarł
Pan Doktor

Romuald Butkiewicz
81 lat

Absolwent rocznika 1967 Akademii Medycznej
w Gdańsku. Lekarz chirurgii ogólnej, specjalista
urologii z Torunia. Wieloletni Ordynator Oddziału
Urologii Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im.
Mikołaja Kopernika w Toruniu. Był wspaniałym
lekarzem całkowicie oddanym swojej misji, a przy
tym po prostu bardzo dobrym, pomocnym i cie-
płym człowiekiem. Uhonorowany Brylantowym
Laurem Medycznym za 50 lat pracy oraz godną
postawę lekarza.

Panu Dr. Markowi Butkiewiczowi
i Pani Dr Katarzynie Butkiewicz
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci TATY i TEŚCIA

składa

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

Pani Dr Jadwidze Butkiewicz
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci MĘŻA

składa

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

Panu Dr. Andrzejowi Kadłubowskiemu
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci ŻONY

składa

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

Panu Dr. Mateuszowi Kadłubowskiemu
głębokie wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY

składa

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

REKLAMUJ SIĘ W MERITUM I NA STRONIE IZBY

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba
Lekarska w Toruniu
przyjmuje reklamy do zamieszczenia
na stronie internetowej Izby
oraz w Biuletynie Informacyjnym
MERITUM.

Warunki, zakres i cennik
zamieszczanych treści dostępne są
pod nr telefonu:
56 655 41 60 wew. 12

AKTUALNY CENNIK REKLAM		
Okładki kolor:		
IV strona	1200 zł netto	205x260 mm
III strona	1000 zł netto	205x260 mm
II strona	1000 zł netto	205x260 mm
Środek numeru:		
1/1	800 zł netto	205x260 mm
1/2	400 zł netto	½ 205x260 mm
1/4	300 zł netto	¼ 205x260 mm
Inserty:		
cały nakład	800 zł netto	max. 205x260 mm, waga: 1 szt. – do 5 g
ogłoszenia drobne	100 zł netto	dot. ogłoszeń o zatrudnieniu lub poszukiwaniu pracy oraz ogłoszeń o sprzedaży lub wynajmie itp.

Redakcja „Meritum” bardzo prosi wszystkich lekarzy o weryfikowanie adresów do kolportażu „Meritum” i „Gazety Lekarskiej” (zmiany adresu, rodziny lekarskie, które nie chcą otrzymywać kilku egzemplarzy pism i tym podobne). Prosimy także o podawanie adresów poczty elektronicznej oraz zmian dotyczących Państwa danych gromadzonych w komputerowym rejestrze lekarzy (adresy e-mail, zmiany nr telefonów, zmiany nazwisk, zmiany miejsc pracy, uzyskanie specjalizacji i tym podobne).

E-mail: rejestr@kpoil.torun.pl lub pwz@kpoil.torun.pl lub tel./fax 56-655-41-60 wewn. 18.

NUMER zamknięto 20.05.2026 r.

Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów, nie odpowiada za treść zamieszczonych ogłoszeń i reklam.

Elektroniczny
format
„MERITUM”
KOD QR





Zeskanuj kod QR,
aby przejść do formularza.



RADOŚĆ Z JAZDY
DLA PROFESJONALISTÓW.
DO 20% RABATU NA NOWE BMW
DLA SEKTORA MEDYCZNEGO.



CHWILE MIJAJĄ.
EMOCJE ZOSTAJĄ.

WYBIERZ SWOJE  JUŻ DZIŚ



BYDGOSZCZ
ul. Toruńska 272A
85-831 Bydgoszcz
+48 52 339 51 10

BYDGOSZCZ
ul. Fordońska 325
85-796 Bydgoszcz
+48 52 360 00 00

TORUŃ
ul. Toruńska 64
87-162 Lubicz Dolny
+48 56 654 21 70

PŁOCK
ul. Wyszogrodzka 134
09-410 Płock
+48 24 268 24 08



BMW
Dynamic Motors